52. évfolyam. 14. szám. Budapest, 1908. április 5.

# ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Navratil Imre:** Adatok a gégeszűkületek operativ kezeléséhez. 226. lap.

**Fialowsky Béla:** A részegség törvényszéki orvosi szempontból. 230. lap.

**Szabóky János:** Közlés a székesfővárosi bakteriologiai intézetből (igazgató: Vas Bernát dr. egyetemi magántanár) és a szt. István-kórház VIII. orvosi osztályából (főorvos: Dieballa Géza dr. egyet. magántanár). Az opsoninokról és értékesíthetőségükről a tuberculosis diagnosisában, prognosisában és therapiájában. 232. l.

**Tárca. Tornai József:** Münchení levél. 233. lap.

**Irodalom-szemle.** *Könyvismertetés. Dollinger Gyula:* A csípőizület gyuladása, merevsége és zsugorodása. — *Lapszemle. Belorvostan. Schmidt A.:* Az erjedéses dyspepsia. — *Jossalin de Jong:* Meningitis gonorrhoica. — *Idegkórtan. Worbs:* A fejfájás gyógyítása massage-zsal. — *Sebészet. A. C. Wiener:* A gümős csigolyagyuladás újabb kezelésmódja. — *Cohnreich:* Az ureter és a veseerek keresztezett lefutása mellett előálló hydronephrosis. — *Pfeiffer* és *Mayer:* Az epithelteste csek működése. — *Gyermekorvostan. Kephallinós:* A gyermekkori végbélelőcsésnek kezelése a végből hosszanti merevitésével. — *Szülészet és nőorvostan. Hörrmann:* Mit nyujt a konzervativ kezelés az adnexumok és a medenczebeli kötőszövet lobos bántalmaiban? — *Venereás bántalmak. Knochenhauer:* Afrika és Ázsia némely népének családi élete és prostitutioja. — *Orr-, torok- és gégebajok. Fiocre:* A chloretonnak mint érzéstelenítő szernek használata a gégeorvostanban. — *Hecht:* Az orr- és gyomorbetegségek közti összefüggés. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Kabatschnik:* A chloroform okozta vérnyomáscsökkenés. — *Gomoiu:* A jod-chloroform. — *Laarmann:* Szer orbáncz ellen. — *Weber:* Szer Basedow-kór ellen. 235—238. lap.

*Magyar orvosi irodalom.* Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 239. lap.

**Vegyes hirek.** — Pályázatok. — Hirdetések. 239. lap.

**Tudományos társulatok és egyesületek.** 240—243. lap.

**Melléklet.** Richter Gedeon vegyészeti gyár gyógyszerkészítményei. — F. Hoffmann-La Roche & Cie czég „Secacornin“ készítménye. — Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation „Acidol-Pepsin“ készítménye.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Adatok a gégeszűkületek operativ kezeléséhez.

Irta: *Navratil Imre* dr., egyetemi tanár, udvari tanácsos, szent Rókus-kórházi rendelő orvos.

A gégeszűkületek gyógyítása az operativ sebészetnek eddig még nem teljesen megoldott, legnehezebb s épen azért egyik legértékesebb feladata.

E téren tett kisérletezéseim és tapasztalataim talán némi adatot szolgáltathatnak a kérdés megoldásához. Magától értődik, hogy leginkább az idült szűkületek jönnek itt szóba, kevésbé a hevenyek, bár lehetetlen ezeket figyelmen kivül hagyni, mert elég sűrün nyomukban fejlődnek az idült alakok.

* * *

A heveny szűkületek közül a diphtheriás croup kezelése köti le első sorban figyelmünket. Tagadhatatlan, hogy az O'Dwyer-féle intubatio jelentékeny vivmány a heveny diphtheriás gégeszűkület kezelésében. Ismerjük előnyeit: gyorsabban és könnyebben hoz biztos segélyt a fuladozónak s az esetek nagy számában feleslegessé teszi a légcsőmetszést; de felette hibáznánk, ha benne látnók a diphtheriás gégecroup s az általa okozott szűkület egyedüli gyógyeszközét.

Tapasztalataim bizonyitják, hogy a hosszasabb ideig alkalmazott intubálás veszélyeket rejt méhében, a mennyiben utána úgy a lágyrészeken, mint a gége porczain kisebb-nagyobb fokú decubitusok, üszkösödések keletkeznek, a melyek kiterjedt hegesedésre, igen súlyos gégeszűkületre vezetnek.

A diphtheriás gégeszűkület azon eseteiben, a melyekben az álhártyák képződése sokáig tart, tehát gyakori és hosszasabb ideig tartó intubálás válnék szükségessé, helyesebb megnyitni a légcsövet; de nem szabad laryngo- vagy cricotomiát végezni, mert ezzel nem érünk czélt, a szenvedés helyére tennők a canulet s igy csak fokoznók a bajt. Minden ilyen esetben minél távolabb a bántalom helyétől nyissuk meg a légzőutakat, tehát mély légcsőmetszést végezzünk.

A diphtheriás gégelégcsőcroup ama igen súlyos eseteiben, a melyekben az álhártyák képződése mélyen leterjed a légcsőbe, oszlásának helyéig, a mély légcsőmetszéssel sem érünk mindig czélt, kivéve azon eseteket, a melyekben nagy nyilást ejtve, utat és módot nyujtottunk arra, hogy a beteg a leválni készülő álhártyákat könnyebben kiköhögheti; megkisérelhetjük ilyenkor kampókkal (a melyeket szalaggal a nyakra erősitünk) szétfeszíteni a légcsövet s horgas fogóval kihúzni az álhártyákat.

A diphtheria legsúlyosabb eseteiben, a melyekben az álhártyák a nagyobb, sőt esetleg a kisebb hörgőkbe is leterjednek, tartózkodjunk minden sebészi beavatkozástól, mert csak discreditálnók sebészi tudásunkat.

Magától értődik, hogy a diphtheriás croup operativ kezelésével együtt a diphtheriaserumot is használjuk.

* * *

A typhus és himlő kapcsán fejlődött gégeporczkörüli lobok s az általuk feltételezett szűkületek gyógyitására csak egy biztos eszközünk van s ez a mély légcsőmetszés, a mennyiben ez, mig egyrészt biztositja a légzést a canuleön át, másrészt megadja a lobellenes kezelés cardinális kellékét, a gége absolut nyugalmát.

Az eredmény annál kedvezőbb, minél korábban végezzük a légcsőmetszést, nem várva be a szövődményeket, tályogképződést stb.; ugyanez áll a külerőszak vagy fertőzés útján fejlődött lobos szűkületekről. Ha a külerőszak nem volt igen nagyfokú és a fertőzés nem igen jelentékeny, a korán végrehajtott mély légcsőmetszés a legtöbb esetben sima és gyors gyógyulást biztosit.

* * *

Az idegen test okozta heveny gégeszűkület szintén légcsőmetszést tesz szükségessé, ha nem sikerül jó korán endolaryngeális úton eltávolitani az idegen testet. Az idegen test, főleg az apró, hegyes csontdarab, szilánk, csakhamar oly mélyen fúródik a gége lágyrészeibe, a Morgagni-tasákokba, hogy csak ritkán sikerül meglátnunk a gégetükör segélyével a gégében. Voltak eseteim, a melyek-

ben a beteg maga sem birt biztos tudomással arról, hogy idegen test jutott a gégéjébe, legfeljebb csak sejtette. A légcsőmetszés után rövidebb-hosszabb idővel az esetlegesen fejlődött tályog felfakadása után maga a beteg köhögte ki az idegen testet.

* * *

Félheveny gégeszűkületek támadására a syphilis és a gümókór szolgáltat leginkább okot. Az előbbi alkati betegség kapcsán fejlődött gégeszűkület a luesnek 2. és 3. szakában szokott létrejönni, bár az utóbbi szakban inkább észleljük az idült alakot.

A félheveny szűkületek gyógyítására hathatós szer a higany, a szürke kenőcsnek nagy adagokban való alkalmazása; még gyorsabb a hatás — s itt ez a fő — a sublimat-oldatnak az izomzatba befecskendezése és az atoxyl adagolása után. Áll ez mindazon esetekre, a melyekben a fuldoklás még nem érte el a legmagasabb fokát s a rögtönös segélynyujtással még várhatunk, továbbá mindazon esetekre, a melyekben a baj csak a lágyrészekben fészkel s ezek beszűrődése okozza a gyűrű-kanna-izület merevségét; ha azonban a gyuladás magát a porczot is a szenvedés körébe vonta, avagy kiterjedt, mély fekélyesedéssel párosult gyuladásos beszűrődés a szűkület oka — ilyenkor nagyobbfokú is a nehézlégzés —, a légcsőmetszéssel, mint leggyorsabb és legbiztosabb mentőszerrel nem szabad késlekedni.

A lágyrészekre szorítkozó gégeszűkületek antilueses kezelésre rendszerint visszafejlődnek, alig akad eset, hogy utólagosan tágítani kellene. Az idült alakban is elég gyakran látjuk visszafejlődni a szűkületet, ha a légcsőmetszés után hathatósabb antilueses gyógyítást alkalmazunk; de itt már gyakrabban áll elő a szüksége, hogy tágítsuk a szűkületet. Erre a czélra az O'Dwyer-féle intubatiót használtam; a hangrés tágult, olykor mind a két izület, gyakrabban csak az egyik felszabadult a merevség alól, a szerint a mint csak kisebb vagy nagyobb fokban szenvedtek az izületek. Azon esetekben azonban, a melyekben részint az izmok, részint s főleg a porczok részéről volt állományveszteség, tágíthattam a gégét a legvastagabb tubussai is, az izmok többé nem működtek, a porczváz összeesett, a beteg az ekképen megszűkített hangrésen levegőt nem kapott, a canule viselése állandóvá vált. Ilyen esetek kórházi gyakorlatomban egy-két évtized előtt elég gyakoriak voltak; most, midőn a szegény és kevésbé művelt beteg is hamarabb keres orvosi segélyt, felette ritkák.

* * *

A félhevenyen fejlődő gümős megbetegedései a gégének elég gyakran okoznak gégeszűkületet; gyógyításukban kiváló szer a légcsőmetszés. A légcső megnyitása által létesített absolut nyugalom a legjótékonyabb és leghathatósabb gyógyító tényezőnek bizonyult ily esetekben. Nem értem a tüdőgümősödés — phthisis — előrehaladt szakában fejlődött porczkörüli gyuladását, fekélyesedést a gégének. Ez esetekben a légcsőmetszés rendesen csak rövid — ritkán valamivel hosszabb — időre nyújtja meg a beteg életét. Óvakodjunk lázas phthisises betegeken — hisz itt ritkán is jő létre a légzőfelület kicsinysége miatt nehézlégzés — megnyitni a légcsövet, mert rendesen a műtét közben, vagy csakhamar utána meghal a beteg.

A gümős granulomák okozta gégeszűkületek gyógyításakor úgy járunk el helyesen, ha mindenekelőtt megnyitjuk a légcsövet s azután, ha elmult a műtét folytán támadt lobos reactio, cocainnal vagy alypinnal való érzéstelenítés mellett kürettezést alkalmazunk. Jó eredményét láttam e beavatkozásnak azon ritka esetekben, a melyekben a beteg még elég jó erőben van, láztalan és a csúcshuruton kivül a tüdő még nem nagyobb mértékben beteg. Ily kedvező viszonyok közt kielégítő eredménynyel kisérlettem meg nehány betegen a gégének a középvonalban való felhasítását és a granulomáknak exolaryngealiter való eltávolítását. Ha a légcsőmetszés után nem fejlődik vissza a szűkület, az intubálást nem találtam czélravezetőnek s azért nem is ajánlhatom.

* * *

Különösen leköti az érdeklődést a Galicziából és Romániából bevándorlók révén hozzánk eleinte csak a felföldre jutott, újabban már az alföldre is mindinkább terjedő megbetegedése az orrnak, a felső ajaknak, a garatnak, a gégének s a légcsőnek: a skleromának, a mely a fentemlített szervek nagyfokú kóros elváltozásain kivül kérgesedésüket, különböző alakú összenövésüket okozza, minek következtében félhold- és gyűrűszerű hártyás képletek (diaphragmák) és csöves szerkezetű csatornák képződnek a gégelégcsőben.

A skleroma (kérgesedés) okozta kóros elváltozások kisebb-nagyobb fokú szűkületet hoznak létre a gégében s igy fuladozásra, sőt megfulásra is vezethetnek. A szövetek kérges beszűrődése lassan fejlődik, kezdetleges szakában lágyabb, majd mind tömöttebbé, keményebbé válik.

Az orrgatban és a gégében levő kérgesedés rendesen az orr, a garat, a gége és a légcső száraz hurutjával párosul; a szag hasonlit az ozaenáéhoz (hisz a skleroma bacillusa a Fridländer-féle capsulás diplococcushoz és ez az ozaenadiplococcushoz közel áll), de mégis más s oly jellemző, hogy ha egyszer éreztük, könnyen megkülönböztethetjük az ozaenáétól.

A gégelégcső-skleroma kezelése csak helyi, sebészi lehet. A hangszálagok elsődleges, kezdetleges, még lágy beszűrődéseit jó eredménynyel kezeljük egyszerűen intubatioval. A diaphragmákat a Krause-féle kettős kürettel metszszük szét s távolitjuk el, utána, hogy összenövés ne képződjék, szorgosan intubálunk. Ha keményebb a skleroma s már légzészavart, sőt fuladozást okoz, légcsőmetszést végzünk, s utána alkalmazzuk az intubálást, rendesen jó eredménynyel; 4—6 heti intubálás után a canulet eltávolíthatjuk. Az intubatiót előzetes (cocain, alypin) érzéstelenítéssel végezzük, közben naponta kétszer 2—3%-os konyhasóoldatot légeztetünk be a beteggel.

A recidiva nem ritka. Ilyenkor újabb intubálás újabb javulást eredményez. A légcső mélyebb helyeire, az oszlása helyére kiterjedő skleroma eseteiben csak palliativ kezelésre szoritkozhatunk.

Az orr- és ajak-skleroma ellen némi eredménynyel használt x-sugarakat a bolygóidegnek *nagyfokú, esetleg* életveszélyes izgalma miatt nem alkalmazzuk.

* * *

A gégelégcsőszűkületeknek elég gyakori okai a daganatok, a melyek akár magában a gégében s légcsőben, akár a szomszédságukban fejlődve, nyomják, szűkitik a gégét és a légcsövet. Ide számitjuk a nagyobb nyálkás és rostos polypusokat, a szemölcsdaganatokat (papilloma multiplex), a sarkomás és rákos elfajulásokat és a golyvát.

Bár ritkán, de mégis vannak esetek, a melyekben nagy nyálkás, főleg rostos polypusok eltömeszelve a hangrést, légzészavart, sőt fuladást okoznak. Nehézlégzés esetén, ha az endolaryngeális műtét többé nem végezhető, laryngofissiót végzek s a készített nyiláson távolitom el a nagy tömegű daganatot. Rendesen 6—7 nap alatt teljes gyógyulás követi a műtétet. Fuladozás esetében mély légcsőmetszést végzek s a szájon át veszem ki a polypust, vagy ha ez a nagysága miatt nem lehetséges, laryngofissio segélyével távolitom el.

* * *

A sokszoros gégeszemölcsdaganatokat, ha csak nehézlégzést s még nem fuladozást okoznak, endolaryngeális úton távolitom el. Fuladozás esetében mély légcsőmetszést végzek s nehány nap mulva, ha a reactiós gégelob visszafejlődött, a szájon át távolitom el a szemölcsöket. A recidiva lehetőségére gondolván, a canulet jó ideig — 3—5 hónapig — hagyom benn. Kiújulás esetén, főleg ha körkörös a szemölcsdaganat, gégefelhasitást végzek, szorosan a középvonalban választom el a pajzsporczokat. A szemölcsdaganatok tökéletes eltávolítása után Thiersch-lebenyeket ültetek a gégébe és a légcsőbe; ezen eljárással több esetben sikerült megszabaditani a beteget a szemölcsök kiújulásától, átjárhatóvá tenni a gégét, sőt lehetővé tenni a hangszalagok működését.

Gyermekeken 10 éves korukig sokszoros szemölcsdaganat eseteiben, akár kisebb, akár nagyobb a légzési nehézség, a szájon át való kellő műtevés nehézségei, sőt olykor lehetetlensége miatt, mindig gégefelhasitást végeztem, fuldoklás esetén előzetes légcsőmetszés után, s ezután irtottam ki a szemölcsöket; az utóbbi időkben nyilt sebkezelés mellett recidiva nélkül jó eredményt értem el, míg előbbi eseteimben, a melyekben a pajzsporczokat azonnal egyesitettem, a szemölcsök rendesen kiújultak.

* * *

Az elsődleges gégerákot, akár okoz nehézlégzést, akár nem, tudvalevőleg kiirtjuk, a baj kiterjedéséhez képest vagy a gége részleges, vagy teljes eltávolításával; az utóbbi esetben előbb mindig mély légcsőmetszést végeztem s csak több nap mulva, ha a reactiós gyuladás visszafejlődött s a hörgőkben s tüdőben nem volt hurut, hajtottam végre a gégekiirtást.

A sarkomák ritkák a gégében. Ha kisebbek voltak, a szájon át távolítottam el; ha kiújulva nehézlégzést, fulladozást okoztak — két esetemben —, mély légcsőmetszét végeztem s a gégét vagy részlegesen, vagy teljesen eltávolítottam.

A lympho-sarkomák, -carcinomák a nyakon, ha légzészavarokat okoznak, mielőbb eltávolítandók, feltéve, hogy a szomszéd szövetekkel nem kapaszkodnak még össze. Ellenkező esetben meg kell elégednünk a fuldoklón a légcsőmetszéssel.

* * *

Golyva okozta légzési s esetleg nyelési nehézségek feltétlenül javalják a golyvaműtétet, természetesen a pajzsmirigynek lehető nagy, épebb részének meghagyásával. Ha kemény struma a légcső falát uzurálva meglágyította, nyissuk meg a légcsövet, tegyünk bele canulet s óvakodjunk ezt a gégelégcső esetleges behorpadásának veszélye miatt eltávolítani. Ha fuladás veszélye fenyegeti a beteget, légcsőmetszést hajtok végre, a mi azonban elég gyakran nem végezhető, főleg akkor nem, ha a struma a légcsövet teljesen elfedi. Ilyenkor szükség esetén a gégét nyitom meg s abba teszem — a légcsőnek elhajlása miatt — a König-féle canulet. Nagyfokú strumitisben szenvedett betegeimen ezen módon sikerült megakadályozni a megfuladást.

* * *

Az idült gégeszűkületek egyik igen gyakori oka a canule késői eltávolítása (décanulement rétardé) és az ez által okozott hosszasabb izgatása a gégelégcső nyálkahártyájának, a mi kifekélyesedésére, bő sarjadzásra, sőt a gyűrűkannaizület merevségére vezet. A fekélyesedés s a sarjadzás rendesen a gégelégcső felső, ritkán alsó szögletéből indul ki. Olykor a canule végének vagy domborodásának megfelelőleg felfekvés (decubitus) képződik, melynek környékében bő sarjadzás jő létre.

Ezen gégeszűkületet okozó kóros elváltozások rendesen még a canule bennléte alkalmával fejlődnek, de olykor később, a mikor már eltávolítottuk a canule-t, jelentkezik a gégeszűkület, a fenn említett kóros folyamatok feltételezte hegesedés következtében. Ilyenkor a canule eltávolítása után közvetlenül vagy valamivel később, néha csak pár óra mulva nehézlégzés áll be, a szerint, a mint a gégelégcső sebe összébb szorulva, a gége űrét szűkitő kóros elváltozások állanak fenn kisebb-nagyobb fokban.

Legyünk tehát azon, hogy mielőbb eltávolítsuk a canule-t; a prophylaxis szempontjából pedig felette fontos, hogy gyakran változtassuk a canule-t, ellenőrizzük a gégelégcső sebét, tisztán, minden fertőzéstől menten tartsuk s hol rövidebb, hol meg hosszabb canuleöket alkalmazzunk.

Mindenekfelett fontos azonban, hogy ne végezzünk gégelégcsőmetszést (cricotomiát) vagy kivált csak gégemetszést; ne tegyük, mint már említém — bármily okból végeztük is a légzőutak megnyitását —, a canule-t a baj helyére, hanem minél távolabb tőle helyezzük a légcsőbe, tehát mély légcsőmetszést végezzünk minden esetben. Igaz ugyan, hogy ez sokkal nehezebb műtét s több sebészi ügyességet és lélekjelenlétet igényel, de a legmegbizhatóbb praeventiv eljárás a fenn vázolt szűkületek megelőzésére.

A mély légcsőmetszés után is támadhat kifekélyesedés, felfekvés (decubitus) a légcsőben, ritkán granuloma is, de ez utóbbit csak gümőkóros gyermekeken, valamint felnőtteken észleltem. Ritka, bár nem lehetetlen, hogy ilyen egyénekben áttörés folytán sülyedéses tályog fejlődik a mediastinumban, vagy még ritkább esetben a canule vége uzurálja az anonymát. Mindezen utóbajokat azonban megelőzhetjük, ha gyakran változtatjuk a canule-t, rövidebb-hosszabb csöveket alkalmazunk s a kötés változtatásakor pontos antisepsist követünk.

A laryngotomia vagy cricotomia után vagy épen miatta képződött gégeszűkület eseteiben meggyógyitásuk czéljából első teendőnk a canule-nek, a mely mint idegen test a gégében levő folyamatnak fenntartásához sőt fokozódásához járul, eltávolításáról gondoskodni azzal, hogy mély légcsőmetszést végezve, ide helyezzük át. Gyakran már erre is — megszünvén a folytonos izgalmat fenntartó ok — visszafejlődik az okozat, a gégeszűkület; de ha ez nem történnék meg, a mennyiben a baj súlyosabbá és idültebbé vált, O'Dwyer-féle tubusokkal fokozatosan tágitjuk a gége űrét.

* * *

Az idült gégeszűkületeknek egyik igen gyakori s legmakacsabb fajtája az, a mely az intubatio nyomán decubitus folytán jön létre. Rendesen magában a gégében van a szűkület, vagy a tubus alsó végének megfelelő helyen, a gége elülső falán, vagy a gyűrűporcz tájékán, a hol a tubus a duzzadt nyálkahártyára gyakorolt nyomást.

Vajjon csupán a diphtheriás folyamatnak tulajdonitható-e a decubitus — mint a hogyan állitják —, vagy az intubatio hosszú tartamának, vagy a mi legvalószinübb, mind a kettőnek, nem akarom itt bővebben fejtegetni; való az, hogy diphtheria után nagy kiterjedésű hegesedéseket a nyálkahártyákon, állományveszteségeket az izmokban és porczokban mindig csak akkor láttam, ha a beteg túlságosan sokáig és tartósan intubáltatott.

Ezen szűkületek gyógyitása az elmondottak szerint felette nehéz s eddig még nem teljesen megoldott feladata az operativ sebészetnek. Példa erre a következő eset:

A két éves fiú 1905 márczius 27.-én betegedett meg diphtheriában; ugyanazon hó 29.-én intubáltatott. Márczius 29.-étől április 5.-éig nyolczszor végezték rajta az intubatiót; a tubus 17—22½ óráig maradt a gégében. E közben a beteg állapota majd javult, majd a fuladásig fokozódott, mig végre április 6.-án az újabban létrejött fuladásrohamok miatt légcsőmetszést végeztek rajta. A lobos visszahatás megszüntével újra intubálták a beteget, de eredménytelenül; a canule-t eltávolitani nem lehetett és ezért junius hó második felében laryngofissiót végeztek rajta. A heges részek felsebzése, részben kiirtása után Thiersch-lebenyeket ültettek a gégébe; az eredmény eleinte kedvezőnek látszott, de a lebenyek egymás után sorban elhalva kiküszöböltettek, a canule-t eltávolitani nem lehetett.

Ugyanazon év őszén a makacs szűkület megszüntetése végett a gégelégcső kikészittetvén, a heges részek teljes eltávolítása czéljából körkörös resectiót végeztek, az átmetszett gégelégcső sebszélei azonban csak hátrafelé egyesültek, elülső részletükben pedig szétváltak.

Végre a következő év április havában újabb műtétet végeztek; a légcsövet lehetőleg mélyen tették szabaddá, a gégelégcsőből jelentékeny heges részt körkörösen kimetszettek s a sebszéleket egyesitették akként, hogy a paralaryngeális szövet pontosan érintette egymást és zárta a légcső felső-alsó sebszéleit; a műtét sikerült, a sebszélek minden ponton egyesültek. A reactiós lob lezajlása után a még mindig fennálló szűkület miatt újra intubálták a legkisebb gyermektubuson kezdve fokozatosan a 7. sz. tubusig. Eleinte ½, majd 2 óráig is bennhagyták a tubust.

Az intubálást csekély szünetekkel folytatták osztályomon 1906 október 8.-áig. Az állapot ekkor a következő volt: bedugott canule mellett a gyermek 2 óráig eleinte szabadabban, később nehezebben légzik; azontúl cyanosisos lesz, fuldoklik. Kétségtelen, hogy a jelen esetben jelentékeny állományveszteség érte az izmokban és porczokban is a gégét, annak űre — ha nem intubáltatik, nem tágittatik műlegesen — lassan magától összébb szorulva, összeesik.

Jelen esetben még a következő eljárásokat lehetne alkalmazni: felhasitani a gégét, elülső heges falából egy részt kimetszeni s azt oldalt vett, nagy s vastag lebenyekkel pótolni akkép, hogy a jelentékenyen megnagyobbodott gége jóval nagyobb, tág űrt kapjon, tehát új elülső gégefalat kellene készíteni. De ezen beható műtétet csak később, a fiúnak 12—14 éves korában lehetne végezni a siker reményével.

*Killian* ilyen esetekben a felsebzett gége elülső falába porcz-, csont-, celluloidlemez tevését ajánlja, de ezen eljárás alig vezethet sikerre, mert alapfeltétele, a lemeznek hosszabb időn át teljes nyugalomban maradása, a gégében nem érvényesülhet.

Több eredményt remélhetni most még a gyermekkorban Barlatier és Sargnon műtéti módjától, melyet röviden a következőkben vázolok.

Az eljárás eszméje tulajdonképen Killiantól ered; a fentemlített franczia szerzők azonban az eljárást bővebben kialakitották és 8 beteget ezen eljárással meg is gyógyitottak.

Barlatier és Sargnon előzetesen mély tracheotomiát végeznek, majd a szűkület fokához képest a gégét vagy a gégelégcsövet a középvonalban felhasítják és a nyálkahártyát kivarrják a bőrhöz. Ezután vörös kaucsukból készült draincsövet helyeznek a keletkezett csatornába és selyemfonalakkal rögzitik a nyakon.

A draincső behelyezésének az a czélja és eredménye, hogy a hegszövet felpuhul és felszivódik a kaucsukkal való érintkezés helyén. Hogy ez zavartalanul történhessék, a draincső végét láng felett hevítve le kell gömbölyíteni. A draincsövet a behelyezés előtt jól bekenik vaselinnel és azután fedőkötést alkalmaznak. Ha most 15-ös vagy 16-os számú draincsövön kezdve felmentek a 31-es számúig, mind bővebb gégelégcsövet nyertek.

A haladás igen lassú; átlag 3—4 hónapig tart mig a normális kalibert elérik. Az új csatorna sarjadzás útján keletkezik és a bőr felől borul reá a hám.

Ha már mindezen folyamatok befejeződtek és a beteg korának megfelelő vagy még czélszerübben ennél tágabb csatornát nyert, egyszerűen a sebszélek felfrissítésével, vagy ha ez nem czélravezető, plastikával zárják elül az új gégelégcsövet.

* * *

1. ábra.

A gége legnagyobb fokú pusztulásai traumák folytán jönnek létre, mint a milyenek: öngyilkossági szándékból eredő metszett sebek, rugás, ütés a gégetájra. Metszett seb eseteiben a sérülés különböző nagyságú lehet; legnagyobb fokain a gége teljesen át van metszve a szakcsont és pajzsporcz között. A sérülés neme és mélysége szerint különféle következményes állapotok állanak elő: a nyálkahártya heges összenövései, a porczos váz deformatioja, a gége vagy légcső teljes tölcsérszerű elzáródása, nagyobb porczsequesterek kilökődése után nagymérvű zsugorodás.

Hogy ilyen esetekben mikép járok el, a következő kórtörténetben vázolom.

A jelenleg 30 éves beteg 1902 junius 13.-án öngyilkossági szándékkal Berlinben könyvkötőkéssel 16 cm. hosszú sebet ejtett a nyakán; a nagy vérzés miatt önkivületi állapotban, syncopeben vitték a Charitébe, König tanár osztályára, a ki az élesztési kisérletek után tracheotomiát végzett rajta és a gége sebét bevarrta.

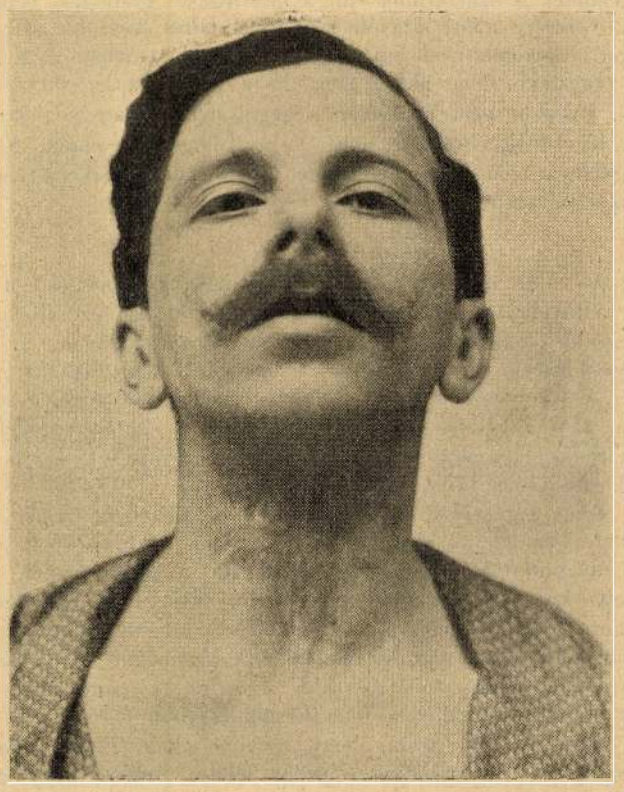
A beteg nyugtalansága folytán a varratok szétváltak, profus genyedés állott be, melyet a seben át folyó ital, nyálka még fokozott. A genyedés miatt nagy kiterjedésű anyaghiány állott elő. Majd a melancholia nagyobb mérveket öltött, úgy hogy a beteget az elmeorvostani osztályra tették át. Ezután, mint magyar illetőségű, a lipótmezei tébolydába került, honnan helyszűke miatt a nagyváradi állami elmekórházba szállittatott.

Itt a tracheotomia sebéből a canule-t kivették, próbaképen, hogy tud-e már canule nélkül lélekzeni, de fuladozott és ezért a canulet, miután a tracheotomia sebe időközben már összenőtt, az öngyilkossági kisérlet alkalmával támadt seb fennmaradt részébe tették. Nagyváradról 1905 junius 15.-én kisérték osztályomra a következő állapotban (1. ábra). A pomum Adami felett kiterjedt hegesedés; a kannaporczok felett 5 koronás nagyságú anyaghiány, melynek szélei hegesek; az anyaghiány mélyében az álhangszalagok látszanak, melyek igen duzzadtak és fityegnek, az aryporczok mozdulatlanok, az epiglottis ép.

Az oesophagus bemenete jól látható, a nyelési actus megfigyelhető.

A leirt 5 koronás nyilásban vékony canule, mellette étel, ital és nyál folyik ki és ennek következtében a nyak egész elülső felülete eczemás. A beteg hangot adni nem tud.

Első sorban is tracheotomia inferiort végeztem előkészitésképen arra, hogy a nagy hiány zárható legyen; a tracheotomia az



2. ábra.

e helyen levő nagymérvű hegesedések, összenövések, a trachea eltolása és falának megvastagodása folytán nagy nehézséggel járt. Miután igy a beteg ismét tág canule-ön keresztül szabadon légzett, a nyaki eczema gyógyitásához fogtam. Ennek gyógyulása hónapokig tartott, úgy hogy csak 1905 szeptember 20.-án foghattam a gége felett levő anyaghiány zárásához. A nyaknak a hiánynyal szomszédos oldalrészeiből két bőrkötőszövet-lebenyt vettem, melyek magassága a hiány magasságát alul és felül 1 cm.-rel túlhaladta; egy lebeny hossza 4—5 cm. volt. A hiány és a lebeny mediális széle között $1^1/_2$ cm.-nyi alap maradt a lebeny táplálására.

Ezután a hiány alsó és felső részét vizszintes metszéssel felfrissitettem és a két oldallebenyt áthajlitván, a középvonalban összevarrtam, valamint a felső és alsó széleket a felfrissitett sebszélekkel egyesitettem.

A kötés alkalmazása után a beteg táplálását bárzsingcső segélyével végeztük és a legnagyobb nyugalmat rendeltük. De az idegbaja miatt nyugtalan beteg ezen rendeletet nem teljesitette és igy a lebenyek nem tapadtak meg (2. ábra) minden ponton.

Ez okból újabb plastikát kellett végeznem a sebszélek felfrissitésével és összevarrásával, a mi teljes sikerre vezetett, a

mennyiben sikerült a gége elülső és oldalfalát teljessé tenni, tehát új elülső gégefalat képeztem. Csak gombostűfejnyi fistula maradt, végül ezt is zártam.

A canule-t azonban ekkor még nem távolitottam el, mert a nyak két feléről vett befordított nagy bőrlebenyeken növő szőrök izgatván a gégét, a vérbőség és duzzadtság szükitette a gégét. Miután a szőröket gégefogóval több izben kitéptük, a szőrök kinövése megszünt, vele a gége izgalma s duzzadtsága is, s a canule-t végleg el lehetett távolítani.

A végzett műtét után $2^1/_2$ év mulva, 1908 január 5.-én az illető bemutatta magát az osztályon: hangrése tág, légzése teljesen szabad; a hangoztatás — elpusztulván a valódi hangszalagok — az álhangszalagokkal történik, a beszéd azonban jól érthető.

## A részegség törvényszéki orvosi szempontból.[1]

Irta: ***Fialowski Béla*** dr., kir. törvényszéki orvos.

A részeg ember a legkülönbözőbb módon jöhet összeütközésbe a törvénykönyvvel. Ismeretes azonban, hogy a testi épség ellen irányult bűntények legnagyobb részét részeg állapotban követik el az emberek vagy legalább is az efféle tettesek legtöbbje a bűntény elkövetését részegséggel szokta mentegetni.

Mentegetődzésük rendszerint igazságon alapul, mert a legtöbbnél a részegség kisebb-nagyobb foka meg is volt a bűntény elkövetése idején s ez érthető is, mert hiszen a testi sértések nagy része a korcsmában vagy a korcsma körül lezajlott verekedés folytán jön létre.

Azon állapot, melyet köznyelven részegségnek neveznek, a szesz okozta mérgezésben áll.

Ezen szeszmérgezés tünetei főleg az idegrendszerben nyilvánulnak és pedig első sorban az agy működése az, mely a szesz behatására megváltozik. A szeszes italok az agy működését bénitják s annak első jeleképen az öntudat homályosul el, a birálóképesség gyengül, és pedig azért, mert az alkohol a szellemi tevékenységet, a gondolatfűzést, az itélőképességet befolyásolja, minélfogva az agynak azon működése, mely meghatározott logikai következtetésben, a gondolatok megfelelő kiválasztásában, itélkezésben áll, lassabban és nehezebben indul meg, mint azon agyműködés, mely közvetlen automatás következménye valamely érzetnek vagy behatásnak s melyet reflexműködésnek neveznek.

Be van bizonyitva, de a mindennapi tapasztalat is megegyezik vele, hogy a szeszes italok behatása alatt a szokottnál gyorsabban, de a mellett igen meggondolatlanul és bizonytalanul cselekszünk.

Az alkoholhatás egyik sarkalatos jelensége, hogy azon gondolatcsoportot, azon eszmetársulási folyamatot, mely valamely érzéki behatás és az erre következő cselekvés között rendszerint beáll és az agy gátló működésének neveztetik, működésen kivül helyezi.

Minthogy pedig a behatás és a cselekvés közt levő irányitó gondolkozás, a megfontolás, a kritika, a magasabb, sőt a legmagasabb szellemi működésnek minősitendő — oly működésnek, mely az embert szabadakaratú lénynyé teszi —: az alkoholnak ezen látszólag jótékony hatása épen a legmagasabb szellemi tulajdonságnak lefokozásán alapul. Az alkohol hatása alatt szellemi működésünk, mely különben a motivumok közül szabadon választhat, a reflexműködés alacsonyabb fokára sülyed.

Mindezen jelenségek pedig bénulási tünetek.

Számos exact vizsgálat beigazolta, hogy már csekély mennyiségű alkohol is növeli a befolyásolhatóságot, jelentékenyen gyengiti a felfogást és elhomályositja az emlékezőtehetséget, sőt nagyobb mennyiségű alkohol behatástartama alatt a nyert benyomásokra való visszaemlékezés teljesen hiányzik is.

Ezek szerint az agy működése az alkohol behatása alatt meg van zavarodva. Csekélyebb mennyiségű alkohol behatására a zavar nem oly kifejezett, de zavarodottság akkor is van s igy a heveny alkoholmérgezést, azon állapotot, melyet köznyelven részegségnek neveznek, orvosilag csakis mint elmezavart lehet és szabad megitélni, miért is törvényszéki orvosi szempontból a heveny alkoholmérgezés csakis mint elmezavar birálandó el.

[1] A magyar orvosok és természetvizsgálók pozsonyi vándorgyűlésén tartott előadás.

Hogy a heveny alkoholmérgezés, a részegség, valóban elmezavar, igazolja a fentieken kivül azon körülmény is, hogy hallucinatiókkal, viziókkal és egyéb káprázatokkal jár s mindezek folytán az illetők helytelenül ismernek fel egyes dolgokat, a legcsekélyebb s csakis káprázataik miatt óriásinak látszó veszedelem ellen a legféktelenebb módon védekeznek, sőt gyakran tisztán egyedül hallucinált veszedelem miatt környezetüket támadják meg.

A részegség ezek szerint szeszmérgezésen alapuló elmezavar.

Hogy a részegség ezen stadiuma minő esetben áll be, több körülménytől függ.

Létrejöttére az ital mennyisége lényegesen nem döntő, minthogy némely egyénen kevesebb, máson több italra áll be: inkább függ a részegség beállta az egyén korától és szervezetétől, de függ feltétlenül az ital minőségétől és töménységétől. Az tény, hogy szénsavtartalmú szeszes italok (pezsgőborok, forrásban levő új borok) élvezete esetén előbb és vehemensebben áll be, a mi az italokban levő szénsav mérgező hatásának tulajdonitandó; függ továbbá a gyomor üres vagy teli voltától, függ a részegség beállta még attól is, hogy a szabadban, hideg levegőn fogyasztatik-e az ital, midőn többet birnak el az egyének, vagy zárt, roszszul szellőzött helyiségben. Lényeges végül az is, hogy nem játszik-e kézre narcoticum (nikotin) is, mert ez utóbbi esetben szintén előbb áll be a részegség. Függ végül a részegség beállta attól is, hogy szokott-e az egyén egyáltalán szeszes itallal élni vagy nem.

A teljes részegségben, az úgynevezett holt vagy tökrészegségben, a teljes alkoholnarcosisban, az egyének önmagukkal tehetetlenek s igy aggressive fel sem léphetnek, azonban ezen tökéletes alkoholnarcosist a fent emlitett psychés jelenségekkel járó motorius izgalmi stadium szokta megelőzni. Ezen izgalmi stadium rövidebb-hosszabb tartamú és pedig az alkoholos italokkal nem élő egyénekben rövid tartamú, mert „kevés italt birnak el", azaz gyorsan beáll a tökrészegség, a teljes alkohol-narcosis. A szeszes italokat rendszeresen ivóknál azonban, az alkoholistáknál, kik „sokat birnak el", ezen izgalmi szak hosszantartó, mert csak nagy italmennyiségre és hosszú idő mulva áll be a tökrészegségük. Ugyanezen jelenség észlelhető a műtéteket megelőző narcotizáláskor is. S épen a részegségnek ezen stadiuma az, mely az egyént közveszélyessé teheti. Ezen stadiumban járnak-kelnek a részeg egyének, beszélgetnek, néha sokat is, kérdésekre válaszolnak, tesznek, vesznek, hangulatuk változékony, ingerlékenyek, könnyen dühössé válnak, de ép oly könnyen el is érzékenyülnek, sirnak is, szóval az egész magaviseletük rendellenes, azonban minden tettük magán viseli a „részegség" bélyegét. Ezen stadiumban az egyének logikus eszmemenetet látszanak tanusitani, hiszen az ilyen részeg egyén reagál a kérdésekre, insultusukra, végigkóborolhatja az összes korcsmákat, mindenkivel barátkozik vagy összetűz, haza is megy, a zsebében levő kulcscsal éjjel háza bezárt kapuját, lakása ajtaját kinyitja, levetközik, lefekszik, és végül elalszik.

Az egyénnek épen ezen magatartása azon téves megitélésre vezet, hogy nem öntudatlan, mert hiszen logikusan cselekedett és beszélt; hogy azonban ezen rajta észlelt logika nem helyes, hanem csak látszólagosan jó, mutatja az, hogy az ezen állapotában elkövetett dolgaira vagy csak nagyon homályosan, hézagosan, sommásan, vagy pedig épenséggel nem emlékszik vissza.

A részegségről a büntető törvénykönyv külön mint ilyenről nem is emlékezik meg, hanem a büntető törvénykönyv 76. §-a alá tartozik, mely szerint „nem számitható be a cselekmény annak, a ki azt öntudatlan állapotban követte el, vagy kinek elmetehetsége meg volt zavarva és e miatt akaratának szabad elhatározási képességével nem bir", és pedig azért, mert a büntető törvénykönyvnek indokolásában hivatkozással a fenti paragrafus azon kitételére „öntudatlan állapot", a részegség azon foka is meg van emlitve, mely az embert „öntudatától fosztja meg".

„Az öntudatlan állapot alatt pedig azon múló psychikai állapot értetik, melyben a felismerési képesség nem hiányzik ugyan, de az annyira el van homályositva, hogy ez által az akaratelhatározás szabadsága nemcsak megszoríttatik, hanem teljesen megszüntettetik." „Ezek szerint nem a felismerési képesség megszünése, hanem az öntudatnak lényeges elferditése képezi a törvényben megjelölt öntudatlanság fogalmi ismejelét." (Magyar büntető törvénykönyv magyarázata, Dombováry Schulhof Géza, 1890.)

„A részegségnek azon foka, mely az elhatározás szabadsá-

gát kizárja, melyben az elkövetett cselekményt a tettes akaratára visszavezetni nem lehet — teljes részegség — oly öntudatlan állapot, mely a tettesnek nem számítható be. Ellenben a részegség oly stadiuma, mely az elhatározás szabadságát nem zárja ki stb., a beszámítást nem zárja ki." (C. 1886 márczius 26. 1885. év 7029. B. J. T. XII. 199.)

Sok fejtegetés tárgya volt már, hogy miképen bírálandó az meg, a ki a bűntett könnyebb elkövetése czéljából szándékosan részegedik le (actio libera in causa). Ha az ily szándékos részegség oly fokú, hogy tökéletes, teljes, úgynevezett „tökrészegség" támad, az öntudat is az ilyen részegség tartama alatt oly fokban szenved, hogy a lerészegedés előtt létrejött elhatározására nem emlékezhet vissza a szándékosan lerészegedett egyén; míg ha visszaemlékezik, akkor nem is öntudatlan s nem a BTK. 76. §-a szerint bírálandó el az eset.

A bűnvádi perrendtartás 246 §-a szerint pedig „ha gyanúok merül fel arra nézve, hogy a terhelt beszámíthatóságát korlátozó elmezavarban vagy öntudatlanságban szenved, a megfigyelést mindig két orvosnak kell teljesíteni stb."

Balogh Jenő, Edvi Illés Károly és Vargha Ferencz „A bűnvádi perrendtartás magyarázata" czímű munkájuknak az elmezavar és öntudatlanság megállapításáról szóló fejezetében a fenti §. értelmezése közben azt fejtegetik, hogy „mikor az öntudatlan állapot elmezavar nélkül áll elő, ez, mint nem valamely betegség kifolyása, rendszerint nem igényel orvosszakértői megállapítást, mert a biró maga is meg tudja ítélni, hogy az illető pl. álomban vagy teljes részeg állapotban volt-e akkor, midőn valamely sérelmet okozott; ellenben az elmezavar, akár teljes öntudatlanság alapján, akár csak megzavarta az öntudatot, mindenkor kóros állapot lévén: ennek felismeréséhez a birónak szüksége van orvosszakértők közreműködésére. A jelen §. tehát rendszerint csak elmezavar eseteiben, vagyis a fennforogni látszó elmebetegség eseteiben szakértői megállapítása végett alkalmazható, míg az elmebetegség nélküli öntudatlanság eseteiben orvosszakértőre szükség nem lévén, e §. alkalmazása rendszerint elesik". Már pedig, hogy öntudatlansággal járó részegségi alak volt-e jelen a bűntény elkövetése alkalmával, azt csak megfelelő szakvizsgálat derítheti ki.

Csakugyan azt látjuk, hogy a részegség megállapítása czéljából is mindinkább igénybe veszik az orvosszakértők működését.

Sajnos azonban, hogy ezen a bűnügy elbírálása körül rendkivül fontos kérdésben rendszerint csakis a vádlottnak a főtárgyalás folyamán való megfigyelése és a tanuk vallomásának meghallgatása után hevenyészve kell véleményt mondanunk s csak rendkivül ritkán van alkalmunk e kérdésben rendszeres, hosszabb ideig tartó megfigyelés alapján nyilatkoznunk, holott mint láttuk, a részegség esetében is valódi elmezavarral van dolgunk, melynek megállapítása annál nehezebb, mert ezen elmezavar múló természetű.

De ha akár csak a főtárgyalás folyamán észleltek alapján vagyunk kénytelenek ez ügyben véleményt mondani, akkor is feltétlenül meg kell kivánnunk azt, hogy a vádlottat részletesen megvizsgálhassuk, mert csak igy nyerünk tájékozást testi és lelki állapotáról, nevezetesen, hogy nincsenek-e rajta degenerativ, főleg idült alkoholismusra valló jelek. A főtárgyalás folyamán gondos figyelemmel kell kisérni a tanuk vallomását, ha pedig hosszabb megfigyelés rendeltetett el, az iratokból kell a tanuk vallomását tanulmányozni.

A tanuk vallomásából meg lehet állapitani a vádlott viselkedését, az általa elfogyasztott szesz mennyiségét és minőségét. A tanuk nyilatkozatát azonban csak fentartással szabad mérlegelni, mert hiszen rendszerint a tanuk nagy része alacsonyabb intelligentiájú egyén szokott lenni, kik az állapotot helyesen megitélni nem is tudják s épen ezért a tanuknak „látszott rajta, hogy ivott; részeg volt, de nem nagyon; egyenesen, nem dülöngve járt; tudta, hogy mit csinál; nyelve nem akadozott stb." hasonló kitételeik, bár a részegség különböző fokozatait látszanak jelezni, oly homályosak, hogy igen bő alkalmat adnak a legkülönfélébb magyarázatokra. Másrészt azt is figyelembe kell venni, hogy némely esetben a tanuk egy része az eset megtörténtekor kisebb-nagyobb mértékben szintén részeg volt s igy az ő saját emlékképeik sem mindig megbizhatók. Különösen szigorúan bírálandó el a korcsmárosok tanúvallomása. Nagy súlyt kell helyezni a bűntény körülményeire, s annak kiviteli módjára: volt-e ok annak elkövetésére, hogyan és miképen vitetett az véghez s végül rendkivül fontos a vádlott magatartása a bűncselekmény elkövetése után: a bűntény elkövetése előtt tanusitott magatartásának folytatása-e az s nem fokozódtak-e a bűntény elkövetése után a részegség tünetei, mely körülmény nagy diagnostikai jelentőségű; még jelentőségesebb a tett elkövetése után beálló mély alvás, mely nagyfokú részegséghez csatlakozik.

A részegség fokának kriteriumaként az elkövetett bűncselekményre, illetve a részeg állapotban való viselkedésre való visszaemlékezésnek teljes hiányát, az amnesiát szokták tekinteni.

Hogy pedig ezen amnesia valóban fennáll nagyfokú részegség után s nem simulatio, mutatja azon észlelés, hogy oly egyének, kik részegségökben bűntényre nem ragadtatták magukat, sőt ezen állapotukban kedélyesnek mutatkoztak, részegségük megszüntével viselt dolgaikra nem emlékeznek vissza, pedig nincs okuk szimulálni.

Hogy pedig ezen amnesia nem simulatio, az eset összes körülményeinek számbavétele is beigazolja. Azon kérdés szempontjából, hogy mi védheti a véleményező orvost esetleges czéltudatos simulatio ellen, Salgó és mások szerint a következőkre kell figyelemmel lenni. Nem lévén az öntudatlanság objectiv kimutatására más tünet mint az emlékezés hiánya, mi sem látszik könnyebbnek, mint az emlékezési hiánynak tudva akart feltüntetése az elkövetett bűntett palástolására.

Látszólag úgy áll a dolog, hogy könnyebb simulatio alig képzelhető, mint a szinlelt emlékezési hiány produkálása. Azonban a teljes és egy bizonyos időpontra nézve legélesebben körülirt amnesia szinlelése sokkal nehezebben vihető keresztül a tapasztalt szakorvos előtt, semmint azt a laikusok képzelik. Mindenekelőtt tekintetbe jön az öntudat felfüggesztésének kórtani alapja, kiindulópontja. A szeszmérgezés folytán keletkezett öntudatlanság diagnosisának pedig az előző intoxicatio a mulhatlan feltétele.

A szóban levő kóros állapot ezen aetiologiai fontolgatása mellett tekintetbe jön az elbirálandó cselekmény maga. Magától értetődik, hogy minél inkább magán hordja a vád tárgyát tevő cselekmény az előre megfontolt, czéljában átlátszó, eszközeiben és egyéb helyi és időbeli körülményeiben válogatott és átgondolt cselekménynek jellegét, annál kevésbé lesz jogosult és lehetséges az öntudatlanság kimutatása. Előfordulhat azonban, hogy a körülmények véletlen összejátszása még az előre megfontolt cselekmény bélyegét is rásütheti az öntudatlanságban véghezvitt tettre, azért a tett maga és annak körülményei hozzájárulhatnak ugyan a vélemény alkotásához és erősbítéséhez, de a vélemény egészben és lényegében a tett birálgatásából nem indulhat ki. Az öntudatlanság véleménybeli kimondása csak az öntudatlanság szoros kimutatása mellett lehetséges. Ha megfontoljuk, hogy az ezen rohamokkal járó öntudatlanság mily élesen van körülirva, hogy az annak megfelelő emlékezéshiány, olyan, mintha vassal lukasztották volna ki az öntudat teljesen összefüggő lánczolatából, akkor az ilyen határozott és élesen körülirt amnesia szinlelésének következetes keresztülvitele a lehetetlenséggel határos. A milyen végtelen egyszerű a pathologiás emlékezéshiánynak éles körvonalakban kimért feltüntetése minden körülmény közt, mert körvonalai az öntudat felfüggesztésének teljesen megfelelnek, ép olyan nehéz egy szinlelt amnesiának változatlan és részleteiben, valamint kiterjedésében mindig egyformán körülirt fentartása. A szinlelt emlékezési hiány apróbb részleteiben mindig ingadozik, s különböző időpontokban vizsgálva is mindig más. A szinlelő maga nem lévén orientálva az emlékezéshiány részleteinek fontossága felől, a mellékes és kevésbé fontos részletekre nagy súlyt vet s más részleteket elhanyagol. A bűnpalástolás czéljából szinlelt emlékezéshiánynál az illető egyén rendesen a tettre magára szoritkozik; a tettel összefüggésben nem álló körülményekre nézve, habár azok időre el nem választhatók az előbbenitől, emlékezéshiányt nem demonstrál, pedig a kóros amnesia nem tesz különbséget a fontos és nem fontos, a tettre szorosan tartozó és a vele összefüggésben nem álló részletek közt. A kóros emlékezéshiánynál gyakran észleljük, hogy a vizsgált beteg a reá nézve terhes mozzanatokra tisztán emlékezik, apróbb és teljesen közömbös részletek azonban emlékezetében hiányzanak, a szerint, a mint az öntudatlanság territoriumába estek vagy sem. A szinlelő továbbá, hogy könnyebben fenntarthassa az amnesia szinlelését és a kihallgatásokkor felmerülő kikérdezés elől jobban kitérhessen, kitágitja az emlékezés hiányának határait

előre- és hátrafelé, úgy hogy végre az amnesia már ezen kiterjedésében sem felel meg az intoxicatio szülte rohamszerű öntudatlanságnak.

A részegség ezen stadiuma ezek szerint hasonlit az epilepsiának azon fajához, melyben rövidebb vagy hosszabb ideig tartó öntudatfelfüggesztés mellett az epileptikusok utazgatnak, cselekszenek, sőt részben rendes foglalkozásukat is végezhetik s állapotuk multával viselt dolgaikra épenséggel vagy csak hiányosan emlékeznek vissza.

Mindezekből látszik, hogy a heveny alkoholos elmezavar, a részegség szakszerű megállapitása nem egyszerű dolog és csak számos tényező számbavétele mellett lehetséges; ezért lehetőleg mindig huzamosabb megfigyelés alapján történjék.

Ha pedig már azon meggyőződésre jutottunk, hogy a vádlott elmetehetsége az alkohol folytán oly fokban volt megzavarva, hogy emnélfogva akaratának szabad elhatározásképessége nem volt meg, úgy ezen véleményünket kinyilvánitani ne habozzunk.

Többször van alkalmunk látni, hogy ezen nyilatkozatunk nagy visszatetszést kelt, de mi arról nem tehetünk. Csak igy derül ki, hogy az alkoholnak minő romboló hatása van a társadalomra, mert egy a részegségben véghezvitt bűntény révén sok nyomor fejlődik, a mennyiben úgy a bűntettes, mint családja, valamint az áldozatul esettnek családja is szenved.

(Vége következik.)

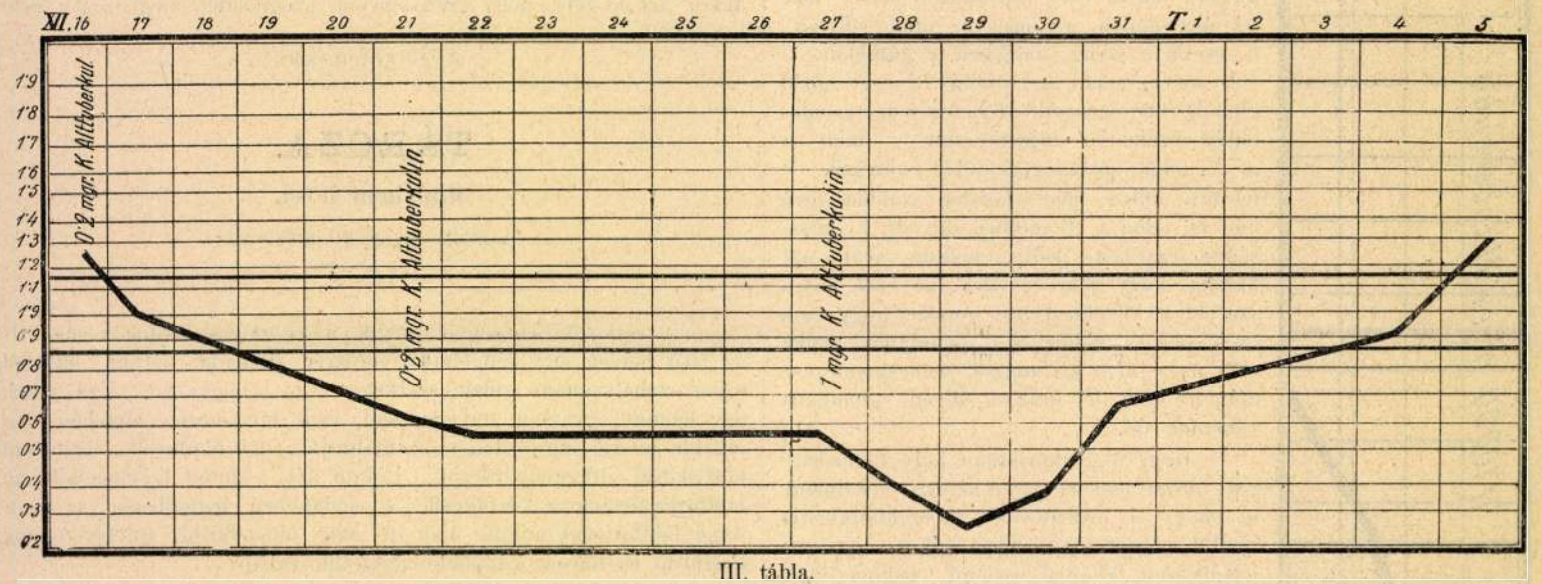
**Közlés a székesfővárosi bakteriologiai intézetből (igazgató: Vas Bernát dr. egyetemi magántanár) és a szt. István-kórház VII. orvosi osztályából (főorvos: Dieballa Géza dr. egyet. magántanár.)**

# Az opsoninokról és értékesithetőségükről a tuberculosis diagnosisában, prognosisában és therapiájában.

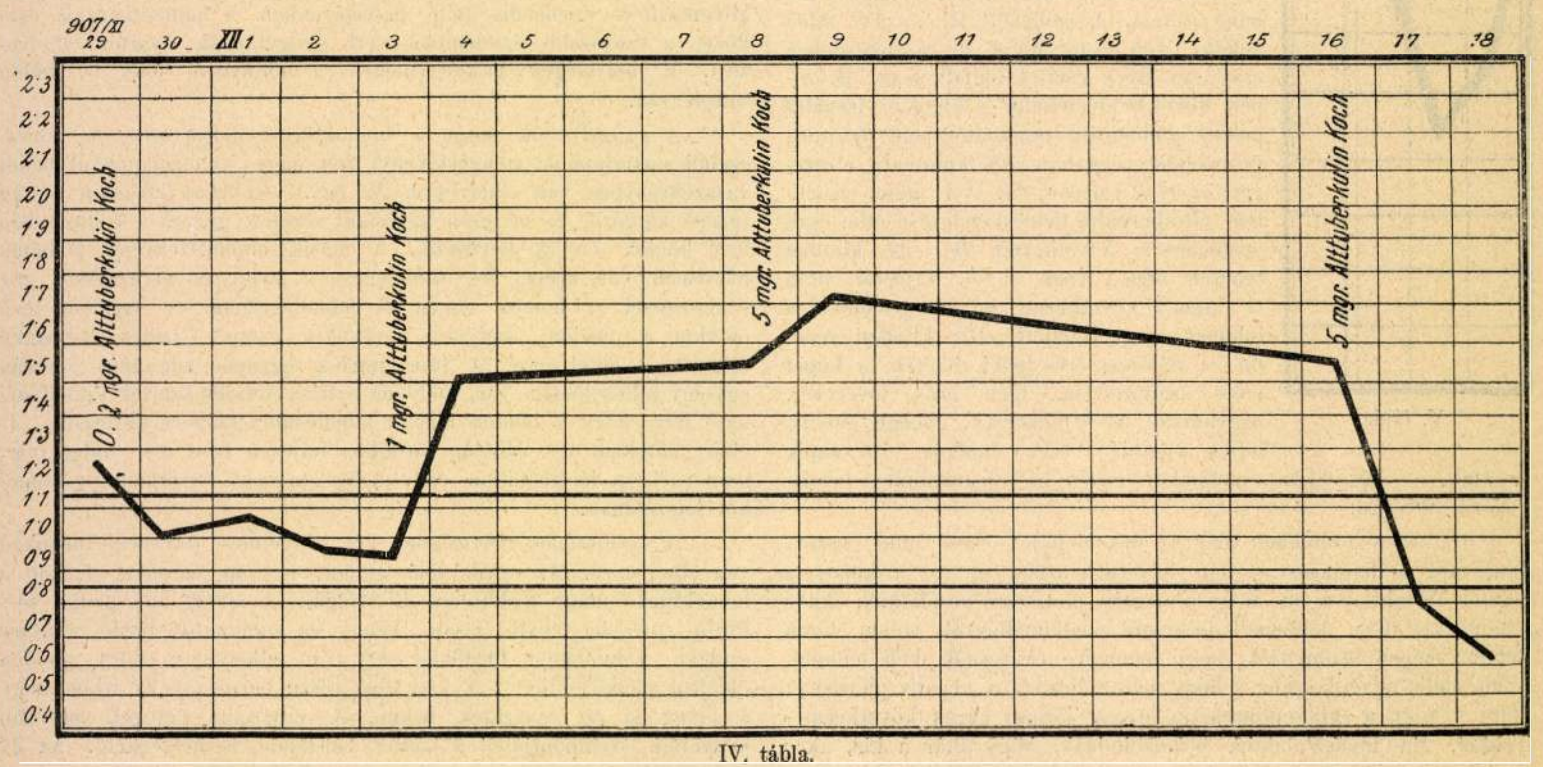
Irta: ***Szabóky János*** dr., v. egyetemi klinikai tanársegéd, fürdőorvos Gleichenbergben.

(Folytatás.)

A tuberculin probatorius injectiojának alkalmazása mellett 17 esetben vizsgáltam az opsoninindex értékét. A 17 vizsgált eset közül 15 tuberculosisnak bizonyult, 2 pedig nem. A tuberculin probatorius injectioját kétféleképen alkalmaztam. Vagy úgy, hogy 0·2 mgm.-on kezdtem s azután felemelkedtem 1—5—10 mgm.-ig, vagy pedig a kezdeti adagot (0·2 mgm.) 3 napi időközökben négyszer megismételtem. A 15 tuberculosiseset közül 6-ban már az első tuberculininjectio után bekövetkezett a klinikai reactio, ezen esetekben az opsoninindex értéke is már az első injectio után erősen esett; máskép volt ez azon 9 gümőkóros esetemben, melyben a klinikai reactio a második, harmadik, esetleg csak a negyedik injectio után következett be s ezen esetekben érdekes volt az opsonin-




III. tábla.

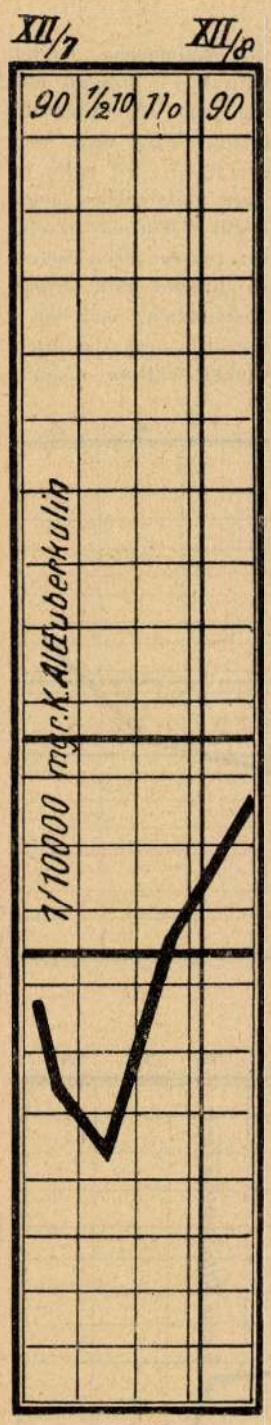



IV. tábla.

index magatartása, tudniillik esése a 9 eset közül 7-ben — mint azt a III. és IV. tábla szépen mutatja — jóval megelőzte a klinikai reactiót. Két nem tuberculosus betegen, kin tuberculinra klinikai reactio nem következett be, az opsoninindex sem esett, hanem inkább az injectio nagyságával párvonalasan emelkedett.

Ha az opsoninindex értéke a tuberculin probatorius injectioja után esett, különösen nagyobb adag után erősebben, az adag nagyságával párvonalasan mélyre sülyedt, rendesen pár napig ezen fokon maradt s csak pár nap mulva emelkedett ismét az előző érték fölé.

Mielőtt az opsoninindex prognostikai értékesíthetőségére térnék át, azon érdekes megfigyeléseimet fogom közölni, melyeket akkor tettem, midőn az opsoninindex értékét akár nagyobb, akár pedig kisebb adag tuberculin injectioja után — utóbbi esetben Koch-féle alttuberculint vagy a C. Spengler-féle anyagok egyikét vagy másikát használtam — fél óra mulva vizsgáltam. 18 esetben végeztem ezen vizsgálatokat nagy adagú (0·2, 1, 5, 10 mgm.) s 22 esetben kis adagú ($^1/_{10000}$, $^1/_{100000}$ mgm.) injectiók után. Az előbbi esetek közül 12-ben, melyben tuberculosis volt jelen, az opsoninindex értéke — feltéve, hogy a nagy adag injectioja után 24 óra mulva esés következett be — már fél óra mulva az injectio után sülyedt; 6 esetben pedig, melyben a gümőkór ki volt zárva, nem. Az utóbbi 22 eset közül gümőkórban szenvedő 16 betegen az opsoninindex értéke az injectio után — mint az az V. tábla opsoningörbéjéből is kitünik — fél óra mulva, még a kezdeti szakban levő kön is, mind a 16 esetben sülyedt, 6 egészséges egyénen pedig egyszer sem. Azt hiszem, hogy nem tévedek, ha ezek alapján azt a következtetést vonom, hogy azon esetekben, a midőn az opsoninindex értéke akár nagy, akár kis adagok befecskendezése után az első fél órában sülyed, gümőkórt vehetünk fel.



V. tábla.

Hogy a gyakorlatban mily fontossággal birhat már maga az az egy körülmény is, hogy a probatorius tuberculininjectio kisebb adagja után, tehát mikor még nem jelentkezett klinikai reactio, bekövetkezik az opsoninindex esése, szépen bizonyitja nehány esetem. A mellékelt III. és IV. tábla nehány ilyen esetet mutat, de részletesebben csak egy ilyen esettel foglalkozom. B. S.-nén, mivel bejövetelekor a klinikai vizsgálat positiv gümőkórra támpontot nem nyujtott, próbaoltást végeztem tuberculinnal. A betegen az első s máso- dik 0·2 mgm. Koch-féle alttuberculin befecskendezése után csak opsoninesés következett be, de klinikai reactio nem; csak a 3. injectio után (1 mgm.) következett be az opsoninindex tetemes esése mellett erős klinikai reactio: a tüdőben erős helyi tünetek, a köpet erős szaporodása, igen erős levertség, bágyadtság, 39·8 hőmérsék, gyenge pulsus, teljes apathia; ezen tünetek 10 napig tartottak, s csak ekkor emelkedett ismét az opsoninindex értéke 0·25-ről 0·85-ra.

Ha ezen esetekben már az opsoninindex esése után tettem volna meg a diagnosist s nem követtem volna el azt a hibát, a melytől Wright óva int, hogy a negativ phasisban ne oltsunk, akkor a betegeket ilyen kellemetlenségektől megkimélhettük volna. Ezen eseteim szépen bizonyítják, hogy mennyire óvatosnak kell lennünk a tuberculin adagolásakor s hogy nem czélszerű a negativ phasisban oltani s hogy a tuberculinreactio bizony járhat káros következményekkel. Ha tapasztalataim beigazolódnak, hogy akár a kis, akár a nagy dosis injectioja után fél óra mulva bekövetkezett opsoninesésből tuberculosisra következtethetünk, akkor a tuberculininjectioban oly diagnostikai eszközt nyerünk, a melylyel a lázas esetekben is biztosan megállapithatjuk a tuberculosist, mert hiszen $^1/_{10000}$—$^1/_{100000}$ milliggramm injectioja lázas esetekben is ártalmatlan.

*b)* Azon kérdésre, hogy az opsoninindex prognostikailag értékesithető-e vagy sem, a következőkben válaszolok. Eseteimben *Meakin Wheeler* vizsgálati eredményeit, melyek szerint az opsoninindexnek magasabb értéke talán jobb prognosist enged, nem erősithetem meg és pedig azért, mert egyrészt azon eseteimben, a melyekben az opsoninindex értéke a normálisnál magasabb volt, a bántalom nem volt jobb természetű, másrészt pedig 2—3 ilyen esetemben határozottan rosszabb lefolyást láttam. Saját tapasztalataim inkább azt mutatták, hogy az erősen sülyedt opsoninindex rossz prognosist jelent. 12 eset közül 6-ban 0·40—0·50 között ingadozott az opsoninindex értéke, ezekben a halál egy hónapon belül következett be, 5-ben 0·30—0·40 között ingadozott, ezen esetekben 13 napon belül következett be a halál s csak egyszer volt 0·27 az opsoninindex értéke, a mely esetben a beteg 2 nap mulva halt meg. Való, hogy 12 esetből biztosat mondani nem lehet; de ha hozzáveszem azon tapasztalataimat, melyeket moribund nem gümőkóros betegeken tettem, t. i. hogy ezeknek opsoninindexe a tuberculosisbacillus-emulsioval szemben még pár nappal a halál előtt is normális volt, akkor azt hiszem, hogy eredményeim prognostice mégis csak értékesithetők.

(Vége következik.)

# TÁRCZA.

## Müncheni levél.

(A fizikai gyógyitó-intézetről.)

(Vége.)

A vetköző helyiségből nyilik a részleges fürdők terme. Itt az első helyen egy kényelmes vörösréz ülőkádat látunk, melynek alján szabályozható zuhanyszerkezet van elhelyezve. Van azután egy égetett agyagból (fayence-ból) való medencze, melyben leginkább az ülő láp-fürdőket szolgáltatják. Ez ülőfürdők egymástól köröskörül elfüggönyözhetők. Azután két, szintén fayence-ból való lábfürdő-medencze következik, a melyekben legtöbbször az ú. n. *folyó* lábfürdőket adják. Van itt még bidet-fürdő, hüvely-zuhany, karfürdő és három különféle alakú ülő-zuhany.

A hosszanti folyosó bal felén, hosszú sorban egymásután következő és egymásba nyiló helyiségekben a balneotherapia eszközei, a szorosabb értelemben vett gyógyfürdők nyertek elhelyezést. E helyiségek mindegyikének a főfolyosó felé is külön ajtaja van.

A gyógyfürdők sorát a homokfürdő nyitja meg. A durvaszemű quarzhomok (tengerföveny) két nagy, xylolit-lapokkal bélelt vasszekrényben van elhelyezve. Az egyik szekrény közepén vastag rézcső kigyózik és az ezen keresztül vezetett gőzzel a szekrényben levő homok 75°-ra hevittetik. A másik homokszekrény tartalma hűvösebb, de azért, ha szükséges, a rajta is átvezethető gőz segitségével a homok ebben is felmelegithető. A szemben levő oldalon a fürdőül szolgáló, kerekekre szerelt, széles, ládaalakú fakád van elhelyezve. A homoktartók egymás felé néző oldalán egy-egy toló-ajtócska van, melynek nyilása tetszés szerint szabályozható úgy, hogy a homok már a kiömléskor kellően keveredve, az előirt hőfokkal bir. Minden fürdőhöz teljesen friss (és pedig vagy még egészen használatlan, vagy pedig alaposan fertőtlenitett) homokot használnak.

A szomszédos helyiségben két kényelmes (fayence) fürdőkád van elhelyezve. Az egyik fölé zuhany is van szerelve. E kád a homokfürdő utáni leöblitésre is szolgál. A másik kád pedig sósfürdő-, továbbá fenyő-, iszap-, kénes és sublimatos fürdő adására szolgál. Valamennyi fürdőkád úgy van elhelyezve, hogy minden oldalról megközelithető. A kád alsó része bordázott, rovátkos, hogy a beteg el ne csúszszék benne. A súlyosabb betegek nagyobb kényelme szempontjából a kádba hát-támla is helyezhető. Az ily

beteget tolókocsin hozzák a fürdőbe és az emeletre szállitást felvonók útján végzik.

Külön helyiségben végzik a ledörzsöléseket és nedves lepedőzéseket.

A szénsavas fürdő alkalmazására is külön helyiség szolgál. Itt a gyárilag előállított s az ismert aczélhengerekbe (ú. n. bombákba) zárt szénsavat használják a fürdő készitéséhez. A tartályból a szénsav szabályozó szelepen és vezetéken át egy keverőhengerbe jut, a hova vizcsap is szolgál, úgy hogy a viz még a kádba ömlés előtt szénsavval a kivánt fokig telithető. A viz szénsavtartalma ma a berendezés segitségével tetszés szerint fokozható és pedig annyira, hogy az ismert források (Nauheim, Balatonfüred, Kissingen) szénsavtartalmát jóval felülmulja. De ismeretes, hogy az ily mesterséges fürdő vizéhez a szénsav sokkal lazábban van kötve, nagy része már a fürdés elején elillan. A kádat megfelelő fedővel boritják be úgy, hogy a betegnek csak a feje marad szabadon; de azért a fürdő után sokszor panaszkodnak a betegek fejfájásról.

Ugyanezen teremben van elhelyezve a villamos vizfürdő czéljait szolgáló vaskos tölgyfakád is. A kád belfelületén, a különböző részeken elhelyezett lapos elektrodok közvetlen érintésétől a beteget farács tartja vissza; de e rács a tisztogatás czéljából könnyen leszedhető. A központi villamtelep vezetéke előbb a fürdőben elhelyezett, teljes felszerelésű szabályozó szekrényhez szolgál és a villamáram innen a kivánt alakban és adagban, külön-külön vezetékeken jut a már emlitett elektrodokon át a kád vizébe. Igy a galvan- vagy farados áram az előirt adagban (és a kijelölt testrészeknek megfelelő elektrodokon át) vezethető a fürdő vizébe. Az emlitett szekrényke alatt a villamos egyenáramot váltakozó árammá átváltoztató szerkezet van elhelyezve, melynek megindításával ugyanezen kádban az újabban különösen a szivbajok therapiájában gyakrabban alkalmazott ú. n. sinusoidális fürdő állitható elő.

A fürdőben levő villamos berendezéseknek, vezetékeknek viztől-gőztől való pontos izolálására különös gondot fordítottak. Igy pl. a vezetősodronyok mindenütt a kitünően szigetelő Bergmann-csövekben futnak.

A következő helyiség, két káddal, a mesterséges lápfürdő czéljait szolgálja. Az egyik kád, a melyben a lápfürdő készül, fából való és ajtó módjára zárható fedéllel bir, a melybe a beteg fejének megfelelőleg kerek rés van vágva. A másik (fayence) kád leöblitésre szolgál. Megjegyzem, hogy a lápsó, takarékossági szempontból, a kórház gyógyszertárában magistraliter állittatik elő. Ugyanezen helyiségben még egy, a Battagliából szállitott fangoiszap felmelegitésére szolgáló, dupla falú, gőzzel fütött tartó van elhelyezve. A fango-begöngyöléseket a szemben levő pihenő helyiségben végzik.

A fürdő berendezése nemsokára hullámfürdő-káddal (a melyben a viz folytonos, és pedig tetszés szerint fokozható hullámzását a kád oldalrekeszében elhelyezett, villammal hajtott lapátkerék idézi elő) fog bővülni.

A fürdőhelyiségek után, a keresztfolyosótól elválasztva, az inhalatiós helyiségek sora következik. A különféle rendszerű készülékek leirását most mellőzöm. Csak azt emlitem, hogy az inhalatio czéljaira négy szoba van berendezve, négy különböző rendszer szerint. Az egyik-másik készülékhez szükséges sűritett levegőt a a pinczében elhelyezett, villammal hajtott gépezet szolgáltatja. Minden helyiségben több, kellő magasságban elhelyezett, vizvezetékkel és csatornával összekötött, folytonosan öblitett köpőcsésze van. Az egyik teremben nyert elhelyezést a *Waldenburg*-féle készülék, a melynek segitségével, a szükséghez képest, ritkitott vagy sűritett levegő lélekezhető be. Hasonló czélt szolgál, de ritkán alkalmaztatik, a *Geigel*- és *Mayr*-féle régebbi, úgynevezett kettős ventilator. Van itt még egy spirometer és egy oxygenbelégzésre szolgáló készülék.

A mechano-therapia czéljaira berendezett úgynevezett svéd gyógyterem valóban mintául tekinthető hasonló berendezések létesitésekor. A már emlitett óriási terem egyik falán az *activ* gymnastika teljes instrumentariuma található. Ezeknél a gépeknél tudvalevőleg a betegnek vagy több izomcsoportja a mozgató erő. A szemben levő oldalon pedig a *passiv* gymnastika eszközei sorakoznak egymás mellé. Ezeket egy, a terem mellett elhelyezett kisebb fajta villamos motor hozza mozgásba. Nem szándékozom e kiváló szerkezetű, tökéletes működésű gépeket külön-külön leirni, csak azt emlitem, hogy úgy a végtagoknak, mint a törzsnek és nyaknak mind durvább, mind finomabb mozgásaira, továbbá a mechanikai erővel végezhető massagera külön-külön megfelelő szerkezeteket találunk. Úgy az aktiv mint a passiv mozgások kitérése, valamint a mozgások útjába iktató akadály, ellensúly fokról fokra szabályozható, adagolható. A legtöbb készülék természetesen a nagyhirű *Zander*-féle stockholmi gyárból való. A svéd termet látogató legtöbb beteg testi erejének gyarapodását időről időre az ott elhelyezett *Gärtner*-féle igen egyszerű és pontos ergostat segitségével ellenőrzik.

A folyosó egyik szélesebb részében elhelyezett német tornaterem eszközei nagyjában a mi középiskolai tornatermeink felszerelésével egyezők. Ugyanezen folyosón vannak elhelyezve a *Frenkel*-féle kompenzáló, gyakorlógyógymód leghasználatosabb eszközei.

A folyosó vastag linoleumréteggel van burkolva, a melyen a *Frenkel*-féle járásgyakorlatok fantastikus vonalai, görbéi, lábnyomai vannak feltünő szinü, lemoshatlan festéssel megörökitve. Ezeken egyszerre akár tiz ataxiás gyakorolhatja a járást, fordulást stb.

A fénygyógymód különféle alakjai, mint már emlitettem, szintén külön nagy teremben jutnak alkalmazásba.

A villamos-(izzó)-fényfürdő czéljaira három kitünő felszerelésü fürdőszekrényt találunk; egyikük fekvő (ülni nem tudó) súlyos betegek részére készült. Az egyik (ülő) villamosfényfürdő oldalfalaira pedig négy ivlámpa is van szerelve s igy ez ivfényfürdő vagy kombinált fényfürdő gyanánt is alkalmazható. A másik ülőfényfürdő, új rendszer szerint, csak néhány erős fényü izzólámpával bir, melyek fényét és melegét kellően beállitott reflektorok a betegre összpontositják. E berendezés mellett már aránylag alacsony hőfokon bő izzadás érhető el. Igy e fényfürdőben súlyos (szivbajos) betegek is hosszabb ideig maradhatnak. A terem egyik sarkában itt is fürdőkád és zuhany szolgál a betegek leöblitésére, lehütésére. A fényfürdőket használó betegek fejére a szokásos nedves kendők helyett a vizvezetékkel összekötött *Gärtner*- és *Leiter*-féle hütősapkát teszik. A szabad ivfényfürdő használatára (a mi a napfürdőt pótolná) a terem közepén 100 ampères ivlámpa van felakasztva, melynek intenziv fénye igazán nappali világosságot áraszt. Egy eltolható állványra szerelt kisebb, de igen fényerős, éles vetitővel biró ivlámpa fényét néha lokálisan alkalmazzák. Különben az erősen concentrált ivfény helybeli alkalmazására leggyakrabban a *Finsen*-féle készüléket használják, a melylyel főleg a bőrbajok (legtöbbször a lupus) gyógyitása terén itt is igen szép sikereket érnek el.

A 40,000 gyertyafényü *Finsen*-lámpa fénysugarait négy gyüjtőcsövön át vezetik a beteg testrészhez: igy egyidejüleg négy beteg kezelhető. E kezeléskor, mint ismeretes, a fénysugarak hatása érvényesül, mig a hősugarakat részben a gyüjtőcsövekbe iktatott vizhütők, részben pedig a csövek quarzlencséi tartják vissza. E lencséket ugyanis óriási, tiszta quarzkristályokból köszörülik. Az itteni *Finsen*-készülék üzembe vétele után csakhamar azt tapasztalták, hogy mig két gyüjtőcsöve kifogástalanul működött, a másik kettő csaknem tűrhetetlen meleget sugárzott ki. Ez a dolog gyanút keltett és a vizsgálat során csakhamar kitudódott, hogy a felszerelés közben a két cső quarzlencséje eltörött s ezeket a vállalkozó mérnök suttyomban, lelkiismeretlenül, közönséges üveglencsével pótoltatta.

E régi *Finsen*-berendezés helyett újabban a *Finsen-Reyn*-féle egyszerübb és tökéletesebb készülék nyer mind szélesebb körü alkalmazást, valamint a *Kromayer*-féle higanyos uviol-lámpa és egyik módositása, a quarz-lámpa.

A terem egyik végében tökéletesen felszerelt *Röntgen*-berendezés van tisztán gyógyczélokra. Ezenkivül külön modern laboratorium szolgál a Röntgen-diagnostika és még egy harmadik, a röntgenologia tanitásának czéljaira. Ugyancsak külön helyiségben (a két belorvostani klinika kórtermei közelében) találjuk a szorosabb értelemben vett elektrotherapia teljes felszerelését.

A thermotherapiának már felsorolt eszközein kivül van az intézetben még meleglégszekrény (a mely gőzszekrény gyanánt is használható), meleglégzuhany, *Hilzinger*-féle circulatiós meleglégkészülék és a *Bier*- és *Krause*-féle hasonló rendeltetésü készülékeknek egész serege.

A nap- és légfürdő használatára az intézet tetején tágas, fényképészeti műteremhez hasonló, déli fekvésű, oldalán és tetején egészen üvegezett helyiséget rendeztek be minden kényelemmel.

Az intézetet látogató betegek osztályaikról nyomtatott rendelvényt (receptet) hoznak, a melyen a velük végzendő eljárás pontosan meg van jelölve. A műveleteket az intézeti segédorvos vezeti, illetve ellenőrzi.

Ez az intézet rövid vázlata. Szemléltetőbb képet óhajtottam ugyan nyujtani, de ily szűk keretben nem fért volna el. Hanem azért azt hiszem az olvasó e száraz, leltárszerű, hiányos felsorolásból is láthatja, mi minden van egy kellően felszerelt fizikai gyógyító-intézetben.

Vajjon az 1909. évben nálunk megtartandó nemzetközi orvos-congressus alkalmával a fizikai gyógyintézetek iránt érdeklődő és tudakozódó szakembereknek (sokan lesznek ilyenek) fogunk-e ily intézetet bemutathatni? Avagy csak a napilapjaink hirdetéseiből nagyon jól ismert „gyógyintézeteinkkel“ fogunk büszkélkedni?

*Tornai József* dr.

# IRODALOM-SZEMLE.

## Könyvismertetés.

**Dollinger Gyula: A csípőizület gyuladása, merevsége és zsugorodása.** Budapest. 1907. A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat kiadványainak 98. kötete.

Mindig örömmel köszöntjük azon orvosi monographiákat, melyeket olyan szakember ir, kinek gazdag tapasztalataiból önként adódik ily munka. *Dollinger* tanár orthopaed kezelésmódszereit, de főleg a csípőizület gyuladásában követett eljárását ma már a külföld kiválóbb sebészei is gyakorolják vagy legalább úgy ismertetik hallgatóikkal, mint általánosan bevált, kitünő módszereit a modern konzervativ kezelésnek. Örülhetünk tehát, hogy *Dollinger* a sebészetnek ezen terén szerzett bő tapasztalatait monographia keretében ismerteti, oly módon, hogy felöleli a legkülönbözőbb eredésű csípőizületi gyuladásokat és következményeiket; kiterjeszkedik a nevesebb külföldi szakemberek nézeteire, de a mellett egyéni álláspontját kellően kidomboritja. Ezzel kerüli el minden eredetisége mellett a munka egyoldalúságát. A mű német nyelven is megjelent mint *Joachimsthal* nagy kézikönyvének (Handbuch der orthopädischen Chirurgie) egyik fejezete.

*Dollinger* tanár könyvének magyar kiadása 144 oldalra terjed: javarészét a csípőizület gümős gyuladásának ismertetése foglalja el. Az első fejezetben saját eseteiről közöl érdekes statistikai adatokat: utána kimeritően tárgyalja a kórbonczolástani elváltozásokat, majd a gümős izületi gyuladás tüneteit, a betegvizsgálat módját és a kórjelzést s folytatja a gümős gyuladás és következményei (tályogok, zsugorodások, merevségek) gyógykezelésének leirásával.

A gyógykezelésről irt fejezetek a munkának több mint a felét teszik. A bennük ismertetett számtalan személyes tapasztalatnál fogva a mű ezen része a legbecsesebb. Közvetlenül és világosan ismerteti meg *Dollinger* az olvasóval a konzervativ és gyökeres kezelés javalatait. Mint az izületek gümős gyuladásakor egyáltalában, a csípőizület gümős gyuladásakor is *Dollinger* kiterjedt utánvizsgálatok alapján szabálynak a konzervativ kezelést tartja, gyökeres operativ beavatkozást pedig csak kivételes esetekben lát javaltnak. „A resectio csak azon esetek számára való, melyeket resectio nélkül meggyógyitani nem lehet.“ Igy pl. nagy csont- és porcz-sequesterek, vagy másodlagos fertőzések esetén. A fennjáró kezelés különböző külföldi módszereit alapos birálat tárgyává teszi és oda következtet, hogy mindezen különböző eljárásoknak leghatásosabb tényezője mégis csak a *Balassa János* által 1852-ben felismert rögzités. *Dollinger* ezen nyomon továbbhaladt és kimutatta, hogy a teljes rögzitésen kivül még az izület tehermentesitéséről is gondoskodnunk kell. Ezen kettős feladatnak felelnek meg a gümős csípőizület rögzitésére és tehermentesitésére szolgáló föszkötései és az általa szerkesztett rögzitő és tehermentesitő gépezetek; mindezek megszerkesztésére sikerült ábrák kiséretében igen könnyen érthető és élvezetes módon oktat ezen munka.

