

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markosovszky 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 Babarczy Schwartzner Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Friedrich Vilmos és László Gyula: Közlés a Budapesti Kerületi Munkásbetegsegélyező Pénztár belorvostani osztályáról. A gümőkór diagnosisa a kettős fertőzés szempontjából. 651. lap.

Gusztáv József: Közlés a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bőrkórtani intézetéből. (Vezető tanár: Nékám Lajos dr., egyetemi rk. tanár.) A szájtüreg nyálkahártyájának leukoplakiája. 653. lap.

Tornai József: Közlés a budapesti m. kir. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kéty Károly dr. udvari tanácsos, ny. r. tanár.) Az emberen való vérnyomás-mérés módszerei, különös tekintettel az újabb eljárásokra. 655. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Fischl: Therapie der Kinderkrankheiten. — Lapszemle. Gyógyászat. Hoepfner és Fraenkel: A digipuratum. — Belorvostan. Lavenson: Meningitis typhosa. — Waldvogel: A szív munkabírásának vizsgálata. — Kaestle: A gyomormotilitás vizsgálata Röntgen-sugarakkal. — Idegkórtan. Debove: Tabesos betegeken végzett káros műtétek. — Sebészet. Nitch: A hasüreg kiöblítése appendicitis és diffus peritonitis

eseteiben. — Rinne: Az appendicitis és az adnexam-megbetegedések megkülönböztető körjelzése. — Pers: Az ischias sebészeti gyógyítása. — W. J. Mayo: A gyomor- és duodenumfekélyek sebészeti kezelése. — G. Crile: A lelki izgalom jelentősége a Basedow-kórban. — Orthopaedia. Becker W.: A világra-hozott dongaláb redressálása és utókezelése. — Kofmann: Casuistikai adat az ujjpercek törésének gyógykezeléséhez. — Venerés bántalmak. H. Mayer: Fájdalmatlan intramuscularis kénesőbefecskendezések. — C. Schindler: A kankós mellékheregyulladásnak punctiósi kezelése. — Fülörvostan. Kanazugi: Adatok az otogen eredetű koponyatüregbeli megbetegedésekhez. — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Sick: Szer sepsises és pyaemiás fertőzésben. — Lommel: A haemophilia gyógyítása vérsavóval. 658-661. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 661. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 661. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 662-664. lap.

Melléklet. F. Hoffmann-La Roche & Cie cég „Thigenol“ prospectusa. — Meister, Lucius et Brünnig „Gyógyszerújdonások“ című prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a Budapesti Kerületi Munkásbetegsegélyező Pénztár belorvostani osztályáról.

A gümőkór diagnosisa a kettős fertőzés szempontjából.

Irta: **Friedrich Vilmos** dr., egyet. magántanár, főorvos és **László Gyula** dr., szaksegéd, az Erzsébet királyné-sanatorium volt I. segédje.

A legújabb időkig azt a nézetet vallották általánosan, hogy az emberi gümőkór okozójául csak egyféle gümöbacillus tekinthető, mely a szarvasmarha, sertés, stb. tuberculosisanak okozójától semmiben sem különbözik. Általános feltűnést keltett ezen már meggyökeresedni látszott felfogással szemben Koch Róbert-nek a londoni nemzetközi tuberculosiscongressuson tett ama kijelentése, hogy az emberi és állati gümőkór nem azonos betegség. Ezen fel-szólalása természetesen élénk s még ma is tartó vitát keltett, melynek eredménye, hogy a vizsgálatok lázasan folytak s folynak a körül, vajjon az emberi és állati tuberculosibacillus közt csupán alaki eltérések észlelhetők-e? Bár azt, hogy az ember fertőzhető-e állati gümőkórral, vagy sem, eldönteni eddig határozottan még nem sikerült, Smith, Kossel, Beck, Köhler igen értékes adatokat szolgáltatott a kétféle bakterium alaktani, biológiai és toxicológiai tulajdonságaira vonatkozólag. A legintenzívebb munkát e téren Raw s Spengler fejté ki, mely kutatások alapján ma csaknem eldöntöttnek látszik, hogy az emberi és állati gümöbacillusok nem azonosak; az emberben mindkettő együtt is előfordulhat s nem ritkán elő is fordul, állatokban azonban egyidejűleg a kettőt kimutatni még nem sikerült.

Nem lehet czélunk e dolgozat keretében — hol a kérdéssel inkább csak gyakorlati szempontból kívánunk foglalkozni — részletesen ismertetni azon vizsgálati módokat, melyek a kettős fertőzés különböző voltát bizonyítani igyekeznek; egy másik dolgozatunkban részletesen fogunk beszámolni azon eredményekről, melyeket a kettős fertőzés elvének megfelelőleg a két fajta tuberculin-filtrátummal (human és bovin) értünk el. Itt csupán annak konsta-

tálására szorítkozunk, hogy az elméleti álláspontnak megfelel abbéli észleletünk, hogy a két fajta tuberculin a gümőkóros szervezet nem egyformán tűri. Ebből pedig az következik, hogy a gümőkór diagnosisanak eldöntésekor nem elegendő a Koch-féle tuberculin igénybevétele, ha a diagnosit a reactióból következtetve akarjuk megállapítani, s a bacilláris leltre támaszkodva ugyancsak eldöntendő, hogy emberi, állati, avagy kettős fertőzésben szenved-e a beteg. A legutolsó időkig a sputumvizsgálatra és a régi tuberculin-nal eszközölt injectiók okozta reactiora támaszkodtunk a diagnosis megállapításakor; legújabbban a Calmette által ajánlott ophthalmoreactio s a Pirquet által végzett cutanreactio is jogot formál arra, hogy a tuberculosos diagnosztizálásakor igénybe vétessék, mint a két előbbinél könnyebben, illetve az esetek legnagyobb számában veszélytelenebbül alkalmazható, gyorsabb eljárás. Lássuk ezeket egyenként, s összehasonlítva egymással, illetve nézzük, van-e gyakorlati szempontból a kettős fertőzés felvételének jogosultsága?

I. Köpetvizsgálat.

Spengler előtt kevesen foglalkoztak tisztán a két bakterium alaktani különbségeinek felderítésével, mert a főszílyt inkább a két bakterium pathogenitására, virulentiájának kutatására helyezték. Spengler-nek megkülönböztető festési eljárását csak vastag körvonalaiban említjük, a mennyire a gyakorlat czéljainak megfelel. A differentiafestési eljárásnak lényege, mint azt Koch kimutatta, hogy a tuberculosibacillusok testében két telítetlen zsírsav van, a melyek a tulajdonképeni festékfelvevők. Az egyik, a burok, híg alkoholban oldódik, a felvett festéknek bizonyos mennyisége tehát ebből ki is vonható; a másik, a magállomány, csak forró, concentrált alkoholban oldódik.¹

Pikrin-festés: az összes saválló bacillusokat megfesti, quantitativ meghatározásra szolgál.

¹ Itt említjük meg, hogy hazánkban Betegh Lajos Spengler nyomán önálló kutatásaival tökéletesítette ezen festési eljárásokat, melyek segítségével a bacillusok szerkezete a legfinomabb részleteiben is tanulmányozható. Adatok az emberi és állati tuberculosibacillusok alak-tanához. *Állatorvosi Lapok*, 1907. 35. szám.

1. A homogenizált köpetet levegőn megszáritjuk (sohasem láng felett, mert buroksértés következik be), 2. carbol-fuchsinnal láng felett áthúzzuk, 3. leöblítés vízzel, 4. pikrinsav (50%-os Essbach), 5. 60%-os alkohol, 6. színtelenítés salétromsavval, 7. újból mosás alkohollal, 8. alapfestés pikrinnel, 9. lemosás.

Előnye ezen festési eljárásnak, hogy a burok-sértett bacillusokat is megfesti, miáltal jóval több bacillus lesz látható, avagy akkor is található vele számos bacillus, a mikor *Ziehl* szerint az ki nem mutatható. Épen ezért a vizelet üledékéből is könnyebben nyerhető górcső alatt a Koch-féle bacillus. E festési módszer további előnye, hogy a *smegmabacillusok* pikrinsavra nem festődnek.

Savanyú fuchsin-vital-festés. (1%-os oldat.)

1. A homogenizált köpet savanyú fuchsinnal öntetik le, 2. száritás levegőn, 3. melegítés carbol-fuchsinnal, 4. lemosás, 5. Löffler-féle methylenkék, 6. lemosás nélkül salétromsavat adunk hozzá cseppenként, míg zöld színű lesz a készítmény, 7. lemosás, száritás.

Ezen eljárással nagyjából a gyöngyökbacillus festődik.

Perlucht-Kalt. Kizárólag a gyöngyökbacillusok kimutatására szolgál. Igen érzékeny burokfestés, tisztán a természetes behatásra alapítva.

1. A homogenizált köpetre carbol-fuchsin cseppentünk s állani hagyjuk a készítményt hideg helyen 10 percig, 2. lemosás, 3. alkohol, 4. vizes methylenkéből 1–2 csepp, 5. a methylenkét láng felett meggyújtjuk, 6. száritás.

Az említett festési módokkal elkülönített bacillusok alaki különbözőségei főleg abban nyilvánulnak meg, hogy a gyöngyökbacillusok nagyobbak, vastagabbak, míg a kisebbek, vékonyabbak az emberi gümőkór okozói. Megkülönböztethető egymástól a burok-sértett és sértetlen bacillus, s jól láthatók az úgynevezett *splitterek*, melyek *Spengler* szerint degeneratív jellegű bacillusok, s melyek a gyógyulás folyamán nagyobb számmal láthatók. A *splitterek* burkuktól megfosztott bacillusok, melyek épen e miatt apró részecskékre esnek szét, s virulenciájukat elvesztik. *Spengler* jelentőséget tulajdonít a rosszul festődő bacillusoknak is. Ezek szerinte jobb prognosist engednek következtetni.

Spengler szorgos górcsővi vizsgálatai alapján, nemkülönben a kétféle filtratumnak alkalmazása mellett — tehát toxicologiai úton — a következő stadiumokat veszi fel: *Az I. osztályba* sorozza az esetek 60%-át, hol a gyöngyökbacillus és emberi bacillusok együttes jelenléte állapítható meg. (Chronikus esetek.) *A II. osztály* 20%-kal van képviselve. Ide a tiszta human bacillusfertőzés tartozik rossz prognosissal. *A III. osztály* 5-5%-kal a tiszta gyöngyökbacillus fertőzés, jó prognosissal; *a IV. osztály* 13%-kal *splitterfertőzés*, mely ismét lehet human, bovin, s kettős; ezen osztály nyújtja a legjobb prognosist. *V. osztály*: vegyes fertőzés, a mikor a tuberculosis-bacillusokhoz streptococcus-, staphylococcus-infectio társul, vagyis midőn vegyes infectio van jelen s midőn ezen kettős fertőzés tünetileg súlyosbítva mutatkozik a körképben.

Vizsgálatainkat 66 egyén köpetén végeztük. Negatív volt a köpetlelet 25 esetben, számbajön tehát a vizsgálat eredménye 41 esetben. A kezelés előtt egyenlő mennyiségben találtatott a human és bovin bacillus 20 esetben (48-70%), több volt a gyöngyökbacillus 4 esetben (9%), több volt a human bacillus 8 esetben (19-50%), *splitterképződés* észlelhető volt a kezelés előtt 9 esetben (21-90%).

4–6 hónapos kezelés után eltűnt a bacillus a köpethől 10 esetben. Mind a 10 esetben a kezelés megkezdése előtt csak kevés bacillus találtatott. Megkevesbedett 16 esetben; *splitterképződés* volt kimutatható 12 esetben, nagyjából a fent említett 16 eset közül; változatlan maradt 10 köpetlelet; megsaporodtak a bacillusok 5 esetben. Ez utóbbi esetek közül kettő szépen javult a kezelés folyamán, háromnak állapota változatlan maradt. Mind az öt eset harmadik stadiumbeli beteg volt.

Valamennyi eset jóindulatúnak bizonyult, a hol a gyöngyökbacillus fertőzés volt túlsúlyban, s egynek kivételével a human fertőzést mutató 9 beteg csakugyan rossz prognosist mutató lázas eset. Észleletünk megfelel s igazolni látszik *Spengler*nek azon tapasztalatát, hogy a nagyobb terjedelmű tüdőbeli elváltozás a chronikus lefolyás összes jeleivel, bár váltakozóan jó közérzettel, többnyire gyöngyökbacillus fertőzés. Ezen fertőzés a tüdőszövet aránylagos nagyobb ronesolásával jár ugyan — ezért ezekben gyakoribb a különböző időtartamú s súlyosságú haemoptoe is —, de viszont a toxikus jelenségek csekélyebbek. Ugyancsak jóindulatú megbetegedést árultak

el azon esetek is, a melyekben nagyobb mértékben volt észlelhető a bacillusok buroksértettsége. (Hüllenschädigung.)

Bár kétségtelen, hogy sokszor helyes következtetést lehet vonni prognostikailag is a köpetleletről, még tekintve annak körülményes voltát, továbbá azon eseteket, a melyekben a bacillaris lelet negatív, jöllehet a tuberculosis megbetegedés kétségen felüli, avagy a melyekben a tuberculosis diagnózisát épen a köpetlelet pozitív volta alapján lehetne csak felállítani, az eljárás értékéből főleg az von le sokat, hogy a kétféle bacillus egyenlő előfordulása esetén nem igazít útba a lelet, ha a kettős tuberculintherapiát kívánjuk alkalmazni. De akárhányszor meggyőződünk arról is, hogy pl. túlnyomólag human fertőzést mutató köpetlelet alapján — *Spengler* előírása szerint — gyöngyökbacillussal kezdtük a kezelést, mit a beteg rosszul tűrt, ellenben reactio nélkül, de javulás jelei mellett viselte el a köpetleletnek látszólag ellenmondó human tuberculinnal való kezelést. Bizonyos, hogy a górcső alá kerülő sputummennyiség nem mutatja az összes megbetegedett tüdőfelületen létező kétféle bacillus arányszámát, nem mutathatja a fertőzésnek valódi képét, még kevésbé azt, a mit gyakorlati szempontból sajnálnunk is kell, hogy minő a kétféle bacillus okozta toxicitás közti viszony. De meg a zárt góczok bacillusainak mineműségéről sem adhat felvilágosítást a köpetlelet.

Szemből a köpetvizsgálat most említett hátrányaival, a tárgyalandó diagnostikai segédeszközöket — ophthalmoreactio, eutan- és subcutan reactiók — örömmel fogadta minden klinikus, mivel a gümös szervezetet domináló toxicitásnak érzékeny fokmérőit vélte bennük meglelhetni.

Ophthalmoreactio.

Wolff-Eisner a berlini orvosegylet ülésén (1907 május 15.-én) a *Pirquet* előadása feletti discussioban (tuberculindiagnosis cutanoltás útján) beszámolt azon megfigyeléseiről, a melyeket a tuberculinnak szembe cseppentése után tett.

Kevéssel ezután *Calmette*-től „Ophthalmoreactio“ elnevezéssel közlemény jelent meg, melyben leírja a tuberculotikusokon s nem tuberculotikusokon észlelt elváltozásokat, melyeket a szembe cseppentett tuberculin okoz. *Citron* a reactionak három fokozatát különbözteti meg: a) pirosság a conjunctiva palpebralisán és a carunculán, b) a conjunctiva bulbi lobosodása, c) conjunctivitis purulenta. Rövid idő alatt egész irodalma támadt a *Calmette*-ről elnevezett eljárásnak, melyet elég nagy beteganyagon mi is kipróbáltunk, a kettős fertőzés megítélése szempontjából pedig az ophthalmoreactiót eddig tudtunkkal mi alkalmaztuk először. A becseppentést mi is 1%-os régi Koch-féle tuberculinnal végeztük (3%-os bőrvízzel frissen készült hígítás), a kettős fertőzés szempontjából végzett kísérleteinket pedig ugyancsak 3%-os bóroldattal hígított 1%-os *Spengler*-féle ATO és PTO-val. (Human és bovin filtratum.)

Kísérleteinket biztos tüdőtuberculosisban, tuberculosisra gyanusakon, s nem tuberculosusokon végeztük. Biztos tuberculosisot vettünk fel akkor, ha klinikailag pozitív physikális elváltozást találtunk, s ha ezt több, tuberculosisra jellegző panasz, illetve jellegzetes tünet kísérte. Nem vettünk fel tuberculosisot, ha úgy az objectív, mint az összes subjectív symptomák hiányoztak, ezen egyének legnagyobb része 40–50 év körüli, különböző bőrbajokban szenvedő egyén volt. Végül gyanusoknak minősítettük azokat, kikben vagy minimális physikális elváltozás mellett nem volt kielégítő subjectív tünet, illetve ezeknek jelenléte mellett semmi physikális leletet sem találtunk.

100 eset közül pozitív volt a reactio 37 esetben, negatív 63 esetben. Klinikailag biztos volt a tüdőgümőkór 41 esetben s ebből reagált 24 eset (58-50%), negatív volt 17 eset (41-40%). Nem volt tüdőbeteg s nem is volt bennük sohasem a tuberculosis valamely manifest jele: 51 s pozitív eredményt mutatott ebből nyolcz (15-60%); nem volt tüdőbeteg s negatív volt a reactio 43 esetben (84-30%). Gümőkórra gyanus eset közül pozitív reactiót adott 2 (25%), negatív volt a reactio 6 esetben (75%).

Azon tény, hogy kimaradt a reactio biztosan kórisémizhető gümőkóresetek 41-40%-ában, s azon másik lelet, hogy 80%-ot tesz ki a reagálók száma olyanokban, kik gümőkórban nem szenvednek klinikai értelemben, az eljárás gyakorlati alkalmazását csak nagy óvatossággal engedi meg, nem is említve ama kellemetlen tüneteket s veszélyeket, melyekről legújabbban egyes szerzők,

példának okáért *Lapersonne*, *Predtetschenski*, az ophthalmreactio illetve helyesebben kifejezve a conjunctival-reactio kapcsán megemlékeznek.

Human és bovin filtratummal dolgoztunk — egyidejűleg mindkét szembe cseppentve — 39 esetben. Ezek közül biztos gümőkór volt 25 eset, melyek közül pozitív reactiót adott 13 eset (52⁰/₀); negatív volt a reactio 12 esetben (48⁰/₀); nem volt tüdőbeteg s reagált 3 (21⁴/₀); nem volt tuberculotikus s negatív volt a reactio 11 esetben (78⁶/₀). *Csak human filtratumra* reagált a biztosan gümős esetekből 8 (32⁰/₀), *csak bovin filtratumra* 4 eset (16⁰/₀), *mindkettőre egyidejűleg* 13 eset (52⁰/₀).

Ezek alapján azt kell mondanunk, hogy legtöbb a kettős fertőzés, s legkevesebb a tiszta bovin typusú infectio. Ugyanezen arányt láttuk a köpetvizsgálatoknál is, s mint az alábbiakból ki fog tűnni, a kettős fertőzés eme arányszáma a cutanreactio is utánozza.

Hogyha végül a tuberculinnal s filtratummal kiváltott reactiokat hasonlítjuk össze egymással, azt látjuk, hogy tuberculinnal reagált a gümőkórosoknak 58⁵/₀-a, filtratummal 52⁰/₀-a. A nem reagálók százaléka a biztosan tuberculotikusak közt az az előbbinél 41⁴/₀, az utóbbinál 48⁰/₀. A nem tüdőbetegek közül tuberculinnal reagált 15⁶/₀, filtratummal 21⁴/₀; s végül az egészségesek közül tuberculinnal nem reagált 84³/₀, míg filtratummal 78⁶/₀.

Lényeges vagy szembeszökő különbséget tehát a tuberculin és a filtratumok alkalmazása közt nem találtunk percentualiter, ellenben a tuberculin okozta conjunctivitis a legtöbbször intenzívebb volt ugyanazon töménység mellett. A kétféle filtratumnak egyidejű, vagy egymás utáni 1—2 napon használatát mégis tökéletesebb eljárásnak kell nyilvánítanunk azért, mert voltak biztosan diagnosztizálható gümőkóros eseteink, a melyekben ophthalmoreactiót csupán a bovin filtratummra nyertünk, a mely esetek tehát, ha csak Koch-féle tuberculinnal dolgozunk, gyarapították volna azon eseteink számát, a melyekben biztos gümőkór mellett a reactio negatív volt. A másik előnye pedig, hogy a kettős fertőzés alapján állva, az infectio természetére hívja fel az eljárás figyelmünket.

Bár mi semmiféle kellemetlenebb utókövetkezményt nem láttuk a szembe cseppentésnek, épen úgy, mint *Hirschler*, jóllehet kísérletképen 5, sőt nem ritkán 10⁰/₀-os oldattal is dolgoztunk, mégis, mint fentebb jeleztük, a mások által leírt súlyos conjunctivitis, chemosisok s egyéb szembeni elváltozások óvatosságra intenek. Kórházi beteganyagban az eljárás kivitele különösebb nehézségbe egyáltalában nem, vagy csak elvétve ütközik, a magángyakorlatban azonban csak a legritkább esetben kapható a beteg az ophthalmoreactio végzésére, annál is inkább, mert aggályait azt illetőleg, hogy szemét még csak rövid időre sem éri semmi bántódás, bizossággal nem oszlatjuk el. A szembe cseppentés pedig határozottan ellenjavalt, ha az egyénnek bármiféle szembaja van vagy a közel multban volt. A kísérlet megismétlésekor, a szembe cseppentés utáni esetleges cutanreactio végzésekor, nemkülönben a tuberculinkezeléskor figyelembe veendő, hogy a conjunctivitis a legtöbbször kiújul, sőt sokszor olyankor is támad, a mikor a diagnostikai célból alkalmazott beecseppentés reactio nélküli maradt.

(Vége következik.)

Közlés a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bőrkórtani intézetéből. (Vezető tanár: Nékám Lajos dr., egyetemi rk. tanár.)

A szájúreg nyálkahártyájának leukoplakiája.

(Klinikai és pathologiai tanulmány.)

Írta: *Guszman József* dr., v. egyetemi tanársegéd.

A leukoplakia klinikája és pathológiája egyik legérdekesebb és nagyfontosságú kérdése az orvostudománynak. A míg *Schwimmer* előtt e bántalmat a legkülönbözőbb elnevezések és betegségesoportok alatt írták le, addig ezen szerzőnek éles körülírása következtében határozott klinikai kórképpé alakult ki. A betegségnek klinikai megjelenése körül a nézetek nagyjában meg is állapodottak, diagnosztikus része pedig szintén jól kidolgozottan tekinthető. Klinikai szempontból inkább csak a prognózis és a kezelés terén vannak még véleményeltérések a szerzők között. Másként áll azonban a

dolog a betegségnek pathológiájában, főként az aetiológiájában. E téren még a legújabb időkig merev ellentétek tapasztalhatók. Az ellentétek ütközőpontja gyanánt az a kérdés szerepel, hogy a leukoplakiás elváltozások lueses alapon támadnak-e, helyesebben a syphilissel hozhatók-e kapcsolatba, avagy ettől teljesen függetlenül támadják meg az embert. Míg legújabban is például *Joseph*¹ jóformán teljesen a negatio álláspontjára helyezkedik a lueses aetiológiával szemben, addig mások (*Gaucher*, *Kopp*) erős meggyőződéssel vallják magukat a syphilises aetiologia híveinek. Azok, a kik a betegség pathológiájában a syphilises alapot ki akarják rekeszteni, tulajdonképpen *Schwimmer*² eredeti álláspontját támogatják, a ki tudvalevően a betegséget mint úgynevezett idiopathiás bajt írta le, a melynek semmiféle összefüggése sincsen a luesel.

De a leukoplakia legnagyobb pathologiai fontosságát abban látjuk, hogy nem is nagyon ritkán összekötő kapocsként működik a syphilis és carcinoma között. Igazolják ezt a gondos klinikai megfigyelések és az elszórt irodalmi adatok. Ez a körülmény egy-egyében is nagy horderejű, mert vele némiképpen betekintés nyerhető némely rák keletkezési viszonyaiba. Mindezeket alább részletebben lesz alkalmunk kifejteni. E rövid tájékoztatóval véljük igazolni, hogy nem végeztünk felesleges munkát, a mikor aránylag igen nagy leukoplakiás anyagunkra támaszkodva, az égetőbb kérdéseket sorjába tanulmányoztuk. Hangsúlyoznunk kell azonban már e helyen, hogy ez alkalommal csakis a leukoplakiának leggyakoribb localisatiójára, a száj nyálkahártyájára térünk ki.

Vizsgálataink 191 leukoplakiás esetre terjeszkednek ki, a melyet részben klinikailag is, főleg pedig pathologiai és aetiologiai szempontból dolgoztunk fel. Tekintve azt, hogy a leukoplakia nem tartozik épen a gyakori betegségek közé, kétségtelen, hogy eseteink száma nagyon mondható. Nagyobb számra úgyis szólván csak *Four-nier* és *Erb* támaszkodhatott.

Vizsgálatainkat több irányban kellett kiterjesztenünk, mert igazi megállapodás voltaképpen csakis abban van, hogy klinikailag meg van határozva a betegség diagnostikai része. Ebben csaknem minden szakember egy véleményen van. Az az aggodalom, a melynek régebben több szerző, legújabban pedig *Joseph* adott kifejezést, hogy tudniillik secundaer lueses tünetek maradványai diagnostikai zavarokat okozhatnak, túlzott óvatosság, mert attól még sem kell tartani, hogy a leukoplakia, mely kifejezetten hámbeli többlet, összeeseréltessék például a nyálkahártyának lueses hegével. A diagnosztikusra vonatkozó része a bajnak tehát megállapodottnak vehető.

Leukoplakia alatt azon tejszerű, krétafehér, többé-kevésbé kiemelkedő száraz foltokat és plaque-okat értjük, melyek leginkább a szájúreg nyálkahártyáján jelentkeznek, legtöbbször progrediálnak, olykor azonban, főleg helyes életmódra és kezelésre megállapodnak, sőt kivételesen vissza is fejlődnek. Az esetek nagyobb részében és a leukoplakia tartamának hosszú szakában a bántalom alig mutatkozik betegség képében, mert a beteg részéről panaszra alig ad alkalmat, hanem inkább állapotként tartja fenn magát. Csakis súlyosabb esetek azok, melyek a beteg életét elkeserítik, sőt veszedelemmelis fenyegetik. A leukoplakia kiinduláshelye legtöbbször a pofanyálkahártyán van a fogak zárási vonala mentén, kezdetben kivétel nélkül a szájugok táján. Leggyakoribb helye a buccalis nyálkahártyán kívül a nyelv és az alsó ajak. Ez a csoportosítás megfelel az előfordulási hely gyakoriságának is. Az összes statisztikák is ezt bizonyítják. Kivételt csak *Schwimmer* tesz, a ki a nyelv leukoplakiáját gyakoribbnak tartotta a buccalisnál. E nézete nyilván abból származhatott, hogy neki csupán a súlyosabb esetek tűntek fel, melyek pedig tapasztalás szerint leginkább a nyelven székelnék.

A leukoplakia sok alakban jelenhet meg, főleg azon értelemben, hogy súlyosság dolgában nagy a változatosság. És bár általában mondható, hogy a kiváltó okok állandó fennforgása esetén minél hosszabb idő óta tart a leukoplakiás állapot, annál erősebben van a baj kifejlődve, azért ez alól bőségesen vannak kivételek. Sajátságos, hogy ilyenkor magyarázatul semmiféle valószínű okot sem tudunk felismerni. Volt esetünk, a hol a leukoplakia csak 2—3 év óta tartott és máris igen erősen volt kifejlődve, máskor ismét évekre, sőt évtizedekre volt szükség, hogy a bántalom nagyobb

¹ *Joseph*: Die Leukoplakie d. Mundhöhle. Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 34. sz.

² *Schwimmer*: A szájfir önszenyi nyáktelepei. Budapest, 1878.

mértékben kifejlődjék. Megjegyezzük, hogy e felemlített esetek mindegyikében bizonyosan előző lueses infectio és állandó erős dohányzás szerepelt. Az összehasonlítás tehát lehetőleg egyenlő alapon történt, hiányzik azonban ismeretünkünk egy harmadik tényező, mely e különbségekről felvilágosítást adhatna.

Eseteink között a leukoplakiának a legváltozatosabb alakjai voltak és csakis a legkezdetibb szakban levőket nem vettük figyelembe. Határozottan kifejlődött esetek alkották tehát vizsgálati anyagunkat. A leukoplakiának sok alakját, megjelenési formáját írták le s a szerint osztályozták a betegséget. Mi e különböző nézetekre nem térhetünk ki s csakis anyagunkra támaszkodva saját megfigyelésünkre szorítkozunk. Általában két alak tűnt fel eseteinkben; e két alakot röviden diffus és körülírt alaknak nevezhetjük. A diffus leukoplakiás alak úgy nyilvánul, hogy a tejszerű fehéres elváltozás hol kicsiny, hol nagyobb területen, néha pedig az egész szervre (buccális nyálkahártya, ajak, nyelv) kiterjeszkedve egyöntetűen, úgyszólván egyneműen vonja be a nyálkahártyát. A beteg nyálkahártya felszíne azért nem egészen sima, sőt legtöbbször olyan mint a redőzött üveglap. A hám megvastagodása, nevezetesen a szaruréteggépződés itt is jelentékeny lehet. A jellege ezen alaknak tehát abban rejlik, hogy a meddig az elváltozás terjed, a folyamat meg lehetősége egynemű és nem találunk rajta felszínbeli különbségeket. Jellemző továbbá ezen alakra nézve a színárnyalat is, mely szabályszerűen a fehéres alapszint kissé a kékesbe játszódnak tünteti fel. A leukoplakiának másik, körülírt alakja tapasztalatunk szerint a gyakoribb. Ebben azt találjuk, hogy a leukoplakia egyes szigeteken élesen határolt foltokban mutatkozik, a melyek kivétel nélkül a nyálkahártya felszínéből többé-kevésbé kiemelkednek s így legtöbbször pikkelyszerűnek látszanak. Színük is rendesen más a diffus alakban, inkább ragyogó krétafehér, olykor finom sárgás árnyalattal. Kétségtelen, hogy e színelkülönbségek optikai eredményei a szigetek különböző vastagságának. E körülírt alak körébe tartoznak a leukoplakiának azon formái is, a melyekre jellegző a papillomás alakulás. A papillomászerű alakra a legjellemzőbb tulajdonság, hogy éles határokkal kívül a felszínt jelentékenyen túllépi és hogy az erős papillás hypertrophia következtében, karöltve jelentékeny szarusodással, szemölesszerű alakulást mutat. A bántalomnak ez utóbbi alakja ritkább jelenség és még leginkább a nyelv széli részeit és az ajkat éri. Utóbbi helyen a papillomás leukoplakia egészen vagy részben száraz verrucává alakulhat, ha az ajkpiert elfoglalja, mert ilyenkor a levegő szárító hatásának van kitéve.

Kétségtelen, hogy a leukoplakiának diffus alakja pathologiailag alacsonyabb fokát jelzi a betegségnek s így rajta idővel helyenként a körülírt alak is jelentkezhetik. Határozottan állíthatjuk azonban, hogy sokszor a diffus alak mindvégig fennáll s fokozódása esetén sem veszti el jellegét. Ugyanez áll a körülírt, kiemelkedő, pikkelyes alakra is, mely ugyancsak mint önálló alakulás már keletkezése idején tipusosan nyilvánul. A diffus alak leginkább az ajkak nyálkahártyáján jelentkezik, a hol a körülírt, pikkelyes leukoplakia ritkább jelenség. A buccális nyálkahártyáról eseteink áttekintése alapján az mondható, hogy a két alak felváltva, néha pedig együttesen jelentkezik. A nyelven legtöbbször a körülírt alak mutatkozik.

A mi a leukoplakia szájüri localisatióját illeti, azt találjuk, hogy a baj az eseteknek nagyobb részében csakis egy szervet támad meg. Már fentebb említettük, hogy a pofa nyálkahártyáján a betegség leggyakrabban jelentkezik, eseteinknek több mint a felében. Utána következik a nyelv, de már jóval ritkábban. Gyakran tapasztalhatjuk a különböző localisatióknak combinatióit is. Aránylag igen gyakori a buccális nyálkahártyának és a nyelvnek együttes leukoplakiája: 180 ily módon csoportosított esetünkben 33-szor. Egyébként álljon itt a következő táblázat, mely szemléltetően mutatja a leukoplakiának localisatióját.

Leukoplakiás eseteink localisatioja:

Buccális nyálka- hártya	Nyelv	Alsó ajak	Buccális nyálka- hártya és nyelv	Nyelv és alsó ajak	Buccális nyálka- hártya és alsó ajak	Buccális nyálka- hártya, nyelv és alsó ajak	Összesen
97	27	4	33	2	10	7	180

A leukoplakiás megbetegedés aetiologiájában a szerzők már néhány évtized óta egyre határozottabban szerepeltetik a luest. A felfogás e betegség keletkezésében jóformán ugyanaz, mint a tabes, paralysis s egyéb úgynevezett parasyphilises (*Fournier*) bajok pathologiájában. Főleg a francia orvosírók (*Fournier, Gaucher* és mások) voltak azok, a kik a leukoplakia kifejlődését egy régebben lefolyt lueses infectióval hozták kapcsolatba. Az általánosabb vélemény az volt, hogy a lues a nyálkahártyákon oly talajt létesít, a melyen állandó, hosszan tartó irritációk esetén a leukoplakiás elváltozás kifejlődik. A száj nyálkahártyájáról lévén szó, csaknem valamennyi szerző első sorban a dohányzásban látja azt az állandó és hosszan tartó ingert, mely az előkészített talajon a leukoplakiát létrehozza. Feltűnően egybehangzó azon vélemények, melyek a dohányzásnak nagy fontosságát kiemelik. Véleményeltérésre e kérdésben alig akadunk. A lueses aetiológia ellen azonban még mindig hangzanak el vélemények, jöllehet a nagy statistikákra támaszkodó orvosok épen az ellenkező eredményre jutottak. Szükségnek tartottuk ezért a saját anyagunkat e szempontból vizsgálat alá fogni.

A leukoplakiának aetiologiáját, főként a lueses hátterét, régi feljegyzésekből, klinikai főkönyvekből pontosan megállapítani nem lehet. Annak eldöntéséhez véleményünk szerint szükséges, hogy a kérdéssel foglalkozó orvos maga ismerte legyen az eseteket. Ha a leukoplakiás betegeket magunk hosszabb ideig nem észleltük, régi bajairól, lueses infectiójáról nem veszünk tudomást, a vizsgálati eredmény csak hézagos, hiányos lehet. Hogy az ilyen vizsgálati eljárás mily tévedésekre vezethet, arról saját magunk is meggyőződünk. Az egyetemi bőrkórtani intézeti ambulancia régi feljegyzései szerint a leukoplakia elég gyakran fordult elő, de mivel külön vizsgálat nem történt az előző lueses infectio iránt, bennük csak elvett akadunk határozott syphilises előzményekre. Ha ezeket az adatokat használnók fel a lueses aetiológia kérdésének eldöntéséhez, nyilván hibás következtetésekre jutnánk. Egészen mások azonban az adatok abból az időből, a mikor pontosan kutattuk a leukoplakiás betegeink syphilises előzményeit, kúráit és esetleges tüneteit. 1906 elejétől 1908 elejéig az egyetemi ambulancián összesen 38 typosos leukoplakiás esetet észleltünk. Ezek közül 36 esetben (94·8%) az előző syphilises infectiót minden kétséget kizárólag pontosan megállapítottuk. Mindössze tehát csak 2 esetben (5·2%) hiányzott a lueses infectióra az adat.

Ez az adatunk kétségkívül rendkívül bizonyító erejű a leukoplakiás betegség lueses aetiologiájának kérdésében, főként azért, mert az előző syphilises infectio megállapítását nem egyedül a régi ulcusnak a beteg általi bemondására alapítottuk, hanem az antilueses kezelésre és a tünetekre is, a melyeket részben régebben az ambulancián kezeltünk.

Aránylag sok esetben nem is tartottuk fontosnak, hogy a lueses anamnesis vagy tünetek után kutassunk, mert a leukoplakiás betegek egyúttal typosos késői lueses tüneteket mutattak. A manifest lueses tünetek egybeesése a leukoplakiával nem is oly ritka jelenség. Természetes, hogy ilyenkor a lueses tünetek későiek: vagy a *Fournier* értelmében vett késői secundaer tünetek vagy typosos úgynevezett tertiaer tünetek. A két betegségnek egy időben való előfordulását, tehát a mikor a leukoplakiás beteg vizsgálata közben lueses tünetre is akadtunk, összesen 21 esetben észleltük. Leginkább syphilises glossitisek (7 eset) és tertiaer papulák fordulnak elő e csoportban (tenyéren, genitáliákon 3—3 ízben). Mind e tünetek rendszeres antilueses kúrákra elmúltak, a leukoplakia ellenben visszamaradt. E tapasztalatok vezetnek a leukoplakiás folyamat antilueses kezelésének elbírálására is, a miről alább még lesz szó.

Úgy hisszük, hogy már az eddig említett észlelésünkből és tapasztalatainkból is sikerült a lueses infectio és a később kifejlődő leukoplakiás elváltozás közti összefüggés fennforgását és létezését megerősítenünk. De van erre más mód is. És ez az, hogy oly betegségekben szenvedő egyéneket vizsgálunk, a kiknek régi lueses infectiója bajok alapján már eleve felvehető. Különösen a tabes, taboparalysis és a paralysis progressiva tartozik az ilyen betegségek közé. E bajoknak a lueses való szoros összefüggését az irodalmi adatok, de a klinikai megfigyelések is már évek, sőt évtizedek óta egyre valószínűbbé, sőt bizonyosabbá teszik. Most, hogy a lues serodiagnostikája *Wassermann, Neisser* és *Bruck* által kidolgoztatott és másokkal egyetemben kifejlesztett, ez a nagyfokú valószínűség már-már pozitív bizonyosságnak látszik. Az

a számos szerző, a ki tabes és paralysses egyének serumával és liquor cerebrospinalisával végezte a Wassermann-féle reactiót, csaknem kivétel nélkül positiv adatot kapott. Csak a legutóbbi megerősítő positiv adatok egyikére hivatkozunk, ha Bruck és Stern¹ közleményét említjük fel. Ma tehát úgy állnak a viszonyok, hogy a tabes és a paralyssis lueses aetiologiáját már positiv biológiai reactiók segítségével sikerül megerősíteni.

Ennek előrebocsátása után áttérünk azon vizsgálatainkra, a melyek a leukoplakia irányában paralysses betegek vonatkoznak, tehát oly egyénekre, a kiknek régebbi lueses infectioja igen nagy bizonyossággal felvehető. Vizsgálatunk nem indult meg egyenesen a leukoplakia kikutatására, hanem általában arra nézve, hogy minő tünetek észlelhetők általában paralyssisben szenvedő egyénekben bőr-orvoslási és főleg syphilidologiai szempontból. E tekintetben Pándy, lipótmezei tébolydai főorvos felhívásának engedtem, a ki Konrad, igazgató szíves beleegyezésével a legnagyobb készséggel boesátotta a férfiosztály szükséges beteganyagát vizsgálat céljából rendelkezésemre. Fogadják ezért e helyt is hálás köszönetemet. Midőn a tébolyda paralyssis férfibetegeinek egy részét átvizsgáltuk, csakhamar feltűnt, hogy mily rendkívül gyakran fordul elő közöttük a száj nyálkahártyájának leukoplakiás elváltozása. Lueses tünet csakis egészen elvértve akadt (gumma az orrban, a homlokon) a sok beteg között. Biztosan megállapítható lueses residuumok (nyeregorr, typosos hegek) is csak kisebb számban fordultak elő.²

Feltűnő volt azonban, mint már említettük, a leukoplakiák nagy száma. 1906 és 1907-ben vizsgálataink összesen 187 tébolydai esetre terjedtek ki. Ezek között 147 paralyssis progressivus beteg volt, a kik között 67 leukoplakiás egyént találtunk, a mi 45·57⁰/₀-nak felel meg. A 67 leukoplakiás beteg anamnesisében a lueses infectio 39 esetben volt kimutatható. A 147 paralyssis-eseten kívül megvizsgáltunk még 11 taboparalyssis beteget és 29 olyant, a ki más, nem paralyssis kórformában szenvedett (mánia, epilepsia, paranoia stb.) A 11 taboparalyssis beteg közül 3 leukoplakiában is szenvedett (27·27⁰/₀), a 29 nem paralyssis elmebeteg között leukoplakiára 5 ízben akadtunk (17·24⁰/₀). A paralyssis betegek és a nem lueses eredésű egyéb elmebetegségekben szenvedő egyének között előforduló leukoplakiás esetek aránya tehát 45·57⁰/₀ : 17·24⁰/₀, a mi minden esetre eléggé feltűnő számarány.

Ismerve azon tapasztalatot, hogy az elmebetegek nagy része erős, sőt mértéktelen dohányos, közelfekvő volt az a feltevés, hogy azok, a kik a leukoplakiás elváltozás lueses aetiologiáját tagadják, a paralyssis betegek nagy leukoplakiás arányát az erős dohányzás egyedüli eredményének tulajdonítják. Ezen esetleges kifogás értéke felől mi is akartunk meggyőződést szerezni s ezért ellenőrző vizsgálatokat végeztünk egyéb betegeken. Így elővettünk oly idült elme-kóralakot, a melynek lefolyása sokkal hosszabb ideig tart mint a paralyssis progressiva s így a betegek a mértéktelen dohányzással is sokkal huzamosabb ideig élnek vissza. E célból Pándy főorvos válogatás nélkül 21 paranoiás esetet boesátott vizsgálatomra. A 21 paranoiás beteg közül csak 2 nem volt dohányos, a többi 19 mind az volt, sőt a legtöbb igen mértéktelenül élt a dohány élvezésével. És mégis mindössze két ízben (9·52⁰/₀) talákoztunk leukoplakiával.

A fentiekben tehát igyekeztünk kimutatni és megerősíteni, hogy a leukoplakiás elváltozások aetiologiájában a lues feletle fontos szerepet visz. Kimutattuk ezt egyrészt utolsó két évi klinikai anyagunkon, a melynek 38 esetében 36-szor kétségtelenül sikerült megállapítanunk a syphilis infectiót, de kimutattuk másrészt az által is, hogy a valószínűleg lueses eredetű paralyssisek feltűnő nagy számában (45·57⁰/₀) tudtuk a leukoplakiát megtalálni.

Érdekes az az összeállítás is, mely a leukoplakiás betegek lueses infectiójának idejére vonatkozik. Összesen 59 esetet vettünk fel e csoportosításba és pedig csakis olyant, a melynek a syphilisre vonatkozó adatait teljes mértékben ismertük.

¹ Stern és Bruck: Die Wassermann-Neisser-Bruck'sche Reaction bei Syphilis. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1908. 10—12. sz.

² E helyen vizsgálataimnak a leukoplakiától eltérő részére ki nem térhetek és csak kiemelem, hogy a paralyssis betegeknek, de egyébként általában az elmebetegeknek rendszeres dermatologiai megfigyelése sok klinikailag érdekes jelenséget derít ki. Ilyfajta rendszeres vizsgálatok még egyáltalában nem végeztek s így nem lesz érdektelen, ha alkalomadtán az idevágó ada tokat is feldolgozzuk.

Lueses infectio években	Buccális nyálkahártya	Nyelv	Alsó-ajak	Buccális nyálkahártya és nyelv	Nyelv és alsó ajak	Buccális nyálkahártya, és alsó ajak	Buccális nyálkahártya nyelv és alsó ajak	Összesen
2—5	4	—	—	2	—	2	—	8
6—10	8	6	—	3	—	1	1	19
11—15	3	2	—	1	1	—	1	8
16—20	4	1	—	5	—	—	—	10
21—25	2	1	—	1	—	2	—	6
26—30	1	1	1	3	1	—	1	8
Összesen	22	11	1	15	2	5	3	59

Látnivaló ezen összeállításból, hogy a leukoplakia legkorábban a lueses infectio utáni második esztendőben jelentkezik, bár ez az előfordulás az 5. évig aránylag ritkább. A legtöbb kifejezett leukoplakiás elváltozást azon betegeinken észleltük, a kiknek lueses infectioja óta 6—10 esztendő mult el.

(Folytatása következik.)

Közlés a budapesti m. kir. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. udvari tanácsos, ny. r. tanár.)

Az emberen való vérnyomás-mérés módszerei, különös tekintettel az újabb eljárásokra.

Irta: Torna József dr., klinikai gyakornok.

(Folytatás.)

A következő eljárások az úgynevezett *objectiv*¹ meghatározás-módok csoportját alkotják. E csoport nagyjából három osztályra különíthető. Az egyikbe a *graphikai*, a másikba az úgynevezett *oscillatorius*, a harmadikba pedig a *különféle meghatározási módszerek* és eszközök tartoznak.

Tulajdonképen *Basch* volt az első, a ki a vérnyomás mérését *objective* törekedett ellenőrizni, és pedig olyformán, hogy a tapintó ujj szerepét az ő sphygmoskopjára ruházta, melylyel mérés közben *graphikai* feljegyzéseket végeztetett. Utána *Groedel* és *Kisch* különféle ellenőrző eszközökkel végeztek hasonló vizsgálatokat, de vizsgálataik csupán a maximális nyomás megállapítására szorítkoztak.

A *graphikai* módszerek közül ma leghasználatosabb a *Sahli*-féle, a mely már nemesak a maximális, hanem a minimális és így a pulsus-nyomás meghatározását is lehetővé teszi. Ezen eljárás abban áll, hogy ugyanazon karra, a melyre a *Riva-Rocci*-féle készüléket alkalmazzuk, az art. radialis fölé egy újabban tökéletesített *Jaquet*-féle sphygmographot² is csatolunk és ezt, miközben a nyomást a karra a szokott módon fokozzuk, szintén működésbe hozzuk. Azon nyomás, melyen a sphygmograph írófüje a kormozott papíron egyenes vonalat kezd jelezni, a maximális, vagyis a pulsus-görbe csúcsának, legtetjének megfelelő nyomás. Ezt különben *Potain*-nek emberen és a vérkeringést imitáló készüléken végzett pontos kísérletei is kétségtelenül igazolják.

Az írófü kitérése a nyomásnak bizonyos fokán túl fokozatosan kisebbedik, a míg azután többé-kevésbé egyenes vonalba megy át. Hogy pedig a sphygmogramm görbéje nem kisebbedik mindjárt a nyomás elején, könnyen érthető, ha elgondoljuk, hogy a vérér fala belülről kifelé ható erő által egyoldalulag van megterhelve s

¹ E helyen az „objectiv” szó inkább az eszközökre vonatkozik, szemmel ellenőrizhető jelent. Ezen eljárások használatakor tehát, különféle segédeszközök igénybe vételével, legtökéletesebb érzékszervünkkel állapítjuk meg a nyomásingadozásokat.

² Ezen tökéletesített és részben *Sahli* által módosított *Jaquet*-féle sphygmograph fő előnye az, hogy a pulsus lökéseit valóban a lehető leghívebben jegyzi, s írószerkezetének saját kilengése alig van. A szerkezetre még két külön *Marey*-féle dobbal összekötött írófü is van szerelve úgy, hogy ugyanazon papírszalagra egymás alá és egyidejűleg például a carotis, szívescsúcs és radialis, vagy a jugularis, carotis (esetleg aneurysma) és szívescsúcs (v. radialis) pulsusának görbéit irathatjuk. A készülék óraműve, időjelzése kétféle gyorsaságra van berendezve és igen pontosan működik. (Maga *Jaquet* ugyanis régi, híres svájci órakészítő családból származott.)

így a kívülről ható ellennyomás a vérőér lumenét csak akkor változtatja meg, a mikor a kívülről ható nyomás a belső nyomást túlhaladja. Míg ez be nem következik, addig természetesen a karövtől periferián fekvő részen a pulsus sem lesz kisebb. Ebből következik, hogy azon pillanatban, a mikor a fokozódó nyomás mellett a pulsus-hullám periferián épen megkisebbedett, a verőér kissé már összenyomatik, tehát a külső nyomás a verőér minimális nyomását (vagyis a pulsus-görbe völgy-részenek megfelelő nyomást) kissé már túlhaladta.

Ezek alapján *Sahli* a minimális nyomást a *Riva-Rocci*- és *Jaquet*-féle készülékek segítségével úgy állapítja meg, hogy azon nyomásértéket jegyzi, a melyen a radialis felvett sphygmograph-pulsus-görbe megkisebbedni kezd. A legtöbbször a sphygmogrammon ott, a hol ezen megkisebbedés kezdődik, a pulsus-görbe völgy-része feltűnően ellapul, kiszélesedik. Így ezen körülmény is irányadóul szolgálhat a minimális nyomás meghatározásakor.

A már előbb említettek alapján, de azért is, mivel az újabb, bár még megerősítésre szoruló vizsgálati eredmények szerint, mint már jeleztem, mai eljárásaink általában a diastolés nyomást aránytalanul magasra becsülik (míg a systolés nyomás értéke a való értékhez közelebb jár), itt is czélszerűbb volna a sphygmograph rajza szerint az első kisebb görbe előtti pulsus-rajznak (vagyis az utolsó nagy pulsusnak) megfelelő nyomást tekinteni a minimális nyomás értékének. Azon nyomást tehát, a melyen a pulsus-hullám, mint mondtam, még csonkítottanul haladhat tovább.

Ezen mérés végzésekor czélszerű az írókészüléket a karra *Sahli* utasítása szerint jó szorosan csatolni, mert különben a rendesen keletkező gyűjtőeres pangás és duzzadás az írófűt mind magasabbra tolja és a leírt görbék már ennek következtében is megkisebbednek, a mely körülmény a vizsgálatot megzavarná.

Bingel a *Sahli*-féle eljárás alapján oly készüléket szerkesztett, a mely a kormozott papirosra a pulsus-rajz fölé a nyomás-fokozatot is 10—10 mm.-es szakaszokban automaticze jelzi.

Sahli a leírt eljárással nyert értékeket a mérnökök által használt úgynevezett millimeter-papirosra a lázgörbe mintájára graphice jelzi: megszerkeszti az általa „absolut sphygmogramm”-nak nevezett görbét. E görbe tulajdonkép — épen úgy mint a lázgörbe — egyenes vonalakból van összetéve. Egy-egy pulsus-hullám két vonallal van jelezve, melyek közül az első (a sphygmogramm felhágó ágának megfelelő) többé-kevésbé meredeken halad felfelé, míg a felső végéből kiinduló másik (a lehágó résznek megfelelő) vonal lejtősen száll lefelé. Mivel pedig az említett millimeter-papiros alulról felfelé (függőleges irányban) a nyomás fokozatjával, balról jobbra (vízszintes irányban) pedig időjelzéssel¹ van ellátva, a gyakorlott szem úgyszólván rögtön tisztában van a felrajzolt absolut pulsus-görbe értékével. Vagyis leolvashatja róla a minimális és maximális nyomást, továbbá az egész pulsus lefutásának idejét, a pulsus-nyomást, végül külön-külön azon időtartamot, mely alatt a pulsus-nyomás a minimumról a maximumra s innét ismét a minimumra szállott, vagyis a pulsus gyorsaságát (vagy lassúságát) és néha a nagyságát is.

Tekintve, hogy a tulajdonképeni sphygmographiának nem sok hasznát vehetjük, *Sahli* ezen újabb eljárását, mely az egyes pulsus minemiségéről, értékéről helyesebb és szemléltetőbb képet ad, örömmel fogadhatjuk. De azért téves volna hinni, hogy az absolut pulsus-görbe a szív erejének, a pulsus munkájának egészen megbízható, valóságos képét adja. Mert a görbének ily értelemben való megbírálsakor a szív és vérhullám munkáján és a minimális nyomás fokán kívül a verőér rugalmassági tényezője is (a mely pedig úgyszólván esetenként változó) szem előtt tartandó. Az absolut pulsus-görbe azonban sok tekintetben használhatóbb a régi pulsus-rajznál. Azt például, hogy valamely pulsus celer-e avagy tardus, helyesen csak az absolut pulsus-görbéről ítéltetjük meg.

Hensen a diastolés nyomást a következő, elég nehézkes és körülményes módszerrel határozza meg. Az írókészüléket az egyik, a *Riva-Rocci*-féle karövet a másik karra alkalmazza. Az írógéppel előbb néhány közönséges, rendes pulsus-görbét írat, azután meghatározza a maximális nyomást a legszokottabb módon: a

palpatioval. Vagyis azon nyomásfokot jegyzi, a melyen a nyomásmérővel összekötött karon a radialis pulsusa a tapintó ujj alatt eltűnik. Most a vérnyomást mesterségesen fokozza, és pedig oly módon, hogy egyik segédjével a has-aortát leszorítatja úgy, hogy a czomb-verőér pulsusa megszűnik. Az így fokozott vérnyomás mellett újból meghatározza a systolés nyomást és egyszersmind az írógéppel újabb görbéket írat, a mely görbék az előbbiekhez képest magasabban rajzoltatnak. A kapott kétféle maximális értékből és a kétféle magasságban rajzolt pulsus-görbék csúcsának niveau-különbségéből azután kiszámítható a pulsus-rajz minden egyes részének és így a pulsus-völgynek megfelelő nyomásérték is.

Ezen eljárás ily alakban, nem tekintve nehézségét és egyéb hibáit, már csak azért sem számíthat általános használatra, mert a súlyos betegek, különösen pedig a szívbajosok aortájának ily drasztikus összenyomására azt hiszem nem sokan fognak vállalkozni.

Egyenlőtlen, továbbá a belégzéskor észrevehetően megkisebbedő pulsus esetében e mérő eljárás a vérnyomás mesterséges fokozása nélkül is alkalmazható oly módon, hogy külön meghatározzuk a nagyobb és külön a kisebb pulsusnak megfelelő maximális nyomást. A nagyobb pulsusnak megfelelő nyomás az lesz, a melyen a gummiövétől periferián minden pulsus megszűnik. Ha ellenben a karra kisebb nyomást gyakorlunk, bizonyos fokon azt tapasztaljuk, hogy a pulzusok egy része, a kisebb, gyengébb lökések visszatartatnak, míg az írógép a másik karon valamennyit pontosan jelzi. Ezen nyomás lesz a kisebb pulsusnak megfelelő systolés nyomásérték. A kiszámítás itt is a fentebbi módon, a két mérés adata és a pulsusrajz vonalainak lemérése alapján történik.

Hensen-t megelőzve már *Potain* is tett hasonló elven alapuló kísérleteket a minimális nyomás mérésére, és pedig oly esetekben, a melyekben dikrot pulsus volt tapintható. A maximális nyomást az ő pelottás sphygmomanométerével a szokott módon határozta meg; azután pedig meghatározta azon nyomásfokot, a mely a dikrot hullámot visszatartotta. Az így kapott értékekből a sphygmogramm alap- a hullámvölgynek megfelelő nyomásérték is ki volt számítható.

A minimális nyomás graphikai meghatározására és általában a pulsusgörbe értékesítésére *Recklinghausen* igen körülményes eljárást használ. Ő magát a *Riva-Rocci*-féle karövet (a melyet igen szélesre készített) köti össze egy írószerkezettel, a mely a pulsus-görbét, miközben a karövbéli nyomás fokozatosan növeltetik, lépcsőzetesen jelzi. Így áll elő az ő „lépcsőzetes görbé”-je (*Treppenkurve*), melynek egyes fokait a különféle magasságban jelzett pulsus-rajzok alkotják. Ezen lépcsőzetes görbéket tehát a verőérre gyakorolt, mesterségesen váltogatott külső nyomás mellett a karövvel összekötött írószerkezet jegyzi papírra. *Recklinghausen* a radialis pulsusának ellenőrzését ezen eljárás mellett teljesen figyelmen kívül hagyja. Szerinte a karövbéli nyomás azon fokon éri el a verőér „absolut” nyomását, a melyen a tonograph a legnagyobb, legteljesebb kitéréseket írja le, mert ilyenkor, mint mondja, a karövben az arteria fala szabadon ide-oda libeghet. Ilyenkor tehát az írószerkezet a verőérben végbemenő nyomásingadozásokat teljes nagyságukban (amplitude) és a helyes magasságban, lépcsőfokon adja vissza. („Richtige Höhe des absoluten Druckes.”)

Az említett lépcsőzetes pulsusrajzon egy-egy pulsus-képnek bizonyos szakasza (például a visszaverődési hullámok rajza) a verőérre gyakorolt nyomás különféle fokán különféle nagyságban tűnik elő. *Recklinghausen* szerint valamely pulsus-szakasz csak azon lépcsőfokon van helyesen ábrázolva, a melyen rajza a legteljesebb nagyságban (amplitude) látható. Ha tehát egy teljes egész pulsus-képet, és pedig tökéletes nagyságban, pontos magasságban, értékben akarunk kirajzolni, a képet a lépcsőzetes pulsusrajznak különféle fokairól vett egyes szakaszaiból mesterségesen kell összeraknunk, minden egyes részletet onnan véve, a hol a legteljesebb nagyságban ábrázoltatik. Így kaphatjuk meg a teljes pulsusértéket (Pulsamplitude) és ezzel a megfelelő systolés és diastolés nyomás értékét is.

Nem bocsátkozunk ezen eljárás előnyeinek és hibáinak tárgyalásába, minthogy rendkívül körülményes volta miatt úgy sem tarthat igényt általános elterjedésre.

A többi eljárás közül, melyet a vérnyomásmérés graphikai ellenőrzésére ajánlottak, e helyen csak névleg említjük meg *Kozicz-kowszky* úgynevezett turgo-sphygmographikai módszerét, továbbá *Erlanger* és *Müntzer* eljárásait. *Erlanger* módszere különben

¹ A *Jaquet*-féle írókészülék az időt $\frac{1}{5}$ másodpercnyi közökkel jelzi, a mely jelzés megfelelő nagysággal a kockázott papirosra is átvihető.

Recklinghausen-nek az alábbiakban közlendő oscillatorius módszerével sok tekintetben egyezik.

Jaquet a legújabb időben a fém-manometerek elve alapján igen elmés és e mellett egyszerű és meglehetősen pontossággal működő nyomásjelzőkészüléket, úgynevezett sphygmotonographot szerkesztett, a mely az ő sphygmographjára oly módon erősíthető, hogy a nyomás fokozódásával arányosan emelkedő görbét közvetlenül a sphygmogramm fölé ugyanazon papírszalagra jegyzi. Minthogy pedig a sphygmotonographnak a higanymanométerrel való összehasonlításából a nyomásgörbe minden egyes szakaszának, emelkedésének a megfelelő nyomásfoka adva van, a sphygmogramm minden egyes részén a megfelelő nyomást könnyen állapíthatjuk meg. A készüléket természetesen a *Riva-Rocci*-féle karóvval kötjük össze, a melyet a nyomás pontos fokozhatása céljából esaváros présbe szorított labdával fújunk fel. Ha, a mint várható is, az eszköz némi módosításokon megy át, valószínű, hogy hamarosan igen használatossá fog válni. Hibája ma még az is, hogy csak 50 mm.-en felüli nyomást jelez, holott tudjuk, hogy a diastolés nyomás sok betegben 50 mm. alatti értékkel bír.

Mindenki, a ki vérnyomásméréssel foglalkozott, bizonyára sokszor tapasztalta már, hogy a manometer higánya bizonyos nyomásfokon sajátos ritmikus pulsatioja jő. Ezen pulsatio, a mit a higany természetesen a nyomás alatt álló arteriáktól vesz át, bizonyos nyomáshatárokat (és pedig a diastolés és systolés nyomás foka) között a legélénkebb, míg a határok felett és alatt alig látható. Hasonlóképpen viselkedik az óra-manometer mutatója is, a melyen az említett nyomásviszonyok mellett bizonyos fokozódó nyugtalanság, ide-oda lengés, „oscillatio” mutatkozik. Ezen sajátos oscillatio kérdése már *Marey*-t és *Riva-Rocci*-t is foglalkoztatta, de gyakorlati értékesítése az újabb szerzők, mint *Mosso*, *Hill*, *Pal*, *Erlanger*, *Bing* és első sorban *Recklinghausen* érdeme.

Ha tehát a nyomást a karóvban lassan fokozzuk, egy bizonyos ponton a manometer ingadozása hirtelen igen megnövekszik és pedig előbbi kitérésének akár kétszeresére is. A nyomás további fokozása mellett a nagy kitérések megmaradnak, míg egy ponton ismét ép oly kicsinyre változnak mint eleinte voltak. Az alsó határ, melyen a nagy „oscillatio” kezdődnek, a minimális (diastolés), a felső határ pedig, a hol újból megkisebbednek, a maximális (systolés) nyomásnak felel meg.

Recklinghausen az oscillatio keletkezésére és sajátos viselkedésére a következő, eléggé elfogadható magyarázatot adja. A nyomás fokozásakor egy bizonyos magasságban a nyomás a karóvban ép oly nagy (vagy talán kissé nagyobb) mint a minimális nyomás a verőérben, ennek következtében az arteria a diastole egy igen rövid pillanatáig, mielőtt a külső nyomás a belsőt túlhaladja, mint vékonyfalú cső összelapul. De azután viszont a következő pulsus lökése folytán az arteria nyomása hirtelen megnövekszik s így a belső nyomás lesz a nagyobb, a mirek következtében az arteria ismét teljes, kerek csővé tágl. A verőér tehát ily nyomásviszonyok mellett a pulsatio következtében hol teljes, kerek csövet, hol pedig üres, lapos szalagot alkot. A volumen-ingadozások tehát ekkor igen jelentékenyek, sokkal nagyobbak mint azelőtt, a mikor a verőér alakja egy tágabb és egy ennél csak valamivel szűkebb cső határai között ingadozott. Ha a nyomást a karóvban még tovább fokozzuk, a pulsus lefutásának nagyobb része alatt lesz magasabb a verőér nyomásánál és ennek megfelelőleg a verőér is hosszabb ideig marad összelapítva és csak rövid ideig alkot nyitott, teljes csövet; de azért volumen-ingadozásai még mindig nagyok maradnak. Ha végre a karóv nyomása a systolés (maximális) nyomást is túlhaladja, a verőér már állandóan összenyomatik. Ezen ponttól kezdve a manometer ingadozásai ismét megkisebbednek. Hogy egészen meg nem szűnnek, annak az az oka, hogy a karóv centrális széle a hozzáverődő pulsus ingadozásait részben átveszi és a manometerrel közli.

Tehát, mint ismeretes, a manometer higanyoszlopán is elég jól kivethető a pulsatio és például *Erlanger* egyik eljárásában ezt használja fel a vérnyomás ingadozásainak megítélésére; azonban a minimális nyomás pontosabb meghatározására a higanyt fizikai sajátosságai, főleg pedig óriási fajsúlya miatt általánosan alig használhatjuk. Ezen okból egyesek finomabb, érzékenyebb eszközöket iparkodtak szerkeszteni.

Ezen eszközök között az első hely illeti meg *Recklinghausen*

tonometerét, a mely tulajdonképp nem egyéb mint egy szokatlanul nagy méretekben készült óra-manometer. Fő alkotórésze egy mérsékelt ívben hajlított, rugalmas bádorgból készült érzékeny, zárt csővecske (úgynevezett Bourdon-cső), mely a széles pneumatikus karóvval jó összeköttetésbe és a nyomás foka szerint kisebb-nagyobb mértékben kiegyenesedni törekszik, miközben a szabadon mozgó végéhez finom fonállal kötött nagy mutatót tengelye körül kisebb-nagyobb mértékben kitéríti. A számlap a mutató alatt az eszköz méreteinek megfelelőleg igen nagy és jól olvasható fokosztályzattal bír, a mely nem, mint az eddigi manometereken, millimeter Hg-nyomás, hanem centimeter víznyomás alapján van jelezve. *Recklinghausen* ugyanis, egyéb mérési egységeinek tekintetbe vételével, az egyöntetűség kedvéért ajánlja, hogy ezután ezen méréseink alkalomával a víz nyomását vegyük meghatározó mértékül. Ajánlatát már eddig is többen vették tekintetbe. Ezen új mérték mellett szól az is, hogy a víz és vér fajsúlya csak kissé különbözik egymástól és ha szem előtt tartjuk, hogy a vér fajsúlya 5⁰/₁₀-kal magasabb, akkor a mérésünknek kapott eredménynek 1/20-ával kell többet vennünk, hogy a valódi vérnyomás értékét cm.-ben kifejezve megkaphassuk.

Recklinghausen az eddigi fújtató helyett egészen újfajta, a kerékpárosokéhoz hasonló légszivattyút készítettett, a mely a nyomásnak legfinomabb beállítását, változtatását is lehetővé teszi. A tonometer mutatója a már említett határok között szabályos, ritmikus nagy ingásokat ír le. *Recklinghausen* is felveszi tehát, hogy azon nyomás-fok, a melyen a „nagy oscillatio” kezdődnek, a diastole, azon felső fok pedig, a melyen ismét megszűnnek, a systole nyomásának foka. *Recklinghausen* oscillatio módszerét már több vizsgáló használja, de viszont vannak olyanok, a kik helytelennek minősítik. Ez utóbbiak közül egyesek azon nézetüknek adnak kifejezést, hogy a tonometer a diastolés nyomásnak igen alacsony, a systolés nyomásnak pedig magas mértékét mutatja. A közel jövő remélhetőleg el fogja dönteni, melyik részen van az igazság. Az bizonyos, hogy ma valamennyi oscillatorius meghatározási módszer közül a *Recklinghausen*-é érdemli meg a legnagyobb bizalmat.

Strasburger több hó óta végez összehasonlító vizsgálatokat a saját palpatorius és a *Recklinghausen*-féle oscillatorius módszerrel és azt tapasztalta, hogy főleg magas pulsus-nyomással bíró egyéneken, ha a mérést túlnyomással kezdjük és a nyomást fokozatosan csökkentjük, a tonometer mutatója, a mely eleinte szabályos, nyugodt kilengéseket végez, bizonyos fokon kilengéseit sajátos apró remegéssel „czipfázza”. E kísértő remegés bizonyos határig még fokozódik, a mely határ a palpatorius mérés adta diastolés nyomás-fokkal esik egybe. *Strasburger* különben még azt is tapasztalta, hogy ha a nyomást lassan és lehetőleg egyenletesen csökkentette, a mutató is (szabályos oscillatioit végezve) megfelelő mértékben egyenletes, fokozatos eséssel követte a nyomás súlyedését, míg egy bizonyos ponton, a nyomás fokozatos csökkentése ellenére is, vagy 2—3 pulsus időtartamig mintegy fennakadt. A mutatónak ezen fennakadása is a diastolés nyomás helyét jelölné.

Az oscillatorius meghatározásra különben igen ügyes berendezést készítettett *Pal* is. E készülék lényege a *Riva-Rocci*-féle karóvval összeköttetésben álló, külön állványra szerelt, fokosztályzattal ellátott vízszintes üveg-capillaris, melyben egy csepp, alkaninnal megfestett petroleum ide-oda való cikázásával, oscillatiojával jelzi az art. brachialisban végbemenő és a karóv útján a készülékre átvitt pulsatiót, nyomásingadozást. A nyomás fokozásával a petroleumcsepp oscillatio kitérése bizonyos fokig növekszik, azután ismét megkisebbedik. *Pal* szerint azon nyomás-fok felel meg a diastole nyomásának, a melyen ezen megrövidülés kezdődik. Az oscillatio nagyságát a capillaris fokosztályzatán szabad szemmel (vagy esetleg nagyítóval) pontosan ellenőrizhetjük. A *Pal*-féle készülékhez egy, a *Gaertner*-féle eszközhöz hasonló pneumatikus gyűrű is van mellékelve, s így az oscillatio mérés nemcsak a karon, hanem az ujjakon is végezhető.

Bing hasonló elvek alapján újabb berendezést állított össze, melynél az oscillatiokat nem a *Riva-Rocci*-féle, hanem egy közvetlenül alatta a karra esatolt második karóv veszi át és közvetíti a capillarisba zárt színes köölajcseppel. Ezen második pneumatikus öv oly szorosan alkalmazandó, hogy tőle periferián a pulsus megszűnjék; így a pulsatiót leginkább csak a centrálisan fekvő széle veszi át. Ezen eszköznek szabad szemmel is igen jól ellen-

örizhető oscillatioja a felső Riva-Rocci-féle karöv egy bizonyos nyomási fokán kissé megrövidül. Ezen fok a diastole nyomásának mértéke. Ha a nyomást tovább fokozzuk, az oscillatio fokozatosan esik, míg a systolés nyomásnak megfelelő fokon teljesen megszűnik.

Előnye ezen eszköznek (Strasburger szerint is), hogy ott is jól alkalmazható, ahol a pulsus palpatio útján különféle okok miatt nehezen ellenőrizhető. Továbbá pedig az is a javára szolgál, hogy használatával a mérés helyétől periferián fekvő ereknek a mérésre gyakorolt, többektől hangzottatott befolyása teljesen kiesik.

E mérési eljárások különben sok tekintetben hasonlóak a régebbi, Mosso-féle módszerhez. Mosso ugyanis sphygmomanometere segítségével a kéz több ujjának felületére fokozatos viznyomást gyakorolt. Az ujjak ereinek pulsatioját a vizoszlop is átvette és alkalmas írószerkezet útján fel is jegyezte. (Ezen eljárás tehát tulajdonképpen a grafikai módszerek közé sorozható, de a minimális nyomásnak vele való mérésére útbaigazításunk nincsen.) Mosso szerint azon viznyomás felel meg az art. digitalisok („közép“) vérnyomásának, amelyen a vizoszlop pulsatioja a legnagyobb kitéréseket mutatja.

Ugyanezen elveken alapszik Hill módszere is, mely abban áll, hogy egy vízzel töltött tömlővel (pelottával) az art. radialisra fokozatos nyomást gyakorolunk, miközben a pelottával közlekedő capillaris vizoszlopának kitéréseit figyeljük. Ezen eljárás is csak a maximális nyomás meghatározására szolgál és az előbbivel együtt több hibája van. Hasonló elbírálás alá esik Hürtle ilyenmű eljárása, melynél az egész kar tétetik ki, megfelelő eszközben, bizonyos határig fokozható ellennyomásnak.

Úgyes kis eszköz Rheinbold sphygmoskopja: kis állványra szerelt érzékeny emeltyűszerkezet, mely alá valamelyik ujj hegye mérsékelt nyomással szorítandó. Az ujjnak a keringés okozta rhythmusos volumen-változásait az emeltyűszerkezet szabad szára tetszés szerint fokozható nagyítással mutatja, esetleg le is jegyzi.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Fischl: Therapie der Kinderkrankheiten. Ein Leitfad für Ärzte u. Studierende. Berlin, Fischer's medizinische Buchhandlung (H. Kornfeld), 1909.

A német irodalomban az utolsó években megjelent kitűnő gyermekorvostani tankönyvek után (Schlossmann és Pfandner, Finkelstein, Heubner) egy újabb tankönyv elé már csak némiképpen fokozott igényekkel lehet nézni. Fischl az érdeklődést már azzal is felkelti, hogy könyvét kizárólag a therapiának szenteli. Ily könyveknek csak akkor van értékük, ha nem egyszerűen felsorolnak minden ajánlott gyógyítójárást, hanem egy élet tapasztalatait a gyógykezelés terén foglalják magukban. Fischl ezt könyvének előszavában igéri is. Sajnos, a könyv ilyen igények mellett csalódást ébreszt. A legismeretesebb therapiát minden értékesebb egyéni tapasztalati anyag nélkül írja le. Míg Finkelstein könyvének minden eddig megjelent kötete therapiás tudásunkat hatalmasan gazdagítja, az első kötet a spasmophil diathesisnek liszt- és phosphortherapiáját, az opiumadagolást, a másik kötet az influenzának asthmás alakjaiban a belladonna használatát teszi orvosi közkinésé. Fischl munkájában a régi, generációkról generációkra átöröklődő sablonokat és orvosi babonákat látjuk újból. Meglepő gyenge a csecsemők emésztési zavarairól tárgyaló fejezet. Czerny és Keller „Nährmittelschaden“-ja, Finkelstein alimentáris intoxicatioja után ezen fejezet elé roppant érdeklődéssel kellett nézni. Maga Finkelstein, mint tőle személyesen hallottam, évek óta készenhordja fejében az anyagot e fejezethez és nem merte még kiadni. Fischl jelzi is könyvében néhány szóval az e téren most lezajló forradalmat, de hozzátesszi, hogy erről „többet nem tud és nem akar írni“. Birálat nélkül felsorolja a ma szokásos gyógykezeléseket, de a táplálkozásban ma oly fontos és döntő quantitativ szempont elhanyagolásával.

Hasznos a függelékben adott rövid szakácskönyv.

Sz...a.

Új könyvek. O. Herff: Im Kampfe gegen das Kindbettfieber. Leipzig, J. A. Barth. 0.75 m. — A. Ebner: Über den heutigen Stand der Erkennung und Behandlung der Appendicitis. Erörtert an 550 von Prof. Garré behandelten Fällen. Leipzig, J. A. Barth. 3.75 m. — F. Ahlfeld: Der praktische Arzt und die Händegedehr. Leipzig, J. A. Barth. 1.50 m. — E. D. Schumacher: Unfälle durch elektrische Starkströme. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 2 m. — H. Friedenthal: Beiträge zur Naturgeschichte des Menschen. 1. Das Wollhaarkleid des Menschen. Ein Beitrag zur Physiologie der Behaarung. Jena, G. Fischer. 10 m. — Courtois-Suffit et Trémolières: La pratique thérapeutique. Paris, O. Doin. 12 fr. — R. Mercier: Conférences d'hygiène et de puériculture. Paris, A. Poinat. 2 fr. — J. W. Thomson Walker: Estimation of the renal function in urinary surgery. London, Cassell and Co. 7 s. 6 d.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

A digipuratum elnevezéssel a Knoll és társa cég által tablettá alakban forgalomba hozott extractum digitalis depuratumot ismerteti Hoepfner és Fraenkel. A folia digitalisból készült gondos tisztítással, úgy hogy a digitoxint és digitalint tartalmazza, de a digitonintól s más szükségtelen mellékhatású anyagoktól meg van szabadítva. A digipuratum 0.1 gm.-ja megfelel 0.1 erősen hatásos folia digitalisnak; hatás tekintében megbízható és gyors; 0.4 gm.-mal már 24 óra alatt hatást lehet elérni; a gyomrot sokkal kevésbé izgatja mint a digitalislevél s könnyebb vele hatást elérni, mint a nem állandó összetételű digitalislevelekkel. Hoepfner legjobbnak találta, ha az 1. és 2. nap 4×0.1, a 3. és 4. nap 3×0.1, a továbbiakban pedig 2×0.1-et ad; de persze esetleg már a 1. nap után kevesebbet lehet adni. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1908. 34. szám.)

Szinnyei dr.

Belorvostan.

Meningitis typhosa esetét írja le Lavenson. A 26 éves nő lázzal, erős fejfájással, hányással és photophobiával betegedett meg. A negyedik napon a kórházba vették fel; a hőmérséke ekkor 39.4° volt, az érverése 80, a légzése 16. A beteg kissé stuporosus volt, de nem delirált. Hasa nem volt fájdalmas, eruptio nem volt rajta, lépe nem volt megnagyobbodva; tarkómerevség nem volt, a térdreflex rendes. Kernig-tünet hiányzott. A vizelet fehérjéjé vagy ezukrot nem tartalmazott. Három nappal később mérsékelt delirium mutatkozott s a Kernig-tünet is megjelent; öt nap múlva pedig már a tarkómerevség is megvolt s nemsokára tüdővízenyő tünete között beállott a halál. A boncoláskor a belekben elváltozást nem találtak, a lép rendes nagyságúnak bizonyult. Az agy convexitásán három helyen a lágy agyhártyán genyfelhalmozódást lehetett kimutatni. Az agy alapján nem volt elváltozás. A genyben nagyszámú typhusbacillus volt található. Megjegyzendő, hogy a betegség 5. napján a Widal-reactio negativ volt, de 3 nappal később már positiv lett. A halál előtt 7 nappal lumbális punctioval nyert folyadék-ból a typhusbacillus volt kitenyészthető. Az eset bizonyítja, hogy a typhusos fertőzés tisztán az agyhártyára szorítkozva is előfordulhat. (University of Pennsylvania Med. Bull. 1908 április.)

A szív munkabírásának vizsgálatáról ír Waldvogel tanár, igen egyszerű eljárást ajánlva. A szokásos orvosi vizsgálat végeztével a diványon fekvő maradt egyén karjára alkalmazza a Recklinghausen-féle manchettát és a Riva-Rocci-féle manometert a beteg kezébe adva, meghatározza gyorsan egymásután kétszer a systolés vérnyomást; azután felszólítja a beteget, hogy álljon fel, tartsa a manometert a kezében a szív magasságában és akkor újból gyorsan meghatározza kétszer egymásután a systolés vérnyomást. Fontos, hogy ez gyorsan végeztesse, mivel a felállás után, mint minden munka után, kezdetben eshetik vagy emelkedhetik, vagy ugyanannyi maradhat a nyomás, míg később rendszerint esik és következik rája; már pedig a fekvésből való felemelkedés az az állandó munkamennyiség, amelylyel a szív munkaképességét meg akarja határozni. Ily módon 130 embert vizsgált meg és azt találta, hogy azon emberek közül, kikben a nyomás nem változott, 64% teljesen ép szívű; a kikben 5 mm.-rel csökkent, 66²/₃% a kikben 10—20 mm.-rel csökkent, 19% s a kikben 20 mm.-en felül csökkent, csak 8³/₃% ép szívű. Azon egyének közül, a kikben a nyomás 1—10 mm.-rel emelkedett, 52% s a kikben 10—20 mm.-rel emelkedett, 25% egészséges szívű. Már fekvő helyzetben emelkedett vérnyomású embereken a mondott

munkára 13⁰/₀-ban maradt ugyanannyi a nyomás, mint fekve; csökkent 5 mm.-rel 11⁰/₀-ban, 10—20 mm.-rel 19⁰/₀-ban és 20 mm.-en felül 66²/₃⁰/₀-ban; emelkedett ellenben ugyancsak fekvő helyzetben és magas vérnyomású egyénen 10 mm.-rel 9⁰/₀-ban, 10—20 mm.-rel 10⁰/₀-ban. Inaequalis pulsus lehetetlenné teszi a meghatározást, míg ideges befolyások alig vannak hatással, legfeljebb felálláskor erős vérnyomásemelkedést lehet ily esetekben tapasztalni. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1908. 32. szám.)

Szinnyei József dr.

A gyomormotilitás vizsgálata Röntgen-sugarakkal.

Kaestle 80 rendes gyomormozgású egyénen 200 kísérletet végzett bismuthum subnitr. segélyével a gyomor kiürülése idejének meghatározására s azt találta, hogy ha 200 gm. tejeskásába kevert 30 gm. bismuth. subnitr.-ot vagy bism. carbonicumot, akkor 2—3¹/₂ óra múlva a gyomor üres volt; a vékonybélben 2—3 óra alatt haladt át ugyanez a massa; a colonban sokkal lassabban halad és sok az egyéni ingadozás. Igen ajánlja ugyanezen célra 30 gm. bism. subnitr. (vagy 28 gm. bism. carb.) és 60—65 gm. bolus alba keverékét 250 cm³ tartalmú pohárban vízzel épen iható folyékonyágra felhígítva; ez a keverék 1¹/₂—3 óra alatt hagyja el teljesen a gyomrot. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1908. 33. szám.)

Szinnyei József dr.

Idegkórtan.

Tabesos betegeken végzett káros műtétekről szerzett tapasztalatait Debove párisi professor klinikai előadásban foglalta össze. Ezek egy része csont- és izületi bajokról szól. Az egyik esetben például a tabesos arthropathia miatt óriási módon deformált térdizület resectionját végezte a seb orvos azon hiszemben, hogy a csontvégek összefognak és így a beteg lábát jobban fogja használni. Az alsó végtag kötése került, de a térd lötyögött és a beteg nem tudta használni. Egy másik seb orvos ekkor a beteg kifejezése szerint „surresection“ műtétét végezte rajta, a minek következtése olyan fokú genyedés volt, hogy a czombot amputálni kellett. A műtöket az vezette félre, hogy az arthropathia esés után támadt. Nevezetesen, hogy az amputált láb részbe vetített szakgató fájdalom ezután is fennmaradt. Tabesos betegen nem sok kilátás van arra, hogy a csontvégek összenőjenek, még akkor sem, ha genyedés nem támad. Erre példa egy másik beteg, a kin ugyanez a műtét történt és ezután 25 nappal hirtelen meghalt. A reszekált csonton semminemű kezdete sem látszott valami készülő összenövésnek, sem rostos, sem hártás szövetfejlődés nem mutatkozott. Ezenkívül abban is van bizonyos káros következmény, hogy a műtét traumaképpen hat és ha nem is mondjuk azt, a mit egy idő előtt elfogadtak, hogy a trauma a tabes oka lehet, még is bizonyos, hogy a lefolyást gyorsíthatja. Az észlelt esetekben a műtét is ilyen befolyású volt a baj előhaladására.

Az is előfordult, hogy tabesos gyomor-zavarok miatt történt műtét. Ide tartozik egy eset, a melyben tabesose crise gastrique-ja volt a betegnek. Reggel éhomba folyadékmaradékot találtak a gyomorban és pylorusstenosist állapítottak meg gyomortágulattal. Gastroenterostomia történt, a melynek folyamán a seb orvos lelete: „une sténose du pylore à peine marquée“, a mi mellé bátran kérdőjelet lehet tenni. A műtét a gyomor állapotán mit sem változtatott, a tabes pedig azon időponttól gyorsabban haladt előre. Reclus észlelt hasonlót, a mikor ugyanazon műtét után a gyomorkrisis sokkal hevesebb lett. Castaigne és Dujarier észlelete is tanulságos. A tabesos gyomorkrisisben szenvedő betegen a kórjelzést gastro-succorrhoeában állapították meg, és „mert a beteg azzal fenyegetőzött, hogy öngyilkos lesz“, gastroenterostomiát végeztek rajta. A műtét semmit sem használt, a beteg nem lett öngyilkos és hónapokkal később bekövetkezett a halál. A boncoláskor kiderült, hogy a pylorus nem volt szűkült és hogy a műtéttel készült mesterséges közlekedés obliterálva volt.

Egy másik gyomorkrisis betegen a kórjelzés hibásan epekökölíka volt. Műtét történt, nem használt, ezért most vándorvesének tulajdonították a fájdalmat és második operatióképp nephropexiát végeztek. Ez sem használt, de a tabes rosszabbodott. Egy harmadik tabesos belfájdalomban szenvedő embernek veséjét fixálták, súlyosbítva baját. Egy negyedik tabesos beteg hólyagtáji fájdalomról panaszkodott; azt hitték, hogy a hólyagnyakon fissura van és

ez reflex úton idéz elő sphincteralgiát. Felmetszték a hólyagot, de semmit sem találtak benne. Debove azzal fejezi be cikkét, hogy a tabes a sebész számára *noli me tangere* legyen. (Presse médicale, 1908. július 22.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

Appendicitis és diffus peritonitis eseteiben Nitche a műtét alkalmával ellenzi a hasüregek kiöblítését, mert ezzel egyrészt sok phagocytát távolítunk el s így a szervezet védekezését gyengítjük, másrészt fertőző csírákat juttatunk a még egészséges helyekre. Sokkal czélszerűbb tehát csupán a megbetegedett részeknek lehetőleg szárazon megtisztítására szorítkozni. (The lancet, 1908. 4425. szám.)

Az appendicitis és az adnexum-megbetegedések megkülönböztető kórjelzéséről írott cikkében Rinne kifejti, hogy még a legkörültekintőbb vizsgálattal sem sikerül a kétféle baj megkülönböztetése. Minden kétséges esetben ezért úgy kell eljárni, mintha typhlitis-szel állnánk szemben. Jobboldali gynaekologiai bajokban elv legyen felülről behatolni, mert a hüvely felől behatolás esetén nem tudnánk jól ellátni az appendixet, ha ennek egyidejű megbetegedése forogna fenn. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908. 27. szám.)

Az ischias sebészeti gyógyítását ajánlja Pers (Kopenhága).

Az úgynevezett neurolysis végzi, vagyis az ideget felszabadítja összenövéseiből. Olyan esetekben javult ez a műtét, a melyekben a szokásos gyógyításmódokkal szemben makacsul fennáll a baj s a melyekben a betegnek tartós rokkantságát okozza. 40 operált eset közül csak 2-ben (4⁸/₀) állott be recidiva; ezekben nyilván hiányos volt az adhaesióktól felszabadítás. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908. 29. szám.)

A gyomor- és duodenumfekélyek sebészi kezeléséről ír

W. J. Mayo. 1906 június 1.-éig chronikus gyomor- és duodenumfekély miatt 379 esetben operált 4⁸/₀ mortalitással. 64 esetben a műtétkor fekélyt nem találtak, tehát nyilvánvalóan nyálkahártya-, vagyis belorvostani kezelésre való fekélyek voltak csak jelen. Ezek közül 11 secundaer műtétet igényelt; 9-ben ez alkalommal sem találtak fekélyt, 2-ben igen. Ezen csoportból 50-nek a további sorsa ismeretes, ezekből gyógyult 17 (34⁰/₀), 14 (28⁰/₀) javult, 16 gyógyulatlan, 3 meghalt. 318 esetből, hol fekélyt találtak, 234-et tudtak követni. Ebből 189 = 80⁷/₀ gyógyult, 21 = 9⁰/₀ javult, 10 = 4²/₀ gyógyulatlan, 14 = 6⁰/₀ különböző okokból meghalt, de csak 2 esetben állott a halál a gyomorbajjal összefüggésben. Acut perforatio miatt 27 esetben operált; 5-ször primaer gastrojejunostomia történt, 22-szer csak a fekélyt varrta be; ez utóbbiakból gyógyult 18, ezekből 1 utólag gastrojejunostomiát igényelt. Az 1908 május 1.-éig végzett összes jóindulatú gyomorműtéteinek (idevéve az adhaesiókat, sérüléseket stb.) száma 827, ebből 540 gyomorfekély; 180 rákos gyomorresectio közül 54⁰/₀-ban látták, hogy a rák fekély alapján fejlődött. (Annals of surgery, 1908 június.)

Pólya.

A lelki izgalom jelentőségéről a Basedow-kórban ír G.

Crile. 3 esetet látott, a hol a műtét miatti izgalom képesen olyan hyperthyreoidismus jelentkezett, mely röviddel a műtét után, sőt egyszer még a műtét előkészítés közben halálra vezetett. 2 Basedow-kóros kutyán is azt a tapasztalatot tette, hogy félelem és harag befolyása alatt kifejezett hőemelkedés, fokozott tachycardiás reszketés, gyomorbéltünetek, sőt diarrhoea keletkeznek. Ebből kifolyólag ajánlja, hogy a Basedow-kórban szenvedő beteget igyekezzünk a műtét izgalmaiktól lehetőleg megkímélni; ne tudassuk vele előre a műtét idejét, vezessük be a narcosist úgy, hogy a beteg ne is tudja, hogy most akarjuk operálni s adjunk műtét előtt a bőr alá morphint. 13 esetében, hol így járt el, a hyperthyreoidismus tünetei kimaradtak. (Annals of surgery, 1908 június.)

Pólya.

Orthopaedia.

