

# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes 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 Babarcsi Schwartzler Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Ország Oszkár:** Közlés az I. sz. belorvostani klinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes dr., egyet. ny. r. tanár.) A typhus-allergiapróbák diagnosztikai értékéről. 295. lap.

**Hollós József:** A gümőkór gyógyítása a Spengler-féle vaccinatival. 297. lap.

**Ziffer Hugó:** Az egyetemi fülorvostani tanszék közleménye. (Tanár: Böke Gyula dr., kórh. főorvos.) Az idült genyes középfülgyulladás kórjelzése és gyógykezelése a budapesti magy. kir. tud.-egyetem fülorvostani tanszékének beteganyagán (a Rókus-kórház fülorvostani osztályán). 299. lap.

**Deutsch Ernő:** Megjegyzések Schütz Aladár dr.-nak „Újból a Székely-tej kritikája” című cikkére. 300. lap.

**Tárca. Liebermann Leó:** Húsvéti kirándulás — Pöstyénbe. 301. lap. — Grósz Emil: Továbbképző tanfolyamok orvosok számára. 302. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Jessner:** Dermatologische Vorträge für Praktiker. — Ch. Bonne: L'écorce cérébrale. I. Développement, morphologie et connexions des cellules nerveuses. — Ad. Czerny: Der Arzt als Erzieher des Kindes. Lapszemle. Gyógyszer. Jagic: Eustenin. — Busch és Grunpert: Jodomenin. Belorvostan. Strasburger: A gyomor élettanának kísérleti kórtanának és terápiájának haladása. — Idegkórtan. F. Siebert: A chorea kezelése. — Sebészet. Oelsner: Lumbális anaesthesia 875 esete. — P. Herzen: A Roux-féle oesophagojeuno-gastrostomia módosítása. — R. Weglowszky: A középső nyaki sipolyok keletkezése. — Vulpius: Az ináttűtési technikája és értéke a gyermekbénulások kezelésében. — Gyermekorvostan. Schlippe: A diphtheria gyógyítása pyocyanaseval. — Selter: A fehérjeháztartás zavara a csecsemő szervezetében. — Venerás bántalmak. C. Bruck és M. Stern: A Wassermann-Neisser-Bruck-féle reactio. — K. Heinze: Az epididymitis gonorrhoeica punctioja. — Fizikai gyógyításmódok. Richter és Gerhart: A Röntgen-sugarak hatása a fermentekre. — Ziemssen: Ischias gyógyítása. — Kisebbségi közlemények az orvosgyakorlatra. Fűrész: Alexipon. — Aldor: Az idült bélhurut tüneti kezelése. — Robinson: Strontiumbromid. 303—306. lap.

**Magyar orvosi irodalom.** Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 307. lap.

**Vegyes hírek.** — Pályázatok. — Hirdetések. 307. lap.

**Tudományos társulatok és egyesületek.** 308—309. lap.

**Melléklet.** F. Hoffmann-La Roche & Cie cég „Sulfosot-Siroliu” készítménye.

megállapítása czéljából az I. sz. belklinika betegein s a Szt. László-kórháznak Preisich magántanár főorvos vezetése alatt álló typhusbeteg-osztályon végeztem, a kinek szíves engedélyeért ez alkalommal is köszönetet mondok.

A vizsgáló anyagot a klinikai laboratóriumban Chantemesse előírását követve készítettem. Emberből tenyésztett, virulens, 18—20 órás typhusagartenyészetből steril vízzel emulsiót készítettem s azt kémlősevekben vízfürdőn 60<sup>o</sup>-ra melegítettem. A centrifugált szűrkes bakteriumtömeget légüres térben megszáritottam. A száraz maradékhoz 3:1 arányban konyhasót adtam a dörzsölés megkönnyítése czéljából. A dörzsölés hosszabb időn át tartott, miközben lassanként vizet öntöttem hozzá körülbelül 100:3 arányban. Az így készült oldatot 2 órán át 60<sup>o</sup>-ra hevítettem s ezt 2—3 napon át naponta 1/2 órán át megismételtem. Centrifugálás vagy ülepítés után a folyadékot 10-szer akkora térfogatú absolut alkoholhoz öntöttem. Az alkoholos keverék kezdetben opaleskált, majd felhőszerű csapadék képződését mutatta. A leülepitett csapadékot vacuumban megszáritva, sárgás porrá dörzsöltem. E port vízben eldörzsölve (8—10 mgm.-ot 1 cm<sup>3</sup>-ben) légmentesen elzártam. A nem oldódott porrészek kicsapódtak s az oldat tiszta, opaleskáló maradt.

Az ophthalmoreactio végzése előtt meggyőződtem, nincs-e a vizsgálandó egyén szemén hurutos jelenség. Több esetben a fennálló erős kötőhártyagyulladás a vizsgálat végzését megakadályozta. Az említett módon készített oldatnak beecseppentése a kifordított alsó szemhéj mediális részébe történt. A betegnek megtiltottam, hogy a szeméhez nyúljon. A reactio positiv voltának jelét a kötőhártyán látható színváltozás, belöveltség szolgáltatta. Chantemesse szerint az ophthalmoreactio e tünetei a 6—10. órában érik el tetőfokukat; ekkor oly kifejezett a reactio, hogy a typhus kórjelzésére felhasználható. Néhány esetben magam is csak ez időben vizsgáltam a szemet s három esetben (M. L., M. Gy., Z. A.) positiv, egy esetben (Sz. L.) kérdéses reactiót észleltem. Az említett 3 eset reconvalescensekre vonatkozott. 2—3 órával az oltás után már

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés az I. sz. belorvostani klinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes dr., egyet. ny. r. tanár.)

### A typhus-allergiapróbák diagnosztikai értékéről.<sup>1</sup>

Irta: Ország Oszkár dr., klinikai gyakornok.

A typhus klinikai kórjelzésének nehéz volta a betegség kezdetén újabb bakteriologiai vizsgáló módszerek kidolgozására indította a kutatókat. S bár ez eljárások egynemelyike eléggé megbízható eredményeket ad, mégis örvendetes haladásnak látszott Chantemesse azon közlése, a melyet a párisi „Académie de médecine”-ben a múlt év nyarán új módszeréről, az ophthalmoreactioról tett. Később irt közleményében<sup>2</sup> annak a reménynek adott kifejezést, hogy eljárásával a typhus kórjelzése már közvetlenül keletkezése után is lehetségessé fog válni. Ophthalmoreactioja lényegében azonos a Wolff-Eisner-reactioval s a typhusban szenvedők megváltozott reactióképességén, allergiáján alapul. Míg a tuberculinreactiók értékével számosan foglalkoztak úgy a belorvostani, mint a sebészeti gümős megbetegedésekben, Chantemesse módszerét, talán a vizsgáló és vizsgálandó anyag nehezebb hozzáférhetősége miatt, kevésbé méltatták figyelemre. A typhus-ophthalmoreactio értékéről eddig csak egy közlés jelent meg<sup>3</sup> s az sem a Chantemesse előírása szerint készült anyaggal végzett vizsgálatokról számolt be.

A következőkben azokat a vizsgálatokat ismertetem, a melyeket a typhus-allergiapróbák s főleg a typhus-szemreactio értékének

<sup>1</sup> Előadatott a budapesti kir. Orvosegyesület 1908 márczius 7-i ülésén.

<sup>2</sup> Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907.

<sup>3</sup> Wiener klinische Wochenschrift, 1907.

észlelhető volt a pir, könnyezés, melegség és viszketés érzése keletkezett, később fibrinás izzadmány elég bőven volt látható. Hat óra után a tünetek kifejezettebbek voltak, úgy hogy méltán pozitívnak lehetett tekinteni a reactiót.

További vizsgálataimban, a melyeket lázas typhusbetegeken, üdülőkön és más betegségekben szenvedőkön végeztem, a reactiót 24 óra után ítélem meg. A lázas typhusbetegeken talált adatokat a következő táblázatban csoportosítom.

I. tábla. Lázas betegek reactioja.

Sorszám	Név vagy ágyszám	6 óra után	24 óra után	A betegség kezdete
1.	F. G.	igen kifejezett	kifejezett	14 nap előtt
2.	C. N.	"	igen kifejezett	9 " "
3.	F. J.	kifejezett	kisfokú?	14 " "
4.	M. Gy.	igen kifejezett	igen kifejezett	18 " "
5.	G. M.	"	"	"
6.	I.	kifejezett	kifejezett	"
7.	K.	"	"	"
8.	Sz. L.	0	?	13 nap előtt
9.	G. F.	0	kisfokú	13 " "
10.	F. A.	0	"	18 " "
11.	36. ágy	0	"	21 " "
12.	35. ágy	0	kifejezett	10 " "
13.	37. ágy	0	igen kifejezett	21 " "
14.	38. ágy	0	kisfokú	14 " "
15.	39. ágy	0	igen kifejezett	1 " "

Mint e táblázatból látható, a vizsgált 14 eset közül határozottan negatív eredményt egy sem adott, kettő kérdéses volt. A reactio foka független volt a betegség időtartamától.

A már láztalanokon kapott eredmények már kevésbé voltak pozitívak, s azt bizonyították, hogy a reactio jelentkezése és foka független a betegség, illetve a reconvalescentia fennállásának időtartamától.

II. tábla. Reconvalescensek ophthalmoreactioja.

Sorszám	Név vagy ágyszám	24 óra után	A betegség kezdete	A láztalanság kezdete
1.	N. P.*	igen kisfokú	21 nap előtt	1 nap előtt
2.	F. G.*	?	24 " "	"
3.	C. N.*	kisfokú	22 " "	"
4.	M. Gy.*	igen kifejezett	41 " "	"
5.	N. R.	igen kisfokú	37 " "	"
6.	M. J.	0	"	"
7.	G. S.	igen kifejezett	"	1 nap előtt
8.	N. V.	kifejezett	"	"
9.	I.	?	42 nap előtt	"
10.	4.	0	30 " "	21 nap előtt
11.	5.	kisfokú	49 " "	21 " "
12.	11.	0	45 " "	11 " "
13.	12.	0	30 " "	18 " "
14.	14.	kifejezett	45 " "	15 " "
15.	23.	?	60 " "	37 " "
16.	25.	0	60 " "	2 " "
17.	30.	0	21 " "	1 " "
18.	33.	0	60 " "	17 " "
19.	40.	0	28 " "	2 " "

Vajjon az e táblázatokban felsorolt betegek csakugyan typhusban szenvedtek-e, azt a klinikai betegeken az agglutinatio, sőt egyes esetekben a bakteriologiai érvizsgálat segítségével állapítottuk meg. A kórházi betegeken a körjelenségekre támaszkodtunk, a mi annál is inkább lehetett megbízható, mert ezek a vizsgálatok legnagyobb részét üdülőkön, hosszabb időn át észlelés alatt állott személyeken végeztettek.

Annak megállapítása céljából, vajjon a reactio csak typhusbetegeken, vagy más bajokban szenvedőkön is észlelhető-e, a következő vizsgálatosorozatot végeztem.

III. tábla. Nem typhusban szenvedők reactioja.

Sorszám	Diagnos	6 óra	24 óra	Megjegyzés	
1.	Myelitis transversa	kisfokú	0		
2.	Tabes dorsalis	igen kifejezett	igen kifejezett		
3.	Epilepsia	kisfokú	0		
4.	Ulcus ventriculi	igen kifejezett	kifejezett		
5.	Gastroptosis	kifejezett	0		
6.	Carcinoma ventriculi	?	0		
7.	"	kisfokú	0		
8.	Calculos. vesic.	"	0		
9.	Hepatitis interstitialis	"	0		
10.	Phthisis pulmon.	0	0		
11.	Cc. ventric., cachex.	0	0		
12.	Anaemia pernicios.	0	0		
13.	Anaem. maj. grad.	0	0		
14.	Pneumonia. Empyema th.	0	0		
15.	Sepsis	kisfokú	0		
16.	Cholelithiasis, cholang.	igen kifejezett	igen kifejezett	Lázás betegek	
17.	Pericarditis	kisfokú	0		
18.	Exsudat. pleur.	igen kifejezett	0		
19.	Exs. pleur.	"	0		
20.	Exs. pleur., typh. 5 év e.	kisfokú	0		

E táblázat adatai szerint kisebb-nagyobb reactio a legtöbb esetben a 6. órában volt észlelhető. Chantemesse szerint ezen időben a nem typhusos egyén szemén esetleg keletkezett irritatio már megszűnt, s csak a typhusos beteg és a typhusból üdülő kötőhártyáján marad meg, ezeknek nagyobb érzékenysége folytán. A különbség tehát a typhusos s nem typhusos beteg reactioja között tulajdonképpen a jelentkezés, illetőleg eltűnés időpontjában s a hevességében nyilvánul, mert a typhustoxin irritáló hatása nem specifikus s egészséges egyének szemén is érvényesül. Minthogy valamely elkülönítő diagnostikai módszer alkalmazásának csak az esetben van értéke, ha a betegséget jellemző eltérések a normális állapot esetén észlelt reactio jelenségektől kifejezetten különböznek, nem tartottam a 6—10. órát a vizsgálatra alkalmasnak s a szemet 24 óra után is megtekintettem. Ez időpont azért látszott alkalmasabbnak, mert ekkor a normálisan is jelentkező reactio tünetek már inkább visszafélődtek s a reactio határozottabban használható fel a körjelzés céljára. Támogatni látszott e esékely módosításban Chantemesse azon megfigyelése, hogy a reactiót jelentő caruncularis, conjunctivális pir napokkal (4—6 nap) a becséppentés után is észlelhető, bár enyhébb alakban.

A nem typhusban szenvedők ophthalmoreactiojáról szóló táblázatban (III. tábla) az utolsó adat oly egyénre vonatkozik, a kinek 5 év előtt typhusa volt s negatív értelemben reagált. A többi esetben az ophthalmoreactio jelentkezése független volt attól, hogy lázas-e a beteg. Az esetek túlnyomó része 6 óra után pozitív eredményt adott. 5 egyéneken conjunctivális eltérés ez időpont előtt sem volt észlelhető. Ezek cachexiás vagy nagyobb fokban anaemiás betegek voltak. A 24 óra után végzett vizsgálat alkalmával csak 3 esetben volt pozitív az eredmény.

Káros következménnyel a reactio nem igen járt. Egy esetben (cholelithiasis) oly heves lob fejlődött, hogy csak napok múltán, a szokásos kötőhártyalobkezelés után szűnt meg. Egy más esetben (ulcus ventriculi) pir nélkül kisfokú szemhéjduzzanat jelentkezett. Egyébként a pir csakhamar visszafélődött, az igen kifejezett, a sclerális kötőhártya belöveltségével járó esetekben kissé tovább, 1—2 napon át, állott fenn, a nélkül, hogy a betegnek tudomása lett volna róla. A közérzetre, a hőmérsékre a reactio nem hatott.

Ha a felsorolt 24 óra után végzett megfigyeléseket azokkal vetjük egybe, a melyeket Chantemesse 6—10 óra után végzett, a különbség a typhusüdülőkre, a typhusban szenvedettekre s a más bajokban szenvedőkre vonatkozó adatokban van. Chantemesse szerint minden typhusbeteg pozitív, minden más egyén negatív értelemben reagál, egy esetben azonban nem typhusos egyén is pozitív eredményt ért el. A mi vizsgálataink szerint a typhus-reconvalescensek csak az eseteknek mintegy felében reagáltak positive. A más bajokban szenvedők között pedig kis számmal ugyan, de akadtak positive reagálók. Vajjon ezek nem voltak-e

bacillusgazdák, tehát nem volt-e a szervezetükben typhusbakterium, nem volt kizárható.

Az adatok eltérő voltának magyarázásában kezdetben hajlandó voltam felvenni ugyanazon momentumok különböző voltát, a melyek vizsgálataimban a klinikai és kórházi betegek észlelésekor is fennforogtak. Ezek a beteg reakcióképessége és az alkalmazott toxin hatékonysága, minősége.

A beteg reakcióképességének, conjunctivális érzékenységének jelentősége a tuberculinpróbaival szerzett tapasztalatok alapján ismeretes. A III. táblázatból kiemelt 5 leromlott egyén 6 órán belül nem mutatott pozitív eredményt, a mit pusztán a csekély reakcióképességgel lehetne magyarázni. A typhus sok esetben a reconvalescens állapotban nagyfokú kevésvértséggel jár, a mi magában véve is magyarázhatná a láztalanoknak ritkábban pozitív reakcióját. Hozzájárul ehhez az is, hogy a kórházi typhusbetegek zömét a más-különbben is rosszul táplált, rosszabb sorsú betegek tették. Azonban, mint a csillaggal jelölt esetek bizonyítják, a klinikának lázasan pozitív reakciót adó betegek is reconvalescenciájuk alatt alig vagy csak kis mértékben reagáltak.

Míg e tényező azonban Chantemesse vizsgálataiban is szerepelhetett, lényegesen nagyobb jelentősége van az alkalmazott typhustoxin minőségének. Chantemesse a conjunctiva érzékenységén kívül a szembe cseppentett toxin mennyiségének, illetve a toxinhígítás fokának tulajdonított jelentőséget, s az említett adagot azért ajánlotta, mert az elkülönítő körjelzés céljaira a legalkalmasabbnak tartja. A toxin mennyisége mellett azonban igen fontos kérdés a toxin hatékonysága. Ez pedig függ a bakteriumtörzstől, a melyből előállítottuk, de annak a virulentiája nem mértéke a hatóképességnek. Néha emberből kitenyésztett igen virulens bakteriumtörzs csak kevéssé hatékony toxint termel s gyakran csak táptalajon történt többszörös átoltság után ad erős hatású mérget (*Madsen*). A kész toxin viszont igen labilis, néhány nap alatt csökkenhet mérgezőképességének értéke. Hosszabb időn át ezért el nem tartható, fény vagy hő hatására teljesen hatástalanná válhatik. Míg tehát a Wolff-Eisner-reactio céljaira egy állandó próbaoldat (*Calmette*) vagy a tuberculin áll a vizsgáló rendelkezésére, a typhustoxin tekintetében ez nem valósult meg. Valószínű, hogy a Chantemesse használta toxintól a tölem készítettnek hatóképessége különbözött, s talán ebben kereshető az eredmény eltérő voltának oka. Toxinoldatom 3 heti állás után még elég mérgezőnek bizonyult.

Az az élénk munkásság, a melyre Pirquet cutanreactioja a vizsgálóknak nagy számát indította, a typhus cutanreactiojának megkísérlésére buzdított. Pirquet előírása szerint jártam el, s a typhustoxinoldattal szemben hig carbololdatot használtam ellenőrzésképen. 4 typhus és 5 más eset volt a vizsgálatok tárgya. A typhus esetek közt 1 esetben láttam kisértékű pozitív reakciót, ez azonban miben sem tért el a 2 más bajban szenvedőn észlelt alig néhány milliméter átmérőjű bőrpírtól. Egy typhus eset kétséges eredményt adott. 2 typhus- s 3 egyéb esetben pedig negatív volt a reactio. Látván az eredményeknek megbízhatanságát, nem folytattam a vizsgálatokat.

Typhustoxinnal végzett allergiareactoról eddig csak Kraus, Lusenberger és Ruzs számolt be nagyobb számú eset kapcsán. Vizsgáló anyaguk, a mi az előállítást s a hatékonyságot illeti, különbözött Chantemesse typhustoxinjától. Egyszerűen vízzel kivont toxinjukkal eseteiknek alig 60-70%-ában kaptak gyenge pozitív reakciót. Midőn alkohollal kicsapott, nem hevített s el nem dörzsölt toxinnal dolgoztak, oly erős toxin állhatott rendelkezésükre, hogy vele nemcsak typhusbetegeken, hanem sokszor más bajban szenvedőkön is pozitív ophthalmoreactiót kaptak, a miben azonban annak s van szerepe, hogy a reakciót korábban értékelték. További vizsgálataikban kimutatták azt is, hogy a typhusbeteg más toxinnal tud reagálni. A cutanreactiót úgy a typhusban, mint a más bántalmakban szenvedőkön is pozitívnak találták. A prágai német orvosegyesületben *Zupnik* és *Jaksch* mutatták be kisebb számú (3 eset) megfigyeléseik eredményeit.

Vizsgálataim eredményét a következőkben foglalom össze:

1. A Chantemesse előírása szerint készült typhustoxinnal végzett szemvizsgálat 6 óra után úgy a typhusban, mint más betegségekben pozitív eredményt adhat; a pozitív reactio tehát nem jellemző typhusra.

2. Lázas typhusbeteg 24 óra után a legtöbb esetben értéke-

síthetően pozitív a reactio. A negatív reactio nagy valószínűséggel typhus ellen szól.

3. A reconvalescenseknek mintegy a fele negatív értelemben reagál.

4. A más betegségekben szenvedők 24 óra után legnagyobb-részt nem reagálnak, azonban reagálhatnak.

5. A cutanreactio a körjelzésre nem használható fel.

6. A typhusophthalmoreactio az állandó (standard) toxin hiánya s a toxin labilitása miatt gyakorlati célokra egyelőre nem alkalmas.

## A gümőkór gyógyítása a Spengler-féle vaccinatival.

Irta: *Hollós József* dr., kórházi prosector Szegeden.

A Spengler-féle módszer a Koch-féle dualismusos álláspontnak legfényesebb bizonyítéka. Mint ismeretes, az 1901. évi londoni gümőkór-congressuson az egész tudós világ általános ellentmondása között jelentette be Koch újabb tanulmányainak azon meglepő eredményét, hogy az emberi tuberculosishoz és a szarvasmarhák gyöngy-kórjának baciillusai nem azonos, egymásba át nem vihető. Ezen állítását a következő főbb érvekkel támogatta:

1. Marhák egészségesek maradtak vagy legfeljebb csekély helyi betegséget kaptak, ha emberi gümöbaciillusok tiszta tenyésztét bőrük alá fecskendezte, vagy őket ily tenyészettel fertőzött táplálékkal etette.

2. A gümős állatok tejének és húsának evése ellenére az emberek rendkívül ritkán betegszenek meg elsődleges béltuberculosisban.

A további érveket a dualismus bizonyítására már Spengler szolgáltatotta, a kinek először sikerült morfológiai és biológiai alapon e kétféle bacillust elkülöníteni. Elkülönítő festőmódszereivel kimutatható, hogy a gyöngy-kórbacillus kevésbé saválló s egyszerűen jóval nagyobb és vastagabb mint a gümöbaciillus s a két végén gyakran egy-egy spóra látható. A biológiai különbség pedig abban áll, hogy a két bacillus egymástól különböző optimális táptalajon tenyészik, a mely különbség a táptalaj összetételére és oxygentartalmára vonatkozik. A gümöbaciillus oxygendús, a gyöngy-kórbacillus oxygenszegény táptalajon tenyészik s e különbség oly kifejezett, hogy a két bacillus keverékéből a táptalaj minősége szerint az egyik vagy másik bacillus tisztán elkülöníthető. Ezen eljárások segítségével Spengler felállította az emberi gümőkór kettős aetiológiájának elvét. Szerinte a gümőkórt hol a gümöbaciillus, hol a gyöngy-kórbacillus idézi elő, gyakorta pedig, főleg a tüdővészesben, mind a két bacillus szoros symbiosisa található. Bizonyítja ezt — s egyszerűen a dualismusnak is legfőbb bizonyítéka — a serodiagnostikai eljárás s a specifikus toxikus reactio. Az előbbinek lényege az, hogy a gyöngy-kóros szarvasmarha vérsavója kizárólag a gyöngy-kórbacillust agglutinálja és praecipitálja, míg a gümöbaciillusra teljesen hatástalan; ellenben a tüdővészes ember vérsavója agglutinálja és praecipitálja úgy a gümö- mint a gyöngy-kórbacillust. Még kifejezettebb a két bacillus biológiai és toxicológiai hatása, melynek ismerete egyszerűen a specifikus kezelés alapköve. E kérdéssel tehát bővebben kell foglalkoznunk.

Mindenekelőtt meg kell állapítanunk, hogy az immunanyagok képzésére szükséges, hogy a szervezetbe vitt tuberculin a bacillusok összes toxinjait és anyagcsere-termékeit tartalmazza. Spengler azelőtt a filtrált bouillont és az elölt bacillusok emulsióját használta, újabban úgynevezett vaccint készít, a melynek  $\frac{1}{10}$  cm<sup>3</sup>-e tartalmaz 10 milligramm filtrált bouillont vagyis originális tuberculint és  $\frac{1}{10}$  milligramm testanyagot, vagyis a bacillusok testéből kivont toxinokat. A vaccinatio lényege, hogy a mesterségesen kifejlesztett agglutininektól, praecipitinektól és bakterioly sinektől felduzzasztott, előkészített bacillusok az alexinek behatására elpusztulnak. E hatást a fokozódó phagocytosis és a bacillusok toxinjaitól feloldott leukocytamagvak kiszabaduló nucleinsavja, mint kitűnő bacillusölő anyag, lényegesen elősegíti.

Ahhoz, hogy az immunanyagok minél nagyobb mértékben termeltesse, vagyis a gyógyítás és immunitás minél nagyobb foka legyen elérhető, szükséges, hogy a tuberculinokból minél nagyobb mennyiség szívódjék fel. Ennek azonban a régi Koch-féle kezeléskor minduntalan útját állották a folyton megújuló mérgezés-

tünetek, melyek a betegséget súlyosbították, sőt nem ritkán a halált is előidézték s a melyek egyszersmind az eljárást hamarosan rossz hirbe hozták. Spengler megállapította, hogy a *gyöngykovárcbacillus toxinjai és anyagcsere-termékei attenuált vírust alkotnak a tuberculosisbacillussal és toxinjaival szemben és viszont*. Ha valaki például tisztán (vagy esetleg túlnyomólag) tuberculosisbacillusokkal van fertőzve, benne a gyöngykovárcbacillus toxinjai kezdettől fogva gyógyítólag hatnak, a kezelés közben mérgezőtünetek nem mutatkoznak, holott ugyanezen egyénben a tuberculosisbacillus toxinjai már a legkisebb adagokban is súlyos mérgező hatást válthatnak ki; gyöngykovárcfertőzéskor ellenben a gyöngykovárcbacillus toxinjai váltanak ki mérgező s a tuberculosisbacillus toxinjai gyógyító hatásokat.

A toxikus reactio jelenségei: 1. *Helyi reactio*: már a legkisebb adagokra, pl. a „vaccin“ alkalmazásakor a milligramm 1 milliimod sőt kisebb részének injectiojára kifejezett pirosság és többé-kevésbé fájdalmas duzzanat keletkezik, mely napokig, sőt hetekig megmarad. 2. *Általános reactio*, melynek tünetei bányadság, fejfájás, étvágyhiány, álmatlanság, hőemelkedés (néha subnormális hőesökkenés), az érverés szaporodása vagy arhythmiája, a gümőkóros tünetek (köhögés, nehézlégzés, rekedtség, fájdalom, hasmenés, fehérjevizelés stb.) fokozódása. Ha toxikus reactio esetén a kezelést ugyanezen bacillustermékekkel folytatnók, kétségtelenül a halált is rövidesen előidézhethők. Mindezen tünetek azonban a másik bacillus anyagának befevskendezésére csakhamar — néha már pár óra alatt — eltűnnek.

Legelső ízben saját magamon volt alkalom pontosan észlelni a toxinok ezen physiologiai hatását. A tuberculosis-vaccin (TBV)  $1/1000000$ -od milligrammjának befevskendezésére csekély helybeli pirosság és érzékenység, majd  $1/100000$ -ed milligrammnak másnap végezt befevskendezésére kifejezett pirosság és fájdalom támadt. Hőmérsékletem, mely addig állandóan 37 alatt volt,  $37.1^{\circ}$ -ra emelkedett, étvágytalanság és nyugtalan, izgatott álm jelentkezett, kifejezett bányadságot, levertséget és izomfájdalmakat éreztem. Az összes subjectív tünetek a gyöngykovárc-vaccin (PV)  $1/1000000$ -od milligrammjának befevskendezésére egy óra alatt nyom nélkül eltűntek.

Kétségtelen tehát, hogy szervezetem tuberculosisbacillusokkal volt fertőzve; rám nézve e bacillusok toxinjai súlyos mérget, a gyöngykovárcbacillus toxinjai ellenben kitűnő „vaccin“-t képviselnek. Ezt a diagnostikai befevskendezés is bebizonyította, a mennyiben a tuberculosis bouillon-filtratum (ATO)  $1/10$  milligrammjának bőr alá fevskendezésére kifejezett helyi reactio keletkezett: mogorónyi piros, fájdalmas beszűródés, mely csak egy hét mulva tűnt el; míg a gyöngykovárc-tuberculin (PTO) hasonló adagja egy nap alatt eltűnő csekély pírál egyebet nem eredményezett.

Egész csomó olyan betegem van, kiken a toxikus reactio alapján a „human“ vagy „bovin“ fertőzöttség kétségkívül megállapítható. Példaként bemutatok néhány esetet.

#### 1. Tuberculosis-fertőzöttség.

T. L. 21 éves munkás. *Anamnesis*. Egy év óta minden éjjel erősen izzad. Három hó előtt vért köpött, azóta keveset köhög. Étvágya változó. Időnként rosszul alszik. *Jelenállapot*: Rosszul fejlett és táplált. A mellkas deformált. (Pectus carinatum.) A jobb kules feletti árok kissé besüppedt, u. o. rövidült kopogtatási hang s kissé hangosabb légzés. Pulsus: 72. Hőmérsék:  $37.2^{\circ}$ . *Diagnosis*: zárt tüdőtuberculosis. A kezelés kezdete augusztus 22.-én. A kezelés a TBV százmilliomod milligrammjának befevskendezésével kezdődött s az adagnak naponkénti, majd 2 naponkénti tízszeres fokozásával haladt a milligramm  $1/10000$ -ed részéig. E közben (8 nap alatt) a tünetek, nevezetesen a fejfájás, étvágyhiány, álmatlanság, köhögés napról napra fokozódtak, kifejezett rosszullet jelentkezett, a hő folyton emelkedett  $37.8^{\circ}$ -ig, a pulusszám a kezelés 8. napján 110. A toxikus reactio ezen kifejezett képe a gyöngykovárc-vaccin hasonlóan emelkedő adagjaira pár nap alatt tökéletesen eltűnt, a pulus már másnap 80-ra esett, a közérzet harmadnapra megjavult, s a negyedik napon a hőmenet reggeltől délig  $37.5$ -ről  $36.2$ -re esett s ettől kezdve állandóan  $36$  és  $36.5$  között maradt. A gyöngykovárcadagok fokozása mellett csakhamar teljesen jó közérzet fejlődött ki, a fejfájás, étvágyhiány, álmatlanság teljesen megszűnt, a köhögés jelentékenyen csökkent. A kezelés befejezte után 5 héttel: teljesen jól van, 3 hét óta nem

izzad, feje igen ritkán fáj, 3 kgm. hízás. Három hó mulva: semmit sem köhög, teljesen egészségesnek érzi magát; 6 kgm. hízás.

Hogy az isotoxinnak mily hihetetlenül csekély mennyisége is már elegendő lehet súlyos mérgező hatás kifejtésére, azt szintén nagyszámú idevágó esetem közül a következő, súlyosan lázas esettel illusztrálom.

G. R., 18 éves. *Anamnesis*. 6 hét előtt szült. Egy hónap óta állandóan lázas. Azóta keveset köhög, étvágytalan. Éjjelente erősen izzad. Rosszul alszik. Feje állandóan fáj. *Jelenállapot*. Mérsékeltlen fejlett és táplált. A tüdők felett csak kissé hangosabb légzés. A szívhangok tiszták; a pulus igen gyenge, alig számolható, száma perezenként 134. Diagnostikai injectio:  $1/10$  mgm. ATO október 9.-én. Másnap jókora diónyi, piros, fájdalmas, tömött duzzanat keletkezett, a mely csak hetek mulva tűnt el. A hőmérséklet, mely hetek óta állandóan  $38-39.2^{\circ}$  közt ingadozott,  $39.7^{\circ}$ -ra emelkedett, feltűnő rosszullet, szédülés, teljes álmatlanság jelentkezett. 3 nap mulva kezdtem meg a gyöngykovárc-vaccin befevskendezését százmilliomod milligramm kezdő adaggal. Egy hónap mulva állott be a saturatio, a mikorra az összes tünetek lassanként enyhültek s a hőmérséklet állandó csekély esésekkel a  $38.3^{\circ}$  maximumot egy hét óta nem haladta túl. Ekkor (november 12) a tuberculosis-vaccin tízmilliomod milligrammjának befevskendezésére másnap  $39^{\circ}$ -os hőemelkedés, s egy diónyi, tömött, fájdalmas beszűródés támadt, kifejezett általános toxikus tünetekkel: étvágytalanság, óriási fejfájás, teljes álmatlanság keletkezett, a köhögés és fáradságérzet fokozódott. A gyöngykovárc-vaccin egyetlen befevskendezése az összes tüneteket már másnapra jelentékenyen csökkentette. A beteg egyébként a hőmenet fokozatos lassú csökkenés mellett az 5. hónapban érte el a  $37^{\circ}$ -ot. A láz ellenére ambulans kezelésben részesült, 3 kgm.-ot hízott, a köhögés, éjjeli izzadás, álmatlanság megszűnt. Újabb oltási sorozatra a teljes gyógyulás bizton remélhető. Ezen esetekben tehát a tuberculosisbacillus toxinjai súlyosan mérgező hatást fejtettek ki, mely tünetek a gyöngykovárcbacillus toxinjainak befevskendezésére megszűntek. Ezen anyag egyszersmind úgy az objectív, mint a subjectív tünetek meggyógyítására szolgált.

#### 2. Gyöngykovárcfertőzöttség.

T. E. 18 éves, varróleány. *Anamnesis*: Nyolcz év előtt jobb kezén, majd ujján gümös daganat, melyeket operáltak. Fél év előtt jobb hónaljji mirigyduzzanat, mely a műtét után 3 hónappal begyógyult. Másfél év óta köhög. Azóta 8 kgm.-ot soványodott. Fél év előtt vércöpés, ugyanakkor jobboldalt mellhártyalob, azóta jobb mellkasában állandó szűrés. Gyakran szenved fejfájásban, igen hamar kifárad. Étvágya rossz. Menstruatioi kezdettől fogva rendkívül fájdalmasak. *Jelenállapot*. Elég jól fejlett, mérsékeltlen táplált. A jobb kules feletti árok kissé besüppedt. A jobb csúcsban rövidült kopogtatási hang, hangos légzés. A hőmérsék  $37.4^{\circ}$ . A pulus 90. A kezelés szeptember 13.-án a tuberculosis-vaccin százmilliomod milligrammjával kezdődött s az adag 2 naponkénti 10-szeres fokozásával haladt a saturatioig, mely  $1/1000$  mgm. után következett be. Ettől kezdve a beteg semmit sem köhög, jó étvágya van, fejfájása, fáradságérzése megszűnt. Október 23.-án 3 kgm. hízás. Most megkezdtem a gyöngykovárc-vaccin befevskendezését, ugyanazon kezdő adaggal és fokozással.  $1/1000$  mgm. után fokozódó rosszullet; az étvágytalanság, fejfájás, fáradságérzet fokozott mértékben tér vissza; 2 hét alatt 2 kgm. fogyás. Ekkor a tuberculosis-vaccin  $1/10000$  milligrammjának egyetlen befevskendezésére az összes subjectív tünetek néhány óra alatt elmúltak, a beteg még aznap este nagy sötét tesz, minden fejfájás és fáradságérzés nélkül. Azóta a beteg súlyban ismét gyarapodott, munkáját rendesen végzi, a közben jelentkezett subjectív panaszok (étvágytalanság, fáradság) a tuberculosis-vaccin befevskendezésekre teljesen eltűntek. Hónapok óta nem köhög. Oldalszűrés a kezelés második hetétől kezdve nem mutatkozott. A kezelés óta ötször menstruált, mindig teljesen fájdalom nélkül.

Ezen esetben tehát a tuberculosisbacillus toxinjai — melyek az előbbi esetekben mérgezőtüneteket okoztak — gyógyító hatást fejtettek ki, míg az amott gyógyítólag ható gyöngykovárc-toxinok ezen esetben hatottak mérgezőleg. A mérgezőtünetek a tuberculosis-vaccin egyetlen befevskendezésére megszűntek.

\* \* \*

Már ezen néhány esetből is a leghatározottabban látható s a Spengler-féle kezeléskor az esetek jelentékeny részében szigorú törvényszerűséggel megállapítható, hogy *ugyanazon bacillustoxin az egyik betegre nézve súlyos mérge, a másokra nézve hatalmas gyógyszer.* Avagy másképp formulázva: *ugyanazon betegre nézve az egyik bacillus anyaga mérgező, a másiké gyógyító.* A tények alapján feltétlenül a mellett kell állást foglalnunk, hogy itt teljesen különböző két anyagról van szó, a melyek egymásnak úgy a diagnostikában mint a therapiában szükségképeni kiegészítői. A dualismusként s az emberi tuberculosis kettős aetiológiájának elvét a therapia világosan igazolja.

Látványos tehát, hogy a specifikus kezeléskor nem közömbös dolog annak az eldöntése, vajjon az adott esetben tuberculosis- vagy gyöngykórfertőzöttség van-e, hacsak nem akarjuk betegünket a kellemetlen és káros tünetekkel járó toxikus reactióknak kiténni. Nyílt tüdőtuberculosisban a pontos köpetvizsgálat gyakran ad útbaigazítást: ennek hiányában, avagy köpetvizsgálatkor is a lelet bizonytalansága esetében a következő adatok szemmel tartása többnyire reávezet a helyes elkülönítő kórjelzésre: 1. a bacillus biológiai tulajdonságai, 2. a klinikai kép és esetleg 3. a diagnostikai oltás.

(Folytatása következik.)

### Az idült genyes középfülgyulladás 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.

(Folytatás.)

#### III.

Az idült középfülgyulladásokat két főcsoportra osztjuk. Vanak nem komplikált és komplikált genyedések. *Nem komplikált* genyedések alatt értjük azokat, melyekben tisztán a *cavum tympani proprium* nyálkahártyája beteg.

*Komplikált* genyedéseknek pedig azokat nevezzük, a melyekben a genyedés a nyálkahártyánál mélyebb rétegre, a contálmányra terjedt vagy valamely szomszédos, szintén genyeesen megbetegedett szervből vagy üregből a dobüreg folytonos reinfectiót szenved.

\* \* \*

A) A nem komplikált genyedésekre nézve jellegzetesek a következő tünetek: A váladék többnyire sűrű, zöldessárga, genyes, de lehet nyálkásgenyes is. Bűze legtöbbször nincs, de ha az eset elhanyagolt állapotban kerül hozzánk, bűzös is lehet. Ez a bűz azonban megszűnik néhány nap alatt, ha a váladék eltávolításáról és kellő desinfectioról gondoskodunk. Ha a bűz megszűnt, ez a javulás jele és a gyógyulásra nézve aránylag jobb prognoszt biztosít. A dobhártya rendszeren halványpiros, megvastagodott, zavaros, intransparens. *A kalapács mindig megtalálható*, markolata többé-kevésbé behúzódott. Ez függ a perforatio helyétől és nagyságától, a mi nagyon különböző lehet, kölesnyitől nagy lencsényiig változhatik. Alakja lehet kerek vagy ovális, kártyaszív vagy vesealakú, *de mindig centrális fekvésű*, azaz sohasem éri el a dobhártya csontos gyűrűjét. A dobhártya megmaradt részein nem ritkán kisebb-nagyobb krétafehér mészfoltokat láthatunk. A perforatió keresztül látható a dobüreg nyálkahártyája, mely rendszeren megvastagodott, piros: lehet duzzadt, vérbő, diffuse granulálható, lehetnek rajta kisebb-nagyobb exerescentiák, de ezek polypusokká ritkán nőnek ki. Néha a dobhártya széle is granulál, de nagyra e granulatiók sem nőnek, sőt hajlamuk van kötőszövetes organisatióra, a mely folyamat gyógyuláskor adhaerens hegekre, úgynevezett adhaesiv folyamatokra vezet. A leirt otoskopi kép mellett az inkomplikált otitis diagnózisának biztosítására még ki kell zárnunk a tuba- vagy melléküreg-megbetegedést. A tubamegbetegedés kizárására megtekintjük az orrgaratüreget s egy Politzer-féle levegőbefújást alkalmazunk, mely után a megelőzőleg alaposan megtisztított dobüregben nem szabad genynek megjelennie. A melléküreggenyedés kimutatásához szükséges eljárásokat a megfelelő fejezetben tárgyaljuk.

A hallószerv functionális viszonyai igen változók lehetnek. A hallás szobátávolság is lehet suttogó beszédre s lehet nagyfokú nehézhallás is, különösen, ha a genyedés régen fennáll. Ez kisebb mértékben függ a dobhártyadefectus nagyságától, mint a dobüregi nyálkahártyaelváltozások localisatiójától. Nevezetesen, ha az ovális és kerek ablak környékén oly elváltozások vannak, melyek az azokban levő képletek mobilitását csökkentik (stapes, membrana tympani secundaria), a hallás lényegesen rosszabb lesz.

A hangvillavizsgálat eredménye mindig tiszta hangvezetési akadály, kivéve azt a ritka véletlent, ha az eset egy accidentális (nem genyes) belső fülfülfectioval van kombinálva.

A csontvezetés ilyenkor a normálhoz képest meghosszabbodott, a Rinne-féle vizsgálat eredménye negatív. A Weibert a beteg fülbe vagy kétoldali megbetegedés esetén a rosszabb fülbe laterizálják. A magas (c4) hangok hallása jó, ép úgy a közép (16—32) hangoké (c = 128). A mély hangok (CII.—CI.) hallása levegővezetésnél negatív vagy tetemesen megrövidült.

Ha az inkomplikált otitis diagnózisát felállítottuk, a gyógy-eljárás igen egyszerű.

Ha a váladék bőséges, 2—3<sup>o</sup>/o-os langyos bóroldattal fecskendezzük ki a fület. Kifecskendezés után 6<sup>o</sup>/o-os hydrogenium hyperoxydatum oldatot öntünk a fülbe s 5—10 percig benne hagyjuk.

Ha a nyálkahártya granulál, a hydrogenium hyperoxydatumot 2<sup>o</sup>/o-os bórszpiritusssal váltogatva alkalmazzuk, s ha a váladék megcsökkent s bűzét elvesztette, rátérhetünk a tiszta alkohol-kezelésre. Igen jó a kettő vegyítve, például a következő alakban:

Rp. Perhydroli Merek  
grta 5·0  
Spir. vini concentr.  
grta 45·0  
DS. Füleseppek.

Ha a beteg érzékeny és ez a fülesepp nagyon esíp, csak lassan szoktatjuk az alkoholkezelésre, előbb vízzel elegyítve a cseppeket, vagy pl. a következő összeállítását ajánljuk:

Rp. Hydrogenii hyperoxydati  
Alcoholi absol.  
aa grta 25·0  
Acidi borici cryst.  
grta 2·0  
DS. Füleseppek.

Kisebb sarjadzó exerescentiákat szondára forrasztott argentum nitricum gyöngyöcskével érintünk. Nagyobbakat a Hartmann-féle kettős kanállal távolítunk el. Borsónyínál nagyobb polypusok inkomplikált otitisekben igen ritkák s csak igen elhanyagolt esetekben fordulnak elő. Ilyen nagyobb polypusokat ecrasseurrel távolítunk el (l. később a cariosus folyamatoknál).

Ezen kezelés alatt a váladék tetemesen megkevesbedik, a nyálkahártya granulatiói leesnek, ezáltal a nyálkahártya simább, majd halványabb lesz. Ha a váladék kevesebb, a fecskendezést elhagyjuk s a váladékot inkább apró sterilizált vattatörölkkel távolítjuk el, s ilyenekkel kiszárítva a dobüreg, kevés finoman porított bórsavat fujunk be a fülbe megfelelő porfúvó segítségével. 24 óra múlva ismét megtekintjük a fület.

Ha ilyenkor még bőséges váladékot találunk, visszatérünk a füleseppkehez. Ha a bórpör megmaradt, tehát a dobüreg száraz, vagy látható váladék nincs, legfeljebb annyi, a mennyiben a befútt por feloldódott, akkor megmaradunk a *száraz kezelés* mellett. Naponta kitoröljük és beporozzuk a dobüreg, mindaddig, míg legalább néhány héten át teljesen száraznak találtuk.

Ha heteken keresztül váladék nem jelentkezik és a nyálkahártyát halványnak, simának találjuk, az esetet gyógyultnak tekintetjük.

Persze a gyógyulás nem „restitutio ad integrum“, mert a perforatio az esetek nagy részében már nem záródik. Marad tehát egy száraz perforatio, melyhez gyakran adhaesiv folyamatok is járulnak. Ezek csak abban az esetben igényelnek kezelést, ha a betegnek hallását lényegesen csökkentik, vagy fülzúgást okoznak. Az otitis utáni residuumok kezeléséről máshol szólunk.

\* \* \*

B) Az idült középfülgyenedések második és nagyobbik csoportjába a komplikált otitisek tartoznak, tehát azon folyamatok, amelyekben nemcsak a cavum tympani proprium nyálkahártyája beteg, hanem a genyedés a nyálkahártyánál mélyebbre, a csontállományra terjedt, vagy valamely szomszédos, szintén genyesen megbetegedett szervből a folytonosan lefolyó váladék reinficiálja a dobüreget, s a folyamat e miatt nem gyógyulhat ki.

Ide tartoznak a következő esetek:

A tubamegbetegedés.

Az atticus és antrum megbetegedése.

A cholesteatoma.

A sziklaesont caries és nekrosisa.

Otitis media tuberculosa.

\* \* \*

#### Az Eustach-eső megbetegedései.

A tuba megbetegedése mindenkor az orrgaratüregből történt infectio következménye. Fennállhat az Eustach-féle eső nyálkahártyájának blennorrhoeás megbetegedése, vagy a mi gyakoribb, a genyes folyamat az orrgaratban székel és a fertőző anyag minden orrfúváskor bejuthat a tubába.

Tubamegbetegedés esetén, ha másféle complicatio nincs, az otoskopi vizsgálatkor a perforatiót többnyire az elülső alsó negyedben találjuk. A dobüreg mediális fala sokszor egész halvány, sima és ha a mindenkor nyálkás váladékot letisztítottuk, akárhányszor — Valsalva-kísérletnél — látni lehet a nyálkás váladék előbuggyanását a tuba dobüri szájadéka felől.

Az orrgaratüreg idült folyamatai származhatnak első sorban magából az orrgaratból. Okai legtöbbször adenoid vegetatiók, melyek az orrgaratür, vagy a Luschka-féle tonsilla nyiroktüszőinek kóros túltengéséből erednek, s gyakran recidiváló pharyngocatarthosokat okoznak. Az adenoidok legtöbbször heveny fertőző betegségek, mint scarlatina, morbilli, diphtheria, pertussis stb. után fejlődnek, de lehetnek veleszületettek is. Az adenoidok gyakran gümös természetűek. Dieulafoy szerint 35-ből 7, Lermoyez szerint 32-ből 2 volt tuberculosisos. Az adenoid vegetatiók Barth<sup>1</sup> vizsgálatai szerint az esetek 30%-ában középfülaffectiora vezetnek.

A tubagenyedés további oka lehet orrpolypus, a mely lehet valódi polyposus növedék, vagy lehet valamelyik orrkagyló elülső vagy hátsó végének kóros túltengése. Az ily módon létrejött nagyfokú szűkület a váladék pangását idézi elő, mely különösen orrfúváskor fertőzheti az Eustach-kürtöket. A valódi polypusok, különösen ha recidiválnak, mindig empyema gyanúját kelthetik. A melléküregegyedés szintén igen gyakran oka a tubamegbetegedéseknek.

A tubamegbetegedés gyógyulásának első feltétele az orr- és orrgaratüregbeli folyamatok megszüntetése. Tehát az adenoid vegetatiókat, a hypertrophiás tonsillákat, az orrpolypusokat eltávolítjuk. Az orrnak és melléküregeinek genyedését megfelelő kezelésben részesítjük, és csak ha ezen bajok kiküszöböltek, számíthatunk az otitis media gyógyulására. Nem ritkán látjuk azt, különösen gyermekeken, hogy adenotomia után 10—14 nap múlva a dobüreg száraz.

A fül kezelésében azután két elv érvényesül: a váladék szorgos eltávolítása és a beteg nyálkahártya kezelése. Azon eljárásokon kívül, melyeket az inkomplikált otitiseknél említettünk, a váladék eltávolítását eszközöljük levegőbefúvásokkal vagy a tuba átfeeszkendezésével; ha a váladék nem sok, megelégedhetünk levegőbefúvásokkal, ha a váladék bő és a perforatio elég nagy, az átfeeszkendezés van helyén. Kis perforatio mellett a tubát átfeeszkendezni nem szabad, mert labyrinthnyomást okozhatunk. Eljárásunk a következő: a tubába illesztett katheteren át közönséges fülfeeszkendő segítségével körülbelül 1—1½ deciliter langyos bóroldatot feeszkendezünk, miközben a beteg fejét kissé előre hajtja és feeszkendezés közben lélekzetét visszatartja, nehogy folyadékot aspiráljon. Később, ha a beteg ezt a kezelést megszokta, megtanul egész nyugodtan lélekzeni feeszkendezés közben is. Ezután Politzer-féle labdával levegőt fúvunk keresztül, miáltal a katheterben és a tubában visszamaradt feeszkendőfolyadék is eltávozik a fülön keresztül. Ezután úgynevezett

<sup>1</sup> Barth: Rachenmandel und Ohr.

tubafeeszkendőbe 1/2 cm<sup>3</sup> 10%-os zincum sulfuricum-oldatot szívunk fel. A tubafeeszkendő hasonlít az Ulzmann-féle feeszkendőhöz, csak vége konikus le van köszörülve, hogy a fülkatheter nyílásába illeszhető legyen. Most néhány csepp zinkoldatot feeszkendezünk a katheterbe, s innen ismét Politzer-labda segítségével a tubába hajtjuk. Ezt az eljárást heteken, sőt hónapokon át kell folytatni, míg eredményre jutunk. Ha a bóroldatos átfeeszkendezés nem vezet célra, igen ajánlatos a 1/2%-os tanninoldat.

Máskor célra vezet a kezelés, ha sikerül a tuba tympanalis ostiumát elzáródásra bírni. E célra egy kampószerűen meggörbített szonda végére lapisgyöngyöt forrasztunk és a tuba dobüregi nyílását megédezzük. Ismételt edzések után néha sikerül a tubanyílást elzáródásra bírni. Persze ilyenkor a levegőbefújásokat beszüntetjük.

Ilyen kezelés mellett, ha elég kitartással végezzük, a folyamat előbb-utóbb meggyógyul, ha egyéb complicatio nincs, a mit a további vizsgálat van hivatva eldönteni. A prognosis annál jobb, minél jobb a hallás, mert ha az úgynevezett jóindulatú otoskopi kép mellett a hallás aránytalanul rossz, úgy valószínű, hogy a labyrinth tokja is beteg és ilyenkor a gyógyulás bizonytalan.

(Folytatása következik.)

## Megjegyzések Schütz Aladár dr.-nak „Újból a Székely-tej kritikája“ című czikkére.

Irta: Deutsch Ernő dr.

Nem akarok azon hibába esni, hogy egy dolgozat megjelene után 3 és egy tudományos testület ülésén elhangzott felszólalás után majdnem 1/2 évvel foglalkozom vele, ezért rögtön kívánok Schütz bírálatával foglalkozni.

Az „Orvosi Hetilap“ 1905. évfolyamában megjelent dolgozatot következő szavakkal kezdtem:

„Teljes tudatában vagyok annak, hogy az ingyentejintézménnyel kapcsolatosan működő rendelőintézetben szerzett tapasztalatok nem bírnak abszolút klinikai értékkel. A rendelőt látogató elemek majdnem kivétel nélkül a proletariatus soraiból kerülnek ki, a nekik szóval és írásban hirdetett hygienikus alapelvek nem találhatnak talajt. Ha a nyújtott táplálék teljesen kifogástalan is, az adagolás módja — eltérés az előirt mennyiségtől, piszkos szopóüveg stb. stb. — és különböző mellékkörülmények a jó eredmények elérését nagy mértékben megnehezítik. De épen e súlyos helyzet készlet azon nézet kijelentésére, hogy az e környezetben nyert relatív jó adatok megfelelő körülmények mellett az abszolút jót megközelítenék.“

A dült betűkkel írott mondatok bizonyítják, hogy dolgozatot s statistikámat higgadt önbírálattal készítettem.

A mi a számadatokat illeti, azokra nagyjában csupán azt jegyzem meg, hogy kevés ily irányú bel- vagy külföldi dolgozat szerzője hivatkozik nagyobb számú — 653 — észlelésre, mint a szóban forgó czikkben én.

Statistikából tárgyilagosan vagy „cum ira et studio“ lehet következtetni; hogy Schütz az utóbbi szempontot választja, azt a következőkkel kívánom bizonyítani. A bíráló az 5 hónapi tartammal bíró észleleteket — számuk 91 — egyszerűen elhanyagolja s csak az 5 hónapon felülieket veszi bírálat alá, bár nézetem szerint 5 óra kiterjedő észleletekből már jogosan lehet következtetéseket vonni, de Schütz-nek malmára a 67 eset inkább hajtja a vizet mint a 67 + 91. De lássuk a súlyszaporodásra vonatkozó kijelentéseimet.

„Adataink megítélésekor szem előtt kell tartanunk, hogy az intézetünket látogató asszonyok a legszegényebb és legműveltelebb társadalmi osztályokhoz tartoznak. A nekik mondottakat csak elvéve tartják be, a csecsemők ápolását éretlen gyermekekre vagy babonás aggokra bizzák. A kised sokad magával egészségtelen légkörben, piszkos rongyokba takarva tengeti életét. Hogy ily csecsemő a megfelelő táplálék mellett sem mutathatja a kívánt szaporodást, azt fejtegetni nézetem szerint teljesen felesleges.“

„Külön kell azonban foglalkoznunk azon csecsemőkkel, kik súlyszaporulatot nem mutattak és azokkal, kiknek heti súlyszaporodása 100 gm. alatt maradt.“

„Az első csoportba tartozókat a III. táblázatban találjuk felteintve. Kiténik ez összeállításból, hogy e csecsemők javarésze

már betegen lett bemutatva (nyolcz egészséggel szemben 70), hogy az észlelés ideje alig terjed négy hétre s hogy halálozási százalékuk felette nagy, vagyis oly állapotban lettek bemutatva, a mely a szaporodás elmaradását érthetővé teszi.“

„A IV. táblázat első két rovatában megtaláljuk azon csecsemők összeállítását, kiknél 100 gm. alatt maradt a súlyszaporodás. A jelentkezéskor már beteg csecsemők 46·95<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ánál volt csekély szaporodás található, e kisdetek 78·78<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-a több betegségen esett át, mely tény teljes mértékben igazolja a gyenge eredményt. A jelentkezéskor egészségesek közül 57 mutatott 100 gm.-on aluli szaporulatot, ezek közül 42 betegedett meg táplálás közben, még pedig 11 a gyomor és bél, 31 egyéb szervek megbetegedésében, úgy hogy csupán 15-nél nem motivált a súlygyarapodás csekély volta. Ha azonban tekintetbe vesszük, hogy a szülők gyakran nem törődnek gyermekeik betegségeivel vagy az emésztőrendszer bántalmában szenvedve, e tény eltitkolják, félve a tej ideiglenes megvonásától, csekély műveltségüknél fogva inkább nem jelentkeznek a kis beteggel, csak hogy ne éhezzenek (tea vagy *Kafeke*-leves-diaeta!), úgy hogy valószínűleg a 15 közül is a java rész a betegek rovatába sorozható. A szaporodást általában nem mutatják a IV. táblán vannak feltüntetve. Ezeknél az észlelet rövid volta szembeszökő.“

E következtetés objectív válasz *Schütz* érvelésére.

*Schütz* a *Székely*-tej iránti idiosinkrasiája által vezetett az összmorbidityt a tejnek tulajdonítja, bár a legrosszabb akarattal is csupán az emésztőszervek megbetegedését tudhatja be a tápszernek. Objective taglalva e kérdést, a súlyszaporulatnál mondottak ide is vonatkoznak. Hogy pedig mesterségesen táplált csecsemőknél 19·25 gyomorbelmegbetegedés nem nagy százalék, az azt hiszem általánosan ismert.

Az angolkórra vonatkozó érvelésem egyszerű logikája a következő volt:

„Nagy fontosságot tulajdonítanak egyes csecsemőtáplálási módszerek megítélésükre, hogy hány kisdeden fejlődött a táplálás folyamán angolkór. *Siebert* nézetét vallom észleleteim alapján én is, hogy tudniillik létezik egy átöröklődő praedispositio, melynek alapján táplálkozási vagy belégzési („Armenleutegeruch“) ártalmak hozzájárulásával s nem kizárólag a mesterséges táplálás következtében keletkezik az angolkór. Százával észlelem a természetes táplálás folyamán fejlődő rachitist és kitűnő esontrendszerű kisdedeket tudok hasonló számban demonstrálni, kik születésük pillanatától fogva tehéntejjel lettek ellátva. Helyesen jegyzi meg *Brunier*: „Allaité dans mauvaise conditions, un enfant au sein peut devenir également rachitique“. A *Székely*-tejjel tápláltak közül csupán 0·62<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban észleltem angolkórt, a már bemutatáskor rachitikus 16·86<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban a táplálás folyamán javulás mutatkozott.“

A halálozásról a következő módon emlékeztem meg:

„Intézményünkben az egészségesen (V. táblázat) bemutatottak közül 1·24<sup>0</sup>/<sub>0</sub> halt meg az emésztőrendszer megbetegedéseiben, 3·10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> egyéb bántalmakban; a betegen bemutatottakra nézve e számok 4·88 és 4·67<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. (VI. táblázat.)

Összehasonlítva ez adatokat a nagy városok csecsemőhalandósága által nyújtottakkal, szem előtt tartva azon táblázatot, mely a mesterséges és természetes táplálásban részesülők és a szülők társadalmi állása szerinti halálozás közti különbséget mutatja, tekintetbe véve a mintaszerűen vezetett csecsemőkórházak és egy elismerten jól administrált kisközség — tehát könnyebben vezethető — ingyenes intézet csecsemőmortalitását, el kell ismernünk, hogy ez irányban máig el nem ért eredmények azok, a melyeket a *Székely*-tejjel tudunk felmutatni.

Tanulságos a VII. táblázat, mely szerint a halálozás legnagyobb százaléka az első hónapban áll be, tehát azon időszakban, midőn a megelőző ártalmak szerepelnek jórészt mint kórokozó momentumok.

Tekintetbe véve, hogy a betegen bemutatottak 43·49<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-a szenvedett emésztési zavarokban és az először egészségesen jelentkezők közül nagyrészt a szülők hanyagsága folytán 19·25<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban támadtak gyomorbelmegbetegedések és a halálozás mégis csak 4·88 illetőleg 1·24<sup>0</sup>/<sub>0</sub> volt, fényes bizonyítéka annak, hogy a *Székely*-tej a csecsemők gyomorbelbántalmainak kezelésében nagy fontossággal bír.“

Az összegezés 4. pontjában említettek, melyek szerint „közön-

séges tej, mixte-táplálás, *Kafeke*-liszt alkalmazásának módja“ hiányzanak, feleljen dolgozatomban következő részlete:

„A francziák által inaugurált „allaitement mixte“-nek nagy barátja vagyok, a véle elérhető eredmények majdnem egyenlő jók a női tejjel elértekével. Az ily táplálás mellett azonban a mesterséges tápszer értékét megbecsülni lehetetlen. Ez oknál fogva ez eseteket kimutatásomban nem vettem fel.“

Közönséges tejet ezen csecsemőknek általában nem, *Kafeke*-leves pedig csak 1—3 napig adtam mint diateticumot

Az ingyenes intézményt látogató anyák kötelessége havonként legalább kétszer csecsemőikkel súlymérés czéljából jelentkezni; ha ezen előírásnak nem tesznek eleget, vagy távolmaradásukat nem igazolják, tejutalványukat elveszítik. Rögtön feltűnik továbbá, ha egy asszony a tejet nem hordja el pontosan, mert a jelentkezések állandóan számon lesznek tartva és a távolmaradás oka kikutatva s feljegyezve. Ezen egyszerű eljárás folytán anyagunk nem vész el szemünk előtt s így *Schütz* azon állítása, mely szerint:

„Bátran merem ezek után állítani, hogy a betegbb gyermekek nagy része elmaradt, hogy a halálesetek nem kis száma az Ingyentes-intézetben kívül, ennek tudta nélkül történt s az intézet kötelességében a *Székely*-tej hatása folytán még többen mentek volna tönkre“ tarthatatlan, sőt meglepéssel kell konstatálnom, hogy az évek előtt kezelték betegség esetén még ma is hűségesen jelentkeznek rendelésemen.

Nem szeretek tényeket kiforgatni, a polemizálás sem kényerem, ezért tartottam leghelyesebbnek állításaim objectivitását egyszerűen dolgozatomban megfelelő részeivel illusztrálni.

Végül még néhány általános megjegyzés!

Az utolsó években az egészséges és beteg csecsemő diatetikája nagy mértékben haladt, ezen haladásból leszűrődő igazságok elől, mint azt az orvosegyesületben is kiemelttem, egy gondolkodó orvos sem zárkozhatik el. Én is megtanultam nemcsak „ex libro“, hanem nagyrészt a gyakorlatból, hogy a különböző tápártalmak ellen czéltudatosan diatetikus úton kell küzdenünk s ezen czélzattal ajánlottam a linzi tejtelep zsirszegény, zsirdús és szénhidratgazdag készítményeit, mert a központi tejesarnok még nem valósította meg *Székely* kívánságát, hogy tápszerét zsirtartalom szerint különböző típusokban állítsa elő. A szóban forgó kérdést tárgyilagosan taglalva, *Székely* nézetét kell elfogadnunk, mely szerint ő a CO<sub>2</sub> dekaseináló tulajdonainak felfedezője, a neve alatt forgalomban levő gyermekek orvosok előírása szerint készül s e készítés — az individualizálás elvét tartva szem előtt — bármely pillanatban megváltoztatható.

Az ingyenes intézetben a mesterségesen tápláltak száma — a közönség elveinket megismerve és átértve — évről évre csökken, az asszonyok javarésze már az első élethónapokban mint csecsemő mutatja be kisdédét s a mesterségesen tápláltak rendszeren az első félévén túl kerülnek szemem elé, úgy hogy a *Székely*-tejre vonatkozó újabb keletű tapasztalataim igen csekély számúak; helyes volna ezért, ha *Schütz* saját, valószínűleg újabb keletű észleleteimnél nagyobb számú és tovább megfigyelt eseteit valamennyiünk okulására közölné, mert nem hiszem, hogy megsemmisítő ítéletét csupán egy más szerző dolgozatainak elbírálásán építi fel.

A fentiekkel, az orvosegyesületben elhangzottakkal és a *Berend*-, *Székely*-féle cikksorozattal nézetem szerint a kérdés polemias része busásan ki van merítve.

## TÁRCZA.

### Húsvéti kirándulás — Pöstyénbe.

(Egy lap a báneológiai társulat albumába.)

Azzal ugyan tisztában voltam, hogy a sötét laboratóriumot, a hol még verőfényes nappal is gáz- vagy villamos világítás mellett kell dolgoznom s a hol nyolcz hónapig tartó köhögést, náthát és fejfájást szereztem, néhány napra ott kellene hagyni, de hogy hova menjek, azzal nem voltam tisztában. Olaszországba menjek, fájni és dideregni, mansarde-szobáért könyörögni, egy sonkás omelette-ért Európa valamennyi turistájával versenyezni? Nem, ezt nem teszem. Inkább elmegyek Balmaz-Ujvárra vagy Nagydisznódra, jöllehet nem szeretem, ha cipőmet paszta helyett, ősi szokás szerint, merész

köpésekkel tisztítják és fényesítik; de ha már itthon akarok maradni, muszáj épen Balmaz-Ujvárra vagy Nagydisznódra menni? Félek, hogy nem lesz valami nagyon bő választás. Elővettem a mi magyar globusunkat és szemem megakadt Pöstyéne. Eszembe jutott, hogy több évvel ezelőtt rajnai hajón utazva, találkoztam valami venezuelai vagy rhodesiai emberrel — már igazán nem tudom biztosan hova való volt —, a ki sokat dicsekedett azzal, hogy köszvényét Pöstyénben hagyta s a ki azt mondotta, hogy ott a hotelek télen is nyitva vannak. Feltehettem tehát, hogy lesz fűtött szoba és ennivaló is. Tolongástól, vagy pláne cigányzenétől sem tartottam, tekintve, hogy honfitársaim Pöstyént még nyáron sem igen sűrűn látogatják. Így tehát lesz, a mi nekem kell: esend, nyugalom, alvás és levegő. Három órai utazás gyorsvonaton sem valami nagyon megerőltető. Megyek hát Pöstyénbe, a hol — s ez is csak most jutott eszembe — épen 18 év előtt jártam, megvizsgálandó a híres thermát és iszapot.

Megérkezem. Rendes utcák, melyeken csak az tűnik fel, hogy nincsenek befásítva, takaros házak — persze még számos viskó is, a melyek azonban előreláthatólag mihamarabb el fognak pusztulni —, gondozott járdák, villamos világítás, kényelmes, tiszta, sőt fényes hotelek. Mi ez? Ez nem az a Pöstyén, a melyet 18 év előtt láttam! Szinte kételkedem, vajjon csakugyan magyar fürdőhelyen vagyok-e, nem vitt-e a vonat tévedésből vagy ezer kilométerrel odább? Azzal biztatom magam, hogy ez csak az első benyomás; ki tudja, hogy mindez milyen *belül!* Láttam én már Magyarországon kívülről nagyon impozáns vendéglőt, a honnan 24 órai vakaródzás után megszöktem, hogy soha többé ne lássam.

De hála az égnek esalódom, nemcsak a selyemviganó, hanem az alsószoknya is tiszta; sőt még egyik-másik ház is, a mely kívülről nem nagyon mutatós, belül kedélyes, barátságos, takaros, bár még nincs saison és nincs itt még senki, a ki potemkini falvakat mutasson. Különbösen hiába is mutatna, mert azt, a mit ilyen helyen első sorban meg szoktam nézni, azt nem lehet hamarosan a derék muszka módjára kifesteni. Nem a kávéház vagy a cukrászda, hanem a *W. C.* ajtaját nyitom ki először, mert tudom, hogy ez a esendes hely csalhatatlan fokmérője minden vendéglőnek és fürdőnek. Meglesem a szobalányt (hony soít qui mal y pense), hogy az ivóparat a vendég használt törülközőjével törli-e ki; hogy a lepedőt lehúzza-e az ágyról, vagy megelégszik-e azzal, hogy tenyerével végigsimogassa stb. És ime: ezek a vendéglők és jobb házak, melyeket megtekintettem, kiállották ezt a legnehezebb próbát! tehát igazi civilizatio, nem pedig csak hü-hó!

De látok egyebet is, a minnek 18 év előtt nyoma sem volt. Látok a szigeten, a hol a 60 C<sup>o</sup>-ú források fakadnak és a hol azt a rejtélyes, valószínűleg vulkános eredetű iszapot bányászzák, mely érdemes volna arra, hogy hatásának magyarázata felett jobban törjünk a fejünket mint eddig, olyan fürdőket, hogy a legelkényeztetettebb globetrotter is meg lehet velük elégedve; látok eredeti, csinos, kétkerekű kocsikat, zárt coupékkal, melyekben derék tót legények — „infanteristák” — vágatva viszik a vendéget a fürdőbe. Mintha csak Japánban volnánk. Látok a sebesen folyó Vág partja mentén elhúzódó, szépen ápoltságú száz holdas parkot, kedves kilátással a közel láthatáron elhúzódó ibolyaszínű hegylánczra és a parkot szegélyező csinos villasorra. Még azt a kis, ódon színházacska is jól esik látni, mely szerényen egy pár bokor mögött húzódik meg az új, tágas kurszalón és az impozáns grand Hôtel Rónai szomszédságában.

Ó-Pöstyén felé sétálva megakad a szemem egy jókora nagyságú épületen, a melynek hellen stylusú oszlopos façade-ján ezt a legmodernebb felirást olvasom: *A munkának.* Hát ez micsoda? Kérdem a ház előtt sőpregető asszonyt. Munkás-kórház.

*Weisz Ede* doktor, ezen intézmény igazgató-főorvosa, készséggel megmutat és megmagyaráz mindent. 1894-ben alapította *Winter Sándor*, Pöstyénfürdő mostani bérloje és derék igazgatója, kezdetben 4 ágygyal. Azóta a fürdőigazgatóság és a főorvos együttes működése és szakadatlan munkája a maga nemében páratlan munkásjelölti intézményre fejlesztette. Jelenleg már 180 ágy áll rendelkezésre. A különböző iparokban, de különösen a vasutaknál csaknem nyomorékká lett munkás, kinek azelőtt alig volt módjában a fürdőt felkeresni, most itt, szigorú felügyelet alatt, állandó és gondos orvosi kezelésben, egészséges lakásban, jó és izletes táplálékban részesül.

A gondoskodás annyira megy, hogy a munkáspensionatusban illetőleg kórházban ápolat munkások számára külön omnibusok állanak rendelkezésre, melyek őket a fürdőbe és onnan vissza viszik. A munkások ápolási díjait a különböző vasúti igazgatóságok és betegpénztárak fizetik és a lehető legalacsonyabbra vannak szabva. Az összes ellátás, mindent beleértve, naponként 1 kor. 50 fillér. A fürdőigazgatóság igen gyakran még az útiköltségeket is előlegezi! Igénybe veszik ezen, az alapító esztét és szívét egyaránt dicsérő szép intézményt nemcsak belföldiek — pl. a magyar államvasutak számára külön osztályt szerveztek —, hanem igen nagy számmal külföldiek is, különösen a német birodalomból, s igénybe veszik annyira, hogy nemcsak a 180 ágy van állandóan betöltve, hanem a jelentkezők egy részét magánházakban is kénytelen az igazgatóság elszállásolni. Jól esik látni az itt uralkodó példás rendet, a meglepően gyorsan gyógyuló munkások megelégedését és jókedvét s jól esik hallani dicsekedésüket a kúra eredményével, melyet *Weisz Ede* főorvos mintaszerűen berendezett saját Zander-intézetében is elősegíteni igyekezik.

Mindaz, a mit itt láttam, gondolkodóba ejtett. Vajjon mi lehet az oka annak, hogy ez a fürdő ilyen gyorsan halad előre, minek köszönheti, hogy a látogatók száma, körülbelül másfél évtized alatt, két és fél ezerrel *tizenegyszerre* emelkedett, még pedig úgy, hogy a fürdővendégek túlnyomó része és még inkább színe java *külföldi*: német, francia, angol, orosz, amerikai stb., holott a magyar fürdők általában csak imig-amúgy tengődnek és olyan idegent, a ki nem meghívásra potyázik, hanem a ki pénzt is hoz az országba, alig látnak?

Bizonyos, hogy ebben Pöstyén sajátos természetének, kétségtelen gyógyerejének jelentékeny része van. De mivel ezt a speciális hatását régebben is ismerték, sőt talán még gyakrabban hangoztatták mint ma, az emelkedésnek ez nem lehet az oka. Valódi oka szerintem az, hogy a fürdő ezelőtt 18 évvel okos, szorgalmas, világlátott és elegendő tőkével rendelkező emberek (*Winter Sándor és fiai cég*) kezébe jutott, a kik tudják, hogy kapzsisággal nem lehet boldogulni, vetés nélkül nem lehet aratni, s hogy civilizált ember a mai korban fürdőhelyen ugyan első sorban gyógyulást keres, de olyan körülmények között, melyek az európai ember módjára való megélhetést lehetővé teszik és őt a kúra idejére nem kényszerítik olyan életmódra, melynek borzalmaikat csak az nem érzi, a ki vidéki vendéglőnél vagy olyan koresmánál, a hol paprikás csirkénél egyebet nem lehet találni, jobbat sohasem látott.

Ha az itt Pöstyénben tapasztaltak alapján meggondolom azt, hogy egyetlen ilyen magyar fürdő, idegenforgalma révén, erkölcsileg és anyagilag mennyit használ az országnak, a kormány elsőrendű hazafias feladatának tartanám a fürdőügyet komoly megfontolás tárgyává tenni és teljesíteni a magyar balneológiai társulat azon kívánságait, melyek első sorban kielégítő hitel megteremtésére vonatkoznak.

*Liebermann Leo* dr.  
egyetemi tanár.

### Továbbképző tanfolyamok orvosok számára.

(A szünidei orvosi cursus 25 éves évfordulója alkalmából.)

1883 május hó 5.-én *Fodor József* meghívására a budapesti egyetem orvosi karának előadói „orvosok számára évenként tartandó rövid és gyakorlati ismételő cursusok fölött tanácskozás” czéljából a budapesti kir. orvosegyesületben értekezletet tartottak. Az első cursust ugyanezen év őszén *Fodor József* elnök és *Müller Kálmán* titkár rendezte. Az alapelveket a szerzett tapasztalatok alapján *Korányi Frigyes* és *Dollinger Gyula* szerkesztette meg s ezek maradtak irányadók a mai napig, jelölül annak, hogy bölcseletről és gyakorlati érzékelről voltak megállapítva.

Az eddig rendezett 14 tanfolyamon kb. 1000 orvos vett részt, több mint 100 előadó kb. 300 előadási cyclust tartott. A cursus tagsági díja kezdetben 60 K, majd 50 K volt, később pedig 20 K beiratkozási díjra szorítkozott. A vallás- és közoktatásügyi ministerium *Tóth Lajos* közbenjárására az utolsó években évi 1000 K-val járul hozzá a rendezés költségeihez. A szünidei orvosi cursus intézménye negyed század alatt valóban bevált. Mai keretében azonban már alig felel meg nagy feladatainak. Akkor, midőn Poroszországban 30 szervezet s egy hatalmas központi bizottság rendezte a tanfolyamokat, nálunk önkéntes vállalkozók szabad idejüket boesátják a jó ügy rendelkezésére.



Előrelátható volt, hogy ilyen módon intézményünk, mely megelőzte a külföldet, csakhamar elmarad; ezért 1906-ban javasoltam a tanfolyam reorganizálását és pedig mintául a porosz rendszer szolgált. Az előadói értekezlet akkor nem fogadta el javaslatomat (l. O. H. 1906) s az eddigi keret fenntartását határozta el. Azóta a porosz szervezetből német birodalmi lett, s 1908 márczius hó 15.-én megalakult a német birodalmi központi bizottság, mely működését az egész német birodalomra kiterjeszti. Az orvosok továbbképzését szolgáló *Frigyes császárné-házat, a düsseldorfi és kölni orvosi akadémiákat* e folyóirat hasábjain már ismerttettem, most a ezéltudatos munka a kultura egy újabb szervét létesítette, melynek ismerete talán meggyőzi a kételkedőket, hogy nem halaszthatjuk tovább intézményünk újjászervezését. Épen ezért röviden közlöm a birodalmi központi bizottság megalakulásáról szóló tudósítást. A tanulságokat nem lesz nehéz levonni, ha a mi kevésse látogatott értekezleteinkkel összehasonlítjuk.

A berlini *Frigyes császárné-házban* tartott alakuló ülésen jelen voltak *Althoff* elnöklésével (az ő neve már egész programot jelent) az egyetemek, ministeriumok, hatóságok képviselői. Az elnök megnyitójában hangsúlyozta, hogy a birodalmi központi bizottság megalakításával nem akarnak központosítani, hanem a vidéki szervezeteknek erőforrásokat óhajtanak megnyitni.

*Renvers* a porosz központi bizottság nevében szólott. Felémelte, hogy Poroszországban a porosz központi bizottság vezetésével 30 vidéki városban vannak továbbképző tanfolyamok. A többi szövetséges állam is követte a porosz példát. Felemlíti, hogy a *Frigyes császárné-ház* gazdag felszereléseivel, kiállításával, tanszergyűjteményével s a *Zentralblatt für ärztliche Fortbildung* mind-megannyi eszköz arra, hogy a ezélt, az orvosok továbbképzését megfelelő eszközökkel szolgálja. A szervezet fejlesztése újból kedvező auspiciumok mellett indul meg, mert a birodalmi központi bizottság tiszteletbeli elnökségét *Bülow* herceg kancellár vállalta el. *Bethmann-Hollweg* minister képviselőjében *Jouquières* szólalt fel, ki a birodalmi hatóságok meleg érdeklődését tolmácsolta. *Kutner*, az orvosok továbbképzésének lelkes és állandó harszosa, kifejtette a központi bizottság feladatát, mely kiterjed a szociális törvényhozási munkára, az ipar-hygiénére, a járványellenes küzdelemre, a népbetegségek figyelemmel kísérésére, a tanszergyűjtemény gyarapítására és szélesebb körben való hozzáférhetővé tételére s mindenekelőtt arra, hogy a vidéki orvosok lakóhelyeiken vagy azokhoz közel részesülhessenek továbbképzésben.

Az alapszabályok tárgyalásában részt vett *Waldeyer*, *Studd* minister, *Angerer* (Münchenből), *Credé* (Dresden) stb. Last but not least maga a német császár a következő sürgönyt intézte a központi bizottsághoz: „Szívvel örülök az orvosok továbbképzése birodalmi központi bizottságának megalakulásán s a felejtetetlen anyámról való megemlékezésen. A német szövetséges államok bizottságának közös munkáját hazánk számára oly fontos területen élénk érdeklődésem és legmelegebb jókívánságaim kísérik.”

A legközelebbi szüniidei orvosi cursus előadói értekezletén újból indítványozni fogom intézményünk fejlesztését s újjászervezését s reményem, hogy sikerülni fog az értekezletet meggyőzőn, hogy megnövekedett feladatainkat kicsiny eszközökkel nem oldhatjuk meg.

*Grósz Emil.*

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Jessner: Dermatologische Vorträge für Praktiker.** A. Stuber's Verlag (Curt Kabitzsch), Würzburg, 1908.

*Jessner*-nek gyakorlati irányú dermatologiai előadásait már több ízben volt alkalmunk méltatni. Minden egyes alkalommal kiemeltük, hogy a füzetekben megjelenő előadásokat úgy a tudományos színvonal, mint a stílus kiválósága és első sorban a gyakorlati irány szigorú betartása jellemzi legjobban. Nagy előnye az előadásoknak, hogy mindegyikük — függetlenül egymástól — közérdekű, az orvosi gyakorlatban minduntalan előforduló témát ölel fel s azt teljesen megvilágítva tárja az olvasó elé. Legújabbán ismét három ily különálló előadás jelent meg. Az első az akneról és annak kezeléséről szól. (*Die Akne und ihre Behandlung, dritte verbesserte*

*Auflage. Ára 0.70 márka.*) A most már 3 kiadást megért füzet velősen és minden fontosra kiterjedően tárgyalja e felette gyakori bőrbántalmat. Elolvasása után minden orvos teljesen tájékozva van a betegség felől. A sorozat második tagja a kozmetikai bőrbajokról szól (*Kosmetische Hautleiden, zweite Auflage. Ára 2 márka*). E kissé vaskosabb füzetben áttekintően tárgyalja a szerző mindazon bőrbántalmakat, melyek nem annyira betegség, mint inkább kellemtelen állapotszámba mennek, de a melyekkel a gyakorló orvosnak is mindennap van dolga. Különös figyelmet érdemel e füzetben a therapiának gondos, körültekintő leírása. A harmadik füzet a viszkető bőrbajokat öleli fel (*Juckende Hautleiden, dritte verbesserte Auflage. Ára 2 márka*). A viszketés, mely annyi bőrbajnak lehet sarkalatos vagy legalább is részjelensége, e füzetben részletesen van ismerttetve. A szerző a viszketésre vonatkozó általános élettani és pathologiai adatok tárgyalása kapcsán áttér a viszketés általános therapiájára, majd pedig mindazon dermatologiai kórformákra, melyeknek jellemző tünete a viszketési érzés.

A kiadócézég hálás feladatot végzett, a mikor e gyakorlati irányú előadásokat összegyűjtve 2 kötet alakjában is kiadta. A teljes kiadás első kötete 10 előadást tartalmaz (hajhullás, akne, viszkető bőrbajok, bőrbajok belső kezelése, szappanok dermatologiai szerepe, lábszárfelekélyek ambulans kezelése, dermatologiai gyógyítóanyagok, kis gyermekek bőrbajai és a szakal betegségsei. A második kötetben 8 előadás foglal helyet. (A syphilis diagnózis, therapiája, a psoriasis, az eczema diagnózis, kezelése, kenőcsök és pasták, kozmetikai bőrbántalmak és kokkogen bőrbajok.) A két kötetes munka tanulásra és továbbképzésre nagyon ajánlható.

*Guszman dr.*

**Ch. Bonne: L'écorce cérébrale. I. Développement, morphologie et connexions des cellules nerveuses.** Lyon-Paris.

Stock. 1907. 300 lap. Ára 14 fr.

„Revue générale d'histologie“ cím alatt *Renaut* és *Regaud* lyoni tanárok szerkesztésében monographiákból álló vállalat jelenik meg. Ennek egyik kötete viseli a fentnevezett címet. Az első fejezet az agykéreg sejtjeinek fejlődését, a második a morphológiát, a sejtek összeköttetéseit adja. Végül az összehasonlító boncsolástan adatai következnek. 72 többnyire sémás rajz teszi érthetőbbé a szöveget. A bibliographia a német irodalmat is kellőképp tekintetbe veszi. A franczia irodalom ezzel a kötettel egészben véve jól áttekinthető és teljes összefoglalást nyert a kérdéses tárgyról. A folytatást érdeklődéssel várjuk.

*Kollarits Jenő dr.*

**Der Arzt als Erzieher des Kindes.** Vorlesungen von Prof. Ad. Czerny in Breslau. Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 1908. 105 lap.

A szerző előadásaiban részletesen foglalkozik azokkal a nevelés körébe vágó kérdésekkel, a melyekbe az orvosnak beszélésszerepe kellene birtania. Sok jó figyelmeztetést olvashatunk a csecsemő neveléséről, az ideges gyermekkel való bánásmódról, az egyetlen gyermekről. A tárgyalás menete olyan, hogy nemesak az orvosok, hanem a nagyközönség is végig érdeklődéssel és haszonnal olvashatják a munkát. Hogy esakugyan annyira szaporodófélben van-e az idegesség a gyermekek közt, mint azt Czerny állítja, nagyon kétséges.

*Kollarits Jenő dr.*

### Lapszemle.

#### Gyógyszertan.

**Eustenin.** Úgy a theobromint, mint a jodot már régóta használják a szív- és vesebajok gyógyításában. A theobromin-sók javítják a keringést a szív koszorúereiben és ezzel a szívizom táplálkozását elősegítik; a jodsók pedig egyrészt tágitják az ereket és csökkentik a vér viszkozitását, a minek következtében a circulatio megkönnyebbül. Arteriosclerosis és angina pectoris, valamint idült nephritis eseteiben az említett két szert együtt is lehet adni. E ezélből Noorden tanár ajánlatára a Zimmer-féle gyár egy készítményt állított elő, a theobrominnatrium-jodnatriumot, a mely 51.10% theobromint és 42.60% jodnatriumot tartalmaz. Hygroskopos, nagyon könnyen oldódó, alkaliás kémhatású, meglehetősen keserű ízű por. A bécsi egyetem I. belklinikáján — a mint *Jagic* dr. írja — többnyire

0.5—1.0 gramm porban adták. Az oldatok csak rövid ideig tartathatók el, mert a theobromint már a levegő szénsavtartalma is kivesz; készítésükkor korrigenens gyanánt cukrot nem szabad használni, hanem csak esetleg saccharint. Ha a gyomor nem tűri jól a szert, egyidejűleg kávéskanálnyi natrium bicarbonicumot kell adni. A frissen készített oldat klysma alakjában is adható. Naponként 5 gramm prompt diuresis hatásának bizonyult. 2.5 gramm pro die igen jó hatású volt arteriosclerosis, angina pectoris és aorta-aneurysma eseteiben: a vérnyomás alászáll, a fájdalmak csökkennek és a többi subjectiv zavar is mérséklődik. A szer eustenin elnevezéssel jön forgalomba részint por, részint narancsvirágvízzel és saccharinnal készült oldat alakjában. (Medizinische Klinik, 1908. 14. szám.)

**Jodomenin.** Busch és Gumpert egy új, belső használatra való jodkészítményt állított elő bismuthtrijodidból és fehérjéből. Ez a szer gyengén savanyú folyadékokban nem oldódik, savak behatására nem hasad le belőle jod; alkaliás folyadékokban ellenben gyorsan bomlik jodkalira és bismuthfehérjére. Ennek megfelelően a gyomron való ozatlanul halad keresztül s csak a bélben válik lassanként szabaddá a jodkalium. A jod tehát nem fejthet ki izgató hatást a gyomorra s a szervezetet nem áraszthatja el hirtelen a jod, hanem enyhe, tartós jodhatás fejlődik ki, mindennemű káros mellékhatás nélkül. A szer jodomenin elnevezéssel 0.5 grammos tablettákban jó a kereskedésbe. Egy-egy tableta 0.06 gramm jodkaliumnak felel meg. Naponként 3-szor adandó 1—2 tableta. A tablettákat meg kell rágni, a mi azonban nem okoz nehézséget, mert a jodomenin szagtalan és íztelen. (Die Therapie der Gegenwart, 1908. 4. füzet.)

### Belorvostan.

**A gyomor élettanának, kísérleti kórtanának és terápiájának haladásáról** ír Strasburger (Bonn). Bickel, Roeder és Sommerfeld vizsgálataiból, a melyekben emberen állottak fenn oly viszonyok, mint Pawlow kísérleti állatain, kétségtelenül következik, hogy az ember gyomornedvelválasztása is kiváltható közvetett úton az izelő és szagló idegnek izgatása útján. Ha a nedvelválasztás már megindult, akkor ez az izgatás fokozza. Umber bebizonyította, hogy a végbélhártya felől (klysma) is lehet nedvelválasztást kiváltani. Ezenkívül bebizonyult, hogy az ember gyomornedvelválasztására is befolyással vannak a psychés behatások: étvágygerjesztő ételek nyújtása, beszélgetés az ételről gyomornedvelválasztást indít meg (Appetitsaft). A lelki állapot és gyomornedvelválasztás közti összefüggés jelentősége rendes körülmények közt nem, csak depressziókkal járó betegségeknél lesz nyilvánvalóvá. Gyógyszerek befolyását vizsgálva azt találták, hogy atropin csökkentő, pilocarpin és morphin (hosszabb lappangási idő után) fokozza az elválasztást, a miből következik, hogy a morphin rossz fájdalomcsillapító, ha a fájdalmakat a fokozott elválasztás idézi elő. Konyhasós ásványvíz (Wiesbaden) a gyomornedv mennyiségét és sósavtartalmát fokozza, tehát javítja az emésztést is. A gyomorba bevitt sósav elválasztást ugyan nem tud előidézni, de úgy készíti elő a gyomor nyálkahártyáját, hogy az utána felvett táplálék nagyobb mennyiségű és sósavban gazdagabb nedv elválasztását indítja meg.

Bickel és Umber vizsgálataiból kitűnt, hogy a tiszta emberi gyomornedv sósavtartalma közel akkora, mint a kutyaé (0.4—0.5%) s a mellett feltűnően állandó. Ez arra vezette Bickelt és Schlosst, hogy közelebb hozzák a hypersecretio és hyperaciditas fogalmát, azt mondván, hogy a tiszta gyomornedv és a gyomortartalom többi alkotórészének egymáshoz való viszonyától függ, hogy az egyik vagy másik jöjjön létre (l. Bickel közleményét ezen évfolyam 3. számában). Sokáig azt hitték, hogy a fehérjeemésztéshez szabad sósav nem szükséges, mert találtak fehérjeemésztési termékeket szondával nyert gyomortartalomban, melyben szabad sósav nem volt (Müller). További kísérletekből azonban kitűnt, hogy igenis szükséges a szabad sósav a fehérjebontáshoz s az emésztés úgy történik, hogy az elcinte természetesen csekély mennyiségű sósav a gyomortartalomnak csak a nyálkahártyával érintkező rétegeit telíti, úgy hogy kevés sósav szabadon marad. (A szondával kapott gyomortartalomban azután azért nem találni szabad sósavat, mert a manipulatio közben a fehérjével egyesül.) Abderhalden kimutatta, hogy a fehérjebontás a gyomorban tovább megy a peptonoknál a poly-

peptidekig, de már aminosavak nem képződnek. Hosszas vitaközlések és vizsgálatok után biztosnak vehető az, hogy a gyomornedvben zsírbontó erjesztő foglaltatik, a mely savanyú, semleges és lúgos közegben hatásos, holott a hasnyál lipaseje savanyú kémhatás mellett nem erjeszt. A gyomorlipase termelődése csecsemőben nagyobb fokú, mennyisége a gyomornedv aciditásával növekszik. A gyomorban lefolyó zsírbontás megítélésében tekintetbe kell azonban venni azt a szintén kétségtelenül bebizonyított tény, hogy a bélből hasnyál visszafolyhatik a gyomorba.

Az emberi gyomor alakját és fekvését bismuthadagolás és Röntgen-átvilágítással vizsgálva, azt találták, hogy a gyomor baloldalt fekszik s az esetek egy részében határvonala bal felé görbült ívben halad a középvonalig valamivel a köldök fölé, úgy, hogy a pylorus a legmélyebben fekvő pont. A legtöbb esetben azonban a pylorus magasabban fekszik a gyomor testénél. Holzknicht és Goldammer az első fekvést tartja normálisnak, a mi azonban ritka előfordulása miatt (20%) kétséges. Gastroptosis esetén az egész gyomor (a mely még mindig keskeny tömlő) mélyebbre süllyed. Ha az árnyék szélesebb, gyomortágulással van dolgunk, a melyet nyilván jóindulatú pylorusstenosis idézett elő, a mely időt engedett a tágulás kifejlődésére, míg rosszindulatú pylorusdaganat esetén rendesen nincs dilatatio; ilyenkor azonban megtehetjük a körjelzést abból, hogy a beszűrődött pars pylorica, minthogy nem telődik egészen bismuttal, hiányosan reprodukálódik a képen. A gyomor más részén ülő daganat fekvésének megfelelően szakadozottá teszi a különben egyenletes határvonalat.

Állatkísérletekből már régen ismeretes, hogy a gyomorban rétegzetesen helyeződik el a táplálék (még ha meglehetősen folyékony is); az előbb bejutott részletek a környéken helyezkednek el (a nyálkahártyával érintkezésben), a későbbiek a közepben. Prym és Sick vizsgálatai e tényt az emberre nézve némileg igazolják: kettős szondával egyszerre a gyomor különböző helyeiről vett chymus összetételét különbözőnek találták. Ezzel azután hasznavehetetlenné válnak mindazon vizsgáló eljárások, a melyek a gyomortartalom összetételének egyenletes voltát tételezik fel (Mathieu-féle maradékmeghatározás, az elválasztás és mozgékonyág meghatározása a Sahli-Seiler-féle próbalevessel). További következménye az épen említett vizsgálati eredménynek az is, hogy változtatni kell a sósavtherapiát (Leo). Eddig azon tényre támaszkodva, hogy hypaciditas esetén a pepsinválasztás kielégítő, elégségesnek tartották, hogy a sósavat egymagában rendeljék. Minthogy azonban a sósavat rendszeresen evés után adják, ez a gyomortartalom közepébe kerül, a hová gyomornedv nem juthatott el, a hol tehát emésztés sem indulhat meg. Ezért tehát a sósavat pepsinnal együtt kell adni. Leo következőképpen rendeli: Ac. muriat., Pepsin. sicc. aa 5.0 vagy 10.0, Aqua dest. ad 50.0, evés közben vagy evés után édesített teában 1/2—1—2 kávéskanállal; vagy: Acidol-pepsin, Stärke I. 1—3 tablettát. Ha a sósavat arra akarjuk felhasználni, hogy a gyomor-nyálkahártyát a beviendő táplálék által kiváltandó elválasztásra előkészítsük, illetve, hogy a hasnyál- vagy epeelválasztást javítsuk, evés előtt pepsin nélkül és kisebb adagban rendeljük. (Deutsche med. Woch., 1908. 7. sz.)

### Idegkórtan.

**A chorea kezeléséről** F. Siebert (Köln) a következőket írja. E betegséget subcut általános fertőzésből származó mérgezésnek kell tartanunk. Minthogy azonban jelenlegi ismereteinkkel ez ellen küzdeni nem tudunk, gyógyító eljárásunk főcélja a szervezet erősítése és az izgalmi jelenségek csökkentése. A beteget már a baj kezdetén ágyba kell fektetni, mert az így nyert nyugalom a szívet és az ízületeket kiméli. A gyermeknek iskolába való járását részben e szempontból kell megtiltani, de egyszersmind azért is, mert ez a nagyon feltűnő kép a többi gyermek érdeklődését leköti és nem egyszer rajtuk úgynevezett pseudochorea fejlődik ki hysteriás alapon. Különböző is rosszul esik a gyermeknek, ha társai gúnyolódásának van kitéve. A könnyű esetekben már az ágyba fektetés is jelentős sikerű, de még a súlyos esetek is javulnak tisztán a nyugalom folytán. Ha erősebb izgalmi jelenségek állanak elő, a langyos fürdőknek kitűnő nyugtató hatásuk van, vagy szén-savas fürdők is alkalmazhatók. Esetleg naponként kétszer 2—3 óráig tartó meleg bepakolások is jók lehetnek. A szívre ártalmat-

lan altatószereket ismételtelen kell használni. E czélből a veronal, trional, morphium, brom nagyon szükséges orvosságok. A többi gyógyszer közül legfontosabb az arsen, a melynek jó hatása még a legsúlyosabb esetekben is szembeötlő. *Siebert* a Fowler-oldatot egyenlő mennyiségű aqua amygd. amar. vegyítésével adja és 3-szor naponként 4 cseppel kezdve az adagot 3—5 naponként 3-szor 2 cseppel emeli fel, végül 3-szor 10 cseppig emelkedik. Azután 2—3 hétig ezen adagot folytatja, a javuláskor pedig gyorsan száll lefelé a dosissal. *Siebert* a sokszor ajánlott salicyltól nem látott nevezetes eredményt, ez a szer nem tudja sem az endocarditist, sem az izületgyuladást elhárítani, ellenben, ha izületgyulladás kifejlődött, jó hatású, esetleg aspirinnal pótolható. Az antipyrin ritkán szokott használni, legfeljebb akkor kísérhető meg, ha a többi eljárásnak nincs sikere, gyermeknek 2—3-szor 0.3—0.5 gm.-ot, felnőtteknek ugyanannyiszor 0.5—1 gm.-ot lehet belőle adni. A villamozást ma már senki sem használja, mert az izgalmi jelenségek fokozását okozhatja.

Nagyon fontos, hogy a beteg kellő táplálkozásáról gondoskodjunk. Az étrend könnyen emészthető legyen és ne tartalmazzon izgató anyagokat. Alkohol, kávé, tea, kakao kerülendő. *Siebert* a tejet nem ajánlja, pedig a tejjel való táplálkozás nagyon fontos része a chorea gyógyításának. Ha a beteg nagyon nyugtalan, az ágy szélére párnákat kell tennünk, hogy a megütéstől kíméljük. A chorea gravidarum, ha másképpen nem gyógyul, mesterséges elvetéltést tesz szükségessé. (Würzburger Abhandlungen, VIII. k., 2. f.)

*Kollurits Jenő dr.*

### Sebészet.

**Lumbális anaesthesia 875 esetéről** számol be *Oelsner*, Sonnenburg tanár osztályáról. 114 esetben stovainnal, 354 esetben novocainsuprareninnel és 407 esetben stovain-adrenalinall létesítették az anaesthesiát. A különböző anaestheticumokkal elért eredményeket a következő táblázat jól szemlélteti:

Analgeticum	Esetek száma	Sikertelen			Mellékhatások	Utóhatások
		Sikertelen	Tökéletlen	Tökéletes		
Stovain	114	18	—	96	10	12
Novocain-suprarenin	354	8	9	337	20	26
Stovain-adrenalin (Riedel)	198	28	3	167	12	51
Stovain-adrenalin (Billon)	209	9	4	196	6	19

A mellékhatások közt főleg collapsusokat észleltek, gyakrabban jelentkezik rosszullét, hányás, székletlet. Egy esetben (incarcerrált sérv) a műtét alatt csillapíthatlan hányás mutatkozott, s a beteg faeculens massák aspiratioja következtében a műtét közben meghalt.

Utóhatásként bágyadságot, hányást, fejfájást, tarkófájást és 6 esetben collapsust észleltek. Két esetben a collapsus ellen sikerrel küzdöttek 1 milligramm epirenannak 0.10%-os oldatban való intravenás befeeskedésével. 4 esetben hűdést tapasztaltak, még pedig 3 esetben abducens- és 1 esetben facialishypoglossushűdést. A hűdés 3, 6, 10 nap és 6 hét után jelentkezett. 3 esetben meningitis halálra vezetett. A meningitist 2 esetben streptococcus, 1 esetben meningococcus okozta. Mint utóhatást 60 vizsgált eset közül (Schwarz) 47 esetben (78.33%) súlyos vesefolyamatot észleltek, a mely átlag 6 napig tartott.

A lumbális analgesia még a fejlődés szakában van, tökéletesbitése még a jövő feladata. (Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1907. 90. kötet, 3—6. füzet.)

*Steiner Pál dr.*

**A Roux-féle oesophago-jejuno-gastrostomia módosítását** ismerteti *P. Herzen* (Moszkva). Szerinte a Roux-féle műtétnek — subcutan oesophagus képzése a bélnek egy transzplantált részletéből — hátrányai a következők: 1. A műtét hosszadalmas és nehéz. 2. Túlhosszú a metszés a mesenterium gyökén. 3. A mobilizált bélrészlet elégtelenül táplálkozik. 4. A tengelyesavarodás lehetősége. 5. A colon transversum compressioja. Herzen a fenti hiányokon következőképpen segített: 1. A műtétet nem két, hanem

három szakaszban végzi; az első szakaszban a belet felfelé a jugulumig dislokálja, azután egy második ülésben a gyomorba implantálja, végezetül pedig a bárzsinggal egyesíti. 2. A mobilizált bélrészlet felső segmentumát a mesocolonon és lig. gastro-colicumon át vezeti a nyakra, ezzel elkerüli a mesenterium gyökének terjedelmes sebzését. 3. Ezen módszer használatakor a mobilizált bélrészletben a vérkeringés és vele együtt a bél táplálata kitűnő. Herzen azon nézetét fejezi ki, hogy fenti módosításával a Roux-féle eljárásnak említett hátrányát elkerüli. (Centralblatt für Chirurgie, 1908. 8. szám.)

*Gergő.*

**A középső nyaki sipolyok keletkezését** *R. Weglowszky* (Moszkva) úgy igyekezett megfejtetni, hogy mind embryokon, mind hullákon kiterjedt pontos szövettani vizsgálatokat végzett. Eredményei a következők: 1. A pajzsmirigy középső lebenyének visszafejlődésével az eseteknek átlag 30%-ában a primitív járatból részletek maradnak vissza; ezek vagy lebenyke, vagy cysta alakjában, vagy igazi járatként állhatnak fenn. 2. Az említett rudimentumok néha nem okoznak tüneteket, gyakran azonban strumák, cysták és nyaki fistulák kiinduláspontjává válnak. 3. A sipolyok komplikált szövettani képe (csillóhám, többrétegű laphám, nyálkamirigyek, nyiroktüszők stb.) abban leli magyarázatát, hogy a pajzsmirigy középső lebenyének alkotásában a nyelvgyök nyálkahártyája is részt vesz. (Centralblatt für Chirurgie, 1908. 10. szám.)

*Gergő.*

**Az inátültetés technikájáról és értékéről a gyermekbénulások kezelésében** *Vulpus* (Heidelberg) következő tapasztalatait közli. Szükséges az esetek tanulmányozás aazon czélből, vajjon az arthrodesis vagy pedig az inműtét ezélszerűbb-e. Inátültetésekor mindig ügyeljünk 2 dologra: 1. Korai esetek nem valók inműtetre; a bénulásnak legalább egy évesnek kell lennie. 2. Oly esetek, melyekben az egész végtag izomzata nagyon satnya, az inműtétől szintén kizárandók. Fontos még inműtétékben a legpontosabb izomvizsgálaton alapuló műtégi terv és nem utolsó sorban a jó műtégi technika is; az utókezelést hosszabb ideig és nagy gonddal kell eszközölnünk. *Vulpus* véleménye szerint az inplastikák sikertelensége az említett szempontok egyikének vagy másikának elhanyagolásában találja okát. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908. 4. sz.)

*Gergő.*

### Gyermekorvostan.

**A diphtheria gyógyítása pyocyanaseval.** *Schlippe* dr.-nak alkalma nyílt 54 diphtheria-esetet pyocyanaseval kezelni, még pedig akképen, hogy az álhártyákkal borított területeket naponként négyszer alaposan behintette vele. Kísérleteit 4 csoportba osztva írja le. Az első csoportban 6 kizárólag pyocyanaseval, serumfeeskenés mellőzésével kezelt esetről szól, melyekben rövid időn belül teljes gyógyulást ért el. Kísérleteit úgy is módosította, hogy az álhártyával bevont két tonsilla közül csak az egyiket hintette be pyocyanaseval, mikor is a kezelés nélkül maradt tonsillán a diphtheriás felrakódás változatlan maradt, míg a kezelés alatt állott álhártya rövid idő alatt „leolvadt”. A következő 6 esetben a pyocyanase hatása nem bizonyult kielégítőnek, miért is serumtherapiát kellett alkalmazni. 24 súlyos diphtheriaesetben serumkezelés mellett pyocyanaset is alkalmazott, ezen esetek egy részében rosszabbodás, más részében javulás mutatkozott; főleg azon álhártyákkal borított területeken mutatkozott a rosszabbodás, a hova a pyocyanase nem hatolhatott; nagyon kétséges volt a pyocyanase hatása a tracheotomizált esetekben, a melyekben a kezelés a canule-ön keresztül történt. Valamennyi esetében kutatta azt is, hogy mennyi idő múlva következik be a negatív bakteriologia lelet. A vizsgálatok eredménye nagyon változó volt; az esetek túlnyomó részében még 4 hét múlva is ki volt tenyészthető a Loeffler-bacillus. A pyocyanaseban nem találtuk meg a serum pótszerét, alkalmasint azért, mert nem hatolhat az orrgaratüreg rejtettebb és álhártyákkal borított területeire. Minthogy a szerző a pyocyanasenak káros mellékhatását nem észlelte, javalltnak tartja az alkalmazását, mert határozottan sietteti a diphtheriás hárták eltávolodását, de csak a serumtherapiával kapcsolatban veendő igénybe. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1908. 14. szám.)

*Péteri dr.*

**A fehérjeháztartás zavaráról a csecsemő szervezetében** *ir Selter* Solingenből. Tehéntejjel vagy íróval táplált nem fejlődő

esecsemőkön azt tapasztalta, hogy a hőmérsék hirtelen nagy napi ingadozásokat kezd feltüntetni: a legmagasabb hőmérsék nem igen haladja túl a  $37^{\circ}$ -ot, de az alsó határ igen gyakran  $34^{\circ}$ . E mellett az érlökés minősége, száma is a legnagyobb mértékben ingadozik: szabálytalan, különböző teltségű, száma reggeltől estig 60—120—140 közt váltakozik. Ugyanilyen típusú a légzés is. A gyermek arczkifejezése fáradt, színe szürkés-kékes, teljesen bágyadt, nem olyan mint a *Finkelstein*-féle alimentáris intoxicatióban szenvedő, a kin a bágyadság mellett is észrevehető bizonyos izgatottság. A vizeletben cukor és aceton nincs. A szék törmelékeny, szürkésárga, rothadt sajtóhoz hasonló szagú. Az anyagcserevizsgálat ezen esecsemőkön nagy N-veszteséget mutat, a vizeletben igen sok az összes kén és aetherkénsav, azonkívül kenotoxint tartalmaz, tehát oly anyagot, melyet *Weichardt* vizsgálatai szerint fehérjéből származó mérregnek kell tekintenünk. A kimenetel különböző, a gyógyulás anyatej minimális adagaira (50—100  $\text{cm}^3$  naponként) vagy fehérjeszegény étrendre, tejszínkeverékekre, szénhidratokra bekövetkezik. *Selter* ezen körképét a fehérje anyagcserezavarára vezeti vissza, s így ez támpontul szolgálhatna a *Biedert*-féle tannak. Ezen esetek képe a referens szerint megegyezik azon körképpel, melyet *Finkelstein* a közelmúltban tett észleletei alapján decompositio névvel látott el, csak hiányzik *Selter* eseteiben a kezdeti rohamos súlyvesztés; sok bizonyíték szól a mellett, hogy itt a fehérje anyagcserezavara nem elsődleges, hanem következményes jelenség. (Deutsch. med. Woch., 1908. 12. sz.)

*Flesch* dr.

