

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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 Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Wein Manó: A Marmorek-féle gümőkórellenes serummal tett tapasztalataim. 113. l.

Kovács József: Közlés a Pertik Ottó egyet. tanár, udvari tanácsos vezetése alatt álló II. számú kórboncolástani intézetből. A tüdő- és hörgőmirigygümőkór pathogenesisének némely vitás kérdéséről. 115. lap.

Pólya Jenő: A modern rákgyógyítás módjai és eredményei. 118. lap.

Jendrassik Ernő: Bevezető előadás. 120. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Osváth Albert: Egészségi tanácsadó. — Pikler J. Gyula: Orvosi emlékeimből. — Lapszemle. Belorvosok. Teesi Kurashige: A tüdőgümőkórnak külsőleg látható új jele. — Alberto Baldi: Adatok a has-reflex ismeretéhez. — Idegkórtan. Cassirer: Az érző- és trophiás neurosisok gyógyítása és kórjellete. — E. Levi: A lábelonius körjelző jelentősége. — Sebészet. Sick: A kombinált skopolamin-morphium-chloroform-aether-bódítás. — Ziesch-

mann: A pajzsmirigykiütés következményei. — W. B. Brinsmade: Mesenterialis chyluscysta. — Gassow és Keenan: Appendixcarcinoma. — Ransohoff: A chole-dochusintétek alatt létrejövő shock oka. — Szülészet és nőorvosok. Veit: A szülés alatti narcosisok értéke. — Gyermekorvosok. Birk: A phosphoros csukamájolajnak egészséges és angolkóros csecsemők anyageseréjére gyakorolt befolyása. — Flamini: Az opsoninindex a csecsemőkórban. — Bőrkórtan. Tieche: Adatok a fejbőr mikroorganizmusainak ismeretéhez. — Orr-, torok- és gégebetegségek. Krieg: A gégecső elsődleges daganatai. — J. L. Goodale: Az amerikai laryngologusok Montrealban tartott 1908. évi közgyűlése. — Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra. Weber: A tüdőgümőkór gyógyítása. — Spiegler: Eljárás kátrányfürdő készítésére. 121—125. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 125. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 125. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 126—128. lap.

Melléklet. A Farbwerke, vorm. Meister Lucius & Brünnig, Höchst a. M. cég „Gyógyszerkészítmények” prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A Marmorek-féle gümőkórellenes serummal tett tapasztalataim.

Irta: Wein Manó dr., egyetemi magántanár, a budapesti kerületi munkásbiztosító pénztár ambulatoriuma II. sebészeti rendelésének vezető sebésze.

Az első alkalommal, hogy a Marmorek-féle gümőkórellenes serumról értekeztem (Orvosi Hetilap, 1908. LII. évfolyam, 21. sz.), ennek a serumnak a hatását törekedtem megmagyarázni és azokra a jelenségekre hívtam fel a figyelmet, a melyek a serum hatásának törvényszerű, mert szükségképpen való következményei.

Most az eredményekkel óhajtok foglalkozni, és a Marmorek-serum hatását csak annyiban tárgyalom, a mennyire ezt az elmondandók megérthetése szükségesnek tartom.

Akkoriban megállapítottam, hogy a Marmorek-serum, úgy mint minden passiv serum, a mely tehát csak kész antitoxinokat tartalmaz, a kórokozó, a fertőzés termelte toxinokat megköti, neutralizálja. Megköti első sorban a keringésben lévő toxinokat és így méregteleníti a szervezetet. Csak ha a szervezet a gümőkóros toxinoktól méregtelenítve van, illetőleg ha a szervezetben ilyen mérgek keringésben nincsenek, juthat el a serum a fertőzési góczhoz. Itt sem más a hatása: itt is megköti a fertőzés termelte toxinokat és így hatását helybelileg, a megbetegedés helyén is kifejti.

Igy az eddig a fertőzés termelte toxinok hatása alatt állott szervezet védekezési berendezései a specifikus, a sajátlagos mérgek hatása alól felszabadulnak. Míg eddigelé csak befolyásoltságuknak megfelelően tudtak védekezni és így rendszerint csak a betegségre jellemző lobosodásokat eredményeztek, most már fokozottan hatás-képesek lesznek, a helybeli méregtelenítés fokának megfelelően nem beteges, a betegségre jellemző, hanem erőteljes, a fertőzés ellen való védekezésre alkalmas, általános jellemű lobokat létesíthetnek és ezzel gyógyulásra segíthetik a szervezetet.

Ha tisztán csak gümőkórosan fertőzött szervezettel állunk szemben, a betegség helybeli megnyilatkozásai, a lobformák, a

melyeket észlelhetünk, a fertőzésre jellemzők, olyanok mint a milyeneket a szervezetnek a fertőzés termelte mérgek által befolyásolt védekezési berendezései produkálni tudnak: idült lobformák, idült szövethalál, idült elhatárolódása az elhalt szövetnek, erőtlenség, a megbetegedésre jellemző sarjak. Nem csodálható, hogy ily viszonyok között a szervezet a megbetegedés felett csak kivételes esetekben, az általános és helybeli viszonyok szerencsés megváltozásakor tud úrrá lenni.

Ha azonban a fertőzés termelte toxinoktól a szervezetet méregteleníteni sikerül, majd helybelileg is méregtelenítjük a szöveteket, a szervezet a toxinok méreghatása alól felszabadulva, a felszabadulás fokához mérten mindinkább tud védekezni és ennek a változásnak megfelelően a lob jellege is megváltozhat. A lob hevenyebb alakot ölthet, a vasomotorius rendszer felszabadulásával nemcsak a fertőzésnek, de a megbetegedésnek összes ingereire a szervezet nem betegesen, hanem természetes védekezési képességének megfelelőleg reagálhat.

Ezt a reakciót, a sajátlagos mérgek okozta specifikus reakcióval ellentétben, automatás reakciónak neveztem el. Automatásnak azért, mert ez a reakció nem egy új méreghatásnak, nem egy új ingernek a következménye, mint a milyen minden specifikus reakció, hanem a méregtelenítés folytán felszabadult védekezési berendezésnek a megnyilatkozása; első sorban nem a szervezetbe juttatott antitoxinok mennyiségétől függ, hanem attól, hogy mennyire szabadulnak fel a vérkeringést szabályozó szervek. Ezt a felszabadulást a reakció automatásan követi.

Az automatás reakció lényegét tevő bővérűség következtében a fertőző csírák rosszabb, a szövetek pedig jobb megélhetési viszonyok közé juthatnak. A vérkeringés a gyógyulás követelményeinek megfelelően megváltozik s a szövetek a méregtelenítés fokával lépést tartva, a fertőzés okozta kár pótlására képesek lesznek és így iparkodni is fognak, hogy a károkat pótolva, a fertőzés okozta sebzésből kigyógyuljanak.

Az itt elmondottaknak csak természetszerű folyamánya, hogy a szervezet védekezési berendezésének felszabadultával a lobformák, a szervezet védekezésének eme megnyilatkozásai, sajátlagos jelle-

müket elvesztik és mindinkább a szervezet általános jellemű gyógyulási törekvésének lesznek a kifejezői.

Az így keletkező lobformákat tehát sohasem szabad a megbetegedés rosszabbodásaként felfogni, mert azok mindig a gyógyulás szolgálatában állanak. Még akkor is a reparatio lehetőségét szolgálják, a mikor szertelenségükkel magát a szervezetet is veszélyeztetik.

Nem a Marmorek-serumnak a hibája az, hogy egy a szervezet méregtelenítését követő lobosodás aggályos arányokat ölt, hanem a betegségnek a számlájára irandó, a mely betegség olyan destruktíót okozott, olyan helyzetet teremtett, a mely destruktíóktól máskép, mint turbulens lob, esetleg újabb szövethalás útján megszabadulni, a mely helyzetet máskép mint súlyos lobokkal a gyógyulás feltételeinek megfelelően átalakítani a magára hagyott szervezet képtelen.

A magára hagyott szervezetet emlitem, mert megváltoznak a viszonyok, ha a szervezetnek kellő időben és megfelelő módon segítségére sietünk.

És ha egyrészt a legtöbb esetben a méregtelenítés fokától függ az, hogy mennyire vetkőztetjük ki a lobformát pathológiai jellegéből, hogy mennyire képesítjük a szervezetet általános jellegű lobosodás létesítésére, úgy másrészt sebészeti eljárásokkal képesek vagyunk a lobosodások kiterjedését és fokát is befolyásolni.

Ha képesek vagyunk! Ez függ attól, hogy a testnek megbetegedett része hozzáférhető-e, vagy hozzáférhetetlen. Ha hozzáférhető, sebészeti beavatkozással befolyást gyakorolhatunk a lefolyásra. Ha hozzáférhetetlen, tehetetlenségre vagyunk kárhoztatva. Ilyen bajokkal szemben tisztában kell lennünk azzal, hogy nem szabad a Marmorek-serummal való gyógyítással olyan lobot provokálni, a melyet a szervezet ki nem bírhat. Tisztában kell lennünk azzal, hogy ilyen esetben a felidézett általános jellegű lobosodás gyorsabban ölhet, mint az a specifikus befolyás alatt létesült, a betegségre jellemző, torpid, idült lobforma, a melynek legyőzésére a szervezetet felhívtuk, a mikor Marmorek-serummal az általános méregtelenítésen túlmenve, automatás visszahatásokra kényszerítjük.

Ime a Marmorek-serummal való gyógyításnak legfontosabb fordulója.

A Marmorek-serum mindig egyenlően hat: *minden gümőkóros toxint — bármely típusú legyen is a bacillus, a mely termelte — leköt és így méregtelenít. Ennél többet nem teljesít, ennél többet tőle várni nem lehet.* A méregtelenítésnek a következményei azután más elbírálás alá kell hogy essenek. Jó eredményeket csak az fog elérni, a ki ezeket szem előtt tartja és a szervezetre a méregtelenítéssel nem zúdit olyan reactiót, a mely a gyógyítás szempontjából a betegségnél is rosszabb, pejor morbo, mert súlyosabban nehezedik a szervezetre, mint a fertőzés okozta teher és mert gyorsabban öl. És jó eredményeket csak az fog elérni, a ki kellő időben és kellő módon sebészeti beavatkozásokkal a szervezet segítségére siet.

Mindenkor a leg gondosabb egyéni gyógyítás szükséges.

Nyilvánvaló tehát, hogy a Marmorek-serummal ártani is lehet. Ártani lehet akként, hogy olyan reactiót provokálunk, a mely felett úrrá lenni többé nem tudunk. Hogy példát említek: tüdőmegbetegedés esetében mi történik, vagy mi történhetik, ha magára hagyjuk, illetőleg csakis a szervezetnek a megerősítésére, kedvező életviszonyok megteremtésére szorítkozunk, és mi történik, illetőleg mi történhetik, ha Marmorek-serummal befolyásoljuk a szervezetet.

Nem valami részletes kórtani fejtegetést, csakis a durvább vonatkozásokat óhajtom előadni.

Az első esetben a fertőzés ingerére a szervezet lobbal felel. Ha a fertőzés gyenge, vagy általában a szervezet az erősebb, ez a lobfolyamat legyőzi a fertőzést és így sikeres a védekezés. Mäskor a megtámadott tüdőrésztlet mindinkább beszűrődik, majd egyes helyeken szövethalás létesül. A vitalitásukban így kedvezőtlenül befolyásolt szövetekbe más kórnemző bakteriumok is betelepülnek, a melyek mint újabb és más fajtájú ingerek, más fajtájú, a gümőkórostól elütő jellemű lobosodást provokálnának, ha a szervezet rendesen védekezhetheték.

Ilyen más fajta pathogen csirák betelepülésével a gümőkóros megbetegedés képe rendesen meg is változik, sőt állítom, hogy a gümőkóros fertőzés okozta megbetegedések egy nagy része ilyen hevenyebb lobalakokat előidéző bakteriumok betelepülésének köszönheti a spontán gyógyulását. A gümösen fertőzött gócz, a megtáma-

dott szövetek gyors elhatárolódását okozhatja és így a gümőkóros fertőzés továbbterjedését gátolhatja meg az a hevenyebb gyulladás, a melyet ilyen másodlagosan betelepülő pathogen mikrobumok provokálhatnak, ha a tuberculosis bakteriumai termelte toxinok a védekezési berendezéseket még nem befolyásolták annyira, hogy minden hevesebb ellenhatásra képtelenek. A fertőzés elhatárolódásával azután meg van adva a gyógyulás első feltétele: a körülhatárolt fertőző csirák életműködését kedvezőtlenül befolyásolhatja a szervezet, a fertőzött szövet kieserélődhethet és így restitutio ad integrum fog bekövetkezhetni. Kisebb elhalási góczok is még a felszívódás útjain lesznek eltávolíthatók; nagyobbak pedig eltolthatatnak. Más esetben a hevenyebb lob folytán gyorsan szétesnek a fertőzött szövetek, tályog képződik, a mely áttörve kiküszöbölődik; a tályogüreg pedig sarjadzás és zsugorodás útján heggel gyógyulhat.

Ezen kedvező lefolyásoktól eltekintve, a más fajta pathogen csirák betelepülése rendszerint kedvezőtlenül befolyásolja a tüdő gümőkóros megbetegedését. A szervezet az újabb támadással szemben kellőképp védekezni nem tud, a némelyest fokozott, de a fertőzés elhatárolására nem elegendő lobfolyamat mellett gyorsabb szövetpusztulás az eredmény. Gyorsabb tempóban halad a lobfolyamat, a melyre mindenek ellenére a gümőkóros fertőzés üti reá a bélyegét. Sorvasztják a szervezetet most már nemcsak a tuberculosis kórnemzői, hanem a másodlagosan betelepült, más fajta mikrobumok termelte toxinok is, míg a most már vegyes eredetű toxaemia vagy a helybeli rombolások következtében bekövetkezik a halál.

És mi történik, ha ilyen esetben Marmorek-serumot adunk?

A méregtelenítés következményeképp felszabaduló védekezési berendezések a méregtelenítés fokának és a támadó ártalmaknak megfelelő lobosodásokkal védekeznek. Lobgátakat emelve, a fertőzött részeket elhatárolni törekszenek. Ezek már nem a gümőkóros toxinoktól befolyásolt beteges lobok, hanem, a mint már említettük, általános jelleműek lesznek, a melyek képesek arra, hogy a gyógyulást kierőszakolják.

A gümőkóros toxaemia alól felszabadult védekezési berendezések nyilvánulásai brutálisak, mint a természeti erőnek legtöbb megnyilatkozása. Minden melléktékintet nélkül törnek a ezéljük felé: elhatárolni kell, elhatárolnak, ha másképp nem megy, feláldozzák a fertőzött részt, megfojtják, sequestrálják; eliminálni kell, kierőszakolják a hozzá való utat. Szóval a védekezési berendezések reájuk ható ingernek megfelelően rombolják a fertőzött részt, hogy tőle a szervezetet megszabadítsák.

Hiszen ezek ma már közismert folyamatok, a melyeket nálam hivatottabbak ezerszeresen leírtak. Csak azt akartam ezek fel-említésével megállapítani, hogy a Marmorek-serummal való gyógyítás-kor ezeket a viszonyokat mindig szem előtt kell tartanunk, mert ha nem vigyázunk, az automatás reactio felidézésével kárt is okozhatunk; olyan lobformákat provokálhatunk, a melyek gyorsabban ölik meg a szervezetet, mint azok a lobosodások, a melyek a gümőkóros általános és helybeli mérgezés mellett lehetségesek.

Nyilvánvaló tehát és az elmondottakból önkényt folyik, hogy vannak megbetegedési formák, a melyek a gyógyíthatóság határán már kívül esnek, mert bármely, a legesekélyebb automatás reactio is, a szervezetnek olyan megterhelését jelenti, a melyet a szervezet elbírnai többé nem tud.

De azért az ilyen megbetegedési formákban is haszonnal adhatjuk a Marmorek-serumot. Csak nem szabad automatás reactiót provokálnunk. Meg kell elégednünk azzal, hogy a gümőkóros toxaemiát megszüntetjük. Ezzel is hasznára vagyunk a betegnek, mert subjective könnyítünk a sorsán (Frey H., Davos).

A Marmorek-serum hatását bővebben leírtam a már eleinte említett munkámban. Csak még egy jelenségre, arra akarok kiterjeszkedni, hogy a *Marmorek-serummal való gyógyítás folyamán újabb és újabb gümös megbetegedések válnak érzékelhetővé.*

Ezt a jelenséget sokan a Marmorek-serum rovására írták; szerény véleményem szerint igaztalanul.

A Marmorek-serum hatásmódjának természetes folyamánya, hogy a szervezet méregtelenítése után nem csak ott keletkezik reactio, a hol gümőkóros fertőzés okozta változásokat érzékelhetünk, hanem mindazon helyeken, a melyeken a vérkeringés részére hozzáférhetően gümőkórosan fertőzött góczok léteznek.

Ez a jelenség csak arra tanít, hogy a Marmorek-serummal nem egy gümőkóros laesiót, hanem a szervezetnek gümőkóros meg-

betegedését befolyásoljuk; ha meggyógyítjuk, nem azt az egy vagy két laesiót gyógyítjuk meg, a melynek a kedvéért a gyógyítást megkezdjük, hanem meggyógyítjuk az egész szervezetet.

Ez adja a főlényt a Marmorek-serummal való gyógyításnak a sebészeti eljárások felett, a melyek csak egyes gümőkóros góczoknak az eltávolítására elegendőnek és így csak közvetve befolyásolhatják az egész szervezet életviszonyait. És ez az oka, hogy a Marmorek-serummal való gyógyítás mellett csak a segítő társ alárendelt szerepére süllyed a sebészeti eljárás, ellenére annak, hogy mellette ez utóbbinak szerepköre óriásilag megnagyobbult. A Marmorek-serummal való gyógyításkor oly megbetegedési viszonyok között, például a laesiók legsúlyosabb multiplicitása mellett is sikeresen operáltam, a mikor Marmorek-serum nélkül tehetetlenségem érzetében még a legcsekélyebb palliatív műtét is nagy elhatározásomban került volna. Sikeresen operáltam! mondom. De nem azért mondom, mert a megoperált laesio vagy a megoperált laesiók gyógyultak, hanem azért mondom sikeresnek, mert meggyógyult az egész ember.

Más érzéssel veszem a kést a kezembe, a mikor a kezét, a lábát, egy pár tüszőt mirigyét, kiterjedt scrophulodermákat kell megoperálni, mert itt a gyógyulás mechanikai feltételei csak így adhatók meg, de tudom, hogy mert Marmorek-serum hatása alatt áll a betegem, az a tüdőlaesio, vagy a peritoneum tuberculosisa akadálytalanul gyógyul. És más érzéssel ítélem meg a betegem sorsát — operálásról pedig szó sincs —, a mikor tudom azt, hogy hiába háritok el hozzáférhető laesiók körül mechanikus gyógyulási akadályokat, mert ott van a tüdő megbetegedése, a mely feltartóztatlanul dönti a sirba a betegemet. Másikpént gondolkozhatom a Marmorek-serum hatása mellett például a tüdőlaesiók felől is és könnyebben határozhatom el magamat arra, hogy ilyen megbetegedéseknek is megadjam a gyógyulás mechanikai feltételeit, a mikor azt látom, hogy csak ezek hiányoznak és akár a tüdőtályog kiürítésével, a tüdő felszabadításával, vagy akár a mellkasfél megkisebbitésével a gümőkóros betegemet meg is gyógyíthatom.

A Marmorek-serummal való gyógyítás közben az automatás reactio által érzékelhetővé váló góczmegbetegedések tehát nem terhelik a Marmorek-serum számláját és ez a jelenség nem hátránya, hanem előnye a Marmorek-serumnak.

Hátrányosnak csak úgy mondhatnók, ha a Marmorek-serum okozná ezeket a gyógyítás lefolyásában manifestté váló góczmegbetegedéseket. Ez azonban ki van zárva. Könnyen bizonyítható, hogy ezek a góczok régi megbetegedési formák, a melyek többé-kevésbé eltokolva nyugosznak, a míg egy külső vagy belső impulsus inaktivitásukból ki nem zökkenti, mint a hogy ez Marmorek-serum nélkül is mindennap észlelhető. Ha azonban a Marmorek-serum ilyen, addig nem ismert góczokhoz hozzáférközhetik, természetesen azokon is automatás reactio fog keletkezhetni és akkor az ilyen góczok klinice is érzékelhetővé válnak.

Ennek megállapítása mellett a gyógyítás közben észlelhető gümőkóros laesiók jelentkezését még csak azzal a gondolatmenettel lehetne ártalmakká bélyegezni, ha valaki igazolni tudná, hogy Marmorek-serummal való gyógyítás nélkül azok az eltokolt góczok activvá sohasem váltak volna és így a szervezetben kárt sem okoztak volna.

Statistikával ezt a kérdést nem tudjuk eldönteni. Hiszen rejtett góczokról van szó, a melyeket a bonczoló asztalon is csak a legaprólékosabb vizsgálat tudna megállapítani. De tapasztalatból tudjuk, hogy hányszor okozza egy aránylag csekély trauma a súlyos és legsúlyosabb góczmegbetegedések kifejlődését. Vagy valamely megbetegedést, például influenzát okolnak azzal, hogy a gümős jellemű megbetegedést felidézte. Szóval a gümős megbetegedések eredetét illetően a legtöbb esetben a leghihetlenebb alkalmi okokat is szerepeltetik. Az igazság pedig az, hogy régóta eltokolt góczok voltak jelen, a melyek a szervezet épségét állandóan veszélyeztetik, mert eltokoltságuk ellenére bármikor activitásba léphetnek.

Ebben az irányban is rendkívül érdekes tapasztalatokat tettem a Marmorek-serummal való gyógyítás során. A később érzékelhetővé vált góczokra vonatkozólag nem egy beteg vallotta, hogy bizonyos jelenségeket már régebben észlelt, de azokat természetesen más betegségre, például csúzra vonatkoztatta, nemcsak ő a laikus, hanem az orvos is, a ki gyógyította.

A kérdés tehát kétségtelenül úgy áll, hogy az ilyen rejtett

góczok is — bármily jól eltokoltak is — a szervezetre állandó veszélyt jelentenek és csak azt a beteget tekinthetjük teljesen gyógyultnak, a kiben ilyen rejtett góczok nincsenek, illetőleg ezek a rejtett góczok is mindannyian meggyógyultak.

A Marmorek-serum az ilyen rejtett góczok körül is automatás reactiót provokál és így ezek a góczok is meggyógyulhatnak. Mint-hogy itt már egyszer eltokolt, tehát rendszerint kedvezőbb viszonyok között létező góczmegbetegedésekről van szó, meg is gyógyulnak. Tapasztalataim szerint a legtöbb ilyen későn jelentkező laesio simán gyógyul. Ez a szabály. De észleltem ilyen megbetegedéseket, a melyek elhelyezkedésüknél fogva, vagy kiterjedt voltak miatt nagy gondot okoztak és sebészeti beavatkozásokat is szükségessé tettek. Könnyen beláthatjuk ezt, ha meggondoljuk, hogy ezek a később jelentkező megbetegedések is a gümőkóros fertőzés legmegszokottabb helyein vannak és így nemcsak a mirigyekben és a szemen, a csontokban és ízületekben, hanem elég gyakran a tüdőben, a bélben, a hashártyán, de még az agyburkokon is észlelhetni ilyen laesiókat. Éppen ennek a jelenségnek egy igen szép példáját írta le, de részben másképp magyarázta, Baer G. (Münchener med. Wochenschrift, 1907. 34. sz.), a mely esetre fentemlitett dolgozatomban már bővebben kitértem. Természetesen ezekkel a későn jelentkező góczokkal szemben is mindaz figyelembe veendő, a mire a Marmorek-serummal való gyógyításkor egyáltalában ügyelnünk kell. Ezekben a laesiókban sem szabad megengedni, hogy az automatás reactio túlnagyra fokozódjék, de gondos egyéni gyógyítás mellett ezek a jelenségek veszélyessé alig válnak.

Ezeket tekintetbe véve határozottan állíthatom, hogy a Marmorek-serummal való gyógyítás közben keletkező megbetegedési góczok nem kártékony hatásnak, hanem előnynek veendő. Bizonyítékai annak, hogy a Marmorek-serum nem egy bizonyos gümőkóros laesióra hat, hanem az egész szervezetet kedvezően befolyásolja.

(Folytatása következik.)

Közlés a Pertik Ottó egyet. tanár, udvari tanácsos vezetésével álló II. számú kórbonczolástani intézetből.

A tüdő- és hörgőnyirokmirigygümőkór pathogenesisének némely vitás kérdéséről.¹

Írta: Kovács József dr., a budapesti tüdőbeteg-gondozó igazgató-főorvosa.

(Vége.)

Nagy fontossággal bír azután egy másik kérdésnek tisztázása, mely mintegy a vázolt ellentétek kiegyenlítésére ismételtelen fel lett vetve egyik-másik oldalról, hogy tudniillik az alimentaer és az aërogen fertőzés útjai tulajdonkép azonosak.

Igy azt halljuk egyrészt, hogy a levegővel bejutó fertőző anyag megtapadván a garatürben is, a nyálkával vagy étellel lenyelelték és így az aërogen vírus is tulajdonkép a tápasatornán át fertőzi a szervezetet; másrészt viszont a szájjágaratürbe táplálékkal bejutó gümöbaccilusok itt megtapadnak és tova sodortatnak a levegőárammal a bronchusokba, vagyis az alimentaer vírus megint bronchogen fertőzésre vezet.

Minthogy állatokon végzett belégzési kísérletekkel kimutatható, hogy a fertőző anyag egy része az orrgaratüregeben fennakad és másrészt etetési fertőzési kísérletek után egyideig ugyancsak kimutatható a gümöbaccilusok egy bizonyos mennyisége a garatüregeben, ez a 2 combinatio természetesen nem zárható ki eleve; de hogy a valóságban mennyire nem kell számolni ezzel a lehetőséggel, az a következőkből tűnik ki.

Bármilyen disponált is a szervezet a tuberculosisra, az enterogen fertőzés létrejötteléhez még mindig elég jelentékeny mennyisége a vírusnak szükséges; mindenesetre annyi, a mennyi aërogen úton természetes élet- és fertőzési feltételek mellett nem jut a szervezetbe; meggyőződtem erről az én légzési kísérleteimben, melyekben bár a valóság viszonyaihoz képest még mindig fokozottabb vírusrészt használtam, és pedig fiatal malaczokon, a mely állatok tudvalevőleg igen fogékonyak a bélfertőzésre, mégsem észleltem egy esetben sem az abdominális megbetegedését valamelyik állatnak. Ugyancsak e mellett szólnak Flügge⁴⁰ vizsgálatai

is, ki a vírus quantitativ viszonyát vizsgálván a különböző fertőző utak mellett, azt a tápcsatornára nézve elég jelentékenynek találta.

Már sokkal nehezebb a másik lehetőség, tudniillik annak a megítélése, hogy mennyi szerepe lehet a valóságban az alimentáer fertőzésben a garat falához tapadó gümöbacillusok leszívásának — aspirációjának — a tüdők megbetegedése szempontjából; kísérleti alapul itt a sokat hangoztatott Paul-féle vizsgálatok szolgálnak. A magam részéről komolyabb gyakorlati jelentőséget ennek a felvételnek nem tulajdonítok azon tapasztalataim alapján, a melyeket már előbb használtam fel érvül az aspiratio figyelembe vétele ellen; a Paul-féle vizsgálatokban tudvalevőleg a bakteriumoknak igen nagy mennyisége szerepel és pedig olyan menstruumban, mely semmiképp sem felel meg annak az állapotnak, mikor 15—20 vagy 30 bacillus a garat nyálkájába beágyazva megtapad.

Azt hiszem, hogy az alimentáer fertőzéskor, de még inkább a bacillusok aërogen transportja alkalmával aligha tapad annyi fertőző anyag, a melynek töredéke leszívatván, elegendő volna a bronchogen fertőzéshez; a Paul-féle vizsgálatokban a bacillusok igen nagy mennyisége vitetett be a garatüregebe és mégis csak egy töredéke szívatott le.

Ezzel azonban távolról sem vonom kétségbe, hogy a belégzési és etetési fertőzéseknek mégis vannak bizonyos közös érintkezési pontjaik: már 4 év előtt végzett vizsgálataimban kimutattam, hogy gümöbacillusok kísérleti belélegeztetése alkalmából, még pedig akár milyen menstruumban, az állatok orr-garatüregeiben a fertőző anyag egy része kimutatható; ugyancsak abban az időben meggyőződtem arról is, hogy tuberculosist tartalmazó tejnek az állat szájüregebe való bevitele után több órával a száj-garatürben szintén találhatók gümöbacillusok; az emberben sem lehet az másképp, hisz Cornet⁴¹ és Strauss⁴² vizsgálataiból tudjuk, hogy azokban is található az orrban és garatban több-kevesebb fertőző csíra, ha tuberculosistartalmú levegőben tartózkodtak és azokon a gyermekeken, a kik gyöngykóros tejjel való táplálás áldozatai lettek, hasonlóképpen megtaláljuk a submentális és cervicális nyirokmirigyek megbetegedését; a kísérlet és a kórtani tapasztalat egyformán a mellett szól, hogy az aërogen és alimentáer fertőzésnek egy közös kapuja van a garatban, de mivel mindkét fertőzésnek ezenfelül több más kapuja is van, melyeken a vírus a szervezetbe behatolhat, azok útjait továbbmenőleg identifikálni nem lehet és kísérleti alapon a belégzési és etetési fertőzés kapuit és útjait még szorosabb kapcsolatba hozni, és a helyzetet még inkább összekuszálni nem tartom megengedhetőnek.