A világrahozott dongaláb redressálásáról és utókezeléséről értekezik Becker W. (Bréma). Legtöbb szakorvossal ellentétben nem tartja szükségesnek az első életév befejezése előtt megkezdeni a gyógykezelést, azontúl azonban bármely korban indikálnak tartja a redressálást. A redressálás főfeladata a láb belső

szélének a kidomborítása, ép azért elvetendőnek tartja a csecsemőkön alkalmazni szokott Finck-Öttingen-féle ragasztótapasz-kötést, mert ezt a követelményt nem lehet vele elérni. E cél elérésére szükségesnek tartja a talppólya és az öregujjtávolító izom inának a tenotomiáját, valamint a redressálás befejezése után az Achilles-ín átmetszését. A redressálás eredményét nem lábra állva, hanem megterhelés nélkül kell megállapítani. A gipszkötést, melyet vattapólyázás nélkül alkalmaz, nem engedi teljesen redressált lábállásra alkalmazni, hanem minden következő pólya feltevésével fokozatosan redressálja a lábat. A redressálás után a láb külső szélén támadt felesleges bőrráncokat kivágja. Ha a lábon, a redressálás traumája következtében, vizenyő támad, eltávolítja a kötést s annak eltűnte után alkalmazza ismét. A kötés következtében fejlődött izomsorvadás elkerülése végett sem tartja megengedhetőnek a kötésben járás idejének a megrövidítését. Az utolsó kötés után tokos készüléket alkalmaz a lábra és lábszárra, csak ha külső okokból ez nem alkalmazható, engedi a beteget nappal alkalmas cipőben járni, éjjelre azonban ilyenkor is tokos készüléket alkalmaz. (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie, VI. kötet 4. füzet.)

Kopits dr.

Az ujjpercetek törésének gyógykezeléséhez casuistikai adatot közöl Kofmann (Odessa). Egy munkáson, a kinek a keze két fogaskerek közé került és a mutató-, valamint a középső ujj basalis perczének a csontja eltörtött, azt tapasztalta, hogy a szögletben álló tört végék felett elhúzódó ujjfeszítő inak tartják szögletbe diszlokálva a csontot. Bár egyszerű nyomásra beigazítható volt a törés, a szöglet az ujj eleresztése után azonnal visszatért. Kofmann a feszítő inak működését kikapcsolandó, a lágyrészein is sérült ujjakat steril gazeba csavarta, a tenyérbe vattagombolyagot tett és az ujjakat erre ráhajtotta s nyomókötéssel behajlított helyzetben rögzítette. A tört végék állása ily helyzetben kifogástalan volt. 10 nap múlva, a kötés eltávolítása után az ujjak törését korrektt helyzetben gyógyultán találta. További massage és gymnastikai kezelés adta vissza a teljes munkaképességet. (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie, VI. kötet 4. füzet.)

Kopits dr.

Venereás bántalmak.

Fájdalmatlan intramusculáris kénésőbefecskendezésekről ír H. Mayer (Berlin), a ki vizsgálataiban különös tekintettel volt a kénésőnatriumglyceratra. Az injectiós kúrák nélkülözhetetlen voltát senki sem tagadhatja. Sajnos azonban, még mindig sok kellemetlenség jár velük. Főleg a fájdalom az, a mely sok injectiós kúra megakasztására vezet. A betegek kényesebb része, főleg a nők köréből, igen gyakran kivonja magát a kúra alól. A fájdalomtól több módon csökkenthető. Így első sorban az által, hogy a kénéső-sóhoz oly indifferens anyagot keverünk, a mely a fájdalmat csökkenti. A sublimatoldatban szereplő konyhasó ily feladatnak felel meg némiképp. Több-kevesebb sikerrel elérhető a fájdalomcsökkentése helybeli anaesthesiás szerekeknek a kénésős oldatba való keverése által is. Ilyen anyagok az orthoform, novocain, acoin és más hasonlóak. A harmadik, legésszerűbb, de egyúttal legnehezebben elérhető mód az, hogy igyekeztek közvetlenül oly kénéső-készítményeket előállítani, a melyek semmiféle ingert s így fájdalmat sem okoznak. Ugy látszik, egyik-másik anyag, mint például a merkuriololaj, megfelel némiképp e célzatnak. Bizonyos, hogy a fájdalom úgy keletkezik, hogy a befecskendezett anyag mint idegen test szerepel s ez okoz ingert. Az oldhatatlan sók már anyaguknál fogva idegen testeknek tekintendők, az oldhatók pedig a szövetfőhérréjével egyesülve válnak azokká. A kifogástalan injectiós anyagtól sok jó tulajdonságot várunk és pedig: 1. a befecskendezés alatt és után fájdalomtalan; 2. erőteljes hatás; 3. mellékhatások kimaradása; 4. az oldat határtalan tartóssága. A szerző tapasztalása szerint elég jól megfelel e követelményeknek az az anyag, a melyet kénésőnatriumglyceratnak neveznek s a melynek oldata mergandol elnevezés alatt ismeretes. Az oldat 1 cm³-e 0.0035 gm. kénésőt tartalmaz. Az amorph natriumglycerat csakis glicerinnel oldva látszik állandónak. Mayer összesen 104 injectiós kúrát végzett e készítménnyel s ehhez 2080 befecskendezést (a 2 cm³) használt. A kúra úgy végzendő, hogy az orvos kétnaponként 2 cm³-t fecskendez az oldatból a farizomzatba. Egy-

egy kúrához mintegy 20 befecskendezés szükséges. Oxydálás elkerülése céljából ajánlatos csakis platin-iridiumtűt használni. Mayer e kúrával igen jó eredményt ért el és kiemeli, hogy a fájdalomosság s egyéb kellemetlen mellékhatás úgyszólván ismeretlen e kezelés folyamán. (Monatshefte für prakt. Dermatologie, 1908. 46. k., 12. sz.)

Guszmán.

A kankós mellékheregyulladásnak punctiós kezelését ajánlja C. Schindler (Berlin). Ezt az eljárást már több oldalról dicsérték s ezt teszi most a szerző is. Miután a punctiós kezelésnek jó eredményt a kórházi fekvőanyagon már megállapította, figyelme arra irányult, hogy lehetséges-e az eljárásnak a magán-gyakorlatban, vagy az ambulantiás rendeléseken való végzése. Több esete bizonyítja, hogy ez sikerrel végrehajtható, de véleménye szerint korai volna, ha néhány eset nyomán az eljárás az általános használatba menne át. Fekvőanyagon az összes eddigi szerzők (Baermann, Adrian, Heinze) az epididymitis lefolyásának gyorsulását tapasztalták. A punctiohoz érzéstelenítés nem szükséges. Főleg oly esetekben alkalmazható jó hatással az eljárás, a melyekben a fájdalom igen heves, a láz magas fokú, az exsudatum pedig nagy. Legjobb, ha a szúrás vastagabb injectiós tű segítségével néhány centiméternyire a mellékhere farkos részébe történik. Nem szükséges, hogy mindig tályogot kutassunk, mert a főhatás a feszülés azonnali megszüntetésében rejlik. A punctiós kezeléssel a lázas és fájdalmas állapot tartama lényegesen csökkenthető s így főleg a magán-gyakorlatban előforduló, sürgős esetekben volna ajánlatos az eljárás. A szerző átutazó katonatisztekre, hivatalnokokra, utazókra gondol, mikor ezt az eshetőséget felemlíti. Tudnivaló azonban, hogy olykor a punctio kapcsán haematoma fejlődik ki, a melynek lehetőségére előre kell figyelmeztetni a beteget. Bajt ez valószínűleg sohasem okoz, csak fokozza néhány napra a daganat nagyságát. Azon esetekben, a melyekben egyúttal acut lobos hydrocele is támadt, azt is pangálni kell. (Dermatologische Zeitschrift, 1908. 6. füzet.)

Guszmán.

Fülörvostan.

Adatok az otogen eredetű koponyaüregbeli megbetegedésekhez ezímen Kanasugi japáni (Tokio) orvos a budapesti viszonyokat tárgyalja. A Guersich és Pertik tanárok kórboneczolástani intézetében 1896-tól 1907-ig terjedő időben végzett 13,400 bonczolás jegyzőkönyveit áttanulmányozva, 42 otogen intracranialis megbetegedést talált mint halálokat. Ezen számot elég kedvezőnek tartja a más szerzők által közölt statisztikai adatokkal összehasonlítva; a mennyiben: Pitt 9000 sectio közül 53 esetben (=0.61%), Treitel 6000 sectio közül 17 esetben (=0.28%), Gruber 40,078 sectio közül 58 esetben (=0.14%), Poulsen 14,580 sectio közül 117 esetben (=0.80%), Ucherman 6085 sectio közül 35 esetben (=0.57%) és Kanasugi 13,400 budapesti sectio közül 42 esetben (=0.31%) talált otogen intracranialis megbetegedés okozta halálokozást.

Ezen budapesti 42 eset közül 14-ben nagyagybeli tályog; 6-ban kisagybeli tályog; 2-ben nagy- és kisagybeli tályog együtt; 5-ben nagyagybeli tályog meningitissel; 4-ben nagyagybeli tályog és sinusmegbetegedés; 5-ben sinusmegbetegedés; 4-ben meningitis; 1-ben kisagybeli tályog meningitissel; 1-ben sinus-phlebitis és meningitis volt jelen. Az esetek túlnyomó részében (36 esetben) az intracranialis megbetegedések chronikus középfülgyenyedésnek — még pedig az acut exacerbationnak — voltak a szövődményei, míg acut középfülgyenyedés csak 6 esetben okozott ilyen szövődményt. Sajátságos, hogy a halálokat nem meningitis, hanem agybeli tályog szolgáltatta leggyakrabban.

Megfejtetlennek találja Kanasugi, hogy míg Gruber 40,078 bonczolás közül csak 58 esetben (0.14%) találta a halálokat otogen intracranialis megbetegedésben. Ha ezen nagy különbséget be is tudhatjuk a füloperatiók nagyfokú tökéletesedésének, akkor is érthetetlen Kanasugi szerint, hogy a Poulsen statisztikája szerint, mely pedig az operatiós korszak felvirágzásának az idejéből való, 14,580 bonczolt eset közül 117 (tehát 0.80%) esetben volt otogen intracranialis megbetegedés a halálok. (Valószínű azonban, hogy épen Poulsen statisztikája a leghelyesebb; mert például Kanasugi sem vette bele a budapesti statisztikába a heveny fertőző betegek kór-

házának a bonczolási adatait, a hol bizonyára több heveny otitis mediából származott agybeli complicatiót találhatott volna, sem pedig a szent János-kórház bonczolási adatait, mely utóbbi helyen operálják az egyetemi klinikák egyedüli fülambulatoriumának a nagy anyagát. (Ref.) (Monatschrift für Ohrenheilkunde, XLII. köt., 5. f.)
Udvarhelyi dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Sepsises és pyaemiás általános fertőzésben (gyermek-ágyi láz, lépfene, postoperatív pneumonia stb.) *Sick* jó eredményt használja a jodipint bőr alá feekendőzés alakjában; az első 24 órában 2—4 befeekendőzést végez, még pedig az első alkalommal 10, később pedig 5—5 cm³-t feekendőz be a 25%-os jodipinból. (Zentralblatt für Chirurgie, 1908. 31. szám.)

A haemophilia gyógyítása vérsavóval. Az utóbbi időben főleg franczia szerzők melegen ajánlották a haemophilia ellen a vérsavót. *Lommel* tanárnak nemrégiben alkalma volt ezt az eljárást igénybe venni. Egy haemophiliás családból származó négy éves gyermek pertussis kapesán rendkívül erős orrvérzés támadt; minthogy másféle serum nem állott rendelkezésre, 20 cm³ Aronson-féle streptococcus-serumot feekendőztek a bőr alá, mire a vérzés megszűnt; 9 nap múlva megismétlődött a vérzés, vérsavóval átítatott gyapotot vittek az orrüregbe, de ennek az eljárásnak csak gyorsan múló hatása volt, úgy hogy újból a bőr alá feekendőzéshez folyamodtak (10 cm³), mire a vérzés teljesen megszűnt. (Zentralblatt für innere Medizin, 1908. 27. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1908. 8. füzet. *Horváth Kornél:* A diagnosis művészete és technikája. *Gebhardt Ferenc:* A gége-gümőkórjáról. *Bauer Kálmán:* Az ásványvizek állandó összetételének egy érdekes példájáról.

Gyógyászat, 1908. 35. szám. *Verubek Gusztáv:* Indukált elmezatart. *Szigeti Henrik:* Ritkább törvényszéki orvosi esetek.

Orvosok lapja, 1908. 35. szám. *Moskovitz Ignác:* Súlyos gyomor-bántalom mint tünet. Idült garathurut mint kórok.

Budapesti orvosi újság, 1908. 35. szám. *Pándy Kálmán:* Lelki fertőzések.

Vegyes hírek.

Jubileum. *Markovics Sándor* dr. vasvári orvost augusztus 20-án nagy ünnepségekben részesítették járásorvosi működésének 25. évfordulója alkalmából.

Kinevezés. *Frank Ödön* dr. közegészségügyi főfelügyelői czímmel és jelleggel felruházott közegészségügyi felügyelőt a király közegészségügyi főfelügyelővé nevezte ki. — *Safranek János* dr.-t, Tusnádfürdő orvosát Csongrád megye főispánja tiszteletbeli megyei főorvossá nevezte ki. — A székesfőváros főpolgármestere a fővárosi kórházakhoz *Szécsi Rezső* dr.-t alorvossá, *Vezár Tivadar* dr.-t, *Bródy Ferenc* dr.-t és *Gutfreund Ferenc* dr.-t pedig segédorvossá nevezte ki.

Választás. *Gyenes Vilmos* dr.-t Mohorán körorvossá választották. — *Jeney Pál* dr.-t ráczkevei, *Palkovits János* dr.-t pedig fraknóváraljai körorvossá választották.

Tüdőbajosok kórháza. A székesfővárosi szent János-kórház telkén százötven tüdőbajos beteg számára való és 320,000 korona költséggel épült két épületet e hó 1-én avatták fel.

Az ősrszel Budapestben tartandó törvényszéki orvosi vizsgára a kérvény a „Törvényszéki orvosi vizsgáló bizottság”-hoz czímezve, szeptember hó 15.-éig küldendő be az igazságügyministerium iktatójába. Melléklendő a diplomamásolat, 1 évi kórházi vagy 2 évi magángyakorlatnak az igazolása, erkölcsi bizonyítvány vagy helyette hivatalos alkalmas igazolása. Ugy a vizsgára, mint az előkészítő kurzusokra vonatkozóan szívesen ad felvilágosítást *Gyulay Elemér* dr., a törvényszéki orvostani intézet I. tanársegéde (Budapest, IX., Üllői-út 93).

A budapesti egyetem új klinikái. A budapesti egyetem orvosi fakultása ez évben három, a jövő évben további öt új klinikával gyarapodik: oly fejlődés, melyre még külföldön is kevés példa van. Az I. számú szemklinikát elkészült szeptember hó elsején már meg is nyílt. Még ez évben nyílik meg a fogászati intézet (stomatológiai klinika) s az elmeklinika. Az utóbbival egyidejűleg kezd meg működését a botanikus kerti klinikai telep gazdasági telepe. Az I. sz. női klinika pótépülete s az annyi ideig nélkülözött ravatalozó is készen van. A jövő évre elkészül az I. számú sebészeti klinika új épülete, a II. számú új belorvostani klinika, a III. belorvostani tanszék klinikája, a II. számú szemklinikai és a gyermekorvostani klinika kapcsolatban a Stefánia-kórházzal.

Meghalt. *Fürst Adolf* dr. járásorvos, tiszteletbeli megyei főorvos augusztus 21.-én Téthen 62 éves korában. — Timafalvi és sepsiszentgyörgyi *Szentgyörgyi Jenő* dr. hosszas szenvedés után 45 éves korában augusztus 30.-án Kolozsvárt. — *H. Becquerel*, hírneves fizikus, a róla elnevezett sugarak felfedezője, Párisban. — *G. Edebohls* dr. New-Yorkban, ismert sebész és nőorvos, augusztus 8.-án, 55 éves korában. Az elhunyt különösen a vesesebészeti terén volt elsőrangú tekintély: 1898-ban ismertetette a vesedecapsulatio műtétét, melynek az értékéről azonban még most is eltérők a vélemények.

Kisebb hírek külföldről. *E. Henoch* tanár, a nagyhirű gyermekorvos Berlinben tanári működése megkezdésének 50. évfordulóját ünnepelte. — *G. Mann* dr. az élettan rendes tanára lett New-Orleansban.

Congressus. A XI. nemzetközi szemészeti congressus 1909 április 2—7.-én lesz Nápolyban. Felvilágosítást ad Prof. A. Angelucci, Clinica oculistica, Napoli.

Új klinikák a bécsi egyetemen. Bécsben a napokban fogtak hozzá három új klinikának: Noorden tanár belorvostani klinikájának, a gégeszeti s a gyermekorvostani klinikának az építéséhez. Noorden klinikája 100 ágyra készül, külön elkülönítő pavillonnal; Chiari tanár gégeszeti klinikája 48 ágyas pavillonnal a diphtheriások részére; Escherich tanár gyermek-klinikája, mely a mostani Anna-gyermekkórház helyén épül, főépületből és melléképületekből fog állni; a főépületben 44 ágy lesz, azonkívül egy 10 ágyas csecsemőosztály s egy 12 ágyas úgynevezett box-osztály; lesz külön 24 ágyas skarlatpavillonja és 24 ágyas diphtheriapavillonja. A belorvostani klinika tanterme 236 hallgatóra, a gégeszeti klinikáé 100-ra s a gyermekklinikáé 200-ra készül. A három új klinika összes költségeire, a felszereléssel együtt, 4,700,000 K. van előirányozva; a megnyitását 1910 október 1-ére tervezik.

Jelen számunkhoz az **F. Hoffmann-La Roche & Cie.** czég „Thigenol” czímű prospectusa van mellékelve.

Mai számunkhoz a **Farbwerke, vorm. Meister Lucius & Brüning,** Höchst a. M. czég „Gyógyszerújdonosságok” czímű prospectusa van csatolva.

ORVOSOK.

kik 1908-ban lakhelyüket vagy lakásukat változtatták, kéretnek, hogy erről az „ORVOSI ÉVKÖNYV” szerkesztőségét (Budapest, VII., Kertész-utca 16) levelezőlapon mielőbb értesíteni szíveskedjenek.

„Fasor” (Dr. Herczel-féle) **sanatorium**. Ujonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitérő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kíváncsiak prospektus.

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Múzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javak: Idült gyomorbántalom, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, 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). Gerinczélgyömbülések.

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

Elektromágneses intézet Budapest, VII., Dr. Grünwald-sanatorium. Főbb javak: álmatlanság, neurasthenia, neuralgiák, ischias, neurosisok, migraine, arteriosclerosis, csúsz stb. Prospectus. Vezető orvos: RÉH BELA dr.

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

Röntgenlaboratórium: Tulajdonos: Dr. HUBER ALFRÉD a szt. István-kórház Röntgen-laboratóriumának vezetője. Budapest, VIII., József-körút 26. I. em.

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

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

Arányi Gusztáv dr., mint gyakorló fürdőorvos rendel Karlsbadban, Spudolstrasse, „Goldener Helm” házban, április 20.-ától október elejéig; nevezetnek **Budapesti orvosi laboratórium** október elejétől április 15.-éig van nyitva (IV., Koronaherecz-utca 18. I. em.). A laboratóriumban vegyi, gőrsővi és bakteriológiai vizsgálatok végeztenek.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. A budapesti kir. orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. (1907. november 19.-én tartott ülés.) 662. l. — Biharmegyei orvos-gyógy-szerész és természettudományi egyesület. (1908. évi február 1.-én tartott szakülés.) 663. l.

A budapesti kir. orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(1907. november 19.-én tartott ülés.)

Elnök: Navrátil Imre; jegyző: Lipscher Sándor.

Discussio Irsay Artur „Adatok a scleroma elterjedéséhez” című előadása felett.

Zwilling Hugó: Habár nem teljese Irsay statisztikai adatai, mégis értékkel bírnak. Kétségtelen, hogy a bántalom fertőző. Nálunk főleg fontos a scleroma terjedésének megállapítása; Oroszország és Románia után Magyarországon fordul elő a legtöbb scleroma. Kórjelzése, nem jár nehézséggel, kétes esetekben a mikroszkop ad felvilágosítást. Lényegileg különböző dolognak tartja a scleroma okozta stenosisnak és magának a scleromának a gyógyítását.

Donogány Zakariás: Irsay előadása alapján megközelítő képet kaptunk a scleroma elterjedéséről Magyarországon. Az endemiás ragályozással behatóbban kellene foglalkozni és felderíteni a fertőzés módját, hordozóit és bakteriologice és aetiologice közelebb férközni a kérdéshez. A scleroma bacillus a Friedländer-féle capsulás diplococcushoz és ozaena-diplococcusához közel áll; ezen viszonyt érdemes volna kideríteni. A scleroma elterjedésének úgy lehetne gátat vetni, ha a szakosztály az orvosegyesület és a kormány támogatását kéri ki és szakértőket küldene ki, kik a hatósági orvosokkal együtt a ragályozás gócaiban végeznenek vizsgálatokat.

Baumgarten Egmont: Scleroma esetében megpróbálta használni a diphtheria-serumot és azt tapasztalta, hogy a heg meglazult, úgy hogy a tágitás eredményesebb volt. Hogy a thiosinaminnak nincs tartós hatása, Irsay is elismeri.

Navrátil Imre: Régóta figyelemmel kíséri a bántalmat. 50 esete van, a baj tehát nem oly ritka. Oroszországból és Romániából származik; eleinte csak Felsőmagyarországon fordultak elő esetek, de most már az Alföld is fertőzött. Ezért intézkedések csakugyan szükségesek már; ezek pedig csak országos intézkedések lehetnek. Ajánlja, hogy indítványt terjesszenek az orvosegyesület igazgatótanácsához, a mely bőrgyógyászokból és bakteriológusokból álló bizottságot küldjön ki a kérdés tanulmányozására; esetleg a közegészségi tanács útján tegyen előterjesztést a kormányhoz. Ki kell oktatni a hatósági orvosokat, hogy ők is diagnosztizálhassák a bajt.

1876-ban észlelte az első esetet osztályán. A beteg garatjának hátulsó falán levő csekély elváltozás mellett légeszűkület állott fenn, melynek fokozódása folytán a beteg meghalt. Luesnek tartotta a bajt, de Scheuthauer a boncoló asztalon megállapította a scleroma tracheae a bifurcatio helyén. Eleinte lapisoldatot, eczetsavat, thermocautert, újabban Röntgen-fényt alkalmaznak, de nem teljes eredménnyel. Gyógyulást csak a kiirtás és plastika hoz. A mechanikai tágitás tubusokkal és O'Dwyer-intubatioval a bántalom kezdetleges szakában elég kedvező eredményt ad gégescleroma eseteiben. Fényképeken mutatja be az általa operált felső ajk- és orrscleromás eseteket, melyek plastika után tartósan gyógyultak.

Irsay Artur: Teljes statisztikát nem nyújthatott, hisz az esetek nincsenek mind feljegyezve. A tágitást némelyek gyógyító hatásának tartják, de ő nincs ezen a nézeten, hanem csak tünetnek gondolja a javulást. Németországban már nagyban folyik a védekezés. Gerber assistense Streit hónapokig kutatott az esetek után, Trautenberg Csehországban járt így el. Nehéz a dolog, mert nincsenek speciálisan képzett orvosok. Bőrgyógyász és bakteriologus közreműködése is kívánatos. Főczél, hogy ne hurcolják tovább a betegséget.

Hozzájárul az elnök is Donogány indítványához.

Az elnök bizottságot küld ki az ügy tanulmányozására és az igazgató tanácshoz beadandó indítvány kidolgozására. A bizottság tagjai Irsay, Donogány, Baumgarten és Zwilling.

Baumgarten Egmont: Kétoldali hangszalaghüdés syringomyelia esetében.

Az eset ritkasága miatt igen érdekes. A 39 éves férfi rekedtsége miatt jelentkezett poliklinikai rendelősemen. Fájdalmakról nem panaszkodott, de hangja nemesak rekedtté, hanem eunuch-szerűvé is változott. A gége vizsgálatakor feltűnt, hogy mindkét hangszalag közel a középvonalhoz rögzített és ha a beteg izgatott,

mély belélegzéskor alig mutat kitérést kifelé; ha nyugodtabb a beteg, a jobboldali hangszalag néha csekély kitérést mutat, tehát posticus-hüdés van a bal oldalon és posticus-paresis a jobb oldalon, azaz reccurens-hüdés a második szakban. Mély lélegzéskor a hangszalagok néha még jobban közelednek, míg magas hangok adásakor inkább eltérnek egymástól. A nyelv egész jobb oldala sokkal vékonyabb és keskenyebb, mint a baloldali, a hemiatrophia már az első megtekintésre is felismerhető. A jobboldali szájpadlás mozgása is lényegesen szenvedett, sőt úgy látszik, hogy a hátulsó garatív is valamivel vékonyabb, mint a bal oldalon. Minthogy a beteg térd-reflexei rendesek, a tabes dorsalis tehát kizárható volt, valamely más központi affectiora térítettük figyelmünket. Első sorban bulbaer-paralysisre, de ezen megbetegedésben a nyelv atrophiája rendesen kétoldali és a rendesen jelenlevő ajakatrophia sem volt meg, így tehát syringomyeliára gondoltunk, mert csakis ezen három megbetegedésre lehet a reccurens hüdésekor gyanunk. Schaffer tanár hosszabb ideig megfigyelte a beteget és a következő leletet közölte velünk: „A beteg syringomyeliában szenved, a mit a jobb kéz és alkar esőkkent közérzése, ugyanott helyenként hőperversioja, az egész felső végtagnak és vállnak esőkkent fájdalomérzése, végül a jobb thenarnak és interosseusának sorvadása bizonyít. A jobboldali hemiatrophia linguae, a jobb szájpadiv hüdése, a kétoldali reccurens-hüdés, végül az egyik fültől az állon át a másik fülhöz a mandibula szélén húzódó esőkkent hőérzésű csik a syringomyeliának mindkét nyáltevelőfélbe való átterjedését árulja el. Így tehát syringobulbia esete is fennforog. Mindkét látótérnek erős szűkülése és a papillának kezdődő decoloratioja egészíti ki a kórképet.

A garatban és a gégeben az érzékenység rendes, hőperversiót kimutatni nem lehet.

Ónodi Adolf: Syringomyeliában az irodalmi adatok szerint már észlelték anosuriát s azért kíváncsok az olfactometriás vizsgálat.

2. Navrátil Dezső: Féloldali reccurens-hüdés két esete.

1. A 28 éves földmives kilencz év előtt szekerével feldőlt, bal kulcsesontját eltörte, mely lassan összeforrt. Két év előtt rekedt lett, rekedtségét meghűléssel hozza kapcsolatba. Azóta állandóan rekedt. Gégetükörrel megvizsgálva a beteget, a baloldali hangszalagot hullaállásban hűdöttnek találjuk. A beteg luest tagad. Behatóan megvizsgálva, sem luest, sem gümőkört, sem tabest nem találunk. A mellkasi szervek vizsgálata a rendestől eltérőt nem mutat. Röntgennel átvilágítva, kis aneurysma látható a felhágó ágon baloldalt a 2. és 3. bordaközben. Az előadó a beteget és a Röntgen-képet bemutatja.

2. A 65 éves férfi 15 éve rekedt. Gégetükörrel megvizsgálva, a baloldali hangszalag hullaállásban hűdött, a jobboldali mozgásaiban kissé korlátozott, a lágy szájpadon hegek mellett gombostűfejnyi perforatio látható. A beteg állítólag 45 év előtt szerzett luest, melynek nyomai, mint lueses hegek a testnek különböző részein most is láthatók. Gümőkór és tabes kizárható. A szívcsúcs az 5. bordaközben a bimbóvonalban van, a csúcsos és az aorta felett kissé ékeltebb a 2. hang. Az art. brachialis tömött tapintatú, lüktetése látható. Mediastinum-daganat vagy aneurysma nem kopogtatható ki. Röntgen-átvilágításkor az aorta felhágó ágán bal felől egy kis aneurysma látható. Az előadó a beteget és a Röntgen-képet bemutatja.

Ónodi Adolf: Nyomási hüdés esetén Kuttner anaesthesiát nem talált baloldalt, Massin pedig talált; felszólaló szintén nem talált, de azért kutatni kell utána.

Zwilling Hugó: Szintén nem talált érzészavart.

Navrátil Imre: A két bemutatott eset azért bir kiváló értékkel, mert minden egyéb tünet hiján a gégetükör és a Röntgen-átvilágítás tette kétségtelenné a reccurens-hüdés okát, az aortaívnek kisebbfokú, de kétségtelen aneurysmáját.

Baumgarten Egmont: Már régebben utalt arra, hogy sokszor a gégetünetek árulják el a szív és a nagyerek megbetegedését.

(Folyt. következik.)

Biharmegyei orvos-gyógyszerész- és természet-tudományi egyet.

(Folytatás.)

(1908. évi február 1.-én tartott szakülés.)

1. **Fischer Imre dr.** beteget mutat be, kin **végbélrák** miatt Kraske-féle műtétet végzett.

A betegnek, kit 1907 december havában vettek fel a nagyváradi izraelita kórházba, 1 $\frac{1}{2}$ év óta tartó véres székletétei, végbél körüli fájdalmai és tenesmusai vannak. A végbélnyílás fölött körülbelül 10 cm.-nyire a végbélnek elülső felére kiterjedőleg ki-fekélyesedett daganatot lehet tapintani.

Diagnosis: Carcinoma recti.

A műtét megfelelő előkészítés után lumbal analgeszában (6 cgm. stovain) történt. Minthogy közvetlenül a sphincter alatt vele összekapcsolódott metastasisos mirigyek tapinthatók, a végbélnyílástól körülbelül a keresztcsont közepéig terjedő 16 cm.-es bőrmetszést végeztek; átvágva a sphinctert, eltávolították az os coecygit.

A végbelet a cavum ischio-rectaleban izolálták s eltávolították a metastasisos mirigyeket s megnyitották a Douglas-ürt.

Körülbelül 14 cm. hosszú resectiót végeztek a rectumon s a lehúzott végbélvéget néhány varrattal a törzshöz erősítették. Nyílt kezelés. Sima lefolyás. A beteg megerősödött, jól érzi magát.

Konrád Béla dr.: Első sorban a műtétet inkább Hochenegg-féle végbélkiirtásnak mondaná, minthogy Hochenegg reszekálja az os coecygit s távolítja el az os sacrum előtti lágyrészeket. Másodsorban kérde, miért történt a Douglas-ür megnyitása s hogyan lett az elzárva? 14 cm. hosszú bélrészletet távolítottak el, hogyan lett mégis a bél az eredeti helyére visszahelyezve, s hogy lett az anus praeternaturalis mégis az anus helyén.

Fischer Imre dr.: Az ilyen műtétnek az elnevezés teljesen közömbös, arra különös súlyt nem fektetnek, s azt ismételtelen felelősséggel egymással.

Kocher minden esetben megnyitja a Douglas-ürt, s a rectumot lehozza a sphincterig. Metastasisok voltak, ezért nyitotta meg a Douglast s a mesenteriumból is eltávolított egy kóros darabot.

2. **Fischer Imre dr.:** A lumbal analgesziáról: Legelőször az amerikai Raning ismertette a gerincvelő-érzéstelenítést 1885-ben. Később 1900-ban Bier, majd Tuffier körülbelül 50 esetben a cocainnak subarachnoideás alkalmazásával kielégítő analgesziát ért el. 1900 után a világ nagyobb klinikáin próbálták ki a módszert és csakhamar sok kellemetlenségéről számoltak be: rosszullét, paraesthesia a végtagokban, hányás, fejfájás, láz, légszomj, ideges jelenségek, delirium, görcsök, hűdés, ataxia, collapsus, coma, sőt halál is nem tartoztak a ritkaságok közé. Ezen szomorú esetek egyelőre megpecsételték a módszer sorsát.

Később a cocaint adrenalinnal együtt használták, de csakhamar 12 halálesetről számoltak be.

A nagy lendületet, melyet a módszer legutóbb nyert, egy új anaestheticum fölfedezésének köszöni: ez a *stovain*, melyet Fournéau francia kémikus állított elő. Tulajdonságai: kitűnően sterilizálható, nem bomlik, hatását nem veszíti, teljesen ártalmatlan, nem szívméreg, tonizálja a szívizomzatot, anaesthesiát létesítő hatása a cocainéval egyenértékű, ez utóbbinak mérgező tulajdonságai nélkül.

A stovain 2 cm.-nyi beforrasztott ampullákban kerül forgalomba, melyek mindegyike 4 cgm. stovaint tartalmaz. Ezen praeparatumot használtuk kórházunkban a következő esetekben: 1. Ce. recti — amp. sec. Kraske(1); 2. Calculus vesicul. — sectio alta (1); 3. Prolapsus ani — electrocauterisatio (3); 4. Nodi haemorrhagici — electrocauterisatio (5); 5. Fistula ani — incisio (2); 6. Periproctitis — incisio (3); 7. Epididymitis tuberculosa — castratio (1); 8. Dysmenorrhoea — curette (4); 9. Caries femoris, cruris et pedis — incisio, excochleatio (7); 10. Necrosis tibiae — necrotomia (1); 11. Conquassatio femoris et cruris — transplantatio (1); 12. Lymphadenitis inguinalis — exstirpatio (1); 13. Hernia ingu. lib. — op. Bassini (1); 14. Hernia ingu. incarc. — op. Bassini (1).

A mi a technikát illeti, eljárásunk a következő: befeccskendezés előtt a stovaint és a műszert (Record lumbalfecskendő) destillált vízben 10 percreg főzzük; magunkat és a műtési területet szokott módon sterilizáljuk; a betegnek ülő helyzetében — az ágyéktájékot ad maximum kidomborítva — a II. és III. ágyék-

csigolya között végezzük a beszúrást, a hely a két crista ileit összekötő vonal középpontja. Jó tüvel inkább lassan, de biztosan, szigorúan a középvonalban haladunk előre. Két ellentállást érez a műtő: az első a spinák közti szalagokon áthatoláskor, a második a dura átszúrása alkalmával.

Hogy a tű hegye a megfelelő helyen van, annak egyedüli bizonyítéka az, ha a mandrin kihúzása után sugáralakban ürül a viztisza liquor cerebrospinalis.

Ha a liquor nem tiszta (véres), a gerincvelőbe anaestheticumot befecskendezni műhiba. Annyi folyadékot bocsátunk ki, a mennyi oldatot be akarunk fecskendezni. Hogy az oldat még nagyobb hígításban kerüljön a gerincszatornába, a befecskendezés előtt visszaszívjuk egy kicsit a fecskendőt, mialatt a liquor a stovainnal elegyedik és tejszerű homályosodást mutat.

A beszúrás helyét steril gaze-zal és ragasztótapaszszal fedjük. 5—6 cgm. stovaint szoktunk befecskendezni. A befecskendezés után, a szerint, hogy hol akarunk operálni, olyan helyzetbe hozzuk a beteget.

Eredményeim a következők:

Első sorban sikertelen eseteimről számolok be.

Egy 62 éves emberen strictura urethrae miatt a II. és III., illetőleg a III. és IV. ágyékcigolya között nem sikerült a gerincszatornába bejutni; ezen esetben a csigolyaközi szalagok lehetnek elcsontosodva, a miért is az általános narcosishoz kellett folyamodni.

Egy esetben bejutottunk ugyan a gerincszatornába, de nem kaptunk liquort; természetesen nem is fecskendeztünk be stovaint.

Két esetünkben kezdetben, a midőn nem mertünk még kellő mennyiségű stovaint a gerincszatornába fecskendezni, nem kaptunk anaesthesiát.

Huszonhét esetben tökéletes, kitűnő anaesthesiát kaptunk. Az anaesthesia rendes körülmények között körülbelül öt percre a befecskendezés után áll be.

Az észlelt mellékhatatok a következők voltak: a befecskendezés után a betegek lábai zsibbadtak és egy kis időre az alsó végtagok teljes paraplegiája áll be; ilyenkor az anaesthesia már tökéletes. Kellemetlen mellékhatást nem igen észleltünk; a *műtét alatt* egy esetben hirtelen anaemia és rosszullét állott be, a mely azonban fekete kávé ivására csakhamar megszűnt. Műtét után hét esetben apró hőemelkedések, bágyadság, fejfájás mutatkoztak, mely tünetek aspirin adagolására megszűntek.

Még meg akarom említeni, hogy az eljárás 14 éven aluli gyermekeken, úgyszintén pyaemiában ellenjavalt.

Eseteimnek csekély száma, továbbá általános vegyes chloroform-aether-narcosisaink kitűnő eredményei, s végül a lumbalis analgesziának még mindig nem eléggé kedvező statisztikája miatt végleges kritikát nem mondhatok.

Való az, hogy e módszer az általános narcosisnak a köldöktől a lábujjakig végezhető műtétnek kitűnő helyettesítője és oly esetekben, a melyekben az általános narcosis ellenjavalt, egyszerűen pótolhatatlan.

Konrád Béla dr. ezidőszereink inkább túlbuzgóságnak, mint jogosultnak tartja, hogy kisebb műtétek alkalmával, mint fistula ani, nodi haemorrhoidales, lumbalis analgesziát használják. Közleményekből tudja, hogy a lumbalis analgesziának sokszor kellemetlen utókövetkezményei vannak. Csupán ott látja helyét a lumbalis analgesziának, a hol a helybeli anaesthesiával nem érünk célra, vagy a hol a narcosis ellenjavalt.

Fischer Imre dr. megjegyzi, hogy ő első sorban nagyobb műtétek alkalmával használta a lumbalis analgesziát (hernia, calculus vesicae, carcinoma recti stb.), természetesen ott, a hol a narcosis ellenjavalt volt; hogy egynehány kisebb műtétnél is végezte a lumbal analgesziát, erre felbátorították részben azon jó eredmények, melyeket külföldön látott, más részben pedig azon közlések, melyek a lumbalis analgesziának jó eredményeiről számoltak be. Meg van győződve, hogy ha a lumbalis analgesziának technikai részét jól végzik, az eredmény is mindig jó.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

1783/908. sz.

Jász-Nagykún-Szolnokmegye Kötelek községben újonnan szervezett **községi orvosi állás** üresedésben van.

Fizetés 1000 korona, lakbér 200 korona, az állam által adandó 1600 koronán felül is megadatik, sőt külön 1200 korona segély fog kérelmeztetni. Látogatási díj nappal 1 korona, éjjel 2 korona; tanyákon nappal 2 korona, éjjel 3 korona.

Az állás azonnal be lesz töltve, még helyettesítés által is; a pályázati kérvény **azonnal** beadandó a községi előjárásnál.
Kötelek, 1908. évi szeptember hó 2-án.

Egyed János, főbíró.

Goór László, főjegyző.

71/908. sz.

Az igazgatásom alatt álló szegedi m. kir. állami szemkórháznál rendszerezett, 1600 korona fizetéssel, I. osztályú élelmezéssel és természetbeni lakással javadalmazott **alorvosi állás** a nagyméltósági belügyminiszter 101.409/908. sz. rendeletére f. évi október hó 1-ével betöltendő.

A szabályszerűen felszerelt folyamodványok a nagyméltósági belügyminiszter úrhoz intézve **szeptember hó 12.-éig** nálam nyújthatók be. Előnyben részesülnek azon orvosdoktor urak, a kik személyzetével már foglalkoztak.

Szeged, 1908. évi szeptember hó 1-én.

Leitner Vilmos dr., egyet. m.-tanár, igazgató-főorvos.

4066/908. kig. sz.

A lemondás folytán megüresedett **giládi községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

1. A községi orvos fizetése 1600 korona.

2. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. életbeléptekor megfelelő lakbér, esetleg természetbeni lakás.

3. Látogatási díjak a következők:

a) nappal a beteg lakásán 1 korona 20 fillér;

b) éjjel a beteg lakásán 2 korona 40 fillér;

c) az orvos lakásán nappal 80 fillér;

d) az orvos lakásán éjjel 1 korona 60 fillér;

e) a 7 éven aluli gyermekeknek a fenti díjak fele;

f) a község külterületén tett látogatásokért a község belterülete és a látogatás helye közti távolság szerint minden kilométer után 20 fillér pótdíj;

g) a hűsszemlési és halottkémi díjak szintén az orvost illetik, melyekért a hűsszemlést és a halottkémlést elvégezni köteles.

4. A községi orvos köteles az összes a törvényben vagy szabályrendeletben előírt községi orvosi teendőket végezni és a községben előforduló közegészségügyekkel kapcsolatos írásbeli teendőket végezni.

Végül megjegyzem, hogy a lakosság száma körülbelül 4000 és a község határában 40 tanya van. A megválasztandó orvosnak a kézi gyógytár tartása — ép úgy, mint a lemondottnak — engedélyeztetni fog.

Pályázati határidő **1908. évi szeptember hó 15.-e.**

Felhívom a pályázókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hivatalomhoz nyújtsák be.

A választás napját később fogom meghatározni.

Csáková, 1908. évi augusztus hó 25.-én.

2-1

Petkó Zoltán, főszolgabíró.

1361/908. eln. sz.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező „Mária Valéria”-közkórházban üresedésben levő és egyenként havi részletekben, utólagosan fizetendő **1200 korona évi fizetés**, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott **két kórházi alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A főispán úr által kinevezendő orvosok tartoznak a közkórházban lakni és magángyakorlatot — az első segélynyújtás esetét kivéve — nem folytathatnak, más orvos pályázati kérvénye figyelembe vétetni nem fog.

A kinevezendő orvosok állásukat csak 2 hónapi felmondási határidő letelte után hagyhatják el.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy megfelelően okmányolt pályázati kérvényeiket **f. évi szeptember hó 24. napjának d. u. 5 órájáig** Bezeredy István főispán úrnál Szabadkán annál is inkább nyújtsák be, mert az elkészen benyújtott pályázati kérvények visszautasítottak.

A mennyiben az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 2. pontja értelmében kellően minősített pályázó nem jelentkezik, egy évi gyakorlatra utasított, esetleg szigorú orvos pályázati kérvénye is figyelembe fog vétetni.

Szabadka, 1908. évi szeptember hó 1-én.

2-1

A polgármester.

13.460/908. sz.

Zemplén vármegye nagymihályi közkórházánál lemondás folytán megüresedett és **évi 1200 korona fizetés**, valamint a közkórházban természetbeni lakás és teljes ellátással javadalmazott **alorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 1. és 9. §-ában előírt képesítettségi követelményekkel igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket Zemplén vármegye főispánjához czímezve hozzám **f. évi szeptember hó 20.-áig** adják be.

Sátoraljaújhegy, 1908. évi augusztus hó 25.-én.

2-1

Dókus, alispán.

3911/908. sz.

A mostari városi kórházban egy **másodorvosi állás** betöltendő.

A másodorvos évi fizetése 2400 korona, továbbá ingyen lakást, világítást, fűtést és kiszolgálást kap.

Az állást elnyerni óhajtnak boszniai vagy hercegovinai illetőségűeknek avagy osztrák, illetve magyar állampolgároknak s nőtleneknek kell lenniük s a szerb-horvát nyelvet szóban és írásban teljesen bírniok kell. A folyamodáshoz a következő okmányok mellékelendők:

1. Élelket megállapító okmány.

2. Osztrák vagy magyar egyetemen kapott egyetemes orvosdoktori oklevél.

3. Állampolgárságot igazoló okmány.

4. Erkölcsei és politikai kifogástalanságot igazoló bizonyítvány.

5. Hatósági orvos által kiállított egészségi bizonyítvány.

6. Az esetleg eddig már teljesített orvosi működésről szóló bizonyítvány.

Előző kórházi szolgálat kimutatása kívánatos, de nem okvetlenül szükséges. A községi szabályzat értelmében egyébként egyforma minősítés mellett előnyben részesítendőek első sorban a mostari honosak, azután a mostari illetőségűek és utánuk a boszniai vagy hercegovinai illetőségűek.

Az állás az első esztendőben ideiglenes; ezen idő elteltével az illető, a mennyiben alkalmasnak bizonyult és szolgálatát eredményesen teljesítette, véglegesítették.

Az alkalmazandó másodorvos a városi hivatalnokok statusába vétetik föl s mint ilyenek kiltatása van az előlépésre és igénye a nyugdíjra.

A folyamodások bélyegkötelesek (ívenként 1 koronás bélyeg; minden mellékletre 20 filléres bélyeg; a bélyegek értéke készpénzben is beküldhető).

A fentemlített módon fölszerelt folyamodások legkésőbb **október hó 15.-éig** nyújthatók be Mostar város (Hercegovina) tanácsához.

Mostar, 1908. évi augusztus hó 20.-án.

2-1

Sefic, polgármester.

3910/908. sz.

Mostar városában egy **városi orvosi állás** betöltendő.

Az állással évi 3600 korona, azaz háromezerhat száz korona fizetés jár.

Az állást elnyerni óhajtnak boszniai vagy hercegovinai illetőségűeknek, avagy osztrák, illetve magyar állampolgároknak kell lenniük s a szerb-horvát nyelvet szóban és írásban teljesen bírniok kell. A folyamodáshoz a következő okmányok mellékelendők:

1. Élelket megállapító okmány.

2. Osztrák vagy magyar egyetemen kapott egyetemes orvosdoktori oklevél.

3. Állampolgárságot igazoló okmány.

4. Erkölcsei és politikai kifogástalanságot igazoló bizonyítvány.

5. Hatósági orvos által kiállított egészségi bizonyítvány.

6. Legalább két évi kórházi gyakorlat kimutatása.

7. Az eddigi orvosi működés kimutatása.

A városi orvos a többi között köteles részt venni a helybeli szegényeknek ingyenes gyógykezelésében is.

A községi szabályzat értelmében egyébként egyforma minősítés mellett előnyben részesítendőek első sorban a mostari honosak, azután a mostari illetőségűek s utánuk a boszniai vagy hercegovinai illetőségűek.

Az alkalmazás az első esztendőre ideiglenes; ezen idő elteltével az illető, a mennyiben alkalmasnak bizonyult és szolgálatát eredményesen teljesítette, véglegesítették. Mint ilyen a községi szabályzat értelmében nyugdíj jogosult.

A folyamodások bélyegkötelesek (ívenként 1 koronás bélyeg; minden mellékletre 20 filléres bélyeg; a bélyegek értéke készpénzben is beküldhető).

A fentemlített módon fölszerelt folyamodások legkésőbb **október hó 15.-éig** nyújthatók be Mostar város (Hercegovina) tanácsához.

Mostar, 1908. évi augusztus hó 20.-án.

2-1

Sefic, polgármester.

6248/908. 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 felszerelt kérvényeiket hozzám **f. évi szeptember hó 30.-áig** beadják, a később érkezett kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

A körorvos illetményei:

a) évi fizetése 1000 korona,

b) évi fuvarátalánya 600 korona,

c) évi trachomakezelési tiszteletdíja 600 korona,

d) trachomakezelési fuvar 875 korona,

e) a kézi gyógytáartatási jog és kötelezettség,

f) az egyezségileg megállapítandó látogatási díjak.

Körorvosi szék helyén hasonló vasúti állomással bír.

A választást Tótkeresztúrra az iskolai helyiségre 1908. évi október hó 7. napjának d. e. 10 órájára kitűzöm és arra a körorvosi körbe osztott községek bíráit és 2-2 képviselőtestületi küldöttjét ezennel meghívom.

Muraszombat, 1908. évi augusztus hó 24.-én.

3-2

Pósfay Pongrácz, főszolgabíró.

1434/908. sz.

Békés vármegyében kebelezett Endrőd községben lemondás folytán üresedésbe jött egyik **községi orvosi állásra** pályázatot nyitok.

Felhívom mindazon orvosokat, kik ezen havi előleges részletekben fizetendő **évi 1200 korona** készpénzfizetéssel, továbbá a beteg lakásán éjjel kétszeresen számítandó 80 fillér, az orvos lakásán 60 fillér és halottkémlésért 20 fillér szedésevel javadalmazott és a szegényeket ingyen gyógyításával egybekötött állást elnyerni óhajtnak, hogy eddigi alkalmaztatásukat, képesítésüket és életkorukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi augusztus hó 31.-éig** adják be.

A megválasztott az állást a választás napjától számított 15 nap alatt elfoglalni köteles.

Gyoma, 1908. évi augusztus hó 18.-án.

2-2

Főszolgabíró szabadságon:

Janyik, t. főszolgabíró.

2547/908. sz.

Járáshoz tartozó **Izsák nagyközségben a községi orvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, annak betöltésére pályázatot hirdetek.

A községi orvosi állás javadalma: 1. **1000 korona készpénz**. 2. Természetben 4 szobás lakás a szükséges mellékhelyiségekkel. 3. Egy zsellér járandósági kaszáló haszonélvezete. 4. Látogatási díjak. Házi rendelésért 40 fillér, házonkívüli rendelésért 80 fillér, halottkémlésért 60 fillér, éjjeli rendelésért és látogatásért, valamint a községben kívül, de annak határában ezen díjak kétszerese.

Megjegyzem, hogy a II. községi orvosi állást a képviselőtestület most szervezte s a határozat jóváhagyása után az is be fog tölteni.

Felhívom mindazon orvosokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, valamint az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket **f. évi szeptember hó 20.-ának déli 12 órájáig** annál inkább mutassák be alulírott főszolgabíróhoz, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választást f. évi szeptember hó 25.-én d. e. 11 órakor fogom Izsák község község-házánál megtartani.

Kún szentmiklós, 1908. évi augusztus hó 25.-én.

2-2

Martinovich László, főszolgabíró.

1110/908. tk. sz.

Zemplén vármegye alispánjának megbízásából a sátoraljaújhegyi Erzsébet-kórháznál megüresedett **két segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Javadalmazás: **évi 1600 korona fizetés**, szabad lakás fűtéssel, világítással, első osztályú élelmezés. Magángyakorlat, a mennyiben a kórházi működéssel összeegyeztethető, megengedtetik. A kinevezés 3 évre szól.

Felhívom mindazon orvosokat és orvosgyakornokokat, kik ezen állásokat elnyerni óhajtnak, hogy gyakorlati képzettségüket igazoló oklevélükkel felszerelt kérvényüket Zemplén vármegye főispánjához czímezve a zemplénvármegyei alispáni hivatalba legkésőbb **f. évi szeptember hó 20.-áig** adják be. Ezen állásra más pályázó hiányában esetleg szigorú is ideiglenes minőségben kinevezethető.

Sátoraljaújhegy, 1908. évi augusztus hó 12.-én.

4-3

Chudovszky dr., igazgató-főorvos.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

Kitűnő 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-Liptői Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8

Több mint 200 év óta rendelik általánosan a „Rohitschi Styria-
forrás“-t akut és chronikus

Enteritis catarrhalis

eseteiben jelentékeny sikerrel.

Nagybanl raktár Magyarország részére:

HOFFMANN JÓZSEF, Budapest, V., Báthory-utca 8.

Minden gyógyszerárban kapható.

MALTOL LEGOLCSÓBB
LEGTÖKÉLETESEBB

GUAJACOL-PRAEPARATUM.

TARTALMAZ: FÁHÉJSÁV (METOL) MALÁTASZÖRŐPBN
7% KAL. SULF. GUAJAC. 2% CAL. 1% NATR. GLYCEROPHOSFOR.
1% NATR. CAMPHOR. STB. AROMÁS ANYAGOT.

VÖRÖSKÉREZT GYÓGYTÁR
BUDAPEST, VÁCI-UTCA 23.

ÁRA: 1k.80f.

KÉSZÍTŐ: MARBERGER GYULA

Irodalom és minta ingyen.

Gyakorló orvosok előszeretettel rendelik a

Demeter solut. kalisulfoguajacol-t,

mert kitűnő összetételénél fogva **tüdő- és rokonbajoknál elsőrendű gyógyszer.** A készítmény szerencsés összeállítása és technikai tökéletessége biztosítja sikeres alkalmazását. **Javallatok:** Tuberculosishoz és a tüdő rokon heveny és idült bajainál. Vértanyságnál, katarrhalis bajoknál, idült légeső és gégefő-katarrhusoknál, valamint asthmában szenvedőknél. A lázt és éjjeli izzadást megszünteti. Pertussishoz, influenzás tüdőgyulladásoknál és typhusos tüdőinfiltrationál. Antithermikus hatású.

Adagolás: gyermekek naponta 1-2, felnőttek 4 teáskanálnyit vesznek be. — Ára 2 korona. 5036

Kapható minden gyógyszerárban.

Prospektust és mintákat küld a készítési főraktár:

DEMETER KORNÉL gyógyszerésznél, Szászváros.

„Walther“-féle Elixir Condurango peptonat. „Immermann“. Kiváló stomacicum.



Csak gyógyszerárakban kapható. A hol nincs raktáron, kérem annak hozatalát sürgetni. Mintán készítményeim ismételt utánozva lesznek, igen kérjük ezeket **Eredeti Walther** alatt rendelésnél külön megemlíteni.

Irodalom és próbátüvegek mindenkor szívesen állnak rendelkezésre.

Egyedüli készítő

F. WALTHER, Chem.-pharm. Laboratorium
STRASSBURG, Elsass, Rheinzweigstr. 12

Tulajdonos: Walther F. özvegye, Dr. H. Kern, gyógyszerész és vegyész.
Nagybanl raktár Magyarország részére Török József gyógyszerésznél és
Thallmayer & Seitz-nál Budapesten. 5314



Szt.-Lukácsfürdő

Gyógyfürdő, BUDA.

Téli és nyári gyógyhely.

Természetes forró-meleg kénforrások, iszapfürdők, iszapborogatások, massage, vízgőgyintézet, gőzfürdők, kő- és kádfürdők, gyógyvízszodák. Olcsó és gondos penzió. Csúsz, köszvény, ideg-bőrbajok; lakás felől kimerítő prospektust küld ingyen a

Szt.-Lukácsfürdő igazgatósága Buda.

A rationalis phosphor-therapia problémája csak a „Phytin“ felfedezése által lett megoldva.

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz)

Czím Németország és Ausztria számára: Leopoldshöhe (Baden).

SALEN könnyen felszívódó szagtalan, ingermentes.

Salicylsavester rheumatisok külső kezelésére.

Rp. Salen. Spir. 22 pt. s.

S külsőleg.

Rp. Salen pur. 20.

S. Esetelésre.

SALENAL

UNGT.
SALENÆ

0,3 / 1% Salen. pur. tartalmaz, a Salen legolcsóbb és legkényelmesebb alkalmazási módja, tehát igen alkalmas a pénztári gyakorlat számára.

Rp. 1 eredeti tuba Salenal 1.40 korona kicsiben.

Minták és irodalom ingyen küldetnek.

Magyarországi képviselő: Jakitsch János, Budapest, VI., Eötvös-u. 23a.

SANATOGEN

fehérvénye és phosphor bevitele

a testbe. Az oxydációs energiát

fokozza. Az anyagcserét elő-

mozdítja és ezért a leghatható-

sabb erősítőszerek egyike. Orvos

uraknak kísérleti anyagot és

irodalmat kívánatra ingyen és

✱ ✱ ✱ bérmentve küld ✱ ✱ ✱

BAUER & C^{IE}.

Sanatogenwerke,

Berlin SW. 48.

4601

A Budapest-Svábhegyi Sanatorium r.-t.

(Fizikai és diaetetikai gyógyintézet)

alapítási tervezete.

A budapesti Svábhegyen, a főváros eme legszebb és legegészségesebb pontján a technika legújabb vívmányainak felhasználásával nagyarányú

Fizikai és Diaetetikai Gyógy- és Üdülőtelep

létesíttetik.

Tekintettel arra, hogy eddig Magyarországból évenként milliónyi összegek vándoroltak a külföldre üdülést és gyógyulást kereső honfitársaink révén, ezen új gyógytelep — *mint hazánkban egyedül álló modern berendezésű, jól vezetett ily nagyszabású intézmény* — hivatva lesz a külföldi hasonló vállalkozásokkal a versenyt sikerrel felvenni.

Ezen új intézmény a svábhegyi „Nemes-Park”-ban fog létesülni, a mely mintegy 30,000 □ m. területen, remek sétaútaival, fenyves és lombos fákkal teli kertjével már ma is a főváros legszebb nyaralótelepe, és portól mentes subalpin klímájánál, magas fekvésénél és igen napos, remek téli inszolációjánál fogva klimatikus gyógytelepnek az év minden szakában egyaránt kiválóan alkalmas.

Ezen tervet az itt felsorolt szaktekintélyek karolták fel a prospektusban részletesen közölt véleményükkel:

Ángyán Béla dr.
Bäcker József dr.
Csillag Zsigmond dr.
Dirner Gusztáv dr.
Dirner Lajos dr.
Donáth Gyula dr.
Friedrich Vilmos dr.
Gerlóczy Zsigmond dr.
Grósz Gyula dr.

Hainiss Géza dr.
Hasenfeld Artur dr.
Herczel Manó dr.
Hochhalt Károly dr.
Hüttl Hümér dr.
Irsai Artur dr.
Kétly Károly dr.
Korányi Frigyes dr.
Korányi Sándor dr.

Lévai József dr.
Löw Sámuel dr.
Mohr Mihály dr.
Ónodi Adolf dr.
Pertik Ottó dr.
Ransburg Pál dr.
Rákosi Béla dr.
Reich Miklós dr.
Salgó Jakab dr.

Sarbó Artur dr.
Stein Fülöp dr.
Stiller Bertalan dr.
Székács Béla dr.
Tauszk Ferencz dr.
Temesváry Rezső dr.
Török Lajos dr.
Wein Manó dr.
Wenhardt János dr.

Ezen buzdítás alapján elhatározott, hogy a terv kivitelét *részvénytársasági alapon* hozzuk létre. Anyagi garanciánkül szolgál még az is, hogy a jórészt magyarok által látogatott, kevésbé előnyös fekvésű és felszerelésű külföldi intézetek, mint: Maria-Grün, Purkersdorf, Edlach, Kaltenleutgeben, Lahmann, stb. — mind remekül prosperálnak, folyton terjeszkednek és kitűnően jövedelmeznek; *holott egyikük sincs azon előnyös helyzetben, hogy ily nagyjértékű erkölcsi pártfogás mellett a főváros közvetlen közelében, új, modern berendezés és felszereléssel egy kiváló klimatikus helyen, ügyszólván egyedül álljon az országban.*

 Hazai orvosaink jegyzéseire, — bármily kis számú részvényt foglaljanak is magukban, — *kiváló súlyt helyezünk és ezen jegyzéseket a többi aláírásokat megelőzőleg fogjuk figyelembe venni. Ily módon annak a jövedelemnek is részeseivé akarjuk tenni a magyar orvosi kart, a melyet ezen intézet már helyzeténél, nagy erkölcsi támogatásánál, szakszerű vezetésénél és előkelő berendezésénél fogva várakozáson felül biztosan meg fog hozni.*

Az alapítás pénzügyi tervezete a következő:

Kibocsátunk 7500 dbt egyenkint 200 korona, összesen 1.500.000 korona névértékű, névre szóló részvényt.

A részvények aláírásával egyidejűleg a névérték 10%-a, vagyis részvényenként 20 (húsz) korona a Pesti Magyar Kereskedelmi Banknál (Budapest, V., Dorottya-utca 1) befizetendő, a további — részletekben történendő — befizetések iránt, a megalkult társaság igazgatósága fog intézkedni.

Az aláírás záróidejéül, ha a tulajgyezés rövidebb határidőt nem igényel, 1908. október hó 30-ika állapított meg.

Az alapítók fenntartják maguknak a jogot, hogy az igazgatóságot az első három évre kinevezzék.

Bővebb felvilágosításokat nyújt és kívánatra részletes prospektust és részvényjegyzési íveket küld az előkészítő bizottság irodája (V. ker., Széchenyi-utca 1.)

Budapest, 1908. évi szeptember hó 1.-én.

Az előkészítő bizottság.

Az alapítók a Következők:

Bálint és Jámor, műépítésszek,
Csajthay Ferencz, a „Budapesti Hírlap” felelős szerkesztője,
Dr. Friedrich Vilmos, kir. tanácsos, egyetemi magántanár, főorvos,
Gajári Ödön, „Az Ujság” felelős szerkesztője, a Pesti Magyar Kereskedelmi Bank igazgatója,
Glück Frigyes, a „Pannónia”-szálloda tulajdonosa, fővárosi bizottsági tag,
Dr. Hainiss Géza, kir. tanácsos, egyetemi magántanár, kórházi főorvos,
Dr. Kohner Adolf, nagykereskedő, a Pesti Magyar Kereskedelmi Bank igazgatója,
Dr. K. Lippich Elek, ministeri tanácsos,
Muzsa Gyula, gyógyszerész, országgyűlési képviselő,

Nemes Marcell, vállalkozó, fővárosi bizottsági tag,
Pavuncz Sándor, nagykereskedő, fővárosi bizottsági tag,
Radisics Jenő, ministeri tanácsos, az Országos iparművészeti múzeum igazgatója,
Dr. Reich Miklós, orvos, a budapesti Zander-gyógyintézet igazgató tulajdonosa,
Schmitt Károly, a budapesti „Royal nagyszálló” igazgatója,
Singer Zsigmond, a „Pester Lloyd” főszerkesztője,
Urbán Adolf, kir. tanácsos, a Magyar vasúti forgalmi r.-t. igazgatója,
Wellisch Hugó, mérnök és építőmester,
Dr. Weinberger Miksa, vizgyógyászati szakorvos,
Wodianer Hugó, m. kir. udvari tanácsos, lapkiadó.

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 Babarczy Schwartz Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Pilyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Róna Sámuel: Közlés a székesfővárosi szent István-kórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról. Újból a syphilis abortív orvoslásának kérdéséhez. 665. lap.
Friedrich Vilmos és László Gyula: Közlés a Budapesti Kerületi Munkásbeteg-segélyező Pénztár belorvostani osztályáról. A gümőkór diagnózis a kettős fertőzés szempontjából. 666. lap.
Guszmán József: Közlés a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bőrkórtani intézetéből. (Vezető tanár: Nékám Lajos dr., egyetemi rk. tanár.) A szájüreg nyálkahártyájának leukoplakiája. 667. lap.
Tornai József: Közlés a budapesti m. kir. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. udvari tanácsos, ny. r. tanár.) Az emberen való vérnyomás-mérés módszerei, különös tekintettel az újabb eljárásokra. 671. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. A. Ónodi: Das Gehirn und die Nebenhöhlen der Nase. — H. E. Schmidt: Kompendium der Lichtbehandlung. — Lapszemle. Belorvostan. Kourson: Ismétlődő scarlatina. — Vinogradov: Némely gyógyszer

hatása az epeelválasztásra. — Bauer: Alimentaris galaktosuria ieterusban. — Jessen: A tuberculinnal való kezelés. — Idegkórtan. M. Lewandowsky: Az agytályog felismerése. — Sebészet. Sante Solieri: Gerincvelősérülés tanulságos esete. — Riedel: A könnéküli cholecystitis és cholangitis. — J. B. Roberts: Hólyagsérülésekkel kapcsolatos gyomor-duodenumvérzések. — Thorspecken: Gyomorcolonfistula. — F. J. Shepherd: Elsődleges melanosarkoma a choledochusból és a Vater-féle ampullában. — Gyermekorvostan. Birk: Homogenizált tejjel végzett táplálás-kísérletek. — Barbier és Boudon: A gyermekkori gümőkór gyakorisága. — Bőrkórtan. J. Zeisler: A folyékony levegőnek és folyékony szén-savnak dermatoterapiás alkalmazása. — Tièche: Kísérletes adatok a maculae coeruleae ismeretéhez. — Kisebbségi közlemények az orvostudományról. Kloster: Szergej galandféreg ellen. — Renner: Egett sebek gyógyítása. — Wood: A ricinus hasajtó hatásának fokozása. 675—678. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 678. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 678. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 679—682. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a székesfővárosi szent István-kórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról.

Újból a syphilis abortív orvoslásának kérdéséhez.¹

Közlő: Róna Sámuel dr. egyetemi rk. tanár.

Az Orvosi Hetilap múlt évi 32. számában közölt cikkemben hangsúlyoztam, hogy a fertőztetés után 8—15 nappal klinice körjelzett állítólagos sklerosisok kiirtása után tapasztalt syphilismen-tességben, mint a milyen eseteket az utolsó időkben is közöltek, nem bízom (mert még művi beoltások után is csak 2—3 hét múlva konstatáljuk a fogamzást alig kendermagnyi beszűrődés alakjában, természetes fertőzések után még később, és így tévedés a körjelzésben nagyon könnyen megtörténhetik), továbbá, hogy „a korábban való kiirthatás esélyei ezután csak úgy nagybodhatnak, ha minden genitális laesiót, akármily esekélynek és ártalmatlannak látszó is, rögtön a jelentkezés pillanatában spirochaetára megvizsgálunk és pozitív lelet esetén kiirtunk.

Azóta azt tapasztaltam, hogy még így is a véletlenségek láncolata folytán tévedések áldozatává lehetünk. Erről tesz tanuságot következő esetem:

X. Y. 1907 június 27.-én jött hozzám 2 kölesnyi, hámtól fosztott papulácskával, melyek egyike a fék élén, másika a fék jobb oldalán féskelt és melyekben kevés spirochaetát tudtam kimutatni. A beteget az előző évben 6 hónapon át gonorrhoea ellen kezeltem és rajta a lues jeleit sohasem láttam. Jelen baja bemutatókor azt adta elő, hogy 14 és 8 nap előtt közöszült utoljára,

¹ Előadatott a Budapesti kir. Orvosegyesület dermatologiai szakosztályának 1908 május 24-i ülésén.

és hogy a kis laesiót a bemutatás napján vette észre. Minthogy régebbi lueses fertőzést tagadott, és én magam is 1/2 éven át tartó folytonos megfigyelés alatt rajta lues jelet nem találtam és a mostani vizsgálat alkalmával sem akadtam más jelre: a 2 kis laesióban, tekintve, hogy táji mirigybeszűrődést még nem találtam, oly korai sklerosiszt véltem magam előtt látni, hogy a kiirtás számára alkalmasnak találtam. Ezért másnap a feket ép környékével együtt kiirtottam és a sebet bevarrtam. A következő napokban újból jelentkezett a beteg a nyelvén 2 friss laesióval, melyek szintén kétségtelen syphilispapulának (spirochaeta-lelet) bizonyultak; a nyelv két szélének közepén ültek. Az állalatti mirigyek nem voltak beszűrődve. Most már kétségtelen volt előttem, hogy egy régebben szerzett lues késői recidiv eruptiójával állottam szemben, mely a penisre és a nyelvre lokalizálódott. A beteget újból kikérdezvén összes eddigi előzményei felől, eleinte ugyanazon álláspontra helyezkedett, hogy neki soha más genitális baja, mint gonorrhoeája nem volt, és csak hosszas faggatás és gondolkodás után jött rá, hogy 6 év előtt volt valami jelentéktelen pattanása a monyán, a mely helyi kezelésre néhány nap alatt gyógyult. Hogy a genitális laesiók, melyeket kiirtottam, nem voltak elsődleges nyilvánulások, hanem haematogen papulák, azt a lefolyás is beigazolta. Sem táji, sem távolabbi mirigyduzzanatok nem keletkeztek, sem újabb eruptio (1 évi észlelés után) nem jelentkezett.

* * *

Ezen eset tehát arra int, hogy a korai sklerosisi kiirtásokkal elért pozitív eredményeknél, még ha az extirpatio spirochaeta-leleten alapult is, ilyen előzetes luesinfectio lehetőségével is kell számolnunk. Bizonyára többször fog megtörténni, hogy a multban történt fertőztetés még utólag sem fog oly könnyen kiderülni, mint az én esetemben. Sokszor a jelentéktelennek, vagy puha fekélynek tartott genitális laesiókat a betegek egyáltalán nem említik, nem is szólva az extragenitális syphilisinfectióról, melyről sokszor nem is tudnak.

Közlés a Budapesti Kerületi Munkásbetegsegélyző Pénztár belorvostani osztályáról.

A gümőkór diagnosisa a kettős fertőzés szempontjából.

Irta: **Friedrich Vilmos** dr., egyet. magántanár, főorvos és **László Gyula** dr., szaksegéd, az Erzsébet királyné-sanatorium volt I. segédje.

(Vége.)

Cutanreactio.

Egy éve, hogy *Pirquet* a *tuberculosis-allergia* próbáját felfedezte.¹ Lényege abban áll, hogy azon méreggel szemben, melyet már egyszer oltva volt, a szervezet nagyobb érzékenységet tanúsít. A míg tehát *tuberculosis* sem inficiált szervezet a Koch-féle tuberculinnal beoltva semmi reactiót sem mutat, addig a gümőkórosan fertőzött egyénen a bőrreactio papulaképződésben nyilvánul a beoltás helyén. Ezen papula az első 24 óra alatt fejlődik ki, s néhány óra vagy nap leforgása alatt ismét eltűnik. A *tuberculosis-allergia* kimutatására *Pirquet* a Koch-féle koncentrált tuberculin használta, melyet a bőr felületére sértésével juttatott a szervezetbe. Előnye az eljárásnak az volna, hogy a szervezetet nem károsítja meg, mint a tuberculinnak subcutan alkalmazása, tehát nem vált ki organikus reactiót — néha magas lázat, bágyadtságot, levertséget stb. — s így lázas betegeken is alkalmazható.

Az eddigi észleletek arra az eredményre vezettek, hogy a cutanreactio alkalmazása kis gyermekeken csakugyan igen jó segédeszköz, míg az 5. életévtől kezdve s felnőtteken alkalmazva *Pirquet* maga is kijelenti, hogy értéke jóval csekélyebb, mivel körülbelül 90%-a a beoltottnak reagál. Az eljárásnak ezen nagy hátrányán akart segíteni *Detre*,¹ midőn „megkülönböztető reactiói”-val a próbát felnőttekre is alkalmazhatóvá igyekszik tenni, s szerinte ez neki teljes mértékben sikerült is. Ezen célból a Koch-féle régi tuberculin mellett és helyett human és bovin filtratumot használ, mint a mely filtratum szerinte nagyobb méreg, s a melylyel szemben a szervezet jóval nagyobb érzékenységet tanúsít. A filtratumok okozta érzékenység foka pedig ismét különböző a szerint, a mint human vagy bovin filtratumot alkalmazunk. *Detre* fontosabb következtetései ezek: A tuberculin gyengébb reactiót ad, mint az ugyanolyan töménységű human filtratum. A papulák közti különbség igen nagy lehet; a domináló papulát sokszor látta 10—15 mm. átmérőjűnek, míg a másik papula vagy ki sem fejlődött, vagy csak 1/2—1 mm.-nyire nőtt meg. Többnyire a human filtratum adta a kiemelkedő vagy szembevető papulát. Ezen eltérésekből azt következteti, hogy dominans human reactiók esetekben a human típusú, bovin reactiók esetekben a bovin típusú bacillus okozza a gümős fertőzést. A papulák relatív nagyságából azután acut human, acut bovin, acut vegyes, chronikus vegyes stb. típusokat állít fel. Tehát, a mint látjuk, eljárása révén a gümőkór sokszor annyira nehéz diagnosztizálhatóságát s tévedésektől mentes prognosztizálását felette értékes módszerrel véli megkönnyíthetni s ezen felül a therapiai irányra is útbaigazítást nyújtani.

Mi az oltásokat, még *Detre* közleményének megjelenése előtt végezve, a himlőoltáshoz hasonló módon végeztük. Meg is maradtunk ezen eljárásnál, mivel mellékesnek véltük s tartjuk ma is, hogy a bőrhorzsolás minő technikával történik, fontos csupán az, hogy lehetőleg egyenlők legyenek a sértések. A csupán tuberculinnal végzett *Pirquet*-oltásoktól most eltekintünk, s csak azon 80 esetünkről számolunk be, a melyekben Koch-féle tuberculinnal, *Spengler*-féle human és bovin szűrlettel végeztük egyidejűleg a kísérleteket, megjegyezve, hogy mind a három anyag teljesen azonos töménységű volt.

A 80 eset közül biztos gümőkór volt 46. Ezek közül positiv reactiót adott 27 eset (58.6%), negativ volt a reactio 19 esetben (41.3%); az utóbbiak közül kettő súlyos eset volt. Nem volt gümőkóros 17, ezek közül positiv reactiót adott 3 (17.6%), negativ volt a reactio 14 esetben (82.3%). A gyanus esetek közül positiv

reactiót adott 7 (41.1%), nem adott reactiót 10 (59.0%). Csak human filtratumra reagált a 27 közül 7 (ezek valamennyien a tuberculinnal is reagáltak) (25.9% human fertőzés), csak bovin szűrletre reagált a biztosan *tuberculosis*osak közül 4 (14.8% bovin fertőzés), mindkettőre egyformán reagált pedig 16 (59.2% kettős fertőzés).

Az ophthalmoreactioval elért eredményekkel összehasonlítva a fenti adatokat, látjuk, hogy azok meglehetősen egyeznek, sőt egyeznek a százalékszámok a köpetvizsgálat útján nyert azon adatot illetőleg is, hogy legtöbb a kettős fertőzés, s legkevésbé a tiszta bovin típusú infectio.

Tapasztalataink szerint ugyanazon töménységű régi tuberculin minden esetben nagyobb s intenzívebb papulát váltott ki, mint a human filtratum, s egyetlen esetünk sem volt, melyben a human filtratumnak papuláját ne kísérte volna a Koch-féle tuberculin okozta nagyobb papula.

A filtratumok erősebb voltát s erősebb mérgező sajátosságát tehát el nem ismerjük sem itt, sem pedig azoknak therapiai alkalmazásakor, s így *Detre*-nek azon állítását, hogy a „hig tuberculin mindig gyöngébb reactiót ad, mint az egyazon töménységű filtratum,” nem csak hogy meg nem erősíthetjük, hanem éppen az ellenkezőjét kell állítanunk. Azt sem volt módunkban megfigyelni, hogy az egyes papulák közt akkora nagyságbeli különbségek lettek volna, mint a minőket *Detre* leír.

A mi már most a *Detre* által felvett acut és chronikus típusokat illeti, az eljárás hivatva volna adott esetben az eddigieknél helyesebb prognosztizálására, de nem tapasztaltuk annak előnyét azon eljárások felett, melyekkel már eddig is rendelkezünk. Ugyanis, feltéve, hogy a papulák egymáshoz való viszonya, nagysága és a betegség tendenciája közt csakugyan van harmonia, a prognosztizálás szempontjából azért nem értékesíthető, mert a betegségnek tendenciája egyik hétről a másikra változhatik. Hány-szor esalódunk, a mikor a ma jóindulatúnak mutatkozó eset néhány hét múlva rosszindulatúvá lesz, hány-szor találkozunk esetekkel, melyekben legnagyobb meglepetésünkre a beteg nem remélt jó karban van nagy haemoptoé, gastrikus tünetek, lesoványodás, hetekig vagy hónapokig tartó lázas állapot után. Ezen esalódásoknak a „megkülönböztető cutanreactiók” daczára továbbra is ki leszünk téve. Chronikus lefolyást mutató eset néhány hét alatt subacutá vagy acutá válhatik s fordítva. Tehát az acut és chronikus lefolyású, jó- és rosszindulatú tüdőgümőkór megítélésekor mi ezentúl is a már kipróbált tüneteket fogjuk figyelemmel kísérni, annál is inkább, mert az úgynevezett terheltégnek, a beteg korának, lázának, a tüdőbeli elváltozás fokának, a tápláltságnak s főleg a pulsusnak megítélése még csak 24 órát sem vesz igénybe s a megközelítőleg helyes prognosztizálás ezekből eldönthető.

A *Detre* ajánlotta eljárás tehát — sajnos — felnőtteken csak úgy nem értékesíthető a diagnosztizálás céljára, mint a *Pirquet*-é, mert gyakorlati szempontból nem az a fontos, vajjon a kérdéses egyén benne van-e abban a bizonyos 90%-ban — mert ennyi bizonyult gümőkórosnak a bonczolóasztalon megejtett vizsgálatok s a cutanoltások alapján —, hanem az, vajjon klinikai értelemben jelenleg gümőkóros-e az egyén, ki panaszával bennünket felkeres, illetve van-e szükség beavatkozásra vagy nincs. (Activ és inactiv *tuberculosis*.)

Hogy a fertőzés forrásának kikutatására alkalmas-e a *Detre* eljárása, erre nézve tapasztalatokkal nem rendelkezünk.

Az ellen természetesen nem lehet kifogást emelni, ha alapos fizikális vizsgálat megejtése mellett, számbavéve minden rendelkezésünkre álló eszközt, a cutanreactiót is segítségül hívjuk, de igen sok kellemetlenséget, esalódást okozhat az eljárás igénybe vétele, s az abból levont következtetés, ha a gyakorló orvos exact fizikális vizsgálat hiányában tisztán a bőrreactióból vonná le következtetéseit akár a diagnoszt, akár a prognosztizálást illetőleg. De még negativ esetekben sem lehet biztossággal következtetni arra, hogy az illető nem gümőkóros, bizonyosság erre azon 41.3%, mely klinikai *tuberculosis* mellett a reactiót nem adta.

Azok, kik a kettős fertőzés elméletének alapján állanak, s így a kettős filtratummal való therapiát alkalmazzák, hasznát vehetik a megkülönböztető reactióknak, a mennyiben, ha például a human papula nagyobb, mint a bovin, a bovin filtratumot ajánlatos használni, mert a kisebb érzékenységet mutató filtratum alkalma-

¹ Der diagn. Wert der kutanen Tuberculinreaction bei der Tuberculose des Kindesalters. Wiener klin. Wochenschrift, 1907. 38. szám. Die kutane Tuberculinprobe. Mediz. Klinik, 1907. 40. sz.

² *Detre László*: Megkülönböztető tuberculinreactiók. Orvosi Hetilap, 1907. 45. sz.

zása kisebb reactiót fog kiváltani, illetve csak nagyobb adagnál fog a reactio bekövetkezni, mint a másikonál, melylyel szemben a szervezet érzékenyebbnek bizonyult.

Meg kell még emlékeznünk az úgynevezett késői reactiókról, vagyis azokról, melyek 24 órán túl jelentkeznek. Ezen késői reactiók (akár ophthalmo-, cutan-, vagy subcutan reactio) a legtöbbször egyúttal koresreactiók is, s valószínűleg a mellett szólnak, hogy a kérdéses egyén nem gümőkóros. *Citron* szerint ezek diagnostikai czélból nem értékesíthetők, mert hiányzik a specifikus túlérzékenységnek kardinális sajátossága, a mely épen a korai keletkezésében nyilvánul meg.

Subcutan reactio.

Rég kipróbált, megbízható módszer, mely meglehetősen pontossággal ad választ arra a kérdésre, gümőkóros-e a kérdéses egyén klinikai értelemben, vagy sem. Az eljárás kiállotta már a tűzpróbát, s így az értékéről vizsgálatok alapján nyilatkozunk felesleges. Csupán a kettős fertőzés szempontjából, s hosszas megfigyeléseink alapján a kivétel mikéntjéről óhajtottunk a kérdéshez szólni, egyébként pedig ellenőrzésképen használtuk a két előbbi reactio megbízhatóságának eldöntése czéljából.

Tudvalevő, hogy a gümőkórosak igen nagy része túlérzékenységet tanúsít a tuberculinnal szemben; $1/10000$, sőt $1/100000$ mgm. tuberculin vagy filtratum már reactiót okozhat, s így számos próbaoltás után érthetetlen előttünk, hogy miért dolgoznak még ma is sokan aránylag óriásnak mondható túlmagas adagokkal. A mennyiben valaki 1 mgm. tuberculint nem reagál, megengedhető, hogy az a következő alkalommal 3 mgm.-ot kapjon, de hiba, ha az esetleg fennálló túlérzékenységet nem respektálva, mindjárt az első alkalommal egy egész mgm. tuberculint fecskendezünk be, a mi ha el is ismerjük, hogy valamennyi specifikus reactio között ez nemcsak a legbiztosabb, hanem egyúttal a legkövetkezősebb, mert a lokális reaction felül általános, sőt organikus reactiót is ad, ez még nem jogosít fel arra, hogy organikus reactiót provokáljunk szándékosan, mivel annak horderejét előre megállapítani s kiszámítani képtelenek vagyunk. S ne felejtjük el, hogy épen azok az egyének a legérzékenyebbek, kiknél a diagnosis megállapítása czéljából eszközölt vizsgálat ellenére a gyanúnál tovább nem mehetünk; ezek a kezdődő, friss esetek. Kis mennyiségű ($1/100$ — $1/10$ mgm.) tuberculinnal kezdve a probatorius injectiókat, minden veszély kizárható. Ezen kis adagok rendszeren csak lokális reactiót adnak (duzzanat, piros), mely reactio már organikus elváltozás és láz nélkül is pozitívnak minősíthető oly értelemben, hogy a szervezetben valahol gümös gócz van.

Az organikus reactio (szűrtyőrejek jelentkezése a tüdőcsúcsban) kétségtelenül többet mond, de ennek megtalálása — ha előbb nem volt — csak nagyon kivételesen sikerül még nagy adagok alkalmazása mellett is. Probativ injectiora főleg láztalan betegek alkalmasak. Legjobb azt 1—2 napi hőmérőzés után az esti órákban eszközölni, s másnap reggeltől kezdve a hőmérsékletet óránként mérni, mert a reactio rendszeren 10—12 óra múlva következik. Ha elmarad, 2—3 nap múlva ismételjük meg az injectiót $1/10$ —1 mgm. tuberculinnal. A hőmérsékletnek 1° -kal való emelkedése pozitív reactionnak vétetik. Három mgm.-nál nagyobb dosist mi nem alkalmazunk. Ha ezen eljárás segélyével a kérdés például human filtratum alkalmazására eldönthető nem volt, vagyis ha $1/100$, $1/10$, 1 mgm. human filtratumra reactiót nem nyertünk, adjuk a bovin filtratumat hasonló kautelák mellett, merttap asztaltuk akárhányszor, hogy ily eljárással pozitív reactio birtokába juthatunk még akkor is, ha nélküle negatív eredménnyel kellett volna beérnünk.

Ily eljárás mellett természetesen a kérdés eldöntése 1—2 hetet is igénybe vehet. De ez megszűnik hátrány lenni, ha meggondoljuk, hogy a kérdést így minden egyéb eljárásnál biztosabban dönthetjük el; hogy ily módon még egy enyhe szemgyuladásnál is csekélyebb kellemetlenséggel dolgozunk. A hosszadalmas eljárás pedig nem hátrány, hiszen mindig kezdődő, gyanus esetekről van szó, a hol 1—2 hét sem a diagnosis, sem a prognosis, sem a prophylaxis szempontjából mit sem jelent.

Az ophthalmoreactionál a biztosan gümőkóros esetek közül 41.4%, a cutanreactionál 41.3% volt negatív (17 illetve 19 eset). Ezen összesen 36 eseten végzett subcutan oltásokra valamennyi 36 eset, tehát 100% reagált; s a fizikális lelet mellett ezen

positív reactio is feljogosított bennünket arra, hogy a fenti eseteket kétségen felül gümőkórosoknak nyilvánítsuk.

A tuberculosira gyanus esetek közül reagált szembe cseppentésre 8 eset közül 2, cutanreactiót adott 17 eset közül 7 (25% illetve 41.1%). Ezen összesen 25 gyanus eset közül subcutan injectiora reagált 23 (92%).

Az eljárás tehát megbízhatóbbnak bizonyult, mint akármelyik a fenti két eljárás közül.

Csak megemlíteni kívánjuk, hogy vannak észlelők, kik más bajban szenvedőkön is kaptak pozitív reactiót (carcinoma, lepra) s elmaradt néha a gümőkórban. Az ily esetek száma azonban semmi esetre sem oly nagy, mint a többi reactionál.

Késői reactiót subcutan injectio után is volt alkalmunk észlelni.

A mi már most a kettős, illetve tiszta human és tiszta bovin fertőzésnek egymáshoz való viszonyát illeti, meg kell jegyeznünk, hogy ezt a tuberculinos therapia alkalmazása folyamán eszközöltük, s 150 eset kapasan 8 hónapos észlelet után arra a conclusiora jutottunk, hogy a két filtratumot nem minden betegünk tűrte egyformán, illetve nem tudtunk reactio nélkül mindkét filtratummal ugyanazon relative maximális adagig eljutni, némely esetben pedig az egyiket sehogyan, a másikat elég jól tűrték; voltak, a kik úgy a human, mint a bovin szűrlet iránt már a legkisebb adag mellett is túlérzékenységet tanúsítottak. Az arányszám megközelítőleg ugyanaz, mint a két előbbi reactionál. (Human infectio 30%, bovin fertőzés 14%, kettős infectio 56%.)

Hát van még, hogy mérlegelve valamennyi közölt eljárásnak előnyeit és hátrányait, felállítsuk az indicatiót arra nézve, hogy mikor melyiket vegyük igénybe, ha a tuberculosis diagnosisának eldöntése czéljából segédeszközre van szükségünk.

Tüdőgümőkórban természetesen a köpetvizsgálatnak kell az elsőséget adni. Ha a köpetben a bacillus nem mutatható ki, vagy ha nincs köpet, illetve, ha más szervnek tuberculosisáról van szó, a subcutan injectiót vegyük igénybe, lehetőleg csak akkor, ha a beteg láztalan. Ha a most említett két eljárás közül egyik sem alkalmazható, folyamodunk csak az ophthalmo- illetve a cutanreactio kiváltásához, ez utóbbinak előnyt adva, ha a beteg az 5. életévét meg nem haladta, egyébként a következtetések levonásában legyünk igen óvatosak. Ha mindkét utóbbit akarjuk egymásután alkalmazni, úgy előbb végezzük a cutanoltást, mert fordítva a conjunctivitist még akkor is provokálhatjuk, ha az ophthalmoreactio előbb negatívnak bizonyult. Kerülendő az ophthalmoreactio ugyanezen oknál fogva akkor is, ha a beteg utólag esetleg tuberculinkezelésben részesül. Nem alkalmazható Calmette eljárása szembaj esetén sem. Bármelyiknek végzésekor tökéletesebbnak tartjuk az eljárást, ha úgy a human, mint a bovin filtratumot alkalmazzuk.

Irodalom. Az alig másfél évet felölelő cutan- és ophthalmoreactioról szóló irodalom már is igen terjedelmes, ez alkalommal csupán azon közlések felsorolására szorítkozunk, melyek a kettős fertőzés szempontjából foglalkoznak a kérdéssel. 1. K. Spengler: Wiener klinische Rundschau, 1906. 33. sz. — 2. K. Spengler: Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 15. sz. — 3. Betegh Lajos: Állatorvosi Lapok, 1907. 35. sz. — 4. Betegh Lajos: Állatorvosi Lapok, 1907. 21. sz. — 5. K. Spengler: Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 9. sz. — 6. Detre László: Orvosi Hetilap, 1907. 45. sz. — 7. Berend Miklós: Orvosi Hetilap, 1907. 45. sz. — 8. Heim Pál és John M. Károly: Orvosi Hetilap, 1907. 45. sz. — 9. Kéntzler Gyula: Orvosi Hetilap, 1908. 1. sz. — 10. Blumenfeld Sándor: Orvosi Hetilap, 1908. 15. sz. — 11. Budapesti kir. Orvosegyet.: Discussio. Orvosi Hetilap, 1907. 47. sz. — 12. Lévy Lajos: Orvosi Hetilap, 1907. 46. sz. — Torday Árpád: Bpesti Orvosi Ujság, 1908. 30—31. sz. — Szabóky János: Orvosi Hetilap, 1908. 27. sz. — Hollós József: Bpesti Orvosi Ujság, 1908. — Kuzmik Pál: Orvosi Hetilap, 1908. 23. sz.