A könyvnek ugyanilyen tanulságos része a csípőizület zsugorodásának és merevségének gyógykezeléséről szóló fejezet. A külföldi szerzők alkalmazta súlynyújtásokat, gépkezelést és felesleges csontműtéteket eredményeiben is messze túlszárnyalja *Dollinger* tanárnak aránylag egyszerű és veszélytelen eljárása a zsugorodott merev izületek redresszálására. Ezen redresszálást *Dollinger* mindenkor gipszkötéssel végzi, aczélrudakon, a medencze rögzitése után. A redresszálás maga enyhe erővel történik, 2—3 ülésben a zsugorodott izületet a kivánt legczélszerübb helyzetbe hozhatjuk. Igen nagy előnye ezen módszernek, hogy minden nagyobb fájdalom nélkül történik, narcosis tehát nem szükséges.

A csontos merevség gyógykezelésének ismertetését Dollinger az osteotomia és resectio javalatainak biráló egybevetésével kezdi. Az osteotomiák közül behatóbban az *Adams*, *Gant* és *Volkmann*-féle osteotomiákat ismerteti, kiemelve úgy előnyeiket, mint hátrányaikat: a resectiók közül *Langenbeck*, *König* módszerét, *Volkmann* véső-resectioját, *Hueter*, *Lücke* és *Barker* resectioját elülső metszéssel, továbbá *Sprengel* lebenyes resectioját és végül *Kocher* módszerét irja le tüzetesebben. *Dollinger* leginkább *Kocher* módszerének hive, mivel az összes kivánalmaknak megfelel. Az izület feltárásakor fontosabb anatomiai képlet nem sérül meg és műtét közben a betekintés — mint *Kocher* arthrektomiáiban általában — itt is igen jó. Ennek folytán typusos resectiót nem kell végeznünk, hanem csak azt távolitjuk el, a mi beteg.

A csípőizület gümős gyuladásán kivül *Dollinger* még felöleli munkájában a csípőizület heveny fertőző gyuladását is, továbbá a hagymáz, vörheny, kanyaró, himlő, kankó és csúz nyomán támadt gyuladásokat illetőleg merevségeket.

Külön szól még a csípőizület contusiojának és distorsiojának következményeiről, az igen ritka veleszületett csípőizületi zsugorról (*Dollinger* 3 idevágó esetet észlelt) és végül a gyermekbénuláshoz csatlakozó, valamint a m. ileopsoas zsugorodását követő contracturákról.

*Dollinger* tanár könyve terjengősség nélkül a legbehatóbban öleli fel a sebészetnek emlitett fejezeteit és igy szaksebésznek és gyakorló orvosnak egyaránt tanulságos és kitünő útmutatóul szolgálhat a coxitisek czéltudatos kezelésében; nyelvezete egyszerű és világos, *Dollinger* tanár munkája e tekintetben is klasszikai példája a jó tankönyvnek. A szöveget összesen 82 igen sikerült ábra magyarázza. A könyv megjelenését a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat áldozatkészsége tette lehetővé. —*ő.*

**Uj könyvek:** *O. Roth:* Klinische Terminologie. Siebente Auflage. Leipzig, G. Thieme. 7 m. — *O. Fellner:* Die Therapie der Wiener Spezialärzte. Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg. — *Th. Ziehen:* Das Gedächtnis. Berlin, A. Hirschwald. 1 m. — *E. Fischer:* Organische Synthese und Biologie. Berlin, J. Springer. 1 m. — *V. Urbantschitsch:* Über subjective Hörerscheinungen und subjektive optische Anschauungsbilder. Wien, F. Deuticke. 4 m. — *W. Bechterew:* Funktionen der Nervencentra. 1. Heft. Jena, G. Fischer. 16 m. — *W. Bechterew:* Psyche und Leben. 2. Auflage. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 5.60 m. — *K. Bornstein:* Diätetische Kuren. Wien, Urban u. Schwarzenberg. 2 m. — *E. Cyon:* Das Ohrlabyrinth als Organ der mathematischen Sinne für Raum und Zeit. Berlin, J. Springer. 14 m. — *L. Löwenfeld:* Homosexualität und Strafgesetz. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1 m. — *Hovorka* und *Kronfeld:* Vergleichende Volksmedicin. 1. Lieferung. Stuttgart, Strecker und Schröder. Az egész munka (28 füzet) előfizetési ára füzetenként 0.75 m. — *N. Jagic:* Atlas und Grundriss der klinischen Mikroskopie. Wien, M. Perles. 26 m. — *R. Klemensiewicz:* Die Entzündung. Jena, F. Fischer. 3 m. — *Pick* und *Hecht:* Klinische Semiotik mit besonderer Berücksichtigung der gefahrdrohenden Symptome und deren Behandlung. Wien, A. Hölder. 21 m. — *J. Fick:* Synonymik der Dermatologie. Wien, A. Hölder. 1.40 m. — *Th. Rumpf:* Vorlesungen über soziale Medizin. Leipzig, G. Thieme. 8 m. — *Bárány:* Physiologie und Pathologie des Bogengangapparates beim Menschen. Wien, F. Deuticke. 3 k. — *Kehr*, *Liebold* und *Neuling:* Drei Jahre Gallensteinchirurgie. München, Lehmann. 14 m. — *Magnus:* Die Entwicklung der Heilkunde. Breslau, Kern. 4 m. — *S. Ehrmann:* Die Anwendung der Elektrizität in der Dermatologie. Wien, J. Safár. 6 m. *S. Engel:* Leitfaden zur klinischen Untersuchung des Blutes. 3. Auflage. Berlin, A. Hirschwald. 5 m. — *I. Lipowsky:* Anleitung zur Beurteilung und Bewertung der wichtigsten neueren Arzneimittel. Berlin, J. Springer. 2.80 m. — *O. Naegeli:* Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. 2. Hälfte. Leipzig, Veit und Comp. 9 m. — *E. Saalfeld:* Kosmetik. Berlin, J. Springer. 3.60 m. — *H. Strauss:* Vorlesungen über Diätbehandlung innerer Krankheiten. Berlin, S. Karger. 7.80 m.

# Lapszemle.

## Belorvostan.

**Az erjedéses dyspepsiáról** tartott előadást *Schmidt A.* tanár a hallei orvosegyesületnek egyik utóbbi ülésén. Azokat a nem ritkán észlelhető emésztészavarokat sorolja ide, a melyekben

csak a szénhydratok kihasználása hiányos, a minek következtében a bélben bomlanak s rendellenes erjedésekre és ezekből eredő állapotokra (subjectiv zavarok, bélhurut) vezetnek. Az erjedéses dyspepsia csak olyan próbakoszt segitségével ismerhető fel biztosan, a mely a keményitőtartalmú tápszereket (kenyér, burgonyapép) olyan mennyiségben tartalmazza, hogy normális viszonyok között a bélsárban nem mutatható ki a keményitő. Typusos esetekben naponként 2—3-szor van székelés; a bélürülék pépes, világossárga, habos, erősen vajsavszagú. Szétdörzsölésekor a burgonyapép maradékából eredő, sago-szerű szemcséket könnyen meglátni; a mikroskopi vizsgálat alkalmával pedig burgonyasejteket, keményitő-szemcséket és nagymennyiségű granulosetartalmú clostridiumot és fonalas bacillust találni. A bélürülékből a tenyésztőszekrényben 24 óra alatt nagymennyiségű gáz ($CO_2$) fejlődik s a savi kémhatás fokozódik. Teltség, felfúvódottság, hasfájás, étvágytalanság stb. alkotja a subjectiv zavarokat. A betegség heveny vagy idült lefolyású, gyakoriak a recidivák. Sokszor a neurasthenia vagy a kevésvérűség talaján fejlődik a baj, máskor meg gyomorbajokkal kapcsolatosan támad. A betegség oka a vékonybélnedvelválasztás izolált zavarában rejlik. A nyálmirigyek és a pankreas elválasztása rendes; a bél részéről néha meglevő hurutos jelenségek másodlagosak, a képződött szerves savak által okozottak. Főleg a bélnek amylolysises elválasztása szenvedett csorbát, ennek következtében nem használódik ki eléggé a keményitő, s a mindenütt ott levő erjedéses mikrobák birtokukba veszik a ki nem használt szénhydratokat. De nem az erjesztő mikrobák tekintendők az elsődleges oknak, azok csak másodlagosak, a mi kiderül abból, hogy egészséges omberek bélsarában is megtalálhatók és hogy a bélbe juttatásukkal nem sikerül erjedő folyamatokat létesiteni a bélben mindaddig, a meddig rendes a bél működése. A mi a szóban levő baj gyógyitását illeti: a szénhydratoknak teljes megvonásával tüstént megszünik az erjedés s a beteg panasz-mentes; az esetleg meglevő másodlagos bélhurut is többnyire rövid idő alatt elmúlik. Ha fokozatosan visszatérünk a keményitőtartalmú táplálékra: az eseteknek egy részében nem ismétlődik a baj, másik részében azonban újból megjön a zavar; ez az utóbbi eset főleg a neurastheniás talajon fejlődött esetekben fordul elő. A czukrot, finom lisztet, kétszersültet jobban türik a betegek, mint a rizst s főleg a burgonyapépet. A gyomorbajjal kapcsolatos esetekben a diaeta hatását a gyomor kimosásával vagy sósav adásával (többnyire subacid állapotok ezek) segithetjük elő.

**Meningitis gonorrhoica** esetét ismerteti *Josselin de Jong*. A 19 éves fiatal embert junius 1.-én vették fel a kórházba. Két hét óta érezte magát betegnek: a feje fájt és gyenge volt. Megvizsgálásakor tarkómerevséget és Kernig-tünetet találtak: hőmérséke 39·7 C°, az érverés száma perczenként 68 volt. A fennálló gonorrhoea a beteg állitása szerint május 10.-én kezdődött. A lumbáris punctioval junius 18.-án kapott zavaros folyadékból nem fejlődött bakterium. A meningitis tünetei fokozódván, 8 nap mulva megismételték a punctiót, a mikor is a valamivel kevésbé zavaros folyadékban a gonococcus alaki és elrendeződésbeli sajátságait feltüntető diplococcusokat találtak a mikroskopi vizsgálat alkalmával, a melyeket a tenyésztés eredménye alapján is gonococcusnak kellett tartani. A zavarok ezután még inkább fokozódtak: mind a négy végtag paresises lett, a térd- és az Achilles-inreflex jobboldalt megszünt, a szemmozgások rosszabbodtak, somnolentia és delirium állott be. Az ekkor végzett 3. punctio után, a mely gonococcust tartalmazó, még kevésbé zavaros folyadékot eredményezett, rohamos javulás következett be s az illető csakhamar meggyógyult. (Centralblatt f. Bakt., 1907 deczember 20.)

## Idegkórtan.

**A fejfájás gyógyitása massage-zsal** czim alatt *Worbs* a zehlendorfi Schönow-házban szerzett tapasztalatait adja elő. Ezt a kezelésmódot *Cornelius*-féle módszernek nevezi. *Cornelius* ugyanis fájdalomról panaszkodó betegeken néha igen kis körülirt helyeken mérsékelt nyomásra fájdalmas pontokat talált és felvette, hogy az itt lefutó idegeken sérülés áll fenn talán kötőszövettúltengés folytán. Ezek a fájdalmas helyek massage után eltünnek. *Worbs* vizsgálatai csak a fejfájásra vonatkoznak. A fájdalmas pontokat legkönnyebben középujjunkkal keressük fel úgy, hogy azt függőlegesen tartva rotáló mozdulatokkal viszszük végig a vizsgálandó helyeken. Ilyen mozgások közben olyan helyeken is akadunk fájdalomra, a hol simitás közben érzékenységnek nincs nyoma. Egészséges ember fején és nyakán ilyen módon kutatva, sehol sem találunk jelentékenyebb fájdalmat, míg fejfájós embereken már mérsékelt nyomásra is elég erős fájdalmat idézhetünk elő egyes helyeken. Ilyenkor néha már az érintés is kellemetlen, máskor ellenben csak egy-két másodperczny nyomkodásra jön meg a fájás. A fellelhető érzékeny pontok legtöbbször meghatározott helyeken vannak. Ilyen helyek a csuklyaizom, a fejbicczentő izom szélei, a halántékizom, a régen ismert trigeminuskilépőhelyek, a n. occipitalis és ritkán más helyek az orron, orbitán stb. Az is előfordul, hogy itt az izom ellenállása is megváltozott, duzzadt vagy merevebb a rendesnél. Néha ellenálló csomót vagy pamatot lehet tapintani. A nevezett helyek ritkán lesznek egyszerre érzékenyek, néha féloldali, máskor meg symmetriásnak látszik a bántalom. Ugyanazon esetben mindig ugyanott marad meg a baj, ide-oda nem vándorol. A nyomásfájdalom a fejfájás erősbödésével és csökkenésével arányos. Ez a vizsgálatmód természetesen sok bajjal jár izgatott és könnyen suggerálható embereken, a kiken sokszor első vizsgálatkor fájós pontot találunk, de ha a beteg figyelmét sikerül a vizsgálattól eltéríteni, a fájdalom a nyomás ellenére eltünik.

Massage után javul a helyzet, a mennyiben ilyenkor nemcsak a megbeszélt helyek fájdalmassága szünik meg, hanem a kiterjedt fejfájás is, a mely azokkal összefügg. A massage eleinte nehezen sikerül a nyomás fájdalmas volta miatt, de ez hamar múlik. Az egyes üléseknek 15—20 perczig kell tartaniok, eredmény csak több hét után várható. A nyomásra fájdalmas pontok többféle fejfájásban ismeretesek, a melyek massage-zsal befolyásolhatók. Ide tartozik az, a melyet *Rosenbach* nem egészen helyesen a migraine myogen alakjának tart, továbbá az úgynevezett Schwielenkopfschmerz. Van olyan beteg, a ki elfogódottnak érzi fejét hosszú időn át, rajta ilyenkor is találhatók fájdalmas pontok; az állapot egészben véve tűrhető, míg azután egyszer látható ok nélkül, máskor excessus után vagy a hideg idő beálltával hevesebb lesz a bántalom. Ez a fájdalom leginkább reggel észlelhető és a közérzést is megzavarja. Az egész dolog feltünően hasonlit a neurastheniához. Ugyanez a baj néha paroxysmás rohamok képében fut le, s ezzel mondhatni neuralgiás jelleget ölt. Nevezetes, hogy typusos trigeminusneuralgiákban is találni fájdalmat olyan izmokban, a melyeknek nincs közük a háromosztatú ideghez, pl. a csuklyaizomban. A fájdalomrohamok néha hányással, máskor érmozgató zavarokkal járnak. *Auerbach* azt állitja, hogy ilyenkor a nyaki sympathiás ganglionok a rohammentes időben is érzékenyek nyomásra. A fájós pontok eltünésekor a baj is megszünik. Ha a roham kezdetekor a mondott pontokat idején felkeresve, hozzáfogunk a massage-hoz, a roham kitörését megakaszthatjuk. *Worbs* sohasem talált ilyen fájós pontokat agyluesban, paralysisben, arteriosclerosisban, agydaganatban, gyuladásos, lázas bajokban, fül, csont, orrüregmegbetegedésekben. Szerinte a nyomáspontos fejfájásokban a baj oka hosszas gyuladásos folyamat az izmokban illetve idegeken. (Deutsche med. Woch., 1908 márczius 19.) *Kollarits Jenő* dr.

## Sebészet.

**A gümös csigolyagyuladás újabb kezelésmódját** ismerteti *A. C. Wiener* (Chicago). Szerinte a gümös csigolyagyuladás egyszerű eseteiben a gerinczoszlop teljes rögzitése a rendes eljárás, de hátránya, hogy úgy a lélekzést, mint az emésztést erősen korlátozza. Eljárása abban áll, hogy a fejet Glisson-függesztőbe helyezi, és segitségével 1—5 fontos distractiót alkalmaz. Ha ezen distractiót a beteg feje felett a szoba hosszában kifeszitett aczéldrótokra alkalmazta, a beteget állitólag még akkor is lehetett járatni, a midőn pachymeningitis tünetei állottak fenn. Wiener azt hiszi, hogy ezen kezelésmódot csigolyatörés, valamint tabes eseteiben is eredménynyel lehetne megkisérleni. (Zentralblatt für Chirurgie, 1908. 9. szám.)

(Midőn *Wiener* a spondylitis gyógykezelésében a distractiora helyezi a fősúlyt, helytelenül birálja a gyógykezelés főfeladatát. *Dollinger* tanárnak éveken keresztül tett megfigyelései [L. *Dollinger Gyula:* A gümös csigolyagyuladás gyógykezelése és kórtani tapasztalatok 700 eset kapcsán. Orvosi Hetilap, 1896. 40—43. szám.] arra tanitottak, hogy gümös izületgyuladásban s csigolyagyuladás-

ban is a fájdalmat nem a beteg részek érintkezése, hanem megmozgatásuk okozza; a fájdalom a beteg részeknek egyszerű, de teljes rögzitése folytán szintúgy szünik, mint a distractio alkalmazása után. Ezen elv alapján czéltudatosan készült rögzítő gipszkötésekkel és füzökkel a gyógyulást sokkal egyszerübben, a betegre nézve kényelmesebben érhetjük el. Eme rögzítő készülékekkel a beteg egész kezelése alatt — a végtagbénulások eseteit kivéve — saját lábán jár és nem mozog marionettként dróton. Ref.) *Gergő.*

**Az ureter és a veseerek keresztezett lefutása mellett előálló hydronephrosisról** értekezik *Cohnreich* Israel tanár osztályáról. Normális vérérlefutás mellett nem jöhet létre kereszteződés s igy az ureter összenyomatása sem állhat elő. A vérerek anomaliája nyilvánulhat: a vérerek számában, a vérerek kilépési helyében, az oszlásban és az elhelyezésben. Mindezen rendellenességek az ureter és vérerek kereszteződésére vezethetnek s igy uretercompressiót létesithetnek. Összenyomás nem keletkezik, ha az uretert a veseerek azonos oldalon keresztezik, a mely oldalon a vesébe ömlenek, tehát ha a vérér az ureter előtt haladva az elülső vesefélbe, az ureter mögött haladva a hátulsó vesefélbe vezet. Ellenben könnyen beáll az ureter összenyomatása, ha a vérér az uretert a ventrális oldalon keresztezi és a dorsális vesefelszinbe ömlik vagy megfordítva. A keresztezés pathogenesises jelentősége a hydronephrosisnak csak kezdeti szakában dönthető el, később a másodlagos akadályok az elsődleges ok megállapitását megnehezitik. A keresztezésben rejlik az ok 1. ha egyéb okot nem találunk; 2. ha az uretert keresztező vérér ventrális vagy dorsális irányban megtöri; 3. ha az ureter a keresztezés helye és a vese között kitágult; 4. ha a vérér egyszerű átmetszése, vagy az ureter operativ áthelyezése gyógyulásra vezet. Nem tekinthető a keresztezés az oknak 1. ha egyéb okban rejlik a vizeletkiürülés akadálya; 2. ha az ureter hajlása a keresztezés helyén convexitásával felfelé tekint; 3. ha az ureter kitágulása nem terjed az eredésétől a kereszteződés helyéig. Az ureter operativ áthelyezésének Israel szerint némely esetben előny biztositandó a vérér átmetszése előtt, mert igy a megfelelő veserészlet táplálkozásában nem szenved. (Folia Urologica, 1908. I. kötet, 5. füzet.)

*Steiner Pál* dr.

**Az epitheltestecsek működéséhez** szolgáltatnak adatokat *Pfeiffer* és *Mayer* kisérletei, melyek a következő eredményekre vezettek: 1. A postoperativ tetania az epitheltestecsek működésének kiesésére vezetendő vissza. 2. A kutyákból postoperativ tetania alkalmával nyert agonális serum hét eset közül hatszor egy toxikus anyagot tartalmazott, mely normális egereken semmi kóros tünetet nem idézett elő, azonban epitheltestecseiktől részben megfosztott állatokon typusos tetaniát váltott ki. Azt hiszik, hogy oly méreganyag szerepel itt, mely az epitheltestecsek kiesése folytán keletkezik és mely a tetaniának tulajdonképeni kiváltó oka. 3. Az ép kutyák seruma ilyen toxikus anyagot nem tartalmaz, s azt még epitheltestecseiktől részben megfosztott állatok is jól elviselik. 4. A felnőtt kutyák tetaniája clonusos izomgörcsökkel jár, mig a fiatal kutyák tetaniáját spasmusos állapotok és teljes tonusos merevségből álló halmozott rohamok jellegzik. Tehát a postoperativ tetania kórképének kialakulására a kornak is lényeges befolyása van. 5. Idiopathiás tetaniaformákat kisérletileg előidézniök nem sikerült. 6. A tetaniás kutyák vizeletének hypertoxicitása nem a vizelettel kiválasztott tetanusméregtől, hanem a roham alatt fokozódott anyagcsere folytán kiválasztott anyagoktól származik. (Mitth. aus den Grenzgeb. des Med. und Chir., XVIII. 3.)

*Pólya* dr.

## Gyermekorvostan.

**A gyermekkori végbélelőesésnek kezeléséről a végbél hosszanti megmerevitésével** ir *Kephallinós*, a gráczi gyermekklinika tanársegéde. A különböző kezelési eljárások ismertetése után rátér a klinikájukon gyakorolt módszerre, melyet *Spitzy* vezetett be és ismertetett először. A módszer a következő: Az előesett részt visszahelyezik, a végbelet kiüritik és kimossák, a végbélnyilás környékét szorgalmasan fertőtlenitik; ezután egy 5 $cm^3$ űrtartalmú fecskendőt vesznek, áthúzzák kaucsukcsővel, hogy a paraffin-tömeg gyors lehűlését megakadályozzák s ellátják 10 cm. hosszú, nem túlságosan szűk tűvel. Előzetesen vizfürdőben 60—65°-ra felmelegitenek 45—50° olvadáspontú paraffint, s készenlétben tartanak ugyanilyen hőmérsékű steril vizet. Az előzetesen megmelegitett fecskendőt paraffinnal megtöltik, de 1/8-át ismét kifecskendezik és helyébe vizet szivnak fel, hogy a gyorsabban lehűlő hosszú tüben ne paraffin, hanem viz legyen, mely a tűt melegen tartsa. A paraffin megmerevedése ugyanis lehetetlenné tenné az eljárás végzését. Most a bal mutatóujjat a végbélbe tolják, mig a jobb kézzel a tűt a végbélnyilástól körülbelül 1 cm.-re ki- és hátrafelé beszúrják, s a pararectális kötőszövetben a végbéllel párhuzamosan előtolják a benn levő ujj vezetése mellett oly magasra, a mennyire csak lehet. Nagyon vigyáznak, hogy át ne fúrják a végbél nyálkahártyáját. Ekkor lassan, egyenletesen, a fecskendő lassú kihúzása közben befecskendezik a paraffint s ily módon voltaképen gyorsan megmerevedő paraffin-pálczát vezetnek be. Ugyanezen eljárást a másik oldalon is megismételhetni, úgy hogy jobb- és balfelől a végbél támasztó szövetét paraffin-pálcza erősiti meg. Nagyon fontos, hogy lehetőleg gyorsabban dolgozzunk, lehetőleg egyenletesen, egyenlő erővel és gyorsasággal fecskendezzük ki a paraffin-tömeget. Csakis igy lesznek a pálczák egyenlő alakúak, mig az első kisérletek alkalmával legtöbbnyire csak egymásután következő, vékonyabb fonalak által összekötött csomókat kapunk. A legjobb helyzet a fecskendezéskor a térdkönyökhelyzet. A műtétet aether-bódulatban végzik. A befecskendezés helyére ragtapaszkötést tesznek. A gyermek két napig ágyban marad és csak akkor bocsátható el a kórházból, ha a végbélelőesés többszörös székelés után sem mutatkozik újból. A végbél elülső fala elé azért nem fecskendeznek be, hogy a nemi szerveket s a vérereket megkiméljék.

32 esetet kezelt ily módon a szerző. Soha emboliát nem látott. Csak egy betegen jelentkezett recidiva s igy, minthogy már évek óta gyakorolják ezen eljárást, végleges jó eredményekről beszélhet. Az egy recidiva fecskendezési hibából származhatott, minthogy ez esetben csak egy pálczát alkalmazott, mely egy vékonyabb helyen alkalmasint megtört s az előesést igy nem gátolhatta meg. Ezen jó eredmények alapján ajánlja az eljárást mindazon esetekben, melyek diaetás és mechanikai kezeléssel nem befolyásolhatók. (Jahrb. f. Kinderhk., 1908. márcz.)

*Flesch Á.* dr.

## Szülészet és nőorvostan.

**Mit nyujt a konzervativ kezelés az adnexumok és a medenczebeli kötőszövet lobos bántalmaiban?** *Hörrmann* dr., Amann tanár assistense (München) hibáztatja az előbbi radicalismust, melynek az úgynevezett „operatiós düh“ korszakában egyedüli végczélja volt a megbetegedett szerv teljes kiirtása. Mig azelőtt a lobosan megbetegedett genitaliáktól az asszonyoknak több mint felét megrabolták, most a konzervativ therapia alkalmazása mellett alig esik 100-ra egy operatio. A radicalismus nem valami fényes eredményei, mint a kiesési tünetek, csonkexsudatumok, recidivák, herniák és psychés izgalmak ismét a konzervativismus felé terelik a nőorvosok figyelmét. A szerző e téren szigorú konzervativ álláspontot foglal el. Csak a legritkább esetekben tartja elkerülhetetlennek a műtétet, igy az adnexumoknak, a medencze kötőszövetének és a hashártyának az életet veszélyeztető acut súlyos lobos megbetegedéseiben, a mikor positive felismert tuberculosisos folyamat van jelen, vagy ha az eddigi konzervativ eljárások alkalmazásával a zavarok és kóros jelenségek megszüntethetők nem voltak. A konzervativ kezeléskor különválasztandók az acut bajok a chronikusoktól. Mig az *acut* stadiumban, különösen kezdődő tubaris gonorrhoeában, az absolut ágynyugalom, Priessnitz-borítás, székrendezés és megfelelő szigorú diaeta a legészszerűbb therapia, *chronikus* megbetegedésekben jó hatást fejtenek ki a különböző fél- vagy egész fürdők (moor, sós, szénsavas, villanyos fürdők) mellett az epidermális felszivó eljárások, mint a thermophor, meleg kompressek, ezek mellett forró (55 C°-ig) hüvelyirrigatiók, ichthyol- vagy thigenol-glycerinbe mártott tamponok. A szerző szerint tág tere van itt a forrólégkezelésnek és a megterhelő gyógymódnak. Mindkettő ellenjavalt acut és subacut esetekben. A megterhelő gyógymóddal kitünő eredményeket ért el Hörrmann a para- és perimetrium idült gyuladásakor; fixált retroflexiók 3—4 kezelés után mozgathatóvá válnak és a panaszok megszünnek; különösen szépek az eredményei a szülés után keletkező és az egész kismedenczét kitöltő gyermekfejnyi, kőkemény exsudatum-tömegek kezelésekor. A forrólégkezelésnek még az az előnye van, hogy fájdalomcsillapító; ellen-

javaltnak tartja acut, genyedéssel járó folyamatokban, tuberculosisban, szivbajokban. Nagyobb genytömeg jelenlete esetén, mint pyosalpinxban, parametran vagy pelveoperitonitises abscessusokban, a hozzáférhető helyen előbb punctiót vagy incisiót végez és azután folytatja a megterhelő vagy forrólégkezelést. A szerző szerint míg a radicalismusnak rossz gyümölcsei és félszeg kinövései voltak, addig a konzervativismusnak megvan az az előnye, hogy jól megválogatva és helyesen alkalmazva, senkiben sem okozhat kárt. (Medizinische Klinik, 1908. 3. szám.) *Bogdánovics* dr.

## Venereás bántalmak.

**Afrika és Ázsia némely népének családi életét és prostitutioját** ismerteti *Knochenhauer*. Afrika kultiválatlan népei között a legrégibb a hottentotta nép. Ez valamikor Dél-Afrikának legnagyobb részét lakta, de idővel degeneratioba esett, úgy hogy most már kiveszőben van. A degenerálást leginkább az alkohol és syphilis okozta. A hottentották szokásai és erkölcsei az európaiakkal való évszázados viszonylat folytán nagyban megváltoztak. Jelenleg monogamiában élnek, bár az erkölcstelenség köztük nagyfokú. A hottentotta nők általában nagyon hajlanak a prostitutio felé és pénzért kiszolgáltatják magukat az európaiaknak is. Ugyanaz áll a kaffertörzsekre is, a kik közé az erkölcstelen szokásokat szintén az európaiak vitték. Dél-Afrika legrégibb kulturnépe a bur. A burok a négerekkel sohasem keveredtek, mert orthodox vallásos voltuknál fogva a fekete fajt sokkal alsóbb rangúnak és ördöginek tartják. A kafferek családi életére jellemző a nőnek abban való alantas helyzete. A férj a nőt csak munkásnak, gépnek tekinti. A kafferek soknejűsége ebben birja magyarázatát. Minél több a kaffernek a felesége, annál több a dolgozó munkaereje és ez gazdagságra vezet. A nagy kaffertörzsek némelyike, főleg a zulu és zwasi törzsek eléggé erkölcsös életet élnek. A leányok csaknem kivétel nélkül érintetlenül lépnek a házasságba. A hűtlenséget legtöbbször igen súlyosan büntetik, egyik-másik törzs halállal sujtja. Dél-Afrikában alig fordulnak elő vadházasságok európai férfiak és fekete nők között. Ennek több oka van. Egyrészt az ellentét itt sokkal nagyobb a két emberfaj között, mint pl. Közép-Afrikában, másrészt Dél-Afrika klímája megengedi, hogy európai nők is letelepedhessenek és gyermekeiket felneveljék. De az is bizonyos, hogy a délafrikai négerek sokkal erkölcsösebbek, mint a Közép-Afrikában lakók. Közép-Afrikában az európaiak igen gyakran vadházasságban élnek a fekete nőkkel. A fehér nő ugyanis igen ritka itt a rossz klimás viszonyok miatt. Az európai férfi a nőt mindig vásárolja. Az ilyen együttélésekből származó gyermekekre elég mostoha sors vár. Egyik faj sem akarja befogadni őket s igy bizonyos, hogy sokat közülük hamarosan elpusztitanak. A nemi perverzitások Afrika belsejében csaknem egészen ismeretlenek. Gyakoriak azonban a tengerpart vidékein, a mi tisztán az európai befolyás eredménye. Ázsia népei közül a szerző a kinait és japánt tanulmányozta leginkább. Ismeri a koreainak családi és prostitutionális viszonyait is, de ezek tulajdonképen csak utánzatai az előbbi két nagy nemzet viszonyainak. A kinaiakra jellemző a családi életnek igen magas fejlettsége és annak ellenére a nőnek alantas helyzete. A házas élet rendes formája a monogamia, ez nem zárja azonban ki, hogy a konkubinatus és a háremrendszer (a vagyonosak közt) is virágozzék. A nők erkölcsei, főleg a városokban, meglehetősen lazák. Erősen virágzik a leánykereskedés is. 10 éves leánygyermekek ára átlagosan csak néhány dollár, 15—20 éves leányokért azonban néhány száz, sőt ezer dollárt is fizetnek. Hiresek a Kanton városában létező virágos hajók. Ezek gyönyörűen diszített és kivilágított úszó bordélyházak, melyek vendéglőkkel vannak összekötve. Egy-egy nagyobb hajón több társadalmi osztály ifjúsága mulat. A mig a hajó aljában a szegény néposztály vigad, addig a kinai előkelő fiatalság a fedélzeti szalonokban mulat. Az európai férfiak csak ritkán kötnek szorosabb viszonyt a kinai nőkkel. E czélból inkább japán nőkkel ismerkednek meg. A prostitutio ellenben a kinai nők kezében van, a kik azonban rendkivül piszkosak, erősen és undoritóan festik arczukat s ezenkivül telve vannak nemi betegségekkel. Az európaiak közül legfeljebb a partraszálló matrózok veszik igénybe a kinai bordélyházakat. A japán prostituáltak sokban különböznek kinai, de európai testvéreiktől is. Társadalmilag nem élnek megvetett életet. A prostitutiót bármikor elhagyhatják és visszatérhetnek a család kötelékébe. Férjhezmenetelük is könnyen megy, mert a japán férfi nem helyez túlságosan nagy súlyt az absolut virginitásra. A házasságon belül a japán nők mintául szolgálhatnának hűség dolgában. A japán prostituáltak sohasem lépnek oly tolakodóan előtérbe, mint pl. Európában. A ki igénybe veszi a prostitutiót, annak fel kell hogy keresse azt. E czélból külön városrészek vannak, melyek el vannak kerítve és a melyeken belül számos különálló pavillonok, teaházak vannak. A japán prostituáltak — yujok — e helyeken rendkivül illedelmesen viselkednek, úgy hogy európai hölgyek férjeik kiséretében bátran meglátogathatják e bordélyházakat. A yujokkal össze nem tévesztendők a gésák, a kik kizárólagosan csak énekkel és tánczczal foglalkoznak. Magántársaságok számára megrendelhetők a gésák, a kik azután jó pénzért bemutatják művészetüket. Egy ilyen mulatság rendesen néhány száz márkába kerül. Az igazi gésatáncz abban áll, hogy zene kisérete közt a leányok egyik ruhadarabjukat a másik után levetik, míg végül teljesen ruha nélkül maradnak. (Zeitschrift f. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, 1908. VI. k. 12. f.)

*Guszman.*

## Orr-, torok- és gégebajok.

**A chloretonnak mint érzéstelenítő szernek használatáról a gégeorvostanban** ir *Fiocre*. A chloretont (aceton és chloroform vegyülete) főképen phthisikusok nyelésfájdalmai ellen jó eredménynyel használta, részint poralakban a gége megbetegedett részeire ráfúva, még hathatósabban gőz alakjában. Az analgesia 2—3 óráig tart. (Revue hebdomadaire de laryngologie, 1907. 46. sz.)

*Steiner Miksa* dr.

**Az orr- és gyomorbetegségek közti összefüggésről** ir *Hecht*. Eseteiben a betegeknek főképen a gyomorra vonatkozó panaszaik voltak, mint: émelygés, hányásinger, hányás, étvágytalanság, lesoványodás. A szerző a betegeken Highmor-üreggenyedést talált, melynek meggyógyitása után a gyomorpanaszok teljesen megszüntek, a betegek testsúlyban lényegesen gyarapodtak. A baj okának azt tartja, hogy a lenyelt geny a gyomrot idült hurutos állapotba hozza. Teljesen analog megbetegedés a csecsemők otitises dyspepsiája, mely onnan ered, hogy a csecsemő a dobüregből a tubán keresztül a garatba jutott genyet lenyeli; paracentesisre a dyspepsia megszünik. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 12. sz.) *Steiner Miksa* dr.

## Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**A chloroform okozta vérnyomáscsökkenés** megszüntetésére vonatkozó kisérleteket végzett *Kabatschnik*. Azt találta, hogy a kámfor hatástalan, a coffein és a digitalis használata ellenben eredményes. Sürgős esetekben a coffein és a digalen intravenásan fecskendezendő be. (Therapeutische Monatshefte, 1907. 12. füzet.)

**A jod-chloroform** ($2^1/_2$—3 gramm jod 30—50 gramm chloroformban) helybelileg használva *Gomoiu* szerint nagyon jól csillapitja a vérzést s olyan esetekben is eredményre vezet, a melyekben más vérzéscsillapitó eljárások cserben hagynak. A jodoldat és a chloroform külön-külön nem vérzéscsillapitó hatású. (Spitalul, 1907. 19. szám.)

**Orbáncz** eseteiben jó eredménynyel használja *Laarmann* a Pirogoff-féle régi eljárást, a mely abban áll, hogy a beteg területet 2—3 ujjnyival a szélein túl is carbolos collodiummal (Rp. Acidi carbolici 6·0; Collodii ad 100·0) naponként 2-szer beecseteljük és belsőleg 2 óránként kámfort adunk. (Rp. Camphorae, Acidi benzoici aa 1·5. Div. in dos. Nr. X. D. ad capsul.) A mikor a javulás jeléként az élénk pirosság már csökken, váltogatva használunk borogatást 1%-os bórsavoldattal és bedörzsölést vaselinnel, a mi a collodium okozta feszülést megszünteti. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 10. szám.)

**Basedow-kór** 3 esetében *Weber* nagyon jó eredménynyel használta a hydrargyrum bichloratum corrosivumot arsennel kapcsolatban. 1 milligramm hydrargyrum bichloratum corrosivumot és 1 milligramm acidum arsenicosumot tartalmazó pasztillákból 3-at vétetett be naponként hosszabb időn keresztül. (Ref. La semaine médicale, 1908. 9. szám.)

## Magyar orvosi irodalom.

**Klinikai füzetek**. 1908. márczius. *Szabóky János:* A gümőkór specifikus therapiájáról. *Zirkelbach Antal:* A tüdő- és mellhártyabajok physikális therapiája.

**Gyógyászat,** 1908. 13. szám. *Detre László:* Az immunitástan az orvosi gyakorlatban. *Bauer Lajos:* Kétoldali empyema thoracis esete. *Frommer Ignácz:* A zavaros vizeletről.

**Orvosok lapja,** 1908. 13. szám. *Tóvölgyi Elemér:* A hangszerv kórtana.

**Budapesti orvosi ujság,** 1908. 13. szám. *Torday Ferencz:* Az opsoninvizsgálatok gyakorlati értéke a csecsemőkori gümőkór kórismézésénél. *Szigeti Imre:* Terhességi eklampsia-esetek. *Bucsányi Gyula:* Calomel a phthiseotherapiában.

## Vegyes hirek.

**Jubileum.** *Havel József* dr. zombori kir. törvényszéki orvos a napokban ünnepelte meg orvosi működésének 50 éves jubileumát.

**Kinevezés.** A főváros főpolgármestere *Hültl Hümér* egyetemi magántanárt a szt. István-kórház sebészeti osztályához, *Donath Gyula* egyetemi magántanárt a szt. István-kórház idegbeteg-osztályához, *Haimiss Géza* egyetemi magántanárt a szt. István-kórház gyermekbeteg-osztályához, *Prochnov József* egyetemi magántanárt az új dologkórház fiókjának sebészeti osztályához, *Nékám Lajos* egyetemi rendkívüli tanárt az új dologkórház bujakóros osztályához, *Preisich Kornél* egyetemi magántanárt a szt. László-kórház fertőző osztályához, *Kuzmik Pál* egyetemi rendkívüli tanárt a szt. János-kórház sebészeti osztályához, *Bäcker József* egyetemi magántanárt a szt. János-kórház szülészeti és nőgyógyászati osztályához főorvossá nevezte ki. — *Bán Sándor* dr.-t Pestmegye főispánja tiszteletbeli megyei főorvossá nevezte ki. — *Vragassy Lipót* dr.-t a Budapest-balparti kórházakhoz alorvossá nevezték ki. — Biharmegye főispánja *Berkovits Miklós* és *Mayer László* dr.-okat tiszteletbeli főorvossá, *Barna Ármin* és *Popovics Miklós* dr.-okat tiszteletbeli tiszti-orvossá és *Balla Vilmos* dr.-t tiszteletbeli gyermekkórházi orvossá nevezte ki. — *Kozma János* dr.-t böszörményi járásorvossá, *Reichardsperg Lajos* dr. makfalvai körorvost pedig tiszteletbeli járásorvossá nevezték ki. — *Heumann Gertrud* dr.-t a szabadkai közkórház alorvosává nevezték ki.

**Választás.** *Grósz Jenő* dr.-t Döbrököz ön községi orvossá választották.

**A kolozsvári tudomány-egyetem orvoskari tanártestülete** márczius hóban megválasztotta: *Konrádi Dániel* dr. egyetemi magántanárt tanársegédnek az általános kór- és gyógytani intézet mellé (újraválasztás); *Muste Valér* dr.-t gyakornoknak a szemészeti klinikán (újraválasztás).

**A „Magyar Sebész-társaság"** második évi gyülését ez évi május hó 29.-én és 30.-án tartja a nemzeti múzeum dísztermében. Az előadások és bemutatások bejelentésének határideje április 30.-a, mely időig a bejelentések az elnökhöz (Réczey Imre dr., udvari tanácsos, egyetemi tanár, Múzeum-körút 9) intézendők a tárgy (bemutatás, előadás) és lehetőleg az előadás rövid tartalmának megjelölésével. Vitakérdés gyanánt az epekőműtétek (referensek: Boros József dr. Szeged és Pólya Jenő dr. Budapest) és az érzéstelenítés kérdése (referensek: Chudovszky Móricz dr. S.-A.-Ujhely és Borszéky Károly dr. Budapest) van napirendre téve. Uj tagok felvételére vonatkozó ajánlatok a titkárhoz (Manninger Vilmos dr. főorvos, Uj János-kórház) intézendők. Az április 10.-éig beadott ajánlatokról az igazgató tanács már április hóban határoz, úgy hogy az új tagok a vasúti kedvezményben (M. Á. V., déli és Kassa-Oderbergi vasút) már részesülnek. A vasúti kedvezményre számot tartó tagok igényüket a kiindulási állomás pontos megjelölésével a titkárnál jelentik be április 30.-áig. A kedvezmény a tagsági jegy megváltásához (15 kor.) van kötve. Pénztáros Báron Jónás dr. magántanár, főorvos (IV., Erzsébet-tér 16. sz.) A gyüléssel kapcsolatosan Röntgen-kiállítás lesz, melyen nem tagok is résztvehetnek. Jelentkezés a titkárnál.

**Marienbadi orvosotthon**. Miként egy izben már jeleztük, Marienbad orvosai az üdülni vagy gyógyulni akaró orvosok számára orvosotthont létesitettek. Már az idén hetven hely áll négyhetenként az orvosok rendelkezésére, hol teljes ingyenes lakást kapnak s élvezik a Marienbadban gyakorló orvosok összes kedvezményeit. Egyelőre e lakások szétszórtan szállodákban és villákban vannak, remélhetőleg azonban sikerül nemsokára az otthonnak saját épületet emelni, melyben az egész ellátás ingyenes lesz. Ez úton kérjük azon magyar kartársakat, kik ezen helyek egyikére igényt tartanak, jelentsék be e szándékukat Tuszkai Ödön dr.-nak (VII., Rottenbiller-utcza 27) legkésőbb április hó közepéig. Elegendő az egyszerű jelentkezés a négy hét megjelölésével, melyet az illető Marienbadban tölteni óhajt; más körülmény felemlítése nem szükséges.

**Meghaltak.** *Liebmann Mór* dr., a szülészet magántanára a budapesti egyetemen, 65 éves korában. — *G. R. Wilson* dr., egy idegsanatorim tulajdonosa és főorvosa Newmains-ban, Edinburgh mellett, ismert orvosi és sociologiai iró, ki nevét különösen két művével: Drunkenness (1893) és Clinical Studies in Vice and Insanity (1899) tette ismertté. — *J. R. Trimbler*, az anatomia tanára a baltimorei orvosi iskolán. — *R. Luedeking*, a gyermekorvostan tanára a st.-louisi egyetemen.

**Kisebb hirek külföldről.** A párisi egyetemen az orvostörténelmi tanszéket *G. Ballet* tanárral töltötték be. — Drezdában nemrég irták ki a pályázatot a városi tiszti főorvosi állásra, 4500 márka fizetéssel s a magángyakorlat szigorú eltiltásával; ezzel egyidejűleg kiirták a pályázatot a városház pinczehelyiségeiben levő „Raths-Keller" pinczemesteri állására is 5000 márka fizetéssel! — *S. Gottschalk* (Berlin) és *S. Hammerschlag* (Königsberg), mindkettő gynaekologus, a tanári czimet kapta. — *A. Catterina* dr.-t Genuában az operativ sebészet rendkivüli tanárává nevezték ki. — A prágai német egyetem szülészeti tanszékére első helyen *E. Wertheim* (Bécs) és *O. Herff* (Basel), második helyen pedig *F. Kleinhans* (Prága) és *J. Halban* (Bécs) dr.-okat ajánlották.

**A régiek sebészi müszereiről** érdekes összefoglaló munka hagyta el legutóbb a sajtót, czime: Dr. J. Stuart Milne, Surgical Instruments in Greek and Roman Times. Oxford, 1907. A legfontosabb leletek Pompejiből és Herculanumból valók. Pompejiben 1818-ban egy orvos házát ásták ki, melyben igen sok orvosi műszert találtak. 1880-ban Párisban egy ókori orvos sirjára akadtak, a melyben egy bronz-ládában sok sebészi műszer volt összehalmozva, köztük több fogó, kés, szonda, spatula stb. 1854-ben Rheimsban egy Gaius Firmius Severus nevű szemorvos sirját ásták ki, a ki a 3. század végén élt; sirja egész tárháza volt a szemészeti műszereknek. A legfontosabb leletet 1903-ban tették Badenben Bécs mellett, a régi Vicus Aquensis helyén, a hol egy egész ókori katonai kórházat hoztak napfényre, a hozzátartozó teljes felszereléssel együtt. A kórház 14 szobából állott, a melyek hosszusága 3 és 27 m. között volt. A butorzaton kivül egész instrumentariumot találtak, 120 különböző sebészi műszert, a melyek teljesen megvilágitják a sebészet állapotát a Kr. u. 100 és 200 év között. A kathetert a régiek már kiterjedten használták, külön műszereik voltak a kőmetszéshez és a lithotripsiához is. Külön hüvelytükrük és végbéltükrük volt, voltak eszközeik a magzat perferatiojára és törzsének kisebbitésére, ismerték a pessariumokat stb. Mind e leletekből az tünik ki, hogy a régiek a sebészet terén eléggé haladottak voltak. Az ókor sebészi vivmányai azonban a középkorban teljesen feledésbe merültek s a renaissance idejétől kezdve a sebészetnek újra végig kellett haladnia eleitől kezdve azon a fejlődésen, a melyen az ókorban már rég túlesett.

Mai számunkhoz a **Richter Gedeon** vegyészeti gyára gyógyszerkészitményeiről szóló prospektus van csatolva.

Jelen számunkhoz a **F. Hoffmann-La Roche & Cie.** czég **„Secacornin"** czimü prospectusa van mellékelve.

Mai számunkhoz az **Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation „Acidol-Pepsin"** czimü prospektusa van csatolva.

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

**Budapesti ZANDER-gyógyintézet**

**VIII., Muzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés.** Főbb javalatok: Idült gyomorbélatonia, **székrekedés, elhizás,** köszvény, csúz, idegzsábák **(ischias stb.). Csonttörések** és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. **Érelmeszesedés,** szivbajok, **bronchialis asthma** (villamos fényfürdővel), neurasthenia, bénulások. **Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése** (Zander módszerével). **Gerinczelgörbülések.**

**Justus Dr. bőrbajosokat** gyógyitó intézete.
**Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyitás, physikális gyógymódok.**

**GIZELLA-TELEP FÜRDŐ,** modern vizgyógyintézet május 1-én nyilik meg.
**posta VISEGRÁD (Pest m.)**
**Vizgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forrólég-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Remek fekvés. Pensio — fürdőhasználattal együtt — heti 60 koronától feljebb. Kivánatra prospektus.** 5442

**Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13—15.**
Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

**Orvosi laboratorium:** Vezető: **Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika.** Szövetség-utcza 14-16. Telefon 90-46.

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

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

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

**Arányi Gusztáv dr.,** mint **gyakorló fürdőorvos** rendel **Karlsbadban,** Sprudelstrasse, „Goldener Helm" házban, április 20.-ától október elejéig; nevezettnek **Budapesti orvosi laboratoriuma** október elejétől április 15.-éig van nyitva (IV., Koronaherczeg-utcza 18, I. em.). A laboratoriumban vegyi, górcsövi és bakteriologiai vizsgálatok végeztetnek.

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

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

# TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM.** Magyar orvosi könyvkiadó-társulat. 240. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XI. rendes tudományos ülés 1908 március 21.-én.) 241. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 242. l.

## Magyar orvosi könyvkiadó-társulat.

A Magyar orvosi könyvkiadó-társulat márczius 30.-án tartotta rendes évi közgyülését, melyet *Tóth* Lajos dr. ministeri tanácsos a következő elnöki beszéddel nyitott meg.

Tisztelt Közgyülés!

A mai nappal Társulatunk működésének 43. évét fejezte be s egyúttal az igazgató tanács a VIII. folyam második évének eredményéről számol be.

A lefolyt évben egyrészt azon igyekeztünk, hogy Társulatunkban a pénzügyi egyensúlyt helyreállítsuk, a mi szerencsésen sikerült is, másrészt pedig tagjainknak olyan könyvilletményt adjunk, mely Társulatunk szerintem egyaránt fontos kettős feladatának — a mely a magyar gyakorlóorvosok részére az orvosgyakorlati szakmák köréből szükséget pótló hazai munkák kiadását vagy jeles külföldi munkáknak a hazai irodalomba átültetését czélozza — minél jobban megfeleljen.

Az elmult év könyvilletményéből Dollinger tanár úrnak jeles monographiája „A csipőizület gyuladása, merevsége és zsugorodása“, valamint Török Lajos dr. egyet. magántnáar és poliklinikai főorvos úrnak „A bőrbetegségek felismerése és gyógyítása“ az első, Krehl Ludolf dr. heidelbergi egyetemi tanárnak „Kórélettan“-a pedig a második czélt szolgálta.

Hogy a két első munka orvosi irodalmunkban hiányt pótol és ezt a hiányt valóban közmegelégedésre tölti ki, az iránt azt hiszem nincsen köztünk nézeteltérés, hiszen mindkét munka a német orvosi világirodalom terén is osztatlan elismerésben részesült.

Némileg más szempont alá esik Krehl tanár kórélettana. A szóban forgó munka nem a szorosan vett orvosi gyakorlat körében mozog, hanem az elméleti és kisérleti orvostudomány haladását a gyakorlati orvostannal való összefüggésében és kihatásában tárgyalja és pedig szép sikerrel.

Kérdés merülhetne tehát fel az iránt, hogy ezen munkának a hazai irodalomba átültetése és Társulatunk kiadványai körébe felvétele által az igazgató tanács megfelelt-e azon czélnak, melyet mult évi elnöki megnyitómban hangsúlyozni szerencsés voltam, hogy t. i. a Társulat kiadványaival kiválóképen a gyakorlóorvosok igényeit kivánja szolgálni.

Tisztelt közgyülés, azt hiszem az igazgató tanács nyugodt lélekkel fogadhatja mélyen tisztelt tagtársainknak birálatát, mert a szóban forgó mű a tudományával haladni kivánó gyakorlóorvosra valóban felette értékes.

Tisztelt Uraim! Társulatunk az én tisztelteljes felfogásom szerint az orvosképzésnek szintén egyik és pedig nem alárendelt jelentőségü tényezője.

A míg a tudomány-egyetem orvosi kara hallgatóit az orvosi tudományokba, az egy évi kötelező kórházi szolgálat pedig az orvosi gyakorlatba bevezeti, addig az orvosi könyvkiadó társulat és az újabban örvendetes fellendülésnek induló szünidei orvosi tanfolyamok a már kész orvos továbbképzését szolgálják. Társulatunk inkább elméleti, a szünidei tanfolyamok inkább gyakorlati irányban. A két intézmény egymást kiegészíteni és támogatni van hivatva.

Örvendve tapasztaljuk, hogy az orvosok továbbképzésének tudományos, egészségügyi és nemzetgazdasági fontosságát és hasznát a magyar kormány is méltányolja, midőn úgy a budapesti, mint a kolozsvári szünidei tanfolyamot támogatásában részesíti; szabadjon remélni, hogy elkövetkezik az az idő is, midőn a magyar orvosi könyvkiadó társulatra, mint az orvosi továbbképzésnek egyik fontos tényezőjére is ki fogja terjeszteni gondoskodását.

Tisztelt közgyülés! A magyar orvosi kar úgy látszik nehéz küzdelmek küszöbén áll. Ne felejtsük el, hogy ebben a küzdelemben véleményem szerint egyik legerősebb fegyver az orvosok tudományos szinvonalának minél magasabb fokra emelése. Hogy ezen nemes czélhoz Társulatunk is minél nagyobb mérvben hozzájárulhasson, az legyen törekvésünk Társulatunk jövendő működésében.

Ezzel Társulatunk 44. közgyülését megnyitom.

Ezután *Székely* Ágoston dr. I. titkár olvasta fel az igazgatótanács jelentését:

Tisztelt Közgyülés!

Új folyamunk második esztendejét megnyugtató érzéssel zárhatjuk, a mennyiben egyfelől sikerült az érdeklődést Társulatunk iránt tetemes mértékben növelni, másfelől pedig oly munkákat adtunk tagjainknak, a melyeknek értékéhez szó sem fér s a jövőre is oly munkák kiadását készítettük elő, a melyek a legnagyobb mértékben alkalmasak tagtársaink szükségleteinek kielégítésére.

A mi már most első sorban a Társulatunk iránti érdeklődésnek fokozódását illeti: a mult évi közgyülésen hangoztatott reményünk, hogy tagtársaink száma meg fogja haladni az e tekintetben eddig legjobb év tagjainak számát, valóra vált. A rendes tagok száma ez idő szerint már meghaladja az 1000-et, vagyis a szaporodás a mult évben is már elég magas taglétszámhoz (826) képest mintegy 200-at tesz. Tekintettel arra a körülményre, hogy a további években is egyik főtörekvésünk lesz tagtársaink igényeit a legnagyobb mértékben szemmeltartani és működésünket még fokozottabb mértékben orvosaink tudomására hozni — a miben a magyar orvosi sajtó támogatását az eddigi szolgálatairól való hálás megemlékezés kapcsán a jövőre is kérjük —, erős a hitünk, hogy tagjaink száma — ha nem is oly rohamosan — még továbbra is növekedni fog. Alapitványaink száma is kettővel szaporodott a mult évi közgyülés óta.

Társulatunk az 1907. évben a következő munkákat adta tagjainak:

1. Kórélettan. Tankönyv orvosok és orvostanhallgatók számára. Irta *Krehl Ludolf* dr., a belorvostan rendes tanára a heidelbergi egyetemen. Negyedik kiadását fordította Székely Ágoston dr. XVI és 626 lap. A Társulat kiadványainak XCVII. kötete.

2. A csipőizület gyuladása, merevsége és zsugorodása. *Dollinger Gyula* dr. m. kir. udvari tanácsos, egyetemi nyilvános rendes tanártól. 144 lap, 82 ábrával a szöveg között. A Társulat kiadványainak XCVIII. kötete.

3. A bőrbetegségek felismerése és gyógyítása. Irta *Török Lajos* dr. egyetemi magántanár, poliklinikai főorvos. XVI és 718 lap. A Társulat kiadványainak XCIX. kötete.

Az említett munkák 1907 november végén készültek el, úgy hogy tagjaink zöme még az 1907. évben megkapta. Belső értékükről alig szükséges szólni, elég ha megemlítjük, hogy a magyar szerzőtől való két munka németül is megjelent s a külföldi sajtó részéről a legnagyobb elismerésben részesült, a fordítás pedig olyan munkára vonatkozik, a melynek kiválóságához szó sem fér. A mi pedig e munkáknak külső értékét illeti, csak azt említjük, hogy például Krehl munkája eredeti kiadásának az ára füzve 18 K., míg tagjaink ezen munkán kivül még két munkát (a melyeknek egyike pedig terjedelemben meghaladja Krehl munkáját) kaptak bekötve az összesen 16 K-t tevő tagsági díj ellenében.

Még csak azt említjük, hogy 1907. évi kiadványainkat — tekintettel tagjaink számának emelkedésére — a szokásos 1000 példány helyett 1100 példányban nyomattuk s hogy ez a nagyobb példányszám is már teljesen elfogyott.

A Társulat tagjai az 1907. évben is megkapták a Magyar Orvosi Archivumnak kéthavonként megjelent füzeteit, a melyek együttesen 451 lapot tevő kötetet alkotnak 24 eredeti dolgozattal. A kötet függelékeképen külön 103 lapon az 1906. év magyar orvosi irodalmát állította össze Győry Tibor dr. E helyen még megjegyezzük, hogy 1907-től kezdve már nem Társulatunk adta ki a Magyar Orvosi Archivumot, csak segélyezte 3000 K-val és a kézbesítés költségeinek fedezésével, azzal a kikötéssel, hogy a Társulat minden tagja megkapja.

Az 1908. év illetménye, a melynek megjelenése a folyó év őszén várható, a következő lesz:

1. A *Grósz Emil* és *Hoór Károly* egyetemi tanárok szerkesztette, két kötetes szemészeti kézikönyv első kötete körülbelül 60 ív terjedelemben.

2. *Koerner O.* rostocki egyetemi tanár „A fülorvostan tankönyve“ czímű munkájának fordítása körülbelül 20 ívnyi terjedelemben.

Ezenkivül a Társulat tagjai 1908-ban is megkapják a Magyar Orvosi Archivum füzeteit.

A mi a cyklus további éveinek kiadványait illeti, a következő munkák vannak előkészítésben:

1. A nőorvostan kézikönyve két kötetben. Tauffer Vilmos egyetemi tanár szerkesztésében.
2. A vérbajok kór- és gyógytana.
3. Általános és részletes belorvostani diagnostika.
4. A fertőző betegségek elleni védekezés.
5. Törvényszéki orvostan.

Ezenkivül az igazgató tanács állandóan figyelemmel kiséri a külföldi orvosi könyvpiacz termékeit, s a mennyiben valamelyikének átültetését szükségesnek találja s a Társulat körülményei megengedik, gondoskodik a kiadásáról.

Minthogy az utóbbi időben újból súlyt kivánunk vetni arra, hogy kiadványaink a magyar nyelv szempontjából is lehetőleg kifogástalanok legyenek: az igazgató tanács az elmult évben többtagú bizottságot küldött ki egy nyelvészeti tanácsadó megszerkesztésére; a füzetet, melyet a bizottság elnöke, Jendrássik Ernő állított össze s a mely a napokban hagyta el a sajtót, az ügy iránt érdeklő kartársainknak — a meddig a készlet tart — szivesen megküldjük.

Régebbi kiadványaink értékesítése terén is javulás mutatkozott az elmult esztendőben. Kézmárszky „Szülészet könyve“ teljesen elfogyott; nagyobbszámú példányt sikerült eladnunk a következő munkákból: Dollinger, Sebészeti módszerek (109 példány); Markusovszky-féle jubiláris előadások (151 példány); Moravcsik, Elmekórtan (53 példány); Goldzieher, Szemészet (18 példány) és Hirschler-Terray, Diaetetika (14 példány). A többi régebbi kiadványnak csak ritkán akadt vevője, a Belgyógyászat kézikönyvéből is csak 4 példány keltel, noha nagyon jutányos árat szabtunk nekik. Általában véve azonban mégis mondhatjuk, hogy a régebbi kiadványok értékesítése az előző évekénél tetemesen nagyobb arányokban folyt (477 munka kelt el) s aránylag elég nagy összeget (1571 korona) sikerült ilyen módon Társulatunk pénztárába juttatni.

Az 1908. évi költségelőirányzat a mellékelt táblázat adatai szerint 23,640 korona bevétellel szemben ugyanannyi kiadást tüntet fel.

*Költség-előirányzat az 1908. évre.*

Bevétel.

| | | |
|---|---|---|
| 1. Tagdíjakból | 16,000 | kor. |
| 2. Értékpapirok szelvényeiből | 5,340 | „ |
| 3. Időközi kamatok | 300 | „ |
| 4. M. T. Akadémia segélye | 2,000 | „ |
| Összesen | 23,640 | kor |

Kiadás.

| | | |
|---|---|---|
| 1. Bankköltség | 80 | kor. |
| 2. Lakbér | 200 | „ |
| 3. Pénzbeszedés | 180 | „ |
| 4. Szolgailletmény | 40 | „ |
| 5. Titkári kiadások | 100 | „ |
| 6. Tágilletmény kézbesitése | 600 | „ |
| 7. Évi jelentés és más kisebb nyomtatványok | 350 | „ |
| 8. Nyelvészeti tanácsadó | 160 | „ |
| 9. M. O. Archivum segélye és szétküldése | 3,500 | „ |
| 10. Szemészet I. kötete | 12,700 | „ |
| 11. Fülorvostan | 4,500 | „ |
| 12. 5% tőkésités | 1,070 | „ |
| 13. Vegyes kis kiadás | 160 | „ |
| Összesen | 23,640 | kor. |

Végül szomorú kötelességet teljesitünk, a mikor a mult év közgyülése óta elhalt tagjainkról emlékezünk meg. Az alapitó-tagok sorából kidült igazgató tanácsunknak egyik régi vidéki tagja, *Kanka Károly*, továbbá *Borbély József* és *Gebhardt Lajos*; a rendes tagok közült meghalt: *Bán Gyula* (Kötegyán), *Bodor Fülöp* (Szolyva), *Derekassy László* (Budapest), *Háry István* (Zalaegerszeg), *Lovrich Gyula* (Nagybánya), *Némethy Samu* (Nagyszőllős), *Téchy József* (Kunszentmiklós), *Tóthy János* (Jolsva), *Vörös József* (Gyoma) és *Weisz Bernát* (Temesvár).

A pénztáros jelentésének felolvasása után még az igazgató tanácsnak az alapszabályok szerint kilépett egyharmadát választották meg. Az igazgató tanács tagjaivá újból megválasztották a kilépetteket (*Dollinger Gyula, Grósz Emil, Klug Nándor, Korányi Frigyes, Kovács Sebestyén Endre, Mann Jakab, Purjesz Zsigmond* és *Tauscher Béla*). A Kanka Károly halálával megüresedett igazgató tanácsi tagságra egyhangúlag *Erreth Lajos* kórházigazgatót választották meg.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XI. rendes tudományos ülés 1908 márczius 21.-én.)

Elnök: **Bókay Árpád.** Jegyző: **Verebélÿ Tibor.**

### Római fürdő mintázata.

**Győry Tibor:** Bemutatja a rheinaberni ásatások alkalmával napfényre került régi római fürdő modelljét, melyet a kiásó: Ludovici szives volt az orvosegyesület orvostörténeti muzeumának ajándékozni. A bemutatott modell valóságos typusa a római fürdőnek, melynek berendezését s a régi rómaiak fürdőzési szokásait behatóan ismerteti. Az előadó megemlékezik egyúttal az aquincumi ásatásokról is, többek közt egy ritka köpölyről, melynek fényképfelvételét egyéb római műszerekkel együtt elkészittette és előadása keretében az egyesületnek bemutatja.

### A nicotin hatása a mellékvesére.

**Mansfeld Géza:** Macskákon végzett kisérleteiből kiderült, hogy a nicotin hatására beálló vérnyomás-emelkedésnek az oka az, hogy a nicotin a mellékvesét elválasztásra inditja és az ilyenkor a vérpályába jutó adrenalin hozza létre az erek szűkülését. Néhány perczczel a nicotin beadása előtt vett vérpróba adrenalinmentesnek bizonyult, mig a nicotin beadása után beálló vérnyomásemelkedés tetőpontján, valamint az 5 perczczel még később vett vérsavó a békapupillák maximális tágulását okozza. (Nicotin 1%-on aluli töménységben hatástalan a békapupillára.) Mindkét mellékvese kiirtása után nicotinra a vérnyomás nem emelkedik. Mellékvese nélküli állatokból a nicotin adása után vett vér az Ehrmann-féle reactiót nem adja. E tényekből az is következik, hogy a mellékvesét nem a n. sympathicus, hanem valamely autonom ideg idegzi be, a mit az is bizonyit, hogy atropinozott állaton a nicotin nem okoz vérnyomásemelkedést. Talán a nicotin-arteriosclerosis és az adrenalin okozta érfalelváltozások ezen kisérletek alapján közös okra vezethetők vissza

*Goldzicher Miksa:* Megemliti Schur és Wiesel legutóbb megjelent közleményét, a mely szerint narcosisban az állatok vérnyomása egyidőben emelkedik és a vérben adrenalin jelenik meg. Ez az adrenalin az altatás hosszabb tartalma esetén lassan megfogy, s ennek megfelelő a szövettani lelet is, a mely szerint a mellékvesék chromaffin-szemcséi hosszabb altatások után megfogynak, sőt el is tünnek. Azon kérdést intézi tehát az előadóhoz, nem tulajdonit-e az altatással járó állatkisérleteiben jelentkező adrenalinaemiának bizonyos szerepet kisérleti eredményeiben.

*Mansfeld Géza:* A narcosis nem lehetett oka az adrenalinkiválasztásnak, mert hosszú időn át, fél óráig voltak az állatok narkotizálva és mikor az első vérpróbát vettem, nem volt adrenalin benne. Két percz mulva kapta az állat a nicotint és csak azután vettem a vérpróbát, és ebben már volt adrenalin.

### Adatok a tényállás lélektani diagnosisához.

**Stein Fülöp:** Az előadó felemliti a kisérletező psychologiai kutatás fontosságát a psychopathologiában és megemlékszik a zürichi psychiatriai klinikán folytatott associatiós tanulmányokról, melyeknek eredménye az, hogy a hivószókra adott válasz nem közömbös és véletlen, a lehető százezer válasz egyike, hanem a kisérleti személy képzeteinek egyéni tartalma folytán törvényszerűen determinált gondolkodási anyag. Az associatiós működésben visszatükröződik a mult és jelen egész psychés élete összes tapasztalataival és törekvéseivel. Az egy tárgyra vonatkozó tapasztalatok és törekvések reminiscentiáját, mely számos különálló képzetből alakul, képzetcomplexumnak (Vorstellungskomplex), vagy röviden complexumnak nevezték el; az egyes képzetek összekötő kapcsa az ezen képzetekre közös indulat (affectus), mely lehet kellemes és kellemetlen. A complexum befolyását a gondolkodásra és a cselek-

vésre constellationak nevezzük. A complexumok konstellálják az ember associatióit. A complexum tüneteit az associatiós kisérletben Jung különösen három tényezőben állapitja meg. Az első az associatio tartalma, mely bővebb fejtegetést nem igényel; a második a reactiós időtartam, vagyis azon idő, mely a hivó szó és a válasz kiejtése között elmulik. A reactiós időtartam átlaga függ a kisérleti egyén nemétől, műveltségétől, a hivó szó, a reactio és az associatio minőségétől. A reactiós időtartam középarányosa fölé eső időtartamot az intenziv indulatok jelentkezése okozza, mely indulatok egy fontos képzetcomplexumhoz tartoznak. Mint ilyen a túlhosszú reactiós idő complexumtünetnek tekinthető. Az indulat lezajlása néha lassitott és átterjed a következő associatiókra, melyeknek mechanismusát megzavarja, ezt perseverationak nevezzük. A harmadik tényező a reproductio, mely az associatiós kisérlet megismétléséből áll. Ebben azt tapasztaljuk, hogy a visszaemlékezés nem sikerül, a mely tünetet hiányos reproductionak nevezzük. Ezen tünet első sorban azon felfogásra vezethető vissza, hogy az affectus alterálja a visszaemlékezést, de sok esetben megmagyarázható a Freud-féle „Verdrängungs"-theoriával, mely szerint mindenkiben megvan a törekvés a kellemetlen indulatokkal telt complexum eltolására, elterelésére, elnyomására, mely tünet Freud szerint a neurosisokban teljes amnesiáig fokozódik. A hiányos reproductio nem más, mint azon öntudatlan ellenállás, melyet ezen indulattelt complexumnak az öntudatba való visszahivása ellen kifejtünk, tehát szintén complexumos tünet. Ezen kutatások nem csak öntudatos, de öntudatlan lelki működésünkre is vetnek némi világosságot.

Ezen kutatások gyakorlati értéke első sorban azon betekintés, melyet az associatiós kisérlet segitségével kisérleti egyéneinknek és betegeinknek lelki életébe nyerünk. Rendkivüli jelentőséget nyert a psychiatriai gyakorlatban a hysteria és a kényszerképzetes neurosis kórképeiben. Ezen psychoneurosisok eredete Freud szerint egy az ifjúságban nyert erős és kellemetlensége folytán az öntudatlanba szorult affectus (Eingeklemmter Affekt), mely abban az időben fennálló számos képzethez csatlakozik és igy az öntudat küszöbe előtt álló indulattelt complexumot alkot. Freud ezen complexum kideritésére saját módszerét, a psychoanalysist használja, mely nem más, mint szabad associálás. Ezen öntudatlan complexum kideritésére rendkivül alkalmas eszköz az associatiós kisérletnek fenti alkalmazása. Ugyanily szolgálatot tesz a dementia praecox és a paranoia felderitésekor is.

Legújabban a kriminalpsychologiában is nyert alkalmazást a kisérlet valamely bűntény tényállásának kideritésére. Ezen irányban Wertheimer, Klein, Gross H. és Gross A. laboratoriumi kisérletei és Jung-nak egy gyakorlati esete után az előadó végzett a zürichi klinikán kisérleteket, melyekről részletesen beszámol. A kisérletek sorozatát büntevő elmebetegeken kezdte és azt tapasztalta, hogy a tényállás évekkel a tett elkövetése után a kisérletben visszatükröződik, a mi első sorban világosan az associatiók tartalmában, de a reactiós időtartam viszonyaiban is nyilvánul. Kevésbé lényegesnek bizonyult a reproductiós módszer. Ezek után nem elmebeteg bűntevők kerültek sorra, első sorban olyanok, kik tettüket már bevallották, itt is 4 esetben hiven visszatükröződött a tényállás a kisérletben. Az esetek egyikében a kisérlet világosan kimutatta a dementia praecox jelenlétét, a mit a törvényszék el is fogadott. Azután következett öt eset, melyek közül az első önárulással végződött, a másodikban (magzatelhajtás) a vádlottat a psychoanalysisben tett kijelentései birták vallomásra, a harmadik (betöréses lopás) esetében a vádlott már előbb beismerte bűnösségét, de tagadta a tettet, mig a kisérlet teljes bűnössége mellett szólt. A negyedik esetben (lopás) két vádlottról volt szó, kik közül a kisérlet az egyiket ártatlannak, a másikat valószinű tettesnek mutatta, de nem oly mértékben, hogy törvényszéki szempontból értékesiteni lehetett volna a leletet; az ötödik esetben (lopás) ugyancsak két tettesről volt szó, a kikről a kisérlet kimutatta, hogy bűnrészesek, de nem tettesek. Ezen kisérletekben is a tényállás hiven visszatükröződött a kisérletben és az associatiók tartalma és a reactiós időtartam fontos complexumtünetnek bizonyult. Nagy szerepet játszik az értelmetlen vagy helyesebben a közvetett associatiók analysise is, mig a reproductiós módszer csak kis részben vált be.

A szerző saját kisérleteinek egyelőre kifejezett gyakorlati fontosságot még nem tulajdonit, de azt hiszi, hogy annyi positiv adatot tartalmaznak, hogy a további ezirányú kutatásra felbátoritanak.

*Ferenczi Sándor:* Reámutat a Jung-féle kisérletek neuropathologiai jelentőségére. Hysteriások, imbecillisek, epilepsiások egészen jellemző reactiós typust mutatnak. Egy törvényszéki esetben sikerült a felszólalónak a valódi és tettetett elmegyöngeség között a megkülönböztető kórjelzést ilyen kisérletek segitségével megerősiteni.

## Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

**A terhesség megszakításának kérdését a tüdőgümőkórban** tárgyalta *Bumm* a berlini „Verein für innere Medizin" február 24.-én tartott ülésén. Abból a tapasztalásból kiindulva, hogy a terhesség nagyon kedvezőtlenül befolyásolja a tüdőgümőkórt, s hogy a terhesség megszakitása után a tüdőbeli gümőkóros folyamat néha feltünően javul: újabban mind gyakrabban végzik tüdőgümőkóros terheseken a művi elvetélést. A javulás azonban nem következik be minden esetben s azért nem szabad nagy reményeket fűzni a terhesség megszakitásához. Különben is csak akkor szabad ehhez az eljáráshoz folyamodni, ha a tüdőbeli gümőkóros folyamat kétségbevonhatatlanul megállapitható. Előhaladt gümőkóresetekben nem szabad ajánlani az elvetélést, mert ilyenkor lényeges javulás nem várható. Csak az ilyen betegekben néha fejlődő tüdővizenyő tesz kivételt e tekintetben. A terhesség második felében is tilos az elvetélés, mert ilyenkor a velejáró nedvveszteség sokkal nagyobb mértékben kárositja meg a szervezetet, mint a terhességnek normális lefolyása.

**Az altatószerekről** folyt a vita a berlini belorvostani társulat egyik utóbbi ülésén. Fokozott ingerlékenység okozta álmatlanság eseteiben *Ziehen* szerint a sedativumok, például a bromsók érnek legtöbbet, továbbá a bromural és a neuronal, mint a melyek bromot tartalmaznak; az utóbbinak nincsének kellemetlen mellékhatásai s megszokásának veszedelme sem forog fenn; a bromural, mely főleg a gyermekgyakorlatban használható, chemiai rokonságban van a valerianával, a melynek értékét újabban mind jobban megismerik. Motorius nyugtalanság eseteiben a duboisin és a hyoscin ajánlható; bőr alá fecskendezve 10 perez alatt beáll a hatásuk; neurasthenia eseteiben Ziehen nem a bőr alá fecskendezi a duboisint, hanem a szájon át vétet be $^1/_2$ milligrammos adagot. Az amylenhydrat és a paraldehyd 3—4 grammos adagban főleg az elalvást segiti elő. Ez a két szer kevésbé veszélyes, mint a veronal és a trional; kellemetlen azonban a rossz izük s az, hogy aránylag rövid időre hatnak. A chloralhydrat s a hozzá közel álló szerek, főleg huzamosabb használat esetén, veszedelmesek a szivre és az emésztőszervekre. Jobb a chloralamid. Az isoprallal szemben aggodalma van Ziehen-nek; már $^1/_2$—$1^1/_2$ grammos adagban károsan hat a szivre; talán jobb a vele homolog s Angliában nagyon használt chloreton. Nagyon ajánlható a dormiol $^1/_2$—1 grammos adagban: ez a szer egyesiti a chloralhydrat és az amylenhydrat hatását. A sulfonal és hedonal után gyakoriak a melléktünetek. A trional előnye, hogy a létesitette alvás hosszú ideig tart, hátránya azonban, hogy későn áll be a hatása és a haematoporphyria veszélye fenyeget. Franciaországban gyakran használják, még pedig jó eredménynyel, a trionalt és a paraldehydet együtt. A veronal-álom nagyon hasonlit a trional-álomhoz; a veronal még 8 grammos adagban sem kárositja a vesét; kellemetlenek a hatása eredményeképen sokszor jelentkező, néha lázzal is járó kiütések s az ergotin által okozottakhoz hasonló bőrelváltozások, a melyek néha már egy adag után is beállanak. A hedonal $^1/_2$—3 grammos adagban nagyon jól használható altatószer; nem olyan megbizható ugyan, mint a veronal és a trional, a mellékhatása azonban kevés és a megszokásnak veszedelme sem fenyeget. A proponalt 0·3 grammos adagban kell használni, $^1/_2$ grammnál több már mérgezést okoz. Végül nagyon ajánlja Ziehen, hogy gyakran változtassuk az altatószereket; a káros hatás többnyire onnan ered, hogy egy szert használtatunk huzamosabban; arra is felhivja a figyelmet, hogy az eddiginél gyakrabban kellene kisérletet tenni az altatószerek kombinálásával.

*Fränkel* szerint az altatószereket mindig oldatban kell adni; tabletta-alakban használva, sokszor elmarad a hatásuk. Fertőző betegségekben sok orvos idegenkedik az altatószerek használatától, mert félnek a szivre gyakorolt káros hatásuktól; tekintetbe veendő azonban, hogy az álmatlanság sokkal jobban megkárositja a szivet, mint az altatószer. Iszákosak tüdőgyuladásában az álmatlanság ellen nagyon jó eredménynyel adja a hyoscint és a scopolaminumot.

# PÁLYÁZATOK.

1660/908. sz.

A máramarosvármegyei közkórház belgyógyászati, sebészeti és elmekóros osztályán **egy-egy segédorvosi állás** pályázat útján betöltendő.

Javadalmazás egyenként: 1200 korona évi fizetés, élelmezés, lakás a kórházban, fütés és világitással.

Felhivom a pályázókat, hogy kérvényeiket **f. évi április hó 20.-áig** alantirott közkórház igazgatóságához nyujtsák be.

Máramarossziget, 1908. évi márczius hó 25.-én.

3—2 *Máramarosvármegyei közkórház igazgatója.*

**A pécsi állami gyermekmenhelyben** üresedésben levő **másodorvosi állásra** (1200 korona tiszteletdij, lakás, fütés, világitás és élelmezés) a pályázók (első sorban orvosdoktornők) a nagyméltóságu belügyministerhez intézendő kérvényüket **április hó 30.-áig** nyujtsák be a pécsi állami gyermekmenhely igazgatójához. 4—1

2027/908. kig. sz.

A lemondás következtében üresedésbe jött **temesszentandrási községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: évi 1800 korona fizetés. A látogatási dijak megállapitása az orvos és a községi képviselőtestület között kötendő egyezség tárgyát képezi.

Megjegyzendő, hogy a megválasztott orvos a temesvármegyei községi és körorvosok nyugdijintézetébe tartozik belépni

Pályázati kérvények **1908. évi április hó 25.-éig** nyujtandók be alulirott főszolgabiróhoz. A választás határnapját később fogom megállapitani.

Temesvár, 1908. évi márczius hó 24.-én.

2—1 *Somogyi Gyula.* főszolgabiró.

66/908. ikt. sz.

Békés vármegye közkórházának elmebetegosztályán **2 segédorvosi**, belgyógyászati osztályán **1 segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: az elmebetegosztályon egyenként évi 1600 1600 korona, a belgyógyászati osztályon évi 1000 korona készpénzfizetés és mindenik állásnál I. oszt. teljes ellátás, lakás, fütéssel, világitással.

Folyamodókat felhivom, hogy eddigi működésükről szóló okmányokkal felszerelt kérvényeiket méltóságos Dőry Pál úrhoz, Békés vármegye főispánjához czimezve, hozzám **f. évi április hó 7.-éig** küldjék be.

Gyula, 1908. évi márczius hó 24.-én.

2—2 *Békés vármegye közkórházának igazgatója.*

# HIRDETÉSEK.


A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS
**SALVATOR**
kitünő sikerrel használtatik
vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és köszvénynél, a czukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.
**Húgyhajtó hatású!**
Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!
Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

**FLUINOL**
egy kiválóan antiseptikus fürdőjavitó flourescentiával biró **fenyőtűkivonat,** mely kiválólag csúz, köszvény, tüdő-, torok-, bőr- és női bajokban szenvedőknél hat kitünően. A Fluinolfürdő egy csodálatosan megnyugtató, erősitő szer szív- és idegbetegeknek.
**Készitője: SCHMIDT ALFRÉD gyógyszerész, Basel (Schweiz).**
Magyarországi főraktár: **ZOLTÁN BÉLA** gyógyszertára, Budapest, hol irodalmi ismertetés és minta az orvos uraknak dijtalanul áll rendelkezésre.
**1 eredeti üveg, mely 10 fürdőre elég, 3 korona 50 fillér.**

A rational's phosphor-therapia problemája csak a „Phytin" föltedezése által lett megoldva.
**Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz)**
Czim Németország és Ausztria számára: **Leopoldshöhe** (Baden).
Teljesen meghatározott, **természetes Posphorkészitmény növénymagból** előállitva. — Rp. 1 eredeti doboz Phytincapsula (40 caps. à 0·25) 3·50 korona. —
**Dosis:** 1 g. p. d. — Hatása: **vérk.pző, étvágygerjesztő, testsúlyt gyarapító** az anyagcserét nagy mértékben fokozza. **Javalatok:** Gyönge testalkat, consumptiv betegségek (tuberkulosis), neurosisok, ideges álmatlanság, chlorosis, anaemia, Basedow-kór, rachitis, skrofulosis, gyermekeknek hiányos fejlődése.
**PHYTIN**
Pénztári és kevésbé módos betegek részére: **Phytin liquid.** 1 eredeti üveg (körülbelül 6 napra elégséges) 1.40 korona.
Mintát és irodalmat küld: E. Weyrich, Mag. pharm. Wien, IX., Mariannengasse 10, W. Wolf, k. k. Hofl., Adler-Apotheke, Komotau (Böhmen).

**Rheuma** Neuralgia, bőr- és sebbetegségeknél chron. Morbus Brightii **Köszvény!** Bénaság és különféle női betegségeknél :: :: :: :: **Ischias**
**Fölülmúlhatatlan gyógyhatás**
**Krapina-Töplitz** Thermal-gyógyhely
Horvátország (Horvát-Helvécia). Eredményes Thermalvíz-ivókura.
Szaktekintélyek által a legerősebbnek, leggyógyerejűbbnek és leghatásosabbnak elismert radioktiv Thermal-gyógyfürdő 38—44 ° R.
A legnagyobb Thermal-medencze Európában. Perczenként 3800 liter szakadatlan be- és kifolyás.
Gyógyház lakásokkal, teljes hygeniai kényelemmel. Kitünő étterem és kávéház. Társalgó- és olvasó-termek. Lift. Fedett sétahely. Gyönyörü parkok. Állandó térzene. Sporthelyek. Szép plébánia-templom. Estélyek stb. **Automobil-garage, Automobil-bérlet.**
Külön. márvány-, kád- és zuhanyfürdők. A maga nemében páratlan izzasztó-kamrák. Nyitva ápr. 1-től november végéig. Junius 1-ig és szept. 1-től mérsékelt árak. Fürdőorvos Mai Ede. dr. **Prospektust és felvilágositást nyujt a fürdőigazgatóság Krapina-Töplitz, Horvátország.**
„Rohitsch" állomástól helyi vasút Grobelno-Rohitsch, elágazás (Wien-Triesti v.) 2 óra. Állomás Zabok-Krapina-Töplitz (Csakaturn-Agramer Str.) 1 óra. Munkács állomásnál postakocsik és magánfogatok. **Magánautomobilok** minden vasúti állomásra megrendelhetők a fürdő-igazgatóságnál.

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

**Az orvos uraknak rendelésre különösen ajánlva!**
I. **Hygiama** (sec. dr. Theinhardt)
**mint töményitett teljes táplálék felnőttek részére** a másfél éves kortól kezdve. Klinikailag elismerve minden oly esetben, amikor folyékony vagy tejdiaeta van javallva, észszerü erösitőszer mütétek, nehéz betegségek után, külön értékkel bir typhus, hysteria, neurasthenia, hyperemesis grav., rectalis táplálásnál, továbbá mint absolut lactogogum.
*Arak: 1/2 kilós doboz kor. 4.50 ▫ 1/4 kilós doboz kor. 3.— ▫ 1/8 kilós doboz kor. 1.60.*
Kaphatók csakis gyógytárak és drogueriákban.
II. **Oldható gyermektápszer** (sec. dr. Theinhardt)
**mint legmegbizhatóbb táplálék a beteg és egészséges csecsemőnek.** (ha utóbbinak okvetlen mesterséges táplálásban kell részesülnie.) Klinikailag elismerve minden fertőző betegségnél, rhachitis, chlorosis, atrophia és hiányos táplálkozásnál biztos az eredmény. Egyetlen csecsemőtáplálék, mely már a legzsengébb korban adagolható és orvos által csak individuális esetekben ellenőrizendő.
*Arak: 1/2 kilós doboz kor. 3.— ▫ 1/4 kilós doboz kor. 2.— ▫ 1/8 kilós doboz kor. 1.20.*
A kétrendbeli dr. Theinhardt-féle diaeteticum legnagyobb értéke abban rejlik, hogy az amylacaeák mindkét készitményben teljesen diastasáltak és hogy az összes szükséges tápanyagok a megfelelő arányban bennfoglaltatnak.
Irodalom, ingyen kisérlő anyag, előnyös árban számitott ad usum proprium szükséglet és esetleges felvilágositások iránt, sziveskedjenek az orvos urak a dr. Theinhardt-féle tápszertársulat megbizottjához fordulni. Cim: **Benedek János, Rákospalota,** Vasututcza 39.

52. évfolyam. 15. szám. Budapest, 1908. április 12.

# ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Blumenfeld Sándor:** Közlés a kolozsvári magy. kir. Ferencz József tud.-egyetem belklinikájának tüdőbeteg-osztályáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr., egyetemi ny. r. tanár, udvari tanácsos.) A Pirquet-féle cutanreactioról és Detre-féle módosításáról. 243. lap.

**Fialowsky Béla:** A részegség törvényszéki orvosi szempontból. 246. lap.

**Szabóky János:** Közlés a székesfővárosi bakteriologiai intézetből (igazgató: Vas Bernát dr. egyetemi magántanár) és a szt. István-kórház VIII. orvosi osztályából (főorvos: Dieballa Géza dr. egyet. magántanár). Az opsoninokról és értékesíthetőségükről a tuberculosis diagnosisában, prognosisában és therapiájában. 247. l.