Röviden összegezve: az állatkísérlettel egészen kétségtelenül kimutatható, hogy a tápcsatornán át fertőzés után, ennek még lappangási szakában a fertőző csírák a véráram útján eljuthatnak a tüdőbe, de épen így bebizonyítható az állatkísérletben, hogy egyes csírák a légárammal is eljuthatnak oda és így világos dolog, hogy ezen az alapon azt a kérdést, hogy a gümöbacillusok a véráram vagy légáram útján érik-e el a tüdőt, nem lehet és nem szabad, és pedig annál kevésbé, mivel a kísérletben legalább mind a két esetben a kétféle megbetegedési gócz topographiai viszonyai és bonczolástani képe is egészen megegyeznek egymással. A bronchiális nyirokmirigyeknek állítólagos különböző magatartása mellett e kétféle fertőzésben egy negatív jellegű sajátságot emelnék még ki, mely a kétféle fertőzési képet megkülönbözteti egymástól, és pedig azt, hogy az aërogen fertőzésnél primaer abdominális megbetegedés nem jön létre, ezzel szemben az alimentáer fertőzésnél ilyen megbetegedés magában vagy tüdőmegbetegedéssel együtt többnyire ki szokott fejlődni, ezt nemcsak belégzési kísérleteimben, hanem intratracheális fertőzési kísérleteimben is így találtam; de hát az alimentáer fertőzésben is megtörténik, még pedig nem épen ritkán, hogy az abdominális megbetegedés végképen elmarad.

Mindazonáltal, legalább a gyermekkorra nézve, egybevetve az ezen korban előforduló primaer abdominális megbetegedések számárányát a tüdőbeli megbetegedésekével, sok valószínűséggel következtethető, hogy nem minden gyermekkorai fertőzés jöhet létre intestinális úton.

Az elsődleges tüdőmegbetegedés mellett a vele együtt vagy főleg a gyermekkorban egészen önállóan is előforduló bronchiális nyirokmirigymegbetegedés is szerepel a fentemlített kórbonczolástani alapelveknél fogva az inhalatio általi fertőzés igen nyomós bizonyítékául, és így természetesen az a kérdés is bevonatott az utolsó

évek vitaanyagába, honnan és hogyan betegednek meg a bronchiális nyirokmirigyek, milyen a tüdő és a bronchiális nyirokmirigyek megbetegedése közti kapcsolat és végül nem vonható-e következtetés ez alapon a tüdők megbetegedésének eredetére.

Általában elfogadott idetartozó ismereteink ezek: a bronchiális mirigyek, beleértve a tracheo- és mediastino-bronchiális, valamint a hilus nyirokmirigyeket is, a tüdők és borítékaik táji nyirok mirigyei és így ezek megbetegedésével állnak összefüggésben.

Hogy a gyermekkorban ez másképp van, hogy tudniillik ott gyakran észlelhetők az izoláltan előforduló hörgőnyirokmirigymegbetegedések, arra már a 80-as években Weigert⁴³ felhívta a figyelmet; kiemelte, mily gyakran okai a tüdők megbetegedésének ezek az izoláltan megbetegedett bronchiális nyirokmirigyek; a nyirokmirigyek megbetegedési módjával azonban Weigert tovább nem foglalkozott.

Ribbert,⁴⁴ a mint ismeretes, szintén nagy jelentőséget tulajdonít a bronchiális nyirokmirigyeknek általában a tüdőmegbetegedések pathogenesisében, úgy állítván oda a dolgot, hogy a gümöbacillusok belélegeztetnek a tüdőbe, de innen továbbitnak a nyirok-árammal a táji nyirokmirigyekbe, hogy azután innen haematogen úton inficiálják másodlagosan a tüdőt. Cornet⁴⁵ a gyermekkorban gyakoribb különálló hörgőnyirokmirigymegbetegedéseket az ezen korban átjárhatóbb tüdőnyálkahártyával magyarázza és az ő nyomán az inhalatio általi fertőzés hívei ezt a kóralakot ezen fertőzési mód előfordulása mellett döntő bizonyítékul használják fel, a mint azt Baginsky,⁴⁶ Neumann,⁴⁷ Fränkel⁴⁸ és mások tették Behringgel szemben a híres 1904. évi berlini orvostársulati vitában. Ugyanebben az évben Zakada⁴⁹ kimutatta anatómiailag a retropharyngeális táj összeköttetését a bronchiális nyirokmirigyekkel. Bartel 1905-ben megjelent munkájában szintén a cervicális nyirokmirigyek útján származtatja a hörgőnyirokmirigyek megbetegedését. Ugyanabban az évben Weleminsky⁵¹ állatkísérletei alapján a bronchiális nyirokmirigyeket valóságos nyirok-szivnek állítja oda, melybe az összes, a nyirokrendszerbe bejutott corpuscularis elemek és infectiosus anyagok beáramlanak; szerinte a tüdők mindenkor a bronchiális nyirokmirigyektől betegednek meg a ductus broncho-mediastinus útján; a hörgőnyirokmirigyek viszont egyik vagy másik periferiás nyirokmirigyől betegednek meg.

Weleminsky még tovább megy és azon kísérleti észleleteiből, hogy mindenkor előbb a bronchiális nyirokmirigyeket találta megbetegedve és csak azután a tüdőt, a mely észleletei összhangzásban vannak Marmorek-nek azon vizsgálati eredményeivel, hogy subcutan fertőzés mellett a vérben gümöbacillusok mindenkor csak a bronchiális nyirokmirigyek megbetegedése után mutathatók ki, és hogy haematogen úton előidéztett tüdő tuberculosist meglelt a nyúlban sohasem talált bronchiális nyirokmirigymegbetegedést, és végül azon kórbonczolástani és sebészi tapasztalatból, hogy a gümőkóros szervek mellett táji nyirokmirigyek nem találhatók afficiálva a Bail-féle⁵² helybeli immunitásnak megfelelőleg: mindezekből Weleminsky egész határozottsággal oda konkludál, hogy a rendszerint együttesen előforduló tüdő- és hörgőnyirokmirigy-gümőkór mellett nem is lehetséges másképpen, mint hogy a tüdők a bronchiális nyirokmirigyek felől betegedjenek meg, a tüdők inhalatio általi elsődleges fertőzését pedig egyenesen kizártnak tartja.

Az eddig felsorolt szerzőkkel szemben Beitzke⁵³ anatómiai tanulmányainak azon eredményéből, hogy a cervicális, illetőleg a mesenterialis és a bronchiális nyirokmirigyek közt kimutatható összeköttetést nem talál, viszont azt a következtetést vonja le, hogy így a bronchiális nyirokmirigyek máshonnan nem betegedhetnek meg, mint a tüdők részéről: tüdő- és hörgőnyirokmirigy-tuberculosist előfordulása esetén csak az inhalatio általi fertőzés képzelhető el.

Azok a vizsgálatok, a melyeket a szóban levő kérdés tanulmányozása céljából végeztem, engem több tekintetben más nézetek elfogadására készítettek. Így megállapítottam nyulakon és malaczkon már 4 évvel ezelőtt, hogy gümöbacillusoknak intratracheális befeeszkendezése után, tehát a tüdők bronchogen fertőzése mellett a tüdők mellett mindenkor a bronchiális nyirokmirigyek is megbetegednek, még pedig már igen korán, malaczkon a 13. napon; ugyanilyen eredményre jutott Baumgarten⁵⁴ is, csak hogy kisebb vírusedményiséget alkalmazván, az ő eseteiben a bronchiális nyirokmirigyek később betegedtek meg.

Kimutattam továbbá, hogy a tüdők haematogen fertőzése mellett a vírus egy része hasonlóképpen transportálva lesz a bronchiális

nyirokmirigyekbe. E célból 6 malacznak a vena eruralisába fecskendeztem physiologiai konyhasóoldatban suspendált gümöbaccillust, tanulmányozandó, hogy a tüdők és a máj ilyen fertőzése mellett megbetegednek-e nyirokmirigyek is. Megjegyzem, hogy ezen vizsgálatok kivitelezése és az eredmények elbírálása a legnagyobb óvatosság szükséges, minthogy a haematogen fertőzés mellett nagyon könnyen jöhet létre akarattunk ellenére egy komplikáló subcutan fertőzés is az ismeretes progressiv mirigymegbetegedésekkel. Két ilyen fertőzésem mégis egészen tisztán sikerült, és az egyik állatban már 8 nap után, mikor lokális megbetegedésnek a fertőzés helyén nyoma sem volt, a tüdő és a bronchiális nyirokmirigyek makroszkopice épek mutatkoztak, az egyik nyirokmirigy szövettani vizsgálata semmiféle specifikus elváltozást nem árult el, a másik bronchiális mirigy emulgeálva és intraperitoneálisan oltva igen kifejezett gümőkórt idézett elő egy malaczon, *vagyis az infectio lappangási szakában már kimutathatók voltak a bronchiális nyirokmirigyben gümöbaccilusok.* A másik esetben az állatnak 19 nap utáni leölése alkalmával a máj és tüdő manifest megbetegedése mellett a portális és bronchiális nyirokmirigyek is betegek voltak.

Hasonló eredményre jutott Vallée⁵⁵ is, a ki gümöbaccilusoknak a vena mesaraicába való befecskendése után ugyancsak a bronchiális nyirokmirigyek megbetegedését észlelte.

Ezen kísérleti eredmények után egyáltalában *nem tartom kétségesnek, hogy a hörgőnyirokmirigyek a tüdőnek épen úgy bronchogen, mint haematogen fertőzése mellett megbetegedhetnek,* és mivel kimutatható, hogy a gümöbaccilusok már igen korán — még a tüdők manifest megbetegedése előtt — eljutottak már a mirigyekbe, még csak Bail immunitásos kísérleteinek eredményeivel sincsenek ezen észleletek ellentétben. És ezzel Weleminskynek tetszetős indirect bizonyítéka a közvetlen pulmonális fertőzés ellen meg van döntve.

A milyen egyszerűen győződhetünk meg róla, hogy a tüdőnek épen úgy bronchogen, mint haematogen fertőzése mellett megbetegedhetnek a hörgőnyirokmirigyek is, oly bonyolult problémává válik annak az eldöntése, hogy hogyan betegednek azok meg az intestinális fertőzéskor. Az intestinális fertőzéskor ugyanis kevés kivétellel szintén megtaláljuk a tüdő- és hörgőnyirokmirigy együttes megbetegedését, de megtaláljuk e mellett a cervicális vagy mesenterialis, illetőleg mindkét nyirokmirigy csoport megbetegedését is; így az a kérdés támad, hogy a bronchiális nyirokmirigyek ebben az esetben is a tüdő felől betegednek-e meg — mert hisz itt a tüdő megbetegedését haematogen úton történőnek mutattuk ki — vagy pedig a perifériás nyirokmirigyek felől és így másodlagosan a bronchiális nyirokmirigyek útján a tüdő? Hogy a tüdők semmi esetre sem betegedhetnek meg másodlagos úton a bronchiális nyirokmirigyek felől, az egyszerűen abból következik, hogy a tüdőben többször ki tudtuk mutatni a bacillusokat az első napokban, mikor a bronchiális nyirokmirigyekben még nem tudtuk kimutatni, és továbbá, hogy a további észlelés folyamán különösen nyulakon — virus gyanánt a typhus humanus alkalmazva — 6—8 hét után is a tüdő nyilvánvaló megbetegedését látjuk a nélkül, hogy a bronchiális nyirokmirigyeket csak fel is tudnók fedezni; de meg az emberi pathológiában is még mindig elég sok tüdőmegbetegedéssel találkozunk a hörgőnyirokmirigyek minden részvétele nélkül.

A felsorolt kísérleti tények és kórtani tapasztalatok bizonyító értékét kétségtelenül győngíti egynémely más észleletem; így megjegyzendő, hogy ritkán bár, mégis előfordult, hogy az infectio után aránylag rövid idővel — 2 esetben 24 nap után — a bronchiális nyirokmirigyekben histologice tuberculosis volt kimutatható a tüdők megbetegedése nélkül. Azt hinném azonban, hogy ezen észlelet jelentőségének bírálatakor nem szabad elfelejtenünk, a mit más vizsgálatokban megállapítottunk, hogy a haematogen fertőzés mellett is oly időben transportáltak a gümöbaccilusok a nyirokpályákba — a tüdőből a hozzá tartozó bronchiális nyirokmirigybe —, mikor a megfelelő szervben specifikus szöveti elváltozás még nem fejlődött ki és így megtörténhetik, hogy adott esetben oly kevés fertőző csíra jut a tüdőbe, tudniillik intestinális fertőzés után és a tüdőbeli vér- és nyirokpálya-képletek anatómiai és physiologiai állapota annyira kedvez a virus továbbvitelének, hogy a tüdő egyáltalában vagy legalább egy ideig megkímélve marad a fertőzéstől.

Az említett két esetben a tüdőből készített mikroszkopi metszetekben — de különösen az egyikben — feltűnik különben a

szigetenkénti leukocytás csoportosulás és epitheloid sejtburjánzás. De mindezekben az esetekben nem zárható ki természetesen az a felvétel, hogy a bronchiális nyirokmirigyek mégis a perifériás nyirokmirigyek felől betegedtek meg.

Annnyit mindenesetre következtethetünk ezekből a vizsgálatokból, hogy nem a bronchiális nyirokmirigyek felől betegednek meg a tüdők, hanem igen is fordítva a tüdők felől a nyirokmirigyek, és bár megvan a kísérleti alap annak a lehetőségnek a felvételére is, hogy a hörgőnyirokmirigyek a környéki — cervicális, mesenterialis — nyirokmirigyek felől szintén megbetegedhetnek, mégis több körülmény szól a mellett, hogy a bronchiális nyirokmirigyek megbetegedése a tüdő felől történik.

Látjuk tehát, hogy a kísérletben a bronchiális nyirokmirigyek a tüdők bronchogen és haematogen fertőzése mellett egyformán viselkednek, egyformán betegednek meg és így világos, hogy a bronchiális nyirokmirigyek állapota nem lehet irányadó újmutató, hogy egy tüdőmegbetegedés aërogen vagy intestinális úton jött-e létre.

Egészen másképp áll a dolog különösen a gyermekkorban előfordulni szokott izolált hörgőnyirokmirigygümőkórral, mely a megbetegedés genesise, a modus infectionis szempontjából már határozottabb következtetésre jogosít fel.

A gümőkóros megbetegedés ezen alakjával a kísérletben Flügge,⁵⁶ Cornet⁵⁷ és én⁵⁸ találkoztunk; Cornet és én inhalációs kísérleteinkben, Flügge megint azon vizsgálataiban, mikor malaczeit köhögő phthisikusok közelébe helyezte el, tehát tulajdonképp szintén belégzés útján létrejött fertőzésekben.

Cornet, a localisatiós törvény hajthatatlan szószólója, ezen izolált nyirokmirigygümőkór genetikai méltatásában nem juthatott más eredményre, mint hogy azok épen úgy betegednek meg a tüdőn át annak átjárhatóbb nyálkahártyája folytán, mint a mesenterialis nyirokmirigyek a bél falán át ennek permeabilitása mellett. Mai ismereteink mellett természetesen nem tehetjük Cornet álláspontját abban a formában magunkévá, hogy itt másféle magyarázat nem is képzelhető, mert ha elfogadjuk, hogy a hörgőnyirokmirigyek a környéki — cervicális és mesenterialis — nyirokmirigyek felől is megbetegedhetnek és ha tekintetbe vesszük, hogy a nyirokmirigyek nem bakteriumáthatlan filterek és hogy, a mint azt Bartel, Weichselbaum⁵⁹ és Harbitz⁶⁰ vizsgálataiból tudjuk, a gümöbaccilusok előfordulása latens alakban egyik vagy másik nyirokmirigyben egyáltalában nem ritka eset és így megtörténhetik, hogy a bronchiális nyirokmirigyekbe gümös anyag jut a mesenterialis vagy cervicális mirigyek felől, ezek manifest megbetegednek, míg a virust közvetítő nyirokmirigyekben a gümöbaccilusok latens alakban maradnak meg; ez pedig nem jelent egyebet, mint hogy a tüdőn át való fertőzés nélkül is létrejöhet valóságos vagy látszólagos izolált hörgőnyirokmirigygümőkór.

Mindez figyelembe veendő és megakadályoz minket abban, hogy a gümőkóros megbetegedés ezen alakjában abszolút értékű bizonyítékot lássunk az inhalációs fertőzés mellett.

Ha azonban másrészt megfontoljuk, hogy a latens nyak- vagy fodornyirokmirigygümőkór gyakoribb ismétlődése a gyermekkorban mégsem várható, hogy a hörgőnyirokmirigy megbetegedés ilyen különálló alakban ép a gyermekkorban fordul elő, a mikor, mint azt különösen Ficker kimutatta, a tüdőnyálkahártya sokkal könnyebben átjárható, mint a későbbi korban, akkor az izolált bronchiális nyirokmirigy tuberculosist a közvetlen tüdőbeli fertőzés egy jelentős bizonyítékának mégis elfogadhatjuk.

Az előadottakból kitűnik, hogy a tuberculosis pathológiájának évek óta napirenden levő kérdései közül a következők tekinthetők tisztázottnak:

1. A bélfal normális viszonyok közt, azaz physiologiai állapotban is pathogen és nem pathogen bakteriumoknak általában véve nem átjárható, és pedig a fiatalabb korban és egyes állatfajokban inkább, a későbbi korban és más állatfajokban kevésbé.

2. A nyirokrendszer nem tekinthető bakteriumáthatlan filternek.

3. Experimentálisan bebizonyítottan fogadható el, hogy az etetési fertőzési kísérletekben észlelhető tüdőbeli góczok lymphohaematogen úton létrejöhetnek.

4. Az állati szervezetbe aërogen vagy alimentaer úton importált gümöbaccilusok nyomán fejlődő fertőzési kép nem mutat egymástól szükségképpen eltéréseket; mindazonáltal úgy az állatkísérlet, mint

a kórbonczolástani tapasztalatok alapján megállapítható, hogy a kétféle fertőzési módban a vírus behatolása és terjedése, valamint a megbetegedés megjelenési alakja is más és más.

5. A hörgőnyirokmirigyek a tüdőnek ép úgy bronchogen, mint haematogen fertőzése mellett megbetegedhetnek.

6. Az intestinális fertőzés után észlelhető hörgőnyirokmirigyek a kísérlet értelmében egyaránt betegedhetnek meg a tüdő és a környéki nyirokmirigyek felől.

7. A tüdő és hörgőnyirokmirigyeknek az intestinális fertőzés után észlelhető együttes megbetegedésekor mindenek szerint a nyirokmirigyek a tüdő felől betegednek meg és nem fordítva.

8. A bronchiális nyirokmirigyek magatartása, állapota nem lehet irányadó valamely szóban levő tüdőmegbetegedés eredetének a megállapítására.

9. Az izolált bronchiális nyirokmirigygyümőkór minden valószínűség szerint aërogen fertőzés alapján fejlődik.

Irodalom: 1. Chauveau: Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1883. Sess. 2. — 2. Bollinger: Münchener med. Wochenschrift, 1890. 33. sz. — 3. Baumgarten: Mykologie, 2. kötet. — 4. Baumgarten: Berliner klin. Wochenschrift, 1905. 42. sz. — 5. Orth: Virch. Archiv, 1879. 76. köt. — 6. Orth: Berliner klin. Wochenschrift, 1904. 4. sz. — 7. Behring: Deutsche med. Wochenschrift, 1903. 39. sz. — 8. Behring: Ibidem, 1904. — 9. Behring: Beiträge zur exper. Ther., 8. füzet. — 10. Fränkel, 11. Baginsky, 12. Hansmann, 13. Benda, 14. Cornet, 15. Schütz: Berliner klin. Wochenschrift 1904. 4. sz. a berlini orvostárs. refer. — 16. Weleminsky: Ibidem, 1903. 37. sz. — 17. Weleminsky: Ibidem, 1905. 31. és 32. sz. — 18. Aufrecht: Deutsches Archiv f. klin. Med. 75. köt. — 19. Lubarsch: Fortschritte d. med. Wiss., 1904. — 20. Beitzke: Berlin. klin. Wochenschrift, 1905. 31. sz. — 21. Bartel: Klinische Jahrbücher, 1905. — 22. Kovács: Orvosi Hetilap, 1904. 3. sz. — 23. Kovács: Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie, 1906. 40. köt. — 24. Uffenheimer: Münchener med. Wochenschrift, 1905. — 25. Ficker: Archiv f. Hygiene, 52. köt. — 26. Wrzosek: Virchow's Archiv, 1904. 178. kötet. — 27. Manfredi: Zentralblatt f. Bakteriologie, 1902. 10. sz. — 28. Cornet: Münchener med. Wochenschrift, 1904. 11. szám. — 29. Cornet: Die Tuberculose, 1899. — 30. Cornet: Die Skrofulose, 1900. — 31. Westenhoeffer: Berliner klin. Wochenschrift, 1904. 7. és 8. szám. — 32. Ribbert: Deutsche med. Wochenschrift, 1901. 17. sz. — 33. Ribbert: Ibidem, 1885. — 34. Ribbert: Über die Ausbreitung der Tuberculose im Körper. Marburg, 1900. — 35. Schlossman és Engel: Jahrbuch für Kinderheilk., 1906. 36. Nicolas és Descos: Ref. Centralblatt f. Bakter. u. Parasitenkunde, 32. kötet, 306. l. — 37. Calmette: Revue de la tub., 1907. — 38. Vallée: l. c. — 39. Flügge: Zeitschrift für Hygiene, 1899. — 40. Strauss: Idézve Cornetnél, 30. kötet. — 41. Weigert: Jahrbuch f. Kinderheilk., 1884. 21. köt. — 42. Baginsky, Neumann, Fraenkel: Berliner klin. Wochenschrift, 1904. — 43. Bail: Wiener klin. Wochenschrift, 1905. 9. szám. — 45. Harbitz: Sémaine med., 1905. 33. szám.

A modern rákgyógyítás módjai és eredményei.

Irta: **Pólya Jenő** dr., közkórházi rendelőorvos, egyetemi magántanár.

(Folytatás.)

Mielőtt azonban a gyökeres rákműtétekkel elért eredmények tárgyalására áttérnénk, szabadjon röviden a rákgyógyítás két fontos feladatának a rákprophylaxisnak és a rák palliatív kezelésének ismertetésére kitérnem.

Első pillanatra kissé komikusnak látszik, ha a rák prophylaxisáról beszélünk, mikor a rák tulajdonképeni okairól — annak ellenére, hogy az erre vonatkozó irodalom már-már könyvtárakat tölt meg — tulajdonképen halvány ideánk sincsen és mikor a divatos teoriák mindegyike a ráktól való óvakodás lehetőségét úgyszólván kizárja. Mert ha a rák oka valamely bennünk rejlő hajlandóság, nevezzük azt crasinak, vagy sejtmetsplasiának, vagy a szövetek közti egyensúlyzavarnak, és magyarázzuk ezt lefűződött embryonális csirokkal, attraxinokkal vagy enzimekkel, ez ellen épen oly kevésbé tudunk védekezni, mint amaz ismeretlen parazita ellen, a melyről az egyik azt mondja, hogy bakterium, a másik azt, hogy protozoa, a harmadik azt, hogy penészgomba, a negyedik meg épen azt, hogy valamiféle magasabb állati organismusnak valamely az emberi szervezetbe tévedt élő sejtje, de a melyről senki sem tudja, hogy hol, mikor és hogyan fertőz és hogy miképen lehet az ép emberi szervezetbe való jutását meggátolni. És azért bár sok klinikai és nem egy experimentális tény a mellett látszik bizonyítani, hogy a rák fertőző, ragadós betegség, a fertőző anyag és a fertőzés módjának ismerete nélkül a fertőzés elkerülésére mit sem tehetünk. Nem tudva azt, hogy honnan jő a rák, mindentől kell félnünk s ez a mindentől

való félelem a rákterjedés ellen különféle oldalokról ajánlott hygienés intézkedéseknek bizonyos szertelen vonást kölcsönöz, mely egyáltalán nem áll arányban azzal a mindennapi tapasztalattal, mely szerint a rák direct áttérjedése a rákos egyénről a vele minden nap érintkezőre az eseteknek igazán elenyésző esekély számában mutatható ki. Így azt hisszük, hogy Roswell-Park propositiói a rákosok izolálását, a rákos hullák elégetését és a rákos házak, a rákosoktól származó dejectumok, kötszerek stb. kötelező desinfectióját illetőleg épen oly kevésbé fognak megvalósíttatni, mint Routh azon ajánlata, hogy a rákveszedelemre való tekintettel alakítsák át London csatornarendszerét. Brand és Keetly hygienés ajánlatai a konyha tisztaságára, az élelmiszerek sterilizálására nézve kétségtelenül nemesak a rákprophylaxis szempontjából szívetlelendők meg. De hogy ezen kívánalmaknak megvalósítása a gyakorlatban, a publikum összes rétegeiben milyen nehézségbe ütközik, arról mindenki meggyőződhetik, a ki csak egyszer megfigyeli, minő sterilen kezelik a pinczerek, pékek, szatócsok, hentesek az ételeket, vagy pedig egy futó pillantást vet a szakácsnők körmeire. Különben pedig némelyek ajánlották a rákprophylaxis szempontjából a növényi (különösen a nyers növényi), mások a hústelektől való tartózkodást, ismét mások az alkohol, dohány, fűszerek, a só kerülését, sőt Behla, Pöppelmann, Kolb stb. szerint a víztől kell a legjobban félnünk, mert ez terjeszti minden bizonynyal a rákot.

Ilymódon a sok homályos theorián felépülő rákprophylaxis a canerphobia útvesztőjébe vezet és az ismeretlen veszélytől való félelemben a nélkül, hogy a rák veszedelme ellen biztosítana, a legközönségesebb élvezeti czikkeket is gyanússá teszi előttünk. De ha a rákaetiologiára vonatkozó ismereteink hiánya ez idő szerint nem is teszi lehetővé, hogy a rák ellen az egész emberiséget megvédezzük, van mégis egy bizonyos rákprophylaxis, mely nem írásttal mellett kigondolt theoriákon, hanem klinikai megfigyeléseken alapul és mely lehetővé teszi, hogy legalább is egyes, a rákra disponált embereket megóvjunk ettől a szörnyű betegségtől, vagy legalább is ennek gyógyíthatatlanná való válásától.

Igy tudjuk azt, hogy bizonyos chronikus izgalmak, elhúzódozó gyulladásos folyamatok, apró jóindulatú daganatok gyakran kiinduláspontjai a ráknak.

A bőrrák például sohasem képződik normális bőrön. Senilis seborrhoea, lupus, makacs eczema, psoriasis alapján, régi hegek, fistulák táján, apró szemölcsökből fejlődik ki a rák, a mely bizonyos esetekben quasi ipari megbetegedés is, ilyen a kéményseprők scrotumrákja, a paraffinrák, a Röntgen-fekélyek alapján fejlődő rák, a mit nemesak Röntgen-sugarakkal foglalkozó orvosokon és munkásokon, hanem — mirabile dictu — Röntgennel kezelt bőrbetegeken is észleltek így Mendes da Corta 71 Röntgen-sugárral kezelt lupus-betege közül 7 kapott epitheliomát. Lindenborn 29 Röntgen-daganatot — túlnyomólag rákot — birt ezeitig összeállítani. Ezen esetekben az illető ipari ártalom ellen való óvakodás, a rákra disponáló baj szakszerű kezelése lesz az észszerű prophylaxis és főleg a beteg szakadatlan, gondos és alapos megfigyelése, mely lehetővé teszi a rákos degeneratio első nyomainak a felismerését és a ráknak a lehető legkorábbi szakban való eltávolítását.

Hasonló praedisponáló körülményeket ismerünk a szájbeli rákokra nézve is; ilyenek a pipázás, bagózás, rossz fogak, hiányos szájjápolás, leuko-plakia, glossitis superficialis, apró szemölcsök, fissurák, fekélyek, ilyenekből indul ki a rák. A szájhigiene, az ártalmak megszüntetése és főleg a beteg ernyedetlen megfigyelése s a rákra gyanus legkisebb szemölcsnek vagy fekélynek eltávolítása, ez lesz a helyes prophylaxis.

A penisrákról tudjuk, hogy az esetek jelentékeny részében (Barney 42 esetéből 36, Demarquay 59 esetéből 42) phimosissal kapcsolatban fejlődik. A phimosissal balantitisre, a valódekóknak a fityma alatt való pangására, a makk hámrétegének hypertrophiájára (Schuchardt-féle psoriasis praeputialis) vezet, a mely azután különösen praedisponál a rákra (a Kaufmann-féle 33 eset közül 29-ben volt jelen); egyszerű phimotomia az egész folyamatnak gátat vethet.

Az epehólyag rákja, mint arra Klebs, majd Pertik utalt első ízben s a mint azt azóta is számos vizsgáló megerősítette, az esetek túlnyomó többségében (69—95% a különböző szerzők szerint) epekövekkel kapcsolatban keletkezik és különösen a kövek folytán hosszú időn át lobos epehólyagok azok, a melyek rákosan megbetegsznek. Nem adódik-e magától az az indicatio, hogy a

lobos tüneteket okozó epeköveket el kell távolítani, lehetőleg az epehólyaggal együtt, mielőtt még a rákos elfajulás beállna.

Hogy gyomorfekélyek alapján rák fejlődhetik, azt *Rokitanski* óta a szerzők egész sora észlelte, és *Hauser* azt is kimutatta, hogy e rákok a fekélyek szélén gyakran látható atypusos epithelburjánzásokból indulnak ki. Hogy mily gyakoriak ezen ulcuscarcinomák, azt *Habersfeld* közlése bizonyítja *Weichselbaum* intézetéből, a hol anatomicus sikerült kimutatni azt, hogy 662 bonczolásra került gyomorrák közül 106 = 16% ulcus alapján fejlődött. Klinikusok, a kiknek az anamnesis is rendelkezésükre áll, még gyakrabban tudták kimutatni az ulcusnak carcinomával való összefüggését. *William* és *Charles Mayo* az általuk operált gyomorrákok 54%-ában bírták a kórelőzmény és a kiirtott készítmények alapján a ráknak gyomorfekélyből való eredését kimutatni. Nem kell-e arra a következtetésre jutnunk, hogy a gyomorfekély alapos és gyors kigyógyítására minden lehetőtt meg kell tennünk, és ha kell, a chirurgikus beavatkozástól, a gastroenterostomiától sem szabad visszariadnunk.