Közlés a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bőrkórtani intézetéből. (Vezető tanár: Nékám Lajos dr., egyetemi rk. tanár.)

A szájüreg nyálkahártyájának leukoplakiája.

(Klinikai és pathologiai tanulmány.)

Irta: **Guszmán József** dr., v. egyetemi tanársegéd.

Ha a leukoplakia pathológiájában a luesnek elsőrendű jelentőséget tulajdonítunk is, a dohányzásnak nagy és lényeges szerepét még sem tagadhatjuk. Sőt annak nagy jelentőségét nem tudjuk eléggé hangsúlyozni. Véleményünk szerint azonban a két

tényező: a dohányzás és a lues nem egyforma kvalitású tényező a leukoplakia létrehozásában. Míg a luesnek abban tulajdonítunk nagy fontosságot, hogy a nyálkahártyákon a talajt előkészíti és átalakítja, addig a dohányzás egyszerűen mint állandó inger az előkészített talajon azt az idült, kétségtelenül lobos folyamatot létesíti, mely a hámmegvastagodás és átalakulás beálltával a leukoplakiának klinikai képére vezet. Tehát a lues és a dohányzás az a két tényező, a mely együttesen a leukoplakiát létrehozhatja.

A dohányzásnak lényeges, sőt elsőrangú fontossága a legtöbb vizsgáló adataiból kivüláglik. Maga a „plaques blanches des fumeurs” elnevezés is, mely *Devergie*-től ered, a dohányzás nagy jelentőségére utal. De azért a szerzők némelyike nem helyezte nagy súlyt ezen abususra. Így *Schwimmer* is csak némi jelentőséget tulajdonít a dohányzásnak, egyrészt mert 20 esete közül hatban a betegek állítólag sohasem dohányoztak, másrészt mert a dohányzásnak óriási elterjedése mellett a leukoplakia mégis csak ritkább betegség. A leukoplakiának dohányzás nélkül való létrejöttére az újabb tapasztalatok alig mutatnak példát s így alighanem valamely tévedésen alapul (például hiányos vagy téves anamnesis). *Schwimmer*-nek az a fejtegetése, hogy a dohányzás óriási gyakoriságához mérten aránylag kevés a leukoplakia, nem használható fel így, mert kihagyta — az idiopathiás teoriára támaszkodva — a luesnek előkészítő fontosságát. Mert azt, hogy a dohányzás egymagában nem tud leukoplakiát létrehozni, azt első sorban mi magunk is véljük.

A dohányzás elsőrangú fontosságát azzal az adattal is szokás támogatni, hogy a nőknél a leukoplakia csak a legkivételesebb esetekben fordul elő. Az egész irodalomban alig néhány ily eset ismeretes. (Fournier 324 eset közül mindössze 5 ízben látott nőesetet.) Saját anyagunkban nem fordul elő ily női leukoplakia. Leukoplakiás betegeink kivétel nélkül valamennyien dohányosok voltak; voltak köztük sokan, a kik a dohányzást a legféltlenebb mértékben űzték (50—60 cigarettára, 10—15 erős szivar, naponként egy csomag kapadohány stb.).

Érdekesen nyilvánul a dohányzásnak közvetlen hatása oly egyénekben, a kik erős dohányosok és a szivart, cigarettát vagy pipaszárat állandóan a száj egyik sarkában tartják. Ilyenkor nem is olyan ritkán kifejlődik az a sajátos jelenség, hogy a buccális nyálkahártya azon oldalán, a hol a füst egyenesen éri s igen ritkán vele együtt a nyelv és ajak megfelelő részén igen erős leukoplakiát látunk, a másik oldalon pedig, a hol a dohányzás ingere legközvetlenebbül nem hatott, a nyálkahártya alig, vagy egyáltalán nincsen megváltozva. Ily esetet összesen 6 ízben észleltünk. Legkifejezettebb a következő volt: *T. G.* hivatalnok, 35 éves. Lueses infectio 10 év előtt, luese injectiókkal és kenőkrakkal elég jól volt kezelve. Éveken át naponta 50—60 cigarettát szívott. 1907 január havában vizsgálat alkalmával a bal buccális (pofa) nyálkahártyája igen erős diffúz alakú leukoplakiától ellepett, jobboldalt ellenben a nyálkahártya teljesen sima, fénylő. A beteg határozottan állítja, hogy cigarettáját állandóan a bal szájzugban fogta, úgy hogy az közvetlenül érintkezett a nyálkahártyával.

A dohány minőségétől és a dohányzás alakjától (szivar, cigarettára stb.) úgy látszik nem sok függ. Ezt már abból is látjuk, hogy a leukoplakia a társadalom összes rétegeiből támadja meg az embert. Az úgynevezett bagózás alkalmasint szintén erős mértékben izgatja a száj nyálkahártyáját s így bizonyos, hogy kellően előkészített talajon ugyancsak kiválthat leukoplakiát, de betegeink közül csak 5 akadt, a ki e szokással élt s így semmiféle határozott adattal nem rendelkezünk.

A leukoplakia aetiologiájában a luesen és dohányzáson kívül még néhány egyéb tényezőt is említ egyik-másik szerző. *Schwimmer* főleg a különböző emésztési zavarokkal is összefüggésbe hozza a bántalmat. Sőt említ oly esetet is, a melyet — igaz — nem ő maga észlelt, a melyben az emésztési zavarok gyógyulásával a leukoplakia elmúlt. Ily adat az újabb irodalomban alig akad és általában a belső bajokkal való összefüggése a betegségnek úgy látszik minden alapját vesztette. Eseteink közül is sohasem került észlelés alá olyan, a melyben ez a nézet igazolást vagy megerősítést nyert volna.

Ugyanigy állunk az úgynevezett arthritises diathesissel is. A francia szerzők egyrésze a legújabb időkig is fontosnak tartja

e tényezőt a leukoplakia aetiologiájában. Az utóbbi időben *Bénard*¹ és *Brocq*² is ily értelemben nyilatkozott, sőt az előbbi szerző úgy véli, hogy a köszvényes diathesis csaknem minden súlyosabb leukoplakiás esetben kimutatható. Ezzel a nézettel azonban merőben ellenkezik *Gaucher*, *Balzer*, *Landouzy* felfogása, mely szerint a leukoplakia aetiologiájában a lues conditio sine qua non-ként szerepel. Az arthritismus (arthritisme) fontos kórokozó voltát mi egyáltalában nem tudtuk felismerni, s ebben nem is állunk egyedül. A legtöbb szerző, még a francziák közül is sok (*Gaucher* s mások), vagy nem is említi az arthritismust vagy egyáltalában nem helyez rá súlyt e kérdésben.

A leukoplakiát a psoriasisal is vonatkozásba hozták. Ezt részben már a *Bazin*-tól eredő „psoriasis linguae” (leukoplakia) elnevezés is tette. De ezt *Schwimmer*-nek nagy hatású munkája a leukoplakiáról feledésbe vitte. Csak *Schütz*³ figyelmeztetett később, hogy a psoriasis és leukoplakia között alkalmasint valamilyen összefüggés áll fenn. Valószínűleg *Schütz*-nek ez a közleménye volt a rugója azon vizsgálatoknak, a melyeket *Lissauer*⁴ *Joseph*-nek berlini beteganyagán végzett. *Lissauer* 50 psoriasisos beteget vizsgált leukoplakiás elváltozásokra s köztük 10-ben különböző fokú leukoplakiát talált. Ezek közül állítólag egy sem szenvedett luesben s valamennyi dohányos volt. Megjegyzendő azonban, hogy a 10 eset közül jól kifejezett leukoplakia csak kettő volt, a többi 8 esetben vagy gyöngén kifejezett, kezdeti leukoplakia, vagy annak is csak a gyauja (4 esetben csak hámszavarodás — „Epitheltrübung”) volt jelen. *Joseph* főleg ezen adatokra támaszkodik, mikor hangsúlyozza, hogy a leukoplakiás elváltozásoknak különböző általános baj lehet a praedisponáló talaja.

Ambulantiánkon a psoriasis a szó szoros értelemben igen gyakori, mindennapos bántalom s így fölötté kedvező viszonyok közt végezhetjük a *Lissauer*-éihez hasonló vizsgálatokat. Összesen 62 esetben vizsgáltuk psoriasisos betegeinket leukoplakiára, de egyetlen egy esetben sem tudtunk csak a legkisebb mértékben is kifejezett leukoplakiás elváltozást megállapítani, jöllehet a vizsgált psoriasisos betegek valamennyien a 20. életévet túlhaladták, férfiak voltak, a kiknek legtöbbje dohányzott. Ezen egyetlen vizsgálati sorozat bizonyítja, hogy *Lissauer* eredménye leginkább a véletlennek tudható be, s reá nagyobb szabású következtetéseket alapítani nem lehet. Ki kell azonban emelnünk, hogy sem *Lissauer*, sem különösen *Joseph* nem azonosítja a leukoplakiát a nyálkahártyának igazi psoriasisával, mint a melyet újabban többen (*Oppenheim*, *Thimm*) kétségtelenül megállapítottak. Részünkről tehát a psoriasishoz nem tulajdoníthatunk semmiféle szerepet sem a leukoplakia aetiologiájában.

A fentiekben igyekeztünk kimutatni, hogy a leukoplakia létrejöttében úgyszólván egyedül a lues és a dohányzás játszik elsőrendű szerepet. A lues előkészíti a talajt, az erősebb dohányzás mint állandó inger pedig kiváltja a bajt. Ha ez így van, akkor bizonyos, hogy a lueses háttér mellett a dohányzáson kívül egyéb ingerek is kiválthatják a leukoplakiát, mert valamilyen különleges ingernek a dohányzást nem foghatjuk fel. Fontossága csak abban rejlik, hogy rendkívül elterjedt szokás s mint ilyen állandóan érvényesül. De tapasztalataink azt bizonyítják, hogy más kiváltó körülmények is léteznek, melyek részben magukban, legtöbbször azonban a dohányzás hatásával összegeződve fejtik ki hatásukat. A fogak elhanyagolt volta, első sorban érdessége, erős szeszes italok (pálinka), fűszeres éledelek élvezete és rosszul alkalmazott műfogak vagy fogsorok mindannyian oly állandó ingert fejthetnek ki, a melynek következtében azután a leukoplakia létrejöhet. Az újabb szerzők közül *Brocq* is két kiváltó okot hangsúlyoz: a dohányzást és a fogak érdességét.

Az a kérdés merülhetne már most fel, nem lueses termék-e a leukoplakiás elváltozás? E helyen első sorban meg kell állapodnunk a leukoplakiának fogalma körül. Igazi leukoplakiának csakis

¹ *Bénard*: Langue (*Besnier-Brocq-Jacquet*: La pratique dermatologique, tome 2.)

² *L. Brocq*: Traité élémentaire de dermatologie pratique, Paris, 1907, tome 2.

³ *Schütz*: Leukoplakia oris bei Psoriasis. Archiv f. Dermat. 46. k. 433. l.

⁴ *Lissauer*: Ueber das Verhältniss v. Leukoplakia oris u. Psoriasis vulg. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1899. 31. sz.

azon eseteket szabad vennünk, a melyek a *Schwimmer*-féle leírásnak megfelelnek s a melyeknek tüneteit a bevezető sorokban rövidesen felsoroltuk. Az a zavar, a melyet a francia szerzők némelyike különféle elnevezéssel, mely az aetiológiát akarta meghatározni, okozott, szerencsére ma már alig vezet valakit tévútra. A „leukokératose syphilitique“, „syphilis leukokératosiforme“ és a „leukokératose idiopathique“ oly meghatározások, melyeknek klinikai értelme igen csekély és csak zavarra adhatnak alkalmat.

Tapasztalataink és vizsgálataink alapján kimondhatjuk, hogy a leukoplakiás elváltozás lueses jelenségnek nem minősíthető. És pedig két oknál fogva nem. Az egyik tapasztalásunk szerint a leukoplakiás nyálkahártyának spirochaetamentessége. A spirochaetákat 5 esetben vizsgáltuk és pedig valamennyi esetben felkent készítményben, melyet *Giemsa*-oldattal festettünk, és azonfelül 2 esetben a *Levaditi*-féle impraegnatiós eljárással. Sem az ezüstös impraegnatióval, sem a *Giemsa*-festéssel spirochaeta pallidát kimutatnunk nem sikerült. A másik ok, mely miatt a leukoplakiának lueses voltát tagadjuk, az, hogy az antilueses kezelésnek semmiféle gyógyító befolyása sincsen a leukoplakiának bármely szakában. Sőt tapasztalásunk és észlelésünk alapján azt is mondhatjuk, hogy nem áll módunkban a leukoplakiás alapra a hajlamot megszüntetni, még akkor sem, ha bármily erősen kezeljük is a syphilit. Vizsgálati beteganyagunkban 21 esettel találkozunk, a melyben a lues kezdetétől fogva teljesen kifogástalanul, szigorúan a *Fournier-Neisser*-féle ú. n. idült intermittáló kezeléssel, tehát éveken át gyógyított és a betegek (dohányzás!) mégis kaptak leukoplakiát.

A leukoplakiás elváltozások resistenciája az antilueses kúrákkal szemben leginkább azon esetekben tapasztalható, a melyekben a száj nyálkahártyáján leukoplakián kívül manifest lueses tünetek is vannak. Beteganyagunk ily észlelésre aránylag bőven (19 eset) nyújtott alkalmat. A lueses tünetek, bármily fajtájúak voltak is, erőlyes kénésös kúrára rendszerint rövidesen elmúltak. A leukoplakiás elváltozások azonban változatlanul visszamaradtak. Még javulást sem lehetett megállapítani. Szolgáljon eseteink közül példa gyanánt a következő: V. L., 34 éves kereskedő. 1902-ben lueses infectio. Az első 3 éven belül 180 kenést végzett és sok jodot szedett. Évek óta naponta 15–20 cigarettát szí. Leukoplakiája 1906 végén kezdődött. 1908 tavaszán a buccális nyálkahártya mindkét oldalán, az alsó ajkon és a nyelv csúcsán, valamint jobb szélén erősen kifejezett leukoplakiát találtunk. Ugyanakkor a nyelv hátán typusos késői secundaer (*Fournier*) syphilitis glossitist (glossitis depapillans) látunk. Erőlyes kénésös kúrára és helybeli kezelésre a lueses tünet 3 hét alatt tökéletesen elmúlt, a leukoplakiás góczok azonban változatlanul megmaradtak. A leukoplakiának erőteljes kénésös kezelésétől tehát, melyet különben újabban több oldalról ajánlottak, ne várjunk eredményt, a miről egyébként a therapiára vonatkozó alábbi sorainkban még meg fogunk emlékezni.

A leukoplakia anatómiája annak ellenére, hogy számos vizsgáló foglalkozott vele, mégsem mutatja a teljes megállapodottságot. Így mindjárt az egyik elemi és sarkalatos kérdésre, hogy lobos folyamat-e a leukoplakia vagy sem, a válasz a legutóbbi években is változatosan hangzott. Egy további gyakran és ismételt felvetett kérdés az, hogy a leukoplakia a carcinoma előfutárjának vehető-e, tehát úgynevezett praecarcinomás folyamattal állunk-e szemben, avagy egészen különálló, a ráktól független betegség, mely csak könnyen adhat alkalmat a rák kifejlődésére. A leírásokban az egyedüli állandó lelet csak az, hogy kifejezett leukoplakia esetében a hám hatalmas elszarusodott réteget alkot. Nem látszott tehát feleslegesnek, hogy vizsgálatainkat a leukoplakia anatómiai viszonyaira is kiterjesszük. Ez módunkban állott, mert a körülmények úgy kedveztek, hogy a leukoplakiás elváltozást összesen 10 esetben vehettük górcsővi vizsgálat alá. Vizsgálati excisióval 5 buccális, 2 az alsó ajkon levő és 1 a nyelven székelő leukoplakiát sikerült megszerezni. Szükségessé vált műtét után ezenfelül még 2 linguális leukoplakiás eset anyagát vizsgálhattuk, melyek közül az egyikben a nyelv rákos elfajulást is mutatott. Az operált, illetőleg exscindált anyagot kivétel nélkül azonnal 10⁰/₀-os formalinban fixáltuk, alkoholban keményítettük és nagyobb részben (8 eset) celloidinba, kisebb részben (2 buccális leukoplakiaset) paraffinba ágyztuk. A festést a különböző szempontok kedvéért *van Gieson* szerint, *Pappenheim* szerint (plasmasejtfestés), valamint haematoxylin

+ erythrosinnel, polychrommethylenkével és savanyú orceinnel (rugalmas rostfestés) végeztük.

Az anatómiai elváltozások valamennyi vizsgált esetünkben úgy a nyálkahártya hámrétege, mint a kötőszöveti részre kiterjedtek. Bizonyos, hogy a legszembetűnőbb, mert felette elütő a normális nyálkahártya szerkezetétől, a hámburkolat, de azért kétségtelen, hogy jelentékeny kóros jelenségek a tunica propriában, tehát a kötőszövetben is megállapíthatók. Mind a tíz esetünkben ugyanis jellemző a tunica propriára a lobos reactio jelenléte. Különösen áll ez a propriának szemölcsös részére. Sőt határozottan állíthatjuk, hogy az egész leukoplakiás folyamat épen ilyen lobos reactióval veszi kezdetét s ekkor a hámburkolat még csak igen csekély, vagy épen semmiféle, érzékeinkkel megállapítható elváltozást nem mutat. E véleményünket azon leletből meritjük, a melyet egészen kezdeti leukoplakiás részekből nyertünk. Annál inkább esodálható tehát, hogy a legújabb szerzők között is vannak (*Joseph*) olyanok, a kik a tunica propriában semmiféle kóros állapotot sem tudtak megállapítani.

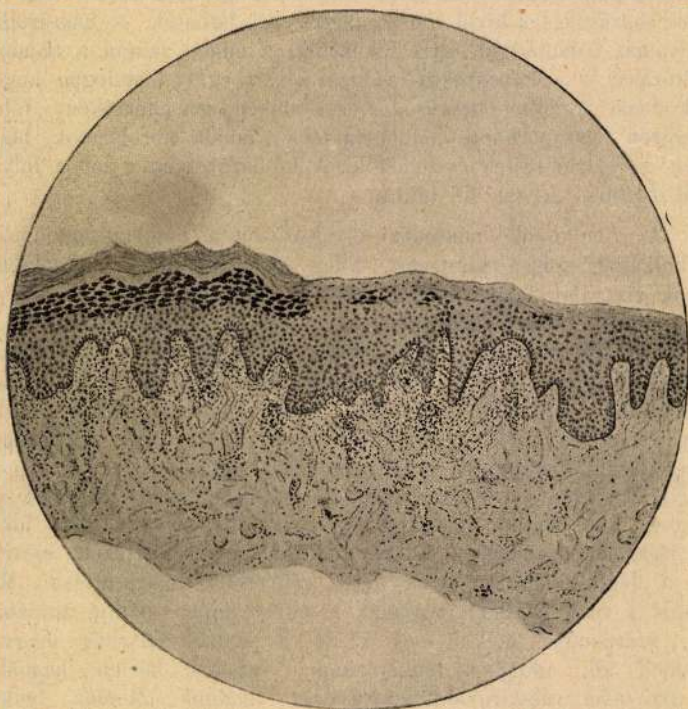
Azon metszetekben, melyek a leukoplakiás elváltozások határán vannak és épen a betegség legkorábbi stadiumát képviselik, a pars papillarisban és általában a tunica propriának felső rétegében sejtes beszűrődésen kívül erősen tágult erek láthatók. A beszűrődés a folyamat haladásával egyre fokozódik, a mikor azután a hám elváltozásai is szembeszökővé válnak, sőt az egész histológiai képen uralkodnak. A sejtes beszűrődés ezen időben igen jelentékeny, főleg az erősen felszaporodott leukocytáktól. Kivülök fibroblastok, hízósejtek és plasmasejtek észlelhetők. A kötőszövetnek e lobos folyamatát újabban *Kraus*¹ is leírta.

A szembeszökő anatómiai elváltozások a hámban találhatók. A klinikailag erősen kifejezett, főleg körülírt alakú leukoplakiás góczok vizsgálata azt mutatja, hogy a nyálkahártya teljesen elvesztette jellegét, nem is tekinthető többé annak, mert úgyiszlólván a szó szoros értelmében vastag stratum corneummal ellátott bőrré alakult át. A tenyér és a talp bőrmetszetein sem látjuk a hám elszarusodását erősebb mértékben, mint sok leukoplakiás készítményen. A hám sejtes része általában megvastagodott, de a megvastagodásnak kiterjedése és foka rendkívül változatos. A rete-csapoknak viselkedése, a hypertrophias és papillomaszerű esettől eltekintve, legtöbbször a normális viszonyokhoz nagyon közel áll s így róla nem szükséges külön említést tenni. Kifejezett esetekben a legfeltűnőbb a hám felső rétegeinek magatartása. Míg ugyanis a száj nyálkahártyájának a réteges-lapos hámja általában lágy, szarusodás nélküli, és végig a szabad felszínig magvas sejtekből áll, addig a leukoplakiában vaskos, bőrhöz hasonló, sőt azt néha túlszárnyaló szarusodást találunk. Minden leukoplakiás készítményünkön hatalmasan kifejlődött stratum granulosumot találtunk. Ez 4–6–8, sőt többszörös sejtsorban tartalmazza a keratohyalinos szemcsés sejteket. A stratum granulosumnak vaskos rétege rendkívül éles határu, a mi rendkívül jellegzetes lelet. Úgyiszlólván átmenet nélkül találkozunk össze az épek látszó hám a vastag stratum granulosummal (l. 1. ábra). Oly leukoplakiás esetek metszetein, melyekben a nyálkahártya körülírtan erősen hypertrophiasnak bizonyul, a rendkívül megvastagodott rete és a szertelenül széles stratum granulosum között igen jól kifejezett stratum lucidum látható. Ez a stratum lucidum, mely a *van Gieson* szerint festett metszeteinken észlelhető legjobban, azonnal megszűnik vagy teljesen jelentéktelenné válik ott, a hol a hypertrophias leukoplakia a közönséges megjelenésű leukoplakiába megy át. A szerzők közül sokan, a kik hypertrophias alakot nem vizsgáltak, nem is észleltek stratum lucidumot. További jellegzetes tulajdonsága a leukoplakiás nyálkahártyának és az erősen kifejlődött stratum granulosumnak egyenes következménye a vaskos szarus rétegnek jelenléte. Ez a kuszált rétegzettségű stratum corneum felette erős tömegekben jelentkezhetik, főleg oly helyeken, a hol a leukoplakiának hypertrophias alakjával állunk szemben (l. 2. ábra).

A leukoplakia szövettani viszonyait különösen tanulságosan tárta fel a következő két esetünk. Az első a buccális nyálkahártyának, a második a nyelvnek hypertrophias leukoplakiájára vonatkozik.

¹ *Kraus*: Über leukoplakia penis. Archiv f. Dermatol. u. Syph. 86. k.

A. I. 50 éves férfi. Naponta 10—12 virginiát szí. Diagnózis: leukoplakia buccalis és paralysis progressiva (Pándy). Ezen esetünk szövettani tanulmányozása igen érdekes eredményre vezet, főleg azért, mert a kimetszéskor az erős leukoplakiás góccsal együtt szomszédos teljesen ép nyálkahártyát is nyertünk. Ily készítményeken világosan három különböző zóna észlelhető. Egy, mely már klinikailag kifejezetten kórosnak látszott és két zóna, a melyen makroszkoposan a beteg állapotot nem lehetett felismerni. Az utóbbi két zóna közül a szélső az anatómiai vizsgálat alkalmával is teljesen normális képet tár elénk. A klinikailag még teljesen épnek látszó második zóna azonban (középső), mely közvetlenül a kóros leukoplakiás részletbe megy át, a szövettani vizsgálat alkalmával már jelentékeny elváltozásokat mutat. Az elváltozások főleg a tunica propria-ra vonatkoznak és csak jelentéktelenebb mértékben a hámrá. A kötőszövet, nevezetesen a corpus papillare határozott lobos reactiót árul el. A sejtes beszűrődés és az értágulatok helyenként igen tömegesen jelentkeznek és pedig fokozódó mértékben a leukoplakiás gócz felé. A hámburkolat egész kiterjedésében fokozatosan gyarapszik, szélesbül és az interpapillás hámesapok is vaskosabbak. A retének felső határán helyenként 1—2 sejtsorban keratohyalint



1. ábra. A pofa nyálkahártyájának kifejezett leukoplakiája (b. oldalt). A 3 különböző zóna jól látható. A tunica propriában, főleg pedig a szemölcsös testben gyulladásos jelenségek. A vastag str. granulosum és corneum majdnem átmenet nélküli megjelenése szembeötlő.

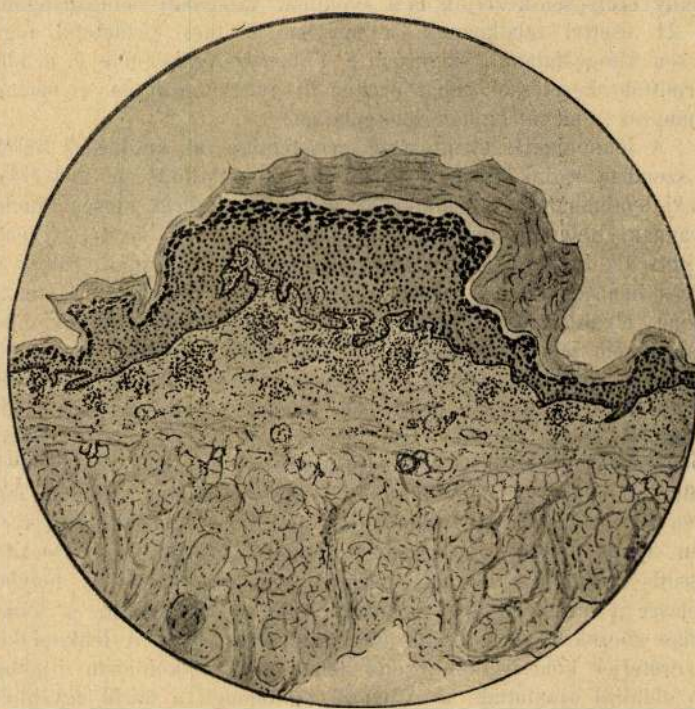
tartalmazó sejtek láthatók, a melyek azonban önálló stratum granulosumot nem alkotnak.

Mindezek a jelenségek csak előfutárjai az igazi leukoplakiás elváltozásnak és ehhez képest oly esekélyek, hogy szinte meglepő az a hirtelen átmenet, mely a klinikailag megállapított leukoplakiára jellemző. Főként a hámbeli alakulások hirtelen fokozódása az, mely a gócsövü képen oly éles határt szab a leukoplakiás gócz körül. A stratum Malpighi vaskosabb, az interpapillás nyújtványok pedig helyenként rendetlen alakúak és derékszögben megtört kolbászszerű képletekké alakulnak. De ez a jelenség korántsem állandó, tehát nem is jellemző. Számos készítményünk azt bizonyítja, hogy a hámnak a kötőszövettel való ez a vonatkozása megváltozik. Helyenként ugyanis a hámburkolat egyneműen megvastagszik, miközben a papillák közötti nyulványai veszendőbe mennek. Ez úgy jó létre, hogy a hámszaporodás a kötőszöveti papillákat a tunica propria síkjába lenyomja. A hám és kötőszövet közötti határ tehát több helyen meglehetősen egyenes vonalat alkot. A keratohyalinos sejtek hatalmas, a zóna határán hirtelenül támadó stratum granulosumot alkotnak. E réteg 6—8—10 sejtsorból áll, a mi fölötté jellegzetes elváltozás. A stratum granulosum fölött a sejtkontur

és mag nélküli vaskos elszarusodott tömegek változó vastagságú stratum corneumot teremtenek.

A nyálkahártya kötőszöveti részében a lobos folyamat hasonló, de fokozott mértékű, mint a szomszédos zónában.

Anatómiai szempontból is érdekes második esetünk (2. ábra) a nyelvnek hypertrophias leukoplakiájára vonatkozik. X. Y. 52 éves zeneművész. 25 év előtt lueses infectio, utána aránylag kielégítő kénésös kúra. Állandóan erős dohányos volt. Leukoplakiája éveken át lassan fejlődött. Jelentkezésekor (1908-ban) igen erősen kifejezett kétoldali buccális és nagymértékű linguális leukoplakiát állapítottunk meg. A nyelv bal szélén, szemben az alsó II. praemol. és I. mol. foggal, kisbabnyi, erősen hypertrophizált leukoplakiás gócz volt, mely szakadatlanul összefüggött a nyelv többi leukoplakiás részével. Az erősen kiemelkedő hypertrophias gócz kifejlődésére úgy látszik a rosszul alkalmazott, izgató fog-pièce szolgált alkalmul. A túltengő góczot első megtekintésre kezdődő carcinomának lehetett volna tartani, de a kemény beszűrődés hiánya, a vaskos hámpánczél épsége, valamint a megfelelő nyirokesomók normális volta csak a leukoplakia diagnózisát engedte meg. Hypertrophias megjelenése azonban a sürgős sebészeti eltávolítást



2. ábra. A nyelvnek hypertrophias leukoplakiás gócza. Erős gyulladásos jelenség a nyálkahártya kötőszöveti részében. A hámnak igen erős burjánzása. Vastag stratum granulosum és e fölött vaskos str. lucidum és corneum.

indikálta. Nyilvánvaló volt ugyanis, hogy ez a leukoplakiás gócz rövid időn belül carcinomás elfajulásra fog vezetni. A sebész által kimetszett gócz szövettani vizsgálata teljes mértékben megerősítette a carcinoma hiányát, egyben azonban azt is, hogy a kimetszés nagyon is indikálva volt.

A metszeteken a hypertrophias leukoplakiás gócz a nyelv szomszédos leukoplakiájának felszínéből igen élesen kiemelkedik. A szomszédos nyálkahártya a leukoplakiás elváltozásnak megszokott képét mutatja s így külön nem szükséges leírunk. Közel a hypertrophias góczhoz azonban, mintegy előfutárként, a hámburkolat több helyen gombaszerűen kipúposodik, a minek következtében a hám ott három- és ötszöröse megvastagodottnak látszik. Ez a vastag hámtömeg a tunica felé sima lefutású és papillák által alig vagy egyáltalában nem megszakított. A hámburjánzás fölött a stratum granulosum jóval vastagabb a leukoplakia egyéb részeinél, szintúgy a stratum corneum is.

E most leírt lelet nagytva észlelhető a klinikailag megállapított hypertrophias góczon. A hámburkolat hirtelenül, csaknem átmenet nélkül 6—8-szorosára megvastagszik, úgy hogy a nyelv felszínéből való erős kiemelkedés első sorban a hám megvastago-

dásának eredménye. A hám a tunica propria felé typusos interpapillás csapokat nem küld, hanem rendszertelenül kolbászszerű nyúlványokat bocsát, sőt helyenként az atypusos hámburjánzásnak kisebb fokát mutatja. Fölötte vastag és a rete tömegével arányos a stratum granulosum, valamint a stratum corneum. Mindkettő ugyancsak átmenetet alig jelezve, hirtelenül vastagodott meg. A stratum corneum és stratum granulosum között ritka élességgel (különösen a *van Gieson*-festéssel) széles stratum lucidum látható, mely gyengén jelezve vékonyan már a szomszédos leukoplakiás részeken kezdődik.

A tunica propriában, első sorban pedig a corpus papillareben, hatalmas lobos reakciót észlelünk. A lobos reactio erős sejtes beszűrődésben nyilvánul, mely az idült gyulladás sejtes elemeit tartalmazza: leukocytákon és fibroblastokon kívül hízósejtek és nagy huzamokban plasmasejtek.

(Vége következik.)

Közlés a budapesti m. kir. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. udvari tanácsos, ny. r. tanár.)

Az emberen való vérnyomás-mérés módszerei, különös tekintettel az újabb eljárásokra.

Irta: **Tornai József** dr., klinikai gyakornok.

(Vége.)

Az ide sorozható különböző eszközök közül felemlíthetjük még *Oehmke* turgoskopját és turgographját. A turgoskop, melyet leginkább *Groedel* és *Kisch* használt nyomásmérési vizsgálataiban ellenőrző eszközként, egyszerű szíjből és hozzácsatolt óraalakú kis fémszelencéből áll. A szelence tartalmát spirális sodronyrugóval összeköttetésben levő érzékeny mutató és megfelelő számlap alkotja. Az eszközt a karra közvetlenül a *Riva-Rocci*-féle öv alatt esatoljuk olyformán, hogy a szíj a karra köröskörül egyenletesen simuljon. A szíj szabad végét a mutatóval összeköttetésben lévő finom rugóval kapcsoljuk össze. Ilyformán a mutató a karnak a keringés okozta volumenváltozásait szabályos lengésekkel, oscillatioval jelzi. A *Riva-Rocci*-féle karöv felfűvése közben az oscillatio fokozatosan kisebbedik, míg egy ponton, a maximális nyomás határán, a radialis pulsusával együtt egészen eltűnik. Az *Oehmke*-féle turgograph egészen hasonló eszköz, csak hogy az oscillatiokat fel is jegyzi.

Az utóbb felsorolt segédeszközöket a vizsgálok leginkább csak a maximális nyomás megítélésére használták, de nem lehetetlen, hogy egyikük-másikuk, esetleg megfelelő tökéletesítés után, a diastolés nyomás mérésére is haszonnal volna alkalmazható.

A teljesség kedvéért megemlítendő még, hogy egyes szerzők (*Neu, Erlangen, Frey, Recklinghausen*) a vérnyomást mérő eljárások között az úgynevezett *sensatorius mérsmódot* is szóba hozzák. Ugy a felkaron, valamint az ujjakon végzett mérés közben ugyanis némely beteg, néha kérdés nélkül is, megjegyzi, hogy a mérés helyén bizonyos szabályos, kopogó, kalapáló érzése támad (hasonló a panaritiumos ujjban támadó kalapáló érzéshez). Az említett szerzők egy része felveszi, hogy a pulsatio ezen érzése, mint az oscillatio, épen a minimális és maximális nyomás határai között jelentkezik. *Recklinghausen* szerint azon esetben, ha jelentkezik, a diastolés nyomás megállapítására igen jól felhasználható. Azonban ezen módszer az itt nem részletezhető, de elgondolható hibái miatt, legalább mai alakjában, nem fog elterjedhetni.

Sahli nem rég egy új vizsgáló módszert tett közzé *sphygmobolometria* névvel. Segítségével állítólag a pulsushullám energiáját s az általa végzett munkát kisebb-nagyobb pontossággal meg lehet mérni. *Sahli* felveszi ugyanis, hogy a manometer higanyát is a pulsus ereje, a mely a pneumatikus karövre és ennek útján a manometerre átszarmazik, tartja a mozgásban. Ha pedig a karövből nyomást odáig fokozzuk, a hol a higany kitérései a legnagyobbak, biztosan felvehetjük, hogy ekkor az energia átvitele a legkétebb; és ha ilyenkor a higany kitéréseinek nagyságát leolvassuk, ebből megfelelő elbírálás és átszámítás útján a pulsushullám energiáját, vagy az ennek megfelelő munkát is megítélhetjük és számadatokban is kifejezhetjük. Hogy pedig a pulsushullám átszarmaztatása a karövre és manometerre mennél tökéletesebben eszközöl-

tessék, közvetlenül a könyök felett alkalmazott *Esmarch*-féle pólyával a periferiás keringést egészen elzárjuk. Ezen eljárással az art. brachialis az aortának mintegy zárt nyúlványává, úgyszólván sphygmoskopjává alakul. *Sahli* szerint tehát, ha ezen verőeresnek útján a karöv közvetítésével az érlökés energiáját felfogjuk és a higany-excursio alakjában megmérjük, ezzel egyszersmind az aortapulsus energiájának megközelítő mértékét is megállapítottuk. *Sahli* a sphygmobolometria céljára egészen különleges manometert használ, mely az excursiókat egy a higanyoszlop tetején úszó parafadugóval összeköttetésben levő egyszerű írószerkezet útján automatásan jelzi. A sphygmobolometriánál a kapott görbéknek tisztán csak magasságát vesszük figyelembe s ennek alapján számíthatjuk ki *Sahli* szerint a megfelelő pulsushullámok munkáját. Ezen eljárással tüzetesebben *Sahli*-n és az ő egyik assistensén kívül más eddig alig foglalkozott, s azért róla véleményt mondani ma még nagyon korai volna; annyi azonban már most is bizonyos, hogy e vizsgálati módszer is, megfelelő tökéletesítés után, általános alkalmazásra számíthat. Legújabbban *Jaquet* az ő új eszközét, a már említett sphygmotonographot ezen eljárás kivitelére is alkalmazhatónak mondja. De úgy hiszem ezen eszköz, mivel rendkívül apró, szinte mikroszkopi görbéi értékének pontos kiszámítása alig eszközölhető, a *Sahli*-ével szemben előnyben nem részesíthető.

E helyen talán, legalább röviden, azon újabb kísérletekre és törekvésekre is kitérhetünk, a melyek a *gyűjtőeres vérnyomás*, helyesebben mondva a *jobb pitvarbeli nyomás* mérésére irányulnak.

Basch volt az első, a ki a gyűjtőeres nyomás mérésére kísérleteket tett. Ő ugyanis a bőrre, valamely jól látható gyűjtőér fölé kis üvegedényt ragasztott, a melyben fújtató útján a nyomást addig fokozta, míg a gyűjtőér összelapult. A készülék manométerrel volt összekötve, a melyen a gyűjtőér összelapításához szükséges nyomás fokát le lehetett olvasni.

A jobb pitvarbeli nyomás mérésére *Gaertner* 1903-ban egy igen egyszerűnek látszó eljárást tett közzé, a mely különösebb eszközt vagy gyakorlást nem is igényel. Ezen eljárás egy széles körben ismert, még laikusok által is tapasztalt megfigyelésen alapszik. Ugyanis már *Gaertner* előtt is sokan tudták és tudják ma is, különösen azok, a kiknek kezén a gyűjtőerek rajzolata szembe-tűnő, hogy e gyűjtőerek a kezek lecsüggésekor kidagadnak és a karok magasra emelésekor lelapulnak, eltűnnek. *Gaertner* a karok ezen felemelésére bizonyos szabályokat ír elő, a melyeknek betartása s a gyűjtőerek említett viselkedésének megfigyelése mellett képesek volnánk a jobb pitvarbeli nyomást megítélni. Felveszi ugyanis, hogy ha egészséges egyén kinyújtott karját a jobb pitvar, vagyis szerinte az 5. bordapercz szegytapadásának magasságáig emeljük, ezen ponton a kéz feszítő oldalán ellenőrzött vékonyabb gyűjtőerek meglehetősen gyorsasággal kiürülnek, összelapulnak. Ha az összelapulás csak magasabb ponton következik be, ez a keringés rendellenességét, kóros állapotát jelzi. Szóval *Gaertner* a kar gyűjtőereit úgy tekinti, mintha a jobb pitvarból kinyúló manométercsövek volnának és a jobb pitvar niveauja feletti azon magassági fok (cm.-ekben kifejezve), melyre a kart emelnünk kell, hogy az említett gyűjtőértület bekövetkezzék, egyszersmind a jobb pitvarbeli pangásnak is a mértéke volna.

Gaertner ezen módszere a mellett, hogy egyes vizsgálok (*Prym, Peters*) tanúsága szerint is megbízhatlan adatokat szolgáltat, nem is egészen eredeti. *Gaertner*-t megelőzőleg ugyanis *Frey* egyik munkájában a gyűjtőeres vérnyomás mérésének jelentőségéről írván, a következőket is mondja: „Ha a kart a száj vagy az orr magasságáig emeljük, a vér a kar gyűjtőereiből a nehézség törvénye szerint pontosan lefolyik. Feltéve természetesen, hogy a vérkeringés normális, vagyis, hogy a nyomás a pitvarban zérus. De mások a viszonyok a keringés zavaraiiban, a mikor is a pitvarbeli nyomás a kóros állapotnak megfelelőleg magasabb. Ilyenkor azután már nem elegendő a kart az orr magasságáig emelni, hogy a kéz gyűjtőerei gyorsan kiürüljenek. Mentől magasabb a nyomás a pitvarban, annál magasabbra kell a kart emelnünk, hogy a nehézség-erő útján a pitvarbeli nyomást legyőzhessük; és azon magasságban, a melyre a kart emelnünk kell, hogy gyűjtőerei kiürülhessenek, egyszersmind a jobb pitvarbeli nyomás-emelkedésnek megközelítő mértékét is megkapjuk.” E kérdésben a prioritás tehát kétségtelenül *Frey*-t illeti meg.

Különben ugyancsak *Frey* a gyűjtőeres nyomás mérésére más módszert is közöl. Ő ugyanis az emeltyűs mérleg mintájára egy kis eszközt készített, mely a vérnyomás (még pedig úgy a verőeres, mint a gyűjtőeres nyomás) mérésére alkalmazható, s mely a mértéket grammokban fejezi ki. Ezen, valamint egyéb ilyenmű eszköznek, mely szilárd (nem pneumatikus) pelottával nehezedik a vérre, mérési adataira tudvalevőleg az is befolyással bír, hogy a pelotta mily kiterjedésben érintkezik a vérér felületével és mily irányban nyomja azt. De azért egyes vizsgálók (*Peters, Strauss*) a gyűjtőeres vérnyomás mérésekor *Frey* ezen módszerének a többi eljárás felett előnyt adnak.

Frey eljárása a következő: A vizsgálandó, ülő helyzetben levő egyén kezét a pitvar magasságáig emeljük; a kéz feszítő oldalán a kiválasztott, s lehetőleg elágazódással nem bíró gyűjtő-érdarab periferiás végét a mérőeszközzel túlterheljük, azután a gyűjtőér centrális szakaszát a megterhelés helyétől kezdve felfelé ujjunkkal üresre simítjuk. Most az emeltyűkaron levő apró súly ide-oda tolásával azon nyomásértéket iparkodunk beállítani, a mely épen elegendő ahhoz, hogy a lenyomott gyűjtőér vérenek útját állja. Az így talált súlyérték volna egyszersmind a gyűjtőérben uralkodó nyomásnak a mértéke. A nyomás a pitvar felé fokozatosan csökken, míg magában a pitvarban nulla, sőt bizonyos körülmények között negatív is lehet. *Landois* szerint a jobb pitvarban rendes körülmények között -0.1 mm. Hg. a nyomás értéke. *Frey* szerint egészséges emberen a gyűjtőeres nyomás a kézen 12 gm., a könyökárokban 8 gm., a felkaron 6 gm. és a pitvarban 0 .

Peters ezen, valamint a *Gaertner*-féle eljárással több egyénen összehasonlító vizsgálatokat végzett és azon meggyőződésre jutott, hogy *Frey* említett módszere sokkal használhatóbb adatokat szolgáltat. Mindezen vizsgálatok végzésekor, ha el is tekintünk a kor, a nem, a testalkat és testtartás, a nehézségi erő, a viscositas befolyásától, a gyűjtőerek és környező szövetek állapota (fibrosis, sklerosis, oedema, tumor), továbbá a ruházat stb. is figyelembe veendő. Különösen fontos, hogy az egyén a vizsgálat idején egyenletesen, nyugodtan lélegezzék.

A gyűjtőeres nyomás mérésére újabban *Recklinghausen* is külön eszközt készített, melynek különben csak az alakja új, mert az elv, a mely szerint készült, *Basch*-nak említett régebbi eszközétől van átvéve. Ugyanis a kis üvegszeze helyét tallérnyi, lapos, kerek ablakkal bíró gummitömlőeske foglalja el. Mivel tehát a tömlő mindkét fala át van lukasztva, csak úgy lesz felfújható, ha e lukákat befogjuk. Ez pedig a mérés alkalmával a következőképen történik: A tömlő egyik oldalán levő ablakot a vizsgálandó gyűjtőér fölé borítjuk, a szemben levő nyílást pedig üveglappal tartjuk zárva. Hogy pedig a felfúvaskor a tömlő ezen nyílásainak szélei egyrészt a bőrhöz, másrészt az üveglaphoz légmentesen simuljanak, kívülről mindkét oldalon glycerinnel kenjük be. A tömlőt manométerrel és fújtatóval hozzuk összeköttetésbe és miközben levegőt fújtunk belé, az üveglapon át a gyűjtőér viselkedését könnyen ellenőrizhetjük. Így láthatjuk, hogy a gyűjtőér a nyomás lassú fokozása közben mindjobban lelapul, végül üres szalaggá válik; ha pedig csökkentjük a nyomást, ismét kitágul. Azon nyomás, a mely a gyűjtőér ellapításához szükséges, volna mértéke a gyűjtő-érbeli vérnyomásnak is. *Recklinghausen* szerint, bár eszközével még ő maga is csak néhány vizsgálatot végzett, egészséges egyén kezén $2-3$ cm. víznyomás vehető fel normális érték gyanánt.

Mint az elmondottakból is láthatjuk, a jobb pitvarbeli nyomás mérése körül még meglehetősen bizonytalanság uralkodik. Azonban nem lehetetlen, hogy a hivatott szerzőknek használható módszerek kutatásában kifejtett és különösen újabb időben igen élénken nyilvánuló nemes versengése e téren is meg fog felelni várakozásainknak. Mert az bizonyos, hogy a vérkeringés mechanizmusáról helyes és egészen tiszta képet addig nem nyerhetünk, a míg a verőeres vérnyomáson kívül a gyűjtőerest is, legalább megközelítő pontossággal, nem tudjuk mérni.

Most pedig nézzük, legalább futólag, azon részben eléggé érdekes eredményeket, a melyeket a különféle szerzők részben az eddig felsorolt eszközökkel és módszerekkel értek.

Klemperer F. az 1907-ben Wiesbadenben tartott belorvostani congressuson a *Recklinghausen*-féle oscillatorius módszerrel végzett vizsgálatainak eredményéről számol be. A pulsusnyomás (a mit *Recklinghausen* „Pulsamplitude“-nak nevez) középértékűl egész-

ségeseken 60 cm. víznyomást talált. A legkisebb amplitudé-öt, 30 cm.-t, egy haldokló tüdővésztes nőn, a legnagyobbat, 132 cm.-t, egy arteriosclerosisban szenvedő egyénen észlelte.

Fellner B. (junior) ugyanezen congressuson az auscultatorius módszert, mint a systolés és diastolés nyomás mérésére egyaránt kiválóan alkalmas eljárást, ismerteti, a nélkül azonban, hogy e módszer feltalálójának, *Krotkow*-nak nevét említene. F. összehasonlító vizsgálatokat végzett ezen és a *Recklinghausen*-féle oscillatorius, továbbá a *Strasburger*-féle palpatorius módszerrel, mely vizsgálatok alkalmával az auscultatorius módszer igen előnyösen használható-nak bizonyult.

Hesse A. ugyanazon ülésen *Recklinghausen* új tonometerét dicséri. Ezen eszköz szerinte lehetővé teszi a systolés és diastolés nyomás pontos mérését. H. úgy tapasztalta, hogy a fekvés eső-kenti úgy a systolés mint a diastolés nyomást, de ez utóbbit aránylag erősebben, s így fekvésben az amplitudé nagyobb. Ebből azt lehet következtetni, hogy a szív munkája a fekvő helyzetben, noha a pulusszám csökken, nagyobb, mint az ülő helyzetben. Ezt igazolná a fekvéskor többször jelentkező szív táji nyomás, szorítás, fájdalom is. Álláskor viszont a diastolés nyomás emelkedik, de a systolés alig, az amplitudé tehát kisebb lesz. Bő táplálék-felvétel után a nyomás, amplitudé és a pulsus-szám is növekszik. Rövid ideig tartó erős izommunka különösen a systolés nyomást fokozza: az amplitudé igen nagy, a pulsus-szám szintén. Hosszabb ideig tartó munka a középnyomást fokozza tartósan, az amplitudé-öt nem. (*Hesse* felvételei némileg ellentétbe jutnak *Marey* régebbi észlele-teivel, melyek szerint a fekvéskor magasabb s az álláskor alacsonyabb a vérnyomás és ez okozná, hogy viszont a pulsus száma magasabb az álló mint a fekvő helyzetben).

Janovsky az említett congressuson *Fellner* értekezésére vonatkozólag megemlíti, hogy az auscultatiót a pulsus-nyomás mérésére elsőnek *Krotkow* ajánlotta és módszerének használhatósá-gát kísérletileg is igazolta. E módszert később *Krytov* igen sok esetben használta. A felszólaló maga is 150 auscultatorius mérést végzett és azon megfigyelését közli, hogy ezen eljárással systolés nyomásnak rendesen magasabb, diastolésnak pedig alacsonyabb érték kapható mint *Strasburger* és *Sahli* módszerével. De ez semmit sem von le az auscultatorius módszer értékéből.

Ettinger szintén összehasonlító méréseket végzett 235 esetben *Krotkow*, *Strasburger* és *Sahli* módszerével és azt találta, hogy az auscultatorius módszer érzékenység tekintetében, főleg a systolés nyomás meghatározására; a többi felülmúlja. Az esetek legtöbbször-ben a diastolés nyomást is a legpontosabban határozza meg s csak kivételes esetekben (például előrehaladt aortainsufficienciában) válik kissé bizonytalanná.

Bingel a *Sahli*-féle graphikai módszernek általa módosított alakjával végezte méréseit, melyek szerint egészséges emberen a diastolés nyomás $60-80$ mm., a systolés $100-120$ mm. (Pulsus-nyomás $40-50$ mm.) A pulsus-hullám magassága tehát a systolés nyomás értékének $\frac{1}{3}-\frac{1}{2}$ részét tenné ki. Körülbelül ugyanilyen értékeket kapott kompenzált billentyűbajokban is. Aortainsufficienciában ő is magas systolés és alacsony diastolés nyomást talált. A pulsus-nyomás tehát itt igen magas, $60-100$ mm. volt. Nephritis nélküli arteriosclerosis esetében a systolés nyomást a normális nyomásnak legmagasabb, a diastolést pedig annak legmélyebb határán találta. Így a pulsus-nyomás itt is igen nagy volt. Idült nephritis interst. esetében a systolés nyomás rend-kívül fokozott, míg a diastolés nyomás csak kisebb mértékben. A pulsus-nyomás tehát itt a legmagasabb: $70-110$ mm. Ha tudjuk, hogy a szív részéről a magasabb diastolés nyomás már a rendes nagyságú pulsus mellett is bizonyos munkatöbbletet követel, elgondol-hatjuk, mily rendkívül fokozott munkát igényel az ily óriási pulsus.

Brodzki több szerzőnek nephritises betegekben szerzett tapasztalatairól számol be. Így *Butterman* szerint scarlatina-nephritisben a vérnyomás már a baj legelső napján 50 mm.-rel emelkedett, s így a nephritisek ezen nemében a vesék elváltozását a vérnyomás feltűnő emelkedése már az első órákban jelzi.

Más szerzők (*Krehl, Schmidt*) szerint pedig scarlatinás nephritisben a vérnyomásnak jellemző emelkedése a veselob minden más tünetét, így a fehérje megjelenését is, jóval megelőzi. Ugyanez tapasztalható az intoxicatiós (például sublimat) nephritisben is. Több szerző ezek alapján felveszi, hogy veselobokban a megbetegedett

vesék hiányos és hibás kiválasztása folytán bizonyos ártalmas anyagok, endogen mérgek a szervezetben rekednek és ezeknek némelyike idézné elő a vérnyomás emelkedését. Különben tekintélyes szerzők, mint például *Krehl* és *Erlenmeyer*, a nephritisben és a nephritis-sel társult arteriosclerosisban tapasztalt vérnyomásemelkedést részben kísérő tünetnek, részben pedig a szervezetnek a betegség leküzdésére, az ártalmas anyagok kiküszöbölésére irányuló, mintegy kompenzáló törekvésének tekintik. Ezen okból a nyomás csökkentésére irányuló szándékot nem mindenkor találják helyénvalónak.

Egyeseknek újabban nephritisek vérében az adrenalinhoz hasonló anyagot sikerült kimutatni. A nephritises beteg vérsavója például béka szemébe cseppentve ugyanazon elváltozásokat hozza létre, mint a tiszta adrenalin. Erről pedig tudjuk, hogy bármi módon adagolva, a periferiás erek spasmusos összehúzódása mellett a vérnyomást nagy mértékben és tartósan fokozza.

Hogy tehát az adrenalin belső vérzések ellen nem sokat használ, abból magyaráznom, hogy a mily mértékben szűkíti a vérző ereket, viszont ugyanolyan (vagy talán még nagyobb) mértékben fokozza a vérnyomást s így elősegíti a vérzést. Különben nálunk, a II. belklinikán, az adrenalin mint haemostaticum már régen elvesztette a hitelét.

Brodzki a különféle étrendeknek a vesebajosok vérnyomására való befolyását is tanulmányozta és azt tapasztalta, hogy ugyanazon beteg vérnyomása alacsonyabb és egyenletesebb a tejdiéta és a pépes könnyű éledelek, mint a vegyes étrend mellett. Annál szembetűnőbb volt az emelkedés, mennél több húst és mennél jobban sózott éledeleket fogyasztott a beteg. Így például az átlagos maximális nyomásérték tejdiéta mellett 165 mm., vegyes étrend mellett, konyhasóval 187, só nélkül 183 mm. volt.

Schilling egészséges egyéneknek 110—125 mm. systolés nyomást kapott. Száz mérés középértéke 118-10 mm. volt.

Müller és *Blauel* férfiakon amputatio kapcsán végeztek újabban összehasonlító vérnyomásméréseket, közvetlenül az amputatio előtt (és pedig a radialison vagy a brachialison). A megnyitott verőeret a *Hürthle*-féle rugós manometerrel kötötték össze, a másik megfelelő végtagra pedig egyidejűleg a *Riva-Rocci* és *Gaertner*-féle készüléket alkalmazták. Mindössze csak három egyénen végeztek ily kísérletet és azt találták, hogy a vértelen módszerek különösen a diastolés nyomásnak a valódinál magasabb értékét jelzik. Csak-hogy e szerzők a diastolés nyomás megállapításakor csak a palpatiósi módszert használták és épen erről tudjuk, hogy a diastolés nyomás megállapítására nem mindig alkalmas, s a legfinomabb tapintóérzék mellett is más módszerek támogatására, ellenőrzésére szorul. Mindenesetre igen kíváncsi, hogy ily amputatiók alkalmával, a mikor ily összehasonlító mérés könnyen és kár nélkül végezhető, a többi mérőmódszerünk is megbírástassék.

Rendkívül nagy számú vérnyomásmérést végzett *Federn*, a kinek így szerzett tapasztalatai, bárha csak a maximális nyomás viselkedésére vonatkoznak, már azért is figyelemreméltók, mert a vérnyomást betegeknek egy részén mint háziorvos már a betegség előtt is ismerte. Szerinte az arteriosclerosis, a köszvény, a neurasthenia, az aranyér mindig magas vérnyomással jár és a magas nyomás sok esetben a legelső jel. Lueses fertőzésben az ulcus durum még nem okoz nyomásemelkedést, a mely azonban minden oly esetben elmaradhatlan, a melyben az általános syphilis tünetei mutatkoznak. Megfelelő antilueses kezelés mellett a vérnyomás fokozatosan csökkenve visszatér a rendes fokára és pedig még a syphilis látható jeleinek visszafejlődése előtt. Tabes és paralysis progressiva minden esetében igen magas vérnyomást találni. (Ezekből is láthatjuk, mily hasznos eszközünk lesz a vérnyomásmérő. És ha nem tévesztjük szem elől, hogy a syphilisnek az arteriosclerosis, tabes, paralysis progressiva stb. aetiologiájában mily jelentékeny szerepe van és ha tudjuk, hogy a vérnyomás jellegző emelkedése a többi gyanújelnél jóval korábban, mondhatnám még idejében figyelmeztet teendőinkre: adandó alkalommal bizonyára nem fogjuk elmulasztani a vérnyomásmérőhöz fordulni felvilágosításért, hogy szükség esetén a komoly bajok elhárítására kellő időben mindent megtegyünk, a mit csak megtehetünk.)

Federn az acut megbetegedések közül különösen az influenzában és az icterus catarrhalisban találta a vérnyomást igen alacsonynak. Ez utóbbiban a feltűnő esés még a bőr és a kötőhártya el-sárgulása előtt szokott jelentkezni, úgy hogy heveny gyomortünetek

mellett *Federn* a vérnyomás viselkedéséből többször helyesen jósolta meg a sárgaság bekövetkezését. A legtöbb heveny megbetegedéstől eltérőleg az ázsiai cholerában óriási vérnyomásemelkedést talált. Ugyancsak magas a nyomás a malariában a lázroham idején (főleg kezdetén), továbbá scarlatinában. Szerinte a vörheny megbetegedés súlyossága a vérnyomás fokával és növekedésével arányos. *Federn* méréseihez *Gaertner* tonometerét használta.

Stursberg neurastheniásokon végzett méréseket és azt találta, hogy a vérnyomás, főleg szívneurosisok eseteiben, már a nyugalomban is magas; a pulsusnyomás (Schlagvolumen) nagy. Munkaközben pedig a nyomás még inkább fokozódik.

Hochhaus említi, hogy szívneurosisban szenvedő, magas vérnyomással bíró több egyént volt alkalma észlelni és pedig a 20-as életevektől kezdve. Mindegyikükön később az arteriosclerosis félre nem ismerhető jeleit állapíthatta meg.

Oppenheim és *Bauchwitz* gyermekek maximális vérnyomását vizsgálták s azt találták, hogy az az életkorral arányosan növekszik: (0—6. hónapig 80 mm., 10—12. hónapig 112 mm.) Bő táplálék- és folyadékfelvétel után mindig nyomásemelkedés volt található. Testmunka után a nyomás az egyik gyermekben emelkedett, a másikon változatlan maradt. Psychés izgalomban mindig emelkedés, alvás közben pedig esés volt megállapítható.

Gibson és *Broadbent* vizsgálatai szerint a vérnyomás ingadozására felnőtteken is nagy befolyással vannak: a táplálkozás, a test helyzete és tartása, a foglalkozás, külső hőmérsék, továbbá az izgató szerek (kávé, tea stb.). A nyomásvizsgálat eredményének helyes megítéléséhez a szív állapotának ismerete okvetlenül szükséges, mert a nyomás foka a szív munkájától és a periferiás ellentállástól egyaránt függ.

Gordon athlétákon hosszabb izommunka után végzett méréseiről számol be. Azt tapasztalta, hogy hosszabb ideig tartó, de mérsékelt munka a vérnyomást fokozza, ellenben igen megerőltető munka (láb-labdajáték) esetleg rövid ideig tartó emelkedés után határozottan csökkenti a vérnyomást.

Doctorowisch többféle szernek a vérnyomásra való befolyását vizsgálta és azt találta, hogy a coffein, a digitalis és a kámfor az első két óra alatt sem a pulsuson, sem a vérnyomáson jelentékeny változást nem okoz; de ha előzetesen 1-50 gm. chloralhydratot adunk a betegnek (a mivel az érrendszerre bizonyos bénító hatást fejtünk ki), a coffein és digitalis, különösen pedig egymással kombinálva, határozott vérnyomásemelkedést idéz elő. A kámfor kevésbé hatásos szer.

Erb (jun.) vizsgálata szerint a vérnyomás változásával a vér concentratioja is (úgy a verőeres, mint a gyűjtőeres rendszerben) kimutatható változást szenved; és pedig emelkedéskor a concentratio is magasabb, eséskor pedig alacsonyabb lesz.

Horner, a ki a *Pal*-féle sphygmoskopot használta vizsgáló eszközü, azt mondja, hogy ha a brachialis és az art. digit.-ok nyomása között a rendesnél nagyobb különbséget találunk, az mindig valami keringészavart jelez és a circulatio javulásával e különbség is kisebb lesz.

Fraenkel a legtöbb pneumoniáson vérnyomáscsökkenést tapasztalt, épen úgy tüdővészeseken, valamint typhus abdominalisban szenvedőkön is.

Stanton tüdővészeseke vérnyomását vizsgálta és azt tapasztalta, hogy az ily betegeknek a vérnyomás, és pedig úgy a systolés, mint a diastolés, rendesen alacsony. A tüdővészeseke alkoholisták systolés nyomása valamivel magasabb mint a többi gümőkórosé. Ellenben a veselob a gümőkórosakban alig okoz nyomásemelkedést.

Standgrad a Boserup-sanatorium tüdőbajosait vizsgálta és pediglen 336 férfit s 286 nőt. Eszköze a *Gaertner*-féle készülék volt. Az átlagos nyomás 122 mm. volt. A legtöbb betegen tapasztalta, hogy mennél súlyosabbá vált a baj, a nyomás annál alacsonyabb lett. Egyes esetekben pedig a javulás rendesen vérnyomásemelkedéssel járt együtt. Azon betegek vérnyomása, a kiknek köpetében bacillus találtatott, általában alacsonyabb volt, mint a bacillusmenteseké.

Galicky a Brehmer-féle sanatorium beteganyagán végezte méréseit. A legtöbb tüdővészeseke a vérnyomást 80—120 mm. között találta. Kemény, telt pulsus jó prognosist nyújt. Az arhythmiát nem tartja ijesztő jelnek. Alacsony vérnyomás mellett igen ritkán jelentkezik vérköpés, a mely leginkább azon tüdővészesekeken támad, a

kiknek vérnyomása magas. (Ez részben talán igazolja az adrenalinról mint haemostaticumról mondott nézetünket is.)

Naumann egészségeseken a systolés nyomást 115—130 mm. között találta, 120 mm.-t vesz középtértéknek. Azt tartja ő is, hogy a tüdővész kezdeti szakában a magas vérnyomás vérzés bekövetkezésére utal.

Geisböck is a tüdőgümőkórban mindig nyomáscsökkenést talált. Tuberculin befeckendése is csökkenti a nyomást. A chloralhydrat szívbetegéken kis mértékben csökkenti a nyomást, de azért napokig adható. Nephritis chronica és arteriosclerosis minden esetben nyomásfokozódást talált. Sokszor pedig magas nyomás mellett a vörösvérsejtek feltűnő megszáporodását (8—11 millióig) észlelte. Viszont néha neurastheniásokon nyomásemelkedés mellett a vörösvérsejtek számának csökkenését tapasztalta. (A vérnyomás rendkívül magas fokát a vörösvérsejtek kóros felszaporodásával együtt legkifejezettebben a polycythaemia megalosplenica chron. [Vaquez, Osler] kórképében találjuk, a melyben épen a vérnyomás foka adja legtöbbször a phlebotomia indikációját.)

Barach typhus abdominalis eseteiben végzett méréseket és azt találta, hogy a vérnyomás azon időtől kezdve csökken, a mikor a beteg már ágyba feküdni kénytelen, és csökkent marad mindaddig, míg a javulás be nem áll, a mikor is lassanként eredeti magasságára tér vissza. A vérnyomás és hőmérsékingadozás között különösebb összefüggést nem talált. A nyomás hirtelen emelkedése vagy esése legtöbbször szövödményt jelez. A fokozatos, meg nem állapodó csökkenés rossz prognoszt nyújt. A míg a nyomás nem süllyed nagyon mélyre, felvehetjük, hogy a beteg kellő tartalékerővel rendelkezik.

Heidenhain és *Hoddk* a hashártyagyulladás eseteiben gyakran tapasztalható, sokszor collapsus tüneteivel járó vérnyomáscsökkenés ellen adrenalin konyhasó infúziót ajánl. ($\frac{3}{4}$ liter physiologiai konyhasóoldat és 6—8 csepp [1:1000] adrenalin, 41^o-ra felmelegítve.)

Box és *Vedel* vérnyomásemelkedést tapasztalt köszvény, diabetes, adipositas, emphysema pulmon., obstipatio, uraemia, eclampsia csaknem minden esetében, továbbá ólommérgezésben, nikotinismus, alkoholismus eseteiben, végül a menstruatio kezdetén. A fertőző bántalmak rendszeren az erek hypotensiojával (nyomáscsökkenéssel) járnak, de e szabály alól csaknem mindig kivétel a scarlatina és a constitutionális syphilis, a melyekben rendszeren fokozott nyomást találunk.

Vaquez tapasztalatai szerint is az ólommérgezéssel járó hypertensio az agy, szív, tüdő és húgyszervek részéről szintén sokszor okoz tüneteket (fejfájás, angina pectoris, heveny tüdővízenyő, szívtágulás, látás- és hallászavarok, átmenetileg aphasia, maniás rohamok, hemiplegia, albuminuria, glycosuria stb.). Mindezen tünetek közvetlen oka a göresős érösszehúzódban keresendő.

Külbs vizsgálatai szerint az alkohol és dohány átmenetileg vérnyomásemelkedést okoz, de a fokozott nyomás sokszor napokig is eltart és a subjectiv tüneteken kívül objectiv elváltozásokat is előidézik. Ezen elváltozások (mint például szívtágulás) a periferiás erek spasmusára (a mire *Külbs* például az „angiospasmus alcoholicus” elnevezést ajánlja) vezethetők vissza.

Colombo azt találta, hogy a tej, ha belőle nagy mennyiség kebeleztetik be egyszerre, a vérnyomást emeli és a szív részéről fokozott munkát követel.

* * *

Az arteriosclerosis különféle ismert okait a már elmondottak után felesleges újból felsorolni. De meg kell említenünk, hogy igen sok szerző felveszi, hogy a vérnyomásemelkedésnek sem az aetiológiában, sem pedig a kifejezett kórképben nem kell okvetlenül szerepelnie. Szóval az arteriosclerosis fokozott vérnyomás nélkül is előállhat. Ezt a tapasztalat némely esetben valóban igazolja is. De már a kísérletek, melyeket ezen tény igazolásául többen végeztek, bár némely tekintetben meggyőzők, nem bírnak feltétlen bizonyító erővel.

Josué-nak s utána másoknak (*Korányi S.*, *Schrank*, *Thoma*, *Biland*, *Mironescu*, *Gouget*, *Waterman*, *Loeper*, *Bennecke* stb.) sikerült ugyanis nyulakon adrenalin intravenás befeckendésével súlyos érelváltozásokat előidézní. A szerzők közül egyesek azután az adrenalin egyidejűleg oly szereket adagoltak, melyek annak

vérnyomást fokozó hatását teljesen ellensúlyozták, de a vérereknek súlyos elváltozása mégis bekövetkezett. Világos tehát, hogy az elváltozást az adrenalin nem annyira a vérnyomást fokozó, mint inkább a toxikus hatása idézi elő. Ezen jellegző elváltozások pedig első sorban a media izomsejtjeinek elsődleges sorvadásában és nekrosisában nyilvánulnak, és a rugalmas rostok megnyúlása, el-lazulása, az aneurysmák keletkezése, valamint az intima megvastagodása inkább csak másodlagos elváltozásnak tekintendő, míg a valódi arteriosclerosisban mindig az intima elváltozása az elsődleges. Helyesen nevezi tehát *Fischer* a kísérleti úton előidézett és lényegesen különböző elváltozást, megkülönböztetésül az igazi arteriosclerosistól „arterionecrosis”-nak. Különbö is, mint a legtöbb kísérlet igazolta, a mesterségesen előidézett érelváltozás leginkább, és sok esetben kizárólag, csak az aortában van meg, míg a valódi arteriosclerosis jelei a legtöbbször a periferián is, sokszor meg épen csak a periferiás ereken állapíthatók meg.

Waterman az adrenalin említett káros hatását így analýzálja: 1. a vérnyomás fokozása, 2. az adrenalin mint izom-mérgeknek az ér falára gyakorolt kémiai hatása és 3. a vasa vasorumokon előidézett tartós göresős összehúzódbás folytán bekövetkező anaemiás nekrosis.

Ujabban többeknek sikerült kimutatni, hogy bizonyos szerek az adrenalin együtt adagolva ezen romboló hatást megátolják, tehát bizonyos tekintetben az adrenalin ellenszerei gyanánt tekinthetők. Így bebizonyította ezt *Korányi S.* a jodipinről (míg a tisztá jodsók nem bírnak ily antitoxikus tulajdonsággal), *Schrank* a sperminről. Más szerek pedig, mint például a chlorbaryum, hydrastin, hydrastinin stb. az adrenalinéhoz hasonló érelváltozásokat tudnak előidézní.

Pesci vizsgálatai szerint a veratrin (tinctura és folyékony extractum alakjában adagolva) vérnyomást csökkentő hatású, s mint ilyen az arteriosclerosisban, különösen pedig ott, a hol a vérnyomást toxikus befolyások fokozzák (uraemia, eclampsia, ólommérgezés), haszonnal adható. Hatását a vérerek izomelemeire gyakorolt közvetlen befolyásával magyarázza.

Lohmann-nak sikerült *Kutscher* utasítása szerint a mellékvese extractumát alkotórészeire bontani. Az egyik alkotórészről, a cholinról kitént, hogy a vérnyomást szintén tudja csökkenteni.

Végül felemlítjük még *Finkelburg* vérnyomásméréseit, a ki különféle betegségekben szenvedő oly egyéneket vizsgált, a kik szédülésről panaszkodtak; azt tapasztalta, hogy a legtöbb neurastheniáson, épen úgy mint egészségeseken, a vérnyomás a szédülés alatt nem változott. De lehajlaskor úgy a maximális mint a minimális nyomás hirtelen magasra szökött. Szervi idegbetegségekben és fülbajokban a szédülés kezdetén a diastolés nyomás feltűnően emelkedett. A pulsus-nyomás tehát a szédülés alatt kisebb volt. Ellenben traumás neurosisban, hysteriában nyomásváltozást a szédüléskor nem tapasztalt.

* * *

Áttekintésünk végére értünk. Azt hiszem, az elmondottakból eléggé kitűnik, hogy a vérnyomásmérés mai, nem egészen tökéletes alakjában is mily becses és nélkülözhetlen módszerünké vált. Az eddig elért eredmények s a kiváló kutatók szakadatlanul folytatott munkálkodásai a szóba hozott kérdések jövőjére igen kedvező perspektívát nyújtanak.

Ezután tehát minden módosítást és újítást annál nagyobb örömmel fogadunk, mennél világosabb betekintést enged a keringés mechanizmusába s ezzel az egészséges és beteg szív erejének, munkaképességének helyes és pontos megítéléséhez is mentől közelebb vezet.

Jól tudom, hogy e közlésem igen hiányos és talán a legtöbb helyen homályos is; de a rendkívül nagy anyag egyrészt, és az igénybe vehető térbeli határok másrészt úgyszólván lehetetlenné teszik, hogy mindent és körülményesen közöljek. A részletek iránt érdeklődő figyelmét ez okból az itt közölt „irodalom” adataira hívom fel.

Irodalom. *Allbut*, *Stempel*: Brit. Medical Journal. 1906. 2390. sz. — *Barach H. J.*: New-York Med. Journal. 1907. 8. sz. — *Bennecke A.*: Studien über Gefässerkrankungen durch Gifte. Virchow's Arch., 1908. 191. köt., 2. füz. — *Bing H. J.*: Ueber die Blutdruckmessung bei Menschen. Berliner klin. Wochenschrift, 1906. 1650. 1. Ein Apparat zur Messung des

Blutdruckes bei Menschen. Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 22. sz. — *Bingel A.*: Ueber die Messung des diast. Blutdruckes... etc. Münchener med. Wochenschrift, 1906. 1246. l. Blutdruckmessung beim Menschen. Ärztlicher Verein in Frankfurt a. M. 1907 február 4-i ülés. — *Brodsky J.*: Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten des Blutdrucks... etc. Berliner klin. Wochenschrift, 1906. — *Colombo*: Wirkung des absoluten Milchregimes auf den Blutdruck. Zeitschrift f. diät. u. physikal. Therapie, 8. köt., 7. füz. — *Doctorowisch F.*: Blutdrucksteigernde Mittel am gesunden Menschen. Therap. d. Gegenwart, 1906. 8. füz. — *Erb (jun.)*: Einfluss von Blutdruckschwankungen auf die Konzentration des arteriellen und venösen Blutes. Deutsches Archiv f. klin. Medizin, 88. köt., 1–3. füz. — *Erlanger J.*: A new instrument... etc. The Johns Hopkins Hospit. Reports, 1904. 12. köt. — *Erlenmeyer*: Die Steigerung des arteriellen Druckes bei der Arteriosklerose und deren Behandlung. Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 259. l. — *Ettlinger V.*: Auskultatorische Methode der Blutdruckbestimmung und ihr praktischer Wert. Wiener klin. Wochenschrift, 1907. 33. szám. — *Federn*: Resultate der Blutdruckmessung am Kranken. Verhandl. d. Kongress f. innere Med., 21. Kongr. Wiesbaden, 1904. — *Fellner B. (jun.)*: Eine neue u. einfache Methode der Messung des diast. u. syst. Druckes. 24. Kongress f. inn. Med. zu Wiesbaden, 1907. (Ref. Münchener med. Wochenschrift, 1907. 21. számban.) Klinische Beobachtungen über Blutdruck... etc. Deutsches Archiv f. klin. Med., 84. köt. — *Finkelnburg*: Ueber Blutdruckmessungen beim Schwindel. (Ref. Münchener med. Wochenschrift, 1906. 238. l.) — *Fraenkel*: Ueber Pneumokokkenbefunde im Blute und über das Verhalten des arteriellen Druckes... etc. Internationale Beiträge zur inneren Medizin. Festschrift f. v. Leyden. Berlin, 1902. 2. köt. — *Frey A.*: Die Bedeutung der Venendruckmessung bei der diätetisch-physikalischen Behandlung der Kreislaufstörungen. Deutsches Archiv f. klin. Med., 1902. 73. köt. Ueber Venendruckmessung. Münchener med. Wochenschrift, 1904. 562. l. — *Gaertner G.*: Ueber einen neuen Blutdruckmesser. Wiener med. Wochenschrift, 1899. Die Messung des Druckes im rechten Vorhofe — eine neue klinische Untersuchungsmethode. Münchener med. Wochenschrift, 1903. 47. sz. — *Galicki*: Untersuchungen über Puls- und Blutdruck bei Lungenkranken. Beiträge z. Klinik d. Tuberkulose, 4. köt., 3. füz. — *Gibson, Broadbent*: Brit. Med. Journal, 1906. 2390. sz. — *Giesböck F.*: Ueber die praktische Bedeutung der Blutdruckmessung. 21. Kongr. f. inn. Med. zu Leipzig, 1904. — *Gordon G. A.*: Edinburgh Med. Journal, 1907 julius. — *Groedel*: Wert der Blutdruckbestimmung für die Behandlung der Arteriosklerose. 21. Kongress f. inn. Med. zu Leipzig, 1904. — *Groedel und Kisch*: Wert der Blutdruckmessung mittels des Sphygmomanometers von Riva-Rocci und seiner Kombination mit Kontrollapparaten. Münchener med. Wochenschrift, 1904. 16. sz. — *Heidenhain*: Sem. Médic., 1907. 42. sz. (Ref. Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1907. 21. sz.) — *Hensen*: Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Blutdruckes. Deutsches Archiv f. klin. Med., 67. köt. — *Hesse A.*: Blutdruck u. Pulsdruck des Gesunden. 24. Kongr. f. inn. Med. zu Wiesbaden, 1907. (Ref. Münchener med. Wochenschrift, 1907. 21. sz.) — *Hill and Barnard*: A simple pocket sphygmomanometer. The Journal of Physiology, 1898/99. 23. köt. — *Hoffmann A.*: Neuere Fortschritte in der Diagnostik der Herzkrankheiten. Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 1. sz. — *Horner A.*: Ueber Blutdruckuntersuchung mit dem Sphygmoskop nach Pal. Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 19. sz. — *Jancway*: Some observations on the estimation of blood pressure in man. Bull. of med. sciences, 1901. 1. köt., 3. sz. — *Janowsky V.*: 24. Kongr. f. inn. Med. zu Wiesbaden, 1907. (Ref. Münchener med. Wochenschrift, 1907. 21. sz.) — *Jaquet A.*: Zur graphischen Registrierung des Blutdruckes bei Menschen. Münchener med. Wochenschrift, 1908. 9. sz. — *Klemperer F.*: 24. Kongr. für inn. Med. zu Wiesbaden, 1907. (Ref. Münch. med. Wochenschrift, 1907. 21. sz.) — *Korángi S.*: Ueber die Wirkung des Jods auf die durch Adrenalin erzeugte Arterionekrose. Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 17. füz. — *Lohmann*: Cholin, die den Blutdruck erniedrigende Substanz der Nebenniere. Archiv f. Physiolog., 118. köt., 3. és 4. füz. — *Marey*: La circulation du sang à l'état physiologique et dans les maladies. Paris, Masson, 1881. Travaux du laboratoire, 1876. 2. köt. — *Masing*: Ueber das Verhalten des Blutdruckes... Deutsches Archiv f. klin. Med., 1902. 74. köt. — *Mironescu*: Wirkung des Adrenalins und des Euphthalmins auf den Blutdruck bei Kaninchen. Therap. Monatsh., 1906. 1. sz. — *Müller O., Blauel*: Zur Kritik des Riva-Rocci'schen und Gaertner'schen Sphygmomanometers. Deutsches Archiv f. klin. Med., 91. köt. 517. l. — *Münzer*: Apparat zu objectiver Blutdruckmessung... etc. Münchener med. Wochenschrift, 1907. 37. sz. — *Naumann*: Blutdruckmessungen an Lungenkranken. Zeitschrift f. Tuberkulose u. Heilstättenwesen, 5. köt., 2. füz. — *Oppenheimer und Bauchwitz*: Ueber den Blutdruck bei gesunden Kindern. Archiv f. Kinderheilkunde, 1906. 42. köt., 5. és 6. füz. — *Pesci*: Gazz. d. ospedali 1906. 60. sz. — *Peters*: Ueber die neue klinische Untersuchungsmethode von Prof. Gaertner... etc. Münchener med. Wochenschrift, 1904. — *Potain*: La pression arterielle de l'homme à l'état normal et pathologique. Paris, Masson, 1902. — *Prym O.*: Zur Messung des Drucks im rechten Vorhof nach Gaertner. Münchener med. Wochenschrift, 1904. — *Recklinghausen H.*: Ueber Blutdruckmessung beim Menschen. Archiv f. experimentelle Pathol. u. Pharmacol., 1901. 46. köt. Unblutige Blutdruckmessung. Archiv f. exp. Path. u. Pharm., 1906. 55. k., 6. füz. — *Riva-Rocci*: Un nuovo sfigmomanometro. Torino, Frascati, 1896. Tecnica della sfigmomanometria. Gazz. med. di Torino, 1897. — *Sahli H.*: Lehrbuch der klin. Untersuchungsmethoden. 1902. és 1905, 3. és 4. kiadás. Ueber das absolute Sphygmogramm... etc. Deutsches Archiv f. klin. Med. 81. köt., 5. és 6. füz. Die Sphygmobolometrie, eine neue Untersuchungsmethode der Zirkulation. Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 16. és 17. szám. — *Schilling F.*: Ueber Blutdruckmessungen. Münch. med. Wochenschrift, 1906. 1105. l. — *Schrank*: Experimentelle Beiträge zur Wirkung der Jodpräparate auf die Adrenalin-Arterionekrose. Zeitschr. für klin. Med. 64. köt., 5. és 6. füz. Ueber die Wirkung des Spermins bei Adrenalin-Arterionekrose. Zeitsch. für klin. Med. 64. köt., 5. és 6. füz. — *Stanton B.*: Internat. Clin. Philad. Vol. 3. — *Steven*: Brit. Med. Journal, 1906. 2390. sz. — *Strandgrad*: Hospitalstidende, 1907. 39–42. sz. — *Strasburger J.*: Ein Verfahren zur Messung des diast. Blutdruckes. Zeitschr. f. klin. Med., 54. köt., 5. és 6. füz. Weitere Untersuchungen über Messung des diast. Blutdruckes beim Menschen. Deutsche med. Wochenschr., 1908. 2. és 3. sz. — *Stursberg H.*: Ueber das Verhalten des syst. u. diast. Blutdrucks nach Körperarbeit... etc. Deutsches Archiv f. klin. Med., 90. köt., 5. és 6. sz. — *Vaschide N. et Lahy J.*: La technique de la mesure de la pression sanguine particulièrement chez l'homme. Archives Générales de Médecine, 1902. 8. köt. — *Waterman N.*: Einige Bemerkungen zur Frage: Arteriosclerose nach Adrenalin-Injektionen. Virchows Archiv f. path. Anat. u. Physiologie, 1908. 191. köt., 2. füz.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A. Ónodi: Das Gehirn und die Nebenhöhlen der Nase. (Wien und Leipzig, A. Hölder, 1908. Ára 11.80 K.)

Azok a nagy szorgalomról és tudásról tanuskodó, évek hosszú során át folytatott vizsgálódások, a melyeknek eredménye az imént megjelent munka, nem csupán tájbonczolástani ismereteket bővítik tetemesen, hanem nagyon fontos adatokat szolgáltatnak az orreredésű agyszövödményeknek olyannyira fontos tanához is, a melyet a szerző tulajdonképen atlasznak nevezhető munkája bevezetésében röviden ismertet. 63 táblán különböző homlok- és nyílirányú metszeteken fényképfelvételek után készült ábrákon természetesen nagyságban mutatja be az egyes orrmelléküregek helyzetét és viszonyát a koponyaüreghez, az agyburkokhoz és az agyhoz. Az ábrák kitűnő szolgálatot tehetnek a sebészeknek, a mikor orreredésű agyszövödmények fennforgásakor be kell avatkozni, nemkülönben a mikor a ma már mindjobban terjedő exploratív agypunctio válik szükségessé. A nagyon szépen kiállított munka bizonyára mindenütt méltó elismerésben fog részesülni a szakemberek részéről.

H. E. Schmidt: Kompendium der Lichtbehandlung. (Leipzig, 1908. Verlag von Georg Thieme.)

A gyakorló orvosnak akar szolgálatot tenni a szerző kis munkájával, a mennyiben röviden (összesen 53 lapon) ismerteti a fénytherapiát, a melynek a fizikai gyógyítómódok között ma már elég tekintélyes szerep jut. Rövid fizikai bevezetés után a fénytherapia alapjait és fejlődését ismerteti, majd a fénytherapia különböző módjait (Finsen-kezelés, vas- és higanyfénykezelés, izzófénykezelés, reflektált ivfényvel kezelés és napfürdő) tárgyalja, különös tekintettel a technikájukra. A fénykezelés javaitait összefoglaló fejezettel záródik a kis munka, a mely ezéjárt teljesen jól oldja meg. A több ábrával könnyebben érthetővé tett kis munka ára kötve 2 márka.

Lapszemle.

Belorvostan.

Ismétlődő scarlatina esetét ismerteti *Kourson*. A fiúgyermek nem egészen két év leforgása alatt háromszor betegedett meg scarlatinában. A másodszori megbetegedés négy hónappal követte az első, a harmadszori pedig tizenöt hónappal a másodikat. Mind a három alkalommal teljesen typosos volt a lefolyás, tévedés nem foroghatott fenn, szövödmények nem voltak. Hasonló esetekben némelyek családi dispositiót vesznek fel; ilyenről azonban a szóban forgó esetben nem beszélhetni, mert a betegnek három testvére még nem volt scarlatinás, noha fivérük megbetegedése alkalmával nagyon is ki voltak téve a fertőzés veszélyének. Megjegyzendő, hogy az illetőnek háromszori megbetegedése nem esett olyan időbe, a mikor az illető helyen valami erősebb scarlatina-járvány uralkodott. (Vratcheb. Gaz. 1908 április 13.)

Némely gyógyszer hatásáról az epeelválasztásra végzett kísérleteket kutyan *Vinogradov*. A mi első sorban a salicylsavat

illeti: az epeelválasztás 53—73%-kal fokozódott, még pedig minden esetben és bizonyos határig (4 gramm) a salicylsav mennyiségével arányosan; ezen határon túl a nagyobb adagokkal nem sikerült erősebb hatást létesíteni. A salicylsav hatására megszaporodó epében a szilárd részek abszolút mennyisége nagyobb ugyan, de távolról sem olyan mértékben, mint a milyenben az epe megszaporodik; az epe tehát hígabb is. A hatás körülbelül 5 napig tart s az első napokon fokozódik. Az oleum olivarum hatása már nem annyira kifejezett; nagy adagban (400 gramm) adva, az epe mennyiségét legfeljebb 35%-kal nagyobbítja. Ezenfelül a hatása nem is olyan állandó; néha meg is kevesbíti az epét, úgy látszik olyankor, a mikor az olaj hashajtó hatása lép az előtérbe. Az olaj hatása az epeelválasztásra már a harmadik napon megszűnik. A mi végül az epének chologog hatását illeti, a szerző ugyanazt tapasztalta, a mit mások is, hogy tudniillik az epeelválasztás fokozódik, az elválasztott epe összetétele azonban nem változik, az epe tehát nem válik hígabbá. (Med. Obozr. 69. k. 4—6. füzet.)

Alimentaris galaktosuria icterusban. *Bauer* vizsgálatai szerint úgy májsorvadás, mint icterus catarrhalis eseteiben alimentaris galaktosuriát találunk, ha 40 gm. galaktosét 400—500 cm³ teában adunk a betegnek, míg egészséges állapotban, továbbá cholelithiasisban s rosszindulatú daganatokkal járó icterusban ez nem tapasztalható. Míg cirrhosis hepatis eseteiben a beadott galaktose 10—15%-a jelenik meg a vizeletben, icterus catarrhalisban sokkal több, egészen 25%-ig. *Bauer* az icterus catarrhalisban, észlelhető alimentaris galaktosuriát a máj működésbeli zavarára vezeti vissza. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1908. 25. szám.)

Szinnyei dr.

A tuberculinnal kezeléskor *Jessen* szintén a legkisebb adagok befeeskendését ajánlja. $\frac{1}{100000}$ cm³-t 8—28 napi időközben alkalmazva, káros hatást sohasem látott. Még súlyosabb esetekben is látott gyakran feltűnő javulást ily módon való kezelésre. *Jessen* a höchsti T. O. A. tuberculosisbacillusmentes bouillonból először aetherrel, azután chloroformnal kivonatot készít s a maradék folyadékot 20% glycerint és 0.5% carbolsavat tartalmazó physiologiai konyhasóoldattal hígítja kellő fokra; ezáltal teljesen zsirtalanná válik a tuberculin s egyéb kellemetlenül ható (sajtosodást előidéző) anyagoktól is megszabadul. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 34. szám.)

Szinnyei dr.

Idegkórtan.

Az agytályog felismerését tárgyalja *M. Lewandowsky* (Berlin). Ez a körjelzés gyakorlatilag sokkal fontosabb, mint sok más idegbaj, mert sebészi eljárással esetleg megmenthetjük a beteg életét. Az eseteket két csoportba lehet osztani. Az első csoportba tartoznak azok, a melyekben a kórelőzmény tisztán mutat agytályog jelenlétét. Ezek a trauma után támadók és a fulgnyedést követők. A második csoportban hiányzik a kórelőzmény. Aránylag egyszerű eset a következő. 10 éves fiú 3 hónap előtt megsebesült a homlokán. Egynéhány napja heves fejfájása van és hány. A bal homlokán a csont be van nyomva, felette a seb begyógyult. A bal papilla kissé elmosódott, a vénák teltek. A körjelzés, göcztünetek hiánya ellenére, a bal homloktáj tályogában állapotodott meg. A műtet ezt igazolta. A beteg meggyógyult. Ha trauma után ilyen tünetek támadnak, agytályogra, vagy epi-, esetleg subdurális haematomára gondolhatunk. A haematoma azonban többnyire közvetlen követi az ütést, míg a tályog kifejlődéséhez idő kell, ámbar néha egynéhány nap alatt is már súlyos tünetek kíséretében kifejlődhetik. Előfordul, hogy trauma után 2 héttel meningitis támad. Itt a tarkómerevség, a Kernig-jel és a meningitis egyéb tünetei fogják eldönteni, hogy mi van előtünk.