**Irodalom-szemle.** *Könyvismertetés. Burkhardt-Polano:* Die Untersuchungsmethoden und Erkrankungen der männlichen und weiblichen Harnorgane für Aerzte und Studierende in XVII Vorlesungen. — *Ivan Bloch:* Die Praxis der Hautkrankheiten. Unna's Lehren. Für Studierende und Ärzte. — *Arthur Muthmann:* Zur Psychologie und Therapie neurotischer Symptome. — *Lapszemle. Gyógyszertan. Umber:* Tannyl. — *Lungwitz:* Rhachisan. — *Belorvostan. Port:* A vegyes fertőzés hastyphusban. — *Deléarde* és *Dubois:* Praecordialis frigotherapia. — *Zickgraf:* Saponin-belégzés a felső légutak bajaiban. — *Sebészet. Sonnenburg:* Adjunk-e ricinusolajat az appendicitises roham kezdetén? — *Szülészet és nőorvostan.* A felsőrajnai szülészek és gynaekologusok társaságának ülése. — *Bőrkórtan. S. Ehrmann:* A bélbeli eredésű bőrbajok therapiája. — *C. Leiner:* Erythroderma desquamativa. — *Fizikai gyógyításmódok. Zweig:* A klimakteriumos zavarok kezelése. — *Klapp:* A levegővel való massage. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Cain:* A tüdőgyuladás gyógyítása guajacollal. — *Vining:* Hirtelen támadt Landry-féle hűdés. — *Rothschild:* Az adrenalin-konyhasóoldat-infusio életmentő hatása. — A tejelválasztás fokozása. 250—253. lap.

*Magyar orvosi irodalom.* Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 253. lap.

**Vegyes hirek.** — Pályázatok. — Hirdetések. 254. lap.

**Tudományos társulatok és egyesületek.** 255—258. lap.

**Melléklet.** Dr. H. Nanning gyógyszerész „Extractum Chinae Nanning" készítménye. — Chemisches Laboratorium Arnau a. E. czég „Salimenthol" készítménye. — Richter Gedeon vegyészeti gyár gyógyszerkészítményei.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Közlés a kolozsvári magy. kir. Ferencz József tud.-egyetem belklinikájának tüdőbeteg-osztályáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr., egyetemi ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

## A Pirquet-féle cutanreactióról és Detre-féle módosításáról.[1]

Irta: ***Blumenfeld Sándor*** dr., belklinikai II. tanársegéd.

Már a legrégibb orvosok is azt tartották, hogy a tuberculosis, különösen a tüdőtuberculosis gyógyítása csak akkor eredményes, ha a baj még csak kezdődő és kis kiterjedésű. Könnyen érthető tehát, hogy a tuberculosissal foglalkozók már régóta arra törekedtek, hogy idejekorán felismerhessék a kezdődő gümőkórt. A fizikai vizsgálómódok tökéletesbülése mellett szükségképen fejlődött ki a specifikus diagnostika módszere.

1890-ben *Koch* az általa felfedezett tuberculinban ilyen specifikus diagnostikai eljárást ismertetett meg az orvosvilággal. Mint tudjuk, az eljárás abból áll, hogy ha gümőkóros egyénnek bőre alá 1—10 mgm. tuberculint fecskendezünk, akkor az illető kisebb-nagyobb hőemelkedéssel, általános tünetekkel reagál s e mellett helyi reactio is jelentkezik. Részint az, hogy sokszor igen súlyos általános tünetek támadnak, részint pedig az a körülmény, hogy a probatorius tuberculininjectio nem alkalmazható mindenkin, pl. lázasokon, szív- és vesebajosokon, epilepsiásokon, hozzájárult ahhoz, hogy nemsokára elhagyták. Az 1890—91. években a tuberculinnak úgy therapiai, mint diagnostikai alkalmazásakor tett szomorú tapasztalatok után a tuberculinnal mint specifikus diagnostikai szerrel csak tüdőbetegintézetekben, s elvétve klinikákon foglalkoztak. Csak az utóbbi években, az adagok czélszerű és óvatosabb megválasztása, helyesebb indicatiók mellett lépett a tuberculin ismét a tuberculosis szolgálatába. Habár számos észlelő a tuberculinnak bőr alá juttatását ma már a gyakorló orvos kezében sem látja veszélyes fegyvernek, mégis, és mondhatnók szerencsére, csak igen kevés a száma azon orvosoknak, a kik gyakorlatukban alkalmazzák.

A gyakorló orvos szükségén óhajtott segiteni *Pirquet*, a ki a berlini orvosegyesület 1907 május 8.-i ülésén előadást tartott a tuberculosis korai diagnostikájának egy módjáról, a róla elnevezett *cutan*-reactioról. E reactio abban áll, hogy a gümős betegek bőrén az oltással bevitt tuberculin helyén kisebb-nagyobb papula képződik, míg a más betegségben szenvedő, vagy teljesen egészséges ember bőrén ez az elváltozás nem jön létre.

*Pirquet*-nek ez eljárásához a vaccinatio alkalmával és az úgynevezett serumbetegségben sokszor tapasztalt *reactioképességmegváltozás*, az *allergia* adta meg az eszmét. Ugyanis azt tapasztalta, hogy ha gyermeket először olt be tehénhimlőnyirokkal, akkor 2—3 nap mulva papula, pustula képződik, melyet csak a második hét elején vesz körül piros udvar: az areola. Ha azonban olyan egyént oltunk be, ki egyszer már be volt oltva, vagyis revaccinatiót végzünk, akkor az előbb említett vaccinatiós tünetek már az első 24 órában jelentkeznek. Hasonló tüneményeket észlelt a serumbetegségekben. A lósavó többé-kevésbé súlyos megbetegedést idéz elő, vagyis 8—14 nappal az injectio után csalánkiütés, izületfájdalom és láz támad. Olyanokon, kik lósavóval egyszer már be voltak oltva, már az első 24 óra után látjuk e tüneteket, néha még súlyosabb alakban is. A reactioképességnek ezt a jellemző megváltozását nevezi ő *allergiának*.

A gümőkórban szintén talált ehhez hasonló jelenségeket. A gümőkóros egyén a bőrébe oltott tuberculinra az első 24 óra alatt papulaképződéssel reagál, úgy mint az, a kit másodszor oltunk be tehénhimlőnyirokkal.

*Pirquet* eljárásának eszméje tehát nem új, hanem mint maga is mondja: „az alkalmazásmód az, a mennyiben nem a bőr alá, tuberculininjectio alakjában, hanem a bőrbe, mint tuberculinoltást alkalmazza".

Egy hét mulva, midőn *Pirquet* a berlini orvosegyesületben egynehány cutanreactiót mutatott be, *Wolff-Eisner* a discussioban már újabb eljárást ajánlott, tudniillik a tuberculinnak 1 : 10 higitásban a szembe cseppentését, melyre az azóta jól ismert ophthalmoreactio következik be. A *Wolff-Eisner* eszméjét *Calmette* értékesi-

[1] Előadás az Erdélyi múzeum-egyesület orvosszakosztályának 1908 február 22.-én tartott ülésén.

tette azzal a különbséggel, hogy 1%-os tuberculinnal végezte a szembecseppentést.

Mint a tuberculosisra vonatkozó minden dolog, legyen az akár diagnostikai, akár therapiai eljárás, a *Pirquet*-, *Wolff-Eisner-Calmette*-féle reactiók is csakhamar egész irodalmat teremtettek. Alig múlik el hét, hogy egyik vagy másik szaklapban ez eljárások mellett vagy ellen szóló eredményekről ne számolnának be.

*Pirquet* maga első közleményében 360 gyermek cutanreactiojáról számol be: a gümőkóros gyermekek közül 88%, a más betegségben szenvedő 109 gyermek közül 2 reagált, a gümőkórra gyanúsak 16%-a adott positiv reactiót. A 12% negativ reactiojú gümőkóros nagyrészt cachexiás, miliáris tuberculosisban szenvedő volt. Egy öt hónapos csecsemőn is észlelt positiv reactiót, a kin a később megejtett bonczolás a tuberculosis jelenlétét megerősítette. Egy későbbi közleményében, a melyben 100 bonczolás eredményét tünteti fel, 52 gyermekben, kin a reactio negativ volt, a bonczoláskor sem találtak tuberculosist; 23 gyermek közül, kik miliáris tuberculosisban szenvedtek, 9-en szintén negativ volt a reactio, de ezeket haláluk előtt csak 10 nappal oltották. A többiben a positiv reactiót a positiv bonczoláslelet is megerősítette.

*Baginski*-t a reactio értékének csalhatatlansága felől egy-egy esete gondolkodóba ejtette. Egy gyermeken, ki $^2/_{10}$, majd $^5/_{10}$ mgm. tuberculinra reagált, a *Pirquet*-féle cutanreactio negativ volt. A tuberculinnak subcutan alkalmazását biztosabbnak tartja, mint a cutanreactiót, azonban mint klinikailag érdekes, egyszerű és ártalmatlan eljárást a gyakorlatban ajánlja.

*Doufur* és *Brusle*, kik gyermekeken, úgy a szem-, mint a bőrreactiót végezték, mindkettőnek egyenlő diagnostikai értéket tulajdonítanak és ártatlanságukról meg vannak győződve.

*Feer* 46 gyermeken végzett *Pirquet*-reactiót; a gümőkórosak positive reagáltak; egy 8 hónapos csecsemőn szintén positiv reactiót kapott, a kinek köpetében (?!) később tuberculosisbacillust talált. Egy későbbi munkájában, a melyben 344 gyermeken végzett cutanreactioról számol be, ez eljárásnak a tuberculosis korai kórjelzésében nagy jelentőséget tulajdonít.

*Wolff-Eisner* nagyobb értéket tulajdonít az ophthalmoreactionak, mint a *Pirquet*-féle cutannak, mert az utóbbi túlérzékeny és e miatt a latens, betokolt tuberculosisban is hozhat létre reactiót.

*Mainini* 208 betegen végzett *Pirquet*-reactio közül 175 esetben positiv eredményt kapott, és pedig biztos tuberculosisban 82·6%-ban, tuberculosisra gyanús esetekben 90·8%-ban, más betegségben szenvedőkön 80·1%-ban. Ő egyszersmind *Calmette*-reactiót is végzett és végeredményben kimondja, hogy a *Pirquet*-féle reactio mintegy hatszorta magasabb értéket ad a tuberculosisra gyanús esetekben, mint az ophthalmoreactio.

*Bandler* és *Kreibich* 26 bőrtuberculosisoson és 37 más bőrbajoson végezte a cutanreactiót; az elsők közül 22 volt positiv, azonban az utóbbiak közül is 22 adott positiv reactiót.

*Engel* és *Bauer* a csecsemőkön és gyermekeken végzett oltások eredményéből arra következtet, hogy a bőrreactio és gümőkór között szoros viszony áll fenn; különösen a scrophulosisban észlelték ezt, a hol igen heves bőrreactiót kaptak. 48 csecsemő közül haton kaptak positiv reactiót, holott közülük 5 legnagyobb valószínűséggel nem volt gümőkóros. Egyben a bonczoláskor kiderült, hogy a tuberculosisnak semmi nyoma sem volt, a másik négyen pedig a probatorius tuberculininjectio reactiót egyáltalában nem adott. *Binswanger* szerint pedig épen a gümőkóros csecsemők reagálnak legpontosabban a tuberculininjectiora. Az ő positiv eseteinek (tuberculininjectio) valamennyijében volt gümőkóros elváltozás.

*Goebel* a kölni sebészeti klinikán 220 egyénen végzett *Pirquet*-féle cutanreactiót, még pedig 170 felnőttön és 50 gyermeken. Közülük 127 volt positiv. 17 csont- és mirigytuberculosis-eset közül 16 volt positiv. 54 felnőttre vonatkozó sebészi tuberculosis-eset közül 53, tuberculosisra gyanús 31 felnőtt közül 23, öt gyermek közül 3 és 85 nem tuberculosus beteg közül 30 reagált.

*Stadelmann* és *Wolff-Eisner* nem rég megjelent érdekes munkájokban úgy a cutan-, mint az ophthalmoreactionak nagy diagnostikai értéke mellett még prognostikai jelentőséget is tulajdonítanak. Ha a reactio elmarad és az illető klinikailag biztosan gümőkóros, rossz a prognosisa, míg a jól kifejezett reactio a betegség jó lefolyása mellett szól.

Igen hosszadalmas volna a máris nagyszámú valamennyi észlelő eredményeiről, illetve véleményéről beszámolni. A szerzőknek egy része sem a *Pirquet*-féle cutan, sem a *Wolff-Eisner-Calmette*-féle ophthalmoreactionak nem tulajdonít specificitást; azután némelyik észlelő inkább a *Pirquet*-, a másik pedig a szemreactionak tulajdonít nagyobb szerepet a tuberculosis korai kórjelzésében.

A budapesti kir. orvosegyesületnek 1907 október 26.-i ülésén *Detre* a *Pirquet*-reactionak módosítását ajánlja, mely szerinte nemcsak azt tudatná velünk, hogy gümőkóros-e az illető egyén, vagy sem, hanem egyszersmind a betegség aetiologiájára is világosságot vetne, megmutatva, hogy *human* vagy *bovin* typusú fertőzéssel van-e dolgunk. Sőt tovább megy és a papulák nagyságbeli különbségéből a folyamatnak acut vagy chronikus voltára is következtet. E czélból úgy jár el, hogy az alkar bőrébe hatféle folyadékot olt és pedig: tömény *Koch*-tuberculint, 10%-os *Koch*-tuberculint, *Denys*-féle tuberculint, *Spengler*-féle *human* filtratumot, *Spengler*-féle *bovin* filtratumot és végül $^1/_2$%-os carbolvizet. A tömény *Koch*-tuberculint és a $^1/_2$%-os carbolvizet ellenőrzés végett, illetve az elsőt a különböző papulák intenzitásának összehasonlítására használta. Eseteiben a filtratumos papulák mindig nagyobbak voltak az $^1/_{10}$-re higított, vagyis vele azonos töménységű tuberculinéinál, a miből a filtratumok erősebb hatására következtet. A két filtratum közül azt, mely nagyobb papulát hoz létre, *dominans filtratumnak* nevezi és minthogy az allergiás reactio sem egyéb immunitásos reactionál és a szervezet az immunitást kiváltó anyaggal szemben reagál legerősebben, igen valószínűnek tartja, hogy *dominans human reactiós esetekben a human typusú, dominans bovin reactiós esetekben a bovin typusú bacillus okozza a gümős fertőzést.* Többször észlelte, hogy a két filtratum-papula között alig van különbség; ilyenkor felveszi, hogy a fertőzést mindkét typusú bacillus okozza. 101 esete közül 70-ben human, 9-ben bovin és 22 esetben vegyes reactiót kapott. Úgynevezett *elkülönítő* eljárásával nemcsak a fertőzéstypust gondolja megállapíthatni, hanem a tuberculin és a dominans filtratum közti nagyságbeli viszonyból arra is következtet, hogy friss fertőzéssel, vagy chronikus, régi gümőkóros folyamattal van-e dolgunk. Így a következő, állandó typusú reactiókat különbözteti meg:

*Acut typusú reactio* fejlődik ki friss fertőzésű vagy régibb, de terjedésre hajlandó folyamatokban, hol a dominans filtratum-papula nagyobb, akkora, vagy közel akkora, mint a tömény *Koch*-tuberculin okozta.

*Chronikus typusú reactio* fejlődik ki chronikus, megállapodott, régi tuberculosisban, hol a dominans filtratum-papula jóval kisebb, mint a tömény *Koch*-tuberculiné.

E két typus mellett felvesz még korcsreactiót, a mikor csak a tömény *Koch*-tuberculin helyén fejlődik ki egy-két nap alatt, vagy még később, kicsiny, 2—3 mm.-nyi papula. Friss (legfeljebb két éves) tuberculosis 22 esetében 82% acut typusú, régi (legalább 2 éves) tuberculosis 35 esetében 77%-ban chronikus typusú reactiót kapott. A két typust egybeolvasztva, még acut human, acut bovin, chronikus human stb. typusú reactiokat is megkülönböztet.

*Kentzler*, ki a *Detre*-féle elkülönitő reactiókat 201 felnőtt betegen végezte, tuberculosisra gyanus esetekben 34 közül 13-ban (38·2%) *Koch*-tuberculinra, 5·88%-ban human és bovin filtratumra kapott positiv reactiót. 98 klinikailag biztos gümőkóreset közül 75-ben (76·5%) *Koch*-tuberculinra, 26·5%-ban human, 14·2%-ban bovin filtratumra kapott positiv reactiót. Tuberculosisra nem gyanus 69 esete közül 29%-ban *Koch*-tuberculinra, 7·2%-ban human, 1·4%-ban bovin filtratumra volt positiv a reactio.

*Pirquet* cutanreactiojának, illetve *Detre* módositásának értékéről mi is meggyőződést óhajtottunk szerezni és e czélból összesen 229 beteget, részint felnőttet, részint gyermeket vizsgáltunk meg behatóan. *Detre* czikkének megjelenése előtt következő módon végeztük a cutanreactiót. Az egyik alkaron következő sorrendben 5 oltást végeztünk: régi *Koch*-féle tömény tuberculinnal, $^1/_{10}$-re higított tuberculinnal, *Spengler*-féle gyöngykór-tuberculinnal (Merck-féle), ennek 10%-os higításával, végül ellenőrzésképen $^1/_2$%-os carbolvízzel. Úgy jártunk el, mint a himlőoltáskor: az alkar előzetes megtisztítása után mindegyik folyadékból egy-egy cseppet tettünk a bőrre s ezen keresztül felületes scarificatiót végeztünk kihevített platiniridiumgerelylyel. Ilyen irányban vizsgált esetünk 58 volt és

pedig 42 biztos gümőkór (a köpetben kimutatható tuberculosis-bacillussal) és 16 gümőkórra gyanus. Mint az alábbi táblázatból láthatjuk, a biztos tüdőtuberculosisban csak 57·1% adott positiv reactiót, s ez is a tömény tuberculinra vonatkozott. A gümőkórra gyanúsok közül még kevesebb a positiv reactiót adott betegek száma: 46·6%. Már első tekintetre feltünő, hogy mily kevés beteg adott gyöngykór-tuberculinra (tömény) positiv cutanreactiót. A biztos gümőkórosak közül 16·7%, a gyanúsak közül csak 6·6%.

42 biztos tüdőtuberculosis-esetnek reactiós eredményét a következő táblázat tünteti fel:

| Tömény Koch-tuberculin | | 10%-os tuberculin | | Tömény gyöngykór-tuberculin | | 10%-os gyöngykór-tuberculin | | 1/2% carbolvíz | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| + | — | + | — | + | — | + | — | + | — |
| 24 | 18 | 9 | 33 | 7 | 35 | 2 | 40 | — | 42 |
| 57·1% | 42·9% | 21·8% | 78·2% | 16·7% | 83·3% | 4·3% | 93·7% | — | 100% |

A biztos gümőkórban szenvedő betegek közül 18 tömény tuberculinra sem adott positiv reactiót; közülük kilenczben előrehaladt súlyos tüdőtuberculosis mellett cachexia, egyben meningitis basilaris volt, kettő pedig hosszabb idő óta tuberculin-kezelésben részesült. A többi hatról egyáltalán nem mondhatjuk, hogy súlyos előrehaladt lett volna az állapotjuk. Érdekes, hogy e 18 negativ cutanreactiojú eset közül 12 positiv ophthalmoreactiót adott, pedig köztük is volt elég sok előrehaladott.

A tuberculosisra gyanus 16 eset reactiós eredményét a következő táblázat tünteti fel:

| Tömény Koch-tuberculin | | 10%-os Koch-tuberculin | | Tömény gyöngykór-tuberculin | | 10%-os gyöngykór-tuberculin | | 1/2%-os carbolvíz | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| + | — | + | — | + | — | + | — | + | — |
| 7 | 8 | 4 | 11 | 1 | 14 | — | 15 | — | 15 |
| 46·6% | 53·4% | 26·6% | 73·4% | 6·6% | 93·4% | — | 100% | — | 100% |

*Detre* elkülönitő cutan-reactióinak nyilvánosságra hozatala után vizsgálatainkat mi is *Detre* eljárása szerint végeztük, és pedig úgy felnőtteken, mint gyermekeken. Az anyagot 3 csoportba osztottuk, ú. m. klinikailag biztos gümőkórosak, gümőkórra gyanúsok és más betegségben szenvedők csoportjába. E czélból a belklinika anyagán kivül a szülészeti, sebészeti, szemészeti és bőrgyógyászati klinika beteganyagának egy részét is felhasználtuk, hogy így változatosabb anyagon tehessünk tapasztalatokat a *Pirquet*-, illetve *Detre*-féle cutanreactio diagnostikai értékéről. Fogadják ez úton is a nevezett intézetek igazgatói szivességükért hálás köszönetünket. Vizsgálatainkat úgy végeztük, mint *Detre*, azzal a különbséggel, hogy a 10%-os tuberculin helyett a *Pirquet* ajánlotta 25%-ost használtuk, a *Denys*-féle tuberculint pedig mint feleslegeset elhagytuk. A régi *Koch*-féle tuberculint mi is azért használtuk, hogy összehasonlithassuk a filtratumok értékével; a 25%-os tuberculint pedig azért, hogy eredményeinket összehasonlitva a *Pirquet* és követői eredményeivel, ilyen irányban is fogalmat alkothassunk a reactio értékéről. A cutanreactiókra használt filtratumokat magunk készitettük és pedig 6—8 hetes human, illetve bovin typusú bacillusok 4%-os glycerinlevestenyészeteiből. Az elért eredményeket a könnyebb áttekintés végett az alábbi táblázatokban összefoglalva közöljük.

*Klinikailag biztos tuberculosis-esetek.*

| A betegség neme | Az esetek száma | Tömény Koch-tuberculin | | 25%-os Pirquet-tuberculin | | Human filtratum | | Bovin filtratum | | 1/2%-os carbolvíz | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | + | — | + | — | + | — | + | — | + | — |
| Tüdőtuberculosis (a köpetben Koch-bacillus) | 50 | 45 | 5 | 33 | 17 | 25 | 25 | 24 | 26 | — | 50 |
| | | 90% | 10% | 66·6% | 33·4% | 50% | 50% | 48% | 52% | — | 100% |
| Csont- és izületgümőkór | 16 | 16 | — | 13 | 3 | 10 | 6 | 11 | 5 | 1 | 15 |
| | | 100% | — | 81·2% | 18·8% | 62·4% | 37·6% | 68·7% | 31·3% | 6·2% | 9·38% |

A fenti eredményeket vizsgálva, feltünő egyrészt a tüdőgümőkór és a sebészi gümőkór közti különbség, másrészt, hogy a tuberculinreactio jóval nagyobb számmal szerepel, mint a filtratum-reactio. Igy a tüdőgümőkórban 90% reagált tömény tuberculinra, 66·6% 25%-os tuberculinra, mig human és bovin filtratumra csak 50 illetve 48%. A csont- és izülettuberculosisban az értékek jóval magasabbak. Felhivjuk a figyelmet arra a körülményre, hogy 17 felnőtt, ki klinikailag is biztosan tüdőgümőkóros volt, a reactiót nem adta. Érdekes, hogy közülük csak 6 mondható súlyosnak, előrehaladottnak, mig a többi I—II. szakbeli, közülük 3 tuberculinkezelésben részesült. A súlyosnak tartott 6 beteg az ophthalmoreactiót kifejezetten adta. Egy gyermekbetegen a controll helyén is kaptunk reactiót.

*Tuberculosisra gyanús 19 eset.*

| Tömény Koch-tuberculin | | 25%-os Pirquet-tuberculin | | Human filtratum | | Bovin filtratum | | 1/2%-os carbolvíz | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| + | — | + | — | + | — | + | — | + | — |
| 19 | — | 15 | 4 | 9 | 10 | 12 | 7 | — | 19 |
| 100% | — | 78·9% | 21·1% | 47·3% | 52·7% | 63·2% | 36·8% | — | 100% |

Mint láthatjuk, a tuberculosisra gyanúsakon még nagyobb számmal kaptunk positiv reactiót mint a gümőkórosokon.

*Más betegségben szenvedők.*

| | A betegek száma | Tömény Koch-tuberculin | | 25%-os Pirquet-tuberculin | | Human filtratum | | Bovin filtratum | | 1/2%-os carbolvíz | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | + | — | + | — | + | — | + | — | + | — |
| Gyermekek 0—15 évig | 36 | 13 | 23 | 9 | 27 | 4 | 32 | 3 | 33 | — | 36 |
| | | 36·1% | 63·9% | 25% | 75% | 11·1% | 88·9% | 8·3% | 91·7% | — | 100% |
| Felnőttek 15 éven túl | 31 | 19 | 12 | 17 | 14 | 7 | 24 | 7 | 24 | — | 31 |
| | | 61·3% | 38·7% | 54·8% | 45·2% | 22·6% | 77·4% | 22·6% | 77·4% | — | 100% |

Legtanulságosabb épen a gümőkórosak táblázata. 31 felnőtt közül tömény tuberculinra 61·3%, a 25%-os tuberculinra 54·8%, a human és bovin filtratumra 22·6% reagált. A gyermekeken sokkal kisebb számban kaptunk positiv reactiót: 36·1% tömény tuberculinra, 25% *Pirquet*-tuberculinra, 11·1% human és 8·3% bovin filtratumra reagált. E számokból láthatjuk, hogy a korral haladólag nagyobb lesz a positiv reactiók száma, a mi *Burghardt* és *Naegeli* statistikája szerint érthető volna. A 36 gyermek között 9 csecsemő is van 3—28 napos korral, kiken még a tömény tuberculinra sem láttunk reactiót. *Berend* az általa észlelt 8 csecsemőn ezt a körülményt a reactio specificitása mellett szólónak tartja. *Berend* ismerte fel először a csecsemők tuberculin iránti ellenállását és egy munkájában állást foglalt a mellett, hogy veleszületett tuberculosis nincs. *Hamburger* azonban már közölt olyan esetet, a melyben veleszületett tuberculosis a hét hetes csecsemőn ki volt mutatható. *Hamburger* és *Sluka* 154 csecsemő boncolásakor 20 esetben tuberculosist talált mint halálokot, négy esetben pedig mint mellékes leletet, ellenben 79 öt-tizennégy éves gyermek közül 21 esetben talált tuberculosist mellékleletként. E helyen említem meg, hogy egy $2^3/_4$ éves gyermekben, a ki tuberculinra és human filtratumra reagált, a boncoláskor gümőkóros elváltozást nem kaptunk, noha nagyon gondosan kerestük.

(Vége következik.)

## A részegség törvényszéki orvosi szempontból.

Irta: ***Fialowski Béla*** dr., kir. törvényszéki orvos.

(Vége.)

Mindezek után bátor vagyok a gyakorlatból merített néhány idevágó esetet röviden előadni a kérdés megvilágítása czéljából.

I. *M. A.* 25 éves kőműves 1905 évi október hó 26.-án éjjeli mulatozás közben (V. 1905/316) lerészegedett s fivérét lényegtelen megjegyzésére a véletlenül nála volt revolverrel sziven lőtte, a mire ez rögtön el is vérzett. A vizsgálat során M. A. a bűntényre és körülményeire csak homályosan és hiányosan emlékezett vissza. A vizsgálat kiderítette, hogy M. A. már egy évnél hosszabb ideje részegeskedik, viselkedésében, jellemében megváltozott, nem dolgozott, éjelezett, feleségét ütötte, verte. A főtárgyalás folyamán M. A.-t két törvényszéki orvos figyelte és vizsgálta meg s ezek véleménye oda concludált, hogy M. A.-on az idült alkoholismus tünetei a négy hónapon át a fogházban való tartózkodás ellenére jól kifejezettek s a bűntény elkövetése idején pedig az elfogyasztott szesz mennyisége, rendellenes magaviselete, homályos, hézagos emlékezése, tettének indokolatlan volta szerint oly fokban volt részeg, hogy közel állott a teljes öntudatlansághoz s ennélfogva akaratának szabad elhatározási képességével nem birt. Az esküdtek a feltett kérdésre azt jelentették ki, hogy a vádlott elméje nem volt megzavarva. A kir. törvényszék a vádlottat a B. T. K. 306. §-ába ütköző és a 307. §. első bekezdése szerint minősülő s a 20. §.-ra való felhivással halált okozott súlyos testi sértés bűntettében a 307. §. alapján a szakértők által megállapított oly nagyfokú részegsége szerint, hogy közel állott az öntudatlansághoz, a 92. §. alkalmazásával kilencz havi fogházbüntetésre itélte, melyből a vizsgálati fogság által három hó kitöltöttnek vétetett. Az itélet jogerőssé vált, mert a felek belenyugodtak.

II. *N. J.* 50 éves községi jegyző (V. 1900/312) 1900 évi deczember hó 9.-én körvadászat alkalmával a vele jó viszonyban levő M. Szt. közjegyzői irnokot ismeretlen okból úgy lőtte hasba, hogy ez másnap sérülésébe belehalt. N. J. az ellene gondatlanságból okozott emberölés vétsége miatt megindult vizsgálat során azzal védekezett, hogy épenséggel nem emlékezik a tettére, mert nagyon részeg volt. A kihallgatott tanuk N. J. állapotát „be volt kapatva, tökrészeg benyomását keltette, kissé pityókos volt, ittas volt"-nak jelezték s előadták, hogy N. J. mintegy $^3/_4$ liter erős pálinkát ivott a vadászat közben, dülöngött, erőszakoskodott, közelben levő nyulakra nem lőtt, csak távoliakra, vadászszékéről többször leesett s azt paripának nevezte, a vadászati szabályokat nem tartotta be, az általa meglőtt barátjára sirva borult, s saját agyonlövetését kérte, tette után hazaérkezve még bort, feketekávét ivott s utána rögtön mélyen elaludt s felébredve nem emlékezett tettére stb. A főtárgyalásra meghivott szakértők N. J.-én az idült alkoholismus tüneteit nem észlelték. A szakértők egyike nagyon részegnek, de nem öntudatlannak jelezte N. J. állapotát s igy bár akaratelhatározásképessége korlátozva lehetett, de nem volt teljesen felfüggesztve, mert hiszen tette elkövetése után sajnálta az áldozatát stb. A másik szakértő teljesen öntudatlannak állította a vádlott állapotát. A törvényszék erre az iratokat az igazságügyi orvosi tanácsnak terjesztette be, hol az iratokból az állapittatott meg, hogy N. J. „öntudati állapota a kritikus időben a tökéletes öntudatlansághoz nagyon közel járt, de mindenesetre annyira kóros volt, hogy sem a tett körülményeit, sem pedig annak következményeit tisztán felfogni nem birta".

A kir. törvényszék 1901 évi julius hó 5.-én megtartott főtárgyalásán N. J.-t a B. T. K. 290. és 299. §.-ai alapján a B. T. K. 92. §-ának alkalmazásával hatszáz korona pénzbüntetésre, a bűnügyi és a temetkezési költségek, valamint a hátramaradt özvegy és kiskorú javára fizetendő ötven korona havi járadék fizetésére itélte, mert „bár a szakértők megállapitották, hogy a vádlott tettét öntudatának kóros elváltozásában, kóros részegségben követte el, mégis a törvényszék a vádlott azon cselekményében, hogy vadászat közben ivott, a puskából a töltényeket ki nem vette, a kakast le nem eresztette s igy emberek közé ment, nem szándékosságot, hanem gondatlanságot állapitott meg".

Az itélet jogerőssé vált, mert a felek belenyugodtak.

III. *I. S.* (V. 1903/78.) 25 éves földmives 1903 évi márczius hó 1.-én mulatozás közben egész napon át sok bort, sört, pálinkát vegyesen ivott és lerészegedett. Este tánczolás közben minden előző czivakodás nélkül azon szavakkal „hogy igy jár mindenki, a ki apámat bántja" úgy ütötte meg a gyufatartóval S. A. földmivest bal szeme táján, hogy bal szemére megvakult.

Az erre megindult vizsgálat során a vádlott I. S. azzal védekezett, hogy oly fokban volt részeg, hogy épenséggel nem tudja mit csinált. A tanuk beigazolták, hogy I. S. az egész nap folyamán sokat ivott, este düllöngött, nehezen beszélt, erőszakoskodott, kötekedett, S. A.-t ok nélkül ütötte meg. Tette elkövetése után I. S.-t a korcsmából kitaszitották, haza düllöngélt, az udvaron összeesett, fektében hányt és e közben el is aludt, s igy találta meg az atyja is.

A főtárgyalásra megidézett szakértők egyike erősen ittasnak, de nem öntudatlannak, míg a szakértők másika teljesen öntudatlannak jelezte I. S. állapotát. Ezek után a törvényszék „a szakértők ellentétes véleményével szemben" azt állapitotta meg, hogy „I. S. teljes öntudatlan állapotban követte el a cselekményét, mert a vádlott azon nyilatkozata, hogy tette elkövetése alkalmával azt mondotta, hogy igy jár mindenki, a ki apámat bántotta, nem mutat öntudatra, mert nem volt semmi oka S. A-t bántani, másrészt a tanuk azt vallották, hogy a vádlott nagyon erősen ittas volt s otthon összerogyott, elaludt", mindezek alapján a terhére rótt s a B. T. K. 301. §-ába ütköző s a 303. §. szerint minősülő bűncselekmény terhe és következményei alól felmentette a B. T. K. 76. §. és B. T. K. 246. §-ának 3. pontja alapján. Az itélet jogerős lett a felebbezés ellenére.

IV. *T. Zs.* 36 éves asztalosmester (V. 905/302) 1905 évi október hó 1.-én háza előtt szóváltásba elegyedett T. Szt. munkással, ki őt fellökte, mire T. Zs. házába beszaladt és neje ellenkezése ellenére konyhakést ragadott, S. Szt. után iramodott s utolérve kétszer hátulról a gáttáján oly erővel szúrta meg, hogy T. Szt. a sérülései folytán másnap elhalt.

A vizsgálat azt derítette ki, hogy T. Zs. már egy év óta iszákoskodik, üzletét, családját elhanyagolja, nejét üti, veri, lelövéssel fenyegeti. Tette napján folyton ivott, bort, sört, pálinkát, tanuk szerint este már erősen részeg volt, ő maga esti viselkedésére nem emlékszik, csak hiányosan és hézagosan tud egyet-mást, tettéről tudomása nincs. Tette elkövetése után közvetlenül kávéházba megy, ott is kiabál, erőszakoskodik, kávézik, s mert pénze nincs és garázdálkodik, kitessékelik a kávéházból; kijövet a rendőrök elfogják és az ez alkalommal való kihallgatásakor tettéről tudomása nincs. A védő indítványára T. Zs. elmebeli állapotát a fogházban való tartózkodása alatt orvosszakértők figyelték meg, kik hosszabb megfigyelés után azt állapitották meg, hogy T. Zs-én az idült alkoholismus degenerativ tünetei kifejezetten észlelhetők s a vádbeli cselekmény az elfogyasztott szeszes italok mennyisége és minősége, a bűncselekmény alatt és után való viselkedése, az emlékezés hiányossága, tettének indokolatlan volta szerint öntudati állapota közel állott a tökéletes öntudatlansághoz s ennélfogva tette körülményeit és következményeit felismerni, mérlegelni nem birta.

A kir. ügyész indítványához képest a vádtanács, mert „a megfigyelő szakértők véleménye aggályos, sőt lehetséges, hogy a vádlott a tanuk által előadottak szerint nem is volt részeg", az összes iratoknak az igazságügyi orvosi tanácshoz való felterjesztését rendelte el, a hol is az iratokból az állapittatott meg, hogy „T. Zs. elmebeli állapota a bűncselekmény idején úgy meg volt zavarva, hogy akaratának szabad elhatározásképességével nem birt s minthogy a megfigyelő orvosok szerint T. Zs.-én az idült alkoholismus degenerativ tünetei vannak jelen s tette által közveszélyesnek mutatkozott, T. Zs. elmegyógyintézeti elhelyezése kivánatos".

A királyi ügyész újolagos megfigyelést indítványoz, „mert az igazságügyi orvosi tanács véleménye nem közvetlen megfigyelés, hanem az iratok alapján adatott", mire a vádtanács T. Zs.-ét elmebeli állapotának újból való megfigyelése végett a letartóztatottak és elitéltek országos megfigyelő és elmegyógyitó intézetbe küldötte, a hol kéthavi megfigyelés után azon véleményt adták, hogy „T. Zs. a bűnvádi cselekményt a tett előtt elfogyasztott szeszes italok behatása alatt, mélyebb öntudatzavarban követte el, mely az öntudatlanság fokáig emelkedett s igy akaratának szabad elhatározási képességével nem birt. S minthogy a chronikus alkoholismus tünetei még ez idő szerint is kifejezetten észlelhetők rajta s mivel cselekményével közveszélyesnek bizonyult, elmegyógyintézeti elhelyezése indokolt".

Ezek után az ügyész elejtette a vádat s minthogy a sértett át nem vette, a kir. törvényszék, mert úgy a kir. törvényszéki orvosok, mint az igazságügyi orvosi tanács, valamint a letartóztatottak és az elitéltek országos megfigyelő és elmegyógyintézetének szakértői véleménye szerint T. Zs. bűncselekményét a szeszes italok behatása alatt mélyebb öntudatzavarban követte el, mely az öntudatlanságig emelkedett s igy akaratának szabad elhatározásképességével nem birt, a további eljárást megszüntette s a vádlottat közveszélyes elmebajánál fogva a rendőrségnek adta át. A rendőrség T. Zs.-t a közkórház elmebetegosztályán helyezte el, a honnét két és fél hó mulva „javultan" bocsáttatott el.

V. *K. J.* 47 éves czipész (V. 1905/280.) 1905 évi augusztus hó 31.-én egy vele egy házban lakó nőt czivakodás közben a lakásából külön kihozott nagy konyhakéssel úgy szúrt hasba, hogy ez sérülései folytán másnap elhalt, sőt a neje segítségére sietö férjet is súlyosan összeszurkálta. Erre bement lakásába, lefeküdt s olyan mélyen elaludt, hogy az érte jött rendőrök nem birták felkölteni, hanem alva szállitották a rendőrségi fogházba, hol élesztgetések ellenére csak órák mulva ébredt fel s ekkor tettéről, viselkedéséről nem tudott semmit. A vizsgálat során a tanuk beigazolták, hogy K. J. már régóta iszákos, s részegségében házsártos, veszekedő, erőszakos ember, józan állapotában pedig tisztességes, a bűntény elkövetésekor vadul viselkedett, rögtön elaludt. A főtárgyalás alkalmával két orvos figyelte és vizsgálta meg a vádlottat, kik a rajta kimutatható elváltozások, nevezetesen a vérér hálózata, a pöffedt arcz, az arczredők féloldali elsimultsága, az arczizmok rángatódzása, a nyelv és a kezek reszketése, a hasnak puffadt, vastagon zsírréteggel való borítottsága, az emlékező tehetség gyengültsége, a felfogás lassultsága szerint egybehangzóan idült alkoholismusban szenvedőnek jelezték s egyúttal kinyilvánították az orvosok ez alkalommal azt is, hogy K. J. az elfogyasztott szesz mennyisége folytán, a bűncselekmény indokolatlan volta, a bűncselekményt követő mély elalvása, az emlékezés hiánya szerint a bűncselekmény elkövetése idején oly fokban volt részeg, hogy ezen részegsége az öntudatlansággal határos volt s ennélfogva tette körülményeit és következményeit felfogni nem birta s igy akaratának szabad elhatározásképességével nem birt.

Az esküdtek az e tekintetben nekik feltett kérdésre azt jelentették ki, hogy K. J. a bűntény elkövetése idején az akarat szabad elhatározásképességével birt, mire a kir. törvényszék, mert az esküdtek a lényegben tévedtek, az ügyet új esküdtszék elé terjesztendőnek határozta s egyúttal K. J. rendszeres megfigyeltetését rendelte el s e czélból a vádlottat a letartóztatottak és elitéltek országos megfigyelő és elmegyógyitó intézetébe szállíttatta, a honnét három havi megfigyelés után azon vélemény érkezett a kir. törvényszékhez, hogy „K. J.-on az idült alkoholismus tünetei jól ki vannak fejezve, bűncselekménye minden lelki indokot nélkülöz, az impulsivszerű tettét követő mély alvás, a hézagos, sőt teljesen hiányzó emlékképek szerint K. J. öntudata a bűncselekmény idején oly fokban volt zavart, hogy az az öntudatlanságig emelkedett, ennélfogva szabad akaratelhatározásképességgel nem birt s minthogy K. J. tette folytán közveszélyesnek bizonyult, elmegyógyintézetben helyezendő el".

Ezek után a kir. ügyésznek a vádat elejtő inditványára a kir. törvényszék vádtanácsa, mert „a szakértők a vádlotton a B. T. K. 76. §-ának megfelelő beszámitást kizáró okot állapitottak meg", a további eljárást és a fogságot megszüntette s K. J.-t közveszélyes elmebeli állapotánál fogva elmegyógyintézetbe való szállítás végett a rendőrségnek átadta; a rendőrség K. J.-t vidéki elmekórházba helyezte el, a hol még most is ápolják.

Ezen néhány esetből is látható, hogy az öntudatlanságig fokozott vagy az öntudatlanságot megközelitő, szakszerűen megállapitott részegséget is a törvényszék a legkülönbözőbb módon birálja el. Ezen felsorolt 5 eset közül kettőben a részegség enyhitőül vétetett, az egyikben minden következmény nélkül felmentetett a tettes, a két utóbbi eset közül az egyikben közkórházba küldetett a tettes, a honnan 3 hó mulva „javultan" elbocsáttatott, s végül a legutolsó esetben az elmegyógyintézetbe küldött tettes még most is ott van.

Ezek a nagyobb jelentőségű bűnügyek.

A kisebb jelentőségű bűnügyekben, melyekben szakértőt nem is hallgatnak meg, a biróság a részegséget enyhitő körülménynek veszi.

Ily módon a részeges büntettes a helyett, hogy a részegsége miatt külön is megbüntetnék, mert részegsége folytán magát a bűncselekmények elkövetésére tudatosan disponibilissé tette, még előnyösebb helyzetbe jut mint a nem részeges büntettes, mert „enyhébben" itéltetik el.

A részegségnek jogi elbirálása újabban sok vita tárgya volt, s nem akarok a kérdés ezen részébe részletesen behatolni, de annyit feltétlenül kiemelendőnek vélek, hogy a részeg büntettest minden következmény nélkül szabadon hagyni, a mint az a felsorolt esetek egyikében történt, csak a társadalom kárára van, mert ez által a részegeskedő passepartout-t kap a bűncselekmények elkövetésére. Viszont, a mennyiben a büntettesek az öntudatlanságot megközelitő vagy az öntudatlanságig emelkedett részegség folytán a bűncselekmény terhe és következményei alól felmentetnek s a részegségben mutatkozó gondatlanságuk miatt sem lesznek megbüntetve s ennélfogva börtönbe nem kerülnek, a mely különben is csak úgy felelhetne meg nekik, ha kellő orvosi és paedagogiai vezetés alatt állana s ha a javulásra képesek a börtönben külön választatnának, csak jobb hiányában utalhatók az elmebeteg-intézetekbe, mert tulajdonképen nem oda valók, minthogy az intézeti abstinentia folytán állapotuk előbb-utóbb elmúlik, s ekkor vagy mint teljesen ép és munkabiró egyének tartatnak az elmebetegek között, vagy pedig, ha onnan kibocsáttatnak, a társadalom mai berendezése mellett visszaesnek előbbi hibájukba és újból az ivásra adják magukat. A részegség folytán felmentett büntettesek részére külön intézetek volnának felállitandók, a hol szakszerű kezelésben és oktatásban részesülnének, mint a minő intézetek másfelé már régen vannak, s ha nem is kerülne beléjük minden iszákos, de legalább a büntettes iszákos okvetlen ott tartandó volna.

Az igaz, hogy az ilyen intézetek létesitése új terheket róna az államra, a társadalomra, azonban mennyi baj, bűn, züllés, nyomor stb. előztetnék meg velük, s egyúttal mennyi tehertől szabadulna meg az állam, a társadalom, ha a közveszélyes iszákos a társadalomtól el volna különitve.

Addig is, mig a büntettes iszákosok befogadására szolgáló ilyen intézetek felállittatnak, az összes iszákosokat, ha nem is gondnokság alatt, de evidentiában tarva, legalább is rendőri felügyelet alá kellene helyezni.

**Közlés a székesfővárosi bakteriologiai intézetből (igazgató: Vas Bernát dr. egyetemi magántanár) és a szt. István-kórház VII. orvosi osztályából (főorvos: Dieballa Géza dr. egyet. magántanár.)**

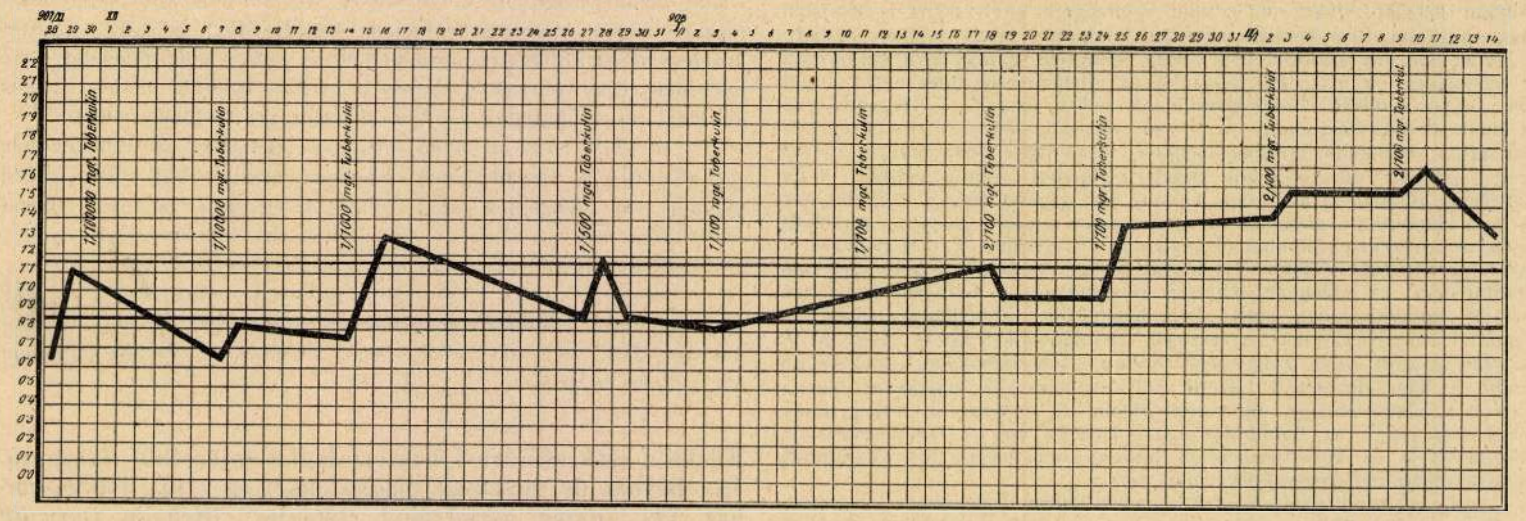
# Az opsoninokról és értékesithetőségükről a tuberculosis diagnosisában, prognosisában és therapiájában.

Irta: ***Szabóky János*** dr., v. egyetemi klinikai tanársegéd, fürdőorvos Gleichenbergben.

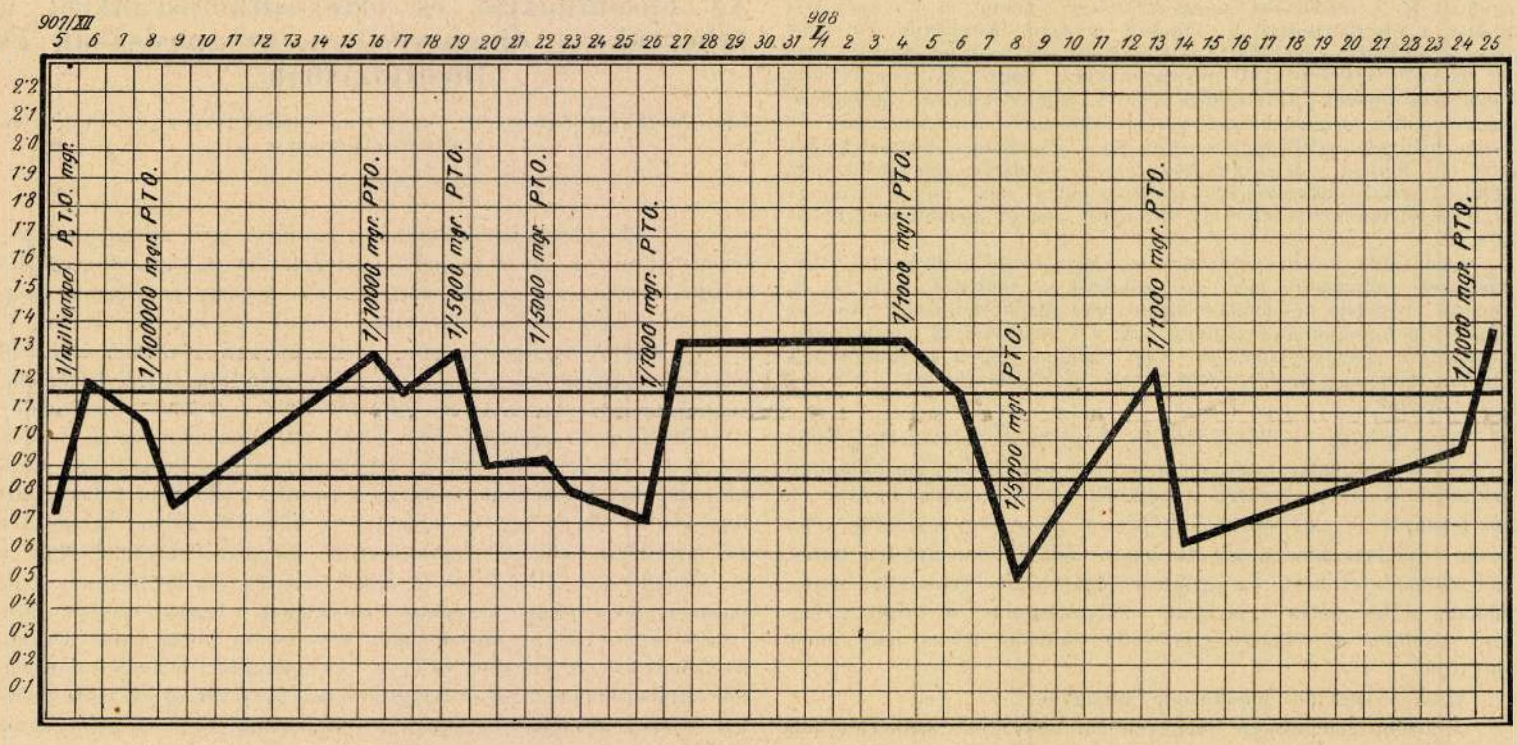
(Vége.)

*c)* 14 beteget immunizáltam s az oltás alatt állandóan figyelemmel kisértem az opsoninindex értékét. Az opsoninindex értékét minden esetben az injectio előtt s utána másnap határoztam meg, s csak néhány esetben vizsgáltam annak értékét $^1/_2$ órával, 1, 2 és 4 órával az injectio után. Immunizálásra 4 esetben a Koch-féle alttuberculint, 3 esetben a C. Spengler-féle PE-t (Perlsuchtemulsion), 3 esetben a C. Spengler-féle PTO-t (Perlsuchttuberculin), 2 esetben a C. Spengler-féle TBE-t (Humanemulsion) s 2 esetben a C. Spengler-féle ATO-t (Humantuberculin) használtam. Csak kis adagokat használtam, csak igen lassan emelkedtem velük s azt tapasztaltam, hogy az opsoninindex a különféle súlyos betegekben az injectiókra különféleképen reagált. Kezdeti tüdőgümőkórban a C. Spengler-féle PE-ből 0·01 mgm. dosisig emelkedhettem s az opsoninindex értéke állandóan növekedett. Lázas esetben már $^1/_{10000}$ mgm. PE az opsoninindex erős esését hozta létre. Ugyanilyenek voltak az eredmények a C. Spengler-féle PTO-val s a Koch-féle alttuberculinnal végzett vizsgálatokban. (VI., VII. és IX. tábla.) Sokkal erősebb anyagnak bizonyult a Spengler-féle ATO és különösen a TBE, ezen anyagok használatakor lázas esetekben $^1/_{10000}$, kezdődő esetekben pedig $^1/_{1000}$ mgm. után következett be az opsoninindex esése. (VIII. tábla.) Ezen emlitett eséseket pár nap mulva az opsoninindex emelkedése követte s érdekes, hogy ezen esetekben, a melyekben ugyanezen adagot egy hét mulva megismételtem, az opsoninindex emelkedett. Nem akarom itt részletezni sem a Koch-, sem pedig a Spengler-féle anyagok vizsgálatával elért eredményeimet, hanem csak ki akarom emelni, hogy különösen a Spengler-féle PE és TBE-vel igen óvatosan kell bánnunk. Nem tartom helyesnek az előirt emelkedés-skálát, mert tapasztalataim azt mutatják, hogy nem a gyors, hanem inkább az $^1/_{1000000}$, $^1/_{500000}$, $^1/_{100000}$, $^1/_{50000}$, $^1/_{10000}$, $^1/_{5000}$, $^1/_{1000}$, $^1/_{500}$, $^2/_{500}$, $^3/_{500}$, $^4/_{500}$, $^1/_{100}$, $^2/_{100}$, $^3/_{100}$ stb. adagolásmódot ajánlom. Az emlitett kisfokú eséseket rendszerint nem kisérték kellemetlen tünetek, de mindig előjelei voltak; különösen akkor következtek be hevesen, ha az emlitett esést nem tartva szem előtt, a következő héten ismét emelkedtem az adaggal. (VII. tábla.) Mindezek alapján tehát azt mondhatom, hogy az opsoninindex meghatározása értékes controll-eljárást ad kezünkbe a tuberculosis specifikus kezelésekor, mivel a reactiokat, melyek mint Sahli igen helyesen megjegyzi, mindig a szervezet károsodásával járnak, elkerülhetjük. Épen az immunizálással párhuzamban végzett opsoninvizsgálatok bizonyitják, hogy mennyire nem lehet a gümőkórt specifikus anyaggal sablonszerűen kezelni, hogy mily nehéz a kellő adag eltalálása s hogy mennyire kell egyéniteni. Kisebbfokú

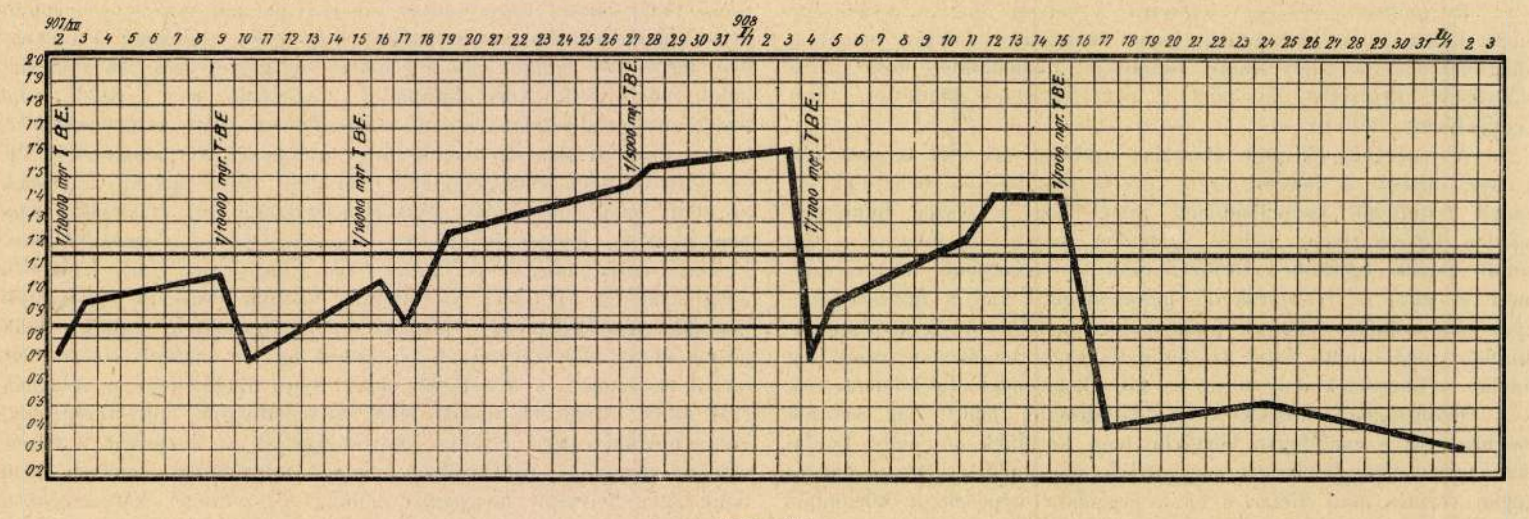
negativ phasist, az opsoninindex kisebbfokú, egy-két óráig, esetleg egy-két napig tartó esését az immunizálás alatt többször észleltem; végzett próbaoltás után. (lásd a III. táblát.) Úgy látszik, hogy noha therapiás kezelésem alatt reactiót nem észleltem és Wright követel-




VI. tábla.




VII. tábla.




VIII. tábla.

erősebb negativ phasist, s e mellett subjectiv rosszullétet csak kétszer láttam s ezt sem az immunizáláskor, hanem tuberculinnal ményeinek megfelelőleg akárhányszor elértem azt, hogy az injectio után másnapra emelkedett opsoninindex értéke 10 napig megmaradt.

mégsem találtam el azt az ideális adagot, melyre Wright szerint kis emelkedés (false rise) jön létre, a mi azonban el is maradhat: utána esés következik, melyet harmadnap ismét emelkedés követ: ehhez csak hasonlót láttam, még pedig azt, hogy az index az első pár órában esett, azután emelkedett, és ezt az értéket pár napig megtartotta.

*d)* Végül abban az irányban tettem kisérleteket, vajjon nyerhetünk-e támpontot arra, hogy a vizsgált betegben bovin vagy human-e a fertőzés, vagy ha kettős, melyik az erősebb. E végből 5 egészséges egyénen 9-szer human és 9-szer bovin emulsioval határoztam meg az opsoninindex értékét. Vizsgálataim azt mutatták, hogy a bovin emulsioval vizsgált opsoninindexek értéke 0·87 és 1·10 között, a human emulsioval vizsgált opsoninindexek értéke pedig 0·89 és 1·12 között ingadozott. Ezek után vizsgálataimat 17 gümőkóros egyénen úgy folytattam, hogy egy és ugyanazon betegen bovin emulsioval, human emulsioval és vegyes emulsioval határoztam meg az opsoninindex értékét. Kisérleteim a következő eredményeket adták: 3 betegben a human emulsioval vizsgált opsoninindex értéke normális volt, a vegyes és bovin emulsioval vizsgált opsoninindex kóros értéket adott; 4 betegben a bovin emulsioval vizsgált opsoninindex értéke normális volt, a vegyes és human emulsioval vizsgált opsoninindex kóros értéket adott. 10 betegben kóros értéket mutatott az opsoninindex akkor is, midőn vegyes, akkor is, midőn human, s akkor is midőn bovin emulsioval dolgoztam; ezen esetek közül a bovin emulsioval vizsgált opsoninindex értéke 7-szer, a human emulsioval vizsgált opsoninindex értéke pedig 3-szor bizonyított erősebb fertőzésre. Ha mindezek mellett tekintetbe veszem még azt is, hogy azon kisérleteimben, a melyekben akár a tuberculin probatorius injectioja után, akár kis adagokra az első félóra mulva vagy másnap a vegyes opsoninindex értéke esett vagy emelkedett, esett vagy emelkedett a bovin vagy human emulsioval vizsgált opsoninindexek értéke is, továbbá azt is, hogy ha a diagnostikai czélból végzett opsoninindexmeghatározáskor a vegyes emulsioval vizsgált opsoninindex értékében eltérést nem találtam, normális értéket mutatott a human s bovin emulsioval vizsgált opsoninindex is: azt kellett volna következtetnem mindebből, hogy a bovin és human emulsioval végzett opsoninindex-meghatározás felvilágositást adhat arról, vajjon kettős, vagy human, illetve bovin fertőzéssel állunk-e szemben.

Ezen következtetésemet állatkisérleteim, a melyeket ugyan még nem fejeztem be, nem igazolják. Hat egyenlő súlyú házinyulat oltottam be intraperitonealiter lemért egyenlő mennyiségü tuberculosistenyészettel és pedig 2-t tisztán human tenyészettel, 2-t tisztán bovin tenyészettel és 2-t vegyes tenyészettel. Oltás előtt ezen a 6 állaton és még 2 controllállaton külön-külön meghatároztam vegyes, human és bovin emulsioval az opsoninindex értékét. Az oltás után pedig hetenként egyszer, összesen ötször vizsgáltam meg az opsoninindex értékét. Tapasztalataim a következők voltak: úgy a bovin, a human, valamint a vegyes emulsioval vizsgált opsoninindexek értékei már az első hét végén nem voltak normálisak; az egész idő alatt a háromféle emulsioval végzett meghatározásaimkor semmiféle összefüggést sem találtam a szerint, hogy bovin, human vagy vegyes anyaggal történt a fertőzés. Az ötödik hét végén a vizsgálat eredménye csak annyiban változott, hogy az egyes állatokon azzal az emulsioval kaptam az opsoninindex legalacsonyabb értékét, a melylyel a fertőzés történt.

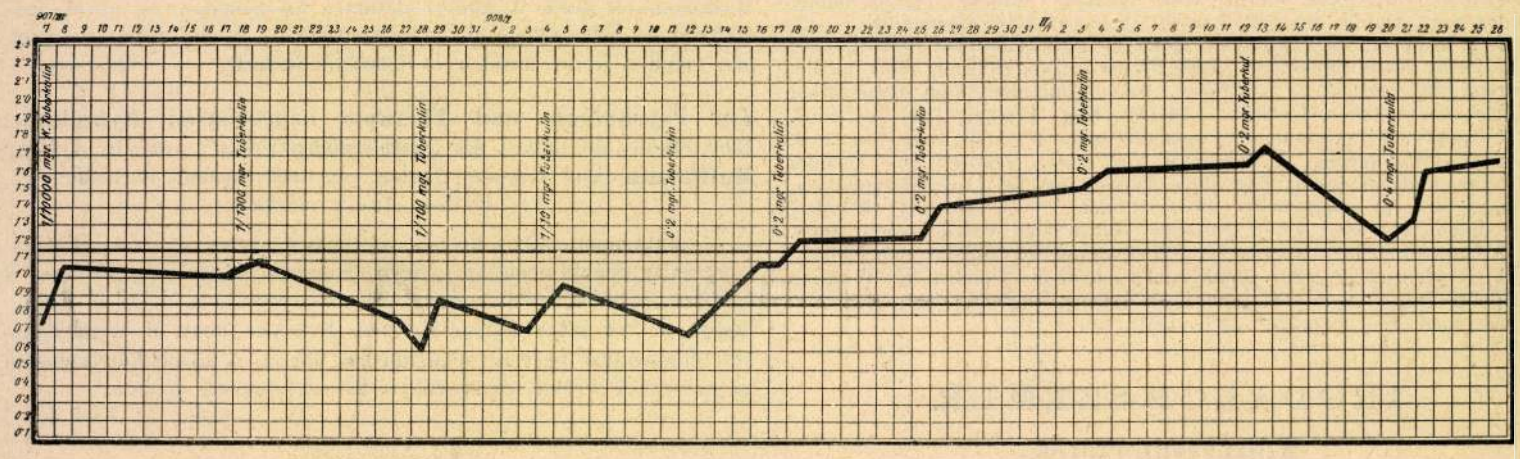
Azon czélból, hogy állatkisérleteim a betegeken elért vizsgálati eredményeket megerősitsék, szükséges lett volna, hogy a csak human anyaggal fertőzött állat csak a human emulsioval, a csak bovin anyaggal fertőzött állat csak a bovin emulsioval, a vegyes anyaggal fertőzött állat pedig úgy a bovin mint a human emulsioval adjon kóros opsoninindexet. Ezt nem tapasztaltam s igy állatkisérleteim nem igazolják, hogy a bovin és human emulsioval külön végzett opsoninmeghatározások eredményéből a fertőzésnek human vagy bovin eredetére következtethetnénk.

Vizsgálataim eredményeit a következőkben foglalom össze:

1. Az egészséges egyének opsoninindexének értéke 0·85 és 1·15 között ingadozik. Egy és ugyanazon egyénen megejtett gyakoribb vizsgálat nem adott állandó, hanem csak a normális határokon belül ingadozó értéket.

2. Ha az opsoninindex értéke 0·85-on alul és 1·15-on felül volt, gümőkórt találtam. Az opsonindex értékének egyszeri meghatározása diagnostice jól értékesithető. Belorvostani eseteimben 86 közül 83-ban, sebészeti eseteimben s lupus vulgaris eseteiben pedig mind a 7-szer bevállt a vizsgálat.

3. A tuberculinos próbaoltásokkal karöltve végzett opsoninindexvizsgálataim azt mutatták, hogy az opsonindex esése — ha a klinikai reactiót jóval meg is előzte — gümőkór jelenlétét bizonyitja. Felvehető vizsgálataim alapján az is, hogy az akár kis, akár




IX. tábla.

nagy adag injectioja után félórára bekövetkező opsoninindexesés szintén gümőkórt jelent.

4. Az opsoninindex értékének nagyságából a bántalom fokára nem következtethetünk, de valószinű, hogy az opsoninindex erős sülyedése rossz prognosist jelent.

5. Haladást jelent az opsoninindex meghatározása a specifikus therapiában is, mert ellenőrzése mellett elkerülhetjük a reactiót s meghatározhatjuk az immunosság fokát. Ha az immunizálás alatt jelentkező opsoninindexemelkedéssel nem is járt együtt minden esetemben a klinikai javulás (ezt a VI. tábla mutatja szépen: noha a bántalom haladt, az opsoninindex értéke folyton emelkedett), kezdődő tüdőgümőkór eseteiben mégis jó eredményeket értem el. Az opsoninindex értékének meghatározása jó támpontul szolgálhat, különösen az előrehaladt lázas esetekben, az iránt, vajjon a megkezdett kezelés a szervezet károsodása nélkül folytatható-e vagy sem; általában ezen ellenőrző eljárás mellett látjuk csak igazán, hogy mily nehéz a specifikus kezelés, mily nehéz a kellő adag megválasztása, mennyi gyakorlat szükséges a kellő egyénitéshez, mily helytelen a gyakori befecskendezés s a gyors emelkedés az adaggal.

6. Állatvizsgálataim nem adnak elég támpontot arra, hogy a human és bovin emulsioval végzett opsoninvizsgálatok alapján felvehető legyen a kettős, vagy a tisztán human, vagy a tisztán bovin fertőzés.

Mindezek után azt hiszem, hogy az opsoninindex meghatározása különösen a tuberculosis diagnosisában *(Bradshaw* és *Glynn)* fontos szereppel bir. Ha nem is tekintem azon nagy előnyt, hogy az opsoninindex egyszeri meghatározásával 97%-ban helyes dia-

gnosist tehetek, már magában az a körülmény, hogy a nagyobb adagú probatorius injectiók, sőt egészen kicsiny injectiók után is másnap (*Fraser*) illetve egy fél óra mulva az opsoninindex értékének esését érjük el, a mi gümőkórra bizonyít, nagyon megkönnyíti a tuberculosis korai felismerését. Ha e mellett tekintetbe veszszük azon előnyöket, melyeket az opsoninindex meghatározása a tuberculosis specifikus therapiájában és a gümőkór prognosisában (*French, Clive Riviere, Rotch, Floyd, Neubürger, Bunch, Balban, Cecil Bosanquet, Bradshaw* és *Glynn*) nyujthat, nem szabad a talán látszólagos, de gyakorlattal könnyen leküzdhető technikai nehézségektől visszariadni.

Végül hálás köszönetet mondok Dieballa Géza és Vas Bernát egyetemi magántanár uraknak a vizsgálati anyag szives átengedéséért.

***Irodalom.*** *Wright, Gruber és Futaki, Leishmann, Denys és Leclef, Weinstein, Bullock, Atkin, Hektoen, Rüdiger, Wright, Dean, Douglas, Davis, Tunnicliff, Knorr, Aujeszky, Pottenger, Potter, Crace Calvert, John Stewart, Peel Ritchie, Meakin Wechler, Clive Riviere, Rotch u. Floyd, Neubürger, Bunch, Balban,* idézve Aujeszky Aladár czikkében „Opsonin és bakteriotrop anyag." Összefoglaló ismertetés. Állatorvosok lapja, 1908. 2—5. szám. — *Bail:* Untersuchungen über Typhus- und Choleraimmunität. Arch. f. Hygien. XII. — *Deutsch* u. *Feistmantel:* Die Impfstoffe und Sera. Leipzig. Georg Thieme. 1903. 20. l. — *Neufeld* u. *Rimpau:* Über die Antikörper des Streptokokken- und Pneumokokken-Immunserum. (Deutsch. med. Wochenschrift, 1904. 40. sz. — *Sauerbeck:* Neue Tatsachen und Theorien in der Immunitätsforschung, (Lubarsch-Ostertag, XI. Jahrg. T. Abt. 1906.) — *Joest:* Über Opsonine. Sammelreferat. Zeitschrift für Infektionskrankheiten und Hygiene der Hausthiere. II. k. 1908. — *Bradshaw* és *Glynn:* A vér opsoninjai. Liverpool Medic.-chirurgical Journal. 1906, julius. — *Brooke:* Az opsoninok kérdéséhez. Dublin Journal of medic. Science, 1906 szeptember. — *C. Fyshe:* Az opsoninok kérdéséhez. Montreal medical Journal, 1906 október. — *French:* Az opsoninok és értékesítésük a gyógyitásban. Brit. medic. Journal 1907 február 2. — *Fraser:* Az opsonin-index mint diagnostikai segédeszköz a tuberculosisban. Glasgow Med. Journal, 1907 márczius. — *Campbell:* Az opsonin-index meghatározása a gümőkórban. Brit. med. Journal, 1907 április. — *René Bine* und *Henry Lissner:* Die Technik der Opsoninbestimmung und ihre Anwendung bei Lungentuberculose. Münch. med. Wochenschrift, 1907. 51. szám. — *A. Strubell:* Beiträge zur Immunitätslehre: Über Opsonine. Münch. med. Wochenschrift, 1908. — *Kämmerer:* Über Opsonine und Phagocytose im Allgemeinen. Münch. med. Wochenschrift, 1907. 1916. lap. — *Löhlein:* Über A. E. Wright's Opsonine und seine therapeutische Bestrebungen bei Infektionskrankheiten. Münch. med. Wochenschrift, 1907. 1470. lap.

# IRODALOM-SZEMLE.

## Könyvismertetés.

**Burkhardt-Polano: Die Untersuchungsmethoden und Erkrankungen der männlichen und weiblichen Harnorgane für Aerzte und Studierende in XVII Vorlesungen.** 105 rajzzal és 3 színes táblával. Wiesbaden. J. F. Bergmann kiadása. 1908. Ára 10 márka.

370 oldalon, 17 előadás keretében a szerzők, kik a würzburgi sebészeti illetve nőorvostani klinika assistensei, vonzó stilussal, világos nyelvezettel tárják elénk a férfi és női húgyszervek megbetegedéseit, vizsgálati methodusait. Czéljuk a tanulónak és a gyakorlóorvosnak első sorban áttekintést nyujtani az urologiai diagnostikáról, therapiáról: kitünően tájékoztatnak a kryoskopia, ureter-katheterezés technikájáról és józan megfigyeléssel itélik meg azok értékét. Polemia e műben nincs, tankönyvben szivesen is nélkülözzük ezt. Oly ügyes modorban iródott a könyv, hogy urologiai-sebészeti előadásokra vezérfonalul is szolgálhat. A rajzok, a cystoskopiás képek igen jól sikerültek; a könyv ára a remek kiállításhoz mérve alacsony, mind oly tényező, a mely a mű elterjedését csak elősegítheti. Ajánljuk e könyvet nemcsak a szakorvosnak, hanem az általános gyakorlattal foglalkozó orvosnak is, mert a gyakorlat terén hűséges segítőtársára talál benne. *Steiner Pál* dr.

**Die Praxis der Hautkrankheiten. Unna's Lehren. Für Studierende und Ärzte.** Zusammengestellt und dargestellt von Ivan Bloch, Berlin. Mit einem Vorwort von P. G. Unna in Hamburg. Mit 92 Abbildungen. Urban u. Schwarzenberg. 1908. (Ára 21 kor. 60 f.)

A szerző, a kinek mint orvostörténésznek és syphiliskutatónak is jó neve van, jelen művében igen szorgalmas, de kevésbé hálaadatos munkát végzett. Összehordta mindazon adatokat és nézeteket, melyeket *Unna* évek során át felkutatott, illetőleg hirdetett. A szerző, mint *Unna*-nak lelkes és buzgó tanítványa, mindezeket a tanokat vastag kötet alakjában összefoglalta s igy tulajdonképen terjedelmes kurzusjegyzetet teremtett. Ez által a szerző jóformán csak szócsöve mesterének, a mi tudományos szempontból sohasem lehet hálás működés. Azáltal, hogy *Unna* tanait úgyszólván válogatás nélkül foglalta össze, belevette a könyvébe mindazon tévedéseket is, a melyekbe e nagyszorgalmú és nagyeszű hamburgi orvos az évtizedek folyamán esett. Természetes azonban, hogy ezen általános kifogások nem vonatkozhatnak a munka használhatóságára, sőt mondhatjuk, hogy kevés oly dermatologiai könyvet találunk, melyben az orvosi alaptudományok: a biologia, anatomia, élettan és pathologia annyira szolgálatába állanának az orvosi működés végczéljának, a therapiának, mint épen *Bloch*-nak e művében. Hiszen ismeretes, hogy *Unna* tudományos működésének nagy része a pathohistologián kivül a therapiára irányult. E téren voltak és lesznek legnagyobb sikerei. Az egész mű 21 fejezetre oszlik. Ezek közül az első kilencz az általános dermatologiát tárgyalja. Legnagyobb szerepe jut e helyen az általános therapiának, melynek minden tényezője, módszere és apró fogása részletesen, jól érthetően van ismertetve. Kétségtelen, hogy ezek a therapiás fejezetek a legértékesebb részei a könyvnek. A többi fejezetben a szerző az egyes dermatologiai kórformák leirását adja, de itt is mindenben a gyakorlat igényeit, főleg a therapia részletezését tartja szem előtt. A Finsen-, Röntgen- és radiumtherapia külön részben, függelékképen van a könyvhöz csatolva; ügyes, rövid leirásuk *Wichmann*-tól ered. A könyv kiállítása kifogástalan, az ábrák legnagyobb részben világosak, jól szemléltetők, közlésük ezért nagyban emeli a könyv értékét és használhatóságát. *Guszman.*

**Zur Psychologie und Therapie neurotischer Symptome.** Eine Studie auf Grund der Neurosenlehre Freud's von Dr. **Arthur Muthmann** (Bad Passau). Verlag von Carl Marhold in Halle a S. 115 lap. Ára 2 márka.

Muthmann lelkes hive a psychoanalysisnek és azt gondolja, hogy ez az eljárás nemcsak gyógyit, hanem az ideges beteget meg is védi az újabb kóros tünetektől. Természetes tehát, hogy a sexualitásnak bő tér jut a fejtegetésekben. Érdekes, hogy M. a felvilágositó fanatizmust perverz sexualitásnak tartja. A közölt kórtörténetek megegyeznek Freud leirásaival, a következtetések szintén.

*Kollarits Jenő* dr.

## Lapszemle.

### Gyógyszertan.

**A tannyl** nevű új béladstringenst Salkowski állitotta elő. Vizben nem oldódó, meglehetősen közömbös izű, szürkésbarna por. Előnye más tanninkészitményekkel szemben, hogy a gyomornedvben sokkal kevésbé oldódik s hogy oxychlorcaseintartalma miatt antisepsises hatása is van. Minthogy körülbelül 8%-a a bélsárral bomlatlanul ürül ki, a bél legalsó szakaszaira is elég erős összehúzó hatást fejthet ki. *Umber* tanár 42 kórházi betegen próbálta ki a tannyl hatását. Mindenekelőtt nagyon jó hatásúnak bizonyult a gümőkóros hasmenés ellen; több esete volt a szerzőnek, a melyben a tannalbin, bismut és mészviz hatástalan maradt, a tannyl pedig meghozta az eredményt. Heveny gyomor-bélhurut eseteiben mindig megvolt a hatás. Idült bélhurut és achylia gastrica okozta hasmenés eseteiben szintén jó eredményt látott a szerző. Ugyanezt tapasztalta colitis ulcerosa néhány esetében. Az adag 1—3 gramm 3-szor naponként az étkezések előtt porban vagy mucilago salep-ben illetve zabnyálkában; addig kell használni, mig a bélürülés rendessé vált. (Therapie der Gegenwart, 1908. 3. f.)

**Rhachisan** elnevezéssel *Lungwitz* csukamájolajat és phosphort tartalmazó emulsiót készitett, a melynek összetétele a következő: csukamájolaj 30%; csukamájolajból szappanositással előállitott szabad zsirsavak 1%; szabad zsirsavakhoz kötött jod 0·1%; lecithin 0·8%; nucleinok 1·75%; ovovitellinhez kötött vas 0·3%; mannit 12%; glycerin 5%; alkohol 5%; párolt viz ad 100. A phosphortartalom ebben az emulsioban, a melyet a gyermekek állitólag szivesen vesznek, 0·05%-ot tesz. Az adag naponként 3-szor 10 gm. A rhachitis eseteiben ezen szerrel eddig elért eredmények állitólag jók. (Therapie der Gegenwart, 1908. 3. füzet.)

## Belorvostan.

**A vegyes fertőzésről a hastyphusban** ir *Port*. Négy saját esete és az irodalomből összegyüjtött 38 eset alapján azt állitja, hogy a hastyphusban a vegyes fertőzés nem olyan ritka, mint a hogyan sokan gondolják, és hogy a másodlagos fertőzések elég sokszor játszanak aetiologiai szerepet abban, hogy a hastyphus lefolyása annyira változó úgy a súlyossága, mint a tartama tekintetében. A vegyes fertőzésre a súlyos agytünetek, a sárgaság, a rázóhideg, a hyperleukocytosis, az endocarditis, a vérzések irányitják a figyelmet; a biztos kórjelzés azonban csak a bakteriologiai vizsgálat alapján lehetséges, a mennyiben néha a typhusbacillus egymaga is tud sepsistüneteket és genyedést okozni. A másodlagos fertőzést okozó anyagnak bejutási helye csak ritkán a bélfekély. Régi billentyűbajokban szenvedők, ha typhusba esnek, annak a veszélynek vannak kitéve, hogy a lefolytnak vélt endocardiumos folyamat megújul és általános vegyes fertőzés támad. A szerzőnek valamennyi esetében nagyon feltünő volt az incongruentia a kórkép súlyossága és a bélfekélyek száma, valamint nagysága között. A vegyes fertőzésnek bakteriologiai vizsgálata alkalmával nem szabad arra a vizsgáló módra szoritkozni, a melyet a typhusbacillusok kimutatására a vérben ezidőszerint széltében használnak, tudniilik a Conradi-Kayser-féle epemódszerre. Az epe ugyanis oldja a diplococcus lanceolatust és a streptococcus mucosust, s a többi streptococcust, valamint a staphylococcusokat is tetemesen megkárositja a fejlődésükben, az epemódszernek egyedül való igénybevétele esetén tehát ezek a mikrobák könnyen elkerülhetik a figyelmet. A vegyes fertőzés felismerése a typhusban a prognosis szempontjából nagyon fontos, a mennyiben az eddig észlelt vegyes fertőzésesetek a hastyphusban mind halálosan végződtek. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908. 13. szám.)

**Praecordialis frigotherapiának** nevezik *Deléarde* és *Dubois* azt az eljárást, a melylyel lázban a hőmérséket csökkentik a szív tájékára helyezett jégtömlő segitségével. Ezzel az eljárással — a mely egyébként nem új, maguk a szerzők is emlitik, hogy Gendrin már 1840-ben ajánlotta — helyettesiteni akarják a több rendbeli kényelmetlenséggel egybekötött hideg fürösztést; felveszik, hogy a szív tájékára helyezett jégtömlő lehütvén a szív vérét, alacsonyabb hőmérsékü vér fog keringeni a testben s igy a test hőmérséke csökkenni fog. Nagyobb számú betegen tettek ez irányban kisérletet s feltevésük beigazolódott. Igaz ugyan, hogy a hőcsökkentő hatás sokszor csak 12—15 óra mulva áll be, s hogy talán nem is olyan nagyfokú, mint a hideg fürésztés után beálló; ezzel szemben azonban megvan az a nagy előny, hogy tartós hatást lehet vele elérni, s hogy véleményünk szerint a szívre közvetlen is kedvező hatású a jégtömlő. (Echo méd. du Nord, 1908 február 16. Ref. La sémaine médicale, 1908. 11. szám.)

**Saponin-belégzés a felső légutak bajaiban.** *Zickgraf* ezelőtt 2 évvel a quillaja-főzetet ajánlotta a felső légutak betegségeiben öblités alakjában. A quillaja-főzet azonban nagyon könnyen bomlik, azután meg készitésekor a saponin mellett egyéb anyagok, főleg oxalsav, is jutnak belé, s az adagolás sem lehet pontos a drógnak és az elkészitésmódnak változósága miatt. Ezért a szerző újabban a saponinum depuratumot használja, még pedig belégzés alakjában; könnyebb esetekben 1%-os oldatot, súlyosabb esetekben 2%-os oldatot használ s naponként 1—2-szer inhaláltat 3—5 perczig. Ozaena könnyebb eseteiben rövid idő alatt tartós gyógyulást ért el ezzel az eljárással s a súlyosabb esetekben is sokkal nagyobb és gyorsabb volt a javulás, mint más eljárások használata után. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 9. szám.)

## Sebészet.

**Adjunk-e ricinusolajat az appendicitises roham kezdetén?** Ezt a gyakorlatilag nagyfontosságú kérdést *Sonnenburg*-nak a „Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins“ czimü egyesületben tartott előadása tette aktuálissá. Tudjuk, hogy a régibb időkben előszeretettel kezelték az appendicitist hashajtókkal, részben symptomásan akarván hatni a bélobstructio ellen, részben a „typhlitis stenosalis“-ról szóló nézetek uralkodása idején a gyuladás okául felvett bélsároszlop eltüntetésére. Ezzel szemben akkor, midőn a kórfolyamatnak az appendixből kiinduló gyuladásos természetét felismerték, az opiumkúra jött divatba. Igy óhajtották a belet a gyuladás idején nyugalomba helyezni, mig a modern irányzat ettől is elállott, a mennyiben az opium okozta bélbénulást s azt a csalékony javulást, mely az opiumnak mint fájdalomcsillapitónak alkalmazása után beállani szokott, nem tartotta kivánatosnak.

A mai sebészi irányzat biztosan felismert appendicitis eseteiben egyáltalán ellensége minden temporizáló belorvostani kezelésnek, s különösen addig, a meddig remélhető, hogy a folyamat endoappendiculáris, tehát a roham első 2 × 24 órájában, minden heveny esetet azonnal megoperál, ily módon törekedve arra, hogy a fertőzés tovaterjedését az appendixből megakadályozza. Különösen Németországban, Franeziaországban és Amerikában ez most az uralkodó álláspont. Ezen elv kivitelének, ha az eseteknek nagyobb számában a legjobb eredményeket biztositja is, kétségtelenül megvannak a maga hátrányai, első sorban az, hogy sok oly appendicitist operálnak, mely műtét nélkül is meggyógyult volna és nem egyszer a megfigyelés idejének elégtelensége hibás diagnosisra vezet és a korai műtét alkalmával ép appendixet távolitanak el.

Azért mindenesetre kivánatos volna, ha a súlyos és könnyű fertőzéseket diagnostice el tudnók különiteni s ha, a mint *Sonnenburg* mondja, korai anatomiai diagnosisokat tudnánk tenni. Ez azonban igen nehéz és a legtapasztaltabbak is tévednek. *Sonnenburg* a leukocytaszámlálást és a leukocytagörbének az érverés- és hőmérsékgörbéhez való viszonyát tartja a korai diagnosis és prognosis tekintetében megbizható jelnek. Egy további ex juvantibus való kórjelző segédeszköz volna *Sonnenburg* szerint az enteritis-szel szemben, mely szintén járhat nyomásérzékenységgel az appendixtájon, a ricinus adagolása. Ha a ricinussal létrehozott bélkiürülés nem szünteti meg azonnal az összes helyi és általános tüneteket, azonnali műtét van helyén. Azért a ricinustherapia *Sonnenburg* szerint is csak kórházban használható, vagy a hol megvan a mód a ricinusadagolás sikertelensége esetén az azonnali operálásra.

Súlyos esetekben egyáltalán nem szabad ricinust adni s csak oly esetekben lehet vele kisérletet tenni, a melyekben a helyi tünetek a leukocytosissal, az érveréssel és a hőmérséklettel egybevetve az esetet könnyűnek jelzik, tehát olyan esetekben, a melyek klinice az appendicitis simplex catarrhalis képét nyujtják. Az első 48 órában Sonnenburg osztályára beszállitott esetek közül 51-et kezeltek ricinussal, ebből 49 gyógyult, 2 műtétre került és szintén gyógyult; a második napon túl beszállitott s ricinussal orvosolt 60 eset közül csak 2-ben vált a műtét szükségessé, a többi a nélkül gyógyult. A műtét elhalasztásának a 4 utólag operált esetben sem látta semmi kárát, mert a betegek meggyógyultak. Ez mindenesetre bizonyitéka annak, hogy a ricinuskezelésre alkalmas esetek jól lettek megválogatva és igen könnyü esetekben (átlagos pulsus 92, hőmérsék 37·5, leukocytaszám 15,000) próbálkoztak meg vele. Kiemelendő még ezzel kapcsolatban *Sonnenburg* azon adata is, hogy osztályán a korai operálások száma az újabb időben megháromszorozódott és az 1907-ben az első napokban beszállitott 128 heveny eset közül 56-ot (44%) azonnal megoperált. Közülük meghalt 4, mig az exspectative kezelt 72 esetből egy sem végződött halálosan.

Ezen szép sikerek ellenére, melyeket Sonnenburg a javalatnak helyes felállitásával elért, *Körte*, *Rotter*, *Karewski* igen erélyesen elitéli a ricinus adagolását a heveny appendicitisben.