Végül mind nagyobb számmal válnak ismeretessé a processus vermiformis rákjai, melyek lobos alapon fejlődnek és chronikus appendicitis tüneteit okozzák s melyeket az appendix idejekorán való eltávolításával gyökeresen meg lehet gyógyítani.

Tagadhatatlan ezek alapján, hogy a rák ellen való prophylaxis rendszabályoknak, és pedig úgy hygienés, mint medicatós és chirurgikus óvrendszabályoknak igenis megvan a maguk terrena.

A rák palliatív kezeléséről szólva, csak futólag említem a sajnos sokszor egyedül kivihető belorvostani eljárásokat, a különféle gyógyszerek alkalmazását, melyek élén a fájdalomcsillapító szerek, különösen a morphium, állanak s melyekhez a többi symptomatikusan ható orvosság: a vérzéscsillapítók, desinficiensek, robórások, stomachicumok csatlakoznak s végül mindazon medicatós és fizikai therapiás eljárások, melyekről előadásom elején szoltam és melyek egyikének-másikának hatásától a rákos daganatnak legalább múló javulása és a betegnek a javulás reményével kapcsolatos kedvező suggestív befolyásoltatása várható.

A palliatív sebészeti eljárások több csoportba oszthatók.

1. Idegátmetések a fájdalom csillapítására (a n. lingualis nyelvrák, a plexus brachialis emlőrák esetén).

2. A daganatba vezető vérerek lekötése a daganat sorvasztása és vérzési hajlamának csökkentése céljából. Ezt a még *Harvey* által ajánlott eljárást ma ép oly kevéssé végezik, mint az előbb említett neurotomákat, bár *Küster* még újabban is leirt egy esetet, melyben az inoperabilisnak tartott nyelvrák a carotisok lekötése után annyira visszafejlődött, hogy kiirthatóvá vált.

3. Inoperabilis daganatok (különösen kisebb és multiplex daganatok, minő a kúrasz-recidiva), széteső rákos fekélyek elpusztítása étetéssel és étetéssel, a mire különböző marószereket (arsensav, zinkchlorid, kali causticum stb. stb.) használnak in substantia, oldatban vagy különböző marópaszták alakjában. Általában véve az étető, étető szerek radikálisan nem operálható esetekben, midőn nem lehet, vagy nem érdemes messze a daganat határától az éppen dolgozni, jobban használhatók, mint a kés; részben azért, mert a vérzés csekélyebb, részben pedig azért, mert a friss sebfelületre a daganat implantációja elkerülte és talán a hő és az étető anyagok a mélyebben fekvő rákesirákra is bizonyos távolhatást fejtenek ki.

Az mindenesetre kétségtelen, hogy a ráknak paquelinnel, étető szerekkel való elpusztítása után később áll be a helyi kiújulás, mint ha a kiirtás késsel történt volna (*Halsted, Mayo, Czerny*). Sőt bizonyos esetekben tartós gyógyulás is bekövetkezik. Így *Völcker* (*Czerny*) 96 eset közül 9-ben látott tartós gyógyulást a zinchloridba áztatott gaze-zel való tamponálástól túlnyomólag inoperabilisnak tartott esetekben. *Lomer* a világirodalomból 213 méhrákesetet állított össze, melyek egyszerű műtétek (kaparás, collumamputatio) és a seb kiégetése után 2 évnél tovább recidivamentesek maradtak; 149 öt éven felül volt recidivamentes és egész 21 évig tartó recidivamentesség is észleltetett. A recidivamentes esetek közt számos volt, a melyet teljesen inoperabilisnak tartottak.

4. A daganat kiirtása olyankor, midőn kiirthatatlan metastasisok jelenléte a kiirtást radikális gyógyítás szempontjából teljesen reménytelenné teszi. Ajánlatos ez különösen a felületen, vagy a felülethez közel fekvő rákok esetében, midőn a daganat eltávolítása

nemcsak psychikus megnyugvást kölcsönöz, hanem a daganatnak szétesése által okozott szenvedésektől is megóvjaa a beteget és környezetét. Igen melegen ajánlja a palliatív rákeltávolítást *Czerny, Kocher, Mikulicz* gyomorrák eseteiben is; a palliatív pylorectomia sokkal hosszabb idővel nyújtja meg az életet, mint a gastroenterostomia. *Krönlein* eseteiben *Schönholzer* szerint 6.5 és 17.5 hó, *Mikulicz*-ében (*Makkas*) 6.4 és 18.3 hó, *Kocher*-ében (*Kaiser és Matti*) 3.6 és 18.7 hó, *Czerny*-ében (*Dancel*) 7.3 és 20 hó volt a gyomorrák miatt gastroenterostomizáltak és a pylorusresectio után recidivában elhaltak átlagos élettartama a műtét után. Ennél még inkább számba jő az, hogy a pylorusresectio az összes nehélyeket sokkal tökéletesebben és tartósabban szünteti meg, mint a gastroenterostomia. És ha tagadhatatlanul igaz van *Kausch*-nak, hogy ezen tények oka, legalább részben, abban rejlik, hogy azon esetek, melyekben pylorusresectióra vállalkozunk, már ab ovo kedvezőbbek, mint azok, melyekben csak gastroenterostomiát készítünk, másfelől a műtét eredmények ily különbözősége egyedül ennek rovására nem írható és a palliatív pylorusresectiót kétségtelenül jobb és értékesebb műtétnek kell tartanunk a gastroenterostomiánál — feltéve, hogy technikailag könnyen vihető ki és a beteg erőbeli állapota a műtét elviselésére alkalmas —, a mit különben mindig szem előtt kell tartanunk, midőn az e csoportba tartozónak a palliatív értékű daganatkiirtások indicióját felállítjuk.

5. A carcinoma által okozott mechanikai akadályok megszüntetése és az ezen akadályok által gátolt életfontos functiók helyreállítására szolgáló műtétek. Ilyen a tracheotomia a garatot és gégét, a gastrotomia a bárzsingot és cardiát, a jejunosomia és a gastroenteroanastomosis pyloruskiiktatással vagy a nélkül a pylorust, az enterostomia, coecostomia, colostomia, bélkiiktatás, enteroanastomosis a vékony- és vastagbelet, a colostomia a végbélet, a cholecystostomia, cholecystogastrotomia és cholecystoenterostomia az epeutakat elzáró rákok esetén, a hólyagfistula hólyagrák, prostatarák esetében, sőt ilyenkor, épen úgy mint az uretereket comprimáló méhrák esetén, az *F. S. Watson*-féle kétoldali vesesipoly is szóba jöhetne. Megemlítendő, hogy e műtétek nagyobb része nemcsak mint palliatív, hanem mint a rák gyökeres eltávolítására előkészítő műtét is használatos.

Nem lehet e rövid előadás keretén belül mindezen műtétek indicióira és kritikai méltatására kiterjeszkednem, csak egész általánosságban szabadon következő pontokra utalnom.

a) Sohasem szabad szemünk elől téveszteniünk, hogy a felsorolt műtétek nem képesek egyébre, mint bizonyos mechanikai akadályok megszüntetésére. Magának a rákos folyamatnak ily módon való kedvező befolyásoltatása nem várható, bármennyire is hangsúlyozzák némely oldalról, hogy gastrotomia után a nyelés szabadabbá lesz, gastroenterostomia, jejunosomia után a gyomorrák, colostomia után a végbélrák lassabban növekszik. Ilyesféle állításokat nagyon cum grano salis szabad csak elfogadnunk, mert tudjuk, hogy subjectív javulások mindenféle ráknál minden különös beavatkozás nélkül teljesen spontan is létrejöhetnek; hogy bárzsingrákosok egy nap jobban nyelnek, másnap rosszabbul; hogy gyomorrákosok néha egyszerű próbaparatomia után is feltűnő javulást mutatnak, még híznak is egy-két kilót stb. Olyasféle kórtörténetek, hogy colostomia után egyesek annyira megjavultak, hogy még éveket is éltek, sőt foglalkozásuk után jártak, nem annyira a műtét, mint inkább a carcinoma jószágát dicsérik és önkéntelenül is azt a gondolatot keltik, hogy ezek az emberek radikális műtetre alkalmasok és radikális gyógyulásra hajlamosak lettek volna.

β) Ezzel szemben mindennapos tapasztalat, hogy oly esetekben, a hol a fenti műtétek nem valamely tényleges functionális zavart okozó mechanikai akadály leküzdésére végezteknek, a várt javulás sokszor kimarad, a beteg subjectív nehézségein a végzett, esetleg nagyszabású műtét mitsem javít, ellenben az említett műtétek egy részében megszorítja a régi bajt egy fistulával, mely állandó kezelést igényel, mely eezemákat okoz, melyen bélsár, epe, gyomornedv ömlik s melynek jelenléte a betegnek és környezetének sokszor több testi és lelki szenvedést okoz, mint maga az alapbaj, melyben szépen és csendesesen meghalna, és mindezt a nélkül, hogy az a fistula az életet tényleg megnyújtaná.

γ) Sőt ellenkezőleg ezen palliatív operatiók, különösen a komplikáltabbak, igen nagy, valóban ijesztő halálozással járnak, némely statistika 60—70%-os halálozásról is számol be. És ha

speciell a gastrostomiára és gastroenterostomiára nézve határozottan állíthatom, hogy az irodalomban említett 30% átlagos halálozás túl magas és hogy kellő technikával és lokális anaesthesiával ezen műtétek közvetlen operatív halálozása a minimumra redukálható és hogy ugyanez áll a colostomiára nézve is, ha eltekintünk az előre-haladt bélelzáródásban szenvedő esetektől, mégis meggondolandó, hogy a betegeket kétes haszon miatt a műtét risicójának s a műtét okozta szenvedéseknek kitegyük-e.

δ) Mindebből az következik, hogy a palliatív műtétre való eseteket meg kell válogatni. Minél nagyobb a műtétől várható haszon s minél kisebb a műtét risico, tehát minél kifejezettebb a mechanikai akadály okozta functionális zavar és minél egyszerűbb műtét árán szabadíthatjuk meg tőle a beteget, annál inkább indokoltabb a műtét. Bűn volna tűrni azt, hogy valaki gégerák miatt fuldokoljon, bélrák miatt ileust szenvedjen, bárzsingrák miatt éhen haljon, pylorusrákja miatt minden ételt kihányjon stb. A hol ilyen állapotok vannak jelen, végezzük el a megkívántatott műtéteket: a tracheotomiát, colostomiát, gastrostomiát, gastroenterostomiát. De nem tartom helyesnek, hogy azért, mert valakinek bárzsingrákja van, meggastrostomizáljuk, ha mindjárt folyadékot, pépes dolgokat egész jól tud nyelni, hisz a gastrostomián át sem táplálhatjuk jobban; hogy valakinek colostomiát csináljunk csak azért, mert végbélrákja van, ha különben jelentősebb székleteti zavarai nincsenek is. Az ilyenek meghalhatnak a rákjuk folytán, mielőtt még valami súlyosabb functionális zavar állna be és akkor sokkal jobban járnak, ha nem készítünk nekik sipolyt, mint ha készítünk. Kissé távolabbra lehet kiterjeszteni az indicatiókat ott, a hol a palliatív műtét nem jár külső sipoly készítésével, például gastroenterostomia, enteroenteroanastomosis stb. Ilyenkor is kerülnünk kell az operációt, ha az eset radikális műtétre nyilván alkalmatlan és nevezetesebb passagezavarok nincsenek. De ha már radikális műtét reményében beavatoztunk és azt látjuk, hogy a daganat radikális eltávolításra alkalmatlan, de anatómiai viszonyai olyanok, hogy nemsokára beálló passagezavart valószínűvé tesznek, ám csináljuk meg prophylactice a passagezavart kiegyenlítő műtétet, melynek a beteg esetleg hasznát látja, esetleg nem, de mely legalább nem idéz elő olyan undorító és psychikus depresszióra jogos okot szolgáltató állapotot, a minő például a bélsársipoly. Mindezekkel nem akarom azt mondani, hogy a jelzett palliatív műtéteket az utolsó perczig halaszszuk, mikor már proximus ardet, mikor már a beteg végleg legyengült, mindent kihány, vagy semmit sem tud lenyelni, vagy teljes ileus képét mutatja. Távolról sem. Hanem csak azt, hogy válogassuk meg az eseteket és csak akkor végezzünk ilyen palliatív műtéteket, hogyha a klinikai tünetek alapján jogunk van olyan passagezavart felvenni, melyen a végzendő műtéttel lényegesen javíthatunk, vagy a hol a passagezavar fokának és a beteg általános erőbeli állapotának egybevetése joggal enged arra következtetni, hogy a meglévő passagezavar a közel jövőben komoly functionális nehézségeket fog okozni.

6. Végül a palliatív műtétek közé sorozható bizonyos rákok szétesése, bakteriumtartalmú üreges szervek rákos fókelyeinek át-fürödése által okozott genygyülemek feltárása.

(Folytatása következik.)

Bevezető előadás,

belklinikai előadásainak megkezdése alkalmából mondta:
Jendrassik Ernő dr., nyilv. r. tanár.

(Vége.)

Az ilyen általános képzettség megszerzése nem lehetséges szakklinikán, főképen nem a mi rendszerünk mellett, a mely a német rendszerhez áll igen közel. Nálunk is többnyire az az ifjú, a ki valamely klinikai téren óhajt tovább működni, tanulmányai elvégzése után beáll ama szakmát művelő klinikára s azontúl rá nézve elveszett a többi orvostan. Belátható, hogy az ilyen kiképzés nagyon is egyoldalú s ennek a veszedelmét már egyes kiváló férfiak észrevették s több alkalommal hangoztatták. Így a neurologia egyik nagymestere Erb, továbbá Schultze határozottan kijelentette, hogy jó ideg orvos csakis jól begyakorolt bel orvos lehet. Magam is hangsúlyoztam, a volt idegklinikai megnyitó előadásában, hogy csakis

bel orvos alapon művelhető az idegkörtan klinikai iránya s iparkodtam, már a mennyire azt a klinika feladata s térbeli korlátolt volta megengedte, a belorvostani irányzatot megtartani, de nagyon hosszú, jobban mondva állandó és beható belorvosi gyakorlat kell ahhoz, hogy valaki a belorvosi gondolkodásból ki ne zökkenjen. Talán egy különleges szakma sincs oly szorosan az anyaszakhöz kötve, mint épen az idegkörtan, hiszen az idegbajok ugyanazokból az okokból származnak mint a belső betegségek; a megváltozott idegműködés és a kiváltó ok pedig a belső szervekben további elváltozást is támaszt. Hogyan lehessen elbírálni a beteg sorsát, ha a vizsgáló nem egyaránt ismeri a belső és az idegbajokat? Az életből sok példát tudnék felsorolni olyan egyszerű esetekről, a melyeket az első pillanatra meg lehetett ítélni, s a melyekben nem eléggé általánosságban tájékozott ideg orvos is tévedett. Számtalanszor fordul elő, a mikor idegbajokban nem járatos orvos csúzos bajnak nézi a a tabest, de láttam olyan esetet, a mikor több ideg-szakorvos egyszerűen csúzos beteget tábesosnak velt, pedig a helyes körmeghatározás alapján, megfelelő fürdőkúrával gyorsan meg lehetett gyógyítani az illetőt. Neurastheniás betegként gyógyított májrákos, parotidrákos, vesebajos, spondylitises, aneurysmás betegeket láttam, mint igen könnyen, az első pillanatra felismerhető tévedéseket. De még inkább, mint a gyakorlatban, a tudományos gondolkodásban, főképen a kóroktanban válik nyilvánvalóvá az a nagy különbség, a mely a belklinikai alapon állót elválasztja az ezen alapot nélkülözőtől.

Ime, ezek a motivumok, a melyek a leghatározottabban bizonyították, hogy az idegklinikának fennmaradása nem czélszerű; ezt az álláspontot foglalják el ma Németországban is a hivatott körök. Franciaországban még most mások a viszonyok, ott a kórházi főorvosi és agrégé-pályázatok oly nagy általános orvosi tudást tételeznek fel s e mellett oly nagy kiterjedésű szakra vonatkoznak, hogy a mi szűkre korlátozásunk ott lehetetlen. Aki ideg-, elme- vagy bőrorvosi tanárságra vagy főorvosságra készül, annak ugyanazonokon a vizsgálatokon kell átjutnia, mint a belorvosi pályán megmaradónak. Kétségtelenül nagyon sok jó van ebben a berendezésben, persze a fiatal ember — a tudománynak nem épen kárára — sok időt eltölt olyan dolgok megtanulásával, a melyek reá nézve közvetlen hasznát ugyan nem hajtának, de a melyeknek közvetett haszna igen nagy!

Az idegkörtan épen olyan része a belorvostannak, mint az anyagforgalom körtana vagy a fertőző bajok tana, egyiket épen oly kevésbé lehet különválasztani, önállósítani, mint a másikat. Valóban ez a három irány, ez a trias: a fertőző bajok, az anyagforgalom bántalmái (a mibe persze a vérkeringés, a vizeletelválasztás is belétartozik) és az idegbajok együttesen alkotják a belorvostant, de egymással oly szoros kapcsolatban vannak, hogy őket különválasztani nem lehet. Természetes, hogy egy embernek úgy művelni az egész belorvostant, hogy minden ágában szakmunkásságot fejtsen ki, nem lehetséges, ehhez hosszú a művészet, de rövid az élet! de elvégre még az idegkörtant sem művelheti senki teljességében egyenlő intenzitással.

Igy már most, ha el is búcsúztunk az idegklinikától, az idegkörtant továbbra is művelni óhatjuk, bár az ilyen intézet főnökének mindig törekedni kell, hogy személyzetét s a tanulókat az egyoldalúságtól távol tartsa.

Már az eddigiekből is kitűnik, hogy milyen nagy az a tér, a melyet a belorvostan elfoglal. A theoretikai kérdések ezt a tért még napról napra nagyobbítják. Mindinkább kitűnik, hogy egyrészt a beteganyag szolgáltatja természeti kísérlet, másrészt pedig a betegségekkel való foglalkozás a theoretikai tudományoknak számos kérdését oldja meg vagy azok megoldásának a módját juttatja előbbre. Nem esoda, ha a klinikai laboratoriumokat mindinkább nagyobbítani kell, azok felszerelésébe az élettan, a körtan alkotta eszközöket közvetlenül vagy az emberre vonatkoztatva és megfelelő módon alakítva be kell venni s annak, a ki klinikai intézet vezetésére hivatottságot akar szerezni: jeles fizikai és kémiai ismeretekkel is kell birni az általános orvosi ismereteken kívül.

Mindeme törekvés mellett azonban nem szabad felednünk, hogy a klinika feladata első sorban a beteggekkel való foglalkozás, és ennek legfontosabb része a gyógyítás. Minden tevékenységünknek, természetesen nem mindig épen közvetlen, de voltaképen igazi czélja az orvoslás módszereinek tökéletesítése. Persze itt is úgy, a mint a fizikában, nagy theoriai felfedezések egyideig csak a tudo-

mány anyagát növelik, a míg csaknem váratlan fordulattal egyszerre mérhetetlen hasznót juttatnak az emberiségnek. A közegészségtan, a bakteriologia a legszószerűbb bizonyítékaim; azonban még a kezdetnek csak a kezdetén vagyunk, de máris alig kételkedhetünk azon, hogy a jövő nagy és eredményes felfedezéseket tartogat az emberiség számára a belorvoslás terén.

Egyelőre azonban a belorvosi gyógyításban szerényebb eszközökkel is be kell érniünk. Ne feledjék soha, hogy egyik legbecesebb orvosságunk az egyéni befolyásunk, a melylyel, jól alkalmazva, nemesak enyhülést adhatunk beteg embertársunknak, hanem valóban megbecsülhetetlen támogatást is bajának leküzdésére. Nothnagel hangoztatta, hogy jó orvos csak jó ember lehet s valóban csak az legyen orvos, a ki a beteg iránt igazi részvétet érez. Kíváncsi vagyok, hogy a klinika egyszersmind iskolája legyen a betegekkel való jó bánásmódnak is és sajnos látom, hogy az orvostanulók egy része olyannak nézi a beteget, mintha csupán tanítási anyag, vagy múzeumi tárgy volna. Vajha sikerülne ebben a tekintetben az Önök nemes érzését felkeltenem! Bérard szerint az orvostudomány olyan művészet, a mely gyógyít néha, enyhít gyakran, vigasztal mindig, hiszen ezért maradunk a végső pillanatig a beteg ágyánál, a mikor talán már régen eltávozott eszünkben minden reménység. Tartsák meg érzésüket, részvételüket a beteggel szemben; bármennyire tudományos is az a törekvésünk, hogy kémiai úton győzzük le a betegséget, a jó és helyes szó iparkodásunknak mindig hatalmas támogatója.

A mai belorvostan a kémia jegyében áll. Gyógyítóeszközeink is javarészt a kémiai gyárakból kerülnek ki. Az elég jelentékeny számú értékes új orvosság közé azonban a saját hasznát kereső gyári ipar ma már sok konkolyt is hint; immár sok hiányosan készült, hamis cégér alatt világgá bocsátott és hirdetett szer vegyül a jók közé. Sajnos, az orvosok részint túlságosan bizalom alapján, részint mert az új szerek kipróbálása a legegyszerűbb módja az úgynevezett tudományos munkálkodásnak, talán egyéb okokból is, nagyon hajlandók folyóiratokban, hirdető füzetekben a szerek kitűnő voltát bizonyítani. A klinikai kísérletezés leginkább lehetővé teszi a szerek kipróbálását, de egyszersmind bizonyos gyakorlatot ad arra, hogy a szer származása, a róla adott leírás alapján már előzetes véleményt nyerjünk arról, vajjon érdemes-e vele foglalkozni és minő bizalommal fogadhatjuk az ajánlást. Iparodni fogok önöket ebbe a kritikába belevezetni.

A szerek ismerete azonban, még nem gyógyítás. A gyógyítás módja az a tér, a melyen a belorvostannak a legközelebbi időben jelentékenyen haladnia kell, mert máris túlságosan elmaradt a sebészeti szakok mögött. Igaz, hogy a „Non nocere” helyes elvét a mi tudományunk tartja meg leginkább, de talán éppen azért, mert még mindig emlékezetben van, hogy a múlt század elején az akkor divatozott, hihetetlenül gyakran ismételt érvágással, hánytatással és hashajtással milyen mérhetetlen károkat okozott. Nem csoda, ha Skoda természettudományi gondolkozásával a gyógyítás irányító elemeit a régi polypragmásiával éppen ellenkező útra terelte. Itt sem állhattunk meg. A mai orvosságrendelésből még mindig a legtöbb haszna a gyógyszerészeknek van; elpocsékolunk igen-igen sok orvosságot, úgy hogy nem a kellő mennyiségben, nem a kellő időben és nem a kellő módon adjuk. Azt a tiszta és szabatos rendelési módot, a melylyel a hideglelés betegét, a bujakórosat gyógyítjuk, a legtöbb más bajban nélkülözzük; a könyvek, az orvosok meglegszenek azzal, hogy elrendelik: vegyen a beteg egy kis jodot... egy kis bromot... vagy antipyrin... Ez nem haladás, ennél jobb, mert őszintébb, a Skoda álláspontja.

A belorvostannak oda kell törekednie, hogy a kémiai és fizikai úton olyan szabatosággal vezesse betegének sorsát, mint a sebész azt az operálásával teszi. Egyelőre persze a mi helyzetünk még nehezebb, de a kiindulási alap már ma átvehető. Törekednünk kell, hogy úgy a mint a sebész éppen csak úgy és annyit metsz, a mint és a mennyit kell, de nem is kevesebbet! hogy mi is annyit és úgy adjunk a betegnek orvosságot, a mennyit kell, sem többet, sem kevesebbet! és akkor, a mikor kell. Nincsen kis dosis, nagy dosis, csak helyes dosis van. Ezt megállapítani talán nem sikerül mindig, de a sebésznek sem sikerül minden kísérlete; az alapelv azért mégis fennáll. Avagy mit szólnának, ha a sebész a betegnek „nehány késvágást”, „egy kis szurkálást” rendelne? pedig hányszor ilyen a belorvostan szokásos, most divatozó kezelési módja.

Néhány szóval megmagyarázhatom még, mi az oka annak, hogy ilyen bizonytalan a mai belorvoslás? A sebész maga végzi az operálást, ottan van mindvégig; a belorvos megszokta, hogy elrendelje az orvosságot s azzal ott hagyja a beteget. Még csak nem is ellenőrzi a szere hatását. A sebész ismeri az eszközt, a melylyel dolgozik, a belorvos bizony legtöbbször nem, s az ismeretlentől fél. Háttha megárthatna, a mit rendel, inkább ne is használjon... ez a leggyakoribb bevallott, vagy be nem vallott jelszó. Hogy csak egy példát említek: van orvos, és pedig sokan vannak ilyenek, a ki azt hiszi, hogy akárki, vagy legalább is igen sok ember válhat morphinistává, ha egyszer a morphiomot megkóstolta. Az ilyen orvos büszkesége, hogy még egy beteg sem vált morphinistává! s ezért az egyéni büszkeségeért — magam láttam! — a haldoklótól is megtagadja a morphiom jótékony hatását.

Igen, legyenek lelkiismeretesek; hiszen a lelkiismeret jóformán az egyedüli bírójuk, nemesítse az Önök lelkét a felelősségnek saját magukkal szemben álló tudata, de terjesztse ki a lelkiismeret kérdését oda is, hogy használtak-e eleget szenvedő embertársunknak? A non nocere elve helyes, de egyedül nem állhat meg; így egoizmussá válik, mert csak arra alkalmas, hogy a felelősséget tetteinkért magunktól távol tartsa. Tegyük a non nocere mellé a curare! *adjuvare*-t! és legyenek ennek is olyan szigorú hivatásai, mint az előbbiek.

És végül arra kérem Önöket, legyenek szorgalmasak; itt a klinikán figyeljék meg és otthon könyveikben olvassák el azt, a mit láttak és hallottak, csak így vésődik emlékezetükbe a tapasztalat. Rövid egy-két év múlva kikerülnek az életbe, akkor fogják igazán meglátni, milyen értékes az, a mit a klinikákon tanultak. Ne tömjék meg indexüket órákkal, így igazán csak hallgató válik Önökből és nem tanuló. Ne a rigorosumra tanuljanak, hanem az életre, és tanuljanak tudományt és műveltséget. Nagy szükségük lesz az alapos készultsége az életben; a lelkiismeretük és legkövetkezőbb érdekük kívánja ezt a készultséget; az orvosnak sem társadalmi helyzete, sem keresete nem áll azon a fokon, a mely őt megilletné hosszas előtanulmányai, a gyakorlatban nagy testi fáradsága, nagy kedélyi küzdelmei, óriási felelőssége és az emberiségnek juttatott mérhetetlenül nagy köz- és egyéni egészségi szolgálatai révén. Csakis jellemében szilárd és tudásával imponáló orvosi kar küzdheti ki nemes fegyverekkel az őt megillető társadalmi polcot és jutalmat!

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Egészségi tanácsadó, olvasókönyv a magyar földmivelő nép számára, Darányi Ignác m. kir. földmivelésügyi miniszter megbízásából írta **Osváth Albert** dr. rendőrorvos. 148 l. Ára 60 f.

Osváth Albert dr., a ki a magyar népszerű orvosi irodalmat évtizedeken át számos kiváló munkával gazdagította, a m. kir. földmivelésügyi miniszter megbízásából készült legújabb művében megbízható, hasznos tanácsadót írt a szántó-vető nép számára, a melyből az megtanulhatja, hogy mit kell tennie akkor, ha egészsége, testi épsége veszélyben forog, addig, míg orvosi segélyben részesülhet. *Osváth* dr. valóban mestéri módon tud a magyar nép nyelvén beszélni és a hygiene meg az első segélynyújtás elemeit a tanulatlan nép által is megérthető világossággal, de e mellett oly érdekes és szellemes módon ismerteti, hogy minden laikus haszonnal meg élvezettel olvashatja e könyvecskét, a mely a szakember figyelmét is mindvégig leköti. Noha e mű első sorban a mezőgazdasággal foglalkozók számára készült, nagyon kíváncsi, hogy mennél többen olvassák el. Az orvosok pedig a közegészségügyi fellendülést segítik elő, ha a maguk részéről hozzájárulnak ahhoz, hogy *Osváth* dr.-nak e könyve a magyar nemzetnek mennél szélesebb rétegeiben elterjedjen.

Tihanyi Mór dr.

Pikler J. Gyula: Orvosi emlékeimből. Budapest, 1909. Singer és Wolfner. Ára 1 korona 60 fillér.

E könyvecske szerzője néhány találó rajzot mutat be a gyakorló orvos életéből, melynek egykor maga is részese volt. Különösen megkapók és igazak körorvosi reminiscenciái, melyek

híven tárják az olvasó elé azon siralmas körülményeket, a melyek között a körorvosnak működését végeznie kell. E sorok minden hivatalos jelentésnél igazabban mutatják be a vidék közegészségi állapotának nyomorúságos voltát s kezdetlegességét. Ajánljuk azért e kis könyvecséket mindazoknak figyelmébe, kik az egészségügyi kérdések iránt akár kedvtelésből, akár hivatásszerűleg érdeklődnek. Mulathatnak rajta, meg okulást is szerezhetnek belőle. E. J.

Lapszemle.

Belorvostan.