Ha fulgnyedés után támadnak agyvelő-tünetek, agytályog és meningitis, vagy agytályog és labyrinthmegbetegedés között kell többnyire döntenünk. Az agytályog rendszeren láztalan, a mikroba okozta meningitis majdnem mindig vagy talán mindig lázas. A megkülönböztetés azért nehéz, mert néha az agytályog akkor is lázt okoz, ha áttörés még nincs az agyvelő felé. Ha göcztünet van (pl. hemiplegia), inkább tályog felé hajlunk. Egész biztos véleményt sokszor nem lehet mondani. A körjelzésben megsegíthet a lumbal-punctio is. Ez a vizsgálat felvilágosítást ad arról, hogy a cerebro-

sipnális folyadéknak milyen a nyomása és a sejttartalma. Fokozott nyomás ugyanazt jelenti, mint a pangásos papilla. A két tünet sokszor, ha nem is mindig, együtt jár. Az agytályogban többnyire egyik sines meg, így ezeknek a tüneteknek a hiánya meningitis ellen (esetleg agydaganat ellen is) szól. A lympho- illetve leukocytosis hiánya majdnem teljes biztossággal szól a meningitis ellen és tályogon kívül világra hozott hydrocephalusban vagy daganatban is előfordul. Ellenben a lymphocytosis jelenléte valószínűtlenné teszi a tumort, de nem enged biztos döntést a tályog és meningitis közt. A liquor cerebrospinalis zavaros volta és sokmagú leukocytákkal való teltsége meningitis jele. Ha a nyomás nem fokozott és lymphocytosis van, ez azt jelenti, hogy az agytályog áttörni készül, bár az áttörés néha csak hetek múlva áll elő.

A kisagyvelőtályog és labyrinthmegbetegedés között sokszor lehetetlen dönten. Így *Lewandowsky* egy otitis betegelet látott, a kin nystagmus és féloldali ataxia volt észlelhető fejfájással és hányással és a ki a fül operatioja után meggyógyult, jelöl annak, hogy a tünetek labyrinthbajnak és nem kisagyvelőtályognak voltak következményei, bár a kisagyvelőtályog gondolata itt egészen jogosult volt. Hogy helyes körjelzést nem lehetett megállapítani *Lewandowsky* azon esetében, a melyben otitis, labyrinthgyulladás és kisagyvelődaganat a természet játékeként összekerültek, természetes.

Az orr- és a homloköblök megbetegedését követő tályogok hányást, öntudatzavart okoznak, göcztünetek többnyire vannak. Ilyenkor különös gonddal kell keresni különbséget a két testfél reflexei között. Ha van ilyen, ez tályog jele. A helybeli fájdalom-ságnak nyomásra vagy ütésre nincs értéke a baj felismerésében.

Az elmondott esetek még aránylag egyszerűek, mert a kórelőzmény traumája vagy az otitis útmutatást ad. De a hol ezek a segítők nincsenek meg, ott sokszor nem lehet eligazodni. Erre érdekes példa a következő. Középkorú férfi az utcán összeesik, eszméletlen lesz és 8 nap múlva is félig eszméletlen állapotban van. Sem bérülés, sem aphasia nincs, a reflexek rendben vannak, a szemfenék ép. A vizeletben sok fehérje és henger. Az eset uraemiának látszott, a boncoláskor tályog volt a jobb nyakszirtkaréjában. A betegnek volt ugyan esékély hege a nyakszirtten, de erről utólag sem lehet biztosan tudni, hogy összefüggött-e a tályog keletkezésével és a vizsgálatkor nem is látszott fontosnak.

A különbség a daganat és tályog közt aránylag kevésbé fontos gyakorlati szempontból, mert mind a két esetben operatióra kerül a sor. Ellenben fontos tudni, hogy a daganat nem luesos gumma-e, mert ilyenkor kénesókúrúra van szükség. Agytályog a mellőr genyedeihez is csatlakozhatik. Ilyen esetet ismertet *Lewandowsky*. Egy fiatal ember tüdőbaját tuberculosisnak tartották és a mikor hirtelen tarkómerevség és abducens-bérülés támadt öntudatzavarral, valószínűnek látszott, hogy tuberculosis meningitis tört ki. Az eset ezért nem került kés alá. A beteg meghalt és a boncolás régi genyes bronchitist derített ki bronchectasiával, a melynek genyjéből metastasis útján agytályog jött létre. Talán itt a helyes diagnosis segíthetett volna, néha azonban a tályog teljesen észrevétlen marad. Erre példa egy pleuraempyema miatt operált beteg, a ki a kórházból való elbocsátásakor este fejfájásról panaszkodott, de azután nyugodtan elaludt, reggel halva találták az ágyban és a boncoláskor kiderült, hogy almanagyságú tályog ült az agyvelőben a homlokkaréjban.

Az öreg embereken a marasmus alapján fejlett sinusthrombosis és az agyvelősorvadásos hemipilepsia az agytályogokhoz hasonló izgalmi jelenségeket idézhet elő, ezek azonban kevésbé heves tünetűek és ritkábbak a tályognál. A pachymeningitis haemorrhagica némileg hasonló képe az alkoholismus alapján fejlődik és lumbal-punctiokor véres liquor cerebrospinalis folyik. Néha az agypunctioknak is lehet haszna. A sebészek általában nem szeretik ezt tályog jelenlétekor végezni, mert attól félnek, hogy a geny meningitist okozhat, ha az agyhártya sérül. Ez a veszedelem azonban az agytályog széles megnyitására is fennforog. Bizonyos, hogy a punctiót ilyenkor csak úgy szabad végezni, ha közvetlen utána a műtet is megtörténhetik. A punctio negativ eredménye nem mindig döntő; *Lewandowsky* látott esetet, a melyben a tü többszörös beszűraskor mindig a tályog mellett szaladt be és ezért nem ürült geny. A punctiónak haszna lehet akkor is, ha haematoma és tályog közt kell dönten, vagy a tályog helyét kell megállapítani. Szerencse, hogy a metastasisos agytályog többnyire egy göczt, különben nem

volna operálható. Az általános sepsishez vagy fekélyes szívbélhártyagyuladáshoz társuló többszörös agytályogról nincs mit mondani. Természetesen nem lehet helyes körjelzést megállapítani, a mikor az emlőrákban szenvedő asszony agyvelőtünetekbe esik és bonczoláskor nem agyvelőrák, hanem több kis tályog található. Elég volna, ha ott tudnánk biztosat mondani, a hol a műtét életmentő lehet. (Medizinische Klinik, 1908. 27. sz.) Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

Gerinczvelősérülés tanulságos esetét közli Sante Solieri. Egy 36 éves napszámost hátra szúrnak, rögtön elesik, teljes bénulás az alsó végtagokon, a proc. xiphoides tájától kezdve teljes érzéstelenség. Két órával a sérülés után laminectomia. A gerinczvelő a 3. hátesigolya táján éles metszéssel elválasztva, csomkjai között 2.5 cm.-nyi távolság. A csomkokat catgutvarrattal pontosan egyesítik. Gyógyulás per primam. Ennek ellenére a gerinczvelő functioja nem állott helyre és 98 nappal a sérülés után decubitus és a húgyutak gyuladása folytán a beteg meghalt. A bonczolás kimutatta, hogy a gerinczvelőcsomkokat egy heges hid köti össze egymással meg a durával is s így a rostvezetés folytonosságának helyreállása már makroszkopice ki volt zárható. Az irodalomban Stewart, Fowler között sikeres gerinczvelővarrat-eseteket, míg Tuffier, Duman eseteiben a varrat, épen úgy mint a szerzőben, a gerinczvelő-functio visszatérésére nem vezetett. (Mitth. aus den Grenzgeb. der Med. und. Chir., 1908. XIX. 1.) Pólya.

A kőnélküli cholecystitistről és cholangoitistről ír Riedel. Három infectiosus és három nem infectiosus ilyen esetet észlelt. Az esetek legnagyobb része epekőnek imponál. Asepsises esetekre belső kezelést tart ezélszerűnek, infectiosusokban az epeutak drainézését ajánlja. Mivel a gyuladás kő nélküli esetekben is az epehólyagból látszik kiindulni, a cholecystectomy is méltán szóba jő. (Mitth. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir., 1908. XIX. 1.) Pólya.

Hólyagsérülésekkel kapcsolatos gyomor-duodenum-vérzésekről ír J. B. Roberts. Epicystotomia után 2 hóval és hólyagrepedés után 4 héttel észlelt halálos duodenumvérzést. Ezzel kapcsolatban az irodalomból 16 esetet állított össze, a melyekben a húgyszervek megbetegedésével, illetve az azokon végzett műtéttel kapcsolatban gyomorbélvérzés keletkezett. Ezekből 14 halálosan végződött. Azon 18 eset közül, melyben bonczolás történt, 7-ben találtak ulceratiót. A gyomorbélvérzést 5-ször epicystotomia, 1-szer litholapaxia, 3-szor nephrotomia, 2-szer nephrorrhaphia, 2-szer húgybeszűrés miatt végzett műtét után, azonfelül 1 pericystás, 1 perinephritises és 1 perinealis abscessus kapcsán észlelték. (Annals of surgery, 1908 június.) Pólya.

Gyomorcolonfistula esetét írja le Thorspecken. A bonczolás kimutatta, hogy a colon transversumban egy tuberculosus szűkület volt; az e felett levő tágult colonrészt be a gyomorba. Ezenfelül subphrenikus tályog, kiterjedt tüdőtuberculosis is volt jelen és igen nagyfokú zsírmáj. Ez utóbbi körülménnyel hozza összefüggésbe a szerző az in vivo észlelt nagyfokú acholiát. A gyomorcolonfistula klinikai jelét állandó bélsárhányás alkotta, míg lienteria, diarrhoea nem volt. Feltűnő volt az is, hogy a beteg hányadéka a székétől lényegesen különbözött, úgy hogy a diagnosist nem is csinálták meg. (Mitth. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir., 1908. XIX. 1.) Pólya.

Elsődleges melanosarkoma a choledochusban és a Vater-féle ampullában. F. J. Shepherd (Montreal) írja le ezt az irodalomban eddig egyedül álló esetet. A klinikai tünetek a chronikus tumoros choledochus-elzáródásai voltak; az ieterus leküzdésére cholecystostomia történt, mely után néhány héttel a beteg általános gyengülés és genyes parotitis folytán meghalt. A bonczolás derítette ki a choledochus falában ülő 2.5 cm. hosszú tumort, mely a choledochusban ült. Metastasis nem volt. (Annals of surgery, 1908 június.) Pólya.

Gyermekorvostan.

Homogenizált tejjel végzett táplálás-kísérleteiről számol be Birk. Minthogy az anyatejnek a tehéntejjel szemben való fölényét azzal is iparkodtak magyarázni, hogy az anyatej zsírja

egyenletesebb, finomabb emulsiót alkot, mint a tehéntejé, megkísérlették ezen különbséget a tehéntej homogenizálásával kiegyenlíteni. Ezen eljárásnak, mely Franciaországban, Belgiumban és Németországban talált követőkre, az a lényege, hogy a nyers tej a homogenizáló gépben mintegy porított állapotba kerül és kibocsátva, mikroszkopice teljesen homogen, az anyatejhez hasonló emulsiót alkot. A homogenizált tejjel Bernheim, Comby, Bourdillon és mások határozottan rossz eredményeket értek el, míg Variot valamennyi esetében sikerrel alkalmazta úgy a testsúly emelkedése, mint a zsír és fehérje kihasználása szempontjából. A boroszlói gyermek-klinikán főleg azon esetekben vártak kedvező hatást a homogenizált tejtől, a melyekben a zsír anyagcserejében állott fenn zavar. A jellegzetes zsírszékletek azonban a homogenizált tej adagolása után sem javultak meg. Ha csecsemők közönséges tehéntej mellett jól fejlődtek, a homogenizált tej nem változtatott állapotukon, de viszont rosszul fejlődő csecsemőkön a homogenizált tej sem segített. Káros hatást azonban (Bernheim szerint skorbutot) egy esetben sem észleltek. (Monatschrift für Kinderheilkunde, VII. köt., 3. füzet.) Péteri dr.

A gyermekkori gümőkór gyakoriságát tette tanulmány tárgyává Barbier és Boudon. Statistikájuk újabb megdönthetetlen bizonyítékát adja a tuberculosis nagy elterjedésének a gyermekkorban. Azt találták, hogy a párisi kórházakban ápolt gyermekek 43%-a hal meg évenként gümőkórban; ez a szám más nagy városok adataival majdnem teljesen megegyezik.

Ha az egyes élet éveket külön vizsgáljuk, azt látjuk, hogy az első évben 20—30%-ban, a másodikban 40—50%-ban, a harmadik-negyedik évben 60%-ban, s végre a nyolcadiktól a tizenhatodik évig 70%-ban a gümőkór volt a halál oka a kórházban elhaltaknak. A megbetegedési arányszámot még nagyobbra becsülhetjük, ha tekintetbe vesszük, hogy a latens gümőkór-esetek száma a negyedik élethétől kezdve mindinkább emelkedik.

A szerzők végre az általános gyermekhalandóságot összehasonlítják a tuberculosishalandósággal és arra az eredményre jutnak, hogy 1000 gyermek közül (0—15 évig) meghal átlag 392, kik közül 116 tuberculosus, a mi 29.2%-nak felel meg. (Tuberculosis, 1908. 7. szám.) Vas Jakab dr.

Bőrkórtan.

A folyékony levegőnek és folyékony szénsavnak dermatoterapiás alkalmazását ajánlja J. Zeisler (Chicago). A szerző hivatkozik azon kiváló eredményekre, a melyeket Dade bizonyos bőrbajok gyógyításában a folyékony levegővel elért. Különösen jó sikerrel alkalmazható lupus erythematosus-esetekben. A folyékony levegőt úgy alkalmazzuk, hogy hosszú papálcikákra erősen csavarunk vattát, a melyet azután a folyó levegőbe mártunk. Az így beáztatott tampont a kezelés alá kerülő bőrterületre nyomjuk, a mire az nyomban megfagy. A lobos reactio csakhamar beáll, pörkösödéssé vezet; a pörknek spontán leválásáig újabb fagyasztást nem szabad végezni. Sajnos azonban, hogy a folyó levegő használata ma még igen költséges. Néhány liternyi levegő már néhány hét alatt a legjobb elzárás mellett is elillan. A szerző ezért a mindennapi gyakorlatban inkább a folyó szénsavat ajánlja. Ez sokkal olcsóbb és a célnak ugyanúgy megfelel. Nem úgy alkalmazza a szénsavat, hogy a tubusból spray alakjában eresztí a bőrre, hanem úgy, hogy bőrzsákba fogja fel. Ilyenkor hőszerű fagyási termék képződik, a melyet papálica formájára lehet alakítani. A szerző az ily módon formált szénsavat szorítja a kezelésre kerülő bőrfelületre. A rákövetkező lobos reactio eléggé heves. Már néhány óra múlva hólyagok támadnak, a később képződő pörk pedig több napig, sőt 1—2 hétig is megmarad. A heges gyógyulás igen finom, sima felszint létesít. A szerző a folyó szénsavat különféle bőrbajok ellenében használta. Azt tapasztalta, hogy a legjobb eredmény naevus és lupus erythematosus-esetekben érhető el. Megkísérlelhető ez a kezelésmód keloid, epithelioma és lupus vulgaris ellenében is, de végleges eredményről a szerző maga sem tud még beszámolni. (Dermatologische Zeitschrift, 1908. 7. f.) Guszman.

A maculae coerulae ismeretéhez nyújt kísérletes adatokat Tièche (Bern). Ismeretes, hogy a pediculi pubissal fertőzött egyének bőrén elég gyakran találunk kendermagnyi-lencsényi, sőt krajczárnyi kékes foltokat. E foltoknak a tetvekkel való össze-

függését klinikailag és kísérletileg *Mourson* és *Duguet* állapította meg. Határozottan azonban még máig sem tudjuk, hogy mily módon jönnek létre ezek a kék foltok. Egy időben azt állították, hogy erythema toxicumnak felelnek meg. A szerző ezt határozottan tagadja. Szintúgy nem fogadja el *Oppenheim* nézetét sem. Ez a szerző a tetvek testében zöld festékanyagot talált, mely közel áll a biliverdinhez és állítólag az emberi vér haemoglobinjából készül az állatok által termelt fermentum hatására. E nézethez eléggé hasonló *Campos Huguenay* véleménye, a ki azt hiszi, hogy a morpiók mérge az emberi bőrben a haemoglobint átalakítja. *Tièche* határozott magyarázatot nem tud adni, de valószínűnek tartja, hogy a maculákat létesítő festőanyag az emberi vérből származik. A festőanyag a szerző vizsgálata szerint nincsen a hámban, sőt a papulás rétegben sincs, hanem az írha saját rétegében. A szerző ügyes kísérleti berendezéssel meg tudta állapítani, hogy úgyszólván alig létezik olyan egyén, a kinek bőre refractaer volna a maculae coeruleaeval szemben. A foltok átlagos tartama 12 nap, ezt a szerző kísérleti úton bizonyította be. Nem tudta azonban kísérletileg megállapítani, hogy a taches bleues intenzitása miért oly rendkívül változó, némelyeken igen erősen kifejezettek, másokon alig láthatók. A szerző azt találta, hogy halvány, vékony bőrűek, a kik erős izzadásra hajlanak, inkább kapnak phthiriasis esetén nagyobb foltokat, mint más emberek. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 91. k. 2—3. f.)

Guszmán.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Galandféreg ellen *Kloster* a régebben nagyon elterjedt tökmag-kúrát ajánlja. Előző nap csak keveset ad enni és 3-szor 15 gramm ricinusolajat vétet be (2 óránként). A kúra napján reggel vízzel véghéklkysmát ad s azután éhomra 500 cm³ tökmag-decoctumot fogyasztat el. A decoctumot 200 gramm tökmagból 1000 gramm vízzel készítetteti és 500 grammra párologtatja be. Két óra múlva 30 gramm ricinus-olajat vétet be s a mikor a székelés-inger jelentkezik, nagy vízbeöntést végeztek. Gyermekeknek elegendő a 60—80 gramm tökmagból készített decoctum. (Ref. Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 31. szám.)

Égett sebek gyógyítására *Renner* az 1 rész bismuthum subnitricumból és 2 rész kaolinból álló porkeverék használatát ajánlja. (Zentralblatt für Chirurgie, 1908. 30. szám.)

A ricinusolaj hashajtó hatása *Wood* szerint fokozódik, ha egyenlő mennyiségű glicerinnel keverve használtatjuk. Ízjavítás czéljából néhány csepp essentia menthae piperitae adható az elegyhez. (Ref. The practitioner, 1908 augusztus.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1908. 36. szám. *Stern Samu*: A radium-emanációról. *Szigeti Henrik*: Ritkább törvényszéki orvosi esetek.

Orvosok lapja, 1908. 36. szám. *Chudovszky Móricz*: Sebészeti megbetegedések.

Budapesti orvosi ujság, 1908. 36. szám. *Torday Árpád*: A Wassermann-féle komplementkötési reactio használhatósága és jelentősége a syphilis diagnózisában.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Vajay Imre* dr.-t a magyar államvasutak igazgatósága Szatmár-Németi város területére vasúti orvosá nevezte ki. — *Ferenzi Ármin* dr.-t és *Candea Aurél* dr.-t az aradmegyei, *Malusev Dusan* dr.-t pedig a szabadkai közkórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. *Székel László* dr.-t *Torján, Grósz Gyula* dr.-t Csesztén és *Palkovich János* dr.-t Fraknón körorvossá választották.

Fürdők látogatottsága. *Bikszád* (augusztus 17.) 994; *Lipik* (augusztus 27.) 3752; *Tátrászéplak* (szeptember 2.) 1909; *Tátrafüred* (szeptember 6.) 4179.

A budapesti poliklinikán augusztus hóban 3400 új beteg jelentkezett; a rendelések száma 9200 volt.

Nyitra vármegye érsekújvári közkórházának 1907. évi betegforgalmi kimutatását tette közzé *Hücl Ernő* dr. kórházigazgató. Összesen 920 beteget orvosoltak, kik közül 65-90%-ot gyógyult, 21-50%-ot javult, 10%-ot gyógyulatlanul bocsátottak el. A halálozási százalék 5-3. sebészti műtétet 269 esetben végeztek. Sajnos, hogy a kimutatás csak

néhány ritkább esetnek rövid leírására szorítkozik, holott a számsorokból kiolvasható, hogy jóval több említésre méltó eset fordult elő.

A „Fehér-kereszt” délvidéki gyermekvédő-egyesület most becsátotta ki nyolczadik évi jelentését, a melyben 1907. évi működéséről számol be. Az egyesület a következő intézményeket tartotta fenn s a következő irányú működést fejtette ki: 1. Szülészeti és nőorvostani intézet (szülés történt 239 esetben; a nőorvostani osztályon 260 beteget ápoltak; a nyilvános rendelésen 478 szegénysorsú nőbeteget gyógyítottak; az intézettel kapcsolatos bábaiskolában 39 bábát képeztek ki). 2. Szegénygyermek-poliklinika (3235 beteg gyermeknek rendelték; a rendelések száma 16,108 volt). 3. Gyengeelméjű gyermekek nevelő és foglalkoztató intézete. 4. Jogsegélyző osztály. 5. Gyermekgondozónői szaktanfolyam. 6. Gyermekvédelmi és gyermekközvetítő irodalmat fejlesztő és terjesztő működés. 8. A temesvári állami gyermekmenhely működését támogató és kiegészítő ténykedés. Az egyesület eddigi működése fényes bizonyítéka, hogy czéltudatos vezetés mellett aránylag szerény eszközökkel is mily nagy eredményt érhetni el.

Meghalt. *Steiner Mór* dr. e hó 3-án Győrött. — *Th. Eisell*, a belorvostan nyugalmazott tanára a prágai cseh egyetemen, 77 éves korában. — *Loisen* dr., a sebészet tanára a párisi katonatorvosi főiskolán.

Dóczi Imre dr. ideggyógyász f. évi szeptember hó 1-étől VI. Váczi-körút 45. szám alatt lakik.

Lévy Lajos dr. lakását V., Bálvány-utca 19. szám alá helyezte át.

Kisebb hírek külföldről. Heidelbergben *Feer* (gyermekorvostan) és *Bettmann* (bőrorvostan) cz. tanárok nyílv. rendkívüli tanárok lettek. — A bécsi I. anatómiai tanszék igazgatójává a nyugalmába vonuló *Toldt* tanár helyébe *F. Hochstetter* tanárt nevezték ki Innsbruckból. *Hochstetter* tanár jelenleg 47 éves; dolgozatai főképp az embriológiára s különösen a szív, az erek s az arcz fejlődésére vonatkoznak. — *G. Greco* tanár, a sebészet tanára Firenzében, nyugalmába vonul. — *Rendes* tanárok lettek: *S. Simpson* dr. a newyorki Cornell University-n (élettan), *E. Centanni* dr. (általános kórtan) és *D. Mirto* (törvényszéki orvostan) Siénában; *S. A. Knopf* dr. a newyorki „Post Graduate School-on” (phthisiotherapia). — *Winckel* tanár a napokban ünnepli a müncheni egyetem gynaeologiai tanszékére kineveztetésének 25. évfordulóját. — *F. Kleinhans* rendkívüli tanárt a prágai német egyetemen a gynaeologiai rendes tanárává nevezték ki.

Az 1908. május 23-án megalakult nemzetközi rákszövetség elnöksége a következő tagokból áll. Állandó díszelnök *Leyden*, elnök *Czerny*, helyettes elnökök *Marie* (Páris) és *Fibiger* (Kopenhága). Az elnökség további tagjai: *Aoyoma* (Tokio), *Berg* (Stockholm), *Borrel* (Párizs), *Dollinger* (Budapest), *Lopez Durán* (Madrid), *Gabalas* (Athén), *Golgi* (Pavia), *Kirchner* (Berlin), *Hochenegg* (Bécs), *Azevedo Neves* (Lissabon), *Roswell Park* (Buffalo), *Poducyssozki* (Szt.-Pétervár).

A berlini *Virchow-kórházban* az utóbbi időben körülbelül 100 egyén (köztük 60 ápoló) betegedett meg, alkalmasint paratyphus-bacillusokkal fertőzés következtében. A bacillusok húsvakarékkkal juthattak a szervezetbe s azért a „beefsteak à la tartare”-t teljesen törölték az étlapról. A megbetegedések egyébként jobbra könnyű lefolyásúak voltak.

A *cholera* Oroszországban eléggé tetemes méreteket kezd ölteni; az augusztus 15.-étől 21.-éig terjedő héten 1145 megbetegedés fordult elő, a melyek közül 517 végződött halálosan. Ujabbban már Moszkvában és Szentpétervárott is volt néhány megbetegedés és a baj már nagyon közeledik Galicziához.

ORVOSOK.

kik 1908-ban letelepedtek, lakhelyüket vagy lakásukat változtatták, kéretnek, hogy erről az „ORVOSI ÉVKÖNYV” szerkesztőségét (Budapest, VII., Kertész-u. 16) levelezőlapra mielőbb értesíteni szíveskedjenek.

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

Kopits Jenő dr. testgyógyászati intézetét VIII., Gyöngyútyúk-utca 14. sz. alá (Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

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

Orvosi laboratórium: Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-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., Rákóczi-út 26, földsz. I. Telefon 112—95.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. A budapesti kir. orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. (1907 november 19.-én tartott ülés.) 679. l. — Bihar megyei orvos-gyógy-szerész és természettudományi egyesület. (1908 évi február 1.-én tartott szakülés.) 680. l.

A budapesti kir. orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(1907. november 19.-én tartott ülés.)

Elnök: Navratil Imre; jegyző: Lipscher Sándor.

(Folytatás.)

3. Donogány Zakariás: Fibromyoma laryngis esete. A 10 éves, különben egészséges fiú pár hete különösen éjjel nehezen lélegzik, néha fuladás-rohamok lepik meg. A f. év július végén megejtett vizsgálat szerint a gégebemenetben a hangszálakat teljesen elfedő, légvételtkor mozgó, sima felületű, rózsaszínű, mogyorónyi daganat foglal helyet. Másnap nehézlégzés miatt alsó légesőmetszés, mely után néhány napra endolaryngeális úton kacsával sikerül a kemény tömött daganat leválasztása, midőn is kiderül, hogy az a bal áhangszalag szabad széléről indult ki. A műtét után nem-sokára a kanült el lehetett távolítani, a beteg hangja és légzése teljesen rendbe jött. A mikroszkopos vizsgálat szerint, melyet Entz dr. volt szíves végezni, a daganat finom rostos kötőszöveti fonalak sűrű hálózataból áll, a melyek között elég nagy számmal találunk orsóalakú, van Gieson-eljárással sárgára festődő sejteket, pálcikaalakú maggal (sima izomsejtek). A fonalak között elég sok vékonyfalú ér húzódik el. A felület hámborítéka a külső rétegek nagyfokú zsugorodása miatt nem látható jól.

4. Ónodi Adolf: A Highmor-üreg rendellenes nyílása. Egyes esetekben észlelte, hogy az ostium maxillare a hiatus semilunaris legelülőbb részén volt. Egy készítményen a Highmor-üreg nyílása az alsó orrkagyló elülső vége előtt és fölött volt. Egy készítményen az ostium maxillare a homloküreg és a legelül-sőbb rostasejtek nyílása előtt 6 mm.-nyire feküdt. A bemutatott készítményen az 5 mm. átmérőjű ostium maxillare egészen elül az alsó kagyló elülső vége felett és a hiatus semilunaris és a processus uncinatus elülső vége előtt és alatt volt. Ilyen fejlődési rendellenességek jelenléte a konzervatív eljárást, a Highmor-üregnek a természetes nyíláson át kiöblítését illusoriussá teheti.

Donogány Zakariás: Hasonló esetet életben látott; az illető beteg Highmor-üregébe nem tudott a középső orrjáratból bejutni, hanem az alsóból.

Ónodi Adolf: Kérdés, nem művi vagy kóros volt-e a nyílás.

5. Ónodi Adolf: Műszerek a) a Highmor-üreg endonasalis széles megnyitására; b) a rostasejtek exploratív megnyitására. a) A Highmor-üreg endonasalis széles megnyitására szerkesztett műszere a troicart és a csontfogó elvét egyesíti. Előzőleg az alsó orrjáratban a Weleminsky-féle troicarral nyitja meg a Highmor-üreget és aztán műszerével $1\frac{1}{2}$ —2 cm.-nyire tágtítja a nyílást, a mediális üvegfal reszekálásával. Előnye ez eljárásnak, hogy minden esetben, a hol a troicart alkalmazható, az alsó orrkagyló megtartásával a széles megnyitás műszerével eszközölhető. Megfelelő esetekben troicart nélkül a középső orrjáratban könnyen végezhető vele a széles megnyitás.

b) A rostasejtek endonasalis exploratív megnyitására egy tövissel ellátott éles fogót szerkesztett, mely 1 mm. átmérőjű, 2 cm. hosszú metszévonalat létesít; a műszer a tövissel az egyik rostasejtből a másikba könnyen vezethető és a latens góczok megállapításával az ismert conchotomok alkalmazhatók a rostasejtek kitakarítására.

Láng Kornél: A troicart-t nem tartja czélszerűnek, mert nagyon voluminos és vésővel is célt lehet érni. A Weleminsky troicarja sem felel meg. A felszólalónak egy conchotomja hasonlóan van szerkesztve, csak hogy előre hegyes.

Ónodi Adolf: Hogy a troicarnak rövid a nyaka, csak előny, mert nem lehet mélyen behatolni. A Láng műszerének más a czélja, t. i. az eltávolítás, a bemutatónak pedig csak a szúrás.

6. Zwilling Hugó: A hypopharyngoskopiáról. Egyet kell értenünk Killiannal, midőn azt mondja, hogy a felső légutak és az emésztési csatorna minden egyes legkisebb részének, szaka-

zának bonczolástani, élettani, klinikai, kórjelzési, kórjósati és helyi gyógyítási sajátosságai vannak. Ilyen sajátosságai vannak különösen a hypopharynxnak; utalok ezen tájék jó- és rosszindulatú újképleteire, lobos folyamataira. Ezen része a garatürnek gégetükör segítségével csak ritka esetben s akkor sem egész terjedelmében vizsgálható meg, az autopsia sem vált be, s így nagy nyereség volt, midőn Eicken egyszerű és biztos eljárással ismeretett meg bennünket. Az általa hypopharyngoskopiának nevezett módszerrel sikerül az alsó torokürbe tökéletes betekintést nyerni, s oly esetekben is, melyekben az eddigelé lehetséges nem volt, szemünk ellenőrzése mellett beavatkozni. Egyszerű műszerével, melyet a jól érzéstelenített gégébe, az alsó gégeürbe, az első tracheális porcokig bevezetünk, a felső molaris fogakat hypomochlionnak felhasználva, sikerül annak emelésével tractiót gyakorolnunk, mely által a gégefőt a hátulsó garatfaltól $1\frac{1}{3}$ —2 cm.-nyire el tudjuk húzni, úgy, hogy gégetükör segítségével a hypopharynxba szabad betekintést nyerünk, a két sinus pyriformis együvé folyik össze, egy ürré válik, mélyebbre a constrictor pharyngis inferior által zárt nyelöcső bemenetét lehet látni, látható a kannaporeczok hátulsó felülete a gyűrűporez lemezének hátulsó felülete közepén kiemelkedő raphejával. Értékkel bír ezen vizsgálati módszer ezen tájék rákos daganatainál, idegen testeknél, melyek e helyen megakadtak, jóindulatú újképleteknél, melyek itt erednek s az oesophagusba lenyúlnak, a gyűrűporez perichondritikus tályogjainál, melyek itt nyithatók meg és mély retropharyngeális tályogoknál. Egy esetben sikerült nekem e helyen e módszer segítségével kisebb kiterjedésű epitheliomát felfedezni. Egy másik beteg, kit bemutatni szerencsém lesz, hét hónap óta panaszokodik nyelési zavarokról, csak folyadékot vagy igen puha eledelt tud nyelni, az akadályt pontosan a gégefő mögött érzi. A garat és gége vizsgálata negatív, az oesophagus vastag szondával akadálytalanul kutaszolható; ezen körülmény és az, hogy a beteg a fájdalmat illetve az akadályt pontosan és makacsul a gége magasságában érzi, arra vezetett, hogy a hypopharyngoskopia segítségével kutassam ki az alsó garatüret, a vizsgálat eredménye azonban tökéletesen negatív volt. Később sikerült a zavar okát egy kez-dődő aortaaneurysmában megtalálni.

Baumgarten Egmont: Kettősen görbült spatulával próbálták előhúzni a garat hátulsó falát, de ez elzárta a látóteret. A bemutatott eljárás észszerűbb, de nem minden gége tűri, kivált ha beszűrődés is van.

Zwilling Hugó: Störck egy fogóféle eszközt szerkesztett, melyet a bárzsingba vezetett, Killian pedig a géget fogóval akarta előhúzni. Eickennek érdeme ezen eljárás.

7. Baumgarten Egmont: Nyálkakó esete. Alapos vizsgálattal néha oly dolgokat is találunk, melyekre eleinte nem is gyanakodtunk. Így ezen esetben is a 30 éves nő csak idegen érzésről panaszkodott a nyelv gyökén a nyeléskor. A nyelvgyökön semmi elváltozást sem láttam, de feltűnt a további vizsgálatkor, hogy a jobb állalatti mirigy duzzadt és érzékenyebb és a nyelv alatt jobboldalt a caruncula lingualis magasabb mint a bal oldalon. Tapintásra ezen a helyen a kötőszövet beszűremkedett, érzékeny és a mélyben az az érzésem volt, mintha valami kemény test volna. Mélyebb bemetszésre innen geny ürült egy üregből, mely a ductus Whartonianusnak felel meg, s egy hosszúka, fehér, bab-nagyságú nyálkóvet emelhettem ki. Feltűnt ezen esetben, hogy a betegnek eddig fájdalmai nem voltak.

(1907 december 3.-án tartott ülés.)

Elnök: Navratil Imre. Jegyző: Lipscher Sándor.

Jobboldali gégehüdes esete.

Tóvölgyi Elemér: Az esetnek érdekességet az kölesönöz, hogy a paresis, mialatt a beteg idült hangszálhurutját kezeltem, úgy-szólván a szemem előtt fejlődött ki, noha e közben a hurutnak legnagyobb részét sikerült megszüntetnem.

A beteget már ezelőtt egy évvel subacut laryngitis ellen kezeltem; a bántalom akkor szépen gyógyult. Ez év októberében jelentkezett újból a rendeltetésemre idült hangszálhuruttal, és előadta, hogy felső hangjai fátyolozottak, hamar kifárad, a hangot tartani nem bírja és halkán nem tud énekelni. Ez időtájt paresisnek nyoma sem volt, ez csakis egy hó múlva jelentkezett a jobb ary-porcson, a mely befelé dől, mozgékonyága csökkent, szóval a kezdődő transversus-paresis képét mutatta. Hovatovább e tünethez a jobb oldali hangszál érdekes elváltozása társult, a mennyiben keskenyedni kezdett és egy hét leforgása alatt már annyira lelapult, hogy úgy-szólván nem is volt látható.

Ha jelenleg a géget megtekintjük, a következő kórképet találjuk. A jobboldali gégefél hangadáskor renyhébben mozog, a jobb ary-porcza a gége ürterébe befelé dől és az ugyanezen oldali hangszál felső vízszintes széle egészen eltűnt. A hangadáskor a hangszalagok nem záródnak teljesen, közöttük finom rés marad. Ez a kórkép már több mint két hete változatlanul áll fenn.

A megejtett Röntgen-vizsgálat negatív volt, épen úgy érzési eltérések sem voltak ez ideig találhatók a gégeben. A beteg jelenleg 29 éves, ezelőtt hét évvel luest szerzett, a mely ellen körülbelül két és fél évig tartó alapos kezelésnek vetette magát alá. Pár hó előtt a mellcsontjában fájdalmak támadtak, a melyek Zittmann-kúrára megszűntek.

A kórképet tekintve, két dologra gondolhatunk főleg. Az egyik, hogy kezdődő posticus-hűdéssel van dolgunk, avagy hogy jobboldali transversus-paralysis áll fenn, ugyanezen oldali hangszál atrophijával társulva.

A gégeben jelentkező hűdéseket általában háromféle okból származtatjuk. Fejlődhetnek ideges alapon, ám a jelen esetben az idegrendszernek sem központi, sem környéki részein elváltozások nem mutathatók ki. Másodszor gyulladás következtében, a minek viszont ellentmond az, hogy a gyulladás jelentékeny javulásának ellenére fejlődött ki a hűdés. Végül felvehetünk izomfáradást, a minek a valószínűségét emeli ama tény, hogy a beteg az egész kezelés alatt mint énekes folyton működött, de e mellett szólanak ama hangzavarok is, a melyeket, mint a beteg panasza, az imént említettem. Viszont tagadhatatlan, hogy a jobboldali hangszál nagymérvű sorvadását az izomfáradással nem igen lehet megmagyarázni.

Tekintve, hogy a beteg az utóbbi időben a lues folytán mellesontfájdalmak támadtak, arra is gondolhatnánk, hogy talán valamelyes peribronchiális mirigy gyakorol nyomást a jobboldali recurrensre.

A kezelés jelenleg gégemassageból és villanyozásból áll.

Baumgarten Egm.: Valószínűnek tartja, hogy a erico-arytenoidalis ízületben lobos folyamat volt, melynek következtében merevség támadt; e mellett szól a Santorini-féle porc befelé fordulása is.

Zwilling Hugó: Noha a Röntgen-vizsgálat eredménye negatív, nincs kizárva, hogy megnagyobbodott mirigyek nyomják a recurrens. *Lénárt Zoltán*: Toxikus okokra hívja fel a figyelmet, melyek néhány hónapig tartó kezelésre megszűntek.

Donogány Zakariás: Azon tünet, hogy az álhangszalag mozog, ellene szól a hűdésnek. Lehet ankylosis vagy helyi muscularis-bénulás. Inkább az utóbbi nézet felé hajlik.

Tóvölgyi Elemér: A betegnek hangszálhurutja volt, de gyuladást nem talált és a bénulás egyidejűleg fejlődött ki. Toxikus okot keresett, de a beteg nem dohányzik és szeszes italt nem iszik.

(Folyt. következik.)

Biharmegyei orvos-gyógyszerész- és természet-tudományi egyesület.

(1908. évi február 1.-én tartott szakülés.)

(Folytatás.)

3. Mórész Ernő dr.: A tuberculosis elleni védekezés kérdése Biharmegyében.

Az előadó ismerteti ama szempontokat, melyek alapján a tuberculosis elleni védekezés tárgyában előterjesztést fog tenni a törvényhatósági bizottságnak, melynek megbízásából az elmúlt nyár folyamán több hetet töltött külföldön a tuberculosis elleni védekezés kérdésének tanulmányozása céljából. Ismerteti különösen Németországban e tárgyban szerzett tapasztalatait. Ismerteti a sanatoriumok berendezését, azok értékét a tuberculosis gyógyítása körül. Utal azon körülményre, hogy Németországban a sanatoriumok leg-

nagyobb részét a rokkantság ellen biztosító pénztárak állították fel. A sanatoriumokban a betegek kezelése teljesen physico-diaetás, a serumkezelést majdnem egészen elhagyták.

A tüdővész elleni küzdelemben a sanatoriumi kezeléssel a betegek halálozása 17¹/₂%-ra apadt le.

A tüdővész elleni védekezés szempontjából legfőbb fontos-ságúnak tartja „A gondoskodó és felvilágosító intézetek” működését. Örömmel tapasztalja, hogy a Nagyváradon működésben levő dispensaire is hasonló irányban működik. Ama szempontok, melyek alapján a kérdést Biharmegyében megoldandónak véli, a következők volnának:

Első volna a tömeggyűjtés. A nagyváradai és biharmegyei tüdővész elleni egyesület e részben már segítségére lehetne a megyének, a mennyiben az egész művelt társadalmat megnyerte a nemes ügy támogatására, hasonlóképpen segítségére lehetne a gyermekbarát-egyesület, valamint a gyermekmenhely is.

A Biharmegyében fennálló három kórház kibővítendő tuberculosisos betegek kezelésére szánt elkülönítő osztályokkal. Gondoskodó és felvilágosító intézetek állíttassanak fel több helyen. Azonkívül a gümőkóros betegek számára, különösen a magyarság lakta vidékeken (a hol legjobban pusztít a kór), az Érmelléken, Élesd környékén elkülönítő üdülő helyek létesíttessenek. Mindezt megfelelő államsegéllyel s ¹/₄0% megyei pótdóval gondolja keresztül-vihetőnek.

Bartha János dr. örömmel hallja az elmondottakat, köszönetet mond az előadónak, hogy ismertette a kérdés megoldása körüli nézeteit. Maga is hasonló szempontokból véli dűlőre hozhatni a tuberculosis elleni védekezés ügyét, bár rózsás reményeket nem táplál az eredmény iránt. Utal arra a körülményre, hogy a megyében a lues gyógyítása körül, a hol a megfelelő kezelés majdnem garantiát is nyújt a teljes gyógyulásra s a betegek ez irányban fel is vannak világosítva, mégis mily kevesen keresik fel a kórházat, s ha már fel is keresik, legtöbbször gyógyulásuk előtt akarnak onnan eltávozni.

(1908. évi március 2.-án tartott szakülés.)

1. Fisch Áron dr. haemophiliában szenvedő fiút mutat be.

A 14 éves fiú évek óta áll észlelése alatt. A fiú szülei és egy 16 éves fivére élnek és egészségesek, több testvére nem is volt. Apjának, anyjának családjában haemophilia, valamint más örökölhető betegség nem fordult elő. 6 éves korában vették először észre baját. Egyszer ugyanis felbukott s erre oly erős orrvérzést kapott, hogy az orrüreg elülső és hátulsó tamponálása után a vér a könnyutakon át a szemrésen ürült ki. Ugyanez alkalommal azt is tapasztalták, hogy a Belocq-tampon fonala mentén, a hol a fonál a szájjad nyálkahártyáját súrolta, mindenütt vér serkedezett ki. Azóta mind gyakoribbá lettek a különböző vérzések. Leggyakoribbak, majdnem mindennaposak az orrvérzések, azután a száj- és fogínyvérzések. Egyszer egy fogdarab kitörése után igen profus, majdnem csillapíthatatlan inyverzés állott elő.

Teste, mely jelenleg a néhány heti ágynyugalom folytán vérzésektől mentes és csak a vakaródzás nyomait mutatja, rendes körülmények között párduezbőrszerű foltosságot tüntet fel. Tele van hintve mindenféle színezetű vérömlésekkel. Igen gyakoriak a nagyobb bőralatti haematomák, melyekben a vér sokáig folyékony marad.

Jóformán alig van nap, hogy kisebb-nagyobb vérzés ne volna. Két év előtt bronchitis kapcsán igen erős haemoptoe jelentkezett.

Többször észlelt székében hol élénkpiros, hol pedig kátrány-szerű vért. Természetes, hogy a fiú az igen jó és erősítő táplálkozás, kedvező higiénés viszonyok ellenére állandóan igen nagy fokban vérszegény. F. évi február 5.-én előző fejfájás és szédülés után jobb felső végtagjában clonusos görcsök támadtak, melyek azután a bal felső végtagra, majd pedig a két alsó végtagra terjedtek. A görcsök perczeig tartottak, az eszmélet tartamuk alatt zavart volt. Február 5.-én 2-szer, 6.-án 3-szor, 7.-én egyszer észleltettek ily görcsrohamok, melyek mindig a fentjelzett typus szerint folytak le. Ezután többé nem jelentkeztek, azonban a jobb kéz nyomóereje jelentékenyen gyengült maradt s állandó zsibbadásról panaszkodott benne. E mellett a fejfájás is fennállott.

Mintegy 2 hét után, mi alatt a tünetek fokozatosan csökkentek, érte el ismét régi egészségi, helyesebben betegségi állapotát.

A most ismertetett kórkép typusos alakja a corticalis epilepsiának; szem előtt tartva az alaphiányt, valamint az epi-

lepsia lefolyását, teljes biztossággal megállapítható, hogy a jobb felső végtag motorius központjában, vagyis a bal gyrus centralis anterior közepe táján támadt egy agykérgi vagy lágy agyburki vérzés, mely ama centrum nyomása által váltotta ki a fent leírt izgalmi, majd hűdési tüneteket. Az irodalomban talált adatok szerint haemophiliásokban egyéb zsigeri vérzések mellett elég gyakoriak az agyvelő- és agyburok-vérzések is.

Magának a haemophilának kórtanával, prognosissal és terapiájával nem akar foglalkozni az előadó, csak néhány rövid megjegyzést tesz: a haemophilában a kórboneczolástani lelet negatív, kórtani magyarázatul hypothesisekre szorulunk; az egyik szerint a kis véredek és hajszálerek kórosan törékenyek és tátonásra hajlamosak. Mindez azonban csak hypothesis, mert sem a vér, sem a véredek kórszöveti elváltozást nem mutatnak.

A haemophilia par excellence öröklékeny baj. Az öröklést a haemophiliás család nőtagjai közvetítik, a betegséget pedig a férfi tagok kapják meg. Vagyis egy haemophiliás családból származó nő, ha ő maga egészséges is és egészséges férfival köt házasságot, haemophiliás fiúkat és egészséges leányokat szül. A haemophiliás fiúk ivadékaiban azonban többnyire nem kapják meg a bajt, míg a haemophiliától mentes leányok ivadékaiban ismét haemophiliások lesznek.

Egyébként a férfi- és nő-haemophiliások közt az arány 12:7:1. Az ismertett esetben nem sikerült az öröklékenységet kimutatni; tekintetbe veendő azonban, hogy néha 1—2 generációt átugorva jelentkezik a haemophiliás hajlam. A terapia a vérzésesillapításnak szokásos módjaiból, zsongító, roboráló táplálásból áll. Nagyobb szerepe van a prophylaxisnak, az ily egyéneket legnagyobb gondnal kell minden sérüléstől megóvni.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

A szegedi m. kir. bábaképző-intézetnél október 1-én megüresedett **intézeti gyakornoki állásra** pályázatot hirdetnek.

Az állás javadalmazása: 800 korona évi jutalomdíj, szabad lakás és élelmezés. A folyamodványok benyújtásának határideje **szeptember 25.**

Szeged, 1908. évi szeptember hó 8.-án.

2-1

Mann Jakab dr., kir. tanácsos, igazgató-tanár.

367/908. sz.

A gyergyószentmiklósi nyilvános jellegű megyei kórháznál lemondás folytán megüresedett, élethossziglani kinevezéssel járó **rendelőorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Ezen állás **2000 korona évi fizetéssel**, két szobából álló bútorozott lakással, fűtés és világítás élvezetével javadalmazatik.

Felhívom a pályázni óhajtott orvosdoktorokat, hogy szabályszerűen felszerelt — Csik vármegye főispánjához címzett folyamodványukat nálam legkésőbb **f. évi október 5.-éig** nyújtsák be, mert a később érkező pályázatok figyelembe vételét nem fogom.

Arra az esetre, ha szabályszerű minősítéssel bíró orvostudorok nem jelentkeznek, mindkét másodorvosi állásra orvosgyakornokok is alkalmazhatók lesznek.

Gyergyószentmiklós, 1908. évi szeptember hó 7.-én.

3-1

Dobribán Antal dr., kórházi igazgató.

2085/908. eln. sz.

A pécsvárosi közkórháznál lemondás folytán megüresedett **két másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek. Az elmegyógyosztályon megüresedett állás javadalmazása **évi 2000 korona fizetés**, természetbeni lakás és I. osztályú élelmezés, az anyakórházi másodorvos fizetése évi 1200 korona, I. osztályú élelmezés és természetbeni lakás vagy 400 korona lakpénz.

Felhívom a pályázni kívánó orvostudorokat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz.-ben előírt minősítésüket igazoló és méltóságos Erreth János úrhoz, Pécs szab. kir. város főispánjához címzett folyamodványukat nálam legkésőbb **f. évi október 5.-éig** nyújtsák be, mert a később érkező pályázatok figyelembe vételét nem fogom.

Arra az esetre, ha szabályszerű minősítéssel bíró orvostudorok nem jelentkeznek, mindkét másodorvosi állásra orvosgyakornokok is alkalmazhatók lesznek.

Pécs, 1908. évi szeptember hó 10.-én.

2-1

A kórházigazgatóság.

4560/908. sz.

Torontálmegye törökkanizsai járásához tartozó tiszaszentmiklósi orvosi körben lemondás folytán üresedésbe jött **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek. Az orvosi körhöz Tiszaszentmiklós székhelyen kívül Jázova község tartozik. A körorvosi állással az új közegészségügyi törvényben megállapított fizetés és látogatási díjak járnak, mely utóbbi azonban a körorvos javára törvényhatóságilag módosítható lesz.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevél és eddigi alkalmaztatásukat igazoló bizonylattal felszerelt kérvényüket **f. év és hó 30.-áig** adják be.

Törökkanizsa, 1908. évi szeptember hó 6.-án.

Tamássy, főszolgabíró.

3634/908. sz.

A kócsi körbe, mely Kocs és Kömlőd községekből **Kocs székhelyével** alakul, választás folytán üresedésbe jött **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek, s annak választás útján betöltésére **f. évi szeptember hó 30.-ának d. e. 9 óráját** Kocs községéhez közösen kitűzöm, felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, miszerint az 1883. évi I. t.-cz. 97. és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt képesítésüket igazoló okmányokkal és keresztlevelekkel felszerelt kérvényüket **f. évi szeptember hó 28.-áig** annál inkább benyújtsák, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Az állás javadalmazása:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-a alapján 1600 korona készpénz, mely a nagygimándi m. kir. adóhivatal által utólagos évnegyedi részletekben fizetetik ki.

2. Természetbeni lakás, mely áll 4 szoba, konyha és megfelelő gazdasági épületek és házfolyási kútból.

Látogatási és vényírási díj a segélyt igénybe vevők részéről nappal 1 korona, éjjel 2 korona; a közsegélyre szorult betegek ingyen gyógykezelendők; halottkémlelmi díj fejében — a szegényeket kivéve, kik díjtalanul vizsgálándók — 60 fillér; hússzemlelő és a vágólajstrom vezetéséért 1 drb. szarvasmarháért 60 fillér, 1 drb. juh, borjú, sertés és kecskéért 12 fillér, melyet az orvos a mészárosoktól maga szed be.

Kömlőd községbeni heti látogatások alkalmával természetbeni fuvar, esetleg egyezkedés szerinti átalány.

A körorvos házi gyógytár tartására van kötelezve.

Előzetes bemutatkozás ajánlatos.

Az állás azonnal, de legkésőbb a választás jogerőre emelkedésével elfoglalandó. Nagyigmánd, 1908. évi szeptember hó 4.-én.

Konkoly-Thege Lajos, főszolgabíró.

3354/908. V. sz.

A lemondás folytán üresedésbe jött **gyulai körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek. Ezen orvosi körhöz Gyula székhelyen kívül Szerbkeresztúr és Öszentiván községek tartoznak.

Ezen állással a székhelyen lévő természetbeni lakás és kert élvezésén kívül a törvényileg megállapított fizetés és a már megállapított, esetleg a törvényhatóság által később megállapítandó látogatási díjak járnak.

Felhívom ennél fogva azon okleveles orvosokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket **f. évi október hó 5.-éig** nálam adják be.

Törökkanizsa, 1908. évi szeptember hó 4.-én.

Tamássy, főszolgabíró.

4066/908. kig. sz.

A lemondás folytán megüresedett **giládi községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek.

1. A községi orvos fizetése 1600 korona.

2. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. életbeléptekor megfelelő lakbér, esetleg természetbeni lakás.

3. Látogatási díjak a következők:

a) nappal a beteg lakásán 1 korona 20 fillér;

b) éjjel a beteg lakásán 2 korona 40 fillér;

c) az orvos lakásán nappal 80 fillér;

d) az orvos lakásán éjjel 1 korona 60 fillér;

e) a 7 éven aluli gyermekeknél a fenti díjak fele;

f) a község külterületén tett látogatásokért a község belterülete és a látogatás helye közti távolság szerint minden kilométer után 20 fillér pótdíj;

g) a hússzemlelő és halottkémlel díjak szintén az orvost illetik, melyekért a hússzemlelő és a halottkémlel elvégezni köteles.

4. A községi orvos köteles az összes az összes a törvényben vagy szabályrendeletben előírt községi orvosi teendőket végezni és a községben előforduló közegészségügyekkel kapcsolatos írásbeli teendőket végezni.

Végül megjegyzem, hogy a lakosság száma körülbelül 4000 és a község határában 40 tanya van. A megválasztandó orvosnak a kézi gyógytár tartása — ép úgy, mint a lemondottnak — engedélyeztetni fog.

Pályázati határidő **1908. évi szeptember hó 15.-éig**.

Felhívom a pályázókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hivatalomhoz nyújtsák be.

A választás napját később fogom meghatározni.

Csáková, 1908. évi augusztus hó 25.-én.

2-2

Petkó Zoltán, főszolgabíró.

1361/908. eln. sz.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező „Mária Valéria”-közkórházban üresedésben lévő és egyenként havi részletekben, utólagosan fizetendő **1200 korona évi fizetés**, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott **két kórházi alorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

A főispán úr által kinevezendő alorvosok tartoznak a közkórházban lakni és magángyakorlatot — az első segélynyújtás esetét kivéve — nem folytathatnak, nős orvos pályázati kérvénye figyelembe vételét nem fog.

A kinevezendő alorvosok állásaikat csakis 2 hónapi felmondási határidő letelte után hagyhatják el.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy megfelelően okmányolt pályázati kérvényeiket **f. évi szeptember hó 24. napjának d. u. 5 órájáig** Bezeredy István főispán úrnál Szabadkán annál is inkább nyújtsák be, mert az elkészen benyújtott pályázati kérvények visszautasítottak.

A mennyiben az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 2. pontja értelmében kellően minősített pályázó nem jelentkeznek, egy évi gyakorlatra utasított, esetleg szigorló orvos pályázati kérvénye is figyelembe fog vétetni.

Szabadka, 1908. évi szeptember hó 1.-én.

2-2

A polgármester.

13.460/908. sz.

Zemplén vármegye nagymihályi közkórházánál lemondás folytán megüresedett és **évi 1200 korona fizetés**, valamint a közkórházban természetbeni lakás és teljes ellátással javadalmazott **alorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek és felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143., illetve az 1883. évi I. t.-cz. 1. és 9. §-aiban előírt képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket Zemplén vármegye főispánjához címezve **f. évi szeptember hó 20.-áig** adják be.

Sátoraljaúj hely, 1908. évi augusztus hó 25.-én.

2-2

Dókus, alispán.

3911/908. sz.

A mostari városi kórházban egy másodorvosi állás betöltendő.

A másodorvos évi fizetése 2400 korona, továbbá ingyen lakást, világítást, fűtést és kiszolgálást kap.

Az állást elnyerni óhajtoknak boszniai vagy hercegovinai illetőségűeknek avagy osztrák, illetve magyar állampolgároknak s nőtleneknek kell lenniök s a szerb-horvát nyelvet szóban és írásban teljesen birniök kell. A folyamodáshoz a következő okmányok mellékelendők:

1. Elettört megállapító okmány.
2. Osztrák vagy magyar egyetemen kapott egyetemes orvosdoktori oklevél.
3. Állampolgárságot igazoló okmány.
4. Erkölcsi és politikai kifogástalanságot igazoló bizonyítvány.
5. Hatósági orvos által kiállított egészségi bizonyítvány.
6. Az esetleg eddig már teljesített orvosi működéséről szóló bizonyítvány.

Előző kórházi szolgálat kimutatása kívánatos, de nem okvetlenül szükséges.

A községi szabályzat értelmében egyébként egyforma minősítés mellett előnyben részesítendőek első sorban a mostari honosak, azután a mostari illetőségűek és utánuk a boszniai vagy hercegovinai illetőségűek.

Az állás az első esztendőben ideiglenes; ezen idő elteltével az illető, a mennyiben alkalmasnak bizonyult és szolgálatát eredményesen teljesítette, véglegesítettik.

Az alkalmazandó másodorvos a városi hivatalnokok statusába vétetik föl s mint ilyennek kiltása van az előlépésre és igénye a nyugdíjra.

A folyamodások bélyegkötelesek (ívenként 1 koronás bélyeg; minden mellékletre 20 filléres bélyeg; a bélyegek értéke készpénzben is beküldhető).

A fentemlített módon felszerelt folyamodások legkésőbb október hó 15.-éig nyújtandók be Mostar város (Hercegovina) tanácsához.

Mostar, 1908. évi augusztus hó 20.-án.

2-2

Sefic, polgármester.

3910/908. sz.

Mostar városában egy városi orvosi állás betöltendő.

Az állással évi 3600 korona, azaz háromezerhatszáz korona fizetés jár.

Az állást elnyerni óhajtoknak boszniai vagy hercegovinai illetőségűeknek, avagy osztrák, illetve magyar állampolgároknak kell lenniök s a szerb-horvát nyelvet szóban és írásban teljesen birniök kell. A folyamodáshoz a következő okmányok mellékelendők:

1. Elettört megállapító okmány.
2. Osztrák vagy magyar egyetemen kapott egyetemes orvosdoktori oklevél.
3. Állampolgárságot igazoló okmány.
4. Erkölcsi és politikai kifogástalanságot igazoló bizonyítvány.
5. Hatósági orvos által kiállított egészségi bizonyítvány.
6. Legalább két évi kórházi gyakorlat kimutatása.
7. Az eddigi orvosi működés kimutatása.

A városi orvos a többi között köteles részt venni a helybeli szegényeknek ingyenes gyógykezelésében is.

A községi szabályzat értelmében egyébként egyforma minősítés mellett

előnyben részesítendőek első sorban a mostari honosak, azután a mostari illetőségűek s utánuk a boszniai vagy hercegovinai illetőségűek.

Az alkalmazás az első esztendőre ideiglenes; ezen idő elteltével az illető, a mennyiben alkalmasnak bizonyult és szolgálatát eredményesen teljesítette, véglegesítettik. Mint ilyen a községi szabályzat értelmében nyugdíj jogosult.

A folyamodások bélyegkötelesek (ívenként 1 koronás bélyeg; minden mellékletre 20 filléres bélyeg; a bélyegek értéke készpénzben is beküldhető).

A fentemlített módon felszerelt folyamodások legkésőbb október hó 15.-éig nyújtandók be Mostar város (Hercegovina) tanácsához.

Mostar, 1908. évi augusztus hó 20.-án.

2-2

Sefic, polgármester.

6248/908. sz.

A lemondás folytán üresedésbe jött és 99 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 felszerelt kérvényeiket hozzám f. évi szeptember hó 30.-áig beadják, a később érkezett kérvények figyelembe vételét nem fogják.

A körorvos illetményei:

- a) évi fizetése 1000 korona,
- b) évi fuvarátalánya 600 korona,
- c) évi trachomakezelési tiszteletdíja 600 korona,
- d) trachomakezelési fuvar 875 korona,
- e) a kézi gyógytáartatási jog és kötelezettség,
- f) az egyezségileg megállapítandó látogatási díjak.

Körorvosi szék helyén hasonló vasúti állomással bir.

A választást Tótkeresztúrra az iskolai helyiségre 1908. évi október hó 7. napjának d. e. 10 órájára kitűzöm és arra a körorvosi körbe osztott községek biráit és 2-2 képviselőtestületi küldöttjét ezennel meghívom.

Muraszombat, 1908. évi augusztus hó 24.-én.

3-3

Pósfay Pongrácz, főszolgabíró.

1110/908. tk. sz.

Zemplén vármegye alispánjának megbízásából a sátoraljaújhegyi Erzsébet-kórháznál megüresedett két segédorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Javaldalmazás: évi 1600 korona fizetés, szabad lakás fűtéssel, világítással, első osztályú ételmezés. Magángyakorlat, a mennyiben a kórházi működéssel összeegyeztethető, megengedtetik. A kinevezés 3 évre szól.

Felhívom mindazon orvosokat és orvosgyakornokokat, kik ezen állásokat elnyerni óhajtják, hogy gyakorlati képzettségüket igazoló oklevelükkel felszerelt kérvényüket Zemplén vármegye főispánjához címezve a zemplénvármegyei alispáni hivatalba legkésőbb f. évi szeptember hó 20.-áig adják be. Ezen állásra más pályázó hiányában esetleg szigorló is ideiglenes minőségben kinevezethető.

Sátoraljaújhegy, 1908. évi augusztus hó 12.-én.

4-4

Chudovszky dr., igazgató-főorvos.

A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

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

5958

TÁTRAHÁZAI TÜDŐBETEG-SZANATÓRIUM

(695 méter a tengerszín felett)

Fekvőcsarnokok, hintaágyak a fenyvesben.

Napkúra. o Hydrotherapia.

Gondos szakorvosi kezelés.

Bakteriológiai laboratórium. Inhalatórium.

Teljes napi pensió orvosi kezeléssel, gyógyeszközzel együtt 12 korona.

Igazgató-főorvos: dr. Müller Vilmos,
az „Erzsébet királyné Szanatórium” v. asszisztense.

Felvétel csak orvosi bizonyítvány alapján.

Pályázati hirdetmény.

A Pozsonyi Iparbank igazgatósága pályázatot hirdet a tulajdonát képező „Pozsony” fürdő- és vízgyógyintézetben betöltendő

igazgató fürdőorvosi állásra.

Ezen állás f. évi november hó 1-én foglalandó el, a pályázatok pedig f. évi október hó 15-éig küldendők be a fenti igazgatóság címére. Feltételek a Pozsonyi Iparbankban tudhatók meg.

„Bayer”

CONTRATUSSIN

„Bayer”

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a
VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Andrásy-út 84.
Minden gyógyszerárban kapható.
Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

Gleichenberg

klimatikus gyógyhely
(Steierország).

Nyári évad: Május 15-től október 1-ig.

Félalpin jellegű legkedvezőbb klimatikus viszonyok.

Gyógyjavalkatok: légzőszervek
(hurut, asthma, emphysema),
szívizom betegségei, ideg-
bajok, reconvalescentia.Gyógyeszközök: inhalációs és
pneumoterapia, szénsavas
fürdők, hidegvízgyógyinté-
zet, gyógygymnastika, nap-
fürdők stb. 5915

Gyógyforrások: Konstatin-, Emma-forrás, = Johannis-kút, Klausen-forrás.

Gazdagon illusztrált prospektusokat küld, lakás- és kocsikról gondoskodik
a Fürdőigazgatóság.

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 Babarczy Schwartzner Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Marschalkó Tamás: Közlés a kolozsvári egyetem bőr- és bujakórtani klinikájából. A diphtheriás bõrgyuladásról (bördiphtheria). 683. lap.

Félegyházi Ernő: Közlés a kolozsvári m. kir. Ferencz-József tudomány-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr. egyetemi nyilv. r. tanár.) Pangásos vérbõséggel kezelt sebészeti gümös bántalmakra vonatkozó kórszövettani vizsgálatok. 685. lap.

Gusztman József: Közlés a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bõrkórtani intézetéből. (Vezető tanár: Nékám Lajos dr., egyetemi rk. tanár.) A szájlüreg nyálkahártyájának leukoplakiája. 687. lap.

Tárca. A tüdővész elleni védekezés. 691. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Binet-Sanglé: La folie de Jesus. Son hérédité, sa constitution, sa psychologie. — Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Kraus:

A serumok antitoxintartalma és gyógyító értéke közötti összefüggés. — Klimentko: A százmárhurut aetiologiája. — Telemann: A parasitapetek könnyű megtalálása a bélárban. — Gyógyszertan. Hammer és Vieth: Aperitol. — Bodin: A natrium-silicat. — Idegkórtan. Sommer: A kedélydepressio és gyógyítása. — Sebészet. B. G. A. Moynihan: A jóindulatú gyomor- és duodenumbántalmak miatt végzett műtétek késői eredményei. — Venerás bántalmak. H. Much: Az úgynevezett komplementkötési reactio. — Wechseltmann: A hügyesó hátulsó részének multiplex polypusa. — Fizikai gyógyításmódok. Laqueur: A vérnyomásmérésnek gyakorlati jelentősége a fizikai gyógyításban. — Fülörvostan. Zwardemaker: Cézlszerű helyiség a hallás megvizsgálására. — L. Mekler: Az idült epi-tympanumbeli genyedések konzervatív gyógykezelésének új módja. — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Spirt: A hydrocele gyógyítása carboglycerin befeeszkendezésével. — Freudenberg: Az élesztő használata nőbajokban. 693-698. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 697. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 698. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a kolozsvári egyetem bőr- és bujakórtani klinikájából.

A diphtheriás bõrgyuladásról (bördiphtheria).

Irta: **Marschalkó Tamás** dr., egyetemi tanár.

A valódi diphtheriás bõrgyuladások, tudniillik azok, a melyek diphtheriabacillusok által idéztetnek elő, a ritkább megbetegedések közé tartoznak; erre lehet legalább az eddig megjelent közlemények gyér számából következtetni.

Régebben, a midőn az üszkös jellegű bőr- és nyálkahártyagyuladások pathogenesiséről és aetiologiájáról csak igen homályos ismereteink voltak, szokás volt „sebdiphtheriáról” szólni. Mióta azonban Plaut, Vincent, Bernheim, Matzenauer és mások, hazánk-fiai közül pedig Róna és különösen Buday vizsgálatai világosságot derítettek a klinikailag sokszor oly különböző megjelenésű üszkös bőr- és nyálkahártyagyuladások pathogenesisére és kimutatták vagy legalább is nagy fokban valószínűvé tették, hogy azok tulajdonképpen egynemű, rokon folyamatok, a melyek okát a fusospirillumos fertőzésben kell keresni: azóta a régi „sebdiphtheriája” is a lomtárba került, és a köztakaró diphtheriás gyuladásáról — ismétlem — csak akkor szólhatunk, ha abban a Klebs-Löffler-féle bacillus mint kórokozó kimutatható.

Tekintettel azonban arra, hogy a bőr diphtheriás fertőzésének a lehetősége, a diphtheria nagy számát tekintve, bizonyosan gyakran áll elő, nem vélek tévedni, ha azt állítom, hogy a bördiphtheria aránylag gyakrabban fordul elő, mint a hogyan az irodalomban eddig közölt esetek gyér számából gondolni lehetne, csak hogy a bántalmat sokszor nem ismerik fel, nem körjelzik.

Pedig ha meggondoljuk, hogy egyrészt a bördiphtheria épolys súlyos általános tüneteket okozhat, mint a nyálkahártyadiphtheria és így nemesak magára a betegre, de másrészt a prophylaxis szempontjából is immens fontosságú, hogy a baj korán felismertessék, a beteg helyes gyógykezelés által az életnek lehetőleg megmentessék és az elkülönítésről is kellő gondoskodás történ-

vén, a további fertőzésnek esetleg prophylaxisos oltások által is eleje vették: méltán kelthet megütközést, hogy ezt a gyakorló orvosra nézve oly fontos kérdést még a legújabb dermatologiai tankönyvek is vagy éppen nem, vagy csak úgy mellékesen tárgyalják, sőt még az újabb belorvostani tankönyvek sem méltatják annyira, mint azt a betegség fontossága megérdemli.

A bördiphtheriával francia szerzőkön — Bretonneau, Trousseau és mások¹ — kívül, különösen a német autorok foglalkoztak.

Az első, nemesak klinikailag észlelt, hanem bakteriologiai és szövettani vizsgálatok által is bördiphtheriának bizonyult eset közlése Neisser Ernő-től származik 1891-ben, a königsbergi egyetem belorvostani klinikájáról.² Egy öt éves gyermekben súlyos nyálkahártya-diphtherián kívül a bal fül mellett, az arczon, a jobb vállon excoriatiók támadtak, a rima ani táján meg 10 cm. hosszú, 4 cm. széles fekély; a fekélyek alhártékkal voltak fedve és körülöttük a bőr erős beszűrődést mutatott. A bõrfekélyből a Löffler-bacillus kitenyészthető, az állatkísérlet pozitív volt. A gyermek meghalt.

Már Bókay János³ is tesz említést a bördiphtheriáról a belorvostan nagy tankönyvében, úgyisintén a balanitis és vulvitis diphtheriticáról is, azonban természetesen csak egészen röviden, minthogy akkor (1894 előtt) ismereteink ezekről a dolgokról még sokkal hézagossabbak voltak, sem hogy azokat egy tankönyv keretében tárgyalni lehetett volna.

1894-ben Abel⁴ közölte egy 7 éves leányka esetét, a ki torokdiphtheriában megbetegedvén, bal kezének gyűrűs ujját, a melyen egy kis sebzés volt, fertőzte. A sebzés helyén egy nagyobb, alhártáival borított seb keletkezett, a melyből tiszta kultúrában a Löffler-féle bacillus volt kitenyészthető; az állatkísérlet is pozitív volt, bár a bacillusok virulenciája már gyengült volt.

Hazánkfiak közül Gerlóczy⁵ közölt egy esetet, a mely a külföldi irodalomban is említve van. Az egy éves fiúcska, a kit a Közkórházi orvostársulatban is bemutatott, 3 hét előtt lett beteg, a mennyiben a bal czombhajlásban apró hólyagos kiütés keletkezett, a melyből rohamosan terjedő fekélyek fejlődtek. Torokbántalma állítólag nem volt. A gyermeket anyja először Bókay János tanár Stefánia-kórházi rendelésére vitte. Ott rögtön feltűnt a fekélyek diphtheriás jellege. Az oltás Löffler-bacillusra pozitív eredménnyel járt, miért is a beteg a szt. László-kórházba utasított. Felvételkor a bal lágyéktájon egy ovális, mandulanagyságú fekély látható, a melynek alapja és szélei, valamint környezete piszkos szürkésfehér diphtheriás lepedékkel vannak fedve. A garat- és ornyálkahártya ép, torokdiphtheriának semmi tünete. A fekély váladékából Gerlóczy is ki tudta a Löffler-bacillust tenyészteni. A torokból történt ismételt oltások negatív eredményűek voltak. Két oltásra 1500 egységgel gyors gyógyulás állott be.

Baginsky⁶ hangsúlyozza, hogy csak akkor lehet szó bördiphtheriáról, ha az, ép úgy, mint a nyálkahártya-diphtheria, a Löffler-féle bacillus

által idéztetik elő. Szerinte a bántalom majdnem sohasem támad egészséges bőrterületen, hanem rendszeren praexistáló eczemák, excoriációk, vagy mesterségesen előidézett bőrsebek (hólyaghúzó, piócák, sérülések) alkotják annak kiinduláspontját. B. szerint a bőrdiphtheriában a bőr kemény, néha deszkakemény, vastag, beszűrődött, sárgás pörkkel fedett. A beszűrődés a megbetegedett részeken sok helyen egészen a cutis mélyebb részeibe terjed. A bőr alatti kötőszövet a környezetben téztás tapintatú, a nyirokerek is belevonatnak a folyamatba, a nyirokmirigyek megduzzadnak.

Hangsúlyozza Baginsky, hogy az általános jelenségek és az utóbetegségek a bőrdiphtheriában éppen olyanok, mint a nyálkahártyák diphtheriájában. Súlyos, septikus jellegű, halálosan végződő bőrdiphtheriáról is tesz említést; újszülöttek köldöksínorjából is észlelte a bőrdiphtheria kifejlődését.

A bőrdiphtheriával legbehatóbban és legalaposabban kétségtelenül Adler¹ foglalkozott, nemcsak klinikai és bakteriologiai szempontból, hanem kísérletileg is. Mindenekelőtt hangsúlyozza ő is, hogy a bőrdiphtheria teljesen azonos folyamat a nyálkahártyadiphtheriával és ép úgy a Klebs-Löffler-féle bacillus által idéztetik elő, mint amaz; ő különválasztja azokat az eseteket, a melyekben a diphtheria a bőr ama helyein támad, a melyeknek közvetlen közelében nyálkahártya nincsen, és a melyeket ő valódi (echt) bőrdiphtheriának nevez, azoktól az esetektől, a melyekben a nyálkahártya diphtheriája közvetlenül átmegegyezik a bőrdiphtheriával; így pl., ha az ornyálkahártyán székelő diphtheria folyamán az ornyílás körüli bőr, vagy légcsőmetszés alkalmával a seb körüli bőr betegszik meg stb. E mellett megkülönböztet Adler *primaer* és *secundaer* bőrdiphtheriát; elsődlegesnek csak akkor lehet nevezni a bőrbetegedést, ha a diphtheria csak a bőrön fordul elő, a nyálkahártya ellenben egészséges; ellenkező esetben a megbetegedés másodlagos. Adler maga is azt hiszi, hogy az első esetek igen ritkák, mert a bőrdiphtheriában, még ha a nyálkahártya látszólag ép is, gondos vizsgálattal a legtöbbször meg lehet rajta találni a félig lefolyt diphtheria nyomait, úgy hogy a bőrdiphtheria legtöbbször másodlagos. Tehát a valódi bőrdiphtheria lehet elsődleges vagy másodlagos, a továbbterjedt bőrdiphtheria mindig másodlagos.

A bacillusok átvitelére Adler szerint háromféle módon történhet: 1. autoinoculatio; 2. élettelen tárgyak által; 3. egyik egyénről a másikra. Csecsemőkön és az első életévben a leggyakrabban autoinoculatio történik; a gyermek benyálazza az ujját és könnyen fertőzi a zsenge bőrt; minthogy azonban a diphtheriabacillusok élettelen tárgyakon hosszú ideig életképesek maradhatnak, a második infekciós mód is gyakran fordul elő nagyobb gyermekeken, de előfordul a harmadik mód is (köhögés, csók, körülmetélés stb.).

Hangsúlyozza azonban Adler, hogy a diphtheriabacillusok csak bizonyos esetekben okoznak a bőrön diphtheriát; az általános egyéni disposition kívül még lokális, helybeli dispositio is szükséges; ez pedig legtöbbször a bőr különböző laesioi, folytonossághiányai által adatik meg, minthogy a gyermek zsenge bőre tudvalevőleg különben is igen hajlamos eczemákra, intertrigókra, szőrtüszőlobokra stb.

Adler kísérleteket végzett arra nézve is, vajjon ép bőr mellett keletkezhet-e állatokon bőrdiphtheria? Tengerimalaczokon a bőr bizonyos helyein a szőrzetet rövidre nyírta és virulens diphtheriabacillus-tenyészetekkel bekenve, több ízben sikerült neki az emberi bőrdiphtheriához hasonló elváltozásokat létrehozni. A felhám hiánya, a laesio, Adler szerint tehát nem okvetlenül szükséges az emberen sem a bőrdiphtheria keletkezéséhez.

A bőrdiphtheria klinikai képét Adler következőleg írja le: a felbőr kisebb-nagyobb területen orbáncszerűleg megvörösödött, keményen beszűrődött; némely helyen fekélyesen szétesett. A fekélyek kezdetben szigeteket alkotnak, később összefolynak; azok azonban inkább csak a felületen terjednek és nem a mélyben. A fekélyek meredeken lefutó, szabálytalan határú, néha kimart szélekkel bírnak; alapjuk majd inkább sárgás, majd inkább szürkés-fehéres, máskor szennyes-zöldes, nekrotikusnak látszó alhátyakkal van fedve, a melyek részben elfolyósodnak és erősen az alapzathoz tapadnak. Ha azokat erőszakkal eltávolítjuk, a fekély alapja élénkpiros, helyenként vérszerű. A fekély környékén néha erősebb vizenyő van. Néha a szomszédos nyirokmirigyek is belevonatnak a folyamatba, megduzzadnak, kemények, de nem igen fájdalmasak. Bár a gyakorlottabb vizsgáló már a jellegző makroszkopi képből is meg tudja állapítani a körjelzést, teljesen biztossá az csak a górcsói vizsgálat, tenyésztés és állatkísérlet által válik.

Annak a kérdésnek megvilágítására nézve, vajjon a diphtheriabacillusok jelenléte nemcsak mellékes dolog-e és a többi jelenlévő pyogen- vagy saprophyta-bakterium mellett azok csak alárendelt szerepet játszanak, és csak mint véletlen lelet szerepelnek-e, Adler 19 olyan esetben, a hol a bőrön a legkülönbözőbb okokból keletkezett fekélyek voltak jelen, de a hol a klinikai kép nem felelt meg a bőrdiphtheriának (égett sebek, megnyitott tályogok, elgenyedt nyirokmirigyek, hideg tályog, gümös fekélyek stb.), a fekély váladékából vérsavóra oltásokat végzett; egyetlen egy esetben sem tenyésztett ki a Löffler-bacillus. Ez tehát bizonyítja, hogy a Löffler-féle bacillusok más bőrfekélyeknél és genyedző sebeknél, a melyek nem mutatják a bőrdiphtheria klinikai képét, nem fordulnak elő.

Ha tehát a diphtheriabacillusok a bőrdiphtheriának specifikus kórokozói, közfelfogó gondolat volt azt a diphtheriára hajlamos állatokon kísérletileg előidézni. Ez Adler-nek tengerimalaczokon csakugyan sikerült is. Ezek az állatokon a bőrön mesterségesen ejtett hámbizonyos diphtheriabacillus-tenyészetek bedörzsölése után egy specifikus betegség keletkezik, a mely a felületen terjedő bőrkárosításban, a szomszédos bőr fájdalmas, kemény lobos beszűrődésében és bőrfekélyek

keletkezésében nyilvánul; tehát olyan bántalom támad, a mely a gyermekeken észlelt bőrdiphtheriával nagyjában véve megegyezik.

A mi a bőrdiphtheriának szövettani képét illeti, Adler leletei megegyeznek Neisser és Abel leleteivel, hogy t. i. a corium és a stratum reticulare lobos beszűrődése van jelen; a diphtheriabacillusok leginkább a corium felső rétegében foglalnak helyet, azonban helyenként mélyebbre is, egészen a stratum reticulareig leterjednek.

A mi a bőrdiphtheria gyakoriságát illeti, Filatow szerint a baj a mindennapi jelenségekhez tartozik és a serum-előtti időben még gyakrabban fordult elő. Ezzel szemben Adler az 1894–1902-ig terjedő idő alatt a bécsi szent Anna-gyermekekórház anyagából 2217 klinice és bakteriologice biztos nyálkahártyadiphtheria-eset között csak 23 bőrdiphtheriát talált; szerinte tehát aránylag csak ritkán fordul elő e megbetegedés. Azután Adler a differentialis kórsimét említi meg; kórházi újszülöttek, nedvező intertrigós eczemák, venereás helcosis és szétesett syphilitikus papulák jönnek leginkább tekintetbe. Az elsőkben a bakteriologiai lelet (fusiformis bacillusok + spirillumok), a bőrnek kezdetben száraz volta, a környezet phlegmonosus állapota, később a hig eves váladék, a sajátos bűz, az erős fájdalmasság, az egész általános állapot és a hűdések kimaradása a jellemző. Az intertrigóban a bakteriologiai lelet negatív volta mellett a megtámadott bőrészlet csekélyebb beszűrődése, az alhátyás felrakódás hiánya és az eczemás helyek környékén jelenlevő pörk és korpázás a jellemző. A venereás helcosisban a fekély élesen határolt, mélyebb, szélei alávéjtak, a beszűrődés sokkal csekélyebb, a geny inoculabilis és Ducrey-féle bacillusokat tartalmaz; a lefolyás hosszadalmas, esetleg genyedő bubók keletkeznek. A syphilitisben különösen az ú. n. diphtheroid papulák jönnek tekintetbe. A körülözmény, a fekélyek kisebb terjedelme, a burjánzásra való hajlam, egyéb jelenlevő lueses tünetek az irányadók.

Postdiphtheriás hűdések Adler szerint elsődleges bőrdiphtheriában is előfordulnak, a nélkül, hogy a nyálkahártyákon valami elváltozás volna; a hűdések serumkezelés mellett is előjöhetnek; ezért a prognosis felállításakor ezzel is számolni kell. Minél előbb kezdjük a bőrdiphtheriát kezelni, annál inkább fogjuk a postdiphtheriás hűdések megakadályozni. Ha ellenben a bántalmat nem ismerjük fel és nem gyógyítjuk, akkor mindig nagyobb és nagyobb bőrterület lesz megtámadva, sok toxin keletkezik és szívórák fel. Ebből magyarázható számos, az irodalomban leírt hirtelen halálos eset, a hol különben ártatlannak látszó bőrbántalom után, a melyet egyszerű eczemának vagy közösleges fekélynak tartottak, szívhűzés és halál állott be.

A mi a bőrdiphtheria terapiáját illeti, első sorban a serumtherapia, s mint kiegészítő eljárás a desinfiáló helybeli kezelés jó tekintetbe. Adler 1000–1500 egységet fecskendez be és azt esetleg a következő napon megismétli; helybelileg 1:1000 sublimatborogatást, a fekély megtisztulása után pedig 2% bór- vagy lapiscenecőst ajánl.

Prophylactica, ha egy gyermeknek, a kinél nyálkahártyadiphtheriája van, a bőrön hámosított helyek vannak, azokat védő fedőkötéssel kell ellátni; hasonlóképpen igen fontos az elkülönítés, ha a bőrdiphtheria már kifejlődött, mert nagy mértékben ragályozó; e mellett a környezet prophylaxisos oltásokban részesítendő.

Az említettekén kívül még több más közlemény is jelent meg a bőrdiphtheriára vonatkozólag, a melyeket, minthogy fontosabb dolgokat nem tartalmaznak, nem szándékozom e rövid cikk keretén belül részletesebben tárgyalni; a többi irodalmi adatra nézve utalok Adler munkájára, melyben kimerítő irodalmi ismertetés is van. Csak egy munkáról akarok még részletesebben referálni, a mely az utolsó időben jelent meg, még pedig Schuch² közleményéről, melyben a boroszlói dermatologiai klinikán észlelt 5 bőrdiphtheriaesetről referál. I. eset. Két fekély a has alsó részén illetőleg a nemzörészekben 2 1/3 éves fiún, a melyek már több hét óta állnak fenn és alapjuk erősen tapadós, szürkésfehér, szürkés-sárga alhátyával fedett. Nyálkahártyadiphtheria nem volt jelen. Tenyésztés-kísérlet pozitív; a bacillusok virulentiája az állatkísérlet által is beigazolást nyert. Az egyik fekély széléből kimetszett darabkáknak górcsói vizsgálata Löffler-féle bacillusok jelenlétét nem mutatta ki, nyilván, mert a fekély már gyógyulófélben volt. A gyermek meggyógyult. A II. eset 1 1/4 éves leánykára vonatkozik; bőrdiphtheria és vulvitis diphtherica, diphtheriás fekély a nagyajkon és a szomszédos részén; a fertőzés eredete nem mutatható ki, a nyálkahártyák épek. Bakteriologiai lelet pozitív, állatkísérlet szintén; szövettani vizsgálat nem történt; gyógyulás. III. eset. 2 1/2 éves leány; fekélyek az arczon, homlokon, nemző részeken, jobb lágyékhajlatban, csombon. A fekélyek váladékában górcsó alatt coccusok + Löffler-féle bacillus, az utóbbi tisztára tenyésztethető; az állatkísérlet pozitív, a tenyésztet tengerimalaczba oltva, ezt megöli. A gyermek előbb tuberculosos maxillae és abscessus frigidus miatt a sebészeti klinikán volt kezelve. A diphtheriás fertőzés eredete nem mutatható ki. Szövettani vizsgálat nem történt; gyógyulás.

Ez a három eset típusos bőrdiphtheria. A fertőzés módjára nézve Schuch² is azt vallja, hogy minden primaer bőrdiphtheria inoculatio diphtheria, a mely intertriginosus eczemák, bőrpedések, vakarási sebek és más kisebb bőrlaesiók nyomán támad; a fertőzőeset tehát körülbelül olyan, mint az ekthymánál (Neisser), vagyis azokon a helyeken fordul elő a fertőzés, a hol a bőr macerálva van és a bacillus könnyebben megtapadhat; ezért találjuk leggyakrabban gyermekeken, a hol a bőr gyenge, és első sorban a genitocruralis és analis tájon.

Minthogy mindhárom esetben hiányzott a nyálkahártyadiphtheria, Schuch² hangsúlyozza, hogy annak jelenléte nem okvetlenül szükséges a bőrdiphtheria keletkezéséhez. A fekélyek klinikai nyilvánulására nézve Schuch² leírása megegyezik Adler-ével. Különös fontosságot helyez ő is a fekély alapját fedő szürkésfehér, erősen tapadó diphtheriás lepedékre, mely már magában felkelti a diphtheria gyanúját. Foetor alig van, vagy

teljesen hiányzik. Eseteiben súlyos általános tünetek nem voltak, hőemelkedések is alig, és így a serum gyógyító hatása nem is volt kimutatható (mindhárom esetben serumtherapia alkalmaztatott), mert a gyógyulás esetleg serum nélkül is simán ment volna.

Schucht IV. esetében a bördiphtheria az ekthyma infantile képe alatt folyt le. Gümőkóros családból származó 3 éves fiúcskán, a ki közvetlen azelőtt phlyctenák, bronchitis és otitis media miatt poliklinikai gyógykezelés alatt állott, 6 hét előtt bőrelváltozások támadtak, a melyek először hályagesákból állottak, csakhamar azonban fekélyekké alakultak át, különösen az alhason és a genitális tájon; a fekélyek alapja szürkessárga lepedékkel volt borítva. Az egyik fekély váladékában górcsővel valamint oltással diphtheriabacillusok és staphylococcusok voltak kimutathatók; 1000 I. E. serum befecskendezése után 3 nappal már csak staphylococcusok nőttek a vérsavón; további 3 nap múlva azonban a beteg meghalt. A bonczélet gümös agyhártyalobot és miliáris általános tuberculosist mutatott ki. Minthogy állatkísérlet nem történt és diphtheriabacillusok csak az egyik fekélyben és ott is csak egy ízben voltak kimutathatók, ennek az esetnek Schucht nem tulajdonít nagy bizonyító erőt.

Az V. eset 31 éves férfira vonatkozik, a kin a penis háti területén phagadeniás jellegű ulcus támadt, a mely csakhamar egészen a mons venerisre is áttért. Górcső alatt diphtheriabacillusok, a tenyésztés azonban nem sikerült; állatkísérlet nem történt. Később azután a spirochaeta pallidát is ki lehetett mutatni, úgy hogy a syphilis diagnózis bizonyos lett. Minthogy a fekély kezdetben teljesen egy ulcus phagadenicum benyomását tette és minthogy a diphtheriabacillusok aetiológiai jelentősége ez esetben legalább is valószínű (?), Schucht azt ajánlja, hogy hasonló esetekben a Matzenauer és Róna által leírt spirillumokon és fusiformis bacillusokon kívül diphtheriabacillusok után is kutassunk.