### Venereás bántalmak.

**A Wassermann-Neisser-Bruck-féle reakciót** vizsgálták syphilis-esetekben *C. Bruck* és *M. Stern* (Breslau). Anyagukat nagyrészt a *Neisser*-féle *Jáva*-expeditio és a boroszlói klinika nyújtotta. Amott a serodiagnosizis vizsgálatok majmokon, emitt embereken történtek. A kiterjedt vizsgálatok megerősítik, hogy a *Wassermann-Neisser-Bruck-féle* reactio értékes felvilágosítással szolgálhat a syphilis-kutatás terén. Az eredmények a következőkben összegezhetők. Alsóbbrendű majmok (*mac. cynomolgus*, *nemestrinus*, *rhesus*) serumai nem ritkán már normális állapotban is tartalmaznak antitesteket. Mennyiségük lueses fertőzés után fokozódik. Orangutánok serumában normálisan soha sincsenek antitestek. Ezek csakis a beállott fertőzés kapcsán keletkeznek. A syphilis kapcsán kimutatható fajlagos antitestek a vírussal szemben nem öltő hatásúak. A luesantigen nem mikroorganizmusos anyag, hanem normálisan benne van a testben s a syphilis kórokozójának hatására jelentékenyen megszorodik. Nem szükséges, hogy a pozitív antigelelet mindig pozitív oltási eredménnyel essék egybe. Az antigelelet kimutatása csupán azt bizonyítja, hogy valahol a szervezetben élő vírus van. Nem bizonyítja azonban, hogy egyazon szervben az antigenen kívül spirochaeták is vannak. Az emberi szervezetben is az antigen nem fogandó fel a spirochaeták termékének, hanem olyan a testhez tartozó (körpereigen) anyagnak képzelendő, mely a lueses fertőzés következtében jelentékenyen megszorodik. Az antitestek az emberben sem állanak összefüggésben a betegségnek ú. n. immunitásos stadiumaival olyan értelemben, mintha a luesnek latens szakai a serumnak talán magas antitesttartalmától függének. Sőt ellenkezőleg, az antitestek következményei a mennyiség és működés dolgában megszorodó vírusnak. Csökkennek, ha a spirochaeták mennyisége és működése kisebbedik. Kétséges esetekben a pozitív reactio nagy valószínűséggel lues jelenlétére vall. Még a syphilis latens szakai is a pozitív antitestlelet a fennálló lues mellett bizonyít. A negatív lelet nem bizonyít egyik irányban sem. A syphilisnek közvetlen összefüggése a tabes-szel és paralysissal a serumvizsgálatok alapján kísérleti úton bebizonyítottak tekintendő. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1908. 10—12. sz.)

*Guszman*.

**Az epididymitis gonorrhoeica punctioját** ajánlja *K. Heine* (Kiel). Ismeretes, hogy a mellékheregyulladás meglehetősen sűrűn előforduló szövödménye a kankónak. Nem kicsinylendő szövödmény, mert a nagy fájdalomtól eltekintve, azoospermia és hereneuralgiára is vezethet. Tökéletes therapia ellene még máig sem ismeretes és a restitutio ad integrum is kivételes. A szerző *Baermann*, *Schindler*, *Hercheimer* és *Boehme* ajánlatára a mellékherék punga-

lásával tett kísérletet. A klinika fekvő anyagán összesen 27 epididymitis esetben végezte ezt a therapiás kísérletet. A punctiót mindjárt a fölvetel napján végezte, akár lázas volt a beteg, akár nem. A kanül bedöfési helye majdnem mindig a mellékhere farkos vége volt. A szerző a punctio alkalmával *Schindler* ajánlatára sohasem használt érzéstelenítő eljárást. A punctio után, melyet minden betegen elég egyszer végezni, a herezacskóra a Priessnitz-borogatás kerül, a mit jól ülő herekötővel rögzítünk. A punctioval elért eredmények igen kielégítők. Az eljárásnak első szembeszökő haszna a fájdalom megszűnése. A gyuladással járó jelek is hamar szűnnek. A 27 epididymitiseset összesen 299 kezelési napot igényelt, egy-egy esetre tehát átlagban 11.1 nap esik. 27 nem pungaelt ellenőrző esetben az összes kezelés 529 napig tartott. A régi kezeléssel tehát a gyógyulás majdnem még egyszer oly sokáig tart, mint a pungaelt eljárással. Az aspirált váladék mikroskopos vizsgálata kiderítette, hogy szűrással 15 ízben geny távozott. E 15 esetben 4 alkalommal gonococcusok is voltak találhatóak. (Dermatologische Zeitschrift, 1908. XV. k. 3. f.)

*Guszman*.

### Fizikai gyógyításmódok.

**A Röntgen-sugarak hatása a fermentekre.** *Richter* és *Gerhartz* abból kiindulva, hogy a napfény ultraibolya sugarai némely ferment működését gyengítik és hogy egyes vizsgálok ilyen befolyást a Röntgen-sugaraknak is tulajdonítanak, ellenőrző kísérleteket végeztek arra nézve, hogy mennyiben változtatják ezen sugarak az oltó, a pepsin, a pankreatin és a papayotin hatását. Azon eredményre jutottak, hogy a Röntgen-fény ezen enzimekre sem izgató, sem gátló hatást nem fejt ki. (Berliner klin. Wochenschrift, 1908. 13. szám.)

*Lenkei V. D.* dr.

**Az ischiast** *Ziemssen* úgy gyógyítja, hogy az ideget egész lefutásában egyidejűleg meleg zuhanyval és massage-zsal kezeli. Azt hiszi, hogy Aix-les-Bains ezen baj gyógyításában jó hírnevét kevésbé a meleg forrásának, mint annak köszönheti, hogy ott már régtől fogva ilyen módon kezelik az ischiast. Saját sikereit, a melyeket Wiesbadenben az ischias kezelésében elért, szintén első sorban a massage-zsal együtt alkalmazott meleg zuhanyozásnak tudja be. Ezek mellett még az esethez alkalmazkodó általános kezelést is használ és súlyt fektet arra, hogy a beteg a végtagját mennél előbb kezdje mozgatni. (Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie. 11. köt. 678. l.)

*Lenkei V. D.* dr.

### Kiseb közlemények az orvosgyakorlatra.

**Az alexipon** nem egyéb mint acetylsalicylsavas aethylester. Olajszerű, közömbös vegyhatású, kissé csipős szagú folyadék. A budapesti poliklinika kórházának belorvostani osztályán szerzett tapasztalatai alapján *Fürész* dr. hivatottnak tartja, hogy mint ártalmatlan folyékony salicylkészítmény az izom- és ízületlobok, a csúzos és idegfájdalmak gyógyításában helyet találjon. Az alexipont vagy masszálással együtt használjuk, úgy hogy a tenyérre öntve keveset, a fájdalmas részt 10—15 percig körkörösön dörzsöljük vele, vagy pedig a beteg részre öntjük és száraz gaze-zel és vászondarabbal bekötjük. (Orvosok lapja, 1908. 17. szám.)

**Az idült bélhurut** tüneti kezelésére *Áldor* a következő összetételű por használatát ajánlja: Rp. Bismuti subnitrici, Bismuti  $\beta$ -naphthol. aa 8.0; Calcii phosphor., Calcii carbonici aa 5.0; Resorcini purissimi 0.5. M. f. pulv. D. ad scatulam. S. 3 óránként késhegynyi. Minden 4. vagy 5. napon szünetet kell tartani s valami enyhe hashajtót adni. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908. 2. szám.)

**A strontiumbromidot** Franciaországban újabban kiterjedten használják a szokásos bromsók helyett. *Robinson* is a különböző bromsók összehasonlító vizsgálata alapján a következő eredményre jut: a bromkaliumnak nagyon kellemetlenek a mellékhatásai, a bromnatriumnak pedig a hatása nagyon gyenge; legjobb a strontiumbromid, mint a melynek erős a hatása, a gyomrot nem támadja meg és nem okoz, vagy csak igen kis mértékben bőrkiütést. 0.6—3.6 grammos adagban adható naponként 3—4-szer vizes oldatban; a sulfátokkal, citrátokkal és alkaloidokkal együttes rendelése kerüendő. (Therapeutische Rundschau, 1908. 13. szám.)

## Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat,** 1908. 17. szám. *Schulhof Vilmos:* A pes planus aetiologiájáról és tünettanáról. *Mohr Mihály:* Sympathiás szemgyulladás meggyógyult esete.

**Orvosok lapja,** 1908. 17. szám. *Hajós Lajos:* Az ideges meghülési hajlamról és ideges meghűlésről. *Fürész Jenő:* Alexipon. *Zoltán Elek:* Néhány újabb antisiphiliticumról.

**Budapesti orvosi ujság,** 1908. 17. szám. *Szabóky János:* A Calmette-féle ophthalmoreactorról. „Sebészet“ melléklet, 2. szám. *Herczel Manó:* Extracranialis trigeminusresectio 3 esete. *Milkó Vilmos:* Trauma és appendicitis. *Schiller Károly:* Osteomyelitis, bakteremia, gyógyulás. *Manninger Vilmos:* A jól záró végbélnyílás alkotásának technikája végbélkiirtás után. *Schiller Károly:* Inhiuveltytuberculosis miatt végzett izomiresectio; tendomusculo-anastomosis; gyógyulás teljes functionál.

## Vegyes hírek.

**Kinevezés.** *Róna Sámuel* dr. budapesti egyetemi rendkívüli tanárt a belügyminister az országos közegészségügyi tanács rendkívüli tagjává nevezte ki. — *Hörl Péter* dr.-t. Vác város főorvosát Pestmegye főispánja tiszteletbeli megyei főorvossá nevezte ki. — *Dósa Mihály* dr.-t a belügyminister a budapest-angyalföldi elmeorvosító-intézethez másodfőorvossá nevezte ki. — *Szabady Lajos* dr. oklándi járárorvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Leonhardt János* dr. és *Kinn Róbert* dr. segésvári kórházi orvosokat tiszteletbeli főorvossá, *Rendek Béla* dr.-t a szabadkai köz-kórházhoz alorvossá, *Simkó Lipót* dr.-t és *Jánosi Boldizsár* dr.-t Békés vármegye köz-kórházához segédorvossá és *Wurmfeld Zoltán* dr.-t a szekszárdi Ferencz-kórházhoz alorvossá nevezték ki.

**Választás.** *Szontágh Miklós* dr.-t stubnyai fürdőorvossá, *Dubasievitz Jenő* dr.-t pedig gárdonyi községi orvossá választották.

**Áldor Lajos** dr. orvosi működését Karlsbadban (Mühlbrunn-gasse, König von Preussen) ismét megkezdte.

**Packi Miklós** dr. fürdőorvosi működését Buziás-fürdőn e hó 15.-én újból megkezdte.

A XIV. szüneti orvosi cursust a budapesti kir. magyar tud.-egyetem előadói május 25.-étől június 6.-áig tartják meg. A jelentkezősek a titkárhoz (*Ilyés Géza* dr. egyetemi magántanár, VIII., Üllői-út 20) intézendők.

A „Budapest-Józsefvárosi Orvostársaság“ folyó hó 27.-én tartotta havi ülését Hainiss Géza dr. egyetemi magántanár elnöklété alatt. Az ülésen szóba került a belügyministernek ama leirata, a melyben az „Országos Orvos-Szövetség“-et feloszlattal fenyegeti meg. A havi ülés kimondta, hogy a „Józsefvárosi Orvostársaság“ meg van győződve arról, hogy a belügyminister urat említett leirata megszerkesztésében nem animozitás vezetett, hanem a legalább is tájékozatlan tanácsadók helytelen informatioja. Ugyanis az „Országos Orvos-Szövetség“-et mindenkor a legnemesebb intenciók vezették; ez az egyedüli testület, mely az orvosok erkölcsi és anyagi érdekeit önzetlenül szíven viseli és így az ország botrányos közegészségügyén igazán segíteni óhajt. Mindezeket tekintve véve, a „Józsefvárosi Orvostársaság“ a méltatlanul megbántott „Országos Orvos-Szövetség“ elnöksége iránt a legmelegebb rokonszenvét és legőszintébb ragaszkodását fejezi ki annál inkább, mert az alapszabályokban előírt hatáskörét semmiben sem lépte túl.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület márczius hóban 895 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 686 szállítást végzett, 77 esetben mint mozgóórszék szerepelt és 16 esetben vaklármá folytán vonult ki. A márczius havi működési főösszeg tehát 1674.

**Megjelent.** *Hillebrand Jenő:* Újabb adatok az ember fogainak alaktanához. Közlemény a budapesti egyetem anthropologiai intézetéből. 89 lap.

**Hibaigazítás.** „Elme- és idegkörtan“ mellékletünk ez évi 1. és 2. számában a 90. lapon felülről az 5. sorban „mozgások“ helyett „mozgatók“, a 94. lapon pedig alulról a 4. sorban „spinalis“ helyett „supra-spinalis“ olvasandó.

**Meghaltak.** *Marosnémeti Balika Ferencz* dr. 37 éves korában április 26. án Nyirmeggyesen. — *Ujvárossy Gábor* dr. hajdunánási orvos április 26. án 45 éves korában. — *Nestor Emil* dr. kiszetói kórorvos 26 éves korában. — *F. W. Hays,* a belorvostan és bőrkörtan tanára Indianapolisban.

**Kisebb hírek külföldről.** *A. Donaggio* dr.-t, az ismert neurologust, az idegkörtan rendkívüli tanárává nevezték ki Messinában. — *W. Oppel* dr.-t Szt.-Pétervárott a sebészet rendkívüli tanárává nevezték ki. — *Saemisch* tanár Bonnban, az ismert szemész, május 15.-én tölti be 80. évét. — *Schaeffer J.* borozlói magántanár (bőrkörtan) a tanári címét kapta.

† **Cornil** és **Terrier.** Mult számunkban említettük már, hogy a párisi egyetem két nagynevű tanárát veszítette el.

*V. Cornil* 1837-ben született; 1882-ben lett Charcot utódja a párisi egyetem kórboneczolástani tanszékén, melyet csak tavaly hagyott

el, elérve a 70 évet. Rendkívül termékeny kutató és író volt a kórszövettan és bakteriológia terén. Főműve Ranvier-vel közösen írt kórszövettana. Művet írt a syphilis kórszövettanáról, Brault-lal egy kötetet a vesebajokról. Babessal két kötetes munkát a bakteriumokról, Hérad-dal egy kötetet a tüdővészről stb. Politikával is foglalkozott, előbb mint képviselő, később mint a senatus tagja.

*F. Terrier* tanár 1837-ben született. Már 1872-ben agrégé lett a párisi egyetemen, de csak később, 1894-ben, 58 éves korában nyerte el a sebészet tanszékét. Terrier az elsők egyike volt, a kik meghonosították Franciaországban Lister elveit. Később az antisepsisről áttért az asepsisre. Tanítványaival, Hartmann, Auvray és Gosset dr.-okkal igen sok tudományos dolgozatot közölt különösen a hassebészet köréből, melynek egyik legkiválóbb művelője volt. Írt egy kitünő sebészi kórtant is.

A Berlinben imént lefolyt sebészeti, orthopaed-sebészeti és Röntgen-congressusról legközelebbi számunkban bővebb ismertetést hozunk. Itt csak azt említjük, hogy a sebészeti congressuson *Dollinger Gyula* tanár is tartott két előadást (1. A nyakmirigyek subcutan kiirtásáról és 2. Az idült könyökfezamadások véres kezeléséről s a véres repositio végeredményéről), s hogy a Röntgen-congressus tárgysorozatát *Alexander Béla* is szaporította bemutatással kapcsolatos előadásával az x-sugaras képek plasztikájáról.

Jelen számunkhoz az **F. Hoffmann-La Roche & Cie.** czég „Sulfosot-Sirolin“ czimű prospectusa van mellékelve.

A tavaszi szembetegségek között a conjunctivitis vernalis a leggyakoribbak egyike. Ezen bántalomban, miként klinikusok és jeles szemorvosok megállapították, kitünő szolgálatot tesz a Tonogen supra-nale Richter. Tisztán is cseppenthető be a szembe, vagy megfelelő adstringensekkel kombináltan. A Tonogen Richter ma mindenütt el van ismerve elsőrangú és hatékony mellékvesekészítménynek. A legkisebb eredeti üvege ára 1 korona.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium“. Ujman épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospectus.

## Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Muzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javalatok: Idült gyomorbelatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegszabák (ischias stb.), Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fény-fürdővel), neurasthenia, bénulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgyömbüések.

**Justus Dr. bőrbajosokat** gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógmódok

**GIZELLA-TELEP FÜRDŐ,** modern vizgyógyintézet május 1-én nyílik meg.

posta VISEGRÁD (Pest m.)  
Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forróleg-, mór-, sós-, fenyő- és nap-fürdő. Villanyozás, massage. Hízaló és soványító kúrák. Remek fekvés. Pensió — fürdőhasználattal együtt — heti 60 koronától feljebb. Kívánatra prospectus.

**Orvosi laboratorium:** Vezető: Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika. Szövetség-utca 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 koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Röntgen-therapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kívánatra bővebb értesítés.

**Orvosi laboratorium:** Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26-96.

**Arányi Gusztáv dr.,** mint gyakorló fürdőorvos rendel Karlsbadban, Sprudelstrasse, „Goldener Helm“ házban, április 20.-ától október elejéig; nevezetnek Budapesti orvosi laboratoriuma október elejétől április 15.-éig van nyitva (IV., Koronaherceg-utca 18, I. em.). A laboratoriumban vegyi, gőresővi és bakteriológiai vizsgálatok végezhetnek.

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

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

**Dr. WIDDER BERTALAN** operateur testegyenésítő (orthopádia) intézete csont- és ízületi (tuberculotikus, angolkóros, rheumás, elgömbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19. Magyar-utca sarok. Rendel: délelőtt 11-12-ig, délután 3-5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

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

**Dr. STEIN ADOLF** RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII. ker., Rákóczi-út 26, földsz. I.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM.** Közkórházi Orvostársulat. (III. bemutató ülés 1908. február 26.-án.) 308. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (VI. szakülés 1908. márczius 7.-én.) 309. l.

## Közkórházi Orvostársulat.

(III. bemutató ülés 1908 február 26.-án.)

Elnök: **Oláh Gusztáv.** Jegyző: **Körmöczy Emil.**

## Uterus duplex cum haemometra in cornu rudimentario dextro.

**Elischer Gyula:** A 16 éves gracilis, vérszegény hajadon az altestében támadt göresös fájdalmak miatt jelentkezett osztályomon. Ép rendes hymen mögött a hüvelynek elülső falában tojásnyi, hullámzó daganatot találtunk, mely mellett — mint a végbélen át történt vizsgálat megállapította — a megnyúlt méhet tapinthatni. A diagnosis hüvely-tömlő és durványos méhben levő vérfelhalmozódás között ingadozott; az elbánás mindkét esetben ugyanegy: a tömlős daganat eltávolítása, a mi folyó hó 24.-én narcosisban meg is történt.

A hymen és gátat a hüvely feltárása czéljából bemetszvé, a hengeres daganat mögött a gyűrűszerű portio vaginalist látjuk, melynek csatornájába a méhszonda 6.5 cm.-re hatol. A tömlős daganat kifejtése közben a fala megrepedt, mire a nyíláson át sötét kávésbarna kátránszerű szagtalan folyadék ürült. Ennek utána a tömlő falait szemügyre véve, láttuk, hogy mind az ür felülete, mind az oldalsó fal inkább a méh, mint a vagina szerkezetére vall.

A tömlő felső része a baloldalt elterülő méhtől külön áll, alsó részlete a portio vaginalishoz erősen odanőtt; a proximális résznek a hólyagtól való felszabadításakor pedig tapinthatni, hogy a hasürhöz igen közel járunk, hogy az egész képlet tehát — minthogy méhesatornát sehol sem fedezhetni fel — haemometra durványos méhtestben. Ujjaképződésének meggátolása czéljából a leválasztott részleteket csonkoltam s így úgyszólván portio-amputatiót végeztem s a sebfelületeket vaginális falzattal beborítva, új méhszájadékot nyitottam. Az így készült méh üre 3—4 cm. A hüvelynek kellő megtisztítása után valamennyi sebnak — tehát a gátaknak is — egyesítését, illetve ez utóbbinak rekonstruálását végeztem. Síma gyógyulás 8 napon belül.

A Krompecher tanár végezte görcsői vizsgálat feltevésünket igazolta.

A durványos méhnek műtetre kerülő daganatai ritkaság számba mennek.

A kettős méh fejlődéséről a nézetek még eltérők; feltehető, hogy a Müller-féle menetek a fejlődés közepette elkülönítve maradnak, sőt hogy az egyik e közben eltörlődik s durványossá válik. Mindazonáltal megtarthatja szöveti jellegét és ekkor a menstruáláskor beáll a vérdaganat, melynek fájdalmi a beteget az orvoshoz terelik. A mi a gyógyítást illeti, a vérdag keletkezése, illetőleg a vér meggyülemése megakadályozandó. Mert bár néha áttörés következtében a vér kiürül a hüvelybe, blennorrhoeás folyás maradhat vissza. A hasürbe való áttörés pelveoperitoneitist von maga után, a szomszéd-ságból vagy átvitel által oda jutott csirák okozta sepsises fertőzéssel.

Hogy, mint *Kiderlen* állítja, minden elzáródás szerzett módon jön létre, épen esetünk, a melyben virgó intactissimával állunk szemben, czáfolja meg.

Némelyik gondos szülő a szüzesség igazolhatása végett jogerős bizonyítványt kíván, hogy a hymen sértetlen volt s csak az életmentő műtét folytán sérült meg; sőt egyik ily esetben a műtétkor két bizalmi ember jelenlétét kötötték ki. Magától értetődik, hogy mindkét kívánságnak eleget tettem, mert az ember sohasem lehet eléggé óvatos!

## Extracranialis trigeminusresectio három esete.

**Herczel Manó:** A trigeminus-neuralgiák operációs kezelésekor a központi beavatkozások 2 csoportra oszthatók: 1. intracranialis műtétek a Gasser-dűz kiirtásával; 2. extracranialis műtétek, melyek az idegnek a koponyaalapon, közvetlenül az agyból való kilépése helyén történő resectiójával járnak.

A Gasser-dűz kiirtásának túlnagy a halálozása. Tiffany szerint 108 operált esetben 22% volt a halálozás; Krause 128 esetet gyűjtött össze, a halálozás 15.6% volt. Ezen elég nagy halálozást sepsis, shock, agybaj okozza. Ezzel szemben a koponyaalapon végzett extracranialis műtétek, bár technikailag nem kevésbé nehezék, Krause szerint (23 eset) csak 8.7% halálozással járnak.

Ezért Herczel újabban, haesak kivihető, a kevésbé veszedelmes extracranialis utat választja. Rövid egymásutánban 3 igen súlyos neuralgia-esetet operált ily módon teljes sikerrel.

A két elsőben a II. és III. trigeminuságat reszekálta, a harmadikban csupán a III. ágat, mindhárom esetben a III. idegág resectioja közvetlenül a foramen ovaleből való kilépése helyén történt. Mindhárom műtett beteg néhány nap alatt teljesen láztalanul gyógyult, úgy hogy véleménye szerint a technika biztosságának növekedésével a halálozás aránya a minimumra fog csökkenni.

I. eset. G. Lázár 38 éves kereskedőnek 13 év óta vannak a jobb arczfélben, a regio infraorbitalisból kiinduló, a pofára, a foghúsba és az alsó állkapocsba kisugárzó fájdalmi, melyek a rágás és beszéd alkalmával különösen kízóók. 9 év előtt Mosetig a nervus infraorbitalis kiirtását végezte és ezen műtét után a beteg 2 évig teljesen fájdalommentes volt. Minthogy azonban a rohamok újra jelentkeztek, 4 év előtt újra műtétnek vetette magát alá, a mely 2 évig tartó javulást eredményezett. Az utolsó 2 évben fájdalmi elviselhetetlenek, a rohamok úgyszólván percenként jelentkeznek, miért is újabb műtét czéljából az előadónál jelentkezett.

A műtét a trigeminus II. és III. ágának *Kocher-Krönlein*-féle resectiójában állott, melyet az előadó 1907 december 3.-án következőképen hajtott végre:

A külső szemzúgtól a hangvezető külső nyílásáig vezetett ivalakú börmetszésből szabaddá téve a járomivet, azt elül és hátul két vésőcsapással átvágta s a fascia temporalisból, a járómesontból és a masseterből álló lebenyt lefelé hajtotta. Az állkapocs proc. coronoideusát a temporalis inának tapadási helyén átvésve, szabadon feküdt a fossa infratemporalis, melyről a lágyrészek tompa letolása után medián felé hatolt a koponyaalapon addig a helyig, a hol a trigeminus III. ága a proc. pterygoideus hátulsó szélé mögött a foramen ovaleből kilép. Az ideg megtalálását főleg az erős gyűjtőeres vérzés nehezítette meg, a melyet csak türelmes és hosszú ideig tartó tamponálással lehetett megszüntetni. A szabaddá tett ideget Thiersch-féle csipővel kicsavarta.

Még nagyobb nehézséget okozott a II. ág felkeresése. E czélból leválasztotta a musc. pterygoideus ext.-t s a fossa sphenomaxillaris zsírszövetének kiirtása után előrehatolt annak legmélyebb pontjáiig. Itt lép ki a foramen rotundumból a trigeminus II. ága, melyet az előbbihez teljesen hasonló módon kicsavarás útján távolított el. A vérzés a műtét befejezésekor teljesen megszűnt, miért is a járomivet helyére visszatéve, a sebet drainezés nélkül teljesen bevarrta.

Ideális, láztalan lefolyás, a beteg fájdalmi a műtét óta (3 hónap) teljesen szünetelnek. A rágóizmok működése kifogástalan.

II. eset. B. A. 35 éves ügyvéd, 8 év előtt lueszt szerzett, a mely ellen kenőkrát és jodkalit használt. A fájdalmak 2 év előtt jelentkeztek s azóta összesen 35 orvos tanácsát vette igénybe. Több egészséges fog kihúzása, galvanizálás, az orr melléküregeinek kezelése és számtalan fájdalomcsillapítószer használatának ellenére sem szüntek meg a rohamok. A fájdalmak székhelye a jobb arczfél, különösen a nervus mentalis beidegzési területe.

A műtétet 1908. február 11.-én végezte. A trigeminus III. ágának kiirtása az előbbihez teljesen hasonló módon történt, azonban az ideg kicsavarása alkalmával a foramen ovale hátulsó széléhez rendellenesen közelfekvő tuba Eustachii megsérült. Nehogy a száj felől fertőzés jöhessen létre, a sebet azonnal tamponálta és a nervus infraorbitalist faciális metszés útján távolította el. A lefolyás ezen esetben is ideális, teljesen láztalan volt. A műtét óta fájdalom nem jelentkezett, a rágóizmok jól működnek, kiesési tünetek, kivéve a jobb arczfélben érzett zsibbadtságot, nem észlelhetők.

III. eset. G.-né 48 éves nőn a fájdalmak 10 év óta állanak fenn. Számtalan kezelésmódot próbált, többek között Gersuny 1907 augusztus havában a nervus mentalist reszekálta minden eredmény nélkül. A fájdalmak a jobb arczfélre, a trigeminus III. ágának elágazási területére vonatkoznak.

A műtét (1907 október) a trigeminus III. ágának Koher-Kronlein-féle resectiójából állott, a gyógyulás zavartalanul, per primam történt, azonban a beteg a műtét után néhány héttel szájszort kapott. Ez az extracranialis trigeminus-resectionnak egyedüli hátránya, mely az esetek egy bizonyos, bár nem nagy százalékában feltétlenül bekövetkezik. Oka a rágóizmoknak a műtétkor sérülése és következményes zsugorodása.

Egyes esetekben czélra vezet a rendszeres szájtágítás Heister-féle szájtágítóval, súlyosabb esetekben azonban szükségessé válhatik az alsó állkapocs felhágó ágának átvésése és így mesterséges pseudarthrosis létesítése. (Folyt. következik.)

## Erdélyi Muzem-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(VI. szakülés 1908 márczius 7.-én.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

(Vége.)

**b) Cutan tuberculin-oltás helyén támadt, gümös jellegű fekély.** A tuberculinnal végzett cutanoltások nemesak diagnostikai jelentőségük miatt foglalkoztatják a dermatologust, hanem azért is, mert a tuberculidek neve alatt összefoglalt bőrelváltozások közelebbi természetének és pathogenesisének tanulmányozására indítottak. Némelyek szerint ezek a bőrelváltozások is bacilláris eredetűek, mások szerint a bacillusok toxinjai okozzák. A toxin-elmélet mellett felhozzák a rendszeren negatív bacillus-leletet (bár a idetartozó bőrelváltozások némelyikében sikerült már egyszer-másszor bacillust kimutatni), a tuberculin-injectiók után néha jelentkező exanthemának a tuberculidekhez hasonlóságát és végre azon körülményt, hogy megszürt, tehát bacillus-testeket nem tartalmazó tuberculinnal sikerült gümös szöveti típust mutató bőrelváltozást létesíteni, a mint azt *Klingmüller* „stichreactio“ bizonyítja. Ezért *Oppenheim* a Pirquet-reactiora való tekintettel nem tartja lehetetlenné, hogy ezen tuberculidek keletkezésében is a toxinnak és antitestnek a bőrben találkozása játszik szerepet. Ezen felvételének bizonyos fokig kedvez az a tapasztalata, hogy ismételt cutanoltásokkal sikerült egy lichen scrophulosorumban szenvedő egyénen az oltás helye körül sajátos lichenoid exanthemát, egy scrophulodermás egyénnel pedig a gümököröshöz hasonló fekélyt létesíteni. Különben *Pfaundler* valamint *Moro* és *Doganoff* szintén leírt eseteket, melyekben a Pirquet-féle próba után hosszabb idő múlva a bőrön tuberculosos jellegű fekélyek keletkeztek. Megjegyzendő, hogy valamennyi eddigi ilyen észlelet bőrtuberculosis eseteire vonatkozik.

A bemutató egy hasonló észleletről óhajt beszámolni. Egy scrophulodermás fiatal emberen 1908 február 24.-én 1/4-ére hígított és tömény tuberculinnal végzett bőroltást. Mindkét oltás helyén 18 óra múlva kifejezett reactio mutatkozott. A Pirquet-papulát szövettani vizsgálat czéljából kimetszették. A tömény tuberculinos reactió papula helyén hatodnapra körülbelül 1 cm. átmérőjű, meredek, kissé alávájt szélű, szalonnás, egyenetlen alapú fekély támadt, mely gümös természetű fekély benyomását tette. A fekély ma már (oltás után 15 nappal) a javulás szakában van. Érdekes továbbá, hogy a kimetszett Pirquet-papula helyén egy még nagyobb és szintén a gümös fekély jellegét magán hordó fekélyedés keletkezett, mely még ma is koronagyorságú és beszűrődött kékesvörös széleivel, egyenetlen genyedő alapjával, érzékenységgel a scrophulodermás fekélyekre emlékeztet. A kimetszést a sebészeti klinikán az asepsis összes követeléseinek szigorú szemeltartásával végezték, a sebfertőzés és másodlagos fertőzés kizárt. A fekélyek alapjáról vett kaparékban gümöbacillust nem sikerült kimutatni. Kérdés, hogy ezen és az eddig nagyon gyér számmal észlelt hasonló elváltozások létrehozásában nem a tuberculinnal esetleg még belefoglalt bacillusok játszanak-e szerepet. *Daels* vizsgálatai e lehetőségre is felhívják a figyelmet. A bemutató használt tuberculinnal 1 órai centrifugálás után bacillust kimutatni nem sikerült. A bemutató azt

hiszi, hogy a tuberculinos bőrreactiók segélyével a bőrtuberculosis pathológiájának némely vitás kérdése kísérletező úton lesz tanulmányozható.

A fekélyek képződését tuberculinos bőroltás után *Pfaundler*, *Moro* és *Doganoff*-al együtt a bőr növekedett allergiájával kell magyaráznunk; valószínű, hogy a reactióképesség általános fokozódásán kívül helyi túlérzékenység áll fenn a bőr részéről.

Hozzászól az utóbbi esethez *Blumenfeld Sándor*.

## 2. Lechner Károly előadása: Ép és kóros érzéseinkről.

Az érzések felől nagyon sok nézet és elmélet van forgalomban. A legtöbb nélkülözi a természettudományi alapot és metafizikai spekulációkkal foglalkozik. Ezért czélszerűnek tartja az előadó ebbeli kutatásainak eredményeit a nyilvánosságra hozni. Az érzések lényegéről épen olyan keveset tudunk, mint a többi természeti energia lényegéről. Azok a reflex események jelenségei és az élő plasma molekulás változásaival karöltve járnak. Csak az érzések származását s eredményeit lehet megvilágítani. Az érzés-származást illetőleg megkülönböztethetők az öröklött és a szerzett érzésfajok. Mindegyikük ismét majd külvilági inger által váltható ki, majd a szervezet saját életfolyamatai adta belső ingerek által. Ebből kifolyólag van: 1. *öröklött érzékelés*, mint a külvilági inger keltette izgalom érzése; 2. *öröklött közérzet*, mint a szervezet életfolyamatos működéseinek érzése; 3. *szerzett észrevesés*, mint a külvilági tárgyak létezésének érzése és 4. *szerzett hangulat*, mint a személyes élet érzése. A két utóbbi összetett érzés is az első kettőből tevődik össze, kialakulván tömeges összefolyásukból. Az észrevesést nem lehet az érzéstársulások sorába iktatni, mert — bár ilyenekből származik — kialakulása után többé elemeire szét nem bontható, tévedései helyre nem igazíthatók és az érzéstársulás tényeiben épen úgy viselkedik, mint az egyszerű érzés. Valóságos érzésegység-kijegyezésnek tekinthető. A hangulatokat sokan az érzések kiegészítő sajátosságainak tekintik. Különválásuk mellett szól azonban az a körülmény, hogy egyéb érzések kvalitásaitól és intenzitásaitól teljesen függetlenek, az emlékből különállónak felidézhetők, egyes mérgek által önállóan felkelthetők, a véretek hűtésével keletkezésükben megakadályozhatók, ellentétes alakjaikban is összetársulásra képesek, sőt külön kvalitásokkal és külön intenzitásokkal bírnak.

Az érzések eredményei azok tulajdonságaiból fakadnak. Vannak szenvedőleges és cselekvőleges magatartású érzések. Az előbbiek tisztán a kiváltó inger természetétől függenek. Az utóbbiakban az érzést közvetítő plasma önmaga is irányítja az eredményt. Az inger tartamától és időbeli változásaitól függenek az érzés időbeli szenvedőleges viszonyai, a melyek a *várás* tényében érvényesülnek. Az inger mekkorasága és mennyisége szabja meg az érzés szenvedőleges intenzitásbeli viszonyait és elénk állítja a *becslés* tényeit. Ezekkel ellentétben a plasma ingerlékenysége, illetve feszültségi állapota állapítja meg az ingerrel szemben mutatkozó cselekvőleges készséget az érzés keletkezésében. Ezen holtgátó, hol terelő körülmény a *törekvés* tényeinek csírát rejti magában. Végre a plasma saját minősége cselekvőlegesen határozza meg az érzés minőségét és hatását s azzal a *valósítás* tényeit hozza nyilvánulásra.

## PÁLYÁZATOK.

995 908. eln. sz.

A pécsvárosi közkórházban lemondás folytán megüresedett egy **másod-orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása: **1200 korona fizetés**, I. oszt. élelmezés és 400 korona lakpénz.

Felhívom a pályázni kívánó orvostudor urakat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz.-ben körülírt minősítéstiket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos Erreth János úrhoz, Pécs szab. királyi város főispánjához címelve, hozzám legkésőbb **f. évi május hó 13.-áig** nyújtsák be, mert a később érkező pályázatok figyelembe vételni nem fognak.

Pécs, 1908. évi április hó 27.-én.

2-1

Kórházigazgató.

6510 908. sz.

Trencsén vármegye közkórházánál megüresedett **első másod-orvosi**, valamint az esetleges előlépés esetén megüresedendő **második másod-orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, a kik ezen nyugdíjképeséggel és alább részletezett javadalmazással egybekötött állások valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy a főispánhoz címzett és az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának III. pontja 2. bekezdésében előírt képesítésről tanuskodó okmányokkal felszerelt kérvényeiket

a V. Ü. Sz. 4. §-a értelmében legkésőbb **f. évi május hó 12-éig** nyujtsák be, mert a később beérkezett folyamodványok figyelembe vételnél nem fognak.

Az első másod orvos javadalmazása **évi 2200 korona törzsfizetés és 600 korona lakbérátalány.**

A második másod orvos **évi fizetése 2000 korona**, a kórházban levő 3 szoba, konyha, pincze és éléskamrából álló szabad lakás, valamint fűtés és világítás. Megjegyzem, hogy a második másod orvos állás üresedésénél és annak tartama alatt az első másod orvos a fentjelzett kórházi lakást elfoglalni és a kórházban állandóan lakni köteles, mely intézkedés ellen jogorvoslatnak helye nincsen. **Trencsén, 1908. évi április hó 23-án.**

*Az alispán.*

1580/908. kig. sz.

Bars vármegye aranyosmaróti járásában a kistapolcsányi közegészségügyi körben lemondás folytán a **körorvosi állás** üresedésben van. Ezen körorvosi állás betöltésére pályázatot hirdetek. Felhívom azokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat **hozzám f. évi május hó 15-éig** annál inkább terjeszszék be, mert a később beérkezett pályázatok figyelembe nem veszem.

A körorvosnak a vármegye pénztárából havi részletekben járó **fizetése 1200 korona**, úti átalány 200 korona; a trachomások gyógykezeléséért külön megbízatás esetére 600 korona fizetés és 200 korona úti átalányban az állampénztárból részesíthető. A közegészségügyi körhöz 17 község tartozik.

Ha a József főherceg Ö Fensége tulajdonát képező uradalom a körorvos lemondása folytán egyúttal üresedésbe jutott orvosi állása a megválasztott körorvossal töltenek be, ezen uradalmi orvosi teendők ellátásáért külön megállapodás szerinti díjazásban részesülhet, a lévai munkásbiztosító pénztártól is lényeges jövedelem várható.

A választás határnapja iránt később fogok rendelkezni.

**Aranyosmarót, 1908. évi április hó 25-én.**

*Rudnyánszky Titusz dr., főszolgabíró.*

**A zólyomvármegyei Kerületi Munkásbiztosító Pénztár Beszterezbányai székhellyel egy orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az orvos törzsfizetése 2000 korona, lakbéré 500 korona, 4 ötéves 300—300 korona korpótlék, fuvar természetben és a munka arányában részesedés az orvosok külön díjazására számít, s a pénztári bevételekkel változó összegből.

A pályázók kérvényüket, felszerelve oklevél-másolattal, s annak felemelítéssel, hogy szándékoznak-e a pályázatban kiírt teendőknél kívül más rendszeres orvosi szolgáltatást teljesíteni, alulírott elnöknél postán ajánlva **f. évi május hó 15-éig** nyujtsák be.

Az állás ez évi június hó 1-én elfoglalandó.

A szolgálati kötelezettségek, nemkülönben az orvos jogai iránt a pénztár főorvosa: Kresmeryr Cyril dr. ad felvilágosítást.

**Beszterezbányán, 1908. évi április hó 28-án**

*Ifj. Rosenauer Lajos, elnök.*

10.171/908. sz.

A zólyombrezói m. kir. vasgyárnál új rendszeresítés folytán betöltendő **gyárorvosi állásra** ezennel pályázat hirdettem.

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 kocsiartási, 56 q széna és 61-5 hl. zabból álló lóartási átalány élvezete van egybekötve.

Felhívom azon orvostudorok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen belyegzett folyamodvényeiket 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. címre ezen vasgyári hivatalnál nyujtsák be.

Folyamodók kötelesek hiteles okmányokkal igazolni, illetőleg mindazon kellekeket kitüntetni, melyek a kiírt 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 kötelezettségek teljesítésére teljesen képesek.

A kinevezés egy év tartamára ideiglenesen történik s a véglegesítés 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 vételnél.

**B u d a p e s t, 1908. évi április hóban.**

5557

*Magyar kir. állami vasgyárak központi igazgatósága.*

889/908. alisp. sz.

Kis-Küküllő vármegye központi kórházával kapcsolatosan felállított elmebeteg-osztályhoz újonnan rendszeresített és nyugdíj jogosultsággal egybekötött **másod-orvosi 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 világítással ellátott, egy szobából álló természetbeni lakás és I. osztályú ételmezés.

Kinevezendő orvos köteles állandóan a kórházban lakni, magányakorlatot végezhet, a mennyiben a kórházi szolgálattal összefér. Az elmebeteggyógyászat terén jártassággal, előismeretekkel és készséggel bíró pályázót a kinevezés rendjén előnyben fog részesíteni.

Felhívom tehát mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 2. bekezdésében előírt képesítésüket igazolják és eddigi szolgálataikról tanuskodó bizonyítványokkal felszerelt folyamodvényeiket a Vármegyei Ügyviteli Szabályzat 4. §-ában előírt módon hozzám legkésőbb **f. évi május hó 20-áig** annnyival is inkább nyujtsák be, mivel a később érkező folyamodványokat figyelembe venni nem fogom.

**Dicsőszentmárton, 1908. évi április hó 15-én.**

2-2

*Csató Gábor, alispán.*

## HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú  
**GYÓGYFORRÁS**

# SALVATOR

kitünő sikerrel használtatik  
**vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és  
köszvénynél, a cukorbetegségnél, az emész-  
tési és lélegzési szervek hurutjainál.**

**Húgyhajtó hatású!**

**Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!**

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóci Salvatorforrás-Vállalatnál  
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

**LIPIKEN** halálozás miatt a dr. Roheim Lipót-féle **Sanatorium**

 **Villa Bellevue** 

1908. évi május hó 16-án 9 órakor a helyszínén eladatik. Az épület a legrészletesebb anyagból épült, áll 26 butorozott szobából és mellék-helyiségekből, egy kb. két holdas, lombos, befásított kertben. Bővebbet: Lipiken, Musquitter Jakabnál.

## Helyettesnek Kerestetik

orvos vagy szigorló orvos 3 havi időtartamra. Havi fix fizetés 160 korona, privát praxis 150—200 korona, lakás és kiszolgálás. Utiköltség megtérítetik; román és német nyelv tudása előnyös. Minél előbb elfoglalandó. Cím a „Petőfi“ kiadóvállalatnál **Budapest, VII., Kertész-utca 16.**

Egyetlen szer sem segíti elő annyira a felszívódást, mint a

Vasogen

**Jod-Vasogen 6% és 10%**

úgy belső, mint külső használatra.

Nincs izgató hatása, a bőrt feltűnően nem festi. Hatást illetőleg jelentékenyen felülmúlja a jodtincturát és a jodsókat.

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

Lactagol

egy specifikus ható lactagogum.

A zsír- és fehérjetartalom, valamint a tejmenyiségnek meglepő gyors szaporodása már 1-2 nap múlva világosan észrevehető.

**Vasogenfabrik Pearson & Co., Hamburg.**

Főraktár Ausztria és Magyarország részére:

**Maager Vilmos, Bécs, III/3.  
Heumarkt 3.**



# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Hógyes 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 Babarcsi Schwartz Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Halász Aladár:** Közlés a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórbonezolóstanai intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.) További adatok a cukorbetegségben található pankreaselváltozások ismeretéhez. 311. lap.

**Hollós József:** A gümőkór gyógyítása a Spengler-féle vaccinatioval. 312. lap.

**Ziffer Hugó:** Az egyetemi fülorvostani tanszék közleménye. (Tanár: Böke Gyula dr., kórh. főorvos.) Az idült genyes középfülgyulladás kórjelzése és gyógykezelése a budapesti magy. kir. tud.-egyetem fülorvostani tanszékének beteganyagán (a Rókus-kórház fülorvostani osztályán). 316. lap.

**Schütz Aladár:** Válasz Deutsch Ernő dr. megjegyzéseire 317. lap.

**Tárcza. Onodi Adolf:** Az orr- és gégeorvostan megalapításának félézredes jubileuma. 318. lap. — **Ország Oszkár:** A 25. német belorvostani congressus. 319. l.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Vierordt:** Roth's klinische Terminologie. —

*Fr. Kopsch:* Rauber's Lehrbuch der Anatomie des Menschen. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Müller:* Új mód genyes folyamatok kezelésére. — *Belorvostan. Lindemann:* Az idült epityphlitis. — *Sebészet. Schleich:* Az általános és helyi anaesthesia fejlődése. — *Szülészet és nőorvostan. Runge:* A terhesség hányása. — *Fehling:* A genyes adnexumok kezelése. — *Bőrkórtan. P. Ernst:* Tetoválás nyomán keletkezett bőrtuberculosis. — *H. Oppenheim:* A phthiriasis therapiájának módosítása. — *Orr-, torok- és gégebajok. W. Wolf:* A légesömetzés végeredményei. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Arensberg:* Bland-atoxytabletták. — *Larrabee:* A leukaemia gyógyítása Coley-féle anyaggal. — *Duncan Bulkley:* Szer psoriasis ellen. 321—324. lap.

**Magyar orvosi irodalom.** Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 324. lap.

**Vegyes hírek.** — Pályázatok. — Hirdetések. 325. lap.

**Tudományos társulatok és egyesületek.** 326—329. lap.

**Melléklet.** Az „Apotheke zum heiligen Geist“ prospectusa. — A C. F. Boehringer és Fiai cég „Arsen-ferrato“ készítménye.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Közlés a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórbonezolóstanai intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.)**

**További adatok a cukorbetegségben található pankreaselváltozások ismeretéhez.**

Írta: **Halász Aladár** dr.

Ezirányú második dolgozatomban megjelenése, az 1905. év utója óta az úgynevezett sziget-elmélet irodalma alig egy-két önálló vizsgálatokon alapuló dolgozattal gyarapodott. E meddőség okát a kérdés nehezen megközelíthető voltában kell keresnünk: úgy a sziget-elmélet mellett, mint ellene komoly vizsgálók emelték fel szavukat s a hosszas kutatás és heves discussiók eredménye mégis kevés volt, mennyiben a kérdés véglegesen sem pozitív, sem negatív irányban megoldani nem lehet, azt a hosszas klinikai megfigyelés a kórbonezolóstanai tapasztalatokkal egybevetve és pontos mikroszkopi vizsgálatok eredményeivel kiegészítve, idővel mégis el fogja dönteni. Ezért nem tartottam céltalannak a további anyag gyűjtését s ezzel vélem indokolhatni jelen vizsgálataim folytatódó közlését. S ha egyik-másik állításomon, melyhez előző dolgozataimban meggyőződéssel ragaszkodtam, ma némileg változtatni vagyok kénytelen. Örömmel tölt el, hogy különösen a fiatalkori diabetes aetiologiájára vonatkozó észleleteimet, nemkülönben koros egyénekben a diabetes és arteriosclerosis közötti összefüggést további vizsgálataim mindinkább beigazolni látszanak.

A kísérleti kórtan is szolgáltatott Lazarus<sup>1</sup> vizsgálatai révén egy újabb, ámbar csak indirect bizonyítékot a szigetek és a szénhidrátanyagforgalom szoros összefüggésének igazolására.

Lazarus tengerimalacoknak hónapokon át naponta 1 gcm. (subcutan) illetve 1 gm. (per os) adagban phloridzint adott. E mellett

<sup>1</sup> Lazarus: Experimentelle Hypertrophie der Langerhansschen Pankreasinseln bei der Phloridzinglykosurie. Münchener med. Wochenschrift, 1907. 45. szám.

kísérleti állatait hetenként háromszor még  $\frac{1}{10}$ — $\frac{3}{10}$  mgm. adrenalint is kaptak. Állatai cukrot vizeltek, majd fokozatosan mindinkább cachexiások lettek s a végső kimerülés tünetei között elpusztultak. A bonezolóskor úgy a hasnyálmirigyet, mint a mellékveséket minden esetben hypertrophiának találta a szerző. A hasnyálmirigy megnagyobbodása, a hogy tüzetesebb vizsgálatkor kitűnt, a Langerhans-féle szigetek túltengése és megnagyobbodása következtében állott elő: a szigetek száma 2—10-szer több volt a rendesnél s a szigetek igen nagyok voltak, szerkezetük egyébként normális volt.

A szerző eme vizsgálatok alapján a szigetek anatómiai és functionális önállóságát igazolva látja. Mindenesetre fontos, hogy kísérleti úton a hasnyálmirigy szigetei izoláltan megnagyobbodhatnak és szaporodhatnak. A szigetmegnagyobbzás és szigetszaporulat Lazarus szerint a *phloridzin-diabetes anatómiai szövetreactioja* s a szerző a phloridzinmérgezés következményeképp jelentkező sziget-hypertrophiát functionális túltengésnek (Arbeitshypertrophie) tartja. Lazarus eme kísérleteit emberen óhajtja megismételni; nézetem szerint azonban, tekintve hogy naponta subcutan 1.0—1.5 gm. phloridzint kellene adni, a kísérletek fájdalmas volta miatt a dolog aligha lesz kivihető. Per os pedig igen nagy adag phloridzint kellene adni s így is kérdéses volna, mennyi szívódott fel a bevitt glycosidából a bélben.

Kórtani szempontból érdekes és említésre méltó Bernard Fischer<sup>2</sup> észlelete, ki a bonni Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde 1905 július 19.-i ülésén egy 18 éves cukorbeteg leány pankreasában látott izolált szigetelmeszesedésről számolt be.

\* \* \*

A következőkben azon újabb 14 diabetes-eset anyagának feldolgozásáról óhajtok referálni, melyekhez az 1905—1907. években jutottam. Mielőtt azonban ezen esetek ismertetésére térnék, egyet-mást a normális hasnyálmirigy szigeteiről óhajtok elmondani. Különösen Karakascheff<sup>3</sup> és Herxheimer<sup>4</sup> vonta kétségbe a szigetek

<sup>2</sup> Ref. a Deutsche med. Wochenschrift 1905. évfolyamában.

<sup>3</sup> Deutsches Archiv für klin. Med. 82. kötet, 60. lap.

<sup>4</sup> Verhandlungen d. Deutschen Pathologischen Gesellschaft, Jena, 1906. 263. lap. (Weitere Untersuchungen am Pankreas von Diabetikern).

anatomiai és functionális önállóságát s míg az előbbi szerint a szigetek rezerv-parenchymának volnának tekintendők, melyből szűkség esetén mirigyszövet képződik, Herxheimer szerint a parenchymából képződnek szigetek. Karakascheff dolgozatával már második ezirányú közleményemben foglalkoztam s így csak Herxheimer vizsgálatait kell bővebben ismertetnem.

Herxheimer 5 cukorbeteg pankreasának pontos vizsgálata alapján az alanti következtetésekre jutott: A Langerhans-féle szigetek parenchymából is képződhetnek. Ezen újdonság, mely cukorbetegekben gyakrabban észlelhető, mint normális hasnyálmirigyben, alkalmasint reparatív jelentőséggel bír.

Diabetes mellett a pankreas parenchymája gyakran sorvad, kötőszövet pedig megszorodott: a kórfolyamat tehát sok tekintetben hasonló ahhoz, mely a cirrhosisban a májban van, miért is a szerző a pankreas-cirrhosis elnevezést ajánlja.

Herxheimer a szigetelmélet jogosultságát nem látja eléggé beigazolvva s szerinte a pankreas minden sejtjének úgy külső, mint belső secretioja van: a belső secretio a szigetekenél a külső secretioval szemben, a kivetési cső hiánya folytán, praevaleál. Ha a pankreas-parenchyma megbetegszik, az egész belső elválasztást a szigetek veszik át s hogy a szigetek eme feladatnak meg tudnak-e felelni vagy sem, attól függ, hogy támad-e diabetes vagy nem.

E teoriával e helyütt bővebben foglalkozni nem óhajtok, a mi azonban a szigetújdonságokról, arra vonatkozólag magam is végeztem vizsgálatokat. Mintegy 15 különböző korú egyén ép hasnyálmirigyéből készült nagyszámú metszet áttanulmányozása alapján arra a tapasztalatra jutottam, hogy már normális körülmények között is, mindenestre kivételesen, a parenchymából is képződhetnek szigetek. A typosos parenchyma és a szigetek között levő különbségeket áthidaló képleteket láthatni, melyek már nem parenchyma, de nem is teljesen szigetek. Ezen átmeneti képződmények nem élesen elhatárolt, de a parenchymával összefüggésben levő szigetek s ámbár hámjuk az elválasztó szöveténél világosabbra festődő: sejtjeik még ugyanazon sokszögletű sejtek. A sejtmagvak között még nem lehet az elválasztó parenchymáéinál jóval nagyobb magvakat találni, a hogy ez a szigetekenél oly gyakori, s a sejtmagok elrendeződése sem olyan páros, kötegszerű, mint a sziget magvaké. Úgy tapasztaltam, hogy kóros viszonyok között, diabetes mellett ezen átmeneti szigetelakok elég gyakran láthatók. Jóval gyakoribb azonban az, hogy a sorvadó parenchyma ad a szigetekre csalódásig hasonlító képet: minderről az egyes esetek leírásakor is lesz szó.

Eseteim folytatálagos<sup>1</sup> ismertetését az alábbiakban adom:

31. G. M.-né, 56 éves, izraelita, bőrkereskedő felesége, gyermekkori betegségekre nem emlékszik s jelen bajjáig mindig egészséges volt. 12 évvel ezelőtt Stiller cukorbeteg állapotot meg nála: körülbelül 10 év óta sokat iszik, gyakorta vizel. Mindig jó módban volt és bőségesen táplálkozott.

Status praes, 1905 április 7.-én: Hájkóros egyén, súlyos, főképen periferiás arteriosclerosis. Jobb lábának kisujja üszkös. Vizelete világos szalmasárga, savi, fajsúlya 1022, fehérjét nem, cukrot, acetont és diacetont bőven tartalmaz. A vizelet napi mennyisége 2600 cm<sup>3</sup>, cukortartalma 5<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

Somnolens s folyton hány s így diatára nem lehetett fogni, 4 napi kórházi észlelés után comatosus lesz s 24 órai coma után meghal.

A boncolati jegyzőkönyv (7288/193 1905 április 11) adatai: Diabetes mellitus. Atrophia lipomatosa pankreatis. A hasnyálmirigy vastag, laza zsírréteggel van körülveve, mely a szerv főtömegét alkotja. Súlyja 135 gm., ebből a mirigyállományra alig 40—45 gm. esik. A mirigy lebenykéi igen aprók, halványak. A farki részlet körüli zsírszövetben, valamint a mirigy farki részletében is a metszlapon több kendermag-köles nagyságú krétafehér folt látható.

Egyéb eltérések: Arteriosclerosis universalis cum atrophia insulari mediocris gradus renum. A két vese súlya 280 gm., a máj súlya 2100 gm. Petrificatio arteriarum mediocrum, praecipue tibialis posterioris dextrae fere oblitterantis cum gangraena digiti V. et cutis dorsi pedis dextrae maculosa, demarcata purulentaque. Adipositas universalis. Hernia umbilicalis adereta. (Epiplöenterokele.)

Szöveti lelet: A hasnyálmirigy parenchymájának helyét, főképen a mirigy feji részletéből származó metszleteken, laza zsír-

<sup>1</sup> Az I—XV. illetve XVI—XXX. sz. eset az Orvosi Hetilap 1903. és 1905. évfolyamában található.

szövet foglalja el, melyben csak itt-ott elvétve láthatni még jól megtartott mirigyos szövetet, másutt plasmazegény piknózis csoportokból álló részletet. A hasnyálmirigy szövete egyébként is a legtöbb helyen sorvad, sok helyt a sejtek acinusos elrendeződése fel sem ismerhető, másutt magfestést nem láthatni. Helyenként, különösen, hol a parenchyma szembeötlően sorvad, úgy az interlobuláris, mint a lebenyek között levő kötőszövet általában mérsékelt, a mirigy farki részletében azonban szembetűnően megszorodott. A mirigylebenyek közti kötőszövetben, nemkülönben a zsírszövetben, itt kisebb-nagyobb, néhol akár több látóterjedelmű vérszövet, ott elhalásos gócz látható. A kivetési csövek hámjelenése ép.

A szigetek száma, a hogy az a táblázatból is látható, gyér, alakjuk kerek, ovális, átlagos nagyságuk 275 × 230 μ, néhol, különösen a hasnyálmirigy farki részletéből származó metszleteken csoportosan is láthatni őket. A szigetek a környező elválasztó szövetből a legtöbb helyütt élesen elvannak határolva s néhol kifejezett kötőszövetes tokjuk van. Teljesen ép szigetet az egész mirigyben sehol sem láttam.

A változás kezdetén a még aránylag ép hámú biró sziget sejtjei megduzzadnak, finoman szemcsés állományuk egynemű, homogen lesz s a sejtsorok közti hézagokat is kitölti: a sejtmagvakon akkor szembetűnő változás még nem észlelhető. A kóros folyamat haladtával a sejtsorok mind gyérebbek lesznek s a szigetnek mind nagyobb részletét az említett egynemű, úgy van Gieson-eljárásra mint eosinnal halvány rózsaszínűre festődő anyag foglalja el, melyben a sejtkötegeknek megfelelőleg sötétre festődő, itt-ott zsugorodott sejtmagvak láthatók. Az ilyen kóros sziget alakját a legtöbbször még megtartja. A változás egy későbbi szakában a homogen anyag is eltűnik s a sziget helyén szabálytalan alakú, finom rostos kötőszövetből és sötétre festődő piknózisos és hosszú magvakból álló, hegszerű képződményeket láthatni. A szigethám sajátos elfajulása bizonyos középpontokból látszik kiindulni, mely középpontok a szövettani kép után ítélve a hajszálereknek felelnek meg.

A hasnyálmirigy nagyobb ereinek fala ép, a közepes nagyságú és az apróbb erek, főképen az intralobuláris hajszálerek legtöbbjének fala szembetűnően megvastagodott, egynemű, halványsárgára, illetve halványvörösre festődik, az ürbség pedig megszűnik. Az elfajulás többnyire az érfal minden rétegére kiterjed, helylyel-közzel azonban az intima sejtjei még láthatók. Hogy a megvastagodás fokáról helyes képet alkothassak, több esetben megmértem az érfal és a lumen nagyságát: így például egy kis verőér egész átmérője 44 μ volt, melyből 2 × 12.5 μ az ér falára s 19 μ a belső ürterére esett.

A többi szerv közül a vesék szövettani vizsgálata érdemel figyelmet: a glomerulusok jó része sejtszegény, a magvak zsugorodottak és sokhelyütt az egész glomerulus hyalinosan elfajult. A kanyarulat esatornák hámja is sorvad s ennek megfelelően az interlobuláris kötőszövet megszorodott. Az apróbb erek, akár csak a hasnyálmirigyben, vastag, egynemű colloid, illetve hyalin falúak, lumenük megszűnik, sőt itt-ott csaknem teljesen el is zárult. A máj sejtjei kissé plasmazegények, másutt zsír pótolja a plasmát s az apróbb ereken itt is a fentebb leírt változás látható.

A szigetek számbeli viszonyait az alanti táblázat tünteti fel:

Hasnyálmirigy-részlet	Készítmény	A metszet nagysága mm <sup>2</sup> -ekben	A szigetek száma	100 mm <sup>2</sup> területre hány sziget esik?	Jegyzet
Caput p. ....	1	418	2	1.9	Az összes szigetekeken kisebb-nagyobb fokú kóros elváltozás látható.
	2	405	1		
	3	198	11		
	4	300	11		
Corpus p. ....	1	230	15	6.0	
	2	230	6		
	3	240	17		
	4	220	18		
Cauda p. ....	1	202	25	15.2	
	2	200	35		
	3	150	18		
	4	150	29		

(Folytatása következik.)

## A gümőkór gyógyítása a Spengler-féle vaccina- tíóval.

Irta: **Hollós József** dr., kórházi prosector Szegeden.

(Vége.)

Mint említettem, Spengler vizsgálatai szerint a tuberculosis-bacillus az oxygendús, a gyöngyökbacillus az oxygenszegény táptalajt kedveli. Az emberi szervezetben is a gyöngyökbacillus előszeretettel lokalizálódik az oxygenben szegényebb területeken: a csontokban, mirigyekben, bélben, savós hártályokon. Innen van, hogy ú. n. sebészeti gümőkóreseim részben tiszta gyöngyökóros, részben symbiosisos fertőzésnek bizonyultak. Jellemzi a gyöngyökbacillusfertőzést a bacillusok kisebb virulentiája és toxicitása. A tüdővésznek azon idült alakjaiban, a melyek évtizedekig elhúzódnak, nagy szövettermeléssel, csekélyfokú széteséssel, gyakori pleuritises jelenségekkel és vérzésekkel járnak, nagyon sokszor gyöngyökbacillusfertőzést állapíthattam meg. A gyöngyökórosokban a toxikus tünetek teljesen hiányozhatnak is, de mindenesetre kevésbé kifejezettek, mint a tuberculosisfertőzésekben. Egy-egy tüdővérzés vagy pleuritis nem ritkán teljes jólét közepette lepi meg a beteget s ha ilyenkor a tüdőt megvizsgáljuk, akárhányszor már a csúcs kifejezett zsugorodását találhatjuk a nélkül, hogy bármily tünet is felhívta volna a figyelmet a fertőzésre. Másrészt gyakoriak a gyöngyökóros esetekben az úgynevezett szúrások, mell- és hátfájások, melyek a pleurára való localisationak eredményei. Spengler szerint a vérzésekkel járó esetek legnagyobb része gyöngyökbacillusfertőzés. Saját eseteim is teljesen megerősítik ezen feltevést s egyszersmind határozottan állíthatom, hogy a tüdővérzés ellen a tuberculosis-vaccin minden alkalommal a legkiválóbb gyógyszernek bizonyult. A vérzések az injectiora vagy azonnal, vagy fokozatosan megszűntek.

A tuberculosisfertőzésben ellenben a toxikus tünetek sokkal kifejezettebbek és igen gyakran a gümőkórnak fizikai kimutathatóságát évekkal is megelőzik s egyszersmind oly jellemzők, hogy többnyire már a subjectív tünetsoportból megállapítható a tuberculosis diagnosisa. E tünetsoportba tartoznak: fejfájások, szédülés, gyakori étvágytalanság és egyéb gyomorpanaszok, kimerültség avagy gyors kifáradás, rossz alvás nyugtalan, izgatott álmokkal, gyakori szívdobogás, éjjeli izzadás, dysmenorrhoea. Ugyancsak intoxicációs jelenség a hosszú, vékony alak. Betegeim között jelenlény számmal vannak olyanok, kiket orvosaik „neurasthenia” vagy „anaemia” diagnosissal éveken át a szokásos vas-, arsen-, phosphorkezelésben részesítettek, természetesen minden eredmény nélkül s a kik a vaccinatora néha feltűnő rövid idő alatt összes tüneteiktől megszabadultak és hizásnak is indultak. Ezek az esetek igen kevés kivétellel tuberculosisfertőzésnek bizonyultak. Gondoljunk csak meg, hány embernek van latens gümőkórja, a nélkül, hogy fertőzöttségéről fogalma volna; a boncsolások ezt eléggé bizonyítják. De nem kell gondolni, hogy e latens folyamat tünet nélkül áll fenn, csakhogy e tüneteket az „idegesség” vagy „vérszegénység” semmit sem jelentő és mindent megmagyarázó neve alatt könnyvelik el.

Engedjék meg, hogy itt megint saját példámra utaljak. Mint említettem, a toxikus reactio s a diagnostikai oltás alapján tuberculosisfertőzöttnék bizonyultam. E felfedezés igen meglepett, mert teljesen egészségesnek véltem magamat. Azt, hogy az utolsó 4—5 évben munkaképességem csökkent, igen gyakran fáradtnak, kimerültnek éreztem magamat és rosszul aludtam: csak a sok munkával és kevés pihenéssel járó életmódom természetes következményének tekintettem. A diagnosissal alapján gyöngyökbacillusvaccin-befejezéseket végeztem magamon s a kúra befejezte óta e tünetek tökéletesen elmúltak, régi munkaképességem visszatért, kimerültségnek nyomát sem érzem, kitűnően alszom, étvágyam fokozódott. A kúra után feltűnő gyorsan meghíztam.

Az ilyen intoxicationak jellemző esete pl. a következő.

V. F. 30 éves. *Anamnesis.* Évek óta szenved kimerültségben. Minden reggel fáradtan kel, nyugtalanul alszik, zavart álmai vannak. Gyakori heves szívdobogás. 2 év előtt Cirkvenicán tartózkodott; akkor javult, de nemsokára visszakapta „idegességét”. Újabbán kissé köhéssel, éjjelente néha izzad. Étvágya rossz. *Jelenállapot.* Hosszú vékony alak. A csúcsokban érdes légzés. A hőmérsék 37.4 C°. A pulsus 120.

A kezelést a gyöngyökbacillus-vaccin tizmilliomod milligrammjával kezdettem, s már 10 nap múlva a fáradtságérzés, köhögés és éjjeli izzadás megszűnt. 5 hét múlva teljes jóérzés, állandóan kitűnő étvágy, mély nyugodt alvás; a szívdobogás megszűnt. 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> kgm. hizás. Ekkor kísérletképen a tuberculosis-vaccin 1/1000000 milligrammját fecskendeztem be, mire napokig tartó fáradtságérzés és rossz alvás jelentkezett, a mi csak a gyöngyökbacillus-vaccin újabb befejezésére tűnt el. A hőmenet, mely kezdetben 37.5°-ig haladt, a 3. héten leszállott 37°-ra s azóta állandóan 37° alatt van. A kezelés befejezte óta 4 hó telt el; az asszony állandóan és tökéletesen jól van, piros-pozsgás, régi idegességének nyoma sincs. Kitűnő egészségével mindenkinek eldicsekszik.

Az összes intoxicációs jelenségek között a legnevezetesebb a *dysmenorrhoea*. Betegeimet pontosan kikérdeztem menstruatiojukra vonatkozólag és kitűnt, hogy a gümőkórosak aránytalanul nagy számban szenvednek rendetlen, elhúzódo, fájdalmas menstruatióban. Ugyancsak igen gyakoriak a menstruatiókat kísérő általános tünetek, mint fejfájás, szédülés, étvágytalanság, émelygés, hányás stb. Azt is sok esetben kimutathattam, hogy a rendetlen vagy fájdalmas vérzések pontosan abban az időben kezdődtek, a mikor a gümőkóros fertőzés tünete, a köhögés, vérköpés, lesóványodás stb. kezdetüket vették, míg azelőtt a menstruatio rendes és fájdalomtalan volt. Teljesen kétségtelenné teszi azonban a tuberculosis és a dysmenorrhoea közötti összefüggést az a körülmény, hogy a specifikus kezelésre úgy a dysmenorrhoea, mint az azt kísérő általános tünetek eseteim legnagyobb részében teljesen és tökéletesen megszűntek. Kétségtelen, hogy a dysmenorrhoeának vannak helyi okai is, a melyeknek természetesen e kérdéshez semmi közük, azonban számos olyan esettel is rendelkezem, a melyekben a helyi bántalmak, nevezetesen az endometritis és adnextumor mellett fennálló dysmenorrhoea is a tuberculinkúra meggyógyultak.

Összesen 109 menstruáló nő állott specifikus kezelésem alatt. Közülük rendes és nem fájdalmas a menstruatio 48 nön, rendetlen, de nem fájdalmas 8 nön, míg a többi 53 esetben kifejezett dysmenorrhoea állott fenn, vagyis összes eseteim 48%-a dysmenorrhoeában szenved. Ezek közül kezdetben fájdalomtalan s csak évek múlva fájdalmassá vált menstruatio 21 esetben, vagyis a dysmenorrhoeások 39%-ában található és ha ezen esetek anamnesisét átnézzük, határozottan megállapíthatjuk, hogy a dysmenorrhoea jelentkezése körülbelül egyidőbe esik a gümőkóros fertőzöttség kétségtelen tüneteinek megjelenésével. Az 53 dysmenorrhoeás beteg közül részint terhes, részint a kezelés befejezte óta még nem menstruált 18, marad tehát 35 olyan dysmenorrhoeás betegem, a ki a kezelés óta ismételtelen menstruált. A 35 eset közül a dysmenorrhoea a kísérő tünetekkel együtt teljesen megszűnt 26 esetben, vagyis 74%-ban, javult 5 esetben, változatlanul maradt avagy recidivált 2—2 esetben.

Dysmenorrhoeás eseteim közül példaként említem a következőt.

K. J.-né, 38 éves. *Anamnesis.* 12 év óta minden télen köhög, 7 év előtt 2 hónapig tartó vérköpés. Időnként fázik vagy forrósága van s éjjel izzad; az alvás változó, néha heteken át nem tud aludni. Étvágya jelenleg nincs. 4 év óta szívjáji fájdalmakat érez; gyakori szívdobogás. Feje gyakran fáj, néha szédül. Rokonságában sok a tüdővész.

13 éves korában kapta első menstruatioját, a mely rendes és fájdalomtalan volt. 26 éves korában, vagyis 12 év előtt, a mikor a köhögése kezdődött, kapta az első fájdalmas vérzést, a mely azóta állandóan jelentkezik; már 2—3 nappal a vérzés előtt heves fájdalom támad, a mely a vérzés elmúltáig tart, úgy hogy 2—3 napig minden alkalommal feküdni kénytelen. A vérzés idején szédül, heves izgatottságban szenved. *Jelenállapot.* Mérsékeltlen fejlett és táplált. A jobb kules feletti árok kissé besüppedt, ugyanott rövidült a kopogtatási hang, érdes a légzés. A jobb csúcsban hátul érdes megnyúlt légzés, száraz szörtyözörejek, a bal csúcsban érdes légzés. A hőmérsék 37.1 C°, a pulsus 62. A kezelés kezdete október 4.-én tuberculosis-vaccinnal. Már 2 hét múlva a beteg jól alszik, jó étvágya van. A fejfájás, szívjáji nyomás, szívdobogás megszűnt. A fáradtságérzet csökkent. Első menstruatioja tökéletesen fájdalommentes, a mi nagyon meglepte, mert csak a vérzésről vette észre, hogy menstruál.

Novemberi menstruatioja megint teljesen fájdalomtalan, legkevésbé sem izgatott, minden kísérő tünet hiányzik. Ekkor már teljesen egészségesnek érzi magát. Semmi fáradtságérzése sincs.

Igen keveset és ritkán köhög.  $\frac{1}{10}$  mgm. TBV után beállott a saturatio s ekkor — november végén — megkísérlettem a kezelést a gyöngykór-vaccinnal folytatni. A 3. befecskendezés után már toxikus reactio jelentkezett, mely több mint egy hétig tartó hátfájásban, köhögésben, izgatottságban s a legközelebbi menstruatio fájdalmasságában nyilvánult. Ez esetben tehát a dysmenorrhoea kísérletesen volt kiváltható. Azóta minden menstruatioja — szám szerint 4 — tökéletesen fájdalommentes; a köhögés, fáradtság-érzés, szivdobogás, fejfájás stb. teljesen megszűnt. Március elején kisebb recidiva, a mely újabb befecskendezésekre rövidesen megszűnt.

Mint különálló, felette nevezetes észlelést megemlítenének tartom a következő esetet.

O. Gy.-né, 24 éves varrónő. *Anamnesis.* 10 hó előtt vérhányás. Azóta köhög; erős éjjeli izzadás, fáradtságérzet, mérsékelt fejfájás.  $1\frac{1}{2}$  év óta nem menstruál. A szegedi bábaképzőből *atrophia uteri* diagnosissal küldötték hozzám. *Jelenállapot.* Mérsékeltlen fejlett és táplált, lesoványodott beteg. A jobb csúcsban hátul relativ tompulat, u. o. érdes és hangos be- és kilégzés, számos nedves szörtyögő zörej; a bal kules felett és alatt hangos légzés, száraz szörtyögő zörejek. A hőmérsék  $37.5^{\circ}C$ , a pulsus 120. A kezelés megkezdése után 3 héttel teljesen jó az étvágy, az izzadás megszűnt, a köhögés jelentékenyen csökkent. 3 kgm. hízás. Közvetlenül a kezelés befejezte után 4 napig tartó *menstruatio*, fájdalom nélkül.

Visszatérve most a diagnosis felállítására, azon esetekben, a melyekben a gümőkór jelenléte kétséges, avagy eldöntendő volt, hogy tuberculosis- vagy gyöngykór-fertőzés forog-e fenn, diagnostikai oltást végeztem és pedig gyermekeknek  $\frac{1}{100}$ — $\frac{1}{50}$ , felnőtteknek  $\frac{1}{50}$ — $\frac{1}{10}$  mgm. bouillonfiltratumot (ATO, PTO) fecskendeztem  $\frac{1}{10}$  cm<sup>3</sup> mennyiségben mindkét alkar bőre alá. Positiv a reactio, ha a befecskendezés helyén piros, érzékeny beszűrődés keletkezik, a mely napokig, sőt hetekig megmarad. Kétségtelen, hogy a friss és latens esetek adják a legerősebb reactiót, miként azt Detre is a cutan-oltásokkal kimutatta, míg az inveterált esetek jóval csekélyebb helyi reactiót tanúsítanak. A reactio nagyságára azonban a beteg mérgeérzékenysége is jelentékeny befolyással bír, a melynek tulajdonképeni okát azonban nem ismerjük. A kifejezett gümőkór azon eseteiben, a melyekben semmi helyi reactio sem jelentkezik, a prognosis rossz. Minthogy a reactio teljesen specifikus, ezen megkülönböztető tuberculin-oltásokkal a gyöngykór vagy tuberculosis fennforgását, avagy egyik vagy másik fertőzés túlnyomóságát az esetek jelentékeny részében megállapíthattam. A subcutan helyi reactioval korrespondál a gümős szövetben jelentkező helyi reactio, így a tüdőtuberculosis azon eseteiben, a melyekben a fizikai tünetek teljesen bizonytalanok, igen gyakran határozott fizikai tünetek fejlődnek ki a reactio tartama alatt. Habár mindezen diagnostikai oltások nem is teljesen megbízhatók minden esetben, kétségtelen, hogy a gümőkór körjelzésének egyik legbecesebb módszerét alkotják, főképen latens esetekben.

A minden tünet nélküli latens gümőkór ily módon való felismerésének érdekes esete például a következő:

A 19 éves, teljesen egészségesnek látszó, jól fejlett és táplált, piros-pozsgás kórházi ápolónőnek bőre alá kísérletképen  $\frac{1}{10}$  mgm. „human“ és „bovin“ filtratumot fecskendeztem. Az illető teljesen egészségesnek állította magát. Másnapra a gyöngykórányag injectiojának helyén kisdiónyi, piros, érzékeny duzzanat keletkezett, a mely csak 2 hét múlva tűnt el. A tuberculosis-filtratum semmi reactiót sem adott. Megvizsgálva a leányt, a bal tüdőcsúcsban apróhólyagú szörtyözörek voltak kimutathatók. Atyja tüdővészben halt meg. Menstruatioja 20 naponként ismétlődik.

A diagnostikai oltás segítségével tehát a látszólag teljesen egészséges egyénben lappangó tüdőgyöngykór volt felfedezhető.

Összegezve a mondottakat, a klinikai kép, ha szükséges az elkülönítő diagnostikai oltás s esetleg a bacillaris lelet összevetéséből a differenciál-diagnosist többnyire megállapíthatjuk. A kezelés természetesen a másik bacillus tuberculinjával történik. A Spengler-féle vaccinek kezdő adagja egymilliomod—tizmilliomod mgm., gyermekeknek tiszerte kevesebb. Minél súlyosabb az eset, annál kisebb adaggal szabad csak kezdeni. Az adagokat tiszteres fokozással fecskendezhetjük be 2—3 vagy több napi időközökben, szigorúan szem előtt tartva, hogy addig ne fecskendezzünk be újból, míg az előző adagnak helyi reactioja teljesen el nem mult. Ha  $\frac{1}{10}$

milligramm vaccinig jutottunk (a mely adagban már 10 mgm. bouillonanyag és  $\frac{1}{10}$  mgm. testanyag van), az adagot már csak 10-szer kisebb fokozással szabad növelni (tehát  $\frac{1}{10}$ ,  $\frac{2}{10}$  stb.). A saturatio beálltat erős helyi reactio jelzi, a mely napokig sőt hetekig fennálló piros, érzékeny duzzanatban nyilvánul. Ha mindkét bacillussal való fertőzöttség esete forog fenn, először a gyöngykórányaggal injiciálunk és a vele saturatio után 8—12 nap múlva megyünk csak át a tuberculosis-vaccin befecskendezésére, hasonlóképen a kezdő adagtól felfelé.

Természetesen nem minden eset kezelése megy ilyen simán. Vannak méregtúlérzékeny betegek, a kik részére a mindkét anyaggal szemben jelentkező nagyfokú toxikus reactiók miatt igen nehéz a megfelelő vaccin megválasztása és a kik még ez esetben is gyakran már a legkisebb adag befecskendezésére is heves mérgeztünetekkel reagálnak. Az ilyen esetek csak a legnagyobb óvatossággal kezelhetők; a bouillonanyag igen kicsiny adagjainak bedörzsölésével azonban sok esetben lassanként leküzdhető ezen ülérzékenység.

A mi a gyöngykórbacillussal való fertőzés eredetét illeti, részemről a tejjel és hússal fertőzést s általában a gyöngykórnak az állatról az emberre átragadását nem tartom bizonyítottnak. Ellene szól már az a nevezetes körülmény is, hogy Japánban a szarvasmarhák gyöngykórtól mentesek voltak mindaddig, a míg külföldről bevitt állatok e betegséget el nem terjesztették, holott a gümőkór az emberek között ott is mindenkor uralkodott. Spengler szarvasmarhából tenyésztett gyöngykórbacillus tiszta tenyészetét saját bőre alá fecskendezte és csak 9 hónap alatt spontan gyógyult helyi tályog volt az eredmény.

Mindenesetre nagyon különös, hogy míg a nyers tej veszélyességét írásban és szóval állandóan hirdetik, sőt *Behring* formalinnal desinfiált tejet (!) ajánl a csecsemőknek, addig a vaját egyáltalában nem közösitik ki, és alig hinném, hogy Svájcban, Angliában és Amerikában, a hol a vaját állandóan és nagy mértékben fogyasztják, e miatt az elsődleges béltuberculosis gyakrabban szedné áldozatait. Saját észleleteim alapján határozottan a mellett foglalkozok állást, hogy a gyöngykórfertőzés is az emberről ragad az emberre.

Több olyan esetem van, a melyben a tüdőgyöngykórban szenvedő szülők gyermekei sebészeti tuberculosisban vagy diagnostikai oltással megállapított latens gyöngykórfertőzésben szenvednek. Nagyon tanulságos eset például a következő:

G. A. 16 éves tanuló. *Anamnesis.* Négy hét óta fáj a tarkója és a nyaka, melyet 8—10 napja ferdén tart. Teljesen étvágytalan, rosszul alszik. *Jelenállapot.* Rosszul fejlett és táplált, halavány. A mellkas keskeny, lapos, a tüdők felett nincs eltérés. A nyak hosszú, bal felé tő, merev. Hajlításakor fájdalmas, nyomásra az első nyakesigolya s a 2. és 3. esigolya baloldali nyúlványa fájdalmas. Ezen utóbbi terület kissé duzzadt. *Diagnosis:* Spondylitis cervicalis. A tuberculosis-vaccinnal történt kezelésre egy hónap alatt jelentékeny javulás, 3 hónap után teljes gyógyulás jött létre, a beteg 3 kgm.-ot hízott. Jelenleg csak kivételesen érez minimális fájdalmat, nyakát jól hajlítja, egyáltalában nem tartja ferdén. Rendesen jár az iskolába, rögzítő készüléket vagy gipszkötést sohasem kapott.

E beteg a tuberculosis-vaccin befecskendezését igen jól tűrte, míg a kísérletképen adott gyöngykór-vaccin tizmilliomod milligrammjától már nagy duzzanattal és fájdalommal járó helyi reactiót és  $0.3^{\circ}$  hőemelkedést kapott, jelül annak, hogy tiszta gyöngykórfertőzés esete forog fenn. E betegem atyján tüdőgyöngykórt tudtam megállapítani: 6 év óta köhög, azóta ismételten vért köpött. Fél év előtt 3 hétig tartott pleuritise volt. Jelenleg a kulestájak beszűpedtek, a bal csúcsban rövidült a kopogtatási hang, hangos a légzés, az egész tüdő felett érdes a légzés. A kezelés tuberculosis-vaccinnal történt, a saturatioja  $\frac{1}{10}$  mgm.-nál következett be. A köhögés kevesbedett, az étvágy javult. Áttérve a gyöngykórvaccin befecskendezésére,  $\frac{1}{100000}$  mgm.-ra bekövetkezett a saturatio, tömött, piros duzzanat alakjában. A gyöngykórányagból tehát 100,000-szer kevesebbet tudott reszorbeálni, a mi a betegség gyöngykór eredetét kétségtelenné teszi.

Ez esetben tehát világos, hogy a 6 év óta tüdőgyöngykórban szenvedő apa fiát gyöngykórbacillusokkal fertőzte, a mely fertőzés azután a spondylitist okozta.

A Spengler-féle kezelés eredménytelen marad nagy kiterjedésű és gyors széteséssel járó lázas esetekben, állandóan gyenge

és szapora (120-on felüli) érverés mellett, továbbá azon esetekben, a melyekben a kezelés befejezte után a láz nem eszik, midőn is actív vegyes fertőzés forog fenn. Ezen súlyos eseteket nem számítva, minden gümőkóros eset kezelése a siker reményével végezhető. Nagyszámú sikeres esetem határozottan bizonyítja, hogy a kezdődő esetek jó szív működés mellett csaknem kivétel nélkül meggyógyíthatók. Időleges gyógyulásról beszélek akkor, ha az összes subjectív tünetek megszűnnek, a láz állandóan normális hőmértékbe megy át, a köhögés megszűnik s a teljes munkaképesség helyreáll. A végleges gyógyulás kérdésének eldöntése csak hosszabb észlelés után eszközölhető. Cavernás esetekben természetesen a váladékképződés mindaddig megmarad, a míg az üreg teljesen be nem sarjadzik vagy hegszövetbe nem vonódik. A köpetnek azonban állandóan bacillusmentesnek kell maradni. A fizikai tünetek megszűnése, minthogy jelentékeny anatómiai elváltozások gyógyulásáról van szó, lassabban követi a többi tünet megszűntét. Bizonyos mértékig azonban ennek is be kell következnie.

Nyolcz hónapos gyakorlatomból nagy számmal mutathatók fel eseteket, melyekben a 6—7 hónap előtt befejezett kúra óta semmiféle recidiva nincs, a nélkül, hogy az életmódban bármiféle változás is történt volna.

Viszont elég nagy számmal vannak olyan esetek, a melyekben 2—3—4 hónap múlva kisebb-nagyobb recidiva támad. Ezekben természetesen ismételt kezelés szükséges, mikor is a kiújult tünetek igen gyorsan megszűnnek. A recidivák elkerülése végett ajánlatos a kezelést 3 hónap múlva ismételni.

A befecskendezések hatása a vérben keringő toxinok megkötése folytán néha már napok alatt nyilvánul a subjectív tünetek javulásában. A fáradtságérzés, fejfájás, szédülés megszűnik, az étvágy javul s néha valóságos farkaséhség fejlődik. Akárhány betegem azt állítja, hogy soha életében nem volt olyan étvágya, mint a kezelés után. Részben ez az oka, hogy néha már rövid idő alatt szinte hihetetlen testsúlygyarapodás érhető el. Így egy ambulans napszamos-betegem 6 hét alatt 13 kgm.-ot, egy kórházi betegem ugyanennyi idő alatt a közönséges kórházdiéta mellett 10 kgm.-ot hizott. Egy vesetuberculosisban szenvedő betegem 12 kgm.-nyi súlyvesztését 5 hét alatt pótolta.

Nem számítva a kezdettől fogva súlyos, nem javuló eseteimet, a testsúlynövekedés úgyszólván kivétel nélkül és meglehetősen rövid idő alatt bekövetkezett. És ez annál nyomatékosabban esik a lathá, mert betegeimnek legnagyobb része a legszegényebb néposztályból kerül ki, a hygienés-diaetás életmódra sem alkalmuk, sem tehetségük nincsen.

Nyílt tuberculosis eseteiben csakhamar észlelhető a köpet napi mennyiségének s a bacillusok számának csökkenése. Vegyes fertőzés esetében a köpet többnyire nem kevesedik. A bacilláris lelet javulása a bacillusok számának megkisebbedésén kívül a buroksérülésben s a phagocytosis fokozódásában nyilvánul. A buroksérült bacillusok a Spengler-féle pikrinmódszerrel még megfesthetők, de a módosított Ziehl-festéssel festetlenek maradnak. Számos oly esetben is észleltem a bacillusok végleges eltűnését, a melyben kezdetben nemcsak látóterenként volt sok bacillus, hanem helyenként csoportokba foglalt bacillusok is voltak láthatók, úgy mint a tiszta tenyészetben.

Ilyen eset például a következő:

T. P.-né, 25 éves, 3—4 hónapja köhög, újabban véreset köp, az étvágya rossz. Menstruatioi kezdettől fogva igen fájdalmasak, ilyenkor naponként több óráig feküdni kénytelen. A vérzés egy hétnél tovább tart, ezen időben gyakran émelyeg. Gyengén fejlett és táplált beteg. A bal kules feletti árok kissé besüppedt. A bal kules felett és alatt s a felső lebeny hátulsó részén teljes tompulat s a hörgibe átmenő érdes légzés, számos kis és közép-hólyagú szörtyögő zörejjel. Elül a bal kules felett számos nagy-hólyagú nedves szörtyögő zörej, a kules alatt érdes, megnyúlt légzés, néhány pattogás. A jobb felső lebenyben érdes megnyúlt légzés. Pulsus 100, hőmérsék 37.8 C°.

A köpetben nagy tömegekben láthatók a tuberculosisbacillusok. A hőmérséklet állandóan 37.8 C°. A kezelés megkezdése óta a hőmenet apró hullámzásokkal állandóan esik s a harmadik hónap-

ban normálissá válik, állandóan 37 C° alatt marad. A köhögés csaknem teljesen megszűnt, a beteg 3 kgm.-ot hizott, piros arc-színe, jó étvágya van, menstruatioi csak 5 napig tartanak s teljesen fájdalommentesek. A kúrát 4 hónap előtt fejezte be, azóta recidiva nincs.

A sebészeti gümőkór eseteiben elért eredményekről egyelőre csak jelezni kívánom, hogy a vaccinatio a bőr-, csont-, ízület-, vese-tuberculosis kitűnő gyógy módjának bizonyult. A kezdődő esetek igen gyorsan javulnak és gyógyulnak, de az előrehaladott esetekben is gyakran feltűnő volt a javulás. Így egy könyök-caries s egy gonitis oly esetében, a melyben a sebész feltétlenül amputatiót akart végezni, a végtag meg volt menthető. Néha feltűnő gyorsan látni a hónapok, sőt évek óta fennálló sipolyok záródását, a bőrfekélyek teljes eltűnését, spondylitisben a fájdalom és merevség csökkenését, sőt megszűnését. E mellett a közérzet, a hőmérséklet s a tápláltság javulása is hozzájárul a gőcz gyógyulásához. Kétoldali vese-és hólyagtuberculosis egy oly esetében, a melyet a sebész már érintetlenül hagy, a rosszabbik, teljesen elsajtosodott vese kivételére s a gyöngykór-vaccinatio használatra a beteg fényesen megjavult s újabb kezelésre teljes gyógyulása is remélhető. A hyperplasiás mirigyek kisebbedése s a mirigysipolyok teljes záródása számos esetben volt elérhető, s ezzel inoperabilis esetek operabilissá váltak. Természetesen esonttuberculosis olyan eseteiben, a melyekben már sequesterek képződtek, ezeknek sebészi úton való eltávolítása is szükséges.

\* \* \*

A Spengler-féle módszernek nemcsak a therapia szempontjából van nagy jelentősége és jövője, hanem azért is nagy fontosságú, mert segítségével a klinikai megismerésnek új területei nyílnak meg. Határozottan állítom, hogy kellőleg alkalmazott aetiologiai kezeléssel a gümőkór leküzdésében sokkal nagyobb és maradandóbb eredmények érhetők el, mint az eddigi hygienés-diaetás eljárásokkal és a sanatoriumi kezeléssel. Nagy mértékben fokozza a módszer használhatóságát és jelentőségét az a körülmény, hogy a szükséges eljárások egyszerűsége miatt rendkívül kiterjedt anyagon alkalmazható igen csekély költséggel s a betegnek is nagyon kevés alkalmatlanságot okozva. A beteg hetenként kétszer-háromszor megjelenik a rendelésen, a hol a subjectív tünetek rövid kikérdezése, a magával hozott lázgörbe áttekintése s a pulsus-szám meghatározása után megkapja a megfelelő anyaggal a befecskendezést. Természetesen az új beteg felvétele, melylyel minden alkalommal beható köpetvizsgálat is jár, valamint az időnként ismételt részletes vizsgálat több időt vesz igénybe, de a régi betegekből 2 óra alatt 30—40 ellátható. Az egy kezelés-cyklusához szükséges anyag ára átlag egy korona. E mellett a beteg csaknem változatlanul folytathatja rendes életmódját és foglalkozását. Már ezen okokból is a tömeges kezelésre rendkívül alkalmas, s már ez a körülmény is a gümőkór elleni küzdelem eddig legjelentősebb eszközévé avatja. A sanatoriumi gyógykezelést például egy nagy betegsegélyző pénztár semmi esetre sem nyújthatja tagjai tömegének már anyagi okokból sem és különösen azért nem, mert az ilyen kezeléssel járó nagy anyagi áldozattal szemben az eredmény túlságosan bizonytalan. Ellenben a Spengler-féle kezelés minimális költségek mellett a jelzett eredményeket mutathatja fel, s ezekre az eredményekre — mint megfigyeléseim mutatják — az esetek nagy tömegében nagy valószínűséggel számíthatni. E módszer alkalmazásakor módjában áll az orvosnak betegeinek összes családtagjait diagnostikai oltásokkal átvizsgálni s ha fertőzöttnek találja valamelyiket, praeventív kezelésben részesíteni.

Az aetiologiai kezelés általánosítása a gümőkór elleni küzdelmet egészen új alapra fogja fektetni. E küzdelem azonban csakis úgy lehet igazán eredményes, ha nagy költséggel járó luxusos sanatoriumok helyett minél számosabb tüdővész-kórházat emelünk a súlyos, rendkívül fertőző betegek elkülönítésére. Mert mit ér minden törekvésünk, ha az országban 10 ezrenyi súlyos beteg terjesztheti állandóan a betegség csíráit és fertőzheti korlátlanul embertársait. A mellett országszerte a Spengler-féle oltásokkal működő tuberculosis-ambulantiákat kell sürgősen létesíteni s e végből az orvosokat a specifikus kezelésben alaposan kitanítani. Ezen ambulantiák úgyszólván minden előleges költség nélkül felállíthatók, fontos csak az, hogy vezetőorvos a eljárást tökéletesen elsajátítsa.

## Az idült genyes középfülgyulladás kórjelzése és gyógykezelése a budapesti magy. kir. tud.-egyetem fül-orvostani tanszékének beteganyagán (a Rókus-kórház fül-orvostani osztályán).

Irta: **Ziffer Hugó** dr., egyetemi gyakornok a fül-orvostani tanszék mellett.

(Folytatás.)

### *Az atticus és antrum megbetegedése.*

A komplikált chronikus otitiseknek második és következményeiben fontosabb csoportjába tartoznak az atticus-antrum-megbetegedések.

Leggyakoribb az atticus vagy cavum epitympanicum és antrum mastoideum megbetegedése együttesen. Van azonban az atticusnak izolált megbetegedése is és ép úgy előfordulnak izolált antrum-genyedések az atticus megbetegedése nélkül.

Valamennyi esetben a fennálló genyedés egy az egész középfülre kiterjedt megbetegedésből keletkezett, melynek folyamán a középfül egy része, pl. a dobüreg, kigyógyult és a genyedés az atticusban vagy az antrumban, vagy mindkettőben állandósult.

\* \* \*

A cavum epitympanicum vagy atticus a dobüregnek azon része, mely a dobhártya által fedett rész fölé esik. Ezt az üreget majdnem teljesen kitölti az üllő teste és a kalapács feje. A kettő együtt az atticust két részre, egy külső és egy belső részre osztja; mindkét már amúgy is szűk szakaszt nyálkahártyakettőzetek és szalagok még több apró rekeszre osztják. Így könnyen elképzelhető, hogy ha valamely genyes folyamat e helyen stabilizálódott, a váladék lefolyására a viszonyok igen kedvezőtlenek lévén, a váladék pang, bűzösen szétesik. Mi sem károsabb a csontra nézve, mint a pangó eves geny, mert ennek folytonos maceráló és beolvasztó hatására a hallócsontocskák vagy az atticus csontos fala előbb-utóbb cariosusak lesznek. Továbbá megvan adva minden feltétel a cholesteatoma képződésére.

Izolált atticus-genyedés eseteiben az otoskopi kép igen jellemző. A dobhártya pars tensája rendszerint egészben meg van tartva, csak a folyton lecsurgó váladék miatt macerált, fényét és simaságát elvesztette. A kalapács markolatát és a rövid nyúlványt rendszerint helyzetében találjuk. De a rövid nyúlvány fölé eső dobhártyarész, a pars flaccida vagy Schrapnell-féle hártya rendszeren egészen hiányzik, vagy rajta kölesnyi perforációt látunk. Gyakran vizsgálatkor e helyet beszáradt, barnássárga pörk takarja és csak ennek eltávolítása után látjuk meg a perforációt. Ez a pörk sokszor oly erősen tapad, hogy kénytelenek vagyunk előbb fellágyítani. E célra paraffinum liquidumba mártott vattagolyócskát helyezünk a pörkre és 24 óráig rajta hagyjuk. A pörk eltávolítása után rendszeren egy csepp sűrű, zöldessárga, igen bűzös geny jelenik meg, és ha most egy megfelelően megőrbitett kutaszszal vizsgáljuk az atticust, a kutaszt 2—3 mm.-nyire feltolhatjuk, és ilyenkor tájékozódunk a kóros viszonyok iránt. Gyakran fogjuk a kalapács fejét vagy az üllő testét érdesnek találni, úgyszintén a laterális atticus-fal belső felszínét. Nem ritkán hiányzik az üllő teste, vagy az egész üllő; hiányozhatik a kalapács feje is. Az atticus egészen üres is lehet már, ha minden csont és szalag kigenyed belőle, és ilyenkor sikerül a tegmen tympani is kitapintani, melyet szintén gyakran érdesnek, nekrotikusnak találunk. Néha a perforatióból kisebb-nagyobb granulatio vagy polypus bukkan ki és csak ennek eltávolítása után sikerül a szondavizsgálat. Polypusok jelenléte majdnem mindig cariosus folyamatok jelenléte mellett szól. Ámde a viszonyok nem mindig ily kedvezőtlenek, és néha a folyamat befelé eltolódik és a genyedés csak az úgynevezett külső atticusra vagy Prussak-féle térre szorítkozik.

A folyamat igen gyakran intermittáló, néha semmi tünetet sem okoz. A betegek vagy fejfájásról, vagy nyomásérzésről panaszkodva keresik fel az orvost, — ilyenkor tudniillik retentio van jelen —, vagy kevés, de rendkívül bűzös folyás miatt fordulnak hozzánk.

A hallás — ha a cavum tympani propriumban lényeges elváltozás nincs — néha feltűnő jó lehet, 8—10 meterről hallhatja a beteg a suttagó beszédet. Ha azonban a hallócsontocskák is

megbetegedtek és granulatiókba vannak ágyazva, vagy hegek által rögzítettek, nagyfokú nehézhallás lehet jelen.

A gyógyítás szempontjából igen fontos a hangvillalelet megállapítása is. Jó hallás mellett a prognózis jó; ha a nehézhallás okát functionális vizsgálat alapján csak tiszta hangvezetési akadályban találjuk, akkor az atticus kiürítése után a hallás valószínűleg javulni fog. Ha azonban megrövidült csontvezetést találunk, a prognózis sokkal rosszabb, mert akkor a labirinthfal arrosioja is komplikálja az esetet. A prognózis és therapia szempontjából még igen fontos, hogy nincs-e szédülés, fejfájás, hányás és egyéb, a többszedságban levő koponyatartalom megbetegedésére mutató tünet. Tiszta külső atticusgenyedés eseteiben igen szép eredményre vezet a konzervatív therapia is. Az atticus rendszeres kiöblítését végezzük lehetőleg naponta. E célra a Hartmann-féle kanült használjuk, melyet gummicső segítségével egy kisebb ballonnal kötünk össze (6-os számú Politzer-ballon). Öblítő folyadékul bármelyik használatos desiniciens alkalmas; mi itt is a 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os bórsavoldatot használjuk. Az öblítés mindig homlokreflector világítása mellett történjék. Ezért genyesésze helyett, melyet fecskendéskor a beteg szokott tartani, ajánlatosabb egy a rhinológiában használatos úgynevezett nyálzacs-kót alkalmazni, melyet a kezelendő fül alá kötünk, mivel a genyesésze a reflector világítása mellett végzett fecskendéskor útban van. A fecskendő folyadék hőmérsékletére itt nagy súlyt kell fektetni, mindig 38 C<sup>0</sup> legyen, mert ellenkező esetben erős szédülés támadhat, a mi a kezelést megzavarja.

A homlokreflector világítása mellett a Hartmann-féle kanül felfelé néző ormányát egészen a perforatioig vezetjük, sőt ha a perforatio elég nagy, a kanül nyílását a perforatioba is illeszthetjük, mire segédünk vagy ennek híján a beteg maga a fecskendő folyadékkal telt labdát egyenletes nyomással összenyomja, mindaddig, míg azt nem mondjuk „elég”, mire az összenyomott labdát kiereszti, mely a fülben maradt folyadékot visszaszívja. Az atticus kiöblítése után gyógyszereket fecskendezünk be ugyancsak a Hartmann-féle canül segítségével, melyet egy fecskendőre illesztünk, vagy a Frey-féle atticus-fecskendővel. E célra ismét a hydrogenium hyperoxydatum 6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os oldata vagy tisztán, vagy alkohollal keverve vált be legjobban. Ha néhány heti kezelés után a váladék rossz szaga megszűnt, tiszta alkoholt fecskendezhetünk be. Ha az atticusból öblítéskor cholesteatomára gyanus hámlemezek távoznak, igen jó alkoholt glicerinnel aa befecskendezni, a mi a cholesteatomát oldja. Ha több havi, nagy türelmet és kitartást igénylő kezelés után végre sikerült az atticus-genyedést megszüntetni, száraz kezelésre térünk, a mi abból áll, hogy a fület naponta apró vattatörlőkkel kitorörljük és az esetleg képződő pörköt eltávolítjuk. Porbefűvésök nem ajánlatosak, mert a Schrapnell-hártya apró nyílását a befűjt por eltömészi és az esetleg képződött váladék retentioja folytán a genyedés recidivál. Az atticus-genyedésnek különben is nagy hajlama van recidivára, ezért gyógyulás esetén is ajánlatos, hogy a beteg még hosszú ideig orvosi ellenőrzés alatt maradjon. Gyógyult esetben a Schrapnell-hártya perforatioja is begyógyulhat, de a gyógyulás folyamatában, különösen, ha körülírt cariosus folyamatok is voltak, hegesedések jöhetnek létre, melyek a hallócsontocskák mozgékonyágát nagyban csökkenthetik és ezáltal erős hangvezetési akadályt is okoznak. Ezen residuumok kezelése külön fejezetbe tartozik.

Az esetek nagyobb részében a vázolt gyógyeljárással egymagában nem fogunk eredményre jutni. Különösen, ha caries vagy cholesteatoma van az atticusban. Mindkét esetben szükségessé válik az atticus kiürítése műtéti úton, mely után az egyszerűbb anatómiai viszonyoknál fogva a genyretentio oka megszűnik. Ez a műtéti eljárás a hallócsontocskák eltávolítása és ehhez csatolhatjuk a laterális atticus-fal eltávolítását is. Az eltávolítandó hallócsontocskák közül itt csak a kalapácsról és üllőről van szó. A kengyelt eltávolítani nem szabad, sőt a műtét egyik legnagyobb veszélye a kengyel luxatioja, mivel a labirinth megnyitása és infectioja legtöbbször végzetes complicatiókra vezet.

A hallócsontok eltávolítása (extractio mallei et incudis) esak akkor van javalva, ha 1. a csontocskák izolált cariese van jelen, 2. ha a laterális atticus fal, esetleg a tegmen tympani cariosus, 3. ha az atticus-genyedés, bár kimutatható ok nélkül, 3—4 havi lelkiismeretes kezelés ellenére még fennáll.

Feltétele a műtétnek, hogy ne legyen a caries oly kiterje-

désű, hogy már a labyrinthra is ráterjedt, tehát a rossz hallás mellett hangvezetési akadály szerepeljen okul, és ne legyen kifejezetten megrövidülve a csontvezetés. Mert megrövidült csontvezetés mellett gyakran van jelen körülírt latens labyrinthgyulladás, mely esetben a hallócsontocskák extractioja elegendő inzultus lehet arra, hogy a latens körülírt gyulladásból acut diffus labyrinthitis váljék.

*Ellenjavalt a műtét,* ha a beteg ezen a fülén nagyon jól hall, különösen ha a másik fül is beteg, s talán az egész hallás az operálandó fül functionájából ered.

Ha ezen szabályokat betartjuk, a kengyel luxatiojának veszedelme is megkisebbedik, mert ha labyrinthhaffectio nélkül rossz a hallás, az üllökengyelizület rendszerint már elpusztult és a hallócsontok láncolata meg van szakítva, tehát nem kell félni, hogy az üllő eltávolításakor a kengyelt is kirántjuk.

A hallócsontocskák eltávolítását a Neumann-féle lokális anaesthesiában végezzük. Ezen anaesthesia kivitele ennél a műtétnél igen egyszerű. Anaestheticumnak legjobb az 1<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-os cocain néhány csepp tonogennel. Ezen keverékből elegendő 1/4—1/2 cm<sup>3</sup>. A befeckendezést legjobb a Neumann által ajánlott feckendővel végrehajtani, melynek tíje úgy van meghajlítva, hogy a feckendővel derékszöveget képez. A tűt a külső hangvezető hátulsó felső falának azon helyén szúrjuk be, hol a porcos hangvezető a csontos hangvezetővel találkozik. Ez a hely könnyen felismerhető, mert ott egy kis bőrredő van. A tűt mindjárt esontig szúrjuk és a csonton néhány mm.-nyire előre toljuk, végül az anaestheticumot a csonthártya alá, tehát subperiosteálisan befeckendezzük. 8—10 perc múlva a dobüreg absolute érzéstelen, kivéve a tuba dobüregi szájadékát: ép úgy nem érzéstelen a külső hangvezető elülső és alsó fala. Műtét közben tehát ezen pontok érintése kerülendő. A műtét végrehajtásakor még a beteg fejét sem kell támasztani, mert az anaesthesia oly tökéletes, hogy a betegek teljesen nyugodtan tartanak. A műtéthez szükséges instrumentarium külön e czélra berendezett készletben kapható Neumann előírása szerint a feckendővel együtt.

A műtét technikája némi gyakorlottságot igényel, keresztülvitelének leírása tekintetében a szakirodalomra utalunk. Ha a hallócsontok el vannak távolítva, ugyanezen anaesthesiában megfelelő véső segítségével levészhetjük a laterális atticus-falat is. Végül megfelelően görbített kis kanalakkal az atticus ki is kaparható.

Az így kiürített atticus most kifeckendezéseknek és gyógyszer-befeckendezéseknek jobban hozzáférhető és a gyógyulásra több a kilátás.

Osztályunkon az 1906/7. évben ezen indicatio alapján 4 ízben végeztetett kalapács- üllőeltávolítás; az esetek közül 2 meggyógyult, 1 radikális műtétre került, 1 még kezelés alatt áll, de valószínűleg szinte radikális műtétre fog kerülni. Gyógyulásunk tehát 50 %.

A kalapács- üllőeltávolítás tehát igen hasznos műtét ott, hol javalva van. Persze, ha az atticus-genyedés orrgaratmegbetegedéssel, vagy az antrum és a easesnyújtvány sejtjeinek megbetegedésével van komplikálva, vagy a labyrinth is beteg, czélra vezetni nem fog.

Az antrum mastoideum izolált megbetegedése igen ritka. Mint az atticus-genyedés, úgy ez is residuumma egy universális középfülmegbetegedésnek. Otoskopi képe sem oly jellemző, mint az atticus-genyedésé.

Legjellemzőbb tiszta antrumgenyedésre a kép akkor, ha a dobhártya legnagyobb részét meg van tartva és a hátulsó-felső negyedben találunk egy lencsényi, legtöbbször szeltálló perforatiót (tudniillik olyant, mely a margo-tympanicust eléri) s mely előre a kalapácsig terjedhet. Nem ritkák ilyenkor azok a folyamatok, a melyeket etage-képződésnek nevezünk: a midőn tudniillik a dobhártya egy helyen összenő a dobüreg mediális falával s ezáltal két részre osztja a dobüregot, egy felső és egy alsó részre. Rendszerint az alsó a kigyógyult rész, a felső még genyed s megbetegedése összefügg az antruméval. Leggyakrabban azonban nagy dobhártyadefectusokat találunk s a dobüreg el van hegesedve, be van hámosodva. A geny eredetét akkor a Siegle-féle tükör segítségével találjuk meg, mert ha előzetesen a dobüregot gondosan kitöröltük, aspiratiókor felülről-hátulról fog a geny előbuggyanni. Kigyógyult dobüreg mellett ez biztos jele az izolált antrumgenyedésnek.