*Körte* veszélyesnek tartja a hashajtó adagolását már csak azért is, mert a féregnyúlványban is összehúzódásokat vált ki s esetleg arra vezet, hogy megpukkad és fertőző tartalma a hasűrbe ömlik, az esetleg már a hasűrbe jutott fertőző anyag pedig szétkenődik a beleknek fokozott mozgása által. Nagy gyakorlatában azt tapasztalta, hogy a legsúlyosabb esetek azok voltak, a melyekben a roham kezdetén hashajtót adtak s hogy a rosszabbodás mindig közvetlenül a hashajtó bevétele után állott elő. 222 acut esetéből 9 kapott behozatala előtt hashajtót (8 ricinust, 1 calomelt), mind a 9-ben eves peritonitis volt és 4 a műtét ellenére meghalt. A Sonnenburg-féle appendicitis simplex eseteket — a melyekben mérsékelt fájdalmak vannak a jobb oldalon izomcontractura és peritoneális izgalom nélkül — ő sem operálja, de ezek hashajtó nélkül is, nyugalomra, borogatásokra meggyógyulnak. Azonfelül vannak betegek, a kiknek bélkólikáik vannak, a nélkül, hogy az appendix beteg volna; ezen pseudoappendicitis-esetekben sem tagadja a ricinusnak esetleges jó hatását. Azt, hogy a ricinust diagnostikai eszköznek használjuk, a mint *Sonnenburg* ajánlja, *Körte* kétélű fegyver-

nek tartja, a mely az enyhe esetekben gyógyulást, a súlyosakban tetemes rosszabbodást hozhat és ha kórházban az operatiora való kellő előkészület mellett a ricinus adagolása kár nélkül folyhat is le, a magánlakásban való ilyen kezelés igen súlyos szövődményekre vezethet.

A korai operatio legfőbb inditó okát Körte is abban látja, hogy a beteg féregnyúlvány és a peritoneum állapotára a klinikai tünetekből kellő biztossággal következtetni nem lehet. Megtörténhetik, hogy a műtét alkalmával kevesebb elváltozást találunk a féregnyúlványon, mint vártuk, tapasztalatai szerint azonban az eseteknek nagyobb részében fordítva áll a dolog: a viszonyok sokkal rosszabbak, mint a milyennek a klinikai jelenségek alapján feltételeztük. Tudjuk, hogy a korai operálás alkalmával oly esetekben is operálunk, melyek minden műtét nélkül is meggyógyultak volna — persze a recidivára való kilátással —, de a technika mai állása mellett ezeknek nem ártunk; míg oly esetekben, a melyekben súlyos az appendix elváltozása, a beteget kiszámithatatlan veszélyektől mentjük meg az operatioval. Azért az az álláspontja, hogy könnyű esetekben, csekély helyi és hiányzó általános tünetek fennállása esetén várjunk a műtéttel, de gondosan figyeljük meg a beteget. Ha előbb már volt egy vagy több roham, operáljunk azonnal. Heves spontan és nyomási fájdalmakkal, érverés-szaporodással és hőemelkedéssel járó esetekben pedig operáljunk lehetőleg azonnal.

*Rotter* fejtegetései is abban csúcsosodnak ki, hogy magát az appendixben levő lobfolyamatot a ricinus nem befolyásolhatja kedvezően, legfeljebb talán csak egyes nagyon könnyű esetekben, ellenben az appendixből kijutott fertőző anyagot szétkenheti az egész hasüregben és megszakithatja a lobos gócz körül levő finom összenövéseket, különösen az appendicitis kezdeti szakában, míg 6—7 nappal a roham kezdete után ezen összenövések elég erősek, hogy a peristaltikának ellenálljanak. Ezek szerint csak appendicitis simplex esetében jogosult ricinust adni, appendicitis destructiva esetében ellenben nagyon veszedelmes. A ricinusadagolást tehát csak akkor lehetne kivánatosnak tekinteni, ha az appendicitiseknek ezen két csoportja közt éles diagnostikai különbséget tudnánk tenni, ez azonban a korai operálások alkalmával szerzett tapasztalatai szerint az eseteknek elég nagy számában egyáltalán nem lehetséges, a könnyűnek tartott esetek $^1/_3$—$^1/_4$-e a korai műtét alkalmával súlyos kórbonczolástani elváltozásokat tüntet fel. A mint az eset súlyosságának a fokát, úgy a betegség tartamát is nehéz megitélni, a mennyiben az esetek 20%-a egészen határozatlan tüneteket mutató bevezető szakkal kezdődik, úgy hogy nem lehet megmondani, minő óvrendszabályokkal lehet a ricinusadagolás netáni káros hatását elkerülni. Ezért a ricinust, a mely legfeljebb subjectiv megkönnyebbülést okoz, de a kórfolyamatot magát csak kedvezőtlenül befolyásolhatja, elveti. Annál is inkább, mert az appendicitis-kérdés legszembeötlőbb diadalának a korai operálást tartja, mely a halálozást 10—17%-ról 2—3%-ra szállította le, a mit a ricinus-kérdés körüli vitában sem szabad szem elől téveszteni.

*Karewski* arra utal, hogy a ricinuskezelés veszedelmes a gyakorlóorvos kezében, a kinek nincs módjában, hogy a ricinus okozta szövődményeket tüstént végzett műtéttel jóvátegye. A lefolyt évben 3 perforatiós peritonitist operált, melyek ricinuskezeléssel „kupirozott“ vakbélgyuladásos rohamok folyamán jöttek létre. (Die Therapie der Gegenwart, 1908. 49—55. l.)

*Rosenheim* (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 454. lap) is kikel a Sonnenburg-féle ricinuskezelés ellen: szerinte még mindig sok beteg hal meg a rossz időben adott hashajtó miatt. A Sonnenburg-féle eljárásnak igen csekély diagnostikai értéket tulajdonit s e mellett fennáll a veszedelem, hogy az egyébként enyhe rohamot súlyossá alakitja át s oly kárt okozhat, a melyet talán az azonnali műtéttel sem lehet jóvá tenni. A mi a ricinusnak gyógyitó hasznát illeti, szerinte *Sonnenburg* esetei csak azt bizonyitják, hogy appendicitis simplex eseteiben a ricinus többnyire kár nélkül elviseltetik; talán ezen eleve kedvező esetekben némi haszonnal is járhat, de bizonyos, hogy más esetekben határozottan káros lehet s ez jogosulttá teszi az eljárással szemben az aggodalmat. Neki is az a tapasztalata, hogy a súlyos, illetve halálos lefolyású appendicitisek olyanok, a melyeket kezdetben hashajtókkal kezeltek és a melyekben a kedvezőtlen fordulat ezen hashajtók adagolására állott be. Azért még oly bajokban is, a melyek appendicitissel összetéveszthetők, mint pl. nephrolithiasis, acut enteritis görcsökkel, kerüli a hashajtókat, mert ilyen esetekben is a hashajtó felesleges vagy legalább nincs semmi kényszerítő indicatioja a laxans adagolásának, legfeljebb olajos és utóbb vizes beöntéseket adat. Belorvos létére is hive a korai operálásnak minden súlyosabb esetben, különösen ha gyermekekről és fiatal egyénekről van szó. A belorvos oly módon járulhat hozzá az appendicitis halálozásának leszállításához, ha appendicitisre gyanús, homályos esetekben lehetőleg tartózkodik a hashajtók adagolásától.

Az ismertetett közleményekből látjuk, hogy a ricinus veszedelmes orvossága az appendicitisnek. Maga *Sonnenburg* is beismeri ezt, midőn hangsúlyozza, hogy csak határozottan könnyű esetekben és csak kórházban, a hol minden készen van a műtétre, szabad a ricinust appendicitises betegeknek adni.

*Sonnenburg* szép eredményei nem szabad, hogy különösen a gyakorlóorvost utánzásra csábitsák, mert nem lehet olyan tapasztalata, olyan gyakorlottsága a nehéz és könnyű esetek elkülönitésében, mint a minő egy sok év óta főképen ezen kérdéssel foglalkozó sebésznek; s nem szabad szem elől téveszteni, hogy még az ilyen is tévedhet az eset súlyosságának megitélésében, a mint erre *Körte* és *Rotter* közlései igen meggyőzően utalnak.

*Pólya* dr.

## Szülészet és nőorvostan.

**A felsőrajnai szülészek és gynaekologusok társaságának** október 10.-én Baden-Badenban megtartott ülésén az első felszólaló *Herff* volt, a ki bejelentette, hogy 322 „adnex-megbetegedés“ esetében 61 izben (23%) operált. Az operáltaknak $^1/_5$ része (13) meghalt. A meghaltak közül 5 esetben a betegség tuberculosisos eredetű volt. Az összes megbetegedések közül 41 volt gümőkóros eredetű és közülük 28 esetben kellett operálni. A vaginális műtétek közül 1, a 46 abdominális műtét közül 12 volt halálos. A felszólaló az operatiókat veszélyesnek tartja és csak a legvégsőbb esetben, ha már az összes gyógymódokat kipróbálta, operál.

*Rosthorn* (Heidelberg) szerint az eseteknek legnagyobb részében czélt érünk a konzervativ gyógyitó eljárásokkal, melyek az utóbbi időben igen megszaporodtak. Minden egyes esetet sokáig kell észlelni és konzervative kezelni, mielőtt véglegesen határozunk. De a gyógyitó eljárás végleges megszabásakor nemcsak a daganat nagysága, fájdalmassága, tartalmának mineműsége és fertőző természete, hanem szegényebb sorsú betegeknél a sociális momentumok, a munkaképességnek mielőbbi visszaszerzése is fontos szerepet játszanak, mert sokszor látni, hogy konzervativ kezelés után (a mely hónapokig, sőt évekig is folyamatban volt) a betegek súlyos recidivával jönnek vissza. A felszólaló szerint sokkal jobb per laparotomiam operálni, csak, ha fennálló magas lázak mellett gyanú van, hogy a geny még virulens és a daganat polusa alulról, a hüvelyen át elérhető, végez vaginális bemetszést. A hasfalon át való operálás csak akkor jár veszedelemmel, ha a daganat tokja megreped és virulens, streptococcusos, genyes tartalma a hasba ömlik, vagy ha a daganattal összenőtt szervek (bél, hólyag, ureter) megsérül. Kocsányexsudatum elkerülése végett a méhet kiirtja és nagyobb, súlyosabb operatiók után drainez.

*Krönig* (Freiburg) szerint a gonorrhoeás adnexmegbetegedéseknek heveny vagy félheveny szakában az operatio ellenjavalt.

*Sellheim* (Tübingen) a genyes adnexumok abdominális kiirtásakor a hasüreget és hashártyát konyhasóoldattal átitatott compressorok alkalmazásával zárta el és igy sikerült őket megóvni a fertőzéstől. Hogy az asszonyok nemi életéből is valami megmaradjon, az operatio alkalmával egy kis ovarium-méh (illetve méhnyálkahártya-) részletet visszahagy. A visszamaradt méhrészletet a hólyag peritoneumával varrta be. Három ilyen eseten az operatio után kisfokú menstruatio jelentkezett.

*Hegar* szerint fontos arra is gondolni, hogy a tubazsák igen gyakran a belekkel is össze van kapaszkodva és a daganat genyes tartalma, ha nem is volt virulens, bact. colinak, valamint más bakteriumoknak a bélből átvándorlása folytán fertőzővé, virulenssé válhatik. Gyakran olyanok a tünetek, hogy colitisre vagy pericolitisre gondolhat az orvos és ennek megfelelően irányitja a kezelést. A végzett operatiók prognosisa nem kedvező és igy a veszedelmes operatiót, hacsak lehetséges, a hasfalon vagy a hüvelyen át való bemetszéssel kell pótolni. A hasfalon át való operatiókban a méhet és a petefészket mindig megtartja.

*Fehling* szerint Herff tanár halálozási százaléka azért rosszabb, mert a gümőkóros folyamatokat is beleszámitja. Krönniggel szemben megjegyzi, hogy streptococcus okozta és láztól kisért esetekben az operatio nem annyira veszedelmes, mint a milyennek Krönig gondolja; 3 ilyen esete gyógyult. (Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie, XII. kötet, III. füzet.) *Nádosy* dr.

## Bőrkórtan.

**A bélbeli eredésü bőrbajok therapiájáról** ir *S. Ehrmann*. Ismeretes, hogy vannak bőrelváltozások, melyeknek keletkezéséről régen tudjuk, hogy a bélből származó bizonyos anyagoknak a bőrbe jutása folytán jönnek létre. Ilyenek például a copaivabalzsam vagy chinin okozta kiütések. Az összefüggés e kiütések alkalmával azért világos, mert az ok és okozat időbelileg igen közel áll egymáshoz. Valamivel nehezebb az összefüggést akkor megállapitani, ha a szervezetbe bevitt szer csak jóval később fejt ki a bőrben elváltozást (például arsenes hyperkeratosisok). Igazi nehézségekbe ütközik azonban azon bőrbajok aetiologiájának a megálllapitása, a melyek keletkezésében nem gyógyanyagoknak a szervezetbe való bevezetése, hanem például a bélrendszerben keletkezett folyamatok és azoknak termékei sszerepelnek. Gyomor- és bélhurutok, bélatoniák, bélbeli fekélyes folyamatok mindannyian olyan bántalmak, melyek bizonyos bőrbajok létrejövetelére befolyhatnak. A szerző ez alkalommal főleg a scrotumnak és a végbél körül levő bőrnek idült eczemáit, továbbá az úgynevezett neurodermitis chronica (seu lichen chron. circumscriptus) eseteit tárgyalja, melyeket csaknem a legtöbb esetben bélbeli folyamatok eredményének tart. Tapasztalása szerint e bőrbajok intestinális okát legjobban az bizonyitja, hogy majdnem minden esetben sikerül valamilyen bélzavart kimutatni, a melynek észszerű kezelésével a beteg eczemája, pruritusa vagy neurodermiája is hamarosan meggyógyul. A helyi kezelés azon esetekben, melyekben a bőrbaj már régebben fennáll s igy az objectiv elváltozások már jelentékenyek, nem nélkülözhető. Bizonyos azonban a szerző szerint, hogy ily belső okokból eredő bőrbántalmak egyedül helybeli kezelésre, belső gyógyitás nélkül nem gyógyulnak meg. Szükséges ezért a megállapitott gyomor- vagy bélzavart a szükséghez mérten kezelés alá venni. A diaetán, villanyozáson, mechanikai eljárásokon és bélantisepticumokon kivül első sorban a hashajtó szerek azok, melyek ilyenkor fontos szerepet visznek. A szerző a hashajtás czéljából újabban a „*mycodermin*“ nevű élesztős készitményt alkalmazta betegein, mely oly eljárással készül, hogy chemiai activitását megtartja. Helybeli dermatologiai kezelésen kivül belsőleg e szert 14 esetben adta, s valamennyiben a hatás igen jónak bizonyult. A rendes napi adagja a mycoderminnek 3 kávéskanálnyi volt, tejben vagy levesben. Az élesztő jó hatásának már sok magyarázatát adták, de ezek túlnyomóan csak hypothesisek. Az egyedüli tény az, hogy az élesztőnek belső szedése naponkénti többszörös, könnyű széket létesit, a mi a szóban forgó esetekben igen gyakran kivánatos. (Österreichische Ärzte-Zeitung, IV. évfolyam, 8—9. szám.) *Guszman.*

**Erythrodermia desquamativa** elnevezéssel ir le *C. Leiner* egy általános bőrbántalmat, mely emlőn táplált csecsemőket támad meg. A kórképet az jellemzi, hogy az egész bőrön erős erythema, vörös elszinesedés támad, a mely csakhamar hámlásra vezet. Exsudativ folyamatok nem észlelhetők. Úgy a szövettani, mint a klinikai adatok arra vallanak, hogy bakteriumok nem játszanak szerepet a bántalom aetiologiájában. A gyér számmal található normális bőrsaprophyták csakis a szarúréteg legfelületesebb részében foglalnak helyet. Exogen úton bakteriumok nem létesithetik e bőrbajt. Bakteriumos endogen fertőzés felvételére sincs semmiféle adat.

Az egész kórkép elejétől végig azt látszik bizonyitani, hogy idiopathiás bőrbetegség, melyet legvalószinübben autotoxikus erythemának lehet felfogni. Nézeteit a bántalomról a szerző a következőkben foglalja össze: Az erythrodermia desquamativa sajátságos általános bőrbántalom, mely az egész köztakarónak kisfokú gyuladásában, az epidermisnek desquamatiojában és seborrhoea capitisben nyilvánul. A bőrbaj igazi csecsemődermatosis, mely azért bir különös érdekkel, mert csaknem kivétel nélkül emlőn táplált csecsemőkön támad, a kiknek nem csekély része a betegségnek áldozatul esik. A bántalom aetiologiája nem állapitható még egészen biztosan, valószinü azonban, hogy autotoxikus erythema, mely a gyermekek bélzavaraival hozható összefüggésbe. A betegség teljesen külön választandó a Ritter-féle dermatitis exfoliativától. (Archiv f. Dermatologie und Syphilis, 89. kötet, 1—2. füzet.) *Guszman.*

## Fizikai gyógyitásmódok.

**A klimakteriumos zavarok kezelésére** *Zweig* vizalkalmazásokat ajánl, annál is inkább, mivel orvossággal keveset tehetünk ellenük. Csakis enyhe alkalmazásokat tanácsol, tehát nem találja czélszerűnek a hideg vagy túlmeleg vizet vagy zuhanyozást. A legjobb eredményt akkor látta, ha a bőrt előbb pl. száraz pólyában vagy enyhe villamos fényfürdőben kissé felmelegitette és a beteget ezután, hogy bőrreactiót idézzen elő, langyos vagy hűvös vizzel lemosatta. Ezt hetenként 2—3-szor végezteti, még pedig a nappali órákban. A közbeeső napokon némely esetben állott vizben rövid ideig tartó lábfürdőt is vétet. Olyannak, kinek lábai nehezen reagálnak, azt tanácsolja, hogy a lábfürdőt sós vizzel készitse. A reactio fokozására a fürdő után a lábakat melegen kell tartani. (Deutsche med. Woch., 1907. 11. sz.) *Lenkei V. D.* dr.

**A levegővel való massage-t mint enyhe és mégis hatásos eljárást** ajánlja *Klapp*. Ventilatorral felszerelt készüléket szerkesztett, a melyből vékony cső közvetitésével erősebb vagy gyengébb légáramot lehet a testre juttatni. A levegő vagy hideg, vagy felmelegitett; alkalmas átkapcsolással a hideg a meleggel felváltva is alkalmazható és az áramlás gyors meg-megszakitásával vibráló hatás is kifejthető. Ezen módon a nélkül, hogy a bőrt súrolnók, enyhe és nem kellemetlen módon továbbhaladó nyomást lehet a bőrre gyakorolni és ezt hőingerekkel is összeköthetjük. A massage és a hőkezelés ezen módja különösen fájdalmas bajokban, pl. újabb keletű törésekben és ficzamodásokban alkalmas, valamint olyan esetekben is, a melyekben a bőr igen érzékeny. (Münchener med. Wochenschrift, 1907.) *Lenkei V. D.* dr.

## Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**A tüdőgyuladás gyógyitása guajacollal.** *Cain* 50 tüdőgyuladásos beteget gyógyitott guajacollal; egy betege sem halt meg. Eljárása a következő. A test valamelyik helyén — legczélszerübben a hason, a hol a felszivódás leggyorsabb — szappanos vizzel és aetherrel alapos megtisztogatás után 5—30 csepp guajacolt (a rendes adag felnőttnek 20, gyermeknek 10 csepp) dörzsöl szét az ujjával; a felszivódás körülbelül 2 percz alatt történik meg. Körülbelül 4 óra után a hőmérsék és az érverés száma csökken, a légzés szabadabb és verejtékezés indul meg; ha delirium volt, ez is megszünik. A bedörzsölést legkorábban 12 óra mulva szabad megismételni és ekkor is csak ha a hőmérsék ismét emelkedik; ilyenkor elég 8—10 csepp guajacol. Többnyire 2 bedörzsölés elegendő volt. (The therapeutic gazette, 1908. 1. füzet.)

**Landry-féle hüdésnek** hirtelen támadt, súlyos esetét ismerteti *Vining*. Az erőteljes fiatal embert strychninnel sikerült meggyógyitani. (The lancet, 4406. szám.)

**Az adrenalin-konyhasóoldat-infusio életmentő hatását** látta *Rothschild* egy esetében, a melyben a peritoneális sepsis miatt végzett hasmetszés után 12 órával beállott súlyos collapsust konyhasóoldat infusiojával és kámfornak bőségesen adásával nem lehetett megszüntetni, sőt az állapot folyton rosszabbodott s a prognosis teljesen rosszszá vált. Ekkor határozta el magát a szerző az adrenalin-konyhasóoldat infusiojára, az egyik szabaddá tett könyökgyüjtőérbe 1 liter olyan physiologiai konyhasóoldatot fecskendezve, a mely 8 csepp $1^0/_{00}$-s adrenalin-oldatot tartalmazott: ez az eljárás életmentőnek bizonyult. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1908. 12. szám.)

**A tejelválasztás fokozására** újabban a pangásos vérbőséggel tesznek kisérletet. Az eddigi tapasztalatok nagyon kedvezők. Eleinte $^1/_4$, később $^1/_2$ óráig is alkalmazható naponként legfeljebb 3-szor a szivóharang az emlőre. (Ref. La semaine médicale, 1908. 9. szám.)

## Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat,** 1908. 14. szám. *Csermák Béla:* Stovainos lumbalis analgesia után jelentkező fehérjevizelésről. *Detre László:* Az immunitástan az orvosi gyakorlatban.

**Orvosok lapja,** 1908. 14. szám. *Grósz Menyhért:* A dispensaire szervezete. *Tövölgyi Elemér:* A hangszerv kórtana.

**Budapesti orvosi ujság,** 1908. 14. szám. *Sándor István:* A bélhuzamból átfúródott idegen test okozta lobos daganat. *Torday Ferencz:* Az opsoninvizsgálatok gyakorlati értéke a csecsemőkori gümőkór kórismézésénél. „Gégészet" melléklet. 1. szám. *Lénárt Zoltán:* A nasalis eredetű fejfájásokról. *Némai József:* Tapasztalatok a gégerákról. *Baumgarten Egmont:* A coryfin gyógytani értékéről.

## Vegyes hirek.

**Kinevezés.** *Leitner Vilmos* dr. budapesti egyetemi magántanárt a belügyminister a szegedi állami szemkórház igazgató-főorvosává nevezte ki. — *Vajna Izidor* dr. alvinczi körorvost Alsófejérmegye főispánja ugyanott járásorvossá nevezte ki. — *Haáz Simon* és *Weinberger Mór* dr.-okat Túróczmegye főispánja tiszteletbeli járásorvossá nevezte ki.

**Választás.** *Weisz Izsó* dr.-t Szamosújváron városi tisztiorvossá, *Halász Lajos* dr.-t Enesén körorvossá választották.

**Új Röntgen-laboratorium.** A székesfőváros szt. István-közkórházában a legmodernebb igényeknek megfelelő Röntgen-laboratoriumot rendeztek be 32.000 K. költséggel. A laboratorium, a melynek vezetésével *Huber Alfréd* dr.-t bizták meg, már megkezdette működését.

**A tisztiorvosi vizsgák Budapesten** május 25.-én kezdődnek, ennek megfelelően az előkészítő kurzusok nem április 21.-én, hanem április 27.-én indulnak meg.

**Trachoma-tanfolyamok.** A trachoma kórtanából és gyógyításából az 1886. évi V. t.-cz. alapján községi, kör- és hatósági orvosok számára a belügyminister megbizásából 1908 junius hó 10—19.-éig bezárólag tiz napig tartó trachomatanfolyamok fognak tartatni. És pedig: 1. *Budapesten* a kir. magyar tudomány-egyetem szemklinikáján és a budapesti magyar kir. állami szemkórházban. 2. *Kolozsvárt* a magyar kir. Ferencz József tudomány-egyetem szemklinikáján. 3. *Brassóban* a magy. kir. állami szemkórházban. 4. *Pozsonyban* a magyar kir. állami kórház szemészeti osztályán. Az indokolt jelentkezések a választott hely megjelölésével f. évi május hó 15.-éig a közigazgatási felettes hatóságok útján a magyar kir. belügyministerhez intézendők, a ki a felvétel felett dönt. Ezenkivül az állami trachomaorvosok és trachomaátalányban részesülő orvosok számára *Budapesten* az állami szemkórházban 1908 évi szeptember hó 2—11.-éig és 12—21.-éig a trachoma újabb gyógyításmódjairól továbbképzőtanfolyamok fognak tartatni, melyekre a felvételt az illető orvosok 1908. évi julius hó 31.-éig ugyancsak közigazgatási hatóságuk útján a belügyministertől kérhetik; ez utóbbi tanfolyamokon a résztvevők száma egyben legfeljebb 10. A résztvevő orvosok útiköltségeik megtérítésén kivül 8 korona napidijat kapnak.

**Az országos balneologiai egyesület április 6.-án tartotta rendes évi közgyülését** *Angyán Béla* elnöklésével. *Vámossy Zoltán* dr. főtitkár jelentése szerint az egyesületnek 449 tagja van: 364 az orvostudományi, 85 a gazdasági osztályban. Nevezetesebb mozzanat gyanánt kiemeli, hogy az egyesület részt vett a tisztességtelen verseny ügyében alkotandó törvényjavaslat tárgyalásaiban. Az 1909 évi nemzetközi orvos-congressus idejére diszes fürdő-albumot fognak Budapestről és Magyarországról kiadni és kiállitást is rendeznek. A nevezetesebb fürdészeti események közül kiemeli az előpataki új kutat, mely 36.000 liter napi mennyiségben ontja a kitünő ásványvizet, ismerteti a fürdőügyi irodalmat és végül egy actiodús reményteli jövő képét vázolja. *Edelsky Jenő* pénztáros jelentése szerint az 1907. évi bevétel 9116 K. 41 f., a kiadás 6305 K. 04 f., alaptőke 1200 K., pénztári felesleg 1611 K. 37 f. A biráló-bizottság jelentése szerint az 1908. év balneologiai irodalmából Plesch János (Anyag és erélyforgalmi vizsgálat tüdővésznél, különös tekintettel a köpetre), Lenkei V. Dani (A légfürdő therapiai hatása és alkalmazása a szervezet némely functioira), Jakab László (A fürdők hatása a húgysavkiválasztásra) és Schlesinger Miksa (A heveny fertőző láz hydriatikus kezeléséről) munkái érdemelnek kiváló figyelmet. Ezek közül az utolsó feladatát kitünően oldja meg és ezért a díjat neki adták. A főtitkár ezután előterjeszti az új pályázati hirdetményt, mely szerint 200 K. tőzetik ki az 1908. év folyamán nyomtatásban megjelent és magyar fürdőorvos tollából eredő legjobb tudományos dolgozatra. A Weisz Ede által a tavalyi pályázaton elnyert és általa pályadijként felajánlott 200 K.-ra a következő kérdést tüzték ki. „Micsoda pártolásra tarthatnak igényt a magyar fürdők és források a kormány és parlament részéről, tekintve azt a támogatást, a miben illetékes körök az ország iparát, kereskedelmét és mezőgazdaságát részesitik?" Pályázati határidő 1909 február 28. Az adóreform parlamenti tárgyalásánál indítványozza az igazgató tanács, hogy a fürdők jogos kivánságai méltánylásban részesüljenek és az ügy megfelelő támogatására azon orsz. képviselők, kiknek választókerületében fürdők vagy források vannak, az igazgatóság által közös értekezletre hivassanak meg, a hol a fürdők mostoha helyzetéről és a tervezett adóreform téves és káros intézkedéseiről, valamint a fürdőtörvényjavaslat sürgősségéről kellőleg felvilágosittassanak és a nehézségek elhárítására, a sérelmek orvoslására és a fürdőtörvénynek törvényerőre emelésére a parlamenti tagokkal a közös actiót megkiséreljék.

**Megjelent.** *Teszák Károly Ágost:* Újabb adatok a felkar- és czombcsont vonal-, kerület- és szögméreteihez. 215 lap.

**„Magyar balneologiai értesitő"** czímmel a balneologiai ismeretek fejlesztésére s a hazai fürdők és ásványvizek érdekeinek előmozditására számos jónevü szakember közreműködésével új folyóirat indult meg *Papp Samu* és *Hankó Vilmos* dr.-ok szerkesztésében. A havonként megjelenő folyóirat előfizetési ára évenként 15 korona.

**Meghaltak.** *Pataky Lucidus* dr., az irgalmasrend pécsi kórházának volt igazgató-főorvosa e hó 7.-én 82 éves korában. — *Lennander* dr., a sebészet és nőorvostan tanára Upsalában, kiváló sebész, márczius 29.-én, 51 éves korában. — *E. D. Mapother* dr., az anatomia és élettan tanára Dublinban. — *J. Roosa*, a szemészet és fülészet tanára New-Yorkban. — *Mierzejewsky* tanár, a belorvostan tanára Szt.-Pétervárott, az orosz czár házi orvosa, április 1.-én.

**Kisebb hirek külföldről.** *J. Möller*, a gyógyszertan tanára a gráczi egyetemen nyugalomba vonul. — Rendes tanárok lettek: *Lebeau* dr. Párisban (gyógyszertan), *Pokrovsky* dr. Tomskban (kórbonczolástan). — *Kraus* tanár, az ismert berlini belklinikus, a berlini belorvostani társaság ülésén, márczius 30.-án, az elnöki podiumra való fellépésekor elcsúszott s oly szerencsétlenül esett el, hogy a felkarcsontját eltörte. — Páris egyik régi, nagyhirű kórházát, az 1792—1802-ig épült Hôpital de la Pitié-t legközelebb lebontják s helyébe 8 millió frank költséggel új kórházat épitenek. — A bécsi poliklinika gyermekosztályának vezetőjévé *Hamburger F.* dr. egyetemi magántanárt nevezték ki.

**Chrobak tanár relief-emlékét** Bécsben márczius 22.-én leplezték le az új női klinikán, meleghangú ünnepség keretében. Chrobak tanár tudvalevően, bár még csak 63 éves, tavaly az állásáról leköszönt, saját kijelentése szerint azért, hogy az új, nagyszabású klinika vezetését ifjabb, elhasználatlanabb erőnek engedje át. Utódja, mint ismeretes, Rosthorn tanár. Az ünnepségen, a melyen megjelentek az összes orvostanárok, az egyetemi rector stb., Chrobak nagy szerénységgel nyilatkozott a maga érdemeiről és sikereinek nagy részét munkatársaira, tanársegédeire hárította.

**A washingtoni nemzetközi tuberculosis-congressus** alkalmával magyar nemzeti bizottság alakult, melynek Korányi Frigyes tanár az elnöke és O. Kuthy Dezső dr. magántanár a főtitkára. A nemzeti bizottság most a congressuson való részvételre szóló felhivásokat küldött szét. A bizottság gondoskodni fog arról is, hogy a congressuson legalább kivonatosan felolvastassanak az olyan benyujtott dolgozatok is, a melyeknek a szerzői személyesen el nem mehetnek a congressusra. A congressus ez év szeptember 21.-étől október 12.-éig lesz.

---

Jelen számunkhoz **Dr. H. Nanning** hágai gyógyszerész **„Extractum Chinae Nanning"** czimü prospektusa van mellékelve.

---

Jelen számunkhoz a Chemisches Laboratorium Arnau a. E. **„Salimenthol"** czimü prospectusa van csatolva.

---

Mai számunkhoz a **Richter Gedeon** vegyészeti gyára gyógyszerkészitményeiről szóló prospektus van csatolva.

---

**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.**

**Reiniger, Gebbert & Schall**
Budapest, VIII., Rákóczi-ut 19. szám. Villanyos orvosi müszerek különlegességi gyára.

**Justus Dr. bőrbajosokat** gyógyitó intézete.
Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyitás, physikális gyógymódok.

**GIZELLA-TELEP FÜRDŐ,** modern vízgyógyintézet május 1-én nyilik meg.
**posta VISEGRÁD (Pest m.)**
Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forróleg-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Remek fekvés. Pensio — fürdőhasználattal együtt — heti 60 koronától feljebb. Kivánatra prospektus. 5442

**Orvosi laboratorium:** Vezető: **Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika.** Szövetség-utcza 14-16. Telefon 90-46.

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

**SZÉCHENYI-TELEPI SANATORIUM** az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál ideg- és kedélybetegek, alkoholisták, morphinisták számára. Vezető orvos **Salgó Jakab** dr., egyet. m.-tanár, ki városi rendelőjén is szolgál felvilágositással. — Prospectus. — Sürgöny: Budapest. — Telefon 79—72. — Posta Rákospalota. 4895

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

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

# TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM.** Budapesti kir. Orvosegyesület. (XII. rendes tudományos ülés 1908 márczius 28.-án.) 255. l. — XVIII. magyar balneologiai congressus. (I. ülés 1908 április 4.-én délelőtt.) 256. l. — Közkórházi Orvostársulat. 257. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 258. l.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XII. rendes tudományos ülés 1908 márczius 28.-án).

Elnök: **Erőss Gyula.** Jegyző: **Kiss Gyula.**

### Chininnel meggyógyított bőrrák esetei.

**Havas Adolf:** Eddigi tapasztalatai alapján a következőket állítja:

1. A chinin helyileg alkalmazva határozottan hat a bőrrákra oly módon, hogy fájdalom nélkül, vagy igen csekély égésérzet mellett szétroncsolja.

2. A rákos elfajulás okozta fájdalmasságot enyhíti, illetőleg megszünteti és javítja az általános állapotot.

3. A gyógyuláshajlammal nem biró rákos fekélyt oly előnyös módon befolyásolja, hogy rövid idő alatt feltisztul és behámosodik.

4. Recidivát eddigi eljárásával nem tudott megakadályozni, alkalmasint nem használta elég hosszú ideig a chinint és azért electiv hatása nem juthatott el azon helyekig (nyirokűr, perivasculáris űr stb.), a hol még ráksejtek voltak. Szükséges lesz tehát ezentúl a chinint nemcsak addig alkalmazni, míg a rákos fekély alapjáról és széléről az infiltratum eltünik, hanem még tovább is, hogy esetleg a mikroskopi elhelyezésű ráksejteket is tönkretegye.

5. Minden inoperabilis rák esetében a chininnel való gyógykezelést a további kisérletezésre érdemesnek tartja és követésre méltónak gondolja Felizetnek ajánlatát, hogy minden rák miatt operált egyénnek egy ideig chinint adagoljunk azon czélból, hogy az esetleges kiújulás esélyeit csökkentsük.

6. Külső használatra a chinin bármely sója alkalmazható.

A bemutató a chininum bisulfuricumot használta. Bőr alá fecskendezésre ajánlatos a chininum bimuricaticum carbamidatum, a mely egyenlő súlyrész vizben oldódik.

*Inselt Arnold:* Egy esetben megpróbálta a chinint bőrrák ellen és öt nap alatt begyógyult az állkapocsszögletben levő koronányi rákos fekély. Persze a rák nem gyógyult, de a beteg most kötés nélkül is járhat.

### Rhinogen neuritis retrobulbaris acuta.

**Barlay János:** Két héttel ezelőtt bemutattam már a beteget; engedjék meg, hogy az akkor mondottakat röviden idézzem. A 39 éves rendőrellenőr folyó évi február hó 28.-án jelentkezett az egyetemi szemklinika nyilvános rendelésén, a hol előadta, hogy látása kínzó fejfájás kiséretében egy hét óta tetemesen romlik. Ugyanekkor a látás a jobb szemen 5/30, a balon 5/7 volt. Centrális szinscotomát kideríteni nem tudtunk. A szemfenék vizsgálata a bal szemen mérsékelt gyüjtőeres bővérűséget derített ki. Márczius 3.-án történt fölvételekor jobb szemén csak fénysejtése van, a ballal egy meterről olvas ujjakat, a látótér concentrumosan szűkült és relativ szinscotomát találtunk. A szemfenék a jobb szemen ép, a balon az előbb említett gyüjtőeres bővérűséget találtuk. Tekintettel az 1892-ben szerzett és hiányosan kezelt luesre, kenőkúrát alkalmaztunk, mire azonban a látás még tovább romlott. A belorvostani vizsgálat negativ volt. Paunz Márk dr. az orr nyálkahártyájának polypusos túltengését találta. Bemutatásom alkalmával említettem, hogy tekintettel a látásnak gyors és tetemes romlására, a centrális szinscotomára, továbbá arra, hogy a szemfenéken a rossz látásnak megfelelő elváltozásokat nem találtunk, a diagnosisunk neuritis retrobulbaris acuta volt; arról is megemlékeztem, hogy a baj minden valószinűség szerint az orrban talált elváltozásokkal összefügg. E feltevésünk helyességét igazolja az is, hogy az orrnyálkahártya túltengett részeinek eltávolítására és a hátulsó rostaüregek megnyitására a beteg teljesen meggyógyult.

Jelenleg látása mindkét szemén teljes, látóterei szabadok, szinscotomája nincs, a szemfenéken feltünő elváltozást nem találni.

*Paunz Márk:* A bemutatott neuritis retrobulbaris acuta esetében az orrvizsgálat jobboldalt a középső kagyló túltengését, baloldalt polypokat derített ki úgy a középső orrjáratban, mint a rima olfactoriában. Geny nem volt található. A műtét a polypok eltávolításából és a középső kagylók resectioja után az elülső és hátulsó rostasejtek megnyitásából állott. Geny a műtét közben sem volt található. Habár az összefüggés tényét a nerv. opticus bántalma és az orrbaj között az elért eredmény alapján tagadni nem lehet, ezen esetben, a melyben geny nem volt, kellő magyarázat nem található, hacsak vérkeringési zavarokat nem tételezünk fel, melyek a műtéttel járó vérzés folytán megszüntek. Könnyebb az összefüggés magyarázata akkor, ha genyet találunk; ilyenkor felvehető, hogy a hátulsó melléküregekben fennálló genyes folyamat collaterális vizenyőt okoz a canalis opticusban, illetőleg a látóideg-hüvelyben, avagy esetleg a genyedő folyamat egyenesen tovább terjed a látóidegcsatornába. A bemutatott eset a mellett szól, hogy a jövőben fokozott figyelemmel kövessük a hasonló eseteket.

*Ónodi Adolf:* A látóideg és orr melléküregeinek összefüggése klinikailag eléggé tárgyalva van, 100 eset ismeretes, de sajnos e tannak kórboncolástana teljesen hiányzik és igy még sok a nyilt és homályos kérdés. Különös rigorozitással és óvatossággal kell birálni az eseteket, különösen akkor, ha az okozati összefüggés ellen szólanak. Előfordulhatnak látóidegzavarok és orrüregbeli megbetegedések egymástól függetlenül, véletlenül egymás mellett, mikor a genyedés tovább fennállott, a neuritis retrobulbaris pedig meggyógyult. Máskor negativ orrlelet mellett neuritis retrobulbaris támad. Megnyitjuk az orr melléküregét, s a szem javul. A neuritis retrobulbaris javul, majd nátha jelentkezik és vele együtt a neuritis retrobulbaris, a mely a náthával együtt megszünik. Máskor nagy orbitabeli daganat és melléküregbeli genyedés mellett nem volt látóidegbántalom. Az esetek nagy részében az összefüggés fennáll, de sokszor nem deríthető ki és ezért főként a nekroskopiára helyezendő a fősúly. Főként a látóideg vérerei és az orrüreg vérerei közötti összefüggést kell keresni, nemkülönben olyan anomáliákat, minőket szóló 15 esetben talált, a melyekben a látóideg szabadon feküdt az iköbölben vagy a hátulsó rostasejtben, a mikor is az orrbeli megbetegedés könnyen átterjedhet a látóidegekre.

*Grósz Emil:* A kérdés érdekes. Ónodi skepsise csakugyan jogosult. Annyi tényező játszik szerepet, hogy egyoldalúság volna reáfogni egy okra az összefüggést. Hogy ilyen összefüggés van, az kétségtelen, legjobban bizonyítják ezt Ónodi képei és felszólalása. Az anatomiai praedispositio teljesen elégséges a magyarázatra, vagy a keringésbeli zavar, de távoll áll tőlünk, hogy minden neuritis retrobulbaris esetében megvádoljuk az orrüreget, bár erre gondolni kell.

### Idegen test eltávolítása az irisből.

**Barlay János:** A 23 éves kazánkovács f. évi márczius hó 21.-én jelentkezett az egyetemi szemklinika nyilvános rendelésén azzal a panaszszal, hogy a délelőtt folyamán vasszilánk repült a jobb szemébe. Látása mindkét szemén 5/7, a szemfenekek épek.

A jobb szemen mérsékelt ciliáris injectio van. A szivárványhártyában alul-belül körülbelül $1^1/_2$ mm. hosszú hiány látszik. A corneális mikroskop kideríti, hogy a szarúhártya e hiány fölött szürke és hogy részben a csarnokzugba, részben az irisbe beékelve szabálytalan alakú, felszinén csillogó idegen test van. Még aznap este lándzsasebet készitettünk alul-belül valamivel az idegen test fölött. A bevezetett kis mágnes az alig 1 mm. hosszú és széles szabálytalan alakú vasdarabot kihúzta.

Ma a szem halvány, látása majdnem teljes, az előző sértés nyomát csak corneális mikroskoppal láthatjuk.

Ez esetet azért tartottam érdemesnek bemutatni, mert élénken illustrálja, hogy a kedvező viszonyok között, rövid idővel a sérülés után végzett mágnesműtét milyen áldásos hatású.

### A neurosisok pathogenesise Freud tanának világításában és a psychoanalytikai módszer.

**Ferenczi Sándor:** Ismerteti Freud nézetét a neurosisok helyes aetiologiai osztályozásáról és a sexualitás jelentőségteljes szerepét a functionális idegbajok kóroktanában. Az actualneurosisokban (1. szükebb értelemben vett neurasthenia, 2. szorongási neurosis) a nemi functióknak valamely actuális rendellenessége a kórok; a neurastheniában a masturbatio (a nemi feszültségnek inadaequat tehermentesítése), a szorongási neurosisban a libido psychés érvényesülésének gátoltsága (coitus interruptus, abstinentia, frustran izgalmak, nőkben a férfinak túlgyors ejaculatioja stb.). A therapia ezen kórokok megszüntetese útján vezethet csak eredményre.

A psychoneurosisban (1. hysteria, 2. kényszerneurosis) a kórokot csak a psychoanalysis nevű módszerrel lehet meglelni

öntudatlan, elnyomott emlékképek vagy elhárított fantazmák, törekvések képében. A hysteria tünetei érthetővé és maguktól értetődővé válnak, ha az analysis révén kiderül, hogy ilyen elnyomott, többnyire sexuális képzeteket convertálnak testi tünetekké. A kényszerneurosisban a kényszergondolatok és cselekedetek más, elnyomott gondolatokat helyettesítenek. Ha az elnyomott képzet-complexumot az analysis napfényre hozta (tudatossá tette), a hysteriás tünet vagy kényszergondolat (cselekedet) megszünik. Az analysis eszközei: 1. a szabad associationál felmerülő ötletek, 2. az álmok elemzése Freud szerint, 3. a Jung-féle associatiokisérlet útján nyert adatok analysise. Az előadó számos példával illusztrálja, hogy e módszer segélyével súlyos psychoneurosisos jelenségek (hysteriák, kényszerek) teljesen gyógyithatók. Az analysisekből kitünik, hogy a psychoneurosisok kiinduláspontjai gyermekkori sexuális élmények, az ezekhez fűződő fantazmák illetőleg tökéletlen elnyomások.

Freud tanainak segitségével psychiatriai kórképeket (paranoia, dementia praecox) is sikerült lélektanilag elemezni. Végül utal az új tanok nagy jelentőségére a psychologia szempontjából általában és helyteleniti, hogy talán csupa álszeméremből kerülik a psyche sexuális eredetű bántalmainak tárgyalását.

*Donáth Gyula:* Az előadónak érdemül tudom be, hogy Freud tanait itt bővebben ismertette saját tapasztalatai kapcsán. Freudról mindenesetre el kell ismernünk, hogy a neurosisok psychogenetikai tanát, melyet előtte is eléggé hangoztattak, szélesebb alapokra fektette és a legmesszebbmenő consequentiákat vonta. Azonban nézetem szerint ezen tan messze túlhaladja azon határokat, melyeken belül uralkodni hivatva van. A számtalan kisérlet után, melyet manapságig tettek, hogy a hysteriát egységes eredetből magyarázzák, ma el van ismerve, hogy azok kudarczot vallottak és igy a hysteriának kizárólag psychogenetikai tana sem állhat meg. Mert, hogy pár példát emlitsek, hogy akarjuk a hysteriás anaesthesia rendkivül variáló alakjait ekképen megmagyarázni. Még valamikép talán érthető, hogy egy traumát szenvedett végtag vagy testfél bénult és anaesthesiás lesz, de hogy magyarázzuk meg a psychogenetice fontos anaesthesiákat, a melyekről a betegnek tudomása sincs? Vagy a hysteriás látótérszűkületeket, továbbá a szaglás és ízlés egyoldali kicsését? És mi köze a traumás neurosisoknak, melyeket Charcot és a franczia iskola traumás hysteriának tekint, a sexuális traumához. Nem magyarázható meg továbbá a sexuális traumából a hysteriának örököltsége, mely a legtöbb esetben kimutatható. Sokkal egyszerűbben foghatjuk fel a dolgot úgy, hogy a hysteria talaja egy ab ovo labilis, csökkent értékű, kevéssé ellenálló idegrendszer, mely gyakran a szülők intoxicatioi és infectioja (alkoholismus, saturnismus, lues stb.) vagy psychés traumája alapján átörököltetett és a mely idegrendszerben különböző külső alkalmi okok folytán a hysteria kiburjánzik, a többi közt valamely sexuális trauma folytán is, de sohasem kizárólag, hanem csak az esetek bizonyos részében. Azonkivül azt hiszem, hogy a sexuális trauma ezen relativ nagy szerepet a magasabb társadalmi rétegekben fogja játszani, a hol ráérnek ily dolgokra sokat gondolni és velök bibelődni.

A munkásosztályban, ha ily sexuális traumák elő is fordulnak, az illetőknek más a gondjuk, semhogy ily képzeteknek szenteljék magukat. Tehát a psychogenesis és sexuális trauma sem az egyedül üdvözitő tana a hysteriának, de még a therapiája sem. Nem kell tehát a psycho-analysissel szemben lekicsinyelni a hysteria ellen használatos eddigi gyógymódokat, melyekkel a psychotherapiával együtt még mindig szép eredményeket érünk el. Sőt fordítva, lehet a sexuális traumának épen ellenkező a therapiája is, például az orvos azt mondja ily betegnek: tudom, hogy mire gondolsz és mi bánt téged, de ne törődjél vele és igy igyekszik a betegnek gondolatait más irányba terelni, épúgy, mint a hysteriás beteget gyógyitás czéljából a nélkül, hogy neki azt mondanók, hogy miért, környezetéből eltávolitjuk.

*Sarbó Arthur:* Az igen érdekes és szellemes előadáshoz csak nehány szavam van, a mennyiben azoknak a nézetét kell tolmácsolnom, kik ezen új módszerben nagy szellemességet, ötletességet látnak, de nélkülözik a kritikának azt az alkalmazását, melyre ilyen kérdések tárgyalásakor szükség van. Ez nem Ferenczi előadására vonatkozik, hanem Kraepelin, Aschaffenburg vádjaira, melyeket Freud tanai ellen emeltek. Nem megyek bele a részletes czáfolásba, csak egyre akarom felhivni a figyelmet, hogy az egész theoria a hiszékenységen épül fel, a mennyiben egyszerűen elhiszi azt, a mit a beteg bemond. Pedig tudjuk évezredek óta, hogy a hysteriásnak jellegző vonása a hazudozás. Tehát milyen kriterium az, mely Freudot és követőit arra birja, hogy a mit a félig somnambul beteg bemond, összefüggésbe hozza a jelenlegi betegségével. Túltenném magam rajta, ha az eredmények olyan eklatánsak és jók volnának. Tudok esetet, midőn a psychoanalysis súlyos psychotraumává vált és beteggé tette az egyént. Mert ekkor elkerülhetetlen, hogy az ember egész meztelenségében fel ne tárja a dolgokat és direct ne beszéljen róluk.

Absolute nem irhatom alá, hogy az az értekezés komoly dolog, a mit Freud az álomról irt, melyben önkényesen magyarázza a beteg által bemondott álomképet. Csakis sexuális szempontból fogadja el. Ép úgy lehetne a közgazdasággal összefüggésbe hozni és az a felett való elnyomott gondja az egyénnek volna bajának az oka. Nem látom a gyógyeredményeket. A koprophagia azzal, hogy kihoztuk a betegből a gyermekkori traumát, nem gyógyult. Szükséges volt még a rendszeres kezelés. Ezért ezen gyógykezelés észszerű voltát nem fogadom el. Teljesen azon állást foglalom el a kérdésben, a melyet a hypnosis kérdésében még Laufenauer klinikáján elfoglaltam, hogy „kétségbeesett esetekben kell therapiás czélból alkalmazni". Igy vagyok a psychoanalysissel is. Hysteriásokon, a kiknek a divat az egyéniségükhöz tartozik, megpróbálható annál is inkább, mert az általános praxisban a psychoanalysis, mely hónapokon át naponta egy órai foglalkozást kiván, a gyakorlatban ki nem vihető.

Főellenvetésem, hogy genitális traumák mindannyiunk életében előfordultak, és hogy csakis trauma által fakadna neurosisos talajon az igy említett mag, ezen kételkedem, mert neurosisos talajon kivirágzik traumával, meg a nélkül is.

Nem mondom, hogy Freudnak nincsenek érdemei, csak azt mondom, hogy az objectiv kritikának az a mértéke, a melyet tudományos munkától megkövetelhetünk, hiányzik munkáiból. Szellemes, ötletes, feuilletonos munkák, de tudományosnak nem mondhatók.

*Porosz Mór:* A sexuális traumák főokozójának a prostata atoniáját tartja; a prostata tonizálásával a neurosisok is elmaradnak. Ilyen távoli hatás a nemi szervek és a neurosisok között létezik. Freudnak igy igaza lehet.

*Ferenczi Sándor:* A felhozott érvek között súlyos vád „a szellemes, érdekes, feuilletonszerű" jelzése a dolognak, a mivel agyon is ütik. Ha valaki irni tud és súlyt helyez a formára is, az inkább árt, mint használ. Mert Freud szépen és élvezetesen ir, reá mondják, hogy nélkülözi a kritikát. Én az ellenkezőjét állitom. Freud nem csinált theoriát, hanem tényekből szűrte le eredményeit.

Mikor magam kezdtem a dologgal foglalkozni, láttam a leghihetetlenebb tényeket, melyek valónak bizonyultak.

Donathnak megjegyzem, hogy a hysteria öröklékenységét eléggé kiemeltem, csakhogy közelebbről iparkodtam definiálni. A traumák fontosságára rámutattam.

Tévedés, ha Donath azt állitja, hogy a felső tizezerből származnak eseteim. Sajnos nem. A munkások köréből, a kik nem kevesebbet foglalkoznak a sexualitással és a kiknél a gyermekkori traumák elkerülhetetlenek. Egy ágyban való alvás, a felnőttek erkölcstelensége, a kik a sexuális életre alkalmatlan egyéneket is választanak e czélra. A munkások közt a neurosis és a hysteria gyakori, de nem érnek reá gyógykezeltetni magukat.

A sexuális trauma nem az egyedüli út a hysteria kifejlődésére, de a megértésnek egyedüli útja. Szivesen foglalkoznám mindegyik beteggel, ha módomban volna és megélhetést nyujtana. Egy pár beteggel lehet csak e psycho-analysist végezni.

Kétségtelen, hogy a hiszékenységgel való visszaélésnek ki van téve az ember, de eseteimben ezt kizárhattam. Különben bizonyos egyformaság, bizonyos szegénység van a motivumokban, alig 10—15-féle trauma van. A psychés tüneteken kivül testi tünetek is támadnak a hysteria kisugárzásaként.

Orthopaed kezelésre szivesen áldozunk egy esztendőt, a lélek psychés orthopaediájára sem lehet sok egy esztendő. Csak meg kell szokni. Az ellenzőknek is meg kell próbálni és akkor ők is a pártolók közé fognak állani.

## A XVIII. magyar balneologiai congressus.

(I. ülés 1908 április 4.-én délelőtt.)

Elnök: **Ángyán Béla.** Jegyző: **Vámossy Zoltán.**

Az **elnök** mindenekelőtt jelenti, hogy az egyesület elnöke, *Bókay Árpád* üdülés czéljából elutazott. Ezután konstatálja, hogy az egyesület az elmult esztendőben nem lankadó energiával munkálkodott erkölcsi tekintélyének emelésén.

A balneologiai közös érdeket a magyar fürdők és ásványvizek szélesebb körű ismertetése és felkarolása, valamint a balneologiának mint tudománynak művelése alkotja.

Hazafias jelszavak alatt alakult meg az egyesület, használt is valamit a fürdőügynek, de ez ma már nem elegendő a további fejlődésre, mert társadalmunk szétforgácsolódott és fürdőinkben nem pártolásra méltó nemzeti intézményt lát, hanem tisztán kereskedelmi vállalatot, melyet csak annyira becsül meg, a mennyire az a nemzetközi versenyben a helyét megállja.

Ehhez az igényhez fürdőinknek alkalmazkodnia kell, de hogyan, tőke hiányában? Mikor az állam is mostohagyermekként kezeli?

A fürdőtörvény s a hitelképesség megalapitása a főkellék.

A fürdőtörvény 1899 óta készül, újabban az új adótörvény kapcsán is foglalkoznak e kérdéssel és iparkodnak napirenden tartani.

### Véleményeltérések a napfürdők alkalmazásában.

**Lenkei V. D.:** Arra vonatkozóan, hogy vérzésre való hajlam tiltja-e a napfürdők alkalmazását, két tüdővészes beteg esetét irja le, kik a napfürdés előtti hónapokban ismételve tüdővérzésben szenvedtek s a kiknél sem a napfürdő alatt, sem utána a leg-

A Rimamurány-Salgótarjáni Vasmű Részv.-Társaság salgótarjáni gyártelepe munkástárspénztáránál rendszeresítendő **másodorvosi állásra** ezennel pályázat hirdettetik.

Járandóságai: 3200 korona nyugdíjra jogosító évi fizetés, szabad (2 szobás) garçon lakás és szabályszerű fűtési illetmény élvezete.

Pályázóktól egyetemes orvostudori oklevéllel igazolandó képesítés kívántatik s kimutatható gyakorlattal, különösen pedig műtői képesítéssel birók előnyben fognak részesülni.

A kinevezendő orvos teendőit szolgálati utasítás szabályozza.

Kellően felszerelt folyamodványok **f. évi április hó végéig** alulírt czímre intézendők.

*Rimamurány-Salgótarjáni Vasmű R.-T.*
Budapesten, V., Nádor-utcza 36, II. em.

2—1

2027/908. kig. sz.

A lemondás következtében üresedésbe jött **temesszentandrási községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: évi 1800 korona fizetés. A látogatási díjak megállapítása az orvos és a községi képviselőtestület között kötendő egyezség tárgyát képezi.

Megjegyzendő, hogy a megválasztott orvos a temesvármegyei községi és körorvosok nyugdíjintézetébe tartozik belépni

Pályázati kérvények **1908. évi április hó 25.-éig** nyujtandók be alulirott főszolgabiróhoz. A választás határnapját később fogom megállapitani.

Temesvár, 1908. évi márczius hó 24.-én.

*Somogyi Gyula*, főszolgabiró.

2—2

1660/908. sz.

A máramarosvármegyei közkórház belgyógyászati, sebészeti és elmekóros osztályán **egy-egy segédorvosi állás** pályázat útján betöltendő.

Javadalmazás egyenként: 1200 korona évi fizetés, élelmezés, lakás a kórházban, fűtés és világitással.

Felhivom a pályázókat, hogy kérvényeiket **f. évi április hó 20.-áig** alantirott közkórház igazgatóságához nyujtsák be.

Máramarossziget, 1908. évi márczius hó 25.-én.

*Máramarosvármegyei közkórház igazgatója.*

3—3

**A pécsi állami gyermekmenhelyben** üresedésben levő **másodorvosi állásra** (1200 korona tiszteletdij, lakás, fűtés, világitás és élelmezés) a pályázók (első sorban orvosdoktornők) a nagyméltóságú belügyministerhez intézendő kérvényüket **április hó 30.-áig** nyujtsák be a pécsi állami gyermekmenhely igazgatójához.

4—2

**Foncière pesti biztositó intézet.** A Foncière pesti biztositó intézet f. évi április hó 11.-én fogja czévi rendes közgyülését megtartani. Az 1907. évi zárszámadásokból a következő lényegesebb számadatokat vesszük át:

A mult évi díjbevétel a törlések levonása után összesen 15.983,830 koronát tett ki, mig a későbbi években esedékes díjkötelezvények és díjváltók összege 28.752,254.05 koronára rugott. Az *életbiztositási* összállomány az elmult üzleti évben 94.049.695 korona tőkét és 38,359 korona járadékösszeget tett ki. A díj- és nyereség-*tartalék-alapok*, valamint a díj-áthozatok 26.275,375.82 koronát tesznek ki. Az intézet *összes tartalékai* a nyereség-tartalék ezidei javadalmazása után 1.694,161 koronával szaporodtak. Az 1907. évre kimutatott 268,107.58 korona nyereségből részvényenként 14 korona (7 százalék) osztalék kifizetése fog indítványba hozatni.

## HIRDETÉSEK.


A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS
**SALVATOR**
kitünő sikerrel használtatik
vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és köszvénynél, a czukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.
**Húgyhajtó hatású!**
Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!
Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

**„GUAJATIN JENCS"**
Sulfo-Guajacol-készitmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és ⎓ 0·50% Extr. Thymi és Extr. Tiliae-t tartalmaz.
**Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tüdőgyuladásoknál, nemkülönben typhusos tüdőinfiltratiónál. Antithermikus hatású.**
Gyermekek is rendkivül jól türik.
Ára 2 korona 50 fillér.
Készitője **JENCS VILMOS** gyógyszerész,
3748 Budapest, II., Fő-utcza 27. szám.

**SANATOGEN**
**fehérnye és phosphor bevitele a testbe. Az oxydátiós energiát fokozza. Az anyagcserét előmozdítja és ezért a leghathatósabb erősítőszerek egyike. Orvos uraknak kisérleti anyagot és irodalmat kivánatra ingyen és bérmentve küld**
**BAUER & C^IE.**
Sanatogenwerke,
Berlin SW. 48.
4601

**Rohitsch-Sauerbrunn**
Stájerország. Vasút, posta és táviró.
TELJESEN ÁTALAKÍTVA.
**Karlsbad,** modernül berendezett vizgyógyintézet. **Styriabad,** újonnan felszerelt szénsavfürdők. **Kiváló gyógyhely** gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, székrekedés, aranyér, epekő, elhizás, czukorbetegség, köszvény, torok- és légcsőhurut, szivbaj ellen. Karlsbad- és Marienbadhoz hasonló gyógyforrások.
Diaetetikai és telepkúrák. — Kiváló ivóvizvezeték. — Villamos világitás. — Lift. — Modern csatornázás.
3750

**VITA FORRÁS**
SÓSKUT VASMEGYE
ALKALIKUS NATRON-LITHION GYÓGYVIZ
Orvosilag ajánlva: **húgysavas diathesis, köszvény, czukorbetegség, gyomor-, vese- és húgyhólyag-bántalmaknál** stb. 4850
**Mint üdítő és borvíz páratlan.**
Bővebb felvilágositással szolgál a
**Központi iroda: Budapest, V., Váczi-körút 54. szám.**
Főraktár: Édeskuty L. úrnál, Budapest, Erzsébet-tér 8.

**Hyperaciditás** ellen gyomornál alkalikus vizek „Rohitschi Styria-forrás" minden előtt sikerrel rendelhető. 5278

4931
**Kefir**
Védjegy.
**Otthon előállítható.**
Ezen **a táplálkozás fokozására** és testsúly **gyarapitására** szolgáló kiváló szer (**Phthisis, Chlorosis, neurasthenia, reconvalescentia**) praeparált (nyers kaukázusi kefirből előállított) kefirfermentem segitségével minden háztartásban és **minden évszakban** kényelmesen és **jól** készithető. Szétküldés használati utasitással **„Tatár"** védjegy alatt történik; 4—6 héten keresztül naponta 1 liter kefir előállitására elegendő mennyiség ára 4 márka, bérmentve 4.20 márka. Prospektus dijmentesen.
**Dr. M. LEHMANN, Berlin C.**
**Heiligegeiststrasse 43/44.**

**Kissingen**
**elősegíti az anyagcserét.**
**Rákóczy** világhirű, anyagcserebántalmak, gyomor- és bélzavarok ellen.
**Maxbrunnen** gyógy- és asztali viz, a légzőszervek hurutjai ellen, vese-, hólyag- és epekövek, köszvény ellen. **Kissingeni keserűviz, kissingeni fürdősó, bockleti aczélforrás.**
Az orvos uraknak mintákat ingyen küldünk, a további szükséglet pedig mérsékelt árak mellett. Mindenütt kapható és directe is szállitunk.
**Kissingen és Bocklet k. ásványfürdők kezelősége.**

**EGGER EMULSIÓ**
**KITÜNŐ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZITMÉNY**

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

Adagja 1 gm. pr. dosi. **POLYPYRIN** Adagja 1 gm. pr. dosi.
(Dioxybensoesavas natrium acetat)
**a legjobb antipyreticum**
vizben kitünően oldódik.
**Epekő-kólikánál,** mint az epét elfolyósitó szer. — **Diabetes melitus**-nál a czukormennyiséget feltünően leszállitja.
Minden gyógyszertárban kapható.

**Legújabb műtőasztalokat**
Stetzner, Ihle, Hahn stb. szerint ajánl
**Knoke & Dressler**
udvari szállitók,
modern kórházberendezések különleges gyára
**Dresden.**

**Rheuma** Neuralgia, bőr- és sebbetegségeknél chron. Morbus Brightii **Köszvény!** Bénaság és különféle női betegségeknél **Ischias**
**Kitünő gyógyeredmények**
**Krapina-Töplitz** Thermal-gyógyhely
Horvátország (Horvát-Helvécia). Eredményes Thermalviz-ivókura.
Szaktekintélyek által elismert kiváló gyógyhatásu és különösen ható radioktiv Thermal-gyógyfürdő 38—44 ° R.
A legnagyobb Thermal-medencze Európában. Perczenként 3800 liter szakadatlan be- és kifolyás.
Gyógyház lakásokkal, teljes **hygeniai** kényelemmel. Kitünő étterem és kávéház. Társalgó- és olvasó-termek. Lift. Fedett sétahely. Gyönyörü parkok. Állandó térzene. Sporthelyek. Szép plébánia-templom. Estélyek stb. **Automobil-garage, Automobil-bérlet.**
Külön, márvány-, kád- és zuhanyfürdők. A maga nemében páratlan izzasztó-kamrák. Nyitva ápr. 1-től november végéig. Junius 1-ig és szept. 1-től mérsékelt árak. Fürdőorvos Mai Ede. dr. **Prospektust és felvilágositást nyujt a fürdőigazgatóság Krapina-Töplitz, Horvátország.**
„Rohitsch" állomástól helyi vasút Grobelno-Rohitsch, elágazás (Wien-Triesti v.) 2 óra. Állomás Zabok-Krapina-Töplitz (Csakaturn-Agramer Str.) 1 óra. Munkács állomásnál postakocsik és magánfogatok. **Magánautomobilok** minden vasúti állomásra megrendelhetők a fürdő-igazgatóságnál.

**Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben**
**Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások,** mindennemü thermális fürdők, vizgyógykezelés, massage. Lakás és gondos ellátás **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** gyógykezelése és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága, Budapest-Budán.** 5043

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

**LEGTÖKÉLETESEBB ERÖS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A**
**LYSOFORM**
**OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES, BÖRNEK ÉS MÜSZEREKNEK NEM ÁRT**

**Ackerschott-féle schweizi alpesi tej-gyermekliszt** a legkönnyebben emészthető, legjobban erősitő schweizi termék minden korban levő gyermekek számára. Orvosilag ajánlva.
Raktár: Budai dr. gyógyszertára, Budapest, IV., Váczi-utcza sarok. 5399

52. évfolyam. 16. szám. Budapest, 1908. április 19.

# ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Goldzieher Miksa** és **Molnár Béla:** Közlés a budapesti kir. m. tudomány-egyetem II. sz. kórbonczolástani intézetéből (igazgató: Pertik Ottó ny. r. tanár, udvari tanácsos) és a diagnostikai intézetéből (igazgató: Korányi Sándor ny. r. tanár). Bonczolástani és kisérleti adatok a mellékvesék kórtanához. 259. lap.

**Vidor Emil:** Kiütéses hagymáz a vörhény hámló szakában. 262. lap.

**Blumenfeld Sándor:** Közlés a kolozsvári magy. kir. Ferencz József tud.-egyetem belklinikájának tüdőbeteg-osztályáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr., egyetemi ny. r. tanár, udvari tanácsos.) A Pirquet-féle cutanreactioról és Detre-féle módosításáról. 263. lap.

**Tárcza. Ilosvay Lajos:** Megnyitó beszéd. 266. lap. — **Ország Oszkár:** A 25. német belorvostani congressus. 268. lap.

**Irodalom-szemle.** *Könyvismertetés. Lengyel Loránd:* A vizelet chemiai és mikroskopos vizsgálata. — *Kapsammer:* Nierendiagnostik und Nierenchirurgie. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Volhard:* A légcső szellőztetésével végzett mesterséges légzés és a rythmusos mesterséges légzés egy módszere. — *Idegkórtan. Fürstenheim:* Az enuresis nocturna gyógyítása. — *Sebészet. Körte:* A tüdőtályog és tüdőgangraena sebészi kezelésével nyert tapasztalatok. — *C. A. Elsberg:* Pleura-műtétek alkalmával a pneumothorax elkerülése. — *Gyermekorvostan. Potpeschnigg:* A gyermekkori görcsök és befolyásuk a későbbi korra. — *Hellesen:* Noma esetében bakteriologiai vizsgálat. — *Bergenholtz:* Poliomyelitis-epidemiák. — *Venereás bántalmak. F. Nagelschmidt:* A syphilis kénesős kezelése. — *Orr-, torok- és gégebajok. W. Albrecht:* A Röntgen-átvilágítás jelentősége az orrmelléküregek bajainak körjelzésében. — *Blegvad:* A fekete nyelv. — *Fizikai gyógyitásmódok. Fuerstenberg:* A csúzos bántalmak kezelése vizalkalmazásokkal. *Fischer C:* Az asthma bronchiale hydrotherapiás kezelése. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.* Szer hyperemesis gravidarum ellen. — *Thorkild Rovsing:* Az appendicitis és typhlitis felismerése. — *Soules:* A diabetes mellitus gyógyítása. — *Macatee:* A Widal-reactio prognostikai értéke. 269—278. lap.

*Magyar orvosi irodalom.* Közlemények az összehasonlító élet- és kórtan köréből. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 253. lap.

**Vegyes hirek.** — Pályázatok. — Hirdetések. 274. lap.

**Tudományos társulatok és egyesületek.** 275—278. lap.

**Melléklet.** Elme- és idegkórtan. Szerkeszti: *Babarczi Schwartzer Ottó* és *Moravcsik Ernő Emil* dr.-ok. 1—2. szám.

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

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Közlés a budapesti kir. m. tudomány-egyetem II. sz. kórbonczolástani intézetéből (igazgató: Pertik Ottó ny. r. tanár, udvari tanácsos) és diagnostikai intézetéből (igazgató: Korányi Sándor ny. r. tanár).

## Bonczolástani és kisérleti adatok a mellékvesék kórtanához.[1]

Irta: ***Goldzieher Miksa*** dr. tanársegéd és ***Molnár Béla*** dr. klinikai gyakornok.

Mint minden kivezetőcső nélküli, tehát belső secretioval biró mirigyes szervnél, a mellékvesék működését és jelentőségét illetőleg is jelenleg még részben feltevésekre szorulunk, másrészt teljesen nélkülözünk olyan támpontokat, a melyek alkalmasak volnának helyes élettani megitélésükre. Annál nehezebbek a viszonyok kóros körülmények között, a mikor is teljesen a sötétben tapogatózunk, és a normális mellékvesemüködésre vonatkozó hiányos ismereteinket tekintve, annál inkább vagyunk feltevésekre utalva akkor, a mikor az a kérdés döntendő el, vajjon a szervezet rendjében és háztartásában észlelt zavarok a mellékvesék elváltozásaira vonatkoztathatók.

Hiszen e szervek finomabb szerkezete, valamint fejlődése is csak aránylag rövidddel ezelőtt állapittatott meg pontosabban.

Különösen a mellékvese velőállományának, mint a *chromaffin* sejtek csoportjához tartozó szövetnek jelentősége csak *Kohn* alapvető dolgozatai óta ismeretes. Ezen sejtek, a melyek alakjukban is különböznek a kéregállomány sejtjeitől, mint a nevük is mutatja, a chromsók irányában különös affinitást tanusitanak és általuk intenziv barnára színeződnek. A mellékvesén kivül e sejtek tudvalevőleg a sympathicus hasi fonatai mentén is találtatnak néha nagyobb számban, továbbá a glandula caroticában s kivételesen a herében és a petefészekben is.

Mindezeknek egymással, valamint a mellékvese velőállományával való rokonságát a chromreactión kivül a *Wiesel* által leirt vikariáló túltengésük is bizonyitja, a melylyel a mellékvesék pusztulásakor lehet találkozni s a mi számos rejtélyes tényt magyaráz meg a morbus Addisonii kórtanában.

Röviden meg kell még emlitenünk *Schur* és *Wiesel* azon észleletét, a mely szerint a fagyasztott mellékvesemetszetek velőállománya vaschloriddal zöldeskékre festődik, a mi a szerzők szerint bebizonyitaná, hogy a chrom iránt érzékeny, részben finom szemcsék, részben durva rögök alakjában a velőállomány sejtjeiben foglalt anyag vagy azonos az adrenalinnal, vagy legalább is igen közel áll hozzá.

A chromaffinsystema kérdésének vázlatos felvetése után rá kell mutatni a mellékvesekórtan irodalmának bizonyos tekintetben hiányos voltára. A meglevő közlemények majdnem kivétel nélkül a mellékveseszövet pusztulásáról vagy újképleteiről szólnak, tekintettel összefüggésükre az Addison-féle tünetcsoporttal. Az idevágó irodalom valóban nagyon tekintélyes.

Csak a legújabb időben jelentek meg dolgozatok, nevezetesen franczia szerzőktől, melyek kapcsolatba hozzák a mellékveseelváltozásokat az arteriosclerosissal. *Josué* volt az első, a ki atheromatosis néhány esetében a kéregállomány hyperplasiáját és a kéregsejtek szivacsszerű elfajulását észlelte, egyetemben a legbelső réteg, a zona reticularis erősebb festékességével és a velőállomány túltengésével is. Ezért *Josué* felveti a kérdést, vajjon az általános érmegbetegedés nem hozható-e vonatkozásba a túlságos mellékvesefunctioval, a melyet a „hyperepinephrie" szóval akar elnevezni. Leleteinek alapján végezte azután ismeretes adrenalin-befecskendezési kisérleteit, melyekből bebizonyult, hogy a mellékvesék sajátlagos termékének intravenás alkalmazása a házinyúl aortájában igen súlyos elváltozásokat tud létesiteni.

A számos ellenőrző vizsgálat, a melyek sorából kiemelendők *Erb, Rzentkovszky, Citron, Fischer* dolgozatai, megerősitették e leletet s szövettani vizsgálataik szerint az adrenalin okozta elváltozások az aorta tunica mediáját illetik, ellentétben az első sorban intimamegvastagodással járó tulajdonképeni arteriosclerosissal. Legújabban azonban *Braun* azt találta, hogy minimális adrenalinadagok hosszantartó alkalmazása a valódi arteriosclerosishoz hasonló érelváltozá-

[1] Előadatott a budapesti kir. Orvosegyesület 1908 január 25.-i ülésén.

sokat bir előidézni. Az adrenalinkérdéshez fontos adatokkal járult *Korányi Sándor* tanár is, a midőn a jodipinnek gátló hatását észlelte az adrenalinhatással szemben; tisztázódott e kérdés még *Schrank* dolgozata révén is, a ki kimutatta, hogy a jodipin eme hatása nem a jodnak tulajdonitandó, hanem csak a benne foglalt sesamolajnak, a melynek hatásához más zsírok, pl. az oleum olivarum hatása is közel áll. A mi az adrenalinnak az érfalra való hatása módját illeti, a nézetek ez irányban megegyeznek abban, hogy az adrenalinbefecskendéssel járó vérnyomásemelkedésen kivül bizonyára toxikus hatás is szerepel. Bizonyitja ezt egyebek közt *Braun* kisérlete is, a ki amylnitrit segitségével kizárva a nyomásemelkedést, az adrenalinnak izolált toxikus hatásával is elő tudta idézni az ismert érelváltozásokat.

Az adrenalinnak a szervezetben való magatartásának vizsgálására igen alkalmas módszerrel rendelkezünk az *Ehrmann*-féle kisérlet alakjában, a melynek segitségével igen kis adrenalinmennyiségek még kellő biztossággal felismerhetők, a mivel a kérdés tanulmányozhatásához nagy lépéssel közeledtünk. *Melzer*-nek egy rövid közlése, hogy tudniillik adrenalininjectio békákon maximális pupillatágulást idéz elő, figyelmessé tette *Ehrmann*-t az adrenalin mydriasisos hatására, melyet normálisan azonban csak a békán, más állatokon pedig csak a nyaki sympathicus átmetszése után bir kifejteni. Az adrenalinnak igen nagy higitásokban való kimutatására (1 : 1 millió) *Ehrmann* a kimetszett békaszemet rendkivül érzékeny eszköznek találta, a melylyel szerinte nagyjából még quantitative is lehetne meghatározásokat tenni.

*Ehrmann* ezen eljárással vizsgálta az állatok savóját adrenalinbefecskendezés után és azt találta, hogy habár a befecskendés után magasra emelkedő vérnyomás hamarosan megint leszáll a rendes alá, az adrenalin még mindig kering a szervezetben, a mi kiválasztásának viszonylag lassubb voltát bizonyitja. *Ehrmann* továbbá még azt az észleletét is közli, hogy a mellékvese venosus vérében a mydriasisos hatás állandóan észlelhető a szervezet többi részével ellentétben.

Ez a kényelmes és megbizható módszer kismennyiségű adrenalin kimutatására, természetesen újabb vizsgálatokra serkentett. *Schur* és *Wiesel* ezen eljárás segitségével jutottak azon meglepő tapasztalat birtokába, hogy idült veselobban szenvedők vérsavójában majdnem állandóan található adrenalin s ugyanez van meg a nephritises és a nephrektomizált kisérleti állatokban. Teljességükben megerősitette e leleteket *Eichler* is, míg *Pal*-nak sikerült a mydriasisos hatást nemcsak nephritisesek vizeletében (az esetek 78%-ában) kimutatni, hanem kisérleti állatokéban is intravenás adrenalinbefecskendezés után. Tagadó értelemben szólott hozzá a kérdéshez *Schlayer*, ki azonban nem az *Ehrman*-reactioval dolgozott, hanem az adrenalinnak a savóban való kimutatására érösszehúzódást okozó képességét vette igénybe, s ezen eljárással vesebajosok savójában kisebb értékeket kapott, mint a normális savóban! Ezen ellentmondást részletezni szándékunkban nem lévén, csak *Schur* és *Wiesel* nemrég megjelent válaszára utalunk, a melyhez, kisérleti eredményeink az övéikkel teljes összhangzásban lévén, teljesen csatlakozunk.

Ellenőrző vizsgálataink kiterjedtek acut scarlatinás, chronikus parenchymás és interstitialis nephritis-esetek savóira, a melyekkel a pupillareactio a 8 chronikus eset közül 5 izben, a 6 acut eset közül 4 izben határozott positiv eredményt szolgáltatott. Ugyancsak positiv eredményt kaptunk urannephritises, valamint nephrektomizált házinyulakon.

Ezen tapasztalatok, valamint az idült veselobbal bonczolásra került egyének mellékveséinek szövettani vizsgálata, a melynek eredményeire később még visszatérünk, arra indított, hogy a mellékveséknek a vesemegbetegedésekhez való közelebbi vonatkozásait behatóbban tanulmányozzuk. E problemát egyébként, noha már *Neusser* is rámutatott annak idején a mellékvesemegbetegedésekről szóló monographiájában, csodálatosképen nem igen méltatták figyelemre.

A kérdés tisztázására megejtett kisérleteinkben azon több oldalról, nevezetesen *Tiegerstädt* és *Riva-Rocci*-tól is emlitett észleletből indultunk ki, hogy veseállománynak vagy veserészletnek a bőr alá, illetőleg a hasüregbe juttatása a vérnyomást lényegesen fokozza.

Mi tehát házinyulakat finomra eldörzsölt és konyhasóoldattal kellően felhigított házinyúlvesék subcutan injectioival kezeltünk s az állatok savójának *Ehrman* szerint vizsgálatakor már az injectiót követő 24 óra mulva kifejezett, néha maximális reactiót kaptunk.

Kisérleti eljárásunk rövid vázlata a következő: házinyúlvesét széjjeldörzsöltünk 20 $cm^3$ physiologiai konyhasóoldattal és ebből az emulsioból 5 $cm^3$-t fecskendeztünk az állat bőre alá. Házinyulaink az injectiokat többnyire jól tűrték, s csak egyesek pusztultak el már 1—2 injectio után, különösen eleinte, mikor még jóval nagyobb adagokkal dolgoztunk. Ezen utóbbi állatok bonczolása mindig negativ leletet szolgáltatott. Vizeletük nem tartalmazott sem fehérjét, sem czukrot, veséik szövettanilag sem mutattak elváltozásokat.

Lényegesen mások voltak a viszonyok azokon a nyulakon, a melyeket hosszabb ideig, 1 hónapon túl is sikerült életben tartani, s a melyek minden 4—5. napon kaptak egy-egy injectiót. Az állatok majdnem végig látszólag egészségesek maradtak, nem fogytak le túlságosan, noha savójukban az adrenalin állandóan ki volt mutatható, míg vizeletükben sok fehérje, egyes esetekben szemesés cylinderek is kimutathatók lettek s az állatok hamarosan elpusztultak. A bonczolás többnyire glomerulonephritis acutát, kiterjedt vizenyőt, ascitest és a mellékvesék kifejezett megnagyobbodását deritette ki.

Ez utóbbit mind a *velő*-, mind pedig a *kéregállomány* túltengése okozta, azonban többnyire a velőállománynak lényegesebben nagyobb arányú részesedésével.

Megfigyeltük továbbá állataink magatartását a kóros vesék állományával való kezelés után is. E czélra urannitrattal megmérgezett nyulak veséit használtuk, ugyancsak teljes eredménynyel. Sőt szinte azt mondhatnók, hogy az uranveseemulsio hatása még intenzivebb, mint az, a melyet az ép vesével való kezelés bir kifejteni. Veseinjectiót összesen 24 nyúlon végeztünk, és ezeknek savóját ismételten, egynémelyikét 15—17 izben is vizsgáltuk.

Kérdés már most annak az értelmezése, hogy a szervezetbe bevitt veseállomány hol fejti ki ilyetén hatását, tudniillik a vérnyomás fokozását és a mydriasisos anyagoknak a vérben való keringését illetőleg. Az a kisérlet, hogy a befecskendett anyag által előidézett tüneteket egyenesen a vesékre kifejtett hatással magyarázzuk, hajótörést szenved a vizeletvizsgálat negativ voltának tényén, valamint a korán elpusztult nyulak negativ bonczleletén, a melyek alapján az elsődleges vesekárosodás lehetőségét már elejthetjük.

El kell azonban ismerni, hogy közelfekvő gondolat az injiciált veseállománynak a szervezetre kifejtett hatását specifikus *cytotoxinokkal* magyarázni, a mi pedig erősen felidézi az *Ascoli*-féle nephrolysinelméletet. Hiszen tagadhatatlanul nagyon csábító gondolat az állatainkban végül keletkezett veselobot specifikus nephrolysineknek vagy toxinoknak tulajdonitani, a magunk részéről azonban nem csatlakozhatunk ezen felfogáshoz. Hangsúlyoznunk kell mindenekelőtt, hogy semmi esetre sem lehet itt szó olyan nephrotoxinokról, mint a milyenekkel az irodalomból ismert szerzők, pl. *Lindemann*, *Nefedieff* és mások dolgoztak, a kik vesepéppel kezelt állataik savóját *más* állatokkal szemben találták mérgezőnek. A mi esetünkben tehát *Ascoli* értelmében vett *autonephrotoxinoknak* kellene szerepelniök, a melyekre vonatkozólag csak *Ehrlich* és *Morgenroth* dolgozatára utalunk, mely szerint a savóban autocytotoxinok egyáltalában nem mutathatók ki. Ennek oka részben az volna az emlitett szerzők szerint, hogy a szervezet sejtjeiben az alkalmas receptorok hiányzanak, vagy hogy talán antitoxikus autoregulatioval állunk szemben.

Ezek után a veseállománynyal való kezelés hatását másképen magyarázni nem tudjuk, mint közvetlenül a mellékvesékre kifejtett izgalom útján, a mit nyomós érv gyanánt támogat még a mellékveséknek már egy hónapi kezelés után talált lényeges hypertrophiája. *Nézetünk szerint tehát a szervezetbe bevitt pusztuló veseelemek termékei izgatják s következményes hypersecretiora serkentik a mellékveséket, a mi viszont állandó adrenalinaemiát valamint vérnyomásemelkedést von maga után és végeredményben a mellékveséknek, nevezetesen velőállományuknak túltengésével jár;* e folyamat pedig rövidebb-hosszabb idő alatt többnyire kifejezett acut parenchymás nephritis útján a kisérleti állatot elpusztítja. Hogy pedig itt csakugyan adrenalinaemiáról, illetőleg adrenalinhatásról van szó, arra még ex juvantibus következő kisérleteink engednek következtetni. *Korányi* tanár és *Schrank* kisérleteiből

ismeretes lévén a jodipin, illetve a sesamolaj gátló képessége az adrenalinnal szemben, a sesamolajat egy időben adagoltuk a vesével kezelt nyulaknak, hogy megállapitsuk, vajjon a sesamolaj a szerintünk ilyenkor a szervezetben túlságosan képződő adrenalinnal szemben is tud-e gátló hatást kifejteni.

És csakugyan az igy kezelt állatok nagyobb részeben eleinte teljesen elmaradt az adrenalinaemia és csak néhány heti kezelés után kaptunk elvétve adrenalinreactiót, ellentétben a tisztán veseinjectiókkal kezelt nyulakkal, a melyeken kivétel nélkül, minden esetben positiv eredményt tudtunk elérni. Eltérést mutattak ettől az uranvesével kezelt állatok, a melyek az egyidejű sesamolajadagolás ellenére is mutattak adrenalinaemiát, habár kisebb mértékben és nem is mindig állandóan.

Meg kell vallanunk, hogy nem birunk még ezideig biztos magyarázattal szolgálni a sesamolajnak az adrenalin ellen kifejtett hatására, mely egyaránt megvan a kivülről a szervezetbe bevitt és az abban képződött adrenalinnal szemben. Legfeljebb csak azon egyéb körülményekre irányithatjuk a figyelmet, a melyek a legújabb közlések szerint szintén bizonyos antagonismust mutatnak az adrenalinnal szemben. Idevágnak *Schrank* kisérletei, melyek a spermin antagonista viselkedését bizonyitják, továbbá *Biedl* és *Offer* észlelete a ductus thoracicus nyirokjának adrenalinellenes hatásáról, valamint *Falk* kisérletei, a kinek sikerült chemotaxisos anyagok adagolásával az intravenásan adott adrenalinnak arterionekrosist okozó hatását megakadályozni. Rövid idő előtt meg a pankreasfunctio befolyását észlelte *Loewi O.* az adrenalin mydriasisos hatására. S ha ezen észleletek nem is tárják fel nekünk a sesamolajhatás mechanismusát, mégis talán utat és módot szolgáltatnak e kérdés behatóbb vizsgálatára.

Legfontosabbnak azonban annak megitélése látszik, vajjon a különböző körülmények között, nevezetesen a nephritisben, egy- vagy kétoldali nephrektomia után s végül veseinjectiók után keletkező adrenalinaemia egységesen hogyan értelmezhető. A mi első sorban a nephrektomizált nyulakat illeti, ezekben minden bizonnyal anyagcseretermékeknek a szervezetben való felhalmozódásáról, vagyis olyan anyagok jelenlétéről van szó, a melyeknek toxikus tulajdonságai már eléggé ismeretesek. És minthogy a mellékvesék mindenféle méreggel szemben módfeletti érzékenységet szoktak tanúsitani, könnyen érthető, hogy a vesefunctio teljes kiesése, mint kétoldali nephrektomia eseteiben, vagy csak e functio súlyosabb alteratioja, mint egyoldali vesekiirtásnál, a mellékvesék izgalmát elő tudja idézni. E mellett egészen számon kivül hagytuk a vese hypothesises belső secretioját, a mely itt esetleg szintén számbajöhet, persze, hogy mennyire, az megitélésünk alá nem eshetik.

Hogyan értelmezzük azonban a veselobban talált adrenalinaemiát, különösen olyan esetekben, a melyekben nem lehet szó nagyobb mennyiségű anyagcseretermék retentiojáról? Szükségét érezzük annak, hogy kisérleteink alapján ráutaljunk arra a lehetőségre, hogy itt ugyanolyan körülményekkel állunk szemben, mint a milyeneket kisérleteinkben mesterségesen előidéztünk.