* * *

Mint a felhozott irodalmi adatokból látható, a bőr diphtheriás megbetegedései sokkal fontosabbak és gyakoribbak, mint azt eddig hittük. A bördiphtheriával, mint a diphtheriának egy új megjelenési alakjával, már csak a diphtheriának prophylaxisa szempontjából is sokkal behatóbban kell foglalkoznunk, mint a hogyan eddig tettük, tekintve attól, hogy a betegre magára nézve is ép oly veszélyes következményekkel járhat, mint a nyálkahártyadiphtheria; a klinikai oktatásban kellőképen méltatandó lesz ezentúl a bördiphtheria is és mindenképp kívánatos, hogy gyakorló orvosaink figyelmét is felhívjuk a diphtheriának eme szokatlan és eddig figyelemre alig méltatott megjelenési alakjára.

Ilyen körülmények között nemcsak felesleges munkát nem vélek végezni, hanem egyenesen kötelességemnek tartom, hogy a bördiphtheriának klinikámon az utolsó időben észlelt egy esetéről, a melyet nemcsak klinice és bakteriologice vizsgáltam, hanem szövettanilag is feldolgoztam, és a mely bonczolásra is került, részletesen beszámoljak, annál is inkább, mert ezzel gyakorlóorvos kartársaim egy részének is jó szolgálatot vélek tehetni.

* * *

(Folytatása következik.)

Közlés a kolozsvári m. kir. Ferencz-József tudományegyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr. egyetemi nyilv. r. tanár.)

Pangásos vérbőséggel kezelt sebészi gümös bántalmakra vonatkozó kórszövettani vizsgálatok.

Irta: **Félegyházi Ernő** dr. másodorvos.

A mióta Bier: „Hyperämie als Heilmittel“ című munkájában új gyógymódjának az alapját megvetette, számos közlemény jelent meg, mely az ő tanai mellett foglalt állást, bár akadtak a módszernek ellenzői is. Ezen közlemények áttekintésekor feltűnik, hogy túlnyomó részük pangásos vérbőséggel kezelt heveny gyulladásokkal foglalkozik, míg ugyanezen módszerrel kezelt sebészi gümös bántalmakról az évek során át csak néhány dolgozat jelent meg. Ennek okát egyfelől abban kereshetjük, hogy a gümös betegségek gyógyulása általában hosszú időt vesz igénybe s így elfogulatlan ítéletet a szóban forgó gyógymódról csak évek során át szerzett tapasztalatok alapján lehet alkotni, de másfelől az a bizalmatlanság is hozzájárulhatott ehhez, melylyel a bűvárok annyi balsiker és kiábrándulás után a tuberculosos gyógyításával szemben viselkedtek, úgy hogy csak a heveny lóbfolyamatokban elért sikerek

terelték újra a figyelmet a gümös bántalmak hasonló módon kezelésére.

Bár a pangásos vérbőség hatását a legkülönbözőbb módokon igyekeztek magyarázni, mégis a kérdés a mai napig sincs teljesen megoldva. Jelen dolgozatnak nem célja a heveny lóbfolyamatokkal is foglalkozni, mivel ezek egészen más megítélés alá esnek, mint az idült bántalmak. Az irodalomból csak azokat a szövettani vizsgálatokat említem, melyek a pangásos vérbőséggel gümös szövetekre gyakorolt hatásáról szólnak, a többi dolgozatot végén annyiban érintem, a mennyiben e módszer hatásának megértéséhez szükség van rájuk. Dolgozatomban különös figyelemmel voltam Hofmann-ra¹ a ki a Bier-klinikán főleg azzal a kérdéssel foglalkozott, hogy a szívókezelés hatására milyen elváltozások jelentkeznek a fungosus-fistulák területének sarjszövetében.

Hofmann fungosus lymphomák és esontsipolyok túlszárjadzásait vizsgálta az első szívás előtt és után, valamint a hosszabb időn át folytatott szívókezelés után. Az első szívás előtt azt találta, hogy a kocsonyás sarjszövet szűk hajszálereit leukocyták töltik ki, a szövetszövetek is sűrűn vannak beszűrődve leukocytákkal. $\frac{3}{4}$ órás szívás után (5 percig tartott egy-egy szívás 3 percnyi szünetekkel) a véreket kitágultak, a leukocyták eltűntek belőlük vagy csak 1—2 leukocyta látható az érfa mentén; a szövetszövetek szintén tágak, savósan átvodattak, innen is csaknem minden leukocyta eltűnt. A vérekből alkalmasint a véráram sodorta tova, a szövetszövetekből pedig kiszivattak. Ezt bizonyítja, hogy a kiszívott savó nagyrészt leukocytákból állott, de talált benne lymphocytákat, vörsvérsejteket és nagy mennyiségű bakteriumot is. A fehérvérsejteknek a szövetszövetekből kijutását bormetszeten is demonstrálta, a melyen látható, hogy a leukocyták a szívás hatására az epidermis legfelső rétegébe vonultak, míg mélyebb rétege tőlük teljesen mentes. A hosszabb időn át szívókezelésnek kitett sarjokban pedig azt találta, hogy jó gyógyhajlam mellett 3—4 hét után az érfa kötőszöveti elemei erősödnek, az egyrétegű endothel többrétegűvé válik és számos érsarjnak jelentkezése is arra mutat, hogy a szívás a sarjadásra jótékony hatást gyakorol. A gyógyulás a fistula mélyéből indul ki, hol az orsóalakú kötőszöveti sejtek legelőször jelentkeznek.

A szívási hyperaemiának hatásmódját tehát, Hofmann szerint, a vérértágulás, kapcsolatban megközelítőleg normális vérösszetétellel, valamint a szöveteknek a kimosása világítja meg. A gyógyulás szempontjából fontos, hogy, bár rövid időre, a beteg szövet kellő vérellátásban részesül, bő nedvátáramlással összekötve, a mely a káros elemek eltűnését elősegíti.

Bier könyvében² említve van, hogy Klapp egy nyaklymphomás férfinak lymphomáját 5 héten keresztül szívókezelésnek vetette alá; később kiirtotta a megmaradt esomót, a műtét alkalmával azonban csak ujnyi vastag tömött hegyszövetet talált, a mirigyből pedig semmit sem. A heg szövettani megvizsgálásakor Klapp azt találta, hogy az élénken burjánzó kötőszöveti rostok közt számos gümö van kötőszöveti elváltozásban, a mit ő gyógyulási folyamatnak tart. Általában az egész gümös sarjszövet kevésbé sejtűs, mind rendszeren lenni szokott, a mit a sarjszövetben a kötőszövetnek erős újraképződése okozott. Az apróbb véresek erősen ki vannak tágulva, néhol vérzés van, a nagyobb véresek intimája sarjadást tüntet fel megszüklült lumennel, ezt is mint gyógyulási folyamatot fogja fel. A bőrnek fistulája kötőszövetesen indurált gümös sarjszövetnek a képét mutatja. Nekrosist a készítményben csak helyenként talált.

Emberi gümös anyagra vonatkozó más szövettani közlemény tudomásom szerint nem jelent meg. Kiteszik ezekből, hogy pangásos vérbőséggel kezelt gümös bántalmaknál a kérdés még nincs elegendőleg tanulmányozva.

Makara tanár megbízásából és szíves útbaigazítása szerint másfél éve foglalkozom a szívó- és stranguláló kezelésnek a gümös szövetekre gyakorolt hatásának szövettani vizsgálatával. Szövettani vizsgálatra részint gümös esontsipolyok és nyaki lymphomák túlszárjadzásait, részint hosszabb ideig tartó pangásos kezelés után a fistulák mélyéből kikanalizott gümös sarjakat használtam fel. Szívás előtt és után a sarjból kimetszett darabot 4%-os formalinban és

¹ Münchener med. Wochenschrift. 1905. 39. sz.

² „Hyperämie als Heilmittel.“ IV. kiadás. 287—288. oldal.

alkoholban rögzítettem, majd celloidinba ágyaztam be *Apáthy* szerint. A 5—8 μ -os metszeteket *haematoxylin-eosinnal* és *van Gieson* szerint festettem meg, míg a vékonyabb, 4—5 μ -osokban gümöbaccilusok után kutattam. Ezenkívül megvizsgáltam néhány esetben a kiszívott szövethedvet véralakelemekre és bakteriumokra is. Eseteimet csoportosítva az alábbiakban ismertetem.

I. A szívókezelés hatása.

(5 percig tartott egy-egy szívás 3 percznyi szünetekkel.)

1. $1\frac{1}{4}$ órai szívás előtt és után, 19 éves nő *caries manus* fistulájának széleiről kimetszett gümös sarjak.

a) A szívás előtt kimetszett anyag gümös sarjszövetnek a képét mutatja kis sipolyjáratokkal. A hajszálerek szűkek, a szövetközök főleg lymphocytákkal vannak sűrűn beszűrődve, a polynuclearis leukocyták száma igen kevés. A lobosodás igen kismértékű, a gümöbaccilusok okozta gyulladás képének megfelelő.

b) A kezelés után a szívóhatás jelei már mutatkoznak. A sipolyjárat mellett tág hajszálerek láthatók, egyrétegű endothellel bélelve. A hajszálerek körül a szövetközök kissé vízenyősen kiszélesedtek s a leukocytáknak megritkulása tűnik szembe. A vörösvérsejtek mennyisége a vérerekben alig különbözik a rendes lelettől, míg a vérerekben kívül a savós alvadékban a szívás erősségének megfelelő, elég kiterjedt vérezések vannak. Néhol a metszetben gümők is találhatók óriássejtekkel. A gümös sarj felületén finom hálózatos fibrin terül szét. A lobosodás itt is kismértékű.

2. $1\frac{1}{2}$ órai szívás előtt és után, 38 éves nő kifehélyesedett nyaki lymphoma-jának széleiről kimetszett gümös sarjak.

a) A szívás előtt kimetszett sarjszövet harmadrésze elcsontosodott, széli részein kifejezett karyorrhexissel, a metszet többi részében epitheloid sejtcsoportok vannak óriássejtekkel. Polynuclearis leukocyták a gümők között csak néhány kisebb hajszálérben láthatók, melyeknek falában, sőt azon kívül is kivándorolva megtalálhatók. Egybeült a szövethézagokat sűrűn lymphocyták töltik ki.

b) A szívás után a szöveti kép nem sokban változott. A metszet egy része itt is elcsontosodott, míg másik része elég nagyfokú gümösödést mutat. A gümők közt elvéve tág hajszálerek vörösvérsejtekkel és polynuclearis leukocytákkal telve, helyenként vézés; a szövetközöknek erősebb savós átívódása vagy a leukocyták megritkulása azonban sehol sem észlelhető.

Ebben az esetben nem sikerült olyan keringészavart előidézni, mint a melyet fél órai szívás után ép sarjszövetben várni lehetne. Ennek az oka úgy látszik az, hogy a metszet egy része elcsontosodott, másik része pedig gümők nagyobb halmazából áll, a melyekben tudjuk, hogy vérerek nincsenek. A gümők között hajszálerek is kisebb számmal találhatók, mint más, kevesebb gümőt tartalmazó szövetben.

3. $3\frac{1}{4}$ órai szívás előtt és után, 6 éves fiú *caries cubiti* fistulájának széleiről kimetszett sarjak.

a) A szívás előtt kimetszett, hajszálerekben dúsz sarjszövetben gümös elváltozások nem találhatók. A vérerek vörösvérsejtekkel és polynuclearis leukocytákkal vannak kitöltve. Egy-egy hajszálérben oly sok polynuclearis leukocytá van, hogy az ürét teljesen kitöltik, néhol az érfalat is ellepik s a szövetközökbe kivándorolva is megtalálhatók. Egyébként a szövetközök lymphocytákkal sűrűn be vannak szűrődve.

b) A szívás után az előbbi kép annyiban változott, hogy a hajszálerek kitágultak, vörösvérsejtekkel teltek, leukocytákat alig látni bennük. A szövetközök kiszélesedtek, savósan átívódottak, a leukocyták száma megritkult. A polynuclearis leukocyták néhol nagyobb csoportokban találhatók, valóságos kis tályogokat alkotnak, helyenként nekrosissal a nyomaival, a mit a gyengébb megfestődés és karyorrhexis árul el. A vérerek körül kiterjedt vérezések.

4. 1 órai szívás előtt és után, $4\frac{1}{2}$ éves fiú *caries cubiti* fistulájának széleiről kimetszett sarjak.

a) A szívás előtt kimetszett, nagyrészt hámmal bevont sarjszövetben gümös elváltozások nincsenek. A vérerekben, néhol a fal mentén, vagy a falban sűrűn egymás mellett többmagvú fehérvérsejtek, melyek a szövetközökbe kivándorolva is megtalálhatók. Egyébként a szövetközöket sűrűn lymphocyták töltik ki.

b) A szívás után igen kifejezett a capillarisk táguatlaga és teltsége. Némelyik hajszálér csaknem teljesen a vörösvérsejtek

töltik ki, leukocytákat alig látni, míg másokban, főleg az érfal mentén vagy az érfalban, többmagvú fehérvérsejtek ismerhetők fel, a melyek a szövetközökbe kivándorolva is elég sűrűn találhatók. A leukocyták közt sok az eosinophil szemcséjű is. A kitágult vérerek körül a szövetközök kiszélesedtek és oedemásan át vannak ivódva, a leukocyták száma is nagyon megritkult. Néhol kisebb vérezések és finom hálózatos fibrin.

A 3. számú eset is, de különösen a 4. kifejezett példája a jól sikerült szívókezelésnek, a melyre jellemző a vérerek kitágulása és a leukocyták eltűnése, illetve megritkulása a hajszálerekben és a szövetközökben. A szövetközök tágak, savós alvadékkal kitöltöttek. A vérerekből a polynuclearis leukocyták kivándorlása igen nagyfokú.

5. Egy hónapi szívókezelés után (szívás naponta háromszor 5 percig, 3 percz szünetekkel), $4\frac{1}{2}$ éves fiú jobb lábán levő babnyi, teljesen behámosodott túlsarjadzából (*caries pedis*). A kimetszett gümös sarjat vastag hámréteg borítja, mely az egyik szélén befordulva, a felülettel párhányosan halad. A két hámréteg között számottevő gömbsejtes beszűrődés nincs, míg ott, a hol az alsó benyomuló hám végződik, sűrű lymphocytabezűrődés van. A lymphocyták itt a *Malpighi*-rétegbe is benyomulnak, a legfeljebb hámrétegig azonban nem jutnak el. Az alsó hám szarurétege lefelé egy nagyobb nyílás felé tekint, melytől lefelé a sarjszövetben igen sok az egyrétegű endothellel bélelt tág hajszálér vörösvérsejtekkel telve, de találunk köztük olyanokat is, melyeknek falában polynuclearis leukocyták vannak kivándorlóféiben. A hajszálerek körül kiterjedt vérezések és sárgásbarna festék. A szövetközök tágak, savósan átívódottak, különösen a metszet mélyebb részeiben, a hol a leukocyták száma is megritkult. Néhol a leukocyták nagyobb csoportokba verődtek össze, a genyisejtek magvain kifejezett karyorrhexis. A metszetben néhány óriássejtű és lymphocytavartól körülvett gümö. Egy-egy gümőt vékony kötőszöveti réteg határol el vagy már szervülőféiben van, míg más gümőkben polynuclearis leukocytacsoportok láthatók. A metszet mélyebb részeiből kiindulólág a hajszálereket vastag kötőszöveti nyalábok fonják körül, a melyeken indirect magoszlási alakok mutathatók ki. Néhol a kötőszöveti rostok között is van vézés. A hajszálerek endothelbélése duzzadt, a többmagvú fehérvérsejtek között elég sok az eosinophil szemcséjű is.

II. A szívó- és stranguláló-kezelés együttes hatása.

(Szívás naponta 3×5 percig, pólyázás délelőtt és délután 1 óra hosszat.)

1. $1\frac{1}{2}$ hónapi pangásos kezelés után 24 éves nőből a jobb lábán és a bal láb mediális bokája mellett levő gümös csontsipoly kimetszése a környező lágyrészekkel együtt. A szívóharagnak megfelelő területen mindkét sipolyjárat környéke megkeményedett, már szabad szemmel igen feltűnő fehéres tömött hegyszöveté változott, mely körülbelül 1 cm.-nyire követhető a mélybe, lefelé mind puhább, vörhenyes színű fungosus szövetnek adva helyet.

A *van Gieson* szerint festett metszeteken, melyek a sipolyjárat közepén vannak találva, már szabad szemmel feltűnik, hogy a kötőszövet a sipolyjárat és a hám által bezárt szög között rostosodik szét. Kis nagyítással a sipolyjárat mentén a vérerek falában, valamint azok körül is igen kiterjedt laza kötőszöveti hálózat terül szét, míg a metszet mélyebb részeiben a sipolyjáratától távolabb vaskosabb kötőszöveti nyalábok haladnak. *Weigert*-féle resorcin-fuchsin-festéssel ruganyos rostok nem mutathatók ki. A sipolyjárat fala genyisejtekkel sűrűn megrakott, közvetlen a sipolylyílás két szélén a leukocyták az epidermisbe is benyomultak. Az epidermis kissé fellazult, néhol vastag szaruréteg borítja, a sipolylyílástól távolabb eső hám a leukocyták behatolása nem észlelhető. Az írhában kiterjedt vérezések és fragmentált magvú leukocytacsoportok. A metszet mélyebb részeiben a sipolyjárat mellett számos vastagfalú hajszálér tűnik fel, melyeknek endothelrétege duzzadt, néhol 2—3 rétegű, úgy hogy a lument csaknem teljesen kitöltik. A hajszálerekben erősebb nagyítással kevés vörösvérsejt és többmagvú fehérvérsejt ismerhető fel, melyek az erek falát is ellepik s kivándorolva a szövetközökben is megtalálhatók. A leukocytáknak kivándorlása igen feltűnő, a szövetközöket sűrűn ellepik, míg másutt a hajszálerek körül sűrű lymphocytabezűrődés vagy plasma-sejtcsoportok találhatók. Gümők a metszetben elég nagy számmal vannak, némelyiknek a közepén szétesett fibrin van, míg másokban

polynuclearis leukocyták csoportosultak. Egy-egy gümő közepén valóságos kis tályogok képződtek, melyek körül laza epitheloid sejtek és óriássejtek ismerhetők fel, az egész gümőt pedig vékony kötőszöveti tok veszi körül. Némelyik gümőben kezdődő szervülésnek a jelei mutatkoznak, a kötőszöveti burokból a gümő belsejébe orsóalakú kötőszöveti sejtek haladnak.

2. 4 hónapi pangásos kezelés után, 10 éves fiú *labcaries* fistulájának széléről kimetszett gümős sarj. A metszet széli részét egy helyen ép hám borítja vastag, repedezett szaruréteggel. A hám hosszú csapok alakjában mélyen benyúlik és szabálytalan másodlagos nyúlványokban végződik. A metszet ezen a helyen idült sarjadzásos szövetnek a képét mutatja sűrű lymphocytábeszűrődéssel és kötőszöveti elváltozásban levő kevés óriássejtű gümővel. A metszet egy másik részét szintén hám borítja, a melyben feltűnő, hogy a leukocyták az epidermis felületesebb rétegeibe vonultak és ott hosszanti sorokban helyeződtek el. Ezen hámréteg alatt tág hajszálerek láthatók vörösvérsejtekkel és polynuclearis leukocytákkal telve. A többmagvú fehérvérsejtek főleg az érfal mentén, de az érfalban is amoeboid mozgásban rögzítve, úgyszintén a vérereken kívül a savósan átvándorolt tág kötőszöveti hézagokban is megtalálhatók, kiterjedt vérzésekkel és sárgásbarna pigmentációval. A sarjszövet mélyebb részeiből a felület felé kötőszöveti nyalábok húzódnak, melyeken immersiós lencsével kevés mitosis (sűrű gomoly- vagy diasterszakban) is kimutatható. A kötőszövet helyenként a vérerek körül hálózatos elrendeződésben van, mintha a falukból indulna ki, vagy a hámlecek között hosszú vékony nyalábokban foglal helyet. Néhol a gümők között számos vastagfalú hajszálér van, duzzadt endothelbéléssel. Az endothel 2—4 rétegű, világos, kerek vagy hosszú ovális magvakkal és igen szép mitosisokkal. Egy körülírt góczban, a melynek közepén fragmentált magvú leukocyták vannak, köröskörül sugárirányban fibroblastok haladnak a genysejtek felé.

3. 5 hónapi pangásos kezelés után, az előbbi esetből a fistula széléről kimetszett gümős sarj. A kimetszett darab a mikroszkopi vizsgálat alkalmával általában az idült, már sclerotizáló félben levő gümős sarjszövetnek a képét mutatja, melynek egyik felületét epidermis borítja, vastag szaruréteggel. A metszeten nagyon feltűnő a kötőszövetszaporodás. Némelyik gümő kötőszöveti elváltozásban van, számos gümőt vékony kötőszöveti réteg határol el. Egy gümőben különösen feltűnő, hogy a közepén levő két óriássejt felé a gümőt körülvevő kötőszöveti burokból orsóalakú kötőszöveti sejtek nyúlnak be, épen úgy, miként egy szervülő thrombusban. Más, szintén elhatárolódott gümőben polynuclearis leukocytacsoport, valóságos kis tályog foglal helyet. A gümők között számos vastagfalú hajszálér, duzzadt, néhol 2—3 rétegű endothelréteggel. Néhol kiterjedt vérzések és sárgásbarna festék. A kötőszöveti sejtek a mélyebb részek felől az epidermis felé húzóva, az egész gümős sarjat mintegy átszövik, néhol vastagabb nyalábokká szedődnek össze és egész gümőcsoportokat (8—10 gümőt) határolnak el. A kötőszöveti sejtnyalábokon igen szép indirect magoszlási alakok mutathatók ki.

4. Hét hónapi pangásos kezelés után, ugyancsak az előbbi esetből a sipoly széléről a bőrrel együtt kimetszett gümős sarj. A metszet egy részét ép epidermis borítja, mely alatt széles kötőszöveti hálózat terül szét. A kötőszövet megszorodása általában az egész metszeten igen szembeeső. Számos gümőt vékony kötőszöveti réteg határol el, némelyik gümő szervülőfélben van, vagy már teljesen kötőszövetesen obliterálódott. Egyes gümőkben polynuclearis leukocytacsoportok vannak, a leukocyták néhol az óriássejtekbe is behatoltak. Ezenkívül feltűnő, hogy egyes gümők között számos vastag falú hajszálér van lymphocytákkal sűrűn körülvéve. Erősebb nagyítással ezen vérerek endothelrétege duzzadt. Egy helyen gümőktől mentes sarjszövet tűnik szembe tág hajszálerekkel, a melyek vörösvérsejtekkel vannak telve, körülöttük a szövetközök tágak, savós alvadékkal és fibrinnel kitöltöttek. A leukocyták száma megritkult, a vérerek közül főleg plasmasejt-csoportok láthatók. Néhol kiterjedt vérzés és sárgás-barna festék. A bőr alatti zsírszöveten különösebb eltérés nincs.

III. A stranguláló kezelés hatása.

(Pólyázás délelőtt és délután 1 óra hosszat.)

1. 2 $\frac{1}{2}$ hónapi stranguláló kezelés után, 8 éves fiú *caries pedis* csontsípolyának mélyéből kikanalizott gümős sarj. A metszet-

ben általában igen sok a lymphocytaudvartól körülvevő epitheloid sejtesoport, igen szép óriássejtekkel. Némelyik gümő közepén szét-esett fibrin lymphocytákkal és polynuclearis leukocytákkal. A leukocyták néhol egy-egy óriássejtet is körülvesznek s úgy látszik mintha abba helyenként be is hatolnának. Egyes gümők között feltűnő sok hajszálér látható lymphocytáktól sűrűn körülvéve. A hajszálerek endothelrejtége duzzadt, 2—3 rétegű, úgy hogy a lument sok helyt csaknem teljesen kitöltik, bennük legfeljebb 1—2 vörösvérsejt vagy leukocytá foglal helyet. Az endothel-sejtekben immersióval néhol igen szép mitosisok találhatók. A metszet széli részein a kissé vizenyösen átvándorolt interstitiumban polynuclearis leukocyták elég nagy számmal vannak. Egyes gümők vékony kötőszöveti tokkal határolódtak el. A metszet egyik részében a hajszálerek szomszédságában kötőszöveti sejtnyalábok ismerhetők fel.

2. 15 hónapi pangásos kezelés után, 10 éves fiú *caries pedis* csontsípolyának a mélyéből excochleált sarjszövet (abs. alkoholban rögzítve). Gümők a metszetben elég nagy számmal találhatók. A gümőket kötőszöveti réteg határolja el, a melyből egyes gümők belsejébe orsóalakú kötőszöveti sejtek nyomulnak, míg mások teljesen kötőszövettel vannak eltömülve. A kötőszövetesen elváltozott gümőkben, ha vannak is óriássejtek, ezek abba mintegy el vannak temetve. Más gümőkben polynuclearis leukocytacsoportok, vannak, a leukocyták néhol egy-egy óriássejtbe is benyomultak. Némelyik gümőben a genysejtek oly sűrűn vannak, hogy valóságos kis tályogot alkotnak, a tályog szélén 1—2 óriássejt és laza epitheloid sejtesoport ismerhető fel s az egész gümőt kívül kötőszöveti burok veszi körül. Egy ilyen tályog körül szépen látható, hogy sugárirányban fibroblastok haladnak a genysejtek felé. A gümők körül számos vastagfalú hajszálér, duzzadt endothelbéléssel. Úgy a hajszálerekben, mint falukban sok polynuclearis leukocytá látható élénk kivándorlásban rögzítve. A hajszálerek körül helyenként sűrű lymphocytá-halmaz és kivándorolt többmagvú fehérvérsejtek, míg másutt a szövetközöket sűrű polynuclearis leukocyták lepik el. Kötőszöveti sejtnyalábok néhol a gümőkön kívül a vérerek szomszédságában is felismerhetők igen szép mitosisokkal. Egy helyen hyalin poréz látható kezdődő elmeszesedéssel, a poréz mellett egy nagyobb óriássejtesoporttal, a sejtek szélén koszorúalakban elrendeződött magvakkal.

Ezen alkoholban rögzített, 4—5 μ -os metszetekből gümő-bacillusokra is festettem, de 8—10 készítményben, a melyek 12 óra hosszat állottak Ziehl-féle carbolos fuchsinban 37^o-os thermostatban, a legondosabb átvizsgálás után mindössze csak 3—4 saválló pálcikát sikerült kimutatni a szövetközökben, a gümőkben és óriássejtekben saválló baktériumokat nem találtam.

* * *

(Vége következik.)

Közlés a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bőrkórtani intézetéből. (Vezető tanár: Nékám Lajos dr., egyetemi rk. tanár.)

A szájiüreg nyálkahártyájának leukoplakiája.

(Klinikai és pathologiai tanulmány.)

Irta: *Guszmán József* dr., v. egyetemi tanársegéd.

(Vége.)

A leukoplakiás bántalom folyamán elég gyakran akadunk szövődményekre. A míg a leukoplakia ezen szövődmények nélkül fennáll, addig a beteg különösebb panaszokat nem nyilvánít, sőt bajának még előrehaladott állapotában sem keresi fel mindig az orvost. Csak intelligensebb vagy érzékenyebb betegek teszik azt. A buccális és ajkabeli nyálkahártya leukoplakiája aránylag még igen erősen kifejezett esetben sem okoz jelentékenyebb panaszokat. Kivételt csak a nyelven találunk, mert ha azt a leukoplakiás folyamat páncélszerűen bevonja, kivétel nélkül kellemetlen érzések támadnak. A nyelv ilyenkor elveszti mozgékonyosságát, merevvé, szárazzá válik. Úgy látszik, hogy azonfelül ízérzési zavarok is jelentkeznek. Ily előhaladott szakban a leukoplakiához gyakran járulnak complicatiók. Főleg a nyelven és az alsó ajkon. Az előbbi szerv-

különösen rhagasok — berepedések —, az utóbbin inkább erosiók. A nyelven azonban a rhagasokhoz gyakran erosiók is csatlakoznak. A pofa nyálkahártyáját e két szövödmény igen ritkán éri, jöllehet ott a leukoplakiás folyamat gyakran óriási méreteket ölt. A berepedések és erosiók igen kellemetlen tünetekre vezetnek, a melyek közül kimagaslik a fájdalom. Fájdalmat okoz a hideg, meleg étel vagy ital, fájdalmat okoz továbbá minden olyan táplálék, mely erősen sós, fűszerezett, savanyú, vagy olyan ital, mely erős szesztartalmú, illetőleg bőségesebb szénsavat tartalmaz. Ugyanolyan kellemetlenséget okoz még a dohányzás is. Sajátságos, hogy a betegek idővel csaknem minden izgató ételről, italtól lemondanak, de a dohányzást még hosszú időn át folytatják. A betegségnek így szakában sokszor már nemcsak a táplálkozás és dohányzás jár fájdalommal, hanem a beszéd, sőt nyelés is. A betegek e stadiumban hamarosan kényszerítettnek, hogy orvoshoz forduljanak, és bizonyos, hogy helyes kezeléssel, főleg pedig tanácsadással még sok javulást szerezhetünk, sőt a complicatiók gyógyulását is elérhetjük. A fájdalom kívül néha erős csipést, égetést, sőt viszkető érzést éreznek a betegek, de ezek a tünetek gyakorlatilag igen alárendelt szerepűek.

E most említett két szövödmény — tehát a berepedések és az erosiók — gyógyítása nem jár egyforma gyors eredménnyel. Általában azt találtuk, hogy az erosiók (akár a nyelven, akár az ajkon) ceteris paribus észszerű beavatkozásra jobban javulnak, mint a berepedések. Ez könnyen érthető is. Az erosiók u. i. csaknem kivétel nélkül külső ingerek nyomán támadnak, melyeket ha kirekesztünk vagy csökkentünk, a leukoplakia behámosodása hamar szokott bekövetkezni. Másként áll ez a rhagasok esetén. Szokott helyük, a nyelv, minden mozgása, tehát élettani működése létrehozhatja és fokozhatja a repedéseket. A vaskos, elszarusodott hámburkolat ugyanis nem követheti a rugalmassággal a nyelv izmainak mozgásait, mint a hogy az kívánatos volna. A kötőszövetnek beszűrődése még csak fokozza a rugalmasságnak ezt a hiányát. Körülbelül azokat a viszonyokat találjuk tehát itt, mint az újjaknak, kézfajknak és tenyérnek hyperkeratosissal járó ezeimában, a hol erősebb mozgások alkalmával a bőr állandóan berepedezik.

További, sajnos nem ritka complicatioja a leukoplakiának a carcinoma. Ez az a Damokles-kard, mely minden előrehaladottabb leukoplakiás egyént fenyeget. Főleg a nyelv és az alsó ajak leukoplakiájának szövödménye ez. Szerencsére csaknem kivétel nélkül igen előrehaladott, éveken, sőt évtizedeken át terjedő leukoplakiák kapesán keletkezik. A carcinoma mint szövödmény nem társul mindig a leukoplakiának egyéb complicatióihoz (rhagasok, erosiók), de úgy látszik, hogy az esetek nagyobb számában ezek a szövödmények már kinozták a beteget, mielőtt még a carcinomás elfajulás megindult. Beteganyagunkban voltak esetek (az egyik műtetre került és góresövi vizsgálat tárgya volt, l. a 3. ábrát), a hol sem rhagasok, sem erosiók nem mutatkoztak s a gyorsan kifejlődő carcinoma mégis létrejött. Egy azonban bizonyos: hogy a leukoplakia ezen carcinomás esetekben kivétel nélkül már éveken, sőt évtizedeken át fennállott és terjedt.

Felmerülhet ezek után az a kérdés, hogy a száj nyálkahártyája leukoplakiájának gyakori szövödménye-e a carcinomás elfajulás. Az irodalmi adatok e tekintetben nagyon eltérők s ez véleményünk szerint nem is lehet másként. Az orvos ugyanis ritkán jut abba a helyzetbe, hogy a beteget a leukoplakia kezdetétől a carcinoma kifejlődéséig észlelhessen. A beteganyag a múlt évek folyamán nagyon is megoszlik a dermatologusok, stomatologusok és sebészek között. Legtöbb felvilágosítást adhatnának erre vonatkozólag a sebészettel foglalkozó orvosok, a kikhez a carcinomás betegek idővel szükségszerűen leginkább kerülnek. Ha minden szájszervi carcinoma esetén esetlegesen jelenlevő leukoplakiára és gondos anamnesisre vizsgálnák a beteget, valószínűleg sok világosság hárulna a kérdésre. A leukoplakia és a szájüri carcinomák között fenforgó bizonyos összefüggést legutóbb Steiner¹ is hangsúlyozta.

Azon szerzők, a kik nagy tapasztalásra tettek szert és a leukoplakiás egyének carcinomás sánczeit behatóan vizsgálták, igen sötét eredményre jutottak. Így a nagytapasztalású Joseph azt hiszi,

¹ Steiner P.: Adatok a szájüri rákok sebészeti gyógykezeléséhez. Orvosi Hetilap. 1908.

hogy Schöngarth-nak statistikája még aránylag jobbnak látszik a valóságnál, holott e szerző 277 leukoplakiás eset közül 61 izben talált carcinomát. Ez 22·02%-nak felel meg. A leukoplakiának carcinomába való átmenetét a francia szerzők is gyakran találták. Így Fournier 30%-ban, Perrin 29%-ban és Barthélemy 83 eset közül 8 izben (körülbelül 9½%-ban) találkozott ezzel az ominosus szövödménnyel. A lisaboni orvosi congressuson Neisser is nyilatkozott röviden a kérdésről. Ő a carcinomás elfajulást a leukoplakia folyamán ritkábban előforduló jelenségnek tartja.

Saját eseteinkben is csak kisebb arányban találoztunk a carcinomás szövödménnyel, de tudatában vagyunk annak, hogy a csekély előfordulási arányt csakis a külső viszonyok okozzák. Bőr- és bujakórtani rendeléseken aránylag nagy számban jelentkeznek ugyan a leukoplakiás betegek, később azonban, a midőn évek múltán carcinomás elváltozások támadnak, közvetlenül a sebészeti rendelésekre mennek vagy utasíttatnak. Valamennyi leukoplakiás betegünk közül (191) mindössze hét esetben akadunk carcinomára, a mi 3·6%-nak felel meg. Összehasonlítás czéljából felemlítjük Kopp-nak,¹ a legújabb szerzőnek adatait, a kinek bőrbeteg anyagában 29 szájüri leukoplakiás esete volt. A 29 eset közül 4 izben keletkezett carcinoma, mely szövödmény mind a négy esetben halálra vezetett. Igen tanulságos megfigyelést tett Nékám,² a ki 3 férfi testvért észlelt erősen kifejezett leukoplakiával. A testvérek közül a két idősebb carcinoma linguaet kapott, mely ismételt műtét ellenére megölte őket.

Sok vita tárgya volt az utolsó években, hogy a leukoplakia a carcinomától független megbetegedés-e és csakis alapul szolgál a rákos elfajulás számára, avagy egyenesen praecarcinomás folyamatnak, illetőleg a rák első szakának tartandó. Ez a kérdés nagyobb fontosságú, mint a milyennek talán az első pillanatra látszik. Mert ha csakugyan bebizonyolná, hogy a leukoplakia magában véve is már carcinomás állapot, nyomban szükségessé válnék, hogy a leukoplakiát műtét árán eltávolíttassuk. Főleg Dentu³ képviseli ezt a felfogást, a ki szerint a carcinoma a leukoplakiának nem szövödménye, hanem végső stadiuma. Hasonló véleményben van például Legrand is. A szerzők nagyobb része azonban nem fogadja el ezt a nézetet s mi sem tehetjük. Figyelembe kell vennünk, hogy e felfogásnak megerősítésére sem klinikai, sem pathologiai adatunk nincsen. A klinikai tapasztalás azt mutatja, hogy kellő magatartás mellett a leukoplakia éveken keresztül megállapodhat, sőt javulhat, a mi lehetetlen volna, ha a betegség már eleve carcinomás jellegű volna. Pathologiai-anatomiai szempontból meg éppen nem tudunk a praecarcinomás felvétel javára adatot találni. Mind a 9 szövettanilag átvizsgált és klinikailag tisztán leukoplakiának látszó esetünknek egyikében sem találoztunk oly jelenségekkel, melyek a carcinomának bármely korai szakát csak gyaníttatták volna is. Az atypusos hámburjánzásnak kisebb fokát is csak egyetlen egy esetünkben, a hypertrophiás leukoplakia esetében lehetett megállapítani.

Miután azon voltunk, hogy a leukoplakiának syphilitikus hátterét megvilágítsuk, illetőleg megállapítsuk, másrészt kitértünk a leukoplakiának carcinomás szövödményére, áttérhetünk ama föltétele fontos kérdésre, hogy miképen hozható egymással viszonyba a lues és a carcinomának bizonyos fajtája. E kérdésben ez alkalommal természetesen csakis a szájüreg nyálkahártyáján támadó carcinomákról nyilatkozhatunk. A választ reá legjobban a klinikai észlelés adja. Ha észlelhetünk lueses egyéneket, a kik az infectio után több évvel leukoplakiát kapnak, a mely évekkel később carcinoma keletkezésére vezet s ha tudjuk, hogy a syphilis előkészítheti a talajt a leukoplakia számára, ez pedig olykor rákos elfajulásba megy át, nyilvánvaló, hogy felvehetünk bizonyos összefüggést, mely a láncolat két szélső tagja, a lues és carcinoma között létezik. A szerzők némelyike (Fournier) már figyelmeztetett erre az összefüggésre, de a figyelem még távolról sincsen e kérdésre eléggé felhíva. Pedig vannak határozott adatok, melyek ezt az összefüggést megerősíteni látszanak. Így Poirier⁴ is tett említést a közel

¹ C. Kopp: Zur Frage d. Natur u. Behandlung d. Leukoplakie stb. Archiv f. Dermatol. 1907. 84. k. 1—3. f.

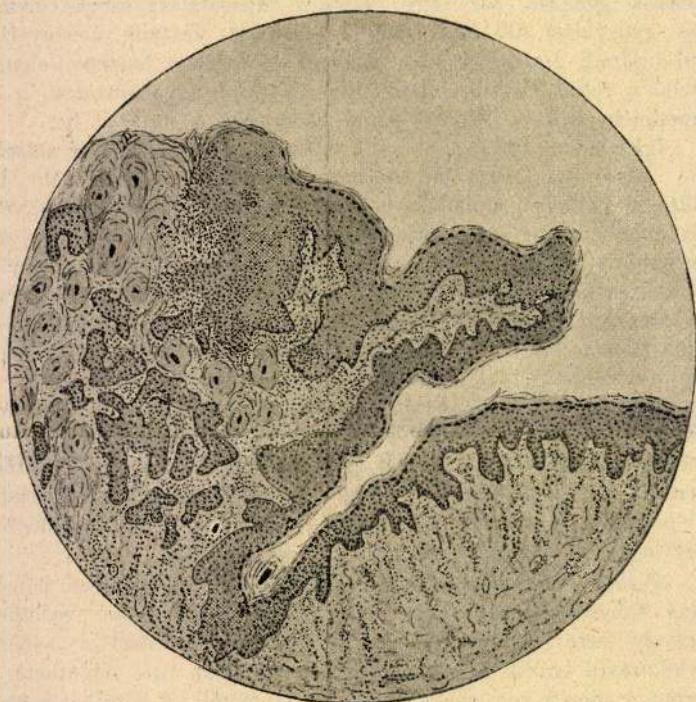
² Nékám: 1900-i párisi orvosi congressus (dermatologiai szakosztály).

³ La Dentu: La France médicale. 1896 október 30.

⁴ Poirier: Du cancer de la langue. Académie de médecine. Semaine médicale, 1906. 44. sz.

multban a párisi orvosi akadémiában 32 nyelv-rák-esetéről, melyek közül 27 esetben a betegek régebben luesben is szenvedtek. Ő tehát igen feltűnő összefüggést vélt találni a régi lues és a nyelv carcinomája között. Sajátságos, hogy Poirier a két betegség közötti összekötő kapcsolatot, a leukoplakiát világosan nem említi, noha kétségtelen, hogy az jelen volt. Pedig a hosszabb és pontos megfigyelés nagyobb anyagon nem ritkán feltárja a három betegségnek egész láncolatát egyugyanazon betegen. Aránylag nagy beteganyagunk áttanulmányozása több olyan tanulságos eset felismerésére vezetett, a melyben ez a teljes láncolat hiány nélkül mutatkozott. Ily tanulságos esetet, mely tehát a luestől a leukoplakián át rákra vezetett, összesen ötöt észleltünk. Szolgáljon példaképen a következő két esetünk.

R. K. 53 éves díjnok. Lueses infectio 1878-ban, utána általános tünetek, melyek ellen antilueses kúrát végzett, de nem kielégítő módon. Később gummái támadtak a két lábszáran, a melyeknek nyomai a klinikai rendelésen való jelentkezésekor — 1907-ben — tipusos hegek alakjában fennállottak. Állandóan, évtizedeken keresztül erős dohányos volt (az utóbbi években is még naponta 6—7 virginiaszivar). Jelentkezésekor a nyelvéen levő nagy daganatról panaszkodik. Ez a nyelv csúcsán és a nyelv háti részé-



3. ábra. A nyelv leukoplakiája carcinomával kombinálva. Baloldalt a rákos elfajulás, jobboldalt kis nagytámasban a leukoplakiás nyálkahártya.

nek elülső szakaszán helyezkedik el, hosszúkas, kisdíoni, erősen kiemelkedő, kocsanyszerűen az alaphoz rögzített és egyenetlen felszíni. A daganatnak legkiemelkedőbb centrális részén lencsenagyságú kifeléyesedés van. A daganatnak legközvetlenebb szomszédságában, valamint az alapja körül jellemző lemezszerű, száraz leukoplakiás góczok láthatók. Hasonló folyamat mindkét oldalt a buccális nyálkahártyán is észlelhető. A leukoplakia évek óta fejlődik, a daganat mintegy 1/2 év óta. *Diagnosis: előző lues, leukoplakia buccalis et lingualis és carcinoma linguae.* A beteget áthelyeztük Dollinger tanárnak I. sz. sebészeti klinikájára, a hol a rákos daganatot kiirtották. A kimetszett tumorból és annak leukoplakiás szomszédságából készített szövettani metszetek a diagnoszt megerősítették. (l. 3. ábra.)

A második példának felhozott tanulságos esetünk a következő:

Sz. L. 64 éves városi altiszt. Lueses infectiója 1868-ban volt, utána általános syphilitikus tünetei támadtak, a melyek ellenében kénesős injectiókkal és joddal kezelték. Állandóan erősen dohányzott (naponta körülbelül 8—10 virginiaszivar és 6 pipa). 1903 augusztus havában a klinikai rendelésünkön való megjelenésekor a jobb talpán vesealakú elrendeződésben tertiær papulák syphilitet találtunk. Ugyanakkor az alsó ajkán igen erős leukoplakiája is volt. Betegünk

1907 február havában ismét jelentkezett. Ekkor az ajkán levő leukoplakiáján kívül a jobb szájszög táján a leukoplakiával összefüggésben babnyi carcinomája is volt. A daganat központi részében fekélyesedni kezdett. *Diagnosis: Előző lues, leukoplakia, carcinoma.* A beteg minden beavatkozás alól kivonva magát távozott.

E most felhozott eseteink elég világosan demonstrálják a láncolat három tagjának egymással való összefüggését. Az eseteknek teljes világossága azonban ritkán bontakozik ki oly egyszerűen. Mert a mikor a lueses infectiótól a carcinoma kifejlődéséig legtöbbször 25—30, sőt még több esztendő telik el, az orvos nem is gondolhat erre a távoli összefüggésre. Oly két eset, mint a minőt példaképen kissé részleteztünk, a melyben a tipusos gummás lábszár-hegek, illetőleg a tertiær lueses papulák kiütés a régen történt syphilitikus infectiót kétségen kívül megerősíti, épen csak a véletlennek a játéka. Az összefüggést — melyet azonban a carcinomára nézve távolról sem akarunk általánosítani — tehát alapos kikérdezéssel és vizsgálattal kell keresnünk. Ezt részben minden leukoplakiás egyének lueses anamnesisére való kikérdezésével, részben a szájszervi carcinomákban szenvedő betegeknek esetleges leukoplakiájára való vizsgálattal kell eldönteni. Bizonyosnak tartjuk, hogy ily módon nem egyszer leszünk képesek a fent leírt összefüggést, hogy úgy mondjuk „triast” megállapítani. Ha ennek az eshetőségnek tudatában vagyunk, vagyis a luesnek a leukoplakián keresztül levő összefüggését a rákkal általánosan ismerjük, akkor kétségtelen, hogy a csaknem minden kulturált országban megindult rákellenes mozgalom is figyelembe kell hogy vegye e tényeket. És ha a mozgalomnak nem is terjedhet ki a figyelme arra, hogy a syphilitisnek terjedése ellen gátat vessen, legalább arra kell törekednie, hogy a lueses egyének a leukoplakiát elkerüljék. Ez pedig lehetséges. Lehetséges azért, mert az esetek óriási zömét tekintve, csakis az szükséges, hogy a luesben szenvedők, vagy az azt kiállottak a dohányzástól egyszersmindenkorra tartózkodjanak. És ha továbbá a dohányzási tilalom a syphilitis terapiájában általánosan hirdettetve elvlik s így a leukoplakiás esetek száma esőkkenni fog, bizvást remélhető, hogy a szájszervi carcinomák is valamivel — lehet hogy nem is oly kis mértékben — ritkábbá válnak.

Fontos és hálás működésünk lehet a leukoplakia terapiájában. A prophylaxisnak e kérdésben igen nagy szerepe van, mert helyes tanácssal és megfelelő gondozással sok bajnak elejét vehetjük. Már fentebb állítottuk, hogy az eseteknek talán legnagyobb számában megakadályozható a leukoplakiának a kifejlődése, ha a lueses egyéneket mindjárt a baj felismerésétől kezdve eltiltjuk a dohányzástól. De ezen elemi szabály ellen, mely magának a luesnek terapiájában is nagyfontosságú, mennyit vétkezik a legtöbb beteg s talán nem ritkán vele egyaránt az orvos is. A beteg azzal, hogy nem veszi eléggé komolyan a tanácsot és nem fogadja meg az intelmet, az orvos pedig azzal, hogy nem ragaszkodik eléggé tilalmának a beteg részéről való betartásához. A dohányzás élvezetéhez hozzászokott lueses egyén, főleg ha betegnek nem érzi magát, az egyszeri tilalmat rendszerint nem sokba veszi és igyekszik azt minél gyakrabban kijátszani. Az orvosnak határozott és biztos fellépése azonban a legtöbbször mégis sikerrel jár. Könnyelmű, makacs egyénekkel szemben gyakran szükségessé válik, hogy az orvos valamilyen helyes formában az esetleg bekövetkező baj veszedelmét feltárja, a mikor rendszerint a legmegrögzöttebb dohányos is megfogadja a jó tanácsot.

Különösen áll a dohányzástól való szigorú eltiltás oly esetekre, a melyekben a leukoplakia már kezdetét vette. Ha ilyenkor a beteg a dohányzást, az ingerlő, csípős ételeket, italokat kerüli, a jó hatás a legtöbb esetben rövid idő alatt szemmel látható lesz. Azt tapasztaljuk ugyanis, hogy már néhány hét alatt a kezdődő leukoplakia visszafejlődik, sőt néha alig láthatóvá válik és a legrosszabb esetben is legalább megállapodik. Óvakodjunk ilyenkor a leukoplakiás betegnek a dohányzást illetőleg engedményeket tenni. Egyrészt azért, mert a beteg az engedményt idővel szabad dohányzási engedélynek fogja tartani, másrészt pedig azért, mert csak azt tudjuk, hogy a dohányzás ingere ártalmas, de nem azt, hogy hol kezdődik annak káros hatása. Bizonyosnak vehető ugyanis, hogy a lueses egyének nyálkahártyái igen változó toleranciájúak a dohányzás iránt.

A mi a leukoplakia kezelését illeti, azt kell mondanunk, hogy ma még igen sok hiba történik a terapia körül. Legtöbb baj abból

származik, hogy a beavatkozások legtöbbje nem csillapítja a leukoplakiás nyálkahártyát, hanem csak izgatja. Igazán jó eredményt csakis kiméletes, a különböző provokáló ingerek távoltartását célzó terapiával lehet elérni.

Tapasztalásunk alapján a következő eljárásokat tartjuk a legcélravezetőbbeknek. A dohányzás eltűnése után első teendőnk, hogy a betegnek fogazatát fogorvos által teljesen rendbehozzatjuk. Az éles foggyökereket lecsiszoltatjuk, a rosszul ülő álfogakat vagy fogsorokat pedig rendbehozzatjuk.¹ Szükséges továbbá, hogy a leukoplakiás beteg a száját a legnagyobb gondal tisztántartsa. E célból jó, ha gyengén alkalikus-szappanos fogport használ, a melylyel minden főétkezés után fogait alaposan megtisztítja. Igen célszerű azonfelül, ha a beteg valamilyen sós-alkalikus (szénsavától lehetőleg megszabadított) ásványvízzel száját naponta többször (például óránként) kiöblíti. Igen jól pótolható az ásványvizes öblítés otthon készült hig konyhasós oldattal (1 vizes pohárra 1 késhegynyi konyhasó). A leukoplakiás egyének az ásványvizet vagy a konyhasó-oldatot lapos üvegben állandóan magukkal hordják s így a gyakori öblögetés bárki által kivihető. Általános tapasztalat, hogy ily sós szájbölitések igen jó hatásúak. A jó hatást egyedül abban látjuk, hogy az oldat részben mechanikailag tisztít, részben a leukoplakiás felrakódások vagy az esetlegesen jelenlevő rhagasok között felgyülemelő nyálkát némileg feloldani segíti.

A konyhasós öblítéseket ($1/2$ — $3/0$) Bockhart² ajánlotta leginkább, a ki azonfelül a leukoplakiás góczoknak perubalzsammal való naponkénti vagy kétnaponkénti bedörzsölését is javasolta. Tapasztalása alapján azt állítja, hogy ily módon a rhagasok begyógyulnak, illetőleg képződésük megakadályozható. Bockhart-nak ezt a perubalzsamos kezelést egyesek dicsérték (Filarétopoulou³), mások elvetették (Werschinn⁴), de megállapodás a gyógyításmód értékéről még nincsen. Mi csak két ízben kíséreltük meg e kezelést, de minden feltűnőbb eredmény nélkül.

A leukoplakiás góczok kezelésében újabban gyakran alkalmazták a tejsavas ecseteléseket. A tejsavat Joseph⁵ hozta először javaslatba, s az irodalmi adatok tanúsága szerint (Böninger, Kopp) általában jó eredménnyel használható. A tejsavat kezdetben $5/0$ -os hígításban használjuk és fokozatosan erősítve egészen $50/0$ -os oldatig haladunk fel. A kezelést magát Joseph ajánlata szerint úgy végezzük, hogy a tejsavoldatba mártott tamponnal a leukoplakiás góczokat 2—3 naponként erőiesen ledörzsöljük. Megjegyzendő, hogy az erősebb tejsavas oldatok ($30/0$ -tól kezdve) néha elég erős reakciót okoznak. A tejsavas ecsetelések megkísérlelhetők mindazon előhaladottabb esetekben, a melyekben a már felsorolt általános hygiénés eljárások és a sós vagy ásványvizes öblítések a folyamat megállítására nem vezettek. Kiváló eredményt ritkán fogunk elérni, de más jobb eljárás híján a tejsavas ecsetelés mindenesetre megkísérlendő. Fő előnye, hogy a reakciónak, a melyet az erősebb oldatok okoznak, sohasem láttuk káros következményeit.

Másként áll a dolog a többi irritáló edző gyógyszer használatával. Ezeknek legtöbbje rendszerint sokkal többet árt, mint használ, talán azért is, mert az orvos sokszor teljesen indokolatlanul túlságosan gyakran alkalmazza. Különösen az argentum nitricum az a szer, a melylyel az orvos gyakran hibát követ el. Sokszor tapasztalható, hogy a leukoplakiás beteg nyelvét, ajkát a kezelő orvosa heteken, sőt hónapokon keresztül minden cél nélkül ecseteli és edzi, a nélkül, hogy a legkisebb javulást érne el vele. Mert a lapis-edzéstől hasznót ne várjunk, csak izgat, gyógyító hatása pedig nincsen.

A hydrogenium superoxydatumot a leukoplakia ellenében elsőben Scholtz⁶ ajánlotta. Azóta többen eléggé alkalmasnak találták. Használható töményen mint „perhydrol” ecsetelés alakjában és hígítva mint szájbölitő folyadék. Tapasztalásunk szerint elhanyagolt száj vagy stomatitis esetén leginkább mint jól desinfiáló szájviz használható, mely alakban igen jó szolgálatot teljesít.

Nagy gondot kell fordítanunk az egyes szövödmények keze-

lésére is. Mint ilyenek az erosiók és berepedések fordulnak elő leginkább. A leukoplakia folyamán legtöbbször akkor találkozunk velük, ha a beteg a különböző ingerektől nem kiméli nyálkahártyáit. Ily ingerek első sorban a dohányzás és a különböző traumák, főleg forró ételekkel, italokkal való felületesebb égés. A berepedések és erosiók legeszszerűbb kezelése az ingerek távoltartásán kívül, gyenge adstringens szerekek óvatos használatában áll. E célra igen alkalmasak a tinct. myrrhae és tinct. ratanhaenek hig oldatai (1 kávéskanállal 1 pohár vízre), a melyeket szájbölitésre használunk. Makacs erosiókat hig cuprum sulfur.-oldattal ($1/2$ — $1/0$) ecsetelhetünk, a mely eljárás olykor jó szolgálatot teljesít. Egyébként előhaladottabb leukoplakiás esetekben mindig arra kell ügyelnünk, hogy a beteg hosszú időre el ne maradjon az orvostól, mert csakis állandó ellenőrzéssel érhető el, hogy az esetlegesen kifejlődő carcinoma még idejében észrevétessék.

A leukoplakia gyógyítására speciális gyógyforrásokat is ajánlottak. A francia szerzők egy része (Bazin, Tillot, Bénard) e tekintetben már régóta dicsérik Saint Christau-nak gyengén cuprumos vizét (source des Arceaux). Szerintük főleg a makacs, erosiókkal és fájdalommal járó esetek alkalmasak a Saint Christau vizével való gyógyításra. A kezelés részben szájbölitések, részben a víznek a plaque-okra való permetezése alakjában történik. Javulást e kezelés gyakran hoz létre, Bénard tapasztalása szerint olykor teljes gyógyulást (66 eset közül 4 ízben) is. Hazánk ásványvizei közül a parádi Ilona-forrás az, melynek összetétele (cuprum) eléggé hasonló a Saint Christau-éhoz. Erre Nékám¹ figyelmeztetett, a ki jó eredményeiről az 1900. i párisi congressuson számolt be.

Igen sokat árthat az orvos a felületen, csak piszkálás számba menő kaparással vagy a permokanterrel való égéssel. Ily rövidesen, rendszeren ambuláns betegek végzett beavatkozások végleges eredménnyel úgyszólván sohasem járnak, hanem inkább csak erős irritatív hatást eredményeznek. Ez pedig tapasztalás szerint igen veszélyes lehet. A legjobb esetben is recidiválnak a lekaptart vagy kiégetett plaque-ok. De azonfelül csaknem minden észlelőnek a tapasztalata, hogy ily hiábavaló beavatkozással egyik-másik esetben provokálható a carcinomás degenerációnak keletkezése. A legutóbbi időben Herzfeld² irt le ily tanulságos esetet. Eseteink közül is észleltük az ilyen felületen beavatkozásnak káros, illetőleg eredmény nélküli hatását. Ez két ízben fordult elő. Az egyik esetben az erősen lápisolt és kapart plaque carcinomásan elfajult, a másikban pedig a felületesen kimetszett leukoplakiás gócz csakhamar hypertrophiás alakban recidivált.

Természetes azonban, hogy a radikális, az ép szövetben haladó kiirtás sohasem lehet káros és végleges eredményre vezethet. Csakhogy erre alkalmas eset ritkán található. Mert a sebészi beavatkozásra igazán alkalmasnak csak az olyan eset tekinthető, a melyben a góczok nem nagyszámúak és azonfelül jól körülhatároltak.

Tanulmányunknak már az aetiologiai részében említettük, hogy tapasztalatunk szerint a leukoplakiára nincsen gyógyító hatással az antilueses kezelés. És ez a véleménye a legtöbb régi és újabb szerzőnek is (legújabb Kopp). De nemcsak hogy eredményt nem látunk az antilueses kúrától, de előfordul az is, hogy egyenesen károsodik vele a beteg. Ez különösen akkor tapasztalható, ha a kénésos kezelés erősebb stomatitisre vezetett. Ismerve a kúrának ezáltalán voltát, elleneznünk kell azt még azért is, mert a beteg kedélyét olykor nagyon megrázza ez a kezelés, mely régi lueses multját hirtelen ismét felidézi.

Nagy feltűnést ébresztett ezért a közelmúltban, a mikor a leukoplakia ellen Lévy-Bing és Milian a lissaboni XV. orvosi congressuson nagy díszerekek között az erőiesen antilueses kezelést ajánlották. Szerintük a minél erősebb kénésos kúra korán alkalmazva kitűnő sikerre vezethet. A kezelést oldhatatlan készítmények (calomel, szürke olaj) injectióival végzik, még pedig igen erős adagokban. Lévy-Bing és Milian adatait más oldalról mindaddig még nem erősítették meg.

Kedves kötelességet teljesítek, a midőn mélyen tisztelt főnökömnek, Nékám Lajos egyetemi tanárnak a beteganyagnak szíves átengedéseért hálás köszönetet mondok.

¹ Nékám: Discussio az 1900. párisi orvosi congressus dermatologiai szakosztályában.

² Herzfeld: Leukoplakie u. Karzinom. Dermat. Centralbl. 1908. 7. sz.

¹ Szabó: Ungarische Stomatolog. Zeitschrift, 1908. 8. sz. (Esetben a hibás fognak extractiója gyógyítólag hatott).

² Bockhardt: Über die Behandlung d. Leukoplakia stb. Monatshefte f. prakt. Dermatologie, 34. k.

³ Filarétopoulou: Contribution à l'étude des leukoplasies stb. Journal des mal. cut. et syph., 1905.

⁴ Werschinn: Archiv f. Dermatol. u. Syph., 74. k. (Ref.)

⁵ Joseph: Deutsche med. Wochenschrift, 1885. 43. sz.

⁶ Scholtz: Archiv f. Dermatologie u. Syph. 1905. 71. k.

TÁRCZA.

A tüdővész elleni védekezés

tárgyában *Móricz Ernő* dr. megyei főorvos terjedelmes beadványt nyújtott be Bihar vármegye közegészségügyi bizottságához. Mellőzve a tüdővész lényegére és tovaterjedésére vonatkozó újabb adatokat ismertető I. részt, csak a II. rész javaslatait közöljük itt olvasóinkkal.

I. javaslat.

A megyei tüdővész elleni védekezés első sorban társadalmi kell hogy legyen, a melyet a törvényhatóság úgy anyagilag, mint erkölcsileg a legmesszebb menő támogatásban kell hogy részesítsen. Mindenekelőtt csoportosítva az egyes járásokat, és pedig a már megalkotott belényesi tüdővész elleni önálló egyesület mintájára, a mely a belényesi, vaskóhi és magyareszéi járásokat egyesíti, a következő négy tüdővész elleni egyesület alakítandó meg:

Az *élesdi*, az élesdi és központi járások; a *székelyhídi*, a székelyhídi, margittai, szalárdi és érmihályfalvai járások; a *berettyóújfalui*, a berettyóújfalui, derecskei, mezőkeresztesi és sárréti járások; a *nagyszalontai*, a nagyszalontai, cséffai, tenkei és beéli járások bevonásával. Minden egyes egyesület központja az elnevezését viselő vezető községben volna.

Ezen egyesületek teljesen a nagyváradi és biharmegyei központi egyesület mintájára, mint önálló egyesületek működnek. Az egyesületek eme széttagolását indokolta teszi azon körülmény, hogy így azok megalkotásához első sorban azok járulnak, a kik a helyi viszonyokkal teljesen ismerősök, az *az* vezetésük az egyesület életképességét jobban biztosítja. Jár *aként* úgy a társadalmi, mint a községi segély könnyebben megszerezhető.

A mi népünk közézelokta szívesen áldoz, ott van Zsáka község példája, mely község rövid időn belül a böles vezetés hatása alatt új községházat, artézi kutat, népfürdőt létesített s legutóbb szegényház létesítése iránt is a mozgalmat megindította.

Csak bizonyos józan óvatosság jellemzi a magyar fajt e ténykedésében is. Szívesen áldoz, de annak nyomban hasznát is akarja látni. Ha valamely község önmaga fog létesíteni bármilyen antituberkulotikus intézményt, ha annak hasznáról meggyőződött, meg vagyok győződve, annak további fenntartásához filléreivel kész örömet hozzá fog járulni. Ezért fontos, hogy járásonként szerveztesse, tehát decentralizálva, már maguk az antituberkulotikus mozgalmat vezető és irányító megyei egyesületek is.

Ezen egyesületeket bármilyen központi szervezet létesítésével megkötni nem szabad. A maga lábán megállni s haladni nem tudó egyesület önként, maga kell hogy kérje a központi támogatást. De hogy mégis bizonyos kapocs álljon fenn az egyes egyesületek közt, idővel az egyesületek mint pártoló tagok a nagyváradi és biharmegyei egyesületbe, a szellemi kontaktus biztosítása végett beléphetnének, s ha majd, mint a hogy reményelem, ily alapon az országos szervezkedés is megindul, a nagy gépezetnek önálló, de mégis vele összefüggő részeivé válhatnak.

Mi volna a szervezkedés, megalakulás után első feladata ez egyesületeknek?

Első sorban a nem kizsákmányoló, de tapintatos tőkegyűjtés, másodsor nyomban a megalakulás után a cselekvés terére lépés; akár a saját maguk, akár a megyei vagy állami támogatás útján létesített intézményeket gyakorlatilag érvényesíteniök kell.

Oly társadalmi egyesület, a mely megalakulása pillanatától kezdve nem tud eredményesen működni, mint ezer példa mutatja, már magában hordja a mielőbbi elpusztulás esiráját.

Hogy a megoldandó feladatokat kimutathassam, előbb azoknak részletes vázolásába kell bocsátkoznom.

A mint már fentebb érintettem, a nagy népsanatoriumok létesítéséről le kell mondanunk. De viszont a fertőző és közveszélyes tüdőbetegek gyógyítása és elkülönítése kell hogy első teendőnk legyen. E célból

II. javaslat.

II. javaslatom, hogy a három megyei nagyobb központi járásnál a már ministerileg úgy is elrendelt külön osztályok tüdővészszak számára a sanatoriumos gyógykezelést szolgáló fekvőcsarnokokkal felszerelve létesítsenek.

A biharmegyei központi központi kórház kitépítésével Nagyváradon e kérdés már úgy a vármegye, mint a ministerium által meg van oldva.

Megvalósítandó a külön osztály fekvőcsarnokokkal felszerelve a belényesi és szalontai központi kórházaknál is s ezek létesítéséhez egyszersmindenkora 2—2 ezer koronával hozzájárulna a vármegye; a költség legnagyobb része az állami segélyből és a betegápolási díjak mérsékelt felemeléséből biztosíthatnák.

III. javaslat.

Irjon át a törvényhatóság a társtörvényhatóságoknak, hogy ily osztályok lehetőleg minden törvényhatóság központi kórházánál létesítsenek.

Ezen átiratot indokolja azon jogos feltevés, hogy ha Bihar vármegye csak izoláltan létesíti ez elkülönítő osztályokat, ez osztályok a központi kórházak nyilvános jellege miatt nem a mi betegekkel, hanem esetleg idegen betegekkel népesíthetnek be.

IV. javaslat.

A tüdővész betegek sanatoriumos kezelésének mikénti eszköz-lése céljából a gyógyítható beteg részére, részben a német erdei üdülőhelyek mintájára, *„tüdőbeteg munkások üdülőhelye“* czím alatt az alábbiakban körvonalozott intézmények létesítését tartjuk szükségesnek és azok felállítását anyagilag támogatandónak.

A *„tüdőbeteg munkások üdülőhelye“* kezdetben az egyes községek vagy csoportosított községek által létesített *nappali üdülőhely* volna, a német erdei üdülőhelyek mintájára; azon megkülönböztetéssel, hogy kezdetben az azt felkereső betegeknek csakis ingyentej, fekvőkúra, gondozás s orvosi felügyelet biztosíthatnák. Ez intézmény megerősödés esetén fokozatosan alakítandó át: népkonyhával szerelendő fel, a mikor is a fekvőbarakkok fekvőcsarnokul maradnának s a nők és férfiak számára téli-nyári kezelésre egyszerű lakóhelyiség biztosíthatnák.

S minthogy a részben sanatoriumos rendszer szerint kezelt betegnél az orvosi felügyelet alatt álló foglalkoztatási kúra nemcsak gyógy szempontból volna kívánatos, de ezáltal ezen üdülőhely az asyllumok jellegét is elveszítené és az intézmény inkább megfelelné a magyar faj dolgozni kívánó természetének, ott, a hol erre alkalmas terület rendelkezésre állana, az egészen könnyű, gyógyulásnak indult betegek részére oly külön üdülőhely is létesítendő volna, a mely szőlészettel vagy kertészettel, avagy könnyű, portól mentes háziiparral (például kosárfonás, sodronyfonás) volna összekötve.

„Tüdőbeteg munkások üdülőhelyének“ felállítását első sorban Élesd községében tartjuk szükségesnek s ezen intézmény létesítéséhez a rendelkezésre álló pénzből folyósítás esetén 3000 korona összeg utalandó ki.

V. javaslat.

Az általános védekezés szempontjából a már elfogadott álláspontjához képest elhatározza a vármegye közönsége, hogy e javaslat első részében foglalt indoklás alapján a tüdővész leküzdésére a fent vázolt sanatoriumos kezeléssel kapcsolatosan alkalmas és meghonosítandó eljárásnak tekinti a gondoskodásra szorító azon irányzatot is, a melynek célja a *betegség megelőzése*.

Ép ezért elhatározza:

a) hogy a külföldi tapasztalatok alapján a tüdővész és gümőkóros betegek *kötelező bejelentésének* behozatala tárgyában felir a belügyministernek;

b) addig is, míg ez irányban intézkedés történik, a megye alispánjának a tüdővész és gümőkóros betegek összeírására és *nyilvántartására* már megtett intézkedését jóváhagyja s fenntartandónak tekinti;

c) a tüdővészszak és lakhelyének fakultatív fertőtlenítését; haláleset avagy költözködés esetén a helyiség *kötelező fertőtlenítését* elrendeli. A fertőtlenítés gyakorlati keresztlvittele céljából az állami fertőtlenítő tanfolyamon a *fertőtlenítők fokozatos kiképzését* rendeletileg szorgalmazza, ez irányban az alispánt utasítja;

d) az alispán útján rendeletileg utasítja a vármegye községi és körorvosait, hogy községükben, illetve községeikben a körjegyzőségek székhelyein legalább évente egyszer a *népet felvilágosító ingyenes előadást tartsanak a tuberculosis elleni védekezésről*;

e) a vármegye területén megalakított 5 tüdővész elleni egyesületet állandó évi 1000 K segélyben részesíti a létesítendő egészségügyi alaphoz mindaddig, míg a segélyezésnek szüksége fennforog;

f) a prophylaxist szolgáló felvilágosító és gondoskodó intézetet létesít Nagyszalonta székhelyével s e célra a megalakítandó szalontai egyesületnek egyszersmindenkora a már megállapított 1000 korona évi segélyen felül 3000 koronát utal ki mint alapító tag;

g) elvben már most kimondja, hogy a vidéki tüdővész egyesületek és a tisztí főorvos meghallgatása mellett, az alispán által teendő előterjesztésre egy tüdővész gyermeküdülőhely felállítását a legközelebbi jövőben szükségesnek véli s annak felállításához és üzemben tartásához a rendelkezésre állandó alaphoz anyagi tehetségehez képest a hozzájárulást már most kilátásba helyezi;

h) gondoskodó-nővér vagy gondoskodó-őr szakszerű kiképeztetése céljából a járás székhelyén a megyei tisztí járásorvosok által évenként egyszer és pedig tavasszal ingyenes tanfolyam tartását elrendeli s annak mikénti megvalósítását az alispán hatáskörébe utalja;

i) a prophylaxis keresztülvitele céljából már most kimondja a törvényhatóság, hogy oly helyeken, hol a lakosság szétszóródottsága és kellő értelmisége hiányában a felvilágosító és gondoskodó intézet ez idő szerint még felállítható nem volna, a beteg egyének kikutatását, bejelentését, a betegek gyógykezelését, izolálását, a család ellenőrzését, annak anyagi segélyezését, szóval mindazon teendőket, a melyeket különben a gondoskodó intézet közvetítene, illetve eszközölné, a következő szervezet és pedig megyei szervezet útján véli megvalósíthatónak.

A vármegye minden egyes önálló községében, vagy körjegyzőségek szerint a kör székhelyén levő községben az illetékes községi, avagy körorvos javaslatára a h) pont alatti módozat szerint gondoskodó-ört vagy nővért képeztet ki, lehetőleg a fertőtlenítő tanfolyamot végzett egyének köréből, a ki állandó évi fizetés (100—200 korona) mellett alkalmaztatnák az illető község, illetve községek terhére. E gondoskodó-őr vagy közegészségügyi őr, gondoskodó nővér lehet bárminő állású, értelmes, irni-olvasni tudó, a nép nyelvét ismerő, büntetlen előéletű községi lakos, férfi vagy nő, a ki közvetlenül a községi vagy körorvos felügyelete alá rendeltetnék.

A gondoskodó-őr vagy nővér kötelessége.¹

1. A köztudomás szerint tüdővész vagy gümőkóros egyéneket, s a nála önként jelentkező tüdőbetegeket nyilvántartásba veszi, azokról 48 óra alatt az illetékes községi és körorvosnak jelentést tesz.

2. Az orvosilag megvizsgált gümőkóros betegek családjában vizsgálatot teljesít s annak eredményéről jelentést tesz.

3. A jelentés alapján végrehajtja a beteg gyógykezelésére adott utasítást, úgymint gyógyítást, helybeli izolálást, a beteg továbbítását üdülőhelyre, sanatoriumba, elkülönítő osztályba, a családnál szükségesnek talált védő- és óvintézkedéseket ellenőrzi, a védőegyesületek által nyújtott segélyt közvetíti. A fél vagy család kívánságára a beteg ágya körül s a hatóság utasítására a fertőtlenítés keresztülvitelét ellenőrzi halálozás vagy elköltözés alkalmával.

4. Fertőző tüdővész lakásváltozását az illetékes hatósági orvosnak és előjáróságnak bejelenti.

5. Az őr csupán a nyilvántartást és jelentéseket vezeti.

A vidéki egyesületekkel az írásbeli közvetítés a községi vagy körorvos kötelessége.

6. Az őr az egyes községekben lakásán, vagy a község házában erre a célra kijelölt és megfelelő helyen hetenként egyszer, vasárnap délután a jelentkezők fogadása céljából előre tudatott és megállapított 1 vagy 2 órában értekezési órát tartani köteles.

Lakása „egészségügyi őr” vagy „tüdőbetegek gondoskodó öre” felirású táblával megjelölendő.

7. Más fertőző kórok kikutatását, bejelentését és az azok alkalmából elrendelt zárlatot és fertőtlenítést szintén ellenőrizni tartozik.

8. A községi alkalmazott megbízatása 3 évre terjed. A hatósági orvos indokolt panaszára azonban az előjáróság, a mely alkalmazta, megbízatásától megfoszthatja.

¹ Szabályrendelet-tervezet.

9. A felekkel szemben követett bárminemű durva eljárás, erőszakoskodás vagy megvesztegetés, az előjáróság vagy hatósági orvos rendelkezéseinek hanyag vagy késedelmes teljesítése avagy engedetlenség, nemkülönben a díjtalanul teljesítendő munkájáért bárminemű csekély díjazás követelése avagy elfogadása a megbízatástól nyomban megfosztást vonhatja maga után.

10. A vármegye közönsége kötelezi, az életbeléptetendő közegészségügyi törvény módosítására tekintettel, már most a községi és körorvosokat, hogy ott, hol külön gondoskodó intézet nincs, avagy a míg ilyen nem létesül, az orvos által megállapított időben, hetenként egyszer legalább 1 külön értekezési órát tartsanak szegény tüdőbetegek részére.

VI. Javaslát.

A lakászsúfoltság meggátolása céljából utasítja az alispánt, hogy rendeletileg intézkedjék, hogy:

1. Az építési szabályrendelet pontos betartása még hatékonyabbá tétessék.

2. Alkotandó szabályrendelet¹ alapján elrendeli, hogy minden egyes községben lakás bérletbe csakis a helyi hatóság engedelmével adható. Épen ezért:

a) minden év július hó elsejétől számított 30 nap alatt minden háztulajdonos kiadandó lakását bejelenteni tartozik;

b) a bejelentett lakások egy hó alatt az illetékes községi, másfél hó alatt az illetékes körorvos által ingyenesen felülvizsgálandók, azok véleménye alapján a helyi hatóság a megvizsgált lakást minden év szeptember hó 1-ig egészségi szempontból a bérletre alkalmasnak vagy alkalmatlannak minősíti, miért is a bérbeadás megtilthatja; ezen intézkedés ellen az I. fokú hatósághoz joga van a félnek felelbeznai;

c) albérletbe a lakás csakis a helyi hatóság engedelmével adható ki;

d) az elfoglalt bérelt lakásokról nyilvántartás vezetendő;

e) a bérelt lakások a községi vagy körorvosok által az előjáróság bevonása mellett évenként kétszer, a járásorvos által évenként egyszer tűzszúfoltságra felülvizsgálandók és ellenőrzendők.

A d) pont alatt vezetett nyilvántartásban a vizsgálat helyszíne, fogantatásának ideje aláírással igazolandó.

VII. javaslat.

1. Az óvodákat, gyermekmenhelyeket, népiskolákat fenntartó hatóságokhoz átiratot intéz, hogy mindazon tanintézetekben, a melyekben tűzszúfoltságot állapítottak meg, az illetékes községek vagy hatóságok arra az időre, a míg a tűzszúfoltság megszűnethető, a gyermekeknek lehetőleg a szabadban való tanítása iránt intézkedjenek s e célból északról zárt, 3 oldalról nyitott, egyszerű fabarakkok (erdei iskola) felállítását javasolja, a melyekben a növények egyszerű lózákon nyerhetnének elhelyezést, az írásbeli teendőket e mellett a rendes tanhelyiségben végezhetnék.

2. Minthogy a népiskolákban a test edzésére irányuló tornagyakorlatok nem kellő mérvben taníttatnak, azoknak taníttatását szorgalmazza.

3. A tanerőket a tuberculosis elleni védekezésről népszerű ismertető előadások megtartására kötelezi az 1876. évi XIV. t.-cz. 42. §-a értelmében.

VIII. javaslat.

Minden oly községet, a melyben elegendő vizű artézi kút van, egyszerű népfürdő létesítésére kötelezi; a mely kötelezettség alól mentességet indokolt előterjesztésre az alispán esetről esetre a tisztí főorvos meghallgatása mellett adhat.

IX. javaslat.

Utasítja a községi, illetve körorvosi állásokat fenntartó községeket, hogy a mennyiben az 1876. évi XIV. t.-cz. II. részének módosításáról szóló törvény életbe lép, s ez által a községi és körorvosok fizetéséhez, lakásilletményéhez a további anyagi hozzájárulás az egyes községek részéről nem igényeltetnék, az így fel-

¹ Szabályrendelet-tervezet a tűzszúfoltság meggátolására.

szabadult, már eddig is közegészségügyi célú szolgált évi hozzájáruláshoz községenként tisztán a község közegészségügyi s tüdővészellenes védekezésének célját szolgáló *községi közegészségügyi alapot* létesítsenek.

X. javaslat.

Már most elhatározza a vármegye közönsége a *félsszázalékos pótdó megfizetését* s az így nyert körülbelül évi 16,500 koronából *vármegyei egészségügyi alapot* létesít és tart fenn költségvetésében, mivel:

a) a jelenlegi járványalap oly csekély, hogy az, a vármegye területéhez viszonyítva, veszély esetén, midőn nagy anyagi áldozatot igényelhet valamely epidemia elfojtása, a céljának meg nem felelhet;

b) a fentemlített tüdővész elleni eljárás s az általa létesítendő intézmények részben egyszersmindenkori hozzájárulást igényelnek, részben csak állandó évi segély útján tarthatók fenn: az antituberculosus intézmények jövőbeni létesítésére, fejlesztésére, fenntartására szolgáló alap megvalósítása szükséges;

c) a már meglévő vidéki kórházak fokozatos fejlesztése, esetleg újabbak létesítése, elodázhatatlan közegészségügyi érdek;

d) az orvosi gyakorlat által lekötött s így magának az önképzésre kellő időt és költséget szakítani nem tudó községi és körorvosi kar részére a tudományos orvosi továbbképzést célzó szünidei orvosi cursusokon résztvevők céljából segélyalap megteremtése annyival is inkább szükséges, mert ilyenmű kiadásra jelenleg fedezet nincsen;

e) a közegészségügyi személyzet (szülésznők, halottképek, fertőtlenítő őrök) hosszúságú és kiváló szolgálata esetén azok jutalmazására, nemkülönben, míg a községi és körorvosok nyugdíjügye véglegesen rendeztetik, a községi és körorvosok özvegyeinek és árváinak segélyezésére alap megteremtése indokolt s végül:

f) tanulmányúti alap létesítése a hatósági tisztiorvosok részére okvetlen szükséges a bel- és külföldi orvostudományi congressusok meglátogatása végett;

g) megyei segélyezés lenne szükséges a jövőben a községi közegészségügyi alapot létesíteni nem tudó vagyontalan községek segélyezésére, hogy a legszükségesebb közegészségügyi intézményeket megteremthessék (például állóvizet levezetése a község belterületéről, járványkórház, hullaház felállítása, hozzájárulás artézi kút, munkásotthon, népfürdő, árvaház, szegényház létesítéséhez).

XI. javaslat.

Minthogy a $\frac{1}{2}\%$ pótdó, mely kitesz évente 16,500 koronát, a maga teljes összegében tisztán egy célra, például antituberculosus célra nem fordítható s minthogy az új kórház kitépítése után újabb nagyobb anyagi áldozatokba a vármegye a jövőben előreláthatólag a tüdővész fokozatos leküzdése céljából nem bocsátkozhatik s mert a tüdővész leküzdése nemcsak megyei közegészségügyi érdek, de állami érdek is, a vármegye közönsége a belügyminister úrtól a tisztí főorvos előterjesztésére elfogadott antituberculosus mozgalom előmozdítása, illetve ezen mozgalom által legközelebb s a jövőben megvalósítandó intézmények létesítése és fenntartása céljából *állandó évi állami segélyt* kér. Megjegyezvén, hogy a vármegye a maga részéről a jövő évben a következő, részben egyszersmindenkori, részben folytatódó segélyt adna e célra a törvényhozásilag engedélyezendő $\frac{1}{2}\%$ pótdóból létesítendő *egészségügyi alap* címen kezelt alaphoz.

Költségelőirányzat-tervezet 1909. évre.

Az öt vidéki tüdővész elleni védőegyesületnek egy évi segélye a 1000 korona, összesen	5,000 K
A nagyszalontai és belényesi közkórháznál fekvőcsarnokokra a 2000 korona, összesen	4,000 "
Élesdi üdülőhely létesítéséhez hozzájárulás	3,000 "
Nagyszalontai gondoskodó intézetnek	3,000 "
Tehát antituberculosus célra	15,000 K
A járványalap gyarapítására	1,500 "
Összesen	16,500 K

Minthogy a fent vázolt s a vármegye által helyeselt antituberculosus mozgalom csak az esetben indulhat meg a jövő

sikerének biztos reményével, ha már kezdetben, a midőn még kellő társadalmi tőkével nem bír s nagyobb törvényhatósági segélyben sem részesülhet, a nyerendő állami segélylyel nyomban az alkotás, illetve eszelekvés terére léphet, ép ezért csupán a belügyminister úr tájékoztatása végett, a nyerendő állami segély mérvére és hovatartására nézve legyen szabad javasolnunk a következő állami hozzájárulási előirányzatot:

1. Az öt egyesület igényelne évenként a 1000 korona államsegélyt	5,000 K
2. A nagyszalontai és belényesi közkórháznál egy-egy 30—30 személyre létesítendő fekvőcsarnokhoz, a mely egyenként ötezer koronába kerülne felszereléssel együtt, összesen tízezer koronába, a már jelzett megyei 4000 korona segélyen kívül igényeltetik	6,000 K
3. A 20 ágyra tervezett, népkonyhával felszerelt élesdi üdülőhely, a mely körülbelül 20,000 koronába kerülne, a kilátásba helyezett s részben már megígért társadalmi hozzájárulás és megyei 3000 korona segélyen kívül	10,000 K
áll. pénzsegélyt s működésbe lépte után a nyilvánosági közkórházi jelleg megadását igényli, a napi ápolási költségnek és a rendelésnek az országos betegápolási alaphoz leendő elszámolhatása végett.	
4. A nagyszalontai gondoskodó intézet, a mely az újonnan létesített fényes községkórházban kitűnő elhelyezést nyerhetne, belső berendezésre, irodai nyomtatványokra, góresőre, mérlegre, stb. és első évi segélynyújtási alaphoz összesen a már fent jelzett 3000 korona egyszersmindenkori és 1000 korona állandó megyei évi segélyen kívül igényel	6,000 K
Tehát összesen igényeltetik mint legközelebbi első évi állami segély	27,000 K

Tekintettel arra, hogy a vármegye területén a jövőben fokozatosan létesítendő még négy gondoskodó intézet; legalább is még 4 felnőtt és 5 gyermekek számára szolgáló, egyenként legalább 20—30 ágyas üdülőhely; a belényesi és nagyszalontai kórháznál szintén 20—30 ágyas elkülönítő osztály: egyelőre legalább 5 éven keresztül a vármegye 30,000 koronányi állandó évi állami segélyt igényelne.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Binet-Sanglé: La folie de Jesus. Son hérédité, sa constitution, sa psychologie. Deuxième édition revue et augmentée. Paris, A. Maloine, 1908. 316 l. 8°. Ára 4 frank.

Binet-Sanglé előadja, hogy *Renan* és *Strauss* munkái óta ismereteink nagy lépést haladtak és hogy ezért jogosult ezek alapján új vizsgálatnak vetni alá Jézus életét. Binet-Sanglé Jézust theomániás elmebetegnek tartja. Most is találni hozzá hasonlókat az elme-kórházakban, a kik szintén istennek vagy királynak, vagy istennek és királynak mondják magukat.

Binet-Sanglé az egyházban már Kr. u. 200 évvel elfogadást nyert 4 evangéliumot történeti értékűnek tartja. Egyszerű emberek őszintén, de egyéni színezéssel és magyarázatokkal, túlzásokkal elmondják azt, a mit láttak és hallottak, nem értve meg a szemök előtt lefolyt eseményeket, sőt egyenesen ellentmondanak némely később támadt dogmának. Legértékesebb, legőszintébb közöttük a *Márkus-é*. Ebben a csodás elem jóformán hiányzik és Jézus néhány mondatát eredeti araméniai nyelven közli. Nincs benne szó szentlélekről, sem Jézus menyemeneteléről. Jézus benne nem halottat, hanem alvó leányt ébreszt fel. *Mátyás* már csodákról szól, a hol Márkus ilyenekről nem tud. *János*, a legkésőbbi, allegóriákat ír. Az evangélium hitelességének biológiai bizonyítéka az, hogy ezek a munkák Jézus életét orvosilag olyan tökéletesen adják, a minőt csak a mai neurológiai és egyéb orvosi ismeretekkel bíró ember költöztetett volna. Binet-Sanglé leginkább *Márkus* evangéliumára támaszkodik, de a többieket is felhasználja. Megemlékezik annak a

17 munkának czíméről, a melyekből semmi sem maradt ránk, továbbá 20 régi evangelium töredékéről, 24 teljesen meglevő evangeliumról illetve iratról és a pogány íróknak Jézusra vonatkozó megjegyzéseiről is. Az ezen alapon nyert kép a következő.

Nazareth a hegyek között, a közlekedő vonalaktól távol eső, lenézett galileai falu volt. „Jöhet-e valami jó Nazarethből?” mondja Nathaniel János evangeliumában. Olyan környezet ez, a mely vallásos képzetek fejlődésére alkalmas talaj. A lakók földművesek és szőlőművelők voltak.

Jézus szülei, József és Mária devot emberek voltak, részt vettek minden évben a páska ünnepén, a jeruzsálemi búcsújárásban, a mikor a falu hívői vallásos énekeket és zsoltárokat énekelve tettek meg együttesen az utat. Az út 4 napig tartott, az ünnep 1 hétig, így egészben 2 hét telt el. Józsefről nem sokat tudunk. Valószínű, hogy már nem volt életben, a mikor fia megkezdte működését. Mária eleinte nem hitt fia istenségében és csak később csatlakozott hozzá. Jézus testvéreinek nevét Márkus és Mátyás sorolja fel. Ezek Jakab, József, Simeon és Jehuda. Jakab kis termetű volt. Hégésippos 2. századbeli zsidó-keresztény író azt mondja róla, hogy sohasem ivott szeszes italt, főzeléknél egyebet nem evett, nem kente magát olajjal, nem beretválkozott, sohasem fürdött és annyit imádkozott övéért térden állva, hogy térde a teve térdéhez lett hasonlónak. Szent Pál a korintusbeliekhez írt levelében említi Jakab hallucinációját, melyben Jézust látta megjelenni maga előtt. Jézus halála után ő lett a keresztény szekta vezetője, bár nagyjában a zsidó ritust követte, megkövetelve ezenkívül a Jézusban való hitet. Csak a nem zsidó megtérteknek engedte el Saul tanácsára a fájdalmas és a rómaiak részére súlyos büntetést hozó körülméletét. Őt Kr. születése után 60 körül megkövezték. Jehudáról semmit sem tudunk, de Hégésippos az unokáiról tesz említést. Domitianus maga elé idéztette őket, mert ő is félt a Dávid családjából jövőendő felkelőktől, de midőn azt halotta tőlük, hogy Jézus birodalma csak a világ vége után fog elkövetkezni, „simpla embereknek” mondotta őket és hazabocsátotta mint ártatlanokat. Ők Trajanus császár idejéig éltek, földjük volt és templomokban mint vezetők szerepeltek, s mint Jézus rokonai bizonyos nimbuszt élveztek. Jézus nővéreiről is megemlékezik Márkus evangelista, de róluk semmi egyéb adatunk nincs. A rokonok közül Mária nővéréről történik említés, de csak annyit hallunk róla, hogy a keresztrefeszítéskor jelen volt. Ennek az asszonynak volt egy Simon nevű fia, a ki tehát Jézus unokatestvére volt. Eusebios, Hégésippostól citálva, említi, hogy Simon Jeruzsálem második püspöke volt és hogy őt 120 éves korában Trajanus császár alatt keresztire feszítették.