A gyógyítás szempontjából ki kell zárni a cariosus csontmegbetegedést és a cholesteatomát, mert e kettő jelenléte a konzervatív therapia eredményességét majdnem kizárja. E czélra alaposan ki-

törüljük a dobüregot s utána atticus-öblítést végezzük. Cholesteatoma esetén hámlomezket, csontmegbetegedés esetén pedig csonthomokot fogunk találni a kifeckendező folyadékban. Ha e kettőt többszöri vizsgálat után sem találtuk, úgy e complicatiókat kizártnak tekinthetjük s az eset a konzervatív therapiára némesak alkalmas, de jó prognosist is nyújt. Az antrumgenyedés oka ilyenkor legtöbbször az, hogy az antrumot kibélelő nyálkahártya diffuse granulál.

A therapia itt is olyan, mint az izolált atticus megbetegedésben. Hartmann-féle kanüllel, épen úgy, mint ott leirtuk, a perforatióon keresztül kifeckendezzük az antrumot, utána gyógyszereket feckendezünk bele teljesen azonos elvek szerint, tehát hydrogenium hyperoxydatumot tisztán vagy alkohollal kombinálva, majd tiszta alkoholt.

Kifeckendezéskor nagy vigyázatot követel a kanül bevezetése, mert a kengyel tájékához közeledünk. Továbbá, különösen kezdetben, a feckendezéskor nem szabad nagy erőt kifejteni, mert nem tudhatjuk, mily területen fekszik szabadon a dura vagy sinus sigmoideus s így egy intracranialis complicatio kifejlődését idézhetjük elő.

Az antrum kifeckendezésére Bezold klinikáján használatban van egy egész készlet, mely különböző görbületekkel ellátott 8—10 Hartmann-kanülből áll, a melyet a perforatióon át az aditusig, sőt az antrumba is bevezetnek. A gyógyeredményeket igen dicserik.

E mellett a jelenlevő granulatiókat és polypusokat gondosan eltávolítjuk s helyüket lapisgyönggyel megedzzük. Ilyen kezelés mellett a gyógyulás első jele az, ha a geny bűzősségét elveszti s mennyiségében megcsökken. A kezelést azonban legtöbbször hónapokig kell folytatni, míg eredményre jutunk. Ha ennek ellenére a genyedés nem szűnik, vagy más complicatio tünetei jelentkeznek, gyakran a végső eszközhöz kell folyamodnunk: a radikális műtéthez.

A melléküreggenyedések leirt két alakja aránylag ritkán fordul elő izoláltan. Leggyakrabban az atticus és antrum genyedése együtt fordul elő a dobüreg megbetegedésével. Az otoskopi kép ily esetekben sem nyújt különösen jellemző tüneteket. Legtöbbször nagy destructiók, később polypusok vagy diffus granulatiók vannak jelen, a váladék bűzős. A hallócsontocskák gyakran elvesztek s szondával az atticust üresnek találhatjuk vagy megmaradt hallócsont rész van benne. Siegle-féle tükörrel aspirálva, a geny felülről és hátulról ömlik, ugyanezen hely lesz legtöbbször kiinduláshelye a szondával mozgatható polypusoknak. E mellett a dobüreg nyálkahártyája is granulálhat, a dobhártya megmaradt részei összenőhetnek a dobüreg falával, miáltal vak tasakok, recessusok képződnek s gyakran a dobüregot két teljesen izolált részre osztják, melyek közül az egyikben a folyamat már meg is szűnhet, a másikban még fennáll. Ez az „etage-képződés“.

Az ilyen esetek therapiája a fenn vázolt eljárások együttes alkalmazásából áll s prognosisa ugyanolyan feltételektől függ, mint az izolált eseteké.

Ha ilyen atticus-antrum-dobüregi genyedés kerül kezelésünk alá, az egyes eljárásokat fokozatosan alkalmazzuk. Ha nagyobb polypus van jelen, azt mindenekelőtt eltávolítjuk, ha elég nagy és lefűzésre alkalmas, kaecsal, ha kisebb, kürettel vagy Hartmann-féle kettős kanállal. A diffus granulatiókat megedzzük és töreksznünk először is a dobüregot kiüríteni, azután hozzáfogunk az atticus és antrum feckendezéséhez, majd kiürítjük az atticust, eltávolítva a hallócsontocskákat s azok maradványait.

A kezelést folytatjuk mindaddig, a míg a gyógyulás beáll, vagy a míg meggyőződünk róla, hogy konzervatív úton eredményre nem jutunk s akkor radikális műtétet ajánlunk a betegnek. Épen úgy az operatív térre lépünk, mihelyt a labyrinth vagy a koponyatartalom részéről jelentkeznek fenyegető complicatio tünetei. Végül szintén radikálisan operálunk, ha acut mastoiditis szövődik az eddigi elváltozásokhoz.

Folytatása következik.

## Válasz Deutsch Ernő dr. megjegyzéseire.

Irta: *Schütz Atadár* dr.

A Székely-tej statistikájának értékelése ellen felhozott érveimet *Deutsch objectiv bizonyító értékű megjegyzésekkel nem czáfolta meg.* E helyett az általam hibásnak bebizonyított statistikából egyes részle-

teket szóról szóra újból leközl. Ezen részletek az olvasót tévedésbe ejthetik s olyanok előtt, kik az eredeti statistikát s bírálatomat nem olvasták, azt a látszatot kelthetik, hogy *Deutsch*-nak van igaza.

A táplálás helyességének megítélésére, mint kritikámban említém, 6 hó—2 évi észlelésre van szükségünk. Ez irányban az 5 havi észlelések épen nem, de még a 6—8 haviak is alig bírnak bizonyító értékkel. Igaza volna *Deutsch*-nak, ha gyógyszeres tápszerekkel (író, maláta) kísérletezett volna, mikor is már az 5 havi észlelésből is eldönthetjük, hogy sikerült-e a speciális anyagesere-zavart a speciális gyógyszeres táplálékkal meggyógyítani vagy sem. *A Székely-tej azonban nem gyógyszeres tápszert.*

Elismerem, hogy vannak gyermekek, kiknek a Székely-tej sem ártott meg, ezt azonban mindig csak utólag dönthetjük el. Vannak olyan csecsemők is, kiknek az uborka vagy hurka sem ártott meg, bár rendszeresen ették ezen drastikus táplálékkal. Ha azután ilyen csecsemőket évek múltán később vizionlátunk, abból még nem következtethetünk arra, hogy a hurka és uborka a csecsemőknek megfelelő táplálék volt.

Hiába várja *Deutsch*, hogy a Székely-tejről nagyszámú, hosszú ideig észlelt gyermekeken szerzett tapasztalataimat közöljem.

*Én a kezelésre bizott gyermekeken Székely-tejjel nem kísérletezem.*

Nem kísérletezem pedig tudományos és gyakorlati okokból.

A tudományos okok: 1. A Székely-tej olyan gyári úton előállított készítmény, mely *hibás tudományos elven alapszik*. A fehérjét, tévesen károsnak ítélve, csökkentik, a zsírt és sókat pedig higitatlanul adják, noha tulajdonképen ezek súlyos ártalmakat okozhatnak.

2. A Székely-tej *adagolására semmiféle javaslatot sem ismerék*.

A bírálatomban jelzett tapasztalataimat szegénybeteg-rendelésen s a magánygyakorlatomban Székely-tej-táplálás mellett észlelésem alá jutott eseteken szereztem. Megtudtam, hogy hosszabb-rövidebb ideig tartó Székely-tej-táplálás lassan fejlődő, nehezen észrevehető, idült anyagesere-zavarokat eredményezhet. Megtudtam, hogy jólét közepette hirtelen, jóformán minden előzmény nélkül súlyos, végzetessé válható intoxiciációs betegség támadhat.

*A Székely-tejben tehát egy épen nem közömbös, sőt veszélyessé válható készítményt ismertem fel.*

A Székely-tejre másrészt véleményem szerint *semmi különös szükség nincsen*. A pasteurizálás gyakorlati értéke problémás, a szénsavval kicsapás a tej tápértékét a fehérjevesztés révén csökkenti, árát pedig kétszeresen megrágitja. Továbbá pedig a *tiszta forrásból eredő*, egyszerűen 5 perczig felforralt, tejjel + szénhydrathigitásokkal *jó eredményeket* érhetünk el, miközben korántsem veszélyeztetjük annyira a gyermekek egészségét, a mint teszszük azt a Székely-tejjel táplálás esetén.

Ezen vázolt tudományos és gyakorlati alapokon *„jogosan építem fel megsemmisítő ítéletemet egy más szerző dolgozatának elbírálásán”*.

A Székely-tej statistikájának az olvasót könnyen megtéveszthető technikai hibáira mutattam rá, melyek a Székely-tejjel elért gyakorlati eredményeket a lényegesen sokkal jobbnak tüntetik fel. Reámutattam arra is, hogy milyen irányú elvek szerint kell és szabad csak a hosszú időn át adagolt táplálék (nem gyógyszer) jó vagy rossz voltát megbírálni, mely elveket *Deutsch* figyelmen kívül hagyott.

Ilyen módon kritikus, de objectív szemmel nézve a Székely-tej statistikájából is csak azt a tanulságot merítettem, hogy óvakodjam a Székely-tej használatától.

A diatetikában *positív és maradandó értékű* haladást csak úgy érhetünk el, ha megtisztítjuk a téves felfogásoktól, zavaró értelmezésektől s hibás logikai következtetésektől.

Ezért a bírálatomhoz nem csak jogom van, hanem az *irodalmi termékeken a kritika gyakorlása egyenesen kötelesség*, ha esetleg kellemetlen hatású is.

Azon körülmény, hogy a statistika megjelenése után majd 3 évvel és az orvosegyesületi felszólalás után több hónappal állok elő, eléggé bizonyítja, mennyire idegenkedem a polemizálástól. De *mindennek megvan a maga határa*. A Székely-tej-statistikát minden

alkalommal elővonszolják s a kétkedőket a nagyszámú „fényes” eredménynyel akarják elnémitani. Sőt többet mondok. A *Monatsschrift für Kinderheilkunde*-ben, a modern csecsemőorvostan ezen törzslapjában is megjelent ugyanezen statistika (1½ éve) s mindedig senki sem fedte fel hibáit. Hogy észre ne vették volna mások is, nem hiszem. Hogy miért nem tették meg? Talán nem tulajdonítottak oly jelentőséget a külföldön a Székely-tejnek.

Nálunk azonban *ezen statistika agitáló eszközzé lett* s azért kellett végre, ha nehéz szívvel is, a valódi tényállást feltárni.

A történetek után végül kötelességem „bírálatomat” a *Monatsschrift für Kinderheilkunde* olvasó közönsége elé vinnem, hadd bírálják el azt a távollevő s így *elfogultsággal nem vádolható*, a csecsemődiatetikában irányadó német gyermekorvosok.

## TÁRCZA.

### Az orr- és gégeorvostan megalapításának félszázados jubileuma.

#### I.

A nemzetközi *rhino-laryngologiai congressus* keretében lefolyt *Türck-Czermak-émlékünnepély* méltó volt a szakma két nagy megalapítójának nevéhez. Az egyetem dísztermében *Ferencz Ferdinánd* trónörökös nevében *Kielmansegg* gróf helytartó nyitotta meg a nemzetközi congressust, a melyre a világ minden részéből jelentek meg a szakférfiak, sokan nejükkel, mintegy 600-an. Az osztrák kormány nevében *Bienerth* belügyminister, Bécs városa nevében *Neumayer* polgármester, a magyar kormány nevében *Grósz Emil*, a budapesti egyetem nevében *Navratil Imre* és a Magyar Tudományos Akadémia nevében *Ónodi Adolf* üdvözölte a congressust. Ezután minden nemzet nevében egy-egy kiküldött tartott üdvözlő beszédet.

Az üdvözlő beszédek elhangzása után az osztrák kormány és Bécs városa képviselői távoztak és *Schroetter* tanár megtartotta nagyszabású emlékbeszédét, *Türck-Czermak*-ról. A mindvégig tartalmas és élénken előadott emlékbeszéd alatt egyre gyűrűlt a hallgatóság, úgy hogy mire az előadó végzett, már nagyon kevesen voltak, kik az öreg mesterrel kezét szorítottak. Jellemző tünet, hogy a congressus első napján, 11 órától 1 óráig terjedő, a megnyitó ünnepélyt és emlékbeszédet igénybe vevő két óra is már sok volt az ünneplő közönségnek és az oly nagy számban olyan messziről idesereglett szakembereknek. Ezután a gazdag és értékes kiállítás nyitották meg.

A megnyitó ülést megelőző este a bécsi városháza földszinti nagytermében az ismerkedésnek volt szánva. Eleven, nyüzsgő és érdekes kép volt, a fesztelen jókedv, a régi ismerősök örömteljes vizionlátása, az új ismeretségek kötése vidám, jólesően zajos társasággá olvasztotta össze a kartársakat és nejeiket. Kedves volt a bécsi kollegákból álló zenekar produkciója, mely ezen a neutrális téren hálás elismeréssel és meleg tapsokkal találkozott. Általában jellemző és érdekes kép tárult a beavatottak elé: egy csapásra megszűntek az ellentétek, azok a surlódások, malicziák és emberi gyengeségek, melyek az orvosi rendben virágoznak és mentől kisebb a szakma, annál jobban burjánóznak; esupa mosolygó, jókedvű, egymásnak örvendő arc, egyöntetű, harmoniásan összevegyült kép és légkör, mely a nemzetközi összejövetelek sajátossága és öröndetes jelensége, mely azonban jólesően csakis ezen közömbös területen élvezhető, mert sajnos, a lényegben az egyes nemzetek rendi életében kiható és maradandó nyomokat hagyni nem tud. Így láttuk a gége beidegzésének még ma is eldöntetlen kérdésében legélesebben és oly annyira elkeseredetten harcoló ellenfelek, *Semon* (London) és *Grossmann* (Bécs) első személyes találkozását és kézszorítását, és elhangzott a bezáró ülésen *Semon* meleg köszönete a congressus nevében *Grossmann*-nak, a főtítkárnak. És hányat láttunk az egyes nemzetek szakférfiai közül harmoniás, barátságos együttlétben, a kollegiális közelség jóleső meleg légkörében. Nem tagadhatjuk, habár múltó hatásában is, ezen ténynek jelentőségét.

A megnyitó ülést megelőzően a nemzetközi congressus tisztelőre az egyes szaklapok, valamint a bécsi politikai lapok is behatóan foglalkoztak az orr- és gégeorvostan félszázados alapításának jubileumával. A bécsi lapok kifejezetten osztrák ünnepről szóltak,



az orr- és gégeorvostan bécsi bölesőjéről, az osztrák alapítókról, és e mellett feltűnt, hogy mennyire elhallgatták Czermaknak budapesti működését és a szakma megalapítása első éveinek szoros összefüggését a budapesti egyetemmel és orvosegyetllettel. Az ünnepi megnyitón Grósz Emil a hivatalos sorrenddel szemben Czermakról és Türekéről szólt, én pedig hangsúlyoztam Czermak budapesti díesőségteljes működését. Itt helyén van elismeréssel és köszönettel megemlékezni Semon cikkéről, melyet lapjának, a Centralblatt für Laryngologie-nek ünnepi számában irt, s a melyben nagyon melegen ajánlja a jövő évben Budapesten tartandó nemzetközi congressus egészségügyi szakosztályának meglátogatását és hálátlanságnak tartaná, ha a mostani ünnepély a jövő évi látogatástól visszatartaná a kartársakat. Indokolásában hangsúlyozza, hogy 18 év alatt most másodsor Budapesten fog a gégeorvostani szakosztály mint önálló szakosztály működni, ezért hála illeti a budapesti kartársakat.

A megnyitó ünnep napjának estéjén és még két estén a congressus tagjainak számára a bécsi színházak páholyokat és földszinti ülőhelyeket ajánlottak fel, míg *Schroetter* díszelnök és *Chiari* elnök 40—40 vendéget hívott meg estélyre. És *Schroetter* tanárt tragikus vége dicsőségének zenithjén, vendéglátó házában egy órával vendégeinek távozása után érte utol. Régi tanítványai és legkiválóbb külföldi kartársai körében kedélyes, fényes estélyen élvezte családjával egy munkában és eredményekben egyaránt nagy élet jóleső gyümölcsét, az elismerés és szeretet hálás megnyilatkozását. Midőn egy nappal előbb meglátogattam, beszéd közben lemondó kézmozdulattal mondotta: „moriturus“. Az estélyen pedig a szokástól eltérően olyan felköszöntőt mondott, mely föllebentette azon nehézségeket, a melyekkel emlékbeszéde elkészítésekor küzdenie kellett. Ismeretes azon elkeseredett prioritási harc, mely *Türek* és *Czermak* között dúlt és a melyet a párisi Akademia úgy intézett el, hogy a Monthyon-díjat egyenlően osztotta meg közöttük. Ezt a prioritási harcot Czermak leánya mindenáron felújítani akarta, leveleivel elárasztotta a bécsi és külföldi kartársakat, *Czermak* két fia személyesen is járt Bécsben, a csehek a magukénak akarták mondani Czermakot, a család ez ellen tiltakozott, végül Czermak leánya kísérletet tett, hogy Czermak ne legyen Türekkel együtt egy plaquéttel megörökítve. Midőn *Schroetter* kikapcsolta teljesen a prioritási kérdést, magyarázatát adta annak, hogy beszédében miért is foglalkozott olyan kimerítően *Garcia*val, a gégetükör igazi felfedezőjével és mért domborította ki, hogy *Garcia* Spanyolországban született, Párisban élt és Londonban fedezte fel a gégetükört. Végre sikerült ennyi nehézség között emlékbeszédét megtartani és azt kívánja vendégeinek, hogy hasonlóban ne legyen részük. *Fränkel*, *Heymann* és *Massei* tanárok felköszöntői láthatólag jól estek neki és asztalbontás után még frissen mozgott, mint kedélyes és szeretetre méltó házigazda. Nemsokára vendégeinek távozása után, éjjel 1/2 órákor szívszélhűdés véget vetett munkában és sikerekben gazdag, áldásdús életének. Halála nagy megdöbbenést és igazi mély részvétet keltett, melynek hatása meglátszott és végighúzódott a congressus egész tartama alatt.

Ilyen nyomott, szomorú hangulatban indult meg a congressus tudományos munkássága. Bécs városa zene nélkül adott fényes estélyt a városházán. Hat referatam volt kitűzve és 80 előadás bejelentve. A referatamokat előadták, az előadások nagyobb részére azonban nem került a sor. Az elnökség (*Chiari* és *Grossmann*) mindenki megelégedésére végezte nehéz feladatát és ha nem is sikerült minden úgy, a mint azt fáradozása megérdemelte, az oka másban keresendő. Valljuk meg, hogy a congressusok hivatalos célja, a tudományművelés és az ismeretek gyarapítása, a congressusi tagoknak esupán egy hányadát vonzza a részvételre, a résztvevő tagok nagy része a congressussal tulajdonképen egy idegen ország megismerését köti össze nagyszerű ünnepek és pompás szórakozások keretében. A ki mulatni jön és magával hozza feleségét is, jobb alkalmat nem is választhatna, mert sok hivatalos ünnepegyben van része, melytől mint egyszerű kiránduló teljesen elesnék. A ki azonban dolgozni és tanulni akar, azt a komoly munka és a mulatozás kifárasztja és kimeríti. Másrészt az eddigi berendezkedés mellett a sok hivatalos és privát mulatozás határozottan megakadályozza az intenzív tudományos munkálkodást. De ha igazságosak akarunk lenni, be kell vallanunk, hogy úgy a tisztán tudományos congressus esupán egy bankettel, mint a nagy nemzetközi congressus számos ünnepléssel egyaránt sok üres szereplés

központja lehet, a miből a tudománynak semmi haszna sincsen. Az ismert dolgoknak egyszerű megisméltése vagy új lében való feltálatása minden lelkifurdalás nélkül, sőt hozzá illő nagy-képüsködéssel, olyan emberi gyarlóság, melyet a tagsági díjjal szerzett jog a hiúság melegágyában nagyranövesztett. De másrészt a hivatalos megtisztelés arra kevésbé hivatottat vagy a multban különben érdemes férfiút olyan ferde helyzetbe hozhat, hogy elkoptatott dolgokat hangoztat, vagy egy és ugyanazon kérdéstről még egyszer elmondja azt, a mit már ismételtlen előadott más alkalommal. A hízegő felszólításnak nem tud ellenállani, bár nagyon jól tudja, hogy újat nem mondhat és csak megismélti magát. Igaz, hogy ezt a dolgot is lehet jótékonyan befolyásolni! A tisztán tudományos congressusok elvitázhatatlan előnye a tudományos munka intenzitása, az előadások állandó látogatottsága, a tanulságos eszmeeserek és a szigorubb kritika, valamint a szaktársak személyes megismerkedésének és a bizalmas eszmeesereknek könnyebb lehetősége. Másrészt a nagy nemzetközi congressusok megóvják a résztvevőket az egyoldalú szakszerűségtől és megadják a hasznos és természetes kapcsolatot az orvosi tudomány minden ágával. A míg a szakcongressusok, így a berlini sebészi, a heidelbergi szemészi stb. üléseinek látogatottsága állandóan élénk, addig a nagy congressusok egyes szakosztályainak üléstermei konganak az ürességtől. Így megesezt Bécsben is, hogy egy előkelő referens a második napon 10 órákor esupán három telt pad előtt tartotta meg előadását, másrészt például emlitem fel a pénteki napot, mely a legerősebb szervezetet is próbára tette. A pénteki nap így folyt le: délelőtt 10—1-ig előadás, 1—1/2-ig dejeuner *Chiari* elnöknel, 3 órákor *Schroetter* temetése, utána gyűlés, azután az udvari lovagló iskolában productio, este az operában előadás, színház után *Kielmansegg* gróf helytartónál fogadás. Ime egy napi program! De nem akarunk tovább részletezni.

A congressusok főcélja esakis a tudományos munkálkodás lehet, ennek érdekében két lényeges intézkedés szükséges. Az egyik a tudományos munkálkodás szigorú szabályozása, a másik a hivatalos és magánmulatozások korlátozása. Az elnökség Bécsben is kikötötte, hogy a referatamok a congressus előtt beküldendők, hogy kinyomatva, idejében szétküldhetők legyenek; ezáltal a referatamok felolvasása elesnék és ezen idő a hasznos eszmeeserének jutna. A magam kivételével senki sem küldte be referatamát és így azok kinyomathatók sem voltak. A jövőben csak szigorral lehet a munkarend zavartalan lefolyását biztosítani; azok a referatamok, melyek idejében kinyomatva szétküldhetők nem lesznek, a napirendről lekerülnek, továbbá az egyes előadóknak és a vitában résztvevőknek a megszabott idő elteltével a szó kíméletlenül megvonatik. Jól tudjuk, hogy a kinek kevés mondani valója van, rendszerint sokat beszél. Nincsen az a felfedezés, hosszú vizsgálatok eredménye, klinikai észlelet stb., melyet ne lehetne 5—10 perc alatt érthetően előterjeszteni. Így a hasznos discussio állana az előtérben, melyet mindenki kíván, szeret és a melyből okulni, tanulni is lehet. Hogy ez a cél elérhető legyen, szükséges úgy a hivatalos, mint a privát lakomák korlátozása, mert különben az előbbi törekvés illuzoriussá válik, másrészt azonban egy-egy fényes és jól sikerült ünnepegy sokkal mélyebb benyomást és maradandóbb kedves emléket tud biztosítani, mint az egymást kergető, a résztvevőket teljesen kimerítő lakomák egymásutánja.

A mi nagy nemzetközi orvosi congressusunk iránt általános rokonszenves érdeklődésről győződünk meg a bécsi congressus alkalmával és az ott megjelentek jó része el is jön hozzánk, azért a közeli alkalmat fel sem használták most a lejövetelre. Congressusunk érdemes és hivatott elnöksége minden tekintetben biztosítani fogja a sikert, a mint azt eddigi körültekintő intézkedései is bizonyítják. Hazánk és kulturánk nagy érdeke fűződik e nemzetközi orvosi congressushoz, melynek igazi sikerét szívből óhajtjuk.

*Onodi.*

## A 25. német belorvostani congressus.

(Folytatás.)

A referatumul kitűzött harmadik tárgyat, a *bélműködés újabb klinikai vizsgáló módszereit* s azok eredményeit *Schmidt* (Halle a. S.) ismertette. *Schmidt* első sorban különböző emésztési kísérleteit sorolta fel, melyeket ismert diaetájával kapcsolatban végzett. Próbadietáját

annyira egyszerűsítette, hogy a gyakorlatban is alkalmazható. A vizsgálatok alapján határozott körképek különíthetők el egymástól a hasmenéses betegségekben. Így a gastrogen, pankreatogen és intestinalis erjedéses dyspepsia. Az utóbbi gyakori bélbetegség s elégtelen bélelválasztásra vezethető vissza. A kóros rohadási folyamatok a bélben első sorban a bélchemismus megváltozására vezethetők vissza s kevésbé ideges okokra. A chemismus megváltozását gyuladós izgalmi folyamatok, okozzák. Az idült obstipatio keletkezését első sorban az emésztésnek túlságos jó voltára vezeti vissza, mely különösen a cellulosetartalmú ételek tökéletes megemésztésében nyilvánul. E miatt kevés az excrementum, az ürítés természetesen ingere s a bomlási termékek is hiányoznak. Az ily obstipatio kezelésére a regulint ajánlotta, a mely agar-agarból és a bélnyálkahártyát izgató növénykivonatból áll. Az agar-agar duzzadása folytán az excrementum tömege növekedik s ez, valamint a növénykivonat izgató hatása székürítést eredményez.

A referatutumot követő discussio a részletkérdések egész sorával foglalkozott behatóan. *Hecht* (Bécs) új eljárását ismertette a nyálkának mikroszkopikumutására a bélsárban. 20%-os brillantzöld és neutralvörös egyenlő részeinek keverékével kezelve vörösre festődik a nyálka. *Münzer* (Prága) a Sahli-féle desmoidpróbát vizsgálta s különösen az achylia gastrica felismerésére tartja alkalmasnak. Bemutatta továbbá a bélsár erjedését mérő eszköznek módosítását. Ehhez hasonlót *Delug* (Bécs) is ismertetett. *Strasburger* (Bonn) a próbadaetának változatlan alkalmazását ajánlja, csak oly esetben enged meg némi módosítást, midőn a betegek nem tűrik jól. Vizsgálatai szerint a bélfóra magamagát szabályozza, antisepticumoknak ily irányú alkalmazása eredménytelennek mutatkozott. Így pl. calomelnek adagolása bélsipolyos egyénekben a bakteriumok számának szaporodását eredményezte. A typhusban a calomel nemesak nem öli meg a bakteriumokat, hanem a belet is károsítja. A purgo használata már azért is jó hatásúnak mutatkozik, mert a bélnedv elválasztását fokozva, a bakteriumokat szinte kimossa a bélesatornából. *Schütz* (Wiesbaden) említi, hogy a magemésztési próba nemesak a hasnyálmirigy bántalmára, hanem a bélelválasztás zavarára is enged következtetést. Tapasztalatai szerint a kötőszövetet rigoros állapotában a trypsin is megemészteti. *Tabora* (Strassburg) tapasztalta, hogy a chronikus erjedéses hasmenésben szenvedők achyliában szenvednek. Ily egyének a fehérjetáplálékot rosszul tűrik, hasmenést kapnak tőle, a mely azonban sav adagolásával csökkenthető. E tapasztalatok alapján ajánlatos székrekedés esetén bőséges fehérje adagolásával mesterségesen dyspepsiát előidézni. *Lenhartz* (Hamburg) ismételt kiemeli, hogy a colitis membranacea secretiós neurosis és nem hurut; a kezelésnek tehát ideggyógyászatinak kell lennie. *Pariser* (Homburg v. d. H.) a Schmidt-féle próbadaeta értékét elismeri, nem tartja azonban a tejnek használatát minden esetben szükségesnek. Az erjedéses dyspepsiák felismerésére alkalmasnak tartja a burgonyapiré használatát. *Moritz* (Strassburg) nem tulajdonít a bélsárerjedési próbának nagy jelentőséget s nem fogadja el minden esetben Schmidtnek azon állítását, hogy túlságos jó emésztés okozza a székrekedést. *Agéron* (Hamburg) a regulin adagolásának javait tárgyalta. Használata ajánlatos neurastheniás, hysteriás egyének székrekedésében. A gyomor motorius elégtelensége feltételezte esetekben azonban nem ad jó eredményt. *Volhard* (Mannheim) felhívja a figyelmet bélnedvizsgáló módszerére; 3—400 gm. olaj bevitele után a gyomortartalomban mutatja ki a hasnyálmirigy fermentumait. E módszer segítségével lienteria és diabetes eseteiben sikerült kimutatnia, hogy hasnyálelválasztás nem volt jelen. *Wohlgemuth* (Berlin) a magpróbát a bélnedv vizsgálatára alkalmasnak tartja, tekintve azt, hogy a nuclease a bélnedvben s nem a hasnyálmirigyben van. *Noorden* (Bécs) tartózkodik a székrekedés okainak általánosításától. A gyógyításban massage-zsal igen jó eredményeket ért el. A hasmenések eredetének keresésekor a pankreon használata felvilágosítást adhat, vajjon hasnyál hiányára vezethető-e vissza a kóros folyamat. Colica mucosában salakdús táplálékot ajánl.

*Mohr* (Halle a. S.) 120 esetben kimutatta, hogy minden egészséges egyén gyomrában kimutatható bélnedv. A vizsgálat azonban csak gyengén savi vegyhatású gyomornedvben jár eredménnyel. Achylia esetén fontos kimutatni, van-e a gyomorban trypsin.

*Schmidt* (Halle a. S.) befejező szavaiban a próbadaeta változatlan alkalmazását ajánlotta. Minthogy a pankreas- és bélváladék nem különíthető el egymástól, a vizsgálatok eredményéből első

sorban a hasnyálmirigy állapotára következtet. A bélhurutot nem a rossz fehérjeemésztés okozza. Az obstipatio fogalma elkülönítendő a defaectio szükségtelen voltaétól. A székürítés előidézése ezéjából nem szabad mesterségesen bélrohadást előidézni. Fenntartja azt, hogy a colica mucosában hurut is van s ezért nem rendel salakdús diatét.

A Schmidt referatutumával kapcsolatban tartott előadások közül említésre méltók a következők:

*Salomon* (Bécs) és *Příbram* (Bécs) a gyomorrák diagnosisáról szólott. A Salomon-féle gyomorpróba alkalmazásakor a kivett gyomortartalomban a táplálékkal bevitt fehérjét a gyomorból eredő fehérjétől akarva megkülönböztetni, festési eljárásokhoz folyamodott. Ezeknek használhatatlan volta a praecipitatio használatát tette szükségessé. A praecipitálás 20 esetben annyira bevált, hogy Salomon gyomorpróbájának szükséges kiegészítő részéül tekinti. A praecipitatio 1:1000—1:2000-es hígításban 10—15' után jött létre.

*Schütz* (Bécs) a csecsemőgyomor functionális vizsgálatához ajánlotta újabb eljárását, a melyről azt hiszi, hogy a felnőttek vizsgálatában is be fog válni. A táplálékot minden esetben egyenlő ideig, egy óráig hagyva a gyomorban, a kivett gyomortartalom vizsgálatával kifejezett különbséget állapított meg az ép és beteg csecsemőgyomor motilitásában. A gyomornedv aetheres kivonatának összcaciditásában az erjedéses folyamatokra nézve quantitativ mértéket állapított meg.

*Jonas* (Bécs) a gyomorfekély differenciális körjelzéséről szólott Röntgen-sugarakkal végzett vizsgálatai alapján. Bismutot nyelve, beteggel, átvilágítással figyelte, beleesik-e a fájdalmas nyomáspont a gyomor árnyékába. Friss fekély esetében az epigastrium fájdalmas pontja a gyomron kívül esett. Ha a gyomrot a has benyomásával mozgatta, a nyomáspont nem változtatta helyét, a mi szintén arra vall, hogy a fájdalom a bőrben, illetőleg izomzatban volt lokalizálva. Gyomorrákban és perigastritisben a nyomáspont a resistentiával egybeesett s helyét változtatta.

*Lorenz* (Graz) az amoeba coli okozta dysenteriában szerzett tapasztalatairól számolt be. A bélamoebák megkülönböztetésére az állatkísérletet (macskán) tartja alkalmasnak.

*Brugsch*-nak (Berlin) és *Pletnew*-nek (Moszkva) a bélemésztés kórtanát és functionális megítélését illető előadásai után *Kolb* (Marienbad) a sókeverékek felszívódásáról értekezett. Megerősítvén azt, hogy a vastagbélhez közelebb eső bélcaecokban teljesebb a felszívódás, mint a felsőbb szakaszokban, azokra a tapasztalataira tért át, melyek a sóknak keverékből történő felszívódására vonatkoznak. Az oly sók, mint pl. a konyhasó, a melyek egyszerű oldatban könnyen felszívódnak, keverékből csekélyebb mértékben vétetnek fel. Ezen észleletnek gyakorlati értéke a hashajtó sók használatában nyilvánul.

*Dapper* (Neuenahr) a gyomorbélesatorna functionális compensatioja czímén azokat a vizsgálatokat ismertette, a melyek szerint az alsó bélszakaszokban izgató szerek (sósav) alkalmazása épen úgy élénkíti a hasnyálelválasztást, mint a duodenum nyálkahártyájának izgatása.

*Obrastzow* (Kiew) a perisigmoiditisről és az appendicitisnek különböző medencezombeli alakjairól értekezett. A sigmabél változtathatja helyzetét, a minek előidézésében savóshártyájának gyuladásai, a perisigmoiditisek jelentékeny szerepet játszhatnak. E bántalmat különböző okok idézhetik elő: traumák, gümős hashártyagyulladás, a kismedencezombeli bántalmait követő affectiók, leggyakrabban azonban a féregnyújtványlob. Endosigmoidális eredete ritka. A perisigmoiditises tumor különböző elhelyezésének ismertetése után a kismedencezombeli appendicitisnek 2 jellegzetes alakját említi: 1. A serofibrinosus inkább jóindulatú alakot, a mely ileus tüneteivel folyik le s a Douglas-ürben maroknyi exsudatum képződésével jár. 2. Azt a rosszindulatút, a mely elsődleges sepsises féregnyújtványlob után jó létre, s melyet az ileuson kívül főképen sepsises tünetek jellemeznek.

*Holzknacht* (Wien) és *Spiro* (Wien) a bél Röntgen-vizsgálatáról tartottak előadást. Gyakorlatilag legfontosabb azon észleletük, hogy a colon transversum egészséges egyénekben is a hasnak mind felső, mind alsó felében foglalhat helyet, s csak a colon ascendens és descendens rögzített. A massage alkalmával tehát a has felső felében nem mindig érinthetjük a colont, alul viszont sokszor ép az ellenkező irányban kezeljük.

*Ország Oszkár* dr.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

## Könyvismertetés.

**Roth's klinische Terminologie.** Siebte neu bearbeitete Auflage. Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1908.

Alig kell bővebben fejtegetni, hogy az előttünk fekvőhöz hasonló valamilyen orvosi műszótárra minden orvosnak szüksége van, bármilyen nagy is az olvasottsága: sőt mennél több orvosi munkát olvas, annál jobban szorul rá. Az orvosi tudomány rohamos fejlődése, a vele járó keletkezése az új műszóknak s a régebbi műkifejezések fogalmi körének, értelmének esetleges megváltozása: mindez rövid néhány év alatt elavulttá tesz egy ilyen műszótárt. Így avult el csakhamar a Balogh-féle orvosi műszótár s ugyanez a sors fogja érni a többi hasonló magyar vállalkozást is, mert aránylag rövid időn belül új kiadásra magyar orvosi munka nem igen számíthat. A nagy kulturálmokban ellenben az ilyen munka minden 3—4 évben megújíthatik, mint a hogyan mindig fiatal marad az előttünk fekvő, most már 7. kiadásban megjelent Roth-féle, a melyet a számunkra legkönnyebben hozzáférhető német nyelvű hasonló munkák között legjobban ajánlhatni egyrészt megbízhatósága és kimerítő volta, másrészt aránylag olcsó ára miatt. (A körülbelül 700 lapra terjedő, csinos vászonkötésű könyv ára 7 márka.) Az új kiadás Vierordt tübingeni tanár gondos átdolgozásában jelent meg.

**Rauber's Lehrbuch der Anatomie des Menschen.** Neu bearbeitet und herausgegeben von Fr. Kopsch. Abteilung 5. Siebente Auflage. Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1907.

A teljesen átdolgozott Rauber-féle anatomia 5. része van előttünk s azóta talán már teljessé is vált ez a legmodernebb anatómiai tankönyv. Az 5., az utolsóelőtti rész az idegrendszer leírását adja körülbelül 450 nagy lapon, 399, részben színes ábra kíséretében. Ez utóbbiaknak nagyobb része még a régebbi kiadásokból való (de azért még mindig egészen jól használható), egy része azonban már teljesen új, így főleg az agyvelőnek makro- és mikroszkopai anatómiájára vonatkozó fejezetekben sok a kifogástalan szépségű új ábra. Természetesen ezen részben is megfelelő változtatásokon és bővítésen ment át a szöveg. Az igazán szép és jó s e mellett aránylag olcsó munkára ez alkalommal is felhívjuk olvasóink figyelmét.

**Új könyvek.** A. Schmidt: Die Funktionsprüfung des Darmes mittels der Probekost. 2. Auflage. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 3 m. — J. Trumpp: Die Milchküchen und Beratungsstellen im Dienste der Säuglingsfürsorge. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 3.60 m. — S. Ehrmann: Die Anwendung der Elektrizität in der Dermatologie. Wien, J. Sáfár, 6 m. — L. Katz: Die Krankheiten der Nasenscheidewand und ihre Behandlung. Würzburg, A. Stuber, 6.80 m. — O. Bumke: Landläufige Irrtümer in der Beurteilung von Geisteskranken. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 2 m. — A. Jarisch: Die Hautkrankheiten. 2. Auflage, bearbeitet von R. Matzenauer. Wien, A. Hölder, 26 m. — P. Kronthal: Nerven und Seele. Jena, G. Fischer, 10 m. — L. Neugebauer: Hermaphroditismus beim Menschen. Leipzig, W. Klinkhardt, 40 m. — Bergmann-Rochs: Anleitende Vorlesungen für den Operations-Kursus an der Leiche. 5. Auflage, bearbeitet von Bier und Rochs. Berlin, A. Hirschwald, 8 m. — De la Camp: Die ärztliche und sociale Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Freiburg, Speyer und Kaerner, 0.90 m. — A. Grotjahn: Krankenhauswesen und Heilstättenbewegung im Lichte der sozialen Hygiene. Leipzig, F. C. W. Vogel, 10 m. — R. Grashay: Atlas chirurgisch-pathologischer Röntgenbilder. München, J. F. Lehmann, 22 m. — W. Leube: Spezielle Diagnose der inneren Krankheiten. 2. Band, 7. Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel, 16 m. — Ramón y Cajal: Studien über Nervenregeneration. Leipzig, J. A. Barth, 7.50 m. — L. Frankl-Hochwart: Die nervösen Erkrankungen des Geschmacks und Geruches. 2. Auflage. Wien, A. Hölder, 2.80 m. — E. Runge: Gynäkologie und Geburtshilfe in ihren Beziehungen zur Ophthalmologie. Leipzig, J. A. Barth, 4.25 m. — H. E. Schmidt: Kompendium der Lichtbehandlung. Leipzig, G. Thieme, 2 m. — W. Sternberg: Die Küche im Krankenhaus, deren Anlage, Einrichtung und Betrieb. Stuttgart, F. Enke, 7 m. — F. Raymond: Névroses et psycho-névroses. Paris, H. Delarue et comp., 3 fr. — M. Lannois: Précis des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx. Paris, O. Doin, 18 fr. — P. Chavasse: Nouveaux éléments de petite chirurgie. Septième édition. Paris, O. Doin, 10 fr. — A. W. Mayo Robson and P. J. Cammidge: The pancreas, its surgery and pathology. London, W. B. Saunders, 21 s.

## Lapszemle.

## Általános kór- és gyógytan.

A genyes folyamatok kezelésére új módot helyeznek kilátásba Müller borszlói docens vizsgálatai. Ismeretes, hogy a lebenyes magú leukocyták fehérjeoldó fermentet tartalmaznak, a melynek hatása gyengíthető vagy megsemmisíthető egy fehérjenemű thermolabilis anyaggal, a mely a vérsavóban kering és a kóros váladékokba (a hasból vagy a mellüregből származó punctiók folyadékba) is átmegegy. Tudjuk, hogy a genyesítő coccusok létesítette genyes folyamatokban sok a lebenyes magú leukocyta, tehát a fehérjebontó ferment is, míg a gümőkóros folyamatokban a geny főleg törmelékéből és lymphocytás elemekből áll, fehérjebontó ferment tehát nincs. Minthogy pedig a felszívódásnak s így a gyógyulásnak legfontosabb kelléke az, hogy a genyócezzban a fehérje oldódjék, ez pedig az említett ferment segítségével létesíthető: gümőkóros folyamatokban kísérletet kellene tenni ezen fermentnek művi bevitelével. Másfelől ha a genyesítő coccusok okozta folyamatokban meg akarjuk akadályozni a túlságos szövetolvadást, a melyet az említett ferment idéz elő, antifermentet viszünk be mesterségesen. A gümőkóros tályogoknak ilyen ferment-kezelését tulajdonképpen már eddig is gyakorolták, hiszen a jodoform-glycerin-befecskendezéseknek egyik hatása az, hogy a jodoformnak chemotaxisos hatása folytán lebenyes magú leukocyták vándorolnak ki, a melyek szétesve, fehérjebontó ferment válik szabaddá s ily módon megindulhat a felszívódás. A mi pedig a genyesítő coccusok okozta meleg tályogokat illeti: antiferment bevitelével egyrészt megakadályozhatjuk a túlságos fehérjebomlást, szétesést, másrészt az ilyenkor képződő mérgező fehérjetermékek gyors felszívódását. Antifermentként legegyszerűbb magának a betegnek a vérsavóját használni, melyet venaesectio útján szerzünk. A vérsavó egyébként ilyenkor úgy látszik nem csupán mint antiferment fejt ki a kedvező hatást, hanem úgy is, hogy vele olyan anyagokat viszünk a veszélyeztetett szövetbe, a melyek táplálkozását és védekezését elősegítik. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 17. szám.)

## Belorvostan.

**Az idült epityphlitis** azon alakjairól ír Lindemann, a melyekben heveny szak nélkül már eleve idült a baj. Három ilyen alak van.

1. *Az idült intermittáló epityphlitis.* Időközönként ismétlődő rohamok támadnak, a melyek felületes vizsgálatra alig különböznek a heveny epityphlitis-rohamtól. Az atlas jobb oldala nagyon fájdalmas, a has mérsékelt puffadt, az ileocecum tája nyomásra érzékeny; gyakori az émelygés és étvágytalanság. A heveny epityphlitis biztos jelei azonban nincsenek meg. A has benyomható, hiányzik a hasfalak deszkakeménysege, a défense musculaire; daganat nem tapintható, tompulat nincs, s ha egyszer-másszor fel is emelkedik a hőmérsék 37.5°-ra, tulajdonképeni lázat nem talál. A súlyos heveny láztalan alakokkal összetévesztéstől megóv az érverésnek változatlan vagy legfeljebb kissé szaporább volta, az aránylag jó külső és többnyire az a körülmény is, hogy a betegek jól mozognak ágyukban. Az ilyen esetekben a főregnyújtványon az ereknek mérsékelt belöveltségén kívül alig talál a gyuladásnak más tünetét; néha kissé megvastagodott, merev és görbült a főregnyújtvány, nyálkahártyája kissé duzzadt és ecchymosisos.

2. *Az idült lappangó epityphlitis* nagyon különböző tünetekkel járhat. Lényeges az appendix érzhetősége és a Mac Burney-pont fájdalmassága; a fájdalom sokszor csak nyomásra áll elő. A subjectív zavarokat a beteg akárhányszor a hasnak más részére lokalizálja (nyomásérzés a gyomor táján keserű felbőgéssel, esetleg hányással; fájdalmasság a köldök, a jobb vese vagy a colon ascendens tájékán; néha — úgy mint a heveny alakban — a bal oldalon is jelentkezhetik fájás). A fájdalmak hosszabb időre megszűnhetnek, hogy testmegerőltetés után ismét jelentkezzenek. A betegek étvágytalanok, többnyire székrekedésben szenvednek, sokszor a neurastheniás benyomását teszik. Az ilyen esetek operálásakor többnyire csak nagyon mérsékelt elváltozásokat talál. Az appendix megvastagodott és merev; néha a mesenteriolumban finom fehér szálakat látni, a melyek a főregnyújtvány megtörését létesítik; az appendix belsejében néhány ecchymosis; ritka esetek-

ben hólyagosan felfúvódott a feregnyújtvány, benne zavaros folyadék található; máskor a csücs felől terjedő obliteratio mutatható ki.

3. *Az epityphlitis larvata.* Csak azokat az eseteket sorolná ide a szerző, a melyekben semmiféle tünet sem utal a feregnyújtvány megbetegedésére. Étvágytalanság, székürítés-zavarok, gyomor- és bélkólikák állanak az előtérben, a Mac Burney-pont fájdalmassága vagy daganat a vakbél táján nem mutatható ki. Csak a laparotomia tisztázza a viszonyokat: az appendix megtört, összenövésekkel a vakbélhez rögzített; esetleg más bélszerekkel vagy az omentummal való összenövéseket is találni, továbbá fényes fehér hegeket az ileum végének mesenteriumában, úgy hogy alig zárkozhatunk el azon gondolat elől, hogy súlyos heveny gyulladásnak kellett valamikor lefolynia, ilyenről azonban a beteg mitsem tud.

A kórjelzés a fentiekben vázolt idült epityphlitis-esetekben sokszor nagyon nehéz. A megkülönböztető diagnózisban tekintetbe veendők a colica mucosa (colitis membranacea), a mely különben úgylátszik az idült epityphlitis-szel együtt is elő szokott fordulni, az idült spasmusos obstipatio, a súlyedt és rossz helyen rögzített vese, a női nemi szervek betegségei, a vese, az epehólyag és a gyomor bajai.

A mi a gyógyítást illeti, csakis okvetlen szükség esetén végzendő sebészi beavatkozás. Az idült intermittáló alakban a minduntalan ismétlődő munkaképtelenség adja a kezünkbe a kést, annyival inkább, mert Boas szerint ezek az esetek másképp nagyon nehezen gyógyulnak. Az idült lappangó alakban csak valamennyi belső szer kimerítése után szabad a műtétet folytatni, sőt a szerző tapasztalatai szerint a műtét eredménye kedvezőbb szokott lenni, ha észszerű belső orvoslás előzte meg. A műtét végzésekor az appendix eltávolítása mellett pontosan meg kell vizsgálni a vakbél tájékát és nőkben a nemi szerveket is. A milyen biztos az, hogy a heveny epityphlitisben a műtét csak haszonnal járhat, éppen olyan biztos az is, hogy a már eleve idült epityphlitis-esetekben csak ultimium refugium gyanánt jöhet szóba az operálás. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1908. 8. szám.)

### Sebészet.

Az általános és helyi anaesthesia fejlődéséről tartott előadásában Schleich a három legelterjedtebb érzéstelenítő eljárást: a narcosist, infiltratiót és lumbális analgesiát nem annyira történeti fejlődésük, mint inkább az alapjukat tevő elméletek, azonkívül tudományos és gyakorlati értékük szempontjából tárgyalja. Előadását a fájdalom lényegének ismertetésével kezdi. Részint a maga, részint mások (Lenander, Braun, Bloch) észleletei alapján meggyőződött arról, hogy az a disharmonias, sajátosságosan kellemetlen érzés, a melynek teleologiai rendeltetése a szervezetnek valamely helyét fenyegető veszélyről a központot értesíteni, nem tekinthető sajátlagos érzésnek, a melynek különleges idegvégződéses s a központba vezető pályák felelőnek meg. A fájdalomérzés keletkezését következőképpen magyarázza: a környéki (tapintási, hőérző stb.) idegvégződéseket a szokottnál erősebb ingerek érik, minek következtében a rendszernél erősebb ingerület támad, a melyet a centrumhoz vezető pályák elszigetelő szövete (neurolemma a környéken, neuroglia a központban) nem tud izolálni, ez hirtelen átsap más pályákra és ez által okozza a központban azt a különös, villámszerűen támadó, az egész érzősphaerát egyszerre elfoglaló s ezért tökéletesen nem lokalizálható érzést. Schleich röviden így határozza meg a fájdalmat: a fájdalom az érzőpályák elektroid rövidzárlatának eredménye. A szerző a vizényök mellett mutatkozó, a normállal szemben egyszer csökkent, máskor fokozódott érzékenység okát kutatván, azt találta, hogy az első esetben a physiologiáznál kisebb a vizényöt alkotó folyadékban a konyhasó concentratioja (hypoton), a második esetben nagyobb (hyperton). Ebből azt következtette, hogy hypoton oldatok leszállítják, hyperton oldatok fokozzák, isoton oldatok változatlanul hagyják az érzékenységet. E következtetéseket a kísérletek igazolták: bebizonyult, hogy 0.2% konyhasóoldattal nagyon kevés cocain (1:10000) hozzáadása után teljes érzéstelenítést tudunk előidézni, a melyet az előadó úgy magyaráz, hogy a hypoton konyhasóoldat az ideg támasztó szövetébe való beivódás által annak az ingerületvezetést gátló képességét fokozza. A narcosist és lumbális anaesthesiát is saját elmélete szerint magyarázza Schleich. A neuroglia bizonyos

anyag által való beivódása folytán megakadályozza a fájdalmat kiváltó ingerület vezetését az érző idegsejtekhez.

Az anaesthesiás eljárás megválasztására nézve kényszerítő szabályokat nem lehet felállítani, különböző szempontokat kell itt figyelembe vennünk. A legideálisabb eljárás bizonyára az, a mely a lehető legnagyobb hasznot nyújtja legkisebb veszélyesség mellett. Ezenkívül a jó anaesthesiás eljárásnak olyannak kell lennie, hogy a legszélesebb körökben, különösen pedig a gyakorló orvosok alkalmazhassák. Minthogy a különböző eljárások veszélyessége számokban nem fejezhető ki, az egyes esetben mindig a műtőnek kötelessége, hogy áttanulmányozván a beteg szervezetét, legjobb tudása szerint alkalmazza biológiai ismereteit.

Ha az említett szempontok szerint tekintjük a narcosist, azt kell mondanunk, hogy bármily anyaggal történjék, mindig bizonyos — számokban pontosan ki nem fejezhető — veszélyt rejt magában. A régi eljárásokkal szemben mint haladást csak azokat az újabbakat üdvözölhetjük, a melyek kisebb fokban veszélyesek. Ezért nem tekinthető fejlődésnek s nem jogosult a scopolamin-morphin-chloroform- vagy a tiszta aethylchloridnarcosis. Nem mondható haladásnak a chloroform-oxygenarcosis használata (Braun, Draeger, Roth) sem, mert egyfelől nem teljesen veszélytelen, másfelől a gyakorlóorvos által be nem szerezhető készülékeket tesz szükségessé. Különben e módszereket azon hibás nézet szülte, hogy a narcosishalál okát mindig az altató-szer vegyi tulajdonságaiban kell keresnünk. Schleich szerint a technikai hibák vagy szerencsétlen mellékkörülmények miatt bekövetkező halálesetektől eltekintve, a hirtelen, úgynevezett synkopés halál a miatt támad, mert veleszületett abnormitása miatt az agykérget az életre fontos újultató központokból elválasztó gátló mechanizmus nem tudja a narcoticumnak ezekre való hirtelen hatását megakadályozni. Éppen ez az előre nem látható, de mindenesetre előforduló körülmény az, a mely miatt egyetlen altató eljárás sem mondható veszélytelennek. Az említett veszélyeken kívül a későhalál s utóbetegségek egész serege ismeretes, mely a narcosis nyomában támad (vitia cordis, gastritis, hepatitis, nephritis, paresisek, psychosisok, apoplexia, amaurosis stb.). A narcoticumot illetőleg legmérgezőbb a tiszta chloroform, a melyet újabban méltán háttérbe szorítottak aetherrel, oxygenel, morphiinnal való keverékei. Az aether és chloroform közötti ismert antagonizmus vezetett a két szer kombinálására. Schleich meggyőződése az, hogy eltekintve a két szer mérgező voltától, a szervezetre gyakorolt kedvezőtlen hatásuk főképen azon physikai aránytalanság által van feltételezve, a mely forráspontjuk s a testhőmérsék között van (chloroform Fp = 65°, aether Fp = 34.5°, míg a tüdő hőmérséke 38°). Ennek következtében a chloroform felhalmozódik a szervezetben s alterálja azon szerveket, a melyek kiválasztják (máj, vese, emésztőcsatorna), az aether pedig nagy feszültségénél fogva izgatja az alveolusok falait s inhalációs megbetegésekre disponálja a tüdőket. Ez a gondolat vezette az előadót arra, hogy oly altató keveréket állítson elő, melynek forráspontja 38°: aethylchlorid 20.0, chloroform 40.0, aether 120.0. Ő ezen keveréket már 17 éve használja s véleménye szerint ki van zárva a synkope, ha az altató figyel a pupillára, a melynek hirtelen tágulása vagy szűkülése figyelmeztet a veszélyre s a narcosis rögtöni felbeszakítását indikálja. Hosszantartó laparotomiák alatt csökken a testhőmérsék, a mikor is aether hozzáadása által alá kell szállítani a keverék forráspontját. Lázas betegeket ismét chloroformdúsabb (magasabb forráspontú) keverékkel kell altatni. Ezen narcosishoz legjobban a Sudeck-féle maszkot ajánlja.

Minthogy a narcosis kikapesolván az öntudatot, többet nyújt annál, mint a mire szükségünk volna, tudniillik az operálandó terület érzéstelenítése, azért sokkal ideálisabb eljárásnak kell tekintenünk a helyi anaesthesiát Schleich módszere szerint, a mely a mellett, hogy nincs káros befolyással a központi idegrendszerre, még teljesen veszélytelen is. Majdnem az összes helyi érzéstelenítő eljárások (kivéve a fagyasztást) szövetbeivódáson alapulnak. E módszerektől megköveteljük, hogy sok folyadék lehetőleg kevés mérget tartalmazzon, hogy a mérgezés veszélye nélkül minél nagyobb területek legyenek érzésteleníthetők. Ennek a követelménynek megfelel Schleich eljárása: 0.2% konyhasóoldat használata lehetővé tette, hogy a cocainnak oly kicsiny adagját alkalmazzuk, a mely az infiltrálás actusának fájdalmatlanná tételére éppen elegendő. Az infiltrálásra használt folyadék növelését nemcsak a cocain kicsiny adagja engedte meg, hanem az a tapasztalat is, hogy nagymennyiségű folyadékban el-

osztás az alkaloida felszívódását nagyfokban hátráltatja, nem is szólva arról, hogy a bemetszéskor a kiáramló folyadékkal az alkaloida egy része mindig távozik.

A gyakorlat megmutatta, hogy ezen eljárás használata a cocaincollapsust és cocainhalált teljesen kizárja. Schleich eljárását két váddal illették: 1. hogy a hypoton oldat károsítja a szöveteket. 2. a szövetek duzzasztása megnehezíti a tájékozódást. A gyakorlat e vádakot nem igazolta. Az eljárástól sohasem láttak abnormis sebgyógyulást, s a szövetek duzzadása sem tette soha kivihetetlené a műtétet. Az eljárás ellenségei (főképen Braun) isoton oldatot ajánlottak, de ez fájdalomcsillapító nem lévén, az alkaloida adagját kellett növelni. E mellett az ilyen oldat hátránya az, hogy a thermokauterrel való égetés fájdalmas (miután az alkaloida már 100 fokon hatástalanra lesz). A chemiai érzéstelenítés hívei Kolle óta mindenféle más szerrel iparkodtak pótolni a cocaint. A mi a Schleich-féle infiltrálást illeti, erre még mindig legalkalmasabb a cocain, mellette csak az alypin vált be azért, mert használata által a cocain adagját még jobban (felére) leszoríthatjuk. Schleich oldatait az alypin használata által következőképpen módosultak:

	I.	II.	III.
Alypin . . . . .	0.1	0.05	0.005
Cocain . . . . .	0.1	0.05	0.005
Morphin . . . . .	0.001	0.001	0.001
Natriumchlorid . . . . .	0.2	0.2	0.2
Víz . . . . .	100.0	100.0	100.0

Nem észszerű újítás az, hogy az érzéstelenítő folyadékokhoz újabb mérgező anyagokat adnak, mint a mellékvesekészítmények, de a foghúzás fájdalomtalanra tétele s nagyobb nyálkahártyafelületek érzéstelenítése szempontjából az adrenalin és suprarenin használata óriási haladást jelent. Oberst eljárása, a mely a phalanx basisis a véráram elzárása útján gátolja az ujjak idegeiben a vezetést, nem mondható jobbnak az infiltrálási anaesthesiánál. A vezetési anaesthesia többi alakja problémás értékű a gyakorlóorvosra nézve, mert egyfelől különös anatómiai tudást igényel, másfelől pedig még a specialista kezében sem nyújt mindig biztos sikert.

Elvileg nagyfontosságúnak mondja az előadó a lumbális anaesthesia felfedezését, de gyakorlati szempontból egyelőre kétséges értékűnek tartja azért, mert ismeretlen még előttünk az az alkaloida, a mely vezetést gátló hatása mellett kevésbé mérgező mint a cocain vagy annak pótszerei, a melyek közül talán a tropacocain legkevésbé mérgező. A lumbális anaesthesia több oknál fogva veszélyes. Első sorban az arachnoideális fű nagyon érzékeny bakteriumos s toxikus ingerekkel szemben, úgy látszik a felszívódás könnyű lehetősége miatt. Másfelől kiderült, hogy a vér mohón magához ragadja a cocaint és az érzéstelenítés szempontjából hatástalanra teszi, viszont a cocain is megszünteti a vérnek a vezetésgátlást szabályozó tulajdonságát, a miből azután magyarázható azon izgalmi tünetek, a melyek a felszívódott cocainnak a központi idegrendszerre hatása következtében támadnak. Ezenkívül ugyanaz a veszély fenyeget itt, mint a narcosisban, tudniillik fontos dinamikai gerinczagi vezetéseknél veleszületett hiányos gátlása (illetve a pályák hiányos elszigeteltsége) miatt a bénulást előidéző „elektroid hullám” hirtelen átterjedhet a nyúltagyra, súlyos légzési és vérkeringési zavarokat okozva. A gerinczagi érzéstelenítésre legjobb 0.05 gm. tropacocain adrenalin nélkül, gerinczagi folyadékkal hígítva.

Mindent összevéve, az infiltrálási anaesthesiát mondja Schleich oly eljárásnak, melyhez első sorban kell nyúlnia a gyakorló orvosnak egyrészt veszélytelensége, másrészt az úgynevezett mindennapi sebészethez tartozó bántalmak nagy száma miatt. A műtéteknek 75%-át végezhetjük ezen eljárással, és így csak 25%-a veszélyes műtét marad. Az infiltrálási anaesthesia alkalmazhatóságának határait természetesen minden műtő maga szabja meg, de általában mondhatjuk, hogy oly területek, melyek bármely kiterjedésben a 15 cm.-t nem haladják túl (körülbelül férfikölnyi terület), nagyon jól érzésteleníthetők még, sőt ökölnél nagyobb daganatok kiirtására is használhatjuk, ha nyelesek, könnyen kihámozhatók, a szomszéd részekkel össze nem nőttek. Általában oly területeken használható e módszer, a melyek infiltrálására 200—500 cm<sup>3</sup>-nél több folyadék nem kell. A másik két érzéstelenítő eljárás közül a narcosis tartja az előadó kevésbé veszélyesnek, megjegyzi azonban,

hogy vannak esetek (öregség, nagy gyengeség, súlyos vesebajok, szív- és tüdőmegbetegedések), a melyekben a lumbális anaesthesiát kell kevésbé veszélyes beavatkozásnak mondanunk. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung, 1908. 1. sz.)

### Szülészet és nőorvostan.

**A terhesek hányásáról** ír Runge, Bumm tanár assistense (Berlin). A hányás a terheseknek 50%-át támadja meg és csak az intenzitásában van különbség a reggeli kisköki rosszullettől fokozódva a nehezen csillapítható perniciosus hányásig. A hyperemesis aetiologiájára vonatkozólag nézete a következő: a hyperemesis mint tiszta reflexneurosis kezdődik; ha ezen stadiumban nem áll be a gyógyulás, a máj és vese tevékenységét megtámadva, a terhességben keletkező mérgek retentioját okozza, a mi azután halálos intoxicatiót eredményezhet. A mi a therapiát illeti, meg kell előbb győződnünk arról, vajjon nincsen-e valamiféle genitális megbetegedés, újképlet vagy retroflexio; ugyanez áll az ulcus ventriculiról vagy más megbetegedésről is. Csak ha mindezen momentumokat kizártuk, foghatunk magának a hyperemesisnek gyógyításához. Könnyebb esetekben, egyszerű reggeli hányás ellen megfelelő ruházódás (korsótt eltöltendő) és székrendezés mellett szigorú diéta tartandó. Soha egyszerre bőséges étkezés, hanem 2—3 óránként keveset evés. Ágyban fekvés, nyugalom, hideg italok, általában bőséges folyadékbevitel, hogy ezzel a szervezetet mintegy átmoszuk és a képződött mérgeket elimináljuk. Gyógyszereket is adhatunk, ezeknek azonban inkább csak suggestiv hatásuk van; ilyen az orexinum hydrochloricum (0.3—0.5 gm. kétszer napjában), natrium bicarbonicum, ovariin (Merck), brom stb. Súlyosabb esetekben, ha a gyomor semmit sem tűr meg, izoláljuk a beteget intézetben, psychotherapia mellett 24 órára minden étel eltöltendő, evés helyett táplálóklymsa. Ha mindezen kezelési eljárások célra nem vezetnek, adjunk konyhasós klysmákat, 4—6 litert egy nap, vagy ha a bél nem tűri, sóoldatot subcutan. Ha mégis megmarad a hyperemesis, a betegek erőbeli állapota fogy és az életet veszélyeztetők a jelenségek, a művi abortus megindítása indikált. Legtöbbször ezen radikális eljárásra megszűnik a hányás és csak ritka esetekben megy tönkre a beteg mérgezés tünetei között. (Berliner klin. Wochenschrift, 1908. 2. szám.)

Boqdanovics dr.

**A genyes adnexumok kezeléséről** ír Fehling tanár (Strassburg). Birálja Forssnernek a stockholmi klinikáról megjelent közleményét. Forssner ugyanis 1115 adnex-megbetegedésről számol be, a melyben a mortalitás 0.5%-o volt; véleménye szerint jobb volna az idült gyuladós adnex-megbetegedéseket nem operálni, hanem tünetileg kezelni, mert így a halálozás sokkal kisebb volna. Forssner statistikáját Fehling azért kifogásolja, mert benne az egyszerűen chron. gyuladós adnex-megbetegedések a genyedés folyamatoktól nincsenek külön választva, hanem együttesen vannak tárgyalva (83 operált eset felében nem volt genyes adnexum), már pedig az egyszerűen idült gyuladós adnex-megbetegedések kezelése úgy a műtét javalata, valamint prognosisa szempontjából nem foglalható össze a pyoovarium és pyosalpinx kezelésével.

A szerző véleménye szerint az adnexumoknak minden idült gyuladásakor, akár hevenyen, akár idülten fejlődött, nem szabad azonnal operálni, hanem meg kell kísérelni a konzervatív tüneti kezelést és csak később, ha ezen kezelésre a fájdalmak nem szűnnek, ha az állapot nem javul, ha retroflexio uteri fixata jött létre s az asszony munkaképtelen lett, van helye az operálásnak. Akkor is más a kezelés, ha gonococcus, streptococcus vagy bac. coli okozta pyoovarium és pyosalpinx van jelen, ilyen esetekben a konzervatív kezelés sokszor csak káros lehet, mert e kezelés mellett a recidiva gyakran fordul elő. De minden ilyen genyes folyamatban is meg kell kísérelni a tüneti kezelést, mert állandó és tartós javulás esetén az operatio feleslegessé válhatik. Ha azonban e kezelés ellenére a láz megmarad, sőt a daganat nagyobbodik, az operatio okvetlenül szükséges. Az ilyen esetben a punctio a diagnosis szempontjából igen fontos. A vaginális bemetszést a szerző nem tartja megfelelő beavatkozásnak.

Az operatio technikája és a prognosisa szempontjából megkülönbözteti a betegségeknek könnyebb és súlyosabb alakját. Az elsőbe tartoznak a gonococcus okozta egyszerű pyosalpinxek is, ilyen

esetben elégséges a beteg tubának laparotomia útján való eltávolítása. Más az operatív eljárás azon súlyosabb esetekben, a melyekben pyosalpinx mellett pyoovarium is van erős összenövésekkel és a folyamatokat állandó magas láz kísérte. Ilyen esetekben mindig csak laparotomiát lehet végezni az adnexumok eltávolításával, esetleg az abdominális gyökeres operatio is szükségessé válhat. A belekkel való összenövés esetén nem ajánlja a tompa leválasztást, félyén a bélsérüléstől, hanem inkább élesen, késsel vagy ollóval dolgozik.

Ilyen genyes adnexumok eseteiben drainezni kell és pedig a hüvelyen keresztül, súlyosabb esetben a Mikulicz-féle drainezést is kell alkalmazni. Összesen 166 elgenyedt adnexum esetében végeztet operatiót, a halálozás 6—7<sup>o</sup>/<sub>o</sub> volt. (Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie, XII. kötet, III. füzet.)

Nádasy dr.

### Börkörtan.

**Taetoválás nyomán keletkezett bőrtuberculosis** esetét közli P. Ernst (Berlin). A taetoválás Németország lakói között meglehetősen elterjedt szokás. E célból a leghasználtabb bőrfelszín az ujjak egyike, a kézhat és a kar. A taetoválás tulajdonképpen igazi oltás, a mennyiben úgy szokták végezni, hogy tűvel megszurkálják a bőrt, a melybe rendszeren kormot vagy tuszt visznek a festés-céljából. A festéket vagy a tűszurkálással egyidejűleg, vagy közvetlenül utána bedörzsöléssel viszik a bőrbe. Ismeretes, hogy a taetoválás kapcsán különböző infectiók támadhatnak, így lymphangitisen, erysipelason, phlegmonon kívül főleg syphilis és bőrtuberculosis. A tuberculosis infectio a taetoválás kapcsán csaknem kivétel nélkül a taetováló művész nyálával történik és pedig úgy, hogy az nyálával keveri a festéket, vagy utólag masszálja vele a bőrt. A szerző esetében is így keletkezett a betegnek több testrészén a gümös bőrbaj. Két ízben taetoválták, a második alkalommal a taetováló egyén a procedura végén nyálával erőlyesen bekente a frissen taetovált szúrás-helyeket. Három hónappal később a zinoberes taetoválás helyén (első ízben korommal végezték) tipusos tuberculosis verrucosa cutis fejlődött ki, a mely kimetszve és histologiai vizsgálatnak alávetve, kórszövettanilag is annak bizonyult. Esete kapcsán a szerző az irodalomban szétszórt többi hasonló esetet is röviden ismerteti. Ezen összeállításból kiderül, hogy az eddig ismert esetek száma a jelen esettel együtt 9. Nyolcz ízben nyál, egy ízben pedig tej útján látszott létrejönni a gümös infectio. Érdekes, hogy az egyes beoltások a gümös bőrbajoknak különböző klinikai kórformáit tudják létesíteni. A kilencz eset közül észleltek: két tuberculosis verrucosa cutis esetet, öt lupus esetet és egy tuberculosis cutis propria, illetőleg tuberculid esetet. (Dermatologisches Centralblatt, 11. k., 3. sz.)

Guszman.

**A phthiriasis terapiájának módosítását** ajánlja H. Oppenheim (Berlin). A phthiriasis eddigi kezelése rendszeren kénesős készítmények alkalmazásában állott. Leggyakrabban a szürke kenőcs és a sublimat jött alkalmazásba. Ezeknek hátránya leginkább a könnyen keletkező dermatitisben rejlett. A szerző a phthiriasis ellenében a legjobb szernek az alkoholt, vagy a hivatalos spirítus vini rectificatust tartja. Fontos azonban ennek a legjobb alkalmazás módját is betartani. Ez pedig a spray-kezelés. A teljesen meztelen testrészt körülbelül 25 cm. távolságból alkoholos permetezésnek lesz alávetve, a permetezést követőleg pedig kendők legyintésével gyors párolgást kell előidézni. Öt percnyi időközben ez az eljárás még egyszer vagy kétszer ismétlendő. Ha az alsó ruhák egyéb desinfectioja (gőzsterilizálás stb.) ki nem vihető, célszerű azokat is alkoholos spray-vel kezelni. Nem jó, ha a beteg a spray-kezelést közvetlenül megelőzőleg fürdőt vesz. A testnek nedves volta miatt nemcsak hogy gyengébb lesz a hatás, de az alkohollal vízzel való keveredése erősebb csipőérzést is válthat ki. A szerző vizsgálatait azt is kimutatták, hogy a tetvek az alkohol hatására nemesak elbódulnak, hanem azonnal el is pusztulnak. Szintúgy elpusztulnak a serkék (peték) is, főleg az erős párolgás által létrehozott gyors lehűlés következtében. A szerző ezt kísérleti úton is megállapította. (Deutsche med. Woch., 1908. 8. sz.)

### Orr-, torok- és gégebajok.

**A légesőmetszés végeredményeiről** ír W. Wolf Trendelenburg tanár klinikájáról. Azt a kérdést akarja megvilágítani:

csakugyan oly gyakoriak-e légesőmetszés után a légeső hegeszükületei és a légutak megbetegedései, nevezetesen a tuberculosis? Hiszen vannak szerzők, pl. Landouzy, kik azt állítják, hogy a tracheotomizáltak legnagyobb brésze nem éri meg a 20 éves kort, már előbb elpusztul. A szerző adatait a Trendelenburg-klinika beteganyagából veszi; itt az utolsó 12 év alatt 404 gyermekben végeztek légesőmetszést diphtheritises gégeszükület miatt. Szembeállítja ezzel olyan osztályok adatait, melyeken túlnyomóan intubatiót végeznek, nevezetesen Lehnerdt közlését a lipesei gyermekórházról.

A Trendelenburg-klinikán operált 404 gyermek közül gyógyultan távozott 264, kik közül 173-nak sorsa felől nyert részletes felvilágosítást, illetőleg személyesen is vizsgálhatta egy részüket. 4 gyermek a klinikáról távozása után pár héttel meghalt a diphtheritis utókövetkezményeiben. 145 gyermek (85·8<sup>o</sup>/<sub>o</sub>) teljesen egészséges, akárhány jó énekhanggal bír, jó tornász és úszó. 24 operáltak (14·2<sup>o</sup>/<sub>o</sub>) esekélyebb bajai vannak, így meghűlésre való hajlam, esekélyebb rekedtség. 7 operálaton (4·1<sup>o</sup>/<sub>o</sub>) súlyosabb betegségek állanak fenn: ismételt tüdőgyulladás, tüdőgümőkór, de ez utóbbiak nagyobb része terhelt családból származik. Hegeszükület a légesőmetszés után egy esetben sem fordult elő, míg Lehnerdt statistikájában 1539 intubált beteg közül 16-on észleltek súlyos, sőt gyógyíthatatlan gégeszükületet.

Ezen adatok alapján arra az eredményre jut, hogy tarthatatlan azon állítás, mely szerint légesőmetszés után szerfelett gyakoriak a légeső szükületei és a légzőszervek súlyos megbetegedései. Inkább áll ez az intubatoról.

Az esetek legnagyobb részében alsó légesőmetszés történt. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 17. szám.)

Steiner Miksa dr.

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**Anaemia és chlorosis** 57 esetében használta Arensberg belsőleg az atoxylt, még pedig a Bland-atoxylcapsulák alakjában, nagyon biztató eredménnyel. Minden egyes capsula, a melyet gelatinaburok véd az oxydáló levegő hatásától, 5 centigramm atoxylt és 30 centigramm Bland-pilulaanyagot tartalmaz. Ezekből a pilulából délben és este vétetett be egyet-egyet az étkezés után. Megpróbált nagyobb mennyiséget is adni, ilyenkor azonban gyakoriak voltak a kellemetlen melléktünetek (gyomorfájás, hasmenés), a nélkül, hogy a hatás jobb lett volna. A szerző kiemeli, hogy a Bland-atoxylcapsulák használata mellett az anaemiában és chlorosisban rendszerint meglevő székszorulás is meg szokott szünni. (Berliner klin. Wochenschrift, 1908. 14. szám.)

**A leukaemia gyógyítása Coley-féle anyaggal.** Ismeretes, hogy intercurrent fertőzőbetegségek után a leukaemia néha javul. Ez a tapasztalat indította Larrabee-t arra, hogy kísérletet tegyen a Coley-féle anyaggal (streptococcus és prodigiosus toxinja). Három esetben kedvező volt az eredmény, a mennyiben közüllük kettőben a fehérvérsejtek száma csökkent, a vöröseké pedig emelkedett, 1-ben pedig a vér nem változott ugyan meg, de a subjectiv állapot javult és a testsúly gyarapodott. Egy további eset változatlan maradt és két másik eset, a melyben a szóban forgó gyógyítást még folytatják, kissé javult. Megjegyzendő, hogy egyúttal arsenit is kaptak a betegek s azért arra is lehet gondolni, hogy a javulást nem a Coley-anyag, hanem az arsen hozta létre. (Boston med. and surg. Journ. 158. k., 6. f.)

**Psoriasis** eseteiben Duncan Bulkley szerint legjobb a szigorú vegetarianus-diaeta, még a tej is kerülendő. E mellett minden helyi kezelés nélkül is megszűnik a baj. (Ref. Klin.-therap. Wochenschrift, 1908. 11. szám.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Klinikai füzetek.** 1908. 4. füzet. Oláh Gusztáv: Psychosis arteriosclerotica? Szabóky János: A gümőkór specifikus terapiájáról.

**Gyógyászat,** 1908. 18. szám. Lévai József: A phosphornecrosis sebészi kezeléséről. Delre László: Az immunitástan az orvosi gyakorlatban.

**Orvosok lapja,** 1908. 18. szám. Hajós Lajos: Az ideges meghűlési hajlamról és ideges meghűlésről.

**Budapesti orvosi ujság,** 1908. 18. szám. Plesch János: A kopogtatásról. Kéthy László: A Spengler-féle gyógyoltások értékéről.

## Vegyes hírek.

**Kinevezés.** A székesfőváros főpolgármestere *Oppenheim Ödön* dr.-t orvosossá, *Fiala Rikárd*, *Pap Izidor*, *Braun Gyula*, *Braun Miksa* és *Török Ödön* dr.-okat pedig segédorvossá nevezte ki. — *Nisponszky Béla* dr.-t a sátoraljaújhelyi Erzsébet-kórházhoz segédorvossá neveztek ki.

**Választás.** A melenczei Ruszanda-fürdő orvosává *Sztaity János* dr.-t választották. — *Grün Mór* dr.-t kumán-tarrasi körorvossá választották.

**Egyetemi alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán.** Megválasztottak: Az I. sz. anatómiai intézethez: *Uthy László* díjas gyakornoknak. Az I. sz. női klinikához: *Wenzel Tivadar* dr. első tanársegédnek, *Horváth Mihály* dr. második tanársegédnek, *Avarffy Elek* dr. poliklinikás tanársegédnek, *Scherer Sándor* dr. és *Chakány János* dr. díjas gyakornoknak. A törvényszéki orvostani intézethez: *Gyulay Elemér* dr. első tanársegédnek (újráválasztás), *Mattyasovszky Honor* dr. második tanársegédnek. Az általános kórtani intézethez: *Hári Pál* dr. magántanár első tanársegédnek (újráválasztás), *Belák Sándor* díjas gyakornoknak, *Liebermann Pál* dr. díjtalan gyakornoknak. A stomatológiai intézethez: *Máthé Dénes* dr. díjtalan gyakornoknak.

**A budapesti egyetem orvostudományi tanártestülete** a 2400 koronás Kovács-Sebestyén Endre-féle utaztató ösztöndíjat az 1908/9. tanévre *Korcsák Rezső* dr.-nak ítélte oda. 800 koronás *Fischhoff-féle* szigorlati segélydíjat nyert *Halász Béla*, 400 koronás gróf *Andrássy Szerafina*-féle ösztöndíjat *Rados Endre* és *Csárszky Lajos*, 130 koronás *Barna Ignác*-féle szorgalmi díjat *Lestyán Pál*. A 80 koronás *Schopper-féle* szorgalmi díjra ajánlott *Sztanojevics László*, a 600 koronás *Kajdáczy-féle* ösztöndíjra *Paál Gyula*. Végre 400 koronás *Schordann-féle* szigorlati kölcsönben részesült *Müller Ferenc*.

**A Korányi-féle pályadíj** odaítélése ügyében a budapesti egyetem orvostudományi tanártestülete legutóbbi ülésében döntött. E pályadíjat *Korányi Frigyes* tanár alapította 1891-ben, 25 éves tanári jubileuma alkalmával azzal a rendeltetéssel, hogy három évenként azon legjelesebb dolgozatnak adassék ki, melyet ezen idő alatt a budapesti egyetem orvosi karának valamely tanársegéde közölt magyar nyelven. A tanártestület bizottsági jelentés alapján a 600 koronás jutalomdíjat ezúttal *Verebély Tibor* dr. következő című, lapunk 1907. évfolyamában megjelent dolgozatának ítélte oda: Adatok a pajzsmirigy s a parathyreoideák kórtanához.

**Az országos balneológiai egyesület pályázatai.** 1. Az egyesület ez évben is 200 korona pályadíjat tűzött ki az 1908. év folyamán megjelent és magyar fürdőn működő orvos tollából eredő legjobb magyar tudományos balneológiai dolgozatra vagy fürdőleírásra. Külön megjelent munkák, monográfiák a titkárnak küldendőek be 1909 február 28.-áig. 2. 200 korona pályadíjat tűz ki az egyesület a következő kérdésnek tüzetes és adatokkal indokolt kifejtésére: „Micsoda pártolásra tarthatnak igényt a magyar fürdők és források a kormány és parlament részéről, tekintve azt a támogatást, a melyben illetékes körök az ország iparát, kereskedelmét és mezőgazdaságát részesítik.” A csak féloldalra géppel írott pályamunkák jelíges levéllel 1909 február 28.-áig adhatók be a főtitkárnak.

**Pályakérdések orvosok részére a budapesti egyetem orvosi karán.** Az orvostudományi tanártestület a következő pályadíjakra hirdet pályázatot.

1. A Gárdos János-féle alapítványból két egyenként 1200 koronás pályadíj adható ki oly a budapesti egyetemen végzett fiatal orvosdoktoroknak, a ki valamely tudományos kérdés önálló vizsgálatával kíván foglalkozni. A pályázó írásbeli tervezetét május 15.-éig nyújthatja be a dékáni hivatalnál. A tanártestület a pályatervezetet megvizsgálja, s ha azt eredménytígérőnek találja, a benyújtót megbizta tervezete kidolgozásával. A kész dolgozat az 1908/9. tanév vége felé, május 1.-én nyújtandó be. A pályadíj első felét a tudományos kérdés megoldásával megbízandó doktor az 1908/9. tanév elején veheti fel, másik felét csak dolgozata benyújtása után, ha a tanártestület azt jutalmazásra érdemesnek ítéli.

2. A Balogh Kálmán-féle millenáris alapítvány kamataiból két egyenként 1000 koronás pályadíj áll az 1908/9. tanévre rendelkezésre. E pályadíjra csak a budapesti egyetem orvostudományi tanársegédei és gyakornokai pályázhatnak nyílt pályatervezettel. A két legjobb tervezet beadóját a tanártestület megbizta a benyújtott munkaterv kidolgozásával. A benyújtási határidő a megbízástól számított másfél év: 1910 márczius hó 31.-e.

3. Végül a tanártestület pályázatot hirdet a következő pályakérdés kidolgozására: „A syphilis aetiologiájában, serologiájában és terapiájában korszakot alkotó újabb felfedezésekből kiinduló vizsgálatok.” Jutalma a Bukovinszky-alapból 1500 korona. E pályadíjra bármely orvosdoktor pályázhat. A pályáirat 1910 márczius 31.-éig nyújtandó be a rektori hivatalnál, zárt jelíges levél kíséretében.

**A kolozsvári egyetem orvostudományi előadói szünidei cursust tartanak** június 1.-étől június 13.-áig. Tudakozódások és jelentkezések *Jancsó Miklós* dr.-hoz (Kolozsvár, Egyetem-utca 7) intézendők.

**Turán Bódog** dr., fürdőorvosi gyakorlatát Franzensbadban („Prinz Wales“) ismét megkezdette.

**Fornet Elemér** dr. orvosi működését Marienbadban (Kaiserstrasse, Haus „Sanssouci“) ismét megkezdette.

**Helyetttest** keres a szünidei orvosi cursust tartamára (május 22.-től június 8.-áig) *Jankura Iván* dr. (Szomolnok, Szepes megye). Fizet ezért 100 koronát, teljes ellátást és útiköltséget; a magángyakorlatból befolyó jövedelem a helyetttest illeti.

**A budapesti orvosi kör országos segélyegylet pénztárába** befizettek: *Hercz Samu*, *Magyar József*, *Katona Gábor*, *Kirchner József*, *Kerekes Pál*, *Kottler Sándor*, *Kovács Jenő*, *Korom Lajos*, *Kovács Lajos*, *Lechner Jakab*, *Lévai Dezső*, *Léwy József*, *Lencsés János*, *Litsek Ákos*, *Mezey Sándor*, *Mladin Péter*, *Moskovits Mór*, *Mandel Miksa*, *Ormos Béla*, *Politzer Fülöp*, *Pollatsek N.*, *Popper Sándor*, *Rosenberg Jenő*, *Sörös Miklós*, *Stein Ferencz*, *Sarlai Vilmos*, *Szelecsényi Zsiga*, *Schön Hugó*, *Szilárd Lipót*, *Steller Ferencz*, *Szántó Jakab*, *Tausig Izidor*, *Tapay József*, *Tauffer Jenő*, *Török Ferencz*, *Udránszky László*, *Weltmann Sándor*, *Weber Ignác*, *Venczel József*, *Viola Ignác*, *Kramer Béla*, *Báthori Béla*, *Deési Pál*, *Ekei Antal*, *Gelléri Samu*, *Gál Arthur*, *Horváth Ferencz*, *Koros Adolf*, *Fejér Dávid*, *Kovács Bálint*, *Molnár József*, *Petraskó Illés*, *Reisz Samu*, *Rosenberg Samu*, *Schönfeld László*, *Szathmáry Lajos*, *Székely Béla*, *Weisz Mór*, *Csiky János*, *Olariu Valér*, *Szabó Mihály*, *Várady László*, *Munkácsy Pál*, *Abt Alfréd*, *Bugel Ödön*, *Fuchs Károly*, *Hermann Miksa*, *Katona Gyula*, *Karakaszevics Milos*, *Kelemen Mihály*, *Müller Samu* 4—4 koronát.

**Meghalt.** *Telegdi Zsigmond* dr. boglári körorvos, Somogy vármegye tiszteletbeli főorvosa 71 éves korában, e hó 6.-án. — *Schwartz Mór* dr., Marosvásárhelyen. — *Ch. E. Underhill* dr., az edinburghi Royal College of Physicians elnöke s a szülészeti tanára a College-on, április 24.-én, 63 éves korában. — *Chamberland* dr., a párisi Pasteur-intézet aligazgatója.

**Kisebb hírek külföldről.** *Sonnenburg* tanárt Berlinben címzetes rendes tanárrá nevezték ki.

Mai számunkhoz az *Apotheke zum heiligen Geist*, Wien prospektusa van csatolva.

Jelen számunkhoz a *C. F. Boehringer és Fiai* cég „*Arsen-ferratosé*“ című prospektusa van mellékelve.

**Szigeti Márton** dr. Abbaziából Gleichenbergbe érkezett és fürdőorvosi működését újból megkezdte.

**Erényi Jenő** dr. Karlsbadban orvosi működését ismét megkezdte.

**Menyhért Jenő** dr. fürdőorvosi működését Marienbadban (Haus goldener Falke) megkezdte.

**Röntgencursusok** tartanak a szt. István-kórház újonnan berendezett laboratóriumában május 25.-től június 6.-ig. Jelentkezés május 23.-ig. Theoretikus és gyakorlati kiképzés. Bővebbet levélben. **Huber Alfréd** dr.

## Vizgyógyintézet

Rendelő orvos: **Dr. Jakob László**. Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus. — Telefon.

## Reiniger, Gebbert & Schall

Budapest, VIII., Rákóczi-ut 19. szám. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára.

**Justus Dr. bőrbajosokat** gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, fizikális gyógymódok.

**GIZELLA-TELEP FÜRDŐ**, modern vizgyógyintézet **megnyílt.**

postai VISEGRÁD (Pest m.)  
Vizgyógykezelés, szénasavas-, villamos-, forrólég-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Hízaló és soványító kúrák. Remek fekvés. Pensio — fürdőhasználattal együtt — heti 60 koronától feljebb. Kívánatra prospektus.

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

**Dr. Turán Bódog** május 1-től — október 1-ig Franzensbad („Prinz Wales“).

**Kopits Jenő** dr. testgyejesítő intézetét VIII., Gyöngygyűk-utca 14. sz. alá (Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

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

**Orvosi laboratórium:** **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. Andrásy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26-96.

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

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

**Dr. STEIN ADOLF** RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII. ker., Rákóczi-út 26. földsz. I.

**Dr. SIPOS DEZSŐ** rendel KARLSBADBAN Markt „Haus 3 Ringe“.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM.** Budapesti kir. Orvosegyesület. (XIV. rendes tudományos ülés 1908. április 25.-én.) 326. l. — A német sebészársaság XXXVII. congressusa. (Berlin, 1908. április 21—24.) 327. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományizakosztálya. (VII. szakülés 1908. márczius 14.-én.) 329. l.

**Budapesti kir. Orvosegyesület.**

(XIV. rendes tudományos ülés 1908. április 25.-én.)

Elnök: Prochnov József. Jegyző: Kiss Gyula.

**Cardiospasmus következtében támadt bázisintéget.**

**Kassai Jenő:** Az 51 éves egyén körülbelül 2 év óta beteg. Betegsége kezdetén a nyelés kissé nehezebbé esett, étkezés után gyomra tájékán néha nagy fájdalmakat érzett, néha csak kellemetlen nyomás érzése kizozta. Mult év márczius hava óta gyakran hány, feltűnt azonban a betegnek, hogy folyadékot hamarabb hány ki, mint szilárd ételt. Ez időben került kezelésem alá. Meglehetősen lesoványodott, de nem cachexiás egyén benyomását tette. A dysphagiára való tekintettel Röntgen-átvilágítást vettünk igénybe, melyet első ízben Holzkneccht Bécsben, most másodízben Fischer Ernő a Fehér-Kereszt-gyermekkorház Röntgen-laboratóriumában végzett. A mindkét átvilágítást követett fényképfelvétel csaknem egyenlő viszonyokat mutatott. A nyelőső közvetlenül a cardia fölött körtealakúlag hatalmasan kitágult, de az átvilágításkor jól látható, hogy a bismuthpép elég jól megy a gyomorba is. Ha most a nyelősövet kemény bougieval kutaszoljuk, látjuk, hogy a 15 mm. átmérőjű bougie is csekély ellenállás után 55—58 cm.-nyire is bevezethető, jelöl, hogy valamely organumos szűkület nincsen. Az utóbbi hónapokban a beteg már nem tud szilárd ételt megemészteni. A míg a folyékony vagy pépes ételeknek csak egy részét hányja ki, a szilárd ételek csak rövid ideig maradnak a kitágult oesophagusban. Mindazonáltal megjegyzem, hogy egy esztendő alatt, mialatt a beteget észlelni módomban van, testsúlya teljesen állandó, 48<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—49 kgm. között váltakozik.

Az utóbbi évek tapasztalatai szerint leginkább a cardiospasmus az okozója a nyelőső kitágulásának. Természetesen a pangó étel másodlagos oesophagistit okoz, mely reflectorice még erősebb összehúzódásra ingerli a cardiát.

A mi a therapiát illeti, meglehetősen tehetetlenek vagyunk. Néhány esetben rendszeres bougieozással eredményt értek el. Én magam is rendszeres bougieozással próbálok szerencsét, de elhatároztam, hogy ha a beteg tápláltsága csökken, a sebészeti beavatkozást fogom ajánlani.

**Pangásos papilla nagymérvű javulásának esete.**

**Fejér Gyula:** A pangásos papilla, az emelkedett agy-nyomásnak egyik főtünete, a körjelzés szempontjából rendkívül fontos jelenség. Nem az alapbetegség, hanem a látóképesség prognosisa tekintetében akarok pár megjegyzést fűzni bemutatandó esetemhez. Sokszor látunk hónapokig tartó kétoldali papillitist teljes visussal, sorvadás jelei sehol sem mutatkoznak, máskor a papillák nem nagymérvű duzzanatakor vakság támad és a papillák mihamarabb elsorvadnak. Épen ellenkező szempontokból tartottam érdemesnek a bemutatásra ezen 33 éves napszámot, kin mult hó 12.-én munkaközben erős fejfájás támadt, látása megromlott, 14.-én teljesen vak lett s vak állapotban jelentkezett Margit-kórházi rendelésemre, de helyszűke miatt csak 17.-én tudtam a kórházban elhelyezni. A beteg elbeszéli, hogy 3 éves korában teste tele volt vörös kiütéssel, de más betegségben nem szenvedett, gyengén dohányzik, alkoholismust, különösen luest tagad. Jó! fejlett, erős ember, a mellkasi szervek épek, a patelláris reflex kissé fokozódott, labeonus vagy az érzési sphaerában eltérés nincsen. A vizelet normális. Felvételkor fejfájásról panaszkodik, pulsusa perezénként 60. A beteg csak fényérzéssel bír, pupillái tágak, renyhén reagálnak, a szemfenéken a közép fokú pangásos papilla tünetei. Mind-ezek alapján Irsai tanár a belorvostani diagnosist agydaganatra tette, melynek főjelensége a pangásos papillán kívül a pulsus ritkasága és a fejfájás volt. A mi a daganat természetét illeti, luesre vonatkozó adatok hiányoztak. Ennek ellenére kenőkrút rendeltünk el s naponként 3 grammnak 8 napi inunctioja után a

látás javulni kezd, 60 gm. bedörzsölése után a látás <sup>5</sup>/<sub>7</sub>-re emelkedik, a fejfájás ritkább és enyhébb, a pulsus 90. A szemfenék pangása visszafejlődik, s bár a papillák külső fele halvány marad, a beteg <sup>5</sup>/<sub>7</sub> visus mellett kissé szűkült látóterekkel és színlátással rendelkezik.

A látóképesség ilyen rohamos nagy fokú javulása ritka jelenség. Ex juvantibus fel kell tételeznünk, hogy a daganat lueses alapon fejlődött és azért higanykezelésre eltűnt. Egyedül a gyors és kellő beavatkozás mentette meg a beteget a megvakulástól, mert valószínű, hogy az összenyomott idegelemek mihamarabb elvesztették volna fényvezető képességüket. Példa az eset arra, hogy a kétoldali pangásos papilla következtében megvakult egyének is visszanyerhetik teljes látóképességüket és példa arra is, hogy milyen nagy nyomást bírnak el a látóideg rostjai.

**Embolia partialis arteriae centr. retinae esete.**

**Fejér Gyula:** A reczehártya központi verőereinek emboliája rendszerint teljes, néha részleges. Az utóbbi esetben a betegnek központi látóképessége csökken és a látótérnek egy bizonyos részlete hiányzik. Nem akarok bővebben kiterjeszkedni a viszonyokra, csak főlemlitem, hogy a reczehártya táplálását illetőleg három területet különböztetünk meg, ú. m. a felső, az alsó főág és a papilla macularis háromszögletű területét. A 20 éves szobalány, ki szervi bajban szenved, szíve, veséje ép, három hét előtt egy reggelen észrevette, hogy szemét mintha szél csapta volna meg, mindkét szemére sötétség jött, mely jobb szemén állandó maradt. E roham után csak négy nappal jelentkezett rendelésemre, mikor is a bal szemem a reczehártya központi verőereinek részleges emboliáját találtam a jellemző meggyipiros folttal. Visusa <sup>5</sup>/<sub>50</sub> volt, a látótérnek belső fele majdnem teljesen hiányzott. A szemfenéken a reczehártya felső-külső negyedében háromszögletű homályos terület volt látható, melynek esüsa a papillában kezdődött és határai kifelé elmosódtak; a meggyipiros folt a macula luteának megfelelőleg észlelhető. A homályos területen áthúzódó erek a többiekhez viszonyítva rendkívül szűkek. A mi az embolia helyét illeti, alkalmasint valamelyik mellékágban keletkezett, sőt némelyik szerző felveszi, hogy a papilla macularis területkiesése valamely cilio-retinális ér embolusa által jön létre. A mi a gyógyítást illeti, a szemteke circuláris massage-át alkalmaztam, bár nem sok reményt fűztem a gyógyuláshoz, mert a beteg a roham után csak négy nap múlva jelentkezett. Mindannak dacára a visus javult, jelenleg <sup>5</sup>/<sub>7</sub>, a látótér is nagy mértékben kitágult. Hasonló friss esetekben ezen egyszerű, a therapiába Mauthner által bevezetett eljárást melegen ajánlom.

**A fertőtlenítő szerek hatásmódjáról.**

**Kiss Gyula:** A fertőtlenítő szerek hatásának elméletét eddig még nem sikerült egységes tudományos alapon felépíteni. *Krönig* és *Paul* kísérletet tett, hogy a fertőtlenítő hatás és az ionosodás közt a kapcsolatot kimutassa; ez az út azonban nem vezet a fertőtlenítő hatás helyes felfogásához. Kétségtelen, hogy vannak kémiai anyagok (savak, lúgok), melyeknek hatása kémiai cserebomlásokon alapul; ezeknek fertőtlenítő képessége az ionosodással arányos. A vegyi anyagok nagyobb részének a hatása azonban nem kémiai hatás a szó szoros értelmében, hanem fizikai hatás, nevezetesen a sejt fizikai állapotának megváltozásán alapul. Ezen változásnak mibenlétéről nem lehet ugyan egész pontosan fogalmat alkotni, de ez a körülmény az élő és nem élő, vagy szervetlen haloidok fizikai állapotának változásaira nézve egyaránt fennforog.

Azon anyagok közt, melyek a sejtek fizikai állapotát megváltoztatják, vannak aránylag közömbös anyagok, mint a legtöbb neutrális só, és vannak igazi mérgek. Az anyagok eme két csoportjának hatása egymástól több tekintetben lényegesen eltér. Az aránylag közömbös anyagoknak hatása abban áll, hogy tömény oldatokban a bakteriumok fejlődését késleltetik. Eme fejlődéstgátló hatás különböző fokú az egyes vegyi anyagoknál. A legegyszerűbb



sók (haloidsók) vizsgálata azt deríti ki, hogy a gátló hatás a só-alkotó mindkét ion pozitív gátló értékéből adódik össze. A gátló érték az egyes kémiai elemesoportok szerint változik és egy és ugyanazon csoportban az elemek atomtömegével párhuzamosan fokozódik. Minthogy a kémiai elemesoportok úgy foghatók fel mint az elemek periodusos rendszerének összetevői, a gátló hatás általában kapcsolatba hozható az elemek periodusos rendszerével.

Ez a kapcsolat annál is inkább benső, mert a mérges elemek legnagyobb része (nemes fémek, réz, higany) a periodusos rendszerben nem szétszórva, hanem meglehetősen egy helyre szorítva — mintegy kis rendszer a nagy rendszeren belül — található meg. Feltűnő jelenség továbbá az, hogy a mérges elemek általában kicsiny atomtérrel bírnak. A nem mérges sók tömény oldatainak hatása minden valószínűség szerint azon alapszik, hogy a protoplasma elfolyósítását elősegítik. Ez a folyósítás a fehérjét erősen lecsapó sóknál is előjön és a lecsapódást mindig megelőzi. A mérges sók és más fertőtlenítő szerek hatása abban áll, hogy a fehérjében irreversibilis molekuláris változásokat hoznak létre, miközben lecsapják. Ezen utóbbi hatás a hőmérsék emelkedésével fokozódik, míg az aránylag közömbös sóknak elfolyósító hatása az alacsony hőmérsékleten nagyobb.

A fertőtlenítő hatás idegen anyagok hozzájárulása mellett egészen hasonló értelemben befolyásolják, mint a kémiai anyagoknak oldékonysága. Nem mérges elektrolytok a mérges elektrolytok hatását csökkentik, ellenben a mérges anelektrolytok (például a phenol) hatását fokozzák. Viszont a nem mérges anelektrolytok (alkoholok, acetone) hatása ezzel ellentétes. Az elektrolytok hatásában ugyancsak észlelhető bizonyos kapcsolat a periodusos rendszerrel. Mindez arra mutat, hogy a desinficiáló hatás növekedése egyértelmű a desinficiáló anyag oldódási együtthatójának megváltozásával. Az ionosodás, amelynek Krönig és Paul óta oly nagy szerepet tulajdonítanak, csak annyiban bír befolyással, a mennyiben a vegyi anyagok oldékonyságát ugyancsak befolyásolja.

## A német sebész-társaság XXXVII. congressusa.

Berlin, 1908 április 21—24.

Ismerteti: *Gergő Imre* dr., műtőorvos.

Első nap, 1908 április 21.

A német sebész-társaság idei congressusa *Eiselsberg* báró (Bécs) elnöklése alatt és a tagoknak az eddigienél is nagyobb érdeklődése mellett nyílt meg; a megjelent tagok száma a 900-at meghaladta.

Megnyitó beszédében *Eiselsberg* mindenekelőtt a német sebész-társaság elhunyt tagjairól emlékezett meg. Főleg a német sebészet egyik legkimagaslóbb alakját, *Esmarch Frigyes*-t emelte ki; utalt *Esmarch*-nak hervadhatatlan érdemeire a modern sebkezelés terén és behatóbban méltatta *Esmarch* sikeres fáradozásait az első segélynyújtás érdekében. Azonosítva magát *Esmarch* szellemével, felszólítja a társaságot, hasson oda, hogy már a középiskolák magasabb osztályaiban is kellő oktatást nyerjenek az első segélynyújtásban. *Esmarch* után még *Mosetig-Moorhoz* (Bécs), *A. Hoffa* (Berlin) és *N. Senn* (Chicago) kiváló érdemei nyertek meleg hangon méltatást.

A tudományos ülést *Trendelenburg* (Leipzig) előadása vezette be az emboliák kezeléséről. Az előadó állatkísérletekkel meggyőződött arról, hogy az art. pulmonalisból nagyobb embolusok sikerrel távolíthatók el ezen verőérnek szabaddá tévése, előzetes összehúzóerősítése és megnyitása után. A műtét azon részének, mely közvetlenül az arteria pulmonalisra játszódik le, 40—50 másodpercnél több időt nem szabad igénybe vennie, a mi bizony nem esékély önruralmat és ügyességet kíván az operáló részéről.

Emberben alkalmas esete *Trendelenburg*-nak még nem volt; megfelelő, infaust esetekben mindazonáltal ajánlja módszerét.

*Kümmell* (Hamburg) újabban híve a laparotomizáltak korai fölkelésének; betegét már a műtétet követő első napokban is elhagyhatják az ágyat, ha kedvük tartja. A korai fölkelésnek eddigelé semmi káros hatását sem látta; ellenkezőleg tüdőemboliákat azóta nem észlelt, a beteg bélműködése gyorsabban áll helyre, a has hege pedig állítólag erősebb.

*A. Fränkel* (Bécs) a műtétet követő thrombosisokról és

*emboliákról* értekezett és létrejövételükben asepsises sebgyógyulás mellett első sorban a bélrendszer bakteriumflóráját okolja. A bakteriumok átvándorlását a vérbe laparotomiáknál a gyomor-bélrendszer postoperatív bennulása nagyban elősegíti.

Az említett három előadás körül élénk vita indult meg. *Ranzi* (Bécs) a műtétek nyomán támadt tüdőszövődményekről szolt; *Eiselsberg* tanár klinikáján a hasi műtéteknek 0.8%-ában észlelt tüdőemboliát. A korai fölkelést a hasműtétek után ellenzi és statisztikai adatokkal mutat arra, hogy a tüdőszövődmények ép a műtét után következő első napokban a leggyakrabbak; a betegnek épen ezért közvetlenül a műtét után nem mozgásra, hanem teljes nyugalomra van szüksége. A discussioban résztvettek még *Rehn* (Frankfurt a. M.), *Lauenstein* (Hamburg), *Abel* (Berlin), *Meinert* (Dresden), *Olshausen* (Berlin), *Hochenegg* (Bécs), *Körte* (Berlin), *Krönlein* (Zürich), *Eiselsberg* (Bécs) és mások; valamennyi hozzájárulásuk foglalatára követelés volt, hogy a korai fölkelés elvét a hasműtétek után általánosságban ne vigyük keresztül, hanem ha már kivételesen gyakoroljuk, igazodjunk magához az esethez, úgy, a mint azt öreg egyéneknek már régebben is tettük.

*Czerny* (Heidelberg) a rák villamkezeléséről (fulguratiojáról) tartott hosszabb előadást. *Czerny* 1907 november hava óta kísérletezik a heidelbergi rákintézetben ezen újabb eljárással, melynek megteremtője *Keating-Hart* (Marseille).

A villam-kezelés nagy frequentiajű és erős feszültségű áramokkal történik és létesítésére külön eszközök szükségesek, ú. m. 1. egy 40—50 cm. szikratávolságú induktor (ezt a városi villanyhálózatához is csatlakozhatjuk), 2. megszakító, 3. condensator, 4. *Oudin*-féle resonator (solenoid), 5. kábelek, 6. kaucsukköpenyeggel izolált elektródok és 7. szénsav az elektródok hűtésére.

A villamszikkák hatására a szövetek elpusztulnak; a kezelésnek azonkívül fájdalomcsillapító és elektív hatása is van az újképletek szöveteire.

Minthogy a kezelés igen fájdalmas, a beteget elaltatjuk; azután feltárjuk a daganatot és rövidebb-hosszabb ideig megfulguráljuk. A daganat ennek folytán meglágyul és mivel a fulguratio vérzést csillapító hatást is fejt ki, a most következő véres beavatkozás alkalmával — midőn késsel és kanállal minden kóros szövetet eltávolítunk — a vérzés esékély. A daganat főtömegének művi kiirtása után újabb, erősebb fulguratio következik és ezzel a műtétet befejeztük.

A következő napokban erős lymphorrhoea indul meg a szövetekből, a mely eliminálja a nekrotizált daganatrészeket; utólag gyors hegesezés észlelhető még nagyobb területeken is.

*Czerny* kísérletei kiterjednek inoperabilis arczikkákra, az orbita rákjára, bronchiogen carcinomákra, nyakmirigy-metastasisokra, emlőmirigyek recidiváira, bél- és méhrákra stb.

*Czerny* szerint felületes bőr- és nyálkahártyarák eseteiben a fulguratioval kiméletesebben tudjuk a rákos szövetet eltávolítani, mint a divatos véres műtétekkel. A kezelés egyszersmind biztosabb és gyorsabb, mind a radiummal vagy az x-sugarakkal végzett gyógyítás. A kezelés állandó eredményéről azonban csak 5 esztendei megfigyelés után nyilatkozhatunk. Mélyebben fekvő rák eseteiben *Czerny* szerint ajánlatosabbak a most divó véres műtétek, esetleg kombinálva a fulguratioval.

A discussioban *Sonnenburg* (Berlin), *Kurt Schulze* (Berlin) és *Abel* (Berlin) szintén hasonló tapasztalatokat közöltek mint *Czerny* s a fulguratiót inoperabilis daganatok kezelésére ajánlják.

*Funke* (Wien) a radium befolyását ismertette a rossztermészetű daganatokra és szövettani készítményeken demonstrálta gyógyító hatását; ez azonban látszólag csak felületes. (Folyt. következik.)

## A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(I. gyűlés 1908 márczius 5.-én.)

Elnök: *Dollinger Gyula*. Jegyző: *Winternitz M. Arnold*.

(Vége.)

**Balás Dezső: Strangulációs ileus ritkább esete.** B. B.-né, 34 éves nőt múlt év december 20.-án vették fel Janny tanár osztályára. A betegen 1894-ben per laparotomiam adnex-műtétet és 1904-ben hasfal-sérv miatt gyökeres sérvműtétet végeztek. A beteg múlt év december 15.-éig a második műtét után egészségesnek

érezte magát, midőn hirtelen jólét közepette oly fájdalmas, kínzó hasgöresök lepték meg, hogy azonnal ágyba kellett fekiüdnie. A göresök állandósultak, majd szél- és székrekedés állott be, a 4. napon csuklani kezdett, az 5. napon belsárhányás is jelentkezett s kezelő orvosa csak ekkor küldte be műtét céljából osztályunkra.

Az eléggé jól fejlett, mérsékeltén táplált, kevésvérű beteg vizsgálatokor az arcz megnyúlt, hippokrateses, az érverés 130, könnyen elnyomható, a hőmérsék 38.6° C. A mellkasi szervek épek. A has részaránytalán, u. i. a gyomortáj, az ileocecalis táj és a colon ascendens tája erősen puffadt, míg a köldök alatti táj csak mérsékeltén elődomborodó, igen renyhe bélperistalticával, a colon ascendens tája pedig valósággal összecsett. Erős hasfali izom-*contractio* van; a has mindenütt fájdalmas, a kopogtatási hang váltakozva mély tompult dobos. A beteg csaknem szüntelen esuklik és vékonybél-tartalmat hány.