A veséknek esetleges toxikus vagy erőművi sérülése, károsodása, pusztuló veseszövet felszivódására vezet, a melynek termékei a keringésbe jutva, a kisérleteinkben is felismert hatást fejtik ki a mellékvesékre. Hogy pedig az igy létesülő állandó adrenalinaemia nem lehet közömbös az amúgy is kóros vesékre, azt bizonyitja a nyulainkban végezetül keletkezni szokott nephritisen kivül annak a ténynek az ismerete is, hogy az adrenalinnak vérnyomást fokozó hatásán kivül toxikus hatása is van; ez utóbbi *Fischer* és főleg *Braun* említett vizsgálatai által nyert beigazolást s nézetükhöz *Falk* is teljes mértékben csatlakozik.

Felvehetjük ezek szerint azt, hogy az amúgy is pathologikus állapotban levő vesékből a mindenek szerint káros befolyású állandó adrenalinaemia hozzájárulása folytán mindig újabb és újabb izgalmak jutnak el a mellékvesékhez. S igy bezárul a circulus vitiosus, a mely előbb a megbetegedett veséből felszivódó anyagok szolgáltatta inger folytán a mellékvesék túlságos működéséhez és következményes túltengéséhez vezet, majd pedig az állandó adrenalinaemia és a talán más irányban is megváltozott mellékvesefunctio által hozzájárul az idült veselob feltartóztathatlan mivoltához.

A feltevések eme lánczolatának lényeges alapköve a nephritisek mellékvesehypertrophiájának ténye, a mely különösképen még rövid idő előtt is teljesen észrevétlen maradt és csak a közelmultban tünt fel először *Wiesel*-nek.

A II. sz. kórbonczolástani intézet nagy hullaanyagán ez irányban eddig már 34 esetben végzett vizsgálataink a következő, rövidre vont eredményeket szolgáltatták:

Acut és subacut veselobban többnyire a mellékvesék kisebb fokú megnagyobbodását és a velőállomány kifejezettebb duzzadását találjuk, melyben azonban górcsövileg a kéreg és velőállomány határa élesen megtartott. Idült parenchymás vagy interstitiális nephritisekben állandóan és többnyire lényegesen megnagyobbodottnak találjuk a mellékveséket és a velőállomány hypertrophiáján felül a kéregnek festékben dús zona reticularisa lép az előtérbe nagyobb arányú megszélesbedésével. Górcsövileg kifejezetten szembeötlik a velőállomány sejtjeinek az a tendentiája, hogy a kéregállomány sejtjei közé burjánoznak, a mi által egyes kisebb-nagyobb sejtcsoportjai leválasztatnak és szigetszerűen bennfoglaltatnak a velőállomány sejtjei között. A velősejtek általában kisebbnek látszanak a rendesnél és igen sűrűen fekszenek egymás mellett.

A megszélesbedett zona reticularisban igen nagy mennyiségű festékkel találkozunk, a mely részben finom szemcsék, részben igen durva rögök alakjában látható; e mellett az egyes sejtek is lényegesen megnagyobbodottak. Némely esetben az egész kéregállomány kötőszövetes váza cirrhosisos megszaporodást és megvastagodást mutat, helylyel-közzel gömbsejtes beszüremkedéssel.

Legrövidebb összefoglalásban ezek volnának azon elváltozások, a melyekkel a mellékvesékben chronikus nephritis eseteiben találkozunk és a melyeknek összefüggése az adrenalinaemia fennállásával és valószinűleg a vérnyomás emelkedésével is mindenek szerint igen bensőnek mondható. Míg az adrenalinaemiához való vonatkozás körülbelül tisztán látható, addig az utóbbit illetőleg a kérdés sokkal bonyolultabb természetű. Az adrenalininjectio okozta vérnyomásemelkedés, mint már emlitettük, csak múló természetű és a nyomás a vérben keringő adrenalin ellenére is leszáll magaslatáról még a rendes nyomás alá is. Ezzel szemben hangsúlyoznunk kell azt, hogy lényegesen másnak kell tekintenünk a viszonyokat az állandó adrenalinaemiában, mint az egyszerű injectiókor s igy a vérnyomásnak az utóbbi esetben talált viselkedését az adrenalin folyton megújuló mennyiségének a vérben való keringésekor nem várhatjuk.

Tekintettel kell lennünk az eltérő viszonyokra az érelváltozások megitélésekor is, a melyeket az intravenás injectiókkal kisérletileg elő tudunk idézni, mig a mellékvesék hypersecretioja által okozott adrenalinaemia ilyen elváltozásokkal nem jár. Való azonban, hogy az érmegbetegedés a nephritisesekben régen ismert dolog, zsugorvese eseteiben ugyanis állandóan találtak a parenchymás szervek apró gyüjtőereinek falzatában degenerativ folyamatokat olyankor is, mikor az aorta falzata a tulajdonképeni sclerosisos elváltozásoktól mentesnek volt mondható. S habár a szerzők általában az adrenalin okozta elváltozást, az arterionekrosist, az arteriosclerosistól mereven el szokták különiteni, *Braun* előbb említett eredményei nem engedik meg, hogy e kérdést végleg eldöntöttnek tekintsük.

Hogy a mellékveséknek adrenalinaemia képében nyilvánuló hyperfunctioja valóban alkalmas arra, hogy a Bright-kórnak legalább klinikai képét előidézze, tanusitja többek között az a két meglepő eset, melyet *Neusser* emlit idézett monographiájában. Mindkét esetben mellékvesedaganat volt jelen és klinikailag a drótszerű pulsus, a szivtúltengés és a fennálló albuminuria idült nephritis diagnosisára indított, a bonczoláskor azonban a vesék teljesen épnek bizonyultak. Megjegyezzük, hogy tapasztalat szerint feltehető a mellékvese újképleteiről, hogy e szerv működését ellátják, sőt akár fokozott mértékben is, a mennyiben a mellékvesék teljes daganatos elfajulásakor, ellentétben más természetű megbetegedésükkel, igen gyakran ki szokott maradni az *Addison*-féle tünetcsoport.

A chronikus nephritis tünetei közül tehát a vérnyomás fokozódása s vele kapcsolatban a szivtúltengés is magyarázatot találhatna az adrenalinaemiában, sőt *Bieberfeld* nemrég megjelent közlése szerint adrenalinnal állatokon kisérletileg polyuria idézhető elő, a mi ugyancsak emlékeztet a chronikus interstitialis nephritisben fennálló polyuriára.

Nagyobbszámú körülmény csoportosul tehát oly complexummá,

a mely bizonyos nyomatékkal hangsúlyozza annak fontosságát, hogy a vese idült lobosodásaiban egy valóságos rendszer megbetegedését keressük, a melynek a veséken kivül kiegészitői a mellékvesék is. Ezen nézetünk, mely kisérleteinken és bonczolástani leleteinken alapul, a következő zárószavainkban nyer indokolást:

1. *Nephritises egyének vérsavójában adrenalin van kimutatható mennyiségben.*

2. *Idült nephritisben állandó lelet a mellékvesék túltengése és a velőállománynak a kéregállományba való burjánzása.*

3. *Veseállománynak a szervezetben való felszivódása adrenalinaemiát és vérnyomásemelkedést okoz s idővel mellékvesetúltengésre vezet.*

4. *Sesamolaj adagolásával nemcsak a kivülről a szervezetbe bevitt adrenalin hatásával szemben érhetünk el a legtöbb esetben gátlást, hanem azzal az adrenalinnal szemben is, a mely magában a szervezetben túlságos mértékben képződik.*

**Irodalom.** *Kohn:* Arch. f. mikrosk. Anat. 53. kötet. Anatom. Anz. 15. kötet. Merkel-Bonnet, Ergebnisse, 12. kötet. — *Schur* és *Wiesel:* Wiener klin. Wochenschrift, 1907. 40. szám és Deutsche med. Wochenschrift, 51. szám. — *Eichler:* Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 46. sz. — *Pal:* Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 42. szám. — *Schlayer:* Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 46. szám. — *Neusser:* Die Erkrankungen der Nebennieren. Nothnagels Handbuch, XVIII. kötet. — *Tiegerstedt:* cit. *Lüdke:* Münchener med. Wochenschrift, 1905. 30. szám. — *Riva-Rocci:* cit. ugyanott. — *Ascoli:* Vorlesungen über Urämie. — *Lindemann:* Annales de l'Institut Pasteur, 17. kötet. — *Nefedieff:* Ann. de l'Institut Pasteur, 15. kötet. — *Ehrlich* és *Morgenroth:* Berliner klin. Wochenschrift, 1900. 21. szám. — *Korányi S.:* Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 17. szám és 1907. 5. szám. — *Schrank:* Zeitschrift f. klin. Med., 65. kötet, 5—6. füzet. — *Biedl* és *Offer:* Wiener klin. Wochenschrift, 1907. 49. szám. — *Falk:* Zeitschrift für exp. Path. IV. kötet, 2. füzet. — *Loewi O.:* Vortrag in der k. k. Gesellschaft d. Ärzte in Wien, 1907. — *Fischer:* Münchener med. Wochenschrift. 1905. 43. szám. — *Braun:* cit. Centralblatt f. d. med. Wissensch., 1907 deczember 14. — *Jores:* Virchow's Archiv, 178. kötet. — *Bieberfeld:* Pflügers Archiv, 119. kötet.

## Kiütéses hagymáz a vörheny hámló szakában.

Közli: ***Vidor Emil*** dr., budapesti gyakorló orvos, a magy. kir. államvasutak orvosa.

A bécsi cs. kir. Rudolf-kórházban 1882—1883-ban általam gyógykezelt 116 kiütéses hagymáz-esetnek legérdekesebbikét a következőkben közlöm.

D. J. 14 éves napszámost 1883 január 26.-án a Sterngasse-i előljárósági rendőrfogházból kiütéses hagymáz diagnosisával szállitották a Rudolf-kórház II. belorvostani osztály elkülönitett osztályára.

A beteg, kinek jobb felkarján (deltoideusán) krajczárnyi égésseb volt látható, azt állitá, hogy 3 nap előtt rázóhideg, fejfájás, nyelési nehézségek és heves láz tünetei közt betegedett meg. A kiütés kitörése felől semminemü felvilágositást sem tudott adni. Felvételkor hőmérséklete 39·2 C$^0$.

*Jelenállapot:* A jól táplált és ép szervezetü beteg arczának és tarkójának felhámja kissé pikkelyező, különben az egész testén scarlatinás vörösség, legerősebben a törzsön és felső végtagokon, gyengébben az alsó végtagokon. Mindkét szem kötőhártyája hurutos. Erős orr-, garat- és légcsőhurut. A mandolák dagadtak, lepedék nélküliek. Csekély tüdőhurut.

A beteget alig $^1/_2$ órás ott tartózkodás után a scarlatina-osztályra szállitották. Chinidint és kali hypermanganicumos toroköblitést kapott. Esti hőmérséke 39·5$^0$. Az égéssebre ol. lini et aq. calcist alkalmaztunk.

Január 27. A reggeli hőmérsék 38$^0$. A virágzás szakában levő vörheny az egész törzsre és a végtagokra kiterjedt. Az arczon, a tarkón és a két kulcscsont alatt némi hámlás. A mandolák erősen duzzadtak, meglehetősen lepedékesek. A gyógyitás ugyanaz. Az esti hő 40$^0$.

Január 28. Reggel az érverés 66, a hőmérsék 37·6, a scarlatinás vörösség legélénkebb a végtagokon, gyengébb a hason és a háton. A mellkason kezdődő, a tarkón és az arczon továbbhaladó hámlás. A mandolák állapota változatlan. A gyógyitás ugyanaz.

Január 29. A hőmérsék reggel 38$^0$, a scarlatinás vörösség mindenütt halványul. A toroktünetek szünőfélben. Esti hőmérsék 39·2$^0$. A beteg igen somnolens. A gyógyitás ugyanaz.

Január 30. A reggeli hőmérsék 39$^0$. A nyakon és a törzsön erős hámlás mutatkozik; a beteg nagyon apathiás; a toroklob majdnem megszünt, a beteg apathiájában különben is nehezen birható a toroköblitésre, tehát csak chinidint kap. Az esti hőmérsék 39·5 C$^0$.

Január 31. A reggeli hőmérsék 40·2$^0$, a hámlás rendkivül bőséges, nevezetesen a törzsön a bőr tenyérnyi nagyságú czafatokban húzható le. A garat és torok elhalványodott. Nagy sopor, a vizeletben nincsen fehérje; az esti hőmérsék 41$^0$.

Február 1. Reggel az érverés 96, a hőmérsék 40·2, este 40·6, mély sopor, némi tüdőhurut, a hámlás továbbhalad.

Február 2. Reggel az érverés 90, a hőmérsék 40·5$^0$. Mindinkább terjedő hámlás mellett legkifejezettebben a végtagok friss felhámján jól látható, *meglehetős sürü roseolakiütés* jelentkezik, szórványosan papulás kiütéssel. A beteg soporja fokozódik, erős lépduzzadás, tüdőhurut. Most már typhus exanthematicus diagnosissal a külön osztályba helyezik át. A chinidint tovább kapja; délben a pulsus 91, a hőmérsék 40; délután a pulsus 100, a hőmérsék 39·8$^0$, este 40·1$^0$.

Február 3.-án reggel a nyugodtan fekvő beteg pulsusa 96, hőmérséke 40·3$^0$; kora reggel epés hányás és állandó erős kábultság; sürű kiütés boritja az egész testet, többnyire roseola, csak elvétve egy pár papula. A beteg különös tarka, csikos, szinte groteszk látványt nyujt a friss világosvörös roseolakiütés miatt, mely a friss bőrön igen sürűn áll fenn és furcsán ellenkezik a még ott tapadó, de könnyen levonható epidermissel. Ha ezt az epidermist leválasztjuk, a friss felhám friss és élénkvörös roseolával sürűn bevontnak látszik. A déli hőmérsék 40$^0$; délután a pulsus 108, a hőmérsék 40$^0$, este 40·2$^0$, átlag *40·1*$^0$.

Február 4.-én reggel a pulsus 96, a hőmérsék 39·4$^0$, délben 40·3$^0$; délután a pulsus 120, a hőmérsék 39·8$^0$, este 39·7$^0$, átlag *39·8*.$^0$ Továbbhaladó hámlás mellett a roseola-exanthema gyarapodik; a beteg állandóan soporosus, nyelve ragadós, nedves; igen nagy lépdaganat.

Február 5.-én a hőmérsék reggel 38·8$^0$, délben 39·1$^0$; délután a pulsus 96, a hőmérsék 39$^0$; este 38·3$^0$; különben egyforma állapot és a gyógyitás is ugyanaz.

Február 6.-án reggel a hőmérsék 37·6$^0$, délben 38·4$^0$; délután a pulsus 96, a hőmérsék 38$^0$; este a pulsus 84, a hőmérsék 37$^0$; a kiütés valamivel halványabb, különben egyforma állapot.

Február 7. A hőmérsék reggel 37$^0$, délben 38·4$^0$, délután 38·7$^0$, este 39$^0$; status idem.

Február 8. A scarlatinás hámlás különösen erős a végtagokon; a typhusos exanthema elhalványodott; az égésseb a karon teljesen behegedt; a beteg nagy fokban apathiás. A nyelv nedves, a hőmérsék reggel 38·5$^0$, délben 38·6$^0$, délután a pulsus 72, a hőmérsék 38·9$^0$, este 37·6$^0$.

Február 9.-én reggel 37·5$^0$, délben 37$^0$, este 37·7$^0$ hőmérsék.

Február 10.-én reggel a hőmérsék 36·6$^0$, a beteg tiszta öntudatra kezd ébredni, nagy éhségről panaszkodik; sine medicamine, pecsenye és bor adagolása; a hőmérsék délben 37$^0$, délután 37·4$^0$, este 37·8$^0$.

Február 11.-én reggel a hőmérsék 36$^0$, délben 36·1$^0$, délután 36·9$^0$; este 36·5$^0$.

Február 12.-én reggel a hőmérések 35·8$^0$, a bal mellüregben 3 harántujjnyi magasságban transsudatum, subjectiv zavar nélkül; a vizeletben fehérje nincs; a vörhenyes hámlás még mindig igen dús.

A hámlás teljes befejeződése és a bal mellüregben levő transsudatumnak felszivódása után az euphoriában levő beteget első izben február 25.-én fürösztöttük meg és ismételt fürösztése és megerősödése után márczius 30.-án 61 napos kórházi tartózkodás után egészségesen elbocsátottuk.

*Epikrisis.* A beteget typhus exanthematicus diagnosissal küldötték kórházunkba és mint ilyent a kiütéses hagymáz-osztályra hozták.

Alig $^1/_2$ órányi ott tartózkodás után a scarlatina-osztályra helyezték át, a hol tartózkodásának 7. napján határozottan *roseola* volt rajta észlelhető, minek következtében ismét a kiütéses hagymáz-osztályba helyezték vissza.

Most az a kérdés merül fel, hol történt a typhusos fertőzés? Vajjon még a typhus exanthematicus járvány fészkének hirében álló Sterngasse-i rendőrfogházban történt-e, a honnan kétségtelenül fennállott scarlatinával és már kiütéses hagymázzal is fertőzve került kórházunkba, hol az utóbbi a scarlatina lefolyása közben mutatkozott, vagy nem fertőződött-e a scarlatinás beteg a hagymázos szobában $^1/_2$ óráig tartózkodása alatt.

A typhus-osztály ápolószemélyzete által való fertőzés kizártnak tekintendő, minthogy az ápolóknak a typhus-osztályról távozniok nem volt szabad és szigorúan ott voltak elszigetelve.

Az orvosok pedig a typhus-osztályt csak a többi visit végeztével látogatták és ezt is, hogy minden tovaterjedésnek elejét vegyék, a legszigorubb óvrendszabályok szemmeltartásával végezték. Nemcsak hogy felső ruháikat már az előszobában levetették és az ott készenlétben állott sterilizált, nyakig érő köntösökben látogatták a betegeket, hanem még carbollal való legtüzetesebb fertőtlenítésnek is alávetették magukat.

E helyt még megemlítendő, hogy az egész idő alatt, mig a beteg egy másik vörhenyes beteggel a külön osztályon feküdt, semmi ok sem volt arra, hogy közvetlenül a typhus-szobák látogatása után a scarlatinás külön osztályba menjünk át.

A betegnek az orvosok általi fertőzését annál jogosabban lehet kizártnak tekinteni, mert egy kórteremben sem történt általuk fertőzés.

Habár minden kiütéses hagymáz-esetnek fertőzőképességét el kell ismerni, mégis minden gyakorlott kórházi orvos azon tapasztalatra jutott, hogy úgy az orvosi, mint az ápolószemélyzet, sőt oly kórházakban, a hol az elkülönítés nincsen meg, a többi beteg is, különösen azok, kik fertőző vagy egyéb lázas betegségben szenvednek, az esetleges infectio ellen mindaddig immunisnak mutatkoznak, mig egy *különösen súlyos eset* úgy az orvosi, mint az ápolószemélyzetre és a többi betegre nézve is fertőzőnek mutatkozik. Egyébként a lázas betegek (a gümőkórosak kivételével) ellentállóbbak szoktak lenni, mint a nem lázas idült betegek.

Azon időben tehát, midőn betegünk fél órát töltött a kiütéses hagymázban szenvedők kórszobájában, nem volt ott egyetlen oly esetünk sem, melynek különösen nagy fertőzőképességet tulajdonithattunk volna, a mennyiben az orvosok és ápolószemélyzet közül akkor még egy sem betegedett meg.

A beteg saját állitása szerint megbetegedésének 3. napján, illetve a rázóhideg bekövetkezte után kifejezett vörhenynyel jutott felvételre és már a kórházban való tartózkodásának második napján hőmérséke 37°-ra csökkent, miglen a vörhenyes kiütésnek egyidejű elhalványulásával, a torokbeli tünetek megszünésével és a hámlással, a nélkül, hogy a vesékben valami kóros elváltozás lett volna kimutatható, a következő napon a hőmérsék 38 és este 39·2°-ra emelkedett.

Minthogy azonban a prodromális szak rendszerint 2—3 napig tart és az exanthema rendesen a reá következő 6. napon mutatkozik, nagyon közeli a gyanú, hogy a beteg a kórházon kivül fertőzte magát és rajta mint kétségtelenül vörhenybetegen a typhusos fertőzés csak az elsődleges megbetegedés lefolyása után érvényesülhetett, azaz a beteg a vörhennyel és a typhus exanthematicussal egyidejűleg fertőzte magát valamely ragályfészekben.

Meglehet, hogy a kiütéses typhusnak legelső, szórványosan jelentkezett foltjai az első, sőt talán a második napon is a vörhenyes kiütés miatt elkerülték figyelmünket és csak tömegesebb jelentkezésük idején ötlöttek fel. Minden őszinte klinikus kell hogy koncedáljon ilyen eshetőséget, melyet a scarlatina utáni bőséges hámlás mellett és az esetnek valóban páratlan volta miatt érthetőnek is fog találni! Habár esetemben a kettős és egyidejű fertőzés bizonyosságát mathematikai pontossággal nem is mutathatjuk ki, mindazonáltal hiszem, hogy idővel hasonló esetek gyüjtése által ama kérdés, hogy a contagiosus betegségekkel való egyidejű fertőzés valószinű-e vagy sem, véglegesen és meg nem támadható módon az emlitett értelemben fog megoldást találni.

# A Pirquet-féle cutanreactióról és Detre-féle módosításáról.[1]

Irta: ***Blumenfeld Sándor*** dr., belklinikai II. tanársegéd.

(Vége.)

*Más betegségben szenvedők elkülönitő reactiói.*

| A betegség neme | A betegek száma | Tömény Koch-tuberculin + | Tömény Koch-tuberculin − | 25%-os (Pirquet) tuberculin + | 25%-os (Pirquet) tuberculin − | Human filtratum + | Human filtratum − | Bovin filtratum + | Bovin filtratum − | 1/2%-os carbolvíz + | 1/2%-os carbolvíz − |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Felnőttek** | | | | | | | | | | | |
| Sclerosis multiplex | 1 | 1 | — | 1 | — | — | 1 | 1 | — | — | 1 |
| Enteritis catarrh. | 2 | 2 | — | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 2 |
| Tumor lienis | 1 | 1 | — | 1 | — | — | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Insuff. aortae | 1 | 1 | — | 1 | — | — | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Emphysema pulm. | 4 | 3 | 1 | 3 | 1 | — | 4 | 1 | 3 | — | 4 |
| Pneumonia crouposa | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 2 | — | 2 |
| Tumor abdominis | 1 | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | — | 1 |
| Diabetes mellitus | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Nephritis chronica | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Stenosis pylori | 1 | 1 | — | 1 | — | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Endocarditis chronica | 1 | 1 | — | 1 | — | — | 1 | 1 | — | — | 1 |
| Insuff. bicuspidalis | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | — | 1 | 1 | — | 2 |
| Tetania | 1 | 1 | — | 1 | — | — | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Haematuria | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Influenza | 2 | 2 | — | 2 | — | 1 | 1 | — | 2 | — | 2 |
| Typhus abdominalis | 5 | 2 | 3 | 1 | 4 | — | 5 | 1 | 4 | — | 5 |
| Catarrhus ventriculi chr. | 1 | 1 | — | 1 | — | — | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Defectus nasi | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Phlegmone brachii | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Osteomyelitis | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 |
| **Gyermekek** | | | | | | | | | | | |
| Hypospadiasis | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Osteomalacia | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Fractura cruris | 1 | 1 | — | 1 | — | — | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Pes varus | 1 | 1 | — | 1 | — | — | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Mastoiditis | 2 | 2 | — | 2 | — | — | 2 | — | 2 | — | 2 |
| Cicatrices post combustion. | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Typhus abdominalis | 1 | 1 | — | 1 | — | 1 | — | — | 1 | — | 1 |
| Diphtheria faucium | 8 | 3 | 5 | 2 | 6 | 2 | 6 | 2 | 6 | — | 8 |
| Scarlatina et diphtheria | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Scarlatina | 10 | 5 | 5 | 2 | 8 | 1 | 9 | 1 | 9 | — | 10 |
| Egészséges csecsemő | 9 | — | 9 | — | 9 | — | 9 | — | 9 | — | 9 |

Tehát mindig a legnagyobb számban a tömény tuberculin helyén keletkezett reactio, míg a filtratumokén csak félannyiszor, vagy még ritkábban. *Nagelschmidt*, *Goebel* és mások ama nézete, hogy meglehetősen közömbös dolog, vajjon töményen vagy pedig 1—100 higitásban haszáljuk-e a tuberculint, már itt sem bizonyul valónak, hiszen már a tömény és a 25%-os tuberculin között is van 10—20% különbség. Nagyobb számú részint gümőkóros, részint erre gyanus beteget vizsgáltunk meg ilyen irányban s kitünt, hogy 10%-os higitással még kapunk kifejezett papuláris reactiót, az 1%-ossal csak ritkán, az 1000 és 10,000-szeressel pedig sohasem.

Ha már most a *Detre*-féle elkülönitő eljárás szerint osztályozzuk eseteinket, a következőképen oszlanak meg a biztos gümőkórosak a human, bovin, illetve acut vagy chronikus typusú reactiók szerint. A rövidség kedvéért a kettőt egybe foglaltuk.

| | Acut human | Acut bovin | Chronikus human | Chronikus bovin | Acut vegyes | Chronikus vegyes |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Csont- és izületgümőkór | 1 | 1 | — | 8 | — | 3 |
| Tüdőgümőkór | 2 | 4 | 9 | 10 | — | 11 |

Mindenesetre feltünő, hogy a gyermekek tuberculosisában a csont- és izületi gümőkór 16 esete közül 9 esetben bovin typusú reactiót kaptunk, vagyis 56·2%-ban, a mi tekintve a *Heim* és *John* eseteiben kapott 84%-ot, korántsem mondható soknak. Tény gyanánt állithatjuk, hogy valami viszony a gyermekek sebészi gümőkórja és a bovin typusú filtratum között van, azonban korai volna még ebből arra következtetni, hogy a sebészi gümőkóreseteknek tekintélyes része bovin fertőzés, hiszen a nagyszámú kisérletes vizsgálat sem bizonyitja ezt.

Vizsgáljuk már most közelebbről a *Detre*-féle elkülönitő eljárás értékét a tuberculosis korai diagnostikájában. Mint tudjuk, *Detre* abból indult ki, hogy a szervezet immunitásos reactiói legkifejezettebben az immunitást kiváltó anyag ellen irányulnak s ebből következteti, hogy az illető dominálo filtratumnak megfelelő fertőzés történt. Mindenesetre szellemes és jól magyarázható a *Detre* elkülönitő eljárása, azonban a milyen jó és szép az elméletben, ép oly kevés az értéke vizsgálataink mai állása szerint a gyakorlatban. Ha el is tekintünk attól, hogy *Spengler*-nek és követőinek, igy *Detré*-nek is ama nézete, hogy az emberi tuberculosis nagy százalékában vegyes, azaz human és bovin bacillusok okozzák a fertőzést, illetőleg csak bovin typusúak az esetek, még megerősitésre szorul; feltünik még az is, hogy a biztos gümőkóreseteknek elég nagy százalékában, hol a *Pirquet*-reactio (25%-os tuberculinnal) positiv, sem human, sem bovin filtratumra reactio nem keletkezett. Tehát, ha már a kettős fertőzés elmélete alapján állva szemléljük a dolgot, akkor is valamilyen fertőzést, akár bovin, akár human filtratumra, mutatni kellene a reactionak, persze feltéve, hogy a *cutan reactio* egyáltalában specifikus, azaz csakugyan megmutatja minden esetben, hogy gümőkóros-e az illető vagy nem. *Detre* eljárása csak akkor fog megerősitést nyerhetni és gyakorlati értékkel birni, ha sikerül majd valami úton-módon első sorban kimutatni azt, hogy csakugyan van vegyes, illetve human és bovin typusú bacillussal történt fertőzés. A mai eljárásokkal, a *Spengler*-féle elkülönitő festésmóddal, szerény véleményem szerint ezt nem sikerül elérni, sőt nem sikerül ez az esetek legnagyobb számában a tenyésztéssel sem, a mint ezt a következő vizsgálatok eredményei bizonyitják.

A svéd bizottság *(Henschen, Jundell, Svenson)* 5 felnőttből (16 éven felül) és 9 gyermekből 14 törzset tenyésztett ki, de egyikük sem bizonyult bovin typusúnak. Egy eset sem volt biztos alimentaris tuberculosis.

*Fibiger* és *Jensen*-nek 12 gyermekből származó törzsei közül, 5 bizonyult marhákra pathogennek. A gyermekek kora 4 hónapostól 12 évesig terjedt; valamennyi biztos alimentaris tuberculosis volt.

*Orth* adatai szerint *Beitzke* vizsgálatai alapján a gyermekek tuberculosisának 8%-a bovin typusú és mivel pár esetben a törzs kétes magatartású volt, *Spronck* állitását, hogy a gümőkóros gyermekek 20%-ában typus bovinus található, elfogadhatónak találja.

*Spronck* Utrechtben 0—7 éves 11 gümőkóros gyermekben 2 typus bovinust, 8—17 év közötti 9 fiatal gümőkóros egyénben csak typus humanust és 18—79 éves 12 gümőkóros egyén közül egyben kapott typus bovinust.

*L. Rabinovitsch* 20 esetéből 2-t talált typus bovinusnak a nyúlvizsgálat alapján.

*Damman* és *Mussmeier* emberből kitenyésztett 18 törzsből 1-et talált marhára pathogennek.

*Gaffky* 57 gümőkóros gyermekhullából 53 esetben typus humanust tenyésztett ki, pedig több volt közöttük az elsődleges béltuberculosis; 2 esetben a vizsgálat nincsen befejezve és 2 esetben nem sikerülvén a tenyésztés, ez alapon typus bovinusra gondol. *Goodale* szerint *Smith*-nek 9 nyaki tuberculosisból és adenoid vegetatiókból kitenyésztett tenyészetéből 4 bovin typusú.

*Weber* szerint a német egészségügyi hivatalban 1907 áprilisig megvizsgált esetekben a typus humanus és typus bovinus a következő viszonyt mutatja:

*86 gyermekből* kitenyésztett 117 törzs 63 esetben typus humanus fertőzésre utalt és csak 21-ben typus bovinus fertőzésre, 2 esetben pedig typus human + typus bovinus, vagyis kettős fertőzés volt. Ez esetekből 20 elsődleges bél- és mesenteriális mirigyfertőzés és ebből 13 bovinusnak és 7 typus humanusnak bizonyult. Ellenben a csont- és izületgümőkór 27 esetéből csak 1 volt bovin typusú.

*A felnőttekre* vonatkozó 54 eset a tenyészet alapján mind typus humanusnak bizonyult, 1-ben azonban typus bovinussal való kettős fertőzés volt.

Csont- és izületgümőkór 11 esete közül mind a 11-ben human typusú volt a kórokozó bacillus.

*Az angol bizottság* 60 esetéből 14 bizonyult typus bovinusnak; még pedig 1 esetben a köpetből, 3 esetben a nyaki mirigyekből és 10 esetben a hasüregi szervekből tenyésztették ki a bacillust.

*John, Mohler* és *Henry Washburn* Washingtonban 9 gyermekből 2 typus bovinust és 9 köpetből 1 typus bovinust tenyésztett ki.

*Jancsó* és *Elfer* 92 esetből egyben sem talált typus bovinust; az esetek közül 20 gyermek volt, elsődleges hasgümőkór azonban egy sem volt.

A fenti észlelők tehát 472 eset közül 58-ban kaptak typus bovinust, vagyis az esetek 12·3%-ában. Meg kell azonban jegyeznem, hogy a legtöbb bovin typust elsődleges béltuberculosis-eseteik szolgáltatták.

Lássuk már most más szempontból is az elkülönitő eljárást. *Detre* t. i., mint dolgozatom elején már emlitettem, az egyes filtratumreactiók nagyságbeli viszonyaiból a tömény tuberculinhoz képest a folyamat acut vagy chronikus, illetőleg activ vagy inactiv voltára következtet. Hogy teljesen objectiv legyek, ki kell jelentenem, hogy ilyen értelemben sincs meg az elkülönitő eljárásnak gyakorlati értéke. Nem akarom az egyes eseteket, klinikai észlelésünk és a betegség lefolyása szerint szembe állitva, a nyert cutanreactiók értékével külön-külön felsorolni. Csak egy-kettőt akarok megemliteni: Egy 44 éves asszony, kinek tüdőgümőkórja a saját bemondása szerint is 6 évre vezethető vissza, de hozzátartozói állitása szerint már leánykorában is többször volt vérköpése, *acut bovin* typusú reactiót adott. Megjegyezni óhajtom, hogy e beteg már közel egy éve áll észlelésünk alatt és a betegség lefolyása typusa lehetne a chronikus fibrosus tüdőgümőkórnak. Viszont egy 8 éves leánykán, ki 3 hónap óta beteg és a folyamat gyorsan terjed, *chronikus human* typusú reactiót kaptunk. Alig van 4—5 olyan esetünk, a melyben a talált reactio a klinikai képnek megközelitőleg megfelelne.

Meg akarok még emlékezni a 12 bőrgyógyászati és 7 szemészeti betegen kapott reactio eredményéről. Ezt azért tárgyalom külön, mert e 19 esetben csak tömény és 25%-os tuberculinnal oltottam. A 12 bőrgyógyászati beteg közül 6-on bőrtuberculosis (lupus vulgaris) volt és mind a 6 kisebb-nagyobb fokú positiv reactiót adott. Egy lupusos leányon a tömény tuberculinnal oltás helyén képződött papulából 20 cm.-nyi hosszban a felkarra folytatódó piros sáv fejlődött ki, mely teljesen megegyező a lymphangoitis képével. Hat más bőrbajban szenvedő közül 2-ben negativ, 4-ben positiv volt az eredmény; az utóbbiak közül az egyik lupus erythematodes esete volt. A hét szemészeti gyermekbeteg közül mind a 7 positiv; 6 keratoconjunctivitis lymphaticában, a hetedik trachomában szenvedett. A lymphatikus gyermekeken igen kifejezett, erős reactiót kaptunk, azt azonban egyiken sem észleltük, hogy a cutanreactioval esetleg a szemükön levő elváltozás súlyosbodott volna.

Végül még 6 házinyúlon is megpróbáltuk a cutanreactiót, melyet *Vallée* alforti állatorvos tanár kisérelt meg először állatokon; mind a 6 esetben negativ volt az eredmény. A nyulak részint human, részint bovin typusú tuberculosisbacillussal voltak fertőzve. Sajnos, hogy a nyulak nem alkalmasak e reactio végzésére, pedig épen az állatkisérlet volna a legjobb kontroll már arra is, hogy a biztos human vagy bovin fertőzésű állat csakugyan az egyikkel vagy másikkal szemben mutat-e reactiót. Megjegyzem, hogy ügyeltünk arra, a mit *Klemperer* a reactio végzésekor megkiván. Jól leborotválva a szőrt, alkohol-aetherrel zsirtalanitottuk a beoltandó helyet.

Eddig eseteinkből a már emlitett gyermeken kivül 7 felnőtt került bonczolásra. Egy a reactio végzése után 5 nappal, a többi mind 3—6 héttel utána. E hét közül egy klinikailag nem gümőkórosnak tartott egyénben, ki positiv *Pirquet*-reactiót adott (filtratumra nem reagált), csak hosszas keresés után találtunk egy peribronchiális mirigyben borsónyi sajtos góczot. A 6 igen súlyos, előrehaladott tüdőgümőkóros közül 4 a reactiót a halál előtt 2—4 héttel adta, kettő pedig reactiót nem adott. Egy gümőkórra gyanús

kifejezett ophthalmo- és cutan-reactio mellett tuberculin-injectiora is reagált ($^2/_{10}$ mgm.); 4 héttel utána súlyos haemoptoëban elpusztult. A bonczoláskor kitünt, hogy egy kis diónyi aneurysma áttört a tracheába és ez okozta a halálos vérzést. E mellett azonban a bal tüdőcsúcsban jó mogyorónyi, részben elmeszesedett, sajtos betokolt góczot is kaptunk.

A mi a reactio lefolyását, a papula kifejlődését illeti, azt láttuk, hogy a legtöbb egyénen, úgy a gyermekeken, mint a felnőtteken, a reactio már az első 12 óra alatt fejlődött ki, a betegek kisebb részében pedig 12—24 óra alatt és még kisebb töredékében csak ezután. Néhány esetben mi is észleltük, hogy csak 3—4 nap mulva jelentkezett reactio, főként olyan egyéneken, kik igen gyengék voltak, vagy pedig klinikailag egészségeseken. E reactionak *Stadelmann* külön nevet ad *(Spätreaction)*, késői reactionak nevezi. A reactio legtöbbször úgy kezdődik, hogy bizonyos idő mulva piros, beszűrődött, kerekded folt képződik, mely nemsokára papulába megy át és kisebb-nagyobb piros udvarral vevődik körül. Néha a papula közepén urticariaszerű elhalványodás van, máskor a papulákon apró miliáris, tiszta, vagy kissé zavaros tartalmú hólyagocskák támadnak, melyek 24 óra alatt legtöbbször eltünnek. Ezen utóbbi eltérést főként gyermekeken és itt is a csont- és izületgümőkórban szenvedőkön láttuk leggyakrabban. Egy-egy esetben carieses gyermeken a tuberculin beoltásának helyén keletkezett papulából egy, két vagy több nyúlványt láttunk kiágazódni, melyek pirosas alapon ülő göbecskékből állottak és ugyanolyan elváltozáson mentek keresztül, mint a papulák. Egy scrophulodermás gyermeken a könyökhajlat közelében beoltott tömény tuberculin helyén kifejlődött papulával szemben a felkaron megfelelő helyen, mintegy koronányi területen, piros alapon számos kölesnyi göbecse volt látható, melyek némileg tuberculidokra emlékeztettek. Egy esetben sem észleltük azt, a mit *Moro* és *Doganoff* közöl, hogy tudniillik 4 esetükben a cutanreactio jelentkezése után 10—14 nappal elég súlyos conjunctivitis phlyctaenulosát láttak képződni, pedig a szemészeti klinikán észlelt betegeink nagyrésze elég súlyos kerato-conjunctivitis lymphaticában szenvedett, de cutanreactiora az állapot nem rosszabbodott. Egy esetben a megfelelő oldali hónaljmirigyek megduzzadtak s körülbelül 8 nap alatt fejlődtek csak vissza. A legtöbb papula 6—8 napon belül eltünik, miközben a következő elváltozásokon megy át. Mind szederjesebb színűek lesznek, a 3. napon az urticariaszerű elhalványodás eltünik, majd a papula közepén barnás pörk képződik. A papula lassú felületes hámlással gyógyul és csak a pigmentatio visszamaradása mutatja, hogy e helyen valamikor papula volt. E pigment néha hónapok mulva is látható. A mi a papulák nagyságát illeti, azt mondhatjuk, hogy a legnagyobb mindig a tömény tuberculin helyén képződött (10—25 mm.), valamivel kisebb a 25%-os tuberculin helyén (10—20 mm.-ig) és legkisebbek a filtratumos papulák (3—7 mm.-ig és csak ritkán 10 mm.-en felül).

Egy betegünk tiz nappal a reactio végzése után meghalt és így a hullából kimetszettük a papulát szövettani vizsgálatra. A vizsgálatot *Potocky* dr. végezte, a ki a következőket találta. A papillák kötőszövetében, a szőrtüszőkben, az izzadságmirigyek körül élénk gömbsejtes beszűrődés látható. A gömbsejtek egymagvú lymphocytákból, igen kevés leukocytából, plasmasejtből állanak, sűrűn egymás mellé vannak ékelve, sok helyen sokszögletűvé váltak. Helyenként egy-egy világos magvú, nagyobb kötőszöveti sejt is van közöttük, melynek nyúlványai néha távolabbra is követhetők. A hol több ilyen kötőszöveti sejt van, egész hálózatot alkotnak, egymással anastomizálva. A beszűrődésekben tág vérerek foglalnak helyet, az endothelsejtek meglehetősen duzzadtak. Maga a kötőszövet szintén kissé sejtdúsabb, de egyéb eltérés nincs rajta.

Érdekes jelenség az, mit egyébként *Purjesz* tanár az ophthalmoreactio után, *Bandler*, *Kreibich* és mások pedig a cutanreactio után észleltek, hogy a cutanreactio a subcutan tuberculininjectio után néha kiújul.

*K. R.* 15 éves leányon a deczember 20.-án végzett *Pirquet*-oltás positiv reactiót adott; a január 1.-én, tehát 12 nappal később adott 1 mgm. tuberculininjectiora középerős reactio jelentkezett és a már teljesen lezajlott papulák helyén igen erős bőrreactio fejlődött ki, mely intenzitásában jóval felülmulta az elsőt. Mig első izben a két tuberculinoltás helyén 10—12 mm.-es papula fejlődött, addig a kiújuláskor egy-egy 30 mm.-es piros udvarban 20—25 mm.-es papula képződött, melynek szélei elhalványodtak, közepe pedig barnássárga szint öltött. Ugy a tuberculin, mint a bovin filtratum helyén képződött papula igen erősen be volt szűrődve. Hasonló, de kisebb fokú kiújulást láttunk még két esetben ugyancsak tuberculin-injectio után. Egy esetben a régebben végzett és eltünt ophthalmoreactio a *Pirquet*-féle cutanreactioval egyidejűleg újból jelentkezett. E túlérzékenységet épen úgy tnem udjuk megmagyarázni, mint a hogy a tuberculininjectiók alkalmával mutatkozó túlérzékenység óriási ingadozásai sincsenek még kellőleg tisztázva. *Pick* intézetéből *Daels*, ki *Stadelmann* késői reactiós papuláit kórszövettanilag vizsgálta és a papulát a rendes gümő szöveti szerkezetével azonosnak gondolja, valószinűnek tartja, hogy a tuberculinnal nemcsak folyadékot, hanem megölt bacillust, vagy annak törmelékét viszszük a bőrbe, a mely épen úgy előidézhet gümős szövetet, mint az élő gümőbacillus. Szerinte már most akár a *Pirquet*-féle cutanoltással, akár az ophthalmoreactioval valódi, ha még oly kisfokú, de gümős szöveti elváltozást hozunk létre, a mely a később bevitt tuberculinra épen úgy viselkedik, mint a szervezetben bárhol levő gümős góc. Talán így értelmezhetnők *Daels* szerint az ophthalmo- és cutanreactio kiújulását is.

* * *

Tekintsünk vissza már most eredményeinkre. Különösen két csoport statistikája érdemel figyelmet, t. i. a biztos gümőkórosak és a nem gümőkórosak csoportja. Az előbbiben láttuk, hogy elég nagy számban kaptunk negativ reactiót, míg az utóbbiban több mint 50%-ban volt positiv a reactio. Már ezen eredmények is igen kétségessé teszik e diagnostikai eljárásnak specifikus voltát. Felnőtt, nem gümőkóros egyéneken 54·8%-ban kapunk reactiót, vagyis oly egyéneken találkozunk fokozott méregérzékenységgel, kik klinikailag támpontot a gümőkór felvételére nem nyujtanak. Ha a *Naegeli* és *Burkhardt* szomorú statistikai számadatait nézzük, a melyek szerint a boncolt eseteknek 91—97%-ában van gümőkór, ez csak a cutanreactio túlérzékenysége mellett szólana, vagyis feltételeztetné velünk, hogy az illető egyéneken, a kik positiv reactiót adnak, a szervezetben valahol gümős gócz van. Ennek azonban csak kevés gyakorlati értéke lehet, mert mi a korai diagnostikai eljárásokkal nem azt akarjuk elérni, hogy megtudjuk, van-e a szervezetben valahol gümős gócz, hanem azt, hogy az adott kétes esetben gümős-e a baj vagy nem. Eredményeinkben a másik feltünő dolog az, hogy a biztosan gümőkórosokban a negativ esetek száma elég nagy, így 66 közül 20 nem adott reactiót (a *Pirquet*-féle 25%-os tuberculinra vonatkoznak e számok), vagyis ezen egyének a tuberculin iránt érzéketlenek. Tudjuk, hogy igen előrehaladott vagy cachexiás gümőkórosak a tuberculinnak még nagy mennyiségére sem reagálnak és így *Pirquet* szerint a cutanreactiótól sem várhatunk többet mint a subcutan injectiotól. Igen, de e 20 negativ eset közül csak 6 tekinthető cachexiásnak vagy előrehaladottnak, a többi 14 közül csak három részesült hosszasabb időn át tuberculinkezelésben, 11 pedig sem tuberculinkezelésben nem részesült, sem előrehaladott tuberculosisban nem szenvedett. *(Lenhartz, Junker* tuberculinnal kezelt eseteikben szintén nem kaptak positiv cutanreactiót.)

*Pirquet* és később *Wolff-Eisner* is, a cutan- illetve a conjunctiválisreactio leglelkesebb védői, a negativ eredményekből az esetek prognosisára következtettek; más szóval azon esetekben, a melyekben a reactio negativ, rossz a prognosis. *Wolff-Eisner* ezt fontosabb prognostikai jelnek tartja, mint a legjobb klinikai vizsgálatot: 15 negativ esetéből 14 hat hét alatt halt el. Mi sem *Pirquet*, sem pedig *Wolff-Eisner* eme nézetével nem érthetünk egyet, hiszen a 20 negativ reactio esetében csak 6 volt előrehaladott állapotban, és ezek közül 2 csak hónapok mulva halt el, 11 pedig részint javultan távozott, részint a javulás útján még most is kezelésünk alatt áll. A mi tapasztalatainkból, eredményeinkből e reactio nagy jelentőségét a gümőkór korai diagnosisában, prognosisában még nem látjuk, pedig nemcsak prognostikai és diagnostikai nagy jelentőséget tulajdonítanak a cutan- és ophthalmoreactionak a felfedezői, hanem nagy társadalmi jelentőségükről is beszélnek, nagy szerepet tulajdonítva nekik a prophylaxisban, az iskolákban és a hadseregben.

Végeredményképen kimondhatjuk:

1. *A tuberculosis és a Pirquet-féle cutanreactio között*

*valamely szoros összefüggés van ugyan, de specifikusnak ezen reactio a vizsgálatok jelenlegi állása alapján biztossággal nem mondható.*

2. *A positiv reactio nem jelent minden esetben, még gyermekekben sem, biztos gümőkórt, a mint hogy nem minden biztos gümőkór ad positiv reactiót és viszont a negativ reactiók sem bizonyítják, hogy az illető egyén nem gümőkóros.*

3. *Prognostikai értéke a gümőkórosok negativ reactióinak alig van.*

**Irodalom.** *C. v. Pirquet:* Wiener med. Wochenschrift, 1907. 28. szám. — *C. v. Pirquet:* Wiener klin. Wochenschrift, 1907. 1123. oldal. — *Wolff-Eisner:* Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 22. sz. (Diskussion der Berliner med. Gesellschaft, Sitzung vom 15. Mai, 1907.) — *Engel* u. *Bauer:* Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 37. sz. — *Moro* u. *Doganoff:* Wiener klin. Wochenschrift, 1907. 933. oldal. — *Oppenheim:* Wiener klin. Wochenschrift, 1907. 32. sz. — *Bandler* u. *Kreibich:* Deutsch. med. Wochenschrift. — *Detre:* Orvosi Hetilap, 1907. 45. sz. — *Lévy:* Orvosi Hetilap, 1907. 46. sz. — *Purjesz:* Gyógyászat, 1907. 48. sz. — *C. Mainini:* Münchener med. Wochenschrift, 1907. 2164. oldal. és 1907. 52. sz. — *Kentzler:* Orvosi Hetilap, 1908. 1. sz. — *Feer:* Münch. med. Wochenschr., 1908. 2. sz. — *Goebel:* Münch. med. Wochenschrift, 1908. 4. sz. — *Junker:* Münch. med. Wochenschr., 1908. 5. sz. — *A. Wolff-Eisner:* Deutsche med. Wochensch., 1908. 4. sz. — *Stadelmann* és *Wolff-Eisner:* Deutsche med. Wochenschr., 1908. 5., 6. és 7. sz. — A német császári egészségügyi hivatal 1907. évi kiadványai. — *Daels:* Medizinische Klinik, 1908. 2. sz.

# TÁRCZA.

## Megnyitó beszéd.

Az *Országos Közegészségi Egyesület* 1908 április hó 8.-án tartott évi rendes közgyülésén mondotta ***Ilosvay Lajos*** dr., magyar kir. udv. tanácsos, műegyetemi tanár, az egyesület elnöke.

Tisztelt közgyülés!

Korunkat szeretik az önzés korának nevezni. Ez a jelző határozottan igazságtalan. Se államok, se egyesületek, sohasem törekedtek akkora emberszeretettel mozditani elő a közjót, mint épen napjainkban. Arról vitatkozhatunk, hogy vajjon minden állami intézkedés, minden társadalmi egyesülés legelső és egyetlen törvénynek tekinti-e a polgárság üdvét. Kérdezhetjük, hogy vajjon a mikor az állam szaporitja az iskolákat, tökéletesiti a tanitás eszközeit, javítja egészségügyi intézményeit, fokozza a polgárok termelő erejét, nem gondol-e saját fennállásának megerősítésére is? Kérdezhetjük, hogy vajjon azok, a kik hitelintézeteket alapitanak, hogy földmivelők, iparosok, kereskedők anyagi szükségleteit kielégitsék, nem azért buzgólkodnak-e, hogy nehány pártfogoltnak jó állást, a részvényeseknek busás osztalékot biztositsanak? Kérdezhetjük, hogy vajjon a tudományos egyesületek, melyek az ismeretek terjesztésére, az emberek nevelésére, tanitására keletkeznek, nem azért létesülnek-e, hogy egyesek vezető szerephez juthassanak, mások folyóiratokat szerkeszthessenek s ezek által olvasóközönséget teremtsenek olyan tanitásoknak, a melyek tulajdonképen véve czéhbeli törekvéseket szolgálnak? És felvethetnénk még egész sereg kérdést, melyekből a kételkedők leplezett czélzatokat állapithatnának meg.

Ám legyen igy. De a mérlegnek két serpenyője van: szabad a való és a látszólagos czél eredményeinek súlyát összehasonlitani; azonban mindaddig, a mig a biráló azt tapasztalja, hogy valamely intézmény jobb állapotot idéz elő mint a régi volt, elvárható, hogy itéletét ne az esetleg elhallgatott mellék-, hanem a bevallott főczél szemmeltartásával hozza meg.

Ezért csak megmosolyogni való, mikor azt halljuk, hogy az Országos Közegészségi Egyesület különösen azért szorgoskodik az egészségügyi ismeretek terjesztésében, mert mennél jobban elhitetheti a nagyközönséggel, hogy milyen sok lappangó ellensége van az embernek, melyek születésétől fogva utolsó leheletéig egészsége ellen törnek, annál bizonyosabb, hogy az életéért remegő közönség siet kikérni azok tanácsát, a kik a megrendült egészség helyreállitására egyedül jogosultak.

Ez a se nem egyenes, se nem illedelmes felfogás gyanúsnak minősiti azokat az orvosokat és műszaki férfiakat, a kik a legnemesebb szándékkal, tudományos tapasztalataik legjavát ajánlják fel az emberiség szolgálatára. Mert hiszen nyilvánvaló, hogy mennél jobban fel van fegyverkezve a közönség a járványok támadása ellen, mennél jobban ismeri az egészség feltételeit és mennél kitünőbbek egészségügyi berendezései: annál ritkábban van szüksége orvosra, annál ritkábban nyilik alkalma a technikusnak egészségügyi berendezések alkotására.

Az Országos Közegészségi Egyesület egyik legrégibb olyan szervezetünk, a mely hazánk lakosságának közvetlenül egészségi, de közvetve anyagi helyzetének javitásán munkálkodik. Egyesületünk nem ismer társadalmi osztályokat, nem különböztet a szerint, hogy ki született palotában és ki kunyhóban, hanem minden tanitásában csak az ember sorsa iránt érez. És minthogy a balitéletnek egyformán rabja lehet gazdag és szegény, nem gyujt más szövétneket a gazdagnak, mint a szegénynek, hanem csak egy eszme vezérli működésében: legyen fenn és lenn egyforma világosság. Egyesületünk nem foszt meg senkit szabad elhatározásától, nem kényszerit senkit, hogy akaratát feltétlenül alárendelje az ő akaratának, hanem hirdeti az igazságot önmagáért, és mindenkinek tetszésére bizza, hogy okuljon; okuljon a maga módja szerint És ha itélete megerősödött, válaszszon ne a tanitás, vagy a tanitásra szövetkezettek kedvéért, hanem saját maga érdekében.

Ámde a társadalmak mai alakulata szerint nem az egyesek szétágazó véleménye, hanem nagyon sokszor az államhatalom intézkedései szerint kell cselekednünk; ennélfogva egyesületünk mig egyrészről az államhatalom figyelmét ráirányitja hiányzó, vagy javitásra szorult egészségügyi intézkedésekre, addig másrészről népünket ráneveli, hogy ezek az intézkedések mindnyájunkat egyaránt köteleznek és a szabad elhatározásnak nem lehet olyan tág értelmezése, a mely bárkinek is megengedné, hogy azt, a mi nemcsak neki, hanem mindenkinek káros, megtorlás nélkül cselekedhesse.

A mit teszünk, mindig csak hazai állapotaink tanulmányozása alapján teszszük. Elhatározásunkban nem dönthet, hogy valamely ügyben mit határoztak Londonban, Párisban vagy másutt; mert ha vannak is egyetemesen érvényes igazságok, különlegesek a szükségletek, s mindenek felett különböző az értelmi felfogás, a világnézet, a hangulat, a vérmérséklet, az anyagi állapot, melyekkel számolni kell, különben a legéletrevalóbb eszme is halva születik. Ez az oka annak, hogy az Országos Közegészségi Egyesület tevékenységében bizonyos lassúságot, maradiságot látnak mindazok, a kik a gyökeres újjáalakitás híveinek vallják magukat.

A dolog nem egészen igy áll. A hol hiányt, vagy a meglevő intézkedésekben fogyatékosságot észlelünk, mérlegeljük a lehetőség határait és igyekezünk működésünk körét valamivel nagyobbitani. Azonban őszintén megvallva, a mai állapotból egy, talán jobb állapotba nem hirtelen átzökkenni, hanem észrevétlenül, simán átfordulni akarunk, mert az a meggyőződésünk, hogy a mit az állat- és növénytenyésztésben meghonositásnak nevezünk, alkalmazható az emberi intézményekre is. Ha hiányoznak az életfeltételek, elpusztul nemcsak az állat, vagy a növény, hanem az intézmény is.

Mi pedig minden olyan intézkedést, a melyet hasznosnak, vagy épen szükségesnek itélünk, az elpusztulás veszedelme ellen akarunk biztositani. Ezért lehetőleg kinyomozzuk a baj okát és ha úgy találjuk, hogy a közhatóságok útján érhetünk el czélt, próbáljuk az ő hajlandóságukat megszerezni: ha pedig a baj közönségünkön fordul meg, igyekszünk rája hatni, értelmét előkészíteni, úgy okoskodván, hogy ha a közönség minket megértett, belátja a hivatalos intézkedések czélszerüségét is. A meggyőzés bizony lassú folyamat. A különben üdvös egészségügyi intézkedésekből egész sorozatot állithatnánk egybe, melyekről tudjuk, hogy szükségességük nehezen talál helyet a köztudatban. Minden egyebet mellőzve, most csak azt emlitem meg, hogy a fertőtlenités ügye országosan még ma sincs szervezve, sőt a székesfőváros központi fertőtlenitő intézete, a sok nyilvános előadásnak, közleménynek ellenére, még ma sem népszerű, noha kétségtelen, hogy a fertőtlenités szigorú végrehajtását tudományosan megállapitott tények alapján követeljük.

Nyitva tartottuk és tartjuk szemünket a külföldi mozgalmak iránt is. De nem azért, hogy minden a külföldön fogamzott és született eszmét mi is dajkáljunk és nagyranövését birálat nélkül, okvetetlenül elősegitsük, hanem azért, hogy saját látáskörünket szélesitsük és ösztönzést kapjunk új gondolattermelésre. Az ország összes lakosságának és nem egyeseknek lelkivilágában van az a talaj, a melyben az új eszmék, új intézmények iránt keltett érdeklődés elvetve, gyökeret foghat és fejlődésre alkalmas állapotba juthat.

Ha ezt a talajt gondosan megmunkáljuk, termékenységét biztosithatjuk; ha elegendőképen elő nem készitjük, terméketlen marad. A megmunkálást rajtunk, magyar honosságúakon kivül, senki sem végezheti: nemcsak azért, mert honfitársaink ismeretbeli fogyatékosságait mi ismerjük legjobban, hanem azért is, mert nekünk kell tudni legjobban, hogy közönségünket új eszmeáramlatoknak miként nyerhetjük meg legsikeresebben. És minthogy népünket, mondjuk keleti származásánál fogva, a lassú mozgás, a meglevőkhöz végzetszerűen csökönyös ragaszkodás jellemzi, nem nyugtalankodunk, ha törekvéseinket nem kiséri rögtön az eredmény, hanem folytatjuk az ismeretterjesztés munkáját tovább, csendesen, idegeskedés nélkül, egy pillanatra sem felejtve, hogy a hajnalhasadástól a napkeltéig bizony nagyon is mérhetően hosszú idő telik el. Tudván azt, hogy még a napfeljötte sem jelent általános világosságot, mert a nap sugarai nemcsak a föld alá, hanem még az ablaktáblákkal elsötétitett szobákba sem hatolhatnak be, minden nehézség nélkül megértjük, hogy az a fénysugár, a mely egyik-másik csodálatosan fényes elméből szóródik szét, semmiesetre sem lehet oly tulajdonságú, hogy minden ember lelki szemében egyenlő erősségű látásérzetet keltsen. Épen ezért engem egy cseppet sem botránkoztat meg, ha azok a mozgalmak, a melyek nálunk, újabb időben, egyesületünk kebelében indultak meg és a melyek az alkoholos italok és a nemi betegségek romboló hatására terelvén a közfigyelmet, az ellenök való védelemre serkentettek, vagy a nemi életnek ma még gondosan titkolt rejtelmeit volnának hivatva feltárni, nem részesülnek olyan meleg fogadtatásban, mint a milyenre számitottunk.

Minthogy azonban mindezeket a törekvéseket egyesületünk annyira komolyan vette, hogy mindegyikkel nemcsak egyszer és nemcsak futólagosan foglalkozott: érdemesnek látszik sorsukról legalább röviden megemlékezni és az uralkodó hangulatból levonni azokat a következtetéseket, a melyek, szerény véleményem szerint, egyesületünknek jövőben követendő magatartását megszabhatják.

Senkisem tagadja, hogy az alkoholos italok szertelen élvezete nemcsak az egészséget veszélyezteti, hanem előkészíti sok család anyagi romlásának útját és akárhányszor oka, hogy egyesek összeütközésbe kerülnek a büntető törvényekkel. Ennélfogva csak természetes, ha az Országos Közegészségi Egyesület tekintélyének egész súlyát latba vetette, hogy e beteges szenvedélynek mérsékléséhez, esetleg tökéletes kiirtásához hozzájáruljon. Az a felterjesztésünk, a melyet az alkoholbizottság kezdeményezésére, választmányunk nevében, a kormány elébe juttattunk, némi méltánylásra is talált, hiszen méltóztatnak tudni, hogy felterjesztésünkre a kereskedelemügyi minister úrtól választ kaptunk. Kétségtelen, lehetett volna ez a válasz olyan, a mely rajtunk kivül azokat is kielégitse, a kik az alkoholos italoknak élvezését még mérsékelt adagokban is ellenzik; mindazonáltal én azt hiszem, hogy az ügynek sokkal többet használunk, ha ezt a jószándékot megelégedéssel fogadva, jobb állapot elérésére tántorithatatlanul törekszünk, mintha csupán igazságunkra hivatkozva, a közhatóságoktól olyan rendeleteket várunk, a melyekre, legalább ma, még hiába számitunk. Mert nagyon szép az elvi álláspont, de csak akkor, ha a körülmények nem kényszeritenek általa meddőségre.

Ne kivánjunk olyan intézkedéseket, a melyeket az államhatalom, legalább egyelőre, nem teljesithet. Az élet számos olyan gyakorlatot fejlesztett ki, a mely bár felfogásunk szerint kártékony, rövidesen még sem függeszthető fel. Vajjon ma, a mikor egyes vidékeken ezeren meg ezeren alkoholos italok készitésére alkalmas terményeket termelnek, alkoholos italokat állitanak elő, azokkal kereskednek, és az egész országban sok ezeren alkoholos italok elárusításából élnek, sőt legtöbbször túlságosan jól élnek: elképzelhető-e, hogy a kormány ezeket az embereket egyszerre, az általunk kivánt korlátoknál szűkebb korlátok közé szoritsa csupán azért, mert van, talán ugyanannyi ezer ember, a ki ivószenvedélyének nem ura?

Azt hiszem, ilyen kormány nincsen a világon, és ha volna, akkor én semmire se becsülném azt a társadalmat, a melynek tagjai csak azért józanok, mert nincsen korcsmájok, vagy mert félnek, hogy ha bemennek, olyan bajba keveredhetnek, a melyért még meg is büntethetik őket. Az én eszményem olyan egyénekből szervezett társadalom, a kik nem azért nem cselekednek káros, vagy tilos dolgot, mert nincsen rá alkalmuk, vagy mert félnek a bekövetkezhető büntetéstől, hanem azért, mert tudják, hogy vele ártanak maguknak, ártanak családjuknak és jól tudják, hogy mindazért, a mit maguk, vagy családjuk testi és lelki jólléte ellen elkövetnek, egyedül és kizárólag maguk felelősek.

Nagyon is elhatalmasodott már nálunk az embereknek járószalagon való vezetése. Pedig ha mi embertársainkat nem tudjuk meggyőzni arról, hogy szabad akaratukat nekik maguknak kell tudni kormányozni: akkor ne nagyon büszkélkedjünk korunk magas müveltségével, szellemi felsőségével, mert erkölcsi értékünk semmivel sem több, mint azé a macskáé, a mely csak azért nem nyal belé a tejeslábasba, mert a lábast szekrénybe zárták. Megengedem, hogy szavaim visszatetszést kelthetnek azokban, a kik a gyökeres és a hivatalosan is nyomatékkal támogatott változtatásnak hivei: de nekem, mint a természettudomány mivelőjének, egész multamat kellene megtagadnom és évtizedeken át gyüjtött tapasztalataimat kellene eldobnom, ha bármiféle téren, a fejlődés fokozatosságával szemben, az ugrásszerű haladás lehetőségét kellene hangoztatnom.

Mikor pedig az alkoholos italok fogyasztásának miként jéről van szó, a szigorú tiltás álláspontjára azért sem helyezkedhetem, mert épen most folynak azok a tudományos kutatások Észak-Amerikában, Connecticut államban, a Wesly egyetemen, hol a különböző élelmiszerek energiatermelését pontos vizsgálatoknak vetették alá, a melyekből már is kiderült, hogy az alkohol, elégséges higitásban és szabatosan megállapitott mennyiségben, az emberi szervezetre nemcsak hogy nem káros, hanem mint gyorsan áthasonitható tápláló anyag, egyike az energiatermelés legalkalmasabb forrásainak.

Igy állván a dolog, világos, hogy az Országos Közegészségi Egyesület, mely törekvéseiben csak tudományosan megállapitott tényekre támaszkodhatik, feltétlenül kötelességet teljesit, ha az alkoholos italok élvezetében üzött szertelenkedés ellen egész erejéből küzd; de tovább nem mehet, mert ennél tovább terjedő kivánságainak jogosultságát megdönthetetlen módon védelmezni már nem birja.

Ámbár számbeli adatok még nem bizonyitják, hogy országunk lakosságának testi és szellemi elkorcsosulására vajjon az alkoholos italok mértéktelen élvezete, vagy a nemi betegségek elterjedése volt-e kártékonyabb hatású: mindazonáltal annyira homloktérbe nyomult a nemi betegségek továbbterjedése ellen való védekezés szükségessége is, hogy egyesületünknek legilletékesebb tagjai czélés időszerűnek itélték még az 1906. évben az Országos Védő Egyesületet megalakitani. Ez az egyesület azóta tőlünk függetlenül szállott síkra, hogy ezeket a rettenetes betegségeket, a melyeket rendszerint rosszul értelmezett szeméremből, vagy tudatlanságból eltitkolnak, gyakran nem is sejtve, hogy ezek ragadós természetük következtében megmérhetetlen szenvedésnek lehetnek okozói, a mennyire emberileg lehetséges, romboló útjokban feltartóztassa.

A nemi betegségek okozta veszedelemnek teljes elháritásában vagy csökkentésében egyesületünknek már most nincsen irányitó szerepe; legfeljebb az a kötelesség háramlik reá, hogy az Országos Védő Egyesületet nehéz feladatában jóakaratúlag támogassa. És ezt a szolgálatot annál könnyebben megteheti, mert egyrészről az „Egészség“, másrészről az egyesülettel közvetlen kapcsolatban álló iskolaorvosok épen úgy szószólói lehetnek az Országos Védő Egyesület törekvéseinek, mint tevékeny részt vesznek az alkoholos italok ivásával történő visszaélés ellen folytatott küzdelemben is.

Azok között a feladatok között azonban, a melyeket az Országos Közegészségi Egyesület napirendre hozott, egyet sem ismerek kényesebbet, mint azt, mely a nemi életről, a vele üzött visszaélésnek, vagy a vele kapcsolatos élettani jelenségeknek, a testi és szellemi életre gyakorolt veszedelmes hatásáról akarja tájékoztatni a közönséget. Ezzel a feladattal került sorra az úgynevezett sexuális paedagogia ügye, mely napjainkban oly kevés hivatott és oly sok hivatlan egyént foglalkoztat.

A szakemberek nagyon jól tudják, hogy a nemi élet valóban ólomsúlylyal nehezedik érzelmi világunkra, gondolkodásunkra, cselekedeteinkre, és akárhányszor még kiváló lelkeknek is hatalmas erkölcsi erőre van szükségük, hogy a szokás és felfogás emelte korlátok között maradjanak. Közönségesen ismeretes, hogy a nevelés maga nem véd meg olyan lelki betegségek ellen, a melyek nem a belátás, hanem a megfékezhetetlen nemi ingerek hatalma alatt állanak. Azt meg mindnyájan tudjuk, hogy sokszor a nemi élet természetes következményei mily gyászosan végződnek, noha nevelés

és tudomány karöltve versengtek, hogy a családra nézve annyira fontos élettani folyamat sikerét biztosítsák.

Elhangzott szavaimból ne méltóztassanak azt következtetni, hogy én az ártatlan tájékozatlanságban hagyásnak vagyok hirdetője. Oh nem; én csak szükségesnek tartom jelezni, hogy a nemi életnek legalaposabb ismerete sem védelmezhet meg senkit attól, hogy a nemi ingerek esztelenségre ne csábítsák; semmiféle felvilágosítás sem kezeskedhetik arról, hogy bárki is a fajtalan, természetellenes hajlandóságokat ösztönéből kiirthatja és nem lesz-e a felvilágosított egyén is az elmeorvosok meg az ítélkező birák előtt a beszámíthatatlanság sajnálatra méltó példája. Valamint a felvilágosításnak olyan különleges esete sincs, mely a környezet legéberebb figyelmének, az orvostudomány kipróbált fogásainak ellenére is, a fajfenntartás feladatát olykor kisérő szerencsétlenségek ismétlődését elháritsa. Viszont gondolva arra a lélektani igazságra, hogy „ignoti nulla cupido“, nem találok semmiféle biztosítékot az iránt, hogy ha a figyelemnek a nemi életre való irányitása nem kellő időben és nem elégséges tapintattal történik, nem kelt-e hangulatot a nemi élet ingereinek megkisérlésére és nem hív-e életre olyan szenvedélyeket, a me'yek a lappangás állapotát sohasem haladták volna túl, ha kifejlődésüket és kitörésüket a jó szándék elő nem segiti vala.

Nem a szemérem és különösen nem a váltig hangoztatott álszemérem, nem a sötétségnek túlbecsülése a világosság felett, int bennünket óvatosságra a felvilágosítás ügyében, hanem annak megfontolása, hogy azokat az elveket, a melyeket megszámlálhatatlan nemzedéken keresztül kifejlődött nevelési rendszer oltott belénk, lassú és meggyőző tanitás révén újakkal és észszerűbbekkel kicserélhetjük; de ha a társadalmi szokásoktól szentesített nézeteket egyszerre erőszakkal akarjuk megváltoztatni, félő, hogy olyan makacs ellenállásra találunk, a mely nemcsak ebben, hanem más és talán még szükségesebb ügyben is, meghiusíthatja tanitásainkat.

Avagy nem vehetjük-e észre, hogy a nevelésnek, a tanitásnak legközvetetlenebb intézői: a kormány, az egyházi és isko'ai hatóságok, azok a szü'ők, a kiknek véleményét tisztelnünk illik, mind tartózkodó állást foglaltak el a felvilágositás ügyének olynemű tárgyalásaival szemben, mint a milyenben ez eddig megindult? És nem megfontolásra int bennünket már az a körülmény is, hogy tárgyalásainktól, nehány különben felette tisztelt tagtársunkat kivéve, épen azok a tagtársaink maradtak legtávolabb, a kiket legközelebb kellett volna látnunk, t. i. orvoskarunk kitünőségei, különösen az elmeorvosok és a paedagogusok?

Tévedhetek, de a mennyire én tájékozódhattam, ebben a felvilágositó mozgalomban mennél erősebben hangoztatjuk, hogy szakitani kell a nevelés elavult nézeteivel, félre kell tolni az álszemérmet és leplezetlenül fel kell tárni a rideg valót: annál inkább eltávolodunk a czéltól, mert még az álszemérem is érzelmi megnyilatkozás, melyet a közfelfogásból gyorsan kiirtani épen oly kevéssé lehet, miként lehetetlen megtiltani azt, hogy az, a ki még szégyenkezni tud, el ne piruljon. És ne feledjük el, hogy csupán csak a szemérem-érzet tiszteletben tartásának tulajdonithatjuk azt a bámulatosan nagy sikert, melyet az „Anyák iskolája“ elért és a melyre méltán lehetünk büszkék mindannyian. Hálás köszönet érte azoknak a derék hölgytagtársainknak, a kik az Anyák iskolájának létrehozásán a legnemesebb szándékkal fáradoztak!

Minthogy pedig a nemi életről szükséges tudnivalók terjesztésének sorsa azon fordul meg, hogy mennyire sikerül a szemérem kiméléséit a felvilágositással összeegyeztetni: szilárd meggyőződésem, hogy ez idő szerint az „Anyák iskolája“ az az egyetlen hely, a a hol a felvilágositás ügye eredményesen szolgálható. Az anya a családnak az az egyetlen tagja, a ki, ha a feladat jelentőségéről tájékozódott, a növel született leleményességtől segitve, megtalálhatja azt a még mindig hiába keresett módszert, a melylyel ez a véghetetlenül nagy tapintatot követelő tárgy, a legkülönfélébb érzelmek durva érintése nélkül szóbahozható. A gyermekek testi és lelki épségét, a természet intézkedésénél fogva, szerető gonddal védelmező anyának lehet joga, s egyszersmind kötelessége is, hogy gyermekét olyan dolgok megismeréseig vezesse, a melyek a tudnivágyó gyermek lelkében mint homályos sejtelmek már jelentkeztek, de a tudásig még nem fejlődtek. Ez annyira bizalmas ügye az anyának, hogy elintézésében még a házi orvos is legfeljebb csak tanácsokkal támogathatja, de nem helyettesitheti.

Szóval, nézetem szerint, az „Anyák iskolájának“, vagy az Anyák iskolájának mintájára szervezett hasonló intézményeknek révén, a serdülő ifjúság a nemi életről olyan minőségű és mennyiségű felvilágositásban részesülhet, a milyen és a mennyi épen elégséges, hogy különféle bajok megelőzésére előkészüljön. Valami pótlást bizhatunk az életre is, mely eddig is gondoskodott, hogy a nemi élet titkai ne nagyon sokáig maradjanak elrejtve. Ha pedig arra gondolok, hogy mind a két nembeli tanitószemélyzet gyöngébb akaraterejű tagjai már nagyon sokszor voltak ártatlan gyermekeknek megrontói, még pedig akkor, a mikor a nemi élet érintésétől tartózkodniok kellett: valóban nem tudnék belenyugodni, hogy gyermekeink az iskolákban egyenek a nemi élet tudásfájának gyümölcséből.

Most pedig szivből üdvözölvén tisztelt és kedves tagtársainkat és vendégeinket, az Országos Közegészségi Egyesület XXIII. közgyülését megnyitottnak nyilvánitom.

## A 25. német belorvostani congressus.

A német belorvosok congressusa, a szokástól eltérőleg, ez évben Bécsben folyt le. Hosszas tárgyalás és publiczisztikai tevékenység tette csak lehetővé ezt, mert a congressus vezetőinek s tagjainak nagy része Wiesbadenhez, a congressus szülőhelyéhez ragaszkodott. Hogy választásuk helyes volt, azt a tanácskozások látogatottsága, az előadott tudományos anyag bősége és tartalmassága bizonyitja. A congressus egészen újat, eredetit csak keveset vetett felszinre, e kevés is a bécsi orvosi iskola terméke, azonban igen érdekes volt és kórtani ismereteinket nagy mértékben bővitette. A referáló előadások kapcsán tartott előadások és felszólalások sok tekintetben járultak hozzá néhány még vitás kérdés tisztázásához. Ha a congressus tárgyalásait jellemezni akarjuk, bátran mondhatjuk, hogy újabb orvosi irodalmunknak hű tükre volt, mert szinte teljes számmal felszinre kerültek azon kérdések, melyek az orvosi világ nagy részét jelenleg foglalkoztatják. Nem zárkózott a specialistaság rideg körébe, hanem tárgyalásai sorába felvett a nőorvostan, syphilidologia s más tudományszakok körébe tartozó kérdéseket is; nem is emlitve az elméleti, általános kórtani, élettani vizsgálatokat, a melyek, tekintve a congressus belorvostani jellegét, talán aránytalanul túlsúlyban is voltak. Sok kérdés kapcsán igen élénk eszmecsere fejlődött, a minek főképen a résztvevők egyénisége s fejtegetéseiknek tartalmassága adott érdekességet.

Már a congressust megelőző ismerkedési est látogatottsága s a bejelentett előadások ismerete alapján következtetni lehetett a congressus sikerére. A megjelentek sorában, kevés kivétellel, az összes nagyobb német belorvosok láthatók voltak; külföldiek kisebb számban jelentek meg. Ezek között első sorban Oslert (Oxford) méltatták nagyobb figyelemre.

A congressns megnyitása április 9.-én reggel 10 órakor volt az egyetem dísztermében, a melyet a tanácskozások czéljára a rektor átengedett. Az elnöklő *Müller* tanár (München) üdvözlő szavai s a többi üdvözlő szónoklat után Müller tanár tartalmas beszédben a belorvostan fejlődéséről emlékezett meg azon 18 esztendőben, a mely *az utolsó bécsi congressus* óta folyt le. Kitért azoknak kivánságára, a kik a belorvostant felosztani kivánják, mint azt a sebészek már megtették. A specialistaságot helyesli, különösen oly szakmákban, a melyek különleges ügyességet kivánnak. Szükséges azért is, mert az orvostudomány már oly fejlett, hogy nem lehet minden részletét figyelemmel kisérni s a részletes munka, mint tapasztalható, értékesnek bizonyult. Azonban az erős, az egész tudományágat felölelő belorvostanra szükség van s csak nagy városokban s ott sem minden esetben engedhető meg a speciális részekre való felosztás. Az idegbajok, a vesebetegségek, a fertőző betegségek okvetlenül a belorvostanhoz tartozzanak. Ha az utóbb emlitett betegségeket kibocsátjuk a belorvostan köréből, feladtuk a belorvostant is. A specialismus viszont elveszti jogosultságát, ha ridegen elzárkózik a szomszédos szakmáktól. A specialista köteles a szakmájával összefüggő tudományszakokat ismerni. Igy pl. a laryngologus foglalkozzék a tüdőbajokkal is.

Az orvosi kutatás czélja már hosszú idő óta változatlanul az aetiologia megismerése. Csak a fogalmak változtak. Míg kezdetben a belorvostan csak a kórbonczolástanra támaszkodott, utóbb az élettant vette segédeszközül. A kórbonczolástan tehát nem az

egyedüli testvéralaptudomány, az élettant ahhoz hasonló mértékben kell tekintetbe vennünk. Hasonlóképen szükségünk van a kémiára és fizikára is. A kémiai munkálkodásnak még csak a kezdetén vagyunk, de már eddig is oly jó és hasznos a munkánk, hogy iránta a vegyészek is elismeréssel vannak. Sok várható a belorvostanban a fizikától, új talajt szolgáltat a kutatás számára s csak azt kívánhatjuk, hogy a vele eddig elért ismeretek, eredmények kristályosodottabb formában álljanak rendelkezésünkre. Mi orvosok még nagyrészt műkedvelők vagyunk a fizikában, a minek az elégtelen előképzés az oka. Hiszen számos orvosi művelethez, hogy csak az egyszerű érverésmérő használatát említsük, szükséges volna a fizikai előismeret. Ezen a hiányon már a középiskolai oktatás volna hivatva segiteni.

Nagy baja orvosi irodalmunknak az újságirodalom kiterjedt volta, ezt határozottan „Missstand"-nak nevezi. Ezen csak úgy lehetne segiteni, ha a szerzők csak azt irnák meg, a mire szükség van s a szerkesztők csak azt nyomatnák le, a mi értékes. Sok lapnak azonban közleményre van szüksége s ezért oly anyagot is felvesz, a mely nem érdemli meg, hogy napvilágot lásson.

Müllernek nagy tetszéssel fogadott szavai után a congressus megkezdte tárgyalásait. A napirendre kitűzött első kérdést, a női nemi szervek vonatkozásait a belső betegségekhez, a nőorvos szempontjából *Rosthorn* (Heidelberg), a belorvoséból *Lenhartz* (Hamburg) referálta.

Rosthorn nem tért ki az egész kérdésre. Főképen azon elméletekkel s kisérleti tapasztalatokkal foglalkozott, a melyek a kérdést magyarázzák, s azokkal a bántalmakkal, melyek gyakrabban fordulnak elő s figyelemre méltóbbak.

Előadásában a nevezett vonatkozások tudományos lényegével, alapjával s azokkal a működési zavarokkal is foglalkozott, a melyek a többi szervben a nemi szervek részéről váltatnak ki. A kémiai correlatio után az anatomia adta morphologiai viszonyokat tárgyalta. A belső női nemi szervek autonom perifériás idegrendszerét s a nemi szerveket körülvevő kötőszövet bőségét s czélszerű helyzetét ismertette. Az ovariumok fontosságát a castratio után észlelt kiesési tünetek alapján emelte ki, s ezért az ovariumok lehető megkimélése mellett nyilatkozott, minthogy jelentőségük van a szervezetre. A belső secretiót bebizonyitottnak tekinti, a sárga testecseknek szerepét a belső secretioban azonban nem tartja tisztázottnak

A castrált állatokon végzett anyagcserevizsgálatok szerint a castratio után támadó súlygyarapodás és hizás nem specifikus hatás, hanem a megváltozott életmódra vezethető vissza. A női szervezet életműködései időszakonként ingadoznak, a mit kellőképen nem magyaráztak meg. Ez ingadozást görbében fejezték ki, a mely a menstruatio előtt emelkedik, s annak folyamán alászáll. A menstruatiós zavarok az eseteknek 16%-ában hiányoznak. Minden szervrendszerben lehetnek a kórossal határos oly elváltozások, a melyek összefüggést mutatnak, kifejezettebbek ezek a nemi szervek betegségeiben. Ha a hószám kimarad, máshonnan származhatnak vérzések. A genitaliáknak a thyreoideával való összefüggését szintén bizonyitja. A szivműködés functiozavarai is igen gyakoriak. Kétséges, hogy van-e úgynevezett myomás szivelváltozás. Kimerithetetlenek az idegrendszer tünetei, sok panaszolt bajnak azonban nincs kórbonczolástani alapja, ezért a suggestio, psychotherapia sokszor hasznosabb, mint a helyi kezelés. Összefüggést vesz fel a nemi és vérképző szervek között is. A terhesség befolyásáról a belső betegségekre nem emlékezett meg.

*Lenhartz* szükségesnek tartja az együttműködést a nőorvosok s belorvosok között. A nőorvosok szerinte sokat operálnak, s nem eléggé konzervativok. A menstruatio fájdalmasságából nem kell mindjárt a női nemi szervek betegségére következtetni, neurastheniás, hysteriás nőkben minden anatomiai elváltozás nélkül is létrejöhet a fájdalmasság. Vannak reflectorius fájdalmak is s ezeket nem szabad a functiósakkal összetéveszteni. Az anaemia perniciosa gyakoribb volt a nőkben a nemi szervekkel való összefüggésre vall, a leukaemia aránylag ritkán fordul elő. Szólva a gümőkórosok és szivbajosok menstruatiós zavarairól, kiemeli, hogy a dysmenorrhoeát, a fluort és a méhlobot nem kell minden nap kezelni; az asszony kedélyének befolyásolását szükségesebbnek tartja. Ezért nem kell izolálni a beteget, nem szabad figyelmét betegségére felhivni. A retroversio és -flexio kezelése, operálása sem mindig szükséges. Szükségtelennek tartja a nőket dysmenorrhoeájuk idején ágyba fektetni; ne kiméljük őket, végezzenek mérsékelt mozgást, dolgozzanak, mert a munka leköti figyelmüket. A továbbiakban a menstruatioval és a terhesség megszakitásának kérdésével *összefüggésben álló szív-, gyomor- és psychés zavarokkal* foglalkozott, melyeknek eredetére a bordák nyomási fájdalmassága, az ú. n. arc de cercle, a fokozott reflexingerlékenység hivja fel a figyelmet. A chlorosissal való összefüggés magyarázására e bajban szenvedő 700 nőn szerzett tapasztalatait ismerteti, a kiknek 58%-ában rendetlenül, 40%-ban rendesen, s a maradék 2%-ban csak hosszas időköz után jelentkezett a menstruatio. A terhesség zavarait, a hányást, choreát, fehérjevizelést, eklampsiát toxinhatásra vezeti vissza, bár nem akar egyoldalúlag itélni. A terheseken fennálló beteges ingerlékenység vagy depressio és szivhypertrophia nagy jelentőséggel nem bir, mert gyorsan visszafejlődik. Mechanikai alapon billentyűbántalom vagy szivbelhártyagyuladás a szülőnőkben nem származhatik.

Felsorolva a lactatio, klimakterium zavarait s a myomák összefüggését a golyvával, valamint a szív és erek zavaraival, a nők bakteriumos megbetegedéseire tér át. Így a cystitis és pyelitis többnyire a vulva felől történt colifertőzésre vezethető vissza, a lázrelapsusok épen a menstruatio idejével esnek össze. 120 pyelitis esete közül 112 asszony volt s épen ezen adatai alapján is felszálló fertőzésre vezeti vissza a bajt. A nők acut, sokszor gyorsan halálra vezető hashártyagyuladását a tubákból történt fertőzésből származtatja. Ezen felvételnél azonban óvatosságra int az a körülmény, hogy a féregnyújtványlob és gyomorfekély hasonló szövődménynyel járhat.

A házassági engedély megadása tekintetében aránylag kedvezőbben nyilatkozik szivbajokban, különösen a bal gyüjtőeres szájadék szűkületében. Több esetet látott, melyben a betegek több terhességet jól viseltek el. Lenhartz az orvos első feladatának a neurastheniás, hysteriás asszonyok genitális betegségeiben a szervezet erősitését, táplálását tartja, továbbá a beteg psychés befolyásolását. Az általános kezelés a fő, nem a helyi. Az orvos lehetőleg titkolja a betegségnek genitális voltát. A terhesség megszakitása gümőkór, szivbaj és idegbetegség eseteiben gondos mérlegelés tárgya legyen s csakis életveszélyes esetekben végzendő. Az eklampsiában kétségtelen a szükségessége. A pyelitisben naponta 3—4-szer $^1/_2$ liter hársfatea ivásától látta a legjobb eredményeket.

A congressus II. ülését a referatumokhoz sorakozó előadások és a discussio töltötték ki. *Plönies* (Drezda) a menstruationak a gyomorbajokkal való összefüggéséről s ennek diagnostikai és therapiai jelentőségéről értekezett. *Riebold* (Drezda) a belorvostanban szerzett tapasztalatai alapján az ovulationak a menstruatiohoz való viszonyáról szólott. *Tuszkai* (Marienbad) a méh, a terhesség és a szív összefüggését tárgyalta. Nem tekinti bebizonyitottnak, hogy a méh és szív betegségei között szorosabb összefüggés volna, csak a terhességben van összefüggés a két szerv között: a szív ugyanis a normális terhességben is túlteng, a minek klinikai jelét az előadó az érverés ingadozó voltában vélte megtalálni. Az emlitettek alapján helytelennek tartja a cardiopathia uterina elnevezést s mindaddig alaptalannak tekinti, mig direct különleges anatomiai utat nem találnak a szív és méh között s mig bebizonyitva nem lesz, hogy a szivbajosokban speciális metritis cardialis is létrejöhet.

A discussioban többek között részt vett *Turban* (Davos), a ki a praemenstruális időben a fizikai jeleknek kifejezettebb voltát emlité a tüdőbajosokban s a szövődmények jelentkezését ez időben tartja leggyakoribbnak. A menstruatioban a vasomotoros ingadozások a toxinok felszivódásának fokozódására vezethetnek, a mi az opsoninindex csökkenéséből is látható. A menstruatiót ezért határozottan veszélyesnek tartja a tüdőbajosokra nézve. Szerinte a tüdőbajos nőben amennorhoea nincsen, csak a menstruatio jelentkezik rendetlenül. *Ország Oszkár* dr.

(Folytatása következik.)