Jézus nem nagy termetű ember volt. Az első feltűnést 12 éves korában keltette, a mikor szüleitől a jeruzsálemi búcsújárásakor megszökött. Mária csak 3 nap múlva találta meg és szemrehányással mondta neki, hogy aggódva keresték („atyád és én”). Jézus akkor azt felelte, hogy atyja dolgaival kell foglalkoznia. Ekkor támadt ugyanis először az a gondolata, hogy az isten fia. A szülők nem értették meg Jézus feleletét, sőt meg is ijedtek. Ezért, mint Lukács evangeliumában olvassuk, az anyja a történeteket titokban tartotta. Jézus később bolygó életet élt és a pusztában 40 napig böjtölt. Azután tanítani kezdett és betegeket gyógyított. A szülők és rokonok eleinte nem hittek benne, sőt meghallva tetteit, útrakeltek, hogy elfogják, mert azt mondták, hogy nincs eszméletlen (Márkus). (Szt) Hieronymus a pelágiaiak ellen írott munkájában a zsidók evangeliumából citál érdekes részt. Ebben az áll, hogy Jézust anyja és testvérei birták rá, hogy keresztelő szt. Jánoshoz menjen, a ki vízzel való locsolással adott bűnbánatot. Binet-Sanglé ezt úgy magyarázza, hogy bűnbocsánat alatt gyógyítást kell érteni, minthogy a zsidók a betegséget a bűn következményének tartották. János tehát gyógyított. Valószínűnek mondható, hogy a szülők Jézust betegnek tartották és gyógyítás céljából vitték Jánoshoz. Az evangeliumok több helyen említik, hogy a testvérek gúnyolták Jézust. Ők csak később hittek benne, úgy látszik akkor, a mikor az akkori világ szemében csodaszámba menő kúrái sikerültek hystériásokon. A hegyen mondott ima alatt Binet-Sanglé szerint Jézus extasis rohamban volt, minthogy az evangelisták azt írják, hogy arca megváltozott. Ez a „periode des attitudes passionnelles”, ha Charcot szótárát használjuk. Ugyancsak ilyen jellegű az a szorongásérzésroham, a mely Jézuson a getsemani kertben

támadt ima közben. Ő akkor éjjel nagyon izgatott volt és nem aludt, tanítványait háromszor is felébresztette. Sejtette, hogy Iska-riot elárulta őt. Az említett szorongásroham alatt vérizzadás támadt homlokán és azt mondtotta, hogy atyja távolítsa el tőle a kelyhet. Ez a mondás érthetetlennek látszik, sokan átvitt értelemben magyarázzák. Binet-Sanglé azt hiszi, hogy visioról van szó és hogy Jézust a megmérgezésről való félelem bántotta. Ugyanígy érthető viselkedése az utolsó vacsorán, a mikor nem mer enni és inni, árulásról szól. Halála előtt Jézus nagyon gyenge volt. Ezt fokozta, hogy tuberculosisban szenvedett. A vérzést, a melyről a getsemani kertben szó van, esetleg vérköpés is okozhatta. Bizonyos, hogy 33 éves korban a keresztet nem tudta, mint a két lator, egynéhány 100 meterre elvinni. Korábban is halt meg a kereszten, mint a mennyi idő alatt ezen kivégzésmód alatt meg szoktak halni. Pilatus nem is akarta elhinni a halál gyors bekövetkeztét. A tuberculosisist bizonyítja, hogy a lándzsaszúrásra „víz és vér” folyt ki mellkasából, a mi pleuritiszes véres exsudatum következménye. Érdekes, hogy már a XVII. században vitatkoztak a felett, hogy a víz és vér honnét folyt ki és Thomas Bartholin vitatta, hogy ez a pleuraüregből származott (Du côté du Christ ouvert).

Binet-Sanglé a keresztre feszítés módját részletesen ismerteti és azt hiszi, hogy a felemelt karokkal mozdulatlanul lógó elítéltek szívgyengeségben haltak meg. A kínlás sokszor napokig tartott, némelyek éhen haltak, másokat még azután kellett kivégezni. A vérzés a kéz és láb sebeiből csak csekély lehetett. Érdekes, hogy még a XVIII. században is történt keresztrefeszítés, feltéve, hogy La Condamine iratai hitelt érdemelnek. Szerinte egy Francziska nevű nővér át akarta szenvedni azt, a mit Jézus szenvedett és ezért 1759 április 13.-án reggel 7 órakor keresztre feszítettette magát. 3 1/2 órai szenvedés után levétette magát a keresztről.

Binet-Sanglé érdekes könyve több el nem fogadható következtetést is tartalmaz. Így felesleges a heredodegeneratio okául az elődök alkoholismusát keresni. Az, a mit Jézus automutilatós gondolatairól olvasunk, szintén nem eléggé megokolt. Sokak előtt különben az evangeliumnak csekély a történeti becsé. Talán csak az ott leírt főbb eseményekből lehet következtetést vonni, míg a részletekben sok a költés, a mely nem szolgálhat orvosi megítélés alapjául. Érdeklődéssel várjuk a munka ígért második kötetét, mely Jézus ismereteivel, gondolataival stb. fog foglalkozni. Kollarits Jenő dr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A serumok antitoxintartalma és gyógyító értéke közötti összefüggést tanulmányozta Kraus (Bécs) és arra az eredményre jutott, hogy a serumok gyógyító értéke nem áll mindig arányban antitoxinegységtartalmukkal. Sokszor a kevés egységet tartalmazó serumok sokkal erősebb gyógyítóhatásúak, mint a sok egységet tartalmazók. Ez a látszólagos paradoxia az antitoxinoknak különböző aviditásával fejthető meg. A jövőben tehát a serumok értékének megállapításakor nem szabad megelégedni az antitoxinegységek meghatározásával, hanem állatkísérletekkel a gyógyító értéket is meg kell határozni. (Wiener klinische Wochenschrift, 1908. 28. sz.)

A szamarhurut aetiológiájára vonatkozó kísérletes vizsgálódásairól számol be Klimenko. Néhány évvel ezelőtt Bordet és Gengou szamarhurutos betegek köpetében egy kicsiny, ovoid baktériumot talált, a mely csak gyengén s főleg középső részeiben festődik carbolos methylenkével vagy toluidinnel. Ugyanezt a baktériumot találta meg Klimenko is s végzett vele állatkísérleteket. Fiatal házinyulákat és tengerimalaczkákat nem sikerült vele megbetegíteni. Különböző fajta majmokon azonban már eredményesek voltak a kísérletek, a mennyiben — noha abortív alakban — a szamarhuruthoz hasonló betegség fejlődött az orrüregbe vagy a légzőcsőbe ojtás után; az ily módon fertőzött állatok közelében tartott 2 majom szintén megkapta a bajt. Fiatal kutyákon szintén eredménytelenül jártak a kísérletek, a mennyiben olyan betegség fejlődött, a mely mind klinikai lefolyásában (lázás prodromális szak, hányással járó köhögésrohamok stb.), mind szövödményeiben (bronchopneumonia, laryngitis és tracheitis) nagyon hasonlított az emberi szamarhuruthoz. (Roussk. Vrach, 1908 május 10.)

6 oly friss, secundaer eruptiós syphilises esetet észlelt, a melyben a reactio negativ volt. A megindított kenőkéra után azonban mind a 6 esetben (a tünetek elmúlásakor) a Wassermann-reactio positivé vált. A reactiót tehát nem lehet a therapia kérdésében fölhasználni. (Medizinische Klinik. 1908. 29. sz.) *Guszman.*

A húgyeső hátulsó részének multiplex polypusát ismerteti Wechselman (Berlin). Az urethroskopia posterior a legutóbbi időkig sok nehézséggel járt s ezért a hátulsó húgyeső-részlet pathológiája is csak keveset haladt. Pedig ismeretes, hogy főleg a colliculus seminalisnak és környékének betegségei mily sok kellemetlen idegességi és általános zavart okozhatnak. Sokat javított e téren az instrumentarium tökéletesedése. Különösen áll ez *Goldschmidt* irrigatiós urethroskopiájára. A szerző ennek a műszernek a segélyével kiváló tiszta képen tudta megállapítani egyik esetében a multiplex polypust. Esete a következő: A 29 éves férfi 7 év óta állandóan kankóban szenvedett. Ez rendszeres kezelésre végre elmúlt. A vizelez-zavarok azonban megmaradtak. Mindkét vizelet-próba állandóan zavaros. Vizeleskor erős fájdalom, égető csipés. Később húgyeső-beli vérzések is támadtak. Ezek eleinte csupán a vizezés végével mutatkoztak. Később azonban a mictiótól teljesen függetlenül is keletkeztek. A szerző által végrehajtott hátulsó urethroskopia azután megállapította a polypusok jelenlétét. A colliculus seminalis körül s főleg mögötte a fossula prostaticában bőségesen voltak polypusos képződmények. A gyógyítás abban állott, hogy a szerző a nyálkahártyát jódinturával edzette, a polypusokat pedig részben a *Dittel*-féle fogóval, részben a *Goldschmidt*-féle kaustikus készülékkel eltávolította. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. 91. k. 2—3. f.) *Guszman.*

Fizikai gyógyításmódok.

A vérnyomásmérésnek gyakorlati jelentősége a fizikai gyógyításban. *Laqueur* az erre vonatkozó irodalomból azt állapítja meg, hogy azon vízfürdők, a melyeknek hőfoka a közömbös (33—35 C°) hőmérsékén alul van, a vérnyomást eleinte fokozzák, még pedig annál jobban, mennél hűvösebb a víz a közömbös-nél. Azon fürdők, a melyeknek hőmérséke a közömbös és 40 C° között van, a vérnyomást rendszeren csökkentik. A forró (40 C°-nál melegebb), úgy mint az izzasztó (forrólég-, gőz és izzófény-) fürdők is, a vérnyomást rendszeren fokozzák. Igaz, hogy ezen fokozott nyomás később többnyire sülyedésbe megy át. Hideg zuhanyozás a vérnyomást eleinte mindig fokozza, ugyanez a hatása a forró zuhany-nak is, ha erős nyomással alkalmazzuk. Langyos zuhanyozás enyhén alkalmazva a vérnyomást azonban már eleinte is csökkenti. Ilyen csökkenés a hideg zuhanyozás és másfajta hideg alkalmazások utóhatásaként a reactiós vérértágulás ideje alatt is jelentkezik. A szénsavas fürdők első sorban hőmérsékük által hatnak a vérnyomásra. Mennél hűvösebb a szénsavas fürdő, annál feltűnőbb a vérnyomás emelkedése az egészségesben. *Laqueur* azonban közömbös hőmérsékű (34 C°) szénsavas fürdőkben a legtöbb egészségesben és számos betegben is emelkedést észlelt.

Fontosnak tartja, hogy ezen hatások megítélésében az érverés szaporaságát is számításba vegyük, mert csak a vérnyomás és az érverés viselkedése együttesen adja meg a vérkeringés hí képét. Figyelembe veendő az is, hogy ezen alkalmazások a vérnyomást illetően minő tartós eredményre vezetnek és hogy minő ezen hatásuk a különböző betegekben.

A d'arsonvalisatio például a vérnyomást csak azokban csökkent, a kikben a vérerek elmeszesedése még csak csekély mértékű. Azért az ilyen esetekben más, kevésbé körülményes és olcsóbb vérnyomáscsökkentő alkalmazások, például megfelelő hőmérsékű szénsavas fürdők ajánlatosabbak. Mert ezek a szív munkáját az ellentállások csökkentése, a systole erősítése s ezzel egyidejűleg az érverés ritkítása által könnyítik meg és ez által szabályozzák a vérkeringést úgy, hogy ezen alkalmazások a vérkeringés zavarát a vérnyomás fokozása által kiegyenlítik és a betegség klinikai tüneteit javítják és ezek útján a vérnyomást végeredményben csökkentik. A vérnyomást fokozó alkalmazások ezen módon mint későbbi hatást a vérnyomás tartós csökkenését eredményezhetik. *Krehl* szerint a vérnyomás emelkedése csak tünet, még pedig olyan tünet, a mely a bajt szabályozni és a zavart kiegyenlíteni igyekszik. Ez ökből nem kell okvetlenül arra törekednünk, hogy a vérnyomás fokozódását minden áron rögtönösen megszüntessük, hanem

e helyett inkább a vérnyomás emelkedésének az okát (vesezsugorodás, érlemezsedés stb.) kell kezelnünk. Arteriosclerosisos egyénben ritkán sikerül a vérnyomást csökkentenünk, az érverés hullám-magassága (Pulsamplitude) azonban bizonyos alkalmazásokra (például szénsavas és váltakozó áramú fürdőkre is) nagybodlik, a mi azt mutatja, hogy a vérpálya tágult és hogy az ellentállások csökkentek.

A fokozott vérnyomást azon esetekben, a melyekben ez praesclerosis, szívneurosis, alkohollal vagy nikotinnal való visszaélés vagy túlságos megerőltetés következtében fejlődött, tartósan is sikerül megszüntetnünk. Ezen célra különösen szívhűtéssel egybekötött bepólyázást, félfürdőt, részleges ledörzsöléseket és temperált szénsavas fürdőt ajánl.

Bár az idegbajosok különben nem valami alkalmasak a d'arsonvalisatio, egyik betege, ki climacteriuma idején érmozgató zavarokban szenvedett, magas feszületségű áramokra mégis megjavult. Ezen áramokat a szív tájára alkalmazva, gyakran szívtágulást is sikerült visszafejlesztenie és azt tapasztalta, hogy ezen esetekben a vérnyomás csökkent. De azért nem a nyomás sülyedését tartja a kezelés döntő eredményének, hanem a szív összehúzódásának erősítését, mivel ő is — mint *Krehl* — amazz csak kísérő tünetnek tekinti. A fizikális kezelés lényeges hatását a szív kimé-lése és gyakorlása, a vérelosztás megváltoztatása és a vérkeringés szabályozása által fejt ki. De annak, hogy a vérnyomást ellenőriz-zük a gyógyítás alkalmával, mégis van gyakorlati értéke, mert kézzelfogható útmutatással szolgál arra nézve, hogy alkalmazá-sainkkal helyes úton járunk-e. Ez a végeredményes hatásra vonat-kozik. Az alkalmazások közvetlen hatása a vérnyomásra csak annyiban fontos, a mennyiben esetleg ebből következtetünk arra, hogy ellenjavasolt-e valamely alkalmazás az adott esetben vagy sem.

Ha egy bizonyos alkalmazás valamely esetben a szokotthoz képest ellentétes hatású, ez figyelmeztessen bennünket arra, hogy az illető vérkeringése nem kielégítő. Megjegyzni még, hogy a meleg lápfürdők a vérnyomást jobban szokták csökkenteni, mint az ugyan-azon hőfokos másfajta fürdők. A vérnyomás és az érverés hullám-magasságának (Pulsamplitude) meghatározását mechanotherapiái alkalmazások, izomgyakorlás, légzési gyakorlatok és massage alkal-mával is szükségessé tartja. A vérnyomás tudvalevően azon esetek-ben, a melyekben a szív működés kielégítő, a munka után gyorsan sülyed le a rendszerre. Ha a vérnyomás változásai nagyok vagy ha a vérnyomás munka közben eleinte sem fokozódik vagy ha csak nagysokára sülyed vissza rendes mértékére, akkor ez arra figyelmeztessen, hogy a szív működése hiányos. Ezen jelenségek különösen akkor mutatnak szívgyengeségre, ha ismételt izommunka közben vagy után jelentkeznek. A massage is hatással van a vérnyomásra, különösen a hasmassage az, a mely a vérnyomást fokozza, de utóhatásként ez is sülyedést okoz. (Berliner klinische Wochenschrift, 1908. 21. szám.) *Lenkei V. D. dr.*

Fülörvostan.

Czél szerű helyiség a hallás megvizsgálására. A hallás finomabb vizsgálatát rendkívül megnehezíti, sokszor lehetetlenné teszi az utczai zaj, mely a város legesendesebb helyén is megvan; sőt zavarólag hat még a közönséges falaknak hangvisszaverőképese-sége is; azért *Zwardemaker* olyan helyiséget eszelt ki és eszméjét az utrechti fülklinikán meg is valósította, a melybe 1. kívülről semmi zaj nem juthat be és 2. a szoba falai a hangot nem verik vissza. Ezt úgy érte el, hogy egy 2·28 m. magas, 2·28 m. hosszú és 2·20 m. széles, 6 rétegű falzattal körülvett szobácskát vassinek segélyével a ház tetőzetének gerendáihoz és a padlás padozatához úgy erősített oda, hogy félig-meddig függ a tetőről. A falaknak leg-belső rétege lőszorból készült úgynevezett trichopieseréteg, erre jön egy 7·5 cm. vastag, porosus kőből készült réteg, melyet az utána következő 2·5 cm. vastag farétegtől 3 cm. vastag levegőréteg választ el; a faréteg után 4 cm. vastag, homokból és parafa-darabokból álló réteg következik, melyre 6 cm. vastag parafa-lemezek jönnek. Az összes falak gipszzsel vannak bevonva. A tető felé eső részen a porosus kőfalrész 3 cm. vastag ólomlemez helyettesíti, legfelül pedig asfaltpapir kerül. A fából készült pado-zatra is először ólomlemez, erre pedig 3 cm. vastag szőnyeget borít. Az oldalfalakat akustikusan izolált ólomdugók fúrják át. A helyiség ajtaja és a tetején a szellőztetésre szolgáló kis ablak is

pontosan zár és akustikusan izolálva van. (Internationales Centralblatt für Ohrenheilkunde, VI. kötet, 3. szám.) *Udvarhelyi dr.*

Az idült epitympanumbeli genyedések konzervatív gyógykezelésének új módjáról értekezik *L. Mekler*. Szerinte ugyanis ezen makacs és csontszúvasodással járó atticus-genyedésnek szokásos gyógykezelése, hogy a Hartmann-kanülön keresztül port vagy folyadékot juttatunk az epitympanumba, nem elégséges azért, mert bármennyire kitisztítjuk is előzetesen az atticust, nem jut be elegendő mennyiség az alkalmazott orvosságból. Ezért az olyan atticus-genyedésekben, a melyekben a szélen álló átfúródás igen kicsiny, a Hartmann-féle kanül helyett a Bruck-féle, egészen egyenes és a vége felé az oldalán kis nyílással bíró kanüllel, vagy pedig a tubán át fecskendezi ki a középfület; az olyan esetekben pedig, a melyekben a perforatio nagy, tehát a dobhártya pars tensájának is jó része elpusztult, az atticusnak hajlított tamponvivő segítségével kitisztítása után a beteget hanyattfekteti és a fejét kissé lelógatja úgy, hogy a tegmen tympani a dobüreg legmélyebb része, s ilyen helyzetben, nem a Hartmann-kanüllel, hanem csak közönséges egyenes végű porfúvóval juttat be sok borsav-port mélyen a hallójáratba. Az ilyen helyzetben befűjt borsav-por a saját súlyánál fogva az epitympanum minden tasakjába kellő mennyiségben bejut, s ott a legkedvezőbb gyógyító hatást fejti ki, mint azt néhány esetével bizonyítja. (Wiener klinische Wochenschrift, 1908. 30. szám.) *Udvarhelyi dr.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A hydrocele gyógyítása carbolglycerin befecskendezésével. Ezen eljárást, melyet Tédenat ajánlott volt először a hosszabb ideig nagy fájdalmat okozó jodtinctura-befecskendezés pótlására, *Spirt* is nagyon dicséri, a mennyiben alig fájdalmas s a mérsékelt fájdalommal is hűvös borogatásra csakhamar megszűnik, az eredmény pedig jó. Mindenekelőtt kibocsátjuk a folyadékot, esetleg physiologiai oldattal kiöblítjük az üreget s ezután glycerin és tiszta carbolsav egyenlő mennyiségének elegyéből 6 cm³-t befecskendezünk. A herezacskónak enyhe kenetése után, hogy a folyadék egyenletesen oszoljék el, kibocsátjuk a carbolglycerint, vigyázva, hogy egy csepp se jusson a bőrre, mert a szer erősen maró hatású. Az üvegnek steril vízzel átöblítése és szorító kötés fejezi be a kis műtétet. (Spitalul, 1908. 5. sz.)

Az élesztőt s a belőle előállított különböző készítményeket ma már kiterjedten használják különböző bőrbajokban, főleg pedig furunculosis eseteiben. A nőorvostanban használhatóságukra *Kossmann* tanár hívta fel a figyelmet ezelőtt 7 évvel. Legújabbán *Freudenberg* teszi közzé tapasztalatait, a melyeket a Boehringer-céeg készítette, cerolin nevű élesztőkészítménnyel nőbajokban tett. A cerolint (5%) pálczikák és vaginális golyók alakjában alkalmazta s nagyon jó eredményeket ért el fluor, gonorrhoea, nyálkahártya-erosio, pruritus vulvae stb. eseteiben. (Folia therapeutica, 1908. 2. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1908. 37. szám. *Schächter Miksa*: Az aethernarcosis gyakorlatahoz. *Insell A. Arnold*: A sexualis neurasthenia tenyésztése.

Budapesti orvosi ujság, 1908. 37. szám. *Torday Árpád*: A Wassermann-féle komplementkötési reactio használhatósága és jelentősége a syphilis diagnózisában.

Orvosok lapja, 1908. 37. szám. *Chudovszky Móricz*: Sebészeti megbetegedések. *Magyarevits Mladen*: Jelentés a Budapest székesfőváros területén az 1908. év első öt hónapja alatt tömegesebben előfordult kiütéses typhus-megbetegedésekről.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Szöke Gyula* dr. komádi ügyvezető első orvost Bihar vármegye főispánja tiszteletbeli járásorvossá nevezte ki. — *Zsiga Mór, Profanter János, Inze Béla, Baresy Lajos, Balázs Márton és Vasilzky Károly* dr.-okat bányafőorvossá nevezte ki a pénzügyminister.

A budapesti orvosi kör országos segélyegylete pénztárába folytatódatosan befizettek: Az 1908. évre 4—4 koronát: *Baky Endre, Burger Simon, Bolgár Lőrincz, Erős József, Fischer Agoston, Grünfeld Ignác, Gál Dezső, Kerekes István, Kreiner József, Kozma Sándor,*

Reinmann Adolf, Polgár Miksa, Pécsvárady József, Klein Adolf, Völgyi Elemér, Schmidy Zsigmond, Wolner Miksa, Schmidt Imre, Török Vilmos, Juba Adolf, Albeker Károly, Chalupke József, Komáromi Sándor, Hercz Ármán, Berkes Sándor, Schwarz Márk, Geiger Frigyes, Liszt Nándor, Medveczky Károly, Weisz Jakab, Varjas Gábor, Serédi Jenő, Dobos József, Dax Albert, Csató Nándor, Kovács Henrik, Friedländer Pál, Klein Mór, Zakariás István, Székely Sándor, Száva Aladár, Schwarcz Aladár, Gottlieb Ede, Szegedy Kálmán, Pollák József, Kohn Márk, Vajda Géza, Zappé Ede, Varjas Mór, Márkus Miksa, Bothár Samu, Breuer József, Gál Adolf, Moskovicz Miklós, Roth Ignác, Wassermann Simon, Wilhelm Ignác, Balassa Péter, Daday Vilmos, Balogh János, Lefkovits Mór, Kaldrovits Andor, Miskolezy Leó, Schmidt Oszkár, Firiczky János, Rimely Dezső, Gerő Mór, Márer József, Muhy Zsigmond, Uhl Gyula, Blum Ödön, Grün Jakab, Hunyady János, Szöllősy Mór, Valovits Gyula, Karsay Zoltán, Grünfeld Adolf, Papp Ernő, Kregczy Ottó, Wachsmann Gölle, Aujeszky Aladár, Wächter Jakab, Sas Vilmos, Jachmann Ede, Jánossy Gyula, Somossy Lajos, Pongrácz Gyula, Rácz Adolf, Rosenfeld Bernát, Budai Mór, Csillag Ignác, Póka Dezső, Kolczonay Ernő, Mikó Géza, Schönthál Mór, Kenessey Aladár, Mayer Adolf, Mailand Henrik, Klein Jakab, Reisz Miksa, Fridrich Alajos, Magyar Károly, Grünwald Adolf, Fodor Fülöp, Déri Henrik, Daitz Ede, Roth László, Guldón Róbert, Kaufmann Henrik, Kramberger József, Munk Jakab, Ponyiczky Elek, Náder Henrik, Görgényi Károly, Stern Adolf, Pless Salamon, Diamant László, Koszorus István.

A budapesti egyetem I. sz. női klinikáján augusztusban a szülések száma 153 volt (62 először szülő és 91 többször szülő). A született magzatok száma 154, még pedig élő 149, halott 5; érett 148, kora 5, éretlen 1; fiú 76, leány 77, kérdéses nemű 1; törvénytelen 68, törvénytelen 86. A gyermekágyasok közül 1 meghalt. A nőbeteg-osztályon 7 beteget ápoltak, halálozás nem volt. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 88 esetben vették igénybe; a műtétek száma 61 volt.

A budapesti egyetem II. sz. nőbeteg-klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét augusztus havában 154 esetben vették igénybe; a műtétek száma 103 volt.

A szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentő-osztálya augusztus hónapban összesen 95 esetben működött.

A székesfehérvári önkéntes mentőegyesület e hó 12.-én ünnepelte fennállásának 10. évfordulóját.

A Nagyvárad-városi Sztaroveszky-alapítványi gyermekkorháznak ötödik (1907.) évi működéséről számol be *Schiff Ernő* dr. igazgató-főorvos. Fekvő beteg volt 388 (183 fiú és 199 leány); egy betegre átlag 39.5 ápolási nap esett; a halálozás 7.07%-ot tett. Nagyobb műtétet 141 esetben végeztek. A bejáró betegek száma 2790 volt (1430 fiú és 1360 leány).

A temesvári szünidei gyermektelep első évi kitelepítését ismerteti *Tauffer Jenő* dr. városi tiszti főorvos. Összesen 33 tanulót telepítettek ki 5 hétre a nadrági vasipar-társaság krassó-szörénymegyei birtokára, Nadrag községbe. A 33 tanuló közül ingyenes ellátásban volt 18, fizető volt 15. Az átlagos súlygyarapodás 1.66 kiló volt (legnagyobb 3.40, legkisebb 0.80 kiló); csak egy tanulóknak a súlya nem gyarapodott. Hasonló intézményeknek minél nagyobb számmal létesítésével nagyot nyerne közegészségügyünk.

Meghalt. *Veres Lajos* dr., Kolozsvár város kerületi tiszti orvosa e hó 8.-án hosszas betegeskedés után 56 éves korában. — *A. v. Poehl* dr. szentpétervári tanár átutazóban Berlinben hirtelen meghalt. Az elhunyt különösen organo-therapiás vizsgálataival szerzett magának ismert nevet. — *Tarchanoff* herezeg, valaha az élettan tanára Szt.-Pétvárvárott, augusztus 26.-án, 62 éves korában. — *Tarchan-Murawow* dr., az élettan nyugalmazott tanára a szt.-pétervári katonaoorvosi főiskolán. — *Jakimowitsch* dr., a szövettan és fejlődéstan tanára Kiebben.

Kisebb hírek külföldről. *Hamilton* dr., 1882 óta az általános kórtan tanára az aberdeeni egyetemen, nyugalomba vonul. — *Engelmann* tanár, az élettan tanára a berlini egyetemen, nyugalomba vonul. — Liverpoolban *J. H. Abram* dr. a belorvostan, Baltimore-ban *W. P. Spratling* dr. az élettan, New-Orleansban *G. Dock* dr. a belorvostan tanára lett. — *H. Matiegka* dr.-t a prágai cseh egyetemen az anthropologia és demographia rendkívüli tanárává nevezték ki.

Congressus. Október 7.-étől 11.-éig tartják Bécsben az elmebetegügyre vonatkozó III. nemzetközi congressust, mely az elmebajosok ellátására és ápolására vonatkozó összes praktikus kérdéseket fel fogja ölelni, tehát nemcsak az orvosokat érdekli, hanem a jogászokat, technikusokat és paedagogusokat is. A tárgyalás főthemául a következő pontokat tűzték ki. 1. Az elmebetegügy a különböző országokban; áttekintő ismeret. Referens Bresler dr. főorvos (Lublinitz). 2. A betegek ápolása az orvos részéről. 3. Az elmebajosok ápolása s a technika. Referens Berger osztálytanácsos (Bécs). 4. Elmebetegügy és administratio. Referens Gerényi (Bécs). 5. Elmebetegügy és biztosítás. 6. Az elmebetegügyre vonatkozó törvények a különböző országokban. 7. A hülyék, epilepsiások és szellemileg korlátozottak ellátása. 8. Frank dr. (Zürich) azon javaslata, hogy nemzetközi intézet szerveztessék az elmebajok okainak tanulmányozására és leküzdésére. Referens Tamburini (Róma). 9. A vagyontalan elmebajosok ápolása.

A svájci egyetemeken az elmúlt nyári félévben az orvostan hallgatók száma a következő volt: Basel 172 (166 férfi, 6 nőhallgató), Bern 512 (195 férfi, 317 nő), Genf 465 (199 férfi, 266 nő), Lausanne 348 (132 férfi, 216 nő), Zürich 507 (261 férfi, 246 nő). A nőhallgatók száma tehát egészben véve nagyobb a svájci egyetemeken, mint a férfihallgatóké (1051:953). Az idegen hallgatókkal szemben legújabbán hozott prohibítió rendszabályok, a lezárókérdések emelése stb. nem okozott csökkenést a számukban; legtöbb idegen Oroszországból való.

Az orvosok továbbképzését előmozdító porosz központi bizottság a télen a táplálkozás tana köréből rendez előadási sorozatot. Az előadók között van Leyden, Rubner, Krehl, Minkowski, Naunyn, Ilis, Kraus, Ewald, Boas, Heubner, Strauss, Abderhalden és Renvers.

A specialistaügy rendezését vették tervbe Németországban. Holle közoktatásügyi miniszter a tartományi főnökökhöz (főispánokhoz) köriratot intézett, melyben felszólítja őket, hogy szerezzék be a gyakorlóorvosok véleményét a szakorvosügy rendezésének tervezete felől. A körirat előadja, hogy a miniszter, tekintettel arra, hogy nagyon sok orvos specialista-nak nevezi és írja magát a nélkül, hogy elméletileg és gyakorlatilag külön szakorvosi kiképzésben részesült volna, indítatva érzi magát annak a kérdésnek a felvetésére, vajon nem volna-e időszerű a specialista cím használatának az engedélyét bizonyos külön qualificationális feltételekhez kötni. A miniszterium kebelében levő orvosügyi osztály, melyet a miniszter jelentéstételre szólított fel, ezt szintén szükségesnek tartja. E jelentés szerint a szakorvosi qualificationt a következő tárgyakból: bel-orvostan, sebészet, szemészet, gégeorvostan, rhinologia, fül-orvostan, nő-orvostan, bőrkórtan és urologia, gyermekorvostan és ideg- és elmekórtan, ahhoz a feltételhez kellene kötni, hogy az illető legalább három évig működött legyen az illető szakma mellett akár az egyetemeken, akár az orvosi akademiák egyikén, akár valamely nagyobb kórházon ismert nevű specialista oldalán.

„Fasor” (Dr. Herczel-féle) sanatorium. Ujjonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kiváló ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kíváncsiak prospektus.

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Muzeum-körút 2. Teljes fizikális gyógyberendezés. Főbb javak: Idült gyomorbélatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, 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). Gerinczélgyömbületek.

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

Elektromágneses intézet Budapest, VII., Városligeti Fasor 15. sz. Gyógytényezők: D'Arsonval-, Elektromágnes-, Sinusoidal-, Galvan-, Farad-, Franklin-, Leduc-áram. 4 cellás villanyfürdő. V. forróleghűtés. Vibr. massage. Prospectus. Vezető orvos: REH BELA dr.

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

Röntgenlaboratórium: Tulajdonos: Dr. HUBER ALFRÉD a sz. István-kórház Röntgenlaboratóriumának vezetője. Budapest, VIII., József-körút 26. I. em.

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

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

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

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

PÁLYÁZATOK.

4801/908. sz.

Zala vármegye nagykanizsai járásába bekebelezett Légrad nagyközségben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az állás javadalmazását és teendőit az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. szabályozza.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. és az 1908. évi XXXVIII. t.-czikkek alapján felszerelt kérvényüket hozzám 1908. évi október hó 16.-áig annyiával is inkább beadják, mert a később érkezettek figyelembe venni nem fogom.

A választást 1908. évi október hó 17.-én délután 4 órakor fogom Légrad nagyközség házában megejteni.

Az állás azonnal elfoglalandó.

Nagykanizsa, 1908. évi szeptember hó 2.-án.

A szolgabíró.

A szegedi m. kir. bábaképző-intézetnél október 1.-én megüresedett **intézeti gyakornoki állásra** pályázatot hirdet.

Az állás javadalmazása: 800 korona évi jutalomdíj, szabad lakás és ételmezés. A folyamodványok benyújtásának határideje szeptember 25.

Szeged, 1908. évi szeptember hó 8.-án.

2-2

Mann Jakab dr., kir. tanácsos, igazgató-tanár.

367/908. sz.

A gyergyószentmiklósi nyilvános jellegű megyei kórháznál lemondás folytán megüresedett, élethossziglani kinevezéssel járó **rendelőorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Ezen állás 2000 korona évi fizetéssel, két szobából álló bútorozott lakással, fűtés és világítás élvezetével javadalmazatik.

Felhívom a pályázni óhajtó orvosdoktorokat, hogy szabályszerűen felszerelt — Csik vármegye főispánjához címzett — kérvényeiket **f. évi október hó 15.-éig** alantírt igazgatóhoz küldjék be.

Gyergyószentmiklós, 1908. évi szeptember hó 7.-én.

3-2

Dobribán Antal dr., kórházi igazgató.

HIRDETÉSEK.



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 Szinye-Lipcei Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

NESTLÉ

GYERMEKLISZTJE
csecsemők lábbadozók
gyomorbajosok részére.

A LEGJOBB ALPESI TEJET TARTALMAZZA
Egy doboz ára 1 kor. 80 fill. kapható minden gyógyszerárban
és drogeriában, ugyanott ismertető iratok ingyen.

Több mint 200 év óta rendelik általánosan a „Rohitschi Styria-forrás”-t akut és chronikus

Enteritis catarrhalis

eseteiben jelentékeny sikerrel.

Nagybani raktár Magyarország részére:

HOFFMANN JÓZSEF, Budapest, V., Báthory-utca 8.

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D^r.EGGER

Indicációt: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.
Kapható minden gyógyszerárban.

Phenacodin

a Phenacetin, Coffein, Codein és Guarana kombinációja.

Javallatok: **Migräne,**

Hemikrania, Trigemini-Neuralgia, Influenza.

Eredetisomagolás: 10 tablettát tartalmazó üvegek.

Adag: Erős fejfájásnál egy egész, könnyebb rohamoknál egy fél tablettát.

WILH. NATTERER, Fabrik pharm. Präparate, MÜNCHEN.

Egyetlen szer sem segíti elő annyira a felszívódást, mint a

Vasogen

Ichtiol-Vasogen 10%

az Ichthyol legrationalisabb és leghatékonyabb alkalmazási módja. A Vasogen elősegíti a gyors felszívódást: a gyógyszer tehát pontosan hat.

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

Lactagol

egy specifikus ható lactagogum.

A zsír- és fehérnyetartalom, 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.

A rationalis phosphor-therapia problémája csak a „Phytin“ felfedezése által lett megoldva.

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel (Schweiz)

Ozím Németország és Ausztria számára: Leopoldshöhe (Baden).

Teljesen meghatározott, természetes Fosphorkészítmény növénymagból előállítva. — Rp. 1 eredeti doboz

Phytincapsula (40 caps. à 0.25) 3.50 korona. —

Dosis: 1 g. p. d. — Hatása: vérképző,

étvágygerjesztő, testsúlyt gyarapító

az anyagcsere nagy mértékben fokozza. Javallatok:

Gyöngye test-

alkat,

PHYTIN

Pénztári és kevésbé módos betegek részére: Phytin liquid. 1 eredeti üveg (körülbelül 6 napra elegendő) 1.40 korona.

Mintákat és irodalmat ingyen küld a magyarországi képviselő: Jakitsch János, Budapest, VI., Eötvös-u. 23 a.

Fersan

(Jolles)

Vas- és phosphortartalmú tápláló- és erősítő szer. — Körülbelül 90 % vízben oldódó és felbontott fehérjeanyaggal.

Jelentékeny haemoglobin és vörös vérszaporodást idéző elő.

Fokozza az étvágyat, növeli a testsúlyt és erősíti az idegeket.

Fersan-por.

Rp.: Pulv. Fersani 25.0

Fersan-pastillák.

Rp.: Pastill. Fersani (à 0.5 gm. vagy à 0.25) scat. orig. No. 50

25 gramm, mely elegendő 6—7 napra, 1 koronába kerül. Különösen javulva: Sáp-kórság, vérszegénység, rachitis, neurasthenia, gyengeségi állapotok, étvágytalanság és tuberculosishoz.

Jod-Fersan-pastillák felnőtteknek

(eredeti kartonban 100 darabjával és 50 darabjával).

Kal. jod. 0.05, Fersan 0.2.

D. S. Kétszer naponta 3—6 pastilla, az illető indikatio szerint.

Jod-Fersan-csokoládé gyermek-pastillák

(eredeti kartonban 50 darabjával).

4844 D. S. Kétszer naponta 2—4 pastilla.

Kapható minden gyógyszerárban.

Tropacocain

Relativ csekély méregtartalmú

Anaesthetikum

Autoritativ oldalról különösen alkalmasnak talált a

LUMBALANÆSTHESIA

részére.

Vízben könnyen oldódik, sterilizálható, az oldatok pedig sokáig eltarthatók.

Kitűnő helyi anaesthetikum odontologikus czélokra.

Irodalom és minták ingyen és bérmentve.

Veronal

a figyelembe veendő adagolás mellett ártalmatlan

altatószer,

pontos hypnotikus és sedativ hatással, épügy egyszerű álmatlanságnál, úgyszintén az idegrendszernek álmatlanságnál depressióval vagy izgatottsággal kapcsolatos megbetegedésénél. Dioninnal kombinálva fájdalom esetén is beválik.

Melegen ajánlott segédszere a számarköhöges therapiájának.

Adagolás felnőttek részére 0.5, asszonyok 0.25—0.5, gyermekek 0.05—0.1 gm.

Irodalom és minták ingyen és bérmentve. III

E. MERCK-DARMSTADT.

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.

Kollarits Jenő: Közlés a budapesti egyetemi idegklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., ny. r. tanár.) Újabb adatok az öröklött idegbajok ismeretéhez. 699. l.

Avarffy Elek: Közlés a budapesti kir. tudományegyetem I. számú nőklinikájából. (Igazgató: Bársányi János dr., ny. r. tanár.) Scopolamin-morphiumbódulat a szülésetben. 702. lap.

Marschalkó Tamás: Közlés a kolozsvári egyetem bőr- és bjakórtani klinikájából. A diphtheriás bõrgyuladástól (bördiphtheria). 709. lap.

Félegyházi Ernő: Közlés a kolozsvári m. kir. Ferencz-József tudományegyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr. egyetemi nyilv. r. tanár.) Pangásos vérhósszú kezelt sebészi gümös bántalmakra vonatkozó kórszövettani vizsgálatok. 713. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Okolicsányi-Kuthy Dezső: A gümőkór. — Lapszemle. Belorostan. Minkowski: A heveny izületesúsz medikamentosus gyógyí-

tása. — Ramond és Boncour: Az epeköbetegségnek olajjal gyógyítása. — Idegkórtan. Eulenburg: Az epilepsiaellenes újabb eljárások. — Gyermekorvos-tan. Baginski: Az 1907. évi berlini diphtheriajárvány alkalmával a Behring-serummal elért eredmények. — Szülészet és nőorvos-tan. Meissl: Az intravenás adrenalin-konyhasós infúziók értéke. — Bőrkórtan. R. Trebitsch: Dermatologiai észlelések Nyugat-Grönlandból. — H. Nothen: A bőrbajok ellen kúlsóleg alkalmazott resorcin-nak mérgező hatása. — Venerás bántalmak. Bruck: A syphilis serodiagnosztikája. — Fizikai gyógyításmódok. Davidsohn: A észszerűtlenül alkalmazott izzófényfürdők veszélyei. — Kisebbségi közlemények az orvosgyakorlatra. Dessauer: Az euphyllin. — Hecht: Az orv- és garathurur okozta köhögés. 715—718. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 719. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 719. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 720—722. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti egyetemi idegklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr. ny. r. tanár.)

Újabb adatok az öröklött idegbajok ismeretéhez.

Irta: **Kollarits Jenő** dr., egyetemi magántanár.

Ez a közlés folytatása annak az öröklött bajoknak szentelt munkának, melyet a klinikán Jendrassik¹⁻⁴ tanár kezdett el és a melyben magam is részt vettem⁵⁻⁷. Ezirányú újabb megfigyeléseim a következők:

I. észlelet.

Friedreich- és dystrophiás tünetek egyesülése; bonczoláslelet. Megjegyzés a tapintásérzés vezetésére.

Az R. család kórtörténetéről már volt szó^{3, 6} régebbi dolgozatainkban. Azóta R. Julis a klinikán meghalt és így alkalmam van az ő bajának további lefolyását és a megejtett szövettani vizsgálat eredményét közölni.

R. Julis kórtörténetéből kivonatosan a következő adatokat ismétlem. A gyermek atyai nagyatya feleségének unokatestvére volt, az anyai és atyai nagyanak pedig testvérek voltak. A szülők, valamint az anya testvérei egészségesek voltak. Az atya testvérei közül kettő 8 illetve 12 éves korban kezdett rosszul járni és 26 illetve 34 éves korban meghalt. Julisnak a fentemlített két beteg leánytestvérén kívül három egészséges fiútestvére van.

¹ Jendrassik: A paralysis spasticáról és az öröklött idegbajokról általában. Orvosi Hetilap, 1896. 522. l. — ² Az öröklődő idegbajokról. U. o. 1898. 347. lap. — ³ Adatok az öröklődő bántalmak ismeretéhez. U. o. 1902. 676. l. — ⁴ Az öröklődő idegbajok. Belgyógyászat kézikönyve, 1899. 6. köt.

⁵ Adat az izomdystrophia anatomiai alapjainak ismeretéhez. Orvosi Hetilap, 1901. 12. sz. — ⁶ Adatok az öröklött idegbajok ismeretéhez. Orvosi Hetilap, 1905. 40—50. sz. — ⁷ Die hereditäre generative Krankheit. Heilkunde, 1907. január.

Betegünk rendes időben született, rendes időben tanult beszélni, a rendesen valamivel későbbben kezdett járni. Kancsalsága kiskora óta fennáll. A járás 7 éves korában kezdett romlani és a reakövetkező évben kiállott typhus után majdnem elveszett. Kilétez éves korában vizsgáltam először a beteget, 1899 június 5.-én, akkor járása a kisagyvelői ataxia képét mutatta, patella-inreflexe nem volt, behunyt szemmel ingott. A betegnek összetérítő alternáló kancsalsága volt, a szemek ki- és lefelé nem mozogtak. 11 éves korában az ital egérútra tévedt, a beszéd dűnyögő, vontatott lett. A váll-, a kéztőfeszítő-, a törzs-, a lábizmok gyengék voltak. A végtagok mozgása ügyetlenséget árult el és e közben intendált remegés állott elő. A lábak a *Friedreich*-féle alakban változtak meg. A járás lehetetlen volt, míg az állás valamennyire sikerült. Ülés közben is ingadozás volt észrevehető. Az inreflexek hiányoztak, a talpreflexek *Babinski*-alakban váltódtak ki. A vizelet néha kissé csepegett. A gerincoszlop oldalt hajlott el, megfelelő alakeltérést okozva a mellkason.

A kis leányt 1905 augusztusában 15 éves korában újból felvettük a klinikára. A tünetek ekkor lényegükben ugyanazok voltak, de jelentékenyen előrehaladtak. Az akkori vizsgálat adatai a következők. A 126 cm. magas gyermek fejlődésében elmaradt, melle kicsiny, hónalj- és faszőre alig van.

A kis leány végsőig leromlott állapotban fekszik előtünk, mozdulatlanságában száználmas benyomást kelt. (l. 1. és 2. ábra.) A bőr szintelen, halavány, a látható nyálkahártyák halaványak.

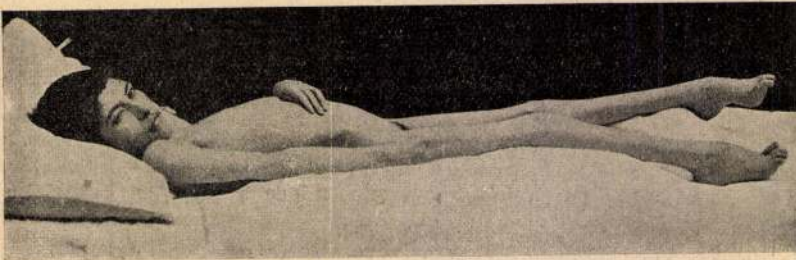
Az arcz beesett, kifejezés nélkül való, az arczesontok kiállanak, a szemek mélyen fekszenek. A fülkagyló felül kissé hegyes, satyrfül alakú. Az arcizmok vizsgálatkor hosszú időn át teljesen mozdulatlanul maradnak, a száj félig nyitott, a fej fordulása szerint lentebb levő százugból állandóan folyik a nyál, a melyet a beteg letörlni nem tud. A homlok ránczolása úgy hosszanti, mint harántredőbe csak mérsékelten és megerőltetéssel lassan sikerül. Gyengék a beteg ajkai is, a melyeket nevetésre szétvonni nehezen tud. Nem sikerül sem a száj csucsorítása, sem a füttyülés, úgyszintén a száj felfújva tartása sem. Az alsó állkapocs mozgása jó, a m. temporalis is elég jól húzódik össze. A rágásban nincs hiba. Az állkapocs tud oldalmozgást végezni. A nyelv egyenesen kinyújt-

ható, nem vékonyodott, nem remeg, mozgásai minden irányban végbemennek. A beszéd annyira rossz, hogy csak bizonyos idei megszokás után lehet egyes eltorzított szókat megérteni. A hang feltűnően mély és orrhangú. Az egyes betűk elmondásának kísérletekor kiderül, hogy alig egy-kettő közülök hangzik tisztán. A magánhangzók közül az *a* és *e* felismerhető, az *i* betű helyett *e*-t használ a beteg. Az *o* kimondása nem sikerül, az *u* tisztább és az *o* betűt is pótolja. A mássalhangzók kiejtése beszéd közben igen rossz, de elég jó, ha a beteg egyenként mondja ki azokat figyelemmel és erőlködéssel. A hang beszéd közben halk, de sírás közben elég hangossá lesz.

Az uvula állása egyenes, az inyitorlák hangadáskor kétoldalt egyenlően és elég jól mozognak. A nyelés nehéz, az ital és étel gyakran egérútra téved és köhögésrohamot vált ki. Az ital nyelés közben néha az orrba ömlik.

A fej mozgása korlátozott. A beteg azt fekvő helyzetben jobbra-balra fordítani és oldalt hajlítani tudja, emelni ellenben csak kevésbé. Ezek a mozgások azonban gyengék és ellenállást legyőzni nem tudnak. Ha a beteget felültetjük, a fej csak rövid ideig marad egyenesen, hamar oldalt hanyatlik, ezért ülés közben állandóan alátámasztva kell lennie.

Ha a leányt két karjánál fogva felemeljük, vállai felemelkednek, azokat leszorítani nem tudja. A vállak mozgása kis mértékben minden irányban sikerül, de a kísérlet csekély erővel szemben már lehetetlen. A felkar és alkar hajlítása és feszítése, valamint a pronálás és supinálás aránylag jobban megy végbe. Igen gyenge a m. pectoralis magnus, a melynek helye kissé besüppedt. Az ujjak közelítése és távolítása, az ujjpercek hajlítása és feszítése csak lassan és gyengén vihető ki. A kéz szorítóereje csaknem



1. ábra.

teljesen elveszett. A kéztartás nyugalomban a rendestől eltérő. A jobb kéz és az ujjak behajlottak, a hüvelykujj a tenyér felé beszorított állásban van. Ugyanígy a bal kéz állása is, de a hajlás minden ízületben erősebb, mint a jobb oldalon; azonkívül a bal kéz az ulnaris oldal felé húzott contracturában van. A bal kéz és ujjak passiv módon nem egészen feszíthetők ki. Az egész felső végtag rendkívül sovány, a felkarok legnagyobb körfogata 11, az alkaroké 12 cm. (3. ábra).

A törzsizmok igen gyengék. A beteg tehetetlenül fekszik ágyában, oldalt fordulni nem képes, hanyatt fekvő helyzetéből felülni nem tud, ülő helyzetben csak megtámasztás segítségével tud megmaradni.

Ha a beteget hátulról ülőhelyzetben nézzük, gerincoszlopának erős oldalgörbülése látható, a mely domborulatával jobb felé néz. A beteg emelése közben ez az elgömbülés kisebbedik, de nem szűnik meg teljesen. Ennek megfelelően a mellkas alakja is változást szenvedett, a mennyiben a bal oldalon behúzódott és a jobb oldalon domborúan előáll. A gerincoszlop ezenkívül háti alsó részében a mell felé görbült, ezért a hanyatt fekvő beteg mellkasának alsó része magasabbra kiemelkedik.

A czomb és lábszár mozgása minden irányban csak igen kis mértékben sikerül és annyira gyenge, hogy kis ellenállással szemben már lehetetlenné válik. Mind a két láb equino-varus állásban van. Ezen állásból a beteg azokat kimozdítani nem tudja. Ugy a hajlítás mint a feszítés alig egy kevésbé sikerül. Valamivel jobb a lábujjak mozgása. A bal lábujjak első perczé feszített állásban van, a jobb lábón csak a hüvelykujj feszített, a többi behajlott. A láb ezen eltorzulása főleg az Achilles-in rövidülése és feszülése következtében passiv módon sem szüntethető meg.

Mindezeknél fogva a beteg sem állani, sem járni nem tud. Az izmoknak térfogata az egész alsó végtagon megfogyott úgyannyira, hogy a térd esontozata mind a két oldalon elődomborodik. A czomb körfogata 15 cm.-rel a patella felső széle felett 22 cm., a lábszárak legnagyobb körfogata 16 cm. Elfajulási reactio nincs.

Az izomzat tonusa általában csökkent; a hanyatt fekvő beteg czombját felemelve 90 fokon túl tudjuk hajlítani kifeszített térdekkel; az lábszár passive annyira behajlítható, hogy a sarok a tomport érinti.



2. ábra.

A patella-, Achilles-in- és háromfejű karizom inának reflexe ki nem váltható. A hasreflexek és talpreflexek élénkek, a talpreflex Babinski-alakú.

A mellkasi és hasi szervek épek. A vizelet nem mindig tarttható vissza. A vizeletben idegen alkotórész nincs. Az étvágy csekély. A szék gyakran nehéz.

A szemek kissé összetérítőleg kanesalitanak. A szemtekék ki- és lefelé nem mozognak. A látás teljes, a szemfenék ép. A



3. ábra.

pupillák középtágak, egyenlők, fényre és alkalmazkodáskor jól reagálnak. Nystagmus nincs.

A tapintás-, hő- és fájdalomérzés ép.

A kedélyhangulat a súlyos tehetetlenséggel aránytalan módon jó. Az értelmi képesség vizsgálata a beszéd nehéz megérthetősége miatt nehéz, de egészben megfelelőnek látszik.

Fájdalma a betegnek nincs. Szédülése sincs.

A kis leány állapota klinikai tartózkodása alatt fokozatosan romlott, étvágytalanság és hányás állott elő. A testsúly november-

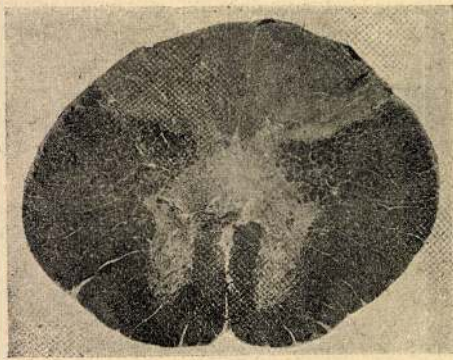
ben 18 kilogrammra szállott le, a halál 1905. december 1.-én állott be.

A boncolást másnap *Genersich* tanár végezte.

Az arról felvett jegyzőkönyv szerint az izomzat az egész tetemen vékony és halvány. Különösen igen vékony, sorvadt a lábszár izomzata, a mely itt-ott inasan átszűrődött.

Az agyvelőt, nyúltagyvelőt és kisagyvelőt egészen tettük el a vizsgálat céljaira. A gerincvelő vékony, tömött. A harántmetseten a nyaki és háti velőben a Burdach-köteg szürke, míg az ágyéki velőben az elszűrülés fokozatosan a Goll-kötegre is áterjed.

A szövettani vizsgálat céljára a középponti idegrendszer, a m. cucullaris, pectoralis és gastrocnemius, valamint a n. ischiadicus, n. brachialis egyes darabkái rövid formalinkezelés után Müller-



4. ábra.

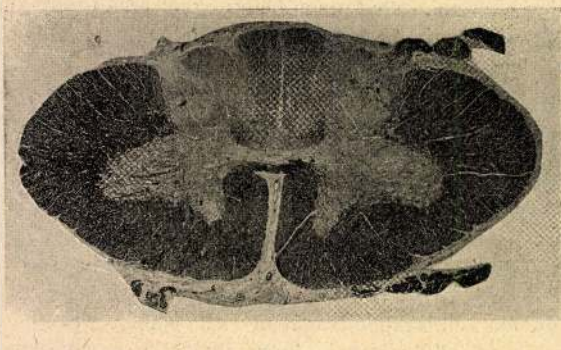
folyadékba kerültek. A feldolgozás a Weigert-Pal-, Marchi- és van Gieson-módszerekkel történt.

Szövettani vizsgálat.

A mozgató agykéregből, a középagyból, a hídból, a nyúltvelő felső részéből származó készítmények sem Weigert-Pal módszerével, sem van Giesonnal festve rendellenességet nem mutatnak.

A kisagyvelőben semmi rendellenességet sem lehet találni; a nyúltvelő alsó részében a Goll- és Burdach-kötegek folytatódásai szintelenek Weigert-Pal-készítményeken.

A gerincvelő lapos, átmetszete kicsiny. A nyaki velő legfelsőbb részében (l. 4. ábra) a Burdach-köteg teljesen szintelen,



5. ábra.

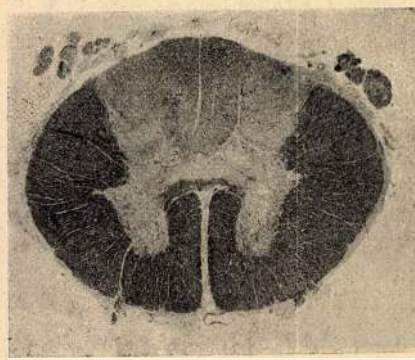
a Goll-köteg valamivel kevésbé fehér. Mind a kettőben igen kevés az ép rost. E mellett a Hellweg-féle nyáláb is mind a két oldalon szintelenedett. Ez utóbbi elváltozás csak a legfelsőbb nyaki részben van meg.

A gerincvelő nyaki részében egyébként az elváltozások egyenlők. A 4. nyaki gyökérnek magasságából (l. 5. ábra) származó készítményen a Goll- és Burdach-kötegek elfajultak. A Weigert-Pal szerint festett készítményeken csak egy kis terület látszik épnek; ez a Burdach-köteg legelülsőbb, háromszög alakú területet elfoglaló része a hátulsó szarv eredésének belső oldalán. A Burdach-köteg többi részében csak elszórtan látszik egy-egy megmaradt rost. A Goll-nyáláb kissé kevésbé szintelenedett el. A rostkiesés egész terjedelemben egyenletes. A Lissauer-féle zóna halvány. Az

elfajult részek megmaradt rostjai vékonyak. A szürke szarvak rostozata nem fogyott meg, az elülső és oldalsó pamatok épek. Épek az elülső gyökök is, a hátulsók sorozata a gerincvelő közvetlen közelében valamivel világosabb színű, mint az elülső gyököké, de kissé távolabb már rendes színű.

Az elülső szarvak mozgató sejtjein van Giesonnal festve szerkezeti hibát nem találni. A nyaki gyökök magasságában a legnagyobb mozgató sejtek legnagyobb átmérője 59μ .

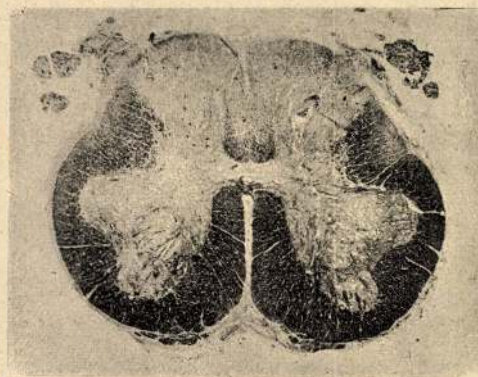
A háti velő felső részében az elváltozások (l. 6. ábra) ugyanazok, azzal a különbséggel, hogy itt a Burdach-köteg elülső részében épen maradt háromszöghöz vékony épen maradt sáv csatlakozik, a mely a hátulsó szarvak belső felszínét beszegi. A Lissauer-zóna szintelen.



6. ábra.

A háti velő középső részében a kép némi változást szenved. Itt is a Burdach-pamatban van a legsúlyosabb elváltozás, de hiányzik abból az az ép rostrészlet, a melyet fentebb leírtunk. Kevésbé súlyosan változott meg a Goll-pamat, a melynek közepén vékony, a környezetnél világosabb csík húzódik elülről hátra, előfelé szélesedve.

Az alsó háti velőben a hátulsó kötegek egészen kórosak. Aránylag kevésbé romlott, de mégis a rendesnél szintelenebb csík szegi be a hátulsó szarvak belső oldalát. Ugyanilyen rész van a Goll-pamatban a gerincvelő hátulsó szélén olyan három-



7. ábra.

szög alakjában, a mely a *Gombault-Philippe*-háromszög alakjához igen hasonló. Az épen maradt rostok vékonyak. A Lissauer-féle zóna szintelen. Ezen magasságban az oldalsó pyramispályán csekély rostkiesés látszik. Ez a pályának egész területét elfoglalja és kevés kóros rostot foglal magában.

A szürke állomány a háti velő egész területén ép. Ugyaneselek az elülső és oldalsó pamatok is a fent jelzett csekély oldalsó pyramispályaelhajlástól eltekintve.

Az elülső szarvak mozgatósejtjei szerkezeti épnek látszanak van Gieson-készítményeken. A legnagyobb mozgatósejteknek legnagyobb átmérője 40.8μ .

A hátulsó kötegek a háti velő egész területén valamivel világosabbak, mint az elülsők.

Összefoglaló módon emlékezhetem meg itt a Clarke-féle oszlopokról. Ezek egészben mindenhol nagymértékű rostkiesést mutatnak, és mintegy üres szemeknek látszanak a Weigert-Pal szerint festett metszeteken. Van Gieson készítményeken kiderül, hogy a sejtek itt megvannak, de közöttük nem egy egynemű, mag nélkül való kerek tömeggé alakult át.

Az ágyéki velőben (l. 7. ábra) a főmegbetegedés szintén a hátulsó pamatokban van. Legnagyobb részt elpusztultnak látszik. Itt is megtalálható az az aránylag épen maradt rész a hátulsó pamatok elülső részében a hátulsó szarvak eredési helye mellett belül.

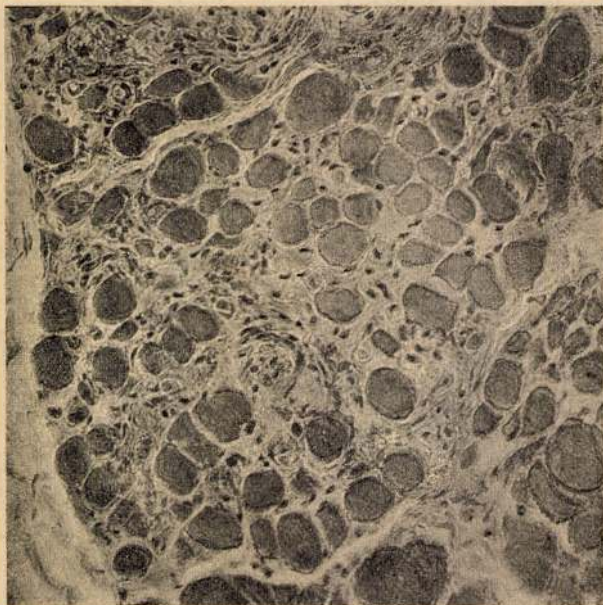


8. ábra.

Az elszíntelenedés egyébként nem egészen egyenletes, a mennyiben a gerincvelő szélét érintő rész valamivel épebb a többinél. Kis fokban az oldalsó pyramispálya is színét veszítette.

A gerincvelő szürke állománya ép. Az elülső szarvakban levő sejtek szerkezetileg a van Gieson-készítményeken nem látszanak megváltozottak. A legnagyobbaknak legnagyobb átmérője 68.1μ .

A hátulsó gyökerek itt világosabbak mint a nyaki gerincvelőn, a mennyiben jóval világosabbak az elülsőknél.



9. ábra.

A keresztjáji velőben (l. 8. ábra) a hátulsó kötegek elülső részén csekély aránylag ép terület van. A többi helyen az elfajulás teljesen egyenletes, kiskokú. A megmaradt rostok egy része vékony. Az oldalsó pyramispálya kissé színtelen. A szürke állomány ép. A benne levő sejtek szerkezetileg épek van Gieson szerint festve. A hátulsó gyökerek itt is valamivel világosabbak az elülsőknél.

A felsorolt összes elváltozások kétoldalt symmetriásak.

Megemlítem végül, hogy minden gerincvelődarabból készült Marchi szerint festett metszet is. Ezeken nem látszik több, mint egynéhány elszórt fekete szemecske, a melyeknek jelentősége

nincs. Az elfajult helyek a Marchi-készítményeken is világosabbak, mint az épek.

A megvizsgált idegek, a n. brachialis és ischiadicus, valamint az izmokba és az izomrostok közt futó idegek Weigert-Pal-készítményeken épek.

Az izmok közül leginkább megbetegedett a m. gastrocnemius (l. 9. ábra). A harántmetszeten feltűnő, hogy az izompamatok egy része zsírszövettel van pótolva. Ez a zsírszövet részben az egyes rostcsoportok közt a rendesnél sokkal nagyobb területet foglal el, részben az egyes jól körülírt izompamatokba is bemélyed, a hol ilyenkor több egymás mellett levő rost helyét elfoglalva, azokban üres szemekként élénken feltűnik. Néhol az egyes rostok egymástól a Van Gieson-metszeteken pirosra festődő kötőszövettől vannak eltolva. Ezeken a helyeken az izommagvak nagyon megsaporodtak, sokszor pálcikaalakúak és nem egyszer hosszabb sorokban állanak egymás mellett. Az egyes rostok harántmetszete szabálytalan; némelyik kerek, a másik hosszúkás, sokszögű, egyik-másik tojásalakú, összenyomott. A hosszanti metszeteken látszik, hogy az izmok harántcsikolása ép és hogy az egyes rostok határa éles. A rostok szélessége 4.5 és 40.8μ között változik.

A m. cucullaris sokkal kevésbé betegedett meg, benne csak itt-ott találni egyes zsírszemekkel pótolta megüresedett izomrost-helyet. A rostok harántmetszeten látszik, hogy a rostok alakja elveszett, összenyomott, szögletes, tojásalakú. Az izom rostjainak szélessége 9.8 és 25μ közt ingadozik. A harántcsikolat jó, határa éles.

A m. pectoralis lelete ugyanilyen. A rostok szélessége 9.8 és 27.24μ közt ingadozik.

(Folytatása következik.)

Közlés a budapesti kir. tudományegyetem I. számú nő-klinikájából. (Igazgató: Bársony János dr. ny. r. tanár.)

Scopolamin-morphiumbódulat a szülészetben.

Irta: *Avarffy Elek* dr., egyetemi tanársegéd.

A szülő asszonyok physiologiai fájdalmának csillapítására irányuló törekvésekkel már az emberiség legrégebb időszámításában is találkozunk, a mikor a kultúra sem s még kevésbé tudott az orvosi tudomány mélyen belevilágítani az emberek elméjébe. Rejtelmes utakon, varázsitalokkal, csodakenőcsökkel, bűvös szavakkal, ráolvasással s a mysterium oly gazdagon változatos eszközeivel és módjaival iparkodik a régi ember enyhíteni a kínos fájdalmat, a mely mint élettani, tehát nem betegségből eredő fájdalom adatott a világ asszonyainak és a melynek mindenki e földön létezését köszönheti.

A kultúra előrehaladásával a tudomány és szellem világalma kezdődik s a tudomány egy pillanatra sem szabódik, hogy ő is beleszóljon a természet rendelkezéseibe. Suggestióval, hypnossissal, majd különféle úton-módon a szervezetbe juttatott orvosságokkal, mérgekkel törekszik a modern tudós a vajdó nő fájdalmának csillapítására, vagy akár teljes megszüntetésére. „Fájdalommal fogsz szülni magzatokat”, mondja a Szentírás szerint az Úr Évának, „fájdalom nélkül fogsz szülni”, mondja ezernyi ezer esztendővel később dölyfös elbizakodottságában az ember. Hogy mennyire sikerült ezt neki eddig elérni, hogy sikerül-e egyáltalában a természet évezredes rendjével diadalmasan szembehelyezkednie, olyan kérdés, a melyre a feleletet megtalálni — minden bizonyára — ma sem nehéz. Az igyekezet azonban — mint már előbb is néhány szóval jeleztem — erre nézve sohasem hiányzott, sőt inkább mindenkoron megvolt. Több mint félszázad éve, hogy az orvosok az orvostudomány egyik legnagyobb vívmányához jutottak, t. i. ahhoz, hogy a beteget vagy szülönőt minden legesekélyebb fájdalom nélkül tudják operálni. Olyan szereket találtak föl az operálandók bódítására, a melyeket a jelenben sem lehet nélkülözni. Az aether és a chloroform belélekezése folytán öntudatlanná vált beteg vagy szülönő mit sem érez a fájdalomból és mit sem tud arról, a mi vele történik. Nincs tehát perceptiója és nincs apperceptiója. Ennek a megismerése kétségtelenül végtelen jótétet jelentett a szenvedő emberiségre és jelent ma is, a mikor pedig már nagyon jól tudjuk, hogy ez a jótétet sem olyan, mint a

mely minden veszedelem nélkül való volna. Rájöttünk hamarosan, hogy a betegre, orvosra egyaránt áldást jelentő narcosis egyszersmind sok veszedelmet is hordoz magában. Nem lehet tehát csodálni, ha minden ebben az irányban kutató elme mohó vágyat érzett, hogy a félős, belégzéses, „általános“ narcosis technikáját tökéletesítse, vagy helyébe jobbat, megbízhatóbbat tudjon teremteni. Ily kutatások nyomán keletkezik a múlt század nyolczvanas éveiben egy új eljárás, a melyet „lumbális anaesthesia“ néven ismerünk. A gerinczvelő érzéstelenítésének módszere mind nagyobb tért kezdett hódítani a sebészetben és a nőgyógyításban, de a szülészetbe beleilleszkedni különféle hátrányai miatt mindezekig sehogysem tudott. A subdurális érzéstelenítés elterjedését követte nemsokára a subcutan úton való narkotizálás, a melyről voltaképen e helyen tárgyalni óhajtok.

Orvosszereknek bőr alá fecskendezésével fájdalmat csillapítani nem mai keletű dolog, de vele viszont a szervezetben valóságos narcosist is létrehozni olyan egészen új problema, a melynél időszerebbet, vitásabbat s hogy úgy mondjam izgatóbbat manapság alig ismerünk. Az eszme, hogy orvosságokat a bőr alá fecskendezve tökéletes érzéstelenséget tudunk létesíteni a szervezetben, Schneiderlin-től származik, a ki eljárását 1900-ban az „Aerztliche Mitteilungen aus und für Baden“ 10. számában hozta nyilvánosságra. Narcosisának előidézésére két szert választott ki az orvosok közül: a scopolaminum hydrobromicumot és a morphiumot; e két szer együttesen bőr alá alkalmazásában a teljes scopolamin-morphium-narcosist hivatott létrehozni. A két alkaloida közül csak az egyikkel nem volt elérhető a kívánt cél, mert a morphiumból magából, mint gyöngébb szerből, túladagolásra lett volna szükség, hogy tökéletes érzéstelenség keletkezzék, a scopolaminból, ebből a rendkívüli erős méregből pedig csak igen kis adagok azok, a melyek a szervezetbe komoly következmények nélkül bekebelezhetők; a két, minden tekintetben ellentétes szernek együttes alkalmazása azonban kifejti az óhajtott hatást. Schneiderlin módszerét műtétekkor először Korff használta, a kinek sikerült is 4 óra leforgása alatt adagolt 3 centigramm morphiummal és 36 decimilligramm scopolaminnal akkora érzéstelenséget teremteni, a mely minden belélekezésre való altatószert fölöslegessé tett. A kísérletezéseket Bloß folytatta tovább oly módon, hogy leszállította a scopolamin adagját 15 decimilligrammra, a morphiumét ellenben fölemelte 9 centigrammra. E módosított eljárással eseteinek $\frac{2}{3}$ -ában tökéletes anaesthesiában operálhatott. 70 esete közül azonban, melyeknek mindegyikében teljes érzéstelenséggel volt dolga, 9-ben légzésszavarokat észlelt, sőt egy ilyen beteg meg is halt. A szomorúan végződött esetet Bloß a beteg vesegyuladásának rovására írta. A kísérletek további folyása alatt egyre-másra közöltek mindenfelől eseteket, a melyek a scopolamin-morphium-narcosisnak igen komoly következményeiről tettek valósággal riasztó tanubizonyiságot. Witzel 3 ilyen módon altatott beteg közül, Flatau 37 beteg közül veszített el egyet-egyet.

Doederlein hasonlóképen szintén említ egy halálos kimeneteli esetet, a melyben szerinte a beteg halálának „talán“ nem lehetett egészen az eljárás az oka, mert a hasmetszést elsenvedett beteg már különben is nagyon leromlott állapotban volt, de ez az esemény — mint mondja — mégis csak alkalmas volt arra, hogy a „protrahált“ narcosis az ő maga hátrányait egész világosságában tárja szeme elé. Az úgynevezett teljes scopolamin-morphium-narcosisról („Ganznarcose“) kiállított bizonyítványok tehát már a kezdet kezdetén sem hangzottak a legfényesebben s mindinkább arról győzték meg a kísérletezőket, hogy az új eljárás bizony-bizony csak balszillagzat alatt született. Morel és Viron 2000 ilyen narcosist gyűjt össze 25 halálesettel, Roith pedig 4000 esetről tesz említést, a melyekben a halálozás 18 esettel van képviselve! Hogy ezeknek a számadatoknak a látásán minden sebész, nőorvos, a ki csak valaha is a scopolamin-morphiummal kísérletezett, mélyen megdöbben, ahhoz kétség — azt hiszem — egyáltalán nem fér. És a mikor a szomorú kimutatásoknak már jóformán egész lajstromát lehetett a scopolamin-morphium-narcosisra ráolvasni, a mikor már majdnem minden kísérletező intézet a maga „Lehrgeld“-jét bőségesen megfizette s mea culpát mondott, és a mikor már akadt olyan is, a ki úgy nyilatkozott, hogy csak a bátorságát csodálja annak, a ki a „scopomorphinisatio“ barátjának vallja magát, akkor fölmerült az eszme, a scopolamin-morphium-eljárást

talán „enyhített formájában“ a szülészet terére is átplantálni. Ez az enyhített forma, ez a voltaképen csak új köntösbe bújtatott régi methodus kapta azután az úgynevezett „Scopolamin-morphium-Halbnarkose“ vagy „Scopolamin-Morphium-Dämmerschlaf“ (Gauss szava) elnevezést, a melynek megalapítója Steinbüchel volt (1903), s apostola lett Krönig, a freiburgi egyetem női klinikájának a professora. Krönig neve s a scopolamin-morphium-bódulat fogalma ma már elválaszthatatlanul állanak egymás mellett. Senki annyit — mint ő — nem foglalkozott e módszerrel, melyről a ius praxis alapján több éven át nagy fáradsággal gyűjtött tapasztalatainak bőséges birtokában joggal is állíthatta legújabb cikkében, hogy „unsere Methode“. Mielőtt azonban mindama dicsérő szavakat itt leirom, melyek Krönig cikkében a „Deutsche Med. Wochenschrift“ ezidei 23. számában a scopolamin-morphium-eljárásról világot láttak s mint írott betűk azt bizonyítják, hogy Krönig ezen methodus leglelkesebb hívének vallja magát, szabad legyen röviden, vázlatosan, csak nagyobb vonásaiban az eljárás czélját, lényegét és technikai oldalát a tárgy iránt érdeklődők előtt megvilágítani.

A scopolamin-morphium-bódulat czélja a legemberségesebb czélok egyike: mérsékelni vagy egészen meg is szüntetni a szülő asszony nagy fájdalmait, melyek megviselik egész lényét, testét-lelkét egyaránt. Hogy ezt a czélt elérhessük, két mérget, egy erősebbet, a scopolamint, meg egy gyöngébbet, a morphiumot kell a vajudó bőre alá fecskendezni. A scopolaminról, a mit tudunk, nem új dolog ugyan, de szükségesnek tartom azért is föllemlíteni, hogy a mit később az eljárást kritizáló részben mondani óhajtok, annál jobban kidomborodjék. A scopolamin hydrobromicum eredetére nézve a scopolia atropoides hatóanyaga, mely rokonságban van egy másik, régebben használatos mydriaticummal, az atropinnal, de hatásában annál sokkal erősebb. Hatásait a vele kísérletező szerzők¹ nyomán a következőkben foglalhatom össze: tágítja a pupillát, hűditi a sima izomelemek, a harántesikolt izomzatot, a vagus végződéseit, az egész szív működést gátló készüléket, a belek motorius idegvégződéseit, szaporábbá teszi az érverést, emeli a vérnyomást, csökkenti a nyál-, izzadság- és tej-elválasztást, lefokozza a nagy agykéreg motorius ingerlékenységét. Bevétele után néhány perc múlva a következő objectív meg subjectív tünetek jelentkeznek: az arc erősen kipirul, kékesvörös, a pupilla kitágul, a bőr, a nyelv és a torok száraz, az izomtonus, a reflexek csökkennek, a perceptio fogyatékos, a pulusszám megszorodott, nagyobb adag után az eszmélet zavart, deliriosus, majd teljesen fölfüggesztett, a légzés stertorosus; némelykor hallucinációk, a kéz izmaiban rángások, továbbá hányás és hasmenés észlelhetők; mint subjectív tünetek: fáradtság, levertség, álomosság, szédülés, émelygés, kínzó szomjúság és torokszárazság, a nyelvben nehézség, a testben melegérzés szerepelnek. Ezek az objectív és subjectív tünetek az esetek 25—70%-ában az adag erőssége és — a mit hangsúlyozni kell — az egyének különfélesége szerint más és más sorrendben, más és más erősségekben jelentkeznek. Hogy az egyéniség a scopolaminnal szemben mily különösen fontos szerepet játszik, arról legelőször a szemészek győződtek meg, a kik egyik-másik betegükön már egyszerű szembe-cseppentés után is váratlanul rendkívül kifejezett hatást láttak.

Ezt a tapasztalást azután az ideg- és elmebajokkal foglalkozó orvosok fordították a maguk hasznára, fölfedezvén a roppant erősen ható scopolaminban egy olyan „disciplináló“ szert, mely a dühöngő elmebeteg számára minden lekötőzést, minden kényszer-zubbonyt fölöslegessé tesz. Mert mit láttak a psychiaterek a tomboló betegen, a kinek egyszerre 1 milligramm scopolamint fecskendeztek a bőre alá? Azt, hogy a megmérgezett ember tombolása pár perc múlva megszűnt, az illető részeg módjára támoynogni kezdett, végre eszméletlenül roskadt össze. Mäskor megint, csak az egyéni természet szerint, a beteg még rövidebb idő múlva, mint a villamtól sujtott egy álló helyében esett el és elbódulva feküdt 1—2 óráig is piros, duzzadt arczezal, tág pupillával, stertorosus légzéssel. Ezek a szemészek és idegorvosok tapasztalta jelenségek expressis verbis bizonyították a kétségbevonhatatlan igazságot, hogy a scopolamin rendkívül erősen ható és hatásában mindig kiszámíthatatlan alkaloida, melynek már a legkisebb adagjaira is a leg-

¹ Liebreich, Langgaard, Lewin, Kobert, Rottenbiller, Tappeiner, Kunkel és mások.

mérgebben felelhet a szervezet. Vannak, a kik jobban tűrik, és olyanok, a kik egyáltalában nem tűrik. Némelyik gyermek nagyobb adagot bír el belőle, mint a felnőtt, a nő rendszerint kevesebbet, mint a férfi. Egy milligramm adagja már halálra vezethet. A scopolaminnak és morphiumnak együtt való alkalmazásában az utóbbinak az a szerep jutott, hogy mint az előbbinek homlok-egyenest ellentétese, annak nagyfokú mérgező hatását mérsékelje, az izgalmi állapotot gyöngítse, egyúttal pedig az érzéstelenítő hatást fokozza. Bajos dolog számtani igazsággal megállapítani, hogy a scopolamin mennyivel erősebb mérge, mint a morphium, de a tapasztalások után bizvást úgy vélekedhetünk, hogy a scopolamin ereje legalább is úgy aránylik a morphium erejéhez, mint 100:1. Könnyen érthetővé válik tehát ebből az is, hogy a morphium ellensúlyozó hatása a scopolaminnal szemben a szokásos adagolás mellett nem nyilvánulhat teljes mértékben, mert hogy ez megtörténjék, a morphiumnak oly nagy adagjára volna szükség, a mely nemhogy kedvezően befolyásolná a scopolamin veszedelmesen túl-erős hatását, hanem ellenkezőleg, a toxikus állapotot mindenképen súlyosbítaná. Épen ezért, mivel antagonistá tulajdonsága csak bizonyos mértékig használható ki, látjuk mindig, hogy a két szer együttes hatásának képét a scopolaminmérgezés nagyon is túlsúlyban uralja.

A scopolamin-morphium-bódulat vagy félálom lényegét és technikáját, úgy a hogy az általánosan használatban van, tehát gyakorlati alakjában, Gauss, Krönig tanár segédje alapozta meg. A bódulat lényegében voltaképen az érzés és az emlékezés között van. A scopomorphinizált szülő nő percipiál ugyan, de nem apperceptiál. Érti ugyan a szülőfájdásokat, jelzi is azokat, de a szülés után mitsem emlékezik rájuk. Fájdásszünetben alszik, fájásokra ismét fölserken. Elszenvet tehát minden kint, a mi csak a vajudással jár, de később a scopolamin mindezt meg nem történnék fogadtatja el vele. Gauss szerint az eljárás tisztán lélektani alapokra van fektetve. Mutatója, irányítója, egész lefolyásának ellenőrzője az emlékezési próba. Az emlékezés, az apperceptio folytonos vizsgálatától („Merkprüfung“) függ a szer adagolása. Az adagolást a következőképen végzi: I. injectióban $\frac{3}{10}$ milligramm scopolamin és 1 centigramm morphiomot fecskendez a szülő nő bőre alá. Ha az első emléképróba azt mutatja, hogy a befecskendezés után $\frac{3}{4}$ —1 óra múlva felmutatott tárgy 30—35 percetel később a szülő nőnek még emlékezetében van, akkor a II. scopolamin-injectio következik szintén $\frac{3}{10}$ milligrammnyi adagban, de most már morphium nélkül. Ha ellenben a vizsgálat amnesia mellett szól, akkor a II. befecskendezést elhagyja és ezt csak akkor adja, ha a megjegyzőképeség ismét helyreáll. Tapasztalatai szerint a bódulat legtöbb esetben 7-5 decimilligramm scopolaminra és 1 centigramm morphiura köszönt be, de megtörténik, hogy nagyobb adagra, akár $\frac{9}{10}$ —1.0—1.2 milligramm scopolaminra is van szükség, míg az amnesia bekövetkezik. Volt olyan esete, hogy 48 óráig 0.0031 gramm scopolaminnal és 0.0475 gramm morphiummal tartotta bódulatban a vajudót, míg egy másik esetben (37 éves először szülő nő) 57 (!) óra lefolyása alatt 0.00375 gramm scopolamin és 0.03 gramm morphiomot használt el. Gauss mondja, hogy a bódulat bevezetése és fenntartása nagy gondot igényel, mert a szervezetek érzékenysége a scopolaminnal szemben rendkívül változó! Megbízható készítményt kell használni, mert kétségtelen, hogy a scopolamin tisztaság tekintetében nem áll oly magas fokon, mint a legtöbb vegytani szerünk. Jó készítményt kapunk Mercktől és Böhringertől. Tiszta scopolaminnal, a szabályok szigorú szemmel-tartásával az álom hosszúra nyújtható el, a nélkül hogy belőle az anyára vagy magzatra baj származhatnék. Különös súlyt kell helyezni az adagolásra is, mert a kellemetlen tüneteknek forrása mindig a túladagolásban lelhető. Túladagolásra, valóságos narcosis létesítésére — mint a sebészeten, nőorvostanban — nincs szükség. A szülésznek nem feladata ennyire menni. A szülésznek csak az a feladata, hogy az eljárással a szülés nagy fájdalmait enyhítse, de semmi körülmények között sem az, hogy vele a szülőfájdásokat, a méhösszehúzóadásokat irányítsa. Az adagolás tehát nem a fájások, hanem és csakis az emlékezési próbák szerint igazodik. Törekedni kell az amnesia előidézésére, de óvakodni kell, hogy a méh munkáját nagy adagokkal elrontsuk vagy megszüntessük, a hasprés működését pedig felfüggesztjük. Általában a kérdésnek fontossága nem az, hogy mit adunk, hanem, hogy azt a valamit milyen módon

adjuk. A bódulatnak speciális jellege és használhatósága, az eljárásnak biztossága az emlékezés vizsgálgatásán alapul: „vele áll és vele bukik a methodus!“ „A ki emlékezési próbák nélkül végzi az eljárást, az a maga eljárását végzi, és a mit vele létrehoz, nem bódulat, még akkor sem, ha annak is nevezi!“

Vissza nem tartható módon tolakodik már most az elmondottak után a homloktérbe az a kérdés, vajjon mi szükség van arra, hogy az egyedüli természetes fájdalmat, a szülőasszonyok fájdalmát csillapítsuk s ez által a szülést reájok nézve egész lefolyásában megkönnyítsük? Miért szükséges, hogy egy kiszámíthatatlan hatású mérgeket a szervezetbe való vitelével a szülés menetét merőben kétségessé tegyük? Fölér-e az eredmény a kockázattal, a mely — majdnem valamennyi szerző tapasztalása szerint — minden scopomorphinizált szülő nőn kísért? Megfelel ezekre a kérdésekre Krönig professor fényes tollal megírt cikkében, melyre a figyelmet ráterelni már az imént volt alkalom s a melyet most érdekességénél fogva rövid kivonatában ismertetni szándékozom. Az ő meggyőződése szerint a scopolamin — mint írja — „herrliches Narcoticum“, „humanstes Narcoticum“ és „wertvollstes Narcoticum“, a melyre a mai kor modern asszonyának szüksége van. A modern nő idegrendszere a létért való küzdelemben többet követel mint a régié. Az erős szellemi munkát végző egyén a fájdalom iránt érzékenyebb, mint a kevésbé értelmes. Az érzékeny természetű asszony szülése igénybe veszi minden testi erejét, a szülés végére megtöri minden akaraterjét. Már a terhesség alatt szenvednie kell testének-lelkének egyaránt. Szülése előtt értesül barátaitól, hogy mi vár rá, milyen kínos fájdalmakon fog keresztüliesni. A szülés alatt azután türelmetlenné válik, már a táguási időszak alatt elesügged, ereje megbénul s minden bizodalmit az orvosba helyezi, a ki majd a fogóval megszabadítja szenvedéseitől. Ha valaki az ilyen asszony szülését megtöri, fájdalmait aligha fogja physiologiainak tartani. Azért nem is ad igazat Steffennek, a ki állítja, hogy sohasem látta szükségét, hogy a szülő nő fájdalmait csillapítsa. Ez csak úgy képzelhető el, hogy vagy nem tudott az asszonyokkal „együttérezni“, vagy pedig egyszerűen elhagyta a szülőszobát, a mikor a fájdalmak nyilvánulása már nagyon hangos volt. Az érzékeny nőkre nézve az élenk szülési fájdalmat már azért sem lehet rendesen tartani, mert nem ritkán még a szülés után is erős kimerültségnek az okozója. A scopolamin-morphium-álommal mindez elkerülhető. A nyugodt álom a fájásszünetekben jól konzerválja a szülő nő testi erejét, miért is ritkán vagyunk kénytelenek gyöngye kitolási fájások miatt a szülést fogóműtéttel befejezni. A szüléseknek fogóval való befejezése ma már több, mint elég. Említi, hogy Berlin W. legjobb köreiből a szülések az esetek 40%-ában alkalmazták a fogót. Hogy az „Erlösungszange“-k ilyen megszorodása mit jelent a gyermekágyra nézve, bizonyításra nem szorul, sőt érthető, hogy ha a műtét frequentia emelkedésével a gyermekágyi lázban megbetegedettek száma a klinikákon kívül is sokkal nagyobb, mintsem gondolkodni. A methodusnak a magángyakorlatban való alkalmazása óta soha egyetlenegy „Erlösungszange“-ra sem volt szüksége. A freiburgi klinika jó eredményeit már 1500 eset bizonyítja, melyeknek 80%-ában teljes amnesia állott fenn. Az 1500 eset alapján kimondhatja, hogy a czélt sikerült elérni, a szüléssel járó fájdalmakat a legesekélyebbre lehet szorítani vagy tökéletesen megszüntetni, a nélkül, hogy a scopolamin-eljárás az anyát vagy a magzatot veszedelembé döntene. Az utolsó 500 magzat közül csak egyet veszítettek a szülés alatt. Az első három napon a szülés után meghalt még 3 gyermek, a 2500 grammon aluli koraszülötteket azonban nem számítja. Mint mondja, ezt a csekély halandóságot talán Aschoff szerint lehet magyarázni: a scopolaminnal kissé elbódított magzat csekély szénsavfőlhalmozódásra még nem felel időelőtti légvétellel, a légutak szabadon maradnak s így a netalán könnyű áthalálban született magzat is gyorsabban éleszthető föl. (!) Ez az elmélet Krönig szerint megtámadható, de az kétségtelen, hogy nála a magzatoknak méhenbelüli és szülés utáni halandósága a scopolamin használata óta csökkent. A scopolaminnak a magzatra gyakorolt sokat emlegetett káros hatását tehát nem tapasztalta. Erről tanuskodik 305 szülése a magángyakorlatban is. A gyermekeket a szülés után még tovább is megfigyelte, de sem testi, sem pedig szellemi fejlődésükben zavart nem észlelt. Csak a szélsőségekben evezők állíthatnak olyat, hogy a szellemi élet rend-

ellenességei a 20—30. életévben fognak jelentkezni. A fogót senki sem okolja következményeért, de a scopolamint, mely a vizeletben néhány óra múlva már ki sem mutatható, hajlandók bűnbakul odaállítani. Az e fajta ellenvetésekre írja, hogy: „difficile est satiram non scribere“.