A tüdőgümőkórnak külsőleg látható új jelét ismertette mintegy egy esztendővel ezelőtt *Siracoff*. Azt találta ugyanis, hogy hörgőmirigygümőkórban szenvedő fiatal betegeknek, főleg gyermekeknek a halántékvenái tágultak. *Teesi Kurashige* felnőtt tüdőgümőkórosokon vizsgálta ezt a jelet s eredményeit a következőkben foglalja össze: A tüdővésztes felnőtteknek 93%-ában tágultak a halánték-gyűjtőerek a tüdőbajnak megfelelő oldalon. Ha mindkét tüdő beteg, az előrehaladottabbban kóros tüdőnek megfelelő oldalon tágabbak a halánték-venák, de nem kivétel nélkül, sőt a betegség harmadik szakában levő betegeken néha éppen az ellenkezőt találjuk. Az említett tünetnek kifejezettsége egyénileg nagyon változó és az egyéni sajátságoktól és az erőbeli állapottól függ, nem pedig a kóros folyamattól. (Zeitschrift für Tuberculose, XIII. kötet, 5. f.)

A hasreflex ismeretéhez szolgáltat adatokat *Alberto Baldi*, Ascoli tanár osztályáról. Vizsgálati anyagul szolgáltak: szült nők, hasúri daganatban szenvedők, laparotomizáltak, s végül más betegségben szenvedők vagy betegséget kiállottak (peritonitis tuberculosa, variola stb.).

A szült nők száma 240 volt, közöttük 130 primipara és 110 multipara. A primiparák vizsgálatakor kitűnt, hogy a hasreflex nem volt kiváltható azokon, a kik (4) ikerszülésen estek át, a kiknek (27) a szülése az utóbbi 6 hónapon belül történt, s a kik (2) igen vastag, zsírdús hasfallal bírtak; a hasreflex gyengén volt kiváltható azon primiparákon, a kiknek a szülése az utolsó két éven belül történt; igen könnyen volt kimutatható a hasreflex azon primiparákon, a kik 5 év előtt, avagy sovány illetve ki nem viselt magzatot szültek.

Multiparait 2—12 szülés után vizsgálta s azt tapasztalta, hogy három szülés után a hasreflex csak az erőteljes, jól konser-vált nőknél vagy olyanokon váltható ki, a kik gyengén fejlett magzatot, vagy koraszülöttet hoztak a világra, vagyis a hasfal a terhesség alatt nem volt nagyobb mértékben megfeszítve.

Szabad hasúri folyadékkal járó peritonitis tuberculosa-ban szenvedő 9 beteg közül egyen sem volt kiváltható a hasreflex ismételt vizsgálattal sem. Ezekben a hasfalban, főleg alsó negyedében, finom kötőszövet-hegek voltak észlelhetők. A hasúri folyadék ki-boesátása után különböző idő múlva (10 perc—10 nap) megkísér-lett kiváltása a hasreflexnek mindig negatív eredménnyel járt.

Nem volt kiváltható a hasreflex ovariectomia, méhdaganat el-távolítása okából végzett laparotomia után sem.

50 vizsgált beteg lágyéksérv és appendicitis miatt volt meg-operálva. A lágyéksérv miatt operáltakon a hasreflex gyengén volt kiváltható, és pedig annál gyengébben, minél magasabban volt az operációs heg. Az appendicitis miatt operáltakon jobboldalt hiány-zott, baloldalt gyengén volt meg a hasreflex.

Variolát kiállott 3 egyénen — a kiknek a hasbőrük finom, elszórt hegekkel volt tele — a hasreflex szintén nem volt kiváltható.

A reflex kimaradásának oka a has bőrén vagy a has bőre alatt levő hegekben keresendő. A vizsgálatokból kiderült, hogy a hegekben a hőérzés hiányzik, s hogy a fájdalomérzés is jelentéke-nyen csökkent; az érzékelenségnek a foka a hegbe hatoló, vagy a hegben kezdődő érző idegrostoknak a számától függ. Sebzések után keletkezett hegesezés esetén azt találták, hogy az érzékeny-ség visszatérése a széli részek felől a középpont felé történik, a behámosodás irányában és arányában, azonban míg a széli részek az érzékenység — bár csökkent mértékben — visszatér, addig a középrészen mindig marad egy érzéstelen zóna. A sensibilitás helyre-állásának gyorsasága függ a laesio helyétől, fokától és vérrel el-látásától; így például a tenyéren s az ujjon a restitutio gyorsabb, mint például a czonbon vagy a hason, a hol a sensibilitás csak

későn s nem teljes mértékben áll helyre; és éppen ezen csökkent érzékenysége a heges hasfal bőrének magyarázza meg a hasreflex-nek kimaradását mindazon esetekben, a melyekben ezen reflex-pályának centripetális ága a kezdetén vagy lefutásában meg van szakítva.

Már Bodon tanulmányaiból kitűnik, hogy 1. a hasreflex ki-váltása teljesen független az akarattól, 2. fiatalokon könnyebben váltható ki, mint idősekben, 3. primi- vagy nulliparákon könnyeb-ben mint multiparákon, 4. soványokon könnyebben mint kövéreken.

Nem sikerül kiváltani a hasreflexet az álomban, a narcosis-ban, a typhus abdominalisban; ez utóbbi esetben a reconvales-centia alatt visszatér, újból kimaradása a recrudescencia jele. Appendicitis acuta és chronica eseteiben teljesen hiányzik jobboldalt s gyenge baloldalt; tabes dorsalisban a praecataxiás szakban erő-sen fokozott, később eltűnik. Differentiális diagnostikai jelül szolgálhat a sclerosis polyinsularis s a paralysis spinalis spastica között, a mennyiben az előbbiben eltűnt, az utóbbiban megtartott szokott lenni. Organikus hemiplegiában, Friedreich-féle betegségben, a gerincezvelőnek súlyosabb betegségeiben a bántalmazott oldalnak megfelelőleg hiányozni szokott. (Il Policlinico, 1908. Sezione pratica 31. szám.)

Galambos.

Idegkórtan.

Az érmozgató és trophiás neurosisok gyógyítása és kórjósolata ezimén *Cassirer* klinikai előadást tartott. E cím alatt foglalható össze az akroparaesthesia, a Raynaud-kór, az erythromel-algia, a sclerodermia és a Quincke-féle oedema fugax. Mindezek nem külön-külön betegségek, hanem egymásba átfolyó változatok. A tünetek mindig a végeken (orr, fül, ujj) támadnak. A baj alapja a n. sympathicus megbetegedése és így érthető, hogy más beteg-ségekben is létrejönnek hasonló tünetek, ha az együttérző ideg-rendszer megbetegedett. A lefolyásban is megvan az a közös vonás, hogy e bajok változékonyak és rohamokban jelentkeznek. A kórjósolat annyiban jó, hogy az életre ritkán járul veszedelem, viszont azonban a sok kiújulás a lefolyást évtizedekre is ki-húzza. Így hát a tünet eltűntekor nem biztosíthatjuk a beteget arról, hogy meggyógyult.

Az akroparaesthesia tünetei: bizsergés, esetleg fájdalom az ujjakban, a karon, a helybeli vértelenség következtében az ujj el-színesedése. A baj meggyógyulhat, bár ez nem gyakori eshetőség. A betegnek nem szabad a kezét hideg vízben áztatnia (mosónőkéz). Jó a langyosvízű fürdős fürdő háromszor hetenként 10 percre, bár nem mindig használ. A langyos sósvizes lemosás nem egyszer segít. Ha a kéz túl van fárasztva, nem rossz a svéd torna. A gyógy-szerek közül a tonicumok, különösen az arsen ajánlhatók.

A Raynaud-kór elég ritka, az előbbinél komolyabb baj. A legfőbb tünet a száraz symmetriás gangraena, enyhébb esetben a helybeli asphyxia, pirosság, fájdalom és kisebesedés az ujjvégeken. A lefolyás idült, félbenmaradó. Néha csak egy helyen támad a baj, máskor egymásután más-más testrész hal el. Mindazonáltal nem lehet életveszedelemről beszélni. Sok esetben nem jut a dolog a gangraenáig. A kezelésmód tüneti. A fájdalmat 0.5 gm. pyramidon vagy 0.02 gm. opium szünteti, néha a langyos fürdő és meleg bepakolás is, mely száraz is lehet. Villamos áramot legfőljebb gyengén lehet alkalmazásba venni, az erős áram árt. A massage és a passiv mozgatás csak a fájdalom megszűntekor és az akut tünetek elmúltával használható. Az elhalt részt nem kell túlkorán eltávolítani, leválik az lassan magától is. Cassirer jó eredményt látott, ha flanelpólyával helybeli hyperaemiát idézett elő a végtagon. Ez azonban nem mindig sikerül, egyszer a kar megdagadt erre a kezelésre. Belső szerek nem hatnak a bajra. Az értágítók, mint amyl-nitrit, nitroglycerin csődöt mondanak. Aránylag legjobb valami tonicum. Fontos a táplálkozást jó karban tartani.

Az erythromelalgia lényege, mint a neve is mutatja, a piros, fájós végtag. Többnyire a láb betegszik meg. A lefolyás idült, de még hosszú fennállás után is lehetséges szép javulás. A beteg rész magasra fektetése és a hideg jó hatású. A fájdalom ellen pyramidon vagy opium jó. Az idegnyújtás sebész úton semmit sem ér.

Az oedema fugax alatt eleinte a bőr mûló duzzadásait ér-tették, de kiderült, hogy ez a nyálkahártyákon is előfordul, sőt az izmokat, az ízületeket, az inhuvelyt, sőt talán a serosus hárttyakat

sem kiméli meg. A betegek érzőszervei rendszere igen érzékeny szokott lenni. A lefolyás idült. A rohamok jönnek, mennek. Néha igen hosszú szünetek jönnek közbe. A baj csak a gégében válhatnék életveszedelmessé. A kezelés az általános neuropathiás diathesis kezelése. Fontos a diéta megszabása és a bélműködés rendezése. Chinin és arsen ilyen esetekben is jó. A viszketés ellen anaesthesint lehet használni. Néha gyomortünet is van, a mely a crises gastriques-hez hasonló. (Deutsch. med. Wochenschr. 1908. október 29.)

Kollarits Jenő dr.

A lábelonius kórjelző jelentőségéről végzett vizsgálatokat E. Levi (Firenze) a graphikai módszerrel. Automata készüléket szerkesztett, a mely a lábat állandó clonusban tartja és a melylyel a clonus kiváltása egyenletes erővel történik. A valódi lábelonius, a mely a pyramispálya sérülését jelzi, mindig szabályos és egyenlően rhythmikus, míg az ál lábelonius egyenlőtlen, szabálytalan. Ez a szabálytalan álclonus neuropathiás egyénekben fordul elő, nem jelenti a pyramispálya sérülését, hanem a reflexek élénkségéhez tartozó tünet. Ez elég jól szimulálható is, míg a valódi nem utánzóható. A kézzel való kiváltás és a pusztán szemmel való megtekintés nem elég a szabálytalanság felismerésére. Ezzel a vizsgálattal tehát esetleg a hysteriás beteg lábeloniusát valódinak nézhetjük, a jellemző egyenlenség csak a hosszabb időn át történő graphikai felvétel görbéin derül ki. Ez a szabálytalan alak fertőző betegségekben, ischiában, eszében is előfordul. Levi kiderítette, hogy nagy fáradtság után egészséges emberen is támadhat ilyen álclonus.

A clonus semmilyen fajában sem tapasztalható a kilengés nagyságának valami viszonya a kilengések számával. A clonus alkalmas esetekben órákon át fennmarad a nélkül, hogy fáradtság volna észrevehető rajta. A lábelonius az alvás alatt is fennáll, de az alvás végén időszakosságot mutat, a mely a lélekzéssel egybeesik, tehát a középpontok oxygenfelvételével összefügg. Ez a jelenség reflex voltát igazolná. Levi clonographja Párisban a Verdin cégnél kapható. (L'encephale, 1908. 11. f.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

A kombinált skopolamin-morphium-chloroform-aetherbódítás mellett tör lándzsát Sick (Leipzig) 220 pontosan ellenőrzött esete alapján. A munka jó részét a kérdés tudományos alapozásának szenteli és tanulságos módon összeállítja a kérdésre vonatkozó tudományos és gyakorlati tapasztalatok egy nagy részét. Igazat adunk saját tapasztalataink alapján is a szerzőnek, ha azt állítja, hogy a bódítás terén elérendő haladás a következő években a kombinált methodusok vonalán fekszik. A mi a speciális technikát illeti, előbb a Riedel-féle skopomorphint adták három adagban (esetleg csak két harmadrészt az ampulla tartalmának). Ezen praeparatum határozottan túlsok (3 cgm.) morphiumot tartalmaz. Erre idejekorán rájövén Sick, az eppendorfi kórházból közölt (Kümmel-Grimm) eljárásához tartotta magát. $1\frac{1}{4}$ órával a műtét előtt 0-00025—0-0005 gramm skopolamint kap a beteg. $\frac{1}{2}$ órával később — orvosi ellenőrzés mellett — ismét ugyanannyi skopolamint, vagy ha ez nem szükséges, mert az első dosis hatása eklatáns, 1 legfeljebb 2 cgm. morphiumot. Potatorok azonkívül egy gramm veronalt is kaptak az első befecskendezéssel egyidejűleg. A narcosisok igen jók, könnyen kezelhetők voltak, az elfogyasztott narcoticum mennyisége igen csekély ($\frac{1}{3}$ -a a rendes mennyiségnek). 220 eset közül csak egy esetben hányt a beteg a műtét illetőleg a narcosis után. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 96. k., 1—3. f.)

Li.

A pajzsmirigykiirtás következményeit tanulmányozta kecskéken Zieschmann. 18 felnőtt kecskét operált, ezek közül 1 elpusztult, 3-at csak rövid ideig észlelt. A 14 közül 5-ben accessorius pajzsmirigy volt. A többi 9 közül 3 a műtét után 11—22 hóval elpusztult; ezek 5—15 hóval a műtét után betegedtek meg s részben az idegrendszer részéről való tüneteket (fibrilláris rángások, ritkán görcsök, stupiditás, egyensúlyzavarok), részben anyagcserezavarokat (lesóványodás, myxoedema, bőrelváltozások, tejelválasztás csökkenése) mutattak. A többi $1\frac{1}{2}$ —30 hóval a pajzsmirigy eltávolítása után leöletetett. Közülük a legtovább élt két állat ($10\frac{1}{2}$ —30 hó múlva leölve) enyhébb betegségi tüneteket mutatott, melyek a 10. illetőleg 14. hóban kezdődtek. Ugy látszik tehát, hogy felnőtt kecskéken, ha a pajzsmirigy csakugyan teljesen ki-

lett irtva, ha hosszabb idővel is a műtét után, idegrendszeri és anyagcserezavarok mindig beállanak. Fiatal kecskéken a pajzsmirigy kiirtása után növekvési visszamaradás és atrophia azonnal jelentkeznek. Myxoedema 3 esete közül csak 1-ben mutatkozott. (Mith. a. d. Grenzgeb., XIX. 2.)

Pólya.

Mesenterialis chyluscysta két esetéről referál W. B. Brinsmade. Az egyik eset gangraenosus appendicitissel volt kombinálva, mindkét esetben a cysta megnyitása és drainezése történt s ezután gyógyulás állott be. Ezzel kapcsolatban az irodalomból 44 esetet állít össze, ezekből 35 lön sebészileg kezelve: 18 bemetszéssel és drainage-zsal halálozás nélkül, 2 punctióval halálozás nélkül és 15 kiirtás 5 halálozással. Összehasonlításként közli Klefsad 18 chyluscystára vonatkozó statistikáját 1892-ből, mely szerint 7 egyszerű bemetszéssel operált eset mind meggyógyult, 10 kiirtás közül 2 meghalt, egy pungált eset szintén meghalt. Deffains statistikájában 7 chyluscysta-kiirtás közül meghalt 1, bemetszéssel kezelt 7 beteg közül egy sem. (Annals of surgery, 1908 október.)

Pólya.

Appendixcarcinoma két esetét írja le Gassow és Keenan. Mindkét eset fiatal (21 és 13 éves) leányokban fordult elő s mindkét esetben appendicitis miatt operáltak és makroszkopice mi sem árulta el, hogy a feregnyúlvány rákos. Hasonló esetet közöl Mauks is, a mely 24 éves nőt illet, ki az appendix eltávolítása óta immár $5\frac{1}{2}$ éve él és egészséges. (Annals of surgery, 1908 október.)

Pólya.

A choledochusműtétek alatt létrejövő shock okára nézve Ransohoff kísérleteket végzett. Rájött, hogy a shock oka a vena portaének elzárása a for. Winslowiiba vitt ujjunk által. Állatkísérleteiben az epehólyag, a pylorus vongálása nem idézett elő vérnyomásesőket, vagy csak kis mértékben akkor, ha a pylorust a hasüregből előhúzták. Ellenben hirtelen, kifejezett és állandó volt ez a vérnyomáseső akkor, ha ujjával a for. Winslowiiba menve a lig. hepato duodenalet kiemelte. Emberen tett tonometriás vizsgálat hasonlókat mutatott. Tehát a ductus choledochus megvizsgálása alkalmával óvatosan kell eljárunk és szüneteket kell tartanunk. (Annals of surgery, 1908 október.)

Pólya.

Szülészet és nőorvostan.

A szülés alatti narcosisok értékéről tartott Veit tanár klinikai előadást, a melyben különösen a scopolamin-morphium-félálomról fejtette ki a maga álláspontját. Krönig eljárásának ismerete gyorsan terjedt el a közönség körében, a mi azt mutatja, a mit már sokszor tapasztalhattunk, hogy orvosságaink a divatnak vannak alávetve. Scopolamin nélkül ma már egy orvosnak a felesége sem akar szülni, pedig mennyi rengeteg aggodalom merült már fel az eljárásról megjelent közleményekben. Kétségtelen, hogy nehéz az orvosnak a helyzete ott, a hol a szülési fájdalmakban meggyötört asszonynak az idegessége és izgatottsága átragad az őt körülvevő környezetre is. Érthető, ha a „narcosis“ hallatára fellelékzik és el is alszik a vajdó környezete s a narcosisal az orvos a maga számára szintén nyugalmat teremt. A scopolamin-morphium félálommal szemben az a gondolat vezérli, hogy ezzel az eljárással minden különbségtétel nélkül olyan beavatkozást üznek, a mely egyáltalán nincs igazolva. Mesterségesen neveljük magunkat arra, hogy valami fölöslegeset, haszontalant cselekedjünk és ez az orvosi oktatásban voltaképpen a vég kezdetét jelenti. Az orvosok túlnyomó többségének belátása azonban gondoskodni fog arról, hogy a scopolamin-morphium-eljárás az ő terjeszkedésében korlátokat is ismerjen, nemkülönben az orvosgyakorlati viszonyok is oda fognak hatni, hogy a methodus az eseteknek csak egy bizonyos, megszorított számában érvényesülhessen. Arra a kérdésre, hogy mikor forog fenn igazán az eljárás szükségessége, határozott feleletet adhat: első sorban az ideges asszonyok szülésekor, de itt se feltétlenül, itt se minden válogatás nélkül; másodszorban és különösen ott, a hol a szülést neurastheniás orvos vezeti(!). A scopolamin alkalmazásakor nem szabad megfeledkezni azokról a veszélyekről, a melyek az eljárás kapcsán felmerülhetnek. Egészséges asszonyok szülésekor a scopolaminra semmi szükség sincs. Minthogy a szülésnek csak olyat szabad tenni, a mi szükséges, ezért egészen egészséges szülőnőkre az eljárást nem fogadja el. Ha kíváncsi a fájdalom-

mak csillapítása, csak akkor forduljunk a scopolaminhoz, a mikor a szülés még egészen a kezdetén van (!). A táglási időszak végének közeledésével kis adag (0.01) morphiummal mérsékelhetjük a szülő nő fájdalmait. Rigid méhszáj, göresös szülőfájások a kézzel való méhszajtagítást javallják. Ilyen esetekben a tágitás esodát művel, a vajudót azonnal megszabadítja kinyitól s a kitölési időszak bekövetkezését siettet. Ha a magzat feje már mutatkozni kezd és a hymen táglása rendkívül fájdalmakat idéz elő, chloroform-narcosis ajánlatos. (Therapeutische Monatshefte, 1908. 12. füzet.)

Avarffy Elek dr.

Gyermekeorvostan.

A phosphoros csukamájolajnak egészséges és angol-kóros csecsemők sóanyagcserejére gyakorolt befolyását vizsgálta Birk a breslaui gyermekklinikán. Daczára, hogy már hosszú idő telt el, mióta Kassowitz a phosphoros csukamájolajat az angolkór gyógyításába bevezette, végleges vélemény az értéke felől mégsem szűrődött le. Sőt mondhatjuk, hogy értékét illetőleg meglehetősen ellentétes nézetekkel találkozunk. Birk ezért két egészséges és két angolkóros csecsemőn anyagcserevizsgálatot végzett, s ezen vizsgálatai a következőket eredményezték:

1. Megállapította, hogy egyes angolkóros gyermekeken a sóanyagcsere a bevitelt túlhaladó sóvesztéssel folyhatik le.
2. Ilyen esetekben a phosphoros csukamájolajjal javulást érhetünk el, a mennyiben a hamúalkotórészeknek, a calciumnak és magnesiumnak fokozódhatik a retentiója. A phosphoranyagcsere a phosphoros csukamájolaj nem befolyásolja lényegesen.
3. A szervezet visszatartó képessége hiányosnak nem mutatkozott.
4. A sók bevitel sem volt elégtelen, mert mihelyt phosphoros csukamájolajat adott, a retentio változatlan sóbevitel mellett pozitív alakult.

5. Ezért a negatív sóegyensúly ezen esetekben a sók kórosan fokozott kiadására vezethető vissza.

6. Kiderült továbbá, hogy a phosphoros csukamájolaj a zsírmészétést a bélben is kedvezően befolyásolja, és pedig antagonizmus van a szappanképződés és mészretentio közt. A mészretentio fokozódik, ha a szappanképződés kevesbedik.

7. A csukamájolaj kedvező hatása így a szappanképződés befolyásolása révén jön létre. (Monatschr. f. Kinderh. 1908. 450. l.)

Flesch.

Az opsoninindexről a csecsemőkörben ír Flamini. Az újszülöttek és csecsemők vérének opsonintartalma az életkorral függ össze. Az első életnapokban minimális, sőt egészen hiányozhatik, de a következő életnapokban fokozatosan emelkedik. Két éves korban az opsoninindex majdnem eléri a felnőttek vérének opsonintartalmát. Debilis, valamint lassan gyarapodó csecsemők alacsonyabb indexet adnak, mint erős és jól fejlődő csecsemők. Úgyszintén a mesterségesen tápláltak vére is kevesebb opsonint tartalmaz, mint a természetes tápláléké. (Rivista di clinica pediatrica, 1908. 8. szám.)

Faludi Géza dr.

Bőrkórtan.

A fejbőr mikroorganizmusainak ismeretéhez nyújt adatokat Tièche (Bern). Unna és Sabouraud vizsgálatai, melyek a seborrhoeára, pityriasisra és eczema seborrhoicumra vonatkoznak, arra indították a vizsgálókat, hogy az ezen bajokban kimutatható parasitákat (seborrhoeabacillusok, Malassez-féle spórák és morococcusok, illetőleg coccus polymorphus epidermidis) újabb vizsgálat alá vegyék. E mikrobáknak pathogen jelentőségét főleg Jacquet és Darier tagadta. Tièche valószínűnek tartja, hogy a szerzők közti eltérés nagyrészt onnan származik, hogy rendszeres szövetszövetvizsgálatot a kutatók nem igen végeztek. Rendszeres szövetszövet vizsgálatok céljából a szerző friss hullák fejbőrét használta, a melynek festésére cresylviolett oldatát (1%-os cresylechtviolett) ajánlja. Ez a festőszer nemcsak jó magfestő, hanem a gombákat is élesen feltünteti. Száraz, pikkelyanyaggal borított készítmény festésére is igen alkalmas ez a festőszer. A szerző 50 hullának a fejbőrét dolgozta fel. Célja annak a kiderítésére irányult, hogy a különböző parasiták milyen arányban találhatók a fejbőrön. A fejbőrön Sabouraud tudvalevően 3 infectiót különböztet meg. Nézete szerint a seborrhoeabacillusok

okozzák a seborrhoeát, a Malassez-féle spórák pedig a pityriasis simplexet, a melyet azonkívül még a polymorph coccus is előidézhethet. A szerző vizsgálatai Sabouraud-nak állítását nem látszanak megerősíteni, a mint az kitűnik a következő eredményből. Az 50 hullák fejbőrének szövetszöveti vizsgálata 48-szor (= 96%) a Malassez-féle spórák jelenlétét derítette ki. Ezen adat szerint tehát csaknem minden fejbőr pityriasisban szenvedett volna, a mi nem valószínű. A szerző szerint úgy látszik, hogy idült lázas betegségek különösen jó talajt szolgáltatnak a spórák növekedése számára. A seborrhoeabacillusok 44%-ban nagy számban voltak kimutathatók. Ezek is inkább az idült betegségekben elhaltak bőrén tanyáztak. A seborrhoea-bacillusos eseteknek mintegy 20%-ában a parasiták abnormis növekvési alakokat mutattak; 10 cachexiás hullán kisebb-nagyobb mennyiségben hyphák és spórák találtak, a melyek a mikrosporon furfurhoz hasonlítottak. Hevenyész bajokban elhaltakon ezeket a szerző nem tudta kimutatni. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 92. kötet, 1—2. füzet.)

Guszman.

Orr-, torok- és gégebetegségeik.

A gégecső elsődleges daganatairól ír Krieg. Bruns klinikájáról a gégecső fibromájának esetét írja le s ennek kapcsán közli Brunsnak a gégecső elsődleges daganatairól összeállított statisztikáját, mely 1898-ig 143 esetet ölel fel s azóta 58 esettel bővült, így összesen 201 esetre vonatkozik, melyekből a következő eredmény kerül ki:

1. A jótermészetű daganatok száma: 134, és pedig 25 fibroma, 41 papilloma, 4 lipoma, 42 chondroma és osteoma, 6 adenoma, 2 lymphoma és 14 intratracheás struma.

2. A rossztermészetű daganatok száma 61, és pedig: 21 sarkoma és 40 carcinoma.

3. Ismeretlen természetű daganat 6 volt. Ezek szerint a rossztermészetű daganatok az eseteknek jelentékeny részét, körülbelül egy harmadát teszik ki, s a sarkomák — viszonyítva a carcinomákhoz — aránylag gyakoriak. A jótermészetű daganatok nagy részének eltávolítására a tracheoszkop segítségével az endotracheás út használható, míg a rossztermészetű daganatok gyökeres műtételére a tracheotomia vagy cricotracheotomia jobb. (Bruns, Beitr. z. klin. Chirurgie, 53. köt., 162. l.)

Safranek dr.

Az amerikai laryngologusok Montrealban tartott 1908. évi közgyűlésén igen praktikus módszert ajánl J. L. Goodale a a hypertrophiás tonsillák kezelésére oly esetekben, a melyekben a tonsillotomia szóba nem jöhet. Gyakran lobosodó nagy tonsillákkal bíró három haemophiliás egyént mutat be; mind a három arthritises, még pedig, mint Goodale felteszi, a tonsillitisek miatt. Őt — hat naponként 4—8%-os ezüstnitrátoldatot fecskendezett be a tonsillák szövetébe (hányszor?); a kezelés eredménye az volt, hogy a tonsillák eredeti nagyságuknak $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ -részére zsugorodtak, a folliculusok megtisztultak. Goodale úgy képzei, hogy ezen eljárásra a tonsilla közepéből retrograd metamorphosis indult ki, mely ily módon a cryptákat is a maga egészében zsugorította, ellentétben a felületes galvanocauter- vagy chromosavézés eredményével, a mikor a crypták felületes, a lumenhez közel eső része szűkül ugyan, a mélyben azonban tágult marad, és így újabb gyuladás támad. Eljárásának egyedüli hátránya az, hogy fájdalmas.

Nagyon tanulságos James E. Newcomb előadása, ki egy peritonsillaris tályog bemutatása kapcsán, melyben az incisiót követő hosszadalmas és erős utóvérzés az art. carotis communis lekötését tette szükségessé, a pharynx genyes betegségei kapcsán keletkező vérzésről számol be. Az 51 közölt eset közül a tályognak magától felfakadása után 26 esetben, az incisió után 25 esetben volt erősebb vérzés; a betegek közül 28 meghalt, vagyis 54.8%. 16 esetben kötötték le a carotis communist, közülük 11 gyógyulással, 5 halállal végződött. Feltűnő, hogy a nagyobb arteriák mellett képződő genyedés mily gyakran arrodálja az érfalat. (The Journal of laryngology, 1908 decz.)

Rejtő Sándor dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A tüdőgümőkór gyógyítására elméleti megfontolások alapján Weber már mintegy két évtizeddel ezelőtt ajánlotta a szén-savat, a mely mellett jelentősége van a méznek is. Erre a célra

újabbán méisztartalmú maláta-kivonatot használ (extractum maltis siccum cum calcio hyperphosphoroso), a melyből naponként 6 tetézt evőkanálnyit fogyasztat el. Eredményei állítólag nagyon jók. (Beitrag zur Klinik der Tuberkulose, 10. kötet, 3. füzet.)

Kátrányfürdő készítésére a következő eljárást ajánlja *Spiegler*. A következő 3 oldatot készítjük: I. Oleum rusci 100.0; Ammon. pur. liq. 20.0. Legalább $\frac{1}{2}$ óráig erősen keverendő. II. Gelatina animal. alb. 10.0; Aqu. fontis 50.0. Vízfürdőben teljesen oldandó. III. Natr. carbon. crystall. 10.0; Aqu. fontis 50.0. Melegben oldandó. A II. és III. sz. oldatot jól összekeverjük s a mikor már annyira lehűlt, hogy csak langyos, az I. sz.-hoz hozzáöntjük s addig keverjük, a míg kezd megszilárdulni. Ilyen módon sötétbarna, gelatinás anyag támad, a melyet használat előtt néhány liter meleg vízben feloldunk s azután folytonos keverés közben a kádban levő fürdő-vízbe öntünk. Lokális fürdőhöz vagy borogatáshoz megfelelően kevesebb anyagot használunk, a mely „*Spiegler-féle kátrányfürdő*” elnevezéssel készen is kapható a bécsi poliklinika gyógyszer-tárában vagy a bécsi angyal-gyógytárban. (Wiener klin. Wochenschrift, 1908. 52. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 5. szám. *Moravcsik Ernő Emil*: Aetiologiás és therapiás irányelvek a pszichiatriában. *Kanitz Henrik*: A leukoderma syphiliticumról.