# IRODALOM-SZEMLE.

## Könyvismertetés.

**Lengyel Loránd: A vizelet chemiai és mikroskopos vizsgálata.** 1907. 224 lap.

Hálás munkát végzett a szerző, midőn fenti czimen „különös tekintettel a gyakorlatra" megirta azt, a mire a vizeletet vizsgáló

orvosnak csakugyan szüksége van. Az élettani és fizikai-kémiai szempontoknak rövid és átnézetes méltatása után áttér a vizeletnek először fizikai, utóbb pedig kémiai tulajdonságaira. Az egyes alkotórészek előfordulásának, tulajdonságainak felsorolása után qualitativ, majd quantitativ meghatározásmódjaikat adja elő. Egy további fejezetben a vizelet üledékében előforduló különféle alakelemek leírását adja, a szöveg közé nyomott ábrákkal; végül az egyes kórképekben várható leletet ecseteli rövid vonásokban. A Lengyel-féle könyv hazai szakirodalmunknak igen érzett hiányát pótolja és úgy lelkiismeretesen átgondolt kidolgozása, mint alkalmas kiállítása miatt legmelegebben ajánlható. *H. P.*

**Kapsammer: Nierendiagnostik und Nierenchirurgie.** 63 ábrával. 2 kötet. W. Braumüller kiadása. Wien, 1907. Ára 24 korona.

A szerző, a ki a functionális vesediagnostika terén számos dolgozattal szerepel, hatalmas két kötetben tárja elénk a vesediagnostika és a vesesebészet jelen állását. A szerző hivatva van ezen még mindig a fejlődés szakában levő ágnak birálatára; saját tapasztalatain kivül 1827 irodalmi czikk tanulmányozásán épült fel a munka, a mely úgy kisérleti, mint klinikai irányban sokat nyujt.

A mű első kötete a vesediagnostikának van szentelve, a vesemegbetegedések subjectiv és objectiv jeleit, a vizelet fizikai és kémiai sajátságait, a vizeletvizsgálat új módszereit, a kryoskopiát, a törés-kitevő jelentőségét, a villamos vezetőképességet, a jodpróbát, methylenkékpróbát, phloridzinpróbát, a higitási eljárást részletesen tárgyalja. Külön ismerteti az ureterkatheterezést, a separatorokat, majd részletesen kitér a külön felfogott vizeletnek vizsgálatára. *A methylenkékpróbát* egymagában nem tartja értékesithetőnek, ellenben az ureterkatheterek útján külön felfogott vizeletekben a kék szin jelentkezésének ideje és a szin intenzitása értékes útbaigazitással szolgálhat. Osztom ebben a szerző nézetét, mert a cystoskopon át való megfigyelés a vesefunctio megitélésére csak durva tájékozódást nyujt, ellenben a külön felfogott vizeletben tapasztalataim szerint is a többi vizsgáló eljárással nyerttel egybehangzó eredményre vezet. A *phloridzinpróbát* a legértékesebb vizsgáló eljárásnak tartja, ha egyszersmind a czukornak a vizeletben való jelentkezésidejét is megfigyeljük; közel 300 eset alapján, a melyekben ezen vizsgáló eljárást alkalmazta, mindig határozott törvényszerűséget észlelt a czukor jelentkezésének ideje és a vesefunctio mértéke közt. E fejezetben nagy eredetiséggel polemizál *Zuckerkandl*-lal és segédjével, *Lichtenstern*-nel, itt összefoglalja mindazt, a mit a lissaboni nemzetközi congressuson és oly gyakran a bécsi orvosegyesület ülésein hangoztatott. A *higitási eljárást*, melyet *Albarran* az 1904. évi franczia urologiai congressuson közölt, *Albarran* nevéhez köti, noha *Illyés* és *Kövesi* ezen methodust már 1902-ben ismertette a Berliner klin. Wochenschriftben. Osztom a szerző álláspontját, hogy ezen módszer a functionális vesediagnostikában csak elméleti értékü, a gyakorlatban e methodust könnyen nélkülözzük, mert elbirálhatjuk a vese működési képességét rövidebb idő alatt is, nem szükséges az ureterkathetereket 5—6 órán át fekve hagyni. Ehhez járul még a gyakran egyébként is észlelt reflectorius polyuria, a melynek elbirálása főleg akkor kétes értékü, ha csak az egyik ureter lett katheterezve. Nem osztom azonban a szerző álláspontját abban, hogy *a külön felfogott vizeletek kryoskopiája*, a fagyáspontnak összehasonlitása értéktelen, mert azt tapasztaltam, hogy ezen vizsgáló eljárás útba igazithat már akkor is, a mikor egyéb methodusokkal a baj helyét legfeljebb csak sejtjük. Mindenesetre a vese működési képességének megitélése nem oly egyszerü, számos vizsgáló eljárás eredményeit kell latba vetni, midőn arról van szó, hogy műtéti beavatkozást ajánljunk; szigorú kritikával kell eljárnunk azon esetekben, a melyekben az anatomiai laesio még kisfokú és a functionális kiesés alapján döntünk. A mű második kötetében részletesen tárgyalt, a szerző által vizsgált 182 sebészi veseeset élénk tanubizonyságot nyujt arról, hogy mily nagy körültekintéssel, mily helyes birálattal vizsgálja a szerző a vizsgálati methodusaival nyert értékeket s műve mindenesetre hozzájárul a szerző kitüzött czéljának elérésére: „a vese sebészi megbetegedéseinek megismerésére, az ismeretek kibővitésére".

*Steiner Pál* dr.

**Uj könyvek:** *B. Gutmann:* Die Rachitis. Würzburg, C. Kabitzsch. 0.85 m. — *H. Brüning:* Geschichte der Methodik der künstlichen Säuglingsernährung. Stuttgart, F. Enke. 6 m. — *R. Kobert:* Lehrbuch der Pharmakotherapie. 2. Auflage. I. Hälfte. Stuttgart, F. Enke. 8 m. — *F. Oefele:* Technik der chemischen Untersuchung des menschlichen Kotes. Leipzig, J. A. Barth. 2.60 m. — *P. Terra:* Repetitorium der Zahnheilkunde. 2. Auflage. Stuttgart, F. Enke. 12 m. — *H. Schröder:* Der Induktionsstrom als Diagnostikum in der zahnärztlichen Praxis. Leipzig, G. Thieme. 1.50 m. — *F. Hauptmeyer:* Über die erfolgreiche Verwendung von Kieferschienenverbänden bei Frakturen und Resektionen. Leipzig, G. Thieme. 1.50 m. — *A. Albu:* Grundzüge der Ernährungstherapie. Stuttgart, F. Enke. 2. m. — *L. Krehl* und *F. Marchand:* Handbuch der allgemeinen Pathologie. I. Band. Allgemeine Aetiologie. Leipzig, S. Hirzel. 18 m. — *G. Poelchau:* Anleitung für die schulärztliche Tätigkeit. Hamburg, L. Voss. 2.50 m. *Debove, Achard* et *Castaigne:* Manuel des maladies du tube digestiv. Tome II. Intestine. Peritoine. Glandes salivaires. Pancréas. Paris, Masson et comp. 14 fr. — *P. Fauvel:* Physiologie de l'acide urique. Paris, Masson et comp. 1.25 fr. — *P. Merklen:* Leçons sur les troubles fonctionnels du coeur. Paris, Masson et comp. 10 fr. — *Lannelongue, Achard* et *Gaillard:* Influences modificatrices de l'évolution tuberculeuse. Paris, Masson et comp. 2 fr. — *Chaput:* Les fractures malléolaires du cou-de-pied. Paris, Masson et comp. 3.50 fr. — *L. Petit:* Le diagnostic de la tuberculose par l'ophthalmoréaction. Paris, Masson et comp. 2.50 fr.

# Lapszemle.

## Általános kór- és gyógytan.

**A légcső szellöztetésével végzett mesterséges légzést és a rhythmusos mesterséges légzés egy módszerét** ismerteti *Volhard* (Dortmund). Curaraval mérgezett (tehát légző mozgásokat nem végző) kutyákat 1—2 óráig tudott életben tartani, ha a hangrésbe lazán behelyezett csövön keresztül oxygent vezetett. Ugyanannyi ideig maradtak életben a curarázott házinyulak, ha tracheotomia után a légcsőbe helyezett hozzá- és elvezető kaucsukcsővel felszerelt T-canuleon keresztül áramoltatott át oxygent. A tüdő túlságos felfúvódása mindkét berendezés mellett ki volt zárva, mert az oxygenáram a fémcső mellett, illetve a canule elvezető csövén keresztül szabadon távozhatott. A negyedóránként vett vérpróbák azt mutatták, hogy a vér vllágosvörös, tehát oxygennel telitett. Ilyen volt a vér még $1^1/_2$—2 óra mulva is, midőn az állatok szivgyengeség és vérérbénulás tünetei közt elpusztultak. Egy órán belül sikerült még physostigmin megfelelő adagjával a curara hatását megszüntetni s az állatot életben tartani, egy órán túl azonban a physostigmin siettette a halált. Ha a szellőztetés levegővel történik, az állatok vére sötétvörös lesz, s csakhamar megfuladnak. A szerző e tényeket a következőképen magyarázza: Minthogy a tüdőben keringő vér haemoglobinja mohón ragadja magához az oxygent, ez mintegy beszivatik a léghólyagcsákba, a mely szivóhatás, a mint kisérletekből kitünik, vagy —20 cm. viznyomásnak felel meg. A vér tehát elég oxygent kap ily módon; minthogy azonban a $CO_2$ kiválasztása a szellőztetéssel nagyon hiányosan történik, az állatnak végre $CO_2$-mérgezésben el kell pusztulnia. A vizsgálatok ezt igazolják is: A curaraval mérgezett s oxygennel szellőztetett állat $CO_2$-kiválasztása csakugyan sokkal kisebb a rendesnél, mig a vér $CO_2$-tartalma a normális 25—30 térfogatszázalékról 80—90 térfogatszázalékra száll. Levegővel való szellőztetéssel azért nem sikerül életben tartani az állatokat, mert az oxygen intraalveoláris nyomása, a mely már kezdetben is legfeljebb $^1/_5$ atmosphaera, minthogy a tüdőbe a vérbe jutott oxygen helyébe megint csak a levegő kerül (a melynek ismét csak $^1/_5$-e oxygen), mértani haladvány szerint csökkenvén, csakhamar a gyüjtőeres vér oxygennyomásáig sülyed.

A szerző felhasználta ezen kisérleti berendezést az asphyxiás vérnyomásemelkedés okának kideritésére. Egyesek az oxygenhiányt, mások a $CO_2$-felhalmozódást okolják. Az emlitett berendezés mellett, a mikor pedig a $CO_2$-felhalmozódás kétségtelen, a vagus kikapcsolása (átmetszés, atropin) után sem észlelt vérnyomásemelkedést. A vérnyomás meglehetősen sokáig, körülbelül 1 óráig állandó maradt, azután fokozatosan szállt alá. Ezenkivül azt észlelte, hogy ilyen állatkisérletekben nagyon hamar vagusrhythmia mutatkozik, a melyet nyilván úgy kell magyarázni, hogy a felhalmozódott $CO_2$ az iránta nagyon érzékeny légzőközpontot ingerli s ennek ingerülete átterjed a hozzá közel fekvő vaguscentrumra. Nem tartja helyesnek Brat nézetét, mely szerint a tüdőnek korlátolt mozgása (pl. pneumothorax esetén) reflex útján váltaná ki a vagusrhythmiát. Az állatok halálát nem vagusizgalom előidézte szivmegállás okozza, mert a vaguscentrum előbb bénul s vagusrhythmia nélkül a vérnyomás fokozatos sülyedése közben következik be a halál.

Volhardt ezután még mesterséges légzés végzésére szolgáló módszereket ir le, a melyek mind egy elven alapulnak. Legtökéletesebb közülük a következő: Kutya hangrésébe légmentesen (kivülről felfujható ballonnal körülvett) dupla üvegcsövet, tracheotomizált házinyúl légcsövébe pedig két vízszintes ágán gummicsövekbe folytatódó T-canulet helyez. Ezeken keresztül lassú áramban levegőt vagy oxygent vezet. A gázfelvételt szabályozza, periodusossá teszi oly berendezés, a mely két alul egymással gummicső által összekötött, alján kénesőt tartalmazó üvegedényből áll, melyek egyikébe az elvezető cső folytatását tevő, szájával lefelé fordított üveghenger úgy illeszkedik bele, hogy a kénesőbe alig hogy belemerül. A bevezetett levegő a tüdőt tágítja addig, míg a kéneső a nagyobbodott nyomás miatt nem sülyed annyira, hogy kevés levegő távozhassék, a mikor a tüdő összeesik. A kénesőnek folytonos ingása következtében szabályos periodusokban ismétlődik a tüdő felfúvódása és összeesése. Az elvezető csőbe közbeiktatott vizmanometerrel a nyomást lemérhetjük, az említett készülékkel pedig szabályozhatjuk a szükségesnek megfelelően úgy, hogy a lefelé fordított hengert jobban vagy kevésbé sülyesztjük bele, vagy az által, hogy a két hengert összekötő cső hosszát változtatjuk. A szerző véleménye szerint ez a berendezés nemcsak laboratoriumban tesz jó szolgálatot, hanem könnyű előállítása megengedi azt is, hogy az orvosi gyakorlatban is alkalmazzuk olyankor, mikor hirtelen támadt légzésszünet miatt oxygennel való gyors szellőztetésre van szükség, a mikor a közönséges mesterséges légzés lehetetlen (mellkasmegnyitással járó műtétek), nemkülönben oly esetekben, a melyekben a mesterséges légzést oly sokáig kellene folytatni, hogy az orvosra és betegre nézve egyaránt kínos volna (légzésbénulás, poliomyelitis acuta, Landry-féle paralysis miatt stb.). (Münch. med. Wochenschrift, 1908. 5. sz.)

## Idegkórtan.

**Az enuresis nocturna gyógyításáról** *Fürstenheim* a következőket irja. Ennek a betegségnek a kezelésmódja nagyot haladt, a mióta e czélra a nevelés eszközeit is segítségül veszszük. A legtöbb esetben neuropathiás hajlamról van szó, a mely az enuresis kifejlődését elősegíti, különösen ha még nevelési hibák is közrejátszanak. E mellett az alvás mélységének is van szerepe. Az ilyen gyermekeket álmukból csak hangos szóval vagy rázással lehet felkelteni. Ez alól az általános szabály alól csak akkor van kivétel, ha a gyermeket éjjel gyakran felébresztik. Jó megvizsgálni a gyermek orrát, garatját. Az adenoid vegetatiók a lélekzést nehezítik, a felületes lélekzés szénsavmérgezést, ezzel mély alvást okoz, a minek következése lehet az enuresis. Némelyik gyermeken az intelligentia csekély, de ezek is javíthatók neveléssel. Gyakran a vizelet mennyisége szaporodott ideges polyuria következtében. A 6. évben körülbelül $^1/_2$, a 9. évben $^3/_4$, a 12 évben 1, a 15. évben $1^1/_4$, a 18—20. évben $1^1/_2$ liter szokott lenni a vizelet. Az ideges gyermek nappal sem vizel rendesen. Némelyik az érdekes játék miatt egyáltalán nem vizel hosszú ideig, másik a vizelésre szükséges időt azzal rövidíti, hogy nem üríti ki a hólyagját. Az is rossz, ha az ilyen gyermeket óránként vizeltetik. Ilyen köz $1^1/_2$—2 óránál rövidebb ne legyen. Éjjel szabályos időközökben való felébresztésre van szükség. Sokszor elég egy ébresztés éjfélkor. Ha ezáltal az álom szenved, helyettesíteni kell délutáni alvással. Fontos, hogy a gyermek nappal ne fáradjon ki túlságosan. A nappal csendes gyermek ritkábban szenved enuresisben, míg a nagy élénkség nagyobb fáradtságot, tehát mélyebb alvást okoz. Az ideges általános állapot tehát szintén kezelést tesz szükségessé. A folyadékfelvétel csökkenésének csak a polyuriában van helye. Erős hidegvizes kezelés nem való gyermeknek, inkább a kis eszközök politikájával boldogulhatunk. Ha az ágy alsó vége valamivel magasabb, a vizelet nem fogja a hólyagnyakat annyira nyomni. A villamozás félelmet, izgatottságot kelt és inkább árt ilyenkor, mintsem használ. Az a massage, a mely a kisujjnak a végbélbe vitelével történik, onaniát nevelhet. Mindezek az eljárások csak másokkal együtt használhatók. Ha már a szülők nem boldogulnak a bajjal, a környezet változtatása lesz a leghatásosabb eljárások egyike. Ugyanaz, a mi a rendes környezetben a szülők segítségével hatástalannak bizonyul, az idegen környezetben már sikert aratható. A gyermek rendszeres nappali foglalkoztatása, tanítása, intelligentiájának fejlesztése hasznos. Idősebb gyermekekkel séta közben beszélgessünk a bajukról. Ekkor kiderülhet, hogy a gyermek vele szemben közönyös, vagy szeretne tőle megszabadulni. Ilyenkor esetleg azt veszszük észre, hogy a betegség tetszik a gyermeknek és feltünést igyekszik vele költeni. A kisebb gyermekekkel meg kell értetnünk, hogy a dolgot komolyan rossz néven veszszük. Ez az, a mire az anyák sokszor nem igen képesek. A gyermeknek látnia kell, hogy örülünk a javulásnak és hogy bánt a baj ismétlődése. A jutalom és a büntetés nem igen hatnak és ha hatnak is, elvesztik hamarosan hatásukat. A drastikus büntetések különösen ártalmasak. Még a kihívó, erőszakos, durczás gyermekekkel szemben sem kell ilyen segítséghez nyúlnunk, elég ha a többi gyermek elhúzódik tőlük és ha minden alkalommal szigorúan figyelmeztetjük a dolog káros és visszataszító voltára. A rábeszélés eredményes lehet, a hypnosis káros, álmatlanságot, nyugtalanságot okoz. Az elért eredmény nem mindig állandó, van nem ritkán visszaesés is. Ezt okozhatja a régi kényeztető környezetbe való korai visszatérés, a nevelő változtatása, sőt a hőmérsék is. A kik nyáron uralkodni tudtak hólyagjukon, őszszel nem egyszer visszaesnek, mert a hűvös idő inger a vizelésre. Ilyenkor jó éjjelre a hasat bekötni. A vizelettartók károsak, mert az önmagára való vigyázást feleslegessé teszik, a gondatlanságot fokozzák. A nadrágba és ágyba vizeletfelszivó szövetet lehet tenni a tárgyak kimélése szempontjából. Súlyosabb esetekben czélszerű az orvospaedagogiai intézetekben való elhelyezés. (Therapeutische Monatshefte, 1908. 1. szám.) *Kollarits Jenő* dr.

## Sebészet.

**A tüdőtályog és tüdőgangraena sebészi kezelésével nyert tapasztalatairól** számol be *Körte* (Berlin). 37 esetben gangraena és abscessus miatt történt a beavatkozás, 22 eset gyógyult, 15 (28·5%) meghalt. 21 esetben bronchiektasiás caverna miatt végzett műtétet, ezek közül gyógyult 5, meghalt 16 (73·3%). Ezen esetek alapján tapasztalatait a következőkben összegezi: acut tüdőgenyedés putrid szétesés és sequesterképződés nélkül néhány héten át belső gyógyszerekkel kezelendő; ha a genyedés nem szünik, ha a láz tovább is fennáll, pneumotomia végzendő, a mely ezen esetekben jó prognosist nyujt. Az acut tüdőgangraena mielőbb tág feltárással operálandó.

Bronchiektasiás caverna csak azon esetekben operálandó, a melyekben a caverna csak egy-egy tüdőlebenyben ül. Itt radikális beavatkozásnak van helye; kiterjedt thoraxresectio, tág feltárás, s a mennyiben ez nem vezet gyógyulásra, egyes tüdőlebenyek resectiója jogosult.

Narcosisra legmegfelelőbb az infiltratiós érzéstelenítés előzetes morphiuminjectióval; az alkohol-chloroform-aethernarcosis után néha collapsust észlelt. Három esetben a halál collapsussal társult légzési zavarok közt állott be, itt a tüdővaguságak reflexhatása érvényesült. Az utókezelésben ügyelni kell, hogy a mellkas sebe ne záruljon előbb, mint a hogy a tüdőseb gyógyult, mert különben újabb thoraxresectio válhat szükségessé. Utóvérzést két esetben észlelt, egyik esetben ez körülöltéssel megszüntethető volt, a másik esetben halálra vezetett; a sectio az egyik verőéren aneurysmaszerű kitágulást talált, a mely megrepedt. Metastasis 2 esetben jött létre, de megfelelő gyógykezelésre gyógyult.

A nagy genyes ürök gyógyulása rendesen sarjadzással megy végbe. Két esetben sajátos gyógyulási folyamatot észlelt, a mely abból állott, hogy a bronchushám az űr falát behámositotta; a hámnak galvanokauterrel való leégetése után a sipoly záródott.

Tíz esetben, melyben tüdőtályog és gangraena miatt beavatkozás történt, módjában volt szerzőnek az eseteket 4 éven át megfigyelni, ezek közül egy esetben 7 hónappal a műtét után újból bűzös köpet jelentkezett, később haemoptoë mutatkozott, a beteg jelenleg egészséges. Egyik betegnek a *másik* tüdejében két évvel a műtét után pneumonia s eves empyema jelentkezett, e beteg meghalt. A többi 8-ban, kisebbfokú bronchitises zavaroktól eltekintve, teljes a gyógyulás.

Érdekes tárgy még annak az elbirálása, hogy a nyomási különbségben (Sauerbruch) való operálás különös előnyöket biztosit-e? *Körte* összes eseteit nyomáskülönbség nélkül operálta; a fokozott nyomásban (Brauer-Küttner) való műtét azzal a veszedelemmel járhat, hogy ép tüdőrészletekbe genyaspirálás történik. Tekintve, hogy a tüdő incisiója pillanatában a nyomáskülönbségben rejlő előnyök megszünnek, hogy a pneumotomia veszedelmei-

nek csak kis részét befolyásolja jótékonyan a negativ nyomásban való műtét, továbbá, hogy *Körte* gyógyult esetei mind nyomási különbség nélkül operáltattak, még nem tekinthetjük eldöntöttnek, vajjon a nyomási különbségben való műtét jobb eredményre fog-e vezetni. (Archiv f. klin. Chirurgie, 1908. 85. k., 1. f.)

*Steiner Pál* dr.

**Pleura-műtétek alkalmával a pneumothorax elkerülésére** a betegnek hasra fektetését ajánlja *C. A. Elsberg* (Newyork.) Szerinte úgy a *Sauerbruch*-, mint a *Brauer*-féle eljárásnak hátránya, hogy igen komplikált és drága eszközöket igényel, a nagy gyakorlat számára tehát nem való. Kutyákon végzett kisérletei arról győzték meg, hogy olyankor, mikor az állatot hasra fektette, 2—4 cm. hosszú nyilást készithetett a pleurán, sőt a nyilást még nagyobbithatta is, a nélkül, hogy súlyos pneumothorax keletkezett volna; olyankor, midőn a háton fekvő állaton művi pneumothoraxot hozott létre, a legsúlyosabb pneumothorax tünetei is elmultak az állatnak hasra fektetése után. Elsberg emberen is alkalmazta ezen eljárást mellkas-műtétek alkalmával, empyemák, tüdőbeli üregek és rekesz alatti tályogok transpleurális műtevésekor. Ilyenkor azt észlelte, hogy a légzés szabályosabbá vált; köhögésinger nem volt, a szivműködésre pedig ezen fektetés látszólag kevés befolyást gyakorolt. Ajánlja ezen módszer megkisértését a tüdő- és mellüregek operálásakor. (Centralblatt für Chirurgie, 1908. 10. szám.)

*Gergő.*

## Gyermekorvostan.

**A gyermekkori görcsökkel és befolyásukkal a későbbi korra** foglalkozik *Potpeschnigg*. Ismeretes, hogy azelőtt a gyermekkori eklampsiákat a gyermekek későbbi sorsára meglehetősen jelentőségnélkülinek tartották és általános volt a nézet, hogy az eklampsiának teljes, maradandó gyógyulással végződése talán a leggyakoribb. *Thiemich* és *Birk* a boroszlói klinikán mutattak rá, hogy megvizsgálva a serdülő korban azon gyermekeket, kik első életéveikben spasmophiliában szenvedtek, alig volt található egy is testi vagy szellemi fogyatékosság nélkül. Infantilismus, kryptorchismus, hibás beszéd, rossz hallás, indulatosság, gyenge intelligentia stb. mutatta, hogy a korai gyermekkorban elszenvedett ártalmak nem maradtak utókövetkezmény nélkül. Megerősitik ezt *Potpeschnigg*-nek a grácziés müncheni gyermekklinika anyagán végzett vizsgálatai is, melyek eredményét a következőkben foglalhatjuk össze. A gyermekkori spasmophilia súlyos, maradandó ártalmat jelent. Mellékes e tekintetben, hogy a spasmophilia tetania, laryngospasmus, vagy eklampsia alakjában nyilvánult-e. A megbetegedettek jó része, ha mindjárt az első rohamok alatt nem is hal meg gégegörcsben, magasabb kort nem ér el. Csak kis töredék gyógyul meg teljesen. A többségen súlyos nyomok maradnak vissza, a melyek többnyire az epilepsia, vagy aequivalensei alakját öltik magukra. A valódi epilepsiától azonban ezen rohamokat a spasmophilia latens jelenségei révén elkülöníthetjük. Megjelenésüket elősegitik részben a pubertassal járó élettani átalakulások, részben a külső behatások és lelki mozgalmak. (Arch. f. Kinderhk., 1908. 360. l.) *Flesch* dr.

**Noma esetében bakteriologiai vizsgálatot** végzett *Hellesen* a krisztiániai gyermekklinikán. Vizsgálatainak eredménye a következőkben foglalható össze: Állandóan talált a kóros szövetben diplococcust. A metszetekben túlnyomó volt ez a többi bakterium közt és behatolt a környező szövetbe, sőt a határos, látszólag egészséges szövetbe is. Ugyanezen diplococcust kimutatta a beteg vérében intra vitam és post mortem. Tisztán is kitenyésztette és részben ezen tiszta tenyészettel, részben a nomás szövettel állatkisérleteket végzett, melyek eredményeképen typusos és látszólag specifikus nekrosis támadt. Ezen diplococcust azért ezen nomaesetben egész biztossággal a betegség okozója gyanánt tekinti, mindamellett leletét összehasonlitva másokéival, legvalószinübbnek tartja az olasz vizsgálók nézetét, hogy t. i. a különböző nomaeseteket nem mindig egy és ugyanazon specifikus mikroba idézi elő. (Jahrb. f. Kinderhk., 1908 márczius.)

*Flesch* dr.

**Poliomyelitis-epidemiák.** A jelenlegi norvég és amerikai poliomyelitis-epidemiák alkalmából történelmi szempontból érdekes, hogy több hasonló járványt leirtak már a mult század elején.

Az első epidemiát *Bergenholtz* ismertette Finnországból, 1868-ban egy norvég orvos, *M. C. Bull* „Meningitis spinalis acuta“ czimen ismertetett egy járványt. 14 esetet észlelt; 12 esetet 4—10 éves gyermeken, egy esetet 14 éves leányon, egyet 20 éves férfin; az esetek közül 5 halálos kimentelű volt. *Bull* jó észlelő volt s a tüneteket jól irja le. A betegség lázzal kezdődött, majd izületi és tagfájdalmak támadtak, néhány esetben a gerinczoszlop nyomásra érzékeny volt, később paresis, illetve paralysis jelentkezett egy vagy több végtagon; csekély fejfájás és hányás volt az egyedüli agytünet. A betegség 4—5. napján a légzőközpont hűdése következtében beállott a halál, vagy a lázas tünetek hirtelen megszüntével a beteg quo ad vitam meggyógyult, s a hűdött vagy paresises végtagokon lassanként némi javulás mutatkozott. 1841-ben *G. Colmer* Louisianában ir le egy epidemiát 8—10 eset kapcsán; minthogy a betegek közül egy sem töltötte be a második életévet, a megbetegedést a fogzással hozta kapcsolatba. (The Journal of the Americ. Medic. Assoc. Chicago, 1908. 9. szám.)

*Tóth Sára* dr.

## Venereás bántalmak.

**A syphilis kénesős kezeléséről** értekezik *F. Nagelschmidt* (Berlin). A szerző nagyobb kiterjedésű vizsgálatokba fogott, a melyeknek czélja, hogy lehetőleg számos és tökéletes kisérleti sorozatban vizsgálja a különböző kénesős kúrákat. E vizsgálatokban fontosnak tartja egyrészt a klinikai megfigyelést, másrészt a különböző kénesős kezelések alkalmával mutatkozó kiválasztások pontos quantitativ kimutatását. *Nagelschmidt* vizsgálatai jelen alkalommal a mergal nevű gyógyszerre vonatkoznak. Eredményeit a következőkben foglalja össze. A mergal alakjában a kéneső igen pontosan adagolható és meghatározott adagokban nagyobb bizonyossággal jut a keringésbe, mint bármely más kúra alkalmával. A ritkán használt sublimat intravenás alkalmazása az egyedüli kivétel. A mergal nem szokott semmiféle kellemetlen vagy veszedelmes mellékhatásokat okozni s igy egyáltalában nem áll más kénesős kezelési módok mögött. A szervezet gyorsan és aránylag nagy mennyiségben veszi föl a mergalt, a melynek remanentiája is hosszas. A készitmény tehát a jó belső antilueses szernek minden tulajdonságával bir. A syphilisnek belső gyógyitása több országban nagy szerepet játszik (Francziaország, Anglia, Amerika), ámbár ezideig hatásos, de nem izgató Hg-készitmény nem létezett. Sokkal kellemesebb ugyanis naponta néhány pilulát lenyelni, mint a kellemetlen kenőkúrát végezni, vagy magát a fájdalmasabb injectiós kúráknak alávetni. A pilulás kúra ezenkivül rendkivül discréten is használható, a beteg sincsen annyira orvosára utalva s igy különösen utazások alkalmával igen kényelmes ez a kezelésmód. A belső kezelés eddigi hátránya ezekkel szemben azonban az, hogy könnyen bélzavarokat okoz, melyek azután a felszivódást zavarják és hogy kisebb dosisokban csak gyönge antilueses hatást fejt ki. Németországban ezért a belső kezelést inkább csak gyöngébb közbenső kúrákra használják. Kivételes készitmény a föntiek alapján a mergal, mely teljes értékű antisyphiliticumnak minősitendő. A szerző ezt a véleményét 103 különböző stadiumbeli lues esetén tett tapasztalataiból meriti. A szer a luesnek mindennemű alakjában bevált, még a lues maligna eseteiben is. Olyan eset, a melyben a mergalos hatás nem lett volna kielégitő, nem fordult elő. *Nagelschmidt* a Hg eliminatiojának vegyi vizsgálatára egymagában nem helyez nagy súlyt, de értékessé válik, ha a klinikai megfigyeléssel összeegyeztetjük. Ezek alapján kiderült, hogy a mergal a salicylsavas kénesőnek, valamint a többi oldhatatlan készitménynek előnyeit birja, az előbbinek előnyeit a gyors resorptio, az utóbbiakét a hosszú remanentia tekintetében. Rendes kúrához naponként 6—8 capsulát adunk és pedig úgy, hogy a teljes kúra alatt a beteg összesen mintegy 300—350 tokocskát szedjen. (Dermatolog. Zeitschrift, 1908. XV. k. 3. f.)

*Guszman.*

## Orr-, torok- és gégebajok.

**A Röntgen-átvilágitás jelentősége az orrmelléküregek bajainak kórjelzésében.** Élőkön és hullákon végzett kisérletek alapján tárgyalja e kérdést *Albrecht W.* (Berlin.) Előtte már többen iparkodtak a Röntgen-sugarakat a melléküregek átvilágitására felhasználni. *Goldmann* és *Kilian* érdeme, hogy bebizonyitották az x-sugarak használhatóságát a melléküregek gyuladásának kórjelzésében. Ezen búvárok azt találták, hogy sagittalis irányban átvilá-

gitáskor a lemezen a megbetegedés oldalán az egészséges oldalhoz viszonyítva homály mutatkozik, illetőleg súlyos vagy hosszabb tartamú megbetegedésben teljes árnyék látható. A felvétel úgy történik, hogy a megvizsgálandó egyén homlokát és orrát a lemezhez szorítjuk s a csövet a protuberantia occipitalisra állítjuk be s e mellett a nyilás alsó vége mintegy tenyérnyi távolságra legyen a fejtől. A felvételek közepesen kemény csővel, erős áram alkalmazásával, $2^1/_2$—3 percznyi expositióval jól sikerülnek. Highmor-üreg-empyema eseteiben, ámbár a lemezre a legtöbb esetben jól rajzolódnak a kóros elváltozások, gyakorlati szempontból a Röntgen-átvilágítás azért nem jön tekintetbe, mert a próbapunctio és kifecskendés megbizható eredményt ad s a Heryng-féle lámpával való átvilágítás is minden esetben ugyanazt az eredményt adja, mint a Röntgen-átvilágítás. Jelentősebb az eljárás *Highmor*-üregbeli daganat fennforgása esetén. A kép jól mutatja a daganat határait és kiterjedését, a mi az operabilitás szempontjából fontos. A homloküreg-empyema diagnosisát egyedül a Röntgen-képből nem állíthatjuk fel. Ha azonban más jelenségek is utalnak rá, akkor bizonyító diagnostikai tényezővé válik. A homloküreg és az elülső felső rostasejtek empyemájának elkülönítő kórjelzése a legtöbb esetben nehézségekbe ütközik. Ezért örömmel kell vennünk minden segédeszközt, mely ezen elkülönítő kórjelzést megkönnyíti. *A rostasejtek megbetegedésének* kórismézésében a röntgenografia a legkiválóbb jelentőséggel bir. A Röntgen-kép minden esetben teljesen megfelel a kóros állapotnak s e szerint teljesen bizonyító. Nagy előnye ezen eljárásnak az is, hogy már *egy* sejt megbetegedése is mint árnyék látható a lemezen. A hátulsó rostasejtek és ikéből megbetegedésének kórjelzésére a röntgenografia csak kivételesen használható fel. (Arch. f. Laryng- u. Rhinologie, 20. kötet.)

*Laub László* dr.

**A fekete nyelvről** (lingua villosa nigra) kimerítő monografiát irt *Blegvad* (Kopenhága.) E betegség abban áll, hogy a nyelv felületén hosszú, csaknem $^1/_2$—1 cm.-nyi, fekete, zöldes vagy barnás-sárga hajszerű képletek mutatkoznak, a melyek a megnagyobbodott papillae filiformesnek felelnek meg. A nyelv hátán szoktak jelentkezni, a nyelv hegyét és széleit rendesen szabadon hagyva. Az utóbbi helyeken néha fehér lepedék látható. Figyelmet különösen azért érdemel ezen kórkép, mert a betegek gyakran ráknak vagy egyéb természetű daganatnak tartják. Fontos tudni, hogy mindenféle kezeléssel daczolni szokott. A képletek lekaparása nem ajánlatos, mert ez erős inger újraképződésükre. Legjobb még a nyelvnek 10%-os perhydrol-oldattal való ecsetelése napjában egyszer vagy többször. (Arch. f. Laryng- u. Rhinologie, 20. kötet.)

*Laub László* dr.

## Fizikai gyógyításmódok.

**A csúzos bántalmak kezelése vízalkalmazásokkal.** *Fuerstenberg* a Brieger vezetése alatt álló berlini egyetemi vízgyógyítóintézetben szokásos azon kezelési módról számol be, a melylyel a heveny izületi csúzt gyógyítják. Azt mondja, hogy újabban a hideg borogatásnak azon nemét találták a legtöbb esetben a legalkalmasabbnak, a melyet *Winternitz* „Longetten“ néven ismertetett és a mely abban áll, hogy a beteg részt $^1/_2$—1 m. hosszú, 5—10 cm. széles, megnedvesített puha vászoncsíkokkal többszörösen lazán körülcsavarjuk és időnként hideg vízzel megnedvesítve állandóan nedvesen tartjuk. (A keskenypólyás borogatás — a mint a longetteket magyarul nevezni lehetne — előnye az, hogy bármely testrészhez jól odasimul és folytonosan megújított megnedvesítéssel állandóan hűvösön tartható a nélkül, hogy a borogatást meg kellene újítani, vagy hogy a beteg testrészt helyéből ki kellene mozdítani.) A berlini intézetben a keskenypólyás borogatást annyiban módosították, hogy a szivacscsal való, időt rabló, ismételt nedvesítgetés helyett egy a megbetegedett résznél valamivel magasabban elhelyezett vödörből gummicső segélyével, a melyet csipővel kellően összeszorítanak, folytonosan 4—6 C fokos vizet cseppentenek a pólyára. A lecsurgó vizet gummilepedőn fogják fel és vezetik le egy edénybe. Ilyen módon a beteg rész állandóan hűvösön tartható a nélkül, hogy az ápolónak a longettet minduntalan meg kellene nedvesítenie. Régebben ezen kezelést meleg alkalmazásokkal (borogatással, gőzöléssel, stb.-vel) felváltva használták. Ujabban kisérlet czéljából pusztán csak a keskenypólyás borogatásokkal kezelték a heveny izületi csúzos betegeket és valamennyi esetben 3—4 hét alatt lényeges javulást értek el. A hideg borogatások ezen fajtáját nem épen csak csúzos, hanem gonorrhoeás vagy más természetű heveny izületgyuladásokban is alkalmazták és 28 beteg közül csak kettő tűrte őket rosszul. Sok esetben a láz ellen salicylt is adtak, de e nélkül is jó eredményt értek el. A láz szüntével a longettekkel való kezelést még néhány napig folytatják és azután fokozatosan meleg, majd forró kezelésre térnek át. „Minél akutabb az eset, annál több hideget, minél krónikusabb, annál több meleget alkalmaznak.“ A keskenypólyás borogatásokat főképen az általános kezelés helyi támogatására ajánlják, még pedig első sorban olyan esetekben, a melyekben a salicyl nem használ, vagy a melyekben ezt a betegek rosszul tűrik. (Med. Klinik, 1908. 13. szám.)

*Lenkei V. D.* dr.

**Az asthma bronchiale hydrotherapiás kezelése** czímén *Fischer C.* a berlini egyetemi vízgyógyítóintézetben divó azon vízalkalmazásokat ismerteti, a melyekkel a bronchialis asthmát szokták gyógyítani. A roham alatt általában forró (36—40 C fokos) vagy váltakozó hőmérsékű kéz- és lábfürdőt s a mellkasra forró borogatásokat szoktak alkalmazni. Az általános állapot javítására félfürdőt és hideg ledörzsölést, valamint nappal is, de főképen éjszaka 3 óránként változtatott állott vizes (némely esetben száraz) keresztpólyát használnak. Nagyon előnyösnek mutatkoztak a 10—15 perczig tartó 36—40 C fokos egész fürdők, melyekre a fürdővíz egy részének lebocsátása után egy vagy több hideg has- vagy tarkóöntés következik. Ezen leöntésekre vagy 30 C fokos, vagy egészen hideg vizet használnak, a melyet vödörből körülbelül 2 meter magasról öntenek a hasra, vagy a tarkótól kezdve a háton végig. Ezen „asthma-öntés“-t némely esetben félfürdő után is adják. Ezen kezelés mellett vizgőzt vagy mentaolajat lehelteinek be (az utóbbit zsebkendőre cseppentve) és légzésgyakorlatokat is végeztetnek, a kiköpés előmozdítására pedig mellkas-massage-t rendelnek, a melyet a kilégzéskor thorax-compressioval kötnek össze. Kivételes esetekben teljes vagy részleges pólyázást és utána legyezőzuhanyt is alkalmaznak. A roham alatt kivált a forró kézfürdőktől és a forró mellkasborogatástól láttak enyhülést. A hideg leöntés, különösen a tarkó leöntése, némely betegnek nem tett jót, mert rohamot váltott ki. (Zeitschrift f. phys. u. diät. Therapie. 11. köt., 141. lap.)

*Lenkei V. D.* dr.

## Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**Hyperemesis gravidarum** eseteiben Olshausen klinikáján jó eredménynyel használják a natrium bromatumot klysma alakjában (2—3 gramm 2—3-szor naponként). E mellett psychés gyógyítás és nem híg táplálék. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908. 7. szám.)

**Az appendicitis és typhlitis felismerésére** *Thorkild Rovsing* új módot ajánl. 100-nál több eseten tett tapasztalata szerint ugyanis, ha a colon descendenst közepe táján összenyomjuk, hirtelen erős, metsző fájás támad a Mc Burney-ponton. Ez a tünet csak az appendix vagy a vakbél bajaiban van meg, a jobboldali fossa iliaca fájdalmas megduzzadásával járó más eredetű bajokban hiányzik. (Hospitalstidende, 1907. 43. szám.)

**A diabetes mellitus gyógyítására** *Soules* az extractum fluidum chimaphilae-t ajánlja 8 centigrammos adagban minden étkezés után. A diaetából a keményítőtartalmú ételeket törülni kell. Ezen gyógyításmód mellett a vizelet egy hónapon belül czukormentessé válik. Ha ez bekövetkezett, a chimaphilán kivül kevés arsent is ad. Két hónap mulva fokozatosan áttér a keményítőtartalmú ételekre és a chimaphila adagját felére kisebbíti. (New-York Med. Journal, 1907. 20. szám.)

**A Widal-reactio** *Macatee* szerint a typhus prognosisában is felhasználható. Súlyos esetekben a reactio hiányából vagy gyengeségéből a prognosis kedvezőtlen voltára lehet következtetni. Könnyű esetekben a korán jelentkező kifejezett és tartós reactio visszaesés nélküli korai gyógyulásra utal. A reactionak teljes hiánya vagy későn és gyengén jelentkezése enyhe vagy atypusos esetekben arra enged következtetni, hogy a baj hosszasan fog tartani vagy hogy visszaesés fog beállani. (Washington Med. Ann. VI. 4. szám.)

## Magyar orvosi irodalom.

**Közlemények az összehasonlító élet- és kórtan köréből.** VII. kötet, 5—7. füzet. *Wetzl János:* Klinikai vérvizsgálatok. *Szász Alfréd:* A bacillus fluorescens liquefaciens mint tejetkeserítő bakterium. *Betegh Lajos:* Trypanosoma-tanulmányok.

**Gyógyászat,** 1908. 15. szám. *Ferenczi Sándor:* A neurosisokról Freud tanárnak világításában és a psychoanalysisről. *Christian János:* Néhány érdekesebb bonczlelet.

**Orvosok lapja,** 1908. 15. szám. *Grósz Menyhért:* A dispensaire szervezete.

**Budapesti orvosi ujság,** 1908. 15. szám. *Ströszner Ödön:* A fertötlenítésről a kiütéses hagymáznál. *Finály György:* A szülés utáni vérzések elkerülése. *Hajós Lajos:* A nervinol az ideggyógyászati gyakorlatban.

## Vegyes hirek.

**Kitüntetés.** *Milkó Ignácz* dr. óbecsei járásorvosnak, Bácsmegye tiszteletbeli főorvosának, a közegészségügy terén szerzett érdemeiért a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta a király.

**Kinevezés.** *Árokay Antal* dr.-t Székesfehérvár tiszteletbeli főorvosává nevezték ki.

**Választás.** *Kun Ignácz* dr.-t losonczapátfalvai körorvossá választották.

**Sipos Dezső** dr. orvosi működését Karlsbadban (Markt, Haus „3 Ringe") megkezdte.

**XVI. nemzetközi orvosi congressus.** A budapesten 1909 augusztus hó 29.-étől szeptember 4.-éig tartandó XVI. nemzetközi orvosi congressus előzetes programmját 20,000 példányban a napokban küldték szét a világ minden tájékára. A programm már is a legszebb reményekre jogosit: 350 külföldi tudós — többnyire egyetemi tanárok — vállaltak referatumot a 21 szakosztály számára. Az összes üléseken a nagy kultur-nemzetek kiváló képviselői fognak előadást tartani. A külföldi nemzeti bizottságok megalakultak s a kormányok már is bejelentették, hogy képviseltetik magukat. A congressusnak kulturális, gazdasági és nemzeti szempontból egyaránt nagy jelentősége van. Ezt úgy a magyar kormány, mint a főváros s a tudományos testületeink egyaránt méltányolják s vállvetve törekesznek arra, hogy az a 4000—5000 orvos, ki ez alkalommal Budapesten fog találkozni, kedvező véleményt alkosson viszonyainkról.

**A budapesti egyetem I. sz. nőbeteg-klinikáján** márcziusban a szülések száma 161 volt (először szülő 68, többször szülő 93). A született magzatok száma 161, még pedig élő 144, halott 12, maczerált 5; érett 131, kora 19, éretlen 11; fiú 90, leány 66, kérdéses nemű 5; törvényes 71, törvénytelen 90. A terhesek, szülőnők és gyermekágyasok közül 1 halt meg. A nőbeteg-osztályon 93 beteget ápoltak, a kik közül 1 halt meg. A klinikával kapcsolatos poliklinika segélyét 115 esetben vették igénybe; a műtétek száma 93 volt.

**A budapesti egyetem 2. sz. nőbeteg-klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum** segélyét márcziusban 109 esetben vették igénybe; a műtétek száma 72 volt.

**A budapesti poliklinikán** márczius hóban 4444 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 12,157 volt.

**A szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentő-osztálya** márczius hóban 104 esetben működött.

**Meghalt.** *Bürger Adolf* dr. kalocsai orvos 67 éves korában e hó 11.-én. — *Altwer Bernát* dr. mindszenti orvos e hó 2.-án 71 éves korában. — *Toffler Lipót* dr. körorvos Losonczon e hó 8.-án. — *Cséby Antal* dr., Szentendre város főorvosa, e hó 16.-án. — *Mracek F.* tanár, ismert bécsi dermatologus, 61 éves korában e hó 8.-án. — *Leydig Fr.*, valaha az állattan tanára a bonni egyetemen, nagyhirű histologus, április 11.-én, 87 éves korában.

**Kisebb hirek külföldről.** A közös hadseregben a katonaorvosok czimét állitólag meg akarják változtatni, hogy ezzel is közelebb hozzák őket a combattans tisztikarhoz; a főorvos, ezredorvos, törzsorvos stb. czimet hir szerint hadnagyorvos, főhadnagyorvos, kapitányorvos stb. czimre akarják átváltoztatni. — A berlini állatorvosi főiskolán a közegészségtan r. tanárává *P. Frosch* dr.-t, a berlini „Institut für Infektionskrankheiten" osztályigazgatóját nevezték ki. — A greifswaldi fülklinika igazgatójává rendkivüli tanári minőségben *W. Lange* berlini magántanárt nevezték ki. — Tanári czimet nyertek *P. Kroemer* (nőorvostan) és *Spiegel* (gyógyszertan) magántanárok Berlinben. — *Estor* dr.-t Montpellierben a gyermeksebészet tanárává nevezték ki.

**A két új bécsi nőklinikát** májusban fogják megnyitni. A két klinika a világ legnagyobbszabású hasonló intézete. Mindegyik különkülön 9 millió koronába került, mindkettőnek egyenként 272 ágya van, 150 a gyermekágyasok, 50 a terhesek, 12 az elkülönített betegek és 60 a női bajosok részére. Vannak bennük internátus czéljaira szolgáló helyiségek, pazarul berendezett laboratoriumok stb. A két klinika az Allgemeines Krankenhaus közelében van; mindegyikük az **E** betű typusára épült. A klinikák igazgatói tudvalevően Rosthorn és Schauta tanárok. Számba véve a klinikáknak, nagy arányait s a vezetésükkel járó nagy és felelősséggel teljes munkát, megérthetjük, hogy miért vonult nyugalomba Chrobak tanár.

**A kopogtatás 100 éves jubileuma.** Ez évben mult 100 esztendeje, hogy J. N. Corvisart közzétette korszakalkotó munkáját a percussioról, melylyel megalapitója lett a klinikai kopogtatásnak s Skoda szerint „megalapitója az újabb diagnostikának". Ismeretes, hogy a percussio tulajdonképeni felfedezője Auenbrugger bécsi orvos, ő irta azt le elöször 1761-ben megjelent művében: „Inventum novum ex percussione thoracis humani ut signo abstrusos interni pectoris morbos detegendi." De Auenbrugger rövid, 95 oldalas értekezése nem keltett nagyobb hatást, s a kik figyelembe is vették — mint pl. a hires Peter Frank —, kicsinylően nyilatkoztak az új eljárás gyakorlati értékéről. Az orvosi működés közkincsévé, a beteg megvizsgálásának nélkülözhetetlen eszközévé a kopogtatás akkor kezdett lenni, a mikor Corvisart, a nagyhirű párisi klinikus, Napoleon császár háziorvosa és bizalmasa, Auenbrugger értekezését bő kommentárral franczia fordításban kiadta. A munka czime: Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité par Auenbrugger . . . . ., ouvrage traduit du latin et commenté par J. N. Corvisart . . . . . Paris 1808. 440 p. — E műben a kommentár maga sokkal nagyobb teret foglal el, mint Auenbrugger eredeti szövege s benne az új önálló észleletek nagy száma van először közzétéve, különösen a szív kopogtatásáról ép és kóros viszonyok között, a melyet Auenbrugger figyelmen kivül hagyott. Az új módszer a Laënnec által 1819-ben megalapított auscultatioval együtt csakhamar meghódította az orvosi világot; tökéletes, majdnem befejezett egészszé a kopogtatás és hallgatódzás tana tudvalevően Skoda bécsi klinikus korszakalkotó munkájával (Abhandlung über Percussion und Auskultation, Wien 1839) lett

**Orvosi per.** A Londonban megjelenő Lancet-ot, Anglia egyik első orvosi lapját, nemrég 24,000 korona kártérítésre itélte el a londoni bíróság, mert 1907 márczius 9.-i számában értéktelen kuruzslószernek nyilvánította Tucker amerikai orvos asthmaellenes titkos „specificum"-át a hozzávaló spray-vel együtt, sőt azt veszedelmesnek jelentette ki, mivel benne cocain és atropin is van. Tucker dr. angolországi agense, a ki a pert a Lancet ellen megindította, a tárgyalás alkalmával beismerte, hogy neki — az agensnak — a szernek Angliában való elárúsitása 360,000 korona évi jövedelmet hajt. A felperes számos tanúval igazolta, hogy a Tucker-féle szer segitett a bajukon, mire a törvényszék elitélte az orvosi lapot. Nem az első és nem az utolsó eset!

Jelen számunkhoz a **F. Hoffmann-La Roche & Cie.** czég **„Thigenol"** czimű prospectusa van mellékelve.

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

**Budapesti ZANDER-gyógyintézet**
**VIII., Muzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés.** Főbb javalatok: Idült gyomorbélatonia, **székrekedés, elhizás,** köszvény, csúz, idegzsábák **(ischias stb.). Csonttörések** és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. **Érelmeszesedés,** szivbajok, **bronchialis asthma** (villamos fényfürdővel), neurasthenia, bénulások. **Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése** (Zander módszerével). **Gerinczelgörbülések.**

**Justus Dr. bőrbajosokat** gyógyitó intézete.
**Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyitás, physikális gyógymódok.**

**GIZELLA-TELEP FÜRDŐ,** modern vizgyógyintézet május 1-én nyilik meg.
**posta VISEGRÁD (Pest m.)**
**Vizgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forrólég-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Remek fekvés. Pensio — fürdőhasználattal együtt — heti 60 koronától feljebb. Kivánatra prospektus.** 5442

**Orvosi laboratorium:** Vezető: **Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika.** Szövetség-utcza 14-16. Telefon 90-46.

**Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13—15.**
Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

**„VÖRÖSKERESZT-KÓRHÁZ" SANATORIUMA Budapest, I., Győri-út 17.**

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

**Elektromágneses intézet** **Budapest, VII., Dr. GRÜNWALD-SANATORIUM.** Főbb javalatok: **neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejfájás, csúz** stb. Prospektus. Vezető orvos: **Réh Béla dr.**

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

**DR. RINGER** **elme- és kedélybetegek gyógyintézete nők és férfiak részére. Budapest, I. ker., Lenke-út (kelenföldi villamos megálló).**

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

# TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM.** XVIII. magyar balneologiai congressus. (II. ülés 1908 április 4.-én.) 275. l. — Közkórházi Orvostársulat. (II. bemutató ülés 1908. február 12.-én. 276. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 278. l.

## A XVIII. magyar balneologiai congressus.

(II. ülés 1908 április hó 4.-én.)

Elnök: **Papp Samu.** Jegyző: **Vámossy Zoltán.**

### A chronikus izületi gyuladások gyógyítása meleg sós vizekkel.

**Reichardsperg Lajos:** Először ismertette Szováta-fürdőt, melynek vizei Rigler egyet. tanár vizsgálatai szerint messze felülmulják az osztrák és bajor hasonló sós vizeket sótartalom s igy hatás tekintetében is. Szováta ma már összes sós vizeink között az első helyet foglalja el, s a mai korral haladó újitások és modern berendezések (jó vasúti közlekedés, vízvezeték s villanyvilágitás) folytán remélhető, hogy e bár csak rövid idő óta ismert fürdőhely nemsokára kivivja magának az elsők között a helyet.

Ezután áttér a női bajok gyógykezelésére s igyekszik kimutatni, hogy a 60—70 $C^0$ meleg sós ülőfürdők a női bajokban valósággal ideális hatást fejtenek ki.

Végül a chronikus izületi gyuladásokról szólt, kifejtve, hogy a meleg sós vizek használata még akkor is jótékony hatású ezen bajokban, ha már évek, sőt évtizedek óta állanak fenn. Véleménye szerint e fürdők használatakor — mivel az izületi gyuladások gyakran komplikálódnak komoly természetű szivbajokkal — arra kell a fürdőző közönséget kitanitani, hogy csak orvosi felügyelet mellett szabad a sós vizeket igénybe venni.

### A hazai fürdők és ásványvizek forgalmának emelése.

**Lukács Emil:** A felolvasó sorrendben utal azon államokra, a melyekbe a hazai ásványvizek bevitele eredményes lenne. Utal továbbá ama körülményre, hogy mig hazánk savanyúvizekben gazdagsága egész Európáét felülmulja, addig kivitelünk majdnem a nullával egyenlő s eddig csakis keserűvizeink tették meg világhódító körútjukat. Az előadó végül csoportositja azon eszközöket, a melyekkel az ásványvizkivitel sikerrel vihető keresztül.

A hazai fürdőkre vonatkozólag megjegyzi, hogy közönségünket csakis a nyugateurópai fürdők nyujtotta kényelem megadásával s a pensio-rendszer behozásával tarthatjuk itthon. Kényelmes szobák, modern olvasóterem, bel- és külföldi napilapok, jó világitás, a közönség esteli szórakoztatása a hazai fürdőknek fokozódó számban fog híveket szerezni, annál is inkább, mivel minden külföldi fürdőnek megvan hazánkban a hasonértékű fürdője. Az eddigi gyenge eredményeknek úgy az ásványvizkivitel, mint a hazai fürdőforgalom terén első sorban a kormány indolentiája az oka, mely hazánk forrás- és fürdőügyeért nem tesz semmit. Hozzájárul ehhez még az egyes érdekelt tényezők nemtörődömsége, a befektetéstől való irtózás, a vállalkozási kedv hiánya, holott más államokban a fürdőket és forrásokat nemzetgazdasági kincsnek tekintik, a melyek helyes, czélirányos kezelés mellett a lakosság jólétének forrásai.

### Imponderabiliák a fürdőorvosi gyakorlatban.

**Weisz Ede:** Azon mérhetlen momentumokról szól, melyek túl a tudás határán, csak a mérlegelésnek és sejtésnek a tárgyai. Nem elég a testi kórjelzést a legfinomabb részletekig minden rendelkezésünkre álló eszközzel kidolgozni, hanem igyekezni kell a betegnek egész lelkületét, jellemét, gondolkodását, kedélyét behatóan megismerni. Lélektani kórjelzés nélkül nem jöhet létre a beteg és orvosa között azon benső viszony és a fegyelemnek ama bizonyos foka, a mely nélkül az eredményes, körültekintő gyógykezelés el nem képzelhető. Ezen lélektani kórjelzést mérőeszközök teljes hiányában csak az élet iskolájában lehet és kell megtanulnunk, tapasztalat, emberismeret és tudatos gyakorlat útján.

### A vér viscositásának változásai physicotherapiás behatásokra.

**Jakab László:** Reámutat a vér viscositásának nagy fontosságára a szív munkáját illetőleg. Szükségesnek tartja, hogy ezen tényezőre is mindenkor nagy figyelemmel legyünk, különösen ott, a hol a vérkeringési szervek egyensúlya labilis állapotban van. Kisérleteiben azt találta, hogy a hűvös fürdők, ha utánuk megfelelő reactio áll be, a vér viscositását fokozzák; a meleg fürdők, a mennyiben erősebb izzadást nem okoznak, a vér viscositását csökkentik. Az igen intenziv izzadással járó villamos fényfürdők a vér belső surlódását nagyban fokozhatják. A massage a legtöbb esetben csökkenti a vér viscositását. Szénsavas fürdőkben a vér viscositását szintén nagyobbodottnak találta a vizsgált esetekben.

### A magaslati téli klima elemei, hatása és javalatai.

**Dalmady Zoltán:** A magaslatok klimája más évszakos változásokat mutat, mint a hasonló földrajzi fekvésű alföld. A hőmérsékleti viszonyokat a hősugárzások jelentékeny volta, és télen igen gyakori inversioja a verticalis hőcsökkenésnek jellegzetesen befolyásolja. Az insolatio egyrészt közvetlenül hat szervezetünk hőforgalmára, másrészt a talaj és levegő hőmérsékletére van hatással. Télen a teljes lombozatban álló fenyőerdő, mint sötét, fény- és hőelnyelő test jelentékeny szerepet játszik a klima tényezőinek megszabásában. A hegyek déli lejtőjének az insolatio szempontjából, a téli alacsony napállás idején, jelentékeny előnye van a síkon fekvő helyekkel szemben.

Az átlagos légnyomás a magaslatokon télen kisebb, mint nyáron. A levegő télen jelentékenyen szárazabb, a felhőzet és csapadék kevesebb, a napfénytartam nagyobb.

A leglényegesebb változást azon tényezők mutatják, melyeknek szervezetünk hőforgalmára hatásuk van, s e változás oly irányú, hogy a magaslatnak az oxygenhiányon alapuló, gyógyitásra felhasználható ingereit erősebbé teszi, s mindamellett a közérzetet előnyösen befolyásolja.

A téli klima ugyanoly irányban hat, mint a nyári, de erősebb ingernek tekintendő.

Javalatai tehát ugyanazok, mint a nyári magaslati klimáéi, csak a szervezet reactioképességét kell gondosabban mérlegelnünk.

### A magaslati téli klima therapeutikai értékéről.

**Guhr Mihály:** A régebbi orvosi irodalomban nem találunk följegyzést. Brehmer és Spengler inaugurálta a tüdőtuberculosisnak ezen leghathatósabb gyógyeszközét. Brehmer és iskolája megteremtette a tüdővész hygienés-diaetás gyógyitását. Davos ma is a világnak tüdőbetegek által leglátogatottabb gyógyhelye s a téli sportok bölcsője.

Az angolok voltak a legelsők, a kik nem a tüdőbajok szempontjából méltatták a téli klima kellemes és hasznos voltát. Őket követi Európának prophylaxist és téli üdülést kereső többi lakója.

A klima az ember fizikumára és psychéjére kifejtett hatása révén érvényesül. A téli klima fizikai hatása a nyáritól alig különbözik. A psychés hatást télen becsülik többre. Az időjárás derült, kellemes és egyenletes a tél folyamán. Egész napi künntartózkodást tesz lehetségessé. Fölvidítólag hat a kedélyre. Alkalmat nyujt a foglalkoztató therapia egy új ágának, a téli sportoknak művelésére, a mi functionális idegbajokban kiváló fontosságú s gyógyulásukat oly kedvezően alakitja, hogy a téli eredményeket a nyáriaknál nagyobbra becsülhetni.

Az anaemia, chlorosis, malaria és Basedow-kór gyógyulásában az évszakok között különbség alig mutatkozik.

(III. ülés 1908 április 5.-én).

Elnök: **Ángyán Béla.** Jegyző: **Vámossy Zoltán.**

### A mult évi külföldi balneologiai események.

**Bosányi Béla:** A tudományos eredményeket és a fürdőipar terén felmerült mozgalmat részletezte. Különösen utalt a tárgyalás alatt levő német forrásvédelmi törvényre, a franczia játékadóra, a maga nemében egészen új kúrtaksatörvényjavaslatra és a svájczi balneologiai egylet emberbaráti törekvésére, melynek czélja az, hogy a föld gyógykincsei a gazdag és a szegény számára egyaránt hozzáférhetővé tétessenek.

### A magyar fürdők látogatottsága az 1907. évben.

**Löw Sámuel:** Az országos statisztikai hivatal 208 magyar fürdőről gyüjtötte és szolgáltatta be az adatokat (ezek között 30 olyan jelentéktelen, hogy egy-egy fürdő forgalma a 100 vendéget nem éri el, *egy* fürdőről csak 4 vendég van kimutatva). A fürdők 4 csoportba vannak osztva, t. i. *a)* tóparti fürdők; *b)* klimás gyógyhelyek; *c)* hévvizek; *d)* hideg ásványvizek. Az összforgalom a következő volt:

*a)* 25 tóparti fürdőben összesen 57,706 vendég (az előző évhez képest + 6222).

*b)* 51 klimás gyógyhelyen összesen 32,103 vendég (+ 1738).

*c)* 38 hévviz-fürdőben összesen 76,974 vendég (+ 7500).

*d)* 94 hideg ásványviz-fürdőben összesen 63,341 vendég (+ 4350).

Tehát 208 fürdőben összesen 230,124 vendég (+ 19,810).

Ebből az összforgalomból volt 200,849 belföldi vendég (+ 15,831), 29,275 külföldi (+ 3979). A belföldi vendégek között volt 110,388 állandó (+ 11,627), 90,461 ideiglenes (+ 4204), a külföldiek között 17,175 állandó (+ 990), 12,100 ideiglenes (+ 2989).

Az 1907. év forgalmi statisztikáját tehát 19,810 vendégtöbblettel zárjuk le; olyan többlet ez, a milyent az előző években még megközelitőleg sem értünk el, nem is szólva az 1906. évről, a mikor 13,514-nyi hiányunk volt. A közel 20,000-nyi többletből 12,000 az *állandó* vendégekre esik, tehát azokra, a kik a fürdőkben csakugyan gyógyulást vagy üdülést keresnek; bátran kimondhatjuk tehát, hogy a mult évben a hazai fürdők jelentékenyebb fellendülése mutatkozott.

### Az ásványvízforgalom 1907-ben.

**Löw Sámuel:** Természetes ásványvizekben összes *kivitelünk* 229,703 métermázsa volt 5.512,872 korona értékben (az előző évhez képest + 9480 métermázsa 227,520 korona értékben); az összes *behozatal* volt 71,110 métermázsa 1.848,860 korona értékben (+ 2339 métermázsa 60,814 korona értékben). *Aktivitás:* 158,593 métermázsa 3.664,012 korona értékben (+ 7141 métermázsa 166,716 korona értékben).

*Az osztrák relatio* a következő volt: *Kivitel* 23,772 métermázsa 570,528 korona értékben (+ 694 métermázsa 16,656 korona értékben). *Behozatal:* 64,437 métermázsa 1.675,362 korona értékben (+ 2537 métermázsa 63,622 korona értékben). *Passivitásunk* Ausztriával szemben: 40,665 métermázsa 1.104,834 korona értékben (+ 1843 métermázsa 54,834 korona értékben).

A mesterséges, illetőleg *szénsavval telített* ásványvizek forgalma nem volt jelentékeny. *Kivitel:* 2686 métermázsa 53,720 korona értékben (+ 766 métermázsa 15,320 korona értékben). *Behozatal:* 267 métermázsa 1068 korona értékben. *Az osztrák relatioban: Kivitel:* 747 métermázsa 14,940 korona értékben (+ 201 métermázsa 4020 korona értékben). *Behozatal:* 262 métermázsa 1048 korona értékben (+ 18 métermázsa 72 korona értékben).

Az előadó nyomatékosan emeli ki azt a tényt, hogy *passivitásunk Ausztriával szemben évről évre állandóan emelkedik, ma az 1 millió koronát már meghaladja.*

Ettől a szégyentetes relatiotól eltekintve, az ásványvízforgalom 1907. évi mérlege *kedvezőnek mondható.* A mi vizeink kivitele lényegesen emelkedett, az idegen vizek behozatala is emelkedett ugyan, de sokkal csekélyebb arányban, *aktivitásunk* tehát jóval *emelkedett* — közel van a 3.700,000 koronához.

Záradékul az előadó az egész ásványvízforgalmat egyes országok szerint tünteti fel; a felsorolt adatokból kitünik, hogy alig van a föld kerekségén olyan hely, a hova a magyar ásványvíz el nem jut. 1907-ben *legnagyobb kivitelünk* a következő országokba volt: Az Északamerikai Egyesült-Államokba (40,401 métermázsa), Németországba (35,700 métermázsa), Franciaországba (30,575 métermázsa), Olaszországba (28,143 métermázsa), Ausztriába (23,774 métermázsa), Romániába (11,185 métermázsa), Oroszországba (8552 métermázsa), Argentiniába (6461 métermázsa).

*Vámossy Zoltán:* Kikel a statisztikai hibák ellen, melyek tárgyában már a mult évben felirt a balneologiai egyesület a statisztikai hivatalhoz. Félnek a fürdők, hogy a statisztikai adatokat az adózás alapjává teszik. Kérdi, újból felirjanak-e?

*Schulhof Vilmos* szerint a hibák kútforrása az, hogy nem tudják, miként kell csinálni a statisztikát? Pl. nem egységes a megállapodás arra nézve, ki az állandó vendég, mert a kúrtaksa néhol 2 napi, máshol csak 4 napi tartózkodás után fizetendő, igy amott több lesz az állandó vendég, mint emitt.

*Löw Sámuel* szerint pontosan meg van állapitva, ki a futóvendég.

*Sümegi József* szerint is megbizhatatlanok az adatok.

## Közkórházi Orvostársulat.

(II. bemutató ülés 1908 február hó 12.-én.)

Elnök: **Elischer Gyula.** Jegyző: **Körmöczi Emil.**

(Folyt.)

### Lipoma palatobuccale.

**Balás Dezső:** A mult évi XIV. szakülésen nőbeteget mutattam be palatobuccalis daganattal, mely légzés- és nyelészavarokat okozott.

Vázoltam akkor a végzendő műtét menetét és a diagnosist lipomára állitottam fel. A daganat kihámozása a nyálkahártya körülmetszése után elég könnyen és nagyobbrészt tompán sikerült. A vérzés pontos csillapitása után a nyálkahártyát a seb felett egyesitettem. A gyógyulás zavartalanul folyt le s jelenleg a beteg légzése és nyelése teljesen jó. A kirtott daganatot Entz vizsgálta meg s a diagnosist megerősitette.

### Gyökeres kiirtással gyógyított lupus-betegek.

**Róna Sámuel.** 3 lupus beteget mutatok be, kik közül az elsőt, 19 éves fiút, 1904 februárban kezeltem 4 helyen exstirpatioval és Thiersch-féle transplantatioval. Csak az egyik góczban van a középen lencsényi recidiva és a kozmetikai eredmény jobb, mint a milyen a chemiai szerek, az izzófém vagy a Röntgen-kezelés után szokott lenni.

A 2. beteget, 18 éves leányt, a ki mult évi deczember 20.-án jött az osztályra, 8 cm. hosszú és 2 cm. széles, éles határú lupusplaque-kal a bal arczán, f. évi január 7.-én operáltam meg. A beteg területet és még köröskörül 1 cm.-nyi széles ép csikot a subcutan zsirszövettel együtt helyi érzéstelenitésben késsel kiirtottam és a sebet bevarrtam. Per primam gyógyulás. Az arczbőrnek nagy defectusa minden torzitás nélkül gyógyult. A kozmetikai eredmény kifogástalan, szép vonalas heg maradt vissza.

A 3. beteget, 20 éves leányt, a ki f. évi január 7.-én jött az osztályra, január 18.-án és f. hó 8-án operáltam. Január 18.-án a jobb arczon levő, a m. masseter elülső szélétől előre és az állkapocs széle alá terjedő gyermektenyérnyi, a jobb fülczimpa alatt $^1/_2$ krajczárnyi és a bal alkar feszitő területén 20 fillérnyi lupusos területet köröskörül 1 cm. ép részszel együtt kiirtottam és a sebet összevarrtam, február 8.-án pedig a jobb könyöktájon levő férfitenyérnyi góczot irtottam ki és a hiányt Thiersch szerint fedtem. A gyógyulás szintén per primam állott be, csak egy kis helyen volt a heg alatt egy alákötött ér körül kisebb genyedés. Az arczon a kozmetikai eredmény, noha a kiirtott terület még nagyobb volt mint az előbbi esetben és a feszülés 4 napig oly nagy volt, hogy elhalástól féltem, teljesen kifogástalan, vonalas heget mutat.

Bemutatom ezen eseteket annak újból demonstrálása végett, hogy mindazon esetekben, a melyekben a lupus késsel kiirtható,

# PÁLYÁZATOK.

**A pécsi állami gyermekmenhelyben** üresedésben levő **másodorvosi állásra** (1200 korona tiszteletdíj, lakás, fűtés, világítás és élelmezés) a pályázók (első sorban orvosdoktornők) a nagyméltóságú belügyministerhez intézendő kérvényüket **április hó 30.-áig** nyujtsák be a pécsi állami gyermekmenhely igazgatójához. 4—3

A Rimamurány-Salgótarjáni Vasmű Rész.-Társaság ózdi vasgyártelepén a munkástárspénztár kötelékében fenntartott kórháznál egy **segédorvos** nyerhet alkalmazást.

Csak olyan pályázó folyamodványa lesz figyelembe véve, a ki kötelező egy évi gyakorlatából a szülészeti 2 és belgyógyászati 4 hónapot valamelyik arra jogosított kórházban kitöltötte. A még hiányzó tárgyak gyakorlatára az ózdi kórház fel van jogosítva.

A gyakorlati féléven kivül még egy és fél év, összesen tehát 2 évi szolgálati kötelezettség elvállalása van a kinevezés feltételéül kikötve.

A segédorvos teendőit az idevonatkozó szolgálati utasítás szabályozza.

**Évi fizetés 2400 (kettőezernégyszáz) korona,** garçon lakás, fűtés és világítás.

Kellően felszerelt folyamodványok **folyó évi április hó végéig** alulirt czimre intézendők.

2—1 *Rimamurány-Salgótarjáni Vasmü Részv.-Társaság.*
Budapest, V., Nádor-uteza 36. II. em.

3201/1908. sz.

A Budapesti Ker. Munkáshiztosító Pénztár igazgatósága egy, folyó évi május hó 1-én betöltendő **évi 1500 korona** kezdő fizetéssel javadalmazott **kezelőorvosi állásra** pályázatot hirdet.

A kezelőorvosnak a VIII. ker. Práter-utezában, annak Nagytemplom- és Gólya-utcza közötti részében kell laknia.

Az ezen állásra pályázó orvostudor urak oklevélmásolattal és egyéb orvosi szolgálatot bizonyító okmányokkal fölszerelt kérvényeiket **folyó évi április hó 26.-áig** a fenti pénztár főorvosi hivatalába (VII., Damjanich-uteza 26) küldjék be, a hol ezen állásra vonatkozó bővebb felvilágosítás is nyerhető.

Budapest, 1908. évi április hó 11.-én.

2192/907. sz.

A megüresedett **váli körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhivom mindazokat, kik ezen állásra pályázni kivánnak és a pályázatra jogosítva vannak, hogy kellően fölszerelt kérvényüket nálam **1908. évi május hó 6. napjának délutáni 5 óráját** beadják, mert a később érkezendő kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

A körorvosi székhely: Vál és a körhöz Vál, Tabajd, Gyuró-Kuldó községek tartoznak. Az összes lakosság száma 6000 lélek.

A körorvos fizetése, a körhöz tartozó községek által előleges negyedévi részletekben fizetendő **évi 1600 korona** és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak, és Vál községben a halottkémlelésért esetenként fizetendő 50 fillér.

A körorvos tartozik hetenként egyszer, a községi előljáróságokkal együttesen megállapitandó napon a körhöz tartozó községekben, szükség esetében a pusztán megjelenni.

A választás 1908. évi május hó 9. napján d. e. 9 órakor fog Vál községházánál megtartatni.

Vál, 1908. évi április hó 9.-én.

*Tarafás*, főszolgabiró.

A Rimamurány-Salgótarjáni Vasmü Részvény-Társaság salgótarjáni gyártelepe munkástárspénztáránál rendszeresitendő **másodorvosi állásra** ezennel pályázat hirdettetik.

Járandóságai: **3200 korona nyugdijra jogositó évi fizetés,** szabad (2 szobás) garçon lakás és szabályszerü fütési illetmény élvezete.

Pályázóktól egyetemes orvostudori oklevéllel igazolandó képesités kivántatik s kimutatható gyakorlattal, különösen pedig mütői képesitéssel birók előnyben fognak részesülni.

A kinevezendő orvos teendőit szolgálati utasitás szabályozza.

Kellően felszerelt folyamodványok **f. évi április hó végéig** alulirt czimre intézendők.

2—2 *Rimamurány-Salgótarjáni Vasmü R.-T.*
Budapesten, V., Nádor-uteza 36. II. em.

412/908. sz.

Járási tisztiorvossá történt kinevezés folytán üresedésbe jött **kápolnokmonostori körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvos kezelése alá tartozó egészségügyi körletbe a járást képező 19 község van beosztva Kápolnokmonostor község székhelylyel.

A körorvos javadalmazása évi 930 korona fizetés és 400 korona utazási átalány.

Felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 3. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a alapján és értelmében felszerelt folyamodványaikat alulirotthoz **f. évi május hó 7. napjának d. e. 10 óráját**ig annál bizonyosabban adják be, mert a később beérkezett folyamodványokat figyelembe nem fogom venni.

Megjegyzem, hogy Kápolnokmonostor községben gyógyszertár is van, továbbá heti és országos vásárok tartatnak.

A választás határnapját a pályázat lejárta után fogom kitüzni.

Kápolnokmonostor, 1908. évi április hó 3.-án.

3—2 *Gajzágó Ernő* dr., főszolgabiró.

1605/907. kig. sz.

A betegség folytán megüresedett **havasmezői** (Máramaros vármegye) **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek, s felhivom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy okmányolt kérvényeiket hivatalomhoz **f. évi május hó 12-éig** nyujtsák be.

Ezen egészségügyi kör a székhelyt képező Havasmező és az ettől 3·8 kilométer távolságra eső Oroszkó községből áll.

A körorvos javadalma **évi 1400 korona fizetés,** 300 korona lakbér, 300 korona úti átalány, a látogatásokért nappal 1 korona, éjjel 2 korona díj, a halottkémlésért a távolság szerint 40—80 fillér s végül a hússzemlélési díjak.

A körorvos egyszersmind a gazdasági munkás- és cselédsegélyző pénztár orvosa is. Ezenkivül a 10 kilométernyire fekvő visóoroszi botgyár orvosi teendőit is szabad egyezkedés alapján elláthatja.

Megjegyzem, hogy a havasmezői gyógyszertár felállitása iránti előintézkedések már folyamatba tétettek, s addig, míg a felállitási engedély kieszközölve lesz, a megválasztandó körorvos kézi gyógyszertár tartására fog felhatalmaztatni.

A választást f. évi május hó 14-én délelőtt 11 órakor fogom Havasmező községházában megtartani.

Felsővisó, 1908. évi április hó 9-én.

*Papp Simon*, főszolgabiró.

1094/908. V. sz.

Torontál vármegye törökkanizsai járáshoz tartozó és Gyála, Szerb-Keresztur és Oszentiván községekből álló **gyálai körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással **1600 korona évi fizetés,** Gyálán természetbeni lakás s a szabályrendeletileg megállapított látogatási, hússzemle és halottkémi díjak élvezete van egybekötve.

A megválasztandó körorvos a megyei orvosi nyugdijintézetbe belépni köteles.

Felhivom azokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevél s eddigi alkalmaztatásukat igazoló bizonylattal ellátott kérvényüket **folyó évi május hó 20-áig** a törökkanizsai szolgabirósághoz benyujtsák.

Törökkanizsa, 1908. évi április hó 11-én.

2—1 *Tamássy*, főszolgabiró.

3951/908. tan. sz.

Komárom sz. kir. város polgármestere pályázatot hirdet a Komárom városi közkórháznál szervezendő **két segédorvosi állásra.**

Az első segédorvosi állás 1500 korona fizetéssel, természetbeni lakás és teljes ellátással, a második segédorvosi állás 1200 korona fizetéssel, természetbeni lakás és teljes ellátással javadalmaztatik.

A kinevezés egy évre szól, de hatálya meghosszabbitható.

A fentjelölt állásokra csak nőtlen jelöltek pályázhatnak, a második segédorvosi állásra szigorló orvosok is pályázhatnak.

A kinevezendő segédorvosok tartoznak a kórházban lakni.

Felhivatnak mindazok, kik ezen állásokat elnyerni óhajtják, hogy életkorukat, az 1883. évi I. t.-cz. 1. §-ában jelzett feltételeket, ugyane törvényben előirt minősitettségüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket Komárom sz. kir. város főispánjához czimezve, Komárom sz. kir. város polgármesteri hivatalánál **f. évi április hó 26.-áig** adják be.

Később beérkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Komárom, 1908. évi április hó 4.-én.

2—2 *A polgármester.*

10,171/908. sz.

A zólyombrezói m. kir. vasgyárnál új rendszeresítés folytán betöltendő **gyárorvosi állásra** ezennel pályázat hirdettetik.

Ezen, a m. kir. állami vasgyári tisztviselők létszámában a VIII. fizetési osztály 3. fizetési fokozatába sorozott állással **2300 korona évi fizetés,** természetbeni lakás, 200 korona fűtési átalány és a vasgyárak üzleteredményeihez képest változó jutalék, továbbá 480 korona kocsistartási, 56 q széna és 61·5 hl. zabból álló lótartási átalány élvezete van egybekötve.

Felhivatnak azon orvostudorok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen bélyegzett folyamodványaikat előljáró hatóságuk, vagy ha állami szolgálatban nem állanak, az illetékes főispán, székesfővárosi polgármester útján **f. évi május hó 15-éig** az állami vasgyárak központi igazgatóságához, Budapest, X., Kőbányai-út 21. czimezve ezen vasgyári hivatalnál nyujtsák be.

Folyamodók kötelesek hiteles okmányokkal igazolni, illetőleg mindazon kellékeket kitüntetni, melyek a kiiri állásra megköveteltetnek, nevezetesen:

1. Családi és keresztnevüket, honosságukat, születési helyüket, életkorukat, vallásukat, családi állapotukat.
2. Eddigi előéletüket, illetve foglalkozásukat.
3. Nyelv- és szakismereteiket. (Tót nyelv ismerete szükséges.)
4. Kifogástalan erkölcsi magaviseletüket.
5. Katonasághoz való viszonyukat.
6. Egészségi állapotukat, hogy a szolgálattal egybekötött kötelességek teljesitésére teljesen képesek.

A kinevezés egy év tartamára ideiglenesen történik s a véglegesítés csak egy évi próbaszolgálat után történik, feltéve, hogy az illető a szolgálat teljesitésével járó kötelezettségeknek minden tekintetben megfelel.

A hirdetett állás kinevezés után azonnal elfoglalandó.

Elkésve érkezett, vagy kellően nem okmányolt kérvények nem fognak figyelembe vétetni.

Budapest, 1908. évi április hóban.

3—1 *Magyar kir. állami vasgyárak központi igazgatósága.*

2260/1908.

A debreczeni állami gyermekmenhelynél az 1200 korona évi fizetés, I. osztályú élelmezés, két szobából álló lakás, fűtéssel és világitással javadalmazott **másodorvosi állás** megüresedvén.

Felhivom azon magyarországi honosságú orvosdoktor urakat és orvosdoktornőket, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevelüknek és egyéb esetleges működési bizonyitványaiknak hitelesitett másolatával felszerelt és egy koronás bélyeggel ellátott, a nagyméltóságú belügyminister úrhoz czimzett folyamodványaikat hozzám legkésőbb **1908. évi május hó 15.-éig** küldjék be.

Debreczen, 1908. évi április hó 4.-én.

3—2 *Brokés Győző* dr., igazgató-főorvos.

838/908. k. sz.

Hajdu vármegye Hajduhadház községben megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1. Törzsfizetés 800 korona. 2. Irodai átalány 80 korona. 3. 4 öl tűzifa helyett 80 korona. 4. Természetben kiszolgáltatandó lakás. 5. Látogatási díjak: *a)* a község belterületén az orvos lakásán vizsgálat és vényirásért nappal 50 fillér, éjjel 1 korona; *b)* a község belterületén a beteg lakásán vizsgálat és vényirásért nappal 1 korona, éjjel 2 korona; *c)* a község határához tartozó tanyákon látogatásért és vényirásért a természetben kiszolgáltatandó fuvaron kívül nappal 2 korona, éjjel 4 korona, saját fuvardíjáért 5 kilometerig 2 koronát, 5 kilometeren túl 4 koronát számíthat fel; *d)* halottkémlésért 40 fillér; *e)* látleletért 4 korona.

Teendői: A községi betegeket gyógykezelni, a vagyontalanokat ingyen, halottkémlést, himlőoltást s a rendőrorvosi teendőket teljesíteni, az első orvost akadályoztatása esetén helyettesíteni.

Ez állás törzsfizetésének 1200 koronára való felemelését a községi képviselő-testületi közgyülés elhatározta, mely fizetés azonban csak törvényhatósági jóváhagyás után lép életbe.

Az ezen állást elnyerni óhajtókat felhivom, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a szerint felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **f. évi április hó 28. napjáig** annyival inkább nyujtsák be, mert a hiányosan felszerelt vagy elkésetten érkezett kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

A választást f. évi május hó 5. (ötödik) napjának délelőtti 10 órájakor fogom Hajduhadház községházánál megtartani.

Hajdúböszörmény, 1908. évi április hó 8.-án.

2—2 *A főszolgabiró.*

## HIRDETÉSEK.


A Bór es Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS
**SALVATOR**
**kitünő sikerrel használtatik**
vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és köszvénynél, a czukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.
**Húgyhajtó hatású!**
Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!
Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvatorforrás-Vállalatnál Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

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

**FLUINOL**
egy kiválóan antiseptikus fürdőjavitó flourescentiával biró **fenyőtűkivonat,** mely kiválólag csúz, köszvény, tüdő-, torok-, bőr- és női bajokban szenvedőknél hat kitünően. A Fluinolfürdő egy csodálatosan megnyugtató, erősítő szer szív- és idegbetegeknek.
**Készítője: SCHMIDT ALFRÉD gyógyszerész, Basel (Schweiz).**
Magyarországi főraktár: **ZOLTÁN BÉLA** gyógyszertára, Budapest, hol irodalmi ismertetés és minta az orvos uraknak díjtalanul áll rendelkezésre.
**1 eredeti üveg, mely 10 fürdőre elég, 3 korona 50 fillér.**

**HAEMOSTAN** Hydrastis-Gossypii-tabletták. Méregtelen haemostaticum méhvérzéseknél.
*100 darab ára 6 korona.*
**DISPNON** Theobromin-Quebracho-tabletták asthma, angina pectoris, arteriosclerosis ellen. *50 darab ára 6 korona.*
**CALMYREN** Valeriana-camphor-pepsin-pilulák, neurasthenia, hysteria és szívneurosisok ellen.
*100 darab ára 6 korona.*
**GELATIN**-készítmények: Globuli vaginales, bougies urethrales et nasales, Tubuli, suppositoria et Amygdalae aurium.
**„Apotheke zur Austria" Wien, IX., Währingerstrasse 18.**
Főraktár Magyarország részére:
**Richter Gedeon „Sas-gyógytár", Budapest, IX., Üllői-út 105.**

**MARGIT GYÓGYFORRÁS**
(„Margittelep" Beregmegye)
a **gyomor, belek, húgyhólyag** s különösen a **légzőszervek hurutos** bántalmainál **igen jó hatású** még akkor is, ha **vérzések esete** forog fenn.
Megrendelhető: **Édeskuty L.**-nál Budapesten és a forrás kezelőségénél Munkácson. 3652

**Korytniczai ásványvíz,**
**kiválóan elismert gyógyvíz**
gyomor-, bél- és aranyeres bántalmak ellen, máj- és lépdaganatoknál, sárgaság, székrekedés, epekövek, húgysavas diathesis és diabetes ellen.
Kapható: fürdőigazgatóság által Korytniczán.
**Saison-megnyitás május 15-én.**
Ujonnan épült, a legmodernebb igényeknek megfelelően berendezett vízgyógyintézet.
Retormált pensiorendszerünket különös figyelembe ajánljuk.
**Vasutállomás Korytnicza.**
(Interurban-Telefon.)
Bővebb felvilágositást nyujt **dr. Ormai József,** kir. tanácsos fürdőorvos, valamint a **fürdőgondnokság Korytniczán.**

Klinikusok és gyakorló orvosok előszeretettel rendelik a
**Tabl. Ferri Protox. Dr. Deér**
3123 sine et c. arseno
készítményt a **szegénynyvérüség, sápadtság, étvágytalanság** és **általános gyengeség eseteiben.** A készítmény **szerencsés összeállítása,** kényelmes alakja és technikai tökéletessége biztositják sikeres alkalmazását. Ára 2 korona. Kapható a gyógyszertárakban.
**„Jó Pásztor" gyógyszertár, BUDAPEST, IX. ker.**

**Ackerschott-féle schweizi alpesi tej-gyermekliszt** a legkönnyebben emészthető, legjobban erősitő schweizi termék minden korban levő gyermekek számára. Orvosilag ajánlva.
Raktár: Budai dr. gyógyszertára, Budapest, IV., Váczi-utcza sarok. 5399

**Rohitsch-Sauerbrunn**
Stájerország. Vasút, posta és táviró. 3750
TELJESEN ÁTALAKÍTVA.
**Karlsbad,** modernül berendezett vízgyógyintézet. **Styriabad,** újonnan felszerelt szénsavfürdők. **Kiváló gyógyhely** gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, székrekedés, aranyér, epekő, elhizás, czukorbetegség, köszvény, torok- és légcsőhurut, szivbaj ellen. Karlsbad- és Marienbadhoz hasonló gyógyforrások.
Diaetetikai és telepkúrák. — Kiváló ivóvízvezeték. — Villamos világitás. — Lift. — Modern csatornázás.