A freiburgi intézet eredményeit Gauss ismertette részletesen. Az „Archiv f. Gynäkologie“ 78. kötetében az első 500, a „Münch. mediz. Wochenschrift“ múlt évi 4. füzetében az első 1000 scopolaminos szülést közli. Eredményeit úgy az anyákra, mint a magzatokra nézve jónak tartja. Az ezer szülőnő közül az eljárás következtében egy sem halt meg, jöllehet az utolsó 500 eset során 23 szülőnő „kifejezett“ szívbajban szenvedett. (!) A szülés elhúzódsát a reflectorius hasprés-működés hiánya miatt nem tapasztalta. Szerinte ezt bizonyítják a műtétekről szóló számadatok is. Az 1000 esetben ugyanis 74-szer fejezték be a szülést fogóval, a mi számítása szerint megfelel 7·32⁰/₁₀₀₀-nak. Gauss a fogó ritkaságát abból is magyarázza, hogy alkalmazására a scopolamin-álomban sem a szülőnő, sem a környezet türelmetlensége nem kényszerít. A szülőnők viselkedése a bódulatban különböző. Némelyek a scopolamin-morphium hatása alatt mélyen alusznak, úgy hogy szólításra alig, nehezen vagy egyáltalában nem válaszolnak. Mások ellenben igen nyugtalanok, az ágyról le akarnak ugrani és incoordinált mozgásokat végeznek. A motorius izgalmon kívül ritkán hallucinációk is észlelhetők. Az idegrendszer izgalma rendszeren a könnyen reagálókon jelentkezik, a kiknek tehát kevesebb altatószer is elegendő lett volna. A scopolamin-morphium-álom comatosus alakja a morphium, az excitatív a scopolamin túladagolásának tudható be. Az első 500 eset közül 381-ben a hatás tökéletes volt. A szülés után a gyermekágyasok fájdalmukra, meg a történetekre nem emlékeztek; egyesek megmutatott újszülöttjüknek örvendettek, mások azt „utálatosnak“ mondták s nem hitték el, hogy az övék. Némelyek az 1/4 óra múlva ismét megmutatott magzatra már megint nem emlékeztek. A magzatok halandósága a scopolamin használatát óta jelentősen csökkent. Scopolamin nélkül való szüléseik alkalmával a gyermekhalandóság 5·8⁰/₁₀₀ volt, a bódulat bevezetése óta 1·5⁰/₁₀₀. Ezen szerencsés körülménynek magyarázására Aschoffnak véleményét adja elő, a melyet már Krönig cikkének a kivonatában is ismerttettem. 1000 eset között oligopnoé 18·1⁰/₁₀₀₀-ban, asphyxia 9·6⁰/₁₀₀₀-ban fordult elő. A II. 500 esetben az eredmények ebben a tekintetben is kedvezőbbek voltak, a mit az eljárás most már jól begyakorolt technikájának tulajdonít. Az első 500 szülésről szóló kimutatásban olvassuk, hogy az eljárást nemcsak rendes, hanem rendellenes szülésekkor is alkalmazta. A 483 koponyafekveses szüléssel szemben 6 arcfekveses, 7 harántfekveses és 4 medencevégű fekvéses szülés szerepel. Ezekon kívül még a következő rendellenességek fordultak elő: szűk medence (40), hydramnion, nephritis (2), eklampsia (3), placenta praevia (3), ruptura cervicis (2), vitium cordis (1), láz (15), pneumonia (1), peritonitis (1) stb. A műtétek közül 4 esetben hebstotomiát, 1 klasszikus, 1 vaginális császármetszést, 40 fogóműtétet végeztek. 7 operatio történt a placentaris időszakban: 3 esetben lepényleválasztás, 4 esetben pedig a méhüreg kitapintása annak a megállapítására, vajjon a lepény csakugyan hiánytalanul született-e meg. (!)

Lássuk már most, mily eredményre jutottak mások, a kik a freiburgi klinika ajánlatán felbuzdulva, a scopolamin-morphium-bódulattal való kísérletezést szintén megindították. Ezek közül első helyen emlitem meg Hocheisen-t, a ki Bumm tanár klinikáján 100 esetben kísérletezett a scopolaminnal és a kísérletből leszürodött tapasztalásait Gaussal vitatkozó cikkeiben (Münchener mediz. Wochenschrift 1906. 37., majd 1907. 11. számában) tette közzé. Hocheisen nézete szerint a scopolamin a legborzasztóbb és hatásában egészen kiszámíthatatlan méreg, mely az eszméletet elhomályosítja, a szív működést zavarja, a szülőfájásokat megrontja, a harántesikolt izomzatot működésében bénítja, a gyöngye magzat-szervezetet veszedelembe sodorja. Alkalmazása előtt a lelkiismeretes orvosnak két kérdést kell felállítania: vajjon alkalmazhatjuk-e a scopolamint a róla elterjedt általános tapasztalások tudatában a sima lefolyásának ígérkező szülésekkor is? Vajjon a scopolamin-álomban lefolyt szülések körüli észlelések följosítanak-e arra, hogy az eljárást az általános gyakorlatnak is ajánlhassuk? E kérdésekre a feleletet Hocheisen cikkének legvégén olvashatjuk, a hol a következőket mondja: „Vor allen Dingen lasse der gewis-

senhafte Arzt in der Praxis die Hand vom Dämmer Schlaf, bis eine eindeutig günstige Wirkung sicher steht und die Skopolaminwirkung auf den Menschen eine konstante Grösse ist. Solange Dosen angewandt werden müssen, bei denen, wenn auch nur einmal, ein Todesfall beobachtet ist (Tóth 0·0003), ist das Skopolamin in seiner jetzigen Beschaffenheit zu verwerfen!“ Hogy Hocheisen ily szavakkal fejezi ki itéletét a bódulat felett, közölt eredményei után természetesen találjuk. 100 esete közül nagyszámú melléktünettel kapcsolatosan (több mint 70⁰/₁₀₀-ban) 36-ban a fájástevékenység romlását észlelte; 21 esetben gyöngültek a fájások a táulási időszakban (5-ször hosszú időre is kimaradtak), 15 esetben rosszabbodtak a kitolás szakában (3-szor teljesen meg is szüntek). A hasprés munkája 24⁰/₁₀₀-ban volt „erősen befolyásolt“. A szülés 50 esetben húzódsott el, 6-szor a magzat érdekében fogóval kellett befejezni. Meggyözdése azonban, hogy kevés türelmü szülész az eseteinek 20—25⁰/₁₀₀-ában is fölteheti a fogót a szívhangok lassubbodása és a szülés elhúzódsa miatt. A magzaton 15-ször látott asphyxiát, 18-szor oligopnoét. Indirect okozója volt a scopolamin az asphyxiának, ha az a szülés húzódsása folytán jött létre. Az asphyxia mindenképen veszedelmes dolog: mesterséges légzéssel a magzat lehül és elpusztulhat atelectasiában, bronchitisben, pneumoniában. Egy magzatot vesztett el szülés közben (fogóműtét). Két magzat halálát a scopolamin indirect következményének tartja. Egy erőteljes magzat lpsell jött a világra s a szülés után 5/4 óra múlva meghalt; „kétséges, de nem lehetetlen“, hogy ennek elvesztése is a scopolamint terheli. Mint érdekességet említi, hogy egy szülőnőnek, a ki mindössze 3/10 milligramm scopolamint + 1 centigramm morphiumot kapott, a befecskendezés után már 15 perc múlva megszületett magzatja 20 perczig oligopnoés és asphyxiás volt. Értelmesebb anyák közölték megfigyelésüket, mely szerint a csecsemő a szülés után még a 3—4. napon is kellenül veszi az emlőt, szopás közben pedig minduntalan elalszik. . . . Hocheisen cikkének utolsó soraiban Gauss gyermekhalandóságára is utal. Gauss 5 magzatot vesztett el asphyxia után, 4-et a szülés közben, a mire Hocheisen megjegyzi: „er sucht die Ursache aber in anderen Gründen“.

Még néhány szóval Gminder, Preller és Bass eredményeit és kritikáját kívánom előadni, hogy ez úton legalább pár száz eset tanúsága álljon objectív, számadatos megvilágításban előttünk, hogy már most bizonyosságot tegyen a scopolamin-morphium-bódulatnak — nem is a céljáról és mibenlétéről, hanem — az értékéről! Gminder (Menge klinikájáról) 100, Preller (Mermann klinikájáról) 220, Bass (Chrobak klinikájáról) 107 esetben próbálta ki az eljárást. Gminder kísérleteit Gauss bátorító (?) közleményei után indította meg. Óvatosságból kisebb adagokat használt a scopolaminból. Gauss-szal ellentétben a szülőtevékenység romlását, atoniás utóvérzéseket észlelt, két esetben pedig a gyermekágyban vérkeringési zavarokat tapasztalt. Megpróbálta a scopolamint morphium nélkül is alkalmazni s azt látta, hogy a scopolamin magában gyorsabban és erősebben hatott. 8 ilyen esete közül 4-ben a fájások teljesen megszűntek, 2-ben a magzat feje 6—8 óráig mutatkozott! 200 esetére vonatkoztatva 15⁰/₁₀₀-ban fordult elő súlyos asphyxia, 18⁰/₁₀₀-ban oligopnoé (éppen, mint Hocheisen-nél!). Összesen 27 magzat volt asphyxiás. 11 esetet határozottan a bódulat rovására ír; a magzatok jellegzetes mély álomban születtek a következményes asphyxiával. Egy magzat halála esik a scopolamin-álom terhére! Ebben az esetben a rossz szívhangok miatt fogóműtétet végezett; a magzat asphyxiában született, 1 órai élesztés után légzeni kezdett, néhány óra múlva azonban meghalt. A boncolás a halál okául a scopolamin-morphiumot állapította meg. Fájásgyöngülést 27 esetben jegyzett fel, 8-ban a szülés megakadt. Fogóműtétre 4-szer volt szükség; egyszer szívtünetek, egyszer eklampsiaszerű állapot miatt, a mit az egészen friss és nagyon hatékony oldat mérgezésének tulajdonít. Cyanosist, rendetlen szív működést 4-szer észlelt. Egy szülőnőn, a kinél 24 órával a műtét előtt a scopolamin adását beszüntette, hebstotomiát végeztek. 5 utóvérzésért az eljárást okolja. Eredményeiben azok után a dicsőítő közlemények után, a melyeket olvasott, csatlakozott. Ha fölteszi a kérdést, vajjon veszedelmes-e a scopolamin-morphium-bódulat az anyára és magzatra nézve, „igen“ — kell felelnie. A physiologiai fájdalmak felfüggesztésére az eljárást nem ajánlja és első sorban a gyakorló orvost óvja attól, hogy a bódulatot szülőnőin alkalmazza. Preller Gauss módszerével

jó bódulatot ért el. Hocheisen szerinte túlságosan szigorú ítéletet mond az eljárás felett, bár igaza van, hogy a scopolamin igen változóan ható mérge. A morphiumot sohasem adta nagy adagban, mégis úgy tapasztalta, hogy a hasprés működése zavart szenved. A hasprésen kívül a fájások is alá vannak vetve a scopolamin-morphium hatásának és pedig az esetek nagy részében. 25%-ban a szülőfájások erejökben veszítettek, kétszer abszolút fájástalanság jelentkezett. Fogóra 8-szor volt szükség és pedig 3-szor a befecskendezések által előidézett fájásgyengeség miatt. A magzatok közül 1 született álhalálban, 5 apnoëban, 25 oligopnoëban. Egy magzat halt meg; a szülést itt rossz szivhangok és láz miatt nehéz műtéttel kellett befejezni. A scopolaminnak a szívre gyakorolt hatását 66%-ban lehetett megállapítani, nagyobb mértékben befolyásolta a szív működését 20—25%-ban!! Könnyű delirium és hallucinatio 5%-ban fordult elő; 2 esetben a hallucinatio nagyobb fokú psychés és motorius nyugtalansággal jelentkezett. Az eljárás helye az intézetekben van, a gyakorló orvos csak akkor használja, ha klinikai tapasztalásai vannak, mert a magángyakorlatban minden baleset sokkal súlyosabban esik a mérlegbe. Bass tapasztalásait a következő pontokban foglalja össze: 1. a szülési fájdalom a legtöbb esetben csillapítható; 2. ennek elérésére elegendő $\frac{3}{10}$ milligramm scopolamin és 1 centigramm morphium; 3. a szülés némely esetben kötségtelenül elhúzódik, de az anya és a magzat kára nélkül; 4. a fájások, a lepény időszaka lényegtelenül, ellenben a hasprésműködés gyakran „kedvezőtlenül befolyásoltatik”; 5. az anyára nézve káros mellékhatások nem voltak; 6. a gyermekekre nézve a bódulat egyáltalán nem közömbös. A hasprés működésére vonatkozó számokból az tűnik ki, hogy az esetek legnagyobb részében „kellemetlen módon” jelentkezett a hasprés gyöngesége; 9 esetben a hasprésműködés nulla volt. A melléktünetek közül nagyfokú szomjúságot, hányást, erős vértódulásokat és egy esetben clonusos-tonusos görcsöket észlelt. Az érverés változását többször tapasztalta. Az eljárással két halálos kimeneteli eklampsiában is tett kísérletet. A magzatok közül 4 volt asphyxiás, 9 oligopnoës. Egy magzat halt meg jellegzetes tünetek között. Ez a magzat egy 38 éves IX.-szer szülő asszonyé volt, a kinek előző szülései közül 5 rendszeren folyt le, egy pedig fogóműtétet nyert befejezést; a többi vetelés volt. A szülőnő reggel 3 órakor kapta az első befecskendezést, majd később a másodikat (összesen 7.5 decimilligramm scopolamin és 2 centigramm morphiumot); ugyanezen nap délutánján megszült. A magzat megszületésekor hangosan sírt, de légzése ritka volt, majd meg is szűnt; szíve rendetlenül működött, pupillái erősen kitágultak; az élesztési kísérletek eredménytelenek maradtak. A bonczolat atelectasiát állapított meg. Az esethez a következő megjegyzéseket fűzi: „auf allfälligen Alkaloidgehalt der inneren Organe wurde nicht untersucht, doch ist es schwer möglich, diesen Kindestod anders aufzufassen, denn als Intoxication und zwar wahrscheinlich (maximal weite Pupillen) durch Skopolamin“.

Ezek után még röviden ideiktatom Wartepetian és Reining tapasztalásait, valamint Th. Landau véleményét is a scopolamin-morphium-bódulatról és végül H. Sieber kritikáját magáról a scopolaminról. Wartepetian 20 esetében a fájalmak enyhülését észlelte és ebben a tekintetben az eljárással meg volt elégedve. A magzatokat illetőleg eredményei nem kedvezők, mert az esetek 50%-ában a magzatok olyan állapotban születtek, a mely legjobban hasonlítható a narcosishoz. Reining-nek 31 esete van, a melyekben a fájalmak jól csillapodtak, a méh munkája azonban, mulékonyan bár, de gyakran rosszabbodott. A melléktünetek közül sűrűn fordultak elő rángások a végtagokon és a facialis beidegezte területeken. Egy esetben látott asphyxiát a szer hatásától függetlenül. Landau véleményét a bódulatról egyik cikkében olvasom, melyben a rendes szülés megrövidítésére új módszert ajánl. Közleményében megjegyzi, hogy méhszájtágító eljárásával nemcsak a szülés megrövidítését, hanem fájdalomtalanabbá tételét is czélozza és azoknak a methodusoknak pótlására ajánlja, a melyekkel a szülésnek fájdalomtalanágát csakis az eszméletnek hosszú ideig tartó felfüggesztésével és esetleg valóságos hallucinációs elmezavarok árán lehet elérni; vitán felül áll itt még az a tény is, hogy ezen eljárások folytán a szülőtevékenység zavart szenved s a szülés elhúzódóvá lesz. Sieber 88 esete (Stoeckel marburgi klinikájáról) már a gynaekologia terére tartozik, mégis a scopolaminra vonatkozó véleménye miatt érdekesnek tartom őt is idézni. Eseteinek

36.4%-ában jelentős érverés-szaporodást tapasztalt, a mit a narcosis rovására ír. A kellemetlen melléktünetek miatt, de meg azért is, mert a scopolamin-morphium-narcosissal az esetek legnagyobb részében egyébként sem lehet tökéletes érzéstelenséget biztosítani, az eljárással való kísérletezéseket abbahagyták. Közleményét ezekkel a szavakkal fejezi be: „also weg bei der Narkose mit diesem unberechenbaren, meist nutzlosen, gefährlichen Gifte!“

A budapesti egyetem I. számú nő-klinikáján a scopolamin-morphiummal való kísérletezéseket Bársony tanár utasítására a most elmúlt tanévben végeztem. A kísérletek a saját kezem munkái voltak.¹ A szülőnőknek az injectiókat magam adtam, a szüléseket egész lefolyásukban gondosan magam figyeltem meg. Alig hinném, hogy szigorú ellenőrzés mellett valamely „észlelési hiba” csúszhatott volna be. Eredményeinket 68 esetről még a kísérletek végleges befejezése előtt rövid idővel az Orvosegyesület 1908 február 8.-i ülésében ismerttettem. Ezután, hogy eseteink kerek számban legyenek, a sorozatot 80-ra egészítettük ki. Azokat, a miket kísérleteink megindítására és eredményeinkre vonatkozólag az orvosegyesületben elmondtam, e helyen, a sorozatot még a későbbi 12 esettel is kiegészítve, meg kell ismételtem:

„Nem akarom a mélyen tisztelt Orvosegyesület szíves türelmét ennek a kérdésnek a keretében nagyon hosszasan igénybe venni, mindössze csak pár szóval, egészen rövidre fogva a dolognak érdemi részét, óhajtom összefoglalni azokat a tapasztalásokat, a melyek az I. számú női klinikán a scopolamin-morphium-eljárásról rendelkezésünkre állanak. Mielőtt azonban ezt teszem, meg kell jegyezmem — és ezt hangsúlyoznom is kell — hogy a kísérleteket csak a kényszer hatása alatt és azért indítottuk meg, hogy belőlük egy sorozatot végezve, a scopolamin-morphiumnak a szülészetben való alkalmazásáról tapasztalatokat gyűjthessünk, mert a scopomorphinisatio tárgyalása Krönig professor kívánságára a jövő évi budapesti orvosi congressusra kitűztetvén, a kísérletezések elől mi sem zárkózhattunk el teljesen. Három esztendővel ezelőtt a scopolamin-eljárást a gynaekologiai műtéteknél is megpróbáltuk, 50 eset után azonban a rossz tapasztalások miatt a kísérletezéseket abbahagytuk. Azok az elszomorító adatok, a melyek a scopolaminról mindenfelől a napvilágra jutottak, a legnagyobb óvatosságra intettek bennünket, s annál is inkább óvatosságra intettek, mert hiszen a szülészetben egyszerre két lény áll minden kísérletünknek középpontjában, egyszerre két élet van minden emberi érzésünkre reábizva. Ezért lépésről lépésre haladva előre, csak később állapodtunk meg a szernek bizonyos magasabb adagjánál, a mely azonban másoknak oly sűrűn használt nagy adagjaihoz viszonyítva határozottan kicsinynek mondható. A legmagasabb adag, a mit befecskendeztünk, a scopolaminból 0.6 mgm. kétszerre elosztva és 1 cgm. morphium volt, az eseteknek legnagyobb részében azonban kevesebbel is beértük. Az egyetemi gyógyszerházból naponta kétszer, reggel és délután friss és lelkiismeretesen elkészített oldatokat kaptunk (Merek-, később Böhlinger-féle scopolamin), az alkalmazás előtt pedig mindig megcsináltuk az oldatnak vegyi próbáját is. Hogy mindezeknek ellenére a legnagyobb óvatosságra és vigyázási képességünknek legteljesebb igénybevételére volt szükség, annak messze kiáltó és bizonyító példáit megtaláljuk eseteinkben.

80 esetünkben 30 esetben (= 37.5%) a fájásoknak feltűnő romlását (háromszor teljes megszűnését), 21 esetben (= 26.2%) a hasprésmunka gyöngülését, 6 esetben (= 7.5%) annak tökéletes felfüggesztését, mint a befecskendezett scopolamin-morphium hatásának egyenes következményeit észleltük. Érdemes itt külön fölméltetni azt a jellemző esetet, a melyben egy IVP. asszonynyal volt dolgunk. A szülőnő sűrű, erőteljes fájásokkal jött a szülésszobába. Két injectio után a fájások tökéletesen kimaradván, pontos külső vizsgálatot végezhattunk és a hosszúra elnyúló, teljes fájásszünetben sikerült egészen bizonyosan felállítani az ikerterhességnek diagnózisát, a melynek jelenlétéről a fájások megszűnéséig a sűrű méhösszehúzódások miatt meggyőződésünk nem lehetett. 8 esetben a szülés erősen elhúzódott és pedig a befecskendezés után egyszer 40 óráig, egyszer 34 óráig és egyszer (VIP. asszonyon) tünőfélben levő méhszájtól számított 22 óra hosszáig tartott. A kitolási időszak

¹ Gauss közleménye szerint a freiburgi klinikán az észlelést és a befecskendezéseket is bába eszközölte! (Münchener med. Wochenschrift, 1907. 4. sz.)

16 (= 20%) szülönőn nyúlt meg, 10 asszonyon 4 órán túl tartott. Atoniás vérzést ötször láttunk. Az elhúzódó szülést 14 esetben (= 17.5%) kellett műtéttel befejezni, mindannyiszor az anya részéről fennálló prophylaxisos indicatio mellett, a magzat vitális indicatiójából. A műtétek között 7 expressio, 2 üregfogó, 3 kimenetfogó, 1 magas fogó, összesen 6 fogó (= 7.5%),¹ 1 láblehozás és extractio fordult elő. A magzatok 7 esetben (81 magzatra = 8.64%) voltak asphyxiások, tehát itt a százalék a koponyafekvéses szülések után nálunk észlelt asphyxiák százalékához képest 5.69% emelkedést mutat. Meg kell még jegyezni, hogy az előbb említett ikerszülés kivételével, a melyben a második magzat lábfekvésben volt, egyedül csak koponyafekvéses szülésekben adtuk a szert. Az asphyxia legtöbbször a köldökzsinór lekötése után jelentkezett, a mi tehát megfelel az általános tapasztalásnak is. Kifejezett oligopnoét percenként 16—24 légzéssel három esetben (= 3.7%), rendetlen légzést és szívűködést két esetben (= 2.46%) észleltünk. Soporosus volt 10 (= 12.3%) magzat és pedig egy 15 óráig, egy 24 óráig. Összeadva már most a magzatokra vonatkozó számokat, 22 (= 27.15%) tehát azoknak az eseteknek a száma, a melyekben nem minden komoly aggodalom nélkül kellett az újszülötteket megfigyelni. A mi a magzatoknak a halandóságát illeti, 2 olyan magzatról kell említést tennem, a kiknek elpusztulása az egyik esetben közvetve, a másik esetben közvetlenül, kétséget kizáró módon az eljárást terheli. Az egyik esetben egy rendes medencéjű VIP. asszonyról volt szó, a kinek tűnőfélben lévő méhszáj és rendes, 5 perces fájások mellett adtunk 2-szer 0.3 mgm. scopolamint és 1 cgm. morphiumot, mire a fájások megszűntek és 20 óra hosszáig alig-alig, csak itt-ott mutatkoztak. Ezután a fájások újra megindultak és a magzat a befecskendezéstől számított 22. órában enyhe expressio segítségével, asphyxia nélkül ugyan, de egy a jobb fulesonton a promontoriumnak hosszú, órákon át tartott nyomásától származó, 3—4 cm. hosszú és mély, vérző nyomásjeggyel született meg. A gyermek a VI. napon meghalt, a boncolat a koponya sebének nekrosist mutatva ki. A másik esetben — és erre akarom különösen felhívni a figyelmet — egy IIP. asszonynak 0.3 mgm. scopolamint + 1 cgm. morphiumot adtunk. A szülönőn kifejezett hatás nem volt észlelhető, a befecskendezés után egy óra múlva már meg is szült. A magzat megszületésekor hangosan sír, 2 perc múlva azonban 1—2 halk nyöszörgés után apnoés állapotba kerül. 36 Schultze-lóbálásra ismét lélekzeni kezd, de sírásra birni nem tudjuk. 24 óráig mély álomban van, lélekzése 128—140, szívűködése 160—170 és rendkívül arythmiás. Az arc cyanosissos, a kéz és arc izmaiban rángások jelentkeznek. A szülés után egy nap múlva tér magához, szopik is. Másnap reggel a légzés ismét megszűnik és a gyermek születése utáni 38. órában meghal. A boncolati jegyzőkönyv a következőket mondja róla: „A légcsőben és hörgőkben kevés tapadós nyálka, a tüdők állománya a hátulsó részeken tömöttebb; néhány tömöttebb, bővérű és törékeny részletet kapunk. Egyéb eltérés a szervekben nincs. Bronchopneumonia bilateralis.“ Az említett tünetek a leg súlyosabb scopolamin-mérgezésnek félreismerhetetlen és csallhatatlan képét adták. Hogy ilyen körülmények között az atelectasia és pneumonia könnyű szerrel kifejlődhetett, ahhoz kétség egyáltalában nem fér. Ezt az esetet azonnal követte a scopolamin adagjainak felére (0.00015) való leszállítása.

És most egyszerűen csak érintve említem meg az amnesiát, az emlékezésnek hiányát. Azok, a kik állítják, hogy az eljárás az orvosi tudományban valósággal korszakot hagyott maga után, az amnesiát olyan sarkpontnak, olyan mellőzhetetlen feltételnek tekintik, a mely körül az egész „scopomorphinisatio“ forog és a melyet figyelmen kívül hagyva, a methodus végképen érvénytelenné válik. A mi eseteinkben az emlékezethiány feltétlen elérésére nem törekedtünk; annyira menni, hogy az emlékezésnek még a nyomát is biztosan eltöröljük, a tapasztalásainkból önként folyó okoknál fogva nem volt bátorságunk. Tökéletes és tökéletlen amnesiát 80 esetünk közül mindössze 11-szer (= 13.7%) észleltünk. A szülönők fájdalmának enyhülését, a miről voltaképpen előbb kellett volna szólni, mert hiszen ez az eljárásnak az a része, a mely a humanismus lapjára van feljegyezve, 33 esetben (41.2%) értük el; hogy

¹ Az I. számú női klinika fogó 0/0-a az utolsó 3 esztendőben (4624 szülés) = 1.68%!

milyen áron, azt már az imént volt szerencsém elmondani. A 33 esetből azonban 30 esetben a jó szülőfájások erejükben is sokat veszítettek vagy hosszabb időre a szülés rendes tartamú lefolyásának rovására meg is szüntek. Ezt látva, nem esoda tehát, ha első érzésünk az volt, hogy a mit az egyik kezünkkel adtunk, azt a másikkal elvettük! Melléktünetek: fáradtság, levertség, szomjú, ság, torokszárazság, stb. 52 esetben (= 65%) fordultak elő; egy szülönőn 2-szer 0.3 mgm. scopolamin és 0.01 gm. morphium hatása-ként, egy másikon pedig 2-szer 0.00015 gm. scopolamin és 0.01 gm. morphium után hallucinatiót és deliriumot is láttunk (2.5%). Egy esetben 0.00015 gm. scopolamin befecskendezése után stenocardiás roham támadt.

Ezek azok a számok, a melyek a mi véleményünk szerint egy nehezen minősíthető eljárásról minden szónál fényesebben beszélnek. A scopolamin oly nagy és — erre kell a súlyt helyezni — hatásában olyannyira kiszámíthatatlan méreg, hogy az alkalmazása-kor sohasem tudjuk előre megmondani, vajjon nem fogja-e bajba, romlásba vinni a vajudó asszonyt, a kin vele segíteni akartunk, s még kevésbé számíthatjuk ki a hatást, a melyet a gyenge kis magzat testére fog gyakorolni. Csak Lewin, Liebreich és Langgaard véleményét óhajtom még idefűzni, a kik szerint a scopolaminnak már $\frac{2}{10}$ mgm.-ja is felnőtben, különösen pedig nőben „enormis erősen“ hathat. Bizvást el lehet tehát mondani a scopolaminról, hogy a szervezetre nézve minden tekintetben *incompatibilis alkaloida*, a melynek már a legkisebb adagjaira is a legmérgesebben, a legnagyobb visszahatással felelhet a szervezet. Elismerjük, hogy sok száz eset minden baj nélkül mulhat el, de soha sincs semmiféle biztosíték arra, hogy a mi még azután következik, minden komolyabb eseménytől mentes lesz-e? Mindezeknek alapján a scopolamin-morphium-eljárásról nem sok jót mondhatunk, az orvosgyakorlatban senkinek sem ajánlhatjuk.

A könnyű szemléltetés czéljából a már előbb felsorolt szer-zők, valamint a magunk eredményeit is táblázatban állítom össze:

	Eset-szám	Fájás-gyön-gülés	Hasprés-gyön-gülés	Oligo-pnoé száma	Asphy-xia száma	Meghalt magzatok száma
Gauss	1000	—	—	181 (18.1%)	96 (9.6%)	—
Hocheisen	100	36%	24%	18 (18%)	15 (15%)	2 (3)
Gminder	100	27%	?%	18 (18%)	15 (15%)	1
Preller	220	25%	?%	54 (25%)	1 + 5 apnoe	1 (?)
Bass	107	?%	9% has-prés=0	9 (8.4%)	4 (3.77%)	1
Budapesti I. sz. női klinika	80 (81 magzat)	37.5%	26.2%	3 (3.7%)	7 (8.64%)	2
Összesen	1607	—	—	283 (17.6%)	143 (8.89%)	7 (8) (0.43% ill. 0.49%)

És most, miután a scopolamin-morphium-eljárás körül a mások és a magunk szerelte tapasztalásokat előadtam, még egyszer végigtekintek rajtuk. Végigtekintek és keresem a vélemények közötti különbségeket. Ezeket azonban — ha csak Gauss ezikkeiben nem — alig tudom feltalálni, mert a kísérletekből lesűrődött megfigye-lések olyannyira egybehangzó, hogy a szerzők között netalán egyik-másik tekintetben meg is nyilvánuló lényegtelen nézetbeli el-térések úgyszólván elenyésznek a közös tapasztalások nagy harmo-niájában. Mint egy ember, szinte úgy megegyeznek valamennyien abban, hogy a scopolamin hatásában mindig kiszámíthatatlan alkaloida, mely a különböző egyének szerint soha előre meg nem állapítható módon fejti ki működését. Egy értelmén vannak vala-mennyien abban is, hogy a scopolamin a sima és harántesikolt izomzatra gyakorolt hatásánál fogva a méh és hasprés munkáját sokszor kártékonyan befolyásolja. Gauss ezzel ellentétben azt állítja, hogy a bódulatban a szülőfájások némelykor erősbödnék és rendesebb időközökben kezdenek jelentkezni. A scopolaminnak, ennek a

„motorius mérég“-nek ilyen hatását azonban alig lehet elképzelni s Gauss észlelése csak úgy magyarázható, hogy eseteiben, melyekből tapasztalásait meríti, a kiszámíthatatlanul működő scopolamin az illető egyént ebben a tekintetben talán érintetlenül hagyta. A bódulatra egyesek azt szokták mondani, hogy „nem veszélytelen“, mások a tagadó mondatot állító formába öltöztetve, kimondják, hogy „az eljárás veszélyes“. A scopolamint úgy ismerjük, mint a legnagyobb szív- és idegmérgek egyikét. A szívre, idegrendszerre gyakorolt heves hatását akárhányszor van alkalmunk tapasztalni. A lassú, majd hirtelen szaporodó, arythmiás érverés, az idegrendszer részéről a rendkívüli izgatottság, hallucinációk és deliriumok sokszor már kis adagokra, hirtelen, váratlanul és eljéztő módon jelennek meg. Ha valahol, úgy a scopolamin-eljárásban elmondhatjuk, hogy emberi szemünkkel nem tudunk olyan messzire nézni, hogy mindent megláthassunk. Itt próféciát adni ugyan sohasem tudunk. Soha még csak nem is sejthetjük, milyen mértékben, milyen irányban fog a „legborzasztóbb mérég“ (mint Hocheisen nevezi) hatása megnyilatkozni. A kellemetlen melléktünetekre Gauss megjegyzi, hogy ezek annak a jele, hogy a szerből kevesebb is elég lett volna. Ha a kellemetlen jelenségek kifejlődtek, akkor Gauss okoskodása már későn érvényesített előre látás lesz. A scopolamin adagolásakor bajba kerülhetünk az anyával, meg a magzattal is. Az anya részéről fenyeget a szülés elhúzódása, a magzat részéről az asphyxia. Az előbbi a műtéteknek és a megbetegedéseknek, az utóbbi a magzatok halandóságának emelkedését vonja maga után. A szüléset történetébe pillantva azt látjuk, hogy a magzat érdeke a multhoz viszonyítva ma mindinkább előtérbe nyomul, a veszedelemben levő magzat életét megmenteni most már majdnem olyan feladatunk, kötelességünk, mint az anya életének a megmentése. E szerint kezd átalakulni a műteti technika is. A scopolaminisatio azonban vajmi kevésbé alkalmas arra, hogy vele a magzat ügyének szolgálatába szegődjünk, mert minden mérég, a mely az anya egészségét és életét fenyegeti, egyúttal a magzat egészségét és életét is veszedelemnek teszi ki. Stumpf említi „Die gerichtliche Geburtshilfe“ című munkájában, hogy Gusserow, Zweifel, Runge, Fehling stb. vizsgálatai kétségtelenül beigazolták, hogy az oldott substantiák igen gyorsan haladnak át a lepenyén s a magzatot már igen csekély méregmennyiség is megölheti a nélkül, hogy a mérég testében kimutatható volna! Nem szükséges azonban, hogy a mérég közvetlenül hasson a magzatra. Az intoxicatio közvetett úton is árthat, például olyankor, a mikor hatása alatt a méh beidegzése és sima izomzata (!) szenved. Vérkeringési zavarok, érgöres, vérszegénység, vérbőség a méh falában, a vérnyomás emelkedése mind olyan viszonyokat teremthetnek, a melyekben a magzat testében szén-savfelhalmozódás és asphyxia könnyű szerrel jöhet létre. Stumpf említi az újszülötteket is, a kik egész csekély méregmennyiséggel szemben ugyancsak (pl. opium) különösen érzékenyek. Nem mulasztatom el, hogy ne utaljék pár szóval Olshausennek egyik nemrégiben megjelent cikkére is, a melyben figyelmeztet, hogy a chininnel terhésekben csinján bánjunk, mert úgy látszik, hogy még ez az ártatlan szer sem közömbös a magzat szervezetére. Ha mindezeket figyelembe vesszük, lehetetlen elzárkózunk a gondolat elől, hogy ha például a chinin és az ártatlan szerek közönséges adagjai, mérgek apró töredékei már közelről érinthetik a magzat testét, akkor mire képes az anya bőre alá bejuttatott nagyobb mennyiségű scopolamin a hosszúra elnyúló bódulat alatt. Ha a fenti táblázatra egy pillantást vetünk, rögtön megérthetjük, hogy mire képes, mert azt látjuk, hogy 1607 scopolaminozott asszony szülésekor 143 magzat (8.89%) született asphyxiában, 283 oligopnoében (17.6%) vagyis olyan állapotban, melyet csak egy lépés választ el az álhaláltól és annak következményeitől.

Összesen tehát 426 esetben, az esetek több mint $\frac{1}{4}$ -ében kétséges volt a magzatok sorsa. Ily nagy számmal szemben aránylag kevésnek tűnik fel a méhen kívül elhalt magzatok száma, de voltaképen nagyon sok. Gauss eseteit nem számítva (mert ő, mint Hocheisen mondja, a halálokat másban keresi), a 607 esetre 8 halállal végződött eset jut, a mi megfelel 1.31% -nak. A magzat asphyxiássá lehet a scopolamin-morphium közvetett vagy közvetlen hatásaként (a szülés erős megnyúlása folytán) és elpusztulhat közvetlenül a mérég folytán, vagy pedig az általa előidézt asphyxia következményeiben, atelectasiában, pneumoniában, bronchitisben.

Az elmondottak alapján annak a kérdésnek az eldöntése,

vajjon alkalmas-e a scopolamin-morphium-bódulat a magángyakorlat számára, bizonyára nem nehéz. Krönig azt mondja, hogy alkalmas, sőt közleményéből az tűnik ki, hogy ott a legalkalmasabb. A szülőszobában, a hol egyszerre 6—7 szülő nő fekszik egymás közelében, szerinte a tökéletes bódulat lehetetlen, ellenben a magángyakorlatban, magukban, elkülönítve szülő asszonyokon a tökéletes amnesziát elérni már sokkal könnyebb. Krönig hangoztatja, hogy egész műtői tevékenységében soha annyi háladatosságot nem tapasztalt, mint a mennyiben a scopolaminos bódulatokért része volt. A hogyan Hocheisen és maga Gauss is lefesti a „scopolaminisatio“ asszonyoknak többször észlelhető állapotát, azok után alig tudjuk Krönig állítását megérteni. Az ilyen szülő nők mély álomban vannak, de a fájásokra fölajdulnak; arcuk piros vagy kékesvörös, duzzadt, végtagjaik, arczizmaik rángatóznak; némelykor nagyfokú nyugtalanság vesz rajtuk erőt, az ágyról leugranak, delírlnek, hallucinálnak. Ezek a tünetek Hocheisen szerint a vajudóra nem sokat, de a laikus közönségre nézve annál többet jelentenek. A szülő nő családtagjai fájdalomtalan szülést, nyugodt álmot várnak, e helyett megdöbbentő mérgezést látnak maguk előtt. Ezért pedig — mint Hocheisen megjegyzi — nehezen lesz a család hálás az orvosnak, különösen, ha a scopolamin működésében bizva, még magára is hagyja a szülőasszonyt. Mint látjuk tehát, a bódulat folytonos és szigorú felügyeletet követel. Gaussnak az a kívánsága, hogy a gyakorló orvos is tartsa a szülő nőt és magzatát állandó vigyázás alatt, csak „pium desiderium“ maradhat. Krönig említi cikkében, hogy az érzékeny nők szülőfájdalma már nem rendes dolog. Szükséges tehát fájdalomukat csillapítani, mert ez által közérzetük a gyermekágyban jobb lesz s a nagy testi-lelki szenvedéssel járó szülés nem fog psychéjükben eltörülhetetlen nyomokat hagyni. Hallgatói, a kik a gyermekágyasok iránt érdeklődtek, az asszonyokat már az első napon ágyon kívül láthatták (!). Hogy az eljárással kevesebb lett-e a hysteria, hogy kevesebb asszony vezet-e most már vissza baját, betegségét a szülésre, erre vonatkozó adatokat Krönig cikkében nem találunk. Mindenesetre érdekes, hogy Krönig ezeket az előnyöket éppen a legnagyobb idegmérgekkel gondolja megvalósíthatónak!

A rossz eredményektől nyüzsgő a scopolamin-morphium-bódulat körül rövid idő alatt támadt terjedelmes irodalom, miért is — azt hiszem — joggal vélekedhetünk úgy, hogy ez az eljárás, mely „megmérgetett és igen könnyűnek találtatott“, legalább is mai mivoltában alig lesz hosszú életű. De előbb kipróbálják mindenfelé, mielőtt Tedeumot mondanának fölötte. És ez így van helyesen. A különféle methodusok az orvosi tudomány minden terén ma már úgy teremnek, mind mocsaras talajon a gomba. Éppen ezért igazat kell adni Hocheisennek, hogy az eljárásokat, mielőtt valaki jónak jelenti ki, a legerősebb kritikán kell átszűrni, nehogy a kísérletező intézetek „Lehrgeld“-je nagy legyen. A scopolaminnal szemben pedig igaza van Siebernek, a ki a be nem vált narcosis súlyos hátrányainak láttán felkiált: „weg mit dem Gifte!“

Gminder, Hocheisen, Preller és még sokan mások cikkeinek, úgy gondolom, főként az a czéljuk, hogy a gyakorló orvost óvják a scopolamin-morphium-eljárás netaláni alkalmazásától. Kritikát, érvet, ellenérvet, számadatokat és eseteket jó részben én is azért gyűjtöttem össze, hogy ezt a czélt szolgáljam.

Irodalom. 1. Doederlein-Krönig: Operative Gynäkologie. — 2. Liebreich-Langgaard: Compendium der Arzneiverordnung. — 3. Krönig: Schmerzlose Entbindungen im Dämmer-schlaf. Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 23. sz. — 4. Gauss: Geburten im künstlichen Dämmer-schlaf. Archiv f. Gynäk., 78. kötet. — 5. Gauss: Die Technik des Skopolamin-Morph.-Dämmer-schlafes in der Geburtshilfe. Zentralblatt f. Gynäk., 1907. 2. sz. — 6. Gauss: Bericht über das erste Tausend Geburten im Skopol.-Dämmer-schlaf. Münchener med. Wochenschrift, 1907. 4. sz. — 7. Hocheisen: Geburten mit Skopolamin-Morphium. Münchener med. Wochenschrift, 1906. 37. sz. — 8. Hocheisen: Nochmals zu den Geburten mit Skopol.-Morph. Münchener med. Wochenschrift, 1907. 11. sz. — 9. Gminder: 100 Fälle von Morphium-Skopolamin-narkose in der Geburtshilfe. Beiträge zur Geburtshilfe u. Gynäk., 1907. 12. kötet, II. füzet. — 10. Preller: Zur Anwendung von Skopol.-Morph. in der Geburtshilfe. Münchener med. Wochenschrift, 1907. 4. sz. — 11. Bass: 107 Geburten in Skopol.-Morph.-Halbnarkose. Münchener med. Wochenschrift, 1907. 11. sz. — 12. Th. Landau: Eine Methode zur Abkürzung normaler Entbindungen. Berliner klin. Wochenschrift, 1908. 1. — 13. Klien: Neure Mitteilungen zur Narkose. Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynäk., XXIV. kötet. — 14. Sieber: Beitrag zur Skopol.-Morph.-Narkose in der Gynäkologie. Zentralblatt für Gynäk. und 24. sz. — 15. Olshausen: Ueber die Geburt bei engem Becken und ihre Behandlung. Berliner klin. Wochenschrift, 1908. 1. sz. — 16. Stumpf: Die gerichtliche Geburtshilfe.

Közlés a kolozsvári egyetem bőr- és bújakórtani klinikájából.

A diphtheriás bõrgyuladásról (bõrdiphtheria).

Irta: *Marschalkó Tamás* dr., egyetemi tanár.

(Vége.)

M. Mariska, 1 $\frac{1}{2}$ éves, szászfenesi (Kolozsmegye) leánygyermek 1907 április 24.-én vétetett fel a bõrön és a nemzõrészeken levõ elváltozások miatt kórodámra. Anyja s egy testvére egészséges, védhimlõvel oltatott, eddig beteg nem volt. Mostani betegségére nézve anyja elõadja, hogy körülbelül 3 hét elõtt, a nélkül, hogy elõbb valami különösebbet vett volna észre a gyermekben, a bal szájzugban egy kis seb keletkezett; anyja azt hitte, hogy a gyermek „megesõmõrlött”; majd pár nappal késõbb a jobb fül mögötti tájon is seb keletkezett; egy héttel késõbb anyja észrevette, hogy a gyermek folyton genitáliái felé kapkod; megnézte és egy egészen kis sebet látott a vulvában, a mely akkor alig fillérnyi volt. Hogy a gyermeknek a torka fáj, azt anyja nem vette észre; mostani betegsége elõtt állítólag teljesen egészséges volt; otthon levõ második gyermeke most is teljesen egészséges.

A jelenállapotból és a kórlefolyásból a következõket említem meg:



I. ábra.

A korához képest elég jól fejlett, de kissé gyengébben táplált leányka bőre feltűnően halvány, a végtagok hűvösebbek, cyanosisosak. A bal szájzugban a nyálkahártyára is áttérjedőleg egy hosszúka alakú, körülbelül kishabnyi nagyságú, éles szélű fekély (I. I. ábra), a mely körül a bőr erősen beszűrődött, kemény; a fekély alapján erősen odatapadó, szennyes-szürkés színű lepedék; az arcz jobb oldalán, a járomesontnak megfelelőleg egy körülbelül lencsenagyságú, piros udvarral körülvett, vöröses-sárgás pörk.

Mind a két fülkagyló felső-hátulso felületén a bőr mintegy fillérnyi terjedelemben kifehélyesedett; a fekély éles szélű és elég mély, egészen a porzig hatol; alapján zöldes-szürkés, erősen tapadó lepedék. A halántéktáj bőrén, közvetlenül a fülkagyló mögött, mindkét oldalon, de különösen jobb oldalon egy félkör alakú, elég mély fekély, a mely a fülkagylónak mintegy lenyomatát képezi; a fekélyek éles, meredeken lefutó szélűek; alapjuk, a mely helyenként több mm. mély, elhalt szövetszálakkal és szintén erősen tapadó szennyes barnás-szürkés színű lepedékkel fedett; a fekélyek körül a bőr livide elszínesedett, beszűrődött, majdnem deszkakemény (I. II. ábra). A jobb lágyékahajlatban egy nagyobb, kissé szabálytalan, orsóalakú fekély, a melynek hossziránya összeesik azzal; hossza körülbelül 3—3.5 cm., szélessége 1 cm.; a fekély szélei éles határuak, mélysége ellenben sokkal kisebb, mint a fülkagyló mögötti fekélyeké és csak a corium felső részére terjed ki; alapja szennyes zöldesbarnás,

erősen tapadó lepedékkel fedett. A környezetben a bőr lobosan beszűrődött, livid; helyenként feltűnően kemény tapintatú. A bal lágyékahajlatban a bőr ép; mindkétoldali lágyékmirigyek erősebben beszűrődöttek. A szeméremrészről penetráns bűzű váladék szivárog; a nagyajkak duzzadtak, erősen infiltráltak; belső részük teljesen kifehélyesedett, részben üszkösödött, szennyes szürkészöldes, üszkös ezafatokkal fedett (I. III. ábra). A nyelv nedves; a szájban, torokban csak mérsékelt belőveltség van; lepedék sehol sem látható, csak a nyelv csúcsán van egy kis, körülbelül kölesnyi, sárgás alapú, élénkpiros udvartól körüvezett, felületen fekély és a jobb mandulán egy kis, tífuszásnyi, gyanús sárgás pont. A tüdők felett eltérés nincs; a szív működés szapora, a szívhangok tiszták, a radialis-érlekés alig érezhető; a máj nem tapintható; a léptompulat felső határa a 6. borda alsó szélén. A beteg igen elesett, aluszékony; behatásokra gyengén reagál. Hőmérséke 37.8.

A kórjelzés megállapítása nem volt egészen könnyű; a beteg egész állapota súlyos pyaemiás fertőzés gyanúját keltette; első gondolatunk az volt, hogy talán egy ekthyma infantileből kiinduló gangraena nosocomialis van jelen; a fekélyek váladékának azonnal megejtett mikroszkopos vizsgálata azonban a fusospirillumos fertőzés gyanúját nem igazolta; a váladékban épen úgy, mint a lekapart lepedékben, nem találtunk sem spirillumokat, sem pedig fusiformis



II. ábra.

bacillusokat; túlnyomó részben strepto- és staphylococcusok voltak jelen, meg kisebb számmal kissé duzzadt végű, egyenetlenül festődő pálczikák, a melyek nagyon hasonlítottak a Löffler-féle bacillusokhoz. A vulva kaparékaiban ezenkívül számos rothadási baktérium, fonalak stb. voltak jelen. E mellett azonban be kellett vallani, hogy a klinikai tünetek sem feleltek meg egészen a fusospirillumok által okozott üszkösödésnek. Mindenekelőtt hiányzott, különösen a bőrfekélyeken, az a sajátos penetráns bűz, a mely oly jellemző a fusospirillumos üszkösödésekre, azután meg a környező szövetek is sokkal keményebbek voltak, mint azt azokon látni szoktuk; bõrdiphtheriát látni még nem volt alkalmam, annak a kórképét csak leírásból ismertem, de épen azok az erősen tapadó szennyes-szürkés színű alhártyák, meg a váladékban bár gyér számmal található, a Löffler-féle bacillusokhoz hasonló pálczikák a diphtheria gyanúját keltették fel bennem, noha a nyálkahártyákon diphtheriára jellemző tüneteket nem találtunk. Ezért a fülmelletti fekélyek, a lágyékahajlatban levő fekély, valamint a vulva lepedékéből azonnal oltásokat eszközöltünk vérsavóra, a melyen már 24 óra múlva a diphtheriabacillusokra egészen jellemző tenyészetek fejlődtek, a kis beteget a belorvostani kóroda fertőző osztályára tettük át, miután elõbb a bal fül mögött és a jobb lágyéktájon levő fekély széléből egy kis darabkát szövettani vizsgálatok céljaira kimetszettünk és formalinban rögzítettünk.

A fertőző osztályon a kis beteg azonnal gyógyszerumoltásban részesült; azonban annak ellenére, hogy összesen 3000 I. E. serumot kapott, állapota folyton rosszabbodott és a szív működés fokozatos gyengülése közben, mialatt az esti hőmérsék nem emelkedett 38,2, illetve 38,4 fölé, csak a pulsus lett folyton gyengébb és szaporább (az utolsó napon 130), 3 nap múlva, április 28.-án éjjel meghalt.

A kórbonecolást április 29.-én délelőtt *Buday* tanártársam személyesen volt szíves végezni; az érdekes boncolásjegyzőkönyvet egész terjedelmében óhajtom közölni.

72 cm. hosszú, valamivel gyengébben táplált, erősen halvány leánygyermek. Hajzat szőke, elég hosszú, homlokudorok valamivel jobban kiállanak. Pupillák középtágak, egyenlők. Orrnyílások tiszták. A bal szájugon jó borsónyi fekély, mely különösen a köztakarót, kevésbé a nyálkahártyát illeti; külső zuga beszáradt, a belső sűrű genyes lepedékkel fedett; a jobb járomesont közepe táján lencsényi sárgás pörk. A jobb fülcimpa felső részének hátulso felülete mintegy fillérnyi terjedelemben kifekélyesedett, elég mély, éles szélű, alján genynyel fedett anyagihiány alakjában; a halántéktáj bőre közvetlenül a fülkagyló felett ugyanilyen területen, mintegy az előbbinek lenyomatát képezve, hasonló fekélylye alakult, melynek aljáról barna, elhalt szövetszövet lóg le. Majdnem teljesen hasonló nagyságú és jellegű elváltozás van a bal fül- és halántéktáj megfelelő részén, azon különbséggel, hogy bal oldalon a fülcimpa alatt is mintegy kis fillérnyi, meglehetősen éles, kivágott



III. ábra.

szélű, aránylag eléggé mély, 3 mm. mélyre terjedő fekély van, egyenetlen, beszűrődött alappal, genyes lepedékkel borítva.

Nyak vékony, mellkas domborad. Has mérsékelten puffadt, a bal lágyéktáj aránylag elég ép, jobboldalt ellenben egy felszínes, de elég kiterjedt fekély van, mely nagyjában orsóalakú, hossziránya a lágyék-hajlattal összeesik, mintegy 3,5 cm. hosszú, harántul 1 cm., csupán a corium legfelső részére terjed, 1 mm. mélységű; alapja piszkos barnás-szürkés lepedékkel fedett; alsó részében valamivel mélyebb; környezetében jó tallérnyi udvarban a bőr livid, merev, vaskosan beszűrődött. Ez alatt a czombon egy lencsényi hólyag.

Nagyajkak ujnyi vastagok, duzzadtak; mediális felületük teljesen kifekélyesedett, fakósárga, szürkésbarna pörkkel fedett, a mely merev, az alappal feszesen összekapaszkodott; a szélek felé belövelési udvar; a hámszövetekben levált.

A lágyék-hajlati fekély alapját átmetszve, a mélyben a boralatti zsírszövet genyes beszűrődése mutatkozik; ugyanitt duzzadt, sötétvörös, megnagyobbodott nyirokmirigyek is vannak. Közvetlen a fekély alatt a boralatti zsírszövet erősen belövelt, vizenyős, infiltrált.

Hasüregben semmi folyadék, hashártya ép; a kissé puffadt máj a bordaív alól kinyúlik. Rekeszdomborulat jobboldalt 4–5., baloldalt 5. borda. Szívburokban tiszta savó. Szív mérsékelten összehúzódott; izomzata középtömött; billentyűk épek.

Tüdők szabadok, hátulso részeik kissé szederjeseek, egyébként légtartalmúak mindenütt; metszéslapon semmi rendellenes; hörgőkből kevés savó ürül. Peribronchialis mirigyek nem nagyobbak.

Nyelv nyálkahártyája halvány, csak a csúcsán van egy kender-magnyi, pörkös alapú, sárga fekély, élénkpiros udvarral. Nyelvgyök nyálkahártyája halvány; epiglottis szélei, garat, sinus pyriformis belöveltek, úgy a szápadívek és a hátulso garattal is, míg a lágyszájpad elég halvány, ép úgy az uvula is; utóbbiak nasalis felszíne élénkpirosan belövelt.

Ezen vérdús területek finom szürkés lepedékkel borítottak, részint hámfosztottak.

A jobb tonsilla teljesen ép, míg a baloldali felületének nagy részén hámfosztott, belövelt. A bárzsing nyálkahártyája halvány, ép úgy a gége és légcső is.

Lép súlya körülbelül 20 gramm, elég duzzadt folliculusok a metsz-lapon; egyébként középtömött.

Vesék duzzadtak, burok jól leválik, felületén pontszerű vérzésekkel; kéreg vérszegény, sárgásszürke; pyramisok halvány barnavörösek. Általában a vese feltűnően petyhüdt. Egy vese súlya 50 gm.

Máj burokalatti részei szederjeseek. Metszéslapján kissé livid, halvány szerezendiórajzatú.

Gyomorban sok túrószerű, emésztett tej; nyálkahártyája halvány. Vékonybelek nyálkahártyája halvány. Payer-plaque-ok mérsékelten duzzadtak. Vastagbelek nyálkahártyája halvány; a magános tüszők helyén barnás pettyek.

Hügyhólyag nyálkahártyája halvány. A hüvely egész kiterjedésében szennyes feketésbarna, pörkös nyálkahártyával bir, a mely hasonló a puerperális endometritis üszkösödéséhez. A ránczok elég merevek a felső részen, lejjebb szétmállók; legnagyobbfokú a szétmállás a hüvelybemenetnél, a mely bűzös czafatokká van szétesvé. Eme elváltozás egészen a fornixig folytatódik, s csak a hüvelyi rész által fedett boltozaton hiányzik. A hüvellyel jelentékenyen megvastagodott, s a barnaspörkös részt a vizenyős külső rétegektől sárgászöld demarcatiós genyes csik választja el. A medenceszervek kivételkor feltűnik, hogy a kétoldali vena spermaticák mentén sárgászöld genyesikok haladnak a medencéből a promontorium két oldalán a retroperitoneális tájra, nyilván genynyel telt nyirokerek által feltételezve s ezek körülbelül a negyedik ágyécsigolyatest magasságában szűnnek meg. A baloldali czombhajlatban egy mogorónyi nyirokmirigy majdnem teljesen elgenyedt. Ugyancsak genyes beszűrődés van a jobb lágyék-hajlat fekélye alatt is, a mely a medence kötőszöve felé a nagyerek mentén folytatódik.

Fejbőr halvány; koponyán semmi rendellenes; burkok, agy közép-értartalmúak; utóbbi meglehetősen lágy; kamaráiban tiszta savó.

Bakterologiai lelet. Az üszkös hüvelyfekély kaparékában fuchsinos fedőlemezkészítményben nagy staphylococcus-tömegek és rövid streptococcus-lánczok, azonkívül hosszú, kissé hajlott, szögletes végű bacillusok, igen gyéren bunkós végű és fusiformis bacillusok láthatók; spirillumok nincsenek. A vulvában hasonló baktériumok mellett még hosszú fonalak is látszanak.

A tonsilla és a garattal lepedékéből vérsavón 24 óra alatt diphtheriabacillusoknak tiszta kulturája fejlődött. Hasonló tenyészetek fejlődtek a fültáji fekélyből is. A genyedésekből (lymphangoitis és elgenyedt nyirokmirigy) staphylococcusok és streptococcusok eredtek meg; fedőlemezkészítményben a genyben csak diplococcusok voltak találhatóak, tehát a gangraena nosocomialis olyan alakja, a minő egyszer már észleltetett a kórbonecoltani intézetben, kizárható.

Diagnosis: Pharyngitis acuta, ulcus superficiale tonsillae sinistrae. Ulcus apicis linguae, anguli oris et regionis temporalis utriusque diphtheriticum. Ulcus regionis inguinalis sinistrae, vulvovaginitis gangraenosa. Phlegmone femoris dextri, lymphangoitis purulenta pelvis et telae retroperitonealis. Lymphadenitis purulenta glandulae femoralis sinistrae. Tumor lienis acutus. Nephritis acuta haemorrhagica.

A boncolás eredményeképp valószínűnek kell tartani, hogy a bántalom a torokban kezdődött mint enyhe torokdiphtheria; másodlagosan inficiáltatott a bőr és különösen a vulva, a hol a bántalom súlyos sepsises jellegű oltott és másodlagos tovaterjedő genyedés társult hozzá a nyirokutakban.

Természetes dolog, hogy nagy érdekléssel néztem a szövettani vizsgálatok eredménye elé, annál is inkább, mert valószínű volt, hogy a diphtheriabacillusok mellett a szövetben is a másodlagos genyedés-bakteriumok lesznek túlsúlyban.

A szövettani vizsgálat céljaira a már említett és még az előbből a fül mögötti és a lágyéktájon levő fekély széléből kimetszett bór darabkán kívül *Buday* tanártársam a boncolás alkalmával a vulván és a jobb lágyék-hajlatban lévő fekély széléből, a baloldali lágyék-hajlatban lévő és ép bőrrel fedett nyirokmirigyből és a baloldali tonsillából meg lágyszájpadból vágott ki számomra egy-egy darabkát szövettani vizsgálat céljaira, miért is neki e helyen is köszönetemet fejezem ki.

Az objectumokat kivétel nélkül nélkül formalinban fixáltam, minthogy ez a methodus a mikroorganizmusok festésére szükséges *Gram*-illetőleg *Weigert*-féle festési eljárásra is kiválóan alkalmas és azután celloidinba ágyaztam be. Festési eljárásul az *Apáthy*-féle III. festést (haematein + picrorubin); az *Unna*-féle protoplasma-festést (polychrommethylenkék + glycerinaether) és a *Weigert*-féle fibrin-festést alkalmaztam.

A szövettani technikánál ezúttal is az *Apáthy*-féle eljárást követtem, tudniillik a lehetőleg vékony, 5, legfeljebb 7.5 μ vastagságú sorozatmetszeteket, a nélkül, hogy a celloidint kivontam volna belőlük, egyenesen a tárgylemezen rögzítettem és azzal együtt vittem át a különböző festő-szintelenítő-differenciáló meg víztelenítő folyadékokba; ez a módszer, ha kezdetben talán kissé nagyobb gondosságot igényel is, a míg tudniillik a metszeteket a tárgylemezen jól rögzítjük, de azontúl végtelenül egyszerűsíti az egész festési processust; nem kell a metszeteket fáradságosan spatulával kihalásztatni az óráüvegekből; nem kell attól tartani, hogy a metszet megsérül, összezugszorodik és mire a festési, differenciálási és víztelenítési processzus összes retortáin keresztül halad, végkép tönkre is megy, a mi hogy mily gyakran történik meg és mily boszantó dolog, minden histologus tudja.

Az *Apáthy*-féle hármas festésnél, a melynek előnyeit a *van Gieson*-féle festés felett már több ízben fejtegettem és a melynél a celloidin nem festődik meg, ez a methodus egyenesen ideális; de épen olyan jól alkalmazható az *Unna*-féle protoplasmafestéseknél is, mert bár a celloidinköpeny is megfestődik, nem zavar. A *Weigert*-féle festésnél azonban úgy találtam, hogy előnyösebb, ha a metszetekből a celloidint előbb kivonjuk. Ennél a festésnél a következőkép jártam el: A metszeteket az alkohol-aether után alkoholba és innen egyenesen a jól megtisztított tárgylemezre helyeztem, oly módon, hogy a spatulán levő metszetet pipettával és bőséges alkohollal a tárgylemezre usztattam, a hol azután itatóspapírral jól levasaltam; a közvetlenül a metszet felett levő itatóspapírszeletet ellenben nem távolítottam el, hanem a tárgylemezen hagytam és most már a még nem teljesen száraz itatóspapír ama helyére, a mely a metszet felett van, pipettával cseppentettem egy keveset az anilinvizes gentianaibolya-oldatból, melyet lehetőleg frissen készítettem. Ezzel elértem azt, hogy az alkoholos metszet csak az itatóspapíron keresztül érintkezik a vizes oldattal, miáltal a metszet a vizet sokkal kevésbé mohón szívja magába, de meg az itatóspapír által rögzítve is lévén, nem zsugorodik össze, a mi különben oly gyakran megtörténik, hanem szépen simán kiterítve marad. Pár másodperc múlva azután, ha a metszet már elegendő vizet szívott magába, az itatóspapírszeletet eltávolítottam és most már bőségesen tettem a metszetre anilinvizes gentianaibolyát; a festés végeztével (5—10 perc) azután szintén jól végigsimítottam a metszeteket több ízben váltott itatóspapírszeletekkel, mindig gondosan ügyelvén, hogy a legelső papírszelet most is állandóan a metszeteken maradjon és azután tettem rá a jodkali-oldatot körülbelül egy percre; ennek végeztével most már ismét többször gondosan végigsimítottam őket itatóspapírral, hogy lehetőleg nagyrészt már ez által vízteleníttessenek is; és azután tettem rá szintén pipettával az anilinolaj-xyol-keveréket, a melyhez két rész xyol- és egy rész anilinolajat használtam. Az anilinolajnak tudvaleg kétféle szerepe van: differenciáló és szintelenítő, meg víztelenítő is. Ha egyforma arányban vegyítjük a xyolt az anilinolajjal, az egész folyamat nagyon gyorsan történik, és a készítmény sokszor tönkremegy; sokkal kiméletesebb az eljárás, ha két rész xyolra csak egy rész anilinolajat veszünk; és épen ezért szükséges a metszetekből a vizet előbb lehetőleg már az itatóspapírral is eltávolítani. Az anilín-xyol-keveréket pipettával párszor megújítva, már pár másodperc alatt elérjük a differenciálási és szintelenítés kellő mértékét, a midőn a metszet még szép halvány kékszerű marad és a magfestés megmarad, de a metszet egyúttal kellőkép víztelenítve is van; most azután tiszta xyolt cseppentvén rá, a melyet párszor bőségesen megújítok, a készítményt xyol-canada-balzsamban montírozom.

A fenti eljárást mindenkinek melegen ajánlhatom, a ki a *Weigert*-féle festéssel foglalkozik.

A szövettani lelet rövid leírását a következőkben adhatom:

A mi először az élőből a bal fül mögött és jobb lágyékhajlatban levő fekélyes rész széléről, meg ugyancsak az utóbbi részből a hullából kimetszett darabkák szövettani képét illeti, azt látjuk, hogy a fekély szélein a hám kissé megvastagodott, és sokmagvú leukocytákkal erősen be van szűrődve; majd a fekélynek megfelelőleg a hám eltűnik, és a felületen egy, legnagyobbbrészt rostonyahálózattal álló lepedék van, a mely részint finomabb száálakból, részint vaskosabb gerendázattal áll, a melyek az *Apáthy*-féle festésnél halvány sárgásnarancs színnel festődnek és a hyalin-

elfajulás tüneteit mutatják; a fibrinhálózat közeiben mindenütt nagy számmal láthatók sokmagvú leukocyták, széttöredezett sejtmagvak és mindenféle bakteriumalakok, első sorban azonban staphylo- és streptococcusok óriási tömegei; úgy az *Apáthy*-, mint az *Unna*-féle festésnél is számos, meglehetősen egyforma, helylyel-közzel csoportokban álló bacillusok is láthatók, a melyek valószínűleg diphtheriabacillusok, azonban a mikroorganizmusok nagy tömege mellett nem vehetők ki egészen tisztán. Jól sikerült *Weigert*-festés mellett azonban egészen tisztán látható, hogy ezek a bacillusok meglehetősen tiszta kulturában vannak jelen; kissé egyenetlenül vannak festődve, rövid, kissé hajlított pálczikák, a melyek végükön helylyel-közzel kissé meg vannak vastagodva, szóval a *Löffler*-féle bacillusok típusos alakú tulajdonságait mutatják.

Közvetlenül az említett rostonyás alhártya alatt az írha szövete a nekrosis tüneteit mutatja; a magfestés részben vagy teljesen megszűnik, bár a szövetelemek körvonalai jól láthatók; a szövetrészek kitágultak, a kollagennyalábok vízenyősen átvándoroltak. Ez a szövettelhalás nem terjed nagyon mélyre, körülbelül csak az írhaszövet középeig; alatta és körülötte azután nagyfokú reactiv genyes, véres, lobos beszűrődés, a mely úgy kétoldaltól az egészséges rész határai felé, mint lefelé mélyen a bőralatti kötőszövetbe is folytatódik, és ott különösen a verejtékmirigyek körül van erősen kifejezve. Ez a lobos beszűrődés azonban a vörösvérsejteken kívül majdnem kizárólagosan polynuclearis leukocytákból áll; már az elhalásos részben számos genyesejt és vörösvérsejt van a szövetrészekben, és úgy lejjebb, mint oldalt az egészséges rész felé nemcsak a kitágult szövetrészek és nyirokúrok, hanem maguk a szövetek is formálisan el vannak árasztva geny- és vörösvérsejtekkel; még a bőralatti kötőszövet reczéi is mindenütt tele vannak ezekkel. Csak a lobos beszűrődés legalsóbb részében, a verejtékmirigyek körül vesznek részt egymagvú leukocyták, lymphocyták is annak felépítésében; kifejezett plasmasejteket azonban sehol sem találtam. A kötőszöveti sejtek aránylag kevés elváltozást mutatnak; csak a széleken, az egészséges szövet határain vannak a fix sejtek erősebben megduzzadva, festődnek erősebben és találni több sejtet mitosisban is, annak a jeléről, hogy a kötőszövet sem marad egészen tétlen, hanem szintén részt vesz, habár kisebb mértékben, a lobos folyamatban.

Feltűnő, hogy a kivándorlott fehérvérsejtek közt igen sok eosinophil sejt van, a melyek granulája az *Apáthy*-féle festés mellett szép bíborpiros színben (rubin) festődik és könnyen megtalálható; meg hogy igen sok hizott sejt van különösen az izzadásmirigyek körüli beszűrődésben, de egyebütt is. E mellett az egészséges rész határain meglehetősen sok festéktartalmú kötőszövetsejtek is látnak.

A vérerek a gyuladással megfelelő elváltozásokat mutatnak; az elhalásos részben és annak közvetlen környékén fibrin- és fehérvérsejt-thrombusokkal vannak kitöltve; azon túl pedig úgy oldalt, mint aláfelé, úgy a vérerek mint a nyirokerek erősen tágtultak, az endothelsejtek duzzadtak és a duzzadásig telvők vörösvérsejtekkel és leukocytákkal.

Igen érdekes most már a bakteriumoknak a szövethez való viszonya, a melyet a *Weigert* szerint festett metszeteken lehet jól tanulmányozni. Az a gazdag bakteriumflora, a mely az alhártyában és különösen annak felületén látható, és a mely staphylo- és streptococcusokon meg a *Löffler*-féle bacillusokon kívül vaskos coccusokból, rövid vastag bacillusokból, fonalakból, szóval a legkülönbözőbb bakteriumalakokból áll, a szövet mélyében egyszerre megcsappan; már az elhalásos részben alig láthatni mást, mint staphylococcusokat, gyéresebb számban diphtheriabacillusokat, különösen azonban streptococcusokat; és nagyon szépen lehet látni, a mint az elhalásos szövet részein az utóbbiak befelé burjánognak, hosszú láncokat alkotva; az elhalásos részen túl, a gyuladással részben és annak környékén azonban már csak streptococcusokat találni; csak itt-ott látni még egy-egy staphylococcus-csoportot. Ami azonban a legfeltűnőbb, hogy a nyirokerek, de a vérerek is mindenütt streptococcusokat, és pedig ez utóbbiak csak streptococcusokat tartalmaznak; már a fekélyes rész határain levő papillaris vérerekben is, a melyek felett az epidermis egészen jól meg van tartva, több helyen láthatók streptococcusok, és követni lehet őket mindenütt a vér- és nyirokerekben egészen a bőralatti kötőszövet mélyebb részébe.

A többi kimetszett rész histológiai képének leírását rövidebbre foghatom, mert hisz az elváltozások nagyjában itt is ugyanazok.

A mi mindenekelőtt a *vulva széléből* kimetszett darabkák szövettani képét illeti, a fekélyes, nekrosisos rész határán mindenütt túltengett, sokmagvú leukocyttákkal erősen beszűrődött felhám van; a retacsapok erősen meg vannak vastagodva; azokon a helyeken, a melyek közel esnek a fekélyes rész határához, a hámsejtek is elfajulásban vannak, vizenyösen átvivódva; az irhaszövet hasonlóképen erősen vizenyösen átvivódott; kitágult szövetrészek és duzzadt kötőszövetsejtek láthatók, és az egész szövet erősen be van szűrődve sokmagvú leukocyttákkal. A mi magát a nekrosisos részt illeti, az elváltozások itt is olyanok, mint az előbbi készítményeknél leírtam, csak hogy itt a nekrosis mélyebbre terjed; a szövetelemek határvonalai alig ismerhetők fel, a magfestés egészen eltűnik; az elhalásos rész körül itt is mindenütt erős lobos reactio; a felületen, ép úgy mint előbb láttuk, itt is dús bakteriumflora, a melyben *Weigert-féle* festéssel elég sok *Löffler-féle* bacillus ismerhető fel, de a mely túlnyomó részben itt is staphylo- és különösen streptococcusokból áll. A bakteriumok viszonya a szövethez itt is ugyanaz mint előbb volt; a diphtheriabacillusok itt is csak az irhaszövet közepéig követhetők, csak némely helyen láthatók még mélyebben is; ellenben úgy a véreerek, a melyek a felső részeken fibrin- és fehérvérsejthrombosisokat mutatnak, erősen kitágultak és duzzadt endothelsejteket tartalmaznak, mint a kitágult nyirokereket is nemcsak a felületen, hanem a mélyben is tele vannak streptococcusokkal; a kitágult szövetrészek és nyirokürök szintén tele vannak genyesejtekkel és streptococcusokkal, a melyeket mélyen a bőralatti kötőszövetbe lehet követni.

A lobos beszűrődés itt is véres genyes jellegű; csak vörösvérsejtek és polynuclearis leukocytták láthatók; egymagvú leukocytták alig vannak, plasmasejtet meg épen nem találtam.

A mi az ép hámmal fedett *nyirokmirigy* vizsgálatát illeti, feltűnő, hogy a mirigyszövetnek nagy része egészen nekrosisos, egyáltalán nem festődik; az elhalt részek körül itt is mindenütt genyes véres lob, csak sokmagvú leukocytták és vörösvérsejtek láthatók. *Plasmasejt egyáltalában nincsen.* Mindenütt óriás sok streptococcus egészen tiszta kulturában; feltűnő azoknak nagymérvű felszaporodása; diphtheriabacillusokat ellenben itt nem tudtam kimutatni.

Igen érdekesek azok a szövettani képek, a melyeket a kimetszett *lágyszájpad-mandula*-darabka metszetei mutatnak. Először ép hám, alatta nagy nyálkamirigyek, izomszövet, mind ép állapotban; majd azután helyenként a hám eltűnik; a hámnélküli részek felületén vékony fibrinréteg, a melyben *Weigert-féle* festésnél határozottan még sok *Löffler-féle* bacillus látható, azonban streptococcusok is vannak elég nagy számban; a hám alatt lobos beszűrődés látható, és pedig egészen ellentétben az előbb említett leletekkel, itt a lobos beszűrődés csaknem kizárólag egymagvú sejtekből, lymphocyttákból és szépen kifejezett plasmasejtekből áll, a melyek különösen a kissé kitágult véreerek körül és a vizenyösen átvivódott septumokban láthatók. A plasmasejtek egy része elfajulásos jelenségeket mutat; a maggyengébben festődik, a protoplasma felduzzad és olyan vacuolus degeneratiót mutat, a melyről rhinoscleroma-munkámban emlékeztem meg; a beszűrődés nemcsak a mandula lymphoid góczai körül, hanem magukban a góczokban is mutatkozik, a melyek helyenként meglehetősen erősen beszűrődve lymphocyttákkal és plasmasejtekkel. Hízott sejtek itt is nagy számban találhatók. Helyely-közzel a lymphoidszövetben itt is szövetelhalás mutatkozik; a magfestés halaványabb, sőt itt-ott egészen el is tűnik; de ez csak kisebb góczokban jelentkezik.

A mi már most a bakteriumoknak a szövethez való viszonyát illeti, diphtheriabacillusokat csak egészen felületesen láthatni, igaz hogy helyenként elég nagy számban, a mélyebb részekben ellenben itt is csak streptococcusok vannak magában a mandula lymphoid szövetében is, úgyszintén a septumokban levő nyirok- és véreerekben.

* * *

Ha már most az itt elsorolt szövettani vizsgálat eredményeit összegezem és *epikrisisnek* vetem alá, azt mondhatom, hogy azok mindenben megerősítik már a kórbonezolás alkalmával részben a makroszkopos, részben a mikroszkopos leteiből levont következtetéseket.

Hogy a bántalom enyhe torokdiphtheriával kezdődött, azt szövettani vizsgálataim is beigazolják; a tonsillán talált elváltozások, habár a felületen még elég sok *Löffler-bacillus* volt, mégis a legrégiebbek és nem is nagyon súlyosak; szövetelhalás alig van, és a genyes lob tünetei itt hiányoznak is; a lobos beszűrődés egymagvú leukocyttákból és azok származékából, lymphocyttákból és plasmasejtekből áll, genyesejtek pedig egészen hiányoznak, úgy hogy a szövettani kép is egy gyógyuló fekély benyomását teszi.

Azután lett a bőr és a vulva fertőzve diphtheriabacillusokkal, és pedig az előbbi azokon a helyeken, a hol a dispositio a diphtheriabacillusok megtapadására kedvező volt: a hajlásokban; tehát az *Adler-féle* osztályozás szerint *valódi, másodlagos bőrdiphtheria* jött létre. A bőrdiphtheriához azonban csakhamar *másodlagos, tovaterjedő genyedés*, streptococcusoknak a nyirok- és véreerekbe történő jutása járult, a diphtheria sepsises jellegűt öltött; és igen szépen látható a szövettani képen is, hogy ennek a kiinduláspontját nem a tonsilla, hanem a vulván és a bőrön lévő diphtheriás fekélyek alkották. Itt a legerősebbek az elváltozások a szövetben, a legnagyobb a szövetelhalás, és igen szépen látni, a mint a streptococcusok a nyirokerekben keresztül felülről a mélybe burjánznak; e mellett szólnak a lágymirigyben a mikroszkop alatt látható súlyos elváltozások is. A szövettani kép különben a vulva-fekélyeken és a bőrsebekben meglehetősen egyforma, csak hogy az első az elváltozások még súlyosabbak: a felületen diphtheriás alhártya, ez alatt inkább csak a felületen terjedő szövetelhalás, a mely csak a vulva fekélyein terjed helyenként mélyebbre is, és körülötte mindenütt erős genyes-véres reactiv lob, a kötőszöveti nyalábok vizenyőjével, a kötőszövetsejtek felduzzadásával, nagyfokú érelváltozásokkal, és polynuclearis leukocytták, meg vörösvérsejtek nagyszámú kivándorlásával; míg a felületen fekvő szövetrészekben, mint láttuk, a diphtheriabacillusok mellett pyogen bakteriumok, staphylo- és különösen streptococcusok vannak, addig a mélyben amazok lassanként egészen eltűnnek, és csak az utóbbiak, különösen a streptococcusok maradnak meg, nemcsak a lobosan beszűrődött szövetben, hanem a nyirok- és véreerekben is, és pedig a véreerekben, már a felületen fekvőkben is, mondhatni tiszta kulturában található meg a streptococcusokat. Hogy a *Löffler-féle* bacillusokat mindenütt csak a felületen, a mélyebb részekben pedig alig láthatni, annak magyarázatát abban kell keresni, hogy a pyogen bakteriumok a diphtheriabacillusokat egyszerűen túlburjánnozták, és a diphtheria esetünkben a halálos kimenetelben — úgy látszik — inkább csak annyiban játszott szerepet, hogy kiinduláspontja volt a tovaterjedő súlyos másodlagos genyes fertőzésnek, de a pyaemiás folyamat mellett azután háttérbe szorult. Talán az a körülmény, hogy a beteg gyógyszerumoltásban részesült, szintén hozzájárult ahhoz, hogy a szövetek mélyében diphtheriabacillusok vagy épen nem, vagy csak alig voltak találhatóak.

Esetünkben a segítség már későn jött, és ez is igen élenken illusztrálja, mily fontos a bőrdiphtheriában a *bajnak korai felismerése*; ha betegünkön a baj korán felismertetett és kellő kezelésben részesült volna, a másodlagos fertőzésnek elejét lehetett volna venni és a beteg az életnek megmenthető lett volna; ettől eltekintve, nem is lehet tudni, hogy a kis beteg otthoni tartózkodása alatt hány új fertőzésnek volt a kiinduláspontja.

A bőrdiphtheria bizonynyal gyakrabban fordul elő, mint eddig gondoltuk; *Buday* tanár szóbeli közléséből tudom, hogy egyidejű torokdiphtheria mellett gyakran látott bonezolás alkalmával az ajkakon, a szájjug környékén, az álltájon stb. bőrfekélyeket, a melyek klinice hasonlítottak az esetünkben jelenlevő fekélyekhez. Ő tenyésztés-kísérleteket eddig nem végzett, de ezeket a fekélyeket eddig is mint valódi diphtheriás, a diphtheriabacillus által előidézett elváltozásokat fogta fel.

Nem kétkem, hogy ha a gyakorló orvos figyelme eme szokatlan bántalomra felhívott, az idevonatkozó közlések száma hazai orvosi irodalmunkban is csakhamar meg fog szaporodni, a mi, tekintettel a bántalomnak, mint a diphtheria egyik bizonynyal nem jelentéktelen terjesztőjének is a fontosságára, mindenképen csak óhajtott volna.

Irodalom: 1. Cit. *Baginsky*: Diphtherie der Haut. Nothnagel's spezielle Pathologie und Therapie, II. 251. l. — 2. *Ernst Neisser*: Ein Fall von Hautdiphtherie. Deutsche med. Wochenschr., 1891. 21. sz. — 3. *Bókay János*: Bókay, Kétly, Korányi Belgyógyászat, I. 501—518. l. —

4. R. Abel: Ein Fall von Hautdiphtherie mit Nachweis von Diphtheriebazillen. Deutsche med. Wochenschrift, 1894. — 5. Gerlóczy Zs.: Orvosi Hetilap, 1898. 86. 1. — 6. Baginsky: Diphtherie. Nothnagel's spez. Pathologie und Therapie, II. köt. 251. l. — 7. Adler: Über Hautdiphtherien in Kindesalter. Wiener mediz. Wochenschrift, 1904. 26—28. szám. — 8. Schucht: Zur Kenntniss der diphtheritischen Hautentzündungen, besonders der durch echte Diphtheriebazillen hervorgerufenen. Archiv für Dermatol. und Syphilis, LXXXV. k. 1907. — 9. Matzenauer: Zur Kenntniss u. Aetiologie des Hospitalbrandes. Archiv. f. Dermat. und Syphilis, LV. köt. 67. l. — 10. Róna S.: Nosocomialgangrän. Archiv für Dermatologie und Syphilis, LXXI. köt. és Orvosi Hetilap, 1903—1904. — 11. Buday K.: Szövetani és bakteriológiai vizsgálatok üszkös száj- és garatgyuladásoknál. Orvosi Hetilap, 1905. 1—8. sz.

Közlés a kolozsvári m. kir. Ferencz-József tudományegyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr. egyetemi nyilv. r. tanár.)

Pangásos vérbőséggel kezelt sebészi gümös bántalmakra vonatkozó kórszövetani vizsgálatok.

Irta: **Félegyházi Ernő** dr. másodorvos.

(Vége.)

Vizsgálataim adataim ismertetése után megkísértem előadni a levonható következtetéseket, tekintetbe véve más szerzőknek idevágó kísérleteit és megfigyeléseit is.

A Klapp-féle szívók közvetlen hatása. Hofmann többnyire olyan sarjakat vizsgált, a melyekben gümőkórja jellemző dolog nem volt és megjegyzi, hogy a fistulás lymphomák sarjszövetében csak nagyon ritkán sikerült gümöket, óriássejteket vagy elszajtosodást találni. Én szintén sipolyos lymphomák vagy csontreszek fistuláinak a túlsarjadzásait vizsgáltam meg, a melyekben több ízben találtam gümös elváltozásokat s így a szívási hyperaemia hatását a gümös sarjakon is megfigyelhettem. Egy olyan kimetszett gümös sarjon (I. 2. számú eset), a melynek $\frac{1}{3}$ része elszajtosodott, a többi része pedig gümöket tartalmazott, $\frac{1}{2}$ órai szívás után nem sikerült olyan keringési zavart előidézni, a melytől ép sarjszövetben ennyi ideig tartó szívókezelés után várni lehetne. Ennek oka az, hogy a metszet nagy része gümökből állott, a melyekben tudjuk, hogy véresek nincsenek s így keringésszerű zavarok sem fejlődhetek ki. A gümők között levő néhány hajszálér körül ugyan néhol vérzések felismerhetők, de a szövetközöknek savós átvándorlása vagy a leukocyták megritkulása sehol sem észlelhető. A szívási hyperaemia közvetlen hatását legjobban ép sarjszöveten láthatjuk. A $\frac{3}{4}$ vagy 1 órai szívás után azonnal kimetszett sarjszövetben (I. 3. és 4. számú eset) a véresek tágulása, a szövetközök vizenyős átvándorlása és a leukocyták megritkulása tűnik szembe. A leukocyták a vérekből eltűntek, nyilván a vér árja sodorta tova, a szövetközökből azonban nem tűntek el teljesen, csak megritkult a számuk, a miben az erős transsudationnak is része lehetett. Egy nyaki gümös sipoly melletti túlsarjadzásnak a szívása után nyert véres szövetnedv vizsgálatakor arról győződtem meg, hogy számos vörösvérsejt között a legtöbb helyen egy leukocyta sem volt, másutt 1—3—4 egy látótérben, de ezek a sipolyjáratból is oda juthattak. Egyébként nem vonom kétségbe Hofmann azon állítását, hogy a szívás a leukocytákat nagy mértékben mozgósítja, hiszen ő bőrmetszeten is demonstrálta, hogy a szívás hatására a leukocyták az epidermis legfelső rétegébe vonultak, míg mélyebb rétege tőlük teljesen mentes volt. Én is több helyen láttam a leukocytákat a hámba benyomulva (legkifejezettebben a II. 2. számú esetben), de azt sehol sem láttam, hogy a szövetközökből a leukocyták teljesen eltűntek, pedig közvetlen a szívás befejezése után metszettem ki vizsgálatra. Egy órai szívás után ép sarjszövetben nem tűntek el teljesen a leukocyták a szövetközökből, csak a számuk ritkult meg. A szívás tehát mindenestre mozgósítja a leukocytákat, ha nem is olyan nagy fokban, mint azt Hofmann kiemeli, a szövetközökben pedig a savós átvándorlásnak is része lehet a leukocyták megritkulásában. Lehet, hogy Hofmann erősebb szívást alkalmazott, mint mi és neki teljesen leukocytamentesre sikerült szívni a szöveteket. Dolgozatában fel is említi, hogy csak kellő erősségű szívással lehet ezt a hatást elérni, gyenge szívásra a szövetközöknek beszűrődése nem

szűnik meg s a véresek sem tágulnak, igen erős szívás pedig vérzésre vezet. Vérzést mi is gyakran észleltünk a szívás erőssége szerint, elég gyakran sárgásbarna festékeztséget is, de ennek különösebb jelentőséget mi sem tulajdonítunk.

A szívás alkalmával azt lehetett látni, hogy a bőr a szívás erősségéhez mérten az üvegharangba bedomborodott, majd kékespiros lett, a szívásnak kitett sarj megduzzadt és felületéről véres savó szivárgott az üvegharangba. A kiszívott véres savóban számos vörösvérsejtet, kevesebb leukocytát és lymphocytát és a sarjszövet külső felületéről vagy a sipolyjáratból belekerült bakteriumokat lehetett kimutatni. Egy nyaki lymphoma túlsarjadzott szélű sipolyjáratából kiszívott véres savóból ferde agarra tett ültetésen *staphylococcus albus*-, egy másik hasonló esetről *streptococcus*-, egy könyök-caries sipolyából pedig *streptococcus*- és *staphylococcus aureus*-telepek eredtek meg. A kiszívott véres szövetnedvben *gümöbacillusokat* nem találtam.

Feltört gümös sipolyokban a szívókezelés a genynek és szövettermeléknek az eltávolításán kívül a másodlagosan bejutott pyogen coccusok kiürítését célozza, míg a megnyitott hideg tályogok napenkénti szívása különösen a másodlagos fertőzések elkerülése végett fontos. A klinikai megfigyelés is a mellett szól — a mint azt Hofmann is kiemeli —, hogy a pyogen bakterium-invasio a szívási hyperaemia által megsemmisül; másodlagos fertőzést a kezelés idején sohasem észlelték és az elválasztás is mindig nagyon csekély volt. Hogy egy ilyen szívókezelés alatt hány bakterium ürülhet ki egyszerre, erre vonatkozóan legyen szabad közbevetőleg a heveny genyedésekre vonatkozó vizsgálati leleteim közül néhány adatot említeni. Mastoiditis suppurativa egy esetében, a melyben a proc. mastoideus felett levő tályogot megnyitottuk, az első szívás utáni, steril üvegharangban felfogott véres geny egy cseppjéből, a mennyire számláló üveglap segítségével meg lehetett állapítani, 14,000 *staphylococcus*-telep eredt meg, míg a harmadik, 5 percig tartó szívás után egy cseppből csak 800 telep, a mit számláló lap nélkül is össze tudtam számlálni. Egy másik, szintén genyes mastoiditis-esetről, a mely már gyógyulófélben volt, az első szívás után nyert véres savó egy cseppjéből Petri-féle csészében végzett agar-szélesztésen 28, a harmadik szívás utáni folyadék egy cseppjéből 3 telep eredt meg. Mindkét esetben tehát legtöbb bakterium az első szívás alkalmával ürült ki, azután mind kevesebb lett a szívás alatt kiürült bakteriumok száma.