Orvosok lapja, 1909. 5. szám. *Barabás József*: Vizeletvizsgálatok 310 bujácóros betegen a nephritis syphilitica acutát illetőleg. *Gühr Géza*: Esetek a praxisból.

Budapesti orvosi újság, 1909. 4. szám. *Krausz Jenő*: A heveny sublimat-mérgezésről 46 eset kapcsán. *Schönheim Lajos*: 1. Spontan felépített tejelválasztás esete. 2. Recidiváló mellhártya-izsákmány esete. 3. Cirrhosis hepatis érdekesebb esete. „Gyermekorvos” melléklet, 1908. 4. sz. *Bán Ilona*: Hysteria a gyermekkorban.

Vegyes hírek.

Müller Kálmán dr. főrendiházi tag, ministeri tanácsos, a Budapest székesfővárosi balparti közkórházak igazgatója és az országos közegészségügyi tanács elnökének ez utóbbi minőségében szerzett érdemei elismerésül a király a Ferencz József-rend középkeresztjét a csillaggal adományozta.

A tisztiorvosi vizsgára előkészítő tanfolyam Kolozsvárt április hó 14.-én kezdődik. Cursus a vizsgának minden tárgyából lesz. Bővebb felvilágosítást ad *Jakabházy Zsigmond* dr. gyógyszer-tanítási adjunktus (Kolozsvár, Trefort-utca 8).

Községi (kör-) orvosok nyugdíja. Azt az előadói tervezetet, a melynek alapján gróf Andrássy Gyula belügyminister a február 12.-ére összehívott szaktanácskozáson a községi és körorvosok nyugdíjának ügyét az érdekelt orvosok részvételével tárgyalás alá kívánja vettetni, egyes hírlapi közlemények szerint orvosi körökben olyan módon tárgyalják, mintha a belügyminister végleges állásfoglalását hozná nyilvánosságra. Illetékes helyről arról értesülünk, hogy ez a mozgalom tévedésre vezethető vissza, a mennyiben az a nyugdíjtervezet, a melyet a belügyminister szétküldött, nem a belügyminister állásfoglalását ismerteti. A belügyminister éppen azért nem foglalt állást ezzel az előadói tervezettel szemben, mert a kérdést a községi és a körorvosok anketjén lefolyó eszmecsere és az ott felmerülő javaslatok lehető figyelembevételével kívánja rendezni. A tanulmányozás céljából szétküldött tervezet csak arra szolgál, hogy a szóban forgó anketen a tárgyalások vezérfonalak legyen, a nélkül, hogy bármely irányban prejudikálna a kérdések megoldásának. Eppen ezért teljesen indokolatlan a bírálatok és állásfoglalások harcias formája és az érdekelt ok nélkül való nyugtalanítására vezet. Úgy látszik, hogy azok, a kik ok nélkül izgalmat visznek a kérdés tárgyalásába, nem olvasták el az e tárgyban kiadott körrendeletet, melyben a belügyminister határozottan kimondja, hogy mielőtt e tárgyban véglegesen döntene, szükségesnek tartja az érdekelt községi orvosok meghallgatását, hogy esetleges kívánságaikat a nyugdíjintézet létesítésekor figyelembe vehesse.

Meghalt. *F. Legge* dr., az anatomia tanára Cagliariában. — *P. J. Diakonow* dr., a sebészet tanára Moszkvában, ismert sebész. — *G. Dell'Isola* dr., a belorvostan tanára Páviában.

Kisebb hírek külföldről. A bécsi egyetemen a Schnabel tanár halálával megüresedett szemészeti tanszékre a tanártestület a következőket kandidálta: *Uthoff* (Borosló), *Hess* (Würzburg), *Dimmer* (Grätz). — A christiani egyetemen a Julius Nicolaysen dr. nyugalmomba vonulásával megüresedett sebészeti tanszékre *Johann Nicolaysen* dr.-t nevezték ki. — A szt.-pétervári női egyetemen *Sadowskij* dr. lett a nőorvostani klinika igazgatója. — Bajorország egészségügyének vezetőjeül a nyugalmomba vonuló *Grashey* dr. titkos tanácsos helyébe *Dieudonné* tanárt hívták be a bajor belügyministeriumba. *Dieudonné* dr., a ki eddig katona-

orvos volt, ismert tekintély a közegészségügy és bakteriologia terén; 1893—1898-ig a berlini császári egészségügyi hivatalban működött Koch mellett. Kinevezéséhez nagy reményeket fűznek a bajor egészségügy emelése tekintetében. — A párisi egyetemen megüresedett két sebészeti tanszékre (az elhunyt *Berger* és a nyugalmomba vonuló *Le Dentu* tanár helyébe) az orvosi fakultás *Hartmann* dr. és *P. Delbet* dr. agrégéket terjesztette fel. — Odesszában *S. Jakovloff* dr. szt.-pétervári magántanár a bőrorvostan rendkívüli tanára lett.

A **Klimsch-féle Virchow-émlékszobrot** végre mégis csak felállítják a berlini Karlsplatzon, miután a szobor alkotója a szobor-bizottság kívánságához képest egyet-mást változtatott rajta s a német császár is beleegyezett, hogy ilyen alakban felállítsák. A szobor ellen az volt a kifogás, hogy nagyon is symbolikus jellegű s maga Virchow rajta csak egy kis plaketten szerepel a szobor oldalán. A művész most ezt az arckép-plakettet megnagyobbította, az allegorias csoportot pedig megkisebbitette s a szobor egyik oldalán relíeffé alakalmazott, mely Vichowot boncsolás közben, tanítványai körében tünteti fel.

Nemzetközi lepra-értekezlet lesz jövő augusztus havában Bergenben (Norvégia), *Armauer Hansen* dr., a nagyhirű lepra-kutató elnöke alatt.

A női orvostanhallgatók száma a németországi egyetemeken a jelen félévben 318; a múlt nyári félévben csak 169 volt. Ez idő szerint a 21 német egyetem közül csak kettő, ú. m. Strassburg és Rostock nem veszi fel rendes hallgatókat a nőket; a többi egyetemen érvényes érettségi bizonyítvánnyal minden megbeszélendő intézkedés nélkül beiratkozhatnak rendes vagy rendkívüli hallgatóknak. Angliában 750 női orvos működik; legnagyobb részük kórházakban, menedékházakban, iskolákban, hivatalos állásokban van alkalmazva. Londonban van egy 60 ágyas kórház, a melynek az egész orvosi személyzete nőkből áll.

A kínai császár és anyacsászárné halála alkalmával a kínai kormány november 19.-i kelettel a következő rendeletet tette közzé: „Csen, To, Cso, Hsi és Cseng császári udvari orvosok büntetésül azért, hogy nem tudták Ő Felségeik életét megmenteni, a tisztviselői rangsoron két fokkal lejjebb szállíttatnak, de állásaikat megtarthatják. Ellenben Csing, a császári kórház igazgatója, s hasonlóképen Csung, Un és Fai udvari orvosok állásukból tudatlanságuk miatt elmozdítottatnak; kegyelemből megengedtetik nekik, hogy orvosi működésüket egyébként folytathassák.”

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

Semmi sem szükségesebb, mint egy minden esetben jól alkalmazható tápszer. A **Phosphatine Falière** azért örvendő oly nagy kedveltségnek, mert a hozzáfűzött várokozásnak úgy ízbeli, mint hatás-tani szempontból a legmesszebbmenő módon megfelel.

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

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

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

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

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

CIRKVENICA THERAPIA-Sanatorium a magyar tengerparton. Berendezve az összes gyógyító eljárásokra. Modern kényelem. 120 szoba. Vezető-orvos: **Dr. GROÓ BELA**.

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

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

Röntgenlaboratorium: Tulajdonos: **Dr. HUBER ALFRÉD** a szt. István-kórház Röntgenlaboratoriumának vezetője. Budapest, VIII., József-körút 26. I. em.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (III. rendes tudományos ülés 1909 január 23.-án.) 126. l. — Közkórházi Orvostársulat. (XIV. bemutató szakülés 1908 december 16.-án.) 127. l. — Szemelvények tudományos társulatok ülésiből. 128. l. — Pályázatok. 128. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(III. rendes tudományos ülés 1909 január 23.-án.)

Elnök: Schaffer Károly. Jegyző: Entz Béla.

Különböző nézetek a neurofibrillumok természetéről.

Apáthy István: Az előadó rövid történeti bevezetéssel kezdi. Reámutat arra, hogy nem tévesztendő össze az idegrostok és a dúczsejtek némi csikolatos képének és rostoskás szerkezetének ismerete a neurofibrillumok kimutatásával. A kik, mint például Schultze Miksa, ama rostoskás szerkezeteket látták is, nem követhetnek maguknak, hogy a neurofibrillumokat mint az idegrendszerre és általában a vezető pályákra jellemző különleges szövettani, illetőleg sejttani alkatelemek, mint elemi sejtorganumokat fölismerték volna; épen úgy nem, mint a hogy nem tekinthetné magát a formált sejtközpont, illetőleg a centrosoma vagy a centriolumok fölfedezőjének az, a ki először látott a sejtekben szemcséket. Kupffernek 1884-ben leírt készítményei is csak a velőhüvelyes idegrostok tengelyállományának fonalkás szerkezetét mutatták ki, és Kupffernek esze ágában sem volt ama kuszált rostoskadarakokban, melyeket ő látott s melyeket mások műtermékeknek tekintettek, az egész idegrendszerre jellemző szerkezeti elemeket keresni. Mint ilyeneket az előadó először 1884-ben és 1885-ben írta le a neurofibrillumokat és tette őket különleges festések által az idegrendszernek különböző részeiben láthatóvá. A neurofibrillumoknak nemesak a neve, hanem az e névvel jelölt szövettani fogalomnak megállapítása is az előadótól származik. A Schultze-féle „Primitiv-fibrille“, melynek létezését Schultze a csikolatos szerkezetből csupán következtette, nem azonos a neurofibrillummal. „Primitiv-fibrille“ = neurofibrillum + perifibrillaris állomány. A legvékonyabb idegágakban, illetőleg bizonyos idegrostokban a neurofibrillumot és a perifibrillaris állományt az előadónak sikerült először színeződésük alapján megkülönböztetni.

Az előadó, bár ismételtén félreértették, a neurofibrillumok természetéről kezdettől fogva a következő fölfogást hirdette: Igen ellenálló és állandó képletek, jóllehet korántsem olyan, változásoknak alá nem vetett, csupán szenvedőlegesen szereplő dolgok, mint például a chitin vagy a kovaváz alkatrészei. Nem összehúzóanyagok, nem rugalmasak, nem nyújthatók és nincsenek amoeboid alakváltozásoknak alávetve. Sejtermékek ugyan a szó legtagabb értelmében, azaz sejtbéli differenciálódás eredményei, de egyszersmind eleven sejtorganumok, elemi életműszerek, melyeknek áthasonító, növekvő és szaporodó képességet kell tulajdonítanunk. E képességek alapján lételük és életműködésük föltételeit megtalálják az egész szervezet protoblastáinak kapcsolatában ott is, a hol ha nem is sejtenkívüli, de mindenesetre protoplasmán kívüli helyzetet mutatnak. Életük, növekvésük és hatásuk messze túl terjed ama protoplasmák határain, a melyekben az egyedfejlődés folyamán először megjelennek. Bizonyos meghatározott sejtekben különülven ki, más sejtekbe is belenőnek, azokat keresztülszövik. A szervezetben mutatott elrendeződésüket, annak példájánál állíthatjuk föl, miként vannak át meg átszöve a kész szervezetnek ugyan kezdettől fogva syncytiumos kapcsolatban volt sejterületei olyan szöveti alakelemek által, a melyek egészen más protoplastákba is belenőnek, mint a melyekben eredetileg kikülönültek. A neurofibrillumok tehát nem is csak egyszerű elemi sejtorganumok, nem lévén kövte sejtárokhoz, hanem életműködésüknek bizonyos önállóságával az egész szervezetet át meg átjárva, elemi szervei az egész élőlénynek. Minthogy elevenek és a legfontosabb életműködésekben részesek, alá is vannak természetesen vetve az életműködéssel kapcsolatos minden változásnak, de azért nem időleges jelenségek, hanem állandó (bár nem változhatlan) képletek. Ezek az élettani állapottal kapcsolatos változásaiak főleg rögzíthetőségük és festhetőségük megváltozásaiban mutatkoznak, a melyeknek következtében mikroskopi képük készítményeinkben

különböző lehet a nélkül, hogy az életben is meglévő finomabb szerkezeti tulajdonságaiknak is szükségképen különbözöknek kellene lenni.

A szervezetben az ideghullámok kizárólagos vezetőinek a neurofibrillumokat az előadó sohasem állította, csakis a különlegesen vezetőknak és a vezető pályák legfőbb szövettani jellemzőinek. A protoblasták differenciálatlan testállományától, attól, a mit a szó szorosabb értelmében protoplasmának nevez, a vezetőképeséget ép oly kevésbé vitatja el, mint az összehúzódo képességet. A hol neurofibrillumok nincsenek kikülönülve, ott a protoplasma a vezető; de a hol kikülönültek, ott ők veszik át a vezetést, épen úgy, mint a myofibrillumok az összehúzódoásokat mindenütt, a hol myofibrillumok kikülönültek. A vezetés természetesen nem természetani értelemben veendő; az ideghullámok továszarmaztatása életműködés, tehát a neurofibrillumok csakis környezetükkel kölcsönhatásban végezhetik. Már csak ezért sem mondható, hogy az ideghullámok vezetésében a neurofibrillumokon kívül semmi másnak sincs része.

Az előadó ezután sorra veszi azokat a nézeteket, melyek a neurofibrillumok természetének ilyen felfogásával szembehelyezkednek. Csoportosítva ismerteti azokat az észleleteket, a melyek kizárják: a) azt, hogy a neurofibrillumok műtermékek volnának és ne felelnének meg nekik a tárgy eleven állapotában is olyan elrendezési képletek, a minőket alkalmas módokon előállított készítmények mutatnak; b) azt, hogy a neurofibrillumok támasztórostok, mintegy vázképletek volnának, melyeknek az idegrendszer működésében csak szenvedőlegesen részük van; c) azt, hogy a neurofibrillumok a protoplasmának áramlásai által jönnének létre, hogy amoeboida protoplasmaszálak volnának, a minők pl. a *Tradescantia virginica* porszálaival szörsejtjeiben láthatók.

Végül összefoglalja azokat a bizonyítékokat, melyek szövettani, egyedfejlődéstani, fajfejlődéstani és élettani kísérleti alapon a neurofibrillumok ideghullámvezető szerepe mellett szólnak. E mellett a szerep mellett már is van annyi bizonyítékunk, a mennyinél több élettudományi ismereteink mai állása szerint semmiféle szövettani alkatrész élettani jelentőségének eldöntésére nincsen. Annak a tételnek, hogy a neurofibrillumoknak az ideghullámok vezetésében fontos és különleges részük van, a tudományos bizonyossága semmivel sem kisebb, mint az élettan akármely alapvető és ez idő szerint senkitől sem vitatott tételének. Nem igazságos dolog a neurofibrillumokra nézve többet, nevezetesen másnemű és kézzelfoghatóbb bizonyítékokat követelni, mint a minők az élettannak egyéb mezőin rendelkezésünkre állanak. Kétségtől van még nehézségek; de hol nincsenek az élettudományokban, a melyek a kétszer kettő négy bizonyosságát talán sohasem fogják elérni?

Lenhossék Mihály: Örövend, hogy alkalma van a nyilvánosság előtt elismerni, hogy Apáthy a neurofibrillumok igazi fölfedezője. Igaz ugyan, hogy az idegelemek fibrillaris szerkezetének tana ő előtte Schultze Miksa dolgozatai nyomán már rendszerbe foglalva készen állott, de ismerve azokat a módszereket, a melyekkel Schultze dolgozott, bátran mondhatjuk, hogy lehetetlen, hogy valamely diffúz csikolatoságnál többet láthatott volna s szinte csodálatos, hogy ez a különben alapos histológus ily fogyatékos észleletek alapján hogyan állíthatta fel elméletét s hogyan ragadtathatta el magát olyan messzemenő állításokra, a minő pl. az, hogy a rostoskák az egész idegrendszerben összefüggnek egymással. Kézzelfoghatóan valóban csak Apáthy mutatta ki először a neurofibrillumokat, a mivel dicsőséget szerzett a magyar tudománynak. Midőn a szülő ezt készségesen elismeri, másfelől ki kell jelentenie, hogy abban a teoriában, a mit Apáthy, a neurofibrillumokból kiindulva, felállított az idegrendszer finomabb szerkezetére vonatkozólag, csak bizonyos határig mehet el vele, azután szétternek utaik. De erre felszólalásában nem tér ki.

A mi a neurofibrillumok működését illeti, az a véleménye, hogy e tekintetben csak igen indirect bizonyítékok állanak rendelkezésünkre s így még távol vagyunk attól, hogy határozott nézetet formálhatnánk arról, hogy mi a vezető az idegsejtben és idegrostban: a neurofibrillum, a neuroplasma, vagy mindkettő. Bethe kísérletének túlbecsülése és a rostoskák vezető jellegének érdekében való felhasználása nagyon is magán hordja annak a felfogásnak a nyomát, hogy az idegáram a vilámoossággal analog folyamat. Hogy mi az idegáram, nem tudjuk, de hogy nem villámáram vagy hasonló valami, az bizonyosra vehető. Bethe

kísérletéből csak annyi következik, hogy az idegrost, ha a pióca meg-
rövidülése folytán megvastagszik, lassabban vezet. Az előadó nagyon
messze megy Bethével együtt, ha abból a körülményből, hogy a meg-
vastagodott idegrostban a neurofibrillumok hullámosan futnak, ezeknek
a vezetőképességére von következtetést. Különben is kétséges, hogy
megállanak-e Bethe adatai; Carlsson épen ellenkező eredményeket közöl.
Hogy mily kevésbé döntők azok a bizonyítékok, a melyeket Apáthy és
Bethe felhozott a mellett, hogy az idegvezetés a neurofibrillumokhoz
fűződik, kiderül abból is, hogy a legtöbb szerzőre e bizonyítékok nem
voltak meggyőző hatással, sőt mindinkább növekszik azoknak a száma,
a kik a neurofibrillumokat épenséggel kizárják az idegvezetésből s a
köztük levő neuroplastmát tartják a vezető közegnek. Még Apáthy hívei
között is akadnak olyanok, a kik a rostocskákat támasztó szövetnek és
nem vezető elemeknek tartják. Olyan indirect bizonyítékokat, a minőket
a fibrillumok vezető jellege mellett hoznak fel, fel lehet hozni a mellett
is, hogy nem lehetnek vezető közegek. Ilyen pl. az a tény, hogy a
neurofibrillumok az idegrost végződéseiben nem szabad csúcsokkal érik
a végüket, hanem hálózatot alkotnak vagy hurokszerűen visszahajolnak,
a miből, ha csak ők volnának a vezető pályák, az következne, hogy
az idegáram bennük az idegvégződés helyén megreked vagy plane vissza-
felé vezet az útját.

Tellyesniczky Kálmán: Figyelmeztet arra, hogy egy-egy dűz felü-
letes és mély rétegeiben a fixálás a rögzítő folyadék tökéletlen behato-
lása folytán különböző, s különbözőnek mutatkozik ennek folytán az
idegsejt szerkezete és festődése is. A sejtek összehasonlításakor ezt a
körülmenyt figyelembe kell venni s csak azután lehet állítani, hogy
physiologiai különbségekről van szó.

Apáthy István: Előrebocsátotta, hogy nem akarja a hallgatóságot
a kérdés történelmi részével terhelni, különben felhozta volna azokat,
a miket Lenhossék felhozott. Az az ellenvetés, hogy a symmetriás dűz-
sejtek egyforma rögzítődése és festődése, a melyet a szülő egyforma
működésbeli állapottal hoz kapcsolatba, talán csak az egyforma belső
szerkezet következménye, nem állhat meg. Néha teljesen ugyanazon
kezelés mellett ugyanaz a két dűzsejt rosszul rögzítődik és a neuro-
fibrillumokat nem mutatja.

Hogy a neurofibrillum vezető állomány-e vagy nem, erről még
eltérnek a nézetek, de ez nem bizonyíték arra, hogy nem vezető
állomány. Emlékeztet a szülő arra, hogy mikor először mutatta ki a
neurofibrillumokat, egyedül állott és Lenhossék is azok között volt, a kik
tagadták a neurofibrillumokat.

A mi Tellyesniczky azon megjegyzését illeti, hogy a dűzsejtek
összehasonlításakor tekintetbe kell venni, hogy milyen távolságra voltak
a felülettől, vagyis hogy milyen körülmények közt történt a rögzítésük:
feltehető a szőlőről, hogy bir annyi mikrotechnikai tudással, hogy nem
fog különböző rétegekben elhelyezett dűzsejteket egymással összehason-
lítani. Nincs rögzítő szerünk, a mely 0.5–1.0 mm.-nyire mélyebben
tökéletesen tudna rögzíteni. A szülő a sejteket mindig ceteris paribus
hasonlította össze egymással és mindig hangsúlyozta, hogy festés és
rögzítés, festhetőség és rögzíthetőség, festődés és rögzítődés három
különböző fogalom.

Igaz, hogy Bethe kísérleteivel szemben Carlsson más eredményekre
jutott, de kísérletei nem alkalmasak a bizonyításra, mert vizsgálatait
olyan anyagon végezte, a mely e célra nem alkalmas, míg Bethe kísér-
leteihez a pontoddellát használta; ennek az idegtörzse 10–15 cm. hosszú,
összehúzódva pedig $\frac{1}{3}$ -ára rövidül meg s így az ideghullám gyorsasága
rajta a különböző állapotokban könnyen vizsgálható. Igaz, hogy nem tud-
juk, hogy milyen természetű az idegáram, de mindenek szerint fel kell
tennünk, hogy olyan formált közegehez van kötve, a minők a neurofibrillumok,
s nem a hyaloplasmához. Nem állítja, hogy a neurofibrillumok vezető
szerepe a kétszer kettő négy biztosságával van bebizonyítva, de olyan
mértékben bebizonyítottak tekinthető, mint bármely más physiologiai
tétel. Lehet, hogy lesznek majd olyan felfedezések, a melyek nézeteinket
megváltoztatják, de azokkal az eszközökkel és ismeretekkel, a melyek-
kel ma rendelkezünk, a neurofibrillumot kell a vezető elemnek tartanunk.

Lenhossék Mihály: A saját tudományos hírneve érdekében szük-
ségesnek tartja kiemelni, hogy azt, hogy annak idején oppositót fejtett
ki a neurofibrillumok ellen, érdemül tudja be magának. Ez még abban
az időben volt, mikor még nem ismertük azokat a módszereket, a melyek-
kel a neurofibrillumokat valóban ki lehet mutatni. Szokás volt akkor
minden elmosódott csikolatosságra rámondani, hogy fibrilláris szerkezet.
Ez ellen a pongyolaság ellen foglalt a szülő más neves szerzőkkel együtt
teljes joggal állást. A mint oly módszerek birtokába jutottunk, a melyek-
kel a fibrillumokat csakugyan láthatóvá lehetett tenni, maga is meggyőző-
dött róla, hogy a neurofibrillumok léteznek s többé nem tagadta őket.

Apáthy István kiemeli, hogy a neurofibrillumokat már 1885-ben leírta
és le is rajzolta sokaknak hozzáférhető folyóiratban. Csakhogy a mit
magyar ember ír, addig nem érvényes, míg a német is meg nem írja.
Az elnök köszönetet mond az előadónak és az ülést berekeszti.

Közkórházi Orvostársulat.

(XIV. bemutató szakülés 1908 december 16.-án.)

Elnök: Weisz G. S. Jegyző: Körmöczy Emil.

Purpura haemorrhagica.

Róth Arnold: A 18 éves nő előadja, hogy gyakran szenved
orrvérzésben és néhány hónap előtt a szájából is többször folyt

a vére. Körülbelül 4 hét előtt néhány napi rosszullet után, a mely
fejfájással, a végtagok fájdalmasságával és lázzal járt, egész várat-
lanul mindkét alsó végtagján piros foltokat vett észre. Az erősen
anaemiás beteg mindkét alsó végtagján, de főleg a lábszárain,
lencsényi—fillérnyi, többnyire kerekded, barnás-kék vagy fekete vér-
ömlések, melyek sok helyütt összefolynak. A boka táján, a térd
és sipesont fölött a vérömlések haemorrhagiás hólyagok alakjában
emelkedtek ki, sőt a boralatti kötőszövet szétroncsolása folytán
vérrel telt üregek keletkeztek és a hám elhalása után fillérnyi és
koronányi nagyságú mély fekélyek képződtek. A fekélyek most
nagyobbrészt begyógyultak és most csak az utánuk megmaradt
hegek és a vérzések utáni festékesség láthatók.

Vagina et uterus duplex.

Róth Arnold: A 19 éves prostituáltban két külön méh és
két tökéletesen kifejlődött vagina van. Mindegyik vaginában látható
a portio; mindkettő blennorrhoeásan megbetegedett. A jobboldali
vagina tább és ezt használja cohabitációra, de néha a szűkebb
baloldalt is. A menstruatio havonként jelentkezik. Augusztus hóban
jobboldalt 3 havi graviditás, baloldalt pedig adnex-tumor volt ki-
mutatható. A menstruatio ekkor teljesen elmaradt. Egy hónap
mulva a beteg erős vérzéssel jelentkezett, a mikor is abortust
kellett rajta befejezni.

A középfülüregek teljes feltárása és a labyrinthusnak teljes kiirtása az összes fülüregek genyes gyuladása miatt.

Fleischmann László: A 21 éves nőbetegnek tíz év óta
volt baloldali fülfolyása, melyhez 3 hó előtt heves fülfájdalmasság,
majd féldoldali fejfájás, szédülés és láz társult, miért is szeptember
11.-én a Rókus-kórház fülosztályára vétette föl magát. Felvételtkor
hőmérséklete 38.2°, érverése 96. Otitis media purulenta chron.
lat. sin. Cholesteatoma, polypusok a dobüregben. A csecsnýjt-
ványon nincs elváltozás. Valamennyi ágra kiterjedő gyenge faciális-
hűdés, kisméretű spontán nystagmus jobbra, positiv Romberg, be-
hunyt szemekkel állandóan jobbra dől, járnival behunyt szemmel nem
tud. A szemfenék ép, a szem- és fejmozgások szabadok. A reflexek
normálisak. Gyakori szédülés, heves féldoldali fejfájás. Hallás a bal
fülön: Rinne negatív, a csontvezetés megrövidült, a Weber jobbra
lateralizálja. A spontán nystagmus sem hideg (20 C.°), sem meleg
(45°) vízzel kifecskendezésre nem változik.

A másnap eszközölt trepanatio alkalmával (gyökeres műtét) a
középfülüregeket kitöltő, részben már szétesett cholesteatomát talált,
mely a horizontális ívjáratot arrodálta, úgy hogy az üregének meg-
felelő szélességű nyílt csatornát alkotott, közvetlenül a canalis
facialis mellett. Az ívjáratot hátrafelé követve, a hátulsó függélyes,
majd a felső függélyes ívjáratot is megnyitotta és a pitvart úgy
az ívjáratok felől, mint a csiga felvétele által a dobüreg felől
hozzáférhetővé tette, vigyázva mindig a facialisra, melyet sikerült
megkímélni. A labyrinthus üreiből a genyes sarjakat kitisztítva,
úgy a középső, mint a hátulsó agygödör duráját átvizsgálta, de
sem punctióra, sem incisióra okot nem talált, majd Panse-féle
hangvezeték-plastikát végezve, a nagy üreget tamponálta.

Műtét után a labyrinthus-tünetek gyorsan visszafélődtek. A
facialis-bénulás teljesen megszűnt. A negyedik héten erysipelas
támadt, melyet azonban a beteg szintén kihevert és ettől kezdve
zavartalanul gyógyult tovább.

Végbéllelésés visszahelyezésekor támadt bélsérülés, körülírt hashártyagyulladás, idült bélelzáradás. Bélresectio után gyógyulás.

Herezel Manó: A 28 éves napszámosnának harmadfél év előtt
első szülésekor az erőlködéstől végbele erősen előesett. Azóta
minden erőltető székeléskor előesik a végbele. 1908 október hó
13.-án székelés közben legalább 20 cm. hosszú végbél-darab esett
elő, melyet csak orvosának sikerült hosszas fáradozás után, nagy
erőkifejtéssel visszahelyezni. Pár perczetel utána igen rosszul lett
(erős hasfájdalmak, hányás, magas láz, rázóhideg, meteorismus).

Ezen súlyos peritonitis-tünetek 5–6 napig tartottak, lassan
javultak, hasmenésszerű híg székelés beálltával a hőmérsék rendes
lett, a has kevésbé érzékeny, lelohadt. Megmaradtak azonban a
naponként többször ismétlődő igen fájdalmas bélgöresök, melyek
kórházba jöttekor főpanaszát tették.

Felvételkor a IV. hóban terhes betegnek hasa puffadt; a tárgult hasfalakon át naponta többször látható és érezhető a tárgult vékonybélkaesok merevedése; egy karvastagságú, nyilván vékonybélkaes, közvetlen a hólyag felett állandóan harántirányban vonul át a hasüregeben. Tekintettel a rectoromanoskopia negatív voltára, a vastagbél magasabb részeiben, vagy a vékonybél alsó részletében levő szűkültre tettük a diagnosist, mely mindenek szerint a repositio alkalmával történt traumának és az e miatt beállott peritonitisnek a következménye.