Ileusra állítottuk a diagnosist s a beteget előzetes bőséges infusio és kámforozás után azonnal megoperáltam aether-narcosisban. A hasüreget a köldök alatt a linea albában nyitottam meg, midőn azonnal bőséges vörhenyes tapadós savó ürült a seben keresztül. Az előtolló vékonybelek puffadtak, belöyelték és tapadósak. A köldök alatt a középvonaltól jobbra, részben a puffadt coecumtól fedve, körülbelül 2 férfükölnyi összeesett vékonybél-conglomeratumot találtam, melyet a vékonybelek mesenteriumából kiinduló és magasabban fekvő részletéhez tapadó csepleszköteg valósággal hurok módjára fogott körül és szorított le. Feltűnt azonban a vékonybelek strangulatioja ellenére a coecum és a colon ascendens erősen puffadt volta, mely oly fokot ért el, hogy a coecumot a beszakadás veszélye nélkül elő sem húzhattam. Ennek okát keresendő, a hasfal sebét felfelé tágitottam, a midőn kitűnt, hogy egy második, az előzőnél sokkal erősebb strangulatio is van és pedig a colon transversumnak körülbelül középső részén. A körülbelül czukorspárga vastagságú, 15 cm. hosszú, legömbölyített stranguláló köteg ugyanesak a mesenterium gyökéből indult ki s a colon transversumot hurokszerűen megkerülve, a ligamentum gastrocolicumhoz tapadt. Az anaemiás gyűrű annyira kifejezett és éles volt, hogy jónak láttam e helyet körkörös seromuscularis varratokkal megerősíteni. Tekintettel arra, hogy a hasüri folyadék kifejezetten genyes nem volt s a beleken erősebb rostanyag-felrakódást nem találtam, a hasüreget teljesen zártam.

A következő napon a beteg subfebrilis, az érverés erőteljesebb, a hányás szünetel, a csuklás ritkább s a betegnek bőséges széke van. A beteg folyó évi január 12.-én per primam gyógyult sabbal távozott.

A kettős strangulatio mellett a vakbél és a colon ascendens puffadtságát oly módon vélem magyarázhatni, hogy a colon transversum strangulatioját tartom elsődlegesnek s a coecum és a colon ascendens felfúvódása után alkalmasint a fokozott bélperistaltica következtében csak másodlagosan következett be a vékonybelek strangulatioja. Ez egyszersmind megmagyarázza a hasnak részaránytalán voltát is.

**Balás Dezső: Máj-vese-echinococcusnak műtéttel gyógyított esete.** Sch. M. 49 éves juhászt mult év augusztus 10.-én tették át a belbetegosztályról műtét céljából Janny tanár osztályára. A beteg előadja, hogy 5 hó óta veszi észre, hogy hasa minden kimutatható ok nélkül fokozatosan és egyenletesen növekszik és az utóbbi időben már oly nagyságot ért el, hogy a beteg csak hátraszegett testtartással tud járni, s nagyfokú légzésnehézségei és táplálkozászavarai is vannak.

A jól fejlett esontrendszerű, megfogyott beteg vizsgálatokor az érverés, a hőmérsék normális, a légzés dyspnoés. A mellkasi szervek épek. A májtompulat a középső hónaljvonalban az V. bordánál kezdődik. A has erősen elődomborodó, körfogata a köldök magasságában 125 cm. Az egész has fölött, kivéve az epigastriumnak gyermektenyérynnyi területét és a colon descendens táját, a hol tompult dobos a kopogtatás hangja, teljesen tompa a kopogtatási hang. A tompult kopogtatási hangot adó terület rugalmas tapintatú, de hullámlás nem mutatható ki rajta és nyomásra nem fájdalmas. Máj-echinococcusra állítottuk a diagnosist és laparotomiára elkészülve, végeztük 1907 augusztus 16.-án a próbapunctiót, a midőn tisztá, sárgásan áttűnő savót kaptam, a melynek azonnal végzett mikroskopi vizsgálata a körjelzést megerősítette.

A hasür megnyitása után betapintva, kitűnt, hogy máj-echino-

coccus-szal van dolgunk, a jobb vesét kitapintani nem tudtam s tekintettel a cysta feszülésére, a vizsgálatot nem erőltettem.

Egyszakaszos műtéttel megnyitva a tömlőt, rengeteg mennyiségű endogen fejlődésű cystát távolítottam el s óriási nagyságú üreg maradt vissza, melynek cystafalát csak részben sikerült eltávolítanom. Vastag drainsövet helyezve be, a gyógyulás normális lefolyást vett.

Mint hogy műtét közben a jobb vesét kitapintanom nem sikerült, a posteriori igyekeztem eldönteni, vajjon a jobb vese részese-e a megbetegedésben. A két héttel a műtét után eszközölt cystoskopi vizsgálattal, midőn a vesére vagy ureterre gyakorolt nyomás teljességgel ki volt zárható, kiderült, hogy a jobb ureterszájadékon vizelet absolute nem ürül, az ureterbe vezetett szonda megakad s a vese-medencének megfelelően fel nem toltató. Ezek alapján felvehető, hogy máj-vese-echinococcus-szal volt dolgunk.

**Balás Dezső: A lábszár szilánkos nyílt törése. Másodlagos esontvarrat. Gyógyulás.** K. H. 32 éves napszámost mult év június 17.-én vették fel Janny tanár osztályára. A betegre felvétele napján egy koci esett, mely mindkét lábszárát elborította.

Az erőteljes, jól fejlett, de erősen kivérzett beteg hőmérséke 37.8° C., érverése 112, könnyen elnyomható. A mellkasi és hasi szervek épek.

A jobb lábszár a felső epiphysis határatól lefelé teljesen összezúzott s csak néhány czafatos híddal függ össze a végtaggal. A bal lábszár alsó és középső harmadának határan körülbelül 4 harántujjni szélességben mindkét esont szilánkosan törött, a esontok e helyen valósággal összemorzostak, a mellett a lágyrészek czafatosan zúzóttak. Előzetes infusio és kámforozás után azonnal jobb oldali czombamputatiót végeztem, a bal lábszárát pedig csak azért nem amputáltam, mert a másikat már el kellett távolítanom. Megkísértem a lábszár konzervatív kezelését oly módon, hogy a esontszilánkokat eltávolítottam, midőn a törvégek között körülbelül 4 harántujjni hiány maradt vissza. Kellő fertőtlenítés és a czafatos lágyrészek eltávolítása után a lábszárát gypsinben rögzíttem. Tekintettel a lágyrészek erős zúzódására, az elhalást megakadályozandó, a lábszár distális részére és a lábfejre gondosan meleg borogatásokat s meleg palackokat alkalmaztam.

A jobb czombesont per primam gyógyult, míg a bal lábszár sebe erősen genyed. A betegnek körülbelül 2 hétig reggeli 37.8 C°, esti 39.0—40 C°, között változó hőemelkedése volt. Főfigyelmemet arra irányítottam, hogy egyrészt a fertőzést lokalizáljam, másrészt hogy a lábszár distális részének és a lábfejnek elhalását meggátoljam. Mindkét törekvésem sikerült is, de mint a Röntgen-kép is mutatja, dacára a 4 ujnyi hiáynak, a kezelés folyamán a törvégek között dislocatio ad longitudinem jött létre, a mi a callusképződést meggátolta. Ezért a sebfelület tiszta kisarjadzása után a betegnek már lázmentes állapotában szeptember 28.-án Gigli-fűrészszel a dislocatiót kiegyenlítetttem s a tibián áthaladó bronz-aluminiium sodrony-varratot alkalmaztam. A beteg lázmentes állapotában a callusképződés igen lassan haladt előre s ezért a czombon alkalmazott pólyával a lábszáron protrahált (reggel 8 órától esti 8 óráig) I. fokú Bier-féle pangást létesítettem, majd a lágyrészek begyógyulása után korai massage-t és mozgást is alkalmaztam.

Jelenleg a bal lábszár, mint a Röntgen-képen is látszik, teljesen meggyógyult, a beteg jobboldali botlábbal a bal végtagra szilárdan támaszkodva jól jár s a bal végtag rövidülése sem jöhet számításba, minthogy a betegnek jobboldalt botlába van.

Az eset élénken illusztrálja, hogy hasonló kétségbeesett esetben, midőn már hajlandók volnánk az amputatoriá, konzervatív eljárással és kellő türelemmel még meg lehet menteni a végtagot.

**Zimmermann Károly: Pankreatitis haemorrhagica.** A beteg 1907 július havában bélezáródás tünete miatt hasmetszést végzett. Az operatio alkalmával kitűnt, hogy a betegnek vérzéses fehérmájgyuladása (pankreatitis haemorrhagica) van. A hasmetszés végzésekor feltűnt, hogy a boralatti zsírszövet nem vérzik, hullaszírhoz hasonló, belőle zsíresepek préselhetők ki. A hashártya alatt a csepleszen, bélfodron elszórtan kölesnagyságú kénsárgás foltok voltak, mindmennyi zsírszövetelhalás. A hasüregben véres savó, melynek pontos kiürítése után a hasüreget elzárták. A beteg meggyógyult. Folyó év január havában jelentkezett ismét a gyomorgödör tájékán emberfejnyi, sima falú, tömlő tapintatú daganattal. A daganat lassan fejlődött, s nyomásával nagy fájdalmakat okozott.

Felfűvaskor a gyomor felette, a vastagbél alatta volt kikopogtatható. A betegnek sem zsírszékélete, sem cukorvizelése nem volt. A beteget másodsor Dollinger tanár operálta, a fehérmáj tömlős daganatát a hasfalhoz kivarrta és a gyomor és vastagbél között felnyitotta. Körülbelül 5 l. vörhenyes, zavaros, szürkés cszafatokkal kevert folyadék ürült belőle. A cszafatok a mikroszkop alatt az elhalt fehérmáj maradékának bizonyultak. A folyadék a fehérmáj váladékának emésztő tulajdonságaival nem bírt. A betegnek most közepes mennyiségű genyet írtó, a kisujj számára átjárható sipolya van. A bemutató Carnot-val egyetértve azt tartja, hogy a betegnek chronikus lefolyású vérömlenyves fehérmájgyuladása volt, a melyet a betegség két szakában, először jelentkezésekor, másodsor a fehérmáj önmésztése által előidézett tömlőképződés szakában operáltak.

**Dumitreanu Viktor: Kettős ureterrel bíró jobboldali kettős vese operált esetét** mutatja be. A 24 éves férfibeteg 1 $\frac{1}{2}$  év előtt gonorrhoeát kapott, mely  $\frac{1}{2}$  év előtt kiújult. Több ízben fájdalmai voltak jobb veséje táján. Három hónap előtt jelentkezett rajta újból a fájdalom, mely tompa nyomásszerű volt. A felvételtör vizelete genyes, üledékében azonban vesemedenczehámon, átmeneti hámon és genysekben kívül más nem találtunk. Ugy az oltás, mint a tuberculin-reactio negatív volt. Cystoskopial vizsgálva, a jobboldali ureter nyílásának megfelelőleg duzzanat volt látható. Az ureterkatheter sűrű genyes vizeletet vezetett le. A másik vese működése ép volt. A műtét alkalmával, melyet Dollinger tanár végzett, a vesén behúzódnások, tágult vesemedence és megvastagodott heges ureter volt a lelet. Az ureter kötőszövetesen meglehetősen erősen oda volt rögzítve a peritoneumhoz. Kivétele után kiderült, hogy a megvastagodott heges ureteren kívül még kötőszövetesen teljesen odorögzítve egy második ureter van, mely normális. A vese alsó részéhez vezetett a heges, tágult vesemedenczével bíró ureter, a felső részlet ép. Szövetani képen az alsó veséből, melynek állománya csak 5 cm. vastagságú, készített metszeteken a kéregállomány s a glomerulusok majdnem épek, míg a velőállomány, vagyis a húgycsatornácskák hegesen elváltoztak s erős genyjes beszűrődés látható. A felső veserészből készített metszetek normális veserajzolatiak. A beteg jelenleg jól van, vizelete 1000 cm<sup>3</sup> naponta.

**Illyés Géza:** Az orvosegyesületben tartott előadásomban említettem egy esetet két ureterrel. Egy férfin, kin a functionális vizsgálat baloldali megbetegedésre utalt gümöbaccillusokkal, a műtét kiderítette, hogy két uretere van két vesemedenczével, a felső része a vesének épnek látszott, az alsóban gümös cavernák voltak. Kettős ureter elég gyakran fordul elő, az esetek 3%-ában. Az ilyen vesék gyakrabban betegszenek meg. A diagnosit csak olyan esetben lehet megtenni, a melyben a duplicitás teljes egészen a hólyagig, mint *Winternitz* esetében. Esetemben a duplicitás incomplet volt. Konzervatív eljárásról csak olyan esetekben lehet szó, a melyekben a vese épnek látszik, de a klinikai tünetek megbetegedésre utalnak és kiderül, hogy alul van elváltozás, de a felső része a vesének még megtartható, míg az alsó kiirtható. Esetemben erről szó sem lehetett.

**Picker Rezső:** 1906-ban Lewis egy amerikai orvosi lapban közölt esetet, melyben a kettős uretert az élőben állapították meg; konzervatív kezelésre gyógyulás állott be.

**Winternitz M. Arnold:** Esete  $\frac{1}{2}$  éves gyermekre vonatkozott, a ki ki nem mutatható okból lázas lett és lesóványodott. A húgycsöböl genyes váladék jött, vizelete normális volt. A bal vese tájának resistencia volt s nyomásra genyes váladék ürült az ureterből. A nephrectomia alkalmával kiderült, hogy két veséje van azon az oldalon, és pedig egy normális és e felett egy kisebb kóros, melynek ureterje az urethrába nyílt.

**Dollinger Gyula:** A műtét maga annyiban volt érdekes, hogy megvizsgálva a vesét, a szokott metszéssel feltárta. A vese alsó részén heges behúzódnások voltak. Minthogy pyelonephritis volt, ki kellett irtani a vesét. Lefelé folytatta a metszést s az uretert leválasztotta. Az ureter meg volt vastagodva mutatoujnyira; izzadmánnyal a peritoneummal kapaszkodott össze. A második vékony uretert nem lehetett látni, mert az izzadmány tömegébe volt beágyazva. Utólag jött rá, hogy kettős vesemedenczéje és ureterje van és az egyik egészséges. Ha ezt előbb tudja, csak az alsó vesét távolította volna el.

## Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(VII. szakülés 1908 márczius 14.-én.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

**Lechner Károly** előadásának folytatása:

„A várás ép és kóros érzéseiről.“ Az érzés mind a négy származási típusa valamennyi tulajdonságára nézve külön-külön kóros változások áldozata lehet. Akár állatéleti ingerhiány vagy

ingertúlzás, akár tengéleti táphiány vagy tápbőség, akár biológiai alkat és hajlam, akár pathológiai elváltozás legyen az ok, az érzés kórsága mindenkor a reflex kórságával jár karöltve. A reflex-ingerlékenység fokozódása vagy esökkenése csupán mennyileges eltéréseket hoz létre a *hyperstheniás* és a *hypostheniás* reflex alakjában. Mihelyt azonban támogató vagy gátló mellékreflexek társulnak hozzá, ezek minőleges változásokat is eredményezhetnek a *palinstheniás* és a *parastheniás* reflex formájában. Ezekon felül még a reflex-találkozások idősoros vagy időazonos volta is módosíthatja a reflex-eredményeket.

A várás ténye az inger keltette szenvedőleges izgalom időbeli viszonyai által adódik. Idősoros alakjában ez az izgalom-változás, időazonos alakjában az izgalomkülönbözés érzésében jelentkezik. Az előbbeni az *érzékelés* typusában az izgalom tartamát, az utóbbi az izgalomkülönbséget érezteti meg velünk. Az izgalom tartamának érzése, ha kórosan fokozódik, az ingerhatást túlhaladó megnyúlt érzéseket, ha kórosan esökken, az ingerhatásnál korábban megszűnő, megrövidült érzéseket hoz létre. Mellékreflexek befolyása révén az ingerhatás után keletkező utóérzések vagy az ingerhatást megelőző előérzések támadnak. Az izgalomkülönbség körében jelentkező kóros fokozódás nagyobb különbségeket éreztet, a esökkenés a különbségeket elenyészteti. Mellékreflexek hatása alatt a különbségekben tevőleges vagy nemleges módosulások állhatnak elő.

A *közérzet* typusában a szervezet működésérzései szintén mutatnak időbeli változásokat. E változások hol az idősorosan lefolyó munkaérzésben, hol az időazonosan feltűnő zsongos feszülésérzésben nyilvánulnak. Kóros fokozódásaik a munka és feszülés túlzásait, kóros esökkenéseik ezeknek fogyatékosságait éreztetik velünk. Parastheniás formában a hypochondriás érzéseket, palinstheniás formában a nihilistikus érzéseket szülik. Erős organomotorius reflexhatások kíséretében tengéleti indulatokká (orgasmus) nőnek.

Ismerteti még az *észrevevés* és a *belső hangulatok* typusában található időbeli változásokat.

## PÁLYÁZATOK.

1024/908. sz.

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

Ezen kör 3 községből: Ugra, Nagyarsány és Rojt községekből áll:

A körorvos javadalma:

1. Természetbeni lakás mellékhelyiségekkel és kerttel.
2. Kétszázévi fizetés 1300 korona, a nagyszalontai m. kir. adóhivatal által évnegyedenként és pedig az évnegyed utolsó hónapjának 1-én fizetve.
3. A köri községektől fizetendő 500 korona személyi pótlék mindaddig, míg a körorvosok fizetése rendezve nem lesz.
4. Látogatási díj a körorvosnak helyén és hivatalos látogatási napokon:
  - a) a körorvos lakásán 40 fillér,
  - b) a beteg lakásán 80 fillér és éjjel e díjak kétszerese.
5. Hivatalos látogatási napokon kívül a köri községekben a fuvardíjon kívül:
  - a) nappal 2 korona,
  - b) éjjel 3 korona.

Ugra községben a hűsvágatásért és halottkémlésért megállapított díjak szedhetése.

Megjegyzetjük, hogy a volt körorvos a kórhöz tartozó gazdaságoktól 800–900 korona tiszteletdíjat élvezett, a mire a megválasztandó körorvosnak is kilitása lehet.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy képesítésüket és eddigi szolgálataikat igazoló okmányokat hozzám **f. évi május hó 23.-áig** adják be, mert a később beérkezett kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást június hó 1.-én d. e. 10 órakor fogom Ugra községházánál megajteni.

A megválasztandó körorvos állását 1908. évi június hó 15.-én tartozik elfoglalni.

C s é f f a, 1908. évi április hó 30.-án.

2-1

*Muskovits,* főszolgabíró.

2143/908. ehn. sz.

Hódmező-Vásárhely város nyilvános jellegű kórházánál rendszeresített **alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A betöltendő alorvosi állás 1500 korona, azaz egyezeröttszáz korona évi fizetéssel, egy szobából álló természetbeni lakás, továbbá fűtés, világítás és első osztályú élelmezéssel van egybekötve.

Felhívom azért mindazokat, a kik pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I. t.-cz.-ben előirt elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat, erkölcsi magaviseletüket s esetleges előbbi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **f. évi május hó 25. napjának délutáni 5 órájáig** a polgármesteri hivatalhoz nyújtsák be, illetve küldjék meg, a honnan a pályázati kérvények — a kinevezés megajtése végett — főispán úr ó méltóságához fognak felterjesztetni. Az állásra szigorú orvosok is pályázhatnak.

A kinevezés két évi időtartamra szól s az osztályos orvos ajánlatára egy-egy évre meghosszabbítható. Az állás a kinevezési okmány kézhezvételétől számított 8 napon belül elfoglalandó.

H ó d m e z ő - V á s á r h e l y, 1908. évi május hó 5.-én.

2-1

*Juhász Mihály,* kir. tanácsos, polgármester.

1027/908. sz.

Lemondás folytán üresedésbe jött bálványosváraljai **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvosi körbe a járás következő 24 községe van beosztva:

Alsó-Gyékényes, Alsó-Körtvélyes, Bálványos-Váralja, Csásán, Felső-Gyékényes, Kálna, Keménye, Kissomkut, Kodor, M.-Bogáta, Mánya, Mikeháza, Oláh-Bogáta, Oláh-Péntek, Pestes, Révkolostor, Sajgó, Szásznyires, Szekerestörpény, Szentbenedek, Szentmargita, Szinye, Szőváros és Záprocz.

A körorvos javadalmazása: **évi 800 korona fizetés és 400 korona úti átalány.**

Felhívom 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 pályázati kérvényeiket **1908. évi május hó 14. napjának d. e. 12 órájáig** hozzám annyival is inkább adják be, mert az elkészen avagy hiányosan felszerelt kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választás kitézése iránt később fogok intézkedni.

Dés, 1908. évi április hó 23.-án.

*Gajzágó Vilmos, főszolgabíró.*

A szombathelyi m. kir. bábaképezdénél újonnan rendszeresített **gyakornoki állás** f. évi június hó 1.-én betöltendő lévén, arra ezennel pályázatot hirdetek. Az állással 1000 korona évi fizetés, teljes ellátás és természetbeni lakás élvezete jár.

A pályázni kívánók felhivatnak, hogy orvosdoktori oklevelükkel, családi állapotukat, nyelvismereteiket, valamint eddigi klinikai vagy kórházi szolgálataikat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat a szombathelyi m. kir. bábaképezde igazgató-tanárához **f. évi május hó 20.-áig** küldjék be.

Szombathely, 1908. évi május hó 1.-én.

*Reismann Adolf dr., igazgató-tanár.*

1407/908. sz.

Az aradszentmártoni községi orvosi állásra pályázatot hirdetek:

A községi orvos fizetése: **2000 korona**, természetbeni lakással (4 szoba, konyha, kerr stb.)

A látogatási díjak nappal 40 és 60 fillér, éjjel 1 korona.

A megválasztandó orvos kézi gyógytárgyot kaphat.

Pályázók felhivatnak, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt és eddigi működésüket igazoló okmányokkal ellátott kérvényüket **f. hó 20.-áig** hozzám adják be.

Elek, 1908. évi május hó 1.-én.

*Mladin Miklós, főszolgabíró.*

558/908. ki. sz.

Csik vármegye gyergyószentmiklósi járáshoz tartozó Gyergyóremete, Várhegy és Salamás községekből „Gyergyóremete” székhellyel alakított közegészségügyi körben a **körorvosi állás** megüresedvén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állás a következő javadalommal van egybekötve:

Évi fizetés, a látogatási díjak váltásával együtt 2336 korona, lakbér 200 korona, fuvarváltása évi 104 korona, összesen 2640 korona, mely előzetes havi részletekben fizetetik a község pénztárából.

A körorvos székelylén halottkémlést is teljesít, szabályrendeletileg megállapított díjazás mellett.

Kézi gyógytár tarthatásának engedélyezése szokásos.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz., illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. értelmében felszerelt és eddigi alkalmaztatásukat is feltüntetve pályázati kérvényüket hozzám **1908. évi május hó 20.-áig** annál is inkább terjesszék be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Megválasztott körorvos állását köteles azonnal elfoglalni.

A választást 1908. évi május hó 25.-én d. e. 10 órakor Gyergyóremete község házában fogom megejteni.

Gyergyószentmiklós, 1908. évi április hó 22.-én.

2-1

*Zakariás, főszolgabíró.*

995/908. eln. sz.

A pécsvárosi közpótlás lemondás folytán megüresedett egy **másod-orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása: **1200 korona fizetés, I. oszt. élelmezés és 400 korona lakpénz.**

Felhívom a pályázni kívánó orvostudor urakat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz.-ben körtülről minősítésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos Erreth János úrhoz, Pécs szab. királyi város főispánjához ezímezve, hozzám legkésőbb **f. évi május hó 13.-áig** nyújtsák be, mert a később érkező pályázatok figyelembe vételét nem fogom.

Pécs, 1908. évi április hó 27.-én.

2-2

*Kórházigazgató.*

5044/908. ai. sz.

A borsodvármegyei Erzsébet-közpótlásnál megüresedett évi 1400 korona fizetéssel és teljes ellátással javadalmazott **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom az állást elnyerni óhajtókat, hogy Borsod vármegye főispánjához intézett pályázati kérvényüket az igazoló okmányokkal felszerelten nevezett

kórház igazgatójánál legkésőbb **f. évi május hó 25.-éig** annál inkább nyújtsák be, mert az elkészen érkezett kérvények figyelembe vételét nem fogom.

Megjegyzem, hogy az állásra csakis orvosdoktorok pályázhatnak és hogy az egy évi kötelező gyakorlatba csak a kórház belgyógyászati osztályain eltöltött idő számítatik.

Miskolc, 1908. évi május hó 3.-án.

*Tarnay Gyula dr., alispán.*

## HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú  
**GYÓGYFORRÁS**

# SALVATOR

kitünő sikerrel használtatik

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

**Húgyhajtó hatása!**

**Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!**

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóci Salvatorforrás-Vállalatnál  
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.



## „LACTOBACILLINE”

előállítja a

**„Le Ferment” társaság,**

az Assistance Publique és tengerészeti  
kórházak szállítója által.

Professor Metchnikoff egyedüli szállítója.

Az összes gyomor- és bélbajoknak kezelése az ártalmas bél-mikroba tenyészet helyett egy hasznos pótszerrel. A Lactobacillinnak ártalmatlanságát a szervezetre Professor Metchnikoff és tanítványai mutatták ki.

**Tabletták:** minimális adag 3 drb. naponta | A tiszta Lactobacillinnak természetes  
**Bouillon:** „ „ 100 gm. „ | alakban való bevétele számára.

**Por:** Legkisebb adag 1 doboz 1 l. tej számára. | Alvyadt tejnek előállítá-  
**Folyékony erjesztő-anyag:** 1 doboz 1/3 l. tej számára. | sára a Lactobacillin.

— Brosura és minta orvosok részére. —

Société „Le Ferment”, 77, rue Denfert-Rochereau, Paris.

Egy több évi praxissal bíró orvos szeretne egy kollegától

5678

**kárpótlás mellett praxisát átvenni.**

Czím a „Petőfi” kiadóvállalatnál VII., Kertész-u. 16. megtudható.

## Helyettesnek Kerestetik

orvos vagy szigorló orvos 3 havi időtartamra. Havi fix fizetés 160 korona, privát praxis 150—200 korona, lakás és kiszolgálás. Utiköltség megtérítetik; román és német nyelv tudása előnyös. Minél előbb elfogalandó. Czím a „Petőfi” kiadóvállalatnál  
**Budapest, VII., Kertész-utca 16.**

TELJESEN ÁTALAKITVA.

# Rohitsch-Sauerbrunn

Stájerország.

Vasút, posta és táviró.

3750

Karlsbad, modernül berendezett vízgyógyintézet. Styriabad, újonnan felszerelt szénsavfürdők. Kiváló gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, székrekedés, aranyér, epekő, elhízás, cukorbetegség, köszvény, torok- és légcsőhurut, szív- és tüdőbetegségek. Karlsbad- és Marienbadhoz hasonló gyógyforrások. Diätetikai és telepkurák. — Kiváló ivóvízvezeték. — Villamos világítás. — Lift. — Modern csatornázás.

# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes 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 Babarcsi Schwartzner Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Ónodi A.:** Az orr és az orrgarat bántalmainak összefüggése a szembajokkal. 331. l.  
**Halász Aladár:** Közlés a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórbonezolóstanai intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.) További adatok a cukorbetegségben található pankreaselváltozások ismeretéhez. 333. lap.  
**Ziffer Hugó:** Az egyetemi fülorvostani tanszék közleménye. (Tanár: Büke Gyula dr., kórh. főorvos.) Az idült genyes középfülgyulladás körjelzése és gyógykezelése a budapesti magy. kir. tud.-egyetem fülorvostani tanszékének beteganyagán (a Rökus-kórház fülorvostani osztályán). 335. lap.  
**Petz Lajos:** A phosphoros csonttüszők terjedésének kérdéséhez. 339. lap.  
**Tárca. Ónodi Adolf:** Az orr- és gégeorvostan megalapításának félszázados jubileuma. 339. lap. — **Ország Oszkár:** A 25. német belorvostani congressus. 341. l.  
**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. O. Fellner:** Die Therapie der Wiener Spezialärzte. — **Binet-Sanglé:** Les lois psychophysiologiques du développement des

- religions. L'évolution religieuse chez Rabelais, Pascal et Racine. — *Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Schlecht:* A pankreas működésének vizsgálatára vonatkozó egyszerű eljárás. — *Belorvostan. Albu:* Az epeköbetegség gyógyításának mai állása. — *Sebészet. Lejars:* Az appendicitisre jellegzetes fájdalmas pontok. — *Gyermekorvostan. Chambellan:* Az adenoid vegetatiók recidiválása. — *Francis Harbitz és Olaf Scheel:* A poliomyelitis mikrobája. — *Venerás bántalmak. R. Lenzmann:* A syphillisnek új gyógyítójárása. — *Fizikai gyógyításmódok. Zeynek, Bernd, Preyss és Radomícic:* Thermopenetratio. — *Orr-, torok- és gégebajok. Baumgarten Egmont:* A coryfin használata az orr- és gégeorvostanban. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Sabrazès:* A syphillis gyógyítása. — *Kromayer:* Szer pruritus localis eseteiben. 342-345. lap.  
**Magyar orvosi irodalom.** Magyar orvosi archívum. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 345. lap.  
**Vegyes hírek.** — Pályázatok. — Hirdetések. 346. lap.  
**Tudományos társulatok és egyesületek.** 347-350. lap.  
**Melléklet.** F. Hoffmann-La Roche & Cie cég „Thephorin“ készítménye.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

#### Az orr és az orrgarat bántalmainak összefüggése a szembajokkal.<sup>1</sup>

Irta: **Ónodi A. dr.,** ez. egyet. ny. rk. tanár.

Hosszú idő telt el azóta, hogy *Berger* és *Tyrmann* 1886-ban a rostasejtek és az iköböl bántalmait által okozott látászavarokra ráirányította a figyelmet. Csak az utolsó években foglalkoztak behatódobban ezen kérdéssel és fontossága most állandóan a napirenden tartja. Hogy ezen letelt 25 év alatt ezen a téren olyan meglepően kevés történt, azon körülményben lelheti magyarázatát, hogy a nasalis látászavar és vakság nem fordul elő nagyon gyakran. Az utóbbi években közzétett kutatások és casuistikai közlések bár sok világosságot derítettek ezen fontos, sok pontjában még homályos tanra, mégis konstatálnunk kell bizonyos feltűnő könnyedséget, mely az okozatos összefüggés megállapításában nyilvánul. Ezen fontos kérdés érdekében áll tehát, hogy az orrgyógyászati és a szemészeti észleletek a lehetőség szerint kifogástalanul adassanak át a nyilvánosságnak.

A százat meghaladó észleletek között, melyek rendelkezésünkre állanak, sajnos, sok hézagokra mutathatunk rá, egyeseket határozottan ki kell kapcsolnunk, mások a kritikának helyt nem állhatnak és így az esetek egy sora részben a hézagos vizsgálat miatt, részben az okozatos összefüggés könnyed felvétele miatt nem vehető tekintetbe és nem értékesíthető.

Az egyes bonczolási-ésleletek, továbbá az orrgyógyászat és a szemészet szempontjából gondosan megvizsgált és megfelelően kezelt, gyógyulással járt esetek minden kétséget kizáróan megerősítik a hátulsó melléküregek bántalmait és a látászavarok és vakság között létező okozatos összefüggést. A kérdés nagy gyakorlati fontossága, a nasalis látászavaroknak gyógytanilag kedvező befolyásolhatása, a nasalis vakság lehető elkerülése feladatunkká teszi, hogy az orr-

gyógyászati és szemészeti kutatások karöltve járjanak, hogy az orrgyógyászati és szemészeti vizsgálatok lelkiismeretesen végeztesenek és a megfelelő gyógytani intézkedések és beavatkozások idejében megindíttassanak.

Nézzük közelebb a kérdést minden részletével, a mennyiben az egyes épületköveket, a melyekkel rendelkezünk, összerakjuk és rámutatunk azon hézagokra, melyeket betölteni ezen fontos tan sikeres végleges felépíthetése érdekében a klinikai és kórbonezolóstanai kutatásnak marad fenntartva.

Mindenekelőtt a látóidegnek a hátulsó melléküregekhez való bonczolástani viszonyait azok, melyek a nasalis látászavarok és vakság kérdésének megértéséhez közelebb hoznak. *Zuckerhandl*, *Berger*, *Tyrmann* és *Douglas* már rámutattak ezen viszonyokra és gyakorlati fontosságukat hangsúlyozták. Hosszú éveken át végzett saját vizsgálódásaim eredményeit, melyek a látóideg, a chiasma, a canalis opticus, a sulcus opticus és a hátulsó rostasejtek és az iköböl közötti benső összefüggésre vonatkoznak, monographiámban<sup>1</sup> tizenkét csoportban összefoglaltam és azonfelül 11 esetet irtam le, melyek bonczolástani alapját teszik a melléküregek egyoldali megbetegedésekor az ellenoldali vagy kétoldali látászavar és vakság keletkezhetésének. Szerencsém lesz több nagyon tanulságos készítményt demonstrálni.

Ezen alaktani viszonyok mellett hangsúlyozandó ama viszony gyakorlati jelentősége, mely a közös csontos válaszfalra és a canalis opticusnak a hátulsó melléküregekben való szabad lefutására vonatkozik. A mi a melléküregek ama csontos falának erősségét és vastagságát illeti, a mely a látóideget környékezi, az a látóideg területében a kóros folyamat tovaterjedését, a destructiót, a vérkeringészavart, a nyomást, a csonttörést elősegítheti, megnehezítheti és meg is akadályozhatja. A csontos válaszfal a hátulsó rostasejt, iköböl, valamint a canalis opticus és sulcus opticus között különböző erős. A hátulsó rostasejtnél többnyire papírvékonyaságú, az iköbölnél *Berger* és *Tyrmann* a legnagyobb vastagságot 7 mm.-nek, mi pedig 12 mm.-nek találtuk. Nagyon vékony a canalis

<sup>1</sup> Kitzótt referatum. Előadatott Bécsben az első nemzetközi orr- és gégeorvostani congressus 1908 április 21-i ülésén.

<sup>1</sup> *Ónodi:* Az orr melléküregei és a látóideg, Akad. Ért. 1907. Der Sehnerv und die Nebenhöhlen der Nase. Wien, 1907.

opticus esontos fala azon esetekben, a melyekben magában a hátsó rostasejtben vagy az iköbölben szabadon fut le.

Ezen fontos alakviszony úgy látszik nem ritka, mert tizenöt esetben észleltem a canalis opticus szabad lefutását a hátsó melléküregekben 6, 8, 10 és 12 mm.-nyi hosszúságban. Azonkívül egyes esetekben *Holmes*, *Gallmaerts* és én a canalis opticus esontfalán esonthiányokat észleltünk. Ezen említett tények részben bonczolástani alapját teszik a nasalis látászavarok magyarázatának és keletkezésének. Hogy a hátsó melléküregek genyes folyamataiban a gyuladással közvetlen tovaterjedése a canalis opticus falaira és a látóideg hüvelyére bekövetkezhetik, természetes. Hogy ezen tovaterjedést az esetleg meglevő esonthiányok nagyon elősegítik, magától értetődő. Azon esetekben, a melyekben a hátsó melléküregek és a canalis opticus között a közös esontos válaszfal nagyon vékony, a esonthiányos gyuladása vagy a esont megbetegedése közvetlenül perineuritis opticára vezethet következményeivel együtt. A melléküregek genyedéseiben mint kóroktani tényezők a fertőzés, a gyuladás tovaterjedése, a esonthiányok és a vérkeringési zavarok emelendők ki. Az egyszerű gyuladással tovaterjedés a esonthiányok és az ismertett nagyon kedvező alakviszonyok mellett világos. *Ortmann* a fertőzés útját a szövetek folytonosságában és *Hajek* a vérerek útján állapította meg. *Ortmann* esetében az iköböl-empyema extradurális tályoggal és mindkét sinus cavernosus thrombosisával volt szövődve; *Hajek* esetében a rostasejt-empyemájához meaingitis társult. Ezen becses leletek irányt szabnak a jövő kórszövet-tani vizsgálatoknak. Az említett benső alakviszonyoknak a melléküregek és látóideg közti nagy jelentőségét a jövő nekroskopi vizsgálatok bizonyítással meg fogják erősíteni. A hátsó rostasejt és az iköböl kiterjedése a kis és a nagy ikszárnyban közvetlen szomszéd viszonyba hozhatja a sinus cavernosus területében fekvő és a fissura orbitalis superioron át haladó idegtörzseket (trigeminus, trochlearis, oculomotorius, abducens) és a nevezett melléküregek bajaiban a megfelelő következményeket okozhatja. A esonthiányok koponyatüri és szemüri szövödményeket, valamint látászavarokat egyenesen elősegíthetnek és okozhatnak. A melléküregek kóros nyálkahártyája egyenesen érintkezhetik a periorbitával, a kemény agykéreggel és a látóideg hüvelyével és ezen az úton a kóros folyamat könnyen terjedhet a nevezett részekre. Azonkívül az érbarázdák esonthiányai a megfelelő erek megbetegedésére vezethetnek. A esonthiányok fejlődési rendellenességek, valamint kóros elváltozások, traumák, agykori sorvadások következményei is lehetnek. A mi a rostaesont papírlemezének esonthiányait illeti, ezek a rostasejtet a szemüreggel, a homloküreggel és az iköböllel is összeköthetik. A mi az iköböl esonthiányait illeti, ezek az iköböl oldalsó falán, az érbarázdákon, a septum intersphenoidálén, a sulcus caroticuson fordulhatnak elő. A mi a többnyire vékony válaszfalakat illeti az egyes melléküregek között, gyakorlati fontossággal bírhatnak a gyuladással lobos folyamat tovaterjedésében és az áttörésekben, a mennyiben a szomszédos melléküregek másodlagosan megbetegedhetnek. Ilyen módon a kóros folyamat a felső állésonti üregből a rostasejtekre és iköbölre, a homloküregből a rostasejtekre és az iköbölre, a rostasejtek közül az ugyanazon oldali iköbölre terjedhet. Ugyanezen folyamatok kiinduláspontjukat ellenkező irányban is vehetik.

A mi a semicanalis ethmoidalis-t illeti, jelentősége az, hogy ezen félesatornában az ethmoidális gyűjtőerek a nyálkahártyától fedve szabadon haladnak a rostasejtben és hogy a nyálkahártya a megfelelő végeken a szemüregi esonthiányt és a kemény agykérget érinti. A kóros folyamat mindkét irányban tovaterjedhet és vérkeringési zavarok is következhetnek be, thrombophlebitis támadhat, mely a durális és az orbitális gyűjtőhálózatra terjedhet és szemüregi és agyvelői szövödményekre vezethet. A semicanalis ethmoidalis hossza 5 és 16 mm. között ingadozhatik. A gyűjtőeres törzsek és a gyűjtőérhálózatok gyakorlati fontossággal bírnak, a mennyiben a vérkeringési zavarok, a thrombophlebitis, a thrombosis, az embolia keletkezését megmagyarázzák. Az orrüreg nyálkahártyájának gyűjtőerei összefüggenek az arcgyűjtőerrel, az elülső ethmoidális gyűjtőerek a kemény és lágy agykéreggel, továbbá az orrüreg gyűjtőértörzsei a szájpad és garat gyűjtőereivel, a fossa pterygopalatina gyűjtőérhálózatával. A vena ethmoidalis anterior különböző hosszúságban haladhat a semicanalis ethmoidalisban. A vena ophthalmica superiorral épen úgy összefüggenek a venae ethmoidales és a vena centralis retinae, mint a vena

ophthalmica inferior. A szemgyűjtőerek összefüggenek az orr és az arc gyűjtőereivel, a plexus pterygoideussal és a sinus cavernosussal. A vena centralis retinae egyenesen a sinus cavernosussal függhet össze. Az iköböl gyűjtőerei összefügghetnek a plexus ophthalmicussal és a sinus cavernosussal. Előfordulhat, hogy a vena ophthalmica inferior vagy egyik ága a fossa pterygopalatinába tér, továbbá, hogy a vena centralis retinae útját a fissura orbitalis inferioron át veszi.

Kórbonczolástani és kórszövet-tani tekintetben a nasalis látászavarok és vakság tana, sajnos, nagyon hézagos. Általában a bonczoláseletek az erőművi sértést erősítették meg, a hol a daganatok az orrgaratüregből, az iköbölből, a rostasejtek közül, a rostaesontból a látóideg területébe nőnek és a látóideget tönkreteszik vagy a nyomás látás- és vérkeringési zavarokat okoz. Szabad szemmel a direct nyomás-jelenségek, valamint a látóideg teljes épségben léte is látható volt.

A bonczoláseletek továbbá a látóidegek erőművi sérüléseit, a canalis opticus direct és indirect töréseit, repedéseket az ikesont területében mutattak. Azonkívül a bonczoláseletek a megvakulást a koponyaalapnak a korai életszakban keletkezett fejlődési zavarára, hyperostosisra és ennek folytán a foramen opticum rendellenes szűkületére és a látóideg befűződésére vezették vissza. Végül a bonczoláseletek a melléküregek genyedéseit, az üregfalak áttörését, basalis meningitist, extra- és intradurális agytályogot, cariest, nekrosist, a sinus cavernosus és a vena ophthalmica thrombosisát állapították meg. A szemészeti kutatás beható vizsgálatok alapján a kórszövet-tant a látóidegnek és hüvelyének megbetegedését (neuritis interstitialis, sclerosis, bakteriumos embolia, pangásos papilla, neuritis axialis, tabeszes elfajulás, daganatok, érelváltozások) illetőleg értékes eredményekkel gazdagította.

Lássuk, mit tud az orrgyógyászati kutatás kórszövet-tani tekintetben a nasalis látászavar és vakság tanát illetőleg felmutatni. A látóideget körülvevő egyes daganatok szövet-tani vizsgálatán kívül, a miről még lesz szó, hiányzik a nasalis látászavarban a fertőzés útjának, az okozatos összefüggésnek megállapítása, hiányzanak a mikroszkopi és bakteriologiai adatok a kóros melléküregekről és a látóidegről, továbbá a látóideg viszonyáról a kóros vagy ép melléküregekhez, végezetül hiányzik a venae ethmoidales, a vena centralis retinae, az arteria centralis retinae, a kóros üregek gyűjtőértörzsei, a szemidegek és a szemizmok vizsgálata.

Ezen előre bocsátott tények után klinikai fejtegetéseinkre térünk át és a meglevő klinikai anyagot minden hézagaival együtt kritikailag összefoglaljuk és megvilágítjuk. Ismereteink mai állásán, a melyen a kórbonczolástani alapot előbb meg kell teremteni, a nasalis látászavar és vakság, a canalicularis neuritis és atrophia optica klinikai tanának érdekében a szigorú kritika helyén van.

Habár a hátsó melléküregek bántalmi és a látászavar közötti okozatos összefüggésnek tényén többé kételkedni nem lehet és nem szabad, mégis hangsúlyoznunk kell, hogy mindkét bántalom egymás mellett accidentaliter biztosan előfordulhat. A szemészek az okok egész sorát állapították meg, melyek neuritis és atrophia optica-t idézhetnek elő. Épen úgy ismeretes, hogy a neuritis retrobulbaris gyógybeavatkozás nélkül is magától vagy egyszerű kezelésre gyógyulhat. Nagyon figyelemre méltó *Coppez* és *Lor* esete, melyben a neuritis optica meggyógyult, ámbár a beteg idült iköböl-empyemáját illetőleg minden sebészi beavatkozást visszautasított. Épen úgy ismerünk eseteket, a többi között *Lapersonne* 3 esetét, a melyekben a sebészi beavatkozás nem tudta befolyásolni a neuritis optica kedvezőtlen lefolyását. Azután ismerek saját tapasztalatomból is eseteket, a melyekben a szemész csak a neuritis és atrophia optica jelenlétének a tényét tudta megállapítani, a nélkül, hogy az okát megállapítani tudta volna és az orrgyógyászati vizsgálat rendellenességet nem talált. Még megjegyzendő, hogy nagyobb elváltozások, daganatok, empyemák, esontdestruktív esetében néha semmiféle látászavar sem volt.

Később meg fogjuk kísérelni magyarázatát adni ama feltűnő jelenségnek, hogy nagy kóros elváltozásokban hiányozhatnak a látászavarok és az orrüreg csekély elváltozásakor látászavarok fordulhatnak elő. Hangsúlyoznunk kell, hogy valamely eredetileg más okból támadt látászavarhoz és vaksághoz egészen függetlenül a hátsó melléküregek empyemái csatlakozhatnak és ezért ilyen ese-

tekben a melléküregek semmi esetre sem tehetők felelőssé. Tehát mindkét bántalom accidentális előjvetele hamis következtetésekre csábíthat, pedig a könnyedség az okozatos összefüggés felvételében ezen fontos és érdekes kérdésnek csak árthat. A melléküreggyenedések kóroktanában, mint említettük, a fertőzés, a gyuladás tovaterjedése és a vérkeringési zavarok fontos szerepet játszanak. Ezekhez társul újabban a *Birch-Hirschfeld* által nagyon élesen hangsúlyozott sebzeékenység a látóideg papillo-maculáris kötegének. Ezen fokozott vulnerabilitást a látóidegelváltozások localisatiójának magyarázatára az intoxicatiós amblyopiákban veszik fel. A neuritis axialist, a papillomaculáris kötegnek izolált elfajulását kísérletileg és körszövettanilag is megállapították. Erőművi, gyuladásos és toxikus behatásokat vesznek fel. *Birch-Hirschfeld* a papillomaculáris köteg sérülésének folyamánként a centrális scotomát a hátulsó melléküregek daganataira és genyedéseire nagyon fontos korai tünetnek tekinti. Tíz eset ismeretes, melyben centrális scotomát észleltek, egyesek daganatokra vonatkoznak. Egy körszövettani észleletet közöl *Birch-Hirschfeld*: rákos daganat a vena centralis retinae nyomására vezetett s a látóidegbe való belépése mögött a papillomaculáris köteg izolált elfajulását, a gliarostok és sővények lazulását, a gliasejtek szaporodását és duzzadását okozta. Minthogy *Birch-Hirschfeld* a látóideg körzetének egészsége mellett ezen axiális elváltozásokat egyedül a nyomásból megmagyarázni nem tudja, felveszi a gyűjtőeres pangás mellett a toxikus hatást is, a toxikus vizenyő vegyi hatását. Esetünkben a látóideget sarkoma vette körül a canalis opticusban. A szemhátter rendes volt, scotomára nem vizsgáltunk. Mikroskoppal a nyomás a gyűjtőerekben tisztán volt látható, a látóidegben semmiféle elváltozás sem volt. Egyugyanazon területből az összehasonlítás céljából megvizsgált rendes látóideg hasonló képet mutatott, a látóideg struktúrája, a gliasejtek száma ugyanaz volt. A *Birch-Hirschfeld* esete felvételen nyugszik és egyáltalában még nehezen értelmezhető. Megemlítettük ezen esetet, mert *Birch-Hirschfeld* szerint a daganat analog módon sérti a látóideget mint az iköböl- vagy rostasejt-gyuladás centrális scotoma keletkezésével.

Kétségtelenül a papillomaculáris köteg vulnerabilitásának felvétele a nasális látászavarok keletkezését könnyen megmagyarázná és mint a hátulsó melléküregek megbetegedésének fontos klinikai tünete nagy horderővel bírna. *Fuchs* észleletei szerint a heveny neuritis retrobulbaris centralis scotomával nátha és influenza folytán gyakrabban fordul elő, mellette nem kell melléküregbántalomnak lennie, gyakrabban az orrgyógyászati lelet is negatív. Ugy látszik az intoxicatió sem játszik szerepet. Szerinte a papillomaculáris köteg nemcsak toxikusan, hanem a látóideg hüvelyének vérbősége és duzzanata folytán is megbetegedhetik a rendes neuritis retrobulbarisban és melléküregbántalmakban, daganatok nyomásakor; hogy ezen idegköteg e mellett lényegesen nem sérül, kiviláglik abból, hogy a heveny neuritis retrobulbaris olyan gyakran gyógyul a látóélesség teljes helyreállításával.

*Fuchs* gyanújának legújabb munkájában is kifejezést adott, hogy a papillomaculáris köteg nagy vulnerabilitása miatt nagyon könnyen megbetegszik.

A papillomaculáris köteg fokozott vulnerabilitásának felvétele az orrüreg és melléküregek megbetegedéseiben magyarázatát adja a köteg könnyű sérülésének és a centrális scotoma és a látóideg esetleges további leszálló megbetegedése keletkezésének. Ezen káros behatást okozhatják a vérkeringési zavarok, a gyűjtőeres pangás, a gyuladás tovaterjedése, a nyomás és a genyedésekben és rossztermészetű daganat eseteiben keletkező toxinok. Az intoxicatiókban a látóidegnek felszálló folyamatát is felveszik, de ezen kérdés fejtegetésébe nem bocsátkozhatunk. A látóidegnek az arteria és a vena centralis retinae visszafutó ágaitól ellátott része a canalis opticusban vérkeringési zavarok folytán a melléküregek résztvétele nélkül is károsan befolyásolhatja a vulnerabilis idegköteget. A látóidegnek a canalis opticusban levő részlete alkalmas arra, hogy a látóideg hüvelyének vérbősége, vizenyője, gyuladása a canalis opticus merev falú üregében, a látóidegben káros nyomást, gyűjtőeres pangást idézzen elő. Az orrüregben és a melléküregekben a gyűjtőeres pangás közvetve a vena centralis retinae és a vena centralis posteriorra hat. Továbbá azon általunk észlelt tény, hogy a canalis opticus kiegészítő része a hátulsó melléküregeknek, gyakran szabadon halad bennük, azonkívül, hogy az általunk leírt semicanalis

ethmoidalisban a venae ethmoidales szabadon fekszenek és a *Zuckerlandl* által tett észlelet, hogy egy gyűjtőérág szabadon futhat le a rostasejtben, a hátulsó melléküregek megbetegedéseinek eseteiben könnyen megmagyarázhatja a vérkeringési zavarokat, a gyuladásos tovaterjedést a canalis opticusban haladó látóidegre és hüvelyére, továbbá a vulnerabilis papillomaculáris köteg sérülését. Az bizonyos, hogy mindazon esetekben, a melyekben a canalis opticus a hátulsó melléküregek kiegészítő részét teszi, vagy bennük szabadon halad, a vér és a nyirokpályák összefüggenek és hogy ezen üregek megbetegedéseiben könnyen keletkezhetik vérkeringési zavar. A papillomaculáris köteg fokozott vulnerabilitásának felvételével keresetlenül megmagyarázhatjuk a centrális scotomának könnyen keletkezését a mondottak alapján. De azon eseteket is megmagyarázhatjuk, a melyekben az orrüreg és a melléküregek nagyobb elváltozásai mellett látászavarok nem voltak megállapíthatók. Vizsgálataink mutatták, hogy a látóidegek, a canalis opticus területe a hátulsó rostasejttől, különösen pedig az iköböltől egészen 11 mm.-nyi vastagságú csontfal által lehet elválasztva és ilyen módon védve. Azonfelül a látóideg gyűjtőeres lefolyása szabad lehet olyan esetekben, a melyekben a vena centralis retinae a sinus cavernosusba vagy a fissura orbitalis inferiorba ömlik.

Tehát úgy a látóideg gyűjtőeres pangása, mint a gyuladásos tovaterjedés tekintetében a canalis opticusra, a látóidegek helyére nagyon kedvezőtlen alakviszonyok létezhetnek, melyek a látás épségben maradását biztosítani tudják. Így magyarázhatjuk meg, hogy az iköböl genyedése, csontdeconstructioja fennforgásakor látászavarok nem támadnak. A többi között *Baratoux* esetet ír le, a melyben az ikesont nagy része minden zavar nélkül leöklött. *Foucher* esetet ismertet, a melyben az iköböl nekrosisa volt jelen, csontsequesterek távoztak, a beteg tönkrement, de látászavar nem volt észlelhető.

(Folytatása következik.)

**Közlés a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórboncolóintézetéből. (Igazgató: Genersich Antal dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.)**

### További adatok a cukorbetegségben található pankreaselváltozások ismeretéhez.

Írta: *Halász Aladár* dr.

(Folytatás.)

32. F. S. 26 éves kereskedő. Felvételt 1904 december 23.-án. Bemondása szerint jelen bajáig egészséges volt. Lues és alkoholismus nem mutatható ki. Mindig mértékletesen, de jól élt. Baja azelőtt 2 évvel kezdődött, azóta sokat eszik és iszik, gyakorta vizel s folytonosan soványzik. Felvételtkor mindkét tüdőcsücsöt infiltrálnak találjuk.

Vizelete világos szalmasárga, sávi, fajsúlya 1028—1030, napi mennyisége 5500—9000 cm<sup>3</sup> között ingadozó, cukortartalma pedig 6—10%, úgy acetont mint diacetont bőven tartalmaz. Baja diatával egyáltalán nem befolyásolható, majd a szigorított étrendről is le kellett tennünk a coma veszélye miatt. Kórházban tartózkodása alatt a tüdőbeli folyamat állandóan terjed, a beteg folyton lázas s 1905 márczius 4.-én már a vizelet quantuma és cukortartalma is csökkent, 2000 cm<sup>3</sup>, 3.5% cukortartalommal, aceton és diaceton csak nyomokban mutatható ki. (A hőmérsék ugyanakkor 38.8.) Majd a láz is eszik, a vizelet csak 1600 cm<sup>3</sup>, cukortartalma 1.2—1.3%, s a beteg kimerülés tünetei között elhal.

A boncolási jegyzőkönyv adatai (7256/161 sz.): Diabetes mellitus. Ámbár a hasnyálmirigy súlya csak 40.0 gm., tapintata tömött, lebenykéi a rendesnél nem kisebbek, állománya *nem sorvadtt*, középvértartalmú. A máj ép, súlya 1500 gm., állománya a rendesnél valamivel tömöttebb, sötét barnászörös, bővérű.

Egyéb eltérések: Phthisis florida cum cavernis in lobo sup. utroque usque ad magnitudinem ovi gallinaei. Ulcera follicularia tuberculosa pauca intest. ilei. Catarrhus intest. crassi chronicus cum pigmentatione mucosae. Atrophia, anaemia univ. Oedema pedum. *Szövettani lelet.*

A hasnyálmirigy szövete észrevehetően *nem sorvadtt*: az acinusok és a sejtek határai ugyan elmosódottak, a sejtplasma egy-

nemű, a sejtmagvakon azonban szembetűnő elváltozás nem észlelhető (tehát valószínűség szerint nem kóros, hanem *postmortalis* jelenségek). A mirigy kötőszöveti váza megszorodva nincs. A kivetelő csövek hámja jól megtartott, ép. Sem a nagyobb, sem a kisebb erekben kóros elváltozást nem észlelhetni.

Szigetek a mirigy minden részletében szép számmal láthatók, alakjuk jobbadán kerek-ovális, elvéve azonban szabálytalan alakú szigeteket is láthatni: az előbbieket a környező mirigyparenchymától élesen elhatárolták, az utóbbiak a szomszédos mirigyszövetbe észrevétlenül mennek át. Átlagos nagyságuk  $200 \times 110 \mu$ . A szigeteket alkotó sejtek egy része halvány sejttállományú biró, epithel jellegű sejt, másutt az egész sziget rendetlen csoportokba verődött lymphocytá tipusú sejtekből áll. Úgy a szigetekben, mint az elválasztó mirigyszövetben helylyel-közzel kisebb-nagyobb vérzéses góczok láthatók.

A szigetszámlálás adatait az alábbi táblázat mutatja:

Hasnyálmirigy-részlet	Készítmény	A metszet nagysága mm <sup>2</sup> -ekben	A szigetek száma	100 mm <sup>2</sup> -re rültre hány sziget esik?	Jegyzet
Caput p. ....	1	150	22	18.3	
	2	150	19		
	3	150	30		
	4	150	39		
Corpus p. ....	1	200	29	17.7	
	2	200	43		
	3	200	23		
	4	200	27		
Cauda p. ....	1	120	51	33.4	
	2	120	43		
	3	130	34		
	4	130	39		

33. B. M.-né, 29 éves, római katolikus, asztalos felesége másfél éve cukorbeteg; ez alatt az idő alatt nagyon lesoványodott és elgyengült.

Felvételkor (1905 január 9) mindkét tüdőesűs felett tompult a kopogtatási hang és kis hólyagú szörtyögő zörejek hallhatók. Hőmérséklete 37.8—39.5 C° között váltakozó.

Vizelete 4000—7500 cm<sup>3</sup> 4—7% cukortartalommal. Szigorú diéta mellett a cukortartalom 2.5%-ra eszik; a diétával azonban csakhamar fel kellett hagynunk, a vizeletben ugyanis igen sok acetont és diaceont volt kimutatható. A tüdőbeli folyamat is mindinkább halad s 1905 márczius 29.-én kimerülés következtében a beteg elhal.

A bonczjegyzőkönyv (7360/165) adatai:

Diabetes mellitus. Atróphia pankreatis minoris gradus. A hasnyálmirigy kissé sorvadott, különösen a test-részlet. Súlya 75 gm., hossza 22 cm., a fej-részlet legnagyobb szélessége 5.0 cm., a farké 3.0 cm., a corpusé 2.2 cm. A mirigy vastagsága körülbelül 10 mm. Lebnykéi rendes nagyságúak, állománya kissé petyhüdt, a fej-részletben helyenként kissé tömöttebb, középvértartalmú. A mirigy kivetelő csöve szabadon átjárható.

*Egyéb eltérések:* Tuberculosis caseosa ulceroaque cum cavernis pulm. utriusque et caverna magnit. nucis juglandis in lobo superiore sinistro et magnit. ovi anseris in apice dextro. Ulcera tuberculosa coeci et coli ascendentis. Erosio tuberculosa ad processus vocalem dextr.

*Szöveti lelet:* A hasnyálmirigy parenchymája mindenütt jól megtartott, ép, szembetűnő sorvadás nem látható rajta. A mirigy kötőszöve megszorodva nincs. Szigetek a hasnyálmirigy különböző részleteiből származó metszeteken mindenütt nagy számban láthatók. A szigetek alakja kerek, ovális, átlagos nagyságuk  $250 \times 175 \mu$ , számos sejtkötegből állanak és sem a sejteken, sem a magvakon kóros változás nem észlelhető.

A kivetelő csövek hámja ép. Úgy a kisebb, mint a nagyobb erek vérteltek, az erek fala ép.

Mint hogy a szigetek száma már első tekintetre is igen nagy, szigetszámlálást nem végeztem.

34. K. A. 43 éves, nő, római katolikus, napszámos. Betegségének lefolyása ismeretlen.

*Bonczolati jegyzőkönyvi adatok:* Diabetes mellitus. Atróphia medioeris gradus pankreatis. A hasnyálmirigy súlya 52.0 gm.

A hullából vett vizelet világossárga, zavaros, vegyhatása savi, fajsúlya 1021, fehérjét, acetont és diaceont csak nyomokban tartalmaz, cukortartalma 3.5%.

*Egyéb eltérések:* Pneumonia catarrhalis lobi inferioris lat. sin. Enderarteritis chron. deformans aortae. Degeneratio parenchymatosa renum et hepatis (1515 gm.).

*Szöveti vizsgálat:* A hasnyálmirigy lebnykéi igen aprók, mirigyállománya helyenként kisebb fokban sorvadott és a sejtek acinosos elrendeződése nem ismerhető fel és a sejthárak is elmosódtak. (Rosszul is festődik.) Az interlobuláris kötőszövet helylyel-közzel szembetűnően megszorodott s néhol egynemű, hyalin. A nagyobb erek épfalliak, a kisebbek némelyike hyalinosan el-fajult, egynemű, megvastagodott falú, ürtere pedig megszűkült, sőt néhol teljesen el is záródott. Szigetek az egész mirigyben csak igen mérsékelt számban találhatók. A meglévő szigetek jobbadán kerek oválisak, a szomszédos elválasztó parenchymától rendszerint nincsenek élesen elhatárolva, átlagos nagyságuk  $150 \times 65 \mu$ , sejtleik epithel típusúak, hámjuk ép, magvaik hólyagosak. *Elvéve* olyan szigeteket is láthatni, melyeknek sejtlei plasmazegények, a sejtmagvak sötétre festődnek és piknózisosak, a gyér sejtkötegek közötti hézagokat pedig részben egynemű, halványrózsaszínre festődő hyalin anyag, részben finom rostozatot alkotó, hosszú magvú sejtekből álló kötőszövet foglalja el (sclerosis). A szigetek számbeli viszonyait az alábbi táblázat mutatja.

Hasnyálmirigy-részlet	Készítmény	A metszet nagysága mm <sup>2</sup> -ekben	A szigetek száma	100 mm <sup>2</sup> -re rültre hány sziget esik?	Jegyzet
Caput p. ....	1	110	0	0	
	2	110	0		
Corpus p. ....	1	120	2	1.6	
	2	120	2		
Cauda p. ....	1	150	7	3.9	
	2	80	2		

35. P. J.-né 40 éves nőbeteg anyja 64 éves korában, 10 évvel ezelőtt cukorbetegségben halt meg, bajának 2 évi fennállása után.

Bemondása szerint jelen bajáig mindig egészséges volt: másfél év óta folyton soványodik, sokat szomjazik és gyakorta kell vizelnie. Jelenleg mintegy 4 hét óta köhög, gyomortáji fájdalmai vannak, nagyon fáj a feje és szédül.

Felvételkor a bal tüdőesűs felett tompult kopogtatási hang és ugyanott pattogó jellegű szörtyögő zörejek hallhatók. A beteg hőmérséklete 37.1—39 C° között ingadozik.

Vizelete világos szalmasárga, savi, 1028 fajsúlyú, napi mennyisége 2000 cm<sup>3</sup>, minimális fehérjenyomokat, 5% cukrot és acetont, nemkülönbén diaceont bőven tartalmaz. Diétára nem volt fogható. Másfél heti kórházi tartózkodás után tiszta öntudat mellett hirtelen elhunyt.

*Bonczolati jegyzőkönyvi adatok.* (7392/297 1907 június 8.) Diabetes mellitus. A hasnyálmirigy 105.0 gm. súlyú, vékony, de széles, petyhüdt, kissé szívós, lebnykéi aprók. A mirigy barnás-sárga, vérszegény. A kivetelő cső középtág, szabadon kutaszolható. A máj súlya 1700 gm., a 2 vese együttes súlya 440.0 gramm.

*Egyéb eltérések:* Pneumonia crouposa lobi sup. et partim lobi infer. sin. in stadio hepatisationis griseae cum pleuritide fibrinosa. Intumescencia lienis, hepatitis et renum.

*Szöveti vizsgálat:* A hasnyálmirigy parenchymája sok helyütt kissé sorvadott, a sejtek acinosus elrendeződése fel nem ismerhető. Másutt a sejtek duzzadtak és rosszul festődnek. Itt-ott a mirigyparenchymát laza zsirszövet helyettesíti. A kötőszövetes váz kissé megszorodott, néhol egynemű, magzszegény és hyalin.

*Szigeteket sehol sem láthatni.* A kivetelő csövek hámbélése ép s itt-ott csoportosan számos apróbb kivetelő cső átmetszete látható egymás mellett. A hasnyálmirigy nagyobb ereinek fala ép, a



kisebb erek egy része megvastagodott, egynemű, hyalin, ürtere pedig megszűkült.

36. O. J. 51 éves, napszámos, klinikai diagnózis diabetes mellitus, tuberculosis pulmonum. A kórlefolys adataiból, sajnos, mit sem sikerült megtudnom.

A bonczolati jegyzőkönyv kivonata (7293/198. sz.). Diabetes mellitus. Pankreatitis interstitialis chronica cum atrophia majoris gradus pankreatis. A hasnyálmirigy súlya 23.0 gm., hossza 13.5 centimeter, szélessége 1.5—3.0 cm. s vastagsága 8 mm. Állománya feltűnően tömött, szívós, lebenykéi sok helyütt szembeötlően kicsinyek. A hasnyálmirigy kivezető csöve a mirigy fej-részletében a rendesnél kétszeresé tágabb. A máj súlya 1450 gm.

Egyéb eltérések: Phthisis caseosa ulcerosaque cum pneumonia interstitiali pulm. sin. fere totius et lobi sup. dextr. atque cavernis in lobi sup. et inf. sin. Catarrhus intest. chronicus.

Szövettani vizsgálat: A hasnyálmirigy főtömegét durva rostozatú, sok helyütt magszegény és kissé hyalin kötőszövet foglalja el: ezen megszorodott kötőszövetbe gyérszámú mirigylebenyke van ágyazva. Legkifejezettebb a kötőszövetes elkérgesedés a mirigy fark-részletében s legtöbb és aránylag jól megtartott mirigylebenyket láthatni a pankreas testéből származó metszeteken. A megmaradt parenchyma sok helyütt rosszul festődik, a sejtek duzzadtak, a sejthárók elmosódtak, ismét másutt nagy fokban sorvadtak, plasmazegények a sejtek. A kivezető csövek helyenként esoportokban láthatók, hámbélésük sokhelyütt jól megtartott, ép, míg másutt elpusztult és helyét a lument kitöltő egynemű, itt-ott szabályos, körkörösén rétegzett s van Gieson szerint halványsárgára festődő, colloidos anyag tölti ki. Ép szigeteket csak igen gyér számban láthatni: alakjuk többé-kevésbé hosszúkás, söt szabálytalan. Átlagos nagyságuk  $70 \times 65 \mu$ . Epithel typusú hámjuk sok helyütt kissé plasmazegény, magvaik chromatidusak, sötétre festődők. A megszorodott kötőszövetben izoláltan fekvő szigetek kissé sclerososak. A szigetek számbeli viszonyait az alábbi táblázat mutatja.

Hasnyálmirigy-részlet	Készítmény	A metszet nagysága mm <sup>2</sup> -ekben	A szigetek száma	100 mm <sup>2</sup> területre hány sziget esik?	Jegyzet
Caput p. ....	1	160	0	1.1	Az 5 közül 2 hyalin
	2	140	3		
	3	90	1		
	4	80	1		
Corpus p. ....	1	220	7	4.2	Egy harmadrészüik hyalin
	2	220	11		
	3	220	5		
	4	220	14		
Cauda p. ....	1	50	25	21.8	Csaknem valamennyi hyalinosan elfajult
	2	120	15		
	3	120	17		
	4	50	13		

A meglevő szigeteknek jó része azonban részben vagy egészen hyalinosan átalakult s az egykori szigetre csak alakjáról és sötétre festődő magvairól ismerhetni rá. A nagyobb erek ép falúak, az apróbbak egyneműkének fala megvastagodott, egynemű hyalinus. A szigetek hyalinus átalakulása a szövettani kép után ítélve a hajszálerek körül kezdődik.

A vesék interstitialis szövete kissé megszorodott s a glomerulusok egy része szintén hyalinus.

37. Cs. I. 16 éves fiú. Klinikai diagnózis: diabetes mellitus. A kórlefolys adatai ismeretlenek.

A bonczolási jegyzőkönyv (7885/218 május 23) adatai:

Diabetes mellitus. A hasnyálmirigy feltűnően megkisebbedett, súlya 42.5 gm., állománya laza, halvány. A máj tömött, kissé nagy, rajzolata elmosódtott.

Egyéb eltérések: Anaemia atrophicaque universalis. Degeneratio adiposa renum.

Szövettani vizsgálat: A hasnyálmirigy parenchymája észrevehetően seholy sem sorvadott, elvéve azonban láthatni egy-egy plasmazegény sejtet. Sem az interlobuláris, sem a lebenyeké intralobuláris kötőszöve megszorodva nincs. Helyenként a mirigy-szövet rosszul festődik.

Szigetek a hasnyálmirigy fej-részletéből származó metszeteken egyáltalán nem, a corpus pankreatisből készültteken is csak csekély számban, a mirigy fark-részletében ellenben bőven találhatóak. A szigetek alakja kerek, ovális, néhol szabálytalan, az elválasztó szövetből többnyire élesen elvannak határolva. Átlagos nagyságuk  $200 \times 115 \mu$ , elvéve azonban ennél jóval nagyobb szigetek is láthatók. Sejtjeik jól festődnek, plasmadúsak, magvaik hólyagosak. A kivezető csövek hámbélése jól megtartott.

A hasnyálmirigy érrendszere vérrel telt; sem a nagyobb, sem az apró erek falán kóros elváltozás nem észlelhető.

A szigetszámlálás adatai:

Hasnyálmirigy-részlet	Készítmény	A metszet nagysága mm <sup>2</sup> -ekben	A szigetek száma	100 mm <sup>2</sup> területre hány sziget esik?	Jegyzet
A hasnyálmirigy feji részletéből származó metszetekben szigetek egyáltalán nem voltak láthatók.					
Caput p. ....	1	250	13	6.2	Kóros szigetek nem láthatók
	2	250	28		
Cauda p. ....	1	130	72	40.8	
	2	130	63		
	3	120	28		
	4	120	41		

Folytatása következik.

### Az idült genyes középfülgyulladás 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.

(Vége.)

#### Cholesteatoma.

A középfül cholesteatomája a legsúlyosabb és legrosszabb természetű complicatio, mely idült genyes középfülgyulladásokhoz társulhat.

A cholesteatoma hosszú idő óta fennálló otitisekhez szegődik következményképen, különösen a gyermekkor óta fennálló scarlatinából származó otitisek vezetnek cholesteatomára. Bezold statistikája szerint a kezelése alá került összes chronikus otitis mediák közül körülbelül 24% cholesteatomával volt komplikálva. Ezek közül 14% esik gyermekekre, 86% felnőttekre. Férfiak 62.8%, nők 37.2%-ban voltak cholesteatomában szenvedők. 88%-ban egyoldali megbetegedés forgott fenn, 11.2%-ban mindkét fülben volt cholesteatoma.

Dallmann vizsgálatai szerint (Archiv für Ohrenheilkunde 71. kötet, 1—3. füzet) 692 chronikus otitis közül 113-ban volt cholesteatoma jelen (16.3%).

A cholesteatoma lobos eredetét a szerzők már rég ismerik s úgy Tröltsch (1868), mint Gruber (1870) tankönyvében — noha képződésének lényege tisztázva még nincs — reá mutat lobos eredetére s kétségbe vonja neoplasmás származását.

A Virchow-féle aberrált hámsírákból keletkező cholesteatomák általában rendkívül ritkák, s viszonylag még ritkébbak a sziklaesontban, úgy hogy gyakorlati szempontból alig van különös jelentőségük.

A cholesteatomaképződés lényege laphám bevándorlása a normális viszonyok között hengerhámval bélelt dobüregbe és a melléküregekbe.

Ezen bevándorlás feltétele: 1. hogy a dobüreg és külső hangvezető hámborítékának szoros elhatároltsága valamiképp áthidaltassék, 2. hogy így a melléküregekbe jutott hám ne jusson egészséges alapra, melyen megtapadva az üreg kihámosodnék, tehát kigyógyulna, hanem szükséges, hogy az alap, melyre a hám reánó, beteg legyen, s ne tudja a hámréteget megtartani, hanem azt lelelkje.

A hámbevándorlás feltétele tehát mindig a chronikus genyedés, melyben úgy a dobüreg, mint a melléküregek nyálkahártyája beteg s a dobhártyaperforatio, mely alkalmas arra, hogy azon keresztül a külső hangvezető hámja benőjjön a dobüregbe. Különösen alkalmasak erre azok a perforatiók, melyek a dobhártya csontgyűrűjét elérik, tehát az úgynevezett szélálló perforatiók, ezek közül pedig első sorban azok, a melyek a dobhártya hátulsó felső quadransában vagy a Schrappnell-hártyán vannak. A meddig a dobhártyának köröskörül bármily keskeny pereme még szabadon fennáll, éles határt képezvén a laphám és a hengerhám territoriuma között, a középfül a cholesteatoma ellen védve van. Ha azonban a perforát dobhártya széle valahol odanő a dobüreg mediális falához, a dobhártyahám rávonul a dobüreg falára is és innen tovább a melléküregekbe s ismét meg van adva az alkalom a cholesteatomaképződésre. Ha pedig a perforatio elérte a dobhártya szélét, úgy mi sem akadályozza a hámot, hogy behúzódjék az aditusba, s innen az antrumba.

Az ilyen esetben pedig a bevonult hám sorsa kétféle: Ha a nyálkahártya, mely az otorrhoea tartama alatt többnyire hámjától fosztott, granuláló és secernáló felületet képvisel, a gyógyulás útján van, tehát a secretio csökkent, a granulatiók kötőszövetesen organizálódnak, akkor a bevonuló hám életképes felületre jut és mintegy a gyógyulást befejezi: behámosodnak az üregek s a chronikus otitis kigyógyul, illetve abba a stadiumba jut, melyet „residua post otitidem mediam sanatum“ elnevezéssel illetünk. A normális viszonyok közt hengerhámval bélelt üregrendszer most laphámmal van bélelve, a laphám alatt hegszövet foglal helyet. Tehát nem restitutio ad integrum, hanem reparatio. Hegesedések annak minden kellemetlen következményeivel ugyan, de a genyedés meggyógyult.

A másik és hátrányosabb kimenetel az, ha a bevonuló hám a még beteg, hámtól fosztott, granuláló, genyet secernáló nyálkahártyára burjánzott rá. Az ilyen beteg felületen a hám nem fog megtapadni, hanem a frissen bevonult laphámreteget a sarjak letaszítják. A mint ez megtörtént, kívülről új rétegben vonul be a hám s egy idő múlva újra lelekedik. Ez a folyamat folyton újra megismétlődik s mivel a nagy mennyiségben produkált hámrétegek távozni nem tudnak, felhalmozódnak a praeformált üregekben s ott hagymaszertien rétegzett tömegeket alkotnak. Az egyes hámrétegek között besűrűsödött és zsírosan elfajult geny marad vissza, bakteriumok millióit hordva magában. A zsírban a cholesterin gyakran kifejezesezik és gyöngyházfényt kölesönöz a hámnak. (Innen az elnevezése cholesteatoma, margaritoma.)

Ha a cholesteatoma a praeformált üregeket kitöltötte, további növéseben nem fér meg az üregekben, hanem nyomása által a csontot uzurálja, koptatja, felszívódásra bírja s így az üregeket tágítja. Legkülső rétege folyton friss hámot produkál s ezért *matrixnak* hívják. A matrix legtöbbször igen vékony hártya, néha megvastagodik, szívósabb s ilyenkor műtét közben sikerül a csontból, különösen ha még szét nem esett cholesteatomával van dolgunk, in toto kihámozni.

Ily esetekben néha megtalálhatjuk a direct összefüggést a cholesteatoma-matrix és a külső hangvezető hámja között.

Szinte esodálatos, hogy néha mekkora üreget rág magának a cholesteatoma. Leghamarabb enged a korpánsnak a esecsnyűtvány szivacsos állománya. Könnyen áttörök a külső hangvezető hátulsó fala s a tegmen tympani. Előbb-utóbb a sinus sigmoideust is eléri, s hogy mikor áll be a sinusmegbetegedés, sokszor csak attól függ, hogy a betegnek elől fekvő vagy mélyen fekvő sinusa van-e?

Legtovább bir ellentállni a labirinthe keményebb csontja s így gyakran látjuk a labirinthe részeit valósággal kipraeparálva. Arrosio keletkezhetik a canalis facialis s ilyenkor facialisbénulás áll be, mely, ha a beteg azonnal műtét alá kerül, vissza is fejlődhetik. Leggyakrabban a labirinthe is elpusztul s teljes süketsegen kívül életveszélyes complicatiók (labirintheitis, meningitis, agytályog) támadnak. Legszerencsésebb a kimenetel akkor, ha az antrum mastoideum külső corticális rétegét törö át. Ilyenkor acut mastoiditis, subperiostealis tályog s egyéb fájdalmas tünetek műtetre kényszerítik a beteget s így legalább cholesteatomájától megszabadul.

Ezen súlyos és veszélyes megbetegedés azonban legtöbbször semmiféle symptomát sem okoz. A betegek legtöbbször a fülfolyas

rettentően undorító büze miatt fordulnak orvoshoz. Néha tompa fájdalom és nyomásérzés jelentkezik a sziklacsont tájékán, a mi a betegnek feltűnik. Gyakran szédülési rohamok mutatkoznak. Nem ritka a facialisbénulás keletkezése, a mely orvoshoz készíti a beteget s az így lesz figyelmes a fülbajára. Mert tudvalevő, hogy a chronikus otitishez társuló facialisbénulás mindig sürgős indicatio a műteti beavatkozásra. A hallás igen különböző lehet, kitünő hallás és absolut sükettség közt váltakozhatik. Ezen állapotban évekig maradhat a beteg, míg egyszer hirtelen intracranialis complicatiók tünetei: láz, rázóhideg, szédülés, hányás, esetleg meningitis tünetei támadnak.

Az otoskopi kép elég jellemző, hogy belőle a diagnosist felállíthassuk. A külső hangvezetőből rendkívül bűzös, hámtörmelékkel kevert sűrű zöldessárga genyet fecskendezünk ki.

A dobhártya gyakran legnagyobb részét hiányzik. Ha vannak dobhártyamaradékok, ezek legtöbb esetben a dobüreg mediális falához odanőttek. A dobhártyadestructio a felső-hátulsó negyedben eléri a margo tympanicust, sőt sokszor a csont is arrodálva van. A dobüreg legtöbbször ki van hámosodva, de granulálhat is. Az atticus-antrumgenyedés egyéb tünetei: a geny felülről és hátulról szívható vagy néha dúsabb genyedéskor láthatjuk, a mint magától csurog le. Atticus-fecskendést végezve, a kifecskendezett folyadékban cholesteatomára jellemző hámlemezekék úszkálnak. A dobüregből erősen tapadó hámtörmelékdarabok távolíthatók el esipeszszel, melyeknek jellemző undorító bűzük van. A külső hangvezető hátulsó fala nagy területen hiányozhatik is, úgy, hogy esetleg beláthatunk az antrumba. Néha ilyen stadiumban a genyedés megszűnik, s ha ily tág nyíláson a cholesteatomás tömegek eltávoznak, egy nagy kihámosodott üreg marad vissza. A folyamat oly módon gyógyult meg, hogy a természet végzett radikális műtétet. A gyógyulás ezen szerencsés módja igen ritka. A teljesen magára hagyott cholesteatoma halálozási aránya igen nagy. Ezt legjobban bizonyítja a statistika, mely szerint a cholesteatoma leggyakoribb a 11—40. életévben. Ezen időn belül, ha meg nem operáltatik vagy a spontán gyógyulás szerencsés véletlenében nincs része, halálos complicatiókra vezet.

A cholesteatoma terapiája majdnem kizárólag operatív. A középfül összes üregeinek feltárása és a cholesteatoma alapos kitakarítása hozhat csak végleges gyógyulást. Még így is elég gyakori a recidiva, mert elegendő, ha műtét közben valamely zugban egy kis cholesteatoma-matrix marad vissza, hogy néhány hét, esetleg néhány hónap múlva recidiva támadjon.

Konzervatív therapia csak ott jöhet szóba, hol a beteg műtétbe beleegyezni nem akar, vagy ha a műtét valami oknál fogva contraindikált.

A konzervatív therapia itt olyan, mint más idült melléküreggenyedés esetén: desinfectio, atticus-öblítés, granulatiók eltávolítása. A beteg ilyen módon évekig kezelhető, a gyógyulás azonban igen ritka s inkább ott jön létre, hol a külső hangvezető hátulsó fala részben elpusztult s az aditus úgy kitágult, hogy a Hartmannkanállal kényelményesen kiöblíthetjük a melléküregeket. Ilyenkor sikerül hosszú kitaró kezelés útján a betegséget meggyógyítani, de már a legkisebb laesio (nátha, tuba-catarthus) is elegendő, hogy a genyedés újra meginduljon.

#### *Caries és nekrosis.*

Carieses és nekrosisos folyamatok alatt itt azon csontelváltozásokról szólunk, melyek chronikus genyes középfülfolyamatokhoz szövődnek s a csont mortificatioja folytán keletkeznek. Nem tartoznak tehát ide azon esetek, melyekben a csont nyomási atrophiat szenved, mint cholesteatoma esetén, továbbá nem tartoznak ide a tuberculosos csontmegbetegedések sem. A carieses folyamatok gyakorisága idült genyedésekben Dallmann és Isemer statistikája szerint: 692 chronikus otitis közül 245-ben caries volt jelen = 35.3%. A hallószerv csontmegbetegedéseiben legfontosabb aetiologiai momentumképen a scarlatina szerepel. Haug és Brückner szerint az összes fülbajok 5—10%-a, továbbá a chronikus genyedések 12—18%-a scarlatinától származik.

A scarlatinás otitis igen nagyfokú lobos tünetekkel kezdődik, mely lobfolyamat az egész középfül nyálkahártyáját egyszerre támadja meg. A dobhártya nagy része elhal és kiesik. Épen így keletkeznek kiterjedt elhalások a nyálkahártya egyéb helyein is.

Mivel a csontot fedő nyálkahártya itt a tápláló csonthártát képviseli, a nyálkahártyaelhalás a csontnak elhalását vonja maga után. Így nekrotizálhatnak a lecsupaszított kalapács, az üllő, sőt néha a kengyel is, különösen ennek feje és szárai; a kengyel talpa sokszor megmarad, mert a labirinth felől épen maradt endostium táplálja; leggyakrabban az üllő pusztul el, mert a táplálkozásban egyedül saját nyálkahártyájára van utalva. Az elhalás kiterjedhet a külső hangvezető hátulsó falára, mely a csecsnyújtvány laterális részével együtt egy darabban sequestrálódhatik és ha ezen sequester kilökődik, a természet által végrehajtott radikális műtét képe tárul elénk. A csecsnyújtvány sejtjeinek válaszfalai is elhalhatnak, sőt sokszor a csecsnyújtvány spongiosája egészben elhal és műtétkor mint nagy spongiosus sequestert találjuk meg a corticális réteg alatt. Nekrotizálhat a canalis facialis csontfala is. Ennek következménye a facialisbénulás, mely spontan ritkán fejlődik vissza, esetleg akkor, ha még kellő időben feltárjuk a középfül üregeit. Ennél sokkal súlyosabb baj, ha a labirinth egy része, vagy néha az egész labirinth is elhal. A labirinthnekroszis fontossága a diffus labirinthitis keletkezése miatt igen nagy, mert legtöbb esetben genyves meningitisre vezet. A kanyaró is gyakran okoz csontmegbetegedést, mely azonban lefolyásában nem oly súlyos, mint a scarlatinaneckroszis. Ezenkívül minden chronikus otitis, mely hosszú ideje fennáll vagy gyakran recidivál, okozhat kisebb-nagyobb csontbajokat. Különösen a genyretentio az, mely alkalmas arra, hogy a tápláló nyálkahártya elhalása folytán helylyel-közzel lecsupaszítsa azokat a helyeket, melyeket a geny legtöbbet macerál. Így a hallócsontok, a lateralis atticus-fal, a külső csontos hangvezető hátulsó falának mediális vége gyakran válik érdekessé. Ezen érdekességek felületes csontelhalások, melyeknek következtében az elhalt réteg alatti csont s annak ép környezete granulatiót indít meg. E granulatio czélja az elhalt csontszövet kiküszöbölésére irányul, de néha a természet túllő a czélon s a granulatiók igen kiterjedhetnek vagy nagy polypussá nőhetnek ki magukat. A polypus, a granulatio genyvelválasztó felület. Néha pedig ilyen polypus annyira megnő, hogy a külső hangvezetőt obturálja. Ekkor meg fokozott genyretentio is állhat be, a mi megint csak a csontra káros. Ebből látható, hogy a magára hagyott csontgenyvedés mint circulus vitiosus spontan gyógyulásra kevés reményt nyújthat.

A csontmegbetegedés felismerése nem nehéz. A váladék rendszerint igen büzös, nem olyan mint cholesteatoma esetében, de szintén jellemző szagú. Mennyisége rendszerint tetemesebb, mint más chronikus otitisben, mivel a mindig jelenlevő sok granulatiós szövet sok genyvet termel. A kifeeszkendezett genyben gyakran találunk csonttörmelékét. Nagy polypusok carieses és nekrosisos folyamatokra jellemzők. Ezek gyakran lehetetlenné teszik a dobhártya és dobüreg megtekintését. Ezért a polypusokat leghelyesebben már a vizsgálatkor azonnal eltávolítjuk. E czélra legalkalmasabb eszköz az ecraseur, melyet Wilde vezetett be a fülészeti gyakorlatba s mely azóta sok átalakuláson ment keresztül. E téren legtökéletesebb eszköz ma a Dértter (Berlin) által gyártott úgynevezett Voss-Dértter-féle kacs, melynek sodronya többször használható s mely gyorsan megújítható. Anaesthesiára legajánlatosabb a 20%-os cocain, vagy az eltávolítandó polypus vagy granulatio behintése porított cocainnal in substantia. A cocaint itt minden tekintetben pótolhatja az alypin, mert hatásának foka teljesen azonos a cocainéval. A polypus eltávolítása teljesen fájdalomtalanul azonban nem igen sikerül. A polypus eltávolítása után beálló vérzés néhány percnyi tamponálás után megszűnik s csak ezután folytathatjuk az otoskopi vizsgálatot. Ilyenkor igen gyakran tapasztalhatjuk, hogy az eltávolított polypus mögött még egy vagy 2—3 kisebb vagy nagyobb polypus foglal helyet s ha ezeket is eltávolítjuk, látjuk csak meg a dobüreg vagy dobhártyát. Néha szinte meglepő, hogy aránylag milyen kis perforatio van, melyen keresztül a polypus kibújt s a hangvezetőbe tovább burjánzott. Máskor teljes destructiót látunk, sőt a dobüreg ki is lehet hámosodva s a csont egészen kis helyen granulál, a honnan tudniillik a polypus is kiindult. Ilyen esetekben a gyógyulás néha bekövetkezik arra, ha a polypust eltávolítottuk s kiindulási helyét megedzettük. Csodálattal tapasztaljuk, hogy egy hét múlva száraz a dobüreg. Ilyenkor bizonyára kis körülírt megbetegedés volt jelen és a folyamat az obturáló polypus okozta genyretentio miatt nem tudott meggyógyulni.

Ha a granulatiók, a mennyire lehetséges, el vannak távolítva,

szondavizsgálathoz folyamodunk s törekszünk érdes csontot tapintani. Néha ráakadunk szondával mozgatható sequesterekre, vagy a külső hangvezető hátulsó falának mediális végét találjuk elpusztultnak s a szondával egyenest bejutunk az antrumba. A gyógyítás szempontjából igen fontos a promontorium érdekességét felismerni, mely ha egész felületes, magától is meggyógyulhat, ha mélyre terjed, nem gyógyul meg labirinthfeltárással nélkül. Felvilágosítást minden esetben a functionális vizsgálat fog nyújtani arról, vajjon a labirinth érdekessége felületes-e vagy mély (l. később). Az antrumbau levő sequestereket az antrumgenyvedés tünetei fogják kíséreni s noha a positiv vizsgálat számára hozzáférhetetlen, a therapia szempontjából mindegy, mert nem gyógyuló antrumgenyvedés lévén, radikális műtét indicatioját vonja maga után.

A therapia első sorban mindaz, a mit az inkomplikált otitiseknél mondtunk, tehát desinfectio, a váladék eltávolítása. Polypusokat, granulatiókat eltávolítunk. A nekrosisos helyeket, ha nem nagy a kiterjedésük, megedzzük s ezzel gyorsítjuk a nekrosisos csontszövet eltávolítását.

A mozgatható sequester erőszakos eltávolítása nem ajánlatos mindaddig, míg teljesen ki nem vált s könnyedén ki nem húzható.

Az atticus és antrum feeszkendése szükséges mindaddig, míg a genyvedés jeleit látjuk; kis sequesterek az antrumban is szétmálhatnak és atticus-feeszkendővel kifeeszkendezhetőek. Schwartzé igen ajánlja a Politzer által először ajánlott átfeszkendését a dobüregnek a tubán át katheterrel. Ezen indicatio alapján osztályunkon sohasem végeztük a keresztülfeszkendést. Általában nekrosisos folyamatokban a feeszkendést óvatosan kell végezni, mert sohasem tudhatjuk, milyen állapotban van a tegmen tympani és a tegmen antri, mert ha szabadon van a dura, könnyen idézhetünk elő a kezeléssel intracranialis megbetegedést.

A legtöbb esetben azonban a konzervatív therapiával nem jutunk eredményre, hanem operatív útra kell lépünk. Ha a folyamat csak a hallócsontokkára terjedt, a nekrosisos kalapácsot és üllőt el kell távolítani. Erről részletesen volt szó az atticus-antrumgenyvedések kezelésekor. Ha a nekrosis kiterjedt s a konzervatív therapia e miatt nem alkalmas vagy az évek során át fennálló genyvedés folytán cholesteatomaképződés is társult hozzá, az egyedül helyes műtéti eljárás a középfül üregeinek totális felvése, a radikális műtét.

A radikális operatio prognosisa szempontjából ilyenkor igen fontos a promontoriumban levő carieses folyamatok megítélése, általában a labirinth állapota. Erről a functionális vizsgálat fog felvilágosítást nyújtani.

A prognosisa általában annál jobb, minél jobb a hallás. Rossz hallás mellett a kigyógyulásra nézve jó a prognosisa, ha tiszta hangvezetési akadály van jelen. Tehát negativ Rinne, meghosszabbított csontvezetéssel, a magas hangok (legalább a c<sub>4</sub>) jó perceptioja.

Ha érdes promontorium mellett a csontvezetés megrövidült, a magas hangok is kiestek, vagy a perceptiojuk megrövidült, akkor a radikális műtéttel kigyógyulásra a prognosisa rosszabb ugyan, de mindazonáltal a radikális műtét elengedhetetlen, mert a betegre nézve a labirinth megbetegedése életveszélyt jelent.

#### *Otitis media tuberculosa.*

Az otitis media tuberculosa lefolyásában, jelentőségében és kezelésében a többi chronikus otitistől sokban elüt s azért külön tárgyalást igényel. Gyakorisága Bezold szerint körülbelül az összes chronikus otitisek 1%-a. A férfiak sokkal gyakrabban betegszenek meg benne, mint a nők. Az arány férfiakban 87%, nőkben 13% (Bezold szerint kikerekítve). Az egyik hallószervet 26%-ban, mindkettőt 74%-ban támadja meg.

A betegség okozóját, a Koch-féle bacillust, nem lehet minden esetben kimutatni. Igy Scheibe 25 jól megfigyelt esetben, melyek valamennyien tüdőmegbetegedéssel voltak kombinálva, csak 13-szor (52%) tudta a bakteriumot kimutatni.

Irtak le már primaer fültuberculosis-eseteket is, ezek azonban igen ritkák. A fertőzés a legtöbb esetben secundaer s az orrgarat-ürből származik.

A diagnosishoz több irányadó momentumot találunk az anamnesisben. Köhögésen, véres köpeten, éjjeli izzadáson stb. kívül jellemző, hogy a fülfolys nem kezdődött nagy fájdalommal, mint a hogyan

azt minden acut otitis esetében észleljük, hanem a beteg egyszerre csak észrevette, hogy folyik a füle. Hegetschweiler észleletei szerint 28 eset közül 20-szor semmiféle fájdalom sem szerepelt a kör-előzményben (71.4%) s csak 8 esetben (28.6%) jeleztek a betegek kistökü s inkább a későbbi lefolyásban keletkező fájdalmakat.

Ennek a tünetnek magyarázata abban rejlik, hogy a tuberculosis otitisben a dobhártyaperforatio nem a dobüregben felszaporodott geny nyomása folytán keletkezik, hanem a dobhártyán tuberculomok keletkeznek, melyek sajtosan szétesnek s így nyílik meg a dobüreg fájdalom nélkül.

Az otoskopi kép ezért igen jellemző. A geny nem sűrű sárgás, hanem igen híg, inkább savós, gyakran haemorrhagiás jelleggel. Mennyisége a granulatiók tömege szerint változik.

A dobhártyán a kezdeti stadiumban 2—3, sőt még több perforatiót látunk. Néha a dobhártya valóságosan szitászzerűen van átlikasztva. A perforatiók éles szélűek s szélük renyhe, halvány sarjakkal fedett. Ez az állapot nem tart soká, mert a több perforatio között megmaradt dobhártyahidacsok is szétesnek és a több apró perforatio egy nagyobb, rendetlen szélű perforatióvá egyesül. Gyakran láthatunk egy vagy két perforatio mellett még szét nem esett sárgás, félgömböszzerűen kiemelkedő gümöt. További lefolyásában a dobüregi nyálkahártya több helyen gümösen szétesik s a lecsupaszított csont carieses lesz. Az ilyen gümös caries sokban különbözik más, nem gümös cariesektől. A hallócsontcsókák legtöbbször kigenyednek. A sziklaesont állománya felpuhul s műtétkor az éles kanállal igen könnyen kaparható, különösen a szivacsos csontállomány, melynek üregeit renyhe, vizenyős, halvány sarjak töltik ki. Gümös folyamatokban mindig hiányzik a dobüreg kihámosodására irányuló törekvés. A hám a vizenyős sarjakra rávonulni nem tud. Ezért a gümös otitis cholesteatomával sem szokott kombinálódni (Bezold). A tuberculosis folyamat igen gyakran támadja meg a labyrinthet s acut labyrinthitist idéz elő. A behatolási kapu lehet vagy praeformált hely: a canalis facialis, a kerek ablak vagy ovális ablak, miután előbb a kengyel talpa elpusztult; vagy nem praeformált út: a csontfal arrosioja, mely fistulaképzéshez vezet s praedilectus helye a promontorium és a horizontális ívjárat. A labyrinthfal caries tükrözésekor csak akkor ismerhető fel, ha a promontoriumon székel. A többi behatolási kaput csak akkor találjuk meg, ha a középfül üregeit feltártuk.

A gümös otitisek labyrinthcomplicatioinak gyakorisága Herzog statistikája (München) szerint 5%.

A hallás rendszerint igen rossz, különösen suttogó szóra esökken meg erősen: Dölger (Bezold) szerint 0 és 20 cm. között váltakozik.

A gümös otitis gyógykezelésének az elve, minél konzervatívabb állásponton maradni. A kezdődő stadiumban tisztán a desinfectiora fordítunk gondot és törekszünk a beteg általános constitutionális viszonyain javítani. Tehát mindazon eljárásokat ajánljuk, melyeket egyéb gümös megbetegedés mellett szokás ajánlani az általános táplálkozási viszonyok javítására. Ha a tüdő vagy más szerv gümös folyamata nem súlyos s a fülben csontelváltozás nincs, az otitis ezen stadiumában konzervatív kezelésre gyógyulhat. A legtöbb esetben azonban kiterjedt nekrosiseket és carieses folyamatokat fogunk találni. Mindazonáltal konzervatív kezelés mellett maradunk, mert műtéttel sem sikerül a gümös bajt meggyógyítani. A konzervatív kezelés mindaz, a mit az egyszerű inkomplikált otitisek és a carieses folyamatok tárgyalásakor mondtunk. Tehát feeskendezés bórvizvel, hydrogenperoxyd-beecseppentés, granulatiók eltávolítása, megedzése s ezen felül roborantiák. Több oldalról ajánlották lokális kezelésre a jodot s jodoforot. Ennek előnyeit nem láttuk. Ily eljárás mellett a gümös fülgenyedés lefolyása hosszú ideig enyhe lehet s lassan progrediál; műtéteket csak vitális indicatio alapján végezzünk: intracranialis complicatio esetén, vagy fenyegető labyrinthtünetek keletkezésekor. Az első esetben radikális műtéten kívül az intracranialis gócot kell feltárni, az utóbbi esetben pedig a labyrinth feltárását, esetleg teljes kiirtását kell esatolnuunk a radikális műtéthez.

Végül még radikálisan operálunk akkor, ha acut mastoiditis társul az idült gümös genyedéshez.

\* \* \*

A lueses egyének chronikus otitisének kezelése csak annyiban tér el a mondottakban vázolt eljárásoktól, hogy az alaptanalom gyógykezelésére is gondot kell fordítani. A diabeteses egyének idült genyedése igen makacs s csak kényszerítő körülmények között szabad operatív térére lépni, mert a diabetesesnek reparatív képessége igen csekély.

Az összes leirt idült genyedéses alakok gyógykezelésében, mint ultima ratio, mindig a radikális műtét van ajánlva s ezért utoljára hagytuk, hogy erről a műtétről is szóljunk.

A műtét lényege az, hogy nem elégszünk meg az antrum mastoideum feltárásával, hanem az által, hogy a csontos külső hangvezető hátulso falát eltávolítjuk, s levessük a laterális atticusfalat, a középfül összes üregeit, tehát a külső hangvezetőt, a dobüregget, az atticust, az aditust, az antrum mastoideumot, sőt esetleg a cellulákat is egy közös sima falú üreggé egyesítjük. A műtét technikai kivitelét és kritikáját illetőleg szakkönyvekre utalunk.

Osztályunkon 1906-ban 417 chronikus otitis közül radikális műtétre került 61 (= 14.6%). A hallei klinikán az 1906/7. évben 692 chronikus genyedés közül radikális műtétre került 109 (15.8%). A königsbergi klinikán 1904-ben 425 chronikus otitis közül radikális műtétre került 30 (7%). Ha e három klinika működésének a radikális műtétre vonatkozó számadatait összehasonlítjuk az intracranialis complicatiók és halálesetek százalékos adataival, igen érdekes tanúságot vonhatunk:

		Buda- pesten	Halleban	Königs- bergben
A chronikus genyedések közül radikális műtétre került %-ban ...		14.6	15.8	7.0
A florid genyedésekhez intracranialis megbetegedés társult %-ban ...		2.5	0.87	3.8
M e g h a l t	Az összes fülbetegek közül	(2970 : 9)	(3282 : 10)	(2027 : 4)
	A florid középfülgenyedések közül	0.3	0.3	0.19
	Az intracranialis complicatio-ban megbetegedettek közül	45%	80%	19%

Az ezen táblázatban felsorolt összehasonlító adatokról megjegyzendő, hogy azért vétezt e célra a hallei és königsbergi klinikák statistikája, mert míg egyrészt betegforgalmuk legközelebb áll a mi betegforgalmunkhoz, másrészt a legújabb és leghasználhatóbban feldolgozott statisztikai adatokkal szolgálnak. E táblázatból első sorban kitéjük az, hogy minél több chronikus otitist operálnak meg radikálisan valamely klinikán, annál ritkábban fordul elő intracranialis complicatio. Halleban a chronikus otitisek 15.8%-át operálják s ennek megfelelőleg 0.87% az intracranialis complicatio. Ezzel szemben Königsbergben, hol csak fele annyit operáltak radikálisan (7%), az intracranialis complicatiók 3.8%-ot tesznek.

Hogy nálunk a 14.6%-os műtét arányának ellenére mégis jóval nagyobb (25%) az intracranialis complicatiók arányszáma, annak okát abban véljük találni, hogy Magyarországon ez idő szerint talán egyedül Budapesten operálják meg az otogen intracranialis complicatiókat, holott Németország beteganyaga lényegesen decentralizálódik a mienkhez képest.

A halálozási arány nálunk általában ugyanolyan (3%), mint Halleban, de a florid fülgenyedés arányában a három klinika közül legrosszabb, mert gyakran kapunk már oly súlyos állapotban levő complicatiót klinikánkra — talán ép a nagy távolság miatt, melyből a beteget szállítják —, hogy a műtét már hiábavaló. Ezt bizonyítja statistikánk azon adata, hogy a megoperált intracranialis complicatiók halálozási aránya nálunk csak 45% a hallei 80%-kal szemben. Ezért az otogen halálozás csökkentésének érdekében egyedül helyes eljárás a radikális műtét indicatiojának elég korán való felállítása.

Végül néhány szót a residuumok kezeléséről. Hosszas volna fejtegetni s leírni azon változatos képeket, melyeket a lefolyt és

meggyógyult otitisek maradványai nyujtanak. Meddő is volna, mert a kezelés tüneti. A visszamaradt perforatio elzárására számtalan eljárást ajánlottak. E tekintetben a szakirodalomra utalunk.

A létrejött hegesedések folytán beállott hallászavar és fülzúgás javítására legtöbb sikerrel a vibrációs massaget alkalmazzuk. Néhányszor kísérletet tettünk fibrolysin (thiosinamin)-befecskendezésekkel a hegek lágyítására némi befolyást gyakorolni s e mellett alkalmaztuk a levegőbefúvást és vibrációs massaget, de kevés sikerrel. Az ilyen residuumokban szenvedő beteg, ha a hegesedések olyanok, hogy a kengyelt fixálják vagy a hallócsontokat vongálják, bizony sokat fog szenvedni és hosszú ideig lesz rabja a kezelésnek. Hosszú és kitartó kezeléssel azonban sikerülni fog a hallást bizonyos fűrhető magaslatoz megtartani. Műtéti tőrre csak akkor lépünk, ha biztossággal meg tudjuk állapítani, hogy a tüneteket a stapest fixáló heg okozza. Ezt a heget átvághatjuk. Ha ilyenkor javulást érünk el, ez csak ideig-óráig tart, mert a hegesedés járulékos tüneteivel legtöbbször egy idő múlva ismét beáll.

## A phosphoros csontüszök terjedésének kérdéséhez.

Irta: **Petz Lajos** dr.

A budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztályának 1907 november 22.-én tartott ülésén Lévai József kartárs által a gyufagyári munkások egészségének védelme tárgyában tett előterjesztést követő vitában Friedrich Vilmos kir. tanácsos, egyet. magántanár hozzászólásában a következő kitéltet találok:

„A phosphor kérdésével azóta is többen foglalkoztak. Az orvosirodalomban is találjuk ennek nyomát. A mióta Lorinser Bécsben megindította a mozgalmat, Lumnicez, Eressey Jenő,<sup>1</sup> Réczey foglalkoztak e kérdéssel. Az 1881. évben Petz Gedeon<sup>2</sup> tartott az orvosegyesületben a phosphor okozta csonthártagyuladással előadást s Rózsahelyi indítványára bizottság küldetett ki, a minek eredménye lett a belügyministeri rendelet. Daczára e rendeletnek, daczára annak, hogy Petz szerint fogynak a phosphornekrosisok, az én tapasztalataim szerint ezek szaporodnak.“

Ezen közlemény az Orvosi Hetilap 1908. évi 9. számában jelent meg; reája csak most lettem figyelmes, ez okból nem reflektálhattam rá előbb.

Mindenekelőtt konstatálni kívánom, hogy azon bizonyos Petz „Gedeon“-nal<sup>3</sup> teljesen azonosnak látszom lenni, a mennyiben kívülem az 1881. évben más a budapesti kir. Orvosegyesületben a phosphoros csontüszökről felolvasást nem tartott. E szerint nem foroghat fenn kétség az iránt, hogy a Friedrich által említett Petz Gedeon és közötte fennforgó személyazonosság beigazoltnak vehető.

Másként áll a helyzet a nekem tulajdonított kijelentések tekintetében.

Erre nézve idézem akkori szavaimat (Orvosi Hetilap, 1881. 30. sz., 711. oldal): „A további idő a bántalom kiterjedésének növekedtéről, sajnos, újabb adatokat nyujtott.“ A 712. oldalon: „Ugy hiszem, hogy a fent közölt statisztikai adatok, melyek különben, mint már említettem, nem képezik a megbetegedések összes számát, magában véve elég nyomós indokul szolgálnak arra, hogy a t. egyesület kebeléből kiindulandó mozgalom alapjául szolgáljanak.“

Ebben tehát épen az ellenkezője van a Friedrich által állítottaknak.

Mindenesetre kívánatos, hogy Friedrich megnevezze azon forrást, melyből kijelentését merítette. De meg azt is meg kell magyaráznia, mely időre kívánja rögzíteni azon ellentétes kijelentését, hogy az ő tapasztalatai szerint a phosphoros csontüszök esetei szaporodnak. Az én 27 év előtt tartott felolvasásomra? Hiszen Friedrich kora miatt akkor még nem lehetett azon helyzetben, hogy előadásom következtetéseivel ellentétes álláspontot foglalhatott volna el; azóta pedig orvoskörökben nyilvánosan e tárgyról sem

<sup>1</sup> Illetve: *Ernö*: Lásd: Györy T.: Magyarország orvosi bibliographiája, 109. oldal.

<sup>2</sup> Illetve: *Lajos*: Lásd: Orvosi Hetilap, 1881. 26—30. szám.

<sup>3</sup> Az igazi Petz Gedeon főgymnasiai tanár, akad. level. tag. (Lásd: Athenaeum nagy képes naptára, 236. oldal.)

nem beszéltem, sem nem irtam. Csak hivatalosan, mint a győri közkórház vezetője, 1899 október 2.-án 267. khig. szám alatt Győr város rendőrkapitányságához átiratot intéztem ez ügyben, de az abban foglaltak ismét ellene szólnak a Friedrich által nekem tulajdonított kijelentésnek. Ugyanis akkor azt irtam rendőrségünknek, hogy: „A helybeli gyufagyár munkásai között az állesont phosphoros megbetegedései sűrűen kezdenek fellépni.“ „Minthogy az esetek ezen megszorodása egyrészt a győri munkások felületessége és gondatlansága, másrészt a gyár vezetőségének köteles felügyeletlenségéből jöhet csak létre: van szerencsém hivatalos tisztelettel a rendőrkapitányi hivatalt az iránt megkeresni, hogy a gyár vezetőségét a munkások étkezéseinek szigorú ellenőrzésére, általában pedig a gyár részére kiadott hygieniai utasítások pontos betartására ismételtlen figyelmeztetni sziveskedjék.“

Ebben tehát ismét egy betű sinez abból, a mit Friedrich nekem tulajdonít.