52. évfolyam. 17. szám. Budapest, 1908. április 26.

# ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Ziffer Hugó:** Az egyetemi fülorvostani tanszék közleménye. (Tanár: Böke Gyula dr., kórh. főorvos.) Az idült genyes középfülgyuladás kórjelzése és gyógykezelése a budapesti magy. kir. tud.-egyetem fülorvostani tanszékének beteganyagán (a Rókus-kórház fülorvostani osztályán). 279. lap.

**Schütz Aladár:** Újból a Székely-tej kritikája. 281. lap.

**Kelen István:** Az alimentáris laevulosuria diagnostikai jelentősége. 283. lap.

**Tárcza. Ország Oszkár:** A 25. német belorvostani congressus. 285. lap.

**Irodalom-szemle.** *Könyvismertetés. Nékám Lajos:* A magyar börgyógyászat emlékeiből. — *Richard Schmidt:* Fakire und Fakirtum im alten und modernen Indien. — *Lapszemle. Belorvostan. Elsner H.:* A gyomorfekély gyógyítása. — *Stern R.:* Az epének és a vizeletnek antisepsisessé tevése belsőleg adott szerekkel. — *Gross O.:* A pepsin meghatározása. — *Sebészet. C. Lauenstein:* A Rovsing-tünet értéke. — *Ch. H. Dixon:* Gangraenás appendix eltávolítása 3 hetes csecsemőből. — *W. A. Downes:* A kéztő sajkacsontjának törése. — *Ch. A. Power:* Elsődleges prostatasarkoma. — *Dellinger Barney:* Penisrák száz esete. — *Szülészet és nőorvostan. Ahlfeld:* A köldök ellátása. — *Zangenmeister:* A gyermekágyi emlőgyuladás kezelése szívással. — *Börkórtan. P. Opel:* A menstruatiós kiütések. — *F. Nagelschmidt:* A naevusoknak radiummal való gyógyítása. — *Orr-, torok- és gégebajok. Hellat P.:* A nyáloxydase elvesztése mint kórok. — *Trautmann:* Fogból eredő, angina Ludovici képében jelentkező és garatmögötti tályogokkal kombinált nyakphlegmone. — *Fülorvostan. Isemer:* A Bier-féle pangásos vérbőség alkalmazása heveny középfülgenyedésekben. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Zykow:* Aspiratio inoperabilis rák eseteiben. — *Freund H.:* A narcosis utáni hányás megelőzése. — *Klautsch:* A Gude-féle aromás manganvas-pepton. 287—291. lap.

*Magyar orvosi irodalom.* Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 291. lap.

**Vegyes hirek.** — Pályázatok. — Hirdetések. 291. lap.

**Tudományos társulatok és egyesületek.** 292—294. lap.

**Melléklet.** Gynaekologia. 1. szám. Szerkesztik: *Tóth István* és *Temesváry Rezső* egyetemi magántanárok.
A Chemisches Laboratorium Arnau a. E. „Kurin“ készítménye.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Az egyetemi fülorvostani tanszék közleménye. (Tanár: Böke Gyula dr., kórh. főorvos.)

## Az idült genyes középfülgyuladás kórjelzése és gyógykezelése a budapesti magy. kir. tud.-egyetem fülorvostani tanszékének beteganyagán (a Rókus-kórház fülorvostani osztályán).

Irta: ***Ziffer Hugó*** dr., egyetemi gyakornok a fülorvostani tanszék mellett.

I.

Az idült genyes középfülgyuladás — a gyakorlóorvos e mostoha gyermeke —, még mindig nem részesül abban a figyelemben és méltatásban, melyet ez a fontos betegség súlyos és gyakran végzetes következményei miatt megérdemelne.

Alig van más betegség, melyben a beteg különben viszonylag kitünő közérzet mellett hónapokig, sőt évekig hordja magában a „halál csiráját“, végezve gondtalanul mindennapi teendőit, és nem is sejti senki, hogy napjai meg vannak számlálva. Otogen extradurális tályogok, melyek oly gyakran perisinuosus fekvésűek, körülirt és letokolt labyrinthgenyedések, latens kisagyi vagy halánték-lebenyi agytályogok sokszor évekig állanak fenn és más árulójelük nincs, mint a fennálló chronikus otitis, míg azután a hirtelen beálló súlyos tünetek, lázroham, rázóhideg kiséretében, vagy a nélkül, hivják fel a kezelőorvos vagy a beteg figyelmét arra, hogy a lappangó kór immár kitör és ha ilyenkor a beteget haladéktalanul meg nem operálják, majdnem minden esetben menthetetlenül veszve van.

De nemcsak az intracraniális complicatiók veszélye az egyedüli ok, mely miatt a fülfolyás gondos kezelést igényel. Sokkal gyakoribb veszély az, a mely a hallást fenyegeti. Mennél tovább áll fenn az *otorrhoea*, annál több pusztul el a hallószervből és azon arányban csökken a hallás is. Néha egy acut exacerbatio alatt a hallás hirtelen rosszabb lesz, vagy a beteg hirtelen meg is siketülhet. S ha a viszonyok szerencsétlen alakulása mellett ez a baj mindkét fülét érte, akárhányszor életerős ember válik egyszerre munkaképtelenné, és esik terhére a társadalomnak, családjának, önmagának.

A chronikus otitisnek ezen két veszélyen, azaz 1. az intracraniális complicatión, 2. a hallás csökkenésén kivül még más, nem ilyen súlyos, de kellemetlen és káros következményei is vannak. Ezek: első sorban a melléküregek (proc. mastoideus, anthrum mastoideum) acut megbetegedése, mely szintén műtétet követel; azután az acut exacerbatio, mely rendesen a külső hangvezető infectiojával kombinálódik, s bár múló, de igen fájdalmas állapotot teremt.

Továbbá: állandó, sokszor bűzös, genyes folyás a fülből, melynek kellemetlen szaga úgy a betegnek, mint a környezetnek igen terhes. Ha tág tubák mellett a geny a torokba is lefolyik, állandó szájbűzt is létesit, és a lenyelt eves váladék, főleg gyermekekben, dyspepsiás állapotot is teremthet. A geny maceráló hatása gyakran recidiváló eczemát okoz a külső hangvezetőben és a fülkagylón. Perichondritis támadhat secundaer infectio folytán, sőt elég gyakran szövődhetik vele erysipelas is.

A hallás csökkenése mellett pedig soha el nem maradó tünet a fülzúgás, mely néha szüntelenül kinozza a beteget.

* * *

A fülgenyedések fontosságát azonban mi sem bizonyitja világosabban, mint azon alábbi statistika, melyet a szakirodalomból állitottunk össze.

Az otitisek mortalitása tekintetében felvilágositást nyujt Pitt statistikája: a londoni Guy's Hospitalban az 1869—1888-ig terjedő időben — tehát a midőn még az otogon intracranialis complicatiók diagnostikája és műtéttana alig volt ismeretes — 9000 sectio között 57 esetben otogen complicatio volt a halál oka, azaz minden 158 halálesetre 1 otogen halál esik = 0·63%. Az összes fülbetegségekre eső halálozási százalék: Brückner statistikája szerint 33,017 közül meghalt 104 = 0·3%; Randall statistikája szerint 5000 közül meghalt 15 = 0·3%.

A genyes középfülgyuladások közül

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Bezold | szerint | 327 közül | meghalt | 7 = 1·2 % |
| Schwartze | „ | 8425 | „ „ | 30 = 0·35% |
| Barker | „ | 820 | „ „ | 30 = 3·6 % |

Ezen adatok, melyeket Körner állitott össze, azt mutatják, hogy az otitis media halálozási aránya átlag $1^1/_3{}^0/_0$ körül ingadozik oly fülklinikákon, hol az intracraniális complicatiókat lege artis megoperálják és az otitiseket, feltehető, kifogástalanul kezelik. Ugyancsak Körner összeállításából kitünik, hogy a halálozás túlnyomóan a 11—30. életévre esik.

A szt. Rókus-kórház fülorvostani osztályán az 1906. évben kezelés alatt volt 2970 fülbeteg. Ezek közül $757 = 27{\cdot}1^0/_0$ szenvedett genyes középfülgyuladásban vagy annak maradványaiban, és pedig az esetek következőképen oszlottak meg:

| | |
|---|---|
| acut otitis media . . . . . | 175 |
| chronikus otitis media . . . . . | 417 |
| residuumok . . . . . | 165 |

A műtétre került genyes középfülgyuladások száma 101 volt, ebből

| | |
|---|---|
| Wilde-műtét . . . . . | 5 |
| antrotomia . . . . . | 30 |
| radikális műtét . . . . . | 61 |
| hallócsontok eltávolitása . . . . . | 5 |
| | 101 |

A 91 trepanatio között az esetet komplikálta:

| | |
|---|---|
| intracraniális megbetegedés . . . . | 18 |
| labyrinth „ . . . . | 2 |
| | 20 |

Tehát a középfülgenyedések $2{\cdot}5^0/_0$-ában, az operált esetek $20^0/_0$-ában volt súlyos következményű a megbetegedés.

* * *

Otogen intracraniális complicatio miatt meghalt 9, még pedig

| | |
|---|---|
| az operált complicatiók . . . | 45 $^0/_0$-a |
| a florid genyedések . . . . | $1{\cdot}75^0/_0$-a |
| az összes fülbetegek . . . | $0{\cdot}30^0/_0$-a |

Ezekkel szemben nézzünk néhány külföldi statistikát.

Magnus statistikája szerint, melyet Gerber königsbergi klinikáján állitott össze[1], 1904-ben 2027 fülbeteg közül középfülgenyedésben vagy annak maradványában $643 = 32^0/_0$ szenvedett. És pedig

| | | |
|---|---|---|
| acut genyes otitis mediában szenvedett . | 158 | |
| chronikus „ „ „ . | 426 | |
| idült genyedés maradványában „ . | 59 | |
| | 643 | |
| Egyszerű felvésés történt . . . . | 41 | |
| radikális műtét . . . . . | 30 | |
| összesen . . . | 71 | trepanatio. |

Az 583 genyes gyuladás közül 22 egyénen

| | |
|---|---|
| intracraniális complicatio volt . . . | 30 |
| labyrinth-complicatio . . . . . | 4 |
| | 34 |

vagyis $5{\cdot}5^0/_0$ (a 22 egyénre vonatkoztatva $3{\cdot}8^0/_0$).

Tehát a florid genyes gyuladások $5{\cdot}5^0/_0$-a vezetett életveszélyes complicatiókhoz. Ezek közül meghalt 4, a 14 complicatio miatt operáltak $5{\cdot}6^0/_0$-a, a florid genyedések $0{\cdot}9^0/_0$-a és az összes fülmegbetegedések $0{\cdot}19^0/_0$-a.

Dallmann és Isemer Schwartze hallei klinikájának betegforgalmát állitotta össze az 1906 április 1.-étől 1907 márczius 31.-éig terjedő időszakról.[2] E statistikából kitünik, hogy 3282 beteg fül közül 1622-n fordult elő középfülgenyedés vagy annak maradványa. És pedig:

| | |
|---|---|
| acut vagy subacut otitis mediában szenvedett . | 683 |
| chronikus oititis mediában szenvedett. . . . | 692 |
| residuumokban . . . . . | 247 |
| | 1622 |

[1] Archiv für Ohrenheilkunde, 67. kötet, 1. füzet.
[2] Archiv für Ohrenheilkunde, 71. kötet, 3—4. füzet.

Minthogy ezen adatokban a kétoldali megbetegedés két esetnek van felvéve, 203 kétoldali megbetegedést le kell számitanunk, és ekkor marad 1419, és ez az összes fülmegbetegedéseknek $43{\cdot}2^0/_0$-át teszi. Az acut és subacut genyedések 683 esete közül acut mastoiditist kapott 79, és Schwartze-féle műtétre került 63.

A chronikus genyedések 692 esetéből acut mastoiditist kapott 27, radikális műtétre került 109.

Az 1375 florid genyedés közül tehát trepanatiora került $172 = 12{\cdot}5^0/_0$.

A 172 operált eset közül intracraniális megbetegedéssel volt komplikálva 12 (a florid genyedések $0{\cdot}87^0/_0$-a). Meghalt az operált esetek közül 10 (a florid genyedések $0{\cdot}72^0/_0$-a és az összes fülmegbetegedések $0{\cdot}3^0/_0$-a. Ez megfelel Brückner statistikájának).

Ezen adatokból kitünik az, hogy

| | | | |
|---|---|---|---|
| Halleban | 3282 | betegen . . | 692-szer ($21{\cdot}7^0/_0$) |
| Königsbergben | 2027 | „ . . | 425-ször ($20{\cdot}9^0/_0$) |
| Budapesten | 2970 | „ . . | 417-szer (14 $^0/_0$) |

konstatáltak chronikus otitis mediát. Ennek nem az az oka, hogy Németországban gyakoribb a chronikus otitis mint nálunk, hanem az, hogy nálunk sem a gyakorlóorvos, sem a nagyközönség nem ismeri még eléggé a chronikus otitis media jelentőségét és veszedelmes voltát, és igy a fülbeteg nem keres oly arányban szakorvost, segitséget mint Németországban.

Hogy milyen arányban károsodik a hallás idült fülbajokban, arra a következő adatok vetnek világosságot.

*Weil* dr. stuttgarti iskolaorvos a tanulók $30^0/_0$-ában talált csökkent hallást és ezek közül $4{\cdot}5^0/_0$ idült genyes középfülgyuladásban szenvedett.

*Bezold* $0{\cdot}97^0/_0$-ban talált tanulókon florid fülgenyedést és körülbelül ugyanennyi esetben residuumokat gyógyult genyedés utáni csökkent hallóképességgel.

*Ole Bull* a gyengeelméjű gyermekek intézetében kimutatta mintegy 200 tanulóból álló anyagon, hogy a gyermekek $57^0/_0$-a idült genyes középfülgyuladás vagy ennek maradványai miatt nagyot halló volt.

Siketnéma-intézetek növendékei Bezold[1] és Fleischmann[2] vizsgálatai szerint egybevágólag $6^0/_0$-ban a gyermekkorban lefolyt, vagy még a gyermekkorból visszamaradt genyes középfülgyuladás miatt siketültek meg, bizonyára még abban a korban vesztvén el hallásukat, a mikor még nem tudtak beszélni és igy némák maradtak, vagy nem hallván többé emberi szót, a beszédet elfelejtették.

Érdekesek és felemlitést érdemelnek Ostmann adatai, melyeket a porosz hadsereg legénységén nyert tapasztalatokból állitott össze: a porosz hadseregből 1878—1896-ig terjedő időben 12,196 katonát bocsátottak el szolgálatképtelenség miatt a kiképzés ideje alatt „idült és nehezen gyógyitható fülbaj miatt". Ezek közül 10,582 ($= 86{\cdot}8^0/_0$) már a sorozás előtt beteg volt és csak 1614 ($= 13{\cdot}2^0/_0$) szerezte fülbaját szolgálata alatt. Ezen adatok csaknem kizárólag genyes gyuladásokra vonatkoznak.

Még szembeötlőbb a fülbajok pusztitásának számaránya, ha szembeállitjuk a szembetegségek miatt elbocsátottak számával. Ugyanazon idő alatt (1867—1888-ig) a kiképzett legénységből

| | | |
|---|---|---|
| 64,361 fülbeteg közül szolgálatképtelen lett | 6292 | $= 9{\cdot}8^0/_0$ |
| 280,471 szembeteg közül „ „ | 10377 | $= 3{\cdot}7^0/_0$ |

tehát csaknem háromszor annyi fülbeteg lett szolgálatképtelen, mint szembeteg.

Mindezen felsorolt adatok elég világosan bizonyitják, hogy a fülbetegségek és ezek között első sorban a genyes gyuladások nagyon is figyelemreméltó megbetegedések és minthogy legtöbbször a gyakorló orvosoknak van első sorban alkalmuk arra, hogy a fülbajokat felismerjék, indokoltnak látszik, ha az egyetemünk fülorvostani tanszékén szokásos diagnostikai és therapeutikai eljárásokat, melyeket idült genyes középfülgyuladásokban alkalmazunk, röviden ismertetjük.

[1] *Bezold:* Über Taubstummheit.
[2] *Fleischmann:* Vizsgálatok a váczi siketnéma-intézetben. 1907.

II.

Mint a gyógytudományok minden ágában, a chronikus otitisek gyógytanában is első sorban a praeventiv eljárásokat kell méltatnunk. S hogy a chronikus otitisek változatos alakjaival megismerkedhessünk, szükséges előbb ismerni azokat az okokat, melyek miatt az acut fülgenyedés chronikussá válik.

Minden genyes nyálkahártyalob — a milyen az acut középfülgyuladás is — bizonyos határozott typus szerint folyik le és ha rendkivüli külső okok nem játszanak közre, a folyamat kimenetele a restitutio ad integrum. A lobokozó agens behatására hyperaemia, majd hypersecretio áll be. Az exsudatum kezdetben megfelel a megbetegedett nyálkahártya által normális viszonyok között is termelt váladéknak, tehát nyálkás. Majd megindul a leukocyták kivándorlása és minél nagyobb a kivándorolt leukocyták száma, annál inkább genyes lesz az izzadmány charaktere. A további lefolyásban megbetegszenek a nyálkaképző sejtek is és beszüntetik működésüket. Ezért az eleinte nyálkás váladék most tisztán genyes vagy genyes-savós lesz és pedig annál higabb a geny, minél nagyobb a lobos exsudatio. Később, ha a lobokozó mikroorganismus, esetleg a gyógyító agens befolyása alatt virulentiájában megcsökken, az exsudatio mind csekélyebb, s e miatt a geny sűrübb lesz. A nyálkaképző sejtek regeneratioja után a váladék ismét nyálkásgenyes, s ha a hypersecretio is megszünik, a gyógyulás teljes. Ilyenkor a mindig létrejött dobhártyaperforatio is begyógyul, ha a destructio nem volt túl nagy. Majd a hallás is visszatér és a restitutio ad integrum teljes. Ha ez a lefolyás rendes szabványa, akkor minden heveny középfülgyuladásnak meg kellene gyógyulnia és nem volnának chronikus otitisek. Hogy ez még sincs mindig igy s hogy az acut otitisek bizonyos $^0/_0$-a mégis idültté válik, annak az oka az, hogy a hallószerv anatomiai viszonyai, topographiai helyzete, viszonya az orrgaratűrhöz, továbbá egynémely betegség okozta fülbaj kórtani sajátsága sokszor módosítja a fenn vázolt lefolyást és oly körülményeket teremt, melyek gátolják, sőt gyakran lehetetlenné teszik a folyamat kigyógyulását. Hogy ezen okokat közelebbről megvilágíthassuk, czélszerű azokat három csoportba osztani.

*Az első csoportba* tartoznak azon esetek, melyekben tisztán dobüregi nyálkahártyamegbetegedéssel van dolgunk és az acut otitis azért nem gyógyul ki, mert nem részesül helyes kezelésben. Minden genyes gyuladás gyógyulásának első feltétele a genynek eltávolitása. Ha ez a feltétel nincs megadva, genyretentio áll be, melynek legenyhébb következménye a gyógyulási idő elnyúlása, vagy esetleg az, hogy a genyedés nem gyógyul ki. De következménye lehet a legsúlyosabb complicatiók bármelyike. Ily esetek például, ha a dobhártyaperforatio túl kicsi, nem elegendő arra, hogy a sokszor nagy mennyiségben produkált geny rajta eltávozhasson. Hasonló körülményeket teremt az az eshetőség, hogy a perforatio magas helyen, a felső quadransok valamelyikében keletkezett. Ilyenkor a perforatio niveauja alá eső dobüregrészletben pang a váladék, bomlik és mélyebb destructiókra vezethet.

Mindkét esetben egyedüli helyes megoldás az idejében végzett kiadós paracentesis és a gondoskodás arról, hogy levegőbefujás által a dobüregből a külső hangvezetőbe hajtott geny kitörlés vagy kifecskendezés által eltávolittassék. Ezenkivül antiphlogosis és fülcseppek alakjában valamely desinficiens használata, a melyek közül a mi klinikánkon is a legjobban bevált hydrogenium hyperoxydatum $6^0/_0$-os oldata van alkalmazásban.

*Második csoportja* az eseteknek az, midőn a dobüreg azért nem tud kigyógyulni, mert valahonnan mindig reinfectiót szenved. Leggyakoribb ilyen eset a tuba Eustachii egyidejű megbetegedése, mely viszont mindig az orr és orrgaratűr, vagy az orr valamelyik melléküregének lobos állapota miatt betegedett meg. A dobüregi folyamat addig nem gyógyulhat ki, míg a tuba megbetegedése meg nem szünik. Ez pedig csak akkor szünik meg, ha előbb az orrot vagy orrgaratot meggyógyitottuk.

Ezen csoport második esete az antrum mastoideumból eredő reinfectio. Ugyanis minden acut otitis mediában nemcsak a dobüreg nyálkahártyája betegszik meg, hanem egyidejüleg belevonatik a megbetegedésbe a melléküregeket (atticus, antrum mastoideum és processus mastoideus sejtjeit) kibélelő nyálkahártya is, hiszen ez egyenes folytatása a dobüregi nyálkahártyának. Ha valamely oknál fogva az antrumban vagy a csecssejtekben a folyamat nem tud kigyógyulni és a genyedés ott továbbra is fennáll, az aditus ad antrumon át a dobüregbe folyton lefolyó geny mindig újra inficiálja a dobüreget és a dobüregi folyamat sem fog kigyógyulni mindaddig, mig az antrumbeli folyamatot ki nem gyógyitottuk.

Ennek meggátlására indikálva van az antrotomia még oly esetekben is, a midőn a melléküregek megbetegedését semmi más jel nem árulja el, mint a hat héten túl tartó változatlanul profus folyás.

A *harmadik* aetiologiai *csoportba* tartoznak azok az acut otitisek, melyekben a fertőző agens virulentiájának magas foka vagy toxinjának specifikus hatása folytán a gyuladás mindjárt kezdettől fogva a nyálkahártya mélyebb rétegeire is ráterjed és annak elpusztulása után a csont megbetegedésére vezet.

Ezen körülmények már előre praedestinálják az esetet arra, hogy chronikussá váljék. Ilyenek azok az otitisek, melyek heveny fertőző betegségekhez szoktak szövődni (scarlatina, morbilli, influenza, typhus abdominalis stb.).

Végül még ezen csoportba sorozhatjuk azokat az otitiseket, melyek a tuberculosis és lues talaján támadtak, továbbá melyek diabeteses, nephritises vagy valamely egyéb constitutionális zavarban szenvedő egyénen keletkeztek s a rossz általános táplálkozási viszonyok miatt nem mutatnak gyógyulási hajlamot.

Ezek röviden azok az okok, melyek miatt a heveny középfülgenyedés idültté lesz.

A két első csoporttal szemben meg vannak adva az eszközök, melyek segélyével a gyuladást még az acut stadiumban meggyógyithatjuk. A harmadik csoporttal szembe ntehetetlenek vagyunk, mert az elhalt csontok eliminatioja a szervezetből, a nyálkahártyafekélyek begyógyulása, a gümös és lueses folyamatok leküzdése mindig hosszú időt vesz igénybe és a hosszasan fennálló genyedés sok egyéb complicatiora is ad alkalmat; a kezelésben főképen arra törekszünk, hogy a beteget ezektől a szövődményektől megóvjuk.

(Folytatása következik.)

## Újból a Székely-tej kritikája.

Irta: ***Schütz Aladár*** dr.

Az Orvosi Hetilap ez évi 4—7. számában polemia folyt *Berend* és *Székely* közt. A polemiának kiinduláspontja közvetve *Flesch*-nek a budapesti kir. orvosegyesületben 1907 deczember 7.-én „A mesterséges táplálás kérdésének jelen állásáról“ czímen tartott előadása volt. *Deutsch*-nek a Székely-tejet méltató hozzászólását kifogásoltuk: részletesen Berend, rövidebben én. Székely Berendnek felelt az Orvosi Hetilap hasábjain, miért is én nem válaszoltam, annál kevésbé, mert Berendnek a mai positiv tudományos kutatásokon nyugvó csecsemő-diaetetika szellemében adott válaszát lényegében a magamévá tehettem. Ezért feleslegessé vált állításomnak bizonyitása, hogy a Székely-féle tej összetételét teljesen helytelen elméletre alapitották. Azonban kötelességem bizonyitani további állításomat: „A Székely-féle tejjel elért eredmények statistikája korántsem oly fényes, mint a hogy Deutsch emliti s a mint az általa közölt statistikából kimutathatnám“, valamint „azon betegek egy része, kiken a kezelés nem válik be, nem tér vissza, úgyszintén azoknak egy részét, kik a Székely-tej adagolása mellett elpusztulnak, nem jelentik be az intézetben, vagyis a rossz kimenetelű esetek meglehetős része elvész s igy a statistika a valódi eredményeknél sokkal jobb“. Ezen bizonyitást legjobban az Ingyentej-intézet Székely-tej-statistikáján végezhetem (Orvosi Hetilap 1905. 36. szám. Kül. mell. és Monatsschrift f. Kinderhk., 1906. V. kötet, 7. szám.). Igaz ugyan, hogy a statistika megjelenése után $2^1/_2$ évvel teszem ezt; ennek az oka azonban az, hogy míg egyrészt magam sohasem helyeztem nagy súlyt a Székely-féle tejre, s a statistika hibáit rögtön észrevettem, addig Deutsch és mások mindjobban hivatkoznak a Székely-tejre ezen statistika alapján.

A Székely-féle tejről vallott nézetek téves voltát első sorban az Ingyentej-intézetnek ezen nagyszámú esetről beszámoló, fényes statistikáján kell és lehet megvilágitanom.

A statistika táblázatait egyenként birálom el, hozzávéve a szöveg megfelelő megjegyzéseinek kritikáját is.

Helyesen jegyzi meg Deutsch, hogy „a különböző mesterséges

gyermektápszereket ismertető dolgozatokban feltüntetett kisérleti időszak rendszerint igen rövid".

Az I. táblázat alapján azt állitja, hogy az ő észleléseit „ezen szemrehányás" nem érheti. Külön csoportban tárgyalja a beteg, külön az egészséges gyermekeket.

A beteg gyermekek közül azonban 115-öt (23·37%) egy hónapig, 78-at (15·85%) még ennél is rövidebb ideig észlelt. A beteg gyermekek körülbelül 40%-ának megfigyelése tehát legfeljebb egy hónapra terjed. Ehhez bátran hozzávehetjük a második hónapot is, 77 gyermeket (15·65%), minthogy 5—8 heti észlelés értékkel nem bir. Igy tehát az egész évre százalékokban kimutatott *összesen 492 beteg gyermek közül 270, azaz 54·87% észlelése a 2 hónapot nem haladta meg.* Hosszabb ideig pedig, azaz 5 hónapon túl 1 évig csak 43 beteg gyermeket, az összes eseteknek 8·71%-át figyelte meg.

A 161 egészséges csecsemő észlelési ideje kissé módosul. Egy hónapnál rövidebb ideig 28 esetet (az összes egészségesek 17·39%-a) figyelt meg, egy hóig 22 (13·65%), két hóig 19 (11·80%) esetet; összesen az *egészséges gyermekek 42·84%-ának észlelése nem haladja meg a két hónapot* a betegek 54·87%-ával szemben. Ezen különbségnek még tárgyalandó jelentősége van. Öt hónapon túl 24 (14·89%) egészséges gyermeket észlelt.

Összesen tehát 653 egészséges és beteg gyermek közül a szerző 4 hétnél rövidebb ideig észlelt 106-ot, egy hóig 137-et, két hóig 96-ot, azaz *339 gyermeket, vagyis az összes eseteknek* körülbelül *52%-át alig 2 hónapig észlelte.*

*Öt hónapon túl pedig csak 43 beteg és 24 egészséges, azaz összesen 67 gyermeket*, százalékban 8·71 illetve 14·89, *az összeseknek csak 10·24%-át észlelte.* Látjuk tehát, hogy bár elismeri a szerző, hogy a rövid észlelés értéke mily csekély, messzemenő következtetéseit a Székely-tejre vonatkozólag mégis ezen statistikából vonja le, mely statistika pedig azt tárja elénk, hogy az esetek felét igen rövid ideig észlelte s tulajdonképen a kritikát csak eseteinek körülbelül 10%-a állja ki, azon esetek, melyeket 6—11 hóig észlelt. A szigorú kritika még ennél is többet kiván: *a táplálás helyességére a csecsemőkorban a két első életév fejlődési eredményéből kell következtetni.*

Az észlelt gyermekek korát tárgyaló II. táblázatból kitünik, hogy az egészségesek közül 31 (19·25%) négy hétnél ifjabb, 33 (20·50%) egy hónapos, 29 (18·01%) két hónapos, összesen 93 (57·76%) két hónál nem idősebb. A betegek közül 54 (10·97%) esik az első négy hétre, 76 (15·44%) egy hónapos, 65 (13·21%) két hónapos, összesen 195 (39·62%). Az utolsó 6 hónál az arány megváltozott. 19 (11·78%) egészséges s 127 (25·79%) beteg gyermek kapott Székely-tejet.

*Az egészségesek nagyobb fele a két első hónapban került észlelés alá, a betegek 1/4-e pedig hat hónál idősebb volt.* Ezen két tényező, különösen pedig a második, lényegesen javította a statistikát. Mindkét irányban arányos százalékos elosztás sokkal rosszabb eredményeket adott volna.

A súlygyarapodás III. és IV. táblázatának tárgyalásakor a szerző magáévá teszi ugyan *Czerny* álláspontját: „Mein Ziel ist es nicht, fette Renommierkinder, sondern körperlich und geistig frische, wiederstandsfähige Kinder mit gesunder Farbe, stets gutem Appetit und Schlafe, kurz: gesunde Kinder heranzuziehen", elismeri, hogy a súlygyarapodás csak relativ mértéke a gyermek fejlettségének, azonban az imént felsorolt tulajdonságok jelenlétéről vagy hiányáról a Székely-tejjel táplált gyermekeken egy szóval sem tesz említést s csak a súlygyarapodásból egyedül itéli meg a fejlődést. Ez annál sajnálatosabb, mert a helytelen táplálás folyamán kifejlődő idült anyagcserezavarok előjelei az emlitett tulajdonságok megváltozásában mutatkozhatnak már akkor, a mikor a gyermek még jó ideig súlyban kielégitően gyarapszik.

231 beteg gyermek közül 70 semmit, 161 pedig 1 hét alatt 100 grammnál kevesebbet, 57 egészséges közül 8 semmit, 49 pedig 100 grammon alul gyarapodott. A betegek 46·94%-a, az egészségesek 35·40%-a, az összes esetek 44·09%-a, 653 gyermek közül 288 nem hizott eleget.

*Az összes észleléseknek majdnem felében a súlygyarapodás elégtelen.*

Ezen tény jelentősége kisebb volna, ha egyébként a gyermekek jó általános közérzettel birtak volna, ha a rossz súlygyarapodástól eltekintve, különben egészségesek lettek volna. Kórrajzok, melyekből erre következtethetnék, nem állnak rendelkezésemre. Azonban saját tapasztalásomból tudom, hogy a Székely-tej mellett a gyermekek jó része hiányosan, majd semmit sem gyarapszik, mert sok csecsemő a tehéntej zsirját és sóit rosszul használja ki. A súlystagnálást gyakran követik anyagcserezavarok (emésztészavarok) s ha az étrend idejekorán meg nem változik, a gyermek el is pusztulhat. Ez áll az egészségesekre, de még inkább a beteg csecsemőkre.

Ilyen világitásban a hiányosan gyarapodó egészséges csecsemők, 57-en (35·40%), az összes esetek 1/3-a, változatlan diaeta mellett kétes prognosisnak nézett elébe. Hiszen a súlyban nem gyarapodó 8 egészséges csecsemő közül 7 egy hónap alatt az észlelésből kimaradt. Hiszen súlyban nem gyarapodó 70 beteg gyermek közül 40-et még négy hétig sem, 29-et pedig csak egy hóig észlelt a szerző. Ezek elmaradtak, mert az eredmény rossz volt.

A jelzett irányban még jobban felvilágositanak a morbiditási táblázatok:

A 288 rosszul gyarapodó, nagyrészt beteg gyermek 78·78%-a (azaz 227), az összes eseteknek több mint 1/3-a a megfigyelés alatt több betegségben szenvedett. (A szövegben közölt adatok.) A nem gyarapodó 8 egészséges csecsemő közül Székely-tej mellett emésztészavarokat kapott 4, egyéb bajt 2. Egy a 8 közül meg is halt. A nem gyarapodó 70 beteg csecsemő közül 36 emésztészavarokban, 34 más betegségben szenvedett. 16 a négyheti észlelés alatt elpusztult. Hogy mennyi pusztult el közülük észlelésen kivül, a négy hét után, ismeretlen.

*161 egészséges csecsemő közül* (V. táblázat) gyomorbélzavarban szenvedett 31 (19·25%), egyéb bajban 72 (44·72%), *beteg volt az észlelés alatt tehát 103, körülbelül 64%.*

Bármely más, helyesen megválasztott s adagolt, tiszta forrásból eredő táplálék mellett a legrosszabb hygienés viszonyok, a legnagyobb értelmetlenség ellenére ily morbiditás egészséges gyermekek között nem fordul elő, emésztészavarok még a szegény néposztályban is csak csekély számmal fejlődnek ki. A beteg gyermekek legnagyobb része helyes táplálás mellett meggyógyul, immunitása, mely a szopósénál kisebb ugyan, a túlzsufolt, rosszul szellőzött lakás, az anya műveletlensége ellenére nő, a mint szegénybeteganyagán mindenki tapasztalhatja.

Ezen tényezőkkel tehát a szerző a nagyszámú ki nem elégitő súlygyarapodást, a nagy betegségi százalékot nem mentheti jogosan. Minthogy az immunitás, a betegségtől mentesség, a helyes táplálásnak fő kriteriuma, a nagy morbiditás oka főleg a táplálék, a Székely-tej qualitásában keresendő.

Azon tényből, hogy az egészséges csecsemők 63·97%-a beteg volt, még ha 44·72% nem is emésztészavarokban szenvedett, az immunitás nagyfokú csökkenésére, hibás anyagcserére következtethetünk.

Hogy mennyi a 44·72% közt a furunculosis, bélfertőzések utáni pneumonia, az otitis stb., a statistika nem emliti. Mindenesetre nagy részben szintén az anyagcserezavarokkal függenek össze s csak kisebb részben jöttek létre egyéb okok folytán. Mindez fokozottabb mértékben áll a beteg csecsemőkre.

Érdekes a rhachitis-statistikáról a szövegben emlitett két számadat. A szerző a felvételkor 16·86%-ban látott angolkórt s csak 0·62%-ban (a német közleményben 0·68%) fejlődött ki a kezelés alatt. Az összes 653 esetre átszámitva ez fényes eredmeny volna. 110 gyermek rhachitissel jött be s csak 4·05—4·43 (?) kapott volna a kezelés alatt angolkórt.

De nézzük ez adatokat közelebbről: A rhachitissel észlelés alá jutott gyermekek csak idősebbek lehettek, mert rhachitist *átlag 6 hónapon* túl észlelünk, 4 hónapon innen pedig csak talán a craniotabes észlelhető, mely tünet azonban nézetem szerint sokszor nem a rhachitis tünete.

Hat hónapos koron túl 97 beteg gyermeket, a hatodik hónapot is hozzávéve 127 gyermeket figyelt meg Deutsch. Azaz az idősebb beteg gyermekek majd mind rhachitisesek voltak. Ezzel szemben az intézetben ápoltak közül csak 4—5 kapott angolkórt a legrosszabb hygienés viszonyok, a legnagyobb értelmetlenség, a túlzsúfolt, rosszul szellőzött, piszkos lakás ellenére. Mindezen tényezők a szerző szerint a rhachitis létrehozásában nem, de az egészséges gyermekek megbetegedésében, a betegek hiányos súlygyara-

podásában s ismételt megbetegedéseiben részesek volnának? Azonban hogyan lehetett megállapitani azt, hogy csak 0·62%-ban fejlődött angolkór, ha a gyermekek fele csak 2 hóig állott kezelésben s ugyancsak fele az első 2 élethóban jutott kezelés alá. Hiszen ily körülmények közt az esetek fele a megfigyelés számára valószinűleg már akkor veszett el, a mikor rhachitises tünet még semmiképen sem lehetett jelen. Ezen hibaforrásokat nem javithatjuk ki azzal, hogy a közölt adatot a hibaforrásnak megfelelő százalékával szorozzuk, pl. ha az esetek fele elmarad, tehát 4 helyett 8 esetben fejlődött angolkór. Mert az elmaradottak nagy része a káros táplálási eredmények miatt maradt el, nagy részében a további táplálás révén az angolkór minden valószinűség szerint kifejlődött volna.

Általában nagyon hiányzik a morbiditás megitélése czéljából oly táblázat, mely mutatja, hogy miként viszonylik az észlelés idejéhez a gyermekek kora. Könnyen lehetséges ugyanis, hogy a legrövidebb ideig a legfiatalabbak, vagy túlnyomóan fiatalok észleltettek, a mely körülmény a Székely-tejről közölt statistikát a valódinál jobbnak tüntetné fel, a Székely-tej értékét azonban ezen réven lényegesen csökkentené.

Lássuk végül a halálozási statistikát.

Az V. táblázat szerint 161 egészséges közül meghalt 7 csecsemő, még pedig 2 gyomorbélzavar, 5 más betegség folytán (sic!). Ez 4·34% mortalitás.

A VI. táblázat szerint 492 beteg közül 214 (43·49%) gyomorbélbeteg, ebből meghalt ugyanezen okból 24 (4·88%), más betegségben szenved 278 (56·50%), meghalt 23 (4·67%). A beteg gyermekek közül átlag 9·55% hal meg. *Az összes észlelt gyermekek átlagos 8·27%-os mortalitása fényes eredmény volna, ha a valóságnak megfelelne.*

Ha azonban a VII. táblázatot (a táplálás hányadik hónapjában állott be a halál) az észlelés idejével egybevetjük, a következők tünnek ki:

78 egy hónapnál rövidebb ideig észlelt beteg csecsemő közül egy hónapon belül meghalt 27, több mint $^1/_3$.

28 ennyi ideig észlelt egészséges közül 3.

A 47 elhalt beteg csecsemő közül 27, a 7 elhalt egészségesen felvett csecsemő közül pedig 3 az első hónapban pusztult el.

*Az összes 54 halálozás közül 30 (az eseteknek több mint fele) a táplálás első havában, 11 további a második hónapban következett be. A további 10 hónapban pedig már csak 13 gyermek halt meg.* Ezen körülmény méltán gondolkozóba ejt. Ha ehhez hozzáveszszük, hogy 288 gyermek rosszul gyarapodott, közülük 227 többször beteg volt; hogy 70 nem gyarapodó beteg közül 69-et, 8 egészséges közül 7-et egy hónapnál tovább nem észleltek s közülük ezen hónap alatt 17 halt meg (16 a betegek és 1 az egészségesek közül), akkor megtaláljuk az okát, hogy miért terjed az észlelés az esetek felében 2 hónál rövidebb időre, megértjük, miért maradt el 653 gyermek közül 4 héten belül 106, egy hóra 137, 2 hóra 96, összesen tehát 2 hónap alatt 339 gyermek, miért maradt el több beteg (54·87%) mint egészséges (42·84%).

*Ezen adatok sorozata azonban a tényeknek meg nem felelően lényegesen javitja a mortalitási statistikát.* Bátran merem ezek után állitani, hogy a betegebb gyermekek nagy része elmaradt, hogy a halálesetek nem kis száma az Ingyentej-intézeten kivül, ennek tudta nélkül történt s az intézet kötelékében a Székely-tej hatása folytán még többen mentek volna tönkre. Szóval *ugyanazon okok, melyek azt eredményezik, hogy a hosszabb észlelések száma oly csekély (körülbelül 10%), okozták a csekély mortalitást is.*

De még egy egész sora a hibaforrásoknak mutatható ki, melyek a Székely-tej statistikáját javitják:

A szerző azt vallja a statistika ismertetésében, hogy 6 hó után a legtöbb esetben közönséges tejjel táplál; de a Székely-tej statistikában 8·71% beteg és 14·89% egészséges 6 hónál idősebb gyermek, 653 közül 43 beteg és 24 egészséges szerepel.

Beismeri, hogy nagyon súlyos gyomorbélzavar esetében Székely-tej helyett Kufeke-lisztet rendel. Hányszor volt ez szükséges, mily hosszú idő után kaptak a beteg gyermekek Székely-tejet? Ezen betegek gyógyulása és fejlődése nem a Székely-tej javára irható, legalább is nem egyedül a Székely-tej javára.

Az allaitement mixte-eseteket a táblázatokból kihagyta a szerző. A táblázatokban megemlített 653 eset közül pedig az észlelés előtt 95 mixte-táplálásban részesült. Feltéve, hogy a mixte-táplálás Székely-tejjel történt, ez esetek is, miként a Kufeke-liszttel tápláltak, külön megitélés alá esnek, mert egyrészt nőtej mellett sok beteg gyermek állapota lassan javulhatott, másrészt a Székely-tejjel táplálást lassú hozzászoktatással a nőtej védelme mellett vezették be.

A halálozás már emlitett hibás statistikájának más hibája is van. Deutsch emliti a magyarországi halálozási statistikát. A mortalitás egy év alatt 29·85%. Ebből azonban az 5 első hóra esik 22·33%, a további időre csak 7·52%. Az egészségesek 10%-ánál csak valamivel több volt 5 hónál idősebb, a betegek $^1/_4$-e azonban meghaladta az 5 hónapot. Ezen körülmény a halálozási statistikát eltolja a betegek Székely-tejjel táplálása javára.

Összegezve a mondottakat, látjuk tehát, hogy fontos tudnivalók hiányzanak; így

1. a kor viszonya a megfigyelés idejéhez;
2. az általános állapot (naplóvázlat) ismertetése;
3. a betegségek diagnosisa;
4. más diaetás rendszabályok, közönséges tej, mixte-táplálás, Kufeke-liszt alkalmazásának módja, az illető esetek száma, súlyossága, stb.

Mindezen lényeges tényezők ismerete nagyban hozzájárulna a Székely-tej értékének megismeréséhez.

Másrészt a hibaforrások egész sorát találjuk meg a statistikában:

1. az óriási számú rövid észlelés;
2. a betegeknek nagyobb százalékát észlelték rövidebb ideig, mint az egészségesekét;
3. a betegek $^1/_4$-e 5 hónapnál idősebb;
4. az egészségeseknek több mint felét az első hónapokban állitották be;
5. Kufeke-liszttel, közönséges tejjel, előzőleg mixte táplált esetek bevonása a statistikába.

Mind olyan tényezők, melyek a Székely-tej javára befolyásolják az eredményeket. De azért a morbiditási, a helyesen értelmezett mortalitási valamint a súlygyarapodási statistika objectiv birálata alapján nem mondhatom, hogy „a Székely-féle gyermektej egy a legszigorubb birálatot megálló készitmény“, hogy a mortalitási statistika „fényes bizonyitéka annak, hogy a Székely-tej a csecsemő gyomorbélbántalmainak kezelésében nagy fontossággal bir“, hanem inkább azt kell állitanom, hogy *a Székely-tej az egészséges csecsemők táplálására sem válik be, nem hogy a betegeknek megfelelne.*

## Az alimentáris laevulosuria diagnostikai jelentőségéről.

Irta: ***Kelen István*** dr. (Karlsbad).

A laevulosuria tana az utolsó évtizedben két okból keltett nagyobb érdeklődést, mint annakelőtte. Először is azért, mert közöltek spontan leavulosuria-eseteket, melyek részben elméleti, részben gyakorlati jelentőséggel birtak, fenforogván a diabetes-szel való összetéveszthetésük. A második ok pedig az volt, hogy a májműködés vizsgálatára az alimentáris laevulosuria kisérletét (Strauss H.) ajánlották. Tekintetbe véve, hogy a májműködés vizsgálata nagy jelentőségű és más módunk ezen vizsgálatra nem igen van, az alimentáris laevulosuria kérdése nagy érdeklődést keltett és a munkálatok egész sorát létesitette. Azt hiszem eljött az ideje, hogy ezen munkákat megvizsgáljuk azon szempontból, hogy mennyi hasznot hajtottak a functiós diagnostikának és ezért e dolgozatokról összefüggő jelentést akarok nyujtani.

Laevulosera tudvalevőleg a vizeletben akkor gyanakszunk, ha a vizelet egyidejűleg redukál, erjed és balra fordit.

Egy a laevulosera jellemző vegyi reactio a Seliwanoff-féle próba sósavval és resorcinnel. Neuberg szerint azonban ezen reactio minden ketonczukorral és ketonsavval is beáll. A pontos megkülönböztető kórjelzéshez a fructosemethylphenylosazonnak Neubergtől ajánlott előállitásmódja szükséges. Ez az ismételt alkohol-kivonás útján kristályosan nyert osazon 153° olvadásponttal bir. Ha a Seliwanoff-féle reatiohoz ragaszkodunk, akkor, mint Rosin hangsúlyozza, el kell kerülnünk az erősebb hevitést. A dextrosenak molekuláris átváltozása laevulosevá nagyon könnyen lehetséges. A Seliwanoff-reactionak, hogy positiv jelentőséggel birjon, rövid ideig

való hevítés után kell beállania. Az alkaliás vizeletben, mint Neuberg kimutatta, már a hidegben átváltozhat a dextrose laevulosevá. Lobry de Bruyn is azt találta, hogy alkaliás folyadékban való oldáskor ez a hatás bekövetkezik. Csak ezen tények szem előtt tartásával lehet a laevulosuriáról szóló valamennyi közlést kritika tárgyává tenni. Nem teszünk azonban behatóbb vizsgálat tárgyává egyes régebbi eseteket, mint a milyenek pl. Külz, Seegen, May esetei; mert nem tudjuk róluk egészen biztosan megállapitani, vajjon csakugyan laevulosuria esete forgott-e fenn. Épen így van ez Marie és Robinson eseteivel is. Ők két súlyos neurastheniában szenvedő betegükben balra forditó vizeletet találtak. Azonban a laevulosenak pontos meghatározását nem közlik. A laevulosuriának biztos esetét közölte Rosin és Laband. Betegük 51 éves asszony volt, kin a diabetesnek typusos jelei mutatkoztak. A betegnek egy nővére diabetesben halt meg. A vizelet vizsgálatakor a Trommer-próba positiv, a Seliwanoff-reactio is erősen positiv volt. A sarkitási sik 0·6% laevulosemennyiségnek megfelelőleg fordult 1°-kal balra. A vizeletet élesztővel erjesztették és az erjesztés után többé nem forditotta a fényt. Annak a megállapitása czéljából, hogy a szervezetnek laevulosét elégető képessége mennyire tért el a normálistól, 100 gramm fruktoseval végeztek alimentáris kisérletet. Azonban várakozás ellenére a balra térítő képessége nem hogy nőtt volna, hanem ellenkezőleg sülyedt 0·2°-ra. A vizelet 100 gramm dextrose adagolása után is balra téritést mutatott. Igy tehát alimentáris glycosuria nem állott fenn. A dextrosét illető tolerantia-határ is normális volt. A legkülönösebb az volt, hogy laevulose bevitele után e czukor kiválasztása csökkent. A betegnek vérsavójában is talált Rosin és Laband laevulosét. Ezek után egész biztossággal volt felvehető, hogy ez a gyümölcscukor nem a bevitt táplálékból származott, hanem valahogyan magában a szervezetben képződött.

Ehhez hasonló esetet közölt Späth és Weil is. Egyik súlyos neurastheniás betegükben olyan vizeletet találtak, mely positiv Trommer-próbát adott, úgyszintén adta a Nylander és a phenylhydrazin-próbát is, élesztő hozzáadására erjedt és balra téritette a fénysugarakat. Oxyvajsavról nem lehetett szó, a mennyiben sem aceton, sem eczetsav nem volt kimutatható. Az orcinpróba negativ volt, tehát pentose és glycuronsav hiányzott. A resorcinpróba erősen positiv volt. Ebben az esetben sem volt tapasztalható alimentáris befolyás a laevulose kiválasztására. A bevett dextrose nem választódott ki. Vegyes táplálék mellett teljesen eltünt a laevulosuria.

A fentebb tárgyalt esetek azonban felette ritkák és igy nem esnek tárgyalásunk keretébe. Sokkal fontosabb azonban az a tapasztalat, hogy a laevulosuria eseteinek túlnyomó számában a máj mindig beteg volt. Strauss volt az első, a ki erre a kapcsolatra reámutatott. Ha már most fel akarjuk használni ezen tapasztalatot kérdésünk megoldására, mindenekelőtt közelebbről kell megvizsgálnunk, hogy miképen viselkedik a szervezet a két hexoseval, tudniillik a dextrosevel és laevuloseval szemben. Strauss H. szerint minden ezen a kérdésen fordul meg. Noorden szerint a laevulose kevésbé használtatik ki, de szerinte nagyon is csekély a különbség. Nagyfontosságú annak a megállapitása, hogy mindkét czukorfajtát egyaránt használja ki a szervezet. Mert azt az ellenvetést lehetne tenni a laevuloseval való anyagcserevizsgálat alkalmából, hogy mivel a gyümölcscukrot kevésbé használja ki a szervezet, annál nagyobb mennyiségben fogja kiválasztani. Ily értelemben nyilatkozott Schlesinger W. is, a ki ellentmondott Strauss véleményének, mely szerint az alimentáris laevulosuria májbetegségekben a májnak a laevulose-anyagcserében való különleges szerepe mellett szól. Ekkor Strauss fent jelzett tételének bebizonyitására 9 nem májbetegen alimentáris kisérletet végzett szőlőczukorral és gyümölcscukorral. A kisérleti személyek rheumatismusban, traumás neurosisban, idült ólommérgezésben stb. szenvedtek és valamennyien hajlamosak voltak alimentáris glycosuriára. A kisérletek eredménye az volt, hogy 100 gramm laevulose bevitelére az illető betegek vizeletében még nyomokban sem volt található ez a czukorfaj, míg a 100 gramm dextroseval végzett kisérletben 0·04 és 1·6 grammnyi kiválasztás mutatkozott. Igy tehát az egészséges vagy nem májbeteg embernek tolerantiája a laevulose iránt semmivel sem csekélyebb mint a dextrose irányában. Schlesinger feltevésének tehát nincsen alapja. A Strauss megbizásából Sachs által végzett állatkisérletek, épen úgy mint Blumenthal F. kisérletei is azt bizonyitották, hogy mindkét czukorfajta a tolerantia-határt illetőleg körülbelül egyformán viselkedik és az a tény is ismeretes, hogy úgy az egészséges ember, mint a diabeteses a gyümölcscukrot jobban türi mint a szőlőczukrot.

Hogy tovább is kutassa azt a kérdést, hogy a máj bir-e bizonyos befolyással a laevulose-forgalomra, Strauss H. megbizásából Sachs az állatkisérleteknek egész sorát végezte. Májuktól megfosztott békákon tett kisérleteket a különféle czukorfajták iránti tolerantia vizsgálata czéljából. A mig a májnélküli állatok tolerantiája a dextrose, galaktose és arabinose iránt nem csökkent, addig ez megtörtént a laevulosevel szemben. A májnélküli békáknak tehát kisebb volt a tolerantiája a laevulose iránt, mint más czukorfajták iránt. Ez szolgáltatta a kisérleti alapot annak a megállapitására, hogy a májműködés kikapcsolása maga után vonja a laevuloseforgalom megszünését. Támogatták e nézetet azon további kisérletek is, melyeket Strauss megbizásából Sehrt végzett glycolysevel és laevolysevel. Organikus acetonport és szervek porának keverékét adták a nevezett czukorfajtákhoz és pedig végezték e kisérleteket izommal, pankreassal, pajzsmirigygyel, mellékvesével és májjal. A kisérletek eredménye az volt, hogy a szerves por a szőlőczukorral szemben egészen másként viselkedett, mint a gyümölcscukorral szemben. Ez utóbbira a szerves por, jobban mondva ennek keveréke nem volt hatással a májpor kivételével, a mely az üvegben a gyümölcscukorra szemmel látható hatást gyakorolt. A laevulosetartalom csökkenése megállapitható volt a máj, valamint a nyálmirigy porával végzett kisérletekben. Jogosan jelenthette tehát ki Strauss az 1904. évi belorvostani congressuson, hogy a laevulose feldolgozásának szolgálatában álló szerveit a testnek nem lehet más szervekkel pótolni.

A májbetegeken tett megfigyelések további hosszú sorozatából kitünt, hogy a laevulose feldolgozása mindig a máj feladata. Strauss megbizásából Sachs H. több izben megvizsgálta egynéhány májbeteg tolerantiáját a gyümölcscukorral szemben és kitünt, hogy a betegeknek tolerantiája a lavulosével szemben csökkent. E csekélyszámú, magában még nem bizonyító vizsgálatot Strauss nagyszámú, általa végzett vizsgálatokkal egészitette ki. 29 májbeteget és 50 egészséges májú embert vizsgált meg ez irányban. A májbajosok májcirrhosisban (17), májrákban (3), idült choledochuselzáródás folytán keletkezett icterusban (4), heveny epekőrohamos icterusban (1), laktopheninmérgezésből származó icterusban (1), májamyloidban szenvedtek, ezenkivül kettő diabeteses volt túltengéses májcirrhosissal.

Az egészséges májúaknak indifferens betegségük volt. Valamennyi kisérleti személy 100 gramm laevulosét kapott üres gyomorra. A négy óra mulva üritett vizeletet a Trommer-féle próbával, erjesztéssel, polarisatioval és Seliwanoff módszerével vizsgálták meg.

A kisérleti eredmény a következő volt:

29 májbeteg közül laevulosuria 26 esetben volt . . . = 90%
58 egészséges májú közül laevulosuria 6 esetben volt = 10%.

E számok tehát kétségkivül a laevulosuria és májmegbetedés közti kapcsolatra utalnak. Hogy a nem májbetegek 10%-ában volt laevulosekiválasztás, az úgy értelmezhető, hogy az illetőknek valami lappangó májzavaruk lehetett. Azon májbetegek között, a kik laevulosét nem választottak ki, viszont voltak olyanok, a kikben a kisérlet lefolyását hasmenés zavarta meg, vagy pedig a májmegbetegedés olyan volt, hogy nem vezetett a májműködés nagymérvü zavarára. Ha már most Strauss eredményeit összefoglaljuk, mondhatjuk, hogy az alimentáris laevulosuriapróbának positiv volta indicatorul szolgál a máj parenchymaelégtelenségében. Ez utóbbi épen az által jut kifejezésre, hogy a máj nem tud többé a bevett laevuloseból glykogent készíteni és mivel a glykogenképzéskor a májparenchyma más szövetfajtával nem helyettesithető, a laevulose kiválasztatik. De más tanulságos, gyakorlati értékü következtetést is vonhatott Strauss a kisérleteiből. A laevulosekisérlettel az ascites több nem világos esetében pontos diagnosist állapithatott meg.

Természetesen voltak olyan szerzők is, a kik Strauss feljogásának ellentmondtak. Landsberg 21 májbeteg közül csak 9-ben talált alimentáris laevulosuriát. Viszont 7 egészséges ember közül 4-nek volt hajlama a gyümölcscukor kiválasztására. Sitta pedig 6 eset közül, a melyekben a máj beteg volt, csak 1-ben talált alimentáris laevulosuriát. Eseteiknek természetéről azonban nem adnak kimerítő képet ezek a szerzők.

Ez az aránylag kevés ellentmondó észlelet semmi esetre sem döntheti meg Strauss nézetét. Magának Straussnak is voltak a kisérletezés folyamán negativ eredményei, a melyeket azonban, a mint kimutatta, bizonyos mellékkörülmények megmagyaráznak.

A szerzőknek túlnyomó többsége megerősíti Strauss nézetét. A Chajes által 21 egészséges májún tett kisérletek csak egy esetben adtak alimentáris glycosuriát.

Umber is megfigyelései alapján Strauss nézetéhez csatlakozik. Különösen fontos az, hogy fructosuriát olyan májbetegeken észlelt, a kik a javulás előhaladtával nem választottak ki többé gyümölcscukrot. Ez epekő okozta májbajokban, icterusban, májdaganat eseteiben fordult elő. Minden esetben az alimentáris próba fructoseval a tolerantia-határnak csökkenését jelezte ezen czukorra nézve. 100 gramm fructoseból például az icterus tetőfokán 35 gramm választatott ki, az icterus elmulásával még 0·4 gramm. Ezzel szemben a laevuloseprőba teljességgel negativ volt 2 chlorosisban szenvedőn, az egyik esetben előhaladott vesezsugorodással kapcsolatban. Umber észleletei tehát világosan bizonyitják, hogy az alimentáris laevulosuria a májparenchyma elégtelenségének a kifejezője.

További bizonyitékot Bruyning szolgáltatott, a ki 21 májbetegen csaknem mindig alimentáris laevulosuriát észlelt. Ferranini 16, Steinhaus 5 hasonló esetről számolt be. Baylac és Arnaud 23 májbeteg közül 21-et (91%) talált olyannak, a ki laevulosekiválasztással reagált. Ezek a szerzők azt hitték, hogy ezen vizsgálatok alapján kimondhatják azt, hogy a laevuloseprőba alkalmas arra, hogy felvilágositást adjon a máj működésképességéről. Lépine is teljesen egy nézeten van Strauss-szal. Crisafi is azt véli, hogy a laevuloseprőba alkalmas a májműködés megvizsgálására. Charrin abban a véleményben van, a mit különben Strauss is megerősitett, hogy az alimentáris dextrosuria ritkán jelentkezik a májelégtelenség kifejezője gyanánt. Ő a májnak teljesen működésen kivül helyezése esetén is elegendő dextroseforgalmat észlelt. Ezzel szemben ő is az alimentáris laevulosuriát alkalmasnak találja, hogy vele a májelégtelenséget kimutassuk. Graulnak esete annyiban érdemli meg a nagyobb érdeklődést, hogy oly diabetesesre vonatkozik, a ki májbeteg volt. Ámbár ebben az esetben alkalmas diaetával el lehetett érni a dextrosetartalomnak nullára redukálását, mégis a vizeletben gyümölcscukrot lehetett találni. Syphiliseseken, lueses icterusban szenvedőkön Samberger 11 esetben positiv laevuloseprőbát kapott. Schroeder H. is laevuloset használt, hogy a máj működését vizsgálja; ezt ő terheseken, vajudókon és gyermekágyasokon tette. A szülészetre nézve az ilyen kisérleteknek különösen nagy a gyakorlati értéke. Így például a májnak az eklampsiát megelőző rejtett megbetegedését idejekorán fel lehet ismerni. Schroeder vizsgálatai összesen 132 asszonyra terjedtek ki, a kik közül 30-on alimentáris laevulosuria mutatkozott, a mi 22·7%-nak felel meg.

Végül még Rebundi-t említem, a kinek lázas és láztalan fertőzőbetegségekben sikerült az alimentáris laevulosuria-próbával a májsejtek működésének zavarát kimutatni. Rebundi is azt véli, hogy e próba alkalmas arra, hogy a májban lefolyó rejtett folyamatokra figyelmeztessen.

A fentebb vázolt eredményeknek alapján Noorden a czukorbetegségről, valamint az anyagcsere pathologiájáról szóló kézikönyvében positiv álláspontot foglal el, mikor kimondja, hogy az alimentáris laevulosuriát Strauss-szal együtt a májelégtelenség jelének kell tekinteni, és Weintraud nem kételkedik azon, hogy: „a májbetegeknek csökkent assimilatiós határuk van a laevulosével szemben".

Áttekintve még egyszer az irodalomban előfordult anyagon, összefoglalólag mondhatjuk, hogy Straussnak ajánlatát, hogy az alimentáris laevulosuria a májműködés vizsgálatára alkalmaztassék, a közlése óta megjelent munkák a legnagyobb mértékben támogatták. Nem csodálkozunk azonban azon, hogy vannak olyan májmegbetegedések is, a melyekben a máj működése nincs akadályozva. Ezt más szervek betegségeiben is elég gyakran találjuk. Azon sem szabad csodálkoznunk, hogy ritka esetekben látszólag egészségesekben is positiv a laevuloseprőba.

**Irodalom:** *Baylac* et *Arnaud:* Congrès français de médecine. Toulouse, 1902. — *Blumenthal Franz:* Inaug.-Diss. Strassburg, 1903. — *Bruining:* Centralblatt für innere Med. 1903. — *Lobry de Bruyn:* Chemisches Centralblatt, 1896. — *Charrin:* Congrès français de médecine, Toulouse, 1902. — *Crisafi:* La clinica medica italiana, 1903. 1. szám. — *Chajes:* Ueber alimentäre Laevulosurie. Deutsche med. Wochenschrift, 1904. — *Ferranini:* Glicosuria i levulosuria alimentare nelle malatti del fegato. Rif. med. 6. IX. 1902. Centralblatt für innere Med. 1902. — *Graul:* Laevulosurie und Diabetes mellitus. Centralblatt für innere Med. 1905. 185. lap. — *Külz:* Zeitschrift für Biologie, XXVII. kötet. — *Landsberg:* Zur Frage der alimentären Laevulosurie. Deutsche med. Wochenschrift, 1903. — *Lépine:* La semaine médicale, 1901. — *May:* Deutsches Archiv f. klin. Med., 1896. — *Marie* et *Robinson:* La semaine médicale, 1897. — *Neuberg:* Zeitschrift für physiolog. Chemie, 1900. — *v. Noorden:* Die Zuckerkrankheit, Berlin. 1907. 28. lap. — *v. Noorden:* Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels, I. kötet 769. és 825. lap. — *Rebundi:* La levulosuria alimentare nelle malattie infettivi. Gazz. degli ospedali e delle clin., 1905. 97. sz. — *Rosin:* Ueber Fruchtzuckerdiabetes. Festschrift für Salkowski, 1904. — *Rosin* és *Laband:* Ueber spont. Laevulosurie. Zetschrift f. klin. Med., 1902. — *Sachs H.:* Inaug.-Diss. Leipzig, 1900. Zeitschrift für klin. Med., 1902. — *Samberger:* Archiv f. Dermatologie und Syphilis. LXVII. kötet, 1. füzet. — *Schlesinger:* Zur Klinik des Laevulose-Diabetes. Archiv für exper. Pathol. u. Pharm., 1903. — *Schroeder:* Ueber d. Kohlhydratstoffwechsel i. d. Schwangerschaft. Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynäk., LVI. kötet, 1. füzet. — *Seegen:* Centralblatt für d. med. Wissenschaften, 1884. — *Sehrt:* Zur Frage der hepatogenen Laevulosurie. Zeitschrift für klin. Med. 1905. 56. kötet, 509. l. — *Sitta:* Die alimentäre Laevulosurie. Centralblatt für innere Med., 1904. — *Späth* és *Weil:* Med. Correspond.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 1902. — *Steinhaus:* Deutsches Archiv f. klin. Med., 1902. — *Strauss H.:* Beiträge zur Physiologie und Pathologie d. Leber. Charité-Annalen, XXVIII. évf. Zur Funktionsprüfung der Leber. Deutsche med. Wochenschrift. 1901. 44. és 45. szám. Berliner klin. Wochenschrift, 1898. 18. szám. — *Umber:* Festschrift für Salkowski, 1905. — *Weintraud:* Die Krankheiten der Leber. (Noorden: Handbuch d. Pathologie des Stoffwechsels, I. kötet, 769. lap.)

# TÁRCZA.

## A 25. német belorvostani congressus.

(Folytatás.)

*Krönig* (Freiburg) rövid, humoros beszédben védte a nőorvosokat Lenhartz vádjaival szemben. *Stintzing* (Jena) szerint a terhességet a Basedow-kórban és láztalan kezdeti szakban levő gümőkórban nem szabad megszakitani. A nagy láz azonban a gümőkórban javalttá teszi az abortus bevezetését. *Schott* (Nauheim) nem látott terhes nőkben szivtúltengést, a szív helyzetváltozását s kisfokú tágulását azonban lehetőnek tartja. Vasomotorius zavarok szerinte ritkán jönnek létre, s a menstruationak csak csekély befolyása lehet a tüdőre. A szivcompensatio zavara esetén nem ad engedélyt a házasságkötésre s a bal gyüjtőeres szájadék szükületének eseteiben különösen szigorú. A myoma szerinte okozhat functionális zavart a szív működésében. *Klemperer G.* (Berlin) felszólalásában Lenhartzzal szemben az absolut nyugalmat ajánlotta a genitális zavarokban szenvedő nőknek. *Hofbauer* (Bécs) az úgynevezett sexuális asthmát fejtegette, a mely nőkön a nemi szerveknek bizonyos elváltozása, például retroflexio esetében észlelhető. Az asthmának ezt az alakját azért tekinti önállónak, mert a bronchusok részvétele benne teljesen kizárható. A roham idején tüdőtágulat észlelhető. A sexuális asthmát a nemi szervek idegeit ért fájdalmas ingerek váltják ki, s első sorban mély légvételekben nyilvánul. Saját és Holzknecht vizsgálatai szerint csak a belégzés fokozott, mert csakis az fokozható s ez okozza a tüdő tágulását. E tény tekintetbevételét az asthma egyéb alakjaiban is ajánlja.

*Pariser* (Hamburg) arra hivta fel a figyelmet, hogy a menstruatio idején a gyomorvizsgálat eredménye nem értékesithető. Néha fokozott, máskor csökkent a gyomornedv savtartalma. Míg a praemenstruális időben a gyomor mozgékonysága fokozott, a menstruatio idején mérsékelten csökkent. A menstruatio előtti időt veszélyesnek tartja a gyomorfekélyben, bélhurutban, vagy féregnyújtványlobban szenvedőre nézve; gyomorfekély eseteiben veszélyes szövődménynek mondja. Az e bántalmakban szenvedőknek feltétlenül ágynyugalmat ajánl a menstruatio ideje alatt.

*Fellner* (Bécs) tagadta a szivelváltozások keletkezését a terhességben. Szivtágulat létrejöhet a vér mennyiségének megnagyobbodása miatt. A klorózist az ovarium csökkent elválasztására vezeti vissza, s az e bajban szenvedők vérét mérgezőbbnek tartja a normálisnál. Lenhartzzal szemben, a ki a terhességi hányást nagyrészt hysteriára vezeti vissza, az előadó a bántalom toxikus eredete mellett nyilatkozott. A toxinok alkalmasint a méhlepény anyagcsere termékei. A terhességben physiologiásan minden méregtelenitő mirigy-

nek fokozott a működése. Fellner tapasztalatai szerint a terhességi toxikus bántalmak az eseteknek nagy részében oly nőkben jönnek létre, a kikben régebben a petefészek hyperfunctiojára lehetett következtetni. A Schauta-klinika megfelelő eseteinek áttanulmányozásakor kiderült, hogy a legnagyobb része azon nőknek, a kik hyperemesisben, nephritisben vagy eklampsiában szenvedtek terhességükben, már előzőleg rendetlenül menstruáltak.

A további discussiót, a melyben többek között *Krehl, Groedel, Schwalbe, Pineles, Janowsky* vett részt, Rosthorn és Lenhartz fejezte be, fenntartván a referatumukban előadottakat.

A III. ülés tárgyát, a syphilistan jelen állását, a congressusnak nagy érdeklődése mellett Neisser és Wassermann ismertette. *Neisser* (Breslau) a syphilis kór- és gyógytanával foglalkozott. A spirochaeta pallidának kórokozó voltát kétségtelennek tartja. Igaz ugyan, hogy a spirochaetát a fertőzött majom testében nem lehet mindig megtalálni, azonban a tuberculosis-bacillust sem találjuk meg mindig a lupusos elváltozásban. Nagy fontossága van annak, hogy nemcsak a magasabb, hanem az alacsonyabb rendű majmok is fertőzhetők syphilissel. Különbség csak abban nyilvánul, hogy a másodlagos tünetek csak a magasabb rendű állatokon jelentkeznek. A fertőzött állatok látszólag teljesen egészségesek lehetnek, azonban belső szerveik még évek mulva is fertőzők. A kórokozó virulentiájának gyengítésére irányuló kisérletek eredménytelenek voltak. Fingerrel végzett vizsgálatai szerint a passage útján még inkább fokozódik a fertőző képesség. A beoltott virus mennyisége szerint ingadozik az incubatio tartama. A fertőzéssel szemben a dispositio is különböző. A fertőzés az alsóbb rendű majmokon például csak a szemhéjakon s a nemi szerveken fogamzik meg, a magasabb rendű állatokon a testnek minden részén. Az alsóbb rendüeken csak regionaer recidivák észleltettek. A fertőzés a bőrön át jelentéktelennek látszó sérüléseken át is létesül. A subcutan fertőzés csak egy esetben járt sikerrel, midőn felvehető volt, hogy leukocytosis nem létesült. Ennek ugyanis nagy szerepe van a spirochaeták elpusztításában. Könnyen létesült a fertőzés a venákba s herébe történt befecskendezés után, általában az epithelszerű képletek alkalmas talaja a fertőzésnek.

A serodiagnostikát határozottan értékesnek s megbizhatónak tartja: részletes fejtegetésébe azonban nem bocsátkozik. A reactio positiv voltából arra következtet, hogy a vizsgált egyén spirochaetagazda, vagy lueses. A különböző vizsgáló módszerek közül legjobbnak azt tartja, a mely a specifikus antigennel végeztetik.

A spirochaeták kimutatása és a serodiagnostika alapot nyujt a helyi és általános therapiának. E vizsgálatok esetleg ismételten végzendők. Kivülök számba jő a pungált nyirokmirigyek váladékának vizsgálata és az állatoltás.

A prophylaxisos kezelésben Metschnikoffnak van legnagyobb érdeme, a ki a fekély képződését nem várva be, desinficiálja a fertőzésnek kitett testrészeket. Majmokon végzett vizsgálatok szerint a destillált vízzel és szappannal végzett lemosás már magában véve is jótékonynak bizonyul. A $33^1/_3$%-os calomelkenőcscsel történő védekezés nem bizonyult csalhatatlannak. Más orvosszerekkel talán még biztosabb eredmény lesz elérhető. Igy jó eredményt adhat a 2—3‰-s sublimat- és az isoformglycerinkenőcs is.

Az elsődleges sclerosis jelentkezése után végzett kimetszéssel szemben régebben különböző ellenvetéseket tettek. Igy első sorban azt, hogy nem tudjuk, mit metszünk ki, s esetleg nem általános-e már akkor a fertőzés s igy nem czéltalan-e a kimetszés. A spirochaeta-vizsgálat s a serumreactio elhallgattatja ezen ellenvetéseket. A 10—15. napon végzett excisio is még gyógyító hatású lehet. Neisser az ajkon nem végzi, egyébként annyit vág ki, a mennyit lehet, s a sebhelyet edzi. Hollaender forró levegővel roncsolja el a kóros területet.

Az általános kezelés higanynyal és atoxyllal végezhető, a melyek a spirochaetákat elpusztítják. Míg eddig a kezelést illetőleg várakozó álláspontot foglaltunk el, ezentúl a serumreactio segitségével meggyőződést szerezve az általános megbetegedés fennállásáról, jóval előbb kezdhetjük meg a gyógyítást.

A kisérleti tapasztalatok szerint egy oly állat sem gyógyult meg, a mely nem állott kezelés alatt. Legtovább a here és a petefészek tartotta magában a kórokozó virust, a minek jelentőséget tulajdonit a congenitális syphilis létrejövetelében. A harmadlagos szak szintén bir fertőzőképességgel, ezt positiv spirochaetalelettel és oltáskisérletekkel bizonyitották be; a fertőzés eshetősége azonban csekélyebb, mert a bántalom ekkor már nem a nemi szerveken s nem a szájon lokalizált.

A positiv serumreactiót adó egyénnek, ha egyébként syphilisre valló tünet nem mutatható ki rajta, az előadó megengedi a házasságkötést; a tapasztalatok szerint az ily férfiak felesége és gyermekei egészségesek maradhatnak.

A syphilis gyógyitásának tanulmányozásakor a kisérletezést kell választanunk. Ez úton mindenféle létező gyógyszert kipróbált. Tapasztalatai szerint az atoxyl az állaton jobbnak bizonyult, mint a higany, mert az állatra veszélytelenebb. Az atoxyl a luesnek valóságos gyógyszere s hetenként 2-szer $^1/_2$ gm.-nyi adagban alkalmazandó. Ez adagolás mellett káros hatás nem észlelhető, csak ritkán támad gyomor- vagy bélizgalom. Az újabban előállított acetatoxyl még kevésbé mérgező s ezért 0·6 gm.-ban adagolható. Jelenleg olyan arsentartalmú gyógyszerekkel végeznek kisérleteket, a melyek azokat a trypanosomákat is megtámadják, a melyek az atoxylnak ellenállottak. Véleménye szerint az atoxyl legalább is oly jó ellenszere a luesnek, mint a higany. Praeventiv hatását is igen dicséri, a fertőzés utáni 7—8. napon végzett kezelés csaknem minden esetben megakadályozta a betegség kifejlődését.

A higany hatása nemcsak a kórokozó, hanem az általa termelt méreg elpusztításában is nyilvánul. Az első izben végzett kúra oly erélyesen végzendő, a mennyire a beteg csak tűri. A kenőkúra idején a beteg, akár heteken át is, az ágyat őrizze, a mi már a régi orvosok tapasztalata szerint is jobb eredménynyel jár. A többi gyógyszer közül a jod is pusztitja a virust, egyesek az intravenás chinininjectiokat dicsérik.

Az activ és passiv immunizálásra irányuló kisérletek teljesen eredménytelenek voltak. Neisser kétli a reinfectio lehetőségét; a ki nem inficiálható, nagy valószinűséggel spirochaetagazda; az immunis egyén tehát syphilises. Ha meggyógyul, ismét fertőzhető. Álláspontja szerint tehát syphilisimmunitás nincsen. Neisser a syphilis gyógyult voltáról a serumreactioval szerez meggyőződést. Végül azon reményének ad kifejezést, hogy a syphilistan előrehaladásának folyományaként ezentúl csak a betegség kezdő szakait kell majd gyógyitanunk.

*Wassermann* (Berlin) a syphilis serodiagnostikájáról és ennek gyakorlati értékéről értekezett, a következő 3 kérdést fejtegetve: 1. Mily eljárást kövessünk a serumvizsgálat végzésekor. 2. Megbizható diagnosist ad-e ez az eljárás, s alkalmas-e már most is arra, hogy a gyakorlatban alkalmazzuk? 3. Miképen értékesithető az általános orvosi gyakorlatban?

Wassermann eljárását részletesen ismertetve, úgy a saját, mint mások nagyszámú tapasztalata alapján határozottan állitja, hogy a complementkötés a legalkalmasabb módszer a lues megállapitására. A praecipitálást vaselinnel, lecithinnel, epesavas sókkal, szappanokkal és vízzel nem tartja értékesithető eljárásnak, mert más fertőző bajban szenvedők vérsavója, exsudatumok és transsudatumok is adhatnak csapadékot. Az eljárás kivitelének egyik nehézsége a complementkötéshez szükséges antigennek nehéz beszerezhetősége. Antigenként a syphilises szervnek vizes vagy alkoholos kivonatát ajánlja. Nem tartja lehetetlennek, hogy az antigennek tulajdonképeni ható tényezője a lipoidoknak bizonyos fehérjeszerű anyagokkal való összeköttetéséből áll. Ez utóbbi anyagok némiképen specifikusak, ha syphilises szervből származnak s valószinűleg fontosabbak a lipoidoknál. Ezért Wassermann antigenként alkalmasabbnak tartja a lueses szervkivonat alkalmazását, mint a normálisét. Jelenleg alkoholos kivonattal dolgozik, 1 gm. szervből 4—5 $cm^3$ alkohollal készitve a kivonatot.

Az eljárás értékére nézve irányadók azok a nagyszámú vizsgálatok, a melyeket laboratoriumában s más intézetekben is végeztek. Kifejezett luesnek több ezer esetében a betegek 90%-a positiv reactiót adott, latens esetekben 40—50%. Több mint ezer controllesetben mindig negativ volt a reactio. Ezek alapján eljárását teljesen megbizható specifikus klinikai vizsgáló módszernek tekinti, a melynek positiv eredménye a diagnosis megállapitásához szükséges,

negativ volta azonban nem tekinthető döntő momentumnak. Elérkezettnek látja az időt, hogy eljárását a klinikai s általános gyakorlatban alkalmazzák, a mit már közegészségügyi szempontból is szükségesnek tart. Véleménye szerint jobb a Widal-próbánál s kevés oly belorvostani vizsgáló módszer van, a mely annyira bevált volna. Az eljárás talán még tökéletesbíthető lesz.

Végül a mellett foglal állást, hogy az eljárást mindenkor orvos végezze. Ezt a kivitel bonyolódott volta s a diagnosis kimondásának nagy hordereje teszi indokolttá. Minthogy a technika ismerete előkészültséget kiván meg, szükségesnek tartja speciális, 3—4 hetes kurzusokon való tanítását.

*Ehrmann*-nak (Bécs) a bőr vérereinek syphilises tüneteire vonatkozó előadása után, melyben az ú. n. livido racemosát ismertette, *Porges* (Bécs) a syphilis praecipitatiós serodiagnostikájáról értekezett azon vizsgálatai alapján, a melyeket Elias, Neubauer és Salomon segitségével végzett. A vizsgálatok a reactio viszonyainak közelebbi meghatározására és a lueses savó fizikai-kémiai tulajdonságaira irányultak. A reactio kivitelére a glycocholsavas natriumot ajánlja, a melylyel ép oly értékesíthető eredményeket kapott, mint a complementeltéritéssel, s ezért reméli, hogy eljárása be fog válni. A fizikai-kémiai vizsgálatok nem derítettek ki különbséget a normális és a lueses savó között. Nem a globulinszaporodás az oka a lueses savó eltérő voltának, mert oly állapotok, pl. az éhezés, melyekben a globulin megszaporodott, nem adnak praecipitatiót. Vizsgálatai alapján felveszi, hogy a lueses savó fehérjéinek stabilitása csökkent.

*Salomon* (Bécs) elismeri a Wassermann-féle reactio kiváló voltát, kissé kérdésesnek tartja azonban teljes specificitását. Öreg egyéneken, daganatképződés eseteiben positiv reactiót észleltek, s 23 gümőkóros beteg közül 5-ben volt erős positiv reactio. Az alkoholos normális szivkivonat alkalmazását Wassermannal szemben védelmébe veszi.

*R. Müller* (Bécs) szintén a szivkivonat használhatósága mellett nyilatkozott s a reactiót csak kifejezett volta esetén tartja értékesithetőnek. A nem reagáló lueses savó csekély savanyitás után positiv reactiót adhat. *Meyer* (Berlin) a complementeltéritésnek teljesen specifikus voltát állitja. Ha a reactio nem kifejezett, csak negativ értelemben értékesithető. A lecithinreactiót a lueses esetek 85%-ában, de más betegségekben is positivnak látta. Minthogy azonban a luesben gyakoribb a jelentkezése, faute de mieux ajánlja alkalmazását.

*Citron* (Berlin) 1200 vizsgált eset alapján antigenként a vizes szervkivonatot ajánlja. A praecipitatiós reactiót értéktelennek tartja. Ajánlja a complementeltéritésnek prognostikai szempontból való alkalmazását is. A reactio eltünéséből javulásra következtet. A tabesben a reactio negativ is lehet.

Miután *Niessen* (Wiesbaden) régi álláspontját hangoztatta, mely szerint a spirochaeta pallida egy bakteriumnak a sarjadási productuma, *Finger* (Bécs) Neisserrel szemben azt vitatta, hogy a syphilis virusa passage útján annyiban változik, hogy fekélyedést okozó képessége csökken s beszűrődést létesitő képessége fokozódik. Az abortiv kezelés értékére nézve megjegyzi, hogy lues sine exanthemate szintén létrejöhet. A kiütéses luesben a bedörzsölést tartja a legjobb eljárásnak.

*Lenzmann* (Duisburg) intravenás chininjectiókkal kezelt a lues különböző szakaiban levő betegeket. A kezdeti szakban, sőt malignus esetekben is jó eredményeket látott s ezért a higany kiváló segédszerének tartja a chinint. Sósavas chininnek élettani konyhasó-oldattal készitett 10%-os oldatát használja. A kezelést 0·2—0·5 grammal kezdi, naponta kétszer adagolva. Nagyobb adag hirtelen mérgezéstüneteket okozhat. Az atoxylról tartózkodóan nyilatkozik, fél a szemre gyakorolt káros hatásától.

Ha még *Spiegler* (Bécs) előadását is felemlitjük, a ki a vér elváltozásait tanulmányozta a syphilisben, nagyjából megemlékeztünk mindazokról, a kik a discussioban résztvettek. Még csak megemlitjük, hogy az előadó szerint a lueses vérsavóban a legtöbb esetben megfogyott a globulin a serum-albumin mennyiségéhez képest. Néhány esetben azonban fokozódott a globulin mennyisége.

*Ország Oszkár* dr.

(Folytatása következik.)

# IRODALOM-SZEMLE.

## Könyvismertetés.

**Nékám Lajos: A magyar bőrgyógyászat emlekeiből.** Budapest, 1908. Az Eggenberger-féle könyvkereskedés kiadása. 99 lap.

Két éven át tartott és czernél több régi könyvnek átkutatásával járó, fáradhatatlan munkálkodásnak értékes gyümölcseként közli *Nékám Lajos* ezt a nagybecsű orvostörténelmi tanulmányát. Történelmi művekből, gyüjteményes munkákból, törvénykönyvekből, levéltárakban őrzött régi levelezésekből meg számadásokból finom történelmi érzékkel gyüjtötte és éles kritikával csoportositotta mindazokat az adatokat, a melyekből legalább vázlatos képét nyerhetjük a régi magyar bőrorvoslásnak, valamint a hazai régi orvosi meg kulturális viszonyoknak általában.

*Nékám* tanár öt fejezetben érdekes és tanulságos módon ismerteti a régi magyar fürdőéletet, a lepra pusztitásait, továbbá a rühnek és más bőrbetegségeknek, valamint a syphilisnek és végül a prostitutionak történetét hazánkban. A sok érdekes képpel diszitett mű mindvégig leköti figyelmünket és több helyen a régieknek pompás, jóizű humorjával is mulattatja az olvasót.

Szokatlan, de annál nagyobb elismerésre méltó az a szókimondó bátorság, a melylyel a szerző egyes aktuális socialhygienés kérdésekről, igy az ifjúságnak a nemi élet terén való kitanitásáról, a házasság intézményéről és a nemi betegségek elleni védekezésről nyilatkozik.

A közerkölcsök történetének vázolásával megdönti a régi, jó erkölcsökről annyiszor hangoztatott mesét, és kétséget kizáró módon kimutatja, hogy e téren nincsen hanyatlás, sőt ellenkezőleg, az erkölcsök sohasem voltak jobbak, mint napjainkban. Meggyőző módon bizonyitja be azután, hogy a nemi élet nyomorúságainak főoka a kedvezőtlen gazdasági viszonyokban rejlik és hogy e téren maga az állam a főhibás; ennélfogva gyökeres javulás csakis a gazdasági helyzetnek kedvezőbb alakulása után várható. Nagyon helyesen érvel a mellett is, hogy a „*bujakór*“ kifejezésnek el kell pusztulnia és hogy a társadalomnak kötelessége a kéjnőt megvédeni a kizsákmányoltatás és a teljes elaljasodás ellen.

*Nékám* fejtegetései fényesen bizonyitják, hogy nem csupán széles látókörű, nagyképzettségű orvos, hanem igaz humanismustól áthatott socialhygienista is.

Melegen óhajtom, hogy más szakorvosok is törekedjenek *Nékám* tanár példáját követve a szakmájukra vonatkozó régi emlékeket összegyüjteni, hogy ily módon majdan lehetővé váljék a magyar orvosi tudományok történelmének megirása.

*Tihanyi Mór* dr.

**Fakire und Fakirtum im alten und modernen Indien.** Yogalehre und Yogapraxis nach indischen Originalquellen dargestellt von **Richard Schmidt**. Verlag von Hermann Barsdorf, 1908. 229 lap. Ára 8 márka.

A szerző részletesen foglalkozik az indiai fakirok életével és azoknak úgynevezett csodatetteivel. Érdeklődésre tarthatnak számot azok a fejezetek, a melyek az önsanyargatással foglalkoznak, annyival is inkább, mert ehhez hasonló dolgok más vallásokban, különösen a kereszténységben is otthonosak voltak. Olvasásra méltók az elevenen eltemetésről szóló fejtegetések és az ilyen czélú eljárások ismertetése; bár itt teljesen hiteles adatok a mai időből nincsenek. A mit erről a kérdésről tudunk, az Indiában régebben szolgáló katonatisztek feljegyzéseiből származik. Az indiai fejedelmek, a kiknek jelenlétében az ilyen eltemetések történtek, és a kik ezt az európai tiszteknek bemutatták, maguk is kétkednek a dologban. A fennmaradt leirások jóhiszeműek. A fakirt gyomrának és beleinek kimosása után úgy temették el, hogy a test összes nyilásait légmentesen elzárták. Ettől különbözik annak a két indiai fiatal embernek a mutatványa, a kik Budapesten és egyebütt hypnosisban napokig üvegkoporsóban aludtak. Érdekesek a könyvben az indiai vizfestmények után készült ábrák és az indusból forditott Yogapraxis szabályai.

*Kollarits Jenő* dr.