Hasmetszés 1908 november 5.-én aethernarcosisban a közép-vonalban. A vastagbél és a Bauhin-billentyű feletti $1\frac{1}{2}$ m.-nyi vékonybél összeesett, üres. Különbén a vékonybél erősen puffadt. Különösen az összeesett vékonybél feletti fekvő, karvastagságú, tárgult bélkaes, mely a rectum pars pelvinája felé hajol s a linea innominatából le a kismedenczébe futólag a vastagbéllal, a méhvel s a jobb petefészekkel kérgesen összeforrt. Felszabadítása rendkívül nehéz, mert a jelzett képletek között egy kb. 14 cm. hosszú, 7—8 cm. széles, genyes-savós váladékkal telt üreg foglal helyet, melynek vastag falzatai már sarjakkal bélelték, melyek az üreg boltozatát alkotó mesenterium-mal és vékonybéllal majdnem elválaszthatatlanul összeforrtak. A leválasztáskor a vékonybél a mesenterium tapadáshelyén szélesen beszakad s bélsár önti el a medenczét. E beszakadás s a mesenterialis erek sérülései a kiszabadítás alkalmával szükségessé teszik egy 27 cm. hosszú vékonybélrészlet resectióját s a hozzá tartozó mesenterium ékalakú kismetszését. Körkörös négysoros bélvarrat end to end, a tályog hátramaradt falzatának kikaparása s drainézése a bemetszett hátulsó boltozatban át. A vastagbél, a méh és a vakbél ép appendix-szel a hüvelyen át bevezetett steril tamponat teljesen fedti.

Tekintettel a peritoneális fertőzésre, a bevarrt hasfal alsó zugán át elülről is steril gazececsikot helyezünk a hasüregbe.

Lefolyás: Többszörös infusio és coffein adagolása után a beteg magához tért és pár napon át észlelt kisebb hőemelkedéstől eltekintve elég zavartalanul gyógyult. Csupán a bél átjárhatósága okozott öt napig nehézségeket, ekkor physostigminre és ricinusolajra bő székelés indult meg. A medenczebeli üreg erősen secerált, úgy, hogy öt nappal a műtét után a csíkokat üvegdrainnel cseréltük fel. Hatodnap az abdominális csíkot eltávolítottuk s a beteg ez időtől kezdve teljesen láztalan és méhgőresei sincsenek, noha a hüvelyen át naponta kezeljük a terhes méh mögötti Douglas-tályogot. Kilencednap reggel azonban hirtelen szülőfájdalmakat kap és spontán megszüli a magzatot, mire a hátulsó boltozatba vezetett drainet kihúzzuk, a boltozatot tamponálva a hüvelyt fertőtlenítjük s műszerrel az abortust teljesen befejezzük. Ámbár a Douglasba vezetett drainen át folyton ürül genyes-véres váladék, a lefolyás teljesen rendes, láztalan.

A Douglas-üreg azóta lassan teljesen kigranulált, úgy hogy a nő egy hónappal a műtét után teljesen gyógyultan hagyta el a kórházat. Újabb végbélelőesés most már azért sem fog beállni, mert a végbél összenövések folytán a medenczébe rögzítve van.

(Vége következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Az ichthyosis és a pajzsmirigy közötti összefüggésre hívta fel a figyelmet Vincent a párisi „Société médicale des hôpitaux” november 20.-án tartott ülésén. Két esetet látott, a melyben az egész testre kiterjedő ichthyosissal egyidőben a pajzsmirigy megduzzadása jelentkezett. Ezzel kapcsolatban Barth egy esetét említette, a melyben idült csúzzal kapcsolatban támadt az ichthyosis, a mely pajzsmirigy-képzőanyagok adására teljesen visszafejlődött.

PÁLYÁZATOK.

203/909. sz.

Üresedésben lévő bálványosváraljai, illetve dési **körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Ezen állás javadalmazása áll:

Evi 1600 korona törzsfizetés és ötvenként négyszeri 200—200 korona korpótlék, valamint a jóváhagyás alatt álló lakbér, utazási átalány és szabályrendeletileg megállapított látogatási díjakból.

Megjegyzem, hogy a székhely jelenleg Dész rendezett tanácsú város, de a körök és székhelyek rendezésével esetleg a székhely és a beosztott községek változás alá eshetnek.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám **1909. évi március hó 1.-éig** adják be.

Dész, 1909. évi február hó 2.-án.

Gajzágó Vilmos, főszolgabíró.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár pályázatot hirdet a következő **kerületi kezelőorvosi állásokra**:

1. Budapest, VIII. kerület azon részén, melyet a Rákóczi-út, Muzeum-körút, Főherceg Sándor-utca és Vas-utca határol, évi 1200 korona fizetéssel.
2. Budafok—Nagytétényen évi 1500 korona fizetéssel és 300 korona működési pótlékkal.

Fenti állásokra a pályázati kérvények oklevélmásolattal s egyéb képesítést tanúsító bizonyítványokkal felszerelve **f. évi február hó 25.-éig** adandók be fenti pénztár főorvosi hivatalához címelve (VII., Damjanich-utca 36. II. 2.), a hol az állásokra vonatkozó bővebb felvilágosítás is nyerhető (hétköznapiokon délelőtt 10—12). Az állások f. évi március hó folyamán foglalandók el.

Budapest, 1909. évi február hó 3.-án.

Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár.

405/1909. v. sz.

Torontál vármegye törökkanizsai járásához tartozó tiszaszentmiklósi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek. A kör székhelye Tiszaszentmiklós, melyhez csupán a 6 km.-re fekvő Jázova község tartozik.

Ezen állással 1600 korona kezdő évi fizetés s az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. szerint a törvényhatóság által megállapítandó lakpénz s látogatási díjak élvezete van egybekötve.

Ezenfelül a községek, nevezetesen Tiszaszentmiklós 300 korona és Jázova 138 korona helyi pótlékot szavazott meg s így összesen 438 koronával emelkedik a javadalmazás. Ezen összeg a törvényhatósági bizottságtól feltételezetten havonta fog visszamenőleg kiutaltatni.

Megjegyzem, miszerint a népes magyar, német és szerb nyelvű lakosságból álló körben tekintélyes mellékjövdelemre számíthat. Tiszaszentmiklóson gyógyszerár van s a község vasút mentén fekszik.

Felhívom azon orvosdoktorokat, kik ezen állásra pályázni óhajtanak, hogy törvényes minősítésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okiratokkal felszerelt kérvényeiket hozzám **1909. évi március hó 1.-éig** adják be.

Törökkanizsa, 1909. évi február hó 1.-én.

A tb. főszolgabíró.

347/1909. kig. sz.

Az 1600 korona fizetéssel, 400 korona lakásbérrel és 600 korona úti átalánnyal rendszeresített **gavosdiai körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

A kör Gavosdia, Lugoshely, Zsena, Kricsova, Cserestemes, Szendelak, Magur, Tápiá, Harnadia, Zsidóvár, Zgribest, Kiszorlencz, Szilváshely, Gyulátelep és Csukás községből áll. A községek egymáshoz igen közel fekszenek, egy részük vasúton bontozható, maga Gavosdia pedig forgalmas vasúti állomáshely. A községek összes lélekszáma 12,000 s a körhöz több magyar uradalom tartozik.

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

Előterjesztés tételét az iránt is, hogy a mindenkor gavosdiai körorvos a vasúti pályatorvosi teendőikkel is megbízzassék.

Megjegyzem, hogy a törvényhatósági bizottságnak a kör kibebítése iránti határozata ez idő szerint belügyministeri jóváhagyás alatt áll s a határozat jóváhagyása esetén a kör csak 8 községből fogna állani.

A pályázati kérvények, melyekben pályázók az 1876. évi XVI. t.-cz. 143. §-ában, illetőleg az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt minősítésüket s eddigi működésüket igazolni kötelesek, **f. évi március hó 20.-áig** nyújtandók be. A választást Gavosdia községében f. évi április hó 6.-án délelőtt 10 órakor fogom megtartani.

Szákul, 1909. évi január hó 4.-én.

2—1

Biró Béla s. k., főszolgabíró.

115/909. kórh. sz.

Kisküküllő vármegye közpórháza elmebeteg-osztályához nyugdíj jogosultsággal egybekötött **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Javadalmazás: 2000 korona kezdő törzsfizetés, a kórházi épületben adandó fűtéssel, világitással ellátott egyszobás lakás és I.-s osztály élelmezés.

A mennyiben kinevezett orvos családos, a kórházi élelmezés s a jelenlegi szabad lakás megváltása fejében 400 korona tápdíj, 180 korona fűtési, világitási átalány és 420 korona lakáspénz illeti.

Tervbe vett rendszeres orvosi lakás felépítése után másodorvos abban lakni köteles. Magánykorlat folytatása meg van engedve, a mennyiben ez a kórházi szolgálattal összefér.

Felhívom tehát mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az az 1883. évi I.-cz. 9. §-ának 2. bekezdésében előírt képesítésüket igazoló és eddigi szolgálataikról tanuskodó bizonyítványokkal felszerelt folyamodványaikat a vármegyei ügyviteli szabályzat 4. §-ában előírt módon hozzám legkésőbb **1909. évi március hó 1.-éig** annival is inkább nyújtsák be, mivel később érkezendő folyamodványok nem fognak tekintetbe vétetni.

Dicsőszentmárton, 1909. évi január hó 30.-án.

2—1

Szőcs Mózes dr., kórházi igazgató.

6587/908. sz.

Bács-Bodrog vármegye újvidéki járásában, Tiszaistvánfalva községben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Javadalom: évi 1600 korona készpénzfizetés, a vármegyei törvényhatósági bizottság által megállapított lakáspénz, látogatási, rendelési, műteti és távollásági

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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 Ilyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Vas Bernát: Közlés a Poliklinika laboratóriumából. Anyageserevizsgálatok Röntgen-sugárral kezelt leukaemiásokon. 129. lap.

Wein Manó: A Marimerek-féle gümőkórellenes serummal tett tapasztalataim. 131. l.

Pólya Jenő: A modern rákgyógyítás módjai és eredményei. 134. lap.

Grósz Emil: A specialista-kérdés. 137. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Georg Merzbach: Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. — Lapszemle. Gyógyszer-tan. Magnus: A sennalevél-forrázat és a ricinus-olaj hatása a bélmozgásra. — Zannini: Pharmakomania. —

Belorvostan. Plehn: A hevény izületi csúsz kezelése. — Sebészet. Küttner: A nyomáskülönbségi eljárás. — Gottstein: Az idült cardiospasmus gyógykezelése. — H. T. Gray: A Meckel-gurdély invaginációja. — Szülészet és nőorvostan. Czempin: A klímakterium kór- és gyógytana. — Venereds bántalmak. Scherber: A syphilis abortív kezelése. — Fülörvostan. Gradenigo: A nervus abducens hűdése otitis mellett. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Müller: Extrac-tum digitalis depuratum. — Eulenbury: Sabromin. 137—141. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 141. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 141. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 142—147. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a Poliklinika laboratóriumából.

Anyageserevizsgálatok Röntgen-sugárral kezelt leukaemiásokon.

Irtta: Vas Bernát dr., egyetemi magántanár, a poliklinikai laboratórium vezetője.

Az eddigi tapasztalatok szerint bizonyos, hogy a Röntgen-sugár a leukaemiás folyamatot kedvezően tudja befolyásolni. A fehérvérsejtek számának csökkenése, a megnagyobbodott lépnek, májnak, valamint a nyirokmirigyeknek kisebbedése, e mellett az erőbeli állapotnak javulása, a testsúlynak gyarapodása szembeötlő tünetei ezen kedvező hatásnak, mely a régebbi nézettől eltérőleg nemcsak a leukaemia myelogen, hanem lymphogen alakjaiban is érvényesül.

A kezelés abbahagyásával azonban, sajnos, a javulás csakhamar megszűnik, recidiva áll be, mely újabb kezelésre javulhat ugyan, legtöbbször azonban a folyamat továbbterjedését nehezen, vagy pedig egyáltalában nem lehet feltartóztatni. Ez különösen a vérésegeny lymphogen esetekben mutatkozik gyakrabban. Decastello és Kienböck¹ az irodalomból gyűjtött és saját eseteik alapján állítják, hogy míg a myelogen esetek 90%-ában mutatkozott javulás, addig a lymphogen esetek 30%-ában a kezelés sikertelen maradt.

Biztosan gyógyult esetet az irodalom eddig nem ismer. Még az sincs határozottan megállapítva, hogy a kezeléssel mennyivel lehet a leukaemiások élettartamát meghosszabbítani. A statisztikai adatok erről nem adnak kellő felvilágosítást. A szerzők egy része különben nem is ezen körülményben, hanem az egész kórfolyamatra nyilvánuló kedvező hatásban, különösen a cachexiás szak meg-rövidülésében látja a Röntgen-kezelés igazi értékét. Nálunk legutóbb Elischer és Engel közölt idevágó tapasztalatokat.

¹ Decastello és Kienböck: Die Radiotherapie der Leukaemia. Fortschr. auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, 1907.

Nem csak az elmélet, hanem az észszerű gyógykezelés szempontjából is kiválóan nagy gyakorlati értéke van azon kérdésnek, hogy a Röntgen-sugár ezen immár kétségtelenül bebizonyított hatásának lényege miben keresendő. A fehérvérsejtek számbeli csökkenését előidéző ok bír e tekintetben a legnagyobb jelentőséggel, nevezetesen, vajjon ez a feltűnő jelenség a sejtek fokozott széteséséből, vagy képződésüknek csökkent voltából, avagy mindkét körülményből együttesen magyarázható-e.

A vizsgálatok ennek kiderítésére széles mederben folynak, de a kérdést teljesen tisztázni eddig még nem tudták.

A vérnek histológiai és biológiai vizsgálatán kívül állatkísérletek és embereken végzett anyageserevizsgálatok szolgálhatnak ennek kiderítésére és a kutatók nagy száma ezen módszerek mind-egyikét már eddig is kiterjedten vette igénybe.

Az oki összefüggés, mely a sejtek nucleintartalma és a vizeletben foglalt purintestek (húgysav, purin-basisok), valamint a phosphor-sav között fennforog, érthetővé teszi, hogy az elég tekintélyes számban végzett vizsgálatok majdnem mind első sorban ezen anyagok kiválasztási viszonyainak meghatározására irányultak. E mellett valamivel kisebb számban végezték az összes nitrogen és az ammoniak meghatározását.

Nem lehet tagadni, hogy ily anyageserevizsgálatok leginkább látszanak alkalmasnak arra, hogy a Röntgen-sugárnak a fehérvérsejtekre gyakorolt hatásáról felvilágosítást nyújtsanak. Némi megfontolással feltehető ugyanis, hogy a mennyiben a fehérvérsejtek számbeli csökkenése csak a fokozott szétesés eredménye, ennek hatása a húgysav állandóan fokozott kiválasztásában fog mutatkozni, viszont, ha az csak a fehérvérsejtek csökkent képződésének eredménye, a húgysavnak a számbeli kevesbedéssel párhuzamosan kevesbednie, majd pedig normális értékeket kell feltüntetnie. Ha pedig mindkét körülmény fennforog, tudniillik fokozott sejtszétesés és csökkent sejtképződés, úgy ez kifejezést talál a húgysavnak előbb fokozott, majd egyre csökkenő kiválasztásában. A mint látni fogjuk, ezen okoskodás helyességét a vizsgálatok csak részben igazolták, és egyöntetű eredmények még nem voltak elérhetők.

Aránylag csekély számúak azok a vizsgálatok, melyek a Röntgen-sugárnak azon hatásával foglalkoznak, melyet az egészséges szervezetre gyakorol. Ennek ismerete pedig szükséges ahhoz, hogy a Röntgen-fénynek a leukaemiás szervezetre kifejtett hatását kellőképpen elemezhesük.

Vizsgálataim folyamán magam is iparkodtam a Röntgen-sugárnak az egészséges szervezetre gyakorolt hatásáról meggyőződni. Ezen kísérletek, melyeknek részletezésére e helyen nem terjeszkedem ki, két, teljesen purinmentes kosztot tartott egyénre vonatkoztak. A besugárzás az egyik esetben 60, a másikban 120 percig tartott (négy napon keresztül naponként 15, illetve 30 perc). Eredményeim szerint a nitrogen kiválasztásában vagy egyáltalán nem mutatkozott változás, vagy csak egészen jelentéktelen emelkedés (napi átlagban 0.111 gm.), melyet a Röntgen-sugár hatásának tulajdonítani alig lehet. A húgysavkiválasztás az egyik esetben változatlan maradt, a másikban napi átlagban 0.018 grammal emelkedett. Ezen emelkedés a besugárzás abbahagyásával még fokozódott, még pedig három nap alatt 0.066 napi átlagos értékkel. Ezen eredmények körülbelül megegyeznek Bloch-nak szintén 120 percnyi besugárzás után talált értékeivel. De jóval mögötte maradnak Linser és Sick eredményeinek, a mit nyilván annak lehet tulajdonítani, hogy ezen kísérletezők szokatlanul intenzív besugárzást alkalmaztak. Ellentétben Benjamin és Reuss észleleteivel, saját vizsgálataimban a phosphorsavnak szaporodását inkább a bélsárban mint a vizeletben találtam, így az egyik esetben a kiválasztás a vizeletben 0.05 gramm napi átlagos értékkel, a bélsárban pedig 0.6 grammal szaporodott.

Számosabbak azok a vizsgálatok, melyek a Röntgen-sugárnak a leukaemiások anyagcseréjére gyakorolt hatásának tanulmányozását előzzák. Közöttük azonban tulajdonképp kevés az olyan, mely teljesen megüti az ily vizsgálatoktól megkívánt mértéket.¹

Ha a hozzáférhető irodalomból a Röntgen-sugár hatására vonatkozó adatokat értékesíteni akarjuk, tekintetbe kell vennünk, hogy egy részük az alkalmazott methodika különbözősége miatt helyes következtetésekre nem alkalmas. De még az egyöntetű eljárásokkal nyert eredmények is gyakran oly ellentmondók, hogy helyes értelmezésük igen nehézvé válik. Ennek pedig több oka lehet. Mindenekelőtt bizonyos, hogy a Röntgen-sugár hatása módosulni fog a betegség tartama, a kórfolyamat súlyossága, a különböző betegségek szakokban előtérbe jutó tünetek, úgyszintén a vérséjtképző központok különböző reaktívessége szerint és ennek megfelelőleg meglehetősen tág határok között ingadozó, de mindenkör a kórfolyamat természetét által feltételezett quantitativ, esetleg qualitativ elváltozásokat is fog a betegek anyagcseréjében előidézni. Könnyen érthető, hogy ezen eredmények még további lényeges változást szenvedhetnek a kezelés különböző módja (primitiv vagy expeditiv), az alkalmazott csövek különböző keménysége, a készülék minősége s még számos, a kezelés közben felmerülő tényező szerint.

Mindezen körülmények érthetővé teszik, hogy a Röntgen-sugárnak az anyagcserére gyakorolt hatásáról csak minél számosabb, a különböző szóba jöhető eshetőségek tekintetbevételével nyert vizsgálati eredmény egybevetéséből lehetséges tiszta képet alkotni és ehhez szolgáltatni néhány adatot saját vizsgálataim is.

Az 1907. és 1908. év folyamán a poliklinika kórházában kezelt két leukaemiás betegen nyílt alkalmam a Röntgen-sugárnak ezen betegek anyagcseréjére gyakorolt hatásának megállapítására szolgáló vizsgálatokat végezhetni, melyek azon vitás kérdéssről is nyújthattak esetleg felvilágosítást, hogy ezen hatás a leukaemia myelogen és lymphogen alakjában azonos-e vagy különböző módon nyilvánul.

Vizsgálataim a következő esetekre vonatkoznak.

1. Leukaemia lymphatica.

P. Gy. 53 éves zenész, felvétetett 1907 február 22.-én. Baja körülbelül 2 év előtt kezdődött, midőn nyakának két oldalán, majd a hónaljokban daganatok támadtak, melyek kezelésre elmúltak, később ismét jelentkeztek. Hasonló daganatok egy idő múlva a lágyékhajlatban is, keletkeztek. Ugyanakkor hasa is nőni kezdett; noha jó étvágya volt.

¹ Lásd az irodalmat Lossen dolgozatában: Die biologischen Wirkungen der Röntgen-strahlen. Wiener Klinik, 1907.

erőbeli állapota fogyott, a miért is a poliklinika kórházába vettette fel magát, a hol Terray tanár róla a következő jelen állapotot vette fel:

A magasabb termetű, elég jól fejlett és táplált beteg bőrszíne halavány, egyes helyeken lefolyt furunculosis hegei láthatók. A nyak duzzadt, a sternocleidomastoideus mindkét oldalán részben különálló, részben egymással összefolyó mirigyek tapinthatók. A kulescsont lefolyása mellett is érezhető mirigycsomó. Mindkét hónaljában körülbelül két férfikölyvi mirigyek vannak, melyek egymástól különválva tapinthatók. A baloldali mirigycsomó valamivel nagyobb, mint a jobboldali.

A has meglehetősen elődomborodó, a jobb bordaív alatt a mérsékelt megnagyobbodott máj érezhető. A bal bordaív alatt a jelentéktelen megnagyobbodott lép tapintható, melynek alsó határa a kis medencében vész el, előre a középvonalban a köldökig ér. A has nem érzékeny. Mindkét lágyékhajlatban mirigypamátok érezhetők.

A májtompulat a bordaív körülbelül két harántujnyira meghaladja; a léptompulat jobboldali fekvésben a IX. borda alsó szélén kezdődik és előre a középvonalon túl 1 cm.-nyire folytatódik, lefelé a Ponpart-szalagig követhető.

A betegen, kinek időnként hasmenése van, forróság nem észlelhető.

A vizeletben fehérje nyomokban mutatható ki. Vesealakelemek nem találtak. A testsúly felvételtkor 65.2 kgm. A vér vizsgálata alkalmával 1 mm³-ben volt:

2.425.000 vörösvérsejt
108.000 fehérvérsejt

Az utóbbiaknak egymáshoz való aránya a triaciddal és Jenner szerint festett készítményekben következő:

nagyobb lymphocyták	86 %
polynucleáris neutrophil leukocyta	7.3 %
eosinophil	0.4 %
mononucleáris leukocyta	4.5 %

Látható azonkívül néhány apró lymphocyták és magtartalmú vörösvérsejt. Myelocyták nem volt felismerhető.

A haemoglobintartalom Gowers szerint 45%. A besugárzás, melyet Karácsonyi dr. a poliklinika Röntgen-intézetében volt szíves végezni, márczius 7.-én kezdődött és rövid megszakításokkal május 27.-éig tartott. Az expositiók száma 50 volt, az egyes besugárzások tartama 7—12 perc között váltakozott, az összes besugárzási idő 509 perc volt. A besugárzás 30 cm. távolságban közepkemény csövekkel leggyakrabban a lépét, azonkívül felváltva a megnagyobbodott mirigyeket érte.

A közérzésnek tetemes javulása és a testsúlynak mérsékelt növekedése közben a kezelés második hetében a besugárzásnak hatása már objective is kimutatható volt úgy a vérnek, mint a lépnek és a mirigyeknek vizsgálata alkalmával.

A vörösvérsejtek száma növekedett, a fehérvérsejteké pedig kisebb ingadozások közben lassú, de folytonos csökkenést mutatott. Erről a következő feljegyzések tanuskodnak:

A fehérvérsejtek száma volt: márczius 9.-én 110.000, márczius 15.-én 94.000, márczius 18.-án 88.000, márczius 25.-én 76.300, április 4.-én 100.200, április 15.-én 54.000, április 25.-én 47.000, április 30.-án, a mikor a kórházat elhagyta 36.100.

Ezen kedvező vérelettel a mirigyeknek, lépnek, májnak kisebbdedése nem tartott mindig lépést, a mennyiben aránylag rövid ideig tartó kisebbedés után újabb növekedésük volt észlelhető, mely azonban a tovább folytatott kezelés közben ismét engedett. A kisebbedés nem volt nagyfokú, de objective úgy a mirigyeken, mint a májon, különösen pedig a lépén meg lehetett állapítani.

Midőn a beteg hét heti kezelés után a kórházat elhagyta, testsúlya 1.2 kgm.-mal nagyobb volt. Közérzete és erőbeli állapota határozottan javult, arczszíne nem volt többé oly halavány fakó színű. A vérelet változása csak quantitativnak bizonyult, a fehérvérsejtek egymáshoz való viszonya a leukaemia lymphatica képét továbbra is felismerni engedte. A vörösvérsejteknek csak csekély számbeli szaporodása volt észlelhető (2.850.000), a haemoglobintartalom pedig csak igen keveset változott, 47% (felvételtkor 45%).

Miután a kórházat elhagyta, még három hétig ambulanter kezeltette magát, azonban a javulás további haladást ezen időben már nem mutatott.

Betegünk javulása általában csak igen rövid tartamú volt. Június havában, körülbelül hat héttel azután, hogy a kórházat elhagyta, újból jelentkezett. Arcza akkor feltűnő halavány volt, a mirigyek és a lép ismét az előbbi nagyságot mutatták, sőt a lép tompulata még nagyobb volt, mint első felvétele alkalmával. A vörösvérsejtek 128.000 fehérvérsejt és 2.600.000 vörösvérsejt és 47% haemoglobintartalmat derített ki. E mellett csillapíthatatlan hasmenés állott fenn; gyengesége oly mérvet öltött, hogy támasz nélkül már alig tudott járni.

A betegnek külső körülményei nem engedték, hogy a kórházban maradjon, e miatt az újabb Röntgen-kezeléstől el kellett állanunk. További sorsáról nincs ugyan közvetlen tudomásunk, alig lehet azonban kétséges, hogy állapota rövid időn belül válságosra fordult.

Az irodalomban csak igen gyér számban találhatók besugárzott lymphogen leukaemiásokon végzett anyagcserevizsgálatokra vonatkozó adatok. Mindössze Rosenstern, Joachim és Kurpjuweit, Rosenbaum, Linser és Sick közöltek ily vizsgálatokat, de ezek

között csak az utóbbiak végeztek kiterjedt kísérleteket. Az eredmények is általában véve feltűnő ellentmondásokat tüntetnek fel s ezen körülmény talán némi értéket kölcsönöz saját vizsgálatainknak, noha azok külső körülmények folytán csak az *összes nitrogénnek* és a *húgsavnak* meghatározására szorítkoztak.

A *nitrogen* Kjeldahl szerint a 24 óráig gyűjtött vizeletben naponként, a bélsárban pedig 3—7 napos cyclusokban határoztam meg. A húgsav quantitativ vizsgálatára a *Folin* és *Schafer* által módosított *Hopkins*-féle eljárás szolgált, mely általában véve jó eredményeket adott, kivéve oly esetekben, midőn a nagyobb mennyiségben kicsapódott szabad húgsav bő üledéket alkotott. Azonban ezen jelenség, mely az értéket jelentékenyen módosítani tudja, csak a kísérlet elején fordult elő, később alkáliás vizek ivása közben majdnem teljesen eltűnt.

A beteg tipláléka a kísérlet egész tartama alatt egyforma mennyiségekből állott és 24 órában a következő összetételű volt:

1500 gm. tej	nitrogéntartalma 9.83 gm.
100 „ hús	3.80 „
3 darab tojás	2.73 „
200 gm. burgonya-püré	0.62 „
3 darab zsemlye	0.51 „
N összesen	17.49 gm.

Ezen meglehetősen purinszegény táplálék a beteg étvágyát teljesen kielégítette és caloria-mennyiségére nézve is megfelelt a nagyobbbrészt ágyban fekvő beteg szükségletének.

Vizsgálati eredményeimből¹ kitűnik, hogy a *húgsav* mennyisége a Röntgen-kezelés előtt körülbelül a *Gumprecht*, *Steyskal* és *Erben* által lymphogen leukaemiában talált értékeknek felső határán mozgott.

A Röntgen-kezelés alatt már az első hét végén észlelhető a húgsavnak szaporodása (1.293), mely esékélyebb ingadozások közben a harmadik hét elején éri el maximumát (1.5 gm.), ezen idő után, leszámítva néhány jelentéktelen süllyedést, ebben a magaságban egy ideig megmarad, az 5—6. héten azonban fokozatosan csökkenni kezd, sőt a kísérlet előtti értékeknél is alacsonyabbra süllyed (0.625 gm.).

Noha a húgsavkiválasztás nagysága és a fehérvérsejtek száma között határozott párvonalosság nem ismerhető fel, a kettő között fennforgó összefüggés kifejezést talál azon, a kísérlet folyamán megállapítható körülményben, hogy a fehérvérsejtek számbeli csökkenése idejében a húgsavkiválasztás eleinte emelkedik, később, midőn a vérsejtek száma bizonyos alsó fokot elért, a normális értékhez közeledik, sőt az alá is esik. Ezen jelenség az elméleti értelmezés szerint megfelelne azon időpontnak, melyben a vérsejtképző központok, nyilván a Röntgen-sugárnak befolyása folytán, a vérsejtek termelésében korlátoztatván, a nuclein-anyagok anyagszeréje a sejtekben és szövetekben alászáll és ennek következményeképpen a kiválasztott húgsav is kevesedik.

Feltűnő esetünkben, hogy a fehérvérsejtek számbeli csökkenése már aránylag rövid idő múlva következett be; ezen jelenség a lymphocytáknak a Röntgen-fénnyel szemben mutatkozó csökkent ellentállóképességére látszik utalni, mire nézve *Heinecke* állatkísérleteivel is szolgáltatott bizonyító adatokat.