Volna még egy harmadik közelebbi alkalom, a melyből kifolyólag Friedrich nézete az enyémel ellentétes helyzetbe kerülhetett volna. Ez akkor lett volna lehetséges, a midőn 1907 november 23.-án Friedrich dr.-hoz és titkárához Hajnik Ernő dr.-hoz Győrött a phosphorügyben szerencsénk volt. Feltehető már most azon eshetőség, hogy talán akkor találkozott részemről olyféle kijelentéssel, a mely ezen véleményének alapját tehetette. Ilyen kijelentést azonban nem tettem, sőt az előzmények után nem is tehettem. De ha Friedrich a győri gyufagyárban körülnézett, bizonyára láthatta azon nagyszabású és költséges átalakításokat, a melyek ezen kérdésnek részemről és a győri kir. iparfelügyelőség részéről történt ébrentartásának eredménye. Már pedig elképzelhetetlen, hogy azok hatósági nyomás nélkül létesítették volna, ha csak azon fontos okok fenn nem forognak. Ezek között a megbetegedési esetek esökkenése bizonyára nem szerepelhetett. De meg a rendelkezésére bocsátott kórházi statistika sem szólt e mellett.

Ezen időben, úgy mint azelőtt is, mindig hangsúlyoztam, hogy a phosphorkérdés hazánkban égető iparegészségügyi kérdés, a melynek megoldása elől alig lehet kitérni. A még oly tökéletesen átalakított gyár, mint a minő például ma a győri gyufagyár, csak palliativ segédeszköz. Az egyetlen radikális szer, a mire már fent idézett előadásomban is reámutattam: a fehér phosphor használatának betiltása.

Friedrich szives volt megemlékezni a kir. orvosegyesületben az előadásom nyomán kiküldött bizottságról. Ez így van. A bizottság — Kéty, Kelen, Rózsahelyi, Bradách, Petz, Árkövy, Bókay Á. — becsületes szándékkal, de kevés eredménnyel — mindössze egy ministeri rendelet — fejezte be missioját. De mert a kérdést plátói rendelkezésekkel megoldani nem lehetett, minden maradt a régiiben. Mert ne éljünk azon illusioban, hogy a még oly tökéletes átalakítások a phosphorkérdést el fogják tüntetni. Csak a legradikálisabb intézkedés — a fehér phosphor használatának kiküszöbölése — vezethet célra.

Talán ha az a kiküldött bizottság oly szerencsés helyzetben lett volna, mint Friedrich, a ki a legfelsőbb kereskedelmi kormánykörök érdeklődésére hivatkozhatik, ma már nem volna phosphorkérdés. Mindenesetre lekötelezné a hazai közegészségügyet, ha magas összeköttetéseit ez irányban értékesítené.

## TÁRCZA.

### Az orr- és gégeorvostan megalapításának félszázados jubileuma.

(Vége.)

#### II.

A congressus tudományos munkásságát *Fränkel* (Berlin) és *Lermoyez* (Páris) referatuma indította meg: *Az orr- és gégegyógyászat általános orvosi szempontból, a tanítása és a vizsgálata a különböző államokban. Fränkel az orr- és gégegyógyászat történeti fejlődésére tekint vissza, és kiemeli, hogy a gégetükör felfedezése óta eltelt 50 év alatt mi minden történt, hangsúlyozván, hogy az első tíz évben több és hasznosabb történt ezen a téren, mint azelőtt 4000 esztendő alatt. Azon törekvéssel szemben, hogy a*

gégegyógyászat a fülészettel egyesíttessék, határozottan állást foglal, mert ezzel a gégegyógyászat tudományos művelése és fejlesztése háttérbe szorulna. *Lermoyez* szintén csoportosítja az 50 év föbb alkotásait és kiterjeszkedik az egyetemi oktatás viszonyaira az egyetemeken. A vitában *Semon* a különválás mellett foglal állást és hangsúlyozza, hogy az orr- és gégeorvos, mint a házi orvos bizalmiférfia, másba ne avatkozzék, mint a mi szakkörébe tartozik és egyáltalában a határterületekbe ne ártsa magát, van elég művelni és fejleszteni való az orr- és gégegyógyászat területén is. Minthogy a kérdést egyszerű szavazással eldönteni nem lehetett és minthogy az egyes államokban és egyetemeken az orr- és gégegyógyászatot egyrészt elkülönítve, másrészt egyesítve a fülgyógyászattal tanítják, az egész kérdésnek bizottsághoz való utalása eslelt. Ezen referatumok után *Gluck* (Berlin) azon műteti eredményekről számolt be, melyek a *gége gümőkórjára és rossztermészetű daganataira* vonatkoznak. Eljárását már több helyen bemutatta. Műtett eseteinek halálozási százaléka a 13-at nem haladja túl. Öt beteget mutatott be, négyen daganat, egyen gümőkór miatt történt a műtét; valamennyi meggyógyult, érthető, tompa hangon beszél és munkaképes. Általános derültséget keltett a betegeknek beszélő próbája, kik az ajánlott számolás helyett, minden értelmes embernek, a kinek ilyen baja van, azt ajánlották, hogy csak *Gluck* tanárhoz forduljanak. *Gluck* a mellkasi daganatok eseteiben a tüdősipoly alkalmazásáról is szólt és azt képekben demonstrálta; ilyen módon akarja enyhíteni a légszükséget. Ezen eljárását *Gluck* már a berlini sebészcongressuson is szóvá tette, de *Friedrich* nagyon ellenezte az eljárást, mint a mely célra nem vezet. *Gluck* panaszkodott, hogy gyökeres eljárása nem talál követőkre. E tekintetben úgy áll a dolog, hogy sokan pusztultak el a keze alatt, míg egynehány szép és sikerült esetet tudott felmutatni. *Semon* meg is jegyezte, hogy szeretné ismerni a végleges gyógyulások statistikáját. Ez a fogas kérdés nem egy eljárásra alkalmazható. Mindazonáltal a bemutatott esetek általános tetszést arattak. Igaz ugyan, hogy a tüdősipoly ajánlatával a sebészi congressuson egyedül maradt, itt azonban nagyban tapsoltak neki.

Délután *Kuhnt* és *Ónodi* az orrbajok és az orgazat bajainak összefüggéséről a szembajokkal referáltak. *Ónodi* referatumát lapunk egész terjedelmében közli.

A referatumokat élénk eszmecsere követte, melyben hangsúlyozták ezen okozatos összefüggés fontosságát; az eszmecsereben résztvett *Halász*, *Killian*, *Grünwald*, *Marschik*, *Pauncz*, *Rosenberg* és *Réthy*.

*Loewe* ismert eljárásáról szólt, mely az orr melléküregeinek nagy sebészi feltáráására vonatkozik, melybe egyszersmind a hypophysis daganatainak eltávolítása is bevonható.

*Heryng* (Varsó) az inhalációs terapiáról tartott előadást. Az állatkísérletek kimutatták, hogy methylenkék porlasztott oldatai az alsó tüdőlebenyekbe és a tüdőcsúcsokba is behatolnak. Thermoregulatorral bíró inhalációs készülékeket szerkesztett. Balsamos, antiseptikus és érzéstelenítő orvosságok gőzalakban 50—70% víztartalommal a tüdő minden részébe eljutnak. A spray hőfokának fokozása 75 Celsius fokig, csökkentése 10 Celsius fokig lehet. Az inhalációs gyógykezelés jó eredménnyel használható az orr, a torok, a gége, a légeső és a hörgők heveny és idült elváltozásai-ban, az idült tüdőgümőkórban, nem a bacillusok elpusztítása czéljából, hanem a másodlagos fertőzésnek sikeresebb legyőzésére, a pangó váladék elfolyósítására, a kiköpés elősegítésére, a köhögés enyhítésére, a congestiós állapot csökkentésére, antiseptikus anyagoknak a vérbe jutása útján a toxinokra való hatásra.

*Semon* (London) a felső légutak helybeli bántalmainak általános kezeléséről referált. Utalt arra, hogy az egyik esetben elegendő a helybeli kezelés, a másikban ezt az általános kezeléssel kell egyesíteni és a harmadikban elég csupán az általános kezelés.

*Denker* (Erlangen) az orrüreg rossztermészetű daganatainak gyógykezeléséről tartott előadást és a saját ismert módszerével elért eredményekről számolt be. A módszere szerint kezelt betegek rendszerint 10—14 nap múlva már elboacsáthatók.

*Burger* (Amsterdam) és *Gradenigo* (Turin) a Röntgen-sugarak és a radium körjelzési és gyógytani értékéről a rhino-laryngológiában referált. *Burger* kiemeli a Röntgen-sugarak hasznát az idegen testek és lövés okozta sérülések eseteiben. A bázisban ilyen módon

116 esetben mutattak ki fémtárgyakat, pénzdarabokat, 23 esetben hamis fogat, 6 esetben esontdarabokat. Idegen testeket a hörgőkben 45 esetben állapítottak meg ilyen módon. Az újképletek szempontjából az eljárás korlátolt értékű. *Gradenigo* hangsúlyozza a radiotherapia hátrányait, melyek a mélységbe való gyenge hatásban, a bőrlobok keletkezésének veszélyében, a recidívák gyakoriságában és a rossztermészetű daganatok gyors terjedésében állanak. Felületes rák eseteiben szép eredményeket értek el; az orr- és szájüreg rossztermészetű daganataiban kevésbé kedvezőek az eredmények. A radium hatása analog a Röntgen-sugarakéval. Hátránya a nagy ára, alkalmazásának kisebb tere; előnye, hogy az üregek belsejébe is bevezethető. Jó eredményeket értek el vele bőrrák eseteiben.

*Moure* (Bordeaux) a gége rossztermészetű daganatai ellen alkalmazandó műteti eljárásokról szólt.

*Killian* (Freiburg) és *Kuttner* (Berlin) érdekes és tanúságos Röntgen-felvételeket mutatott be, melyek a melléküregek megbetegedéseinek körjelzésekor becses segítségül lehetnek.

*Gleitsmann* (New-York) és *Heryng* (Varsó) a felső légutak gümőkórjának gyógykezeléséről referált. A haladás az újabb eljárásokban és a szigorubb javallatban jelölhető meg. Jellemző, hogy a sok eljárás mellett kiki más-más eredményt látott és hogy alig fordul elő, hogy két szakember ugyanazon esetét a gégegümőkórnak egyforma helyi kezelésben részesítene. Természetes, hogy az ismert helyi kezelés mellett a hygienés, a diaetás és klimás szabályok annál inkább megtartandók, mert a betegek többsége egyszersmind tüdőgümősődésben is szenved. Ajánlották a sebészi beavatkozásokat, a galvanokaustikát, a forróléggel kezelést, a fénytherapiát, valamint a Röntgen-sugarakkal és a radiummal is kísérleteznek.

*Hennig* (Königsberg) a keleti és északi tengerparton való tartózkodást ajánlja olyan betegeknek, kikben a gümőkór scrophulosis, vérszegénység vagy chlorosis talaján, általános testi és ideggyengeség folytán fejlődött.

*Imhofer* (Prága) érdekes történeti adatokat közölt a gümőkór ismeretéről a görögöknél és rómaiaknál.

*Möller* (Kopenhága) a mellhangok és a falsethangok mechanizmusáról tartott előadást.

Bővebb megbeszélésben részesültek az orr melléküregeinek megbetegedései és gyógykezelése, élénk vitát keltve, melyben résztvett *Tilley*, *Watson William*, *Waggeth*, *Hajek*, *Grünwald*, *Killian*, *Ónodi*, *Réthy*, *Vohsen*, *Weil* stb.

*Jurasz* (Heidelberg) a rhinolaryngologiai congressusok történetéről referált és a nemzetközi orr- és gégeorvostani congressusok állandósítását javasolta. E czélból a jövő congressus előkészítésére az idő és hely megjelölésére nemzetközi bizottságot küldtek ki, melynek tagjai *Chiari*, *Fränkel*, *Hellat*, *Lefferts*, *Massei* és *Semon*. Egyszersmind határozatba ment, hogy a jövő congressuson a referatumokat nem olvassák fel, hanem kinyomatva előzetesen szétküldik.

*Brünnigs* (Freiburg) a bronchoskopiának általa lényegesen javított instrumentariumát mutatta be. *Eicken* (Freiburg) a Killian-féle homloküregműtéttel elért eredményekről számolt be. *Réthy* az orrsövény műtéteinek javallatairól, *Baumgarten* a gége- és bázisgüszükületek hatásáról a nemi szervekre szólt. *Stern* az idegbajosok hang- és beszédzavarairól tartott előadást. *Katzenstein* az articulált hangképzésre vonatkozó érdekes állatkísérleteiről beszélt.

*Struicken* (Hollandia, Breda) éveken át végzett rendkívül érdekes vizsgálatairól számolt be, melyek a légrézgsnek fotografiai felvételére vonatkoznak a hangképzéskor.

A hat referatumot elintézték, de a bejelentett előadások nagy részére nem került a sor, azok csak a congressus tárgyalásait bennfoglaló munkában lesznek közzétéve.

A congressussal kapcsolatban nagyon szép, tanulságos és gazdag kiállítás állott a tagok rendelkezésére, mely úgy történeti vonatkozásai, mint tudományos értéke miatt alkalmas volt az érdeklődésre és a tanulmányozásra egyaránt. A történeti tárgyak közül kiemelendő Türek és Czermak hagyatéka. Az egyes országok szakférfiai a következő arányban vettek részt a kiállításban: Ausztria 18, Németország 11, Franciaország 6, Spanyolország 4, Magyarország 2, Olaszország 2, Oroszország 2, Anglia 1, Japán 1 és Norvégia 1.

A két magyar kiállító közül *Morelli* 30 gastróskopi felvételt és 14 részben esetekre vonatkozó rajzot, részben eltávolított daganatot és idegen testet, *Óodi* pedig 130 táblát állított ki, melyek fényképfelvételek után természetes nagyságban tüntetik fel az orr melléküregeit; kiállította továbbá a gége idegeinek, izmainak és izületeinek phantomját, azonkívül a homloküregnek 1200 fejen történt villamos átvilágítása és Röntgen-felvétele eredményeit (ez utóbbiakat *Manning* készítette) és végül nyolcz általa szerkesztett műszert.

## A 25. német belorvostani congressus.

(Folytatás.)

A szívdiagnostika és pathologia körébe tartozó előadások között kevesebb az értékes.

*Hesz* (Göttingen) a kardiogramról és az I. szívhangról értekezett azon vizsgálatai alapján, a melyeket *Frauk* módszerével végzett. *Herz* (Wien) a mellkas relatív szűkülete által előidézett szívizomelégtelenségről s kezeléséről tartott előadást. Relatív mellszűkület akkor áll fenn, ha a mellkas magában kis térfogatú, vagy a térfogata rendes, de a szív nagy. A szívbeszorulás kisebb-nagyobb fokú lehet, s miatta izomzatának táplálkozása s működése is szenved. A szívnek ily állapota a szívcsúcslökés resistens, alig elnyomható voltából, a bordaközök előboltosulásából ismerhető fel, a mi nem tévesztendő össze a szívhypertrophia tüneteivel. A kezelés a mellkas tágitásából, tüdőgymnasztikából és massageból, másrészt a szív megkisebbitésének megkísérléséből áll. Mint kórokozó momentumnak szerepe lehet a rossz testtartásnak, a kyphoskoliosisnak, a rekesz magas állásának, végül a szív tágulatának és túltengésének. *Schott* (Nauheim) az acut szívűleröltetés kérdését fejtegette. Birkozó egyéneknek végzett vizsgálatai arra az eredményre vezettek, hogy szívdobogást és nehéz légzést okozó testi túlterhelés egészséges egyéneknek is acut szívűleröltetésre vezet. *Hering E.* (Prága) az alternáló szívűködésről tartott előadást, a mi vesebajokban, különösen zsugorvesében gyakrabban észlelhető. Mesterségesen glyoxylsavmérgezéssel vagy a szívkamara erős izgatásával idézhető elő. A továbbiakban az alternáló szívűködés keletkezésének mechanizmusát fejtegette.

*Kürt* (Bécs) a szívhatárokat hallgatódzással állapította meg, a mit a *Bazzi-Bianchi*-féle phonendoskop segítségével végzett. *Rimbach* (Berlin) orthodiagraphia útján mutatta ki, hogy a massage a szívet kisebbíti, a vérnyomást s ez által a szív munkáját is csökkenti. Vizsgálatait zsíros szívű, szűk mellkasú egyéneknek és billentyűbántalmakban, verőérelmeszesedésben szenvedőkön végezte. *Roos* (Freiburg) a szívhangok objectív észlelésére vezető eljárását ismertette, a melyet két kormozó láng felett mozgó papirszeletről s egy phonendoskopról összeállított eszközzel végez. A phonendoskop az egyik lánggal összekötöttségben áll s a kormozást befolyásolja. A szív rendetlen működésében a papirszeleteren a kormozott körök számosabbak és nagyobbak. Eljárása segítségével az előadó oly szívűzörejt is felismert, a mely hallgatódzással nem volt észlelhető, s csak fokozott szívűködés közben vált hallhatóvá. *Weiss* és *Joachim* (Königsberg) a szívhangok és zörejek reproductiójára szolgáló eljárását mutatta be, a melynek segítségével phonoskoppal a zörejekről megállapítható, hogy organikusok-e vagy anaemiások, s a systolés zörejt az aortához vagy a bal gyűjtőeres szájadékhoz tartozik-e. A zörejeket művileg is elő tudta idézni telephon segítségével.

*Wachenfeld* (Nauheim) az ép és kóros szív vérkeringését fejtegette. A szívizomzat megbetegedése csökkenti a systole alkalomával kiürülő vér mennyiségét, tehát lassítja a vérkeringést, miáltal a szervezet oxygenellátása is szenved. A billentyűbántalmak keletkezésékor a pitvarok és kamrák vérmennyisége csak kis mértékben ingadozik. Ez ingadozásokat a „Schlagvolumen“ megfelelő csökkenése kiegyenlíti. A szívbetegségek legnagyobb veszélye a „Schlagvolumen“-nek esetleg túlságos mértékben csökkenésében áll, a mi miatt a szervezet csak hiányosan látatik el oxygenel. Ezért nem szabad a beteg szívet megerőltetni, lehetőleg könnyíteni kell a munkáját. A gymnastikát mint gyógyszerközt elveti s helyette a massage ajánlja, a mely a szívizomzat jobb táplálkozására vezet.

*Müller Albert* (Bécs) módosított pletysmograph-eljárását ismertette a szív munkájának meghatározására s a vele szerzett vizsgálatokról számolt be. Eljárását a *Kirchhoff*-féle törvényből vezette le,

mely szerint egy bizonyos testsúlyban az odafolyó arteriás vér mennyisége és az ellenállás állandó viszonyt ad. Normális férfiégyénben az egy szívcontractio által kihajtott vér térfogata 85, nőkben 75 cm<sup>3</sup> volt középértékben. Az egyéni ingadozások 60 és 120 között voltak. Szívbántalmakban, idült vesegyulladásban és cukorbetegségben e „Schlagvolumen“ csökkent. Remélhető, hogy e módszer klinikailag használható eredményeket fog adni.

*Meinertz* (Rostock) a venaphaenomenről szólva kimutatta, hogy a venaösszeesés mérése alapján a verőeres nyomás mérése nem eszközölhető.

*Selig* (Franzensbad) az aorta mézsttartalmát vizsgálva, a csontok és az aorta mézsttartalma között bizonyos vonatkozásokat talált.

A szívpathológiát illető előadásokhoz hasonlóan esekélyebb érdeklődés kísérte azt a néhány értekezést, a mely az idegrovostan körébe sorolható. *Grund* (Heidelberg) kimutatta, hogy a normális izom lehülésekor elfajulási reactiót adhat. E reactiót megkülönböztetésül a kóros izom reactiójától lehülési reactionnak nevezte.

*Zinn* (Berlin) ritka, a canalis centralis falának sejtjeiből kiinduló s az egész gerinczvelőre áttérjett daganatnak szövettani készítményeit mutatta be. A többi előadás az ischiasra vonatkozott. *Robinson* (Bécs) 25 eset alapján az ischiasnak azon alakjáról szólt, a mely a medenczefoltok elnevezése alatt ismeretes concrementumoktól származtatható. E kerek képletek az izületi egereknek felelnek meg, s alkalmasint a synoviák megbetegedésével függnek össze, a mely a n. ischiadicusra is áttérjedhet.

*Erben* (Bécs) a környéki ischias elkülönítő körjelzése ezimén az egyoldali lábfajdalmak diagnosisának nehéz voltát fejtegette. Két oly új tünetet talált, a melyek alapján az ischias felismerhető. Az egyik az, hogy a fájdalmak köhögéskor, tüsszentéskor fokozódnak, a másik a gerinczoszlop egy részének merevsége az esetben, ha a beteg törzsét előre hajlítja.

*Bum* (Bécs) az ischiasnak általa módosított infiltrációs gyógy módjáról szólt 38 eset alapján. 24 beteget teljesen meggyógyult, 8 tetemesen javult. Az eddig kezelt esetek száma 105 volt, 61.6% teljesen meggyógyult, 20.6% javult, 6.6% recidivált, 11.0% nem változott. 90 eset chronikus volt, a többi subacut; acut esetek nem állottak kezelés alatt. A kezelés nem végezhető tüneti és toxikus ischialgiában, súlyos érelmeszesedéses ischiasban és functionális neurosisok ischiasszerű tünete esetén. Asepsises eljárás s élettani sóoldatnak befeeskenése mellett káros jelenség nem jön létre. *Lange* (Lipese) a hysteriás s toxikus ischias kezelésére is ajánlotta az infiltrációt. *Stern*-nek (Bécs) a dadogás definitiójáról tartott előadása az utolsó e csoportban.

Tüdő- és vesepathologiai kérdést keveset tárgyaltak. Nagyobb érdeklődést *Brauer* (Marburg) keltett élénk előadásával, a ki a mesterséges pneumothoraxsal való gyógyítást fejtegette a tüdőgümőkör terapiájában. Az eljárás kivitele komolyan mérlegelendő; az egyszerű punctió s beszúrása veszélyes lehet, mert tüdősrülés esetén légembolia jöhet létre. Ezért a levegő beoocátása a bőrnek, izomzatnak s pleurának praeparatív úton való szétjárásával történjék. A discussioban felszólt *Lenhartz*, s a pneumothorax előidézése ellen nyilatkozott. Megemlíté ezenkívül azt az észlelést, hogy a hasba levegőt bocsátva, Röntgen-sugarakkal a rekesz alatt ülő bázisgaganatok is felismerhetővé válnak. *Klemperer F.* (Berlin), *Robinson* (Bécs) felszólalásai a kivihetőség mellett vannak. Válaszában *Brauer* elismerte, hogy gyógy módja csak oly betegeknek való, a kiken másképen segíteni már nem lehet; ily egyéneknek olykor jó eredményt látott. *Bönniger* (Pankow) újabb szempontokból szólt a légzés élet- és kórtanához. *Lange* (Lipese) a *Jacobs*-féle tuberculinnal végzett gümőkörkezelés kedvező eredményeiről számolt be. A *Römer*-féle pneumococcusavót *Reitter* (Bécs) teljesen értéktelennek vallotta a croupos tüdőgyulladás kezelésében.

A vese kór- és gyógytana szintén alig részesült figyelemben. *Horner* (Bécs) a vesebajosok vérnyomását tette alapos tanulmány tárgyává. Vizsgálatait az általa módosított *Frey-Gärtner*-féle módszerrel végezte. Vizsgálatai szerint a vesebajosokban a keringési akadály a verő- és gyűjtőeres keringési pálya között van, a periferiás végágakban, s ez nehezíti meg a bal kamrából a vér elfolyását. A vesebajosokban tehát verőeres pangás van (Pal). A vesebajosok vérnyomása és Cl-kiválasztása között törvényszerűség nem volt megállapítható. Mindazonáltal sószegény diatét, agynyugalmat

s kevés vizivást ajánl, miáltal a vérnyomás csökkenthető, az oedemák szűnnek s a közérzet javul. A vesegyulladásban 2 szakot különböztet meg a fentebbiek alapján. Az első a fokozott verőeres s normális gyűjtőeres nyomás szaka, a második a fokozott verőeres pangás szaka.

*Siegel* (Reichenhall) a meghűléses vesegyulladás kérdése ezimen ismertette állatkísérleteit. Kutyákon acut vesegyuladást tudott előidézni, némely esetben vízkórsággal, ha a megnedvesített állatokat lehűtötte. A betegség létrejövetelét érösszehúzóással magyarázta. Ha az állatot dörzsölve megszáritotta, a betegség nem fejlődött ki.

*Decastello* (Innsbruck) a Bence-Jones-féle fehérjevizelés létrejövetelének egyik feltételül a vese károsodott voltát jelentette ki.

A belorvostan és sebészet ütközőjét, a vesegümőkört *Kornfeld* (Bécs) tárgyalta. Kiemelte, hogy a functionális vizsgálat módszerek a vesék anatómiai állapotáról nem adnak mindig megbízható felvilágosítást. Csak a rendelkezésünkre álló összes eljárások együttesen szolgáltatnak használható eredményt. 100 esete alapján kijelenti, hogy a vesegümőkör belorvostani kezelésre javulhat, sőt gyógyulhat is. A műtét halandóság kezdődő bántalom esetén is rendkívül nagy,  $13-28\frac{1}{2}\%$ . Szükségesnek tartja a vesegümőkör kérdésének áttanulmányozását jól választott esetekben, s a belorvosi kezelés fontosságát hangsúlyozza. Az utóbbi hízalásból, klimás kezelésből s tuberculin- és psychotherapiából álljon

*Grube* (Bonn-Neuenahr) a cukor képződéséről az állati testben szólott s kimutatta, hogy a cukor nemcsak szénhidrátokból, hanem más anyagokból is képződik. Formalin és glicerín átáramoltatása a májon a glykogen szaporodására vezet.

*Simon* (Karlsbad) a diabetes mellitus diætetikájához fűzött adatokat.

*Baar* (Portland) Oregonban 984 egyénen 3000 vizeletvizsgálatot végzett, s kimutatta, hogy alimentáris oxaluria ninesen. Az oxalsavvizelés sui generis anyagcserebántalom s nem csökkent oxydatioval járó folyamatok tünete.

*Pfeiffer* (Wiesbaden) az általa ismertett mirigylázra hívta fel a figyelmet, melyben a fejbicezentő izom mögötti mirigyek fájdalmassá lesznek, a máj tetemesen megduzzad, a lapoczkaszögletnél s a hason fájdalmas pont található, a beteg lázas. A bántalom rendszerint néhány nap alatt lefolyik, sohasem halálos. A szájon át történt fertőzésre vezethető vissza. *Schwenckenbacher* (Marburg) a perspiratio insensibilis fogalmának végső kiküszöbölését ajánlotta, s azt a bőr párolgása által feltételezett, észre nem vehető súlyvesztéssel azonosította. *Goldmann* (Sopron) vasat kenőkúra alakjában vitt jó eredménnyel a szervezetbe.

*Morawitz* és *Lossen* (Heidelberg) terhelt haemophiliás egyénen végzett vizsgálatokat. A vér alvadásának időtartama 5-7-szer volt hosszabb a normálisnál. Az alvadás lassabb voltát a fibrin-fermentumnak, s különösen a thrombokinasenak hiányos képződésére vezeti vissza. A szervezetnek normális alvadás gátló anyagai a beteg vérsavójában nem voltak megtalálhatók, a mi a szervezet védekezése mellett szól. Valószínűnek tartja, hogy a haemophiliában az összes protoplasmának kémiai elfajulása van jelen.

A discussioban felszólalt *Lommel* (Jena), a ki a serumkezelést nem tartja ugyan biztosan sikerre vezetőnek, de azért a használatát ajánlja. *Pick* (Prága) haemophiliás betegein a vérzés ideje előtt a vörösvérsejtek nagy számát észlelte, s ez alapon párhuzamot vont a polycythaemiások vérzésével. Az alvadás lassúását nem észlelte. *Falta* (Bécs) esetében a beteg vérének alvadási ideje általában csökkent volt, a vérzéskor azonban normálisnak látszott.

*Fischler* (Heidelberg) a kísérleti úton előidézett májcirrhosis létrejöveteléről a színanyagok (urobilin, urobilinogen) jelentkezéséből szerez tudomást. A toxikus májsugorodás kezdetét a parenchyma elfajulására vezeti vissza, a zsugorodást másodlagos folyamatnak tartja. *Gerhardt* (Basel) s *Neubauer* (München) az urobilin enterogen eredete mellett szólaltak fel.

Nagy figyelemmel kísérte a congressus a belső secretio körébe tartozó előadásokat, a melyek túlnyomóan a bécsi orvosi iskolából kerültek ki. Az előadók fejtegetései az elméleti orvostudomány körébe tartoznak ugyan, azonban magokban rejtik a gyakorlati értékesíthetőségét is.

*Ország Oszkár* dr.

(Vége következik.)

## IRODALOM-SZEMLÉ.

### Könyvismertetés.

**O. Fellner: Die Therapie der Wiener Spezialärzte.** Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg, 1908.

A nem egészen 500 kis oldalra terjedő munka szerkesztője mintegy 80 többé-kevésbé jó nevé szerzőt (egyetemi tanárok, kórházi főorvosok, tanársegédek) gyűjtött össze, felkérve őket a speciális szakmájuk körébe tartozó betegségek gyógyításának megírására. Ezeket a többnyire nagyon rövid cikkeket már most a szerkesztő a betegségek kezdőbetűi szerint összeállította s ily módon rövid therapiás lexikon keletkezett. Utánanézésre, a lényeges pontoknak az emlékeztetőbe visszaidézésére sokszor jó lehet ez a könyv, a melynek némelyik fejezete igazán nagyon ügyesen van megírva, úgy hogy szinte mintaképül szolgálhat. Az egyenetlenség azonban nagyon feltűnő a munkában nem csupán az egyes részek minősége, hanem terjedelme tekintetében is; így például a „pediculi“ vagy a „parotitis“ fejezet nagyobb helyet foglal el mint a „Bright-kór“! Az sem egészen világos, hogy miért kellett a fizikai therapiát egészen külön tárgyalni; az ilyen lexikonszerű könyvben sokkal helyesebb, ha egy helyen talál meg az olvasó mindent, a mi az illető betegségre vonatkozik. De különben is például a fizikai therapia fejezetében találjuk a diabetes insipidus gyógyítását — fizikai gyógyítási módok nélkül; s még más részek is vannak itt, a melyekben alig van szó fizikai therapiáról. Azt hisszük, nem csalódnunk, ha a munkának nem jósolunk nagy jövőt, főleg azért, mert túlságosan rövid, nem ad eléggé kimerítő útbaigazítást.

**Binet-Sanglé: Les lois psychophysiologiques du développement des religions. L'évolution religieuse chez Rabelais, Pascal et Racine.** Paris. A. Maloine, 1907. 400 lap. Ára 3.50 fr.

A szerző a devotio alatt a túlságos emotioval, kedélyfelindulással járó hitet érti, és megállapítja, hogy ez elmebetegség tünete. Kimerítő tárgyalásban olvassuk a vallásos gondolkozás terjedésében a suggerálás szerepét. A férfi suggeráló képessége a közölt esetekből vont tapasztalatok alapján erősebb mint a nőé, ellenben a suggerálhatóság a nőben kifejezettebb, leginkább a fiatal korban. A felindultság, a félénkség, a tudatlanság, a gyengeelméjűség, az alázatosság és a tanulékonyosság fokozza a suggerálhatóságot. Az egyház psychologus módjára évezredek gyakorlati tapasztalat alapján megtanulta, hogy miképpen kell ezt a reá nézve fontos tulajdonságot fokozni. Ezt a célt fokozzák a szertartások, a böjt, a virrasztás, a hallgatás és a magánosság (némely szerzetben). Így néha valószínűségi epidemias góczok támadtak, a melyek nagyon hasonlóak a fertőző bajok epidemias góczaihoz. *Binet-Sanglé* arra a következtetésre jut, hogy a vallás alkalmatlan az erkölcs megalapozására és hogy a tudomány az élettan, psychológián és sociológián alapuló, minden hazugságtól mentes erkölcs fogalmát fogja megállapítani.

Nagyon érdekes Rabelaisnak a „Pantagonel“ szerzőjének életrajza, az ő fokoként való felszabadulása a suggerálás alól. Blaise Pascal, a hírneves matematikus gondolkozását családja történetéből magyarázhatjuk. Atyja a boszorkányokban hitt. Nővére, Jaqueline, 13 éves korában már egész tűrhető vallásos verseket írt és 16 éves korában a szűz Mária fogantatásáról írt költeményeért díjat nyert. Az egész Pascal család felizgatta Jaques Forton kapuczinus barát, a ki 1647-ben felolvasásokat rendezett. Minthogy ezek nem egyeztek az egyház tanaival, a Pascal-család feljelentette őt a püspöknek. Ez a dolog kiindulópontja lett vallási bölcselekedésüknek, a melyből folyólag Jaqueline Pascal kolostorba vonult. Az itteni élet leírása nagyon olvasásra méltó fejezete a könyvnek. Nővérenek élete nagy hatással volt a tudásra, a ki lemondott addigi életmódjáról, a házi munka egy részét maga végezte, a szőnyegeket elvitette szobájából, étkezését korlátozta, megtiltotta, hogy izletes ételeket főzzenek neki, hegyes vasakkal ellátott övet viselt és valahányszor valamiben élvezetet talált, ezzel az övvel megsebezte magát. Így az amúgy is gyenge szervezetű ember még inkább meggyengült. 1654-ben történt baleset után hallucinációi is voltak. Ekkor Pascal összefüggéstelen himnuszokat írt és azokat



ruhája bélésébe varrta, majd kolostorba vonult, a hol tanuja volt egy daeryocystitis csodás gyógyulásának, a melyet állítólag Krisztus töviskoronájából vett tüskével értek el. Itt készültek el a híres „gondolatok”. Pascal 39 éves korban elgyengülve meghalt.

Nem kevésbé érdekes Racine családjának ismertetése.

Kollarits Jenő dr.

## Lapszemle.

### Általános kór- és gyógytan.

A pankreas működésének vizsgálatára vonatkozó egyszerű eljárást dolgozott ki *Schlecht* a boroszlói belklinikán. A módszer azon alapszik, hogy normális bélsár állandóan tartalmaz egy proteolysises fermentet, a minek megfelelően megalvasztott vérsavón bemélyedések keletkeznek. Ez a proteolysises ferment pedig Müller vizsgálatai szerint nem más, mint a pankreastrypsin. Mint-hogy azonban bizonyos fajta leukocyta-k szintén termelnek proteolysises fermentet, bélbéli súlyosabb lobos folyamatok fennállásakor tehát ilyen leukocyta-ferment lehet a bélsárban: olyan eljárással is kell rendelkezniünk, a melylyel ez a leukocyta-ferment és a pankreas-ferment egymástól megkülönböztethető. Ilyen módszerünk pedig van, a mennyiben *Wiens* és *Müller* azt találta, hogy hidegvérű állatok serumának már igen kicsiny mennyisége megakadályozza a pankreastrypsin proteolysises hatását (a megalvasztott vérsavón tehát nem támadnak bemélyedések), a leukocyta-fermentre ellenben tetemesebb gátló hatást nem gyakorol. Ha tehát a bélsárban proteolysises ferment jelenlétét mutatjuk ki és kizárjuk a leukocyta-ferment jelenlétét: ebből azt következtethetjük, hogy pankreastrypsin van a bélsárban, a pankreas tehát működik. Maga az eljárás a következő: A vizsgálandó betegnek reggel éhombra beöntést adunk (legezélszerűbben glicerín-klizmát). Miután megvolt a bőséges székürülés, próbaétkezést kap s utána 1—2 órával valamilyen erősebben ható hashajtót (0.3 gramm calomel, esetleg 0.5 gramm purgennel). Az ezután ürült bélsarat (ha nagyon tömött, glicerinnel eldörzsölve, ha pedig savi kémhatású, szódaoldattal gyengén alkálissá téve) kicsiny cseppecskék alakjában megalvasztott vérsavó-lemezre teszszük s a lemezt 24 órán át 55—60° mellett tartjuk. Ha van trypsin a bélsárban, többé-kevésbé kifejezett bemélyedések keletkeznek a lemezen. Bélbéli lobos folyamatra gyanú esetén természetesen a leukocyta-ferment jelenléte a fent említett módon kizárható. A módszer különben talán tökéletesíthető is lesz abban az irányban, hogy kvantitatív vizsgálatra is felhasználhatjuk. Még csak azt kell szem előtt tartani, hogy a nagy zsirtartalom akadályozhatja a proteolysist s azért a nagyon zsíros bélsárból a zsír előbb eltávolítandó aetherrel rázás útján. Azután meg vérre is meg kell vizsgálni a bélsarat, a mennyiben a vér antifermentet tartalmaz, tehát vér jelenléte esetén negatív eredményt kaphatunk, noha van trypsin a bélsárban. Gyomorrák néhány esetében nagyon gyenge volt a bélsár proteolysises hatása, noha a boncsoláskor a pankreas váladékának lefolyásában nem találtak akadályt. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 14. szám.)

### Belorvostan.

Az epeköbetegség gyógyításának mai állásáról írva *Albu* (Berlin), először e betegség pathogenesisét tárgyalja nagy vonásokban. Naunyn nézete szerint az epeköbetegség okát a cholangitis calculosában kell keresni, a mely az epeutaknak hámdequamatioval járó hurutjában áll, s a melynek előidézésében nyilván az epepangást előidéző tényezők (például az epeutak megtörése a máj lefűzése folytán) játszanak fontos szerepet. A levált hámsejthalmazok alkotják a mésztartalmú concrementumok alapját, a melyeket az epeutak peristaltikája az epehólyagba hajt, a hol reáakadás útján nagyobbodhatnak, de az epehólyag fenekére süllyedve tüneteket nem okoznak mindaddig, míg a bélből felhaladó fertőzés az epehólyag és ductus cysticus nyálkahártyájának heveny gyulladását és duzzadását nem idézi elő. A pangó váladék nyomása erőteljes összehúzódásokat vált ki, a melyek az epével együtt a köveket is kifelé hajtják; ezek a legtöbb esetben bekelődnek a ductus cysticusba, a minek következtében még inkább fokozódik a váladékpangás s az epehólyag tetemesen megnagyobbodik: gyuladós epehólyagtumor (cholecystitis acuta). Néhány nap múlva lelohad a nyálkahártya,

kiürül a váladék, a kövek visszahullanak a hólyagba: lezajlott egy „eredménytelen roham” (erfolgloser Anfall), a mely többször ismétlődhetik. Megtörténik, hogy a kő a ductus choledochuson bekerülve a bélbe, természetes úton távozik s a befeg meggyógyul: „eredményes roham” (erfolgreicher Anfall). Az epekörohamoknak legalább fele sárgaság nélkül folyik le. Ennek létrejötté szoros összefüggésben van a ductus choledochusnak a folyamatban való részvételével: elzáródás gyuladós nyálkahártyaduzzadás vagy kőbeekelődés miatt. Mindkét folyamat néhány nap alatt visszafejlődhetik; ha az utóbbi sokáig fennmarad, kifejlődik az idült choledochus-elzáródás képe káros következményeivel az anyagforgalomra és táplálkozásra. Az elkülönítő kórjelzés szempontjából fontos, hogy az epevezetékét összenyomó daganatokkal ellentétben az epevezeték kő általi elzáródása ritkán idéz elő hydrops chronicus vesicae felleae-t s az epehólyagduzzanat ilyenkor sokkal kisebb is, mint az első esetben. Még kisebb a duzzanat akkor, ha idült epehólyag-empyemával van dolgunk. A cholelithiasis következménye lehet az idült pericholecystitis, a mely a májjal, pylorussal, duodenummal való összenövést vagy (ha genyes a gyuladás) sipolyok képződését és esetleg a kőnek a duodenumba való áttörését eredményezheti.

Az orvoslásnak az alapbántalom, a cholangitis calculosa gyógyítására kell irányulnia. A kövek feloldására vonatkozó törekvések, a mellett, hogy nem az alapbántalmat, hanem a következményt akarják eltüntetni, nagyon kétes értékűek, mert tulajdonképeni epeköoldó szereink nincsenek, legfeljebb a rendkívül ritka, tisztán cholesterolból álló köveket oldja maga az epe. Az annyira ajánlott olajok: a Durand-féle szer (aether + terpeninolaj aa), oleum olivarium (a melyet eunatrol = olajsavas natrium és lipanin vagy bromipin alakjában is adnak) ritkán észlelhető jótékony hatása nem a kövek feloldására vezetendő vissza, hanem az olaj epehajtó hatására, a mely azonban nyilván csak látszólagos, a mennyiben az olaj hatására a bélmozgással egyidejűleg az epeutperistaltika is fokozódik s e miatt az epe kiürülése tökéletesebb, mennyisége azonban nem fokozódott. Ezen alapul a — sokszor nagy reklámmal hirdettet — számos újabb szer (chologen, cholelysin, ovogal, lithosanol stb.) némi hatása is, mert mindegyikük chemiai vagy növényi hashajtót tartalmaz. A régóta használatban levő calomeltől csak enyhébb hatásukban különböznek, s így az epeköbetegség különleges gyógyszerének ép oly kevésbé mondhatók, mint a calomel. Nem oldják az epeköveket a különlegesnek mondott ásványvizek sem, akár alkaliás (Neuenahr, Vichy), gläubersós (Karlsbad, Marienbad, Tarasp, Bertrich, Rohitsch stb.) vagy konyhasós (Wiesbaden, Kissingen, Ems, Elster stb.) vizek. Hatásuk magyarázata a következő. Egyrészt fokozzák a bélmozgást, a mi maga után vonja az epe lefolyásának gyorsulását, másrészt a sok folyadék az epeutak átöblítése által kimossa a kicsiny concrementumokat s a hurutra is jótékony hatást fejt ki. Az utóbbira való tekintettel különösen előnyös, ha a beteg meleg vagy forró forrást használ, sokat és éhgyomorral, illetve üres gyomorral iszik. Az ivókúra a hely színeli rendesen sokkal eredményesebb, mint otthon (mert a betegnek otthon nincs türelme), de elég gyakoriak utána is a visszaesések, mert rendszeren nagy sétákkal kötik össze, a mi különösen ártalmas akkor, ha alig zajlott le a heveny cholecystitis. Ezzel ellentétben épen a *nyugalom* elrendelése (Naunyn) a legfontosabb tényező az epeköbetegség orvoslásában. A gyakori visszaesés oka épen az, hogy a betegek későn vagy egyáltalában nem fekszenek le a roham tartama alatt, vagy felkelnek, mielőtt még a heveny gyuladás lezajlott. A heveny rohamban abszolút nyugalom szükséges; ha idültté vált a betegség, akkor a beteget 4—6 héten keresztül naponta 3-szor körülbelül 3 óra hosszat fektetjük, miközben forró borogatást (pl. thermophorral) rakatunk hasára. Fontos a gyuladós szerv és környékének tehermentesítése, tehát a belek kiürülését szabályoznunk kell. A diéta a heveny rohamban ugyanaz, mint a heveny gyomorhurutban. Idült cholelithiasis esetén a szerző tapasztalatai szerint legalkalmasabb kevés zsirt és sok növényi táplálékot (főzelék, gyümölcs) tartalmazó vegyes diétát rendelni, a mely rendes bélmozgást tart fenn. Sok zsir bevitel észszerűtlen, mert tapasztalat szerint a kövér egyének épen nagyon hajlamosak e betegségre. Az elsorolt eljárások csak egyszerű esetekben hatásosak, nem gyógyítanak anatómiai értelemben, csak lappangó — hosszú időn vagy az egész életen át klinikailag nem konstatalható — stadiumba viszik át a heveny rohamot, a mi azonban az esetek legnagyobb részében elégséges.

A mi a sebészi kezelést illeti, elméleti szempontból nem észszerű műtét az epehólyag kiirtása, mert nem gyógyítja az alapbántalmat s megfosztja a szervezetet egy fontos reservoirtól. Csakugyan észlelték kőképződést az epehólyag kiirtása után is. Ez azonban oly ritka, hogy jogosult marad a sebészi kezelés a következő esetekben: 1. Idült choledochuselzáródás, a mely a kísérő sárgaság miatt súlyos táplálkozási zavarokat eredményezett. 2. Empyema, mely sepsis veszélyével fenyeget (rázóhidegek). 3. Azon esetek, a melyek a rendszeres és erélyes belső orvoslásnak daczolnak, s a rohamok ismétlődése vagy más kellemetlenségek miatt a beteg életkedvét elveszik s munkaképességét csökkentik. Ezen esetekben sokszor az epekőbetegség következményes bajaival is van dolgunk (összenövés, tályog, sipoly), a melyek feltétlenül sebészi kezelésre szorulnak. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1908. 3. sz.)

### Sebészet.

**Az appendicitisre jellegzetes fájdalmas pontokról** ír *Lejars*. Igen szellemesen mondja, hogy az appendicitist nem lehet az ujjunk hegyével megdiagnosztizálni, egy vagy más adott pontnak a nyomási érzékenysége által, s a kellő módon megállapított, állandó nyomási érzékenységek is csak akkor tulajdoníthatunk értéket, ha a spontán fájdalmak és a klinikai kép összessége is az appendix gyuladása mellett szólunk.

Az appendicitis diagnostikájában szereplő fájdalmas pontok közül első sorban a *Mc Burney*-félével foglalkozik, a mely az eredeti leírás szerint a köldök és a spina anterior superior között húzott vonalban az utóbbi helytől  $1\frac{1}{2}$ —2 hüvelyknyire (körülbelül 4—5 cm.) van, és nem a hogy legtöbbször írják, ezen vonal közepén. Mint már több szerző, *Lejars* is hangsúlyozza, hogy a *Mc Burney*-pontnak előzőleg nincs meg az a esalhatatlan diagnostikai értéke, a melyet neki általában tulajdonítanak. Vannak appendicitisek, a melyekben a *Mc Burney*-pont épen nem fájdalmas és a fájdalom helye másutt, a spinoumbilicális vonal más helyén, a *Poupart*-szalag, az os pubis közelében, vagy épen a rectumban vagy vaginában van. Másfelől a *Mc Burney*-pont fájdalomossága önmagában épen nem bizonyít az appendix megbetegedése mellett. Először is lehet tisztán bőrérzékenység az appendiculáris tájon, a mi a *Head*-féle projectiós theoria értelmében egész más szerveknek, és épen nem az appendix megbetegedésének felel meg. Myositis, polyneuritis, subcutan tuberculomok (*Mathieu*) lokális oka lehetnek a *Mc Burney*-pont érzékenységének, ilyen érzékenység lehet jelen salpingitis, ureterkő, cholecystitis, pleuropneumonia eseteiben, sőt acut izületi csúszban is tudtak itt igen kifejezett és diagnostikai tévedésekre vezető érzékenységet kimutatni, s az operatív autopsia derítette ki azután több esetben, hogy az appendix teljesen ép. Igen kifejezett érzékenység állhat fenn a *Mc Burney*-ponton hysteriás egyénekben. A *Mc Burney*-pont különben nem felel meg — az appendix rendkívül változó helyzetét tekintve nem is felelhet meg — az appendix anatomiai helyének; az appendix relative legállandóbb helyét, az appendix basisát a *Lanz*-féle pont, a két spina ant. sup. közt húzott vonal középső és jobb harmadának határa, közelíti meg legjobban. Különben *Lennander* szerint az appendiculáris fájdalom nem magában az appendixben székél, hanem a peritoneum parietaleban, melyben vagy az appendixről reáterjedő lymphangitis, vagy az összenövésék vongálása váltja ki a fájdalomosságot. *Morris* is leírt egy appendiculáris fájdalomossági pontot, a spinoumbilicális vonalon  $1\frac{1}{2}$  hüvelyknyire a köldöktől, mely a jobb sympathikus ganglionnak felel meg; e hely más affectiók (uterus, tuba, végbél stb.) alkalmával is fájdalmas lehet, de ilyenkor kétoldalt lehet a fájdalmas sympathikus pontot kimutatni. *Rovsing* szerint pedig az appendicitisre jellegzetes fájdalmat úgy lehet legjobban kimutatni, ha a colon ascendensből és transversumból a gázokat a coecumba visszanyomjuk, míg a jobb fossa iliacaiban levő egyéb fájdalmas folyamatok (paraneuritis, ureterális, salpingitis eredetűek) esetén fájdalom ily módon nem hozható létre. *Chase* is megbízhatónak találta a vizsgálat e módját.

Végül ama kérdéssel foglalkozik, lehet-e a fájdalom helyéből az appendix helyzetére következtetni? Itt *Krüger* vizsgálataira hivatkozik. Ha a fájdalom a középvonalban a suprapubikus tájon, vagy épen a bal oldalon, vagy pedig a rectus legalsó részében székél, azt kell felvennünk, hogy az appendix lefelé vonul s a promontorium vagy hólyag mögött székél. Hólyagfájdalmak, tenesmus, szúrások

a húgycsőben, fájdalmak a székélés alatt s fájdalmas pont a végbélben jobboldalt, felül és elül a medencében fekvő appendix mellett szólnak. Fájdalmak a czomb mozgatása alkalmával, a végtag többé-kevésbé hajlított helyzetben való tartása az ileopsoással való összekapaszkodást jelentenek s az appendix szintén leszálló és mélyen fekvő; felhágó, retrocoecális appendixekre a légzési nehézségek, a fájdalmas inspirium, gyakran a bordaalatti és lumbaltáj nyomási érzékenysége jellemzők, s az abdominális reactionak kezdetben való hiánya. Ha az appendix a vékonybelek közt fekszik, diffus általános fájdalmak, korai és gyakori hányás, korai puffadás fognak beállni, melyek az appendix retrocoecális helyzete esetén legalább a kezdeti stadiumban hiányoznak. (La semaine médicale, 1908. 11. szám.)

*Pólya* dr.

### Gyermekorvostan.

**Az adenoid vegetatiók recidiválásáról** ír *Chambellan*. Az adenoid vegetatiók eltávolítása alkalmával gyakran vagyunk kitéve a szülők azon kérdésének, hogy idővel kiújulhatnak-e a garatmandulák. Hosszú ideig az a nézet volt elterjedve, hogy az adenoid vegetatiók gondos eltávolítás után nem recidiválnak; ezzel szemben a szerző, ki 700 adenotomiát végzett, gazdag tapasztalatai alapján lehetséges, de nem gyakori esetnek ismeri a recidivát (körülbelül 20/o); előfordul a kétszeri recidiva is, míg a háromszori igen ritka. A recidivált adenoid vegetatiók az elsődlegesekéhez hasonló tüneteket okoznak, nagyságuk az elsődlegeseknek fele vagy ennél is kisebb, consistentiájuk rendszeren tömöttebb. A recidivák sohasem támadnak a gyermekkor első éveiben, hanem inkább a 8. évtől felfelé és a műtét után 1—2 évvel jelentkeznek; recidivákat leggyakrabban lymphaticus gyermekeken láthatunk. Az adenotomia mindenkor igen pontosan és gondval végzendő. Ajánlatos a vegetatióknak ujjal való tapintása úgy a műtét előtt, mint utána, természetesen az asepsis szigorú betartásával. (La clinique infantile, 1908. 6. szám.)

*Péteri* dr.

**A poliomyelitis mikrobája.** Az acut poliomyelitis-epidemiáról a *Journal of the Americ. Med. Assoc.* 1907 október 26.-i számában közölt cikkben *Francis Harbitz* és *Olaf Scheel* röviden felemlítették, hogy 3 esetben találtak a cerebrospinalis folyadékban bakteriumokat, a nélkül azonban, hogy bővebben ismertették volna. A bakterium babalakú diplo- vagy tetracoccus, 2—6 nap alatt fejlődik ki a táptalajon. *Bouillonon* tenyésztve 4—6 tagból álló rövid láncot alkot, agaron finom, szürkés coloniákban fejlődik ki. A coccusok igen ellentállóak, a tenyésztésben hetekig-hónapokig megtartják életképességüket. Carbol-fuchsinnal és Gram szerint jól festődnek. A tenyésztetett állatokra oltva, atrophiat, paresist és halált észleltek. *Harbitz* 1898-ban alkalmasint már észlelte ezen bakteriumot, de akkor az állatkísérletek eredménytelenek voltak s így a további vizsgálatok abbamaradtak. *Looft* és *Dethloff* norvég orvosok 1901-ben meningococcuszerű mikroorganizmust találtak a cerebrospinalisfolyadékban, továbbá *Geirsvold* is. *Schultze* tanár 1905-ben szintén talált poliomyelitis betegeket lumbalpunkciós folyadékában bakteriumokat, a melyekkel azonban bővebben nem foglalkozott. A mi a bakteriumok specifikus voltát illeti, a szerzők ma még nem nyilatkozhatnak határozottan, a mennyiben az idegrendszer szövetségében eddig a bakteriumokat nem lehetett kimutatni. (The *Journal of the Americ. Med. Assoc.*, 1908. 4. szám.)

*Tóth Sára* dr.

### Venereás bántalmak.

**A syphilisnek új gyógyítóeljárást** írja le *R. Lenzmann* (Duisburg). A mióta tudjuk, hogy a lues tulajdonképpen idült spirillosis, azóta a betegség ellenében alkalmazott gyógyszerek hatásának mineműsége iránt is kiterjed a figyelem. A kénésőről általában az a felfogás, hogy közvetlenül a spirochaetákra fejti ki hatását, bár valószínű, hogy nem hat oly delecter módon rájuk, mint például a chinin a malariaparasitákra. A gyakori recidivák másként nem magyarázhatók. A jod a szerző véleménye szerint főleg az által gyakorol hatást a lueses jelenségekre, hogy a kóros termékek felszívódását siettet. Nem csekély hatása van a lueses tünetekre az atoxylnak is. *Neisser* kísérletei mutatják, hogy igen nagy adagokban, melyek az emberhez arányitva túlvészedelmesek volnának, az atoxyl majmokon a beállott infectiót továbbfejlesztik.

sében teljesen meg tudja gátolni. A hatás tehát nyilvánvaló. A szerző ezért oly szert igyekezett a syphilis ellen alkalmazni, mely veszély nélkül nagy dosisokban is adható és a mely a lues kórokozóját ugyancsak befolyásolhatja. Ily gyógyszert a chininben talált és ezzel végezte kísérleteit. E célból a chininum muriaticumot használta, a melyből erélyes hatás kedvéért 0.5—0.8 gm.-ot adott intravenás injectiók alakjában. Eddig 14 lueses esetet kezelt ily módon és az eredmény tapasztalása szerint igen feltűnő és jó. Az esetek közül voltak primaer, secundaer és tertiaer stadiumbeli kóralakok. Az injectiók technikája azonos a többi intravenás befeeszkendezésével. Az oldat, melyet a kezelésre használ, a következő: chinin. muriat. 10.0, natr. chlor. 0.75, aqua dest. ster. 100.0. Ez az oldat használat előtt felmelegítendő és felrázandó. Egy-egy injectióra 5—8 cm<sup>3</sup> használandó a folyadékából. Jó, ha a szorító köteléket, miután a tűt a vénába szúrjuk, megoldjuk és csak azután feeszkendezzük be az oldatot. Az adagok eleinte naponta, később 2—3—4—5 naponta adhatók. 0.8 gm.-on túl nem tanácsos injectiókat adni, mert hevesebb tünetek jöhetnek létre. Szédülés, a pulszszám szaporodása amúgy is gyakran jelentkezik, bár hamar elmúlik. A szerző a chinines kezelést felváltva chininum nucleicummal is végezte. Ezt intramuscularisan alkalmazta. Mindkét szer igen jó gyógyító hatást fejtett ki. A lues tünetek legtöbbje, még a súlyosabbak is, elég gyorsan visszafejlődtek és meggyógyultak. A primaer affectiora azonban a chinines kezelés úgy látszik nem gyakorol nevezetesebb gyógyító hatást. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908. 10. szám.)

Guszman.

### Fizikai gyógyításmódok.

**Thermopenetratio.** Zeynek, Bernd, Preyss és Radomicic Ortnertanár klinikáján a Jouli-féle hőképződést therapeutikai irányban értékesítették. Zeynek és társai kísérletei ugyanis azt mutatták, hogy magas frekvenciájú áramok az egyik elektrodától a másikhoz nem a test felületén folynak át, hanem a rövidebb utat a mely szöveteken keresztül választják, és hogy ezen áramok, ha bizonyos hullámhosszal bírnak, az átáramolt szöveteket felmelegítik. Hullákban különösen akkor sikerült a kísérletezőknek a mélyenfekvő szöveteket felmelegíteniük, ha igen magas feszültségű, de e mellett gyenge áramot alkalmaztak. A hőképződés foka az alkalmazás időtartamával és bizonyos mértékig az áram erősségével növekedett. Azt is találták, hogy ha valamely testrészt keresztiben áramoltattak át, a bőr melegegett meg legjobban s utána sorrend szerint mind kevésbé a csontok, a zsírszövet, az idegállomány és az izmok. Ha az áramlás a szövetek hosszúsági irányában haladt, a felmelegedés mértéke sorrendben hasonló volt ugyan, de az áram a nedvdús izmokban nagyobb mennyiségben haladt át, ezek tehát ilyenkor jobban is felmelegedtek. A villamos áram ezen alkalmazása élőkön melegegérésnél egyebet nem vált ki. Azoknak, kiket ilyen módon kezelték, feltűnt, hogy a thermopenetratio okozta melegegérés a másfajta hőalkalmazásokkor tapasztalt érzéstől elüt, a mennyiben mindenki a test belsejében érzi, még pedig olyanformán, mintha a hő ott felhőszerű gomolyokban terjedne tovább. De a thermopenetratio, ha helytelenül alkalmazzák, a bőrön is okoz égető érzést, sőt a bőrt el is égetheti. Ezért a beáramlást az illető érzéséhez kell szabni és a bőr hőfokát az alkalmazás helyén meg kell figyelni. Ellenőrzésül elégségesnek tartják, hogy a bőrt az elektrod mellett időnként megtapogatták.

Összesen kilenez esetet közölnek s ezekben a kezelésnek jelzett módja bevált. Közöttük négy heveny ízületi csúzos beteg szerepel, a kik közül kettőben a baj még myocarditis-szel is súlyosbítva volt. Egy esetben pedig subacut és kettőben idült ízületi csúz, egy esetben heveny izomszűz és egyben isehias ellen alkalmazták a thermopenetratiót. Mindezen esetekben a hőbeáramoltatásnak kivált azon hatása tűnt fel, hogy a fájdalmakat gyorsan megszüntette. Igaz, hogy a fájdalmak néhány óra múltán ismét jelentkeztek, sőt a kezelés folyamán sok esetben visszaesés is mutatkozott, a melyet néha láz is kísért és az is megesegett, hogy közben más — kezelésnek alá nem vetett — ízületek betegedtek meg, de végeredményben 5—21 alkalmazásra az ischiast kivéve valamennyi esetben elérték, hogy a fájdalmak tartósan megszűntek.

Heveny ízületi csúzban szenvedőkön a melegbeáramoltatáson kívül salicylt és idült esetekben vízkezelést és némely esetben

pangásos vérbőséget is alkalmaztak. Az áramot a beteg hely egyik részén nagy rögzített lapon, a másikon kis mozgó elektrodon át boesátották be. Mivel az áramlás az utóbbihoz közelebb eső szövetrészekben ürűbb, a felmelegedés a kis elektrod tájékán nagyobb fokú. (Wiener klin. Wochenschrift, 1908. 15. szám.)

Lenkei V. D. dr.

### Orr-, torok- és gégebajok.

**A coryfin használatáról az orr- és gégeorvostanban** ir Baumgarten Egmont magántanár. Heveny nátha esetében sokszor jó hatását látta a coryfinnek, a mely ilyenkor ecsetelés alakjában használható, vagy pedig coryfinbe mártott vattát teszünk az orrba. A hatás rövid idő alatt szokott beállani s körülbelül egy óra hosszat tart. Erős fejfájásnak egyidőben jelenléte esetén a halántéket is bedörzsöljük coryfinnel. Erős orrdugulás esetén fokozhatni a coryfin hatását azzal, hogy 1—2 csepp adrenalint vagy tonogent adunk hozzá. Az orrban különben permete alakjában is használható a szóban forgó szer, legezészerűbben 1—2 csepp mellékvesekivonattal együtt; ez a használati mód még azokban az esetekben is sikeres szokott lenni, a melyekben a homloköbölnek savós hurutja vehető fel. Gégegümőkór eseteiben a szerző nagyon jó eredménnyel használta a coryfinben oldott anaesthesint (1:20) a gégebe feeszkendezés alakjában. Úgy járt el, hogy először is a gégefedő közepétől jobbra és balra feeszkendezett be 1—2 cseppet, úgy hogy az a gégefedőn végigfolyt; azután a jobb és a bal aryepiglottis redőre csepegtetett néhány cseppet. Ezen becsepegtetések után a fájdalmak 2—3 órára enyhülnek, sőt megszűnnek s a beteg ismét tud nyelni. (Budapesti Orvosi Ujság, Gégészet melléklet, 1908. 1. szám.)

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**A syphilis gyógyítására Sabrazès** újabban a kombinált atoxyl-higany-jodkezelést használja. A következő két oldatot feeszkendezi be az izomzatba: 1. Rp. Atoxyl 10.0; Hydrargyri bijodati 0.50; Natrii jodati 5.0; Aquae destillatae qu. s. ad 100.0. 2. Rp. Atoxyl 10.0; Hydrargyri bijodati 0.20; Natrii jodati 2.0; Aquae destillatae qu. s. ad 100.0. A szerint, hogy több vagy kevesebb higanyt akarunk bekebelezni, az 1. vagy a 2. oldatot használjuk, a melyekből naponként 1 cm<sup>3</sup>-t feeszkendezünk be 10 napon át s azután 5 napi szünet után ismét adunk egy turnust. A befeeszkendezések csak kiscokú és muló égetést okoznak s hatásuk a syphilisnek minden szakában feltűnően jó. (Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, 1908 február 9. és márczius 22.)

**Pruritus localis** eseteiben a viszketés esillapítására Kromayer kitűnő eredménnyel használja a santal-olajat 10—50%-os kenőcs alakjában: Rp. Olei santali 10.0—50.0; Lanolini 30.0; Vasel. alb. americ. ad 100.0. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908. 2. szám.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Magyar orvosi archívum**, 1908. 2. füzet. Ketzler Gyula és Benczúr Gyula: Agglutinatio vegyes fertőzésnél. Fillinger Ferencz: A formalin kimutatása élelmiszerekben. Liebermann Leó: A gyors és lassú dohányzásról. Bence Gyula: Adatok a szivhypertrophia keletkezésének kérdéséhez. Bence Gyula és Engel Károly: Vérelváltozások myxoedemánál. Diósszilágyi Sámuel: Intravenosus sublimatinjectiók hatása a nitrogenkiválasztásra.

**Gyógyászat**, 1908. 19. szám. Németh Ödön: Adatok a tanuvalmások psychológiájához. Sella József: A pyocyaneus-toxin és pyocyanase hatása a gonococcusokra.

**Orvosok lapja**, 1908. 19. szám. Székács Béla: Szivűltengés esete fiatal leánynál.

**Budapesti orvosi ujság**, 1908. 19. szám. Dalnady Zoltán: A magaslati téli klima elemei, hatása és indicatioi. „Szülészet és nőgyógyászat” melléklet, 2. szám. Tóth Gida: A Bossi-dilatator alkalmazása a szülészetben és a nőgyógyászatban. Neumann Szigfrid: A medencebéli szervek lobos megbetegedéseivel szövődött méhfibromyomák gyógyítása. Cukor Miklós: A magzatok kihúzásáról medencevégű szüléseknél a karok kifejtése nélkül Mueller szerint. Rosenberger Alajos: A méhnyak falából kiindult sarkoma esete. Wiesinger Frigyes: Csavarodott nyelű ovarialis daganatok.

## Vegyes hírek.

**Kinevezés.** Tallatschek Ferencz dr.-t a pénzügyminiszter a petroszényi közbányahivatalhoz bányaróvossá nevezte ki. — Graffi Károly dr.-t közhalmi járásorvossá, Mituch Augusztá dr.-t Jász-Nagy-Kun-Szolnok-megye kórházához segédorvossá neveztek ki.

**Választás.** Kupferschmidl János dr.-t Nagyszőlős város orvosává választották.

**Szabóky János** dr. fürdőorvosi gyakorlatát Gleichenbergben ismét megkezdette.

**Tuszkai Ödön** dr. gyakorlatát Marienbadban (Palast Wilhelmshöhe) újból megkezdette.

**Décsey István** dr. fürdőorvosi gyakorlatát Vihnyén újból megkezdte.

**Dalmady Zoltán** dr. fürdőorvosi gyakorlatát Ó-Tátrafüreden megkezdte.

**Pályázat.** Az akadémia pályázatot hirdet a *biológiai tudományok* körébe vágó valamely fontosabb kérdés megoldására. A megejtendő vizsgálat tervrajzát f. é. december 31.-éig kell az akadémia főtájkári hivatalának benyújtani. A megbízást a legjobb tervezet benyújtója az 1909. évi nagygyűlés (május) alkalmával nyeri s ugyanakkor állapítatik meg a kész munka benyújtásának határideje is. Jutalma a Lukács-alapítványból 2000 korona.

**A budapesti egyetemi I. sz. női klinikán** április hónapban 140 nő született (67 először szülő, 73 többször szülő). A született magzatok száma 141 volt, még pedig élő 129, halott 11, maczerált 1; érett 112, kora 22, éretlen 7; fiú 74, leány 63, kérdéses nemű 4; törvényes 75, törvénytelen 66. A gyermekágyasok közül 2 halt meg. A nőbeteg osztályon összesen 85 beteget ápoltak, a kik közül meghalt 3. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 107 esetben vették igénybe; a műtétek száma 82 volt.

**A budapesti egyetem II. sz. nőbeteg-klinikájával kapcsolatos poliklinika** segélyét április hónapban 93 esetben vették igénybe; a műtétek száma 70 volt.

Pöstyénben május 10.-éig 1463 vendég tartózkodott.

**A budapesti orvosi kör országos segélyegylet** pénztárába befizettek: Neumann Gyula, Reiner Miksa, Révai Izidor, Szőke Gyula, Török Arthur, Tittel Imre, Anisfeld Endre, Bonet Ignác, Dudich Endre, Gámán Béla, Eördögh Oszkár, Fuchs Vilmos, Gábor Menyhért, Kaiser József, Sváby Gyula, Szommer Antal, Székely József, Perlesz Ede, Bakó Péter, Edelmann Menyhért, Erney János, Lövy Jakab, Márton Ödön, Ruber József, Pollaések Sándor, Szauer György, Weisz Károly, Rosenauer Gusztáv, Schulmeiszter Márton, Breuer Mór, Fekete Samu, Lechner Károly, Láng Frigyes, Lányi Benedek, Méri Sándor, Mayer László, Mester Attila, Raksányi Árpád, Spatz Adolf, Steiner Gyula, Vámosi Mór, Widder Péter, Antal Mihály, Bajmóczy Géza. — 1907. évre fizettek: Komáromy Gyula, Kemény Salamon, Ziegler Károly, Anka Gy. György. — 1909. évre: Margonyai Gyula, Tartoll János, Wein Fülöp, Hubert Bernát, Mangold Henrik, Reisz Bernát, Fried Samu, Brach Samu, Kocsis Elemér. — 1910. évre fizettek: Szalmáry István, Szana János. — 1908—1909. évre fizetett: Guhr Géza. — 1906—1907. évre fizetett: Ehrlich Adolf. 1907—1908. évre fizetett: Auerbach Lajos. — 20 koronát fizetett: Politzer Fülöp, Hosszú-Lippa. Budapest, 1908 április. *Katona József* dr., pénztáros.

**Megjelent.** Prof. Dr. J. von Böky: Die Lehre von der Intubation. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel. — Dr. B. Szilárd: Beiträge zur allgemeinen Kolloidchemie. Dresden, Verlag von Th. Steinkopff.

**Szovata-fürdő** ismertetését tartalmazó, 56 lapra terjedő füzetet irt *Aggácsi Károly* dr., Maros-Tordamegye tisztii főorvosa. A füzet minden részletre kiterjedően ismeteti a rövid néhány év alatt országos hírfivé vált fürdőt, a mely kiváló tulajdonságai miatt méltán megérdemli, hogy világ-fürdővé váljék. A füzet megrendelhető a szerzőnél Marosvásárhelytől. Ára 1 korona.

**Meghalt.** *Duka Tivadar* dr., ismert hazánkfia, Bournemouth-ban, 83 éves korában, május 5.-én. Duka Tivadar jogot tanult, végigküzdötte a szabadságharcot s azután mint emigráns Londonba került, hol elvégezte az orvosi tanfolyamot s diplomát nyert. Ezután a kelet-indiai hadseregben állalt mint orvos állást. 1877-ben történt nyugdíjazása után Londonban telepedett le. Nevét különösen ethnologiai és földrajzi irodalmi munkásságával tette ismertté. Megírta többek közt Körösi Csoma Sándornak, a nagyérdemű magyar Ázsia-kutatónak életrajzát angolul és magyarul. — *Troll József* dr. nyugalmazott járásorvos e hó 9.-én Siklóson 79 éves korában. — *Antal Alajos* dr. gyulaji körorvos e hó 3.-án.

**Kisebb hírek külföldről.** *R. Magnus* dr. heidelbergi címzetes rendkívüli tanárt a gyógyszerzetan rendes tanárává nevezték ki az utrechti egyetemen. — A berlini orthopaediai rendkívüli tanszékre, mely Hoffa tanár halálával megüresedett, *Lange* tanárt hívták meg Münchenből. — Kopenhágában *Schaldemose* dr. magántanár rendkívüli tanár lett a sebészetből. — Utrechtben az élelmiszerhygiene és gyógyszerzetan rendkívüli tanárává *H. P. Wijsman* dr.-t nevezték ki, a ki eddig Leydenben volt a pharmacologia tanára. — A kiewi egyetemen az élelantan tanszékét *Laudenbach* dr., a gyógyszerzetan eddigi tanára vette át. — Szent-Pétervárott *W. Oppel* dr.-t a sebészet rendkívüli tanárává nevezték ki. —

*Lange E.* berlini magántanárt a greifswaldi egyetemi fülörvostani poliklinika vezetőjévé nevezték ki tanári czímmel. — *Lewandowsky M.* berlini docent (physiologia) a tanári czímmel tüntették ki.

A német központi rákkutató-bizottság e hó 23.-án a nemzetközi rákkutatóegyesület megalakulása alkalmából díszülést tart a berlini kórtani intézetben, a mely alkalommal *Borrel* (Páris), *Dollinger* (Budapest), *Jensen* (Kopenhága) és *Podwyssotszki* (Szent-Pétervár) fog előadást tartani.

A nemzetközi „Institut Marey“ (Paris Boulogne-sur-Seine) évenkénti összejövetelét a folyó évben június 8.-án tartja, melyen kísérleteket és technikai demonstratiókat fognak bemutatni azon életbúvárok, a kik azokat május 31.-éig az intézet titkárának (*Carvalho* dr.) előzetesen bejelentik. Eddigelő előadónak jelentkezett: *Barcroft*, *Bull*, *Carvalho*, *Demoor*, *Grützner*, *Hürthle*, *Lapicque*, *Nogues*, *Pachon*, *Philippson*, *Tchirjow*, *Tissot* *Weiss* (Königsberg), *Weiss* (Páris) és *Zwaardemaker*.

Az osztrák egyetemek orvosi karának látogatottsága az elmúlt téli félévben a következő volt: Bécs 1491 (58 nő), Innsbruck 172 (1 nő), Grác 318, prágai német egyetem 292 (6 nő), prágai cseh egyetem 534 (8 nő), Lemberg 250 (34 nő), Krakó 458 (38 nő).

A „Münchener medizinische Wochenschrift“ kiadói a napokban tartották évi közgyűlést, a melynek lefolyásából kiemeljük, hogy az ez évi jövedelemből 17,400 márkát fordítottak jótékony czelokra. A nevezett folyóiratot jelenleg 11,800 példányban nyomják hetenként.

Jelen számunkhoz az **F. Hoffmann-La Roche & Cie.** czég „Theporin“ czímű prospectusa van mellékelve.

**Tuszkai Ödön** dr. Marienbadban május hó 10.-étől kezdve lakást változtatott. Új lakás-címze „Palast Wilhelmshöhe“ a főpostával szemben.

**Röntgencursusok** tartanak a szt. István-kórház újonnan berendezett laboratóriumában május 25.-től június 6.-ig. Jelentkezés május 23.-ig. Theoretikus és gyakorlati kiképzés. Bővebbet levélben. **Huber Alfréd** dr.

„Fasor“ (Dr. Herczel-féle) sanatorium. Ujonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospectus.

## Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Muzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javalatok: Idült gyomorbelátónia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúz, idegszabák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fény-fürdővel), neurasthenia, bémulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélőrbülések.

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

**GIZELLA-TELEP FÜRDŐ,** modern vízgyógyintézet **megnyilt.**

posta **VISEGRÁD** (Pest m.)  
Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forró- és nap-fürdő. Villanyozás, massage. Hízoló és soványító kurák. Remek fekvés. Pensio — fürdőhasználattal együtt — heti 60 koronától feljebb. Kívánatra prospectus.

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

**Röntgenlaboratórium:** Tulajdonos: Dr. HUBER ALFRÉD a szt. István-kórház Röntgenlaboratóriumának vezetője. Budapest, VIII., József-körút 26. I. em.

**IGLÓFÜRED.** Elsőrangú vízgyógyintézet gyógyfürdő Szepes megyében fenyesek közepén. Fekvésarnok, inhalatorium, szénsavas-, sós-, napfürdők. Villanyozás, Massage. Diatetikus konyha stb. Olesó árak. Fürdőorvos: Dr. Groó Béla Budapestről.

**Orvosi laboratórium:** Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26-96.

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

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

**ERDEY Dr. Sanatoriuma** Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nöbetegek és szülönök részére.

**Dr. Turán Bódog** május 1-től — október 1-ig Franzensbad („Prinz Wales“).

**Dr. STEIN ADOLF** RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII. ker., Rákóczi-út 26, földsz. I.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM.** A német sebészársaság XXXVII. congressusa. (Berlin, 1908. április 21—24.) 347. l. — Közkórházi Orvostársulat. (III. bemutató ülés 1908 február 26. án.) 347. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 349. l.

## A német sebészársaság XXXVII. congressusa.

Berlin, 1908 április 21—24.

Ismerteti: **Gergő Imre** dr., műtőorvos.

(Folytatás.)

**Kocher** (Bern) a pajzsmirigy átültetésének technikáját méltatta hosszabb előadásban. Leghelyesebbnek véli a kétszakaszos transzplantációt a tibia felső metaphysisébe. Ezen célból a lágyrészek és a esonothártya letolása után a sípesontot felvéssük, megfelelő nagyságú üreget excochleálunk és azután ezen üregbe ezüstgolyót helyezünk néhány napra; sima falú, jól erezett üreget nyerünk, melybe azután a megfelelő pajzsmirigyét transzplantáljuk. Az egész műtétet **Kocher** veszélytelennek jelzi, a műtét legfőbb indicatiója a myxoedema. Ha állaton előzőleg pajzsmirigyét transzplantálunk a sípesontba, majd az állat eredeti pajzsmirigyét teljesen kiirtjuk, változás nem áll be; de mihelyt most a tibiát is az implantált pajzsmirigyvel együtt kiirtjuk, az állat súlyos tetaniában pusztul el. **Kocher** előadása után érdekes discussio indult meg.

**Payr** (Greifswald) 28 hónap előtt súlyos myxoedema esetében pajzsmirigyét ültetett át a lépbe. Az állatiasan buta gyermek állapota nyolcz hónap alatt feltűnően javult; 12 centiméterrel megnőtt, súlyban jelentékenyen gyarapodott és szellemi képességei is kifejezetten tökéletesedtek. Újabb utánvizsgálatkor azonban **Payr** sajnálattal tapasztalta, hogy azóta betegének sem somatikai, sem psychés tulajdonságai nem fejlődtek tovább. Mindezek folytán nem tartja kecsgetetőnek a pajzsmirigyátültetést oly esetben, midőn a myxoedema kretinizmussal kombinált.

**Garré** (Bonn) a pajzsmirigy kiirtása után kiesési tüneteket észlelt, ezért **Basedow**-betegekből epithel-testecseket irtott ki és ezeket a tibia diaphysisébe ültette át; két hónap mulva feltűnő volt a javulás. **Garré** azt hiszi, hogy még ezélszerűbb volna myxoedemás betegeken egész golyvák átültetése **Basedow**-kórosokból, a **Stich** ajánlotta érvarratok segítségével.

**Czerny** (Heidelberg) újképződés miatt irtotta ki a pajzsmirigyét és helyette más betegből vett hyperplasiás pajzsmirigyvel ültetett át a lépbe; a pajzsmirigy-átültetés teljes sikerrel járt, betege azonban intercurrentis betegségben (pneumonia) elpusztult.

**Müller** (Rostock) kétszer transzplantálta a pajzsmirigyét **Kocher** eljárása szerint; mindkét esetben a javulás feltűnő volt, bár teljes gyógyulásról — a műtét óta két év telt el — még nem beszélhet.

**Moskovitz** (Bécs) a pajzsmirigy-szeleteknek sikeres transzplantációjáról szolt a diaphysisekbe, **Eiselsberg** (Bécs) pedig epitheltesteknek sikeres transzplantációjáról a hasfalba, a fascia transversa és peritoneum közé, tetania esetében.

**Haberer** (Bécs) a mellékvesék sikeres transzplantációjáról értekezett; a mellékvesét erei körül kocsányosította, azután a felhasított vesékbe ültette át. Szövetburjánzások folytán daganatszerű képletek keletkeztek, melyek azonban szövettanilag nem bizonyultak **Grawitz**-féle tumoroknak.

**Schmieden** (Berlin) hibáztatja **Haberer** módszerét a mellékvesék transzplantációjánál az idegösszeköttetések megszakítása miatt. Régebben végzett ily transzplantáció alkalmával sejtburjánzásokat észlelt, melyek **Grawitz**-féle tumoroknak voltak mondhatók.

**Störck** (Bécs) ennek ellentmond; **Haberer**-rel egyetemben regressív elváltozásokat ismert fel azon szövetterületeken, melyeket **Schmieden** **Grawitz**-féle tumoroknak tartott. Histogenetikai érveléssel támadja **Schmieden** fejtegetéseit; szerinte már ez alapon is képtelenség annak a feltevése, hogy mellékvesék transzplantációjával **Grawitz**-féle tumorokat hozunk létre.

**Lexer** (Königsberg) volt a következő előadó és a congressus legfeszültebb érdeklődése mellett számolt be kísérleteiről a csontok és ízületek transzplantációjának terén.

**Lexer** eleinte macerált és sterilizált hullacsontokat transzplantált; ez kisebb esonothány esetében sikerült is, de nagyobb esont-defectus esetében nem tudott ily módon állandó eredményt elérni, mivel ilyenkor az átültetett esont mint idegen test szerepelt, genyedeceket okozott és nem gyógyult be. Annál szebbek voltak azonban eredményei, midőn klinikája nagy amputációs anyagának felhasználásával frissen ültetett át esontot a periosteummal együtt. Ezen eseteiben az átültetett esont mindig életképes maradt. **Lexer** sikerrel végzett ily esontátültetéseket koponya-defectus, nyeregorr, az alsó állcsont hiánya esetében, úgy rövid, mint hosszú csöves esontokon. Csöves esontok átültetésekor sikerrel alkalmazta a csontok szögelését is esontszöggekkel; ezen esontszögelést különben pseudarthrosisoknál, valamint paralysises ízületek arthrodesisekor is eredményesen végezte. Legérdekesebb közlései azonban egész ízületeknek transzplantációjára vonatkoztak; legszebb esete egy amputált végtag térdizületének sikeres transzplantációja egy reszekált ankylosisos térd helyére, ezen beteget eléggé mozgékony térdével be is mutatta.

**Lexer** előadása után még többen számoltak be sikerült esont-transzplantációkról. Így **Heidenhain** (Worms) álképlet miatt az egész tibiát kiirtotta s helyébe sikerrel ültette át a túloldali tibiának egy periost-esontlemezt; az átültetett tibia-részletben a működés célszerű esontarchitekturát teremtett, miről az előadó tanulságos x-sugaras képeket is mutatott be.

**Barth** (Danzig), **Brentano** (Berlin), **Brann** (Zwickau) és **Neumann** (Berlin) a hosszú csöves csontok (radius, ulna, humerus, tibia) helyén történt sikeres osteoplastikákat demonstráltak.

**Funke** (Bécs) a koponyatető defectusa esetén tenyérszerű celluloid-lemezt implantált. A siker jelenleg is, 6 évvel a műtét után, teljes.

**Rehn** (Frankfurt a/M.) csipőresectio után elefántesontszeggel rögzítette a femur diaphysisét az acetabulumban; x-sugaras képen a femurcsont felső végén hatalmas esontújképződés látható; ez mint egy új fejecs támaszkodik az acetabulumhoz.

**Hacker** (Grác), **Haxhausen** (Berlin), **Kausch** (Schöneberg) szintén casuistikai közlésekkel egészítették ki **Lexer** előadását.

**Kostlivy** (Bécs) a csontvégek összeszögelésére egy újabb idomítható anyagot, az ú. n. galathitot ajánlja, melyet főnökének, **Pupovac**-nak osztályán sikerrel alkalmazott.

**Bade** (Hannover) reflektál az előadó (**Lexer**) kísérleteire a lötyögő ízületek arthrodesisét illetőleg; nem tartja helyesnek az ugróizület teljes arthrodesisét, szerinte még teljes lábszárbénulás mellett is körülbelül 20°-nyi mozgékony megőrzése ajánlatos. Lötyögő térd esetén azonban jobb a teljes ankylotizálás nyújtott helyzetben. (Folytatása következik.)

## Közkórházi Orvostársulat.

(III. bemutató ülés 1908 február 26.-án.)

Elnök: **Oláh Gusztáv**. Jegyző: **Körmöczy Emil**.

(Folytatás.)

## A húgyhólyagból eltávolított idegen testek.

**Milkó Vilmos**: Az első eset 65 éves férfit illet, ki egy év óta szenved prostatahypertrophia okozta vizelezavarokban. 1907 november 10.-én teljes vizeletretentio állott be, mikor is katheterrrel megcsapolták. A vizeletretentio azóta több ízben jelentkezett s ilyenkor a beteg a nála hagyott puha katheterrrel megcsapolta magát. Egy ilyen öncsapolás alkalmával a már igen szakadékonny Nélaton-katheternek 8 cm. hosszú darabja levált és a hólyagban maradt. A beteg csak 4 héttel később jelentkezett Herzel tanár sebészeti osztályán a benmaradt katheterdarab eltávolítása végett, bár az állítása szerint különösebb kellemetlenséget nem okozott neki. Cystoskopi vizsgálattal megállapították,

hogy a katheterdarab a hólyagfenék bal oldalán harántul fekszik. A vizelet savi vegyhatású, incrustatiók nincsenek. Kis kaliberű lithotriptorral az első kísérletre sikerült a katheretert megfogni és a húgycsövön át eltávolítani.

A második esetben a 24 éves nőbeteg elvetélés czéljából 10 cm. hosszú lúdtollszárat vezetett a húgycsövön át a hólyagjába. A lúdtollszárat egy hét alatt kétszer is kivizelte, de ő mindannyiszor visszahelyezte. Az abortust állítólag sikerült is ezen eljárással előidézni. Ezután 3 hónapig maradt az idegen test a hólyagban s csakhamar hólyaghurut támadt erős vizelésingerrel, fájdalmas tenesmussal. A beteg csak az utolsó napokban, midőn állapota már elviselhetetlen lett, a vizelet erősen büzös, gyakran véres volt, árulta el a dolgot orvosának, ki őt műtét czéljából Herezel tanár osztályára küldte.

Az előadó cystoskopi vizsgálattal megállapította, hogy a lúdtoll a hólyag fenekén harántul fekszik, be van ékelve és teljesen incrustálódott. A vizelet zavaros, dögbüzi foszlányokkal kevert, alkaliás; lithotriptorral a tollat sem darabolni, sem extrahálni nem sikerült s azért egy-két ilyen kísérlet után magas hólyagmetszést végzett, mikor is könnyen sikerült a hólyag falába ékelte tollat kiszabadítani és eltávolítani. A hólyagot alapos kiöblítése után rétegesen bevarrta. Hólyagsipoly nem képződött s a beteg 14 nap múlva gyógyultan hagyta el az osztályt. Hasonló esetekben szóba jöhet még a colpocystotomia, a melynek azonban nagy hátránya, hogy sok esetben nehezen gyógyuló vesico-vaginalis sipolyok képződnek.

#### Subcutan bélsérülésnek bélresectio után gyógyult esete.

**Milkó Vilmos:** A bélrupturák sikeres kezelésében minden azon fordul meg, hogy lehetséges-e a beteget közvetlenül vagy igen rövid idővel a sérülése után megoperálni. Ha ez az esetek többségében keresztül lesz vihető, nem lesz 80—95% a halálozás, mint például Neumann eseteiben, a ki 21 eset közül csupán egyet tudott megmenteni. Az előadó azon szerencsés helyzetben van, hogy a lefolyt évben egymásután három bélrupturás betegét gyógyult meg a laparotomia után, a mi csakis annak tulajdonítható, hogy a betegek már 1½—2 órával sérülésük után kerültek a műtőasztalra. Bemutatott esete a legsúlyosabbak közé tartozik. A sérülés 1907 június 10.-én történt. A 20 éves gyári munkásnak centrifugáló gépből kiugró fadarab nagy erővel vágódott a hasához. Sérülése után egy órával szállították be. A beteg kollabált, több ízben esuklott és hányt, göresösen összehúzott deszkakemény hassal, felhúzott alsó végtagokkal feküdt, a májtompulat megvolt, az érverés 80, erőteljes. Az előadó Herezel tanár megbízásából azonnal laparotómiát végzett. A szabad hasürben ½ liter folyékony vért, béltartalmat és egy 20 cm. hosszú ascarist találtak. A vékonybelek mesenteriumán elszórtan fillérinyi egész diónyi vérömlenyek. A beleken kezdődő belöveltség és fibrinfelrakódás. A jejunum közepe felé 15 cm. hosszú, mesenteriumáról csaknem teljesen leszakadt és négy helyen átfürödött bélkacs; 30 cm.-rel feljebb a vékonybélben még egy kaffjárnnyi átfürödés. Az összerongyolt béldarabnak típusos resectioja után a végeket end to end varrattal, az izolált bélrepedést kétsoros bélvarrattal egyesítette, a hasürt konyhasó-oldattal bőven kimosta és drainezés után bevarrta. A műtét után kifejlődött súlyos peritonitis-tünetek negyednapra enyhültek, a gyógyulás az erős bronchitist kivéve zavartalanul folyt le, úgy, hogy július 14.-én gyógyultan bocsátották el a beteget. Jelenleg hassérve van ugyan, de haskötővel nehéz munkát is tud végezni.

**Herezel Manó:** A puha katheter eltávolítása a hólyagból rendszeren jól sikerül, ha a katheter nem túlságosan szakadékony. Pedig éppen az ilyenek szoktak leszakadni és bennmaradni a hólyagban. Az ilyen szakadékony katheretek azután ha megfogjuk a kömorzsolóval, újból szét-törnek és annyi darabra szakadnak, hogy végül is epicystotómiát kell végezni. Ilyen esetem volt 9 év előtt egy parasztagzán. A lefolyt évben egy 64 éves és egy 48 éves férfi hólyagjából sikerült kihúzni a leszakadt Nélaton-darabot. Nem szabad erősen megfogni. A tömör testek eltávolítása nehezebb. Egy 17 éves leányban sikerült a becsúszott 12 cm. hosszú horgolótűt az elefántesont végén lithotriptorral megfogni és kihúzni, noha harántul állott a hólyagban.

#### Sectio caesarea abdominalis a kismedenczébe ékelte tumor miatt.

**Rotter Henrik:** M. Gy.-né 40 éves asszony most másodszer kerül a közkórházi orvostársulat elé. Első alkalommal 1907 október

9.-én mutatta be Balás Dezső dr., a ki Janny tanár osztályán 1907 szeptember 14.-én intraligamentosus fejlődésű jobb oldali petefészek-tömlőt távolított el laparotomia útján. Az asszony a műtét idejékor a terhesség hatodik hónapjában volt. Az asszonyt gyógyult állapotban bocsátották el a kórházból azzal az utasítással, hogy szülésekor osztályunkat keresse fel. A beteg 1908 január 2.-án jelentkezett a következő állapotban. A kissé halvány, de elég jól táplált nőbeteg hasán per primam gyógyult laparotomiás heg található a symphysistól a köldök fölé három harántujjal. A méh fenéke a gyomorgödörben, a magzat feje a bal csipőtányérba kitérve; a magzat háta balra, ugyanitt jó szívhangok. A hüvelybemenet kissé tág; a hüvely tág, a portio 2 cm., kissé balra kihelyezett, a rendesen magasabban tapintható. A cervixtől balra kétökölyi daganat foglal helyet, a mely fölfelé diffus határú, lefelé a hüvelyboltozatot erősen elődomborítja, a kismedenceze jobb felét teljesen kitölti, a medenczeesontokig ér, ki nem mozdítható, igen feszesen tömlős és mérsékeltén érzékeny.

Ez a tumor okozta, hogy a magzat harántfekvésben helyezkedett el, a mennyiben a fej a daganat miatt nem tudott a medence bemenetébe illeszkedni. A daganat elhelyeződése miatt annyira szűkítette a csontos szülőutakat, hogy per vias naturales élő magzatot remélni nem lehetett. Csak két eljárás állott rendelkezésünkre, hogy a szülést befejezhessük. Vagy a magzat feldarabolása és per vias naturales való kihozása, vagy pedig a sectio caesarea abdominalis.

Magát a daganatot eltávolítani a szülés előtt nem lehetett, mert az anamnesis adataiból és az objectiv vizsgálatból is lobtermékek voltak kénytelenek tartani. Az ilyen daganatok punctioja a terhességben igen veszedelmes beavatkozás a szülés alatt és a puerperiumban rendszeren bekövetkezni szokott másodlagos fertőzés miatt. A helyzetet jól megmagyarázva az asszonynak, nemcsak hogy beleegyezett a sectio caesarea abdominalisba, hanem a leg-határozottabban élő magzatot követelt, a melynek kedvéért bármely műtétbe beleegyezett. Még egy körülmény bonyolította a helyzetet, t. i. az asszony valamennyi eddigi terhessége (négy) abortussal végződött, vagy halott lueses magzatot eredményezett. Okunk volt tehát föltenni, hogy a megszületendő magzat is esetleg lueses lesz, annál is inkább, mert az asszony határozott kijelentése szerint valamennyi gyermeke egy apától származik. Az asszonynak, a ki terhességének utolsó négy hónapjában bőven szedett jodkalit, határozott kívánságára a sectio caesarea abdominalisban állapotunk meg; megegyeztünk abban is, hogy a műtét alatt a tubák elzárásával sterilizációt fogunk létrehozni.

Az asszony kórházi megfigyelés alatt maradt és minthogy a kismedenczebeli daganat nem változott, a fájások megindulásakor, 1908 január 23.-án végeztem az abdominalis sectio caesareát aether-narcosisban. A műtét típusos lefolyású volt. A heg mellett balra nyitottam meg a hasat, a symphysistól a köldök fölé négy harántujjal; a kiskökü csepleszodanövések leválasztása után a hasfal elé gördítettem a terhes méhet és fundális keresztmetszést végezve, eltávolítottam a méh üregéből a petét és a méh belfelületét jól kitörölve, a méh sebet catgut-esomósvarratokkal bevarrattam.

A hasüreg felől is megszemlélve a daganatot, látható volt, hogy subperitoneálisan van elhelyezve a jobb lig. cardinalenak megfelelőleg, és tekintettel arra, hogy lobos természetűnek tartottuk, nem bántottuk, hanem a hasfalakat rétegesen zártuk. Az élő, érett magzat megszületése után mindjárt hangosan sirt, sem rajta, sem a placentán lues nyomait nem találtuk.

A gyógyulás teljesen láztalan lefolyású volt; a hasseb per primam egyesült. Három héttel a műtét után az asszony egészségesnek látszó magzatával gyógyultan hagyta el a kórházat. Azóta az asszonyt kétszer is megvizsgáltuk és a kismedenczebeli daganatról megállapíthatuk, hogy valamivel kisebb és keményebb lett, a mi szintén lobos természetére utal.

**Balás Dezső:** A baloldali parametriumban ülő daganat kifejtésekor, mint a bemutatáskor előadtam, óriási vérzés volt, melynek alig tudtam ura lenni és matrácsvarratokkal öltöttem át a lig. latumot. E mellett tamponálni is kellett. Készen voltam arra, hogy ha a vérzés nem csillapodik, relaparotómiát végzek és a méhet kiirtom. De a vérzés megszűnt és a beteg meggyógyult.

A szülést gátló jobb oldali daganat exsudatív parametritis lehet. Az eset tanulságos azért, mert az egyik szülést gátló daganat eltávolítása után keletkezett egy másik, bár lobos eredetű.

*Fischl Armin:* A bemutatónak azon nézete ellen szólal fel, hogy a sectio caesarea miatt sterilizálta a nőt. Minél inkább kívánja a beteg a gyermeket, annál kevésbé szabad őt sterilizálni. A jelen esetben pedig annál kevésbé, mert az inspectio lobos daganatot mutatott a medencében, tehát, hogy ez a daganat egy következő szülést megakadályozott volna, kétségre kell vonnia. Bármilyen műtéti beavatkozás csak a szülés lefolyásának észlelése folyamán lehet indokolt, de nem előleges okoskodás folytán.

*Rotter Henrik:* Fischl felszólására statisztikai adatokkal kellene felelni, melyek bizonyítják, hogy az ismételve végzett sectio caesareák nem kedvező lefolyásúak. Ez az egyik ok, mely azon leghatározottabb kijelentésre kényszerít, hogy újabb sectio caesarea veszedelmének ilyen nő nem tehető ki és az ilyent fel kell menteni az anyaság veszedelmei alól. Mikor élő, érett magzatot hoztunk neki sectio caesarea útján a világra, eleget tett az anyai kötelességnek. Különben a sectio caesarea hegye a terhesség alatt szét is válhatik.

A bemutatott asszony 40 éves, a ki már két laparotomián esett át és nem alkalmas a terhesség viselésére. Ilyen esetben, azt hiszem, humanismus, ha a szülés alól felmentjük.

(Vége következik.)

## Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A lép viselkedésének jelentőségéről a typhus abdominalis prognosizálásában tartott előadást *Silvestri* a modenai orvos-egyesületnek egyik utóbbi ülésén. Pontosan vizsgált 147 typhus eset közül 130-ban jól kimutatható volt a lép megnagyobbodása, 17 esetben pedig nem volt nagyobb a lép, noha meteorismus nem akadályozta a lép nagyságának meghatározását. Az első sorban említett 130 eset közül csak egy végződött halálosan (2 $\frac{1}{2}$  éves gyenge, rachitises gyermek bronchitis capillaris-szal), az utóbb említett 17 közül pedig 16. Azt is kiemeli a szerző, hogy a betegség tartama, a recidivák gyakorisága, az utóbajok s a reconalescentia késlekedése fordított arányban állott a lépmegnagyobbodás fejlődésével, illetve fokával. Az elmondottak alapján tehát a lép magatartása a typhusban fontos lehet a kórjósolat megállapítása szempontjából.

Az epityphlitis aetiologiájáról és pathogenesiséről tartott előadást *Hansemann* a berlini belorvostani társaság márczius 30.-i ülésén. Véleménye szerint sok betegségnek aetiologiai kutatása azért eredménytelen, mert mindig csak egy ok után kutatnak s nem veszik tekintetbe, hogy esetleg sok körülmény együttes hatása okozhatja a bajt. Vizsgálatai szerint az epityphlitis aetiologiájában a bélparaziták és az idegen testek, még ha át is fűródnak, csak nagyon kis szerepet játszanak. A bélsárvok jelentősége is úgy szólván semmi, inkább fordítva áll a dolog, tudniillik a lob következtében keletkeznek a kövek. A mikroorganizmusok jelenléte mindenesetre szükséges, hogy a féregnyúlvány meglobosodjék, a jelenlétük egymagában azonban még nem elegendő. A bélben normálisan lakó bakteriumok is okozhatnak bizonyos körülmények között appendicitist, máskor meg gümö-, typhus-, influenza-bacillusok és actinomyces-gombák szerepelnek kórokozóként. Igen nagy a jelentősége a mechanikai viszonyoknak. Mint minden üreges szervben, a féregnyúlványban is az ott levő bakteriumok tüstént gyuladást okoznak, ha valami okból a tartalom pang. E tekintetben fontos szerepe van a Gerlach-billentyűnek. Az úgynevezett nyílt féregnyúlványokban, a melyeknek nincs Gerlach-billentyűje, szerfelett ritka a gyuladás. Sokszor a vakbél lobja okozza az appendicitist, főleg a vakbél gümös fekélyei esetén támad sokszor appendicitis, a mely azonban nem mindig gümökóros természetű. Végül kiemeli az előadó, hogy boncsolások alkalmával nagyon gyakran találni kigyógyult féregnyúlványgyuladást, és hogy a kiirtott féregnyúlványok jó nagy részében nincsen elváltozás. Az ilyen esetekben a tüneteket talán a vakbél megbetegedése okozza, és ezt a megbetegedést befolyásolja kedvezően a műtét.

A nehezen diagnosztizálható elsődleges rákokról tartott előadást *Hansemann* a Hufeland-társaság egyik utóbbi ülésén. Számos olyan készítményt mutatott be, a mely olyan esetekből eredt, a melyekben a rákot nem diagnosztizálták vagy nem is diagnosztizálhatták. Kiemeli, hogy általában fölveszik, hogy a rák eseteknek 19%-a nem diagnosztizálható. Főleg prostata-rák esetében gyakori, hogy nincsenek tünetek s a csont-metastasisok, főleg a gerincoszlopon, téves diagnosis-ra adnak okot. A tüdőrák is sokszor felismeretlen marad s akárhányszor nagy gyomor- és bárzsingrákok is egészen latens lefolyásúak.

Az előadáshoz fűződött eszmecsereben *Strauss* egy esetét említi, a melyben tüdőgümökört és gümös esigolyacariest vettek fel. A boncsoláskor rák okozta esigolyatörést találtak, az elsődleges rák pedig a tüdőben székelt s annyira hasonlított gümökörhöz, hogy a kórbonczoló figyelmét is csaknem elkerülte.

*Ewald* szintén egész sor esetet tudna említeni, a melyben a bárzsing- és gyomorrák teljesen latens lefolyású volt.

*Hansemann* szerint a tüdőrák felismerése azért is nehéz, mert gyakran szövődik gümökörrel; ilyenkor gümöbacillust találván a köpetben, egyszerűen gümökóros folyamatot vesznek fel. Azt hiszi, hogy ha a tüdőgümökör csak a 60. életéven túl támad, nagy valószínűséggel mondható, hogy rák is van a tüdőben.

## PÁLYÁZATOK.

A pesti izr. hitközség Bródy Adél-gyermekkorházában 600 korona évi fizetéssel, lakással és teljes ellátással javadalmazott 2 **segédorvosi állás** betöltendő. Pályázók szíveskedjenek orvostudori oklevéllel, születési bizonyítvánnyal és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat **f. hó 25.-éig** a fenti kórház igazgatóságához (VI. Bókay-tér 1. sz.) beküldeni.

A pesti izr. hitközség előljárósága.

1485/908. sz.

Somogy vármegye közpórházában Kaposvárott üresedésben levő, 1000 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy Kapotsy Jenő főispán úrhoz címzett kérvényeiket **f. évi május hó 31.-éig** a kórházigazgatóságához nyújtsák be. A kinevezés 2 évre szól és esetleg meghosszabbítható, az itt töltött alorvosi szolgálat a szüléset kivételével a kötelező orvosi gyakorlatnak beszámítatik.

Magánygyakorlat nincs megengedve.

Kaposvár, 1908. évi május hó 13.-án.

2-1

Szigeti Gyula Sándor dr., igazgató.

2002/908. sz.

A Süttő (Esztergom megye) községben újonnan szervezett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. A község pénztárából havi előleges részletekben járó évi 800 korona törzsfizetés.

2. látogatási díjak: nappal 1 korona, éjjel 2 korona; a község külterületén ezenfelül vármegyei szabályrendelet szerint felszámítható pótdíj és természetbeni fuvar vagy kilométerpénz.

Szegények gyógykezeléséért díj nem jár.

3. Halottkémlésért a község pénztárából évi 60 korona.

Vágóbiztosítási teendőikért szabályrendeletileg megállapított díjak.

A választást f. évi május hó 27.-ének délutáni 2 órájára Süttő község-házához kintűzöm.

Felhívom a pályázni óhajtozókat, hogy kellően felszerelt kérvényüket **f. évi május hó 25.-ének déli 12 órájáig** hivatalomhoz adják be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

Esztergom, 1908. évi május hó 11.-én.

A tb. főszolgabíró.

A gyergyószentmiklósi nyilvános jellegű megyei kórháznál lemondás folytán megüresedett, élethossziglani kinevezéssel járó **rendelőorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás **2000 korona évi fizetéssel**, két szobából álló butorozott lakással, fűtés és világítás élvezetével javadalmazatik.

Felhívom a pályázni óhajtozó orvosdoktorokat, hogy szabályszerűen felszerelt — Csík vármegye főispánjához címzett — kérvényeiket **f. évi június hó 1-éig** alantírt igazgatóhoz küldjék be.

Gyergyószentmiklós, 1908. évi május hó 7.-én.

2-1

Dobribán Antal dr., kórházi igazgató.

558/908. ki. sz.

Csik vármegye gyergyószentmiklósi járáshoz tartozó Gyergyóremete, Várhegy és Salamás községekből „Gyergyóremete” székhellyel alakított közegészségügyi körben a **körorvosi állás** megüresedvén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állás a következő javadalommal van egybekötve:

Évi fizetés a látogatási díjak váltásával együtt 2336 korona, lakbér 200 korona, fuvarváltás évi 104 korona, összesen 2640 korona, mely előzetes havi részletekben fizetetik a község pénztárából.

A körorvos székhelyén halottkémlést is teljesít, szabályrendeletileg megállapított díjazás mellett.

Kézi gyógytárthatóságának engedélyezése szokásos.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtoznak, hogy az 1888. évi I. t.-cz., illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. értelmében felszerelt és eddigi alkalmaztatásukat is feltüntető pályázati kérvényüket **1908. évi május hó 20.-áig** annál is inkább terjeszszék be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A megválasztott körorvos állását köteles azonnal elfoglalni.

A választást 1908. évi május hó 25.-én d. e. 10 órakor Gyergyóremete község-házánál fogom megejteni.

Gyergyószentmiklós, 1908. évi április hó 22.-én.

2-2

Zakariás, főszolgabíró.

1024/908. sz.

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

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

A körorvos javadalmazása:

1. Természetbeni lakás mellékhelyiségekkel és kerttel.
2. Kézpénzfizetés 1300 korona, a nagyszalontai m. kir. adóhivatal által évnegyvedenként és pedig az évnegyed utolsó hónapjának 1-én fizetve.
3. A köri községektől fizetendő 500 korona személyi pótlék mindaddig, míg a körorvosok fizetése rendezve nem lesz.

4. Látogatási díj a körorvosnak helyén és hivatalos látogatási napokon:

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

5. Hivatalos látogatási napokon kívül a köri községekben a fuvardíjon kívül:

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

Ugra községben a húsvágatásért és halottkémlésért megállapított díjak szedhetése.

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

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy képesítésüket és eddigi szolgálataikat igazoló okmányaikat hozzám **f. évi május hó 23.-áig** adják be, mert a később beérkezett kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást június hó 1-én d. e. 10 órakor fogom Ugra községében megejteni.

A megválasztandó körorvos állását 1908. évi június hó 15-én tartozik elfoglalni.

Cs. é. f. f. a, 1908. évi április hó 30.-án.

2-2

Moskovits, főszolgabíró.

2143/908. eln. sz.

Hódmező-Vásárhely város nyilvános jellegű kórházánál rendszeresített **alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A betöltendő alorvosi állás 1500 korona, azaz egyezeröttszáz korona évi fizetéssel, egy szobából álló természetbeni lakás, továbbá fűtés, világítás és első osztályú étellemezzel van egybekötve.

Felhívom azért mindazokat, akik pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I. t.-cz.-ben előírt elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat, erkölcsi magaviseletüket s esetleges előbbi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket **f. évi május hó 25. napjának délutáni 5 órájáig** a polgármesteri hivatalhoz nyújtják be, illetve küldjék meg, a honnan a pályázati kérvények — a kinevezés megejtése végett — főispán úr ő méltóságához fognak felterjesztetni. Az állásra szigorú orvosok is pályázhatnak.

A kinevezés két évi időtartamra szól s az osztályos orvos ajánlatára egy-egy évre meghosszabbítható. Az állás a kinevezési okmány kézhezvételétől számított 8 napon belül elfoglalandó.

Hódmező-Vásárhely, 1908. évi május hó 5.-én.

2-2

Juhász Mihály, kir. tanácsos, polgármester.