Hosszabb ideig folytatott stranguláló- és szívókezelés után a felületesebb sipolyjáratok vagy megnyitott hideg tályogok záródtak, a hámosodás a szélek felől gyorsan haladt előre, a seb helyén kékesen behűződött heget hagyva hátra. Ha a sipoly a mélybe terjedt, úgy hogy a sebszélek összeszűkülése miatt a mélyből a bakteriumok nem juthattak a felületre, az ilyen sipolyok bizonyos ideig tartó szívókezelés után látszólag begyógyultak, de később megint kifakadtak, a midőn a sipolyokat tágan feltártuk és így kezeltük tovább a sebet. Ha a mélyben gümös sequester volt, szívókezelésre a sipolynylás körül a gyulladás szépen haladt előre, de a nyílás nem záródhatott, mivel a sequester folytonos genyedést tartott fenn. Néhány ilyen gümös sequester felett levő sipolyjárat szívókezelése után arról győződünk meg, hogy egy esetben (II. 1. számú) $1\frac{1}{2}$ hónapi szívókezelés után (naponta 3×5 percig tartott a szívás, 3 perc szünetekkel) az összeszűkülő, de genyedő sipolynylás körül az egész pangásos terület megkeményedett, s a szövetani vizsgálatra történt kimetszés után igen feltűnő volt, hogy a fistulák környéke fehéres színű, tömött hegyszövet alakult, a melyet kb. 1 cm.-nyire lehetett a mélybe követni, lefelé puhább, vörhenyes színű fungosus szövetnek adva helyet. Ezen szabad szemmel is látható elváltozásokat hangsúlyozni kívánjuk, mert gyulladás spontán is létrejöhet régi gümös sarjszövetben vagy fistulajáratok falában, de eseteinkben nemcsak a sipolyjárat falában, hanem az egész pangásos területen szembevető volt a kötőszövetképződés.

Mikroszkopi vizsgálatkor is a szívó- és stranguláló-kezelés folyamán kimetszett gümös sarjakban kötőszövetképződéssel járó elváltozásokat találtam. Már egy hónapi pangásos kezelés után a szövetek mélyéből kiinduló és a felület felé haladó, újonnan képződött kötőszöveti sejtnyalábok mutatkoztak mitosisokkal, a kötőszöveti nyalábok néhol a véreket fonták körül, de elszórtan másutt is sugaras vagy nyalábos elrendeződésben kimutathatók voltak.

Egyes gümők körül a vérerek sűrűn egymás mellett, mintegy megszorodva tüntek fel, vastag falazattal és duzzadt endothelbéléssel (néhol 2—3 rétegben), úgy hogy a lument csaknem teljesen kitöltötték. Az endothel-sejtekben is igen szép magoszlási alakok voltak láthatók. A kötőszövet-képződés feltűnő a gümőkben vagy azok körül is. Számos gümő vékony kötőszöveti réteggel határolódott el, a honnan egyes gümőkben orsóalakú kötőszöveti sejtek nyúltak be az óriássejtekhez, azokat mintegy rögzítve. Némelyik gümő valóságos kötőszövetes átalakulásban volt. Valamint a nagyobb hideg tályogok pyogen hártája körül kötőszöveti burok képződik, mely a szervezetet megvédi a gümős fertőzéssel szemben, ezt a védekezést látjuk eseteinkben a gümőkön is, melyeknek parányi epitheloid- és óriássejtjei a vést okozó csírákat rejtik magukban. Eme kötőszövetes védőbástyákon kívül a beteg területen a leukocytákat nagy mértékben mozgósítva látjuk. A vérerekből igen tömeges a polynucleáris leukocyták kivándorlása; ez sokkal nagyobb fokú, mint az, a melyet a gümöbaccillus mérgező anyagcsere-termékeinek a vérerekre gyakorolt izgató hatása alatt rendes körülmények között látunk. Eseteinkben a többmagvú fehérvérsejtek a gümőkbe, sőt egyes helyeken még az óriássejtekbe is benyomultak, a gümőkben valóságos kis tályogokat alkotva, melyek körül epitheloid- és óriássejtek ismerhetők fel, az egész gümőt pedig kötőszöveti burok veszi körül. A vérerek tágulása és a szövetközök savós átívódása néhol igen szembetűnő. Ezek az elváltozások nemcsak a szívóharang közvetlen hatásának kitett területeken láthatók, hanem olyan gümős sarjakban is, a melyeket a mélyből kanalizáltak ki.

Kötőszövetképződés spontán is jöhet létre, de hogy eseteinkben a pangásos kezelés hatása alatt képződött, ennek legfényesebb bizonyítéka a 1 $\frac{1}{2}$ hónapig szívóharanggal is kezelt sipolyjáratok környéke, a mennyiben már szabad szemmel feltűnő volt az egész pangásnak kitett terület megkeményedése, a melyből kimetszett darabon a mikroskoppal is számos újonnan képződött kötőszöveti rostot lehetett kimutatni. De más kísérleti bizonyítékok is vannak, a melyek állításunk helyessége mellett szólnak. Közülök említésre méltó a Rosenberger-é,¹ a ki Borst kórbonczolástani intézetében házinyulakon végezte kísérleteit olyan módon, hogy a hasfal mindkét oldalán az asepsis szabályai szerint egy-egy bemetszést ejtve, a bőralatti kötőszöveti tasakba egy-egy sterilizált terpentin-olajjal átitatott idegen testet (átlyukatott, 3 cm³ tartalmú celloidinadarabkát) helyezett s a seb bevarrása és levegőn való beszáradása után jobboldalt magára hagyta, baloldalt pedig Klapp-féle szívókkal kezelte. 1—11 napig történt a kezelés, naponta kb. $\frac{3}{4}$ órai szívással (5 perczig tartott egy-egy szívás, 3 percz szünetekkel). Bizonyos idő múlva aether-narcosisban a képződött tályogot mindkét oldalt elegendő terjedelemben kimetszette és szövet-tanilag feldolgozta az eseteket. Arra a végső eredményre jutott, hogy a szívó harangokkal heveny terpentin-genyedés eseteiben nemcsak nagyobb vérbőséget, transsudatiót és leukocytá-kivándorlást lehet előidézni, hanem a vérér- és kötőszövet-képződést is korán lehet gyorsítani, in- és extensitását fokozni. Klapp esetében is, melyet előzőleg hosszú ideig szívóharanggal kezelte, az utólagosan kiirtott heges szövettömegben számos gümőt talált kötőszövetes átalakulásban, a nagyobb vérerek intimája sarjadzást mutatott megszükkült lumennel, a bőrnek fistulája is kötőszövetesen indurált.

Kérdés ezek után, hogy a pangásos vérbőségnek a gümős folyamatokra gyakorolt hatásában melyik tényezőnek tulajdonítandó a legfontosabb szerep?

A módszer hatására vonatkozó irodalmi adatok áttekintése után azt látjuk, hogy a vérsavóban a gyógtényezőt nem találták meg, sem az állatkísérletekben (Buchner,² Nötzel³), sem az emberben (Laqueur⁴) a vérsavó baktericid hatásában a pangás előtt és után feltűnő különbséget nem észlelték. A pangásos vizenyővel történt kísérletek is negatív eredménnyel jártak (Graff⁵). A legújabb vizsgálatok azon felvételnek lehetősége mellett szólnak, hogy

a pangás csakis mint a felszívódást gátló körülmény jöhet szóba, méregtelenítő hatást a kísérletekben nem tudtak kimutatni. Mint-hogy a vérsavóban a gyógtényezőt nem találták meg, a vér alak-elemeit kezdték vizsgálni s ezen vizsgálatokkal már jobb eredményeket értek el. A mi a vörösvértesteknek számát és haemoglobintartalmát illeti, valami különösebb eltérést nem találtak. Az egészséges végtag véreben a hyperaemia alkalmazása előtt a leukocyták száma mindig több volt, mint a beteg végtag savójában. A hyperaemia kezdetével a beteg végtag a leukocyták számának szaporodásával reagált, de hogy ez a reactio tartós-e, vagy csak a vizenyő fedi, nem dönthető el biztosan (Stahr¹). Stahr vizsgálatai szerint általában feltűnő, hogy a beteg oldalon a különféle leukocytáknak abszolút száma felülmúlja az egészséges oldal leukocytáinak számát, vagyis helyi leukocytosis van, a melyet már akkor meg lehet állapítani, a mikor a szövet még nincs átívódva nedvvel. A helyi leukocytosisból a phagocytosis fokozódására lehet következtetni, a melynek hogy kétségtelenül hatása van a bakteriumokra, nem lehet kétséges. Graff-nak legújabbán közölt vizsgálatai is a mellett szólnak, hogy a vizenyő nagy fokban tudja elősegíteni a phagocytosist. Kórszövettani készítményeim is azt mutatják, hogy a pangásos hyperaemia hatásakor a polynucleáris leukocyták nagy mértékben mozgósítva vannak és nemcsak a szövetközökben találhatók erősen megszorodva, hanem a gümőkbe, sőt egyes óriássejtekbe benyomulva is találhatók. A különféle kórokozó bakteriumok persze erre nem egyformán reagálnak. Vizenyős folyadékkal és vérsavóval végzett kísérletekben a leukocyták hatására csökkent a bakteriumok száma s a leukocytáknak nagyobb volt a hatása a staphylo-, mint a streptococcusokra (Graff). A tuberculosisra vonatkozólag Baumgarten² intézetében Heyde végezte vizsgálatok a mellett szólnak, hogy magukra a gümöbaccilusokra a pangás hatástalan, mert nagymennyiségű gyöngykór-bacillusnak vagy embertől származó gümöbaccilusnak házinyulak izületébe történt befecskendezése után naponta 1—2 óráig tartó pangás mellett jellegzetes tumor albus fejlődött és sem klinikailag, sem szövettanilag valamelyes gyógyulási jelenséget észlelni nem lehetett. Baumgarten a Bier-féle pangás hatásának a lényegét a szövetközökben felszorodott baktericid hatású folyadékban, a felszívódás meggátolásában, az élő mikroorganizmusok által kiválasztott toxinok ligálásában s az anyagcsere csökkenésének a bakteriumokra gyakorolt káros hatásában látja és véleménye szerint a gümős folyamatokban ez nem eredményes, mivel a gümöbaccilusok a normális serumnak baktericid anyagaival szemben érzéketlenek és az éhségnek is jobban ellenállanak. Egyébként megegyezik Lexer³-rel abban, hogy a klinikai lefolyásnak heveny rosszabbodása a súlyos esetekben a bakteriumok szétesése folytán a pangásos vizenyőben szabaddá lett endotoxinok felszívódására vezethető vissza.

Az eddig említett összes vizsgálatok alapján, a mennyire a rendelkezéseimre álló irodalomból áttekinthettem, a pangásos vérbőségnek a bakteriumokra gyakorolt hatását illetőleg tehát a phagocytosist kell a legfontosabb szerepet tulajdonítanunk. Míg heveny gyulladásokban a phagocytosis ezen fokozódásának kétségtelenül nagy szerepe van, a gümős bántalmakban úgy látszik mások a viszonyok. A gümőkórban Bier a főszólt a vérbőségnek gyuladást fokozó és bakteriumölő hatására helyezi, míg a kötőszövet-szorodást a gyógyulás következményének tekinti. Készítményeimben a vérbőségnek gyuladást fokozó hatása szembetűnő, a vérerekből igen tömeges a leukocyták kivándorlása, melyek nemcsak a szövetközökben halmozódtak fel, hanem a gümőkbe is benyomultak. Ebből itt is a phagocytosisra lehetne következtetni. Azonban a sebési gümős bántalmak ismeretes gyér gümöbaccillus-lelete miatt a pangásos kezelésnek a bakteriumokra gyakorolt hatására a mikroszkopi vizsgálatok alapján nem igen következtethetünk. Így a pangásos vérbőségnek a gümöbaccilusokra gyakorolt hatását illetőleg tisztán a Baumgarten intézetében végzett állatkísérletekre támaszkodhatunk, a melyek szerint a pangásos vérbőségnek nincs befolyása a gümöbaccilusokra.

Makara szerint a gyuladás fokozása a gümős betegekben nem vezet sikerre, sőt könnyen rosszabbodást okoz. Ezt mutatják

¹ Ziegler: Beiträge z. path. Anatomie. 1907. 41. kötet, 2. füzet.

² Münchener med. Wochenschrift, 1899. Nr. 39 und 40.

³ Zentralblatt für Bakteriologie, 23. Bd., 1. Abtheilung, S. 345 und Virchow's Archiv, 156. Bd.

⁴ Zeitschrift für exper. Pathologie u. Therapie 1905. I. Bd., 3. Heft, S. 670.

⁵ Münchener med. Wochenschrift, 1908. Nr. 6.

¹ Wiener klin. Wochenschrift, 1906. Nr. 9.

² Münchener med. Wochenschrift, 1906. Nr. 48.

³ Münchener med. Wochenschrift, 1906. Nr. 14.

Baumgarten tapasztalatain kívül a tuberculin-kezelés körül szerzett kedvezőtlen tapasztalatok, a kezelésmód hosszú tartama és az, hogy a prolongált pangás igen sokszor okoz rosszabbodást. Hogy a tuberculos-bacillusok mindvégig életképesek maradnak, a kezelési hibákra vagy traumákra bekövetkező rosszabbodások is bizonyítják.

A módszer sikerének kulcsa *Makara* véleménye szerint az ismétlődő passiv hyperaemiának a kötőszövetre gyakorolt hatásában rejlik. Számos kórboncolástani példa mutatja, hogy a passiv hyperaemia kötőszövet-szaporodásra vezet (pl. a tüdő pangásos elkeményedése). A savós átívódás folytán az ízületek fájdalmassága csökken s ezzel használhatóságuk javul; a kóros szövetrészeket elfolyósodva a szövetekben fokozatosan felszívódhatnak, sipolyos esetekben kifelé mosatnak. Szóval a módszer lényege a beteg szövetrészeket elfolyósítása mellett a sclerotizáló hatásban rejlik.

Makara ezen véleményét kórszövettani vizsgálataim alapján megerősítve látom, mert 15 hónapi pangásos kezelés után egy lábcariesből kikapart sarjszövetben kötőszövetesen elváltozott gümöket találtam s a gümők közti szövetben talált saválló pálczikák is nyilván gümöbacillusok voltak (III. 2. számú eset). *Klapp* esetében is a kezelés után kiirtott szövet vizsgálata dús kötőszövet-szaporodást, de e mellett még mindig fennálló gümösödést is mutatott; *Baumgarten* tapasztalatai szintén e mellett bizonyítanak.

A szervezet bármennyire is igyekszik leukocytáit az ellenség elfoglalta területekre küldeni, hogy ott a gümöbacillusok ellen a harcot felvegyék, a küzdelem úgy látszik eredménytelenül végződik s így a szervezet részéről nem marad más hátra, mint hogy kötőszöveti falakkal védekezzék a gümös góczok ellen, melyek a vést okozó csirákat magukban rejtik. A gümők tehát kötőszöveti tokkal határolódnak el, hosszantartó pangásos kezelésre kötőszöveti sejtekkel tömülnek el, melyek közt az óriássejtek zárva maradnak. Az eltemetett gümők közül a szívó- és stranguláló kezelés hatása alatt keletkezett fiatal érsarjakban élénkebb vérkeringés támad, minek következtében a szövetek táplálása javul, a nagyobb véreerek kötőszöveti elemei erősödnek, az egyrétegű endothel több rétegűvé válik. A gümőkben keletkezett apró tályogok szintén kötőszövetesen obliterálódhatnak, a mint az némelyik készítményen látható is, hogy sugárirányban köröskörül fibróblastok haladnak a genyesejtek felé (II. 1. és III. 2. számú eset).

Hogy az eltemetett gümőkben a tuberculos-bacillusok elpusztulnak-e, vagy a pangásos kezelés elhagyása után esetleges trauma vagy más körülmény új életre kelti-e őket, erre nézve még további megfigyelések és laboratoriumi vizsgálatok szükségesek.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A gümőkór. A nagy népbetegség természetének, jelentőségének és az ellene való védekezés módjainak részletes ismertetése. Irta: **Okolicsányi-Kuthy Dezső dr.**, az Erzsébet királyné-szanasztorium igazgató-főorvosa, kir. tanácsos, egyet. m.-tanár.

Kuthy Dezső könyvének alapjául tulajdonképpen az a négy előadás szolgált, melyet a kultuszminiszter megbízásából a budapesti állami tanítóképző intézetekben és a Társadalmi Múzeum szociál-higiéniai előadásainak keretében tartott.

Első előadásában világos stílusban ismerteti a gümőkór okozóját a betegséget. Szép ábrák teszik szemléltetővé a gümöbacillusra vonatkozó adatokat, a különböző szervekben előfordulásának alakjait.

Második előadásában a gümőkór elterjedéséről és jelentőségéről szól. Itt adja a gümőkórra vonatkozó összehasonlító statisztikát, a magyarországi adatokat számos térkép s graphikai tábla világítja meg. Külön fejezetet szentel a gümőkór nemzetgazdasági jelentőségének, itt olvassuk, hogy *Korányi Frigyes*-nek már 1894-ben tett számításai szerint a gümőkór okozta közvagyonkárosodás Budapesten évenként 12 millió korona! — — — A következő 30 oldalon a hajlamosságról szóló fejezet következik. Ezen kérdéssel igen behatóan foglalkozott a szerző s e kérdésben önálló felfogást árul el. A specifikus dispositio tantételének álláspontját ugyanis elveti, és az általános, tágabb körű hajlamosság, a fokozott fogékonyság alapjára helyezkedik, mint a hogy azt *Heubner* is teszi, s mint a

hogy az az *Orth-Bartel*-féle dispositiomagyarázat szerint másként alig is volna tudományosan elképzelhető.

A hajlamosság lehet örökölt, de főképpen szerzett. Az öröklés befolyását a gümőkór terjesztésében általában szűk térre szorítja a szerző. Ez a tudományos meggyőződése, de tápot sem akar nyújtani a nép fatalista felfogásának a betegség keletkezéséről, a mi a népet inaktivitásra, a „végzet“, a „gondviselés“ intézkedésében való tétlen megnyugvásra indíthatná. Tessék kinek-kinek tehetősége szerint azon munkálkodni, hogy a szerzett hajlamosságot és a gümőkór legfőbb terjesztőjét, az ismételt durva infectiót elkerülje!

A harmadik előadás a ragályozásról, az infectióról szól. A szerző itt minden meggyőző erejét latba veti. Az infectio útjait igen bőven tárgyalja és igen világos áttekintést nyújt az orvosok számára is ezen ma még forrongó kérdésről. Ismerteti az infectio közvetítőinek szerepét; a házi légy közreműködésének külön fejezetet szentel.

A negyedik előadásban a gümőkór elleni védekezés mai álláspontját tárgyalja a szerző. Számos képből tárja elénk az egyes ember, a hatóságok és a társadalom résztvételét a gümőkórellenes harcban. Itt találjuk megörökítve képeit mindazon intézeteknek s intézményeknek, melyeket eddig Magyarországon a gümőkórellenes küzdelem szolgálatában emeltek.

A munka már ez utóbbi tulajdonságánál fogva is hűzágpótló, de aktualitása is a lehető legnagyobb: nemcsak tárgyánál, de az idevonatkozó anyag feldolgozásánál fogva is. A szerző a legeslegújabb adatokat sem mulasztotta el tekintetbe venni. Az 1908 szeptember 10.-én megjelent könyvben már az augusztusban megjelent hazai és külföldi lapok adataiból is találunk nem egyet felmerítve. Beosztása is szerencsés; könnyű, népszerű stílusa megélvezetes olvasmánygyá teszi, e mellett a megengedett legmagasabb színvonalon népszerűsíti és a kérdést orvosok számára is tanulságosan, a tudományos kutatás legújabb termékeit felhasználva, ismerteti.

A 24 nagy ivre terjedő, kellemesen tetszetős könyvben a szöveg között 392 ábrát találunk, a melyek a tárgyat a laikus számára is könnyen szemléltetővé teszik. A szerző képekkel oktat, meggyőzni akarja az olvasót, nem pedig suggestív tanítani!

Könyvét *Korányi Frigyes* professornak, a hazai tüdővész-ellenes mozgalom megindítójának ajánlja.

* * *

Kuthy Dezső dr.-nak egy másik könyve is jelent meg e hónapban „A gümőkór képeskönyve“ címmel. A könyvben 258 ábra van és egészen népies stílusban írja le a képek magyarázatát.

Már a dolog gondolata is eredeti, képeskönyv alakjában tárgyalni a gümőkört s az ellene való védekezés módjait! A szerzőnek jó szívéből, egyszerűtétéről s bámulatos szorgalmáról tesz bizonyosságot, hogy minden módját kitalálja annak, hogy a „nagy népbetegség természetére“ kioktassa laikus embertársait. A könyv 10 ezer példányban fog forgalomba jönni s az ára 40 fillér lesz.

És most szabadjon a bírálónak felvetni a kérdést, nem volna-e czélszerű az egész gümőkórügyet épen úgy, mint a gyermekvédelmet, vagy a baba- és trachomaügyet, kormánybiztos kezébe letenni? Mert a népszerűsítés helyes, okos, ügyes dolog, de hiába irnak akárhány olyan könyvet, mint ez a kettő, a mely kétségtelenül páratlanul áll a világirodalomban, ha a népszerűsített eszméket gyakorlatilag keresztülvinni nem tudják. *Gebhardt Ferencz dr.*

Lapszemle.

Belorvostan.

A heveny izületesúz medicamentosus gyógyításáról ír *Minkowski* tanár. Mindenekelőtt azt fejtegeti, hogy a szabad salicylsavnak és a sóinak a hatása a szóban forgó betegségben nem egészen egyforma; az előbbi sokkal biztosabban hat. Csak az a baj, hogy a szabad salicylsavnak nagyon kellemetlen mellékhatásai vannak, első sorban a gyomorra. Ezért szokták inkább a sóit használni, valamint összeköttetéseit más atomcsoportokkal. Az ilyen salicylkészítményeknek nagy számából a szerző a salicylsavnak salicylsavesterét emeli ki, a melyet *diplosal* elneve-

zessel a Boehringer-gyár hoz forgalomba. A diplosal csak tiszta salicylsavat tartalmaz; olyan módon kell elképzelni a dolgot, hogy a diplosalban levő két salicylsavmolekula egyikének carboxyl-csoportja a másikkal phenolhydroxycsoportjával van egybekötve. A diplosal színtelen, szagtalan és íz nélküli por; vízben nagyon nehezen oldódik; híg alkáliákban azonban könnyen oldódik, miközben lassan hasad. Minthogy savakban nem oldódik, a gyomrot nem támadhatja meg. A betegek a szert nagyon jól tűrték; még nagyon érzékeny betegeknek sem okozott kellemetlenséget a gyomor részéről. Feltűnő volt, hogy még olyanok sem panaszkodtak fülzúgásról vagy izzadásról, a kik heteken át használták a szert naponként 5—6 gramm mennyiségben; fehérjevizelést sem láttak. A diplosal heveny izületesúz eseteiben egészen úgy hatott, mint a szabad salicylsav; a láz és a fájdalmak naponként 4—6 egy grammos pornak bevétele után 1—2 nap alatt megszűntek. Idült esetekben nem volt feltűnő az eredmény, a mi talán úgy magyarázható, hogy ez a szer nem izzaszt; tudjuk, hogy idült esetekben épen a könnyen oldódó és gyorsan felszívódó erős izzadást okozó készítményeknek egyszeri nagy adagjai (pl. 4—5 gramm natrium salicylicum) sokkal jobban hatnak, mint a szabad salicylsav. Neuralgiák, cystitis és pleuritis eseteiben szintén kedvező volt a hatás. (Therapie der Gegenwart, 1908. 9. füzet.)

Az epeköbetegségnek olajjal gyógyításáról ír *Ramond és Boncour*. Az olajat úgy szokták használni, hogy tiszta vagy néhány csepp anizsolajjal elegyített oleum olivarumból naponként 100—150 cm³-t, avagy kétnaponként 200 cm³-t vesz be a beteg reggel éhomyra. Kedvező esetben a fájdalom és a sárgaság megszűnik, az epének a bélbe folyása ismét helyreáll. Ez a kedvező eredmény azonban ritka, sokszor semmiféle hatás sem mutatkozik, sőt akárhányszor semmiképen sem tűri a beteg az olajat, úgy hogy félbe kell szakítani a használatát. Az olajkúra eredményességének megítélésakor tekintetbe kell venni azt is, hogy az olajnak hiányos megemésztődése és felszívódása folytán epekövekhez hasonló képződmények keletkezhetnek, a mi azt a hitet keltheti, hogy csakugyan epekövek távoznak. Az ilyen képződményeknek fel nem ismerése káros lehet azért, mert oka lehet a szükséges műtéti beavatkozás elodázásának s ezzel nagy veszélybe döntheti a beteget. (Journ. de prat. 1908. 20. szám.)

Idegkórtan.

Az epilepsiaellenes újabb eljárások *Eulenburg* munkájában részletesen vannak megbeszélve, főleg azokra a kezelésmódokra való tekintettel, a melyek a magánygyakorlatban is legjobban használhatók. Gyógyszeres és diatakezelésről van szó.

A diatakezelés elvben már régóta ismeretes volt, de csak nagyon általános tanácsok adásában állott, a táplálék ingertelenségére volt tekintettel, inkább növényi étrendet ajánlott, a túlbő étkezés helyébe többszörös ritkább táplálkozást irt elő, az alkoholt, kávé, fűszert, teát tiltotta. A *Toulouse-Richet*-féle chlormegvonás elméletét, a mely szerint a szervezetben a chlor helyébe brom lép, *Eulenburg* nem tartja ellenmondás nélkül elfogadhatónak, az eljárás hasznos voltát azonban elismeri és részletesen ismerteti a *Bálint* bromkenyeres eljárását, a melynek kalóriamennyiségét nem tartja kielégítőnek (1878—2518 kalória). Az ételsort tarkítani és bővíteni kívánja kevés fehérhússal, hallal, sóltan sajttal, főzelékkel, édes-ségekkal, levessal és tápláló italokkal. A főzelékek közül a rizskását, borsót, burgonyát ajánlja purée alakban, a levesek közül a nyálas, lisztes és gyümölcsleveseket. A fűszert, húskivonatot kerülni kell. Reggelre tejen kívül kakaót, csokoládét, malátakávé, mokka-kávé lehet megengedni, teát és kávé semmi esetre, hacsak nem coffeinmenteset. Az alkoholt okvetlen el kell tiltani, legfeljebb este kevés sört és hígított bort lehet kis mennyiségben kivételesen megengedni. A mesterséges táplálékok sorából a sanatogen, protylin, glidine és maltokrystol jó lehet, ha szükség van rá. A bromkenyér és a sóltan brom-kétszersült (spasmosit) jó, ha nem nagy adagra van szükség, tehát a könnyebb és frissebb esetekben.

Flechsig opium-bromkúrája vagy *Bechterew* adonis-bromkúrája csak egy-egy kivételes esetben használható. A szerves bromvegyületek közül több a jó. A *bromeigon* és *bromokoll* olyan drága, hogy nem is igen lehet rendelni. Ellenben a *bromipin* nagyon elterjedt. A sesamolaj és brom e vegyületében a brom az olaj zsírsavához

van kötve. 10 és 33¹/₃%-os van forgalomban. Merek bromipinum solidum saccharatum név alatt táblácskát is készít, a melyek mindegyike (1.2 gm.) 33¹/₃% bromipint tartalmaz, a mi 0.4 gm. bromnak felel meg és egy teakanál 10% bromipinnal egyértékű. Felveszik, hogy a bromipin, mint a jodipin is, nagyrészt változatlanul megy az izmokba, a májba, a csontvelőbe, a bőr kötőszövetébe stb., ott azután lerakotban marad és belőle a halogen elem lassanként hasad le oxydatio vagy a lúgos vér és szövetnedvek behatása alatt. A vérforgásba jutva, így a brom in statu nascendi hat. Bizonyos, hogy a kiválasztása csak lassan megy végbe, a vizeletben soká ki lehet mutatni a bromot. *Eulenburg* a bevétel után néha 5—8—10 nappal ki tudta mutatni a bromot, ha bromipint kapott a beteg, míg a bromkalium 24—36 óra múlva elhagyja a szervezetet. A bromipin hatása ezért egyenletesebb és tartósabb. Ez fontos ilyen hosszas bajban. A bromipin előnye az is, hogy a bromismus aránylag csekélyebb és hogy az olaj tápláló (3 évőkanál 410 kalória), hogy a kalium rossz hatása elmarad, hogy a bromipin bromját a szervezet chlortartalma kevésbé befolyásolja. Baj az, hogy ez a szer is drága és hogy az ize rossz. Ez utóbbi okból capsulában rendeljük. Három-négy évőkanalat kell rendelni belőle, hosszú időn át megszakítás nélkül. Végélbe adva 15 gm.-on kezdve 30 gm.-ig mehetünk. Bőr alá 4—5 naponként este adhatunk nagyobb adagot. Nem rossz orvosság a *bromglidine* és a *Mering* utasítása szerint készült *sabromin*. A *bromglidine*-ban a brom növényi fehérjéhez van kötve; a glidine tiszta lecithinfehérje, közömbös ízű. A *bromglidine* táblácskák alakjában van forgalomban, a fél grammos táblácska 0.05 gramm bromot tartalmaz. Hat darabig lehet vele felmenni, a mi 0.3 gm. bromnak felel meg egy napra. A könnyű epilepsia-esetekben nagyon jó, a nehezebbekben még nincs kipróbálva. A *sabromin* a már régen bevált *sajodin* mintájára készült, 29.5% bromot tartalmaz. A fél grammos tablettákból hatot lehet venni egy nap. Ebben a szerben a zsírvavhoz kötött brom calciumsóvá van átalakítva. A gyomorban a calcium mint chlorcalcium leválik, a bromos zsírsav pedig változatlanul kerül a belekbe, a hol felszívódik. A *neuronal*, *bromalin*, *bromural*, *castoreumbromid* jó sedativumok, de az epilepsia ellen nem jönnek tekintetbe.

Az *organotherapia* egyik legújabb hajtása az epilepsia gyógyításának. *Babes* és *Constantin Paul* ajánlotta legelőször az agyvelőanyagot gyógyszernek. Glycerines kivonatot vagy emulsiót használtak. A cerebrint *Poehl* állította elő, ebben a glycosidban állítólag synergiás csoport fejt ki hatását, ezért synergocerebrinnek is nevezik. Ez állítólag katalysator, azaz olyan fermentum, a mely már minimális mennyiségben is siettet vagy gátol valamely reactiót. A cerebrin *Poehl* vizsgálatai szerint a szétesés termékeinek, különösen a leukomainoknak eltávolítását sietteti. Így a használatának van valamelyes elméleti alapja, mert a regressió metamorphosis termékei, a cholin és neurin autointoxicatiós hatásának látszanak. *Zion* orosz orvos volt az első, a ki a cerebrint az epilepsziában kipróbálta és azt túlzó módon minden más szer elé helyezte. *Eulenburg* 1902 óta sok esetben próbálta ki a cerebrint. Belsőleg táblácska alakjában adhatjuk, a melyben 0.3 gm. cerebrin foglaltatik. Ebből 3—4—6 darabot kell bevenni naponként reggel éhomyra. Bőr alá fecskendezésre készül a *cerebrinum Poehl pro injectione subcutanea* néven beforrasztott ampulla alakjában forgalomba hozott steril készítmény. Egyben 1—2 cm³ 2% os oldat van. Naponként egyet lehet a bőr alá fecskendezni. A befecskendezés egészen fájdalomtalan. Káros hatása e szereknak nem volt, de nem is gyógyult meg tőle egy beteg sem. 25 súlyos epilepsziás beteg közül, a kiknek a brom csak tökéletlenül volt hasznukra, 11-re jó hatású volt ez az orvosság, 8-nak keveset, 6-nak semmit sem használt. Így benne legfeljebb segítő társat nyertünk a bromkezelés mellé.

A prognosiról azt írja *Eulenburg*, hogy határozottan ismer gyógyult epilepsziás betegeket, de *Turner* állítását 10% gyógyulásról túlzottnak tartja, bár betegek a legjobb hygienés viszonyok között éltek. (Medizinische Klinik, 1908. 32. sz.)

Kollarits Jenő dr.

Gyermekeorvostan.

Az 1907. évi berlini diphtheriajárvány alkalmával a Behring-serummal elért eredményeiről számol be *Baginski* tanár. Összesen 529 diphtheriás gyermeket kezeltek abban az évben a „Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus“-ban, kik

közül gyógyult 466 (88·1⁰/₀), meghalt 63 (11·9⁰/₀).¹ Az esetek 23⁰/₀-a könnyebb, 44⁰/₀-a súlyosabb és 33⁰/₀-a igen súlyos (laryngostenosis, sepsis) diphtheria képét mutatta a felvételnél. A gyógyulás annál biztosabban s gyorsabban haladt előre, minél korábban kapta a beteg a serumot, úgy hogy a 63 haláleset legnagyobb része az elkészített serumkezelésre vezethető vissza. A serumadagok 1500—5000 A. E. közt váltakoztak.² 17 beteg mindjárt a felvétel napján vagy a következő napon halt meg, ezen esetekben tehát a serumoltás sikertelenségén nem lehet csodálkoznunk. Hasonlóképpen eredménytelen volt a serumkezelés 10 olyan esetben, a melyben a diphtheria tuberculosus egyéneket támadott meg s csak sietette, de maga nem okozta a halált. További csoportjait a serummal meg nem mentett eseteknek a vörhenycomplicatio alkotja, következményes veselóbbal (3), továbbá a másodlagos légcsőmetszés utáni halál (3), a pemphigus neonatorummal való complicatio (1). Hét beteget igen súlyos szívtünetekkel hoztak be, ezek mind szívhűdésnek lettek áldozatai. A hét beteg közül egyetlenegy sem kapott serumot a megbetegedés 5. napja előtt. Későn alkalmaztak serumot 9 úgynevezett „latens“ orrdiphtheriában is, ezek sápadt, lesorvadt, cachexiás csecsemők vagy 1—2 éves gyermekek voltak, a kikben huzamosabban tartó, fel nem ismert orrdiphtheriához álhártyás gégelob csatlakozott a legijesztőbb stenosis tüneteivel. A 63 haláleset közül mindössze 11 „refractaer“ volt, a hol a serum minden különösebb menthető körülmény nélkül cserben hagyta *Baginski*-t. A szerző felveszi, hogy vannak még olyan eddig fel nem derített körülmények, melyek a serum abszolút biztos hatását a betegek igen csekély számában gátolni tudják. E kivételek száma olyan elenyésző, hogy bátran mondhatjuk, hogy a diphtheriát kellő időben s megfelelő adag serummal — ha más complicatio nem társul hozzá — hatalmunkban van meggyógyítani. Szükséges, hogy ezen tény nemcsak a gyakorlóorvosok közt, hanem a közönség legszélesebb rétegeiben is úgyszólván a közfudatba menjen át, mert akkor a serum korai alkalmazásának emelkedésével a diphtheriás halált a minimumra fogjuk leszállítani. (Berliner klin. Wochenschrift, 1908. 27. és 28. sz.) *Vas Jakab dr.*

Szülészet és nőorvostan.

Az intravenás adrenalin-konyhasós infúziók értékéről
ir *Meissl*, Latzko bécsi magántanár női osztályáról. A mellékvesekészítményeket újabban mind szélesebb körben alkalmazzák, így fertőző megbetegedések gyógyításakor infúziók alakjában, különösen bármiféle okból keletkező peritonitissal kapcsolatos általános mérgezésben. Míg eddig azt tartották, hogy a peritonitis kedvezőtlen lefolyása a szív izomzatának elsődleges bénulására vezetendő vissza, most Romberg, Pässler, Heidenhain s mások adatai szerint ezen állapot csak másodlagosan keletkezik, a nyúltagyban levő vasomotorius középpont bénulása az elsődleges. Ezen vasomotorius bénulás a verőeres vérnyomás süllyedésére vezet, a mi a peritonitis végső szakában abban nyilvánul, hogy alig tapintható, számlálhatatlan pulzust találunk, hideg verejtékkal fedett, hűvös végtagokat, facies hippocraticát, gyakran teljes öntudat mellett. Ezen állapot leküzdésére szolgáltattak eddig az analepticumok: kámfor, digalen, coffein, konyhasós infúziók stb. Újabban többen az adrenalin alkalmazták sikerrel; a szerző két esetben látott bámulatos jó eredményt s mint mondja „a közvetlenül bekövetkezendő meghalás elől“ ragadta el két betegét. Az infúziót vagy a vena mediana antebrachii-ba, vagy a vena saphenába adta, ezen ereknek előzetes kipraeparálása után. Érzéstelenítésre a betegek ilyen állapotában nincsen szükség. A konyhasó-oldatba kezdetben 1 literre 10 csepp adrenalin adott (1:1000 oldatból), később 12—15 cseppet; a hatás az érverésre már alig néhány cm³ befolyása után szembeszökő, az eredmény pedig meglepő volt. Egy ízben 19 éves asszonyból a szülés után erős vérzés indult meg, a mely csak erőlyes méh-tamponálásra szűnt. Az asszonyt teljes collapsusban szállították kórházba, alig tapintható pulussal. Analepticumokra az állapot nem javult, az exitushoz már közel volt az asszony; ekkor este 1¹/₂ órákor intravenás infúziót adtak, 1 liter konyhasó-oldatba 10 csepp adrenalin téve. Azonnal javult az állapot, fél liter be-

folyása után már tapintható volt a pulsus, majd feszes, telt lett, a beteg jól érezte magát. A javulás 2 óra hosszat tartott, akkor ismét rosszabbodni kezdett az érverés, mire újból 1 liter konyhasó-oldatot fecskendeztek a vena saphenába 12 csepp adrenalinval. A hatás rögtön beállott. A beteg összeszedte magát és meggyógyult.

A másik esetben 23 éves asszonyban a gyermekágyban baloldali pyosalpinx keletkezett, a melyet a hüvelyen át akartak megnyitni; ez alatt a tok megpukkadt és a geny a hasürbe ömlött. Laparotomia, a genyes zsák kiirtása, drainezés a hüvelyen át. Másnap peritonitis tünetei; a harmadik napon haldokló benyomását tette az asszony; ekkor konyhasós infúziót adtak, intravenásan, 1 liter konyhasó-oldatba 12 csepp adrenalin téve; a javulás csak rövid ideig tartott, mire újból egy liternyi infúziót adtak, 15 csepp adrenalinval. A javulás reggeltől estéig tartott, ekkor újból infúzió a vena saphenába, mire tartós javulás állott be. Az asszony meggyógyult.

Mindkét esetben az adrenalinnak kifejezett volt a hatása. Ha más analepticum cserben hagy, az adrenalin sikerrel alkalmazható. Ha a hatás nem is tart sokáig, ismételt adagolással izgatjuk a szív működését, illetve a vasomotorius középpontot addig, míg a szervezet a veszélyeztető momentumokat legyőzi. (Wiener klin. Wochenschrift, 1908. 23. szám.) *Bogdanovics dr.*

Börkórtan.

Dermatologiai észleléseit Nyugat-Grönlandból közli R. Trebitsch. A szerző, a ki az 1906. év nyarát Grönland nyugati részében töltötte, sok érdekes tapasztalásról számol be. Elsőben is leír egy alopecia alakot, a melyről eddig tudomásunk nem volt. Ez az alopecia a regio parietalisra vonatkozik, csakis nőkön észlelhető és rendszeren egy plaque-ban, ritkán több foltban nyilvánul. A grönlandi nők között ez az alopecia alak oly gyakori, hogy a 20 éven túl levő nők csaknem kivétel nélkül ily alopeciában szenvednek. Okát a bajnak a szerző az ottan divatos és szokásos női hajviselésben találja. A nyugat-grönlandi nők ugyanis gyermekkoruktól kezdve hajzatukat a fejtető felé annyira meghúzzák s összezsavarják, hogy 8—10, sőt több cm.-nyire kemény kolbász alakjában eláll a fejtetőtől. Az alopecia tehát mechanikai eredésű. A szerző szerint lehetséges, hogy az állandó vongáláson kívül még az a rossz szokás is hozzájárul az alopecia terjedéséhez, hogy a nők hajzatukat rendszeren vizeletben fürösztik. Igen gyakran észlelhetők továbbá a grönlandiakon a „mongolfoltok“. Ezek kékes-feketés, contusioszerű foltok, melyeknek rendes helye a regio sacralis. Nemesek csecsemőkön észlelhetők, hanem olykor nagyobb gyermekeken, sőt felnőtteken is. A foltok később lassanként eltűnnek. Lényege az elváltozásnak az, hogy az írha mélyebb rétegében pigmentes sejtek vannak. Chinaiakon, japánokon ez az elváltozás állítólag 97⁰/₀-ban fordul elő. Jóllehet a leghitelesebb szerzők azt állították, hogy Grönlandban lepra-eset nem létezik, vannak francia és német adatok, melyek ennek az ellenkezőjét állítják. A szerző saját tapasztalása és a skandináv irodalom áttekintése alapján határozottan állítja, hogy jelenleg Grönlandban a lepra ismeretlen. De ismeretlen Grönlandban a syphilis és a lágyfekély is. Az utóbbit nem észlelték sohasem. Ez nem is csodálatos, ha azt vesszük, hogy a lágyfekély jelenleg valamennyi skandináviai országban ismeretlen. Más bőrbántalmak meglehetősen elterjedtek az országban. Különösen gyakori a scabies, ekthyma, eczema, impetigo, furunculosis. A bőrbajok gyakoriságának oka valószínűleg a nép piszkos voltában és a ruházatban (állati bőrök) rejlik. A scabies norvegica, szintűgy a lupus vulgaris azonban ismeretlen. Az utóbbi észlelet csodálatra méltó, mert a tuberculosus, főleg a tüdőgümösödés igen gyakori betegség. Lehetséges, hogy a lupus vulgaris kifejlődését a klímás viszonyok akadályozzák meg. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 1908. 91. k. 2—3. f.) *Guszmán.*

A bőrbajok ellen külsőleg alkalmazott resorcin-nek mérgező hatását észlelte *H. Nothen* (Köln). A resorcin külsőleg alkalmazva úgyszólván sohasem okoz mérgezést. Csak *Kaiser* ismertett néhány évvel ezelőtt egy esetet, a melyben az 50⁰/₀-os resorcin-pasta intoxicatiós jelenségeket okozott. A szerző rövid időn belül 2 súlyos resorcin-intoxicatiót észlelt. Mindkét esetben aránylag nagy concentrációban alkalmazták a szert. Az egyik eset 19 éves férfira vonatkozik, a ki seborrhoeás eczemája ellen (a hátán és vég-

¹ A bpesti Stefánia-gyermekekórház diphtheria-halálozása 1907-ben 5·09⁰/₀ volt. (Ref.)

² A Stefánia-gyermekekórházban 1907-ben egy-egy beteg átlag 4400 egység antitoxint kapott.

tagokon) 15%-os resorcin-kenőcsöt kapott. A mérgező hatás már néhány perc után mutatkozott, és csakhamar súlyos comát idézett elő. A kenőcsnek gyors eltávolítása végre azt eredményezte, hogy a beteg a bekenést követő 4. órában már magához tért és csakhamar teljesen rendbejött. A második eset pemphigus neonatorumban szenvedő 11 napos gyermeket illetett. A gyermeket 3%-os resorcinkénőccsel kenték be, a mitől már néhány órára rá meghalt. A vizelet és vér a resorcinreactiót adta. Ez a két eset tehát nagy óvatosságra int. A resorcin ugyanis újabban meglehetősen elterjedt szer a dermatológiai gyakorlatban, a melyben sokan nagy testfelületeken 10—30—50%-os erősségekben alkalmazták. A resorcin külső alkalmazása tehát már nem tekinthető ezentúl teljesen veszélytelennek. (Medizinische Klinik, 1908. 24. sz.)

Guszman.

Venereás bántalmak.

A syphilis serodiagnostikájáról tartott előadást Bruck (Breslau) a német dermatológiai társulat X. congressusán. Bizonyos, hogy az orvosi kutatásnak jelenleg egyik legjobban művelt kérdése a syphilisnek serodiagnostikája. Az erre vonatkozó adatok rövid idő alatt hatalmas, csak nehezen áttekinthető irodalomra nőttek. A syphilis serodiagnostikájára eddig 4 eljárást ajánlottak. Ezek közül kétségtelenül a legértékesebbnek a Wassermann-féle látszik. A Fornt-féle praecipitin-, a Klausner-féle és a Porges-Meier-féle lecithin-eljárás igen érdekes adatok birtokába juttatott, de a syphilis diagnózisára nem elsőrangú jelentőségű. A Wassermann-féle reakció tudvalevően a komplementkötésen, másszóval a haemolysis megakasztásán alapul. Ez a jelenség kezdetben csak akkor volt észlelhető, ha lueses serumot (antitestek) összehoztak lueses magzatok vagy majmok szerveinek kivonatával (antigen). Kiderült azonban csakhamar, hogy a reakcióhoz nem szükséges, hogy lueses szervekből használjunk alkoholos vagy vizes kivonatokot, mert a pozitív reactio létrejöhet normális szervekből nyert kivonattal is. Nem állhat tehát az a feltevés, hogy a komplementkötést a spirochaeta-antigennek a spirochaeta-antitestekkel való egyesülése okozza, hanem csak az mondható, hogy a reakcióhoz szükséges, hogy egy normális szerv anyaga egyesüljön oly anyaggal, a mely luesesek serumában előfordul. Ezen alapul tehát az általában megerősített fajlagos volta a reakciónak. A szerző szerint a pozitív seroreactio a lues jelenlétét határozottan bizonyítja. Ezt a legtöbb irodalmi adat is bizonyítja. Kiderül ezekből, hogy a manifest lueses tünetekben szenvedő egyének 90%-ában a reactio pozitív. Tudnivaló azonban, hogy van még három betegségfaj, a hol úgy látszik szintén találkozhatunk pozitív Wassermann-reactióval. Ezek: a framboesia, a trypanosomás megbetegedések és a vörheny. Az első két bántalom csoport reactióját az aetiológiai rokonság eléggé magyarázza. Gyakorlati szempontból középeurópai klímában a két betegség különben sem igen jön szóba. Igazán fontos nálunk csakis a vörheny eseteiben talált Wassermann-reactio. De ez több oldalról még nem nyert megerősítést. A különböző szerzők vizsgálata még sok egyéb érdekes adatra is vezetett. Így kiderült, hogy azon teljesen egészségeseknek látszó anyákon, a kik lueses gyermekeket szültek, 78%-ban pozitív reactio mutatható ki. Nagy valószínűséggel mondható tehát, hogy ezek a nők nem immunok, hanem latens betegek. A reactio segítségével az is bizonyosabbá vált, hogy a tabes és paralysis lueses alapon jó létre. A szerző azután saját észleleteit adja. Kifejezett lueses primaer affectiók esetében a pozitív reactio körülbelül 50%-ban észlelhető. A secundaer szakban álló, kezelés nélküli lueses betegeknek pedig 90%-a adja a pozitív Wassermann-reactiót. Tertiaer syphilises esetekben körülbelül 70%-ban kapta a reactiót, mely a latens szakban átlag 50%-ban mutatható ki.

A therapiára vonatkozólag a szerző azt jegyzi meg, hogy pozitív reactio esetén kezelés által iparkodjunk a reactiót negatívvá átalakítani. Elfelejté azonban felemlíteni, hogy a negatív Wassermann-reactio olykor a kezelés folyamán vagy nyomán pozitívvá is válhat. Elmulasztja tehát kiemelni, hogy a lues lefolyása, kezelése és a Wassermann-reactio között szoros kapocs, parallelismus nincsen. Ha pedig ezen utóbbi ténynek nem vagyunk tudatában, igen nagy tévedésbe eshetünk. Annak ellenére, hogy a szerző a Wassermann-reactiónak igen nagy gyakorlati értéket tulajdonít, a gyakorlat legfontosabb pontjánál, a házassági engedély kérdésében kénytelen

álláspontját megváltoztatni. A Wassermann-reactio előtti időben ugyanis általában az volt a gyakorlati eljárás, hogy az a lueses egyén, a ki syphilisét jól kezelte és lueses tünetektől már évek óta mentes, házasságkötésre alkalmasnak tekinthető. Ezt a tapasztalás sokszorosan beigazolta. Most tudjuk, hogy az ily egyének seruma igen sokszor a pozitív reactiót adja és a szerző kénytelen bevallani, hogy ilyenkor mégis megengedi a házasságkötést. Tehát a házassági engedély kérdésében a Wassermann-reactióra támaszkodni nem lehet, főleg azért, mert tudnivaló, hogy másfelől a manifest secundaer lueses egyének 10%-a negatív reactióval felel. Az irányadó tehát máig is még a pontos klinikai észlelés marad. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 91. k. 2—3. f.) Guszman.

Fizikai gyógyításmódok.

A czélszerűtlenül alkalmazott izzófényfürdők veszélyei.

Davidsohn az izzófényfürdők hatását ellenőrizvén, azt tapasztalta, hogy azok némely esetben káros következményekkel járnak, szívdobogást, szorongó érzést, sőt szívneurosis is okoznak, hogy a kövéreket nem igen soványítják, de a soványokat igen. Hangsúlyozza, hogy a kedvezőtlen következmények sok esetben csak jóval a kezelés befejezte után mutatkoznak s az összefüggést ezért nehezen ismerik fel. Ostorozza azt, hogy számos beteg nem orvosi rendelésre, hanem a saját kezdeményezésére és saját belátása szerint használ fényfürdőket. Azért azt ajánlja, hogy — ha ezen a dolgon már másképen segíteni nem lehet — a hatóságnak legalább azt kellene elrendelnie, hogy izzófényfürdőket csak azon intézetekben legyen szabad alkalmazni, a melyek orvosi vezetés alatt állanak. Szerinte annak az orvosnak, a ki izzófényfürdőket rendel, magának is kellene néhány ilyen fürdőt vennie, hogy saját magán tapasztalja, minő erőlyes hatást gyakorolnak a szervezetre. Az orvosnak betegeit figyelmeztetnie kellene arra, hogy ezen fényfürdők czélszerűtlenül alkalmazva károsan hatnak. Ha a közönség ezt tudná, akkor az egészségesek, kik közül sokan egészségük fokozására vesznek izzófényfürdőt, óvatosabbá válnának. (Németországban úgy látszik ezen tekintetben rosszabbak a viszonyok, mint nálunk. A magyarországi intézetekben tudtommal csak orvosi rendelésre adnak izzófényfürdőket s nálunk nincsen is gyógyintézet, mely nem állana orvosi vezetés és felügyelet alatt. Az egyedüli intézet, a melyben differens hatású alkalmazásokat orvosi rendelés nélkül is adnak, a balatonfüredi. Ott nem szabják meg, hogy a szénsavas fürdőket csak orvos rendelésére szabad adni. De azt hiszem, hogy ezen mulasztást rövidesen helyrehozzák, mert ezt a fürdő jó hírnevének fenntartása is megkívánja. Davidsohn figyelmeztetése a napfürdőkre is ráillik. Ezekkel még sokkal könnyebb visszaélni. Sokszor hallom, hogy üdülésre küldött betegének orvosa azt tanácsolja, hogy feküdjék ki a napra és a beteg vagy gyengélkedő azután saját belátása szerint használ minden rendszer és ellenőrzés nélkül napfürdőket. Ilyenek közül soknak azután megárt a napfürdő: általános rosszullét, kínzó erythema, lesoványodás, elgyengülés, izgalmi állapotok stb. jelentkeznek már a sütkérezés napjaiban vagy utólag. Tehát a napfürdőkre is ráillik az a tanács, hogy az, a ki a napfürdők hatásait azoknak különböző alkalmazásmódja mellett alaposan nem ismeri, inkább ne tanácsoljon üdülni induló patientsnek napfürdőket, semhogy azok hosszabb ideig ellenőrzés és részletes utasítás nélkül sütkérezzenek. Ref.) (Therapie der Gegenwart, 1908. 3. szám.)

Lenkei V. D. dr.

Kiseb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az euphyllin nevű új diureticumra hívja fel a figyelmet Dessauer. Az euphyllin, mely a theocin összeköttetése aethylen-diaminnal, vízben nagyon jól (40%-ig) oldódik. Ennek következtében a bőr alá, valamint a végbélbe fecskendezésével alakjában is jól használható. Különösen a végbélbe fecskendezésével (Rp. Euphyllini puri 1.0; solve in aqu. destill. s. qu.; Decocti salep ad 120.0. 2—4 klysmának való) lehet nagyon jó eredményt elérni. (Therapeutische Monatshefte, 1908. 8. füzet.)

Az orr- és garathurut okozta köhögésre hívja fel a figyelmet Hecht. Tapasztalata szerint elég nagy számmal vannak esetek, a melyekben az olykor nagyon heves köhögést az orr- és garathurut okozza, a melynek megszüntetése tehát ilyenkor első-

rendű feladat. Ezen célra nagyon ajánlja a $1/2^{0/0}$ -os sozodjodolink-
oldatot (esetleg $10/0$ cocainnal) az orrba becseppentés alakjában
hátraszegett fej mellett. (Therapeutische Monatshefte, 1908. 8. f.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1908. 38. szám. *Góth Lajos:* A gerincezvelő-érzék-
lenítésről nőgyógyászati műtéteknél. *Látrányi J. Sándor:* Hypnoticum
és sedativum.

Budapesti orvosi ujság, 1908. 38. szám. *Brezovszky Emil* és
Entz Béla: Elvérzés a jobb belső fejtér bujakóros arrosiójából. *Krausz*
József: Adatok a fehérje mennyileges meghatározási módjához, különös
tekintettel az orvosi gyakorlatra.

Orvosok lapja, 1908. 38. szám. *Chudovszky Mór:* Sebészeti
megbetegedések.

Vegyes hírek.

Hollaender Hugó dr.-nak, a belügyministerium egészségügyi és
bakteriológiai intézete szaksegédjének a király a közegészségügyi segéd-
felügyelői címet adományozta.

Kinevezés. *Fillsch Frigyes* dr.-t a belügyminister a brassói állami
szemkórházhoz másodorvossá nevezte ki.

Egyetemi alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán.
Megválasztottak: Az I. sz. anatómiai intézethez: *Rejtő Sándor* dr.,
Auguszt Jenő, *Györgyi Sándor*, *Konek Sándor* díjtalan gyakornokok.
A II. sz. anatómiai intézethez: *Melkovics Rezső* díjas és *Lehel Sándor*
díjtalan gyakornokok. Az élettani intézethez: *Körösy Kornél* dr.
I. tanársegédnek, *Roska János* díjas gyakornoknak (mindkettő meg-
hosszabbítás), *Selegián János* és *Erdélyi Pál* díjtalan gyakornokok. Az I.
sz. kórbonczolástani intézethez: *Kovács József* dr. II. tanársegédnek,
Hüttel Tivadar dr. és *Báron Sándor* díjas és *Kerekes László*, *Melha*
Armand, *Susztér Gyula* díjtalan gyakornokok. A II. sz. kórbonczolást-
tani intézethez: *Goldzieher Miksa* dr. I. és *Bókay Zoltán* dr. II. tanár-
segédnek, *Angyán János* dr. és *Pertik Tamás* dr. díjas és *Kaldehy*
Lajos, *Neuber Ernő*, *Szénágy József* dr. díjtalan gyakornokok. A gyógy-
szertani intézethez: *Mansfeld Géza* dr. I. tanársegédnek (meghosszabbít-
ás). A bakteriológiai intézethez: *Gózon János* díjas gyakornoknak
(meghosszabbítás). A II. sz. belklinikához: *Tornai József* dr. és *Kolb-
inger János* dr. díjas gyakornokok (meghosszabbítás). Az I. sz. seb-
klinikához: *Verebély Tibor* I. és *Fáykiss Ferenc* II. tanársegédnek,
Czabaly Béla dr. díjas gyakornoknak és *Kurzacher Sándor* dr. díj-
talan műtőnövendéknek. Az I. sz. női klinikához: *Bogdanovics Milos* dr.
díjtalan tanársegédnek (meghosszabbítás). A II. sz. női klinikához:
Heller Pál dr. díjtalan gyakornoknak. A szemklinikához: *Herzfeld*
Karola dr. díjas gyakornoknak (meghosszabbítás). A közegészségügyi
intézethez: *Dienes Lajos* díjtalan gyakornoknak. A törvényszéki orvos-
tani intézethez: *Róth Pál* díjas és *Gluzek Ferenc* díjtalan gyakornok-
nak. A gyermekklinikához: *Koós Aurél* dr. tanársegédnek. Az ideg-
klinikához: *Eisler József* dr. díjas és *Csikó József* dr. díjtalan gyakor-
noknak (meghosszabbítás). A bőrkórtani intézethez: *Kollarits Béla* dr.
tanársegédnek, *Hlatky Tivadar* díjas és *Neuber Ede* dr. és *Csesznák*
Margit dr. díjtalan gyakornokok.

Állami munkásbiztosítási orvosi tanácsot szervezett a keres-
kedelemügyi miniszter s elnökévé *Angyán Béla* dr.-t, alelnökévé *Hochhalt*
Károly dr.-t, rendes tagjaivá *Kuzmik Pál* dr.-t, *Lovrich József* dr.-t, *Raisz*
Frigyes dr.-t és *Siklóssy Gyula* dr.-t, rendkívüli tagjaivá pedig *Friedrich*
Vilmos dr.-t, *Ketty László* dr.-t, *Jordán Ferenc* dr.-t, *Wein Manó* dr.-t,
Rottmann Elemér dr.-t, *Walla Béla* dr.-t, *Sarabó Artúr* dr.-t, *Donogány*
Zakariás dr.-t és *Váli Ernő* dr.-t nevezte ki.

Hadzsy János dr.-nak, a verbázi kerület volt képviselőjének mell-
szobrát e hó 20-án leplezték le Bácsopolyán, egykori sikerdús működé-
sének helyén.

Az első éves orvostanhallgatók száma a budapesti egyetemen a
jelen félévben megint tetemes növekedést mutat a múlt évi számhoz
képest. Az utólag jelentkezőkkel együtt a számuk körülbelül el fogja
érni az 500-at; a szabályszerű beiratkozási terminus végéig 484-en irat-
koztak be, köztük 18 nő. A két anatómiai intézetben a hallgatóságnak
ez a váratlan felszaporodása valószínűleg kalamitásszámba megy; a két
intézetnek sem elegendő helye, sem elegendő anyaga és személyzete
nincs ennyi hallgató befogadására és alapos gyakorlati oktatására s a
következő években ugyanezek a nehézségek fognak támadni a többi
intézeteken s a klinikákon. A harmadik és negyedik egyetem felállítás-
a az orvosok kiképzése szempontjából valóban égető szükséglet!

Pajor dr. új sanatoriuma Budapesten, a Vas-utczában elkészült.
70 szobájának mindegyike a higiéné és kényelem minden kívánalmának
a legnagyobb mértékben megfelel. Sebészeti osztályán kívül nagy súlyt
fog vetni belorvostani és diätetikai osztályára, melynek szakszerű veze-
tése úgy tudományos, mint gyakorlati részében (diätetikai konyha)
biztosítva van. A sanatoriumot a napokban nyitják meg és mutatják
be az orvosi karnak.

Az Abstinens Orvosok Egyesülete az alábbi felhívást intézi
Magyarország orvosaihoz: Az Abstinens Orvosok Nemzetközi Szövet-
sége, a mely az alkoholizmus elleni XI. nemzetközi congressuson 1907-ben

Stockholmban alakult, az összes népek orvosait egyesülésre szólítja fel,
hogy a népeket az alkoholizmustól megszabadítsák. Felhívását a követ-
kezőkkel indokolja: 1. Az emberiséget sújtó bajok javarészenek állandó
kútforrása a bármely ital alakjában élvezett alkohol. 2. Első sorban az
orvosi rend kötelessége, hogy erről a népet felvilágosítsa. 3. Ha az
alkoholélvezet uralma továbbra is fennmarad, meg fognak maradni a
következmenyei is, a melyeket az emberiség történetéből ismerünk: a
demoralisatio, az egyének és népek elfajulása. 4. Minden fajtájú szesz-
ital minden fajtájú élőlény számára tökéletesen felesleges; csak ott érzik
az alkohol-élvezet szükségét, a hol ezt a szükséglet mesterségesen ébreszt-
getik. 5. Minden normális szervezet jobban működik alkohol nélkül; az
alkohol kiváltképpen a fiatal és növekedőfélben levő szövetekre veszedel-
mes. 6. A jövőendő nemzedékek megóvása érdekében szükséges a szesz-
italoktól való tökéletes tartózkodás, mert az alkoholizmust és követke-
zmenyeit csakis széleskörű abstinens-mozgalom tudja csökkenteni. Ezen
okoknál fogva az Abstinens Orvosok Nemzetközi Szövetsége nevében
felhívjuk minden nemzetbeli kartársainkat, hogy csatlakozzanak alkoholiz-
mus elleni küzdelmünkhöz és írják alá a következő felhívást:

Felhívás! Az alulírott — minden országbeli — orvosok a követ-
kező felhívást intézik minden uralkodóhoz, kormányhoz, népképviselő-
hez, minden nevelőhöz, tanítóhoz, lelkészhez és mindenkihez, a ki szívén
viseli a most élő és a jövőendő nemzedékek jólétét! Mi, a kik az orvosi
rendhez tartozunk és tanulmányainknál fogva különösen képesek vagyunk
arra, hogy a szesz-italok mibenlétét és hatásait megismerjük és meg-
ítéljük: mi szilárd meggyőződésünknek valljuk, hogy minden szesz-
ital teljességgel felesleges és nagy fokban káros, és hogy mindazok a
bajok, a melyek a szesz-italok élvezetéből származtak és még mindig
származnak, kiirthatók és hogy ki is kell őket irtani. Mindenekelőtt
pedig az ifjúságot kell minden módon arra tanítani és példaadással
nevelni, azonfelül pedig törvényekkel megvédelmezni, hogy megtanuljon
tartózkodni a szesz-italoktól. Kijelentjük, hogy a mi meggyőződésünk
szerint ezen az úton kell haladnunk, hogy egészséges emberiséget
teremtünk és hogy a népek boldogságát, jólétét és haladását biztosítsuk
és előmozdítsuk. *Holtsen* dr. (Pirkenhammer), *Santesson* dr. (Stockholm),
Ridge dr. (London), *Laitinen* dr. (Helsingfors), *Obrik* dr. (Frederikswaerk),
Stein dr. (Budapest), *Vogt* dr. (Kristiania). Felkérjük mindazon orvos-
társainkat, a kik a jelen felhívást — a mely azután az egész világon
mindenütt széles körben terjesztetni fog — aláírásukkal ellátni hajlandók,
szíveskedjenek ezt egy levelező-lapon *Dóczi Imre* dr. titkárnak, Buda-
pest, VI., Váci-körút 45 bejelenteni.

Meghalt. *Hösz Mihály* dr. nagylaki járásorvos e hó 19-én 53
éves korában. — *P. E. Cappello* dr., a sebészet rendkívüli tanára,
szepember 2-án Rómában.

Kisebb hírek külföldről. Szent-Pétervárott letartóztatták *B.*
Zhankov dr.-t, a Pirogoff-társaság titkárát. A lakásán 1500 példányban
találtak egy brosúrát, melynek a címe a következő volt: „Mit kell
tudnunk a ragályos betegségek ellen való védekezésről”. A brosúrának
csak az első lapjai foglalkoztak a címben megjelölt tárggyal, a többi
része mind a forradalmi propagandának volt szentelve. A Pirogoff-társ-
aságot is feloszlatták. — *R. Kraus* dr.-t, a bécsi serotherapiás intézet
adjunctusát rendkívüli tanárrá nevezték ki. — *J. Talko-Hrynciewicz* a
krakói egyetemen az anthropologia rendkívüli tanára lett. — *Lister*, a ki
most 82 éves, súlyosan megbetegedett.

Az orvosi szaklapok nemzetközi szövetkezése október 2—3-án
tartja Párisban ez évi gyűlését. A gyűlésen többek között szó lesz a
jövő évben Budapesten tartandó nemzetközi orvos-congressus alkalmával
szervezendő sajtóirodáról is. A gyűlésen a Magyar orvosi szaklapok
egyesületét lapunk munkatársa, *Illyés Géza* dr. egyet. magántanár fogja
képviseelni.

— ORVOSOK, —

kik 1908-ban letelepedtek, lakhelyüket vagy lakásukat
változtatták, kéretnek, hogy erről az „ORVOSI ÉV-
KÖNYV” szerkesztőségét (Budapest, VII., Kertész-u. 16)
levelezőlapon mielőbb értesíteni szíveskedjenek.

SZÉCHENYI-TALEPI SANATORIUM az Erzsébet királyné-úti villamos
végállomásánál ideg- és kedély-
beteg, alkoholista, morfinista számára. — Prospectus. — Sürgöny: Budapest.
— Telefon 79—72. — Posta Rákospalota. 4895

Kopits Jenő dr. testgyógyászati intézetét VIII., Gyöngyútk-utca
14. sz. alá (Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

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

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

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

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA.
VII., Rákóczi-út 26, földsz. I. Telefon 112—95.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. A német orthopaed-sebészársaság VII. congressusa. (Berlin, 1908 április 24—25.) 720. l. — Biharmegyei orvos-gyógyszerész- és természettudományi egyesület. (1908 évi márczius 2-án tartott szakülés.) 721. l.

A német orthopaed-sebészársaság VII. congressusa.

(Berlin, 1908 április 24—25.)

Ismerteti: Gergő Imre dr.

Az orthopaed-sebészársaság ezidei ülésein *Schulthess* (Zürich) elnökölt. A congressus összesen négy ülést tartott, ezek egyike projectiós estély volt.

I. ülés 1908 április 24-én este 7^{1/2} órakor.

Schultze (Duisburg) az alsó végtagok deformációjának kezelésére különböző gépeket szerkesztett, melyeket vetített képeken ismertetett. Készülékei közül említést érdemel: medenceerőgőztető készüléke extensiós szerkezettel; osteoklast-készüléke; fekvőkészüléke veleszületett és reponált csípőízületi ficamoknak utókezelésére. *Schultze* fejtegetéseiből az tűnt ki, hogy feltétlen hiva az egyoldalú conservatív kezelésmódoknak.

Joachimsthal (Berlin) a csípőízület veleszületett ficamodásával szövődött egyéb veleszületett anomaliákat ismertette. A csípőízületnek veleszületett ficamja mellett caput obstipumot, a radius ficamodását, genu recurvatumot, térdficamot és pes varust észlelt congenitális alapon, sőt rachischisissal is látott szövödményeket.

Guradze (Wiesbaden) a csomócsont átvésésének eredményeiről számolt be képek vetítésével.

A discussióban *Lorenz* (Bécs) azon nézetét fejtette ki, hogy csöves csontokon az osteotomia kiméletesebb és eredményében biztosabb eljárás, mint az osteoklasis; a lábon ellenben véres műtétekre csak ritkán vagyunk utalva. *Lorenz*-czel szemben *Müller* (Stuttgart) és *Gocht* (Halle) a lábdeformitások véres műtévéseinek a hiva.

Drehmann (Breslau) individualizál; a betegeknek 5. élet-évéig osteoklasisal jut célhoz; ha ellenben a rachitises csont igen kemény, osteotomiát végez.

Schanz (Dresden) súlyos skoliosisokban elért eredményeit tárgyalta; a javulást részben gipsz-kötésekkel, részben gyakorlatozással érte el.

Az eszmecserében *Rosenfeld* (Nürnberg) említi, hogy már 6 év óta gyakorolja *Schanz* eljárását sikerrel. *Böhm* (Berlin) *Schanz*-hoz azon kérdést intézi, vajjon a skoliosisnak juvenilis és idiopathiás alakjaiban is ért-e el eredményt. A kérdésre *Schanz* igenlő választ adott. *Cramer* (Köln) vetített képeken fejtegette a gerincoszlopnak azon veleszületett anomaliáit, melyekhez skoliosis társulhat.

Végezetül *Schulthess* (Zürich) közös adatgyűjtésre hívta fel az orthopaed-sebészeket, röntgenologusokat, valamint anatomusokat, oly célból, hogy tüzetesebben állapíttassék meg a gerincoszlop részaránytalanságának praedilectiós helye és ennek befolyása a skoliosis keletkezésére.

II. ülés 1908 április 25-én délelőtt 9 órakor.

Az elnöklő *Schulthess* (Zürich) elsőben is a társaság elhunyt tagjairól emlékezett meg és főleg *Hoffa* (Berlin) és *Esmarch* (Kiel) érdemeit méltatta. Majd szavá tette a berlini egyetem orthopaed-tanszékének ügyét; *Hoffa* halálával a tanártestület a tanszék beszüntetését javasolta, de a német orthopaed-sebészársaság közbe lépésére a ministerium ettől elállott.

O. Fischer (Leipzig) az izmok működéséről és az izomműködés hatásáról beszélt. Szerinte igen fontos az izom- és inműtétek szempontjából, hogy a következő igazságokat tartsuk szem előtt: 1. Az izom mindig két irányban fejt ki egyenlő nagyságú húzó hatást, azaz úgy eredési, mint tapadási helyét az izom egyformán húzza. A tankönyvek az izmok hatását eredési helyükre nem is méltányolják. 2. Az izmok nem pusztán azon ízületeket mozgatják, melyek felett elvonulnak, hanem távolabbi ízületekre is hatnak,

ú. n. másodlagos módon. 3. Az izomműködés problémájának megfejtéséhez pontos matematikai és fizikai számításokra van szükségünk; igen czélszerű a moment fényképfelvételeknek a tanulmányozása is.

Fischer előadása élénken illusztrálta az izommechanika ismeretének didaktikai fontosságát, valamint a fizikai előtanulmányok szükségességét az inműtétek végzésekor.

A discussióban *Lange* (München), *Riedinger* (Würzburg), *Vulpus* (Heidelberg) és *J. Fraenkel* (Berlin) gyakorlati példákat említettek az inműtétek terén, melyekkel *Fischer* fejtegetéseit igazolták.

Muskat (Berlin) azon működési alkalmazkodásra utalt, melyet új izomegyed (Muskelindividuum) alkotásakor tapasztalhatunk az idegvezetés új útjain.

Joachimsthal (Berlin) hasonlóképen az izmok alkalmazkodásáról szólt és az izmoknak ú. n. önszabályozó jelenségeit méltatta megváltozott működés mellett.

Böcker (Berlin) *myositis ossificans traumatica* czímén erős ízületi körüli csontosodásokat irt le, melyek egy kéthónapos könyök-ficamnak véres repositioja után fejlődtek. A csontosodás *Böcker* szerint úgy a periosteumból, mint az intermuscularis kötőszövetből indulhatott ki.

Drehmann (Köln), *Wullstein* (Halle) hasonló nézetet van; *Bardenheuer* (Köln) szerint pedig ily callusképződések az extensiós kezeléssel elkerülhetők.

Riedinger (Würzburg) házinyulak végtagsontjain az intermediaer porcot átvágta és ennek nyomán oly rendellenességet látott a csontosodásban, a melyen a rachitisben van.

Lorenz (Bécs) a femur epiphysiolysise után zavarokat a növényben nem látott.

Gocht (Halle) 45 éves férfiban észlelt osteomaláciát. A csomók abdukált helyzetében alkalmazott gipszkötésekre a fájdalmak eltűntek; jelenleg a beteg tokos készüléket hord és ezzel jól jár.

Alsberg (Kassel) trauma nyomán észlelt osteomaláciát; a bántalmat phosphaturia is kísérte, kimenetele pedig letális volt.

Werndorff (Bécs) *ostitis fibrosa Recklinghausen* esetét ismertette.

Aberle (Bécs) *trophoneurosis* ízületi elváltozásokat demonstrált a felső végtagon.

Chrysospathes (Athen) két esetben látott intrauterin keletkezett törést.

Cramer (Köln) a porcsérülések gyógyulásfolyamatát tanulmányozta asepsises kautelák mellett mesterségesen ejtett porcsérülések után; kifejezett porczregenerációt sohasem látott, porzcalls nem képződött, ha pedig radiális metszéssel a csont is megsérült, érdús kötőszövet burjánzott a csontvelőből a porczba.

Heusner (Barmen) újabb fajta sínket ajánlott alumíniumból.

Ester (Treptow) tokos készülékekhez chrombort használ; ez szerinte nagyon ellentálló és igen könnyen idomítható közvetlenül a beteg testén.

Förster (Breslau) a spasmosus bénulások újabb műtéti eljárásáról értekezett.

Az izmok spasmusát a hátulsó ideggyökök átmetszésével óhajtotta megszüntetni. Szellemesen kidolgozott műtéti tervét *Titze* (Breslau) valósította meg. Little-féle megbetegedés két esetében az eredmény meglepő volt, ezen sikerült eseteket *Förster* a congressusnak be is mutatta.

A műtét nagy technikai nehézségekkel küzd; ezért *Förster* a műtét javallatát csak a legsúlyosabb spasmosus bénulásban látja. Az utókezelés is fáradságot és nagy türelmet igényel.

Förster előadása egészen új kilátásokat nyitott az operatív ténykedésnek. *Schulthess* (Zürich) hozzászólásában ennek kifejezést is adott azon óhajával együtt, vajha sikerülne *Förster* eljárását a technikai nehézségek ellenére tovább kiépíteni.

(Folyt. következik.)

Biharmegyei orvos-gyógyszerész- és természet-tudományi egyesület.

(1908. évi márczius 2.-án tartott szakülés.)

(Folytatás.)

2. Zwillinger Hugó: Gégedaganat műtett esete. Noha maga a kórszövettani készítmény is, melyet ma bemutatni szerencsém van, mutat olyan viszonyokat, melyek a bemutatást okadatolnak, mégis a klinikai tünetek azok, melyek az esetet tanulságossá teszik, s melyekre a főszólyt helyezem. Mielőtt esetemre áttérnék, egy igen érdekes kórtörténetre hívom fel figyelmüket, melyet Horn és Möller az Archiv für Laryngologie 20. kötete 1. füzetében közölt. Gümőkórban szenvedő emberről van szó, kinek gégejében tuberculosus elváltozások voltak láthatók, nevezetesen a bal hangszalagon két felületesen kifehéjesedett beszűrődés; midőn a beteg a kórházat másodszor felkereste, tüdije sokkal rosszabb állapotban volt, a fekélyek behagadtak találtattak, a hátulsó beszűrődés kisebb volt, az elülső kissé kocsányos, a rima glottidisbe kissé belenyúló sima felületű kendermagnagyságú terimenagyobbodás, mely a boncolás után mikroszkop alatt angioma cavernosumnak bizonyult. Az életben a bántalom természetét nem ismerték fel azért, mert a gümös elváltozások annyira uralkodtak a képen, hogy az elülső daganatot ép úgy mint a hátulsó térfogatnagobbodást tuberculosus beszűrődésnek tartották. Saját esetemben 36 éves gyári munkásról van szó: infiltratio apic. pulm. tuberculosus, a bal hangszalag szürkésvörös, beszűrődött, felülete egyenetlen, fekélyes, elülső harmadán, majdnem az elülső szögletben, kis borsónagyságú, szürkésvörös színű, sima felületű térfogatnagobbodás, mely a hangszalagon szélesen ül, elülső határa nem éles, hátulsó határa nem látható. Klinice a gümös elváltozások a gégeben (interaryt. széles fekély), a térfogatnagobbodás külseje, nem tökéletesen elhatárolt volta (elülső határa az infiltrált fekélyes hangszalag tömegébe ment át) gümös daganatra engedett következtetni. 1906 november 29.-én a daganatot eltávolítottam. A kórszövettani vizsgálatnak eredménye a következő: Vértűs, sok helyen haemorrhagiás, rostos kötőszövetből álló és elég nagy számmal orsóalakú sejteket tartalmazó kötőszövet-daganat, a melyben számos helyen nagymennyiségű hyalin anyag található, a mely utóbbi az eddig megejtett vizsgálat előzetes adatai szerint alkalmasint főként a gyűjtőerek falában és ürterében foglal helyet. Tuberculosusra utaló helyek a metszetekben egyáltalában nem voltak találhatók. A képlet mindenesetre kötőszöveti daganat, melynek közelebbi természetéről csak sorozatos metszetek áttanulmányozása után lehet végleges véleményt alkotni.

A kórszövettani vizsgálat tehát közelebből még meg nem állapított, de mindenesetre fibromatosus daganatot mutatott a gümös gégeben, mely, úgy mint Horn és Möller említett esetében, nemcsak a tuberculosus jelenségek praevaleálása folytán, hanem az újképletnek egyéb tünetei alapján is klinice a tuberculoma benyomását keltette.

3. Lénárt Zoltán: A jobb tonsilla kocsányos daganata. A 26 éves nőbeteg bronchitis miatt fekszik a szent István-kórházban és a torkában lévő daganatról nincs is tudomása, mert ez neki alkalmatlanságot sohasem okozott.

Ez annál meglepőbb, mert a jobb tonsilla hilusának széléből eredőleg gesztenyénél sokkal nagyobb, hosszúka alakú, hosszú vékony kocsányon ülő, halvány vörös, sima felületű, tömött tapintatú daganat lóg, a mely ide-oda mozgatható és egészen a nyelvgyökeréig ér.

A beteg eddig, sajnos, nem volt rábirható, hogy a daganatot megoperáltassa és így a szövettani természetéről nem lehet nyilatkozni; a legvalószínűbbnek tartom, hogy a daganat a tonsilla kocsányos fibromája.

4. Lénárt Zoltán: Tuberculosis nasi, pharyngis et laryngis. A tuberculosis a garatban még ritka. Chiari 24,000 orr- és gégebeteg között 635 esetben talált gége-tuberculosist és csak 24-ben garat-tuberculosist. Ezen adatok ambulans betegek vonatkozására és alkalmasint a fekvő, tehát súlyosabb betegekben ez az arány más. A szent István-kórház beteganyagán, a melyben a tuberculosis nagy számmal van képviselve, a garattuberculosis sokkal ritkábban kerül ugyan észlelés alá, mint a gégetuberculosis, mégis sokkal gyakoribb a Chiari adataihoz képest. A bemutatott

beteg két szempontból igen érdekes: 1. Ily kiterjedésben sohasem volt alkalmam a garat tuberculosist látni. 2. Rendkívül feltűnő, hogy a nagy kiterjedés mellett a betegnek alig van fájdalma a nyeléskor.

B. S., 22 éves asszony. Másfél éve beteg, lázas, orra el van dugulva, rekedt, nyelése alig fájdalmas. Az orrhát duzzadt, széjjelterült, belővelt, az orrnyílások tágak, ki vannak töltve vérekeny granulációkkal, a melyek az orrüregbe folytatódnak és azt teljesen kitöltik. A légyszájpadláson, a tonsillákon, a garatíveken és a hátulsó garatfalán számtalan felületes fekély van; ezen fekélyeknek szabálytalan, csipkézett, itt-ott alávájt szélük van; a nagyobb fekélyeket számos kisebb fekély és miliaris esomó környezi. A velum jobboldala és a hátulsó garatfal jobb oldala, valamint a jobb tonsilla fekélyesen szétesett és ezen részek defectusa áll fenn. Hegesedés sehol sem látható.

Az epiglottis, az aryepiglottikus redők, az állangszalagok meg vannak vastagodva, számos miliaris göbese és nagyobb esomó következtében egyenetlen felületűek. Az interarytenoidalis tájék fekélyes, göbös, a valódi hangszalagok fekélyesen él vannak roncsolva.

A tüdőekben mindkét oldalon beszűrődés. Arthritis tuberculosa, sipolnyilással a bal kéztőizületben. Tuberculosus hegek a karokon. A köpetben Koch-féle bacillusok.

A fekélynek csipkézett, alávájt széle s a hegeknek hiánya miatt a folyamatot nem lehet lupusnak tartani.

Nagyon ritka és feltűnő, hogy az igen kiterjedt bántalom mellett alig van fájdalom a nyeléskor, holott tudjuk, hogy rendszeren mily nagy szenvedést okoznak a garat és gége tuberculosus elváltozásai.

Baumgarten Egmont: Óhajtja, hogy az orrsövényből vett szövetdarabot is vizsgáltsa meg a bemutató, mert azt hiszi, hogy nemcsak tuberculosis van jelen.

Lénárt Zoltán: Szándéka különböző gyógyeljárásokat igénybe venni, de nem sok eredményt vár, mert a folyamat nagyon el van terjedve. A prognoszt nem tartja jónak. Nem tartja másnak, csak tuberculosisnak, a mit Entz vizsgálata is megerősít. Lehetne lupusra gondolni, de ellene szól a hegesedés hiánya.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

3281.908. szb. sz.

Fogarasz vármegye, alsóárpási járásában megüresedett alsóvisti 13.427 lélek-számmal bíró **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és ezen állást elnyerni óhajtokat felhívom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **f. évi október hó 15.-én déli 12 óráig** hivatalomhoz annál inkább benyujtsák, mert később érkező folyamodványok nem lesznek tekintetbe véve.

A körorvos székhelye: Alsóvist.

Javadalmazás: **1600 korona évi fizetés**, 400 korona úti átalány és 400 korona lakbér, mely összeg az állampénztárból utólagosan fizetetik, továbbá a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A körorvos jogosult a jegyzői nyugdíjintézetbe belépni. Házi gyógyszerár elnyerése is kilitásba van helyezve.

Köteles azonban a körorvos a községet havonként kétszer rendszeren látogatni és a vagyontalan betegeket ingyen gyógykezelni.

A megválasztott körorvos köteles állását 8 nap alatt elfoglalni.

A választás napját későbbben fogom kitűzni.

Alsóárpás, 1908. évi szeptember hó 22.-én.

3-1

Bokross Emil, főszolgabíró.

Lupényi bányáinknál rendszeresített **másodorvosi állás** betöltésére ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: **3400 korona évi fix fizetés**, 300 korona működési pótlék, szabad lakás, fűtés és világítás és évenként utólag folyósítandó 300 korona jutalomdíj. Az állás a törzsfizetés után számítható nyugdíjképeséggel van egybekötve.

Pályázóktól megkívántatik, hogy műtői oklevéllel és a belgyógyászatban néhány évi kórházi gyakorlattal birjanak.

Pályázni szándékozók sziveskedjenek kellően felszerelt folyamodványukat az Urkány-Zsilvölgyi Magyar Köszénbánya Részvénytársaság Bányagazgatóságára címére, Lupény (Hunyadmegye) benyujtani.

Budapest, 1908. évi szeptember hó 20.-án.

Urkány-Zsilvölgyi

Magyar Köszénbánya Részvénytársaság.

A Széchenyi-telepi ideg- és kedélybeteg sanatoriumban (Budapest, Erzsébet királyné-út végén) megüresedett **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az alorvosi állás 1600 korona kezdő fizetéssel, I. oszt. élelmezéssel, szabad lakással és fűtéssel van javadalmazva.

A pályázni óhajtó nőtlen orvosok kérvényeiket a sanatorium igazgatóságánál nyújthatják be, vagy esetleg a délutáni órák alatt az intézetben személyesen jelentkezhetnek.

93/908. sz.

A nagyváradi m. kir. bábaképezdénél megüresedett tanársegédi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: kezdő fizetés évi 1400 korona, természetbeni lakás, fűtés, világítás és élelmezés.

Felhívom mindazon orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott orvostudori oklevéllel és eddigi alkalmazásukról szóló — különösen szülészeti és nőgyógyászati gyakorlatukat igazoló — okmányokkal felszerelt és hozzám címzett folyamodványaikat f. évi október hó 15.-éig alulírott nál nyújtsák be.

Nagyvárad, 1908. évi szeptember hó 20.-án.

Konrád Márk dr., kir. tan., igazgatótanár.

686/908. sz.

Pozsony vármegye nagyszombati közkórházánál lemondás folytán üresedésbe jött **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1200 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás, élelmezés (vagy 720 korona élelmezési ellenérték). Pályázni kívánókat felhívom, hogy minősítettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket Bittó Dénes dr., Pozsony vármegye főispánjához címelve, hozzám legkésőbb **f. évi október hó 10.-éig** nyújtsák be.

Nyelvismeret közlése kívánatos.

Nagyszombat, 1908. évi szeptember hó 22.-én.

Nagy Pál dr., várm. kórházi igazgató-főorvos.

2085/908. eln. sz.

A pécsvárosi közkórháznál lemondás folytán megüresedett két **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Az elmeorvososztályon megüresedett állás javadalmazása **évi 2000 korona fizetés**, természetbeni lakás és I. osztályú élelmezés, az anyakórházi másodorvos fizetése évi 1200 korona, I. osztályú élelmezés és természetbeni lakás vagy 400 korona lakpénz.

Felhívom a pályázni kívánó orvostudorokat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz.-ben előirt minősítettségüket igazoló és méltóságos Erreth János úrhoz, Pécs szab. kir. város főispánjához címzett folyamodványaikat nálam legkésőbb **f. évi október 5.-éig** nyújtsák be, mert a később érkező pályázatok figyelembe vételét nem fogadjuk.

Arra az esetre, ha szabályszerű minősítéssel bíró orvostudorok nem jelentkeznek, mindkét másodorvosi állásra orvosgyakornokok is alkalmazhatók lesznek.

Pécs, 1908. évi szeptember hó 10.-én.

2-2

A kórházigazgatóság.

367/908. sz.

A gyergyószentmiklósi nyilvános jellegű megyei kórháznál lemondás folytán megüresedett, élethossziglan kinevezéssel járó **rendelőorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás **2000 korona évi fizetéssel**, két szobából álló bútorozott lakással, fűtés és világítás élvezetével javadalmaztatik.

Felhívom a pályázni óhajtó orvosdoktorokat, hogy szabályszerűen felszerelt — Csik vármegye főispánjához címzett — kérvényeiket **f. évi október hó 15.-éig** alantírt igazgatóhoz küldjék be.

Gyergyószentmiklós, 1908. évi szeptember hó 7.-én.

3-3

Dobribán Antal dr., kórházi igazgató.

HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik
vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és
köszvényknél, a cukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinya-Lipőci Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8



TÖBB KIÁLLÍTÁSON KITÜNTETVE.

TARTALMAZ EMULSIÓBAN 50 % CSUKAMÁJOLAJAT. - SZAGA ÉS IZE
KELLEMESE, KÖNNYEN BEVEHETŐ, FELBŐFÖGÉST ÉS DIARRHOÉT NEM OKOZ

POTIO OL. JECORIS

KAPHATÓ AZ ÖSSZES GYÓGYSZERTÁRAKBAN. - KISÉRLETI MINTÁK DIJMENTESEN ÁLLANAK RENDELKEZÉSRE. - EGY 600 GRAMMOS ÜVEG ÁRA 4 KOR. 75 FILL., PRÓBA ÜVEG 2 KOR. 50 FILL.

Készíti: Z. Nagy Albert gyógyszerész Csanádpalota.

TÖRV. VÉDVE.

Üdülő otthon.

Abbazia Voloska

Pension Denk.

Orvosi vezető: Dr. Nikolaus Fabianic.

Természetszerű utókúrák lábadozók részére; diéta, tápláló-, massage-, fürdő- és fekvőkúrák. Egész éven át nyitva. Családi csatlakozás. Kitiűnő ellátás. Csendes, teljesen pormentes, remek fekvés. Mérsékelt árak. Prospektusok ingyen.

LASSNITZHÖHE

Graz mellett az államvasút mentén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependencie-okban nyári lakók is felvétetnek. Téli és nyári sport, mozgási játékok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágosításul szívesen szolgál a kezelőség. Prospektusok díjmentesen.

Daczára f. év január 17.-én történt tűzkárnak a rendes üzem fentartatik.

A világ legjobb  Páratlan keserűvize. a maga nemében.
Saxlehner András, Budapest
cs. és kir. udvari szállító.

Hunyadi János

3527

természetes keserűvíz.

Gyors, biztos és enyhe hatás. A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer. Az orvosi világ által előszeretettel és több mint 1000 véleményezésben ajánlva.

A bevásárlásnál kéretik a palaczk czímkéjén a **Saxlehner András** nevet figyelembe venni.

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

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) Trienttől másfél órányi távolság. Gyógyház, Grand Hotel des Bains és park. Legelőkelőbb elsőrangú házak, remek fekvéssel. (535 m.) körülveve 150,000 négyzetméter feyves erdővel. Impozáns dolomit-panoráma. Enyhe, alpesi klíma. Salsón május 1-től októberig.