Azt a körülményt, hogy a Röntgen-kezelés folyamán a húgsav kiválasztása csökkent, sőt normálissá vált, a kedvező kórjóslás szempontjából felhasználni alig lehet. Ezt esetünkben a Röntgen-kezelés abbahagyása után igen gyorsan beállott súlyos recidiva is igazolta. E tekintetben észszerűbbnek látjuk *Decastello* és *Kienböck* álláspontjára helyezkedni, melyen igen beható vizsgálatai alapján *Elfer* is áll, hogy a húgsav kiválasztási viszonyainál fontosabb a prognózis szempontjából a haemoglobinnak és a vörösvérsejteknek viselkedése, nemkülönbön általánosságban a klinikai kórkép. A hol, mint esetünkben is, a lépnek és mirigyeknek esékélyebb, a fehérvérsejtek számbeli viszonyainak pedig jelentékenyebb javulása ellenére a vörösvérsejtek száma emelkedést nem mutat, a haemoglobintartalom pedig alacsony értékű, ott a proliferációs folyamatnak intenzitása továbbra is fennáll és a hosszabb ideig folytatott Röntgen-kezelés sem akadályozhatja meg a recidivának gyors kifejlődését.

² A részletes adatok a „Poliklinikai jubileumi dolgozatok”-ban találhatók.

Az anaemia foka tehát első sorban döntő a kórjóslás elbírálásakor és ez különösen áll a leukaemia lymphogen eseteire, melyekben a súlyos anaemia szokott a Röntgen-kezelés oly gyakran észlelhető sikertelenségének oka lenni.

A *nitrogen* anyagszeréje a kezelés előtti időben és a kezelés alatti időszak első két hetében negatív mérleget mutat, azután pedig pozitív lesz (7 nap alatt 7.63 gramm nitrogen-retentio). A kezelés első időszakában mutatkozó fokozott nitrogen-kiválasztásra vonatkozólag valószínűséggel felvehető, hogy abban a Röntgen-fény esékély fehérvérsejt hatása mellett a nuclein-anyagok élénkebb anyagszeréjének is van része. Később az általános állapot javulása ellensúlyozza e két negatív irányban ható tényezőt s a mérleg pozitív lesz.

Röviden összefoglalva, esetünkben a húgsav kiválasztására vonatkozó eredményeket, ép úgy, mint *Königer*, *Lossen* és *Morawitz*, *Rosenstern* s mások felveszik, a Röntgen-sugárnak egyrészt a keringő vérben és a lépben felhalmozódott fehérvérsejtekre gyakorolt szétbontó, másrészt a vérsejtképző centrumokra kifejtett sejtermelést gátló hatásából lehet magyarázni. *Heinecke* állatkísérletei alapján a hatás lényegét a haemopétikus szervekre gyakorolt befolyásban, illetve az általa feltételezett fehérvérsejtermelés csökkenésében látja, míg *Linser* és *Helber* szerint a Röntgen-sugár elsődlegesen a keringő vér fehérvérsejtjeit támadja meg, a széteső sejtekből leukotoxinok, illetőleg leukolysisszes anyagok keletkeznek, melyek másodlagosan a vérsejtképző központokra hatnak.

A leukotoxinok jelenlétét több szerző, különösen *Klieneberger* és *Zeppritz*, *Kienböck* és *Decastello*, tagadja, míg *Linser* és *Sick*¹ újabb vizsgálataik alapján fenntartják azt a véleményüket, hogy a széteső fehérvérsejtekből leukotoxikus anyagok képződnek, de régebbi nézetüket akképen módosítják, hogy a Röntgen-sugár hatása valamennyi fehérvérsejtre úgy a keringő vérben, mint a sejtképző központokban egyaránt érvényesül. Ez a felvétel a szerzők szerint beigazolást talál a haematologiai, chemiai és histologiai vizsgálatok eredményeiben.

A leukotoxinok jelenléte a vérben érthetővé tenné a Röntgen-sugárnak hatását oly szövetekre, melyek a besugárzásnak közvetlenül ki sem voltak téve. A távolhatás értelmezésére *Grawitz*² az eddigi magyarázatokat nem tartja kielégítőnek, hanem legújában egy úgynevezett szabályozó vagy plastikus agenszt vesz fel, mely a Röntgen-sugár behatására képződnek és az összes korlátlanul burjánzó fehérvérsejtközpontokra mint elleninger hatna. A chemiai anyagok közül szerinte a cholin jöhetne szóba, mely *Werner* vizsgálatai szerint a Röntgen-sugár behatása folytán a lecithinből lehasad és melynek jelenlétét a vérben *Benjamin* és *Reus* állatkísérleteikben is megállapították. Vajjon ezen anyagok közül melyek szerepelnek valóban a távolhatás kifejtésében, azt az eddigi vizsgálatok alapján biztossággal eldönteni még nem lehet és erre nézve természetesen legkevésbé vizsgálataink sem szolgáltathattak elegendő támpontokat.

(Folytatása következik.)

A Marmorek-féle gümőkórellenes serummal tett tapasztalataim.

Irta: *Wein Manó* dr., egyetemi magántanár, a budapesti kerületi munkásbiztosító pénztár ambulatoriuma II. sebészeti rendelésének vezető sebésze.

(Folytatás.)

Igen messze vezetne, ha összes kórtörténeteimet nyilvánosságra hoznám. Az ujság kerete ezt meg nem engedi. Túlságosan, a rendelkezésre álló helynek megfelelően rövidítve a naplók nem oly tanulságosak, mint a mily tanulságos egy jól szerkesztett táblázat, a mely a fontosabb viszonylatokat áttekinthetően adja.

Egy ilyen táblázatot törekedtem szerkeszteni, a mely a naplók megfelelő adatait 1908 október 4.-éig csoportosítja.

¹ *Linser* és *Sick*: Über das Verhalten der Harnsäure etc. Deutsch. Arch. f. klin. Medizin, 1907. 89. k.

² *Grawitz*: Das Wesen des leukaemisch. Krankheitsprocesses etc. Berliner klin. Wochenschrift, 1908. 24. sz.

Folyó szám	Kor.	Nem		Örök- lötten terhelt	Gümőkóros megbetegedések										A gyógyítás tartama napokban	Hány adag M.-ot kapott	Hány köbcentiméter M.-ot kapott	Eredmény		A gyógyi- tást		Műtét												
		fi	nő		a melyek a gyógyítás kezdetekor érzélhe- tők voltak					a melyek a gyógyítás folyamán váltak érzé- kelhetőkké								gyógyult	javult	meghalt	befejeztem	folytatom	megszakítottak	nem végeztetett	kikaparás, mirigykiirtás, a beteg szövetek kiirtása	punctio, feltárás	arthrectomia	resectio	csontgőz-excochleatio					
					a bőrön	a mirigyekben	a csontokban és izüle- tekben	a gégében	a tüdőben	más szervekben	a bőrön	a mirigyekben	a csontokban és izüle- tekben	a gégében																a tüdőben	más szervekben			
1	26	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	215	51	260	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
2	16	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	201	67	335	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	
3	32	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	291	83	415	—	1	—	—	1	1	3	—	—	—	—	—	—	
4	19	—	1	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	53	20	100	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	2	—	
5	15	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	627	148	740	1	—	—	—	—	2	2	—	—	1	—	—	—	
6	32	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	83	32	190	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	
7	48	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	265	83	415	—	1	—	—	1	—	—	—	—	3	—	2	—	
8	2 1/2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	145	38	190	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	2	—	
9	21	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	260	99	495	1	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—	2	—	
10	21	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	259	82	410	—	1	—	—	1	—	—	—	—	8	2	2	—	
11	39	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27	16	80	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	
12	18	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	28	21	135	—	—	—	—	—	1	—	—	10	—	—	—	—	
13	33	1	—	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	50	24	175	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	
14	12	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	227	29	145	—	1	—	—	1	—	—	—	4	—	1	2	—	
15	52	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	46	12	60	—	1	—	—	—	1	—	—	3	—	—	2	—	
16	11	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	221	100	500	1	—	—	—	1	—	—	—	2	—	1	—	—	
17	13	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	220	61	305	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
18	26	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	220	80	450	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
19	28	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	32	12	80	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
20	32	—	1	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	92	36	180	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	
21	3	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	45	8	40	—	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	
22	15	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	204	108	585	—	1	—	—	1	—	—	—	2	—	1	—	1	
23	23	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	209	122	615	—	1	—	—	1	—	—	—	3	1	—	1	—	
24	26	1	—	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	211	44	240	1	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	
25	3 1/2	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	213	56	280	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—
26	14	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	204	68	340	—	1	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	
27	18	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	6	30	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
28	8	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	205	67	375	—	1	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	
29	25	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	23	12	60	1	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	
30	23	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	190	97	485	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	
31	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	69	33	165	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—
32	45	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	97	46	230	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
33	4	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
34	21	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	7	35	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
35	16	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	335	154	805	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
36	11 1/4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	117	21	105	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	
37	3 1/2	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	178	46	230	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—
38	2 1/2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	47	9	45	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
40	35	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	160	84	420	—	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—
41	2	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	160	26	130	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
42	2 1/4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	10	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
45	15	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	5	25	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
46	13	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	155	68	340	—	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—
47	27	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—</																							

ad 4. Scrophuloderma a bal lábfejen; egyes nyaki, a jobb hónalj, a jobb sulcus pectoralisban, a jobb mellmirigy alatt fekvő mirigyeknek szétesése, a jobb emlőmirigy megbetegedése; phthisis; caries a jobb kisujj II. phalanxán. A bőr és a mirigyek laesiói majdnem teljesen meggyógyultak; a tüdőállapot javult; az ujjaesio két operatio daczára változatlan. A jobb emlőmirigyben támadt változás visszafelődött. Munkaképesen elutazott. (A 3. adagra a jobb emlőmirigyben.)

ad 5. Súlyos csont- és ízületi gümőkórja a jobb könyökizületnek. Enyhe tüdőmegbetegedés. Előbb arthrectomiák, majd teljes resectio. Végül egyes részeket kikaparása.

ad 6. Mindkét alkaron óriási scrophuloderma; a bal ulnának a kéztőizületre is áttérő cariese; a jobb térdizület súlyos megbetegedése; phthisis. Arthrectomia, beteg szövetek kiirtása (egy ülésben); 2 punctio (térdizület). A térd kivételével a külső laesiók meggyógyultak; a tüdőbeli állapot objective is javult. Degeneratio amyloidea.

ad 7. A jobb III. és a bal II. metacarpus cariese. Tabes dorsalis. Laesiói egyszer-excochleáltattak, majd a metacarpus és a metacarpo-phalangeális izületek resectiója. Majdnem teljesen gyógyult, dolgozik. (A második adag után egy borda szegycsonti izületében; a 83. adagra a bal czombon.)

ad 8. Mindkét kéz több ujjának genyedő spina ventosája.

ad 9. Mindkét könyökizületnek gümös elpusztulása, az alsó állkapocs cariese, scrophuloderma az arczon. Sipolykiirtások, arthrectomiák, majd mindkét könyök resectiója.

ad 10. Számtalan nyakmirigy súlyos megbetegedése és szétesése, scrophulodermák, bordacaries, gégefekély. A tüdők súlyos megbetegedése. Számos mirigykiirtás, feltárás, kikaparás. Hideg tályog punctiója két ízben. Lényegesen javult, dolgozik. (A 31. adagra a jobb halánték-csonton; a 33-ra a IV. vagy V. borda baloldali szegycsonti izületében).

ad 11. A jobb tibia belső condylusában egy csontgöcz. Kórház-beli gyógyításra szánta magát; ott püaszták.

ad 12. Súlyos bőr-, mirigy-, orr-, garat-, gége- és tüdőgümőkór. Kórházba utasítottam; ott végeztek számos mirigykikaparást. A műtétek száma csak hozzávetés. (A 10. adagra számos nyirokmirigyben.)

ad 13. Mirigyszétesés a hónaljban és bordacaries, súlyos tüdőmegbetegedés. Egy sülyedési tályog punctiója. A szükségessé vált bordacsonkolás elől kitért. Lényegesen javult, dolgozik. (A 15. adagra a bal sulcus pectoralis egy mirigyében.)

ad 14. Súlyos csont- és lágyrészmegbetegedés; a jobb könyökizület devastatiója. Hónapokig kimaradt. Jobb könyökét csontoltam, majd később az egész felkarsont velőüregét feltártam, a velőt kitakarítottam. A homlokcsont egy sequesterének eltávolítása közben a dura matert egy koronányi területen lecsupaszítottam. Lényegesen javult. (Az 1. adagra a bal felkarsonton; a 13-ra számos nyaki mirigyben és a jobb homlokcsonton.)

ad 15. Scrophuloderma, a jobb ulna és a bal IV. kézközépesont cariese. Enyhébb tüdőmegbetegedés. Kikaparások, kiirtások, két csontgöcz kikaparása. A külső laesiók egynek kivételével meggyógyultak. Nem folytatja a gyógyítást, mert tud dolgozni.

ad 16. A jobb könyökizület devastatiója. Kikaparások, arthrectomia, resectio.

ad 17. A 2. és 6. nyak- és az 1. mellcsigolya megbetegedése. Majdnem teljesen gyógyult. (A 20. adagra egy nyakmirigyben és a VI. nyakcsigolyán; a 23-ra az epistropheuson.)

ad 18. A bal könyökizület cariese. Phthisis. Lényegesen javult. A 6. hónapban terhes.

ad 19. Osteomyelitis tuberculosa a bal tibián; a jobb lábtőcsontok cariese. Phthisis, béltuberculosis. Kórházi ápolásra utaltam. (A 11. adagra a belekben.)

ad 20. Scrophuloderma és mirigyszétesések a nyakon. Enyhébb tüdőmegbetegedés. 2 év előtt 17 × 5 cm³ Marmorek-féle serum a bőr alá, a mit itt számításba nem vettem. Minden beteg szövetnek a kiirtása.

ad 21. Genyedő spina ventosa. Okadatolás nélkül elmaradt. (A 3. adagra a tüdőben; a 6-ra mindkét fülben.)

ad 22. Kiterjedt bőr- és lágyrészgümőkór mindkét könyökizület körül. A jobb könyökizület részben, a bal teljesen elpusztult (jobb oldalt arthrectomia, bal oldalt resectio). A jobb II. metatarso-phalangeális izület cariese (kikaparás, resectio); göcz a jobb calcaneusban és a bal ulna distalis epiphysisében (ez utóbbi kiirtása). 1905 végétől 1906 márciusáig 33 × 5 cm³ Marmorek-féle serum subcutan, a mit itt figyelmen kívül hagytam. Majdnem teljesen gyógyult. (A 12. adagra a bal radiuson; a 20-ra a jobb calcaneusban.)

ad 23. Scrophuloderma és mirigyszétesések a nyakon, enyhébb tüdőmegbetegedés. Egy mirigy kísérletképp csak feltárva, majd három ízben minden betegnek kiirtása. Babnagyságú sarjadzó felület kivételével minden meggyógyult. Dolgozik. (A 32. adagra a tüdőben; a 20-ra a bal sulcus bicipitalis int. egy mirigyén és azután a jobb oldali mély nyakmirigyekben.)

ad 24. Az egész bal alkarra kiterjedőleg számos kisebb-nagyobb lupus-sziget és scrophulodermák. Enyhébb tüdőmegbetegedés. A megbetegedett részeket két ülésben kaparókanállal, ollóval kiirtottam.

ad 25. A jobb kézfejen lupus. Spina ventosa a bal kéz egy ujján. A jobb hónaljmirigyek szétesése, mindkét fül, a koponya-alap megbetegedése. A gyógyítás folyamán agyvelőtünetek támadtak. A spina ventosát kétszer kapartam ki; másodszor minden beteg részt kiirtottam. Minden meggyógyult; a hűdések lényegesen javultak. (Az 1. adagra újabb bőrruptiók; a 17-re a tüdőben és a koponyaalapon; a 19-re a bal, a 23-ra a jobb fülben és egy mirigyben a jobb epicondylus humeris; a 38-ra a szemeken.)

ad 26. Mirigyszétesés és sajtos elfajulás a nyakmirigyeken. Con-

junct. phlycten. és keratitis parenchym. tuberculosa mindkét szemén. Egyszer egy mirigy punctiója, azután egy csomó szétesőfélben lévő mirigy kiirtása. A sajtosan elfajult mirigyek megkisebbednek, a többi laesió meggyógyult. (Az 1. adagra a szemeken és folytonosan újabb mirigyekben.)

ad 27. Scrophuloderma és gümösen megbetegedett trepanatiós seb a fejen. A kemény agykéreg is gümös. Okadatolás nélkül kimaradt. A gyógyulásra hajlamos lett.

ad 28. Kiterjedt scrophulodermák és számtalan mirigyszétesés a nyakon. Sajtos mirigyelefajulás mindkét hónaljban. Phthisis. Peritonitis tuberculosa és bélfelekély. Conjunct. phlycten. A súlyos betegen csak részekben és csak a legsürgősebb indicatiók alapján végeztem a mirigyeknek és minden beteg szövetnek a kiirtását. A tüdő csak subjective, a többi laesió lényegesen javult. (Az 1. adagra a nyaki mirigyeken; a 7-re a peritoneumon és a bélhuzamon; a 8-ra a szemeken; a 9-re a peribronchiális mirigyeken.)

ad 29. Mirigyszétesések a jobb czombhajlatban és a nyak jobb oldalán; a tüdő enyhébb megbetegedése. Két műtét: minden beteg szövetnek a kiirtása. Csak bőr alá fecskendéssel kapta a Marmorek-féle serumot.

ad 30. A bal kéztő három csontjának a cariese. Mirigyszétesés a bal hónaljban. A tüdő enyhe megbetegedése. Arthrectomia, a hónalj megbetegedett szövetének kiirtása.

ad 31. Genyedő spinae ventosae; a tüdő és a nyakmirigyek enyhébb megbetegedése. 2 csontgöcznek kiirtása. Lényegesen javultan okadatolás nélkül kimaradt. (Az 1. adagra a bal öregujj I. phalanxán.)

ad 32. A bal kéztő néhány csontjának és ugyanott egy feszítő innak enyhébb megbetegedése.

ad 33. Súlyos megbetegedés. Az első adag után okadatolás nélkül elmaradt.

ad 34. Hyperplasiás nyakmirigy, a melyet évek óta eredménytelenül gyógyítottak.

ad 35. Súlyos tüdőmegbetegedés és mirigyszétesés a bal hónaljban. Mirigyek meggyógyultak. Tüdő objective nem javult. Annál feltünőbb a subjectiv javulás: láztalan, alig köhög, zavartalanul jó közérzet.

ad 36. A bal bokaizület destructiója. Arthrectomia; utóbb egy gümös kötőszöveti tályog kikaparása.

ad 37. Genyedő spina ventosa. Conjunct. phlycten. és keratitis parenchym. tuberculosa. Scrophuloderma. A csontgöcz kikaparása. Később a megfelelő metacarpo-phalangeális izületet csontoltam. A szemek még nem gyógyultak meg teljesen. (A 34. adagra a szemeken.)

ad 38. Genyedő spina ventosa. A bal könyökizület és egy bőrmirigy szintén beteg. Okadatolás nélkül elmaradt. (Az 1. adagra a bal könyökizületen; a 9-re az arcz egy bőrmirigyén.)

ad 40. Scrophulodermata, sipolyos ürmenetek, felületes osteitis a jobb ulnán. Súlyos tüdőmegbetegedés. A beteg szövetek kiirtása. A külső laesiók meggyógyultak. A tüdő objective is lényegesen javult. Dolgozik.

ad 41. Scrophulodermata, genyedő sipolyok, a jobb tibia proximalis epiphysisének osteitise. Majdnem teljesen meggyógyult. Okadatolás nélkül elmaradt. (Az 5. adagra a jobb térd bőrén.)

ad 42. Súlyos csont- és mirigymegbetegedés. Okadatolás nélkül elmaradt. (A 2. adagra a tüdőben.)

ad 45. Súlyos mirigyszétesés. Okadatolás nélkül elmaradt.

ad 46. Súlyos szétesése a nyakmirigyeknek. Minden beteg szövetnek a kiirtása. Majdnem teljesen gyógyult.

ad 47. A jobb könyökizület súlyos megbetegedése. Az egyik hangszalagon beszűrődés. Súlyos tüdőmegbetegedés. 1906 január 30.-ától február 15.-éig 8 × 5 cm³ Marmorek-féle serumot kapott a bőre alá, a mit itt figyelmen kívül hagytunk. Az akkori arthrectomia sipolyait most kikaptuk. Lényegesen javulás.

ad 48. A bőr és a lágyrészek megbetegedése mindkét lábszáron. Csontgöcz a III. jobb metatarsuson és scrophuloderma a bal öregujjon. A jobb metatarsus excochleatiója, a bal lábszár megbetegedett szövetének kiirtása.

ad 50. A bal III. ujj első phalanxának genyedő spina ventosája. A bal III. metatarso-phalangeális izület elpusztult, a jobb II. metatarsusban csontgöcz. A laesiók kiirtása. A spina ventosát a Marmorek-serummal való gyógyítást megelőzőleg operáltam. (A 6. adagra a bal III. metatarsuson és a jobb II. metatarso-phalangeális izületben.)

ad 51. Könnyű megbetegedés a bal lábszáron. Az Achilles-in alatt a kötőszövet megbetegedése, a mely mindkét oldalon felfakadt volt. A sipolyok minden iparkodásunk ellenére hónapokig tartó gyógyításra sem gyógyultak.

ad 52. Súlyos mirigyszétesés a jobb czombhajlatban. Sülyedési tályog a jobb vese tájékáról. Műtét után gyorsan gyógyult. Javaslattunk ellenére sem folytatta a gyógyítást, mert egészségesnek tartja magát.

ad 53. Súlyos tüdő- és gégemegbetegedés. Műtét nélkül nem gyógyulhat meg. Objective is javult. (A 180. adagra a hangszalagokon.)

ad 54. Könnyebb tüdőmegbetegedés. 14 hónapig a gyógyítást megszakította, mert teljesen gyógyulniak érezte magát. Lényegesen javult. Gravida.

ad 55. A jobb könyökizületnek könnyebb megbetegedése. Okadatolás nélkül kimaradt; valószínűleg mert egészségesnek tartja magát.

ad 56. A bal ulna súlyos és kiterjedt osteomyelitis necroticája; a bal here gümös tályogja; a nyakmirigyek könnyebb megbetegedése. A heretályog excochleatiója. (Az 5. adagra a bal herében.)

ad 57. A bal könyömlő és ductus naso-lacimalis gümös megbetegedése és scrophulodermája. Számos állkapocs alatti mirigynek a szétesése in individuo lueticus. A laesiókat 3 ülésben kikaptam.

ad 60. Bordacaries és caries a bal merev könyökizületben. Mirigy-

szétesések a bal hónaljban. Ismételt műtétek után recidiva. Most a gyógyulás felé halad.

ad 61. Nyakmirigyek súlyos szétesése; a jobb metacarpo-phalangeális ízület caries. Előzetes műtétek után súlyos recidivák. A laesiókat újból kikaptam. Most a gyógyulás felé halad.

ad 62. A jobb könyökizületnek teljes devastatioja, az ízületen és annak környékén számos sipolyos ürmenet és igen kiterjedt scrophulodermák. Osteomyelitis tuberculosa a humerus diaphysisének közepéig. Igen kedvezően befolyásolva.

ad 63. Súlyos, előrehaladt megbetegedés mindkét tüdőfelen. Cavernae. Kedvezően befolyásolva.

ad 64. Régi, sajtosan elfajult és hyperplasiás nyakmirigyek. Kedvezően befolyásolva.

ad 65. Könnyű tüdőmegbetegedés.

Csak járóbetegeket gyógyítottam.

A Marmorek-serumot közönséges glycerin-fecskendővel, a lehetőleg üres végbélbefeckendeztem. Csak kivételesen adtam többet 5 cm³-nél és csak kevés esetben adtam a Marmorek-serumot a bőr alá.

A 29., 32., 34., 35., 52., 53., 54., 63., 64., 65., összesen 10 szám kivételével az összeállítás munkásokra, illetőleg munkások családtagjaira vonatkozik, a kiknek az életviszonyaira semmi befolyást sem gyakorolhattam. Sokan munkaképtelenek voltak, munkaképesek lettek, ma is dolgoznak annak ellenére, hogy ma is gyógyítottam őket.

Az összes betegek egy kivételével (52 éves) 50 év alattiak. 26 még gyermek, a 15. életévét nem lépte át, 21 beteg 16—30 éves, 12 a 30. életéven túl van.

14 betegen a gyógyítást befejeztem, 28 még gyógyítás alatt áll. 17 betegen a gyógyítást különböző okokból folytatni nem tudtam.

18 meggyógyult = 30·5% (a kik közül 3 még gyógyítás alatt áll, hogy gyógyulása állandósuljon, egy pedig a gyógyítást megszakítottak közé soroztatott), 34 javult = 57·6%, 1 meghalt = 1·7%. Az így befolyásoltak, összesen 53 beteg, 89·8%-ot tesznek. Csak 7 olyan beteg van a táblázatban — a mi 10·2%-nak felel meg —, a kire a Marmorek-serum nem gyakorolt befolyást. Egy beteg csak 3 nap óta gyógyítottja magát (65. sz.). Három beteg okadatolás nélkül elmaradt, miután 1 (33. sz.), 2 (42. sz.) és 5 (45. sz.) adag Marmorek-serumot kapott és így csak 3 beteg (6. 12 és 19. sz.) marad, a ki kedvezően nem befolyásolva a Marmorek-serum hatásának elbírálásakor számba jöhet.

A 6. sz. beteg laesiói feltűnően javultak. Kiterjedt scrophulodermái majdnem teljesen, egy csont- és ízületi caries, a mely a jobb ulna proc. styloideusát és a jobb kéztőizületet támadta meg, tökéletesen meggyógyultak, a tüdő állapota subjective és objective javult volt. A jobb térd súlyos megbetegedése kórházi gyógyítást igényelt. A beteg nem akart kórházba menni és június 10.-én amyloid degenerációban elpusztult, miután március 26.-a, 2½ hónap óta Marmorek-serumot nem kapott és március 30.-a óta nem láttam. Ennek a betegnek március 30.-áig vezetett naplóját különben fent említett dolgozatomban közöltem. (Orvosi Hetilap, 1908. 23. sz.)

A 12 és 19. számú beteget kórházi gyógyításba küldtem. A 12. haldoklik. A 19.-ről semmi hírt sem kaptam. Akkori állapota után ítélve biztosan meghalt. A táblázat adatait így helyesbítve és a 6. számút is a kedvezően befolyásoltak közé számítva, 55 beteg közül 53, azaz 96·4% kedvezően befolyásolttal szemben csak 2 beteg, azaz 3·6% marad, a kin a Marmorek-serum kedvező befolyása általánosan kifejezésre nem jutott. De ezekre a betegekre sem volt a Marmorek-serumnak kedvezőtlen hatása, sőt a leghatározottabban állíthatom, hogy a Marmorek-serum gyógyító hatása ezeknek a betegeknél egyes kórtüneteit szintén kedvezően befolyásolta, de azért általános javulást nem észlelhettem. Betegségük annyira súlyos és szövevényes volt, hogy kedvező lefolyás egyáltalában ki volt zárva.

A javultak közé csak olyan betegeket soroztam, a kik lényegesen javulva a gyógyításból elmaradtak, továbbá olyanokat, a kik még gyógyításom alatt állanak és a kiknek teljes meggyógyulásában bízom. Ez alól kivételt 3 patiens tesz.

A 28. sz. beteg hosszabb idő óta gyógyított. Lényegesen javult, majd újabb laesiók jelentkeztek és így még mindig kérdéses, hogy gyógyulással végződhet-e a gyógyítás. Inkább az ellenkezőtől félek.¹

Az 53. sz. olyan betegre vonatkozik, a ki sebészeti beavatkozás nélkül meg nem gyógyulhat. A mellkassal összenőtt bal tüdő lehetőleg zsugorodott, és ennek következtében a szív és a mediastinum anticum jó három ujjnyira balra vongáltatott úgy, hogy a szívesücs lökése a bal elülső hónaljvonalától kifelé is érezhető. Ennek

¹ Azóta meghalt.

ellenére még mindig vannak elzárt cavernái. Szükséges volna, hogy gége-laesiói kiirtassanak, a tüdő felszabadíttassék, a mellkasfél kiterjedt bordaresectiókkal megkisebbitessék és a cavernák feltárasanak. Subjective jól hatott és hat a Marmorek-serum, de ilyen mechanikai akadályokon nem segítheti át a beteget, a kit több mint fél év óta nem tudok reábirni, hogy a műtétbe beleegyezzen. Sorsa a műtételtől függ, tehát mindenképen kétséges.¹

A 63. sz. mindkét tüdőfelen súlyos laesiókban szenvedő betegre vonatkozik, a kit csak 16 nap óta gyógyítottam. Állandó, 38·0°—39·1° közötti lázak mellett adtam az első adag Marmorek-serumot. A második adag után 37·0° alá süllyedt a hőmérséke, különben is subjective sokat javult, de a teljes gyógyulás reményéhez még nincs elég támpontom.²

A gyógyultak közé azokat a betegeket soroztam, a kiken sem objectiv, sem subjectiv betegségtüneteket többé nem észlelhettem.

A gyógyultaknak Koch-féle altuberkulin-nal való ellenőrzését lehetőség szerint végeztem, de az ebből a szempontból bírálat alá vett eredményekkel csak a jövőben számolhatok be.

Csak azokat a betegeket tartom tartósan gyógyultaknak, a kik bizonyos naggyobbodó időközökben, megfelelő (1—10 milligrammos) adagokban Koch-féle altuberkulin, vagy egy más ilyenfajta, megbízható szer befeckendezését specifikus reactio nélkül eltűrlik.

(Vége következik.)

A modern rákgyógyítás módjai és eredményei.

Irta: **Pólya Jenő** dr., közközházi rendelőorvos, egyetemi magántanár.

(Folytatás.)