A Bór és Lithion tartalmú  
**GYÓGYFORRÁS**

# SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik

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

**Húgyhajtó hatású!**

**Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!**

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinya-Lipőcei Salvatorforrás-Vállalatnál  
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

**SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D. EGGER**

4569

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.  
Kapható minden gyógyszerárban.

**HAEMOSTAN** Hydrastis-Gossypii-tabletták.  
Méregtelen haemostaticum méh-  
vérzéseknél.

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 szív-  
neurosisok 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.

**LASSNITZHÖHE** Graz mellett az  
államvasút mentén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábadozóknak.  
Remek fekvés, számos gyógyszerköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet.  
A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Téli és nyári sport, mozgás játékok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágosítás-  
sal szívesen szolgál a kezelésért. 2880 Prospektusok díjmentesen.

Daczára f. év január 17.-én történt tüzkárnak a rendes üzem fentartatik.

# 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, elhízás, cukorbetegség, köszvény, torok- és légesőhurut, szívbaj ellen. Karlsbad- és Marienbadhoz hasonló gyógyforrások.

Diaetetikai és telepkurák. — Kiváló ivóvízvezeték. — Villamos világítás. — Lift. — Modern oszatoznázás.

# Higany-Resorbin

szürke és vörös

**Szagtalan. Nem piszkít.**

Minták és irodalom ingyen és bérmentve.

**ACTIEN-GESELLSCHAFT FÜR ANILIN-FABRIKATION.**  
PHARMACEUTISCHE ABTEILUNG. BERLIN S. O. 36.

Legtisztább inunctiós gyógy-  
mód. Graduált üvegtubusban

à 15 és 30 gm.

33 1/3%

à 25 és 50 gm.

50%



# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes 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 Babarcsi Schwartzler Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Wein Manó: A Marmorek-féle gümőkórelleses serumról. 351. lap.

Onodi A.: Az orr és az orrgarat bántalmainak összefüggése a szembajokkal. 354. l.

Halász Aladár: Közlés a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórbonezológiai intézetéből. (Igazgató: Gengersich Antal dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.) További adatok a cukorbetegségben található pankreaselváltozások ismeretéhez. 355. lap.

Tárcza. Ország Oszkár: A 25. német belorvostani congressus. 357. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Hirsch: Der Aetherrausch. — Ferdinand Probst: Edgar Allan Poe. — Lapszemle. Belorvostan. Kisch: A szívbetegségek hirtelen halála. — Idegkórtan. Redlich: Az ideges emberek házassága. — Sebészet. Grossman: A belső torkolati gyűjtőér elsődleges otogen thrombosisa.

— J. B. Walker: 112 czombnyaktörés. — Heath és Selby: A Pott-féle törésnek feltárással és csontvarrattal való kezelése. — P. M. Horsch: A jobboldali supraclaviculáris mirigyek rákos megbetegedése gyomorrákkal kapcsolatban. — Szülészet és nőorvostan. L. Seitz: Az újszülöttek koponyaurbéli vérzésének localisatioja és klinikai tünetei. — Bőrkórtan. Vignolo-Lutati: A kísérletes és therapiás thalliumalopeciák. — O. Schwab: Az anthrax kezelése. — Kisebbségi közlemények az orvosgyakorlatra. Guajakol-somatose. — Tregmann: Fogretentio okozta trigeminus-neuralgia. Berendt: Szer psoriasis ellen. Millon: Szer közhányó-roham ellen. 359-361. lap.

Friedrich Vilmos: Válasz Petz Lajos dr.: „A phosphoros csonttüszök terjedésének kérdéséhez“ című cikkére. 362. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 362. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 362. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 363-366. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### A Marmorek-féle gümőkórelleses serumról.

Irta: Wein Manó dr. műtőorvos, a budapesti kerületi munkásbiztosító pöntár ambulatoriuma II. sebészeti rendelésének vezető sebésze.

Nem egészen öt év előtt, 1903 november havában, Marmorek Sándor dr., neves párisi bakteriologus, az „Académie de Médecine de Paris“ elé lépett egy új gümőkórelleses gyógyítóserummal, a „Serum antituberculeux“-vel (1903. 1.).<sup>1</sup> Kiváló emberek, mint Dieulafoy, le Dentu, Hallopeau meglehetősen kedvezőtlenül ítéltek az akkor még alig kipróbált szerről és Monod volt az egyetlen, a ki kedvező, további kísérletekre buzdító eredményekről tudott beszámolni (1903. 2.).

1903 decemberében Marmorek-kel már Németországban találkoztunk. „Antituberculosserum und Vaccin“ című cikke (1903. 1.) méltó feltűnést keltett és a francia közleménnyel együtt az azóta megindult actio kiinduló pontja volt.

Azóta hatalmas irodalom fejlődött erről a szerről, és a mikor ma magyar orvosok előtt mint második értekezem Marmorek szeréről, 80 közlemény foglalkozik ezzel az eljárással.

Az első, a ki Marmorek szerének értékéről számot adott, Hochhalt főorvos volt (1904. 19.), a ki 1904-ben a közközházi orvostársaságban referált Marmorek-féle serummal gyógyított eseteiről és kedvezőtlen eredményeiről.

Az 1905. évi gümőkórelleses congressuson Friedrich főorvos referált addigi tapasztalatairól (1905. 13.) és ugyancsak 1905-ben értekezett Müller Vilmos magyar orvos egy német újságban (1905. 15.) Marmorek eljárásáról, míg az idén Weisz Ede dr. (1908. 1.) szólalt fel a szer védelmére.

Immár öt éve foglalkoztatja a Marmorek-serum az orvosokat és az említettem orvosok kivételével hazánkban senki sem adta tanújelét behatóbb érdeklődésének. Idején valóban látom, hogy beható tanulmányok után, a melyek — mint előre is jelezni óhajtom —

<sup>1</sup> A zárjelbe tett számok a mellékelt irodalomjegyzék megfelelő évére és számára vonatkoznak.

még távolról sincsenek befejezve, azzal a törekvéssel lépjek a tisztelt Orvosegylet elé, hogy az érdeklődést eme szer iránt felkeltsem, mert szerény véleményem szerint az érdeklődést megérdemli.

Mindenekelőtt jelentenem kell, hogy fekvő anyag hiányában csakis járóbetegeket gyógyítottam és ez megfigyeléseimet elég gyakran megnehezítette, sőt meg is hiúsította. Naplómnak ebből a körülményből származó hiányosságait törekvéseim nem pótolhatták, a miért már most szíves elnézésüket kell kikérem.

Egészen az elején, Marmorek kiinduláspontjával kell kezdenem, mert ennek ismerete a továbbiak megértéséhez szükséges.

Marmorek abból a jelenségből, hogy gyengén beteg gümőkórosak tuberculinra reactiót adnak, súlyosan fertőzött, a hogy Marmorek mondja: „hypertuberculosis“-okban pedig ez a reactio csakúgy hiányzik, mint az egészségesekben, arra a következtetésre jutott, hogy a tuberculin nem tartalmazza azt a mérget, a mely a végoka a gümőkóros jelenségeknek, hanem csak mint stimulans hat, tehát olyan szer, a mely a tuberculosiscillusokat egy ismeretlen toxinnak a fokozott termelésére indítja, a mely mérgeanyag azután csakugyan a gümőkóros változások végoka. Gondolatmenete szerint a tuberculinreactio egészségesekben hiányzik, mert nincsenek jelen stimulálható tuberculosiscillusok, a melyek azt a bizonyos, ismeretlen toxint termelhetnék; súlyosan betegekben hiányzik ez a visszahatás, mert a tömegesen jelenlevő tuberculosiscillustól már elválasztott mérge mennyiség nagysága mellett a tuberculinadag csak egy számba nem jövő méregtöbblet elválasztását okozza, a mely többlet tehát kifejezésre nem juthat. Nem túlságosan fertőzött esetekben megkapjuk a reactiót, a mint a jelenlevő tuberculosiscillusok a tuberculinnal érintkezve, elegendő toxint termelnek és ez a toxin a vérkeringésben is kellő mértékben elterjedt. Így magyarázza Marmorek, hogy aránylag hosszú időnek, néhány órának kell elmúlnia, a míg a reactio bekövetkezik, a mi szerinte szintén az ő felfogása mellett szól.

Ebből a gondolatmenetből kiindulva és mivel a tuberculin és a tuberculin okozta jelenségeket másképen értelmezni nem tudta, Marmorek-nek fel kellett vennie, hogy a tuberculosiscillusok a szervezetben egy más, egy olyan mérgeanyagot termelnek, a melyet a tuberculin nem, még pedig azért nem tartalmaz, mert azok a

tuberculosisbacillusok, a melyekből a tuberculint nyerik, ezt az ismeretlen méreganyagot egyáltalában nem termelik. *Marmorek* szerint a tuberculosisbacillusok in vitro azért nem termelik azt az ismeretlen, azt a valódi, azt a gümőkóros jelenségeket okozó toxint, mert nem élnek megfelelő, olyan viszonyok között, mint a milyenek között a szervezetben élnek és fejlődnek.

Hosszadalmas kísérletek után *Marmorek*-nek sikerült — a részletek felsorolása messze vezetne — olyan tuberculosisbacillus-kulturákat nevelni, a melyek addig, a míg fiatalok maradnak, ezt az eddig ismeretlen, de szerinte valódi toxint elválasztják, ellenben tuberculint egyáltalában nem, vagy csak minimális mennyiségben produkálnak.

Ezekkel a fiatal, a hogy *Marmorek* nevezi „*primitiv*“ kulturákkal kísérletezett *Marmorek* addig, a míg arra bírta őket, hogy lehetőleg sok ilyen valódi tuberculosistoxint termeljenek.

Az így nyert toxint — a kulturák filtratumát — fecskendezte *Marmorek* lovakba és hosszadalmas oltásokkal a lovakat tuberculosis ellen immunizálva, vérükből nyerte a gümőkórelenes vérsavóját. (Sérum antituberculeux *Marmorek*.)

Ma azonban nem ezzel az eredeti vérsavóval oltunk. *Marmorek* tekintettel arra a körülményre, hogy a tuberculosisbacillus olyan gyakran él symbiosisban a streptococcus-sal, a lovakat, a melyekből savóját nyeri, streptococcusok ellen is immunizálja. Az így nyert savónak azután nemcsak gümőkórelenes, hanem genyedésellenes sajátságokat is tulajdonít. Ez a „*kettős serum*“ az, a melyet én is használok. Ezekre menő serumadagokat használtam el, a melyeket *Marmorek* részben *Friedrich* főorvos útján, részben közvetlenül bocsátott rendelkezésemre.

Kötelességemnek tartom, hogy első sorban *Marmorek*-nak, de *Friedrich* főorvosnak is hálás köszönetemet e helyen is nyilvánítsam.

*Marmorek* gümőkórelenes vérsavója tehát csak kész antitoxinokat tartalmaz, a melyekről — a polyvalens streptococcus-antitoxinoktól most eltekintve — *Marmorek* bebizonyította, hogy annak a toxinnak az antitestei, a mely a gümős megbetegedéskor a tuberculosisbacillus delectaer principiumát alkotja.

A legtöbben, a kik ezzel a serummal kísérleteztek, de *Marmorek* maga is eddig azt állították, hogy ez a serum teljesen ártalmatlan, mint a hogy ez egy antitoxikus serumtól a priori másképp nem is volt várható. Kísérleteim és az irodalom tanulmányozása más meggyőződésre juttatott és engedjék meg, hogy első sorban ezt a meggyőződésemet és ezzel egyben a *Marmorek*-serum hatásának általam megkísérlett magyarázatát is előadhassam.

Könnyebb megérthetős czéljából első sorban nem a legtöbb orvos előtt ismeretlen *Marmorek*-féle gümőkórelenes serum hatását, hanem egy szintén passív, mert csak kész antitoxinokat tartalmazó serumét, a diphtheritis antitoxikus serumát tegyük figyelmünk tárgyává. Ezen serum, de hozzátehetem, hogy minden csak antitoxinokat tartalmazó serum hatásának mindenki által érzett, de eddig szavakban alig kifejezett magyarázata teljes mértékben áll a *Marmorek*-féle gümőkórelenes serumra is. Hogy klinice óriások a különbségek, ezen semmit sem változtattak. Ezeket a különbségeket a különböző betegségek különbözőségei teljes mértékben megmagyarázzák, de a hatásuk analogiáját egyáltalában nem érintik.

Az antidiphtheritis-serum csak antitoxint tartalmaz, a mely a diphtheritisbacillus produkálta mérget lekötve, azt ártalmatlanná teszi. *Behring* értelmezése szerint tehát passív serum, a melynek más, például izgatató hatása nincsen. Ennek ellenére hatásának magyarázata a fentebb elmondottakkal még nincsen kimerítve. Azzal, hogy a diphtheritisméreg paralyzáltatott, a beteg még meg nem gyógyult. Az antidiphtheritis-serum okozta méregtelenítésnek a következményei azok, a melyeknek a betegség gyógyulását köszönhetjük. A toxæmia megszüntével a szervezet természetes védelmi berendezései felszabadulva hatásukat újból kifejthetik. A diphtheriás laesio helyén chemotaxis jelenségeit észlelhetjük. A lepedékek gyorsan, feltűnően gyorsan feltisztulnak, gangraenás helyek elhatárolódnak, nekrotikus szövetzafatok ellökődnek. A vasomotorius hűdés a méregtelenítéssel lépést tartva megszünt és így a szervezet védelmi berendezése mintegy reactiváltatott. A védelemnek ez a felélédeke különösen helybelileg kell hogy kifejeződjék, mert a laesioiban halmozódnak fel azok a feladatok, a melyek a méreg paralyzálásával megoldást nem nyertek. Ott a fertőzés ingerétől kezdve a nekrobiosis szövettermelékek ingeréig csöstell vannak

ingerek, a melyek megoldásra ösztökélik a szervezetet. A diphtheritoxinok lekötése előtt a szervezet ebben az irányban feladatait nem tudta kellőképpen ellátni, most azonban a passív antitoxikus serum felszabadította a védelmet és a nélkül, hogy a serum ebben az irányban külön is izgatna, a védelmi berendezések egészen automatásan nemcsak a fertőzés visszaverésére, de a fertőzés okozta szövetszöveti változások megszüntetésére, a szövetszöveti veszteségek pótlására ösztökélik a szervezetet. Így a passív serum is active hathat és ezt a hatást én „*automatás reactionnak*“ nevezem.

Most már az automatás reactio és nem a specifikus serum áll az előtérben. A toxæmia megszüntével a szervezetnek addig lefokozott vagy hűdött, szóval inferiorabb védelmi berendezései vezetnek. Ezek irányítják a szervezet további, a restitutiora irányuló tevékenységét és a serum csak annyiban játszik szerepet, a mennyiben a reinfectiót meggátolja.

A laesio meggyógyítása azonban nem a serumnak, hanem a szervezetnek a feladata csakúgy, mint a hogy a szervezet feladata akkor is, ha nem diphtheritis, hanem más fajta fertőzés, vagy akár trauma sebzí meg a szöveteket. A laesio, a fertőzés okozta kár meggyógyításában tehát sajátlagos, specifikus momentum egyáltalában nincsen, a mit azért kell oly túlostúlton hangsúlyoznom, mert rendszerint figyelmen kívül hagyják vagy egészen elfelejtik.

Különösen diphtheritis eseteiben az itt vázolt folyamatot rendszerint figyelmen kívül hagyják, a mi nagyon is érthető. A diphtheritisben a toxæmia megszüntével keletkező automatás reactionnak nevezett chemotaxisa a sérült szöveteknek nem valami feltűnő jelenség. Klinice rendszerint csak magában a gyógyulásban és a gyógyulás gyors menetében nyilvánul az, hogy a védelmi berendezések felülkerekedtek és kötelességeiket teljesítik. A diphtheritisben a klinikai körkép előtérben ma már a toxæmia áll, mert tapasztalásból tudjuk, hogy ha az általános tüneteket megszüntettük, a lokális sérülések maguktól is, minden lokális gyógyítás nélkül meggyógyulnak. A lokális jelenségek tehát a serumgyógyításkor jelentőségükből sokat veszítettek. Már nem gyógyítjuk, inkább csak észleljük és a láz meg a közérzet mellett mint a szervezet méregtelenítésének egyik mércéjét értékeljük őket.

Az automatás reactio azonban jelen van; nélküle a sérülés meggyógyulása el sem képzelhető. Ezt a biológiai folyamatot a diphtheritis okozta sérülések meggyógyulásakor nem hangsúlyozzuk, figyelmen kívül hagyjuk, mert a diphtheritis okozta laesiók rendszerint felületes fekvésűek. A lepedékek akadálytalanul feltisztulhatnak, üszkös részek akadálytalanul elhatárolódhatnak, nekrotikus szövetek akár czafatokban, akár mint törmelék akadálytalanul eltávolodhatnak. A szervezetnek nincs szüksége arra, hogy védelmi berendezéseit erősebb munkára ösztökélje, mint a hogy kénytelen volna vele, ha a mélyben határolódik el egy elhalt szövetrészt és ha az ilyen sequester eltávolítását további szövetpusztulás áldozatával és az áttörés veszteségeivel kellene kierőszakolni. Ilyenkor az automatás reactio viharos lobbá fejlődik, a melyet figyelmen kívül hagyni nem lehet, és a melylyel számolnia, igen alaposan számolnia kell annak, a ki a bántalom gyógyításával foglalkozik.

A diphtheritistől elütőleg más a helyzet a gümőkóros megbetegedésekben. A gümőkórban nem a toxæmia áll a körkép előtérben és a fertőzéstől megtámadott szövetek is legtöbbször nem felületesek. Ennek következtében a szervezet méregtelenítésének folyamata nem olyan szembeötlő, de meg a laesiók meggyógyulása sem mindig olyan akadálytalan. A legtöbbször, a mint az elhalt szövetelemek felszívódás útján többé el nem távolíthatók, a sequestratiót a dissectio kell hogy kövesse, a mi súlyosabb löbfolyamatok nélkül el sem képzelhető.

Más megoldás az eltolódás, a mely azonban aránylag a ritkaságok közé tartozik.

A gümőkórban tehát a reactio folyamatok a laesio és a laesio körül igen hatalmasan jelentkeznek, és — a mi a diphtheritisben sohasem történik — annyira fokozódhatnak, hogy minden más nézőpontot háttérbe szorítanak.

Így áll a dolog, ha például a *Marmorek*-féle serum tisztán antitoxikus hatású és így az antidiphtheritis-serum analagonja. De felvetem a kérdést, hogy mi történik, ha a serum nemcsak antitoxinokat, hanem toxinokat is tartalmaz?

A kérdés nem oly értelmetlen. Hiszen a Koch-féle tuberculin tisztára activ szer, csak toxinokat tartalmaz, a melyek izgatató saját-

ságúak, a mivel azonban a tuberculin gyógyító sajátosságait tagadásba venni nem akarom.

Ha azonban a *Marmorek*-serum is tartalmaz toxinokat, akkor minden a szervezetbe hozott elegendő nagy adag nemcsak antitoxikus fog hatni, hanem a laesio vagy laesiók helyén izgatni is fog. Ekkor nemcsak az antitoxikus hatás következményeképp támadó automatás reactio fog kifejlődni, hanem ehhez hozzá kell hogy adódjék még a bevitt mérég izgatása következtében keletkező „specifikus reactio” is, a mely a serumadag által előidézte, a serumadag nagyságától is függ.

A gyakorlat szempontjából rendkívüli fontosságú, hogy a reactionak melyik fajtája létesül, illetőleg, hogy tisztán passiv azaz antitoxikus, vagy activ azaz toxikus sajátosságú a serum. Hiszen, a hogy kimutattam, a gümőkórban a laesión és a laesio környékén keletkező jelenségek fogják eljárásunkat irányítani. És ha ez így van, akkor elsőrendű fontosságú, vajjon *csak* a méregtelenítés következményeképp jelentkező automatás reactioval, vagy pedig egy a toxikus inger okozta specifikus reactioval van-e dolgunk. Az utóbbi esetben már az első elég erős serumadag után feltétlenül helybeli reactiót is kapunk, a melyet a méregtelenítés előhaladtával az automatás reactio csak öregbítené. Az ilyen fokozott reactio a szervezet méregtelenítésére irányuló törekvéseinket azután nagyon idő előtt megakasztaná. Hiszen hasonló a helyzet az activ tuberculinoknál és ez az oka, hogy ez a gyógyítás oly lassan haladhat.

Ha azonban a serum tisztára antitoxikus, akkor csak az automatás reactio útján okozhat helybeli visszahatásokat. Az automatás reactio azonban *csakis a szervezet méregtelenítése következményeképp képzelhető, és így csak abban az arányban keletkezik, a mint a méregtelenítés halad és csakis a méregtelenítés után keletkezik. Helybeli visszahatást tehát csak akkor várhatunk, ha az áramlásban levő mérgek már lekötettek.* Ha ekkor keletkeznek lokális reactiók, ezek megfelelő adagolással legtöbbször elég jól irányíthatók.

A gyakorlatban a kérdés megoldása természetesen nem ilyen egyszerű.

Mindenekelőtt az egyszer már fertőzött szervezetet a legtöbbször csakúgy egy csapásra méregteleníteni lehetetlen. Azután minden reactióban újra toxinok szabadulnak fel, a melyek újra csak mérgeznek és így a szervezetnek védőerőt is újból befolyásolják. Ezek a váltakozó befolyások igen bonyolult viszonyokat teremhetnek, a melyek megértéséhez és helyes értelmezéséhez igen sok tapasztalat és belátás szükséges.

Így arra a kérdésre, vajjon a *Marmorek*-féle serum tisztán passiv serum-e, vagy antitoxikus sajátosságai mellett toxinokat is tartalmaz, a melyek a laesio helyén specifikus reactiót is okoznak és az automatás reactiót fokozzák, ez idő szerint nem óhajtok végleges választ adni, de állíthatom, hogy saját tapasztalataim szerint, de az irodalomnak erre vonatkozó adatai szerint is, a *Marmorek*-féle serumot tisztán passiv, csak antitoxinokat tartalmazó serumnak kell tartanom.

Tény az, hogy a *Marmorek*-serumnak hatékonyan adott adagjait rendszerint a fertőzés helyén (a bőrön, a mirigyekben, a tüdőben stb.) és a fertőzés körül keletkező reactio követi. Ez a reactio attól függ, mennyire méregtelenítettett a szervezetet a benne keringő, specifikusan gümőkóros méreganyagoktól, a gümőkóros toxaemiát mennyire sikerült leküzdeni. De azonkívül függ a reactio a laesio fajtájától, formájától, és még számos más tényezőtől is.

Ha már most a *Marmorek*-féle serum eme reactiv hatásának következményeit kutatjuk, első sorban be kell vallanunk, hogy ez a reactio ártalmas is lehet. A ki beismeri, hogy a *Marmorek*-serum adagolását a fertőzés helyén reactio követi, azt is beismerte, hogy a szer kárt is okozhat. Az az ellenvetés, hogy az a reactio mindig a gyógyulás érdekében áll, semmiképp sem enyhíti azt a tényt, hogy a reactio ártalmas is lehet.

Az egyszer felkeltett reactio — ha minden mástól eltekintünk — minden további nélkül oly folyamattá is fejlődhet, a szervezetet oly feladatok megoldása elé állíthatja, a melyeket a szervezet egyszer segítség nélkül, másszor meg egyáltalában megoldani nem tud. Az első esetben esetleg sebészeti beavatkozással a szervezetet a kérdés megoldásához hozzásegíthetjük, míg más esetekben tehetetlenül állunk a bajjal szemben; a szervezet a reá zúdított feladatot teljesíteni nem tudja.

A továbbiakban felfogásom helyességét egész világos példákkal fogom demonstrálni. Most mindenekelőtt a *Marmorek*-serum hatásának a típusát óhajtom előadni.

Lázás betegeket egészen kifogástalanul láztalanít a szer, ha a lázat gümőkóros toxinok okozzák, ha tehát gümőkóros septicaemiával állunk szemből és ha elég nagy adagban adjuk a serumot. Ilyen betegben a laesio vagy a laesiók helyén reactio csak akkor támad, ha a beteg láztalan vagy megközelítőleg láztalan lett. Ebben az időszakban új, addig ismeretlen, eddig figyelemben nem részesített gümös góczok is érzékelhetővé válhatnak, mert a serum a reactiót azokon a helyeken is kiváltja.

A helybeli reactio pedig olyan jelenség, a mely nemcsak a serumadag nagyságától függ, hanem számos más viszonylata van, a melyek igen nagy befolyást gyakorolhatnak reá. Hiszen kézen fekvő dolog, hogy egy laesio biológiai, vagy talán helyesebben szólva pathológiai egyensúlyának egyszer provokált zavara minden további nélkül is fokozódhatik és feltartóztatlanul valamely lehető megoldást keres. Az egyensúlynak nem kell szükségképpen helyreállania. Bizonyos esetekben nem tud többé helyreállani.

Nézzük csak, mit értek lehető megoldás alatt akkor, a mikor az a kérdés, hogy a gümőkóros fertőzés okozta laesio hogyan gyógyul. A hogy a diphtheritissnél említettem, ezen a ponton a speciális bántalom bűvkörén már túl vagyunk. A laesio gyógyulásának kérdését nemcsak úgy lehet felvetni, de úgy is kell felvetnünk, hogy a gümőkóros fertőzést figyelmen kívül hagyjuk. Mért ha az a serum, vagy mondjuk bármely más speciális szer a leg-hatékonyabb is, *méltányosan nem várhatunk tőle többet, mint hogy közvetve vagy közvetlenül a kórokozó baktériumokat elpusztítsa és így a szervezetet ebben az irányban fertőtlenítsen. A többi feladat, így a fertőzés okozta szövetpusztulás vagy szövetelváltozás gyógyítása, már nem a speciális szer feladata.*

Ha egy darab bőr gümösen elpusztul, a hiány helyreállítását méltányosan nem várhatom a speciális szertől, a mely a gümös folyamatot megállította. És ugyanez áll a szervezet többi szövetével és szervével szemben is. Áll például a tüdőre vonatkozólag is és nem várhatjuk semmiféle speciális szertől sem, ha mindjárt a szervezetet fertőtleníttette is, hogy a tüdőszövetnek a fertőzés okozta pusztítástól eredő hiányát is helyreállítsa. Ezt a feladatot már a fertőzéstől meggyógyított szervezetnek kell teljesítenie. És ha a szervezet erre nem képes? Akkor a szervezetet oly helyzetbe hoztuk, oly feladattal terheltük, a melyet elviselni nem bír, a melyet teljesíteni nem tud. Ezért azonban nem a szer, hanem a szervezet kell hogy a felelősséget viselje. Azt az igazságot, a melyet a bőrre nézve elismerünk — s azt hiszem azt mindenki elismeri —, szövedőtebb viszonyok között nem szabad elfelejtelnünk. A mikor arról van szó, hogy a gümőkórbacillusok egy izületet elárasztottak és legnagyobb részét elpusztítottak, vagy a tüdőben súlyos defectusokat okoztak, akkor a szervezet és a szövetek méregtelenítésének és fertőtlenítésének, szóval a szer speciális hatásképességének kérdését a gyógyulás többi kérdésével minden kritika nélkül összeboronálni helytelen.

Annak az izületi vagy tüdőbeli defectusnak a gyógyulását a serumtól várni csak olyan nonsens, mint a hogy senki sem várja a higanytól, hogy az elpusztult orrot megtérítse. Annak az izületnek, annak a tüdővesztésnek a pótlására a serum képtelen és a serum alkalmazása mellett is az izületnek, a tüdőnek a vesztése és általánosságban a szövetvesztések első sorban csak a természetes, csak a rendes úton távolíthatók el, és másodszorban csak a rendes úton pótolhatók.

Sebtermékek: geny, ev, detritus és sequestrált részek vagy felszívódnak, vagy elimináltak, esetleg eltokoltatnak. Már ezeknek a feladatoknak a teljesítésében is kevés szerep jut a serumnak. *Megállapítható az a tény, hogy a Marmorek-serum adagolása mellett a gümőkóros geny és detritus könnyebben, nevezetesen nagyobb tömegekben resorbeálódik.* De azért a gyógyulásfolyamatok azonosak maradnak, akár diphtheritis, akár syphilis vagy gümőkór okozta a defectust vagy a defectusokat, és helytelenül ítélkezik az, a ki a gyógyulás feladatainak a teljesítését a *Marmorek*-serumtól várja. De még helytelenebbül ítélkezik az, a ki a *Marmorek*-serum hatása kapcsán keletkező összes tüneteket ártalmaknak tekinti és értők a *Marmorek*-serumot teszi felelőssé még akkor is, ha azok a tünetek a szervezet gyógyulásra való törekvésének nyilvánvaló jelei.

Ha helyesen akarunk itélkezni, meg kell gondolnunk, hogy ha a specifikus szer a szervezet gyógyító hajlamát egy meglévő kárral szemben egyszer felébresztette, ez a megindított folyamat csak kedvező esetekben irányítható a specifikus szernek adagolásával vagy elvonásával. Számos esetben azonban az egyszer felébresztett gyógyulási törekvése a szervezetnek olyan arányokat ölt, a melyekkel szemben a serum is, de a többi rendelkezésre álló gyógyító tényezőink is tehetetlenek.

Első sorban azt kell megtanulnunk, hogy a *Marmorek*-serum hatásának jelenségeit a szervezet védelmi actiojának tüneteitől megkülönböztetni tudjuk és csak ha ezt megtanultuk, fogjuk a gyógyulást irányítani tudni, fogjuk minden esetben azt tenni, a mi a gyógyulás érdekében áll. Ez a megismerés fog arra vezetni, hogy a serumot helyesen adagoljuk, hogy megfelelően individualizálunk. Csak ennek a megismerésével tudjuk elbírálni, mikor mennyi serum adható, s mikor nem kell serumot adni. De ez a megismerés adja kezünkbe a kést is nemcsak akkor, a mikor felületes tályogot kell feltárni, hanem akkor is, a mikor a serum által a gyógyulásra hajlamossá tett szervezetnek segítségére kell lennünk, hogy egy pusztuló izülettől megszabaduljon, vagy egy tüdőtályog áttörési törekvéseit istápoljuk.

(Folytatása következik.)

## Az orr és az orrgarat bántalmainak összefüggése a szembajjakkal.<sup>1</sup>

Irta: *Ónodi A.* dr., cz. egyet. ny. rk. tanár.

(Folytatás.)

Ismeretes, hogy a hátulsó melléküregek genyedei a szemüreg kötőszöveti gyuladást, tályogképződést, thrombophlebitist, genyes esonthártyagyuladást okozhatnak; épen úgy ismeretesek az elülső melléküregek genyedeinek folyamánként támadó szemüregi szövődmények, mint a szemüregtető genyes esonthártyagyuladásának áttérjedése a canalis opticusra és a látóidegre, a kóros szemüregtartalom okozta nyomás a látóidegre és véreire, a látóideg hüvelyének és a szemüregi értörzseknek gyuladása.

Vizsgálataink alapján állást foglalunk azon csaknem sablon-szerű felfogás ellen, mely a látóideg canaliculáris megbetegedését az iköböl bántalmával összefüggésbe hozni törekedett; pedig sok esetben az iköbölnek semmi köze sincsen a látóideghez és benső szoros vonatkozások csupán a hátulsó rostasejttel állanak fenn. A rostasejtek és az iköböl egyidejű megbetegedésekor mindkét üreg tekintetbe veendő és semmi esetre sem szabad csupán az iköblöt az okozatos összefüggés alapjául felvenni. Bonczolástani leleteink szerint a gyuladás tovaterjedése úgy a hátulsó rostasejtek mint az iköböl részéről, valamint vérkeringési zavarok is lehetségesek.

*Mendel* és *Lapersonne* állította, hogy az egyoldali neuritis retrobulbaris többnyire jellegzetes a nasalis eredetre. *Birch-Hirschfeld* szerint differentialdiagnostikailag toxikus és fertőzőes neuritis optica ellen és a hátulsó melléküregbántalommal összefüggő látóidegbaj mellett szól az egyoldalúság, bár kétoldali megbetegedések is előfordulhatnak. *Mendel* és *Lapersonne* a kétoldali neuritis optica többnyire koponyaűrbeli megbetegedésnek tekinti. *Sattler* szerint az egyoldali neuritis optica illetve atrophia nervi optici semmi esetre sem jellegzetes az iköböl és a rostasejtek megbetegedésére, előidézhetik gyuladások, vérzések, daganatok a canalis opticus agyvégén, valamint toxikus tényezők is. Az eddig észlelt esetek nagyobb számában valamely egyoldali melléküregbántalom ugyanazon oldalon okozta a látászavart és a megvakulást, a kétoldali melléküreggenyedei és látászavarok száma tetemesen csekélyebb, épen úgy a kétoldali látászavarok eseteinek száma egyoldali melléküregbántalomban. Leírt bonczolástani leleteink valamely egyoldali hátulsó rostasejt- vagy iköböl-megbetegedésben a vérkeringési zavarokat és mindkét látóideg és a chiasma sérülését lehetővé teszik. Az egyes esetek és bonczolástani leleteink kétségtelenül arra engednek következtetni, hogy az egyoldali üregrendszerben előforduló és keletkező kóros hatások mindkét látóidegre befolyhatnak.

A mi a klinikai anyagot illeti, száznál több esetet közöltek. Mint már említettük, sok eset nem értékesíthető, mert először is hiányzanak a pontos orrgyógyászati vizsgálatok, másodsor okozatos összefüggést vettek fel, noha a kórkép további észlelése vagy a gyó-

gyító beavatkozás nem történhetett. Ezen tényekhez fűzzük még azt, hogy tudomásunk van olyan esetekről az irodalomban, a melyekben csak valószínű felvételtől van szó vagy a további lefolyása az eseteknek újabb közlést és tisztázást kíván. Többször közöltek olyan eseteket, a melyekben a hátulsó melléküregek kezelésére a látóképesség javult, de a további lefolyásról semmit sem tudunk. Szükséges, hogy a lehetőség szerint megtudjuk, vajjon a javulás állandó volt-e és gyógyulásba ment-e át, vagy pedig a gyógykezelés és a sebészi beavatkozás eredménytelen maradt.

Hasonlóképen számos esetet említenek a szemgyűjtőerek, a koponyaűri öblök thrombophlebitisének szövődményével, ezek azonban nagyobb részben nem értékesíthetők, mert klinikailag és kórbonczolástaniilag nem vizsgálták meg a melléküregeket. A mi az iköbölgenyedei együtt jelentkezett gyűjtőeres szövődményeket, a vena ophthalmica, a sinus cavernosus, a sinus circularis, a sinus petrosus és a sinus longitudinalis thrombophlebitisét illeti, 20 bonczolási lelettel rendelkezünk. A bonczolási leletek azonkívül a rostasejtek és az iköböl empyemáinak folyamánként súlyos orbitális és meningeális szövődményeket mutattak.

A mi a klinikailag észlelt egyéb eseteket illeti, minden szakember saját tapasztalatából az eseteknek nagy számával rendelkezik, a melyekben a hátulsó melléküregek kisebb-nagyobb elváltozásai esetén látászavarok nem voltak észlelhetők. Már előbb megkíséreltük a magyarázatát adni azon feltűnő eseteknek, a melyekben daganatok az orrüregben, empyemák és nagy esontroncsolások a látóképességet nem bántják. Fennforgó empyema esetén spontán gyógyulás is bekövetkezik, így *Coppez* és *Lor* esetében a beavatkozás megtagadásának ellenére meggyógyult a neuritis; természetesen a heveny empyema spontán gyógyulásával a neuritis is megszűnhetik, épen úgy, mint a náthával a centrális scotoma is eltűnhetik. Leírtak eseteket, a melyekben az orrüreg és a melléküregek endonasális konzervatív kezelése a látászavart megszüntette. Így a többi között *Delneville* esetében egy hónapon át végzett orrüregtisztításra és mentholbelégzésre az iköböl empyemája és a kétoldali neuritis optica meggyógyult. A sebészi beavatkozásra gyógyult eseteknek kielégítő számával rendelkezünk, közöttük vannak gyógyult egyoldali, kétoldali és contralaterális látászavarok, valamint megszünt oculomotorius-hűdések. Sajnos, több olyan esetről is be kell számolni, a melyben egyrészt a neuritis optica kedvezőtlen lefolyása befolyásolható nem volt, másrészt egy már lezajlott folyamat, teljes látóidegsorvadás volt jelen, mely változatlan maradt, a mennyiben több évig tartó empyemából támadt, vagy accidentálisan más okból keletkezett.

A mi a contralaterális látászavarokat illeti, nem rendelkezünk bonczolási lelettel; az általunk észlelt alakviszonyok megadják a bonczolástani alapot az ellenoldali látóideg, a chiasma vagy mindkét látóideg sérülésének magyarázatára az egyoldali hátulsó rostasejt- vagy iköböl-megbetegedésben. Erre vonatkozólag ismerjük *Wohlmuth*, *Freudenthal*, *Laas* és *Lewy*, *Kuttner* és *Lehmann*, *Halstead*, *Glegg* és *Hay*, *Pollatsek*, *Mayer* és *Ónodi* eseteit. Az első négy esetben az ellenoldali canalis opticus töréséről van szó, az utóbbi 5 eset a hátulsó melléküregek genyedésére vonatkozik. A canalis opticus közvetett törését ugyanazon oldalon többször észlelték. *Hölder* 53 esetben a canalis opticus falainak törését találta. *Freudenthal* esetében a szemészek a lelet alapján Killian-féle homloküregműtét folytán, melyet *Kuhnt*-féle műtét előzött meg, az ellenoldali canalis opticus indirect törését vették fel. Azon megjegyzésünk mellett, hogy eddig a fejen történt számtalan beavatkozás alkalmával, a mikor is vésővel és kalapácsal dolgoztak, egyetlen egy hasonló eset sem ismeretes, általánosságban leírt leleteink alapján az ellenoldali canalis opticus közvetlen törését lehetőnek és megmagyarázhatóknak kell tartanunk. *Laas* és *Lewy* esetében az orrsövény resectioja folytán a vésés után, *Kuttner* és *Lehmann* esetében az orrsövényexostosis eltávolítása után villamosan hajtott fűrészszel *Laas* szintén az ellenoldali canalis opticus indirect törését vette fel.

Tekintve az általunk leírt alakviszonyokat, melyek az iköbölnek és a hátulsó rostasejtek az orrsövény felett való kiterjedésére vonatkoznak, az ellenoldali canalis opticus indirect törésének lehetőségét szintén nem vonhatjuk kétségbe. *Glegg* és *Hay* esetében a jobb rostasejtek genyedei hemianopsia bitemporalis és az associációs mozgások hűdése volt jelen, és sebészi beavatkozás

után gyógyulás következett be. A chiasma sérülésének felvétele bonczolástani leleteink alapján lehetséges. A mi a Gudden-féle ereszték részvételt az associációs mozgásokban illeti, arról a szemészeknek kell véleményt nyilvánítani. *Pollatsek* esetében, baloldali hátsó rostasejt- és iköböltemyemában kétoldali papillitis volt, beavatkozásra gyógyulás következett be. Bonczolástani észleleteink az okozatos összefüggés lehetőségét megengedik éppen úgy a hátsó rostasejtnek, mint az iköböl megbetegedésével. *Halstead* esetében jobboldali Highmor-, rostasejt- és iköböltemyemában baloldali megvakulás volt, beavatkozásra gyógyulás következett be. Ezen eset is bonczolástani leleteink alapján könnyen megmagyarázható. Esetünkben, baloldali hátsó rostasejt- és iköböltemyemában a jobboldali látóideg-sorvadás és a baloldali hemianopsia temporalis bonczolástani alapon a jobb látóideg és a chiasma sérülésével megmagyarázható. *Mayer* esetében a jobboldali Highmor-, rostasejt- és iköböltemyemával mellett jobboldali vakság és baloldali látászavar volt. *Mayer* esetét bonczolástani észleleteink alapján magyarázza meg.

Végül még egy kóroktani tényezőt akarunk felemlíteni és ez a sebészi beavatkozással mesterségesen előidézett látászavar. Ez a *Hirschberg* által közzétett esetben történt meg, a melyben egy jobboldali Highmor-, rosta- és iköböltemyemával műtete után „obere Halbtaubheit der Papille“ keletkezett. A látóidegnek ezen traumás sérülése a hátsó rostasejtnek és az iköbölnek a Highmor-üregben át történt kitarításakor történt meg. Ezen mesterséges sérülés a látóidegnek általunk leirt szabad lefutásával a hátsó rostasejtben és az iköbölben magyarázható meg. Még megemlítendő, hogy számos eset rhinogen vakságra vezetett.

A mi a szemidegek sérülését illeti, a hátsó melléküregek megbetegedéseiben a hátsó rostasejtnek és az iköbölnek kiterjedése az említett idegek területében határozottan szerepet játszik. A hátsó rostasejt és az iköböl kiterjeszkedhet úgy a kis mint a nagy ikszárnyban és ilyen módon közelebbi viszonyba juthat a trochlearis, oculomotorius, abducens és trigeminus törzseivel. A felső és oldalsó iköböl fal caries, nekrosisa esetén, a sinus cavernosus thrombophlebitisében, koponyaúri genyvedésekben és daganatokban előfordulnak a szemidegek hűdései. Azon esetekben, a melyekben vékony csontos fal választja el az idegtörzseket a hátsó rostasejttől és az iköböltől, a megbetegedett hátsó melléküregek hűdések és érzésvizsárok okozhatnak. A sella turcica oldalsó falát vizsgálataink szerint egészen vagy fele részben a hátsó rostasejt is alkotja, továbbá mindkét üreg határolhatja a fissura orbitalis superior, a foramen rotundumot és a foramen ovalet. A fissurán át az oculomotorius, a trochlearis, az abducens, a trigeminus első ága, a foramen rotundumon át a trigeminus második ága, a foramen ovalen át a trigeminus harmadik ága hagyja el a koponyaüreget. A hátsó rostasejt és iköböl empyemájában *Thomson* teljes oculomotorius-hűdést észlelt, az iköböl empyemájában *Hoffmann*, *Lapersonne*, *Stanculeanu* teljes oculomotorius-hűdést, *Baumgarten* oculomotorius-paresist, *Panas* abducens-hűdést és trigeminusanaesthesiát, *Mahu* abducens-hűdést, *Richter* abducens-hűdést, *Fisch* abducens-paresist és oculomotorius-hűdést észlelt. A mi a trigeminust illeti, *Panas* a második ág anaesthesiáját, *Rouge* infraorbitalis zsábát, *Schäfer*, *Moreau*, *Hajek* és *Schröder* supraorbitalis zsábát észlelt.

Kivéve a daganatokat, a koponyaúri genyvedéseket és thrombophlebitiseket, aránylag nagyon csekély számban betegszenek meg a szemidegek a hátsó melléküregek empyemája esetén. A hűdés és az accomodatív asthenopia csekély számú esete két körülményre vezethető vissza. Első sorban a hátsó rostasejtnek ritkábban előjövő közelségi viszonya miatt az idegtörzsekhez, továbbá az iköbölnek többször előjövő szomszédságviszonya mellett az idegtörzsekhez, a gyakrabban jelenlevő védő csontfal veendő figyelembe. Másodszor *Fuchs* feltevése is tekintetbe jön, mely szerint környéki folyamatokban a szemizmok idegrostjainak megkimélését ezen idegrostoknak csekélyebb vulnerabilitása magyarázza meg, ellentétben a látóideg papillomaculáris kötegének fokozott vulnerabilitásával.

Megemlítendő, hogy a rostasejtnek empyemájában asthenopiás zavarokat észlelt *Burger*, *Caldwell*, *Hajek* és *Grünwald*, az iköböl empyemájában accomodatív asthenopiát *Moreau* és *Schröder*. Azonkívül *Lapersonne* és *Fisch* a szemteke nyomásemelkedésére hívta fel a figyelmet. Itt megjegyezni kívánom még, hogy a tudomásomra jutott eseteket, körülbelül 130-at, egy jegyzékben összeállítottam.

A mi a tüneteket illeti, az ismert orrtükreszeti leleteket nem kívánjuk érinteni és csupán egyes megjegyzéseket teszünk, melyek a hiányzó szem- és orrtünetekre vonatkoznak. Két dolgot kell figyelembe venni, ugyanis hogy a szemhátér a fennálló látászavar ellenére rendes, továbbá, hogy a negatív orrtükreszeti lelet ellenére a hátsó melléküregek kórosak lehetnek. Tudvalevően a szemészeti elváltozásoknak nem kell a látászavar fokával arányosnak lenni, rendes szemtükörlelet mellett nagymérvű látászavar állhat fenn, másrészt kifejezett papillavérbőség és duzzadság mellett a látás rendes lehet. Éppen úgy való igaz, hogy a látóideg megbetegedésekor és sérülésekor az arteria centralis retinae belépő helye mögött, a canalis opticus törésekor, a teljes vakság ellenére egy ideig rendes lehet a szemtükörlelet. A hátsó melléküregek megbetegedéseiben gyűjtőeres vérbőséget, a papilla kiskókú duzzanatát és nem éles határoltságát, erősebben telődött retinagyűjtőereket és néha szűk verőereket észleltek. Egyes esetekben a prominens papilla a pangásos papilla képét mutatta. Gyakran találkozunk a neuritis optica kifejezett alakjával. A relatív vagy centrális scotoma jelenlétét kevés esetben észlelték. Klinikai jelentőségét és valószínű keletkezését már kifejtettük. A látótér szűkülését mint kísérő jelenséget *Kuhnt*, *Germaus*, *Ziem*, *Varese*, *Harlan*, *Bryan* említi, míg *Hinkel* 20 esetben, *Haeffner* és *Henrici* 37 esetben a környéki látótér szűkülését nem észlelte. Egyes esetekben egyoldali és kétoldali hemianopsiát irtak le, továbbá asthenopiás zavarokat, accomodatív asthenopiát észleltek. Egyes esetekben a szemidegek hűdését, a trigeminus érzéketlenségét, továbbá supraorbitalis és infraorbitalis zsábát irtak le. A látászavarokat a legkönnyebb alaktól a teljes maradó vakságig konstatálták. Még megemlítjük a sinus cavernosus thrombosisában a három főtünetet, a papillavizenyőt, a chemosist, és az exophthalmust. A szemgyűjtőerek thrombophlebitisét, az orbitalis phlegmonét és az orbitalis tályogot a correferens vette figyelembe. Figyelemre méltó tény a látszólagos negatív orrtükreszeti lelet fennálló elváltozások, mint rejtett genyvédők, vizenyösen duzzadt és polypszerűen elfajult üregnyálkahártyák mellett. A nyílás elzáródása, néha keletkező kidudorodások, továbbá fennálló látászavarok rejtett elváltozások lehetőségére utalnak. A javalatok felállításakor ezen kérdést érinteni fogjuk.

Az okozatos összefüggés körjelzése nem ritkán úgy positiv mint negatív orrlelet mellett nehézséggel jár, mert egyes esetekben hiányzik a kriterium annak eldöntésére, hogy nincsen-e véletlenül valami más okból támadt látászavarral dolgunk. A hátsó melléküregbántalmak ismert positiv tünetei mellett rámutatunk a különböző bonyolult alakviszonyokra és a differentialdiagnostikai nehézségekre, melyek *Hajek* és *Onodi* munkáiban részletesen vannak tárgyalva. Gyakrabban találkozunk az iköbölnek izolált megbetegedésével, annál ritkábbak a hátsó rostasejtnek izolált megbetegedései. Rendszerint mindkét üregrendszer megbetegedésével van dolgunk. A hátsó melléküregek benső viszonyát a látóidegekhez s az endonasalis műtévesi terület leirt alakviszonyait tekintetbe véve, többnyire mindkét üregrendszer egyidejű gyógykezelése szükséges. Az egyes gyógyeljárásokat és sebészi beavatkozásokat a javalatok megállapításakor akarjuk megemlíteni, előbb néhány megjegyzést teszünk, melyek az endonasalis sebészi beavatkozásokra, az esetleges nehézségekre a gyógyításkor és a legújabb sebészi eljárásokra és kísérletekre vonatkoznak.

(Vége következik.)

**Közlés a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórbonczolástani intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.)**

**További adatok a cukorbetegségben található pankreaselváltozások ismeretéhez.**

Irta: *Halász Aladár* dr.

(Folytatás.)

38. V. S. 45 éves férfi. Klinikai diagnosis: Diabetes mellitus. Nephritis. Betegségének tartama ismeretlen, de 1904-ben cukorbetegséggel egyszer már feküdt kórházban. Panaszai inkább vesegyuladásra, mint diabetesre vallottak.

Vizeletének napi mennyisége 1700—2500 cm<sup>3</sup> között változott.

kozott, fajsúlya alacsony, 1008—1010 volt, közepes mennyiségű fehérjét és a fehérje eltávolítása után 2·5% cukrot tartalmazott. Aceton, diaceton reakcióját a vizelet nem adta. Néhány napi kórházi tartózkodás után meghalt.

*Bonczolási jegyzőkönyvi* (7075/592 1905 december 19) adatok: Atrophia simplex pankreatis. A hasnyálmirigy súlya 60 gm.

*Egyéb eltérések:* Pyelonephritis chronica purulenta bilateralis cum dilatatione ureterum et vesicae urinariae hypertrophicae. Cystitis chronica. Gangraena aputrida lobi sup. pulm. dextr.

*Gócsövi lelet:* A hasnyálmirigy parenchymája általában normális, helylyel-közzel azonban kissé sorvadt, az acinusos elrendeződés fel nem ismerhető, a sejtek plasmazegények és vacuolások. A lebenyek közötti kötőszövet szembeütően laza és néhol mérsékelten megszapordott.

A szigetek a hasnyálmirigy mindegyik részletéből származó készítményeken elég nagy számban láthatók, átlagos nagyságuk  $150 \times 140 \mu$ , de elvéve akár még egyszer akkora szigetek is láthatók. Alakjuk kerek ovális. A szigetek legnagyobb része teljesen normális, sejtjeik részben lymphocytá típusú, részben kissé plasmazegény epithel jellegű sejtek, sajátos azonban, hogy az utóbbiak magvai nem hólyagosak, hanem sötétre festődő chromatindúsak. Másutt a sejtsorok kissé gyérek és csak egy-egy sor sejt alkotja a sejtkötegeket. A szigetek a mirigyparenchymától élesen, néhol kötőszövetes tokkal elhatároltak. Elvéve mérsékelten sclerosisos szigeteket is láthatni.

A kivezető csövek hámja ép. Az erek mérsékelten vérrel teltek, faluk ép.

A szigetszámlálás adatai:

Hasnyálmirigy-részlet	Készítmény	A metszet nagysága mm <sup>2</sup> -ekben	A szigetek száma	100 mm <sup>2</sup> területre hány sziget esik?	Jegyzet
Caput p. ....	A szigetszámlálás technikai okokból nem volt végezhető.				
Corpus p. ....	1	240	90	30	A szigetek 35%-a kissé sclerosisos
	2	230	75		
	3	240	85		
	4	230	92		
Cauda p. ....	1	160	92	56	20% sclerosisos
	2	160	89		
	3	160	85		
	4	160	95		

39. R. S-né, 62 éves izr. nőbetegnek 4 év óta vannak cukorbetegre valló panaszai; azóta annak ellenére, hogy sokat eszik, nagyon lesoványodott, sokat szomjazik és gyakorta vizelet. Vizelete világos szalmasárga, savi, fajsúlya 1028, minimális fehérjét és sok, 7·5% cukrot tartalmaz. Acetonpróba +. A szembeötölő lesoványodáson kívül szervi eltérés a betegben nem volt kimutatható. Néhány napi kórházi tartózkodás után (valószínűleg comában) elhunyt.

*Bonczolási diagnózis:* (7662/567 1905 december 28 b.): Diabetes mellitus, atrophia pankreatis. A hasnyálmirigy teste vékony, közepes tömörségű, egyes mirigylebenykei kiesinyek, sorvadtak. Súlya 45 gm. A máj középnagy, állománya ép, közepes vértartalmú, súlya 1200 gm. A két vese együttesen 340·0 gm.

*Egyéb eltérések:* Peribronchitis et pneumonia chronica fibrosa et caseosa tuberculosa loborum superiorum cum cavernis parvulis nonnullis usque ad magnit. nucis avellanae pulmonis dextri. Atrophia, anaemia universalis.

*Gócsövi vizsgálat:* A hasnyálmirigy szövete általában ép, helylyel-közzel azonban kissé sorvadt; a sejtek plasmazegények s a csoportokba verődött sejtanyagok szigetek képét utánozzák; másutt a szokatlan kép után ítélve, úgy látszik, hogy a parenchyma átalakulása révén, nevezetesen a sejtek plasmájának részben való eltünése s a sejtanyagoknak csoportos elrendeződése mellett valóban új sziget képződik.

A mirigyes szövetet helyenként laza zsírszövet pótolja. A hasnyálmirigy kötőszövele észrevehetően megszapordva nincs. A szigetek száma gyér, alakjuk jobbadán kerek ovális, a szomszédos mirigyes elemektől élesen elhatárolt s míg itt-ott kötőszövetes tokjuk

is van, másutt észrevétlen mennek át az elválasztó mirigyparenchymába; hámjuk ép.

A kivezető csövek hámjából normális. A kisebb erek fala helylyel-közzel megvastagodott, hyalinus, az érlumen pedig megsűkül.

A szigetszámlálás adatai:

Hasnyálmirigy-részlet	Készítmény	A metszet nagysága mm <sup>2</sup> -ekben	A szigetek száma	100 mm <sup>2</sup> területre hány sziget esik?	Jegyzet
Caput p. ....	1	160	11	6	
	2	170	10		
	3	170	3		
	4	160	12		
Corpus p. ....	1	140	13	9	
	2	120	9		
	3	140	9		
	4	120	17		

40. Cs. S. 18 éves, izr. leány 3 év óta cukorbeteg; örökölt terheltség nem mutatható ki.

A fokozott szomjúság mellett főpanaszát heves hasfájása és gyakori hasmenése teszi.

Kórházba való felvételekor a beteg már a végletekig lesoványodott, testsúlya 22·5 kgm.

Vizelete világos szalmasárga, mennyisége pontosan meg nem állapítható, mert a beteg székével együtt sokszor maga alá bocsátja, fajsúlya 1030, cukortartalma 2·2—7·1% között ingadozó, úgy acetont, mint diacetont bőven tartalmaz. Szigorú diatára nem volt fogható. Pár napi észlelési idő után kimerülés tünetei között elhunyt.

*Bonczolási jegyzőkönyv* (49/179. 1905. sz.) adatai: Diabetes mellitus. Atrophia pankreatis. A hasnyálmirigy 15 cm. hosszú, 2·5—3·0 cm. széles és 1 cm. vastag. Állománya elég tömött, lebenykei itt-ott aprók, halványak és vérszegények. A kivezető cső szabadon kutaszolható. A hasnyálmirigy súlya 30·0 gm.

*Egyéb eltérések:* Pericarditis et pleuritis purulenta l. sin. Lymphangiitis purulenta plantae pedis sin. Abscessus subcut. extensus cum gangraena cutis.

Focus caseosus in lobo inf. pulmonis sin. et petrificatio in apice dextro. Keratitis l. dextri et cataracta lat. sin. Atrophia universalis.

*Szöveti vizsgálat:* A hasnyálmirigy lebenykei igen aprók, általában mérsékelten, helyenként azonban nagy fokban sorvadtak, a sejtek plasmazegények s az acinusos elrendeződés csak itt-ott ismerhető fel. Másutt duzzadtak a sejtek, plasmájuk szembeütően egynemű, halványan festődő, a sejthárak pedig elmosódtak. A szigetek száma igen csekély: alakjuk kerek ovális, átlagos nagyságuk  $180 \times 90 \mu$ . Hámjuk plasmazegény, magvaik sötétre festődnek, chromatindúsak, sejtjeik jobbadán epithel típusúak. A hasnyálmirigy kötőszövele nincs megszapordva. Az erek vérrel teltek, faluk ép.

Hasnyálmirigy-részlet	Készítmény	A metszet nagysága mm <sup>2</sup> -ekben	A szigetek száma	100 mm <sup>2</sup> területre hány sziget esik?	Jegyzet
Caput p. ....	1	85	0	0	A feji részletben szigetek egyáltalán nem voltak láthatók
	2	100	0		
	3	100	0		
	4	80	0		
Corpus p. ....	1	100	2	2·5	
	2	100	3		
Cauda p. ....	1	40	4	13	
	2	35	6		
	3	40	7		
	4	40	5		

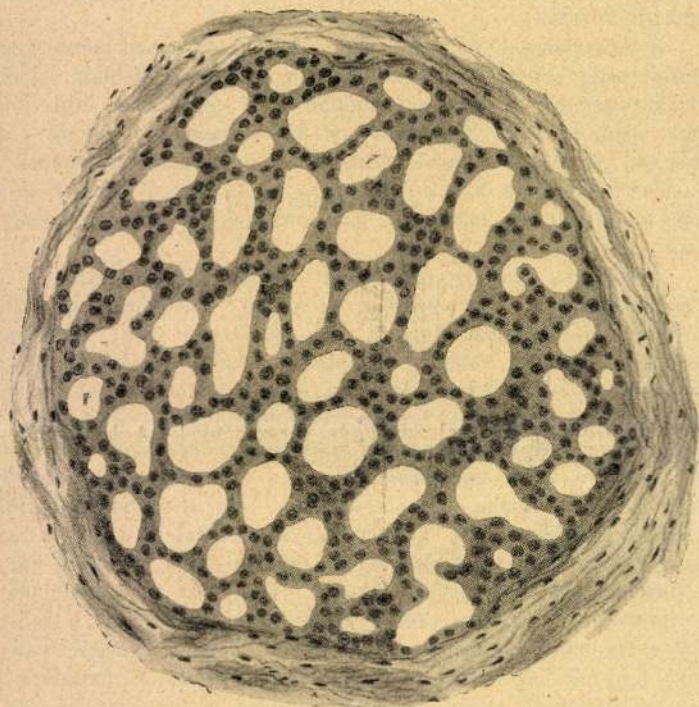
41. F. K. 32 éves, római katolikus fodrász, 1906 júliusában vette észre, hogy sokat iszik és sokat vizelet; ez idő óta egyre soványodik. 1906 augusztusa óta sokat köhög és vért is köpött. Vizelete világos szalmasárga, áttetsző, savi, fajsúlya 1028—

1039 között, ezukortartalma 2·6—3·4% között változó és napi mennyisége 2000—4800 cm<sup>3</sup> között ingadozó. Aceton, diaceton nincs benne. Szigorú diéta mellett a ezukortartalom csökkent ugyan (2·0%), de nem tűnt el. Időközben addig fehérjementes vizeletében 1·5% fehérje jelent meg. Négy hónapi klinikai tartózkodás után kimerülés tünetei között meghalt.

*A klinikai diagnózis:* Diabetes mellitus, tuberculosis pulmonum, hypertrophia prostatae és nephritis chronica volt.

*Bonczolati jegyzőkönyvi adatok (117/193 1906):* Atrophia pancreatis, Diabetes mellitus. A hasnyálmirigy tömött, szívós, középértartalmú. Lebnyekéi aprók, állománya vérszegény. A máj középnagy, állománya elég tömött, középértartalmú. Nephritis acuta. A vesék nagyok (12·3 × 5 × 3·7 cm.), tokjuk könnyen levonható, felületük sima, állományuk petyhüdt, kissé törékeny. A kéregállomány helyenként megvastagodott, a glomerulusok szürkés pontocskák alakjában jól láthatók.

*Egyéb eltérések:* Peribronehitis et pneumonia interstitialis fibrosa et caseosa loborum superiorum cum cavernis vetustioribus in apicibus, Haemorrhagia punctata vesicae urinae. Atrophia, anaemia universalis.



Sajátszerű, alkalmasint újdonszerű sziget. (Reichert ocul. II., obj. 6.)

*Górcsövi vizsgálat:* A hasnyálmirigy főtömegét durva rostos, helyenként, főképen a mirigy farki részletében, laza (zsirtartalmú) szövettel váltakozó, magszegény, elvéve kissé hyalinos kötőszövet alkotja, melyben itt-ott mononucleáris típusú sejtekből álló gömbsejtes beszűrődés látható. Ezen kötőszövetbe vannak a még meglévő mirigylebnyekéi ágyazva. A mirigylebnyeket az erősen megszorított intralobuláris kötőszövet apróbb részletekre osztja. A sejtek acinusos elrendeződése legtöbbször helyütt még felismerhető, a sejtek többnyire bő protoplasmájúak, elvéve azonban láthatni halványra festődő, protoplasmaszegény sejteket is. A sejtmagvak többnyire hólyagosak, itt-ott azonban sötétre festődő chromatidusok.

Szigetek, ámbár csekély számban, részint a mirigylebnyekében, részint a rostos kötőszövetbe ágyazva, izoláltan a mirigy minden részletéből származó metszeteken láthatók. Az izolált szigetek alakja rendszerint szabálytalan, hámsejtjeik helyenként jól megtartottak, másutt azonban plasmaszegények, magvaik zsugorodottak. A parenchymában levő szigetek néhol igen sajátos és szokatlan képet nyújtanak: e szigetek alakja kerek ovális, nagyságuk akár 350 × 320 μ, epitheltypusú sejtjeik részint egyes sorokban, részint páros sejtsorokból álló kötegekbe rendeződve, hálózatot alkotnak: kötőszövetes váz vagy érrendszer és szigetszerű képződményekben sehol sem látható (úgy hogy talán újonnan képződött, de mindenestre atypusos szigeteknek kell tartanom őket).

A sorvadtt mirigyparenchyma plasmaszegény és rendetlenül elhelyezett sejtjeivel sok helyütt a szigetekhez csatlódásig hasonlító képet ad. Ha azonban tovább követjük a körös változás egyes phasisait, láthatjuk, hogy a plasma teljes eltűnésével a sejtmag piknózisos lesz és végül az is teljesen eltűnik s a parenchyma helyén csak a kötőszövetes váz marad vissza.

A kivezető csövek hámbélése elpusztult és ürét sajátos egyenmű, mésztartalmú, van Gieson szerint decalcinálás után élénk sárgára, eosinos festéskor élénk rózsaszínűre festődő anyag tölti ki.

A szigetszámlálás adatait az alanti táblázatban csoportosítottam:

Hasnyálmirigy-részlet	Készítmény	A metszet nagysága mm <sup>2</sup> -ekben	A szigetek száma	100 mm <sup>2</sup> területre hány szigetet esik?	Jegyzet	
Caput p. ....	1	240	7	3·1	Szigetek a parenchymában csak nagy elvéve láthatók	
	2	300	7			
	3	300	12			
	4	300	10			
Corpus p. ....	1	300	13	4·5		
	2	300	16			
	3	300	14			
	4	300	11			
Cauda p. ....	1	200	15	6·8		Közülük néhányról nem lehetett eldönteni, hogy sziget, avagy sorvadtt parenchyma?
	2	200	18			
	3	200	10			
	4	200	12			

(Vége következik.)

## TÁRCZA.

### A 25. német belorvostani congressus.

(Vége.)

*Falta, Eppinger és Rudinger* (Bécs) a pajzsmirigy befolyását a szénhydratanyagcserére és az idegrendszerre, továbbá a belső secretiós mirigyek összefüggését ismertette. Dolgozatuknak első felében a pajzsmirigynek és pankreasnak összefüggését tárgyalták. Tapasztalataik szerint a pajzsmirigy kiirtása után az éhező állapotban a fehérjeszétés több mint felére csökken, s szénhydratoknak és zsírnak bevitelével nem korlátozható. Adrenalin-befecskendezéssel nem sikerül ezukorvizelést előidézni. Ha azonban a hasnyálmirigyet kiirtjuk, az adrenalin fokozza a ezukorkiválasztást. A pankreasnak és pajzsmirigynek együttes kiirtása után a ezukorkiválasztás nagy mértékben fokozott, a fehérjevesztés fokozódása azonban aránylag sokkal csekélyebb. A szénhydrát- és fehérjevesztés viszonyozása tehát sokkal nagyobb, mint csupán a hasnyálmirigynek kiirtásakor. E tapasztalatok alapján kimutatták, hogy a mirigyek kiirtása tulajdonképpen kétféle hatással van a szervezetre. A hatás egyrészt specifikus s kiesésben nyilvánul, másrészt közvetve más szervekre ható. A pajzsmirigy és a pankreas, továbbá a pankreas és a mellékvesék egymással szemben ellenkező, gátló hatást fejtenek ki. A pajzsmirigy s a mellékvesék fokozzák egymásnak működését. E törvények igaz voltát kórtani tapasztalataink is bizonyítják. A Basedow-kórban gyakran észlelhető ezukorvizelés. Ezt a pajzsmirigy túlműködése, ennek következtében fokozott adrenalin-termelés s a pankreasnak relative csökkent elválasztóképessége okozza. A myxoedemában a pajzsmirigy csökkent működése miatt a pankreasnak relativ túlműködése vehető fel, e miatt még nagymennyiségű ezukor bevitel után sem jön létre ezukorvizelés. Az előadók elmélete az emberi genuin ezukorbaj értelmezésében kevésbé használható fel. A pajzsmirigynek és pankreasnak együttes kiirtásával azonban kutyában az emberi ezukorvizeléshez közelebb álló kóralakot hozhatunk létre, mint a pusztá pankreas-kiirtással.

A vizsgálatok másik részét, a sympathicus-idegrendszer szerepét a mirigyek összefüggésének értelmezésében *Eppinger* ismertette. A pajzsmirigy fokozott működésekor a sympathicus tonusa is élénkebb, belső secretiojának esökkenésekor kisebb fokú. A hasnyálmirigy összefüggését a sympathicus-rendszerrel már *Loewi Ottó* kimutatta. Hasnyálmirigyétől megfosztott állatokban

ugyanis adrenalinak a szembe esepentésével pupillatágulást tudott előidézni. Hasonló tünet észlelhető a pajzsmirigy fokozott működése esetén is. Mint említettük, a mellékvesék a pajzs- és hasnyálmirigynek ellenkező irányú befolyása alatt állanak. Egybevetve ezt a fentebb elmondottakkal felvesszük, hogy a sympathicus-tonus befolyásolása a jelzett mirigyek által az adrenalintermelés fokozott vagy csökkent voltára vezethető vissza. A sympathicusnak jelzett összefüggését bizonyítja az is, hogy a pajzsmirigytől megfosztott állatban a IV. agykamara megsértése és az adrenalin-befecskendezés nem okoz cukorvizelést.

A discussióban Zülzer (Berlin) azon tapasztalata alapján, hogy az adrenalin és hasnyál kémlősöben közömbösítette egymást, tagadja a szervezetben való ellentétes hatás felvételének szükséges voltát. Ehrmann (Potsdam) szintén hisz a belső secretio és az idegrendszer összefüggésében. Ennek jelzésére a neurochemismus fogalmát ajánlja. A belső elválasztást intermittáló folyamatnak tartja. Falta válaszában nem fogadta el Zülzer ellenvetését, mert a kémlősöben történő vizsgálatkor a hasnyál az adrenalin elrontsolja.

Pineles és Pick E. (Bécs) pajzsmirigyüktől megfosztott kecskék aortájában atheromás elváltozást talált. A mellékvesék meg voltak nagyobbodva, a vérben azonban nem volt adrenalin található.

Feiler (Judendorf) részletesen ismertette adrenalinmérgezési esetének kórtörténetét. A betegség tünetei: szívdzavarok, polyuria és lipomatosis, az adrenalinak szembeesepentését beszüntetve, visszafejlődtek.

Zak (Bécs) az adrenalin előidézhető pupillatágulást fejtette. Állatkísérletekben cukorvizeléssel egyetemben a hashártya különböző részeinek izgatása után adrenalinmydriasiszt észlelt. Egyszerű mesenteriumvarrat után is ki volt váltható a pupillareactio. Gyomor vagy bélsipolyba drainsövet vezetve, az adrenalin-reactio heteken át fennállott; a cső eltávolítása után megszűnt. A reactio keletkezését a sympathicus károsodásával magyarázta. A vizsgálat olyképen eszközölendő, hogy a szem corneája mintegy 2 perezen át bőven adrenalinval legyen elborítva. Hasúri bántalmakban s műtétek után a pupillatágulás szintén észlelhető volt.

Glässner és Pick (Bécs) a hasnyál hatását vizsgálta az adrenalinra. Hasnyál és adrenalin keveréke 1 napi állás után hatástalan volt. Az odatoknak külön-külön, de egyszerre végzett befeckendezése nem okozott cukorvizelést. Hasnyálmirigysipolyos kutyában a mirigyelválasztás és cukorvizelés adrenalin befeckendezése után megszűnt. A hasnyál befeckendezése viszont az adrenalinak vérnyomást fokozó hatását tudta megszüntetni. Hasnyál jelenléte gátolja az adrenalin vaschloridreactioját, de nem tudja a békaszemreactiót megakadályozni. Ugyanis maga is hőálló, pupillátágító anyagot tartalmaz. A hasnyálmirigysipolyos állatok rendszerint néhány hét alatt elpusztulnak, mellékveséjük elveszti chromaffinitását s nem hat mydriasisosan; a vérnyomást fokozni nem tudja.

Fürth és Schwarz (Bécs) a jodothyryn élettani hatásáról végzett vizsgálataikat ismertették. A jodothyryn a vérnyomást csökkentő a szivre gyakorolt gyengítő hatása következtében. E hatása nem thyreoidea, hanem cholin tartalmára vezethető vissza. A cholin a secretinnal úgy kémiai tekintetben, mint élettani hatásában analog. Az atropin ellentétes hatást fejt ki mindkettővel szemben.

Popper és Glaessner (Bécs) a hasnyálmirigysipolyok élet- és kórtanához szolgáltatott adatokat. Sósav fokozta, szóda csökkentette a hasnyál-elválasztást, legerősebb gátló hatása az atropinnak volt. A bevitt táplálék nem volt az elválasztásra befolyással. Wohlgemuth (Berlin) ezzel szemben azt hangsúlyozta, hogy tiszta fehérjetáplálással a sipolyok záródását tudta előidézni.

Müller Ede (Boroszló) a hasnyál fermentumainak kimutatására szolgáló eljárását demonstrálta. Proteolysises enzimek jelenlétében az alvadt serumlemez bemélyedést mutat; ilyen proteolysises enzim a typsin is s e tulajdonsága révén biztos eredménnyel használható a hasnyálmirigy functionális kórismézésére. A széketét ily irányú vizsgálatában a pepsin, epe, vékonybélnedv nem okozhat tévedést. A széketét fermentartalma anti-serumok alkalmazása által a serumlapon meg is titrálható. A diastase vizsgálatára keményítő-lemezek alkalmasak.

Wohlgemuth (Berlin) a vér diastase-tartalmát vizsgálta;

emberben, lóban és kecskében talált legkevesebbet. Kutyában a táplálkozástól és tápláltságtól függetlennek mutatkozott; a hasnyál-elválasztás fokozása vagy megszüntetése, phloridzin adagolása nem volt reá befolyással.

Fränkel (Bécs) a lipidokról tartott előadást. Az emberi agyban ezen anyagok nagy mennyiségben vannak, száraz anyagának ugyanis két harmad részét teszik és speciális életműködését végzik. Landsteiner és Pauli (Bécs) az immuntestek fizikai kémiaját választották előadásuk tárgyául, s kimutatták a haemagglutininek amphoter villamjellegét.

A congressus tudományos munkálatait április 9.-én fejezte be igen csekély számú hallgatóság jelenlétében. A legnagyobb érdeklődés Rosthorn és Lenhartz, valamint Neisser és Wassermann referatumaikat kísérte, ezeknek elhangzása után megesappant némileg a hallgatók száma. Az utolsó előadások a félezer megjelentnek már csekély töredéke jelenlétében folytak le. A tárgyalásokat túlnyomóan Müller vezette s erélyes és tapintatos vezetésének tulajdonítható, hogy a kitűzött előadások nagy része aránylag oly rövid idő alatt volt megtartható. A hallgatóság szerepe sem volt könnyű. A congressus céljaira átengedett egyetemj díszterem acustikája a lehető legrosszabb, úgy hogy az előadói emelvény közvetlen közelében ülők, az állandóan figyelő tudósítók, sem tudtak mindenkit követni.

A tárgyalások időtartama túlhosszú volt. Az ülések néha reggel 9 órától este 1/27-ig is eltartottak alig két óra délutáni pihenő közbeiktatásával. A befejezés alkalmával a congressus 500—500 márkát ajánlott fel a Kussmaul- és Koch-alapítvány javára. Az utóbbiak jelenlevő titkára indítatva érte magát erre annak a kiemelése, hogy ez az első adomány, mely osztrák földről ered, holott távoli idegen nemzetek már áldoztak a nemes intézmény javára.

A congressusokhoz rendszerint fűződő vendégeskedések és kórházbemutatók elég szerény keretben mozogtak. Hivatalos fogadtatás és hivatalos bankett egy-egy izben volt. A fogadtatás nem nélkülöz minden pikantiát, ha körülményeit s az elhangzott beszédeket tekintjük. Az egybegyűlt orvosokat ugyanis a város főpolgármestere, Lueger Károly fogadta, a kinek az orvosok ellen indított mozgalma a himlőoltás, bonczolás és vivisectio miatt, továbbá azon kijelentése, hogy a tudományos munka felügyelet alá helyezendő, orvosi körökben elég visszatetszést szült. A fényes estélyre való kilátás azonban minden aggályt vagy önérzetes tartózkodást elfelejtetett, s a jelentkezések oly nagy számban történtek, hogy a később érkezők nagy része már meghívóhoz sem jutott. A congressus elnöke, Müller tanár, általános tetszéstől kísért és tapintatosan ezélatos beszédben üdvözölte a polgármestert, felhíva figyelmét az orvosi rend nagy fontosságára és hasznára az egész társadalomra nézve. Sajátságos, hogy e beszéd tartalmát a bécsi lapok, a melyek a congressus legapróbb részleteiről híven referáltak, nem ismertették. Lueger válaszában az orvosok iránt érzett szeretetét említette s azon „titkos kívánság“-nak adott kifejezést, hogy az orvosoknak sikerüljön nemsokára minden betegséget gyorsan felismerni és biztos sikerrel gyógyítani. A fényes vacsorán azonban cukorbetegsége miatt nem vehetett részt, s az est kellemesebb részét a congressus tagjai Neumayer alpolgármester vendéglátása mellett töltötték el. A bécsi városháza fényesen díszített és kivilágított helyiségei, a jó zene s mi egyéb soká tartották együtt az egybegyűlteket. A díszestebéd (Festbankett) látogatottsága, tekintve a német takarékoságnak költséges részvételt, aránylag csekély volt. Legkiemelkedőbb mozzanata Schrötternek Müllerre mondott felköszöntője volt. A hangulat kedélyességét, fesztelenségét jellemzi, hogy a vacsora után Neusser zongora-, His hegedűjátékával szórakoztatta a társaságot. Egy operaelőadás és hangverseny tartozott az említetteknek kívül a külsőségek programjához.

Tekintve az „Allgemeines Krankenhaus“ ósdi, elmaradott voltát, az ott elhelyezett klinikák nem lehettek bemutatás tárgya. Ha csak Noorden tanár klinikáját tekintjük, egybefoglalva találjuk azt, milyennek nem szabad lenni a belorvostan mintahajlékának. A klinika egyik-másik berendezési tárgya, például kályhái méltóbb helyet foglalnának el valamely régiségárban. Annál inkább becsülendő az a munka, a mit a klinika orvosi kara jelenleg végez. A congressus értékes, eredeti előadásainak jó része erről a klinikáról eredt. A Noorden tanár kinevezetése alkalmával épített kis barakkban az ambulancia és labororium foglal helyet. Az



előbbinek beosztása annyiban helyes, hogy a nők és férfiak vizsgálata egy időben több orvos által végezhető s így a functionális és chemiai vizsgálatokra a szükséges téren kívül több idő is áll rendelkezésre, a mi első sorban szükséges a betegek lelkiismeretes el-látásához.

Annak a demonstratiojára, hogy a bécsi orvoskar az építkezésben is halad, az újabb építmények bemutatása is szerepelt a programon. Mint illyent a két új női klinikát mutatta be Schauta tanár, a melyek 9 millió korona költséggel ép ez időben épültek fel. A két klinika már méreteiben is egyszerű, s beosztásuk is teljesen megfelelni látszik rendeltetésüknek. A műtőtermek, szülőszobák tervezésén meglátszik az a gondos törekvés, mely mindenben az asepsis tanának érvényesítését célozza. A helyi viszonyokon, a pusztá falakon s egyes szobákban felhalmozott butortárgyakon kívül egyebet alig láttunk. E befejezetlenség és rendtelenség közepette mint kis oázis emelkedett ki Chrobak tanárnak domborműve, a melyet pálmák, növények vesznek körül, s melynek fenntartására tanítványai külön alapot létesítettek. Schauta szíves szavakkal adott felvilágosítást a látottakról s kiemelte az építkezési s berendezési technika újabb vívmányait.

A congressusi helyiség melléktermeiben rendezett kiállítás, melyet Schlesinger tanár állított össze, orvosok, vegyészeti, optikai s orvosi segédeszközgyárak alkotásait foglalta magában. A mi vegyi iparunkat Richter és Egger gyógyszerészek kiállítása méltóan képviselte. A coffeinmentes kávé, az oxohúsleves s a kettős malátasör, melyet a gyárak készséggel szolgáltatnak, legalább a congressus tartama alatt értékesnek bizonyult. Az orvosi szaklapok ünnepi számmal kedveskedtek. A teljesség kedvéért még azt is feljegyzem, hogy a congressus egész időtartama alatt esett az eső, s a lehető legkellemesebb hűvös idő volt. A büszkén emlegetett szép bécsi tavaszról nem élveztünk semmit sem. De legalább eleshetett az az ellenvetés, a melyet a nagy városok ellen emeltek a congressus szempontjából, hogy tudniillik elvonják a résztvevők figyelmét a tudományos munkától. A congressus vezetősége mindazonáltal elfogadta azt a határozatot, hogy a jövő esztendői tanácskozás Wiesbadenban tartassék meg. A legközelebbi congressus tárgyai gyanánt *Magnus Levy* (Berlin) az ásványanyagcsere kórtani jelentőségét, *Brauer* (Marburg) a mellkas statikájának és dinamikájának élet- és kórtani jelentőségét a tüdőkre nézve és *Plönies* (Drezda) a gyomorbetegségek illetve sérülések vonatkozásait a keringési rendszerhez ajánlotta.

Így tehát a német belorvosok congressusa II. negyedszázadját ugyanott fogja megkezdeni, a hol az első. Wiesbadenban fognak azok az anastomosisok egybeolvadni, a melyekben, mint Schrötter mondta, orvosi törzsszervezetünk azon capillarisai s idegrostjai végződnek, a melyek tudományunk szellemi eszmécserejét közvetítik.

*Ország Oszkár dr.*

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Hirsch: Der Aetherrausch.** Eine Darstellung seiner Grundlagen und seiner Anwendungsweise. Mit 3 Abbildungen im Text. Leipzig, Franz Denticke. 1907. Ára 1 kor. 20 fill.

Ezen 50 lapra terjedő monographia rövid áttekintést nyújt a ma már általánosan használt aetherbódulatról, részletesen leírja az eljárás technikáját, a melyben sok megszívlelendőt nyújt, mert való igaz, hogy nagy számra rug nap-nap után ezen aetherbódulat alkalmazása, de lege artis végzett bódulat, tekintve, hogy rendszeren a legfiatalabbak végzik, kevés van. Részletesen leírja a szerző a narcosis phasisait, ismerteti miként kell az izgalmi szak előtti analgesias szakot kihasználni, miként kell a cseppentési és öntési módszer szerint eljárni, hogy ideális, veszedelem nélküli narcosis létesíthessünk. A munkát 3 rajz kíséri, egy a narcosis görbáját szemlélteti, kettő pedig az új Sudeck-maszk szerkezetét ábrázolja. 25 újabb, e tárgyról szóló közlemény jegyzéke fejezi be a világosan megírt kis művet, melyből úgy a kezdő, de még a gyakorlottabb altagó is jó útbaigazítást nyerhet. Tekintve, hogy az ilyen aetherbódulat alkalmazása az irodalom szerint még egy esetben sem

vezetett halálra, a gyakorlóorvosok is nyugodt lelkiismerettel alkalmazhatják kisebb sebészi műtétekre az aetherbódulatot, de nem ajánljuk, miként azt a szerző említi (44. lap), hogy az orvos egy személyben altasson és operáljon is.

*Steiner Pál dr.*

**Edgar Allan Poe von Dr. Ferdinand Probst** (München-Egfling). Verlag Ernst Reinhardt, München. 1908. 46 lap. Ára 1 márka 20 f.

Poe családfája a XII. századig követhető, az elődök közt sok a különöz, regényes gondolkozású ember. Ideges terheltség tehát bőven van. *Probst* Poet mint gyenge akaraterejű, adósságokba vert kártyás alkoholistát mutatja be, a kinek alkoholizmusa az időszakos (Krapelin szerint) epilepsias alkoholismus körébe tartozik. A baj úgy látszik delirium tremens képében végződött. Egyes utazásai az epilepsias vándorösztrönre emlékeztetnek, talán öntudatlansággal is jártak. Elbeszéléseiben észrevehető a beteges gondolkozás, sok hősében az ő saját baja van festve.

*Kollarits Jenő dr.*

**Új könyvek.** *F. Nissl:* Histologische und histopathologische Arbeiten über die Grosshirnrinde. 2. Band. Jena, G. Fischer. 55 m. — *M. Kirchner:* Die Bekämpfung der Tuberkulose und die Fürsorge für die Phthisiker. Jena, G. Fischer. 1 m. — *L. Morochowetz:* Die Einheit der Proteinstoffe. I. Teil. Zooglobulin. Berlin, A. Hirschwald. — *J. Schreiber:* Der Wert der Rekto-Romanoskopie für die Erkennung und Behandlung der tiefsitzenden Darmerkrankungen. Halle, C. Marhold. 3 m. — *H. Kisch:* Fettleibigkeit und Fettsucht. Würzburg, C. Kabitzsch. 0.85 m. — *E. Villiger:* Die periphere Innervation. Leipzig, W. Engelmann. 3.60 m. — *F. Hermann:* Gehirn und Schädel. Jena, G. Fischer. 60 m. — *Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde.* I. Band. Berlin, J. Springer. 18 m. — *A. Skutelsky:* Die neueren Arzneimittel in der ärztlichen Praxis. Berlin, J. Springer. 7 m.

## Lapszemle.

### Belorvostan.

**A szívbetegségeknek hirtelen halálára** vonatkozó tapasztalatait ismerteti *Kisch* tanár. 156 esetre vonatkozó anyaga alapján túlzottan tartja ugyan azt a régebbi felfogást, hogy minden szívbetegségnél föltt Damokles kardja gyanánt függ a hirtelen halál veszélye; de azért Leyden álláspontját sem fogadja el, mely szerint, néhány kivételes esettől eltekintve, a szívbetegségek ninesenek nagyobb mértékben kitéve a hirtelen halálnak, mint az egészségesek. Idézi Kolisko-t, a törvényszéki orvos tanárát, a ki szerint a természetes okokból beállott hirtelen haláleseteknek túlnyomó többségében megvolt szívbetegség okozta hirtelen szívhűdéssel találkozunk.

A mi először is a kor befolyását illeti, a szerző tapasztalatai szerint a 30. életévig a szívbetegségek ritkán hálnak meg hirtelen; az előforduló kevés esetben súlyos billentyűbetegségek voltak kimutathatók. A 30. életévtől kezdve mind jobban nő a hirtelen halál eshetősége, s az 50. életéven túl a szív- és érbetegségek hirtelen halála a később említendő kóros viszonyok közbejárásával meg lehetősé válni.

A szívzavarokban szenvedők két csoportjában leggyakoribb a hirtelen halál: egyrészt a nagy fokban elhjasodottakban, másrészt az általános arteriosclerosisban szenvedőkben. Az arteriosclerosis kombinált nagyfokú lipomatosisban szenvedő, az 50. életéven túl levő egyénekről a legnagyobb valószínűséggel állitható, hogy rövidebb-hosszabb idő múlva hirtelen fognak meghalni. Ugyanez a prognosis állitható fel, ha a szívbillentyűk elégtelensége mellett a myocardiumnak előrehaladt zsíros elfajulását és a bal szívkamara erős tágulását találjuk. Nagyfokú aorta-aneurysma eseteiben szintén nagyon valószínű a hirtelen halál az aneurysma megrepedése következtében.

A hirtelen beállandó halál csaknem biztos jelének tekinti a szerző az érverésnek teljes szabálytalanságát (delirium cordis). Másfelől a nagyfokú bradycardia (percenként 30—40 érverés, az egyes hullámokon a pulsus tardus anakrotiájának jeleivel) is arra utal, hogy a szív hirtelen meg fog állni. Az angina pectoris-roham alkalmával aránylag ritka a hirtelen halál. Ha azonban a 60 életéven túl levő, erősen elhjasodott egyéneknél gyakran ismétlődnek a súlyos rohamok, nagy a valószínűség, hogy aránylag rövid időn belül hirtelen halál áll be. Ugyanez mondható az asthma cordiale eseteiről, a melyekben a nehézlégzés-rohamok s más jelek súlyos myocarditis és arteriosclerosisos elváltozásokra utalnak.

A tüdőemphysemával szövődött szívbaj is nagyon hajlamosít a hirtelen halálra.

A mi a hirtelen halálnak közvetlen okait illeti: néha ilyen egyáltalában nem található, máskor meg már igen esekély ok (mérsekelt lelki felindulás) is elegendő a szívbajos hirtelen halálának bekövetkezéséhez. Nagyon gyakran szerepelnek a vérnyomást fokozó tényezők (megerőltető testmozgás, hegymászás, bőséges étkezés, alkoholos italok, közöslés, köhögésroham, székelés, bél-, epekő- vagy vesekőlika stb.) az arteriosclerosisban, a szívizomzat nagyfokú zsíros elfajulásában, az erős szívtágulásban, aortaaneurysmában szenvedők hirtelen halálának előidézésében. A pneumoniából vagy typhusból rekonvaleszkáló szívbajosok is hajlamosak a hirtelen halálra. A terhesség is elősegítő tényezőként szerepelhet. Néha az öröklés is szerepet játszik. Végül meteorologiai befolyások is elősegíthetik a hirtelen halált; a bécsi törvényszéki orvostani intézet tapasztalatai szerint különösen hirtelen időváltozás eseteiben rohamosan szaporodnak a szív koszorúereinek megbetegedéséről feltételezett hirtelen halálesetek. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 14. szám.)

### Idegkórtan.

**Az ideges emberek házasodásáról** *Redlich* (Bécs) sok tekintetben érdekes előadást tartott. Ez a kérdés nemcsak egyéni fontosságú, hanem az idegbajok egy részének öröklékenysége miatt a következő nemzedékre is kihat. A megítéléskor tekintetbe kell venni, hogy a házasság a férfira nézve többnyire rendezett, excessusoktól ment nemi életet jelent, viszont a legtöbb nőre nézve csak a házasságban van meg a közöslés lehetősége; tekintetbe kell venni továbbá az eltérő nézetű házastársak disharmoniáját, a családi gondokat, a terhességet. Az általánosságban tartott indiciók természetesen csak nagyon határozatlanok lehetnek és az egyes esetek megítélésében az orvosi tudáson kívül is józan megfontolást igényel.

A könnyű neurasthenia és idegesség nem szól a házasság ellen, sőt ellenkezőleg, az ilyen betegek a házasságban inkább megnyugodnak. Súlyosabb terheltség, kényszer gondolatok, súlyosabb neurasthenia kedvezőtlenebb kilátást adnak amennyivel is inkább, mert összeférhetetlenséggel járnak. Tilalmat ilyenkor csak az acut rosszabbodások idejére lehet állítani. A nemi neurasthenia többnyire javul avagy eltűnik a házasságban, de azért felelősséges volna ilyenkor a házasságot mint gyógyító eszközt ajánlani. Legjobb az ilyen beteget gyógykezelésbe fogni és csak önbizalmának visszanyerése után engedni meg a nőtülést. Rendellenes nemi ösztönű embert ne engedjünk nőszülni, ha a perverzitás súlyosabb jellegű, könnyű esetekben igyekezzünk a gyógyulást elérni és csak ennek beállta után adjuk beleegyezésünket. Körülbelül ugyanezt mondhatjuk a hysteriáról. A könnyű esetekben jó a házaselet, a súlyosakban nem ajánlható. Az epilepsiás embernek *Redlich* abszolút módon tiltja a házasságot. Ugyancsak tiltó ok a tabes vagy dementia paralytica bármely esekély tünete. Gondoljunk ilyenkor e bajok átvitelére a házastársra és gyermekekre. A psychosisokban nem igen szokták ezt a kérdést felvetni, talán még leginkább a maniában és időszakos elmebajokban lehet szó a házaseletről. *Redlich* tilalma ezekre az esetekre is kiterjed, mert a terhesség és szülés sokszor alkalmi oka a kiújulásnak. Ne nőszüljön sem a morphinista, sem az alkoholista. Ne higyjük, hogy a jó feleség állandóan vissza fogja tartani az urát a visszaeséstől. Ha ilyen eset nagy ritkán előfordul is, csak kivétel. Még az is megessik, hogy a morphinista férj a feleségét is ráveszi a morphinismusra. Ha acut módon exogen elmebaj áll elő, például fertőző bajok után, vagy valami súlyos kedélybehátásra támad elme-kóros tünet és ha ez már éveken át gyógyult, megengedhetjük a házasságot. De ilyenkor meg kell követelnünk, hogy a másik fél fel legyen világosítva.

*Redlich* előadása végén sürgeti, hogy az olyan nők számára, a kiknek házassága lehetetlen, valami foglalkozásról kellene gondoskodni, vagy legalább is jó volna számukra otthont teremteni. (Med. Klinik, 1908. 7. sz.) *Kollarits Jenő* dr.

### Sebészet.

**A belső torkolati gyűjtőer elsődleges otogen thrombosisáról** értekezik *Grossmann* (Berlin) és tapasztalatait a következőkben foglalja össze: A bulbus venae jugularis elsődleges throm-

bosisa csak relative ritka; 4—6 otogen pyaemia-eset közül egyiken bizonyosan ez szerepel mint kórokozó. A kontaktthrombosis gyakoribb, mint a per emboliam keletkező. A peribulbaris tályog néha oka, néha következménye a bulbusthrombosisnak: thrombosis esetén oka, embolia esetén következménye. A fali elsődleges bulbusthrombosis mindig csak valószínűséggel körjelezhető; e körjelzést támogatja, ha az ép oldali dobhártyán a hátulsó alsó quadransban kékesötét árnyéket kapunk, s ha az anamnesisben halljuk, hogy a szülőknek vagy a testvéreknek szintén bulbusthrombosisuk volt. Másodlagos bulbusthrombosis esetén, ha a fertőző thrombust a sinus sigmoidensből a vena jugularis interna lekötésével, vagy a nélkül eltávolítjuk, gyakran gyógyulást érhetünk el a nélkül, hogy a thrombust a bulbusban megbolygatnánk; elegendő, ha az utókezelésben a bulbust akár a megnyitott sinus sigmoideusból, akár a megnyitott vena jugularisból átöblítjük. Elsődleges bulbusthrombosisban ne várjunk, míg pyaemiás áttételek készítenek operatív beavatkozásra, mert hogy sülyedéssé tályog egyszerű megnyitása a nyakon egyes esetekben gyógyulásra vezetett, még nem jelenti azt, hogy ezt bevárjuk. Legzélszerűbb úgy parietális, mint obturáló elsődleges bulbusthrombosis esetén a bulbus feltárása és kitarítása a vena jugularis előzetes lekötésével. (Archiv f. klin. Chir., 1908. 85. kötet, 1. füzet.) *Steiner Pál* dr.

**112 czombnyaktörésről** referál *J. B. Walker*. Az 1906 január óta észlelt 378 czombtörésből 112 székelt a czombnyakon. A betegek közül 53 volt fi, 59 nő, 49-szer a jobb, 58-szor a bal femur tört el. A betegek kora 9 esetben 30 év alatt, 21 esetben 30—50 év között, 22 esetben 50—60 év között, 42 esetben 60—70 év között, 15 esetben 70 év felett volt, 3 beteg kora nincs említve. Mint előidéző ok csak 18-szor szerepelt nagyobb magasságból (lift, elevator, tűzvész alkalmával ablakból) való esés, 28-szor létráról, lépcsőről, állványról való leesés volt a baj oka, míg 51-szer egyszerű elesés, félrelépés folytán jött létre a törés. A symptomák közül kifelé rotatio 80, rövidülés 70, crepitatio 40 esetben volt kimutatható. Gyakori jel a Scarpa-féle háromszögnek kitöltött volta. 15 esetben csak a Röntgen-sugár adta meg a diagnosist, előzőleg az esetek contusio, distortio, rheumatismus gyanánt szerepeltek. A betegek közül 18 halt meg, ezekből 10 az első héten. Az elhaltak közül 2 volt 50—60, 10 60—70 éves, 6 pedig 70 év fölött. 10 teljesen gyógyult, 12 bottal jól tud járni, 22 javulóban van, 30 csak mankóval tud járni, 10 kórházi kezelés alatt áll. Kezelésül 45°-ú abduktált helyzetben gipszkötéssel való rögzítést ajánl, a gipszkötést narcosisban alkalmazza. Ezt korai gymnastizáló kezelésnek kell követnie a törés egyesülése után. 3—4 hónapig a fractura helyét minden megterheléstől óvni kell. (Annals of surgery, 1908. január.) *Pólya* dr.

**A Pott-féle törésnek feltárással és csontvarrattal való kezelését** ajánlja *Heath* és *Selby* 2 ily módon sikeresen gyógyított eset kapcsán. Szerintük csak ily eljárással lehet a lúdtalp kifejlődését biztosan elkerülni. *Pólya* dr.

**A jobb oldali supraclaviculáris mirigyek rákos megbetegedését gyomorrákkal kapcsolatban** írja le *P. M. Hosch*. Mint a bonczolás kimutatta, ebben az esetben a ductus thoracicus a jobb angulus venosusba ömlött. Az irodalomból még 4 esetet említ, a melyben abdominális carcinoma kizárólag a jobb supraclaviculáris mirigyek megbetegedésével járt, míg *Hosch* esetében utóbb a bal supraclaviculáris mirigyek is megbetegedtek. (Mittheilungen aus d. Grenzgeb. für Med. und Chir., 18. kötet, 3. füzet.) *Pólya* dr.

### Szülészet és nőorvostan.

**Az újszülöttek koponyaürbeli vérzésének localisatiojéről és klinikai tüneteiről** ír *L. Seitz*. Ha a szülés alatt koponyaürbeli vérzés keletkezik, a magzat mély asphyxiában születik és közvetlenül a szülés után vagy néhány óra múlva többnyire elpusztul. *Seitz* a müncheni nőbeteg-klinikán 23 esetet gyűjtött össze. Vizsgálta a vérzések localisatioját, az azok okozta tüneteket és a koponyaürbeli vérzés következtében meghalt magzatokat kutatásai ezéjából fel is bonczolta. A koponyának szokásos megnyitása helyett — a mely az erek megsértése nélkül nem végezhető — frontális és horizontális fagyasztott metszeteket készítve,

a következőket tapasztalta: a szülés alatt támadó vérzések majdnem kivétel nélkül gyűjtőeresek (tehát nem úgy, mint a felnőttek, a melyek túlnyomóan verőeresek), majdnem mindig subdurális, a dura és pia között foglalnak helyet és csak ritkán az agykamarákban, még ritkábban az agy állományában. A dura és a csont között haematomát csak elvétve találunk, a mely a durának a csonthoz való szoros tapadása folytán kis terjedelmű szokott lenni és agynyomást nem okoz. Klinikai szempontból fontos, vajjon a vérzés a tentorium alá (kisagy és nyúltagy fölé), avagy pedig a tentorium fölé (a nagyagy fölé) történt-e? Infratentoriumos vérzések a vér a sinus transversusba, meg más szomszédos sinusokba nyúló gyűjtőerek átszakadásából ered, rendszerint csekély mennyiségű, mindazonáltal veszedelmes, mert súlyával a nyúltagyat nyomja. A magzat sokszor asphyxia nélkül születik, és az agynyomás tünetei: szapora, göresös légzés, cyanosis, csak néhány óra múlva jelentkeznek s a szülés után 24—48 óra múlva halálra vezetnek. Hosszabb ideig tartó lefolyás esetén egyéb tünetek is észlelhetők: erősen feszülő nagykutacs, rángások az oculomotorius, esetleg a facialis beidegzte területeken. Ha a vér a gerinczsatornában mélyebbre került, opisthotonus, végtagmerevség, erectio penis egészíti ki a kórképet. A lumbal punctio csak nagyon rövid időre hoz javulást; a kibocsátott folyadék többnyire csak vérezen színezett, de nem tiszta vér. A supratentoriumos vérzés rendszerint egyoldali és közel sem oly veszedelmes, mint a tentorium alatti. A vér a sinus longitudinalis megszakadt gyűjtőereiből ömlik ki, elterülve a nagyagy-haemisphaera convexitása felett. Mennyisége jelentékeny szokott lenni, minthogy azonban lefelé haladásában a tentorium akadályozza, lumbal punctiokor csak nyomait látjuk. A vérzés az asphyxiával járó pangás következtében támad, vagy pedig akkor, a mikor a falcsontok széleikkel hirtelen egymás fölé tolnak. Létrejöhet spontán, könnyű fogóműtétes szülés alatt is. Ha a megszületett magzat asphyxiás, az asphyxiából sokszor igen könnyen éleszthető fel. Az agynyomás tünetei a második napon kezdődnek. A gyermek nyugtalan, folyton sír, mert a dura izgalma rendkívül fájdalmas. Lassanként kifejlődnek az agynyomás tünetei, majd a légzőközpont hűdése folytán a halál legtöbbször a IV.—VIII. napon bekövetkezik. Ha a III.—IV. napon túl az állapot nem javul, a betegség mindig halállal végződik. Supratentoriumos vérzések gyakran észlelünk az ellentétes oldalon rángásokat, majd hűdéseket.

Seitz 23 esete közül 5 végződött gyógyulással. Mind az öt esetben a vérzés supratentoriumos volt. A 23 eset közül 6 esetben a szülés magától és könnyen folyt le. Egy esetet egy XV.-para szülésekor, egyet pedig ikerszülésekor észlelt, a midőn a koponyaüregbeli vérzés a második magzatban keletkezett.

A koponyaüregbeli vérzések gyógyítását a következőkben foglalja össze a szerző: feltétlen nyugalom, melegítő-szekerény. Kis adag bromkali és chloralhydrat (0.2 gm.), hideg borítás a fejre. Nyelési pneumonia elkerülése végett táplálás szondával; ha a szonda útján való táplálás göresöket vált ki, ezélszerű a táplálást egy időre teljesen beszüntetni. Supratentoriumos vérzésből eredő, fokozódó agynyomás-tünetek esetén hemetszést végezhetünk. Infratentoriumos vérzések minden művi beavatkozás hiábavaló, a lumbal punctioval is csak muló javulást érhetünk el.

A koponyaüregbeli vérzések törvényszerű orvosi szempontból is fontosak. A látszólag egészséges gyermeknek hirtelen bekövetkező halála büntény gyanúját keltheti. Gondolnunk kell tehát mindig a szülési trauma lehetőségére is. Sok orvos művi beavatkozása után saját magát okolja a koponya sérüléseért, hasonlóképpen a közönség is sokszor az orvost teszi felelőssé, jöllehet, mint Seitz eseteiből is kitűnik, a sérülés már könnyű és spontán szülések alatt is létrejöhet. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 12. sz.)

Avarffy Elek dr.

### Börkörtan.

**A kísérletes és therapiás thalliumalopeciákról** ír *Vignolo-Lutati* (Turin). Több éve ismeretes már, hogy a thalliumacetat beadva alopeciát okozhat. Ez a kopaszság bármily kellemetlen melléktünete is a thalliumos therapiának, nemsokára a szer kihagyása után ismét visszafelődik. A thalliumacetattal létrehozott alopeciákat *Buschke* állatokon is tudta létesíteni. Belsőleg adva a szert házi nyulaknak, könnyű szerrel alopeciát okoz, de egyúttal egyéb mérgező tünetek is keletkeznek. A nézet azonban az volt, hogy a

thallium erős idegméreg, melynek egyik távolhatása a hajszalak és szőrök részleges kihullásában nyilvánul. Mások és főleg a szerző ennek ellenében kimutatták, hogy a thalliumacetat a szőrös helyekre, tehát lokálisan adva is okozhat körülírt kopasz területeket. Házi nyulakon, macskákön ez akkor áll be, ha 20%-os thalliumacetatumos kenőcsöket alkalmazunk a bőr körülírt területére. Ugyanakkor azonban igen gyakran a kísérleti állatok is hamarosan elpusztulnak a szer mérgező hatása következtében. Múló kopaszságot igen, de mérgezést kevésbé okoz az a kísérleti eljárás, ha az állatokat 20%-os thalliumos traumaticinnel bekenik. *Buschke* tapasztalása szerint a kopaszságot nemesak a thalliumacetat okozza, hanem a thalliumnak más sója is. A thallium mint elem tehát a hatásos szer. A thalliumacetatnak múló kopaszságot okozó tulajdonságát a szerző therapiás czélokra is felhasználta. 1—5%-os kenőcsöket alkalmazott oly egyéneken, a kik favusban vagy trichophytiasisban szenvedtek. Ily gyenge kenőcsök óvatos alkalmazásával (2—5 naponként) körülbelül 2 hónap leforgása alatt alopeciát hozhatunk létre. Semmiféle nagyobb bőrreactio ilyenkor nem észlelhető. A szerző azonban nem hallgatja el, hogy egyik esetében a családirag terhelt kis leányka a thalliumos kenőcs hosszabb használata után rövid ideig epilepsziás rohamokat kapott, melyek a szer kihagyása utáni 12. napon ismét elmúltak. (Monatshefte f. praktische Dermatologie, 1908. 46. k., 8. sz.)

Guszman.

**Az anthrax kezeléséről** ír *O. Schwab* (Frankfurt a/M.), a ki 8 typosus és bakteriologiai úton megállapított esetről számol be. Véleménye szerint egyedül helyes eljárás a konzervatív therapia. Valamennyi esetében a konzervatív eljárások sikerrel jártak és a betegek mind meggyógyultak. Az intenzív sebészi eljárásoknak óriási a száma, de legtöbbször kérdéses, hogy szükségesek voltak-e az illető esetekben. A mély incisiók sokszor csak ártanak, mert ártaluk a bacillusok számára csak újabb utakat nyitnak. A pustula körül inficiált szövetek kauterezése, elpusztítása, szintúgy carbolos befeccskendezése nem járhat sok haszonnal, mert a pustula lokális folyamat, a betegség maga azonban általános jellegű. Hiszen kimutatták, hogy a fertőzés után nemsokára a vírus az egész szervezetben megtalálható. Nagy jövője lehet azonban a serumkezelésnek. Szerző főleg az olasz anthrax-serumot dicséri, melylyel nemesak ő maga, de *Ragni*, *Sclavo* és *Mendez* is szép sikert ért el. A serumkezelés kellemetlen mellékhatásokat nem okoz és a hol eredménnyel nem jár, mindig a serum összetételében kell a hibát keresni. (Medizinische Klinik, 1908. 8. sz.)

Guszman.

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**Guajakol-somatose.** Ismeretes, hogy a somatosét, ezen annyira elterjedt és határozottan jó táplálókészítményt újabban folyékony alakban is előállítja a Bayer-gyár (Elberfeld). Ugyanezen gyár guajakol-somatose elnevezéssel a folyékony somatosét guajakol-sulfosavas calciummal együtt is áruba bocsátja. Ily módon olyan készítményt adva az orvos kezébe, a melyet tüdőgümőkór eseteiben igen jó eredménnyel használhat. Az eléggé kellemes ízű folyadékból gyermekek 1—2, felnőttek pedig 3—4 kávékanálnyit vesznek be naponként, lehetőleg az étkezések idején vagy után. Már több szerző (*Doberer*, *Hellich*) nyilatkozott nagyon dicsérően a guajakol-somatoseről.

**Fogretentio okozta trigeminus-neuralgia** esetét írja le *Tregmann*. A mindenféle orvoslással makacsul dacolt esetben Röntgen-átvilágítással a második praemoláris és a közép felé eltolódott bölesességfog közé ékelt visszatartott örlőfogot lehetett találni, a melynek operatív eltávolítása után a neuralgia megszűnt. (Deutsche med. Woch., 1908. 9. sz.)

**Psoriasis** makacs eseteiben *Berendt* az eugallolt ajánlja, a melyet tisztán vagy acetonnal hígítva ecsetel a beteg területekre és beszáradása után zinkpasztával vagy zinkhintőporral fed. (Ref. Berliner klinische Wochenschrift, 1908. 15. szám.)

**A köszvényrohamban,** főleg azon esetekben, a melyekben a gyomor működése zavart, *Millon* klyσμα alakjában rendeli a colchicumot: Rp. Amyli 5.0; Aquae destill. ad 100.0; Tinct. colchici 1.0; Tinct. opii crocatae guttas x. Ez a klyσμα naponként 2-szer adandó langyosan. (Ref. Medizinische Klinik, 1908. 12. szám.)

### Válasz Petz Lajos dr.: „A phosphoros csontüszök terjedésének kérdéséhez“ című cikkére.

Fent idézett czim alatt az Orvosi Hetilap folyó évi 20. számában Petz Lajos dr., a győri közkórház igazgató-főorvosa reflektál egy a budapesti királyi Orvosegyesület sebészeti szakosztályában 1907 november 22.-én elhangzott hozzászólásomra, a melyet az Orvosi Hetilap 9. száma közölt.