# Lapszemle.

## Belorvostan.

**A gyomorfekély gyógyításáról** ir *Elsner H.* a Boas-féle poliklinikán szerzett tapasztalatai alapján. A táplálék a következő feltételeknek kell hogy eleget tegyen: 1. nagy caloriatartalom, 2. kis térfogat, 3. kielégítő sósavmegkötő képesség és 4. izgató hatástól mentesség. A szerző használta táplálék alapja a tej, a melyet naponként 1 liter mennyiségben ad, s a melynek táplálóértékét Theinhardt-féle hygiama hozzáadásával fokozza. A hygiama tejből, malátából, buzalisztből, czukorból és cacaoból áll; előnye, hogy olcsó és hogy tiszta cacao-ize miatt szívesen veszik a betegek, hosszabb használat esetén sem undorodnak tőle. 10 gramm hygiamapor 45 caloriát tartalmaz, tehát 70—80 gramm hygiamát adva $^1/_2$ liter tejbe, ez utóbbinak tápláló értéke megkettőződik. A gyomor sósavának megkötésére a hygiamát tartalmazó tejet nem tartván elegendőnek, a szerző nagyobb mennyiségű alkalit is ad. Igaz ugyan, hogy a gyomornedv hyperaciditásának ma már nem tulajdonítanak nagy jelentőséget a gyomorfekély képződésében; az azonban tagadhatatlan, hogy a fokozott sósavelválasztás egyik legfontosabb oka a gyomorfekély megmaradásának, a gyógyulás be nem következésének. A szerző tehát úgy jár el, hogy teljes ágynyugalomban tartja a beteget s már az 1. naptól kezdve, akár van vérzés, akár nincs, jégbe hűtött hygiamás czukrozott tejet ad fokozódó mennyiségben a következő séma szerint:

| | 1. nap | 2. nap | 3. nap | 4. nap | 5. nap |
|---|---|---|---|---|---|
| Tej | 200 | 400 | 600 | 800 | 1000 |
| Hygiama | 20 | 40 | 60 | 80 | 100 |
| Czukor | 20 | 20 | 30 | 30 | 30 |
| Caloria | 300 | 520 | 780 | 102 | 12000 |

A 6. naptól ezenkivül vajat illetve tejszint, továbbá áztatott kétszersültet és nyers vagy lágytojást is kap a beteg. Az egész idő alatt naponként 3—4-szer kávéskanálnyi natrium bicarbonicumot vagy magnesia ustát kell adni. (Therapie der Gegenwart, 1908. 2. füzet.)

**Az epének és a vizeletnek antisepsisessé tevése belsőleg adott szerekkel.** Epehólyagsipolyos betegeken tett vizsgálatai alapján *Stern R.* azt találta, hogy 3 napon át összesen 6 gramm mentholt adva, olyanná válik az epe, hogy 4 óra alatt tetemesen megkevesbíti, 18 óra alatt pedig teljesen elöli a benne levő nagyszámú bakteriumot. Ha az ilyen epébe typhusbacillusokat tett, ezek 6 óra alatt teljesen elpusztultak. Az úgynevezett húgyantisepticumok közül csak a nagy adagban adott salicylkészítmények és a methylenkék tette antisepsisessé a vizeletet; de ezeknek a szereknek a hatása is sokkal gyengébb volt, mint az urotropiné. Az újabb szerek közül a hippol (methylenhippursav) néha még jobban hatott, mint az urotropin. (Zeitschrift für Hygiene, 59. kötet.)

**A pepsin meghatározására** Minkowski klinikáján új módszert dolgozott ki *Gross O.* 1 gramm Grübler-féle caseinum purissimumot 16 cm³ 25%-os sósavval 1 liter vízben vízfürdőben felold. Ebből az 1‰-es caseinoldatból, melyet 39—40°-ra melegít, 10—10 cm³-t tölt kémlőcsövekbe és fokozódó mennyiségben ad hozzájuk a vizsgálandó gyomornedvből. $^1/_4$ órán át a thermostatban tartásuk után mindegyik kémlőcsőbe néhány csepp tömény natrium aceticum-oldatot ereszt, a mikor azokban a csövekben, a melyekben a casein nem emésztődött meg, a casein kicsapódik. Ily módon meg lehet tudni, hogy mennyi az a legkisebb gyomornedvmennyiség, a mely 15 percz alatt a casein egész mennyiségét megemésztette. Az emésztő erő egysége az a gyomornedvmennyiség, a mely 15 percz alatt 10 cm³ caseinoldatot (vagyis 0·01 gramm caseint) emészt meg teljesen. A próbareggeli után vett egészséges gyomornedv 1 cm³-ének emésztőereje 30—50 egységnyi. A szerző kísérletekkel azt is bebizonyította, hogy a Schütz-Borissow-féle törvény, mely szerint a pepsin emésztő ereje a ferment mennyisége és behatásának ideje négyzetgyökével arányos, nem állhat meg, hanem csak egyszerű arányosság áll fenn az említett tényezők között. (Berliner klinische Wochenschrift, 1908. 13. szám.)

## Sebészet.

**A Rovsing-tünet értéke** *C. Lauenstein* (Hamburg) szerint még nincsen teljesen tisztázva. *Rovsing* szerint ugyanis az appendicitisnek egyik pathognomiás tünete az, hogy a flexura sigmoidea tájékán a hasfalra mért gyors és rövid ütésekre a beteg a coecális tájékon fájdalmakat érez; *Rovsing* tapasztalatait többen megerősítették. *Lauenstein* most egy esetét közli, a melyben a *Rovsing*-féle tünet positiv volt és egyéb jelek is appendicitis mellett szóltak, de a műtét cholecystitist derített ki. *Lauenstein* ennek folytán nem tartja a *Rovsing* tünetet jellegzőnek appendicitisre, hanem szerinte a positiv *Rovsing*-tünet csak a mellett szól, hogy valamilyen gyuladásos folyamat székel a vakbél közvetlen szomszédságában. *Lauenstein* szükségesnek véli, hogy ezen irányban tovább kutassunk. (Centralblatt für Chirurgie, 1908. 8. szám.) *Thorkild Rovsing* (Kopenhága) *Lauenstein* esetéhez a következő megjegyzéseket fűzi: A *Lauenstein* közölte kórtörténet szerint a betegnek epehólyagtájéka volt érzékeny; midőn a bal hypogastriumot ütögette, a beteg állandóan és szabatosan az epehólyag tájékán érzett fájdalmat. Vizsgálati módszerét tehát nemcsak hogy gáncs nem illeti, sőt ez esetben egészen váratlanul új téren látja érvényesülni. (Centralblatt für Chirurgie, 1908. 12. szám.) *Gergő.*

**Gangraenás appendixet távolított el 3 hetes csecsemőből** *Ch. H. Dixon.* A gangraenás appendix kizáródott jobboldali lágyékséry tartalmát alkotta és régebbi, valószínűleg már az intrauterin életben támadt összenövésekkel a sérvtömlőhöz volt fixálva. Eltávolítása sikerrel járt, s a csecsemő, ki azelőtt állandóan kólikákban szenvedett, meggyógyult és súlyban szépen gyarapodott. (Annals of surgery, 1908 január.) *Pólya.*

**A kéztő sajkacsontjának törését** rövid időn belül 7-szer észlelte *W. A. Downes.* A törés rendszerint mérsékelt magasságból a kinyújtott kézre esés folytán jő létre. Mivel deformitás rendszerint nincs, a kórkép sokszor egyszerű distorsionak imponál. Jellegző tünetek: nyomási fájdalmasság a kézháton közvetlenül a proc. styloideus radii alatt, enyhén addukált és hajlított kéz mellett s nagy fájdalom mindenféle extensio-kisérlet alkalmával. Kellő immobilisatio mellett 3—4 hét alatt teljes egyesülés áll be, ha nagyobb dislocatio nem volt; ha ilyesmi van, az egyik vagy mindkét törésdarabot el kell távolítani. (Annals of surgery, 1908 január.) *Pólya.*

**Elsődleges prostatasarkoma** esetét közli *Ch. A. Power.* Betege, 60 éves férfi, a műtétet követő 5. napon pneumoniában meghalt. Ezenkivül az irodalomban még 30 biztos primaer prostatasarkomát talált. Érdekes, hogy főleg fiatal egyéneken észleltetett (16 esetben a betegek kora 15 év alatt volt), több izben néhány hónapos csecsemőn. A sarkoma fajai közül a kis gömbsejtes fordul elő úgy látszik leggyakrabban. Tartós gyógyulás műtét után ezideig nem ismeretes. (Annals of surgery, 1908 január.) *Pólya.*

**Penisrák száz esetéről** ir *Dellinger Barney.* Ebből 93-at a massachusetti General Hospital-ben ápoltak 1872—1905-ben, a többi egyes ottani sebészek magáneseteire vonatkozik. A betegek kora 25—82 év közt ingadozott, a legtöbb betegé 50—70 közt volt. 42 esetből, melyben a fityma állapotára vonatkozó feljegyzést találtak, 36-nak (85%) volt phymosisa. (E szám azonban nem általánositható, mint azt a szerző teszi, mert valószinű, hogy a fityma állapotáról sok esetben ép azért nem irtak, mert nem volt rajta semmi kóros. Ref.). A legtöbb eset az 1—2. év folyamán keresett sebészi segélyt. A lágyékmirigyek az esetek 75%-ában voltak megnagyobbodva: a mirigyduzzanat az esetek $^3/_5$-ében rákos, $^2/_5$-ében lobos természetű volt. Belső metastasis (néha a lágyékmirigyek megbetegedése nélkül) az eseteknek 15%-ában támadt, 1 esetben a scrotumon implantatio észleltetett. 26 beteg már előzőleg történt műtét után, 74 beteg pedig directe került kezelés alá. Ez utóbbi esetekben 46-szor amputálás, 16-szor amputálás és lágyékmirigykiirtás, 5 izben kimetszés, 2-szer circumcisio, 1-szer meatotomia történt, 4 esetben nem végeztek műtétet. Ezekből gyógyult 27, recidiva nélkül él 14, meghalt több mint 5 évvel a műtét után más betegségben 13. Egy beteg műtét nélkül 11 éve él a peniscarcinomával. 22 egyén rákban halt meg, átlag 3 év 4 hónappal a baj kezdete után; az élettartam 9 hónap és 10 év 5 hónap

közt váltakozott. A műtét utáni élettartam átlaga 2 év 2 hét és 9 év 3 hónap közt ingadozik. 1 beteg sepsisben halt meg.

A 26 recidiv eset legtöbbje (12 eset = 39%) az első éven belül került újból műtétre, de 4 esetben (12%) 5 évvel az első műtét után jelentkezett csak a recidiva. Ezen esetekben 25-ször történt műtét, egy nem engedte magát operálni és 6 évvel később phthisisben halt meg. A műtét után gyógyult és él, illetve 4—9 évvel utóbb más betegségben halt meg 11; egy beteg 30 évvel a műtét után is él; az átlagos élettartam 24 év. Rákban halt meg 10 eset, átlag 8 év 3 hónappal a betegség kezdete és 4 év 2 hónappal az utolsó műtét után; egy beteg 15 év és 5 hónappal az utolsó műtét után halt meg recidivában. (Annals of surgery, 1907 deczember.) *Pólya.*

## Szülészet és nőorvostan.

**A köldök ellátásáról** ir *Ahlfeld*. Hogy mely időben történjék a köldökzsinór lemetszése, nem fontos; legjobb a magzat megszületése után pár perczczel eszközölni, a mikor hangosan sir; nem szükséges bevárni azt az időpontot, a mikor a köldökzsinór pulzálása megszünik. Igaz, hogy így a magzat 80—100 gm. vértől esik el, de a tapasztalat szerint ez nincsen hátrányára. A rögtöni lekötést javalja az anya részéről a gonorrhoeás folyás és az erős vérzés. Asphyxia esetén természetesen nem várjuk be, míg a magzat sir, hanem azonnal lekötvén a köldökzsinórt, a felélesztéshez fogunk. Fontosabb a lekötés és lemetszés helyének megállapitása és annak eldöntése, vajjon az anya felé is, tehát kettősen kössük-e le a köldökzsinórt. Ez utóbbi czélszerű azért, mert egy petéből származó közös lepénynyel biró ikerterhességgel lehet dolgunk, a mikor elmulasztván az anya felőli lekötést, a másik magzat elvérezhet. De czélszerű a kettős lekötés azért is, mert vérzés esetén megtudhatjuk, hogy az összes vér az anyától származik, azonfelül a lógó köldökzsinóron kiszivárgó vér nem piszkítja az anyát. A lekötést rendesen a magzathoz közel végezzük körülbelül 10 cm.-nyire a köldöktől. Ne használjunk selyem- vagy gummiszalagot, mert könnyen beszakítja a köldökzsinórt és vérzésre meg haematomaképződésre ad alkalmat. Legalkalmasabb a kresolszappanoldatban áztatott $^1/_2$ cm. széles lenszalag. A lemetszéshez tompa, legömbölyitett végű, jól desinficiált olló kell. Ajánlatos két lekötést végezni, az elsőt 10 cm.-nyire a magzat köldöke fölött. Ha vaskos a zsinór, a kocsonyadús kötegből két ujjal kiszoritjuk a kocsonyát a lekötés helyén. Ezen első lekötés után megfigyeljük a csonkot, mert megtörténhetik, hogy a kocsonya beszáradása folytán a kötés meglazul és a két köldökverőéren át a magzat vérezni kezd. Ezen megfigyelés körülbelül $1^1/_2$ órát vesz igénybe, mi alatt a bába a szülőnőt ellátja, ápolja, a csecsemőt tisztogatja és fürészti. A $1^1/_2$ óra elteltével következik a második, a végleges lekötés, a mikor is a köldökzsinór már annyira zsugorodott, hogy az erek jól leszoríthatók. Ezen második, végleges lekötéssel szoros kapcsolatban van a köldökcsonk ellátásának a módja, a mi az újszülöttek ápolásában a legfontosabb tényező. Kétségtelen, hogy az antisepsises idők előtt a legtöbb magzat a köldökseb fertőzésének esett áldozatul. Tetanusbacillussal fertőződések epidemiái, pyogen fertőzések folytán halálesetek főleg intézetekben fordultak elő. A fertőzések megakadályozására Ahlfeld a saját módszerét ajánlja a köldök ellátását illetőleg: 1 cm.-nyire a magzat köldökétől lenfonállal leköti a zsinórt, a körülbelül $1^1/_2$ cm.-nyi csonkot 85%-os alkoholba mártott vattagomolylyal fedi, e fölé tenyérnyi száraz steril vattát tesz, majd száraz köldökpólyával leköti az egészet. Az utókezelés egyszerű. A magzatot nem fürészti, hanem lemossa; a köldökpólyát és a felső vattát csak akkor változtatja, ha piszkos vagy vizelettől nedves. Ha az alsó vatta is szennyes lett, a helyébe újabb alkoholosat tesz. Az utókezelést addig folytatja, míg a csonk a vattával együtt lelökődik. Ez tapasztalatai szerint átlag 8 nap mulva történik. Ezen lassú leválásnak eredménye az, hogy a köldökgyűrűből ritkább a genyedés, mint a gyors lelökődések után. Ahlfeld a mindennapi fürösztés elhagyását a köldökkezelés fontos újításának tartja, mert épen a fürösztéssel történik a legtöbb köldökcsonk-fertőzés, a mint azt Berend és Rácz kimutatta. Ahlfeld eljárásának helyességét statistikai adatokkal bizonyítja. A marburgi klinikán az utolsó 10 év alatt született 3264 magzat közül egyetlen egy sem esett köldökfertőzésnek áldozatul. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 6. sz.) *Bogdanovics* dr.

**A gyermekágyi emlőgyuladás kezelését szívással** Bier módszere szerint *Zangenmeister* (Königsberg) nem tartja czélra vezetőnek egészen friss esetekben. Igaz, hogy a fájdalom csökken, azonban az elgenyedés veszedelme növekszik; a beszűrődés a szövetben történő exsudatio folytán a szivás után nagyobbodik. A szerző tapasztalatai szerint az emlőgyuladás első szakában a szivó kezelés elhagyandó és az eddig szokásos kezelésmód használandó, melynek elve az emlő részére a működésbeli és mechanikai nyugalmat biztositani. Ezt eléri azzal, hogy mindkét emlőből a szoptatást vagy tejkiszivást eltiltja, az emlőt felköti és a tejelválasztás korlátozása czéljából egy vagy több napon át nagyobb adag magnesium sulfuricumot adat. Ilyen kezeléssel eseteinek 80%-ában a gyuladás visszafejlődését, a mastitis gyógyulását észlelte. Azon esetekben, a melyekben genyedés támadt és a gyuladás folyamata megállapodott, kis bemetszés után a szivókezeléssel jó eredményeket ért el. Azonban, ha a lobosodás tovaterjedt, különösen a kifejezetten serpiginosus esetekben, a szivókezelés nemcsak hogy elősegíti az elgenyedést, hanem a szerző tapasztalatai szerint a lob tovaterjedését is előmozditja. (Deutsche medizinische Wochenschrift. 1908. 6. szám.) *Bogdanovics* dr.

## Bőrkórtan.

**A menstruatiós kiütésekről** ir *P. Opel* (Leipzig). Menstruatiós exanthemiáknak azon kiütéses bántalmakat nevezzük, a melyek a mensesek idejében ismételten támadnak. Ez a meghatározás azokra a recidiváló kiütésekre is vonatkozik, melyek a menstruatió elmaradása után a mensesek idejét betartva jelentkeznek. *Opel* ezután számos irodalmi adat alapján kimutatja az összefüggést, mely a nemi szervek és a bőrnek kóros elváltozása között lehetséges. A menstruatiós kiütések meglehetősen változatosak. Igy többször észleltek folliculitiseket a menstruatiók idejében kifejlődni, melyek a menstruatio megszüntével mindig spontan módon visszafejlődtek. Különböző erythemák, melyeknek egy része erythema nodosumot, sőt erysipelast is utánozhat, nem ismeretlenek a menstruatiós kiütések csoportjában. Ide tartoznak továbbá még kisebb-nagyobb bőrvérzések (purpura alakjában), oedemák, herpesek és urticariák is, első sorban pedig a pigmentes anomaliák. Az elég bőséges kazuisztikát *Opel* 3 újabb észlelettel bővitette. Ezeknek elseje 35 éves könnyen izguló asszonyra vonatkozott, a ki minden menstruatioja alatt urticariás jelenségeket kapott a bőrén. A cervixből eredő fluorjának, valamint a kifejezett anteflexio uterinek kezelése után a kiütéses bántalom lassanként elmaradt. A második eset 33 éves nőre vonatkozott, a kinek menstruatioját 3 nappal kifejezett erythema nodosumszerű kiütés előzte meg hosszú időn keresztül. A harmadik észlelet oly nőre vonatkozott, a kinek menstruatioját állandóan herpes labialis kisérte. Ezen esetben a genitális vizsgálat kideritette, hogy az egyik ovarium meg volt nagyobbodva. Mindezen észleletek magyarázatára számtalan hypothesist állitottak fel, ezeknek azonban egyike sem magyarázza meg az összes eseteket. Bizonyosnak csak az látszik, hogy a menstruatiós kiütésekben szenvedő nők csaknem kivétel nélkül ideges vagy hysteriás tüneteket mutatnak, továbbá legtöbbször valamilyen nemi szervbeli elváltozásban szenvednek. (Dermatologische Zeitschrift, 1908. XV. k. 2. f.) *Guszman.*

**A naevusoknak radiummal való gyógyitásáról** ir *F. Nagelschmidt* (Berlin). Kiemeli, hogy a radiumkezeléstől még nemrégiben az orvosok egy része is félt, holott óvatosan, szakértelemmel használva nem okozhatunk vele bajt. Mintegy 10 mgm. tiszta radiumbromid még órákon keresztül is alkalmazva a bőrön, csak körülirt, lapos, nehezen gyógyuló fekélyt létesit. Gyógyitó czélokra átlag elegendő, ha a radiummal való sugarazás 10—30 perczig tart. Felszines hatása miatt, valamint azért, mert látszólag fajlagos hatású a fiatal hámra, főleg epitheliomák, szemölcsök, naevusok és angiomák kezelésére alkalmas. Igen jól kezelhető vele a naevus teleangiectodes. A szerző e naevusok mineműsége szerint különböző expositiós időt használ. Az egyszerű lapos, capillaris naevusok ellenében elég az 5—6 perczig tartó sugarazás. A nagyobb foku cyanosisos naevusok körülbelül 10 perczes radiumsugarazást igényelnek. Végül a hypertrophiás naevusok gyógyitásához (a tumorok, illetőleg cavernás részletek mértéke szerint) szükséges, hogy egy-egy területnek a sugarazása 15—20 perczig tartson, a

mi esetleg többször ismétlendő. A sugarazást 8—10 nap mulva barnás elszineződés, lobos reactio és varképződés követi. 4—6 hét alatt a reactio teljesen elmulik és a radium hatásának kitett terület finom, halvány heggé alakul át. Fontos, hogy a kezeléskor a szükségelt expositiós időt ne lépjük túl, mert különben könnyen keletkezhetnek 1—2 év multán teleangiectasiák. Két órás ülésekben könnyen sugarazható meg 10 helyen az angioma, a mi körülbelül 2 $cm^2$-nyi területnek felel meg. A radiumexpositio adagolásakor megszivlelendő, hogy a radiumkészitmények nem egyforma erősek. Tiszta radiumbromid birtokában a fönti három stadium számára a sugarazási idő 5, 8 illetőleg 12 percz legyen. 80%-os vagy 50%-os készitmény használatakor az expositiós idő arányosan meghosszabbitandó. (Die Therapie der Gegenwart, 1908. III. f.)

*Guszman.*

## Orr-, torok- és gégebajok.

**A nyáloxydase elvesztése mint kórok.** *Hellat P.* (Szent-Pétervár) egy új, igen érdekes kórképet ir le, mely oly embereken szokott jelentkezni, kik sokat köpnek és e miatt sok nyálat veszitenek. A tünetek rendesen helybeliek és általánosak. A betegek garatbeli szárazságról, köhögésről és orrelduguláról panaszkodnak; másokon légzési nehézség, nyugtalanság, fejfájás volt észlelhető, sőt dyspepsia és obstipatio is. Hogy ezen különféle tüneteket csakugyan a nyál, illetőleg a benne foglalt oxydase elvesztése okozza, abból lehetett következtetni, hogy minden esetben, a melyben sikerült leszoktatni az illetőket a nyál kiköpéséről, az összes panaszok elmultak. Ezen érdekes kórképet a szerzőnek körülbelül 200 esetben volt alkalma megfigyelni. A nyál kiköpésének legtöbbször az az oka, hogy az illetők a nyálat kártékony köpetnek tartják, melyet nem mernek lenyelni. Ideges emberek különösen hajlamosak ezen megbetegedésre. Inditó ok a többi között sokszor a száj-garatűr megbetedése és az erős dohányzás. (Archiv f. Laryng. u. Rhinologie. 20. kötet.) *Laub László* dr.

**Fogból eredő, angina Ludovici képében jelentkező és garatmögötti tályogokkal kombinált nyakphlegmone** esetét irja le *Trautmann*. A beteg 5 héten keresztül mérsékelt nyelési fájdalmakban szenvedett, melyek mindinkább fokozódtak, úgy hogy végre alig tudott nyelni, ezenfelül nehezen légzett, fejét mereven tartotta, száját alig tudta kinyitni; súlyos beteg benyomását tette, lázas volt. Az állalatti táj, főkép jobboldalt, deszkakeményen dagadt. A garat bal fele erősen elődomborodott, bemetszésre sok bűzös geny ürült. A gégefedő, főkép jobb felében, erősen dagadt, bemetszésre bőven ürült geny és a légzés némileg felszabadult. Az alsó állkapocs tele volt szúvas foggyökerekkel. A beteg hazament, de 3 nap mulva visszatért, minthogy ismét nehezebben lélekzett. Ekkor feltünt, hogy a szájfenék duzzadt, érzékeny, a nyelv a szájpadlás felé tolt. A szerző ekkor chloroformnarcosisban a jobb oldalt az állkapocs alatti tájon levő daganat területén átvágta a bőrt és a platysmát, a biventert félretolta, úgy hogy a m. mylohyoideus szabadon feküdt. Ebbe belemetszve, az ujj üregbe jutott, melynek teteje a száj nyálkahártyája volt és a mely főkép jobbra és hátra a szakcsont felé terjedt. Szondával és éles kanállal az üregből a jobb I. praemolaris táján szúvas alsó állkapocshoz és a gégefedő metszésébe lehetett jutni. A szúvas jobb alsó foggyökereket mind eltávolitotta. Az utókezelés jodoformgazecsik bevezetéséből és a száj öblitéséből állott. Néhány hét alatt teljes gyógyulás állott be. (Münch. med. Wochenschrift. 1908. 12. szám.) *Steiner Miksa* dr.

## Fülorvostan.

**A Bier-féle pangásos vérbőség alkalmazása heveny középfülgenyedésekben.** A Bier-féle eljárással a sebészet majdnem minden ágában elért kitünő eredmények a fülbetegségekben való alkalmazására buzdították a fülorvosokat. Eljárásuk eredményéről eddig már többen, köztük *Eschweiler*, *Fräse*, *Hasslauer*, *Brückner* és *Uffenorde*, továbbá *Spira* és végül *Isemer* számoltak be. *Isemer* pár év előtti közleményét újabb 9 eset közlésével egésziti ki, részletesen irva le eseteit és tapasztalatait.

*Isemer* dr. a pangást egy 3 cm. széles, a bőr védése czéljából puha mullpólyával körülvett pamut-gummiszalaggal létesiti. Ezt a nyak körül köti kapcsok segélyével úgy, hogy azt szorosabbra vagy kevésbé szorosra lehessen kapcsolni. A pangást eleinte naponta 20—22 órán át tartja fenn, a szünetet mindig a délelőtti órákra hagyva. Később a gyógyulás előhaladásával mind rövidebb ideig, végre csak 1—2 óráig hagyja fenn a szoritó kötést, melyet csak a teljes gyógyulás után pár nappal távolit el véglegesen. A kötés eltávolitása után a nyak bőrét mindenkor kámfor-spiritusszal mossa meg, hogy a kisebesedéstől megóvja.

Az idült középfülgenyedésekben a Bier-féle eljárással eddig elért eredmények oly kevéssé biztatók, hogy az idült esetekben *Isemer* dr. is teljesen elhagyta. Annál szebbek azonban bizonyos körülmények között a heveny középfülgenyedésekben észlelt gyógyeredmények. Az észlelőknek egyértelmű véleménye szerint a gyógyulás fő feltétele az, hogy a genynek szabad lefolyása legyen. Tehát a dobhártyán paracentesissel tág nyilás készitendő, vagy ha már a csecsnyúlvány is részt vesz a lobosodásban, felette a duzzadt bőr bemetszendő, sőt *Fräse* és *Stenger* a mastoiditisek gyógyulásának a feltételéül még a corticalis spontan áttörését is szükségesnek tartja. *Isemer* dr. azonban ez utóbbit nem tartja fontosnak a kedvező lefolyásra, hanem igenis a csecsnyúlvány anatomiai structuráját, a mennyiben tapasztalatai szerint a sejtdús és nyálkahártyája révén bővérű pneumatikus csecsnyúlvány sokkal kedvezőbb a Bier-féle eljárással gyógyulásra, mint a sejt- és vérszegény tömör állományú csecsnyúlvány. E mellett szerinte még kiváló szerepet játszik a fertőzést okozó bakterium virulentiája is. Általánosan ismert dolog a diplococcusokkal és streptococcusokkal fertőzés következtében létrejött középfülgenyedések veszélyessége. Különösen a streptococcusos fertőzés nevezetes arról, hogy a csontokat gyorsan tönkreteszi és e miatt hamar vezet subdurális, perisinosus és agytályogokra; mig a staphylococcusos fertőzés sokkal kevésbé veszélyes és aránytalanul nagyobb gyógyuláshajlamú. A diplococcus és a streptococcus okozta fertőzés veszélyességét a Bier-féle pangásos vérbőség még fokozza. Valamennyi olyan esetben, a melyben gyógyulás ezen eljárással nem volt elérhető, ezen két bakteriumfaj valamelyike volt kitenyészthető, mig a gyorsan, 1—2 hét alatt gyógyult esetekben mindig csak staphylococcusfertőzés volt.

A pangásos hyperaemiának első és el nem maradó hatása a fájdalomnak gyors megszünése, úgy hogy a kötés feltevése után már 1—2 órával a leghevesebb fájdalom is teljesen megszünik. A fájdalom megszünésével fokozatosan javul az általános állapot is, annyira, hogy a betegek mintegy újjászületve érzik magukat. Kedvező esetben a lobos folyamat gyógyulása is gyorsan halad előre. Baj azonban, hogy ezen subjectiv javulás beáll még azon esetekben is, a melyekben a betegség tovább fejlődik, sőt a fájdalom és a levertség érzete megszünik még agy- vagy subdurális tályog fennforgása esetén is, a mi annál veszélyesebb, mert ezen tályogoknak sok esetben a fájdalom és a levertség az egyedüli tünete. Ez azután nagy tévedéseknek és kellemetlen meglepetéseknek válhatik forrásává. Mert megeshetik, hogy a jóérzés hirtelen igen heves tüneteknek (nagy láz, duzzanat, hányás, borzongás, igen heves fájdalmak) ad helyet, életveszélyes szövődmények kifejezőiként, a mely esetekben, ha a kellő pillanatot a műtétre fel nem használjuk, inkább válhatik végzetessé a veszedelem, mint a pangásos gyógyitás nélkül.

Épen ezen okból *Isemer* szerint nem is ajánlható a Bier-féle kezelés az általános gyakorlatban, mert az általános gyakorlattal foglalkozó orvos nincs azon helyzetben, hogy a középfülbetegségek kezelésében minden gyógyitó beavatkozást alkalmazhasson és könnyen megeshetik, hogy az esetleg hirtelen szükségessé vált műtéti beavatkozás pillanata ezen okból elmulasztódik és a beteg a kezdetben jelentéktelennek látszó fülbetegségben elpusztul. Ezért még a szakorvos is csak a kórházban vagy a sanatoriumban alkalmazhatja fülbetegeken a Bier-féle eljárást. Koponyaüregbeli szövődmények fenforgása esetén pedig (sinusthrombosis, extradurális abscessus, agytályog) a pangásos hyperaemiával való kezelés, sőt a kisérlete is teljesen ellenjavalt. (Archiv für Ohrenheilkunde, 75. kötet, 1—2. füzet.)

*Udvarhelyi* dr.

## Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**Inoperabilis rák** eseteiben *Zykow* (Moszkva) az aspiratiót használja jó eredménynyel. Az eljárással a szétesési termékeket akarja eltávolitani, illetve felszivódásukat megakadályozni. Lég-

szivattyút használ, a melynek tubusát, hogy jobban tapadjon a szivó hatásnak kiteendő felületre, 6 gramm oleum terebinthinae-ből, 7·5 gramm sárga viaszkból és 45—45 gramm csontvelőből és fenyőgyantából álló kenőccsel veszi körül. Az aspirálás naponként végzendő 10—15 perczig. (Ref. La semaine médicale, 1908. 6. sz.)

**A narcosis utáni hányás megelőzésére** *Freund H.* a cocaint ajánlja, a melyből férfiaknak $2^1/_2$, nőknek pedig 2 centigrammot fecskendez a bőr alá a narcosis után. Tapasztalatai szerint a míg előbb 35%-ban jelentkezett hányás, a cocain-befecskendezés igénybevétele óta ez a kellemetlenség csak 9·5%-ban mutatkozik. A narcosis utáni késői hányás ellen hatástalan ez az eljárás. (Wiener klinische Wochenschrift, 1907. 46. szám.)

**A Gude-féle aromás mangan-vas-peptonról** nagyon dicsérően nyilatkozik *Klautsch*. A szóban forgó szer, a melyről már más alkalommal is megemlékeztünk, teljesen átlátszó, sötét borvörös színű, közömbös kémhatású, a fogakat nem bántó, kellemes, nem fémes-összehúzó izű, 0·3% vasat és 0·1% mangant peptonat alakjában tartalmazó folyadék, a mely felnőtteknek evőkanálnyi, gyermekeknek kávéskanálnyi mennyiségben adható naponként 2—3-szor az étkezések előtt vagy közben. A gyomrot nem izgatja s más kellemetlen mellékhatása sincs. Használata javalt kevésvérűség, chlorozis eseteiben, továbbá a súlyosabb lázas betegségek utáni reconvalescentiában. (Deutsche Medizinal-Zeitung, 1908. 24. szám.)

## Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat,** 1908. 16. szám. *Detre László:* Az immunitás az orvosi gyakorlatban. *Ferenczi Sándor:* A neurosisokról Freud tanainak világításában és a psychoanalysisről.

**Orvosok lapja,** 1908. 16. szám. *Sellei József:* Adatok a cystoskopiához és ureterkatheterismushoz. *Zoltán Elek:* Néhány újabb antisyphiliticumról.

**Budapesti orvosi ujság,** 1908. 16. szám. *Havas Adolf:* A bőrrák gyógyítása chininnel. *Poór Ferencz:* Atropin ellenében fennálló bőridiosyncrasia esete. *Gebhardt Ferencz:* A tuberculin használatának elvei a magánorvosi gyakorlatban. *Mosonyi Albert:* 1. Haemophiliás családfa. 2. Spasmus nutans esete. *Schatz Róbert:* A phosphatinéről. „Urologia" melléklet, 2. szám. *Milkó Vilmos:* Idegen testek a hólyagban. *Feleki Hugó* és *Remete Jenő:* A cystofotografálásról. *Weisz Ferencz:* Galandféreg által okozott mellékheregyuladás.

## Vegyes hirek.

**Kinevezés.** Csongrádmegye főispánja *Boros József, Andrássy Ferencz, Cserey Zsigmond, Gyuritza Sándor, Kováts József, Machold Miksa* és *Regdon Károly* dr.-okat tiszteletbeli főorvossá, *Eisenstein Jakab* és *Goldschmid György* dr.-okat tiszteletbeli kerületi orvossá és *Bernát József* dr.-t tiszteletbeli kórházi osztályorvossá nevezte ki. — *Weisz Herman* dr.-t a József főherczeg-sanatorium alorvosává nevezte ki.

**Választás.** *Guttmann Lipót* dr.-t Tiszafüreden községi orvossá választották.

**Hintz Henrik** dr. királyi tanácsos, bártfai fürdőorvost a belügyminister az országos közegészségügyi tanács rendkivüli tagjává nevezte ki.

**Pesthy István** dr. fürdőorvosi gyakorlatát Karlsbadban (Alte Wiese „Eiche") újból megkezdette.

**Mentőcongressus Budapesten.** A budapesti önkéntes mentőegyesület folyó évi május hó 16.-án és 17.-én azon alkalomból, hogy 20 éves fennállása megünneplésére díszközgyülést tart, egyúttal mentőcongressust is rendez. Ezt a belügyminister a törvényhatóságok első tisztviselőivel azzal a megjegyzéssel közölte, hogy a congressusra az érdekelt körök figyelmét felhivják s a törvényhatóságok tiszti főorvosait vagy ezek helyetteseit kiküldjék.

**A budapesti orvosi kör országos segélyegylet** pénztárába befizettek: Alapitványok: Első magyar általános biztositó társaság ötven éves fennállásának alkalmából 10,000 korona. Néhai Gebhardt Lajos dr. egyetemi tanár és székesfővárosi tiszti főorvos végrendeleti hagyatéka 3000 korona. Dembitz Sándor dr. Szilbács 20 kor. alapitványrészlet. Hegedüs János dr., „Dr. Hegedüs Jánosné szül. Lejtényi Vilma emlékére" 100 korona. Kozma Sándor dr. megyei főorvos Mármaros-Sziget 100 korona. Müller Kálmán dr. udvari tanácsos egyetemi tanár ur 900 korona alapitványát 1000 koronára egészitette ki. Aujeszky Aladár dr. egyetemi tanár 100 korona. „Zion" egylet orvosai „Schlezinger Ignácz ügyvezető elnök emlékére" 145 korona. — Adomány koszorúmegváltás czimén: Budapesti orvosi kör országos segélyegylete Vidor Emil dr. igazgatósági tag halála alkalmából 50 korona. Pester Lloyd útján a budapesti Casinó 20 korona. Scheiber Endre és neje 50 korona. Quasztler Vilmos és neje 50 korona. Politzer Sándor 20 korona. Harkai Ede és neje 10 korona. „Egyesült fatermelők" 30 korona. — Tagdíjat fizettek 1908. évre: Engel Ignácz, Fischer Miksa, Feja Ferencz, Földi Adolf, Frazl Ottó, Fehér Soma, Fráter Gáspár, Gyárfás Ferencz, Gerő Adolf, Genersich Margit, Glazer Károly, Garzó Aladár, Goldmann Béla, Halle Henrik, Hübner Victor, Hanke József, Huszár Adolf, Heller József, Hűvös Henrik, Jászi Ferencz, Iritz Ignácz, Jánossy József, Krcsméry Cyril, Kovalszky Ferencz, Kain József, Kmetykó János, Kriser Arnold, Kugler Károly, Kabdebó János, König József, Kenyeres Balázs, László Adolf, László Samu, Lehoczky Imre, Luczy Gusztáv, Lőte József, Lax Ernő, László Károly, Láng Jakab, Löwy Zsigmond, Lichtfuss Antal, Matolcsy Kálmán, Misner Antal, Makara Lajos, Mosonyi Albert, Nettel Ottó, Nemlaha Géza, Matolay Károly, Nagy Ottó, Raiz Miksa, Röhrich Béla, Szita Elemér, Soltész József, Rameshoffer Sándor, Szentgyörgyi Ferencz, Solt Lipót, Andor Gerő, Porgesz Bertalan, Pollacsek Simon, Pattantyus Ábrahám, Reinkopf Izidor, Stricker Péter, Putz Jakab, Varga Samu, Weser Jakab, Tóth Gedeon, Taub Ferencz, Vincze Jenő, Zemplényi Dezső, Zsigárdy Aladár, Boros József, Balogh Jenő, Belloncsik Márton, Braun Jakab, Csillag Gyula, Csiky Mihály, Donáth József, Grünvald Elek, Grasser József, Gusbeth Ede, Grósz Menyhért, Hegyesi Béni, Hussing János, Horváth József, Filkor Lajos, Rosenberg Károly, Haftl Dezső.

**Meghalt.** *Pavlovics Lyubomir* dr. volt országgyülési képviselő és a melenczei Ruszanda-fürdő orvosa. — *Schrötter L.* bécsi egyetemi tanár, a ki főleg a gégebajokról és a mellkasi szervek betegségeiről irott dolgozataival tette nevét világszerte ismertté, s a ki egyik előharczosa volt a tüdővész sanatoriumi orvoslásának, e hó 22.-én hirtelen meghalt 71 éves korában. — A párisi egyetem orvosi karának két nagynevű tanára halt meg az utóbbi napokban: *Cornil*, a kórbonczolástan és *Terrier*, a sebészet tanára.

**Kisebb hirek külföldről.** *Binz* tanár utódjává a bonni gyógyszertani tanszéken *Leo H.* rendkivüli tanárt nevezték ki. — *Winternitz H.* (belorvostan) és *Frese O.* (laryngologia) Halleben a tanári czimet kapta; hasonló kitüntetésben részesült *Schönemann A.* (oto-rhino-laryngologia) docens Bernben. — *Lockemann G.* lipcsei magántanárt a berlini „Institut für Infektionskrankheiten" kémiai osztályának vezetőjévé nevezték ki.

**A délnémet gégeorvosok XV. összejövetele** junius 8.-án lesz Heidelbergben.

**A IV. nemzetközi thalassotherapiai congressust** szeptember 28.-ától 30.-áig tartják *Abbaziában* Leyden tanár tiszteletbeli elnökségével. Tárgyalásra a következő kérdéseket tüzték ki: 1. A tengeri fürdőzés javalatai a klorózisban és kevésvérűségben. 2. A tengeri fürdők javalatai nőbajokban. 3. A tengeri fürdőzés alkalmával követendő hygienés és diaetás intézkedések. 4. A különböző tengerek vizének összehasonlító elemzése. 5. A különböző tengeri klimák és hatásuknak feltételei.

**Az I. nemzetközi mentőügy-congressust** junius 10.-étől 14.-éig tartják a Majna melletti Frankfurtban. A congressussal kapcsolatban mentőügyi kiállitást is rendeznek.

Jelen számunkhoz a Chemisches Laboratorium Arnau a. E. **„Kurin"** czimű prospectusa van csatolva.

**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. — Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.** Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. — Telefon.

**Reiniger, Gebbert & Schall**
Budapest, VIII., Rákóczi-ut 19. szám. Villanyos orvosi müszerek különlegességi gyára.

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

**GIZELLA-TELEP FÜRDŐ,** modern vizgyógyintézet május 1-én nyilik meg.
posta VISEGRÁD (Pest m.)
Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forrólég-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Hizlaló és sovanyító kúrák. Remek fekvés. Pensio — fürdőhasználattal együtt — heti 60 koronától feljebb. Kivánatra prospektus.

**Orvosi laboratorium:** Vezető: **Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika.** Szövetség-utcza 14-16. Telefon 90-46.

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

**SZÉCHENYI-TELEPI SANATORIUM** az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál ideg- és kedélybetegek, alkoholisták, morphinisták számára. Vezető orvos **Salgó Jakab** dr., egyet. m.-tanár, ki városi rendelőjén is szolgál felvilágositással. — Prospectus. — Sürgöny: Budapest. — Telefon 79—72. — Posta Rákospalota. 4895

**Orvosi laboratorium:** **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér). Telefon 26-96.

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

**Dr. STEIN ADOLF** RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII. ker., Rákóczi-út 26, földsz. I.

# TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM.** Budapesti kir. Orvosegyesület. (XIII. rendes tudományos ülés 1908. április 11.-én.) 292. l. — Közkórházi Orvostársulat. (II. bemutató ülés 1908. február 12.-én.) 293. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (I. gyülés 1908. márczius 5.-én.) 293. l. — Erdélyi Muzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (VI. szakülés 1908. márczius 7.-én.) 294. l.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XIII. rendes tudományos ülés 1908 április 11.-én.)

Elnök: **Hirschler Ágoston.** Jegyző: **Verebélÿ Tibor.**

### A hymen ritkább fejlödési rendellenessége.

**Faludi Géza:** F. A. folyó évi márczius 19.-én született az I. sz. szülőklinikán; 4. gyermek. A szülés rendes lefolyású volt. Kezdeti testsúly 2960 gm. A kis szeméremajkak a nagy szeméremajkak széléig terjednek. A hüvelybemenet alsó sarkából 1 cm. hosszú, alapján 3 mm., csúcsa felé vékonyodott, 1 mm. széles, lekerekített szélben végződő, nyálkahártyaszerű kékesvörös képlet lóg ki, melynek alapja oldal felé a 2 mm. széles, körkörös szegélyt alkotó hymenbe megy át, közepéig a vagina felé a columna rugarum posteriorba folytatódik. A húgycső nyilása rendes. Erősebb nyálkatermelés, vérzés a szeméremrésből nem volt. A csecsemő többi szervén eltérés nincs. A Dohrn leirta ezen hymenalakulást hymen linguliformisnak nevezik. Létrejöttét fejlődéstanilag mint a hátulsó hymen-szél túlzott szövetszaporodásának eredményét magyarázhatjuk.

### Albuminuria orthotica és lordosis.

**Faludi Géza:** A bemutató 3 esetben észlelt orthotikus albuminuriát kóros lordosissal kapcsolatosan. A bemutatandó esetet a budapesti Fehérkereszt-gyermekkórház rendelésén észlelte. T. J., 7 éves, hetek óta fejfájásban szenved, időnként szivtáji és végtagfájdalmai vannak. Két éves korában kezdett járni, 4 éves koráig lábszárai erősen görbültek voltak. Közepes fejlettség és tápláltság. Az összes ágyéki csigolyákra kiterjedő erősebb lordosis compensatorius háti kyphosissal, mely felfüggesztéssel könnyen kiegyenlithető. Mérsékelt lábszárgörbületek, bizonytalan járás. A vizeletben fehérje nyomokban. A másnapra behozott éjjeli vizelet fehérjementes. A beteget márczius 18.-án a kórházba felvettük, hol a nappali vizeletben állandóan 0·75—3‰ fehérje volt kimutatható; a mikroskopi vizsgálat alakelemeket nem mutatott. Az éjjeli vizelet állandóan fehérjementes volt. Márczius 24.-én Bakay dr. függesztett helyzetben gyps-fűzőt alkalmazott, mire a fehérje eltünt. Márczius 29.-én a fűzőt próbakép levették, mire a nappali vizeletben ismét fehérje volt kimutatható, Április 7.-e óta, a mikor újabb fűzőt kapott, vizelete állandóan fehérjementes. Közérzete kitünő, subjectiv panaszai nincsenek.

Jehle magyarázatához, hogy a lordosis által vongált veseerek gyüjtőeres pangást idéznek elő, mely albuminuriát vált ki, a bemutato csupán azt fűzi, hogy esetében a lordosis oka a kiállott rhachitis volt. A bemutató, hogy betegén a bár csekély, de folytonos fehérjeveszteséget elkerülje, s a subjectiv jelenségeket megszüntesse, a fűzőt tovább viselteti; a további eljárást a lefolyástól teszi függővé.

*Berend Miklós:* Három esetről referál, melyekben szintén volt lordosis. A lordosis kezelését meg fogja próbálni.

*Hirschler Ágoston:* Szintén ismer hasonló esetet. Valószinű, hogy a vérkeringési zavar szerepet játszik, e mellett szól a Korányi-féle coëfficiens emelkedése a $\frac{\Delta}{NaCl}$ képlet NaCl-fogyásának megfelelőleg.

### Sympathiás szemgyuladás meggyógyult esete.

**Mohr Mihály:** A sympathiás szemgyuladás meggyógyulása igen ritka. „A sympathiás izgatottság“ meggyógyul, ha az első sérült szemet idejekorán enucleáljuk. A szóló 8 év előtt közölt egy natrium salicylicumra meggyógyult sympathiás szemgyuladás-esetet, de ez két év mulva mégis megvakulással végződött. Reméli, hogy a ma bemutatandó eset kedvezőbb lesz.

W. J., 8 éves fiút 1907 deczember 12.-én vették fel a Bródy Adél-gyermekkórház szembetegosztályára. 5 év előtt kötőtűvel szúrta ki bal szemét, mely zsugorodott és most nyomásra fájdalmas. A jobb szemen mérsékelt conjunctivalis, széles és intenziv ciliaris injectio, a Descemet-hártyán és az elülső csarnok fenekén számos szürkésfehér, tűszúrásnyi, gombostűfejnyi izzadmánycsapadék, az iris szövete borus, rajzolata elmosódott, a pupilla szük, területében szürkés izzadmány, fényre nem reagál. T. 1. Tárgylátás nincs, a fényérzés és projectio jó. Tehát a bal szemen phthisis bulbi dolorosa, a jobb szemen pedig iridocyclitis sympathica.

Másnap enucleatio bulbi o. sin. A jobb szemre scopolamindionin guttaperchakötés és belsőleg natrium salicylicum, 3 gm. pro die. Decz. 16.-án a corneán keratitis parenchymatosa fejlődött ki. A Pirquet-reactio és két alttuberculininjectio negativ eredménynyel járt. Ekkor megkezdtük a kenőkúrát is, összesen 180 gm.-ot kenve fel. 1908 január 15.-én kezdett az időközben teljesen porczellánszerűvé vált cornea a felső részén tisztulni, a csarnokviz zavarossága szünt, a synechiák megszakadtak, T. — n és a beteg a kézmozgást jelzi. Lassanként annyira javul, hogy a visusa $^4/_{70}$; levelet maga tud irni. A szarúhártyán levő parenchymás zavarosság, mert corneális mikroskoppal látható vérerek még vannak benne, várható, hogy fel fog tisztulni. Mindenesetre olyan eredmény, mely igazolja, hogy a fáradozás nem volt hiábavaló.

### A Marmorek-féle gümőkórellenes serumról.

**Wein Manó:** Eredeti közléseink során egész terjedelemben hozzuk.

*Szabóky János:* Ötnegyed év óta foglalkozik tuberculinnal, Spengler-féle anyaggal és Marmorek-serummal. Ez utóbbival kevés kisérletet végzett, mert drága. Négy esetben alkalmazta. Egy esetben 3—4 befecskendezés után a hőmérsék csökkent és ilyen is maradt. Egy másik esetben a subjectiv érzés javult. Az első injectio után 24 óra mulva lényegesen emelkedett az opsonin-index, másnapra esett és 10—14 napig igy maradt. Újabb befecskendezés után újra emelkedett. 24 órán belül nem esett az opsonin-index. Az agglutininek és praecipitinek szaporodtak a szünet alatt is. A Marmorek-serum jó hatását elismeri, de hogy tartós-e az immunosság, még kétségbe kell vonnia. Talán ha folytatjuk addig, a mig bacillust kimutatni már nem lehet, állandó lesz a javulás. A Marmorek-serum ártalmatlan és enyhébb hatású mint a Koch-tuberculin vagy a Spengler-anyag, mert az utóbbiak használatakor néha már fél óra mulva esett az opsonin-index.

*Detre László:* A kérdés elméletéhez kiván hozzászólni. Annak a kellemetlen fogadtatásnak, melyben a Marmorek-serum részesült, nem a legkisebb oka, hogy a theoriája hamisnak bizonyult. Marmorek abból indult ki, hogy az a méreg, melyet tuberculinnak ismerünk, nem a tuberculosis valódi mérge és a tuberculinreactiót vette ezen vélemény kiindulás-pontjául. A tuberculin a szervezetben izgatja a gümöbacillust úgy, hogy ez azután olyan mérget termel, a mely tulajdonképeni okozója a gümökórnak. De holt bacillusokkal is lehet tuberculumokat okozni a nyúlban és az ilyen állat épen úgy reagál a tuberculinra, mintha élő gümöbacillust fecskendeztünk volna be. Tehát az elmélet téves.

Helyeslem az előadó nézetét, hogy a Marmorek-serumban antitoxinoknak kell lenniök. De tovább nem követem.

*Okolicsányi-Kuthy Dezső:* A Marmorek-serumot már 1905-ben alkalmazta az Erzsébet-sanatorium néhány betegén; az akkor szokásos hypodermás úton azonban az eredmény nem volt megfelelő, különböző kedvezőtlen reactiós tünetek jelentkeztek. A kisérleteket ez okból akkor félbenhagyta. Ujabban a szer alkalmazása a végbélen át, miniatür klysmák alakjában, a kellemetlen melléktüneteket jórészt kiküszöbölni igérvén; több közlemény, főképen Ullmann znaimi kórházi főorvos czikkelyének hatása alatt a Marmorek-serum alkalmazását újból megkezdette. A szer tanulmányozásához az anyagot Marmorek a legkészségesebben bocsátotta az intézet rendelkezésére.

Eddig egy fél év alatt 16 betegen végeztetett Marmorek-serum-befecskendezéseket (naponta 5 cm³) a végbélbe. Közülök 14-en a serotherapia már befejezést nyert.

Az összbenyomás most sokkal kedvezőbb, mint volt az első alkalommal, a subcutan alkalmazás mellett.

Első sorban sem hőmérséki, sem más irányú kellemetlen reactio nem jelentkezik. A Gaffky-skála értékei következetesen leszállanak s az esetek jelentékeny százalékában objectiv javulás észlelhető. Jóllehet az activ tüdőtuberculosis folyamatát ezzel a szerrel sem sikerült — kezdődő esetekben sem — mindenkor kedvezően befolyásolni (rosszterméseztű esetekben természetesen egészen hatástalan a serum), mégis a rectálisan adott Marmorek-serummal nézete szerint foglalkozni határozottan érdemes és a szer ilyetén alkalmazásának jövőt jósol a phthiseotherapiában.

*Balás Dezső:* Alkalmam volt az eseteket a legpontosabban észlelni. A Marmorek-serum-oltások sikerének kulcsát a legszigorubb individualizálásban látom.

A sebészi gümökóros bántalmak kezelése természetszerűleg nagyobb sikerrel kell hogy járjon, mint a tüdőgümőkóré, mert a sebészi kezelés karöltve járhat a serumkezeléssel és a kellő időben és mértékben történt sebészi beavatkozás segédkezhetik a szervezetnek. A tüdőgümőkór Marmorek-kezelésekor nem törődtek azzal, hogy a dissecált tüdőgóczot sebészileg eltávolítsák, előbb a felszívódást kellett megvárni; a sebészi esetekben azonban pontosan megállapithatjuk a sequestrált góczot, sebészileg segitségére lehetünk és a helybeli reactiót a reparatiós folyamatra fordithatjuk.

*Wein Manó:* Szabóky azt mondja, hogy a Marmorek-serum enyhébb mint a Spengler-szer vagy az alttuberculin. Ez természetes is, mert a Marmorek-serum nem tartalmaz toxint, hanem tiszta serum. Ezért mérgessége aránytalanul kisebb, a mit Marmorek hangsúlyoz is.

Detrét nem követem a reám nézve sikos területre, a serologiára. Marmoreket védelmembe veszem, mert ha én, a ki bakteriologiához keveset értek, első leirásra tökéletesen meg tudtam érteni, akkor Detre feltétlenül megértette és lehetetlen, hogy mások is meg ne értették volna.

## Közkórházi Orvostársulat.

(II. bemutató ülés 1908 február hó 12.-én.)

Elnök: **Elischer Gyula.** Jegyző: **Körmöczi Emil.**

(Vége.)

### Appendicitis utáni késői ileusnak műtéttel gyógyult esete.

**Milkó Vilmos:** A 20 éves leánynak több év óta vannak typusos, gyakran ismétlődő appendicitis-rohamai. Minden egyes roham két-három napig szokott tartani, a rohammentes időben teljesen jól érezte magát. A legerősebb s egyszersmind utolsó rohama 2 év előtt volt. Ez a roham igen erős görcsökkel, hányással, magas lázzal járt és egy hétnél tovább tartott. Azóta jól érezte magát egészen 1907 deczember 4.-éig, mikor is hirtelen erős hasgörcsökkel az acut bélelzáródás tünetei jelentkeztek. Teljes szék- és szélrekedés, melyet sem beöntésekkel, sem hashajtókkal megszüntetni nem lehetett; a megbetegedés kezdete óta minden magához vett táplálékot kihányt. A hányadék az 5. naptól kezdve bűzös, bélsárszagú. A megbetegedés 9. napján vették fel Herczel tanár osztályára a következő állapotban: A teljesen láztalan beteg érverése 110, a meglehetősen puffadt és főleg a köldök alatt érzékeny hason jól kivehetők a bélcontourok és a peristaltika. A hányadék nagymennyiségű, bélsárszagú és külsejű. Többször alkalmazott magas beöntésre sem szék, sem szél nem távozott. Az ileus diagnosisa kétségtelen lévén, az előadó laparotomiát végzett. A jobb egyenes hasizom külső szélén megnyitott hasürből erősen puffadt vékonybélkacsok nyomulnak elő, a melyek egymással többszörös régi álhártyás adhaesiók által szivós-hegesen össze vannak nőve. Az egyik alsó ileumkacs heges kötőszöveti gyürű által mintegy incarcerálva van. A gyürű átvágása után a passage ezen a helyen helyreáll. A puffadt vékonybelek a kismedenczében fekvő, teljesen szétválaszthatatlan és erősen lenőtt bélconglomeratumhoz vezetnek. Minthogy a lenőtt bélkacsok felválasztása a bél folytonosságának megsértése nélkül kivihetlen, az előadó entero-anastomosist végzett az odavezető puffadt és elvezető üres ileuskacs között. A proc. vermiformist, a mely adhaesiók közé ágyazva spontan amputálódott, egészen sorvadt, lumene obliterált, kiirtotta, s a hassebet teljesen zárta. A lefolyás teljesen láztalan. A görcsök és a hányás a műtét után azonnal megszüntek. 3-ad nap beöntésre bőven ürült szék és szél. Jelenleg a beteg teljesen gyógyult.

Az appendicitishez csatlakozó ileus a Herczel-féle osztály nagy appendicitis-anyagában nem tartozik a ritkaságok közé. Ritkább azonban a késői ileus, a minő a bemutatott eset is, midőn az ileus hosszabb idővel a már teljesen gyógyult appendicitis után jelentkezik. Az ily esetekből ismét csak azt a tanulságot meritheti jük, hogy az appendicitist idejekorán kell operálni, lehetőleg már az első roham kezdetén. Minden egyes újabb roham a hashártya lobos izgalmával jár és újabb bélösszenövéseket eredményez, a mi végeredményben acut bélelzáródásra vezethet.

*Herczel Manó:* A bélösszenövések kétségtelenül appendiculáris folyamatok következményei, bár előfordulhat bélösszenövés ép appendix mellett is, különösen munkáskörökben. Ileus-tünetek jelentkeznek, megnyitjuk a hasat, csizmatalpszerű összenövéseket találunk, melyeket megoldani nem lehet és a beteg menthetetlen. Az összenövések gyakran csak azokat a bélrészeket illetik, melyek közel fekszenek a Bauhin-billentyűhöz, a hol nem attaque, hanem lassú lob ment előre a mesocoecumban és a mesenteriumban, a mi a beleket összetapasztja. 33 éves beteget hoztak vidékről, kit egyszer már operáltak. Szeptemberben volt ileusa, előzőleg vérköpése. Az összenőtt csepleszt felszabaditották vidéken, a vékonybél fel volt kunkorodva, úgy, hogy elégnek látszott a cseplesz átmetszése és lekötése. A beteg 3 hétig jól érezte magát, Abbaziába ment, a hol az előbbi tünetek nagyobb vehementiával jelentkeztek. Az antituberculin-kúra nem segitett, kimerülve hozták fel teljes szék- és szélrekedéssel, bélmerevedéssel, locsocsanással, csobogással. Laparotomia után azt a képet láttuk, melyet Milkó vázolt. Bélconglomeratum a Bauhin-billentyűtől lefelé, a féregnyulvány többször meg volt törve és vastagodva. Nagy nehézségek között másfél óra alatt megoldottam az összenövéseket 1·75 m. hosszúságban és zártam a sebet, 5 napig jól volt a beteg és akkor újra kezdődött a táncz, mert nem birunk szerrel, melylyel az utólagos összenövéseket meggátolhatnánk. Ismét ileust kapott. Harmadszor is laparotomizáltam, kezdődő peritonitis volt, a belek hűdöttek. Ekkor a legszélesebb bélkacsot lehúztam és entero-anastomosist végeztem, mire a beteg meggyógyult és jól érzi magát.

Ilyen körülmények között a szétválasztásokat kerülni fogom és csak bélanastomosisra szorítkozom, a mi a beteget megmentheti.

## A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(I. gyülés 1908 márczius 5.-én.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Winternitz M. Arnold.**

1. **Alapy Henrik: Parainguinalis sérv.** Megjegyzi, hogy az elnevezés alatt nem külön sérvformát ért, hanem csak olyan hassérvet, mely ugyan közvetlenül szomszédos a lágyékcsatornával, a nélkül azonban, hogy ennek boncztani képleteihez bárminemű köze volna. A 12 éves fiú bal Poupart-szalagja felett gyermekfejnyi daganat lóg le a czombra. A heges bőrön át bélkacsok érezhetők, melyeket a hasba könnyen vissza lehet helyezni, mikor azután érezni lehet a sérvkaput, mely a Poupart-szalag felett, vele párhuzamosan futó, négy ujjat befogadó rést alkot. A gerinczoszlop ágyéki részén négy ágyéki csigolyából álló púp látható. A jobboldali Poupart-szalag felett 4—5 cm. hosszú, a hasizomzathoz erősen odanőtt heg.

A púpképződés a kórelőzménynyel együtt világos képét adja a bántalom keletkezésének. A beteg, t. i. már hat év előtt megfordult a Bródy Adél-gyermekkórházban ágyéki csigolyalobbal s baloldali psoastályoggal. 1905-ben újra jelentkezett mindkétoldali kifakadt psoastályoggal. Kezelőorvosa levele szerint mindkét tályog néhány nap előtt fakadt fel, az egyikből belek tolultak elő, melyeket otthon visszahelyezett. Itt tartózkodása alatt a jobb oldalon ép olyan sérv fejlődött ki, mint a minőt jelenleg a bal oldalon látunk. Ezen a sérven annak idején gyökeres műtétet végeztünk a belső s külső ferde izomnak a Poupart-szalaghoz való levarrásával. A ma látható szilárd heg ezen műtéttől ered.

Ezek a sérvek tehát oly módon keletkeztek, hogy egy gümőkóros spondylitisből eredő psoastályog a Poupart-szalag felett szétnyomta mindkét ferde izom rostjait, kifakadt s nyomán belek tolultak elő. Az első esetben, mindjárt a kifakadás után, a most bemutatott esetben pedig csak a hegesedés befejeztével. Egészen hasonló, de egyoldalú sérvet, melynek származásmódját akkor csak gyanitani lehetett, a bemutató 1901-ben is demonstrált az orvosegyesületben.

2. **Alapy Henrik: Gégeszükület gyógyitása czéljából a nyak böre alá transplantált porcz.** Az intubatiós gégeszükületek gyógyitását czélzó számtalan módszer közül a bemutató jelenleg csak egyre terjeszkedik ki, t. i. a bordaporczok átültetésére. Mangoldt 1899-ben ismertette első esetét, melyben sikerült egy bordaporczot megfelezve, ennek néhány cm. hosszú darabját a nyak böre alá begyógyitani, s midőn az ott megfogamzott, a gégeszükületet felhasitani, szétfeszíteni s a kocsányon hagyott porczot beleékelve, a szükületet meggyógyitani. Azóta Mangoldt is, mások is ismételték a műtétet néhányszor, azonban, bár a porczok látszólag megfogamzottak, aggály támadt, hogy a porcz utóbb fel fog szivódni, minthogy csak az ébrényi porcz marad életképes transplantatioja után, ellenben a már megszületett egyén porcza az átültetés után felszivódnék.

Ez ugyan tévedés és csak a porczhártya nélkül átültetett porczra vonatkozik; ellenben a perichondriummal átültetett idősebb egyén porcza is megél. Ennek közvetlen bizonyitékát azonban csak a mult évi drezdai congressuson tudta Mangoldt szolgáltatni, egy

nyolcz év előtt átültetett porcz bemutatásával. Az akkor közölt adatokat a bemutató mindenben megerősítheti. Számos idevágó esete között volt egy három éves fiúcska, kinek igen makacs gégeszűkület gyógyítása czéljából bordaporczot transplantált a nyak bőre alá. Mielőtt azonban a porczot a szűkület gyógyítására felhasználhatta volna, 46 nappal az első műtét után a gyermek hirtelen meghalt. Ez a porcz a demonstratio tárgya. A nyak bőre alatti kötőszövethez minden oldalról szilárdan odanőtt metszéslapja kemény ép porczot mutat. A górcsövi metszetből azt látni, hogy a porcz képletei élesen festődnek. Világosan meg lehet különböztetni a lemetszett oldalt a porczhártyás oldaltól. Míg az első éles határral megy át a kötőszövetbe és a határon a nagymagvú nagy porczsejtek hirtelenül végződnek, addig a perichondrium alatt az ifjú porczréteg kisebb sejtjei fokozatosan mennek át a nagyobb, idősebb sejtek rétegébe. Elfajulás sehol sem látszik. Ezen tünetekből kétségtelenül következik, hogy a porcz él. A környezettel való szilárd összekapaszkodás pedig arra utal, hogy az ilyen porcz felhasználására nem szükséges háromnegyed évig várni, mint azt Mangoldt tette, mert az újabb helyen 6—8 hét mulva már alkalmas a kocsányos lebenyben való transplantatiora.

(Folyt. következik.)

## Erdélyi Muzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(VI. szakülés 1908 márczius 7.-én.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

1. **Kánitz Henrik** dr. bemutatásai: *a)* **Sarkoma idiopathicum multiplex pigmentosum (Kaposi) esete.**

*Kórelőzmény:* A 44 éves földbirtokos jelen bajától eltekintve sohasem volt beteg, 12 év óta nős, négy gyermeke él és egészséges. 11 év előtt a jobb kezének hátán kis kékespiros csomó támadt, majd hasonló keletkezett a bal kéz kisujján és a bal lábháton, melyek egy-két évig változatlanok maradtak. Ekkor újabb csomók támadtak és azóta az évek folyamán számos új gócz fejlődött a köztakaró egyéb helyein is, első sorban a végtagokon, de a törzsön és az arczon is. Néha egy-egy csomó visszafejlődött, de sokszor újból előtünt. E mellett a régiek terjedtek. Közérzete az egész idő alatt nem szenvedett.

*Jelenállapot:* Jól fejlett erőteljes férfi, kinek köztakaróján számos kóros elváltozás látható. A kezek egészben duzzadtak; a kézháton lapszerűen kiterjedő, diffus, tömött beszűrődések, az ujjak háti és oldalsó felszinén ugyancsak laposdad infiltratumok, melyek következtében az ujjak orsóalakúan megduzzadtak. A beszűrődések kékesvörös színűek, feketés vérömlésektől tarkitottak. Hasonló beszűrődések láthatók elszórtan több góczban az al- és felkarokon. Itt azonban a beszűrődések körülirt, fillérnyi egész forintnagyságú csomókat alkotnak. E csomók közt vannak fiatalok, melyek élénkvörös színűek, félgömbszerűen kiemelkednek, puha, szivacstapintatúak. A régibb góczok alig emelkednek ki, sötét, barnavörös színűek, tömöttek. Egyes helyeken csak barnásan vagy palaszürkén festékes, sorvadt területek látszanak, melyek a spontan vagy kezelésre visszafejlődött beszűrődések helyét jelzik. Az alsó végtagokon, a czombokon és lábszárakon egyaránt, számos hasonló gócz látható. A lábháton a bokák körül legnagyobbfokúak az elváltozások. E részek óriási mértékben duzzadtak, a bőrben kis, kölesnyi-fillérnyi göbcséken kivül nagy kiterjedésű, diffus, a kézháton levőkhöz hasonló beszűrődések foglalnak helyet, melyeken nagyfokú hyperkeratosis látható. Az orrszárnyak és alsó szemhéjak bőrében 1—1 borsónyi-babnyi tömött göb. Az arczon elszórtan néhány kölesnyi, kitágult vérerekkel biró kékespiros folt, melyeken azonban sejtes beszűrődést még nem tapinthatunk. A fülczimpák diffuse duzzadtak, tömötten beszűrődöttek. A belső szervek részéről kóros elváltozás nem állapitható meg, a közérzet kielégitő, a beteg testsúlya gyarapszik. A mirigyrendszer nincs beszűrődve. A csomók és beszűrődések subjectiv kellemetlenségre nem adnak okot, csak a kezek és lábak nagyfokú merev duzzanata okoz a betegnek a mozgáskor mérsékelt fájdalmat.

A beteg 9 év óta állandóan arsenes gyógykezelésben részesül. Azonkivül 1906 tavasza óta háromszor röntgenezték az elváltozásokat, egy izben Kienböck (Bécsben), kétszer a bemutató. E kombinált kezelésre a beszűrődések egy része visszafejlődött, de némely helyen kiújult a folyamat és új csomók is képződtek. A beteg területeket jelenleg is röntgenezzük, azonkivül atoxyl-befecskendezéseket adunk.

A Kaposi-féle pigment-sarkoma a mycosis fungoidessel és a Spiegler-féle sarkomatosis cutissal együtt az ú. n. *sarcoid* daganatok közé tartozik, melyeket a bőr valódi sarkomáitól különválasztanak. Az elkülönitést klinikai és kórszövettani különbségek teszik jogosulttá. Míg ugyanis az igazi sarkomák nem fejlődnek vissza maguktól és legtöbbször solitariusak, addig a sarkoid daganatok rendesen számos góczban jelentkeznek és gyakran maguktól is nyomtalanul felszivódnak. Szövettanilag ugyan a sarkoma-typusnak felelnek meg e daganatok, de a beszűrődés nem szoritja ki, nem teszi tönkre az alapszövetet, mint az igazi sarkoma, hanem csak infiltrálja, úgy, hogy felszivódása esetén restitutio ad integrum állhat be. Ezenkivül a beszűrődésben résztvevő sejtek nagyfokban polymorphok, míg a valódi sarkomák sejtjei túlnyomóan egy typusúak.

A betegség prognosisa általában kedvezőtlen. Évek multán metastasisok támadhatnak a belső szervekben, melyek hamar halálra vezetnek. De előfordul, hogy a daganatok maguktól vagy kezelésre visszafejlődnek és a betegek sokáig, esetleg véglegesen recidivamentesek maradnak. A klinikának egyik betegén, a ki Kaposi-féle sarkoma cutisban szenvedett, a daganatok arsenkezelésre felszivódtak és már 9 év óta nem képződtek újabbak.

(Folyt. következik.)


## PÁLYÁZATOK.

889/908. alisp. sz.

Kis-Küküllő vármegye közkórházával kapcsolatosan felállított elmebeteg-osztályhoz újonnan rendszeresített és nyugdijjogosultsággal egybekötött **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek:

*a)* 1600 korona kezdő törzsfizetés, a mely már a jövő év folyamán 2000 koronára emelkedhetik;

*b)* a kórházi épületben adandó, fűtéssel és világitással ellátott, egy szobából álló természetbeni lakás és I. osztályu élelmezés.

Kinevezendő orvos köteles állandóan a kórházban lakni, magángyakorlatot végezhet, a mennyiben a kórházi szolgálattal összefér. Az elmegyógyászat terén jártassággal, előismeretekkel és készültséggel biró pályázó a kinevezés rendjén előnyben fog részesülni.

Felhivom tehát mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 2. bekezdésében előirt képesitésüket igazoló és eddigi szolgálataikról tanuskodó bizonyitványokkal felszerelt folyamodványaikat a Vármegyei Ügyviteli Szabályzat 4. §-ában előirt módon hozzám legkésőbb **f. évi május hó 20.-áig** annyival is inkább nyujtsák be, mivel a később érkező folyamodványokat figyelembe venni nem fogom.

Dicsőszentmárton, 1908. évi április hó 15.-én.

2—1 *Csató Gábor*, alispán.

**A pécsi állami gyermekmenhelyben** üresedésben levő **másodorvosi állásra** (1200 korona tiszteletdij, lakás, fűtés, világitás és élelmezés) a pályázók (első sorban orvosdoktornők) a nagyméltóságú belügyministerhez intézendő kérvényüket **április hó 30.-áig** nyujtsák be a pécsi állami gyermekmenhely igazgatójához. 4—4

A Rimamurány-Salgótarjáni Vasmű Részv.-Társaság ózdi vasgyártelepén a munkástárspénztár kötelékében fenntartott kórháznál egy **segédorvos** nyerhet alkalmazást.

Csak olyan pályázó folyamodványa lesz figyelembe véve, a ki kötelező egy évi gyakorlatából a szülészeti 2 és belgyógyászati 4 hónapot valamelyik arra jogositott kórházban kitöltötte. A még hiányzó tárgyak gyakorlatára az ózdi kórház fel van jogositva.

A gyakorlati féléven kivül még egy és fél év, összesen tehát 2 évi szolgálati kötelezettség elvállalása van a kinevezés feltételéül kikötve.

A segédorvos teendőit az idevonatkozó szolgálati utasitás szabályozza.

**Évi fizetés 2400 (kettőezernégyszáz) korona,** garçon lakás, fűtés és világitás.

Kellően felszerelt folyamodványok **folyó évi április hó végéig** alulirt czimre intézendők.

2—2 *Rimamurány-Salgótarjáni Vasmű Részv.-Társaság.*
Budapest, V., Nádor-utcza 36. II. em.

412/908. sz.

Járási tisztiorvossá történt kinevezés folytán üresedésbe jött **kápolnok-monostori körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvos kezelése alá tartozó egészségügyi körletbe a járást képező 19 község van beosztva Kápolnokmonostor község székhelylyel.

A körorvos javadalmazása évi 930 korona fizetés és 400 korona utazási átalány.

Felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 3. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a alapján és értelmében felszerelt folyamodványaikat alulirotthoz **f. évi május hó 7. napjának d. e. 10 órájáig** annál bizonyosabban adják be, mert a később beérkezett folyamodványokat figyelembe nem fogom venni.

Megjegyzem, hogy Kápolnokmonostor községben gyógyszertár is van, továbbá heti és országos vásárok tartatnak.

A választás határnapját a pályázat lejárta után fogom kitűzni.

Kápolnokmonostor, 1908. évi április hó 3.-án.

3—3 *Gajzágó Ernő* dr., főszolgabiró.

---

1094/908. V. sz.

Torontál vármegye törökkanizsai járáshoz tartozó és Gyála, Szerb-Keresztur és Ószentiván községekből álló **gyálai körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással **1600 korona évi fizetés,** Gyálán természetbeni lakás s a szabályrendeletileg megállapitott látogatási, hússzemle és halottkémi díjak élvezete van egybekötve.

A megválasztandó körorvos a megyei orvosi nyugdijintézetbe belépni köteles.

Felhivom azokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevél s eddigi alkalmaztatásukat igazoló bizonylattal ellátott kérvényüket **folyó évi május hó 20-áig** a törökkanizsai szolgabirósághoz benyujtsák.

Törökkanizsa, 1908. évi április hó 11-én.

2—2 *Tamássy,* főszolgabiró.

---

10,171/908. sz.

A zólyombrezói m. kir. vasgyárnál új rendszeresités folytán betöltendő **gyárorvosi állásra** ezennel pályázat hirdettetik.

Ezen, a m. kir. állami vasgyári tisztviselők létszámában a VIII. fizetési osztály 3. fizetési fokozatába sorozott állással **2300 korona évi fizetés,** természetbeni lakás, 200 korona fűtési átalány és a vasgyárak üzleteredményeihez képest változó jutalék, továbbá 480 korona kocsistartási, 56 q széna és 61·5 hl. zabból álló lótartási átalány élvezete van egybekötve.

Felhivatnak azon orvostudorok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen bélyegzett folyamodványaikat előljáró hatóságuk, vagy ha állami szolgálatban nem állanak, az illetékes főispán, székesfővárosi polgármester útján **f. évi május hó 15-éig** az állami vasgyárak központi igazgatóságához, Budapest, X., Kőbányai-út 21. czímezve ezen vasgyári hivatalnál nyujtsák be.

Folyamodók kötelesek hiteles okmányokkal igazolni, illetőleg mindazon kellékeket kitüntetni, melyek a kiirt állásra megköveteltetnek, nevezetesen:

1. Családi és keresztnevüket, honosságukat, születési helyüket, életkorukat, vallásukat, családi állapotukat.
2. Eddigi előéletüket, illetve foglalkozásukat.
3. Nyelv- és szakismereteiket. (Tót nyelv ismerete szükséges.)
4. Kifogástalan erkölcsi magaviseletüket.
5. Katonasághoz való viszonyukat.
6. Egészségi állapotukat, hogy a szolgálattal egybekötött kötelességek teljesítésére teljesen képesek.

A kinevezés egy év tartamára ideiglenesen történik s a véglegesités csak egy évi próbaszolgálat után történik, feltéve, hogy az illető a szolgálat teljesítésével járó kötelezettségeknek minden tekintetben megfelel.

A hirdetett állás kinevezés után azonnal elfoglalandó.

Elkésve érkezett, vagy kellően nem okmányolt kérvények nem fognak figyelembe vétetni.

Budapest, 1908. évi április hóban.

3—2 *Magyar kir. állami vasgyárak központi igazgatósága.*

---

2260/1908.

A debreczeni állami gyermekmenhelynél az 1200 korona évi fizetés, I. osztályú élelmezés, két szobából álló lakás, fütéssel és világitással javadalmazott **másodorvosi állás** megüresedvén:

Felhivom azon magyarországi honosságú orvosdoktor urakat és orvosdoktornőket, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevelüknek és egyéb esetleges működési bizonyitványaiknak hitelesített másolatával felszerelt és egy koronás bélyeggel ellátott, a nagyméltóságú belügyminister úrhoz czímzett folyamodványaikat hozzám legkésőbb **1908. évi május hó 15.-éig** küldjék be.

Debreczen, 1908. évi április hó 4.-én.

3—3 *Brokés Győző* dr., igazgató-főorvos.

---

**Az Anker élet- és járadékbiztositó társaság Bécsben** április 10.-én tartotta XLIX. rendes közgyülését gróf Prokesch Osten Antal úr elnöklete alatt. Az 1907. évben a társaság bevételei 27.347,229 koronára rugtak, a kiadások 11.214,791 koronára, tartalékba helyeztetett 15.088,463 korona. A halálesetre nyereményosztalékkal biztositottak mint nyereményosztalékot az „A“ osztalékterv szerint az évi dijnak 25%-át, illetve 20%-át, a „B“ osztalékterv (emelkedő osztalék) szerint pedig az évi dijnak 9%-tól 31·72%-ig terjedő összegét kapták, összesen 952,115 koronát. A társaság összes vagyona 174.091,290 korona. Az 1907. évi részvényszelvény a társaság bécsi és budapesti pénztárainál folyó hó 10.-étől kezdve 200 koronával váltatik be. A társaság vagyonából 27 millió korona Magyarországon van elhelyezve. A természetszerű apadások után a magyarországi biztositási állomány 25,884 kötvénynyel biztositott 110½ millió koronára rug.

---

## HIRDETÉSEK.


A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS
**SALVATOR**
kitünő sikerrel használtatik
vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és köszvénynél, a czukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.
**Húgyhajtó hatású!**
Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!
Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

**„GUAJATIN JENCS“**
Sulfo-Guajacol-készitmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és 0·50% Extr. Thymi és Extr. Tiliae-t tartalmaz.
Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tüdőgyuladásoknál, nemkülönben typhusos tüdőinfiltratiónál.
Antithermikus hatású.
Gyermekek is rendkivül jól türik.
Ára 2 korona 50 fillér.
Készitője **JENCS VILMOS** gyógyszerész,
3748 Budapest, II., Fő-utcza 27. szám.

**Bad Hall**
Felső-Ausztria. I-ső rangú jodsósfürdő.
Európa legrégibb és leghatásosabb jodforrása. Női betegségek, izzadmányok, idült gyulladások, gümőkór, szerzett vagy öröklött syphilis és annak következményei, köszvény, csúz stb. ellen. — **A legmodernebb gyógyeszközök.**
Értesitést küld **a Fürdőkezelőség.**

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

**Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben**
Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemü thermális fürdők, vizgyógykezelés, massage. Lakás és gondos ellátás **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** gyógykezelése és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága, Budapest-Budán.** 5043

**Ackerschott-féle schweizi alpesi tej-gyermekliszt** a legkönnyebben emészthető, legjobban erősítő schweizi termék minden korban levő gyermekek számára. Orvosilag ajánlva.
Raktár: Budai dr. gyógyszertára, Budapest, IV., Váczi-utcza sarok. 5399

**Rohitsch-Sauerbrunn**
Stájerország. Vasút, posta és táviró.
3750
TELJESEN ÁTALAKÍTVA.
**Karlsbad,** modernül berendezett vizgyógyintézet. **Styriabad,** újonnan felszerelt szénsavfürdők. **Kiváló gyógyhely** gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, székrekedés, aranyér, epekő, elhizás, czukorbetegség, köszvény, torok- és légcsőhurut, szivbaj ellen. Karlsbad- és Marienbadhoz hasonló gyógyforrások.
Diaetetikai és telepkúrák. — Kiváló ivóvizvezeték. — Villamos világitás. — Lift. — Modern csatornázás.

# THURZÓ-FÜRED

**Gölniczbánya mellett déli Szepességben.**

**Remek ősi fenyvesben fekvő klimatikus gyógyhely és vízgyógyintézet.**

**Igen védett hely, enyhe, szép tavaszi időjárással.**

Kúrák már május hó 15-től fogva **Fanzler Lajos dr.** fürdőorvos vezetése alatt. Igen olcsó előszezon.

Részletes prospektus az igazgatóságnál szerezhető be. 5561

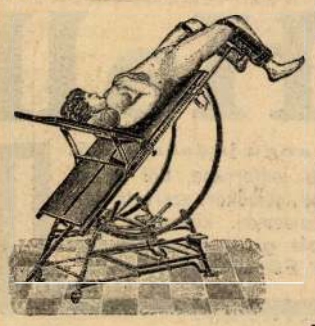
# LUBLÓFÜRDŐ

**kiterjedt fenyves erdők között** 5564

Szénsavas vasas (pezsgő) és moórfürdők.

**Vasas források, fölötte dúsak szénsavban. Ivó-, fürdő- és területi gyógymód. Kitünő hatású vérszegénységnél, az idegrendszer id lt bajainál, szívbántalmaknál, általános gyöngeségnél, súlyos betegségek, testi és szellemi túler ltetés után, különösen pedig női bajoknál. Pormentes, védett fekvés.** (556 m.) — Állandó fürdőorvos: **dr. Platzer Sándor,** volt egyetemi tanársegéd. — Kényelmes modern lakások. — A házi kezelésbe vett vendéglő illetve konyha **Weber Rudolf** vezetése alatt áll, a ki szakmájában a külföld és főváros elsőrangú szállodáiban működött. — **Finom konyha. — Figyelmes kiszolgálat. — Penziórendszer.** — Pósta- és távirda-állomás. — **Elő- és utóidényben** tetemes árkedvezmények. — Bővebb felvilágositással szolgál és képes prospektusokat küld

**az uradalmi fürdőgondnokság Lubló-fürdőn**
**(Szepesmegye).**



# Legújabb műtőasztalokat

**Stetzner, Ihle, Hahn stb. szerint ajánl** 5391

# Knoke & Dressler

**udvari szállitók,**
**modern kórházberendezések különleges gyára**

**Dresden.**

# SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER 4559

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

# „Phosphatine Falières“

**fölülmulhatatlan tápszer.** 3991

**LEGTÖKÉLETESEBB ERÖS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A**

# LYSOFORM

**OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES, BÖRNEK ÉS MÜSZEREKNEK NEM ÁRT**

# Ferromanganin

**jóizű VAS-MANGÁN-vegyület. — Kiválónak elismerve.**

**Vérszegénység, sápkór, gyengeségi állapotok, chlorosis, stb. ellen.**

**Elsőrangú táp- és erősítőszer.**

**Ferromanganin** belügyministeri rendelettel engedélyeztetett 1907. április 26.-án 8580. szám alatt és gyógyszertárakban kapható.

**fél literes üveg K 3.50.**

*Indicatiók:* 3-szor naponta 1—2 evőkanállal étkezés után. Az orvos uraknak készséggel küld mintát *Török József* gyógyszerész, Budapest, Király-utcza 12. szám. 5500

# BADGASTEIN. A cs. kir. államvasutak állomása.

**A világ legradioaktivebb hőforrása,** a forrás hőmérséklete 49° C. Tengeri magasság 1012 méter. A legremekebb hegyek közepette, szélmentes fekvés. Kitünő hatású az **aggkor bántalmainál, idegbántalmak, neuralgiák (ischias), neurasthenia, functionális neurosisok, paralysis (apoplexia), tabes, köszvény, rheumás bántalmak, vese- és hólyagbántalmak (prostatabajok),** különféle **női betegségek,** valamint valamennyi **kimerültségi** és **gyengeségi állapotok** ellen.

Legkényelmesebb lakás 60 szállodában és lakóházban, thermal-fürdők minden házban; ivókúrák és berendezések a forrás gözének használatára.

**Saison május l-től szeptember végéig.**

Május, junius és szeptemberben lényegesen mérsékelt szobaárak. Értesítéseket és prospektusokat küld a Gyógybizottság (Kurkommission).

Thermal-forrás szétküldés **MATTONI HENRIK** által **WIEN.** 5477

**Rheuma** | Neuralgia, bőr- és sebbetegségeknél chron. Morbus Brightii | **Köszvény!** | Bénaság és különféle női betegségeknél | **Ischias**

**Kitünő gyógyeredmények** 5380

# Krapina-Töplitz

**Thermal-gyógyhely**

**Eredményes Thermalvíz-ivókura.**

**Horvátország (Horvát-Helvécia).**

**Szaktekintélyek által elismert kiváló gyógyhatásu és különösen ható radioktiv Thermal-gyógyfürdő 38—44 ° R.**

**A legnagyobb Thermal-medencze Európában. Perczenként 3800 liter szakadatlan be- és kifolyás.**

Gyógyház lakásokkal, teljes **hygeniai** kényelemmel. Kitünő étterem és kávéház. Társalgó- és olvasó-termek. Lift. Fedett sétahely. Gyönyörü parkok. Állandó térzene. Sporthelyek. Szép plébánia-templom. Estélyek stb. **Automobil-garage, Automobil-bérlet.**

Külön. márvány-, kád- és zuhanyfürdők. A maga nemében páratlan izzasztó-kamrák. Nyitva ápr. 1-től november végéig. Junius 1-ig és szept. 1-től mérsékelt árak. Fürdőorvos Mai Ede. dr. **Prospektust és felvilágositást nyujt a fürdőigazgatóság Krapina-Töplitz, Horvátország.**

„Rohitsch“ állomástól helyi vasút Grobelno-Rohitsch, elágazás (Wien-Triesti v.) 2 óra. Állomás Zabok-Krapina-Töplitz (Csakaturn-Agramer Str.) 1 óra. Munkács állomásnál postakocsik és magánfogatok. **Magánautomobilok** minden vasúti állomásra megrendelhetők a fürdő-igazgatóságnál.

Adagja 1 gm. pr dosi.

# POLYPYRIN

Adagja 1 gm. pr. dosi.

5483

(Dioxybensoesavas natrium acetat)

**a legjobb antipyreticum**

vízben kitünően oldódik.

**Epekő-kólikánál,** mint az epét elfolyósitó szer. — **Diabetes melitus**-nál a czukormennyiséget feltünően leszállitja.

Minden gyógyszertárban kapható.

# MARGIT GYÓGYFORRÁS

**(„Margittelep” Beregmegye)**

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

Megrendelhető: **Édeskuty L.**-nál Budapesten és a forrás kezelőségénél Munkácson. 3652