Szívesen jelentem ki, hogy a mennyiben felszólalásomban esetleg Petz kartárs keresztnevét — igazán minden szándékosság nélkül — Lajos helyett Gedeonnak mondtam, úgy ez tévedésen alapult, valamint az a kitétel is, hogy „Petz szerint fogynak a phosphornekrosisosok“, ha ugyan ezt így mondtam.

Mint hogy felszólalásom, melyről feljegyzéseim nincsenek, még 1907 november 22.-én, tehát fél év előtt történt, valóban nem tudom, hogy hű-e a közlése. Arról azonban készséggel biztosítom Petz kartársat, hogy a phosphornekrosis terjedésének megakadályozására és a fehér phosphor eltűlésére irányuló működésével szerzett érdemeit nem akartam sem kisebbíteni, sem kétségessé tenni.

Egyebekben pedig szíves figyelmébe ajánlom Petz kartársnak „A phosphor okozta megbetegedések“ről szóló most megjelent könyvem, melyben ezen tárgyra vonatkozó működése és keresztneve is helyesen van meg; az abban foglaltakért vállalom a felelősséget és állom a legszigorubb tárgyi kritikát is.

Friedrich Vilmos dr.,  
egyetemi magántanár, főorvos.

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1908. 20. szám. *Blumenfeld Sándor*: Az ophthalmoreactio sejtani értékéről. *Németh Odón*: Adatok a tanuvallomások psychológiájához.

**Orvosok lapja**, 1908. 20. szám. *Vermes Mór*: Influenza után keletkezett súlyos elme-zavar gyógyult esete.

**Budapesti orvosi ujság**, 1908. 20. szám. *Torday Ferenc* és *Gyenes Vilmos*: Az örökölt mételjezettség megismerése vérsavából. *Hollós József*: A Spengler-féle gyógyoltások értékéről.

### Vegyes hírek.

**Kinevezés.** *Wurmfeld Zoltán* dr.-t a belügyminister a pécsi állami gyermekmenedék helyénél a másodorvosi teendők ellátásával bizta meg. — *Zakariás István* dr. szépvízi körorvost vasúti orvossá, *Semann Dezső* dr.-t a szegedi kórházhoz segédorvossá, *Maluser Dusan* dr.-t és *Juhász János* szigorlóorvost a székesfehérvári szt. György-kórházhoz alorvossá nevezték ki.

**Választás.** *Politzer Jakab* dr.-t Váton, *Schulhof Zsigmond János* dr.-t pedig Szentendrason körorvossá választották.

**Egyetemi alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán.** Megválasztották: a II. sz. anatómiai intézethez: *Telleyeviczky Kálmán* dr. adjunktusnak és *Tóth Zsigmond* dr. első tanársegédnek (mindkettő újválasztás). Az I. sz. belklinikához: *Molnár Béla* dr. és *Ország Oszkár* dr. díjtalan gyakornoknak (újválasztás). A tanártestület állami utazási ösztöndíjban való részesítésére a következőket ajánlotta a vall. és közokt. ministeriumnak: *Telegdi Róth Pál* dr., *Molnár Béla* dr., *Csesznák Margit* dr., *Steiner Miksa* dr., *Hampel Ferenc* dr.

**A Kolozsvárt tartott tisztiorvosi vizsgákon a következők nyertek képesítést:** *Szabó József* dr. Kolozsvár (kitünően), *Acs-Nagy István* dr. Kolozsvár, *Alexy Sándor* dr. Pitvaros, *Davidovics József* dr. Kolozsvár, *Orient Gyula* dr. Kolozsvár, *Viltsék Vilmos* dr. Kolozsvár.

**Gáger Károly** dr. királyi tanácsos nyári orvosi gyakorlatát Gasteinben ismét megkezdette.

**Gühr Mihály** dr. furdorvosi működését Tátraszéplakon megkezdte.

**A XVI. nemzetközi orvosi congressus.** A XVI. nemzetközi orvosi congressus végrehajtó bizottsága e hó 13.-án tartott ülésében foglalkozott a congressus előkészítésével. Örömmel vette tudomásul a bizottság, hogy az első körlevélre máris igen számos külföldi tag jelentkezett. A congressus tudományos munkálatai 2 részben fognak megjelenni. Az első részlet 21 kötetben a referatumokat fogja tartalmazni, a második részlet 22 kötetben a vitát és a bejelentett előadásokat. Az ünnepélyes megnyitás 1909 augusztus hó 29.-én lesz. Az összes üléseken a különböző nemzetek legkiválóbb tudósai fognak általános érdekű előadásokat tartani. Előreláthatóan a kormány és a hatóságok részéről is lesznek fogadtatások. A végrehajtó bizottság foglalkozott az elszállásolás, a jelvények, a kirándulások ügyével. Örömmel vette tudomásul a bizottság, hogy a kormány és a főváros az előbb engedélyezett subventiön kívül a tagok számára könyveket készített, a melyek az orvosképzés intézeteit és klinikáit, a kórházakat és a székesfőváros nevezetességeit fogják ismertetni.

**Megjelent.** *Bókay Árpád*: Hat előadás az általános gyógyszertan köréből. Markuszovszky-féle egyetemi jubiláris előadások. Budapest, Mai Henrik és fia könyvkereskedése kiadása. — *Friedrich Vilmos*: A phosphor okozta megbetegedések, különös tekintettel a magyarországi gyufagyári viszonyokra. Budapest. A törvényes munkásvédelem magyarországi egyesületének kiadványa.

**Meghaltak.** *Rosenblüth Bernát* dr. 82 éves korában e hó 15.-én Máramaroszigeten. — *Gigli L.*, a róla elnevezett fűrészfeltalálója és a hebotomia első ajánlója, Florenzbén. — *Cullingworth C. J.*, ismert gynaekologus és *Squire A. J. B.*, ismert dermatologus, mindkettő Londonban. — *O. Langendorff*, az élettan ny. r. tanára a rostoki egyetemen, május 10.-én, 55 éves korában. — *O. Guldberg*, az anatomia ny. r. tanára a christiániai egyetemen, április 24.-én, 54 éves korában. Az elhunytak különösen az agyvelő anatómiájáról s a czetek fejlődéséről vannak értékes dolgozatai.

**Kisebb hírek külföldről.** A Schrötter tanár halálával megüresedett bécsi III. belklinikai ideiglenes vezetésével *Chvostek ez.* rendkívüli tanárt bízták meg. — A müncheni egyetemen nem rég kiegészítették a gyermekorvostan magántanárává *Jussuf Ibrahim* dr.-t, a ki kairói születésű. Az első eset ez, hogy mohamedán nyeri el Németországban a venia legendit. — Az akadémiák nemzetközi szövetkezete által kiadott *Corpus medicorum graecorum* első füzetét megjelent *M. Wellmann* kiadásában; czíme: *Philumeni de venenatis animalibus eorumque remediis.* — *Quincke* tanár, a kieli belorvostani klinika igazgatója a jövő tanév elején nyugalmába vonulni készül. — *Lange P.* müncheni tanár visszautasította a meghívást a berlini egyetemi orthopaediai tanszékre. — *Remedi K.* rendkívüli tanárt Modenában a sebészet rendes tanárává nevezték ki. — *Romano Cl.* dr.-t Nápolyban az orthopaedia rendkívüli tanárává nevezték ki. — Toulouseban a hygiene tanszékét *Morel* dr.-ral töltötték be.

**Színházi cenzura-tanácsot** létesítettek a müncheni rendőrigazgatóságon, a mely tanácsban tanfériak, művészek, tudósok és írók mellett az orvosok is képviselve vannak (*Grassmann*, *Gruber*, *Kraepelin* és *Müller*) s így megvan a lehetőség, hogy a szindarabok elbírálásakor elég gyakran felmerülő hygienés és ethikai kérdések is szakavatott méltánylásban részesüljenek.

**Röntgencursusok** tartatnak a szt. István-kórház újonnan berendezett laboratoriumában május 25.-től június 6.-ig. Jelentkezés május 23.-ig. Theoretikus és gyakorlati kiképzés. Bővebbet levélben. **Huber Alfréd** dr.

**Vízgyógyintézet** a „Fasor“ (Dr. Herezel-féle) sanatoriumban, Budapesten, VII. Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. — Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villanyos fényfürdők, szén-savas fürdők. — Allandó orvosi felügyelet. — Rendelő orvos: **Dr. Jakab László**. Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus. — Telefon.

**Justus Dr. bőrbajosokat** gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógy módok.

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

**IGLÓFÜRED.** Elsőrangú vízgyógyintézet gyógyfürdő Szepesmegyében fenyvesek közepén. Fekvőcsarnok, inhalatorium, szén-savas-, sós-, napfürdők. Villanyozás. Massage. Diätetikus konyha stb. Olesó árak. Furdorvos: **Dr. Groó Béla** Budapestről.

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

**GIZELLA-TELEP FÜRDŐ**, modern vízgyógyintézet megnyílt.

posta **VISEGRÁD (Pest m.)** Vízgyógykezelés, szén-savas-, villanyos-, forróleg-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Hízlaló és soványító kúrák. Remekek fekvés. Pensio — furdóhasználattal együtt — heti 60 koronától feljebb. Kívánatra prospektus.

**Reiniger, Gebbert & Schall**

Budapest, VIII., Rákóczi-út 19. szám. Villanyos orvosi műszerek különlegességi gyára.

**Orvosi laboratorium:** **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26-96.

**SZÉCHENYI-TELEPI SANATORIUM** az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál ideg- és kedélybetegék, alkoholisták, morphinisták számára. Vezető orvos **Salgó Jakab** dr., egyet. m.-tanár, ki városi rendelőjén is szolgálatot lát el. Prospektus. — Sürgöny: Budapest. — Telefon 70-72. — Posta Rákospalota. 4895

**Kopits Jenő dr.** testgyógyintézetét VIII., Gyöngygyűk-utca 14. sz. alá (Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

**ERDEY Dr. Sanatoriuma** Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nöbetegek és szülönök részére.

**Dr. Turán Bódog** május 1-től — október 1-ig Franzensbad („Prinz Wales“).

**Dr. SIPOS DEZSŐ** rendel KARLSBADBAN Markt „Haus 3. Ringe“.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM.** Magyar Tudományos Akadémia. (III. oszt. ülése 1908 május 18.-án.) 363. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XV. rendes tudományos ülés 1908 május 2.-án.) 363. l. — A német sebészársaság XXXVII. congressusa. (Berlin, 1908. április 21.—24.) 366. l.

## Magyar Tudományos Akadémia.

(III. oszt. ülése 1908 május 18.-án.)

Elnök: **Entz Géza.** Jegyző: **König Gyula.**

Orvosi érdekű előadások voltak a következők:

1. **Korányi Frigyes** l. t. „További adatok a gerincoszlop kopogtatásának klinikai értékéhez“ czímmel azon vizsgálatokról tesz jelentést, a melyek az 1906 január 25.-én tartott ülésen közölt vizsgálatoknak folytatását teszik. Ezen utóbbiakat a lefolyt két év alatt számos külföldi klinikus utánvizsgálta és minden lényeges részben megerősítette. Az újabb vizsgálatok a has- és különösen a medenczeszervek betegségeiben fennforgó kopogtatási viszonyokra vonatkoznak és részint az I. sz. belorvostani klinikán, részint Tauffer, Bársony és Elischer tanároknak nőbetegosztályain történtek. Ezekből kiderült, hogy a keresztcsont és a csípőcsontok felett végzett kopogtatási vizsgálatkor a tompa kopogtatási hang felismerhetővé teszi oly tömött testeknek, mint a milyenek a női ivarszervek, vagy daganataik, 1—2 cm.-nyi felülettel való érintkezését a medenczeszervekkel, sőt az ily testeknek a medenczeszervekhez közeli fekvését is. Ezen vizsgálatokat tapintási, a májra és lépére vonatkozókat pedig Röntgen-vizsgálatokkal is ellenőrizték.

A tapasztalat, hogy ily aránylag csekély terjedelemben való érintkezés a vastag, tömeges medenczeszervek kopogtatási hangját meg tudja változtatni, azon kérdés vizsgálatára vezette az előadót, vajjon nem lehetne-e módot találni arra, hogy kopogtatással kiderítsük a veséknek fekvését, terjedelmét, esetleg kóros elváltozását, a mit eddig a diagnostikában, igen jelentékenyen lesoványodott egyénektől eltekintve, kivihetetlennek tartottak. Az Orvosegyesületben 1908 január 11.-én tartott előadásában már említett egy esetet, a melyben kopogtatással egy gümőkóros vesének megnagyobbodását állapította meg, noha az a másik oldali veséhez viszonyítva alig volt több 1 cm.-nyinél, mint a hogyan a boncsolás kiderítette.

Tekintettel arra, hogy a vesék kikopogtatásának kivihetetlen voltát az ezen véleményen levő szerzők egy része a veséket hátulról fődő vastag gerincszerveknek, továbbá a gerincszervekhez tapadó és rajtuk végigvonuló izmok tömeges voltának és a mozgásuk alatti megfeszülésének, ezenkívül pedig a máj- és lépvel való érintkezésüknek, elülről pedig a belek tömege által elborítottasuknak tulajdonították: azon módozatnak megtalálásával foglalkozott, mely ezen gátló befolyások elhárítására vezethet.

Az izomtömegek zavaró hatásának megítélése végett hullavizsgálatokat végzett a kórboncolástani intézetben akként, hogy jól fejlett zsírpárnájú és izomzatú hullát hasfekvésbe helyezett és kikopogtatta a vesék fekvésének megfelelő tompulatot. Ezután a tompulati terület határán hosszú tűket szúrtak be és megnyitották a hasúrt, a midőn is kitűnt, hogy a tűk ott haladtak keresztül a vesék külső szélén, a hol a tompulat határát kopogtatással kiderítette. Az ezen leletről felvett fényképeket bemutatta. Kétségtelen tehát, hogy a meg nem feszített, habár tömeges izmok a kopogtatást nem zavarják.

A feladat ennél fogva az volt, hogy az élő beteget a belek kiürítése után úgy helyezzük el a vizsgálatkor, hogy gerincszervi feszítése ne legyenek. Ezt elérték úgy, hogy a beteget a gyomorgödör alá helyezték, megfelelő átmérőjű, henger alakú párnára fektették, a mely a törzset a medenczénél és vállaknál magasabb síkra emelte, a mivel elérték a beleknek és többnyire a májnak és lépnek is a veséktől való eltávolodását, úgy mint az a térdkönyök helyzetben is történik. Egyidejűleg az ezen fekvésben vizsgálatnak teste a has felé hajlított ívet alkotott, a hosszanti gerincizmoknak két végpontja egymás felé közeledett, tehát az izmok elmozdulása előmozdított. Az ez irányban történt nagyszámú vizsgálá-

lat elérhetőnek mutatta, hogy a veséknek helyzetét, többször az alakját is pontosan meghatározhatjuk a kopogtatással. Előadása végén odanyilatkozott, hogy a hátulsó gátor, a has- és medenczeűr, valamint a vesék ezen kopogtatási vizsgálatával a gerincoszlop kopogtatásának feladatait lényeges részükben bevégezettnek lehet tekinteni, a mivel a fizikai diagnostikában eddig fennállott idevonatkozó hézag betöltést nyert. Azon számos szervnek megbetegedéseire nézve, a melyekre a kopogtatási vizsgálatot kiterjesztette, a részletek tekintetében még további vizsgálatok szükségesek.

2. **Klug Nándor** rendes tag bemutatja **Tezner Ernő**-nek és **Roska János**-nak az élettani intézetben készült dolgozatát „Suspensiók fagyponcsökkenése“ czimén.

Valamely sóoldat fagyponcsökkenéséből következtetést vonhatunk osmosis koncentrációjára. A szerzők kísérleteikben megállapították, hogy az az összefüggés a suspensiókra nem áll, mert itt a suspendált részecskék is közvetlen befolyást gyakorolnak a fagypontra, az osmosisviszonyok megváltoztatása nélkül. A suspensióban a fagyponcsökkenés tudniillik mindig kisebb mint az eredeti oldatban.

Ezen tünemény oka az adsorptio, azaz koncentráltabb oldatrétegek képződése a folyékony és szilárd phasis határán. A határretegnek ez a koncentrációja ugyanis arra vezet, hogy az oldat többi része felhigul és ennek a higulásnak felel meg az észlelt kisebb fagyponcsökkenés. Az adsorptio nagysága első sorban a felületi feszültségtől függ, ez pedig változhatik minden anyaggal, melyet a suspensio alapoldatában feloldunk. Minthogy ezek az anyagok lehetnek kremelektrolytek is, érthető, hogy minden suspensio fagypontra megváltozhatik, ha benne új nem-elektrolytet oldunk, mely pedig maga osmosisnyomást nem is fejt ki s így tiszta oldatban fagyponcsökkenést sem idézhet elő.

Módszertani szempontból ezen eredmények annyiban fontosak, mert következtetést vonhatunk belőlük a suspensiók megbontásakor lejátszódó folyamatokra. Ilyenkor az előbb mondottak szerint a szűrés vagy leüleltetés útján nyert alapoldatnak fagyponcsökkenése mindig nagyobb vagy legalább is akkora, mint az eredeti suspensióé, a mint azt a szerzők kísérletileg is kimutatták.

A talált eltérések akkorák, hogy velük élettani hasonló oldatoknál is számolnunk kell. Így a vér fagyponcsökkenésének megítélésekor mindig tekintetbe kell vennünk a suspendált részek (vérsejtek) számát és a plasmában oldott nemelektrolyteket (fehérje, zsírsav stb.), melyek a felületi feszültséget többé-kevésbé kifejezett módon megváltoztatják. A szerzők vizsgálatainak eredménye szerint tehát a fagyponcsökkenés a suspensiókban korántsem oly egyszerű érték, hogy azt az osmosis koncentráció megítélésére közvetlenül fel lehetne használni.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XV. rendes tudományos ülés 1908 május 2.-án.)

Elnök: **Eröss Gyula.** Jegyző: **Verebély Tibor.**

## A syphilis serumreactiói.

**Detre László és Brezovszky Emil:** Az újabb időben a kutatóknak nagy száma fordította figyelmét a syphilisben nyilvánuló immunitásos tüneményekre. A re- és superinfectionnak ritkasága régmóta utal arra, hogy a syphilis vírusa a szervezetben már a betegség folyamán is immunitásos folyamatot indít meg.

1906-ban mutatta ki Wassermann az emberből vagy majomból eredő syphilis virussal többször fertőzött majmok vérsavójának azt a tulajdonságát, hogy a syphilis szövetek kivonatával (condyloma, lueses máj) a komplementet le tudja kötni.

Wassermann szerint a syphilizált majmok savójában ellenanyag van, a mely az ő antigenjével, azaz a lueses condylomából, májból kivont lueses vírus fehérjéjével együtt megadja az antigen-

ellenanyag-reactiót. Ugyanezen alapon néhány nappal Wassermann első közlése után Detre 1906-ban a budapesti kir. orvos-egyesületben 6 syphilitikus egyén vérsavója közül négyben mutatta be a komplement-lekötés reakcióját, antigén gyanánt részint szárított lueses máj vizes kivonatát, részint száraz primaer sclerosis kivonatát használván. Ezen esetek voltak az elsők, a melyekben a reakciót sikeresen végezték. Ezután a közlések egész sorozata következett, főleg Wassermann és Plaut metasyphilitikus idegbántalmakban (tabes és paralysis) körülbelül 80%-ban mutatta ki e módszerrel részben a serumban, részben a cerebrospinalis folyadékban a lueses ellenanyagokat. Majd Blumenthal, Michaelis, Fleischmann, Bab, Neisser, Brück, Schucht, Meier és mások a syphilitikus legkülönbözőbb szakáiban 60–80% pozitív Wassermann-reactiót találtak.

A Wasserman-féle próbával igen meg voltunk elégedve. A Detre által 6 év előtt használt eljárást alkalmaztuk, a melynek lényege az, hogy a próbát nem kémlőcsövekben, hanem Petri-csészékben ejtjük meg és minimális vérmennyiséget használunk, körülbelül 0.20 cm<sup>3</sup> vért, tehát annyit, a mennyit a közönséges typhus-agglutinációs próba végzésekor. A Wassermann-féle eljárás használatakor több cm<sup>3</sup> vérré van szükség. A vért az ujjesűcsből vettük, tűvel való megsűrítés útján. Az egyes anyagokat 0.01 cm<sup>3</sup>-re beszórt L alakú hajszálpipettával kevertük és így tettük a Petri-csészébe, a mely így egy vizsgálatnak az összes komponenseit sorozatban tartalmazta. Antigen gyanánt előbb a lueses máj vizes kivonatát, majd a májnak alkoholos kivonatát használtuk és főképp tengerimalacz-szíveknek alkoholos kivonatát. Komplement gyanánt csakis friss tengerimalacz savóját használtuk. A komplement reagensül 10%-os lóvér-emulsiót és lóvér ellen immunizált házi-nyulak inaktivált savóját használtuk.

Igen czélszerűnek mutatkozott a savó lemezt mennyiségének megszáritása üveglapon, mert azt tapasztaltuk, hogy a beszárított savó konyhasó-oldatban oldása után a próba czéljaira kitűnően alkalmazható, a mennyiben hatásának határértékében változatlanul mutatkozott. A próbát következőképen hajtottuk végre: Előzetes kísérlet: a haemolysin megíttrálása. Meghatározzuk a vért oldó savónak azt a legkisebb mennyiségét, a mely az adott komplementtel együtt bizonyos mennyiségű vörösvérsejtet egy óra alatt a thermostatban tökéletesen fel tud oldani. Az így meghatározott határ-adag kétszerese adja az általunk úgynevezett vizsgáló adagot. Pl. 1/10 hígítású haemolysinből 1 rész + 1 rész komplement + 1 rész véremulsió + NaCl = 1 óra thermo, teljes oldás. A határ-adag 1/10, a vizsgáló adag 1/5; és pedig 1/5 hígításból 1 rész.

Ezután következik a tulajdonképeni kötési próba. A kérdéses serum antigen + komplement + NaCl keveréke 1 órára a thermostatba jön, azután a haemolysin vizsgáló adagját és a lóvörösvérsejt emulsióját adjuk hozzá. 1 óra múlva megvizsgáljuk a 37 C<sup>o</sup>-on tartott próbákat. Jól sikerült kísérleteket csakis akkor kapunk, ha megfelelő kontrollokról gondoskodunk, a melyek egyrészt a haemolysines systemáknak hatásosságát igazolják, másrészt pedig azt, hogy a vizsgálandó serum egymagában az „antigen“ nélkül nem tudja lekötni a komplementet. Kisebb-nagyobb mértékben ugyanis azt tapasztaltuk, hogy minden emberi serum bizonyos komplementkötő képességgel rendelkezik. Nagyobb értéket ezen általunk úgynevezett „önkéntes“ kötőképesség csakis ritkán ér el (161 esetünkben 3-szor). Az erősen pozitív komplement-kötést az jellemzi, hogy a reagensként hozzáadott vörösvérsejt az agglutinált tömegben oldatlanul található a csepp fenekén! Középső pozitív komplement-kötés esetén a vörösvérsejt legnagyobb tömege oldatlan ugyan, azonban a csepp kissé sárgás, a mi arra mutat, hogy a vörösvérsejt bizonyos kis része már feloldódott. Gyenge komplement-kötés esetén a vörösvérsejtnek csak kis száma marad oldatlan. Végül negatív komplement-kötés esetén a vörösvérsejt mind feloldódik, mert a szabad, le nem kötött komplement elegendő mennyiségben állott rendelkezésükre. A kontroll-próbák közül az antigen nélküli serumpróbnak majdnem olyan, vagy pedig egészen olyan oldást kell mutatniok, mint azon cseppeknek, melyekben csak komplement + haemolysin + vörösvérsejt foglal helyet. Hátránya volt az eddigi technikának, hogy nem adott felvilágosítást a reactio erősségéről. Mi e hátrányt kiküszöbölendők, a reactiót matematikai alapra fektettük. U. i. a pozitív kötőserumokról megállapítottuk, hogy mely hígításuk tud még teljes kötést létrehozni; a negatív serumokról pedig, hogy hányszorosuk ad már pozitív kötést. Ha pl. valamely pozitív serum 1/8 hígításban

adja a pozitív próbát, 8-as erősségű serumról beszélünk, ha pedig a negatív serum 5-szörös mennyiségben ad pozitív próbát, akkor ezen értéke 1/5. Legerősebb serumaink 16 erősségűek voltak. Továbbá újításként behoztuk a reakciók fixálását is; u. i. a mikor a próbákat lezárjuk, minden egyes cseppből bizonyos mennyiséget (0.01–0.02 cm<sup>3</sup>) finom pipetta segítségével szűrőpapírra cseppentünk és ott beszáradni engedünk. Az erős pozitív próba a papíron világosan mutatja a nem oldott sejtek tömegét a csepp központjában. Középerős próba esetén a rózsaszínű csepp közepén fennakadnak az oldatlan vörösvérsejt, míg a negatív próba egyenletesen rózsaszínűvé festi az egész cseppet. Ilyen módon a reakciónak minden szaka tanulmányozás czéljából eltehető vagyis fixálható, a mi főképp összehasonlító tanulmányokban megbecsülhetetlen értékű. A reakciót 161 ízben végeztük. Mondhatjuk, hogy pozitív Wassermann-reactio esetén a mi adataink szerint is körülbelül teljes bizonyossággal előző luest vehetünk fel, míg a negatív reactio nagy valószínűséggel lues ellen szól.

Nemcsak a dermatologia, a belorvostan, a sebészet, a szemészet és az idegorvostan, szóval valamennyi orvosi disciplina fogja sikeresen alkalmazni a Wassermann-reactiót, mint a mely a diagnoszt és kellő therapiát irányítani tudja, hanem a nősülési engedély kérdéseiben, a dajkaválasztás kérdésében, a törvénytörési orvosi esetekben, továbbá egyes tudományos kérdéseknek, egyes rejtélyes kóralakok aetiologiájának kiderítésében (Banti-kór, szivbajok, mirigy-betegségek, arteriosclerosis, stb.) is e reactio szinte beláthatatlan perspektívát nyújt.

(XVI. rendes tudományos ülés 1908 május 9.-én.)

Elnök: Hirschler Ágoston. Jegyző: Kiss Gyula.

#### Az örökölt metelyezettség megismerése a vérsavóban.

**Torday Ferencz:** Gyenes Vilmos dr.-ral együtt a budapesti állami gyermekmenhelyben végzett vizsgálatainak eredményét a következőkben összegezi:

Mint hogy minden klinikailag diagnosztizált esetük adta a reactiót, minthogy a reactio a klinikai tünetek bekövetkeztét ismételtelen megelőzte, minthogy a negatív eredményű esetek eddig későbbben sem bizonyultak bujakórosnak, ezért a Wassermann-féle serumreactiót a veleszületett lues megismerésére jól értékesíthető segédeszköznek tartják.

Kivánatosnak tartják azt, hogy mindazon esetekben, a melyekben az anya egészségi állapotára vonatkozó adatok, avagy a csecsemőkön észlelt jelenségek a metelyezettségnek csak legkisebb gyanuját is keltik, mind a csecsemő, mind az anya vérsavója a fajlagos lues-reactiora a serodiagnostikában járatos szakemberrel megvizsgáltsék és a vizsgálat eredményétől tétessék függővé, hogy a csecsemő idegen asszony emlőjére tehető-e, illetve hogy az anya vehet-e emlőjére idegen gyermeket.

**Havas A.:** Bár már kétségtelen, hogy a Wassermann-féle serodiagnosis specifikus a syphilitikus, s Neisser tapasztalatai szerint már akkor diagnosztizálhatjuk vele a syphilit, a mikor a chancre klinice jellegző alakot még nem öltött, mégis a gyakorló orvos szempontjából még nem egészen tökéletes és több kívánni valót hagy. Ha figyelemmel vizsgáljuk az eddigi kísérleti eredményeket, azt látjuk, hogy mindazon esetekben, a melyekben manifest, tehát klinice látható syphilitikus tünetekkel bíró egyéneken végezték a serodiagnosis, az eseteknek 85–90%-ában pozitív volt a reactio, 10–15%-ban ellenben, jóllehet manifest syphilitikus tünetek voltak, a reactio negatív.

Másrészt ha latens syphilitikus szenvedő egyéneken végezzük a serodiagnosis, azaz olyanokon, a kikben a syphilitikus mult kétségtelen, a vizsgálat alá került esetek 40%-ában pozitív a reactio, 60%-ában pedig negatív.

Ezen vizsgálatok tehát azt mutatják, hogy a Wassermann-féle serodiagnosis csak akkor bír bizonyító erővel, ha pozitív a reactio. A negatív reactio nem bizonyít syphilit ellen, mert hiszen manifest syphilitikus 100 eset közül is 10–15-ben cserben hagy. Még fokozottabb mérvben áll ez — a mint a még ezután következő észleletek még inkább fogják bizonyítani — a latens syphilitikus szenvedőkre, a mennyiben 100 ilyen eset közül 60-ban negatív a reactio. Még kevésbé lesz megbízható a negatív reactio azon esetekben, a melyekben a beteg syphilitikus multja kétes vagy tökéletesen tagadatik.

E tények felsorolása azért szükséges, mert könnyen azon téves hit támadhat, hogy a tüzetes, beható s szakszerű klinikai vizsgálat és észlelés nélkülözhető. Ennek pedig éppen az ellenkezője áll, mert első sorban áll és ezidő szerint még mindig legbiztosabb felismerési mód a klinikai vizsgálat.

Mindezek felsorolásával a legtávolabbról sem szándékozom a Wassermann-féle serodiagnózis értékét kisebbíteni, csak az esetleges túlhajtásokkal szemben akarom a kellő értékre redukálni. Az acták erről a vizsgálati módokról még nincsenek lezárva, a dolgok még csak további kísérletek és a módszer javítása által fognak kifejezőesedni. A klinikai vizsgálat lesz továbbra is a főtámpont a diagnózis megállapításakor és a serodiagnózis csak mint kiegészítő eszköz fog szerepet játszani.

Kétségtelen a serodiagnózis fontossága agy- és gerincebántalmakban, a dajkakérdésben, a szoptatandó gyermek tekintetében, az életbiztosításban és a vérerek megbetegedésében. Hitem és meggyőződésem, hogy a vérmegbetegedések nagy számát a syphilis okozza, különösen ha az 50. életév előtt jelentkeznek. A syphilises egyén házassági engedélyének megadásakor is a klinikai vizsgálat eredménye kell hogy irányadó legyen. Hisz maga Neisser, a ki joggal mondható a Wassermann-féle reactio főszószólójának, azt vallja, hogy férfiak, kiken a serodiagnózis pozitív volt, megnősültek és mejöket nem fertőzték, egészséges gyermekeket nemzettek. En mindazon esetekben, melyekben a klinikai követelményeknek megfelelő leletet találok, nyugodt lelkiismerettel megengedem a házasságot még akkor is, ha a serodiagnózis pozitív reactiót ad.

*Gyenes Vilmos:* A részleteiben módosított Wassermann-féle eljárást ismerteti. Az ő véleménye is az, hogy a pozitív reactio lues mellett szól. Csak trypanosomákkal inficiált állatokon és egy-két carcinomás egyéneken, a kiknek anamnesisében lues nem volt kimutatható, kaptak szintén pozitív reactiót.

*Torday Árpád:* A II. belklinikai beteganyagán végzett vizsgálatokról számol be. Hatvan esetet vizsgált eddig. Minthogy azt kellett első sorban kizárni, hogy a nem lueses betegek vérsavója is adja-e a reactiót, 30 nem lueses egyén vért is vizsgálta. A vizsgálat tárgya a következő esetek voltak: rák (11 eset), tüdőgümőkór (13 eset), peritonitis tuberculosa (2 eset), nephritis (2 eset), icterus gravis, anaemia pernicioza, sclerosus polyneurialis, syringomyelia stb.

A manifest lueses esetekben (5 eset) a reactio mindig pozitív volt; azon esetekben, a melyekben syphilises tünetek a primaer sclerosison kívül nem állottak fenn, 5 eset közül négyben volt pozitív a reactio; a luesre gyanus 7 eset közül csak egyben kapott reactiót. Tabes és paralysis 10 esete közül ötben volt pozitív a reactio. A reactiót megbízhatónak tartja.

*Ifj. Liebermann Léo:* A megjelenésében akadályozott Preisz Hugó tanár helyett ismerteti azon vizsgálatokat, melyeket a lues serodiagnózisára vonatkozólag az egyetemi bakteriologiai intézetben Gózony Lajos gyakornok végzett. Eddig száznál jóval több eset áll rendelkezésükre, a melyekről egy legközelebb megjelenő közleményben fognak beszámolni, most csak 100 eset statistikájára terjeszkedik ki, melyek közül a legtöbbet Török Lajos tanárnak köszönhetik; a klinikai diagnózist a legtöbb esetben csak utólag, a serodiagnózis felállítása után tudták meg. A 100 eset ugyanannyi betegre vonatkozik, egy eset tehát ismételt nem szerepel, bár sok esetben ismételve végezték a reactiót. A vért > enaepunctioval vették.

A vizsgálatokhoz „antigen“-nek a Wassermanntól eredetileg ajánlott, lueses foetusmájából készült vizes kivonatot használják, melyből a titer megállapítása után 0.1 cm<sup>3</sup> bizonyult alkalmasnak a többi anyagnak következő arányához: 0.1 és 0.2 cm<sup>3</sup> a vizsgálandó, 560<sup>on</sup> inaktivált serumból, 0.05 cm<sup>3</sup> friss nyúlserum mint komplementtartalmú anyag, melyekhez, miután kis kémlőcsőben összekeverve 1 óráig 37<sup>o</sup>-os thermostaban hagyják állni, 0.5 cm<sup>3</sup>-t adnak hozzá olyan 5%-os marhavérséjtemulsióból, melyet előzőleg telítettek a teljes oldáshoz szükséges, előbb inaktivált, haemolysissal nyúlserummal háromszoros mennyiségével. Minden kísérletben, esetleges hibák kizárására, kipróbált, biztosan lueses és biztosan normális serumot is beállítottak. A reactio észlelése már akkor történéhetik, a mikor a kontrollserum próbájában a teljes lysis beállott; ekkor a többi próbában a vérséjtekcentrifugálhatjuk annak megállapítására, hogy van-e részleges lysis. Ha azonban spontán hagyjuk leülepedni a vérséjtekcentrifugát, akkor is igen soká változatlanul megmarad a reactio, jégszekrényben napokig is. A reactio, bár kétségtelenül bizonyos gyakorlatosságot igényel, egészszen véve nehézségek, szélesebb körben kivihetetlennek nem mondható. Ez kitünik már abból is, hogy az ingredientia fentjelzett, állandó aránya mellett a reactio elég hűnek mutatkozik, s kísérleti hibák, melyek az anyagok esetleges változásától, nem pedig a pontatlan dolgozástól lehetnek feltételezve, a fenti ellenőrzésmód mellett ki vannak zárva. Ezek után rátér az esetek statistikájára. 100 eset közül 29 volt olyan, a melyben lueses fertőzés nem szerepelt; ezek mindannyian negatív reactiót adtak. Ezek között volt impetigo, folliculitis, ulcus cruris, condyloma acum., herpes penis, herpes zoster, ulcus molle, periostitis, erythema nodosum, tuberculosis cutis. 71 lueseset közül 61 adott pozitív, 10 negatív reactiót. Az utóbbiak közül 5 olyan, mely kezelés után gyógyult. A többi 5 közül 2 primaer sclerosus secundær tünetek nélkül, tehát olyan szakban, a mikor antianyag alkalmasint még nem volt jelen. Kettőnek voltak másodlagos (bőr) tünetei, egy pedig harmadik szakbeli volt (periphlebitis luetica). Ha a gyógyult 5 eset kirekesztése után az utolsó 3 esetet tekintjük csak olyannak, a melyben a reactio nem vált be, akkor klinikailag fennálló generalizálódott lues esetén a pozitív reactio aránya a negatívhoz 66:3, vagyis 95.5%. Ezen számarány a reactionak nagy gyakorlati értéke mellett szól.

Ujabbán Preisz tanár ajánlatára a szülő és Gózony a reactio technikájának egyszerűsítésére normális haemolysin alkalmazását kísérlették meg immun haemolysin helyett. Azt tapasztalva, hogy az emberi

serum igen erősen oldja a tengerimalacz-vérséjtek, felhasználják az emberi serum lysinjét és komplementjét a következő kísérleti eljárással: a fentemlített májantigent összehozzák a vizsgálandó serumnak meghatározott mennyiségével, s egy óráig thermostaban állás után félannyi tengerimalacz-vérséjtemulsiót adnak hozzá, mint a mennyit az emberi serum maga oldani tud. Negatív reactio esetén az oldás igen hamar beáll, míg a pozitív reactio legalább is oly meghatározott és állandó, mint a régi eljárás mellett. Az eddig vizsgált 24 esetben az új eljárás teljesen megegyező eredményt adott az egyidejűleg végzett Wassermann-reactioval. Kísérleteikről részletesen fognak beszámolni.

Végül felemlíti Forssmannak újabbán megjelent közlését, kinek sikerült a vérséjtek antigenjét és amboceptorkötő anyagát egymástól elkülöníteni, a minek a szóban forgó reactio szempontjából azért tulajdonít nagy fontosságot, mert a nem specifikus „antigen“, illetve helyesebben amboceptorkötő anyag szereplését a reactioiban érthetőbbé és a magyarázatnak jobban hozzáférhetővé teszi.

*Kentzler Gyula és Ország Oszkár:* Vizsgálataik alapján a Porges-Meyer-, Klausner- és Levaditi-féle syphilisreactiót nem tartják klinikailag értékesíthető eljárásnak, mert nem dönthető el velük a lueses fertőzés fennállásának kérdése. A Porges-Meyer-próba ugyanis nem tekinthető specifikusnak azért, mert lecithinnel normális emberi és állati savók, valamint oly beteg egyének vérsavója, a kiknek lueses fertőzése kizárható, szintén adnak csapadékot. A másik két reactio hasonló okból nem specifikus, biztos lues-esetekben még esekélyebb számban ad pozitív értéket, mint a Porges-reactio. A fertőzés óta eltelt idő s a kezelés látszólag nem gyakorolt befolyást a reactio beállítására és intenzitására.

*Taufer Emil:* A Wassermann-féle reactio diagnostikai értékéről szóló vitát Berlinben hallgatta végig. Nagy csodálkozással olvasta, hogy Detre azt ajánlotta, hogy azoknak a férfiaknak, kiken a Wassermann-féle reactio pozitív, a házasság kötése ne engedtesék meg, s hogy egyáltalában a Wassermann-féle reactio pozitív vagy negatív volta a házasságkötések engedélyezésekor döntő hatással bírjon. A Havas tanár által mondottakkal ért egyet, hogy a Wassermann-reactio ellenére is a klinikai tapasztalatok egyének irányadók. Blaschko eredményei is azonosak azokkal, a melyekre Havas hivatkozott. T. i. hogy biztos lues esetén is kapni negatív reactiót és viszont olyan esetekben, a melyekben luesnek semmi jele sem volt, néha pozitív a reactio. Ilyen labilitás mellett nem lehet elfogadni Detre felvételét. Vannak esetek, hogy olyan egyének, a kiknek a Wassermann-reactio pozitív volt, megházasodtak és teljesen egészséges gyermekeik születtek, és olyanok, a kiknek negatív volt a reactio, inficiáltakat nemzettek. A serodiagnózisnak csak relatív értékét lehet elismerni, t. i. hatalmas támpontja lehet a klinikai diagnózisnak. Kivitele kellőképpen berendezett laboratóriumot, gyakorlott vizsgálat igényel. Hosszantartó lues mellett vannak oly időszakok, a midőn a reactio pozitív, olyanok, midőn negatív. Ezt a körülményt a kezelésben lehet értékesíteni, t. i. pozitív reactio esetén indikált a lues további kezelése, míg azon időszakban, midőn a reactio negatív, szünetelni lehet a kezeléssel. A gyakorlatba való vitel a laikus publikumot tévedésbe ejtheti és visszaélésekre vezethet.

*Nádasy:* A syphilis serum-reactióit az I. számú női klinikán is végezzük. E reactiók nem oly komplikáltak, úgy hogy az egyes klinikákon is könnyen lehet végezni. Az eddigi vizsgálatok alapján azt látjuk, hogy a pozitív reactio luesre jellegző, noha a negatív reactio a lues jelenlétét nem zárja ki teljes biztossággal. Eddig ugyan még esekély számú vizsgálatunk alapján mi is azt hisszük, hogy e reactio elég megbízható arra, hogy a lues diagnostikájában szerepet játszszen, s ránk nézve különösen a dajka-választás miatt bir fontossággal. A klinikán a házi munkát végző házi terheseken végezzük első sorban vizsgálatunkat. Eddig 30 esetet vizsgáltunk, s köztük két oly esetben találtunk pozitív reactiót, melyben az anyán lues jelei nem voltak. Nagy érdeklődéssel várjuk az illetőknek szülsését.

A vizsgálatokat kiterjesztjük a szülönőkre, a gyermekágyasokra és ezzel párhuzamosan a megszületett magzatokra, valamint kívánatos esetekben a lehetőség szerint a gyermek apjára is. A serumot vagy direct a magzat és az anya vérből, vagy a placentából és a köldökzsinóról nyerjük.

Eddig 40 esetet vizsgáltam és az előbb említett 2 pozitív reactión kívül pozitív eredményt kaptam olyan gyermekágyasokon, kik maceráltak, vagy élő, de lueses magzatokat szültek, továbbá a nőgyógyászati osztályon egy lueses fekély és egy bubo inguinalis esetében.

*Preis Károly:* Wassermann kiinduláspontja gyenge tudományos alapon nyugszik. Későbbi vizsgálatok kimutatták, hogy a reactioiban a lueses antitestek és antigen jelenlétét csak feltételezte, de valójában nem igazolta be. És ezen alapról kiindulólag követelte Citron a házasság engedélyezésekor, a dajka vizsgálatok a Wassermann-reactio hatóságilag kötelezővé tételét. Pedig a Wassermann-reactio tisztán empirián és statistikai adatok alapján álló eljárás, a mely a luesesek jó nagy részében pozitív eredményre vezet ugyan, de kellő tudományos alapja nincs. Abból, hogy a Wassermann-reactio pozitív, csak arra következtethetünk, hogy az ilyen egyének valamikor lueses volt, de egyébre nem. Tehát a reactio csak megbízható anamnestikai adatot szolgáltat. Diagnostikai szempontból továbbra is a legnagyobb fontosságú a pontos, alapos klinikai vizsgálat, továbbá a spirochaeta-vizsgálat, de a Wassermann-féle reactio semmi esetre sem. Hisz azt sem tudjuk, hogy miért pozitív és miért negatív a reactio. Wassermann szerint a pozitív reactio antitestek jelenlétére utal. Ez a felvétel csak következménye a hibás kiindulásnak, mert egyáltalában nincs bebizonyítva, hogy a pozitív reactio antitesteket jelentene. Thalmann pedig azt mondja, hogy az a lueses boldog, kinek antitestjei vannak. Wassermann szerint a lues malignában nincs antitest és a reactio mégis

ott a legpositívabb. A lues lefolyásában a negatív és a pozitív reactio változása ciklusos. Neisser a pozitív reactioból spirochaeta-gócra következtet és mégis megengedi a házasságot, ha a klinikai vizsgálat megengedhetőnek tartja, mert többet bizik a gyakorlati tapasztalatokban, mint a serologiai teoriában. Statistikából nem lehet az egyes esetekre következtetni. Kétes klinikai esetekben diagnostikai támpontul szolgálhat az eljárás. Különösen a belorvostanban, idegrovostanban és szemészetben, hol kellő felvilágosítást adhat arra nézve, hogy az anamnesisben volt-e lues vagy nem.

A Porges- és Wassermann-féle eljárás között erkölcsi és tudományos különbség nincs, mind a kettő megbízhatatlan, csak Wassermannnak jobb a statistikája.

*Detre László:* Havasnak válaszólag közli, hogy az anamnestikai adatokat nem tudták előre. Minden külső befolyástól menten végezték a vizsgálatokat. A mi pedig a házassági engedélynek a Wassermann-féle reactiótól függővé tételét illeti, csak annyit mondott, hogy az engedély megadásakor ezt is figyelembe fogja venni. Nem lehet Neisser majomkísérletét figyelmen kívül hagyni. Neisser beigazolta vele, hogy reinfectio csak akkor lehetséges, midőn a Wassermann reactio negatív. A házasság kérdésében ámbár megengedi, hogy olyan férfi, a kin a Wassermann-reactio positiv volt, egészséges gyermeket nemzett, mégis figyelemmel lesz továbbra is a reactióra, mert a házasságban nemcsak az utódra, hanem a házastársakra is tekintettel kell lenni, s az olyan férfiban, kin positiv a reactio, lehetnek olyan elváltozások, melyek a munkaképességet, az élettartamot befolyásolják. Preisnak azt feleli, hogy Thalmann és Wassermann más antianyagokat vesz fel. Klausner és Porges eljárását ő is teljesen értéktelenné tartja.

Preis tanár vizsgálataira megjegyzi, hogy már két évvel ezelőtt megkísérelte a normal haemolysinnek alkalmazását az immun haemolysin helyett.

*Brezóvszky Emil:* Meucht klinikáján skarlatinás esetek 40%-ában positiv Wassermann-reactiót kaptak. Ő is végzett vizsgálatot skarlatinás betegekben. A hámlási szakban levő betegek közül egy sem adta a Wassermann-féle reactiót. Az eruptiós szakban levő 9 eset közül egyetlen egy adta, de lehetséges, hogy ebben az esetben veleszületett lues szerepel, a melynek tünetei most nem mutathatók ki.

## A német sebésztársaság XXXVII. congressusa.

Berlin, 1908 április 21—24.

Ismerteti: **Gergő Imre** dr., műtőorvos.

(Folytatás.)

M á s o d i k n a p.

*Neuber* (Kiel) a *skopolamin-morphium-narcosis* érdekében emel szót. 250 altatás-alkalmával a módszernek csak előnyeiről győződött meg; a betegek alva kerülnek a műtőasztalra, a verőérlökés az altatás egész ideje alatt erőteljes, hányás, asphyxia, salivatio a műtét menetét nem zavarja. A műtét után a betegnek sebe nem sajog. *Neuber* postoperativ pneumoniát sem látott a skopolamin-narcosis után.

*Gilmer* (München) *lumbális úton akkép érzéstelenítette az egész testet*, hogy a befeckendezett tropacocainhoz mucilago gummi arabicit tett (3%-ot 0.1 gm. tropacocainhoz). Saját magán is teljes analgesiát idézett elő, azonban a leghesebb fejfájást észlelte, a mely csak morphiumra szűnt meg. Módszerét mindazonáltal a mellkason és nyakon végzendő műtéteknél nagyban ajánlja.

*Bier* (Berlin) újabban a *végtagok helybeli érzéstelenítését* következőleg végzi: a) a végtagot Esmarch-pólyával vérteleníti; b) a műteendő terület (izület) fölött és alatt Esmarch-pólyával a végtagot leszorítja; c) most egy nagyobb gyűjtőeret (pl. a könyökön a vena mediana cubitit) tesz szabaddá és körülbelül 100 cm<sup>3</sup> 1/4%-os novocainoldatot fecskendez be, mire rögtön oly tökéletes az anaesthesia, hogy az izület resectioja is fájdalomtalanul végezhető. A műtét befejezte után először az alsó pólyát vesszük le, azután meglazítjuk a felső pólyát, végezetül pedig a seb bevarrása után a felső pólyát végleg eltávolítjuk.

*Bier* hasonló eljárást követett a térdizület resectiojakra is, itt a vena saphenába fecskendezett 1/2%-os novocainoldatot.

*Dönitz* (Berlin) *thermophor-szekerényt mutatott be*, mely a lumbális anaesthesia használt folyadékok hőmérsékét 6—8 óra hosszat testhőmérsékleten (37—40°) tartja meg.

*Gerstenberg* (Berlin) igen tanulságos *bonczolástani készítményeken demonstrálta a lumbális anaesthesia technikáját* és azon nehézségeket, melyeket az arachnoideális zsák rendellenességei górdítenek néha a lumbális anaesthesia végzése elé.

*Oelsner* (Berlin) 0 fokú oldatok alkalmazását javasolja a lumbális anaesthesia alkalmazásakor.

A sebkezelés terén egészen új perspektívát nyújtott *E. Müller* és *H. Peiser* (Breslau) együttes előadása a *genyedések kezeléséről antifermentumokkal*.

*Müller* ezen módszer elméleti alapjait ismertette; utalt eddigi közléseire, a hideg és meleg geny közti cytologiai különbségre és különböző viselkedésükre Löffler-féle táptalajon.

Mig a therapia a fehérjét nem emésztő gümös genyből már rég igyekezett mesterséges módon (10%-os jodoform-glycerin-emulsió befeckendezésével) forró genyet előállítani és ezzel a tályog resorptióját elősegíteni, addig a forró genyedések kezelése csak műtői volt, nélkülözve a physiologiás állapot. Már pedig *Müller* szerint szükséges, hogy a genyes beolvadás veszedelmes többletet korlátozzuk vagy esetleg teljesen meg is akaszszuk, erre pedig a legészszerűbb eljárás, ha a fermentumok ellen antifermentumokkal küzdünk. Legideálisabb volna a heveny tályogoknak öblítése antifermentumokkal, de ennek akadálya, hogy kellő mennyiségű antifermentum-oldat technikai okokból jelenleg még nem áll rendelkezésünkre.

*Müller* előadását *Peiser* közlései egészítették ki; *Peiser* Küttner tanár sebészi klinikáján (Breslau) megkísérelte a heveny genyes gyuladások antifermentkezelését; antiferment-folyadékként hydrothorax- és ascitesfolyadékot, esetleg magától a betegtől vett vérsavót használt.

Az elméleti feltevések *Peiser* szerint beigazolódtak: az antifermentkezelésre 1. a genyedés csökkent, esetleg meg is szűnt; 2. az elhalt szövetek gyorsan elhatárolódtak, és 3. a toxikus tünetek (láz) visszafejlődtek.

*Peiser* az antifermentkezelés szempontjából a sebészi genyedések három csoportját különbözteti meg: a) legalkalmasabbak a körülírt, élesen elhatárolt genyedések, pl. mastitis abscedens, lymphadenitis abscedens stb.; b) kevésbé alkalmasak azon genyedések, melyek diffúz módon infiltrálják a szöveteket, pl. panaritiumok, phlegmonék, carbunculusok stb.; c) alkalmatlanok *Peiser* szerint az antifermentkezelésre a csontgenyedések, mivel itt a spongiosa rezés szövetében fizikai okok gátolják az antifermentumok tökéletes érintkezését a genyedés fészkeivel. *Peiser* közleményét csak előzetes közlésnek szánja, kiterjedtebb vizsgálatok lesznek hivatva az eljárás igazságos elbírálására.

*W. Koch* (Berlin) behatóbb kísérleteket végzett azon *pathogen és saprophyta-staphylococcusok elkülönítésére*, melyek az emberi köztakarón burjánoznak. Vizsgálataiban azt találta, hogy a staphylococcusoknak 90%-a saprophyta; ellentétben a pathogen coccusokkal, a saprophytás coccusok a véragárt nem oldják, haemolysises fermentumot tehát nem termelnek.

*Brumm* (Tübingen) ezzel kapcsolatban a *tiszta alkoholfertőtlenítés* érdekében szólalt fel; az alkohol vízelvonó hatása folytán zsugorítja a bőrt és rögzíti a pathogen esirákat.

Sikeres alkoholfertőtlenítés céljából azonban tömény alkoholt (legalább 96%-osat) kell használni és közvetlenül előzőleg vízzel sokat mosakodni nem szabad. A víz lekötésével ugyanis az alkohol zsugorító és ezzel desinfiáló hatásából veszít.

*Klapp* (Berlin) a *Bier* tanár klinikáján divó mosakodást ismerteti. Előzetes tisztogatás vízzel, szappannal, törölve leszárítás; mosás alkohollal 3 percig; utána úgy a kezeknek, mint a műtői területnek bevonása chirosoterrel.

*Heusner* (Barmen) a *jodbenzintisztogatást ajánlja*; a benzint jobban oldja a zsirokat, mint az alkohol vagy aether.

*Wederhake* (Düsseldorf) a nedves fertőtlenítő eljárásokkal szemben a *száraz fertőtlenítést ajánlja tetrachlorszárvával*; gyárilag ezt derma-gummit elnevezéssel állítják elő és hozzák forgalomba.

*Chlumsky* (Kraukau) a *catgut sterilizálására* a következő oldatot használja: Rp. Camphorae tritae 60.0; phenol. pur. 30.0; alkohol 5.0. Ezen oldatban a nyers catgut is 2—3 óra múlva sterilillé válik.

*Heidenhain* (Worms) és *Kausch* (Schöneberg) ismét *visszaverték a Mikulicz ajánlotta szappanspiritusra* és az egyszerű czérna-keztük használatára.

*Hochenegg* (Bécs) *acromegaliának sikerrel operált esetét demonstrálta*. Az orron át kiirtotta a kórosan nagybodott hyphophysist. Az eredmény valóban ideálisnak mondható. 2—3 héttel a műtét után az addig kínzó fejfájás megszűnt, a látás javult, a betegnek keze-lába feltűnően kisebbedett.

(Folytatása következik.)



# 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 Babarcai Schwartzert Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Kentzler Gyula és Ország Oszkár:** Közlés az I. sz. belorvostani klinika laboratoriumából. (Igazgató: Korányi Frigyes dr. egyet. ny. r. tanár.) A Porges-Meier-, Klausner- és Levaditi-féle syphilisreakciók klinikai értékéről. 367. lap.  
**Wein Manó:** A Marmorek-féle gümőkórellenes serumról. 369. lap.  
**Ónodi A.:** Az orr és az orrgarat bántalmainak összefüggése a szembajokkal. 372. l.  
**Halász Aladár:** Közlés a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórbonczolástani intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.) További adatok a ezukorbetegségben található pankreaselváltozások ismeretéhez. 374. lap.  
**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Brüning H.:** Geschichte der Methodik der künstlichen Säuglingsernährung. — **Franz Tuzcek:** Gehirn und Gesittung. — **Lapszemle. Belorvostan. Jacob:** A Karell-kúra jelentőségéről súlyos vérkeringés-

zavarokban. — **Landmann:** Tojásfehérjével szemben való idiosyncrasia. — **Sebéset. E. Schlesinger:** Neuralgiák kezelése injectiók therapiával. — **A. H. Noehren:** A differentialis leukocytaszámlálás értéke az appendicitis diagnosztikájában. — **Torrance:** Banti-féle betegség miatti végzett splenectomia. — **Gyermekorvoson. Simonini:** Myotonia congenita. — **Nobécourt és Tizier:** Vérnyomás-vizsgálás vörheny eseteiben. — **Venerés bántalmak. M. Oppenheim:** A syphilis tanának és therapiájának mai állása. — **Fizikai gyógyításmódok. Parkes Weber:** A légváltoztatás. — **Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Peritz:** Szer tabes ellen. — **Krusinger:** Fibrolysin használata oldódni nem akaró kruppos tüdőgyulladás eseteiben. 376-379. lap.  
**Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság.** 380. lap. — **Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések.** 380. lap.  
**Tudományos társulatok és egyesületek.** 381-383. lap.  
**Melléklet. F. Hoffmann-La Roche & Cie cég „Protlylin“ készítménye.**

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés az I. sz. belorvostani klinika laboratoriumából.  
(Igazgató: Korányi Frigyes dr., egyet. ny. r. tanár.)

### A Porges-Meier-, Klausner- és Levaditi-féle syphilisreakciók klinikai értékéről.

Írták: **Kentzler Gyula** dr. és **Ország Oszkár** dr. klinikai gyakorlatok.

A syphilis serodiagnosis Wassermann-nak és társainak vizsgálatai óta méltán keltett feltűnést és élénk érdeklődést. Nagy jelentősége épen abban a körülményben rejlik, hogy vele nemcsak a fennálló, hanem a régen, esetleg évek előtt lefolyt syphilises fertőzés is kimutatható. E körülményből folyólag a lues serodiagnostikája nemcsak a syphilidológiára, hanem az orvostudománynak valamennyi ágára tetemes haladást jelent.

A Wassermann-reactio specifikus voltát az utánvizsgálók nagy száma elismerte, csak újabban merültek fel oly adatok, melyek szerint a próba gümőkórban és bizonyos újképletekben szenvedő egyénekben (Salomon), valamint vörhenyes gyermekekben (Mueh és Eichelberg) is pozitív értéket ad, bár az illetőkben a lueses fertőzés lehetősége teljesen ki volt zárható. A vizsgálat gyakorlati alkalmazása ellen azonban első sorban az szólott, hogy a szükségelt antigen (lueses májkivonat) nem áll mindig a vizsgálatot végző orvos rendelkezésére. Másodszorban kifogásolták azt, hogy kivétel bonyodalmas s speciális serologiai tudást igényel. S bár az antigen előállítását Landsteiner, Müller és Pözl, majd Porges és Meier egyszerűsítette, az előbbieket tengerimalaczszív alkoholos kivonatát, az utóbbiak lecitint használva: örömmel, bár kissé kételkedve szerzett mindenki tudomást azon eljárásokról, a melyek a complement-eltérítést látszólag elkerülhetővé tenni. Fornet és Schereschewsky eljárását, a mely a lueses és paralysises egyén savójának egymás fölé rétegzése után gyűrűszerű csapadék képződéséből von diagnostikai következtetést, valamint Michaelis syphilises májkivonat-csapadékát kevésbé méltatták figyelemre. Nagy feltűnést keltett azonban Porges és Meyer, midőn azon eljárást ismertette, a mely a vérsavónak 1%-os lecitinoldattal való vizsgálatán alapul. A reactio pozitív értékét az a csapadékképződés adja, a mely a lecitin és savó egyenlő mennyiségének keverékében jó létre, ha 5 órán át thermostatban s esetleg még 19 órán át szobahőn állott. A csapadék képződése a nevezettek szerint lues mellett, hiánya lues ellen szól. Az eljárás egyszerűsége csakhamar többbe-

ket indított ellenőrző vizsgálatok végzésére. A vizsgálók egy része a lecithinreactiót a complementeltérítéssel párhuzamosan vizsgálva azt tapasztalta, hogy a két módszerrel elért eredmények egymásnak körülbelül megfelelnek, az esetek 85%-ában pozitívak. Az újabb vizsgálatok azonban már rámutattak arra, hogy a Porges-Meier-reactio gümőkóros és daganatban szenvedő egyénekben is pozitív lehet. A lefolyt bécsi belorvostani congressuson néhányan használhatósága ellen nyilatkoztak. Míg Müller R. jobbnak hiányában alkalmas vizsgáló módszernek tartotta, Porges határozottan eljárása mellett szállott síkra.

Egy másik egyszerűbb eljárást Klausner ismertetett. Kémlőszere 0.2 cm<sup>3</sup> savóból és 0.7 cm<sup>3</sup> destillált vízből áll. Ha csapadék képződött az oldatban, csekélyszámú vizsgálata alapján a syphilis diagnózisát volt hajlandó felvenni. Utóbb azonban nem syphilises egyénekben végzett vizsgálatainak eredményei a reactio specifikus voltát teljesen illusoriussá tették.

Levaditi és Jamanouchi a lecithin helyett taurocholsavas vagy glycocholsavas natrium használatát ajánlotta. Ennek specifikusabb voltát Porges is elismerte s jelenleg vizsgálataiban a lecithin helyett a glycocholsavas natriumot használja.

Az említett serodiagnostikai eljárásokat közvetlenül közlésük után mi is használtuk.

Vizsgálatainkat lueses és nem lueses egyénekben végeztük. A lueses az esetek egy részében friss volt, részben higanykezelés alatt állott, másik részében már valamivel régebben lefolyt. Ezenkívül vizsgáltunk oly egyéneket, kiknek anamnesisében lues fordult elő és meglevő betegségük ezen lefolyt syphilises fertőzéssel voltakozati kapcsolatba hozható.

A használt lecitin a Merck-féle ovolecitin volt, melyből először 0.2%-os, majd 1%-os emulsiót készítettünk. A 0.5%-os carbollal készített emulsiót több ízben gondosan megszürtük, hogy teljesen homogén emulsióval dolgozhassunk.

A vizsgálat teljesen Porges utasításai szerint történt. A kérdéses savót és a lecithinemulsiót egyenlő mennyiségben kis kémlőesővekben jól összekevertük és a keveréket 5 órára 37°-os thermostatba helyeztük. Az eredményt ekkor és 24 óráig szobahőn állás után jegyeztük fel és már itt jelezhetjük, hogy a két érték egymásnak tökéletesen megfelelt. Azon esetekben, a melyekben a thermostatból való kivétel után a reactio negatív maradt, 24 óra múlva sem állott be praecipitatio, különbség csak a reactio intenzitásában mutatkozott, a mennyiben a szobahőn való állás után a reactio valamivel kifejezettebbé vált.

Eleinte a savót többszörösen hígítottuk, későbbi vizsgálatainkban azonban a savó hígítását mellőzve, csak a concentrált savót

hoztuk össze a lecithinemulsióval. A biztosan lueses, a luesre kérdéses és a biztosan nem lueses savót rendszerint egyidejűleg vizsgáltuk. Ezenkívül ellenőrzésképen 0.5/0-os lecithinmentes carbololdattal is összehoztuk annak eldöntése céljából, nem egyszerűen a lecithinemulsió készítéséhez használt carbololdat oka-e a praecipitationak. Erre vonatkozó vizsgálataink Stoerk állításával szemben negatív eredménnyel jártak.

Vizsgálataink összesen 72 esetre vonatkoznak, ezekből 21 eset volt lues, 7 eset volt tabes, 2 ilyen esetben lues volt a beteg anamnesisében határozottan kimutatható. 10 esetben tuberculosis állott fenn, 34 esetben a vérsavó részben egészséges, részben oly egyéntől származott, a ki syphilitikus fertőzést állítólag sohasem állott ki. Ha csak a lueses betegeken és azokon nyert eredményeket vennők tekintetbe, a kiknek kórelőzményében a syphilitikus fertőzés kimutatható, a Porges-féle reakciót értékesnek kellene mondanunk. De értéke rögtön esőkken, ha — mint a táblázatos kimutatásból látható — tekintetbe vesszük, hogy a reactio nemcsak luesesek, hanem gümőkórosak savójával is beállott, sőt intenzitás tekintetében tőle miben sem különbözött. Megsemmisíti a reactio értékét az, hogy ezen két kóralakon kívül a kontroll gyanánt vizsgált egyéb oly eseteknek felében, a melyekben sem az egyik, sem a másik fertőzés nem volt kimutatható, megjelent a specifikusnak tartott reactio. Ezirányú vizsgálataink eredményét a következő táblázatos összeállításban foglalhatjuk össze.

I. tábla.

Betegség neve	Esetek száma	Reactio		
		+	-	?
Lues I. stad. ....	—	—	—	—
" II. " ....	13	12	1	—
" III. " ....	8	7	1	—
<sup>2</sup> Tabes dorsalis ....	7	4	3	—
<sup>3</sup> Tuberculosis ....	10	9	1	—
Exsud. pleur. ....	1	—	1	—
Emphys. pulm. ....	1	1	—	—
Sten. ost. ven. sin. ....	1	1	—	—
Synechia pericard. ....	1	—	1	—
<sup>4</sup> Aneurysma aortae ....	2	1	1	—
Ren migrans ....	2	1	1	—
Nephritis ....	4	—	4	—
" uraemia ....	1	—	1	—
Cysto-pyelitis ....	1	1	—	—
Hepatitis ....	1	1	—	—
Hyperacid. ventr. ....	1	1	—	—
Atonia ventr. ....	1	1	—	—
Polyarthr. chron. ....	1	—	1	—
Morbus Basedowi ....	2	—	2	—
Appendicitis (friss tbc.) ....	1	1	—	—
Asthma nervos. ....	3	—	3	—
Ischias ....	1	—	1	—
Myxoedema ....	1	1	—	—
Diabetes ....	1	—	1	—
Anaemia (régii tbc.) ....	1	1	—	—
Cholesteatoma ....	1	1	—	—
Tumor retroperitonealis ....	1	1	—	—
Normal ....	1	—	1	—
Disznósavó ....	1	1	—	—
Nyúlsavó ....	1	—	1	—
Malaczsavó ....	1	—	1	—
<sup>5</sup> Carbololdat ....	—	—	—	—
Összesen ....	72	46	26	—

<sup>1</sup> Ezen esetek: 1. oculomotor. bénulás, 2. aortitis luetica, 3. endocarditis luetica, 4. myocarditis luetica, 5. gumma hepat., 6. iridocyclitis luet., 7. gumma a herében és a lábán (+), 8. iridocyclitis (-).

<sup>2</sup> A tabes-esetek közül két esetben volt a lues az anamnesisben biztosan kimutatható, ezek közül az egyikben +, a másikban — a reactio.

<sup>3</sup> Ezen esetek között három súlyos eset volt, ezeknek egyike reakciót nem adott.

<sup>4</sup> A negatív esetben évekkal azelőtt volt lueses fertőzés.

<sup>5</sup> Carbol-kontroll igen sokszor végeztetett, úgy hogy a lecithinoldatot 1/20/0 carbol helyettesítette. Reactio nem állott be.

E táblázatban látható, hogy a manifest lueses tüneteket mutató esetek, akár a II., akár a III. szakban, legtöbbször pozitív lecithin-reactiót adnak (21 esetből 19). Sőt a metalueses 7 tabes eset közül is 4-ben állott be a reactio, bár 5 esetben a kórelőzményben lefolyt lueses fertőzést kifürkészni nem sikerült. Viszont látjuk azonban azt is, hogy vannak oly lues-esetek, bár esekély számban (21-ből 2 eset), a melyekben a reactio épen úgy, mint egyes tabes-esetekben, nem mutatkozott.

A gümőkórban a reactio feltűnően gyakran jelentkezett, csak egy esetben maradt ki. Ez esetben a gümőkór mellett cholelithiasis is fennállott és a tuberculosis jóformán a szemünk előtt fejlődött ki egy régi latens góczból, mely a betegnek addig semmi bajt sem okozott (csak évek előtt volt a betegnek rövidebb ideig tartó köhögése). Viszont 2 más esetben (egy haemophilia miatt létrejött anaemiában, melyben gyógyult gümőkór is fennforgott, és egy appendicitis catarrhalis-esetben, a melyben a gümőkór tuberculin-injectio által lett beigazolva) a reactio teljes mértékben beállott.

A lues és tuberculosis esetein kívül ellenőrzés céljából más betegek savóját is vizsgáltuk. A táblázatban az illető betegségeket részletesen felsoroltuk. Közöttük egy esetben lehetett csak a kórelőzményben lueses fertőzést kimutatni. Reactio azonban ez esetben sem állott be. A többi 32 esetben (ha ezekből a 7 említett tuberculosis-esetet kivesszük) 12-szer volt pozitív, 20-szor pedig negatív a reactio. Tehát elég gyakran, az eseteknek majdnem a felében állott be pozitív reactio akkor, midőn lueses fertőzést teljesen ki lehetett zárni. A negatív esetek közt 5 esetben nephritis állott fenn, ezek egyike sem adta a lecithinreactiót.

A luesben előálló reakciókat két szempontból vettük megfigyelés alá. Vizsgáltuk ugyanis, vajjon függ-e a reactio beállása 1. a baj időbeli fennállásától és 2. a foganatosított kezeléstől.

Eseteink alapján, melyekből esekély számuk miatt korántsem akarunk végérvényes következtetéseket vonni, a következőket állapíthatjuk meg. Volt oly esetünk, a melyben a vizsgálatot az első secundaer tünetek megjelenésekor végezhetjük, és volt olyan, melyben a lueses fertőzés évek előtt történt. Quantitativ különbség ezen esetek közt nem volt kimutatható. A reakcióknak quantitativ mérése különben is igen nehéz, mert csak szemmértékkel történhetik, s mert a képződött csapadék nem minden esetben egyformán sűrű összeállású. Qualitativ különbség pedig még kevésbé volt látható, mint azt a II. számú táblázat fejezi ki, a melyben az esetek a fertőzés ideje szerint vannak csoportosítva.

II. tábla.

Eset neve	Fertőzés ideje	Stadium	Reactio
K. S. ....	1 1/2 év	II.	+
E. S. ....	14 hó	II.	+
K. I. ....	6 "	II.	—
N. K. ....	4 "	II.	+
F. I. ....	9 "	II.	+
S. D. ....	2 3/4 év	II.	+
B. A. ....	17 hó	III.	+
O. I. ....	2 "	II.	+
P. I. ....	3 "	II.	+
Sch. I. ....	7 év	III.	+
D. né. ....	?	III.	—
O. I. ....	3 hó	II.	+
H. C. ....	11 év	tünet nélkül	+
I. Gy. né. ....	7 év	III.	+
R. I. ....	2 "	III.	+
O. M. ....	5 "	tünet nélkül	+
M. I. ....	2 "	III.	+
K. ....	5 "	III.	+
Sch. I. ....	5 "	III.	+
T. L. ....	2 hó	II.	+
R. K. né. ....	8 "	II.	+
M. A. ....	évek előtt	aneurysma	—
N. I. ....	27 év	tabes	+
34. sz. ....	évek előtt	tabes	—

Nemcsak a betegségnek időbeli lefolyása, hanem a kezelés sem látszott ezen esetekben a reactio létrejöttére befolyást gyakorolni. Az esetek közt volt olyan, mely a vizsgálatig kezelésben még egyáltalán nem részesült. Egyesek viszont már a vizsgálat előtt

több ízben kenőkúrát végeztek vagy injectiókat kaptak. Hogy a kezelés eredményét jobban megfigyelhessük, néhány esetben a kezelés alatt több ízben megvizsgáltuk a beteg savóját. Az eredmény

az volt, hogy a kezelés sem qualitativ, sem quantitativ tekintetben változást nem idézett elő. Eseteinket ily szempontból is csoportosítottuk, a táblázatból a mondottak még jobban kitűnnek.

III. tábla.

Eset neve	Fertőzés ideje	Stadium	Előző kezelés	Utólagos kezelés	Reactio	Megjegyzés
K. S. ....	1 1/2 év	II.	120 kenés	február 12.-től márczius 17.-ig kezeltetik	+	vizsgálatok: február 12, márczius 5, 17
E. S. ....	14 hó	II.	95 "	8 kenés	+	vizsgálatok: febr. 12, márcz. 18
K. J. ....	6 hó	II.	48 "	—	+	—
N. K. ....	4 "	II.	50 "	állandóan kezelés alatt	—	vizsgálatok: február 12, 18, 26
F. J. ....	9 "	II.	60 "	kezelés alatt	+	vizsgálatok: febr. 12, márcz. 10
S. D. ....	2 3/4 év	II.	30 kenés és 9 injectio	Jk.	+	vizsgálatok: febr. 14, 18, márcz. 2
B. A. ....	17 hó	III.	300 " " 6 "	Jk.	+	február 15, 26
D. J. ....	2 "	II.	—	állandó kezelés	+	február 16, 18, 26, márczius 17
P. J. ....	3 "	II.	—	" Jk. "	+	február 24, 26, márczius 4
Sch. J. ....	7 év	III.	10 kenés	Jk.	+	febr. 17, 26, márczius 4, 10, 17
D. né ....	?	III.	—	Jk.	+	—
O. J. ....	3 hó	II.	100 kenés	Jk.	+	február 29, márczius 5
H. C. ....	11 év	tünet nélkül	20 kenés és Jk.	—	+	—
O. Gy. né ....	7 "	III.	—	állandó kezelés	+	—
R. J. ....	2 "	III.	20 kenés, 40 injectio	Hg.-pil.	+	—
O. M. ....	5 "	tünet nélkül	? kenés	—	+	—
M. J. ....	2 "	III.	—	kenőkúra	+	—
K. ....	5 "	III.	? kenés	"	+	—
Sch. J. ....	5 "	III.	—	"	+	márczius 5, 17
T. Z. ....	2 hó	II.	—	"	+	—
R. K. né ....	8 "	II.	—	"	+	márczius 10, 17, 24

A Klausner-módszerrel 24 beteg vérsavóját vizsgáltuk meg. Ezek közül a lues II. szakában volt 5, III. szakában 6, tabes 4 (ezek között 2 esetben a lueses fertőzést a kórelőzményben kimutatni nem lehetett). Ezen esetek közül a lues II. szakában egyben, a III. szakában 4 esetben, tabesben 2 esetben (egyik esetben nem mutatható ki a lueses fertőzés), a 15 esetből tehát összesen 6 esetben volt a reactio positiv. A lues II. szakából való 5, a III. szakában levő 2 és a 2 tabesben, tehát összesen 9 esetben nem állott be a reactio.

Más betegségben positiv reactiót nem kaptunk; ezen esetek száma azonban igen csekély, összesen 9. Klausner maga írja, hogy lueses savókon kívül más savók is adnak positiv reactiót, de quantitativ különbséggel, ezért ezzel igyekszik a lueses reactio specificitását megállapítani. Mi is vizsgáltunk eleinte az általa leirt 1:1, 1:5, 1:10 higitásban, de azt találtuk, hogy a reactio már 1:5 higitásban is igen ritkán, 1:10 higitásban pedig egyáltalán nem állott be. Az 1:1 higitásban beállott reactiók közt quantitative értékesíthető különbségek nem voltak.

A harmadik eljárással, melyet Levaditi és Jamanouchi használt először, s a melyben antigenül glycocholsavas natriumnak 10%-os oldatát alkalmazzuk, 19 eset savóját vizsgáltuk. Ezek között a lues II. szakában volt 6, III. szakában 3, tabes 4 (ezek között kettőben a lueses fertőzést kórelőzményileg kimutatni nem lehetett), gümőkór 1 esetben volt jelen, egyéb bajban szenvedők, nem luesesek savóját 5 esetben vizsgáltuk meg. Positiv volt a reactio, a mely épen olyan csapadékképződésben mutatkozott, mint a Porges-Meier eljárása, 1 a lues II. szakában, 1 a lues III. szakában levő és 1 tabesben, épen abban, a melyben a lueses előzményeket kimutatni nem lehetett, összesen tehát 3 esetben; negativ maradt 5 a lues II. szakában, 2 a lues III. szakában levő esetben, 3 tabes, 1 gümőkór és 5 egyéb betegség esetében, azaz 16 esetben. Fontossággal bír ezen reactio megítélésére az a körülmény, hogy klinikailag biztos lues 9 esetében csak 2-szer állott be positiv reactio.

A háromféle reactioval elért eredményeket összegezve, az eljárások egyikét sem tekinthetjük a lues megállapítására alkalmas vizsgálati módszernek. — A körülmény, hogy nem minden lueses beteg reagál positive — e tekintetben a Porges-Meier-próba még legmegbízhatóbbnak látszik — és hogy egészséges egyének és állatok, valamint luestől mentes betegek savója is adhat positiv reactiót, minden specificitás híjára mutat s alkalmatlannak nyilvánítja ez eljárásokat ama nagyfontosságú kérdés eldöntésére, jelen van-e vagy volt-e lueses fertőzés vagy sem.

## A Marmorek-féle gümőkórellenes serumról.

Irta: *Wein Manó* dr. műtőorvos, a budapesti kerületi munkásbiztosító pöntár ambulatoriuma II. sebészeti rendelésének vezető sebésze.

(Folytatás.)

Engedjék meg, hogy kifejtett nézeteimet egyes kórtörténetekkel is magyarázhattam. Megjegyzem, hogy nemcsak magam észlelte eseteket óhajtok megbeszélni, hanem hogy a világirodalomnak egyes tanulságos eseteire is hivatkozni akarok. Ez utóbbiak talán annyiban értékesebbek, mert az ilyen idegenek által irt naplók nézetemtől függetlenül létesültek és így távol áll tőlük az a gyanú, hogy nézeteim érdekében megfésültettek volna.

Gümős izülettel van dolgunk. A megbetegedés idült volta szembeszökő. A láz igen mérsékelt, a fájdalom is csekély. *Marmorek*-serumot adunk és az izület meglobosodik. Ha nem is adunk több serumot, az izületi lob azért tovább fejlődhetik. Az egyszer megindított genyes vagy eves izületi lob tovább fejlődik. Az izület tönkre megy, áttörés létesül stb. Ha tovább adunk *Marmorek*-serumot, a folyamatot csak siettetjük, de fel nem tartóztatjuk. Hogy a *Marmorek*-serum streptococcus-antitesteket is tartalmaz, ebben az esetben kifejezésre nem jut. Az izület elevesedése annál vadabb tempóban halad, mennél több *Marmorek*-serumot adunk.

Ilyen esetekben első sorban a gyógyulásnak mechanikai akadályait kell megszüntetni és csak akkor győződhetünk meg a *Marmorek*-serumnak feltűnő gyógyító hatásáról.

A mint említettem, ha egyszer a szervezet védelmi tevékenységét felébresztettük, az bizonyos esetekben csak akkor nyugszik meg, ha ezéjét elérte. A mi esetünkben a reactio bekövetkezett. A gümőkóros mérgek közömbösítették és a fertőzés ingere immár erősebben nyilvánulhat, a mennyiben a szövetek egyrészt a fertőzés, másrészt a fertőzés okozta kár ingerére megfelelő chemotaxissal felelni csak most tudnak. Hogy ilyen esetekben a már kórmentes csirákkal való symbiosisnak egyáltalában van-e befolyása, vagy hogy milyen szerepe van annak, hogy a tuberculosisbacillus más csirákkal együtt él, most ne kutassuk. Csak azt akarom újból is hangsúlyozni, hogy ez az elgenyedő izület most már úgy gümőkóros csiráktól, mint gümőkóros mérgektől egészen mentes lehet. A mi esetünkben a fertőzés okozta szövethalál kiterjedt volt. A szövethalál elhatárolódott, sequestrálódott és a szervezet az elhalt részek kiürítésére törekszik. És a míg mindez be nem teljesedik, mindez el nem

éretik, a *Marmorek*-serum által megindított reactio bizonyos esetekben meg nem nyugszik.

Itt kell megemlítenem, hogy 1906 végéig a bőr alá fecsken-deztem a *Marmorek*-serumot, azóta pedig kizárólag a végbélbe fecsken-dezem. Közönséges glycerinfecskendőt használok és a beteget nem szoktam előkészíteni. Természetesen lehetőleg üres végbélbe fecsken-dezem a szert, és ezért legszívesebben székelés után oltok. A legtöbb beteg maga oltja magát. És itt újból felemlítem, hogy sajnálatomra csak járó betegek vannak. Jobb táplálékot, vagy rendezettebb életviszonyokat tehát betegeknek a gyógyítás tartama alatt nem nyújthattam. Ez a körülmény tehát a lefolyásra befolyást nem gyakorolhatott.

14. sz. eset. 1908 február 20. V. M. 12 éves, iskolás, napszámos leánya, öröklötten nem terhelt. Kanyarója volt, különben egészséges. 3 év előtt jobb könyöke dagadni kezdett, fájdalmas lett. 6 hó előtt annyira megdagadt, hogy operálni kellett (arthrektomia), mindjárt a műtét után bal alkarja is megdagadt.

Kissé puffadt arczú (orr, felső ajak), elég jól fejlődött, vérszegény gyermek. Belső szervei épek, mirigyvei nem duzzadtak.

A bal radiusának diaphysise és distalis epiphysise is megvastagodott, érzékeny.

A jobb könyökizületen a külső condylus felett elhúzódó, a felkar közepétől a radius fejecskéig terjedő, 4 mm.-ig is szélesedő hegben nagy borsónyi, sárgás lepedékek borított, alávált szélű sipolyonulás, a melyből hig ev ürül. A könyök körvonala elmosódtak, az ízület másfél-szeresére orsószzerűen megduzzadt, fájdalmas. Legfájdalmasabb a tricepstől borított része a felkarsontnak. A hőmérsék 38°.

Február 21.-étől 24.-éig. A hőmérsék 36°8'—37°5'.

Február 24. 5 cm<sup>3</sup> *Marmorek*-re 38-ig emelkedő hőmérsékek mellett igen nagy reactio az ízületben. A bal radius érzékenysége csökkent. A bal felkar laterális epicondylusa felett szintén duzzanat mutatkozik, a mely fájdalmas. Ezt a laesiót eddig nem vettük észre; a beteg nem tudott róla, azért nem említette.

Február 28. A reactio nem zajlott le, a jobb könyök lobja fokozódik. A bal radius érzékenysége csökkent, szintúgy a bal felkarlaesio is kevésbé érzékeny. 5 cm<sup>3</sup> *Marmorek*.

Február 29. A jobb könyökből a genyedés feltűnően fokozódott. 5 cm<sup>3</sup> *Marmorek*. Ezután *műtét*. Schleich-féle narcosis. A jobb könyököt feltárva a sequestereket eltávolítjuk, a humerus diaphysisének egy része is áldozatul esik, az ízületet a sebviszonyok egyszerűsítése céljából éles kanállal kitakarítjuk. A sebet lazán kitömjük, gaze-csikokkal drainezzük.

Márczius 1. A hőmérsék 36°4'—36°9'.

Márczius 2. Kötésváltás. Reactio nélküli seb. 5 cm<sup>3</sup> *Marmorek*.

Márczius 3. 5 cm<sup>3</sup> *Marmorek*.

Márczius 4. 5 cm<sup>3</sup> *Marmorek*. Bal alkarja teljesen érzéketlen.

Márczius 30. Érzéketlen. A sebei szépen gyógyulnak. Hőmérsékei alig érik el a 36°0'-ot. A bal alkar és felkar laesioi érzéketlenek, némelyest visszafejlődtek. *Marmorek* adagolásával szünetelünk, mert kifogyott. Röntgen-felvétel.

Április 8. 1.-étől 6.-áig naponként kapott 5 cm<sup>3</sup> *Marmorek*-et. Április 5.-én megfájdultak a nyaki mirigyvei különösen a bal oldalon, de jobb füle tövén, sőt még a homlokán is egy bőrmirigy igen érzékeny, duzzadt. A február 28.-án felvett jobb könyök-képen a tavalyi műtételtől és a csontlóból erősen destruált humerus látszik, a melynek alsó végén sequesterek vannak. A bal alkarnek a képen a radius diaphysisében rarifikált defektus és esonhártya alatti vasos felrakódások láthatók, a melyek a csont körvonalaikat erősen torzítják.

A márczius 30.-án felvett 2. sz. képek közül a jobb könyök, a melyen február 29.-én műtétet végeztünk, összehasonlításra nem alkalmas. A bal alkarról felvett kép világosan mutatja a *Marmorek*-gyógyítás okozta csontváltozásokat. A rarificatio már alig látható, a csontfelrakódások keskenyebbek, simább felületűek, nem oly torzítóak; a radius distalis epiphysisén a csont normális gerendázata lényegesen feljebb terjed; a csont difformitásai mindezek szerint lényegesen megcsökkentek.

Ez a betegünk rendkívül tanulságos, mert egyénben két különböző fajtájú gümös megbetegedést észlelhetünk és mert a *Marmorek*-serum adagolása következtében egy harmadik, addig rejtett gőcz is érzékelhetővé vált nemcsak, de a későbbi lefolyásban bebizonyult, hogy a különben lymphatikus habitusú gyermeknek egészségesnek tartott nyaki mirigyvei is gümösen fertőztek.

Különbözik ezek a jelenségek mindennaposak. Súlyosabb betegeken alig van rá eset, hogy a *Marmorek*-serum behatása alatt a reactiv jelenségek kapcsán újabb és újabb laesiók ne válnának érzékelhetővé.

Már az első serumadag lobosodást provokál a jobb könyökön, a melyet többé megnyugtanni nem tudunk. A második adag csak annyiban hat, hogy a lázat csökkenti. A harmadik adag után közvetlenül feltárjuk és kitakarítjuk a beteg ízületet.

Az operatio a kórképet teljesen megváltoztatja. A beteg a további serumadagok befolyása alatt teljesen láztalan lesz. De még

a műtét előtti időben, a mikor jobboldalt a viharos lefolyású izületi lobot előidéztük, a bal oldalon mérsékelt reactiót kapunk, a mely egy addig ismeretlen laesio megismerésére is vezet. Ez a reactio nem feltartóztatlan, nem eredményez szövetelhalást, hanem igen gyorsan fájdalomatlanság következik be és a sérülést gyógyulni látjuk.

Jobboldalt ártalmat, baloldalt hasznot látunk, pedig nem oltottunk jobb oldalt más serummal mint bal oldalt; hiszen ugyanaz a beöntés okozta ezt és amazt. Csak úgy, mint a hogy ugyanaz a serummal dolgoztak azok is, a kik arra a tapasztalatra jutottak, hogy a *Marmorek*-serum semmit sem ér vagy árt, és azok is, a kik kedvező eredményeket tudtak elérni.

De a legnevezetesebb a végeredmény. A könyökizületet csak elégtelenül takarítottam ki, nem törekedtem arra, hogy minden kórosat eltávolítsak. Mielőtt *Marmorek* serumának a hatását ismer-tem, nem mertem volna így dolgozni. Akkoriban az ízületet teljesen feltártuk és minden elhaltat, de minden kórosat is eltávolítottunk. Ha ez megtörtént, új eszköztárt vettünk elő, a műtétit tért, a sebet, a kezeket gondosan desinfectáltuk és ezután a sebet újból revidéáltuk, azaz egész terjedelmében felfrissítettük. Azért mégis csak voltak recidivák.

Most pedig recidivának nyomát sem látjuk, pedig szabad szemmel is látható fungustömegeket hagytunk az ízületben.

Szóval másképen kell operálnunk, ha *Marmorek*-serum behatása alatt van a beteg, mint a hogy ezt megszoktuk. Természe-tesen ebben az irányban is mértéket kell tartanunk. Mert ha az itt bemutatott betegnél szívesen bevallom, hogy többet távolítottam el, mint a mennyit eltávolítani szükséges volt és így sok olyan szövetet áldoztam fel, a mely a gyógyuláshoz használható anyag-ként értékesíthető lett volna; más betegek meg arra tanítottak meg, hogy ebben az irányban túloztam, hogy kevesebbet tettem, mint a mennyit tennem kellett volna.

Különösen mirigyeken tapasztaltam például, hogyha ellágyul-ás észlelhető bennük, okvetlenül eltávolítandók. A mirigyotokot azonban meg lehet hagyni, a mi szintén óriási előnynek mondható, ha meggondoljuk, hogy azelőtt milyen radikálisan kellett ilyen gümös mirigyekkel végezni, ha eredményt akartunk elérni. Ebben az irányban tanulságos a 23. és 26. számú kórtörténet. A miri-gyek egyáltalában sajátosságosan viselkednek. A gümösen megnagyobbodott mirigy reactioja a következő: Az egyszerűen hyperplasiás mirigy megduzzad, némelykor fájdalmas lesz. *Feltétlenül szükséges, hogy ilyenkor a Marmorek-serum adagolásával várjunk, a míg a fájdalommasság megszűnt.* Ha a mirigy fájdalommassága megszűnik, adhatunk *Marmorek*-serumot. Esetleg újból megduzzad a mirigy és újból fájdalmas lesz, de rendszerint már visszafejlődésnek indul és hosszabb-rövi-debb idő alatt a lehető legkisebbé zsugorodik. Ha bizonyos fokon megállapodik, akkor valószínű, hogy tovább kisebbedni nem tud, mert a szöveti elváltozás, például a kötőszöveti gerendázat túltengése, ezt nem engedi.

Ha a mirigy meg nem nyugszik, feltűnő gyorsan elfolyósodik és vagy áttörni készül, vagy fájdalomtalanul válik és megnyugszik. *Marmorek*-serum adagolása nélkül a mirigyek ilyen viselkedését sohasem észleltem. A mirigy élénken hullámzik, lobos tünet teljesen hiányzik, nem fájdalmas, nem fejlődik periadenitis, hanem az élesen körülhatárolható burkot feszesebben vagy petyhüdtebben kitölti a detritus. Ha az ilyen mirigyet felmetszszük, egy nyomásra kinyom-hatjuk a tartalmát és tisztán visszamarad a sima burok. A gyógyul-ás nem emlékeztet gümös jellegű megbetegedésre; sipolyok nélkül sima gyógyulást érünk el. (10. sz. kórtörténet.) Ha az ilyen mirigyet meghagyjuk, lassan fel is szívódhatik, de többször — különösen *Marmorek*-serum fokozott adagolására — újból meglabosodik és végül mégis csak áttör.

Igen jól érzékíti az elmondottakat a 4., 10., 13. és 20. számú kórtörténet.

A mirigyeknek ebből a viselkedéséből az a fontos, figyel-men kívül nem hagyható, hogy ha egy mirigy reagál, megduzzad és fájdalmas lesz, úgy a mirigy egész bizonyosan 3—4 nap alatt teljesen elfolyósodik, ha a *Marmorek*-serum adagolását folytatjuk. Azt hiszem, a szövetek még nem tökéletesen méregtelenítve, a fertőzés ingerére teljes erejük kifejtésére képtelenek, és így csak kis chemotaxis létesül. De ennek folytán is a fertőzés egyrészt

meggyengül, másrészt a szervezetnek ideje marad, hogy a szöveti laesio helyén hasznavehetetlen kicseréljen, friss szövetet pótoljon. Ha egy idő múlva újból *Marmorek*-serumot adunk és újabb reakciót kapunk, már kedvezőbbek a viszonyok; kisebb a fertőzés ingere, kevesebb a szöveti változás és ennek megfelelően a reactio is csekélyebb: csak annyi, a mennyire a szervezetnek szüksége van, hogy a fertőzés ingerétől megszabadulva, a szöveti változásokat is kireparálhassa. Ha azonban *Marmorek* újabb és újabb adagjaival a szervezetet és a fertőzött szöveteket is egyszerre, illetőleg túlságosan gyorsan fertőztelenítjük, a reactio lobbá fokozódik. Lobgát fejlődik, a mely a befoglalt, az elárkolt szövetelemeket megfojtja és dissectiora kényszeríti.

Az hiszem, igen gyakran olyankor is kedvező eredményt érhetünk el, megtarthatunk fertőzött területeket, ha türelmesen, a reactio lezajlását mindig bevárva oltunk, míg a *Marmorek*-serum túlságos adagolásával a fertőzött területet és esetleg vele együtt a szervezetet is pusztulásba vittük volna.

Az irodalom számtalan példája támogatja ebbeli nézetemet. Így a *Marmorek*-serum ellenzői közül *Mann Guido* (Triest) (1906. 9.), a ki bár súlyos tüdőgümőkórosokat gyógyított, de minden melléktekintet nélkül adott 21 napig 5—5, illetőleg 10—10 cm<sup>3</sup> *Marmorek*-serumot, azután szünetet tartott és újból 21 napig adott 10—10 cm<sup>3</sup> *Marmorek*-serumot, néhány napi szünet után jött azután a 3. turnus, súlyos lefolyásokat látott és 5 esetben a boncolás leletével is beszámolhatott. Természetesen nem a *Marmorek*-serum dicsőségét hangoztatja. De leletei tanulságosak. Mindannyiban a gümös folyamat mindkét tüdő felületén oly kiterjedt volt, hogy alig milliméternyi területen hiányoztak gümők; ezenkívül az infiltratumban (mitten im Infiltrate) számos kis cavernát és peribronchiális tályogocskát talált. „Es machte eben dieses Bild unwillkürlich den Eindruck, als ob das Serum statt die Wirkung der Bazillen zu hemmen, ihren spezifischen Zerstörungsproceß eher Vorschub geleistet hätte — und erinnerte somit an die Beobachtungen, die seinerzeit *Liebman* an den Lungen von mit *Koch*'schem Tuberculin behandelten Personen gemacht hatte, nämlich eine chemotaktische Anziehung der Bazillen in das Blut und eine stärkere Überflutung des Lungengewebes mit denselben.“

Nem foglalkozom a magyarázattal, csak annyit óhajtok megjegyezni, hogy a *Koch*-féle tuberculinra való utalás bizonyítéka annak, hogy a *Marmorek*-serum is reakciót provokál, és hogy szintén ártalmas lehet, különösen, ha minden individualizálás nélkül használjuk. Ugyancsak ide tartazik *Bock Emil* (Laibach) (1907. 15.), a ki szembetegeket gyógyított. Hihetetlen dolgokat ír le. Például 3. esetében a beteg a *Marmorek*-befecskendésekre orrvérzést, rázóhideget, fülzúgást, fejfájást, hasmenést kapott, de ez nem tartotta vissza attól, hogy a serumbefecskendéseket folytassa.

Ékesen szóló példája annak, hogy mennyi elővigyázattal kell lennünk, ha jó eredményt akarunk kapni, a 6. számú kórtörténetem.

A beteg óriási kiterjedésű scrophulodermaival és a bal ulna distalis epiphysisének a kéztőizületre áttérjedő cariesével került gyógyításom alá. A szegény ember Rákoskeresztúron lakik és nehezebbre esik a bejövétel. Minden szépen gyógyult, a mikor a pár nap óta beteg, de súlyosan beteg térde erősebb reakciót adott. A *Marmorek*-serumot kihagytuk, mire az izület megbékült. Kellő kitanítás után a betegre bízunk néhány adag *Marmorek*-serumot, mint a hogy ezt máskor is tettük. Már az első beöntésre reakciót kapott a térdében, de azért mégis folytatta a *Marmorek*-serum használatát. Óriás ischarthros volt az eredmény, a melytől hogy mennyire pusztult el az izületnek a szalagos szerkezete, még nem tudom.

A *Marmorek*-serummal gyógyítás folyamán, esetleg meglehetősen későn jelentkező újabb és újabb laesiók a mindennapos jelenségek közé tartoznak. Néha ezek a későn jelentkező laesiók súlyos complicatiókra vezetnek. Tanúságot tesz erről a 6., 9., 10., 13. számú kórtörténet.

Ezek a késői jelenségek csak úgy magyarázhatók, hogy inaktivitásban levő, kisebb-nagyobb mértékben eltokolt fertőzőes góczok az előzetes reakciók alkalmával, vagy a szervezetnek az előrehaladó méregtelenítéssel fokozódó vitalitása következtében az antitoxinok számára hozzáférhetőek lesznek és így chemotaxisos megtámadásban részesülnek.

Hogy gümös góczok mennyire eltokolódhatnak, bizonyítja *Röver* (Brema) (1906. 12.) egy esete, a melyben az erősen megdagadt mirigyek *Marmorek*-serumra egyáltalában nem változtak, de a betegnek sem okoztak semmi kellemetlenséget. Természetesen az *Arnth*-féle vérkép, a melylyel *Röver* a *Marmorek*-serummal gyógyított betegek védelmi készségét mérte, szintén nem változott. A magyarázatot megadta a mirigyek eltávolításakor észlelt az a körülmény, hogy a mirigyek mindmegannyian száraz, sajtos tömeggé voltak átalakulva, a mely a vastag tokokban teljesen eltokolódott.

Ebben az irányban, de meg azért is, mert egyik ilyen rejtett gócz az agyalon volt és az ott jelentkező reactio súlyosabb jellemű meningeális tünetekkel járt, továbbá mert *Baer* (Davos), a ki észlelte bizonyos célzattal, nevezetesen az opsoninek indexének viselkedését kutatva, egy különleges magyarázat kedvéért írta le, foglalkozom a következő kórtörténettel. (1907. 9.)

A 23 éves leány könnyebb tüdőbajban és a bal térd laesiojában szenved. Ez utóbbi 3 hónap óta fejlődött. Több laesio nem mutatható ki. 17 év előtt coxitisben szenvedett, a mely teljesen meggyógyult, a mennyiben a különben rendkívüli szorgalommal vezetett, igen pontos, kitért kórtörténet azt sem említi, hogy melyik oldalon volt a megbetegedés. Az idegületet illetőleg hysteriás tüneteket nem észleltek, de a beteg mindig némelyest ideges volt.

37,5—38,3 közt váltakozó lázak mellett 5 cm<sup>3</sup> *Marmorek*-serumot adnak naponként per rectum. A serum a lázat igen szépen befolyásolja: az első és második beöntés után a láz 37,0—38,0 között; a harmadik után a minimum eléri a 37,0<sup>o</sup>-ot; a negyedik és ötödik után 36,6 és 37,4 között. A február 19.-én adott 6. beöntésre a maximum 37,3, de a minimum 36,8, tehát 0,2<sup>o</sup>-kal több mint az előző 2 napon. Ez csekélység, de annál nagyobb jelentőségű, mert az opsoninok indexe is már ezen a napon csökkent; nevezetesen a maximális 1,4-ről 1,3-ra esik, a mikor előzőleg, ha nem is egyenes vonalban, de állandóan emelkedett a 0,5-tel jelzett minimumról.

A február 20.-án végzett 7. *Marmorek* beöntése után (5 cm<sup>3</sup> 36,8-ról 2 óra leforgása alatt 38,3-ra emelkedik a hőmérsék. Turbulens meningeális tünetek, a melyek kezdetüktől számított 4 1/2 óra alatt érik el tetőfokukat. A tünetek következőképp fejlődtek: nagyfokú nyugtalanság és szívdobogás, szédülés és szemkáprázás, 132 érverés. Hányás nélkül émelygés, erős fejfájás, a pupillák tágak, valamelyest renyhébben reagálnak. Látása, hallása megnövekedett. Hallási hallucinációk. A szédülés és szívszorogás fokozódott, nagyfokú izgatottság és motorius nyugtalanság. Ekkor 37,8 hőmérsék és 96 pulsus. A lélekzés meglással és időnként mélyebbé válik. Nagyfokú környéki cyanosis hideg érzetével, de izzadás nélkül. A pupillák igen tágak, még renyhébbek. A térdben élénk fájdalmak. *Cheyne-Stokes*-féle lélekzés fejlődik igen nagy pauzákkal. Az érverés rendetlen, igen gyors és kicsiny. A szédülés és fejfájás még fokozódik, eszmélete hiányossá válik, csak erősebb rákiáltásra reagál, ijedezik, szemei gyakran mereven rögzítettek. A szembéjait ritkán mozgatja, nyelve nehezen mozog, nehezen nyel.

A roham kezdete után 6 órával és 12 órával a *Marmorek*-serum beöntése után a tünetek kezdenek visszafejlődni. A sensorium még erősen hiányos, a tarkó merev, nyomásra érzékeny. 24 óra múlva még fejfájás és labilis szív működés. 48 óra múlva a tünetek teljesen visszafejlődtek. Újabb 48 óra, tehát 4 napi pauza után 2 1/2 cm<sup>3</sup> *Marmorek* és újabb 2 nap után ugyancsak 2 1/2 cm<sup>3</sup> *Marmorek* per rectum. Erre rosszul tölti az éjszakát, reggelre pedig fejfájása van és térde ismét fájdalmas. A reakciókövetkező napon a tünetek visszafejlődtek.

Márczius 1.-étől 12.-éig másodnaponként, azután márczius 15.-én 5 cm<sup>3</sup> *Marmorek*-et per rectum kapott és zavartalanul tűrte. Térde alig érzékeny. Márczius 21.-én, 6 nappal az utolsó *Marmorek* adag után, a jobb 4. ujj 1. perce megduzzad és érzékeny lesz. Ezentúl másodnaponként 5 cm<sup>3</sup> *Marmorek* per rectum. Április 1.-én érzéketlen és normális. Április 3.-án a térd és ujj újból kellemetlenkedni kezd. Ezen a napon és április 7.-én még egy *Marmorek*-beöntés 5 cm<sup>3</sup>-nyi adagban, a melyre fejfájás, gyomor- és látászavarok jelentkeznek 90 pulsus és 37,8 hőmérsék mellett. *Este megdagad a jobb kéz háti felülete*, a melynek bőre élénk vörös, beszűrődött és forró. Az izület nyomásra és mozgáskor érzékeny. Az ujj és térd nem reagált. A következő napon a tünetek visszafejlődtek. Április 17.-én, 10 nappal az utolsó injectio után, a bal 2. ujj 3. perce, április 18.-án a 3. ujj 1. perce hirtelen érzékeny lesz, megduzzad. A hőmérsék nem emelkedik. Április 25.-én serumadagolásra, Bier-féle pangásra és napfürdőkre a tünetek visszafejlődtek.

A Röntgen-felvétel csak a 3. ujj 1. perczében tud változást kimutatni: kölesnagyságú sötét pont látható ezen a helyen. Május 12.-éig 2—4 napi időközökben kap *Marmorek*-serumot, a melyet zavartalanul tűr.

Május 17.-én 5 napi szünet után 5 cm<sup>3</sup> *Marmorek*. Május 19.-én fájdalmas a jobb kéz 4., a bal kéz 2. és 4. uja, de legerősebben fájdalmas a bal 3. ujj első perce. Ezen helyeken typhusos urticaria. Minthogy a tünetek csak lassan mulnak, május 24.-étől 27.-éig naponként kap 5 cm<sup>3</sup> *Marmorek*-et. Az izületeken és csontokon keletkezett tünetek visszafejlődnek, az urticaria változatlan marad. 5 nap után, június 2.-án újból 5 cm<sup>3</sup> *Marmorek*-serum. Már egy óra múlva erős fájdalmak a jobb 4. ujjban, szédülés, fejfájás, látászavarok. Kedélybeli lehangoltság. Estére a tünetek fokozódnak és a február 20.-án keletkezett rohamhoz hasonló, de nem oly erős megbetegedés alakul ki 37,7 hőmérsék mellett.

Junius 3.-án még nagy a gyengeség, renyhe a gondolkozás és látászavarok vannak. A pulsus és a hőmérsék normális. Az ujj még érzékeny. A térdben egyáltalában nem volt zavar.

Egyes enyhe tünetek még hosszabb ideig megmaradtak. Gyógyulás.

Baer ezt a változatokban nem is oly túlságosan gazdag lefolyást és főleg az agyvelőtüneteket megmagyarázni törekszik. Az agyvelőtünetek okát abban leli, hogy a szervezet gümőkóros toxinokkal túlterhelődött. Azzal, hogy a szervezetet állítólag túlterhelő, az agyvelőtüneteket okozó gümőkóros toxinok eredete teljesen megmagyarázhatatlan, nem törődik. Nyilvánvaló, hogy a térd laesiojából nem szabadulhattak ki, és azok a toxinok, a melyek a térd reactiojakor kiszabadultak, nem okozhatták az agyvelőtüneteket már csak azért sem, mert a reactio a térdben később keletkezett, csak akkor kezdődött, a mikor az agyvelőtünetek már súlyosabb alakúvá fokozódtak volt. A második rohamban a tünetek egymásutánja inkább megengedné a toxinokkal való túlterhelésféle magyarázatot, de ekkor meg csak egyetlen egy csekélyke laesio reagált volt a Marmorek-féle serumra és ebből a csekélységből számot tevő gümőkórtoxinok ki nem szabadulhattak.

Baer felfogásával ezen a helyen bővebben foglalkozni nem akarok. Baer nem tud magyarul, cikkemet nem olvashatja.

Az egyedüli helyes magyarázata a lefolyásnak az, hogy a betegnek gümös laesioja volt az agyalapon, és a súlyos agyvelőtüneteket az okozta, hogy a Marmorek-serum adagolása következtében ezen laesión automatás reactio keletkezett. Később a térdben is visszahatás tünetei jelentkeztek és a további lefolyásban is elég számos addig rejtett gümös gócz lett a kiváltott reactio alapján érzékelhető.

A pompás kórtörténetet azért is közöltem, mert az automatásan keletkező lokális visszahatást jobban feltüntető példát képzelnem sem lehet.

A míg a szervezetben gümőkóros toxinok keringenek, helybeli reactio nincsen; a Marmorek-féle serum a szervezet méregtelenítését végezi, a mi a lázgörbe súlyosodásában, az opsoninok indexének emelkedésében jut kifejezésre. A mikor ez a feladat befejeződött, a normális hőmérsék beállott, az opsoninok indexe pedig a maximumot elérte, a Marmorek-serum antitoxinjai hozzáfértek a gümőkóros laesiókhoz. Első sorban azokhoz, a melyek eltokolatlanul hozzáférhetők voltak. Ilyenek az agyalapon és a térdben léteztek. Később a rejtett, az eltokolt góczokhoz is hozzáfértek az antitoxinok és abban a sorrendben, a hogy hozzáfértek, ott is reactiók fejlődtek. Eme későbbi reactiók egyike-másika nem esik össze a Marmorek-serum adagolásával. Ez nem is szükséges. A szervezet is produkál antitoxinokat. Ha egyszer hozzáférhető az ilyen eltokolt gócz, a fertőztelenítése a gócznak minden Marmorek-serum adagolása nélkül is bekövetkezik. Hiszen a fertőzés létesülése óta a szervezetnek, de a gümőkórbacillustól közvetlenül megtámadott szöveteknek az erőviszonyai is megváltoztak. A fertőzés létesülésekor a szervezet, vagy ezekben az esetekben pontosabban megjelölve, a gümöbaccilusoktól megtámadott szövetelemek védelmi berendezései csak arra voltak képesek, hogy a nyugalmukat zavaró gümőkórbacillustokat betokolják, de nem voltak elég erősek arra, hogy elpusztítsák őket. A szervezet megerősödésével a különböző helyeken eltokolt gümőkórbacillustokat elzáró kötőszöveti tok felszívódott, és kisebb-nagyobb reactio mellett a harez véglegesen befejeződött.

Legközelebbi előadásomkor érzékeltetni fogom a Marmorek-serum hatása következtében a gümőkóros laesiók helyén keletkező szöveti elváltozásokat. Addig csak arra óhajtok utalni, hogy az általam adott magyarázattal az összes körjelenségek megmagyarázhatók és így teljesen megérthetővé válnak. Mann (1906. 9), Stadelmann (1906. 4), Krokiewicz (1907. 8), Elsaesser (1907. 19), Bock (1907. 15), Meyer A. (1907. 2), a Marmorek előadásához fűződött discussioban) balsikerei így már érthetővé és természetessé válnak, mint a hogy érthetővé válik az is, hogy míg egyes észlelők rossz eredményeket kaptak, mások jelentőségteljes sikerekről tudtak beszámolni.

De nem az a fontos, hogy a homlokegyenest ellenkező vélemények megérthetővé válnak, hanem az, hogy magyarázatommal a Marmorek-serum helyes alkalmazásához szükséges directívák meg vannak adva.

(Folytatása következik.)

## Az orr és az orrgarat bántalmainak összefüggése a szembajokkal.<sup>1</sup>

Irta: Ónodi A. dr., cz. egyet. ny. rk. tanár.

(Vége.)

Nem kevesebb mint kilencz műtéti eljárással rendelkezünk az iköböl megnyitását illetőleg; ezek között az iköböl elülső falának szabaddá tétele a hátulsó rostasejtek megnyitásával karöltve jár, kivéven azon eseteket, a melyekben a hátulsó rostasejt etageszerűen az iköböl felett van elhelyezve. Az elülső iköböl mint műtévesi terület egy szabad nasális és egy fedett ethmoidális részből áll.

Hajek mérései szerint az egész elülső iköböl szélessége 10 és 18 mm. között, a pars nasalis szélessége 2.5 és 7 mm. között, a pars ethmoidalis szélessége 6 és 10 mm. között ingadozott. Ónodi mérései szerint az egész elülső iköböl szélessége 8 és 28 mm. között, a pars nasalis szélessége 2 és 14 mm. között, a pars ethmoidalis szélessége 1 és 18 mm. között változott. Kedvező alakviszonyok, látható ostium sphenoidale, a pars nasalis nagyobb kiterjedése mellett a direct endonasalis széles megnyitás kivihető. A meglevő látászavarok manifest genyedésekben vagy rejtett elváltozások gyanúja esetén megkívánják a középső orrkagyló előzetes resectioja után a hátulsó rostasejtek megnyitását és az elülső iköböl szabaddá tételét. Azon tény, hogy mindkét üregrendszerből a látóideg sérülése kiindulhat, ezen eljárást kívánatosá teszi, annyival inkább, mert mint látni fogjuk, olyan kedvezőtlen alakviszonyok létezhetnek, melyek az endonasalis gyógykezelés elé szinte leküzdhetetlen akadályokat gördíthetnek. A hátulsó rostasejt etageszerű elhelyezése esetén az orrkagylók resectioja a szükséges tájékozást megadja mindkét üreg elkülönített megnyitására. Azon tény, hogy a canalis opticus a nevezett üregekkel közös falat alkothat és hogy a canalis opticus gyakran ezen üregekben szabadon halad, különös óvatosságot követel a felső és oldalsó üregfalat illetőleg az üreg kikaparásakor, hogy a látóidegnek meszterisége sérülése elkerülhető legyen. Ezen alkalommal azon kedvezőtlen alakviszonyokra kell utalnunk, melyek nehezen vagy alig vonhatók be az endonasalis gyógybeavatkozások területébe. Vizsgálataink alapján megemlítjük a hátulsó rostasejt és az iköböl rendkívüli kiterjedését. A hátulsó rostasejt a középvonalon túl kiterjeszkedhetik az ellenoldali látóideg területébe, épen úgy a kis íkszárnyban, körülvevő a canalis opticum, a sella turcica felét alkothatja és a fissura orbitalis superiorig és a foramen rotundumig terjedhet. Az iköböl épen úgy elérheti az ellenoldali látóideg területét, előre elérheti a Highmor-üreg és a bulla ethmoidalis területét és velük közös válaszfalat alkothat. Az iköböl az orrsövény felett 15 mm.-nyire az ostium sphenoidale felől előre terjeszkedhetik, továbbá mélyen fekvő recessusai lehetnek a fossa pterygopalatinában és a clivuson. Ezen kedvezőtlen alakviszonyokra rámutattunk, hogy adott esetben a rejtett elváltozások eltávolítása eszközölhető és nehéz szövödmények bekövetkezése elkerülhető legyen.

A mi az újabb sebészi eljárásokat illeti, csak röviden kívánjuk azon beavatkozásokat említeni, melyek a koponyaüregi genyfelhalmozódásokat és daganatokat eltávolítani célozzák. Így Goris egy 11 éves fiún, kinek látása  $\frac{1}{6}$ -dal esőkkent és a kibén a rostasejtek és az iköböl empyemája volt jelen, endonasális megnyitást végzett és a koponyaüregbe is behatolt. Ezen beavatkozásra az endonasális beavatkozások után támadó meningeális jelenségek bírták. Gyanuja volt a koponyaüreg alapján, a chiasma területében, tályogra, az iköbölbántalom következménye gyanánt. A szemüregen át a foramen opticumig hatolt, eltávolította a rostasejteket és a foramen opticum felső és oldalsó falát és gazeesikot vezetett a chiasma alá. A geny kiürülése után a tünetek mind megszűntek, a látóideg épnek találtatott. A műtét utáni ötödik napon a gyermek agyhártyagyulladásban meghalt. A mi a sinus cavernosus és a sella turcica területét illeti, Luc bonezolástani vizsgálatok alapján a nasális utat a Highmor-üregben és az iköblön át ajánlotta. Hasonlóképen készítményeken mutatta be Brawn, hogy a sinus cavernosus alatt, a sinus cavernosusnak a koponyaalapról felemelésével a hypophysishoz lehet jutni. A mi a hypophysis daganatait illeti, azokat Horsley

a koponyaüreg trepanatiojával oldalt távolította el, *Schloffer*, *Eiselsberg* és *Loewe* nasális úton az orr felhajításával és az iköböl szabaddá tételével. *Krause* a chiasma helyén golyót távolított el trepanatioval a szemüreg felett extradurálisán. Ajánlja ezen utat és módot a hypophysis daganatainak és tömlőinek eltávolítására. *Borchardt* ezen eljárást készítményeken intradurálisán dolgozta ki. *Loewe* azonkívül az iköböl mélyen fekvő recessusainak feltárására saját eljárását, az orr felhajítását és az iköböl szabaddá tételét ajánlotta. A hypophysis, a chiasma, a sinus cavernosus területe a carotis internával és az idegtörzsekkel természetesen veszedelmes, mert fennáll a nevezett képletek megsértésének, a liquorelfolyásnak, az agyhártyagyuladásnak a veszélye. Csupán rá akartunk mutatni ezen nagyérdékű törekvésekre, melyek nem minden kilátás nélkül az elülső és a középső koponyaárkot a sebészi beavatkozások körébe bevonnak czélozzák.

A mi a javalatok megállapítását illeti, orrgyógyászati szempontból röviden szólhatunk. Ha tekintetbe is kell vennünk, hogy a hátsó melléküregek heveny genyede, valamint a heveny neuritis retrobulbaris spontan vagy egyszerű kezelésre gyógyulhat, mégsem szabad késni látászavar és pozitív nasális lelet esetén a megfelelő beavatkozásokkal. Fényes gyógyeredményeket tudunk felmutatni csekélyebb és súlyosabb látászavarokban a korai beavatkozásokkal és az empyemák megszüntetésével. Másrészt, sajnos, aránylag sok esetet ismerünk, a melyekben a betegek elhanyagolása és egyes esetekben az elkésett beavatkozások a látóképesség megszűnését vonták maguk után. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy néha a megfelelő sebészi beavatkozás a neuritis retrobulbaris kedvezőtlen lefolyását nem tudta megakadályozni. Olyan esetekben, a melyekben a szemésznek más támaszpontja nincsen, mint a hátsó üregek megbetegedésének a gyanúja, relativ vagy absolut centrális scotoma eseteiben, a látóképesség különböző lefokozásakor, a látótér szűkülétek, amblyopia, amaurosis eseteiben, helyén van a hátsó melléküregek megnyitását mérlegelni és végezni, mert ilyen módon negativ orrlelet mellett is gyógyulás állhat be. Így találtak rejtett genyőzőcokat, vizenyösen duzzadt, polypszerűen elfajult üregnyálkahártyát, néha azonban semminemű elváltozás sem volt. A látóképességet megtartani törekvés megengedi a rejtett góczok felkeresését, negativ lelet és eredmény esetében pedig legalább baj nélkül mulasztás nem történt.

A konzervatív endonasalis gyógykezelés a neuritis optica gyúgyulását eredményezte, az iköböl kutaszolása állítólag oculomotorius-paresist szüntett meg; hogy ezen esetekben nem következett volna-e be spontan gyógyulás, természetesen nehéz eldönteni. Az álláspont, a melyet általánosságban fenn kell tartanunk, megkivánja látászavarok eseteiben a hátsó melléküregek endonasalis széles megnyitását. Ha a szem részéről szövödményekkel, vagy thrombophlebitis, koponyaüri vagy agyvelői szövödmény lehetőségével avagy már jeleivel állunk szemben, a megfelelő külső sebészi beavatkozások minden habozás nélkül megejtendők a rostasejtek és iköböl empyemáiban, vagy a Highmor-üreg és a homloküreg egyidejű megbetegedéseiben. A szemüregtartalom és az elülső melléküregek megbetegedéseivel járó szövödményekről a correferens szólt. Mi csak röviden jegyezzük meg, hogy a Highmor-üreg egyidejű megbetegedésekor, ez utóbbi a fossa caninán át, s a hátsó melléküregek endonasalis szélesen megnyithatók, vagy kedvezőtlen alakviszonyok mellett az orrsövény erős elgörbülése esetén a hátsó melléküregek a megnyitott Highmor-üregen át kitaríthatók. A homloküregek egyidejű megbetegedésekor a hátsó melléküregek a megnyitott homloküregen át megnyithatók. Súlyos jelenségek fennforgásakor, a mikor a hátsó rostasejtek széles megnyitása eredményre nem vezetett, a mikor mélyen fekvő recessusok vagy rejtett elváltozások vehetők fel az iköbölben, az orr felhajítása és az iköböl szabaddá tétele van helyén. Végezetül a chiasma, a látóidegek koponyaüri részletei, a hypophysis és a sinus cavernosus is a sebészi beavatkozások körébe vonhatók.

A mi az orrüreg daganatait illeti, azokat már többször érintettük. Világos, hogy azok a vérkeringési zavarok, a közvetlen nyomás, továbbá a többnyire kombinált melléküreggenyedések útján látászavarokat és vakságot okozhatnak. A látóideg közvetlen sérüléseivel kívül az orbitális és a koponyaüri szövödmények is kimenetelükkel ismeretesek. Csak azt óhajtjuk megjegyezni, hogy *Birch-Hirschfeld*

mint fontos klinikai tünetet a centrális scotoma korai kimutatását hangsúlyozza a hátsó melléküregek területében fészkelő daganatok körjelzésében. *Berger* szerint a látótér szűkülete jellegző az iköböl daganataira, kezdetben temporális, később concentricus szűkülés áll be és a központ hosszabbban ép marad. *Bull* állítja, hogy ha a vakság a látótér temporális oldalán kezdődik, a macula ép marad és egyidejűleg daganat képződik az orrüregben, az iköböl daganatával van dolgunk. *Birch-Hirschfeld* absolut centrális scotomát és a papillomaculáris köteg izolált elfajulását találta; magyarázata a nyomás által okozott gyűjtőeres pangáson és a vulnerabilis papillomaculáris köteg toxikus hatásán alapul. Esetünkben a szöveti vizsgálat tárgult gyűjtőerek mellett a látóideg épségét mutatta. *Ponfick* esetében, melyben a daganat a látóideget körülvette, ez szabad szemmel épen mutatkozott, épen úgy *Schmidt-Rimpler* is észlelt esetet, melyben az egész ikesont teste sarkomás volt, a látóidegek épek voltak, ellenben az oculomotorius, trochlearis és abducens részben kóros volt. Kézenfekvő dolog, hogy az orrüreg és a melléküregek elsődleges vagy másodlagos daganatai a látóideg és a szemidegek területét elérhetik és közvetlenül sérthetik. A nyomás helye és foka szerint a központi és környéki látótér különböző fokban kiesése támadhat. A jövő vizsgálatok fogják kimutatni, hogy a papillomaculáris köteg fokozott vulnerabilitása szerepet játszik-e és hogy a centrális scotoma korai kimutatása mint klinikai tünet értékesíthető-e. A daganatok jó- vagy rosszindulatúsága, helyzete és kiterjedése szerint irányul a javaslat megállapítása eltávolításukat illetőleg akár endonasalis akár külső sebészi úton.

Szemtünetek és pangásos papilla a koponyaüri és agyvelői szövödményekben szintén előfordulnak. Csak röviden akarjuk megjegyezni, hogy a pangásos papilla nagyon vitatott kérdés, jelenlétét, mint agytünetet, többször megállapították és egyszersmind a körjelzés megerősítéséhez és a sikeres beavatkozásokhoz hozzájárult. Diagnostikai értékesítése mellett azonban hangsúlyozandó, hogy a pangásos papilla kiterjedt agydaganat és agytályog eseteiben hiányozhatik is.

A mi az orrgaratüreg megbetegedéseit illeti, a látászavarokai illetőleg nincsen sok mondanivalónk. Az orrgaratüreg daganatát látászavarokat okozhatnak vérkeringési zavarok és direct nyomás folytán. Ismeretesek azon esetek, a melyekben a daganatok az orrgaratüregből a hátsó melléküregekbe, a látóidegek, a chiasma területébe terjedtek és a látóidegeket és a szemideget sértették. Azonkívül az orrgaratüreg megbetegedéseit szembajokkal és koponyaüri szövödményekkel is összefüggésbe hozták. Vérér- és nyirokpályák megengedik a vérkeringési zavar, valamint a koponyaüreg felé a fertőzés lehetőségének felvételét. Még megemlítendő, hogy makacs conjunctivitis és keratitis tisztán az orrgaratüreg kezelésére meggyógyult, továbbá *Hönigshofer* adenoid vegetatiók eltávolítása után a neuritis optica eltűnését észlelte.

Még csak néhány szót a paraffinkezelésnek káros következményeiről, melyek úgy látászavarokban, mint paraffinomák keletkezésében nyilvánultak. A meleg paraffin alkalmazása ozaena eseteiben submucosus befeeskenések alakjában és a nyeregorrban bőr alá feeskenések alakjában phlebitist, thrombosist, emboliát okozott. Az oldott paraffin a nyomás folytán a szövetrésekbe, nyirokpályákba és vérerekbe juthat. Egyes esetekben a vena ophthalmica thrombosisát és az arteria centralis retinae emboliáját észlelték. Az említett szövödmények a hideg paraffin alkalmazásával könnyen elkerülhetők.

Az elülső melléküregbántalmakat, az orrhurut folytán keletkező látászavarokat, továbbá a könnykészülék és a szemüregtartalom megbetegedéseit a correferens tárgyalta.

\* \* \*

Törekedtem vizsgálataim és észleleteim, valamint a rendelkezésemre álló irodalom alapján a szembajok és az általam tárgyalt orrbajok közötti okozatos összefüggés tanát megvilágítani azon reményben, hogy az orrgyógyászati és szemészeti együttes kutatások és pontos klinikai és kórbonecolástani észleletek ezen fontos tant sikerrel fogják felépíteni.

Közlés a budapesti kir. tudomány-egyetem I. sz. kórboncolástani intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal dr., udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár.)

### További adatok a cukorbetegségben található pankreaselváltozások ismeretéhez.

Irta: *Halász Aladár* dr.

(Vége.)

42. P. J. 24 éves asztalossegéd öröklésileg nem terhelt, luese nem volt, szeszes italokkal csak mérsékelten élt. 1906 májusától sokat szomjazik, gyakorta vizek, étvágya fokozott és napról napra bágyadtabbnak, gyengébbnek érzi magát. Vizelete világos szalmasárga, savi, fajsúlya 1031—1038, napi mennyisége 3000—8000 cm<sup>3</sup> között ingadozó és cukortartalma 3—5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; acetont és diacetont bőven tartalmaz. Diatára nem volt fogható. Pár heti klinikai észlelés után eszméletét veszítette és coma tünetei között 1906 július 30.-án meghalt.

*Bonczolati jegyzőkönyvi* (155/362. sz. 1906) *adatok*: Atrophia simplex pankreatis. Diabetes mellitus. A hasnyálmirigy vékony, lebenykéi aprók, állománya szívós. Súlya 40 gm. A máj közep-nagy, elég tömött, lebenykerajzolata kissé elmosódott.

*Egyéb eltérések*: Enteritis catarrhalis partis inferioris intestinalis et recti. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatitis et renum. Bronchopneumonia putrida apicis pulm. sin. magnit. ovi columbae. Thymus persistens (mintegy gyermektenyéni nagyságú), atrophia universalis.

*Szövet-tani vizsgálat*: A hasnyálmirigy parenchymája helylyel-közzel kissé sorvadt, sejtjei plasmazegények. Kötőszövetes váza megszorodva nincs. Néhol az acinusok határai kisebb-nagyobb, rendszerint kerek ovális alakú területen elmosódottak s plasmazegény sejtjeik sok helyütt kettős sorokba rendezett magvaikkal, de jól felismerhető sokszögletű sejtjeikkel teljesen szigetre emlékeztető képet nyújtanak.

Hogy azonban mégsem állunk szigettel szemben, azt egyfelől az ereződés hiánya, másfelől a (centrális helyzetű) magoknak a szomszédos parenchyma magvaival azonos nagysága igazolja. Szembetűnő a centroacinaer sejtek nagy száma. A kivezető csövek hámja ép.

A szigetek száma mérsékelt, átlagos nagyságuk 220 × 160 μ, de akár 300—380 μ nagyságúak is láthatók, hámjuk ép, sejtjeik részben lymphocyta, részint epitheltypusú sejtek.

Hasnyálmirigy-részlet	Készítmény	A metszet nagysága mm <sup>2</sup> -ekben	A szigetek száma	100 mm <sup>2</sup> területre hány szigetet esik?	Jegyzet
Caput p. ....	1	180	16	7-8	
	2	170	9		
	3	170	18		
	4	180	12		
Corpus p. ....	1	200	15	7-4	
	2	170	10		
	3	170	12		
	4	170	16		
Cauda p. ....	1	200	10	6-9	
	2	180	15		
	3	190	18		
	4	180	6		

K. J. 18 éves, római katolikus cipészsegédnek 1906 szeptembere óta vannak cukorbetegségre valló panaszai. Öröklésileg nem terhelt, luese sem volt.

Felvételekor (1907 április) a szembetűnően lesoványodott egyén vizelete világos szalmasárga, savi, fajsúlya 1040, cukortartalma 7-7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, úgy az acetont, mint a diacetont élénken adja. A klinikán tartózkodása közben fokozatosan elvonatott tőle minden szénhidrát. Vizelete ez idő alatt 6300—10,700 cm<sup>3</sup> között ingadozott, cukortartalma 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ra csökkent. 1907 július 15.-én coma tünetei között elhalt.

*Bonczolati jegyzőkönyvi adatok* (131/207 1907): Diabetes mellitus. Coma diabeticum. Atrophia simplex pankreatis. Lipaemia maximi gradus. Infiltratio alba textus cellulosi subpleuralis mediastinalis anterioris et posterioris subpericardialisque.

A mellhártyán és szívburkon mindenütt tüszúrás-lenesényi sötétvörös vérömlések, azonkívül krajezar-, de akár gyermektenyéni tejfehérszerű területek láthatók, melyeknek megfelelőleg bemetszve, a kötőszövetből mindenütt sűrű tejfehér folyadék szívárog ki. A szív közep-nagy, ürterében szürkésvörös folyadék és néhány sötétvörös alvadék mellett több rendetlen alakú, mogoró-, egész gyermekököl nagyságú, malékony tejfehér alvadék található. A szív izomzata közepvastag, metszslapján, nemkülönb az endocardium alatt is tüszúrás-, egész kendermagnagyságú, éles határú fakófehér csomók látszanak, melyek közül a nagyobbak kissé elődomborodnak s tömött tapintatúak s itt-ott mintegy 1/2 mm.-es, vérezen beszűrődött udvarral vannak körülveve.

A bal tüdő összelohadt, puha, szívastapintatú, mellhártyája sima, fénylő, alatta néhány köles-kendermagnyi tömött fehér szemese és ugyanesak a mellhártya alatt a tüdő hilusában s a belső felszínen 1—2 cm. széles, élesen elhatárolt, itt-ott esipkézett szélű tejfehér beszűrődés van, mely alig 1—2 mm. vastag. A jobb tüdő a balhoz hasonló. A mediastinalis kötőszövet fehéren beszűrődött, hasonlóképen a gerincoszlop előtti kötőszövet is. Bemetszésekor e területekből tejfehér folyadék ürül.

A hasnyálmirigy szövete igen laza, lebenykéi aprók, állománya elég szívós, vérszegény, súlya 50.0 gm.

*Egyéb eltérések*: Hyperplasia et infiltratio adiposa hepatitis, renum et cordis.

*Górcsövi vizsgálat*: A hasnyálmirigy parenchymája sok helyütt rosszul festődik, mérsékelten sorvadt, néhol laza kötőszövet (zsir-szövet) által pótoltt. A mirigylebenykék kicsinyek, a sejtek plasmája helyenként gyér, a sejtmagvak azonban hólyagosak.

A szigetek száma kevés, alakjuk kerek ovális, néhol szabálytalan; általában igen kicsinyek s alig 1—2 sejtsorból állanak, epithel jellegű sejtjeik helyenként duzzadtak, a sejtmagvak sötétre festődnek ugyan, alakjuk azonban szabályos. Az átlagos szigetnagyság 80 × 65 μ, de elvétve ennél jóval nagyobb szigeteket is láthatni.

A hasnyálmirigy kötőszöve szembetűnően megszorodva nincs. Az erek vérrrel mérsékelten teltek, faluk ép.

Hasnyálmirigy-részlet	Készítmény	A metszet nagysága mm <sup>2</sup> -ekben	A szigetek száma	100 mm <sup>2</sup> területre hány szigetet esik?	Jegyzet
Caput p. ....	1	370	17	4	
	2	350	12		
Corpus p. ....	1	300	6	1-6	
	2	300	4		
Cauda p. ....	1	160	9	7	
	2	160	12		

44. K.-né P. M 54 éves nőbeteg kórlefolásának adatai ismeretlenek, csak annyit sikerült róla megtudnom, hogy diabeteses gangraena pedis-sel vették fel a fővárosi kórházak egyik sebészeti osztályára.

*Bonczolati jegyzőkönyv*: Diabetes mellitus. Atrophia medialis gradus pankreatis. (A hasnyálmirigy súlya 80 gm., a máj 1670 gm.)

*Egyéb eltérések*: Amputatio femoris dextri in trimidio inf. per gangraena indicata subsequente phlegmonosi textus cellularis subcut. in vicinitate vulneris operationis, inde thrombophlebitis purulenta venae femoralis dextrae.

*Górcsövi vizsgálat*: A hasnyálmirigy szövete helylyel-közzel mérsékelten sorvadt, sejtjei plasmazegények, kötőszöve általában csak kevésbé, a mirigy farki részletében azonban szembetűnően megszorodott. A parenchymában itt-ott apróbb vérszegés góczok láthatók, másutt a mirigyacinusok sejtjei megduzzadtak, plasmájuk egynemű homogen, magvak részint eltűnt, részint zsugorodott. A kivezető csövek hámhéla ép. A nagyobb erek fala ép, a hajszálerek egynemű fala megduzzadt, ürtere szűkült.





A szigetek jó része ép; alakjuk kerek, ovális, azonban főleg a mirigy farki részletéből származó metszeteken igen sok kóros sziget is látható, sejtjeik duzzadtak, plasmájuk egynemű, hyalinos, a sejtmagvak zsugorodottak. Az átlagos sziget nagysága  $180 \times 200 \mu$ .

Hasnyálmirigy-részlet	Készítmény	A metszet nagysága mm <sup>2</sup> -ekben	A szigetek száma	100 mm <sup>2</sup> -területre hány sziget esik?	Jegyzet
Caput p. ....	1	200	24	13	Csaknem mind ép
	2	200	21		
	3	180	40		
	4	180	28		
Corpus p. ....	1	225	48	13	A szigetek 20 %-a kóros
	2	225	28		
	3	190	18		
	4	190	20		
Cauda p. ....	1	120	64	37	50 %-a kóros
	2	125	79		
	3	160	43		
	4	160	27		

\* \* \*

A fentebbiekben ismertetett legutóbbi 14 eset közül 7 a fiatalkori (16—32 éven alól) diabetes-esetek csoportjába tartozik s a baj  $1/2$ —3 évi fennállás után vezetett halálhoz; 2 esetben a halál coma tünetei között állott be, a többi alkalommal kimerülés volt a halálok. A másik 7 esetben 43—64 éves egyéneken  $1 1/2$ —12 évi fennállás után — 2 alkalommal comával — végződött halálosan a diabetes.

Öröklött terheltég egy alkalommal, előző lues egy alkalommal sem volt a körelőzmények figyelembe vétele alapján megállapítható s ámbár azon néprétegben, melyből az én cukorbetegeim kerültek, minden további kérdés nélkül bátran felvehetők az alkohollal való visszaélést, a szokványos szeszivást csak egy beteg ismerte be.

A diabeteshez társuló szövödményes bántalmak sorában 6 esetben szerepel a tüdőgümőkór, 1 esetben a tüdőüszök, s szokatlanul gyakran — 3 alkalommal — az idült vesegyulladás: az idült veselob alapoka a diabetesével közös volt, a mennyiben mindkét esetben az apróbb ereken súlyos arteriosclerosis elváltozás volt kimutatható. Egy esetben pyelonephritist, egy alkalommal genyes mellhártya- és szívburokgyuladást találtunk és végül kétszer az alsó végtag üszkösödése társult az alapbántalomhoz.

Klinikai szempontból ezen utóbbi esetek különösebb érdekességgel nem bírnak. Jó részük nem is volt pontosan észlelve; a pontosabban észlelt 5 eset mindegyike valóban súlyos diabetes volt s diaetával csak annyiban volt befolyásolható, hogy a vizelet cukortartalma valamennyire esökkent.

Kórbonezolástani szempontból a hasnyálmirigy állapota érdekel bennünket: a legesekélyebb súlyú pankreas 23.0 gm.-os volt, egy 51 éves diabeteses hasnyálmirigye; a legnagyobb súlyú — 105.0 grammos — ugyancsak egy idős, 64 éves egyén elzsírosodott pankreasa volt. Másikülben a 7 fiatalkorú cukorbetegtől származó hasnyálmirigyek átlagos súlya 30—50 gm. s egy alkalommal 75.0 gm. volt.

A hasnyálmirigy parenchymája három fiatal egyéntől származó esetben, esekélyebb sorvadásos részletektől eltekintve, csaknem teljesen ép volt; a többi alkalommal kisebb-nagyobb mértékben sorvadtnak találtam. Ezen sorvadás kisebb-nagyobb fokú kötőszövetes elkérgesedés kíséretében, illetve annak következménye gyanánt 3 esetben jelentkezett.

A hasnyálmirigy elhjasodását négy alkalommal láttam; egy idős diabeteses beteg (XXXV. sz.) hasnyálmirigyének lipomatosisa igen nagyfokú volt, a többi három esetben (XXXI., XLI. és XLII. sz. eset) jobbadán ugyancsak idős egyénekben mérsékelt volt.

A mi a szigeteket illeti, azok legutóbbi diabetes eseteimben egy kivételével (XXXV. sz.) minden alkalommal könnyen feltalálhatóak voltak, számuk azonban, főképen néhány fiatalkori diabetes-esetben (XXXI., XXXIV., XL., XLI—XLIII. sz.), feltűnően esekély volt, átlag 3—7 sziget esett 100 mm<sup>2</sup> területre.

Teljesen ép szigeteket ép parenchyma mellett a XXXII., XXXIII., XXXVII., XLII. sz. esetben találtam: *valamennyi fiatalkorú cukorbeteg volt.*

A szigetek sorvadása aránylag ép vagy sorvadtnak parenchyma mellett a XXXVIII., XL., XLIII. és XLIV. sz. esetben látható, szigetsclerosis kötőszövetes burjánzást mutató parenchyma kíséretében a XXXI., XXXIV. és XLI. sz. esetben találtam.

A szigetek colloidos illetve hyalinos elfajulását ezen utóbbi 14 diabetes-eset közül egy alkalommal aránylag ép parenchyma mellett, máskor mérsékelt sorvadás illetve kötőszövetes elkérgesedés kíséretében, összesen 4 esetben (XXXI., XXXIV., XXXVI. és XLIV. szám) észleltem s ezen esetekben kivétel nélkül főképen az apróbb és a hajszálereken hyalinos elfajulás volt kimutatható.

Hasonló érelváltozást ugyancsak idős egyénekben a már említett eseteken kívül még a XXXV. és XXXIX. számúban is találtam. A kivezető csövekben köképződést és a csövek tönkretartását két alkalommal (XXXVI. és XLI. sz.) észleltem.

Ezen 14 utóbbi eset vizsgálatának adatait könnyebb áttekinthetőség kedvéért a mellékelt táblázatba foglaltam össze.

\* \* \*

Vizsgálataim egészben véve megerősítik a második ezirányú dolgozatomban mondottakat, tudniillik hogy a fiatalkori diabetes mellett található pankreaselváltozások az esetek többségében a baj magyarázatát nem adják s úgy a kórbonezolástani, mint a szövétani kép inkább azt látszik bizonyítani, hogy *veleszületett szervi hiánnyal állunk szemben.*

Ezzel ellentétben idős egyénekben súlyos bonczolástani elváltozásokkal jár a diabetes s a pankreaselváltozások s így a cukorbetegség okát igen gyakran az apróbb erek megbetegedésében találjuk meg. Igaz, hogy diabetes mellett a szigetek bántalmazottsága az esetek nagy többségében nem egyedül álló s csaknem minden esetben kóros a pankreas parenchymája is, tagadhatatlan azonban, hogy a szigetek megbetegedése praevaleál. A mi a szigeteknek a parenchymából való újdonszövődését illeti, legalább kóros viszonyok között (diabetes) valószínűnek kell tartanom. *Egyebekben mindenben fenntartom előbbeni dolgozataimban tett állításaimat s ismétlések kikerülése végett második ez irányú dolgozatomban (O. H. 1905) összefoglalására utalok.*

Végül hálával adózom Genersich Antal dr. tanár ő méltóságának az anyag átengedéséért és böles tanácsaiért, melyekkel támogatni kegyes volt.

## IRODALOM-SEMLE.

### Könyvismertetés.

Brüning H.: *Geschichte der Methodik der künstlichen Säuglingsernährung.* Stuttgart, 1908.

A gyermekorvostan historiai könyvlajstroma legújabbán a fenti című, 132 oldalas munkával gazdagodott. A mű, mely orvos-tudományi alapon, művészet és művelődéstörténeti kutatások nyomán készült és esinos kiállításban jelent meg, Soltmannak, a lipesei egyetem tanárának van ajánlva. A szöveg között 78, valóban szebbnél szebb ábra van, melyek részben olajfestmények, szobrok, domborművek reproductioi, részben szopóüvegek, csészék fényképei illetve rajzai. A munka két fejezetre oszlik, melyek elsejében a szerző a görög és római archeologiai emlékek, majd Poussin, Rubens stb. festményeinek ábrázolásával eléuk állítja azt a kort, melyben nagy mértékben volt elterjedve a csecsemőknek közvetlen az állati emlőn való táplálása (kecske, tehén, szamar, sőt kutya). 1775-ből reánk maradt írás a mellett bizonyít, hogy a mesterséges táplálásnak ezen módját már orvosok ajánlották. Ugyancsak ezen fejezet végén számol be a szerző azon kísérletekről, melyeket csecsemőknek közvetlen a kecske emlőjére helyezésével Lipésében személyesen végzett, de a nem nagyon kielégítő eredmények miatt rövidesen abbahagyott. A második fejezet azon eszközöket tárgyalja, melyek segítségével a mesterséges táplálás a legrégebb időktől kezdve napjainkig végbement, úgymint szopókák, kanalak, csészék, kancsók, üvegek és végre a tulajdonképeni szopóedények. Mindezen eszközök,

részint régi festmények reproductioi révén, részint a régi korból reánk maradt edények, kancsók, stb. fényképei révén kerülnek bemutatásra. A szöveg helyenként felvilágosítást ad arról is, hogy miből állott az a táplálék, melyet a csecsemőknek a XV. századtól kezdve (a szerző szerint a mesterséges táplálás a XV. századdal veszi kezdetét) a felsorolt edényekben nyújtottak, e szerint tehén- vagy kecsketej, továbbá tej, tojás és liszt keverékéből készült pép, olvasztott vaj és méz volt a tápszer, melylyel a csecsemőt némely népnél a szó szoros értelmében tömték; nagy szerepet játszott a csecsemőtáplálásban az alkohol, melyet vagy bor, vagy sör alakjában nyújtottak már a második hónapban. Jóllehet a mesterséges táplálék minőségére, de különösen mennyiségére vonatkozólag vajmi kevés adatot találunk Brüning művében, a könyvnek mégis nem csekély az értéke orvosi szempontból is és tekintve a munka befejezéséhez esatolt kimerítő irodalmat, szorgos tanulmányról tesz tanuságot.

Péteri dr.

**Gehirn und Gesittung.** Von Franz Tuzcek (Marburg). Verlag N. G. Elwert. Marburg, 1907. 24 lap. Ára 50 fillér.

Tuzcek a marburgi egyetem rektori tisztének átvételekor tartott beszédét adja közre. Ebben főleg azzal foglalkozik, hogy az agyvelő a nevelés segítségével rendezi, tompítja az indulatok és ösztönök káros kitérőseit és így az általános erkölcsiséget javítja. Tuzcek azt reméli, hogy az emberiségnek folytonos tanulása közben mindig több és több latens szellemi képesség fog rendelkezésre állani a következő nemzedékekben és végül arra figyelmeztet, hogy a mit alkotunk, nem a saját érdemünk. Az agyvelőt a szüleinktől örököltük, kutatásaink pedig elődeink munkáján alapszanak.

Kollarits Jenő dr.

**Uj könyvek.** E. Blumenbach: Zur Hygiene der Schuljugend im Elternhause. Riga, Jonek und Poliewsky. 2 m. — R. Tigerstedt: Handbuch der physiologischen Methodik. I. Bd. 2. Abt. Leipzig, S. Hirzel. 7.50 m. — M. Kauffmann: Beiträge zur Pathologie des Stoffwechsels bei Psychosen. I. Teil: Die progressive Paralyse. Jena, G. Fischer. 6 m. — K. Kleist: Untersuchungen zur Kenntniss der psychomotorischen Bewegungsstörungen bei Geisteskranken. Leipzig, W. Klinkhardt. 4.50 m. — Lenhartz und Ruppel: Der moderne Krankenhausbau vom hygienischen und wirtschaftlich-technischen Standpunkte. Braunschweig, F. Vieweg und Sohn. 2.40 m. — R. Oestreich: Grundriss der allgemeinen Symptomatologie. Berlin, A. Hirschwald. 6 m. — M. Rubner: Das Problem der Lebensdauer und seine Beziehungen zu Wachstum und Ernährung. München, R. Oldenburg. 5 m. — Hoffa und Wollenberg: Arthritis deformans und sogenannter chronischer Gelenkrheumatismus. Stuttgart, F. Enke. 12 m. — A. Tobeytz: Differentialdiagnose der Anfangsstadien der acuten Exantheme. Stuttgart, F. Enke. 2.80 m. — H. Strasser: Lehrbuch der Muskel- und Gelenkmechanik. I. Allgemeiner Teil. Berlin, J. Springer. 7 m.

## Lapszemle.

### Belorvostan.

**A Karell-kúra jelentőségéről súlyos vérkeringés-zavarokban** ír Jacob, a ki tapasztalatait Lenhartz tanár osztályán szerezte. A szóban forgó kúrát, a melyet Karell orosz udvari orvos négy évtized előtt ajánlott, Németországban (s úgy látszik másutt is) ma már alig ismerik, noha igen jó eredmények érhetők el vele pangástünetekkel járó szívbajokban, sőt súlyos decompensatio eseteiben is. Az ágyban nyugodtan fekvő beteg naponként négyszer (8, 12, 4 és 8 órakor) 200—200 cm<sup>3</sup> forralt vagy nyers, izlésének megfelelő hőmérsékű tejet kap. Más folyadék vagy étel az első 5—7 napon tilos. A további 2—6 napon a tejen kívül d. e. 10 órakor egy, később két tojást, délután 6 órakor pedig kevés kétszer sültet szabad elfogyasztani a betegnek. Később kevés kenyéret, vagdalt húst, főzeléket vagy tejes rizst is kap, úgy hogy körülbelül 12 nappal a kúra megkezdése után áttérhetni a teljes vegyes kosztra, a folyadék mennyiségének azonban még 2—4 hétig nem szabad meghaladni a napi 800 cm<sup>3</sup>-t. Fontos az egész kúra idején rendes székelésről gondoskodni. A folyadékbevitel ezen erős megszorítása többnyire csak az első 3 napon okoz kellemetlenséget. A kúra eredményességének előfeltétele az, hogy a szívizom még rendelkezék bizonyos fokú alkalmazkodáserővel. A veseparenchymának is még némileg működésképesnek kell lennie. A hatásmód lényege az, hogy a szívnek munkáját a minimumra szorítjuk. Eredmény-

képen a diuresis tetemesen fokozódik, az eleinte szabálytalan, kicsiny, inaequalis érverés szabályossá és erőteljessé válik, a decompensatio jelenségei eltűnnek, a subjectív állapot javul, a nehézlégzés, a szorongás érzése, az étvágytalanság megszűnik, úgy hogy a betegek, a kik az éjjeleket is heteken át karosszékekben ülve voltak kénytelenek tölteni, a kúrának sokszor már a 3. napján nyugodtan tudnak feküdni és morphium nélkül is aludni. Több olyan esetet látott a szerző, a melyben a digitalis is már hatástalannak bizonyult; ilyenkor beszüntette a digitalis használatát és Karell-kúrát kezdett, mire csakhamar javulás állott be. Egyébként néha a Karell-kúrával egy időben digitalist is adhatunk, ha a szív állapota megkívánja.

Végül nagyon jó eredménnyel használható a Karell-kúra olyan esetekben, a melyekben túlságosan bő táplálkozás következtében másodlagos szivgyengeséggel állunk szemben s a szívnek gyors tehermentesítése kívánatos. Ilyenkor tehát a Karell-kúra a soványító kúra előkészítője és támogatója gyanánt szerepel. Ezekben az esetekben az első 6—8 napi szigorú kúra után nem térünk át lassanként a teljes vegyes kosztra, hanem húsból, zöld főzelékből, 120—150 gramm fekete kenyérből és alig édesített főtt gyümölcsből álló diatétát rendelünk és legfeljebb 800—1000 gramm folyadékot engedünk meg. Bőséges és rendes székelésről keserűvízzel, karlsbadi sóval vagy apentával gondoskodunk s nagy súlyt helyezünk eleinte a massage-ra és a passiv mozgásra, később a rendszeresen fokozott járkálásra és tornászásra a szívizomzat erősítése czéljából.

Végül még azt mondja a szerző, hogy azon esetekben, a melyekben a Karell-kúra eredménytelen maradt, a bonczolás azt mutatta, hogy a szívizomzat annyira elfajult volt, hogy semmiképen sem jöhetett többé működésképes állapotba; ennek megfelelően a kúra eredménytelenségéből rossz prognosist állapíthatunk meg. Némely esetben, a melyben a hasbéli vérkeringés zavarai, a májmegnagyobbodás és az ascites állanak az előtérben, az egyébként eredményes Karell-kúra után esetleg még visszamaradt pangás-jelenségek calomellel eltüntethetők. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 16. és 17. szám.)

**Tojásfehérjével szemben való idiosyncrasia** érdekes esetét ismerteti Landmann, nürnbergi orvos. A jelenleg 35 éves férfi csecsemőkorától fogva idiosyncrasiás a tojásfehérjével szemben, még pedig oly mértékben, hogy a tojásfehérjének már nyomai is igen erős reactiót létesítenek, a mennyiben a bőrön eldörzsölve kifejezett urticaria, lenyelve pedig szinte ijesztő fokú mérgezés támad. Ismeretes, hogy újabban a puro-„húsnedv“-ről kiderült, hogy nem húsnedv, hanem jórészt tojásfehérjéből áll, továbbá húskivonatból. Érdekesnek ígérkezett tehát, hogy a szóban forgó idiosyncrasiás egyén hogyan viselkedik a puro-„húsnedv“-vel szemben. Körülbelül borsónagyságnak megfelelő mennyiségű purót téve a nyelvére, már 1/4—1/2 perc múlva sajátos égető érzés alapján megismerte, hogy tojásfehérje van a puroban; csakhamar megduzzadt a nyelv, a torok és a garat, nyálfolys, könnyezés állott be, majd hányás, erős hasmenés, a nyelven kis fekélyek képződtek, egyszóval ugyanaz a súlyos kórkép fejlődött, a melyet tojásfehérje után mások is észleltek rajta. Az autosuggestio a szerző szerint kizárható. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 20. szám.)

### Sebészet.

**Neuralgiák kezelése injectiós therapiával.** E. Schlesinger (Berlin) a neuralgiás állapotok gyógykezelését akként kísérlette meg, hogy a fagypontra lehűtött physiologiás konyhasóoldatból injeciált az érzékeny területbe. Ezen czélból úgy járt el, hogy a physiologiás konyhasóval megtöltött vékonyfalú edényt jégsó és szalmiák keverékébe tette. Már néhány perc múlva a konyhasóoldat hőfoka elérte így a 0 fokot. A befeeszkendezést Lange módszere szerint eszközölte: lehetővé vékony kanülön át feeszkendezte be a lehűtött konyhasóoldatot, először felületesen, majd a folyadéknek állandó és lassú bevitelével mellett mind mélyebben az idegkörül szövetekbe. Az eljárás végeredményét illetőleg Schlesinger 42 ischias-esetről számol be. Acut ischias eseteiben egyszeri befeeszkendezéssel is gyógyulást ért el, az esetek 60%-ában azonban az injectiókat meg kellett ismételnie. Idült ischiasban az esetek túlnyomó számában egy befeeszkendezés is elégséges volt. Schlesinger jéghideg injectiós therapiáját sikerrel alkalmazta még neuralgia supraorbitalis, neuralgia inter-

costalis, coccygodynia, valamint tabeses betegek övtáji fájdalmi ellen is. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908. 6. sz.)

Gergő dr.

**A differentialis leukocytaszámlálás értékéről az appendicitis diagnostikájában** ír *A. H. Noehren*. 72 esetben végzett vérvizsgálat kapcsán azon következtetésre jut, hogy a leukocytosis foka, valamint a leukocytosis foka és a polynucleáris leukocyták száma közti aránytalanság nem elég megbízható adat a közvetlen műtéti indicatio felállítására. A polynucleáris leukocyták percentuatioja adja a legjobb felvilágosítást. 90% vagy ezen felüli polynucleáris leukocytá súlyos folyamatra vall, mely azonnali műtétet indikál, míg 78% és azon alól enyhe megbetegedésre mutat vagy legalább is olyanra, hogy a további fejleményeket nyugodtan lehet bevárni. A 60 esetében talált viszonyokat a következő táblázat mutatja:

Kórforma	A polynucleáris leukocyták százalékszám				
	90 en felül	90-85	80-85	75-80	75-en alul
Diffus peritonitis	3	6	2	—	—
Tovaterjedő peritonitis	1	—	1	—	—
Gangraena	3	2	3	2	—
Lokalizált intraappendiculáris lob	1	5	2	5	4
Eltokolt tályog	—	6	4	6	4
Összesen	8	19	12	13	8

(E táblázat mutatja, hogy erre a diagnostikai jelre sem lehet nagy bizalommal építeni; 2 gangraena 75—80% polynucleáris leukocytá mellett. Azonfelül a gyakorlatban az aránylag kis százalékdifferenciák mellett a pontos becslés nehéz lehet és kevésbé gyakorlott vizsgáló bizonyára igen könnyen tévedhet. Ugy, hogy e jel neki csak ceteris paribus lehet s akkor is csak limitált értéke. Ref.) (Annals of surgery 1908. február.)

Pólya dr.

**Banti-féle betegség miatt végzett splenectomiáról** ír *Torrance*. 35 esetet állított össze az irodalomból, egyet maga operált. E 36 esetből 9 halt meg (25%). *Lőtt seb miatt végzett sikeres splenectomiáról* számol be *Fiske*, míg *Bogast* betege, egy 8 éves leányka, a kin elgázolás után támadt *léruptura* miatt történt a splenectomia, meghalt, bár előzőleg *Crile* transfúziót végzett rajta, a beteg anyjából direct ömlesztvén át a vért. Érdekes a *Mary Almira Smith* által közölt, *léprák* miatt végzett splenectomiaeset, melyben a műtét közvetlenül sikerrel járt ugyan, de 7 hó múlva peritoneális carcinoma miatt beállott a halál. A lépbeli sarkoma metastasisos volt, a kiindulási pontot tevő kétoldali malignus cystadenoma proliferum ovarii 10 évvel előbb lön eltávolítva. (Annals of surgery, 1908 január.)

Pólya dr.

### Gyermekorvostan.

**Myatonia congenita** esetét közli *Simonini*. *Oppenheim* néhány évvel ezelőtt írta le 5 eset kapcsán azon kórképet, melyhez a szerző esete tartozik. Az egészséges szülők gyermekei rendszerint született; a magzatmozgások csupán a terhesség utolsó két hónapjában voltak érezhetőek. A szülés rendszerint lefolyású volt. Közvetlen a szülés után feltűnt, hogy az újszülött lábait s kezeit nem mozgattja, a feje pedig azon helyzetben marad, a melybe juttatják. A szemmozgások, a szopómozgások, a mimika, a nyelés, a székürítés és a vizelés azonban épek voltak. A rendszeres meleg fürdőzés, a massage, a villamozás hatástalan maradván, a beteget 10 hónapos korában a szerzőhöz hozták. A csecsemő hossza akkor 64 cm., testsúlya 8700 gm. volt. Vizsgálatkor a szív és a tüdő épnek bizonyult, a rhachitisnek és luesnek nyoma sem volt. A fej emelései saját súlyánál fogva visszahanyatlak. A végtag ízületei külsőleg normálisak, azonban semmiféle activ mozgás sem váltható ki; a végtagok emelései semmiféle ellenállás sem érezhető s elboacsátásukkor élettelenül hanyatlanak vissza. Fájdalmasság az izü-

letben nincs. A mély reflexek közül csupán a has-, a vesicális és rectális reflexek megtartottak, a többi nem váltható ki. A szellemi fejlettség a kornak megfelelő. Erős villamos árammal a felső végtag izmaiban s a tarkóizmokban mérsékelt rángások válthatók ki. *Oppenheim* után *Vierordt*, *Maggie*, *Bauduin*, *Spiller* és *Smith* írt le eseteket, a melyeknek közös főjellemvonása a végtagok s a tarkó izmainak veleszületett laza hűdése. A mi a bántalom okát illeti, a nézetek eltérők. *Oppenheim* az izomfejlődés visszamaradottságát tételezi fel; *Bernhardt* neuritisnek tartja a bajt; *Bauduin* esete bonczolásra került; a bonczolásleletből kiemelendő a gerinczvelő elülső szarvainak visszamaradt fejlődése, az idegekben myelinképződés, az izomrostokban a sarcoplasma nodulusainak megszorodása s végre a thyreoidea s thymus sclerosisa. *Berti* és *Cattaneo* az izomtonust fenntartó belső secretio hiányában keresi az okot s ezen nézetet néhány állaton végzett thymuskiirtás eredménye is támogatja. (Rivista di clinica pediatrica, 1907. 10. sz.)

Faludi Géza dr.

**Vörheny eseteiben a vérnyomást** vizsgálta *Nobécourt* és *Tizier*. 33 gyermekben végzett vizsgálatuk mutatta, hogy a vérnyomás a betegség kezdetétől körülbelül a 16. napig az esetek többségében esökken, ritkábban marad ugyanazon magaslapon s csak kivételesen emelkedik. A 16. nap után leggyakrabban emelkedik, egyes esetekben változatlanul marad. Nem vették észre, hogy a különböző diatáknak (tejes, sóban dús, sótalán), a betegség klinikai alakjának, a kisebb fokú fehérjevizelésnek s a különböző szövődményeknek befolyása volna a vérnyomásra. (Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1908 márczius 17.)

Flesch dr.

### Venereás bántalmak.

**A syphilis tanának és therapiájának mai állásáról** tartott előadást *M. Oppenheim* (Wien). A syphilis pathológiájában a legnagyobb haladás a lefolyt négy esztendőben történt. Az ezen időre eső óriási haladás első sorban *Metschnikoff* és *Roux*, valamint *Schaudinn* nevéhez fűződik. Az előbbi buvároknak érdeme, hogy kimutatták a syphilisnek majmokra való átolthatóságát, az utóbbinak pedig óriási horderejű fölfedezése a spirochaeta pallidának syphilis szövetekben való kimutatása volt. Ezek, valamint későbbi vizsgálatok kiderítették, hogy a syphilis nem kizárólagosan emberi betegség, és hogy azt a *Schaudinn*-féle spirochaeta okozza. Az állatkísérletekből megtudtuk azt is, hogy a syphilis iránt legfogékonyabbak az emberszabású majmok (simpansz, orang, gibbon), ezek rendszerint incubációs idő után (általában 30 nap) typosos primaer nyilvánulást kapnak, a mit csakhamar mirigyduzzanatok és ú. n. secundaer tünetek követnek. A többi, alacsonyabb rendű majom nem oly fogékony a syphilis oltások iránt, s ha az oltás pozitív irányban sikerül is, másodlagos tünetek nem támadnak. Az utóbbi majomfajtákon az oltás csak bizonyos testrészekben sikerül (szemöldök, genitális tájék). *Neisser* vizsgálataiból azt is tudjuk, hogy a syphilissel oltott alacsonyrendű majmok habár nem mutatnak általános bőrbeli tüneteket, a lépben, esontvelőben, herében és nyirokcsomókban mégis rejtenek vírus. E szervekkel ugyanis pozitív oltások végezhetőek emberszabású majmokra. Érdekesek azok a kísérletek, melyek arra irányultak, hogy legyöngíthető-e a syphilis virus állatpassage segítségével. *Neisser*, *Finger* és *Landsteiner* inkább az ellenkezőt veszi fel. *Metschnikoff* azonban kísérleti úton arra következtet, hogy a virus csakugyan gyengül, ha több individuumon viszzük át. Bizonyos, hogy e kérdés, mely egy esetleg használható oltóanyagra vezethet, ma még egyáltalában nincsen megoldva. Érdekes *Bertarelli*-nek fölfedezése, mely szerint házinyulak elülső szemcsarnokában is végezhetőek sikeres syphilis oltások. Ezekkel keratitis parenchymatosa és irispapulák létesíthetőek. A syphilis generalizálása az állat egyéb szerveiben azonban nem történik. Nagy horderejűek azon vizsgálatok is, melyek megállapították, hogy az összes lueses termékek alkalmasak a fertőzésre. *Finger* és *Landsteiner* kimutatta, hogy a gummából vett anyaggal is végezhető majmokon pozitív oltás. A vérnek és spermának fertőző képessége ugyancsak megállapított. Nem sikerült azonban majmokon primaer nyilvánulást létrehozni tejnek, vizeletnek, nyálnak, verejtéknek és serumnak oltásával. Tekintve azt, hogy az összes lueses nyilvánulások fertőzőnek bizonyultak, bizonyos, hogy valamennyien a syphilis kórokozójának direct hatása alatt keletkeznek. Számos szerzőnek vizsgálata révén ki-

derült az is, hogy a *spirochaeta pallida* a lues egyedüli kórokozójának tekintendő. Másol, mint syphilitikus szövetben ez a *spirochaeta*-faj nem található. Jelenléte tehát mindig pozitív irányban bizonyító. Kimutatása fölkereszt készítményben legjobban a *Giemsa*-féle oldattal történik. Szövetben, illetőleg metszetben való kimutatására a leghasználhatóbb eljárás a *Levaditi*-féle ezüstös impraegnatiós methodus. A syphilitikus tünetek súlyos volta nem függ a *spirochaeta*-táknak nagy számától, hanem első sorban a szervezetnek a *spirochaeta*-tákkal szemben való reakciójától. Gummákban, lues maligna nyilvánulásaiban aránylag igen csekély számmal találhatók a *spirochaeta*-táknak. Morphológiájuk még nincsen teljesen földerítve. Míg *Metschnikoff* inkább a baktériumok közé sorolja a *spirochaeta*-tákat, addig *Schaudinn* és utána a legtöbb vizsgáló határozottan a protozoonokhoz tartozónak tekintette azokat. A *spirochaeta*-táknak tenyésztése mind máig még nem sikerült. Érdekesekek azok az újabb adatok is, melyek a syphilitikus immunitási viszonyaira vetnek világosságot. *Neisser*, *Finger* és *Landsteiner* kísérletei bizonyítják, hogy a szervezet még akkor is fogékony a syphilitikus újraoltás iránt, ha a primaer nyilvánulás már jelentkezik, abszolút immunitás ilyenkor tehát még nincsen. A második infectio vírusának generalizálása mindig azt bizonyítja, hogy hiányzik nemcsak az immunitás, hanem a régi első infectionnak vírusa is. Lehetséges azonban syphilitikus egyéneken lokális superinfectiót létrehozni. Az oltási eredmény három tényezőtől függ: az immunitás állapotától, a bevitt vírus mennyiségétől és a szövetnek túlérzékenységtől. A syphilitikus egyén szervezetében az immunitás az idők folyamán egyre növekszik, a mivel szemben a vírus mennyisége állandóan fogy. Túlérzékenység a szövetek részéről a vírussal szemben már eleve fennállhat (*syphilitic ulcerosa* és *maligna praecox*), vagy idővel fejlődik ki (gummák). Sokat haladt a syphilitikus diagnosztikája is. Míg azelőtt csak a klinikai megjelenés és a therapia segítségével lehetett a diagnosztikát megállapítani, addig ma már egyéb vizsgálómódozok is szolgálnak a lues kórisméjének felállítására. A *spirochaeta pallida*-nak kimutatása, a gyanús szöveteknek majmokra való pozitív átolthatósága ma már szintén szerepel a diagnosztikában. Mindkettő azonban negatív eredményre vezethet és vezet gyakran az ú. n. tertiær tünetek alkalmával, főleg a betegség latens szakában. Hyenkor alkalmasint a serologiai diagnosztika fog biztos felvilágosítást adni, ha a methodus használatában és megbízhatóságában a nézetek megállapodásra jutnak. Az eddigi eredmények e tekintetben már is nagy jövőt jósolnak a serodiagnosztikának. Sokat ígérnek azon praeventiv eljárások is, melyek a lueses infectio megtörténtével a betegség elhárítására irányulnak. *Metschnikoff* és *Roux* kísérletei legalább a mellett szólnak, hogy a lueses inoculatio hatástalan marad, ha az oltás után néhány órával 30 %-os calomelos lanolinnal a fertőzött területet bekenjük. A korai exeresis változó eredménnyel jár. Néha már 8—14 órával a fertőzés után hatástalan a kimetszés, máskor napok mulva is jó eredményre vezet. Mindenesetre azonban alkalomadtán ajánlatos eljárásnak mondható. A korai kimetszés kombinálható korai kénesőkúrával is, minthogy kiderült, hogy a *spirochaeta*-táknak már az első általános eruptio előtt (6 héttel post infect.) a vérben keringenek. A korai kezelésnek különösen *Thalmann* a hirdetője. Ismeretes, hogy újabban az atoxyl is használatos a lues ellenében. Kétségtelen, hogy főleg igen nagy adagokban néha feltűnő jó eredményre vezethet az atoxyl-os kezelés, de az is tapasztalati tény, hogy könnyen súlyos intoxicatiókra adhat alkalmat. Általános használatra az ilyen kúra még egyáltalában nem ajánlatos. Végeredményben tehát még mindig a régi kénesőre és a jodra vagyunk utalva, ha sikeres antilueses kezelést akarunk igénybe venni. A kénesőkúrával pedig különösen hatásosan úgy tudunk a syphilitikus ellen küzdeni, ha több éven át bizonyos megszakításokkal alkalmazzuk. Az újabb adatok is bizonyítják, hogy a tüneti kezelés nem elegendő, hanem szükséges az ú. n. idült intermittáló kénesős kezelés. (Medizinische Klinik, 1908. 6. sz.) *Guszman.*

### Fizikai gyógyításmódozok.

A légváltoztatásról azt írja *Parkes Weber*, hogy legjobban és leggyorsabban az olyan fiatal vagy középkorú egyéneknek szellemi túleröltetéstől származó beteges állapotait mulasztja el, a kiknek baja még nem mutat fel degeneratív elváltozásokat. Az egyszerű légváltoztatás vagy nyaralás tehát csak azon esetekben elegendő

az egészség helyreállítására, a melyekben a beteges állapot nem ered kezdődő tüdőgümőkörtől, functionális vagy szervi idegbajtól, kezdődő és azért nehezen felismerhető elmebajtól, avagy iszákosságtól. Ha ezen vagy hozzájuk hasonló bántalmak ki vannak zárva, az említett beteges állapot gyógyulására nem is valami fontos az, hogy minők azon hely klimás viszonyai, a hová a beteget küldeni akarjuk. Mert az ilyeneknek gyógyulását főképpen a következő, a légváltoztatással együttjáró három tényező segíti elő: 1. hogy az illető nyaralóhelyen több időt tölt a szabadban, 2. hogy izmai többet működnek és 3. hogy a beteg szokott életmódjától eltér, a mi lelki életére kedvező befolyással van.

Annak, a ki szellemi túleröltetéstől betegedett meg, főpanaszai rendszeren: fejfájás, étvágytalanság, rendetlen alvás, hiányzó munkakedv, különféle ideges fájdalmak s többnyire dyspepsiás természetű kellemetlenségek. Mindezen tünetek keletkezését főképpen azzal magyarázza, hogy a vérkeringés az ilyen betegek gyomrában és beleinek nyálkahártyájában pang. A fokozott izommunka fokozza a légzésmozgásokat, a rekesz és a hasizmok erősebb összehúzódásai pedig úgy hatnak a hasban levő szervekre, mint a rendszeres massage. Ezenfelül a test összes izmainak fokozott működése anyagcserejüket is javítja, még pedig nemcsak az összehúzódásukhoz szükséges mértékben, hanem azon túl is. Pedig a szerző nézete szerint az, hogy valaki az egészsége tekintetében jól érezze magát, nagyrészt izomrendszerének egészségi állapotától függ és ezen kedvező állapot csak akkor van meg, ha izmainkat kellő mértékben gyakoroljuk.

Mivel az említett betegek állapotára az izomműködésen kívül psychés tényezők is hatással vannak, azért egészségüknek helyreállítására az egyszerű sétákat rendszeres lakóhelyükön vagy az izomgyakorlást súlyzókkal vagy szobakészülékekkel nem tartja elegendőnek. Erre a célra olyan izommunkát ajánl, a mely az illetőket szórakoztatja és a melyet szívesen végeznek, tehát: sétát vagy hegy-mászást olyan vidéken, a hol a természet szépségeiben gyönyörködni lehet, vagy szórakoztató sportot vagy játékot, mint pl. a lapdázás különféle nemeit, az úszást, evezést, vadászatot, kerékpározást, lovaglást stb. Tehát azon hely kijelölése alkalmával, a hová a szellemi túleröltetéstől eredő beteges állapotban szenvedőket küldjük, első sorban nem azon hely klimája irányadó, hanem az, vajjon van-e betegünknek ott alkalma arra, hogy az előbb felsorolt, szabadban való szórakozásnak azon neki megengedhető módjait gyakorolja, a melyekhez kedve van. (Zeitschrift f. Balneologie, 1908. 1. sz.) *Lenkei V. D. dr.*

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**Tabes** eseteiben *Peritz* biztató eredményű kísérleteket végzett lecithinnel. Anyagcserevizsgálatai alkalmával azt találta, hogy tabes eseteiben sok lecithin távozik a bélsárral, normális viszonyok között pedig nincsen lecithin a bélsárban. Lecithint fecskendezve tabesések izomzatába, a bélsár lecithintartalma feltűnően esökken. A szerző ezt úgy magyarázza, hogy a lues-toxinnak (a melynek szerepe a tabes keletkezésében nagyon valószínű) nagy affinitása van a lecithinhez, úgy hogy a táplálékkal felvett lecithint megkötvén a lues-toxin, nem használható fel az agy- és idegrendszeranyagcsereiben, hanem, mint minden lipoidanyag, az epe illetve bél által kiválasztatik. Ha azonban külön fecskendezünk be lecithint, a toxin telítésén felül még elég lecithin marad, hogy a phosphorsavanyagsere rendszeren mehessen végbe. A szerző naponként vagy kétnaponként 2 gramm lecithint fecskendez az izomzatba, s 14—18 befeckendezés után rövidebb-hosszabb ( $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  év) szünetet tart. A steril olajos lecithinoldat ampullákban készen kapható. (Berliner klinische Wochenschrift, 1908. 2. szám.)

**Oldódni nem akaró kruppos tüdőgyulladás** két esetben *Krusinger* feltűnő jó eredménnyel használta a fibrolysin. Az egyik eset felnőtte vonatkozik, a kin a krízis után 4 héttel még semmi jele sem mutatkozott az oldódásnak, s az ekkor megkezdett fibrolysin-befecskendezésre (2 naponként egy ampulla) úgyszólván rögtön javulás, 8 befeckendezésre pedig gyógyulás következett be. A másik eset 8 éves gyermekre vonatkozik, a kin a krízis után 14 nappal kezdtek meg a fibrolysin befeckendezését (1—2 napos időközökben  $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{2}$  ampullányit, összesen 6-szor); ebben az esetben is feltűnő gyors volt a javulás. (Münchener med. Wochenschrift, 1908. 14. szám.)

### Viszonzás Friedrich Vilmos dr. válaszára.

Készséggel veszem tudomásul Friedrich kartárs azon nyilatkozatát, mely szerint a nekem tulajdonított kijelentése tévedés. Ha felszólalása az ülés naplójában helytelenül lett visszaadva, arról igazán nem tehetek.

Friedrich kartárs nyilatkozatának azon újabb kijelentését, mintha helyreigazító cikkemmel bármilyen érdemet kívántam volna reklamálni, el kell hárítanom magamtól. Ilyen sem azon időbeli felolvasásomból, sem multkori szavaimból nem olvasható ki. Ennyit az ügy befejezéséül.

Petz Lajos dr.

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1908. 21. szám. *Fellettár Emil*: Unguentum hydrargyri cinereum bedörzsölése után beállott elhalálozás esete. *Singer Henrik*: Két új műszer.

**Orvosok lapja**, 1908. 21. szám. *Tafner Vidor*: A vér haemoglobintartalmának meghatározása.

**Budapesti orvosi újság**, 1908. 21. szám. *Tuskai Ödön*: Biológiai kísérletek moorfürdővel. „Közegészségügyi és törvényszéki orvostudományi szemle“ melléklet, 2. szám. *Detre László*: A szénaláz az immunitás-tan világításában. *Lantos Emil*: Az anyaság és a csecsemő védelme. *Angermayer Károly*: A modern városrendezés egészségügyi alapjairól.

### Vegyes hírek.

**Kinevezés.** *Kovács János* dr.-t a belügyminister a marosvásárhelyi állami kórházhoz másodorvossá nevezte ki. — A pécsi állami gyermek menedékhelynél a másodorvosi teendők ideiglenes ellátásával a belügyminister *Bontlovics Izabella* szigorlóorvost bízta meg. — *Turchányi László* dr.-t Nyitra vármegye tiszteletbeli főorvosává nevezték ki.

**Választás.** *Fenyves Albert* dr.-t Munkács város tisztí főorvosává választották.

**Salgó Jakab** dr. egyetemi magántanár lakását V., Mária-Valéria-utca 14. szám alá helyezte át.

A községi közegészségügyi szolgálatról szóló törvényjavaslatot a belügyminister e hó 26-án terjesztette a képviselőház elé. A javaslat 11. és 12. szakasza szerint az összes községi és körorvosokat az államkincstár fizeti s a községi és körorvos legkisebb évi fizetése 1600 korona. A javaslatot legközelebb behatóan ismertetjük.

**Magyarország szemorvosainak egyesülete** június 6-án és 7-én tartja IV. közgyűlését a budapesti egyetem szemklinikájának tantermében. A referáló előadásán kívül (*Hoór Károly*: A keratitis parenchymatosa) számos előadás és bemutató van a napirenden.

**Röntgen-cursust** tartanak június 1-étől 6-áig a budapesti egyetem bőrkórtani intézetében. Bővebb felvilágosítást nyújt *Kollarits Béla* dr. (VIII., Üllői-út 26.)

Az **algyógyi munkás-sanatoriumot** e hó 24-én nyitották meg. A sanatorium, melyet a magyar államvasutak gépgyári munkásai számára építettek másfél millió korona költséggel, 120 tudóbajost tud befogadni.

**Hazai fürdők forgalma.** *Lipik-fürdőt* május 21-éig 562 vendég kereste fel. — *Póstyénben* május 23-áig 2347 vendég tartózkodott.

**Törvényszéki orvosi képesítés.** A Budapesten és Kolozsvárt legutóbb tartott törvényszéki orvosi vizsgán a következőket képesítették: *Gyulay Elemér* dr., Budapest; *Kiss Ödön* dr., Budapest; *Könzlei Gerő* dr., Hátszeg; *Zsakó István* dr., Kolozsvár.

A **budapesti önkéntes mentő-egyesület** április havában 800 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 652 szállítását végzett, 82 esetben mint mozgóórság szerepelt és 15-ször vaklárma miatt vonult ki. Az április havi működési főösszeg tehát 1549.

A **budapesti poliklinikán** április hónapban 3709 új beteg jelentkezett; a rendeléseknek összes száma 10.785 volt.

A **kolozsvári önkéntes mentő-egyesület** április hónapban 185 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 20 betegszállítást végzett, 50 esetben mint mozgóórság szerepelt és 6 esetben téves jelentés folytán vonult ki. Az április havi működési főösszeg tehát 261.

A **szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentő-osztálya** április havában összesen 93 esetben teljesített szolgálatot.

**Meghaltak.** *J. R. Crook*, a belorvostan tanára a new-yorki Post-graduate Medical School-on. — *F. Fowke*, a British Medical Association főtitkára, Londonban május 19-én 69 éves korában.

**Kiseb hírek külföldről.** *A. Czempin* dr.-t Berlinben a tanári címmel tüntették ki. — *V. Grazi* dr.-t Pisában az oto-rhino-laryngologia és *E. Perroncito* dr.-t Turinban a parasitologia rendkívüli tanárává nevezték ki. — *Toldt* dr., az anatomia tanára a bécsi egyetemen, a

nyári félév végén nyugalomba vonul. — A turini orvosi akadémia a 20.000 lírás Ribéri-díjat *Bosio* turini tanárnak ítélte oda azért a felfedezésért, hogy azokon az anyagokon, a melyek arzenikumot, tellurt vagy salént tartalmaznak, jellegzetes penészgomba fejlődik. A Bosio-féle penész-módszert az arzenikum kimutatására a laboratóriumokban már szeltében használják; állítólag érzékenyebb minden ismert chemiai reactionál. — *E. Lange* rendkívüli tanárt Münchenben, a ki a berlini orthopaediai tanszékre való meghívást nem fogadta el, czimzetes rendes tanárrá nevezték ki. — A müncheni egyetem élettani tanszékére *Frank O.* giesseni tanárt hívták meg.

A **rákbetegség tanulmányozására és leküzdésére** folyó hó 23-án Berlinben *nemzetközi rákszövetség alakult.* A díszülésem *Holle* porosz közoktatásügyi miniszter és *Stumpf*, a berlini egyetem rektora üdvözölte a szövetséget. Jelen voltak a külföldi és a német államok követségei. A magyar-osztrák nagykövetet *Flottow* miniszteri tanácsos képviselte. Előadásokat tartottak *Borrel* a párisi Pasteur-intézetből a rák okairól, *Dollinger* a magyar rákstatistika egynehány eredményéről, *Jensen* (Kopenhága) és *Podwysotzky* (Szt.-Pétervár) a rákelméletekről. A szövetség csak korlátolt számban vehet fel tagokat. Magyarország részéről dísztaggá *Vargha Gyula* dr.-t., az országos statisztikai hivatal igazgatóját választották meg.

A **III. nemzetközi elmebetegügy-congressust** október 7-étől 13-áig tartják Bécsben.

Jelen számunkhoz az **F. Hoffmann-La Roche & Cie.** cég „Protylin“ című prospectusa van mellékelve.

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

### Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Muzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javalatok: Idült gyomorbélatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúz, idegszabák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fényfürdővel), neurasthenia, bémulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgyömbüések.

**Justus Dr. bőrbajosokat** gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógmódok.

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

**IGLÓFÜRED.** Elsőrangú vízgyógyintézet gyógyfürdő Szepesmegyében fenyvesek közepén. Fekvésarnok, inhalatorium, szénsavas-, sós-, napfürdők, Villanyozás, Massage. Diätetikus konyha stb. Olcsó árak. Fürdőorvos: Dr. Groó Béla Budapestről.

**GIZELLA-TELEP FÜRDŐ,** modern vízgyógyintézet **megnyílt.**

posta VISEGRÁD (Pest m.) Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forrólég-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő, Villanyozás, massage. Hízoló és soványító kúrák. Remek fekvés. Pensio — fürdőhasználattal együtt — heti 60 koronától feljebb. Kívánatra prospektus.

**Orvosi laboratórium:** Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanárségéd. Andrassy-út 50 (Oktogon-tér), Telefon 26-96.

**Röntgenlaboratórium:** Tulajdonos: Dr. HUBER ALFRÉD a szt. István-kórház Röntgenlaboratóriumának vezetője. Budapest, VIII., József-körút 26. I. em.

**Dr. TAUSZ BÉLA** fürdőorvosi rendeléseit megkezdette. **KARLSBAD.** Marktstrasse „3 Mohren“

**Dr. Turán Bódog** május 1-től — október 1-ig Franzensbad („Prinz Wales“).

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

**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.

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

**Dr. WIDDER BERTALAN** operateur testegyensítő (orthopádia) intézete osont- és izületi (tuberculeotikus, angolkóros, rheumás, elgörbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19. Magyar-utca sarok. Rendel: délelőtt 11-12-ig, délután 3-5-ig. Szegényeknek díjlanul.

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

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM.** Budapesti kir. Orvosegyesület. (XVII. rendes tudományos ülés 1908 május 16.-án.) 381. l. — A német sebésztársaság XXXVII. congressusa. (Berlin, 1908. április 21–24.) 382. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 383. l.

**Budapesti kir. Orvosegyesület.**

(XVII. rendes tudományos ülés 1908 május 16.-án.)

Elnök: **Prochnov József.** Jegyző: **Verebély Tibor.****Vasdarab az irisben.**

**Fejér Gyula:** A szemteke és belső hártái különbözőkép viselkednek a szembe jutott idegen testekkel szemben; néha évekig eltokoltan fekszenek az irisben, az üvegtestben, a recze-hártában a nélkül, hogy gyuladást okoznának, a legtöbb esetben azonban magokkal viszik a fertőző csirát is, a mely a szem sorvadását vagy genyedését okozza; legkedvezőbb körülmény az, ha tüzes vasszilánk hatol a szemtekébe, mert ilyenkor a fertőzés veszélye majdnem biztosan ki van zárva.

Annak demonstrálása czéljából, hogy a szemteke vagy az iris milyen nagy vasdarabot rejthet magában a nélkül, hogy a beteg fájdalomról, rossz látásról, vagy gyuladással panaszokodnék, bemutatom ezen 15 éves vasmunkást, kinek bal szemébe hideg vas faragása közben április 28.-án vasszilánk ugrott. Anyja állítólag egy kis darabot kivett, egy hétig nagyon keveset látott, majd javult a látása és jelenleg  $\frac{5}{7}$ , közelben Csapodi V. sorozatát olvassa. A szemteke teljesen izgalommentes, spontan vagy érintésre nem fájdalmas, a szaruhártya kellő közepén gombostűfejnyi begyógyult heg van, az elülső csarnokban pedig egy 4 mm. hosszú, 1 mm. széles, sárgás színű, két végén kissé hegyes idegen test, mely az iris külső-alsó részletén fekszik, vele összenőtt, az iris pupilláris szélén mintegy lovagol és benyúlik a fekete pupillába. Az iris nemcsak az idegen testtel, hanem a lenese tokjával is összenőtt, a hof vastag synechia van. A lefésé, az üvegtest átlátszó, a szemfenék ép.

Az elülső csarnokban lévő idegen test mineműségéről a sideroskop segítségével győződünk meg, mely 5<sup>0</sup>-nyi kilengést mutatott, ha a szemet hozzá közelítettük; de magát az idegen testet is el lehet helyéről mozdítani, ha a Hirschberg-féle mágneses szondát az érzéketlenített szaruhártyára helyezem. Tervem az, hogy lándzsa segítségével kívül a limbuson kis sebet ejtek, a melyen keresztül a szondát bevezetem és a vasdarabot kihúdom. Ha ez nem sikerül, csipővel fogom eltávolítani.

**A subaqualis vizsgáló- és gyógyítómódookról a nőorvos-tanban.**

**Tuszkai Ödön:** A hasúri szervek kítapinthatósága a vízben rendkívül nagy. Az előadó 15 évvel ezelőtt észlelte ezt először, midőn szülónőnek a fájások serkentése czéljából fürdőt rendelt és abban megvizsgálta. Ezen idő óta úgy a szülészetben, mint nőorvosi vizsgálatok alkalmával sokszor alkalmazta e módszert, mely rendkívül érdekes és hasznos. A legtöbb esetben feleslegessé teszi a narcosisban való vizsgálatot és már ezért is nagyfontosságú. Vizsgálatait kádban fekvő nőknél végezte, a kádba körülbelül 30 cm. magas fapadot helyezett, mely a kád fenekének alakjával birt és egy nagyobb puhafa-éket a hát támasztására. A czombok mindenkor a legnagyobb flexioban voltak. Ezúton diagnostizálni tudta a terhesség igen korai szakát, a Hegar-tünetet, ép így az ikerterhességet, a méhen kívüli terhességet; daganatokat, melyeket terhes méhnek tartottak, a subaqualis vizsgálómóddal meg tudott állapítani. Lobos és nem lobos méhkörűli képleteket, laza falú kystomákat a medenczében, esetleg a vibrációs diagnostika segédesszközeivel, mobil és vándorvesét csak ezen úton lehet gyorsan és biztosan felismerni. A nemi szervek masszálása, a lobos fixált retroflexiók kiegyenlítése ezúton könnyen és alaposan végezhető. A vizsgálóasztalhoz erősített káddal e subaqualis vizsgálatot a rendelőszobában is végezhetni.

Az előadó részletesen ismerteti a methodikát és nagy jövőt jósol az eljárásnak.

**Összehasonlító fizikai és Röntgen-vizsgálatok tüdőtuberculosisban. A Calmette-féle ophthalmoreactióról Röntgen-vizsgálatokkal kapcsolatban.**

**Jacobi József:** Előbb a Röntgen-vizsgálat technikai részét ismerteti, kiemelve, hogy először a tüdőt egészben kell átvilágítani, azután a homályos részeket szűkebb diaphragma alkalmazásával behatóbban megvizsgálni. Az átvilágítás minden esetben legalább is két irányban: dorsoventrális és ventrodorsális irányban végzendő. A csúcsokat mindenkor szűkebb diaphragma mellett nézzük meg, miközben a Röntgen-eső fel- és letolásával keressük meg azon legalkalmasab beállítást, melyben a körülvevő esontok az észre legkevésbé hatnak zavaróan. A csúcsok átvilágításakor az összehasonlítás ép oly fontos, mint a fizikai vizsgálatkor, s ezért azokat mindig egyszerre állítsuk be. A két oldal összehasonlításakor különösen figyeljünk arra, hogy a fényernyőt párhuzamosan tartsuk a beteg frontális síkjával és a diaphragma rájárával. A hilus tájkát is helyes minden esetben behatóbban megvizsgálni az ott levő mirigyek miatt. Átvilágítás közben szólítsuk fel a beteget mély légvételekre, köhögésre, mivel csekély homályok ilyenkor néha feltisztulnak, s egyáltalában a kép sokszor kissé világosabbá válik.

Az átvilágítást annyiból részesíti előnyben a felvételekkel szemben, hogy súlyos betegeken is könnyen végezhető, a szervek működésükben láthatók, jóval kevesebb költséggel jár és gyorsan végezhető. A felvételeket csak igen csekély homály esetében tartja szükségesnek, mert ez a képen jobban észrevehető, mint a fényernyőn. Későbbi összehasonlítás czéljaira a photographia költségeinek megtakarítása czéljából ajánlja, hogy a fényernyőn talált árnyékokat a mellkas-sémába rajzoljuk bele. Kiemeli, hogy a talált árnyék tuberculosisra specifikusan nem jellegző, mivel mindazon bántalmak, a melyek a teljes éles kopogtatási hangot módosítani tudják, árnyékok hoznak létre, s a bántalom oktanára legfeljebb a homály helyéből vonhatunk némi következtetést, a diagnosis azonban mindenkor az összes tünetek alapján állapítandó meg. Felelmiti, hogy 4 esetében a hilus táján talált nagyobb árnyékok, míg a tüdőcsúcsok tiszták voltak, egynehány esetben pedig az egész tüdő foltos volt, bár a fizikai tünetek alig árultak el valamit.

Áttér ezek után eseteink részletesebb ismertetésére. Összesen 145 betegen végzett vizsgálatokat Terray tanár poliklinikai osztályán.

Az eseteket 6 csoportba osztja.

1. Tuberculosisra nem gyanusak.
2. Tuberculosisra gyanusak családi terheltség vagy vércöpés miatt fizikai eltérés nélkül.
3. Tuberculosisra gyanusak kopogtatási eltérés és szörtyözörek nélkül, érdekesebb vagy gyengült csúcsbeli légzés miatt.
- 4., 5., 6. I., II., III. stadiumbeli tüdőgümökórosak.

A Calmette-féle reactiót azért végezte a Röntgen-vizsgálattal kapcsolatosan, mivel ő is úgy találta, hogy az utóbbi sokszor mutat a tüdőben homályokat, a mikor a fizikai vizsgálat normális.

A tuberculosis korai diagnostizálása tekintetében a következőkben összegezi vizsgálatainak eredményeit:

Mindkét eljárás igen értékes a tuberculosis korai felismerésére, azonban egymagában egyikből sem vonható biztos következtetés; ha azonban a Röntgen-átvilágításakor homályt találunk a csúcsokban s a Calmette-reactio is positiv, minden egyéb tünet hiányában is ritkán tévedünk, ha tuberculosisist veszünk fel.

Csekély árnyékokat a csúcsokban igen óvatosan kell értékesíteni, mivel az egyik oldalon a váll izomzatának erősebb fejlettsége, továbbá megnagyobbodott supraclavicularis mirigyek, valamint igen keskeny bordaközök is adhatnak okot csekélyebb homályra, s ha ezen körülmények pontos vizsgálattal ki is zárhatók, még akkor sem szabad csekély árnyékból a tüdő megbetegedését biztosan

felvenni, hanem ismételt vizsgálattal kell meggyőződni, hogy nem technikai hibákból származott-e az.

Negatív irányban az eljárások nem értékesíthetők, a mennyiben 3 esetben a Röntgen-vizsgálat a tüdőben homályokat nem mutatott, s oltásra helyi reactio támadt. Hasonlóképpen negatív volt a Calmette-reactio 4 gyanus esetben, melyben a további vizsgálat tuberculosist derített ki. A Röntgen-átvilágítás nagy előnyének tekinti azon körülményt, hogy a talált árnyéknak a a diagnosisiban való értékesítése intenzitása és kiterjedése szerint igen jól mérlegelhető, míg a Calmette-reactio intenzitása ily mérlegelést nem enged meg.

Beszámol végül azon eseteiről, a melyekben kifejezett fizikai tünetek voltak.

Ezeknek mintegy 60%-ában a Röntgen-átvilágítás kevesebbet mutatott, mint a fizikai vizsgálat, az esetek nagy részében azonban nagyobb kiterjedésűnek találta az átvilágítással a bántalmat, mint a kopogtatással és hallgatódzással. Az I. és II. szakba tartozó esetekben fontosnak tartja az átvilágítást, főképen annak eldöntése czéljából, hogy alkalmas-e az illető sanatoriumi kezelésre vagy nem. Az I.—III. szakba tartozó eseteinek 53%-ában kapott pozitív Calmette-reactiót s pedig az I. szakbeliek 78%-a, a II. szakbeliek 56%-a és a III. szakbeliek 20%-a reagált. A reactiót prognostikai szempontjából értékesíthetőnek nem gondolja, s ezért biztos diagnosis mellett a szembeesepentést végezni — tekintettel a támadható szembetegségekre — helytelennek tartja.

*Ifj. Elischer Gyula:* A Korányi-klinikán végzett tüdőátvilágításokat Röntgennel az előírás szerint; sok esetben értékesíthetőnek tartja az eljárást. Az egyéni látástól függ, hogy árnyékokat látunk-e vagy nem, ezért megbízhatóbb a Röntgen-felvétel. (Demonstrál ilyen képeket.)

Az elváltozások minőségére (beszűrődés, meszes gócz, sajtos gócz) a képből nem lehet következtetni. Hasonlóképpen a negatív leletből sem. Nagyon értékes kiegészítő módszer, többet mutat mint a percussio, de kevesebbet mint az auscultatio, mert néha pozitív auscultatio mellett negatív Röntgen-képet kapunk.

*Stein Adolf:* A finom árnyalatokat átvilágítással nem lehet megállapítani, csak fotografálással. A mellkasi szervek átvilágítása czél-szerűbb, mint a fotografálás, mert a zsír, rekesz, tüdő folytonos mozgásban vannak; most azonban már rövid ideig tartó expositioval is lehet felvételeket végezni.

*Okolicsányi-Kuthy Dezső:* A Röntgen-kép mellett hangsúlyozza a fizikai vizsgálatok fontosságát, különösen azoknak finomabb módjait. Például a tüdőcsúcsban nemcsak a tompultságot, rövidültséget, hanem a finom dobos árnyalatokat és a tuberculinnal való ellenőrzést.

*Terray Pál:* Szintén a fizikai vizsgálatmódok fontosságát hangsúlyozza. Különös súlyt helyez arra, ha az egyik tüdőcsúcsban állandó a gyengült légzés. Grancher hívta fel a figyelmet arra, hogy a tüdőtuberculosis első szakában már állandó ez a tünet. Újabb francia szerzők, Besançon és mások ezt tagadásba veszik. Velük szemben Terray újból hangsúlyozza a gyengült légzés állandó voltának jelentőségét a kezdeti és gyógyuló esetekben. A bal csúcsban gyakoribb a tünet. Gyanus esetekben a sejtés légzés állandó gyengülése az egyik vagy mindkét csúcsban gümőkőra utal.

*Kovács József:* A gyengült légzés csakugyan egyike a leggyakrabban észlelhető korai körjeleknek a gümőkőrből. Hozzá kell tenni, hogy ugyanazt a gyengült légzést halljuk a kezdődő, a haladó és talán leggyakrabban a gyógyuló esetekben. A gyengült légzés mint fizikai jel nagyon fontos. De vele is úgy vagyunk, mint a többi jellel, hogy csak az összes tünetek számbavételével döntő. Egy tünetnek sincs kifejezetten abszolút diagnostikai értéke, kivéve a probatorius injectiókat.

*Jacobi József:* A hozzászólókkal egy nézetben vagyok. Elischer felszólalására az a megjegyzésem, hogy magam is mondtam, hogy a homályok jobban felismerhetők a felvételen, mint az átvilágításkor. Negatív irányban is értékesíthető a vizsgálat, ha t. i. semmiféle tünet sincs, a Röntgen-vizsgálatnak negatív eredménye megerősíti a negatív diagnosis. A szólok maga is hangsúlyozta, hogy az összes tünetek figyelembe veendő, különösen pedig a fizikai vizsgálat eljárások.

## A német sebésztársaság XXXVII. congressusa.

Berlin, 1908 április 21—24.

Ismerteti: **Gergő Imre** dr., műtőorvos.

(Folytatás.)

*Eiselsberg* (Bécs) három kóros hyphophysist irtott ki. Két beteget gyógyult, egy meningitisben halt meg. Idevágó eseteket közölt még *Borchardt* (Berlin) és *Haasler* (Halle a. S.).

Igen érdekes műtétet ismertetett *F. Krause* (Berlin) az agysebészet köréből. Hydrokephalusban megkísérelte az agykamrák drainézisét *Mikulicz*-féle aranydrainékkal; 4 esete közül 3 idült

hydrokephalus gyógyult, egy acut hydrokephalus pedig halállal végződött. *Krause* azonkívül daganatok kiirtásáról számolt be az occipitalis, parietalis agylebenyekben, továbbá a kisagyból is; ideálisan gyógyult eseteit bemutatta. Jackson-féle epilepsia egy esetében a pia mater angioma racemosumát találta, s ezt teljes sikerrel ki is irtotta.

*Tietze* (Breslau) és *Martens* (Berlin), valamint *Borchardt* (Berlin) szintén a kisagy-daganatoknak kiirtásakor szerzett tapasztalataikat mondták el. Gyógyulást csak *Borchardt* látott, 7 eset közül 4-ben.

*Payr* (Greifswald) újabb eljárást ismertetett a heveny fertőző hydrokephalusok sebészi gyógykezelésére. *Payr* már megelőzőleg sikerrel ültetett át ereket a májba, lépbe, csepleszbe stb., így jött azon gondolatra, hogy hydrokephalus eseteiben az agykamrák drainézisét átültetett véresek segítségével kísérli meg. E czélból a vena saphena 6 cm. hosszú darabját ültette át és azon keresztül a liquort a galea alá vezette, a honnan azután elmasszála. Első kísérletében túlrövid volt az átültetett gyűjtőerdarab (6 cm.), idővel még ez is zsugorodott. Második kísérletében *Payr* hosszabb gyűjtőerdarabot használt, az átültetett vena segítségével közlekedést létesített az agykamrák és a sinus longitudinalis között, azonban billentyűsérülések gátolták a teljes eredményt. *Payr* az elvezetés azon módszerét tartja a leghelyesebbnek, melyet második esetében követett; reméli, hogy legközelebb már ideális összeköttetést fog létesíteni az agykamrák és a vénás vénutak között.

*Heile* (Wiesbaden) a hydrokephalusok állandó drainézisét akkép végezte, hogy a keresztcsont utolsó tövisnyújtványainak resectiojával a cavum subarachnoideale és a Douglas-üreg között létesített közlekedést.

*Kocher* (Bern) *Basedow*-betegeken kiterjedtebb vérvizsgálatokat végzett és a congressust ezeknek eredményéről tájékoztatta. Százhat esetben végzett haematologiai vizsgálatot mind quantitativ, mind qualitativ irányban. A vörösvérsejtek száma a legtöbb esetben a rendesnél (5 millió) valamivel nagyobb volt, a fehérvérsejtek száma valamivel fogyott, számuk rendszerint 7000-ről körülbelül 3000-re süllyedt. A fehérvérsejtek számának ezen csökkenése azonban csak a polynuclearis elemeket, a polymorphmagvú neutrophil leukocytákat illette, a lymphocyták száma ellenben felszökött. A műtét után a polymorphmagvú neutrophil leukocyták száma emelkedett, ellenben a lymphocytáké apadt.

Vizsgálataiból azt következteti, hogy a *Basedow*-kór lényege a vérnek említett quantitativ és qualitativ elváltozása, a mivel karöltve jár a vér alvadékéességének csökkenése. A prognosis szempontjából fontos, hogy a kilátás a gyógyulásra annál rosszabb, mennél inkább süllyedt a polymorphmagvú, neutrophil leukocyták száma és mennél inkább emelkedett a lymphocyták számaránya.

*Krönig* (Dresden) állatkísérleteiből azon meggyőződést merítette, hogy a golyva tulajdonképpen regenerációs jelenség, a melynek okát a pajzsmirigy korai insufficienciájában kell keresnünk.

*Dollinger* (Budapest) a gümös nyaki mirigy-csomók subcutan kiirtásáról tartott hosszabb előadást. Ismertette a nyaki mirigy-csomók tájbonczolástani fekvését, eljárásának technikáját és a műtét eredményét. Eddigél 158 betegen 200 esetben végezte a subcutan mirigykiirtást; halálesete nem volt, 167 esetben a gyógyulás prima volt. A külföldi sebészek közül *Bier* is gyakorolta *Dollinger* módszerét. Ajánlja a congressus tagjainak, hogy alkalmas esetekben kísétsék meg módszerét; a műtét nagy gyakorlatot igényel, fáradságos is, de jól megválasztott esetekben az eredmény oly fényes, hogy a módszer a beható tanulmányozást megérdemli.

*Most* (Breslau) a gümös nyaki mirigyek kiirtásakor a fejbicczentő izomnak harántul átvágását ajánlotta; módszerének kozmetikai eredményét maga sem tartja kiválónak.

*Braun* (Zwickau) retroperitoneális ganglionneuromát operált 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub> éves gyermekben. A daganat a n. sympathicusból indult ki, körülbelül gyermekfej nagyságú volt és az aortával oly szorosan nőtt össze, hogy *Braun* kénytelen volt az aortát ideiglenesen le-szorítani és belőle 2 cm. hosszú darabot reszekálni. Az aorta két végét azután *Carrel-Stich* módszere (három átöltő és azonkívül egy szűesvarrat) segítségével egyesítette. Teljes gyógyulás következett be mindenféle keringési zavar nélkül.



*Hacker* (Grätz) rossztermészetű daganat miatt az oesophagust háromszor reszekálta. Betegei közül egy még él, a műtét óta 1 $\frac{1}{2}$  év telt el. Ezen a betegen a gégeét is kiirtotta, a tracheát a jugulumhoz kivarrta, a kiirtott oesophagus helyébe a nyak bőréből új nyelőcsövet alkotott. Ezen bőroesophagus alkotásakor a *Thiersch*-féle epispadiasis-plastikához hasonlóan járt el. Érdekes, hogy betege gége nélkül is eléggé érthetően beszél.

*Völker* (Heidelberg) a *cardiarák* kiirtását három esetben kísérlette meg. A bal bordaív mentén vitt metszéssel hatolt be, két-három bordának az átvágásával. Czélszerű eljárás szerinte az, ha megnyitjuk a gyomrot, azután a gyomornak hátulsó falán készített nyíláson áthúzzuk a cardia-daganatot az oesophagussal együtt, majd az oesophagus ép részletét a gyomorfallal egyesítjük és csak azután irtjuk ki intraventriculárisan a rákos cardiát.

Az eljárásnak punctum saliens az oesophagus-gyomorvarrat szabatos végzése. A varrás technikájának további fejlődésétől várja *Völker* a cardiakiirtás eredményeinek javulását. *Völker* betegei közül kettő halt meg, az egyik műtėti shock-ban, a másik pedig a varratok elégtelensége miatt.

*Gottstein* (Breslau) a *cardiospasmus* gyógyítását hat esetben jó eredménnyel végezte olyképp, hogy a cardián keresztül ballonkészüléket vezetett, melyet azután felfújtatott. A ballont tricot-szövettel védte a megrepedéstől.

*De Quervain* (La Chaux-des-Fonds) az *emlőmirigy fibroepitheliális daganatairól* beszélt és rossztermészetű elfajulásukat méltatta mind szövettani, mind klinikai szempontból. Fejtegetéseit készítmények és metszetek demonstrációjával kísérte.

(Folytatása következik.)

## Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A húsmérgezés aetiológiájáról tartott előadást *Dieudonné* a müncheni orvosegyesület január 22.-i ülésén. Az aetiológia és a kórkép szempontjából a húsmérgezésnek három alakját különbözteti meg: 1. Mérgezés romlott hússal (*proteus* és *b. coli*). 2. Mérgezés kolbászméreggel, botulismus (*b. botulinus*). 3. Mérgezés beteg állatok húásával (*b. enteritidis* illetve *paratyphus B*). Az első alakban az állat leölése után rothasztó baktériumok bevérdorlása folytán rothadási termékek képződnek; a betegség heveny, többnyire már néhány nap alatt gyógyuló gastroenteritis képeben folyik le. A *proteus*-szal fertőzés szerepel nagyon gyakran az ú. n. burgonyasaláta-mérgezésben is. A botulismust súlyos idegtünetek jellemzik; az anaërob *b. botulinus* olyan tápszerekben szaporodik el, a melyeket levegőmentesen tartanak s ilyenkor azután rendkívül erős mérget termel, a melyet 100<sup>0</sup>-ra hevítés elpusztít. A mi végül a harmadik alakot illeti, főleg a köldökfertőzésben szenvedett borjúk és az eves metritis, valamint sepsises peritonitis miatt leölt tehenek húsa mérgező. A mérgezés oka gyanútlan a *paratyphus B*-bacillus szerepel, a mely egy nagyon hőálló mérget termel. A szervezetbe jutott baktériumok vagy mérge mennyisége szerint vagy hirtelen, a choleraéhoz hasonlóan támad a betegség, vagy pedig csak rövidebb-hosszabb incubatio után, a typhushoz hasonlóan.

## PÁLYÁZATOK.

2203/908. kig. sz.

Hunyad vármegye hátszegi járásban lévő és 32 községből álló hátszegi körorvosi állás lemondás folytán megüresedvén, arra pályázatot hirdetek.

A körorvos évi fizetése 1200 korona, fuvarátalánya 600 korona és a községi szervezési szabályrendeletekben megállapított látogatási díjak.

A körorvos tartozik községeit évnegyedenként egyszer beutazni. Úgy lakásán, mint hivatalos körútjai alkalmával a szegényeket ingyen tartozik gyógykezeltetni.

Felhívom a pályázókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket f. évi június hó 20. napján d. u. 5 óráig hozzám annyival is inkább adják be, mivel a később beérkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választás napjának kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Hátszeg, 1908. évi május hó 27.-én.

2-1

Fekete Károly, főszolgabíró.

A Hernádvölgyi Magyar Vasipar Részvény-Társaság korompai gyártelepi munkástárspénztáránál rendszeresített másodorvosi állásra ezennel pályázat hirdetetik.

Járandóságai: 3200 korona nyugdíjra jogosító évi fizetés, évi 1200 korona lótartrási átalány, szabad garçon lakás és szabályszerű fűtési illetmény élvezete.

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

A kinevezendő orvos teendőit szolgálati utasítás szabályozza.

Kellően felszerelt folyamodványok f. évi június hó 15.-éig alulírt címre intézendők.

2-1

Hernádvölgyi Magyar Vasipar R.-T.

Budapest, V., Nádor-utca 36., II. em.

2639/908. V. sz.

Torontálmegye törökkanizsai járásához tartozó és Gyála, Szerbkeresztur és Ószentiván 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 nyugdíjintézetbe belépni köteles. Felhívom azokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevéllel és eddigi alkalmaztatásukat igazoló bizonylattal ellátott kérvényüket f. évi június hó 25.-éig a törökkanizsai szolgabíróhoz benyujtsák.

Törökkanizsa, 1908. évi május hó 21.-én.

2-1

Tallian Emil, főszolgabíró.

136/908. sz.

Békés vármegye közpörházának belgyógyászati osztályán egy alorvosi, esetleg egy segédorvosi, továbbá az elmebetegosztályon egy segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: a belgyógyászati osztály alorvosi állásánál évi 1200 korona, a segédorvosi állásánál évi 1000 korona, az elmebeteg osztály segédorvosi állásánál évi 1600 korona és mindhárom állásnál lakás, fűtés, világítás és I. osztályú élelmezés.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat Méltóságos Döry Pál úrhoz, Békés vármegye főispánjához címezve, hozzám f. évi június hó 13.-áig küldjék be.

Gyula, 1908. május hó 26.-án.

2-1

Békés vármegye közpörházának igazgatója.

2862/1908. sz.

A vezetésem alatti budapest m. kir. állami elmegyógyintézetben megüresedett másodorvosi állásra, a mely évi 1600 korona fizetés, egy szobából álló szabad lakás, fűtés, világítás és I. osztályú élelmezés élvezetével van egybekötve, pályázatot hirdetek.

Az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának követelményeire való utalással felhívom mindazon orvostudor urakat, a kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy a Belügy-minister Urhoz címzett, egykoronás bélyeggel ellátott, orvostudori oklevéllel, születési bizonyítvánnyal és esetleg az eddigi alkalmaztatást igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat a pályázati hirdetésnek a Budapesti Közlönyben történt első közzétételétől számított négy hét alatt hozzám nyujtsák be.

Később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Budapest, 1908. május hó 23.-án.

3-1

Oláh Gusztáv dr., igazgató.

1079/908. sz.

Alsófehér vármegye alvinczi járásában Alvincz nagyközség székhelylyel bíró körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az alvinczi egészségügyi kör az alvinczi, karnai, esőrai, hozsamezői körjegyzőségekből és oláhdályai jegyzőségből, összesen 11 községből áll, melyeket a megválasztott körorvos havonta kétszer, előre megállapított napokon tartozik beutazni.

A körorvos évi jövedelme a következő:

a) fizetés 1700 korona,

b) fuvarátalány 300 korona, mit Alvincz község pénztára havi előleges részletekben folyósít;

c) vagyonos betegekől a szabályrendeletileg megállapított díjak járnak.

A megválasztott körorvos tartozik a kör szegényeit ingyen gyógykezeltetni.

Felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állásra pályáznak, hogy 1883. évi I. t.-cz.-ben előírt okmányokkal felszerelt pályázati kérésüket legkésőbb f. évi június hó 30.-áig hivatalomhoz annál is inkább adják be, mert az elkészen érkezett pályázatokat figyelembe venni nem fogom.

A választást f. évi július hó 2-án d. e. 9 órakor Alvinczen a község-házában fogom megtartani.

Alvincz, 1908. évi május hó 20.-án.

3-1

A főszolgabíró.

Gyári orvos kerestetik gyártelepre néhány évi gyakorlattal, gyárban lakással. Szláv nyelv ismerete kívánatos. A környéken mintegy 10 községben orvos nincs és az illető orvos ott magángyakorlatot űzhet. Ajánlatok „P. H.” alatt a kiadóhivatalba.

2-1

1361/908. sz.

A lemondás folytán üresedésbe jött és 39 községgel szervezett tótkeresztúri körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni kívánókat, miszerint az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal fel-

szerelt kérvényeiket hozzám f. évi június hó 14.-éig beadják, a később érkezett kérvények figyelembe vételét nem fognak.

A körorvos illetményei:

- évi fizetése 1000 korona,
- évi fuvarátalánya 600 korona,
- évi trachomakezelési tiszteletdíja 600 korona,
- trachomakezelési fuvar 760 korona,
- a kézi gyógytartartási jog és kötelezettség,
- az egyezségileg megállapítandó látogatási díjak.

A körorvosi székely hasonnevű vasúti állomással bir.

A választást Tótkeresztúrra, az iskolai helyiségbe 1908. évi június hó 25. napjának d. e. 10 órájára kitűzöm és arra a körorvosi körbe osztott községek biráit és 2-2 képviselőtestületi küldöttjét ezennel meghívom.

Muraszombat, 1908. évi május hó 12.-én.

3-2

Pósfay Pongrácz, főszolgabíró.

8955/908. sz.

Jászberény r. t. város „Erzsébet“-közkórházánál megüresedett és évi 1200 korona törzsfizetéssel, továbbá I. osztályú élelmezéssel, vagy e helyett évi 480 korona élelmezési díjjal, továbbá 1 szobából álló lakással, s fűtés és világítás élvezetével egybekötött kórházi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt, képesítésüket igazoló okmányokkal ellátott pályázati kérvényeiket f. évi június hó 30.-áig Jászberény város polgármesteréhez, mint a kórház-bizottság elnökéhez adják be.

Szolnok, 1908. évi május hó 18.-án.

2-2

Alispán helyett:  
A vm. főjegyző.

A kaláni bánya- és kohó-részvénytársaság kalánteleki társaság részére keres egy okleveles szülészöt mielőbbi belépésre.

Az állás 70 korona fix havi fizetéssel, szabad természetbeni lakással, fűtési átalánnyal (5 köbm. fa és 40 mm. kőszén) és mellékilletményekkel van javadalmazva.

Pályázók, kik 35. életévüket még nem töltötték be, okmánymásokkal felszerelt kérvényüket legkésőbb f. évi július hó 1.-éig alulírt társaságnál Pusztakalánban annál is inkább terjeszszék be, mert később érkező ajánlatok figyelembe nem fognak vétetni.

Pusztakalán, 1908. évi május hó 19.-én.

3-2

Kaláni bánya- és kohó-részvénytársaság.

2624/908. sz.

A Körösladány községnél megüresedett egyik községi orvosi állásra pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni kívánókat, hogy orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyítvánnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvényeiket f. évi június hó 7.-éig bezárólag adják be hozzám.

Az állás javadalma: 1200 korona fizetés, 400 korona lakáspénz. Látogatási díjak: az orvos lakásán 40 fillér, a beteg lakásán a község belterületén 80 fillér, a község külterületén fuvaron kívül 4 km.-ig 2 korona, 4 km.-en túl 3 korona. Éjjel e díjak kétszerese. Foghúzásért, érvágásért, orvosi bizonyítvány kiállításáért 1-1 korona, látletért könnyű testi sértés esetén 2 korona, súlyos testi sértés esetén 6 korona.

A halottkémelés s a szegények gyógykezelése ingyen teljesítendő.

A község lakosainak száma: 7134 lélek.

Szeghalom, 1908. évi május hó 16.-án.

2-2

Csánki Jenő, főszolgabíró.



A Bór és Lithion tartalmú  
GYÓGYFORRÁS

# SALVATOR

kitünő sikerrel használtatik

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

**Húgyhajtó hatású!**

**Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!**

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipőczy Salvatorforrás-Vállalatnál  
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

**Szt.-Lukácsfürdő,**  
BUDÁN.  
☐ Uszodák nyitva vannak. ☐

„Bayer” **CONTRATUSSIN** „Bayer”

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a  
**VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR**  
Budapest, VI., Andrásy-út 84.  
Minden gyógyszerárban kapható. 4036  
Kivánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

**Zander-intézetemben**

való segédkezésre és Röntgen-laboratorium vezetésére keresek a nyári sasonon át egy törekvő, a physikalis terapiában kissé járatos

**segédorvost.**

Lehet szigorló is. Rövid curriculum vitae-vel s a fizetési igények megjelölésével ellátott ajánlatok mielőbbi beküldését kérem.

Buziásfürdő.

Dr. Mahler Gyula igazg. főorvos.

# Rohitsch-Sauerbrunn

Stájerország.

Vasút, posta és táviró.

8760

**GRADO** tengeri fürdő

„Alla Salute” gyógyintézet és pensio.

Sebészet, orthopaedia, Zander-intézet, elektrotherapia, vizgyógyászat, Röntgen-laboratorium, valamint az összes modern gyógytényező. Tornakurzusok gyermekek és felnőttek számára. Tabes-kezelés Frenkel és Prof. Leyden szerint. Egész éven át nyitva. Prospektus kívánatra díjmentesen küld a vezető orvos és tulajdonos:

**Dr. M. Oransz,**

a gyermekbetegségek és orthopaediai sebészet szakorvosa. 5224

**Természetes arzén  
vasas forrás RONCEGNO.**

A legjobb sikerrel alkalmazva: Vérszegénység, Ideg, bőr és női betegségek ellen. Házi kúrák (ivókúráknak) minden évszakban igen alkalmas. Valamennyi gyógyszerár- és ásványvíz-kereskedésben kapható. Híres fürdő- és klimatikus gyógyhely (Dél-Tirol) Trientől másfél órányi távolság. Gyógyház, Grand Hotel des Bains és park. Legelőkelőbb elsőrangú házak, remek fekvéssel. (535 m.) körülvevő 150,000 négyszög méter tenyves erdővel. Impozáns dolomit-panoráma. Enyhe, alpesi klíma.  
Salson május 1-től októberig.

„Rodagen” specifikus gyógyszer morbus Basedowii ellen.

„Atoxyl” új, majdnem méregtelen arsenkészítmény, minden kellemetlen mellékület nélkül.

„Sidonal” specifikum köszvény és rokonbajok ellen.

„Escalin” pastillák, bél- és gyomorvérzések ellen.

„Escalin” suppositoriumok arany-érvérzések ellen.



„Nyilkör” márka.

„Lanolinum puriss. Liebreich”

„Lanolinum pur. Liebreich anhydricum”

kenősbázis ismert tisztaságban.

Irodalom ingyen és bérmentve.

**Vereinigte Chemische Werke, A.-G.,**

Berlin-Charlottenburg. 5756

TELJESEN ÁTALAKÍTVÁ.

Karlsbad, modernül berendezett vízgyógyintézet. Styriabad, újonnan felszerelt szénsavfürdők. Kiváló gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, székrekedés, aranyér, epekő, elhízás, cukorbetegség, köszvény, torok- és légcsőhurut, szívbaj ellen. Karlsbad- és Marienbadhoz hasonló gyógyforrások. Diätetikai és telepkurák. — Kiváló ivóvízvezeték. — Villamos világítás. — Lift. — Modern csatornázás.