És ezzel eljutottunk volna themánk legfontosabb részéhez, a rákot gyökeresen gyógyító műtétek tárgyalásához, a melyek alkalmával a rákos góczot minden metastasisával egyetemben igyekszünk kiirtani, úgy, hogy rákos részlet ne maradjon vissza. Ezen előadás szűk keretén belül nem foglalkozhatunk a különböző szervek rákjainak kiirtására szolgáló különféle műtéti eljárásokkal, úgy, hogy csak annak fejtegetésére fogunk szorítkozni, minő kihatásokat nyújtanak ezen úgynevezett gyökeres rákműtétek a végleges gyógyulásra; gyógyulás alatt a ráktól való megszabadulást értvén esupán, a mi távolról sem meríti ki a tökéletes gyógyulás fogalmát, a melyben még a teljes anatómiai és functionális restitutio ad integrum is beemlíttatik. Pedig bizony nagyon sok esetben a ráktól való megszabadulás az egyén subjectiv érzését jelentékenyen megzavaró és nem egyszer sociális helyzetét is befolyásoló maradandó deformitás vagy functiokiesés árán éretik el.

Annak kriteriumául, hogy az egyén rákjától végleg megszabadult, régebben *Volkman* szerint 3 évet, újabban *Winter*-nek az 1901. évi giesseni congressuson tett propositióihoz képest 5 évet vettek fel; de mindinkább szaporodnak a tapasztalatok arra nézve, hogy sem a *Volkman*-féle triennium, sem a *Winter*-féle quinquennium elmúlása nem nyújt biztosítékot a recidiva végleges kimaradására.

Ransohoff az amerikai sebészekhez intézett körkérdés útján 37 esetet bírt összeállítani, melyekben emlőrák kiirtása után a recidiva 7 évnél hosszabb idő múlva állott be; a recidiva legkésőbb *Matas* esetében következett be, 25 esztendővel a műtét után. De mások még későbbi recidivákat is észleltek; így *Boeckel* 29, *Verneuil*, *Heurteux* pedig 30 évvel az emlőrák kiirtása után látott recidivát keletkezni. Hogy az emlőrák miatt operáltak mily százalékában keletkezett ilyen késői, a harmadik év után támadt recidiva, arra nézve *Gross* és *Labhardt* különböző időből (1888 és 1902) származó gyűjtőstatistikái, melyek 1842 illetőleg 2107 esetre vonatkoznak, egybehangzóan 2·3%-ot számitanak ki. Azon emlőrákoperáltak közül, kik a harmadik év leteltét recidivamentesen elérték, utólag még recidivál *König* szerint 15, *Halsted* szerint 15·7, *Poulsen* szerint 18·1, *Greenough*, *Simmons* és *Barney* szerint 19, *Barker* szerint 26·9%.

Még nagyobb a késői recidivák aránya végbélrákoknál; *Labhardt* szerint az összes operáltak 4·4%-a recidivál (491-ből 21) a harmadik éven túl, míg ajak- és arczrák eseteiben 2·5%-ban (1300-ból 33) következett be a recidiva a triennium letelte után.

¹ Azóta gége laesiói kiirtattak, epiglottisa jobb fele reszekáltatott. Ez meggyógyult. Tüdejének állapota nem változott.

² Gége-laesiója is fejlődött. Állapota tovább is javult.

A recidivák idejére nézve nyelvérák műtete után *Jordan* 19 évvel, *Sachs* 10 és 12 évvel, *Chassaignac* pedig *Siegel* szerint 26 évvel látott recidivát. *Hueter* ajakráknak 20, *Heinatz* pedig 24 és 19, *Haberer* 15 évvel a műtét után történt kiújulását írta le; 10 és 12 év után bekövetkezett ajakrákrecidiva pedig több ízben észleltetett. Méhrák kiirtása után *Jacobs* 17 évvel, végbélrák eltávolítása után *Clinton Deut* 21 évvel, *Czerny* 11 évvel, *Herczel* 9 és 13 évvel, gyomorrák extirpációját után *Czerny* 9 $\frac{1}{2}$ évvel és gégerák gyökeres műtete után *Hahn* 9 évvel, húgyhólyagrák kiirtása után *Nikolich* ugyancsak 9 évvel tapasztalt kiújulást. A 7—8. évben beálló recidivák nem is tartoznak a nagy ritkaságok közé.

Ezen késői recidivák nagy többsége (*Labhardt* szerint 75 $\frac{0}{100}$ -a) lokálisan, illetve a hegben keletkezik s csak kisebb része a belső szervekben vagy a nyirokesomókban. Azért sokan a rák ezen késői kiújulásait nem is kiújulásoknak, hanem újlagos rákos megbetegedésnek tekintik. A két felfogás közti fűrt áthidalná a *Petersen*-féle felfogás a rákok pluricentrikus fejlődéséről, a mit természetesen *Kahlden* szerint még azzal kellene kiegészíteni, hogy a pluricentrikus fejlődés egyszersmind pluritemporális is, vagyis hogy a rák nemcsak több gócpontból fejlődik ki, hanem hogy az egyes rákos góczok egyszersmind különböző időben indulnak burjánzásnak.

Kétségtelen azonban, hogy a legtöbb esetben visszahagyott rákos csírákról van szó, melyek növekvésükre kedvezőtlen viszonyok miatt hosszú ideig nem nőnek tovább. E mellett bizonyítanak azok a késői recidivák, melyek távol az eredeti megbetegedés helyétől a nyirokesomókban, belső szervekben keletkeznek sok évvel a rák kiirtása után és az eredeti rák histológiás structurájával bírnak és e mellett szólnak még meggyőzőbben azok az esetek, melyeket késői implantációs recidiváknak kell tekintenünk. Ilyen az *Arnsperger* (*Czerny*) által leírt eset, melyben egy ovariális cystosarkoma kiirtása után 14 évvel a hasfali hegben keletkezett egy daganat, mely az eredeti tumor összes makro- és mikroszkopikus sajátosságait mutatta, míg a csomóban, a peritoneumon a recidivának nyoma sem volt.

Ezen eset feltétlenül a *König*-féle „nyugvó csíra”-theoria mellett szól. Hogy azután a szervezetben visszamaradt „nyugvó” ráksejtek továbbfejlődését mi gátolja: a heg nyomása, vérszegénysége, vagy a szervezetben a rák bennléte alatt fejlődött antitestek, vagy egyáltalán relative jóindulatú, lassú növekvési tendenciát mutató rákokról van szó ezen késői recidivák esetében, a mi mellett szintén nem egy észlelet hozható fel, az praktikus fontossággal nem igen bír.

Egy tanulságot mindenesetre vonhatunk ezen késői recidivák és késői metastasisok ismeretéből, azt tudniillik, hogy a rákos beteget végleg gyógyultnak, bajától teljes biztossággal megszabadultnak, sem három, sem öt év múlva nem mondhatjuk, de még egy-két évtized elmulása sem nyújt abszolút garantiát a rákrecidiva ellen.

És azért nem is beszélhetünk tulajdonképpen a rák gyógyulásáról, csak tartós recidivamentességről, midőn a következőkben a rákműtétek végeredményeit feltűntető statisztikai adatokról fogunk szólni.

De másfelől ezen tartósan recidivamentesek valódi arányának megállapítása is nagyon nehéz és részben a számítási módok, részben a beteganyag különbözősége a kimutatott eredmények jóságát annál is inkább befolyásolja, mert rendszerint nem igen nagy számokról van szó, úgy hogy többnyire egyetlen eset már több percentet is képvisel.

Nem lehet czélom e helyen a különböző számítási módokkal foglalkozni — hisz e kérdés tárgyalása önmagában igénybe venné egy előadás idejét. Csak in nuce akarok reámutatni az itt fennforgó nehézségekre, melyek bizonyos, a különböző statisztikák egységes megítélését lényegesen zavaró controversiákra szolgáltatnak okot.

A statisztikákban ugyanis nemcsak recidivamentes és recidivában megbetegedett illetve elhalt egyének szerepelnek, hanem olyanok is, a kiktől nem tudjuk biztosan, hogy megbetegedtek-e recidivában vagy sem (ilyenek azok, a kiknek további sorsa teljesen ismeretlen, vagy a kiktől csak annyit sikerült megtudni, hogy élnek vagy meghaltak, de közelebbi körülményeket nem), vagy hogy nem betegedtek volna-e meg recidivában, ha élve maradnak (ilyenek a műtét folytán és az intercurrents betegségek miatt elhaltak). Már most nézzük például a műtét haláleseteket. Ezek tulajdonképpen a rák rovására irandók, mert ha nem lett volna rájuk, nem operáltatták volna magukat és nem haltak volna meg, és az is valószínű, hogy a műtét folytán elhaltak közül valószínűleg több recidivált volna, mint a műtétet kiállottak közül, a mennyiben a halálesetek gyako-

riabbak a súlyosabb beavatkozások után, vagyis az előrehaladottabb esetekben. Másfelől pedig a műtét halálesetek bekövetkezhetnek a ráktól teljesen független véletlen accidens (narcosis, technikai hiba, műtét infectio, pneumonia stb.) folytán is. Úgy hogy az sem helyes, ha a műtét haláleseteket levonjuk az operáltak összességéből és a végleg gyógyultnak tekintett, helyesebben tartósan recidivamentes eseteket csak a műtétet kiállott betegekhez vonatoztatjuk, a mint az jelenleg általában el van fogadva, mert így a ténylegesnél jobb eredményeket kapunk. De viszont az sem helyes, ha a műtét folytán elhaltakat mind recidivában elhaltaknak tekintjük, mert ez megint a ténylegesnél rosszabb eredményre vezet. Mutatis mutandis ugyanez áll az ismeretlen sorsúakra és az intercurrents betegségekben elhaltakra nézve is, a mely utóbbiakkal szemben különösen óvatosságnak kell lennünk. Csak gondoljuk meg, hogy hányszor folyik le kórházi észlelés alatt a belső szervekben székeli rák, melynek helyes diagnózisát csak a bonczolóasztalon állapítják meg. Mennyire bizalmatlanul kell tehát fogadnunk a kezelőorvosok és különösen a hozzátartozók adatait a halál okára vonatkozólag oly esetekben, a hol bonczolás nem történt (a mi pedig a legtrikább esetben történik), hogy a belső metastasisok által létrejött halált kizárhassuk. Másfelől pedig az is igaz, hogy a rákosok jó része öreg ember, a ki rákos metastasis nélkül is könnyen meghalhat, sőt évtizedek tapasztalatait felölelő rákstatistikákban nem is várhatunk egyebet, minthogy a gyógyultak nagy része is már elhalt.

De még akkor sem lehet a gyógyeredmények megbízható képének tekinteni e rákstatistikákat, ha eltekintünk ezen számítási nehézségektől. Mert nem mutatják meg sem azt, mit képes a sebész a rák gyógyításában elérni, sem azt, mit ér el tényleg. Mert az operáltak sorában vannak nagyon előhaladott kedvezőtlen esetek, melyben csak szánalomból, a betegnek és környezetének unszolására vállaljuk a műtétet s azt hisszük, ha ilyenek nem volnának, sokkal jobb eredményeket tudnánk elérni. Viszont nagyon sok rákesetben egyáltalában nem történik műtét és csak részben azért, mert a beteg vonakodik attól, az esetek nagy számában azért, mert a sebész kénytelen a műtét végzését a baj előrehaladt állapotára vagy homályos voltára tekintettel megtagadni. Azok az eredmények tehát, melyeket a rák miatt operáltakkal elérünk, nem fejezik ki azokat, melyeket a rákbetegség gyógyításában elérünk s ezt még a *Winter*-féle abszolút gyógyíthatósági százalék, melyet úgy számítunk ki, hogy a tartósan recidivamenteseket az összes jelentkezőkre, operáltakra és nem operáltakra egyaránt vonatkoztatjuk, is csak hozzávetőleg fejezi ki, ha tekintjük azon eseteket, melyekben diagnoszt nem tudtunk csinálni és a melyek egyáltalán nem fordultak orvoshoz.

De ne vessünk fel olyan kérdéseket, melyekre a feleletet felhasználható adatok híján úgysem tudjuk megadni és térjünk vissza kiinduláspontunkra, azon körülmények tárgyalására tudniillik, melyek a rákstatistikák egységes megítélését zavarják. Emlegettük a számítási nehézségeket s a belőlük fakadó controversiákat. De ezzel a zavaró körülmények sora nincs kimerítve. Teljesen egységes számítás és teljesen egyenértékű technika mellett igen különbözők lehetnek az eredmények a beteganyag megválasztása, az illető sebész egyéni indiciói szerint. Az egyik sebész megoperálja azt, a mihez a másik már nem fog hozzá; az egyiknek intelligens beteganyaga van, mely már korán fordul bajával az orvoshoz, a másiknál az inoperabilitás határán álló esetek gyűlnek halomra. Ily körülmények között nem lehet csodálni, hogy az, a ki a kedvezőbb eseteket operálja, jobb eredményeket tud felmutatni, mint az, a ki a kedvezőtlenebbekkel foglalkozik. Hisz egy és ugyanazon egyén vagy intézet statisztikájában is észlelhetjük, hogy a végeredmények a fejlettebb technika, a jobban kidolgozott módszerek ellenére romlanak, a mint az illető kiterjeszti indicióit. Így a Massachusetts General Hospital-nak *Grenough*, *Simmons* és *Barney* által összeállított nagy emlőrákstatistikájában látjuk, hogy a *Halsted*-féle tökéletes műtétek végleges gyógyulási aránya 16 $\frac{0}{100}$, tehát rosszabb mint a régebben végzett tökéletlen műtéteké, melyek alkalmával az esetek egy részében a hónaljmirigyeket, az emlő egy részét visszahagyták, a pectorális izmokat pedig sohasem bántották és a melyekkel mégis 25 $\frac{9}{100}$ recidivamentességet értek el; persze ez időben jobban megválogatták az operációra való eseteket, a mint azt maguk is hangsúlyozzák. Ugyanezen körülményből magyarázható az is, hogy statisticus ki tudták mutatni, miszerint a feltétlenül inferiorisabb értékű collumamputatio méhrák esetében jobb vég-

eredményeket ad, mint a totalexstirpacio (pl. *Krukenberg*). Persze, mert csak különösen kedvező, kis rákokat próbáltak így meggyógyítani.

És ezt soha sem szabad szem elől téveszteni, ha a különféle sebészek által, különféle országokban elért eredményeket egymással összehasonlítjuk, ha a különböző műtési eljárások értékéről a statisztikai adatok alapján magunknak véleményt akarunk alkotni. Csakis nagy számok alapján készült statisztikákra és csakis nagy százalékos differentiakra adhatunk valamit és még ilyenek esetében is csak bizonyos cautelákkal szabad a számok nyújtotta tanúságokat következtetéseink alapjául elfogadnunk.

Ezek szemeltartásával lássuk már most azon eredményeket, melyeket a gyökerező rákműtétek a különböző szervek és képletek rákjaival szemben elérni tudtak.

A *bőrrák*ok többsége az arczon foglal helyet, különös előszeretettel annak nyílásai körül. *Winicarter* (1878) *Billroth* klinikájáról 104 az arczon ülő bőrrákról számol be. Ezek közül 28 ült az orron; a műtéttel kapcsolatban meghalt 4, recidivantes 11 (39·2%), de ezek közül egy sem érte el a 3 évet és csak 3 van 1½ éven felül. 34 rák székhelye a szemhéj és bulbus volt; 13-szor exenteratio orbitae történt; meghalt a műtét folytán 4, recidivantes 12 (35·5%), ezek közül 6 három éven túl. Hétszer a fülkagylón ült a rák, ezek közül meghalt a műtét folytán 1, 10 hó—2 évig recidivantes 3. Az arcz egyéb helyein ülő rák 35 esete közül a műtéttel kapcsolatban meghalt 5, recidivantes 13 (37·1%), ezek közül 11 három éven felül. *Labhardt* 2 nagyobb, az arczrákokra vonatkozó statisztikáról számol be. Az egyik *Batzaroff*-é a zürichi klinikáról, kinek 175 használható esete közül 66 recidivált, ezekből 3 a triennium letelte után, a másik *Stoeckler*-é a würzburgi klinikáról, kinek 72 használható esete közül 32 recidivált, közülük 2 a triennium után. *Steiner* (1905) a *Dollinger*-klinikáról 33 arczrákesetet közöl, ezek közül 13 a három éven túl megfigyelt eset, melyekből 5 recidivantes (38·4%). *Morestin* (1908) a brüsseli internationalis sebészeti congressuson 110 arczrákról referált. Esetei sajnos nincsenek a végleges eredményekre nézve áttekinthető módon rendezve; mint maga mondja azért, mert az esetek oly különféle súlyosságúak, hogy nem lehet őket egy kalap alá venni. Annyi mindenesetre kitűnik előadásából, hogy óriási terjedelmű rákos fekélyek kiirtása után is van remény tartós sikerre; kis rákok fokozottabb mértékben nyújtják ezt a reményt, bár nem egyszer ilyenek kiirtása után is recidivák állnak elő. A táji nyirokesomók csak ritkán betegesznek meg.

A végtagokon levő bőrrákokra nézve *Brunn* gyűjtőstatisztikája ad felvilágosítást. Itt 336 operált eset szerepel (201 amputatio és exarticulatio, 135 kisebb műtét) 31 (9·2%) műteti halálozással és 130 recidivamentességgel. Ezek közül 15 már az első éven belül más bajban elhalt. A gyógyulás 73 esetben 2 és 47 esetben 4 éven felül. Ha csak azon 215 beteget vesszük számításba, kiknél a műtét óta több mint 2 év telt el, 33·9% tartós recidivamentességet kapunk, még pedig 117 csontkító műtetre 45 (38·5%) és 98 conservatív műtetre 28 (28·6%) 2 éves recidivamentesség esik.

Az *ajak*rák műtévésevel elérhető tartós recidivamentességre nézve *Bonsdorf* referatuma a II. brüsseli internationalis sebész-congressuson a következő táblázatot közli:

3 év után recidivantes					
Thiersch	(1865)	48 esetből	10	%	
Billroth	(1867)	29	24	1	0
Bergmann	(1872)	53	35	8	0
Winicarter	(1878)	58	36	2	0
Fischer	(1881)	24	25	0	0
Koch	(1881)	105	37	6	0
Partsch	(1884)	98	34	5	0
Wörner	(1886)	277	38	2	0
Maiweg	(1887)	182	44	5	0
Regulski	(1893)	196	43	4	0
Fricke	(1899)	98	60	2	0
Loos	(1900)	93	66	0	0
Janovski	(1902)	53	52	0	0
Hallström	(1906)	80	63	75	0
Ebel	(1903)	91	72	0	0
Steiner	(1906)	44	70	5	0
Armknacht	(1906)	19	94	7	0

A halálozás *Steiner*-nél (*Dollinger*) valamint *Janovsky*-nál 0, *Fricke* és *Wörner* eseteiben 6—7%-ig megy; a modern időkbeli származó statisztikákban rendszeres mirigykiirtás ellenére minimális.

Az *orrüreg* rákjának prognosisa extrem infaust *Donogány* és *Lénárt* szerint, kik az irodalomból 80 (ezek közül 54 részletebben ismertetett) esetet bírtak összeállítani, melyekhez 7 saját észleletük csatlakozik. Mindössze 2 esetet találtak, mely hosszabb ideig (2 illetve 10 év) volt recidivantes, de ezen daganatok rákos természete felette kétséges, úgy, hogy ők az orrüreg rákjának műtétileg definitive gyógyított biztos esetéről nem tudnak beszámolni. *Harmer* és *Glas* a bécsi laryngologiai klinikán észlelt 25 orrüreg-rákról számolnak be, ezek közül 13 lett operálva, 4 műteti halállal és egyetlenegy 16 hónapi recidivamentességgel.

A *szájüreg* rákjai közül a *pfanyalkahártya* rákjának 53 műtött esetéről számol be *Meller* (*Hochenegg*) 4 (7·5%) műteti halálozással és 9 (17%) 3 éven felüli recidivamentességgel. *Steiner* (*Dollinger*) 33 három évnél régebben operált pofarék-esete közül 7-nek további sorsa ismeretlen, operatív halál 3 (11·5%), tartósan recidivantes 3 (11·5%). A recidiváló esetek közül 3 a triennium eltelte után (3½, 4, 6 év) halt el. *Collins Warren* 8 ilyen esete közül 2 műteti halál (25%), tartósan recidivantes egy sines.

*Foghús- és állkapocs*rák. *Meller* (*Hochenegg*) 8 esete közül 1 műteti halál és 2 három éven felüli recidivamentesség; *Steiner* (*Dollinger*) 6 esete közül 1 műteti halál és 1 három éven felüli recidivamentesség (7 év); *Collins Warren* 28 alsó állkapocsrák-esete közül 10 (35·7%) a műtéttel kapcsolatban meghalt és 5 (17·7%) 3 éven túl recidivantes; az 5 éven túl észlelt 22 beteget véve, recidivantes 3 (13·6%). 10 felső állkapocsrák esete közül egy sem halt meg a műtét folytán, de tartósan recidivantes sem maradt egy sem. *Vallas* 87 alsó állkapocsrákja közül 20 a műtéttel kapcsolatban meghalt, az esetek felében recidiv az első évben, néhányszor 2—5 évig terjedő recidivamentesség.

*Szájpad- és mandol*arák. *Meller* statisztikájában 3 lágyszájpad-rák közül 1 műteti halál, tartósan recidivantes egy sines. Hét keményszájpadrák közül 1 műteti halál, 1 három évet meghaladó recidivamentesség. 13 mandolarákos közül 4 halt meg a műtét folytán, tartós recidivamentességgel érte el a trienniumot 1. *Steiner* és *Collins Warren* összeveszi a rák e 2 fajtát, míg *Lindenborn* a mandolarákot az oropharyngeális rákokhoz számítja. *Steiner* *Dollinger*-nek 4 esetéről számol be 1 operatív halállal és 1 három évet meghaladó recidivamentességgel. *Collins Warren*-nek operatív halálazása nincs; tartósan gyógyult egy lágyszájpadrák, melyet per os lehetett kiirtani és melynél mirigykiirtás nem is történt.

A *nyelvrák* műtévése 1·2—42·8 közt ingadozó operatív mortalitást és 0—39% tartós recidivamentességet mutat. A közelebbi adatokat mutatja az alábbi tábla:

Év	S z e r z ő	Az esetek száma	Műteti halál		3 éven túl recidivantes	
			szám	%	szám	% ¹
1878	Winicarter (Billroth 1866—1876)	42	18	42·8	1	2·7
1881	Wölfler (Billroth 1874—1880)	45	11	24·4	3	6·6
1885	Landau (Göttingen)	28	7	25	6	24
1888	Meyer (Kiel)	26	2	7·7	6	23
1889	Steiner (Heidelberg 1878—1888)	26	4	15·2	1	3·8
1889	Krause	91	2	2·2	9	9·9
1892	Büdingen (Billroth 1881—1892)	139	18	12·6	3	2·1
1893	Sachs (Bern)	57	6	10·6	9	15·5
1896	Binder (Zürich)	40	7	17·5	8	20
1901	Roediger (Heidelberg 1888—1900)	30	4	13·3	7	23·3
1903	Jahr (Jena)	24	1	4·2	8	33
1906	Meller (Bécs)	49	4	8·2	7	14·3
1907	Kocher (1890—1903)	62	8	14·5	5	8
1908	Ribeira y Sans (Madrid)	43	8	18·6	17	38·9
1908	Steiner (Budapest)	25	9	36	—	—
1908	Butlin (London)	197	20	10·1	55	27·9
1908	Collins Warren (Boston)	62	8	12·9	10	17·5

¹ A százalékszámítás nem egységes, a mennyiben különösen a régebbi statisztikákban a tartósan recidivamentesek aránya az összes operáltakra, nemcsak a kritikus trienniumot elértékel egyidőben operáltakra van kiszámítva.

(Folytatása következik.)

A specialista-kérdés.

A specialista-kérdés érzékenyen érinti az orvosi rend anyagi érdekeit, még inkább annak erkölcsi színvonalát, de különösen a betegek jólétét. A specialista-kérdés nem új. *Herodotos* több mint 2000 év előtt írja, hogy Egyiptomban minden betegségnek külön orvosa van. Egyik a szemet, a másik a fejet, a harmadik a fogakat, a negyedik a hasat, az ötödik a belső betegségeket gyógyítja. S e körülménynek tulajdonítja az orvosi tudományok hanyatlását.

Galenus idejében odajutottak, hogy egyes operálásoknak is specialistái voltak, akár csak ma, a midőn a speciális szakmák száma eléri a 30–40-et, a specialisták száma az orvosok 30–40%-át.

Poroszországban 1904-ben 2779 orvos nevezte magát specialistának. Berlinben 3316 orvos közül 799-en, azaz 24%, míg Budapesten 43%.

A porosz specialisták közül legtöbben az orr-, fül- és gégebajokat (16%), a szembajokat (15%), a női bajokat (14%), a bőr- és bűjbetegségeket (13%), a sebészetet (13%) választották.

A milyen szükség van a valódi specialistákra, épen olyan ártalmas azok működése, kik kellő előtanulmány nélkül egyik napról a másikra nevezik el magukat szakorvosnak.

Poroszországban ugyan a specialistáknak csak 1%-a volt minden előtanulmány nélkül, 2% fél évig képezte magát, 7% egy évig, 22% 2 évig, 24% 3 évig és 42% 3 évnél tovább, de még ilyen arányt sem találunk másutt.

Ilyen körülmények között mind erősebben nyilvánul azon kívánság, hogy a kinövészek ellen valamit tenni kell.

Nálunk az Országos Orvos-Szövetség igazgató tanácsa és a budapesti egyetem orvosi fakultása máris foglalkozott e kérdéssel, a külföldi orvosi szaklapok az utolsó években ismételtén megvitaták az ügyet, az osztrák és porosz kormány pedig kimerítő elaboratumokat készített.

De hogy mi legyen az orvoslás módja, erről a nézetek nagyon eltérők. Egyesek, köztük *Quincke*, a nagytekintélyű és tapasztalatú német orvostanár, azon nézetben vannak, hogy a közönségre kell bízni annak megválasztását, ki a valódi specialista s ki az, a ki e címet bitorolja. Minden gyámkodás ellenzője.

Mások, köztük *Schwalbe*, a „*Deutsche medizinische Wochenschrift*“ szerkesztője s a kérdés alapos ismerője, valóságos specialista-vizsgálat rendszeresítését javasolja.

Az a nézet is nyert kifejezést, hogy mielőtt valaki specialista lehet, az elméleti tárgyakkal évekig kell foglalkoznia.

Ezen rendszer különben Franciaországban szokás alapján gyakorlatban is van.

Végül nyomós érveket hoznak fel a mellett is, hogy a specialista cím használata csak a szakmán eltöltött kellő gyakorlati idő után engedjék meg.

Némelyek állami beavatkozást és ellenőrzést óhajtanak, mások az orvosi kamarákra, illetve szövetségekre óhajtanak reábizni a felügyeletet. Legutóbb a porosz ministerium megbízásából a kibővített orvosi tudományos deputatio foglalt állást, melyet kiindulási pontul a porosz közoktatásügyi minister elfogadott, de egyelőre az orvosi kamarákra bízta az elvek megvalósítását.

A porosz ministerium az orvosi ügyek tudományos deputatiójához a következő kérdéseket intézte:

1. Kell-e bizonyos feltételekhez kötni azt, hogy valaki specialistának nevezhesse magát?
2. Ha igen, az orvostudományok mely szakmái jöhetnek szóba?
3. Milyen feltételek állapíttassanak meg?
4. Hogyan lehet e feltételeket teljesíteni, s hogyan kell azt igazolni?

A deputatio *Löbker*, *Lent* és *Schmidtman* tanárok, titkos tanácsosok referatumaikat fogadta el. E referatumok conclusiói a következők:

1. Az orvosok jogosultsága, hogy magukat specialistáknak nevezzék, bizonyos feltételekhez kötendő.
2. Következő speciális szakmák jöhetnek szóba:
 - a) Belorvostan. b) Sebészet. c) Szemészet. d) Gége-, orr- és fülbajok. e) Szülészet és nőorvostan. f) Bőr- és bűjbetegségek. g) Ideg- és elmebajok. h) Gyermeorvostan.

3. A specialista cím használatának feltétele különös kiképzés az orvosi képesítés után. Ezen kiképzés álljon: tudományos továbbképzésből és gyakorlati foglalkozásból annyi ideig, a mennyi tapasztalat szerint szükséges a választott szakma önálló művelésére, elsajátítására. Ez idő rendesen 3 év.

4. A kiképzés egyetemi klinikákon, a gyakorlati orvosi tudomány akademiáin, nagyobb kórházak speciális osztályain, vagy elismert specialisták mellett nyerhető. A feljogosítottak névjegyzékét évente közrebocsátják. Kivételeket a hatóság engedhet meg.

5. A jelölt speciális kiképzése idejéről s eredményéről igazolványt kap.

Szászországban törvényes rendelkezés van a specialisták ügyében. A belügyminister 1902 január 5.-én orvosi rendtartást bocsátott ki, melynek 5. §-a szerint „a specialista megjelölés csak azt az orvost illeti, a ki az illető speciális szakmában alapos kiképzést szerzett a főleg azzal foglalkozik“.

Minthogy a rendtartást Szászországban felvették az orvosi kamarákról szóló törvénybe, törvényerejű.

Mindez eléggé igazolja, hogy a kérdés megérte arra, hogy az illetékes hatóságok döntése alá kerüljön.

Első sorban arról kell gondoskodni, hogy a közönséget senki meg ne tévesztse! Erre az a mód kínálkozik, hogy az egyetemes orvos-doktori diploma ne jogosítson senkit sem arra, hogy specialistának nevezze magát.

Művelhet előszeretettel egy vagy más szakot, de ezen előszeretettel nincs joga tábláján vagy nyomtatványain jelezni, ha csak nem töltött legalább két évet a szakma egyetemi klinikáján vagy rendszeresített feljogosított közkórházi osztályon. A feljogosított osztályok jegyzékét a ministerium évente közzé teszi. Egyelőre csak a következő speciális szakmák jöhetnek szóba:

Belorvostan, sebészet, szemészet, szülészet és nőorvostan, orr- és gégebajok, fülbetegségek, bőr- és bűjbetegségek, idegbajok, elmebajok, gyermekorvostan és fogászat.

Nem volna czélszerű az előbb jelzett intézkedéseknél tovább menni, nevezetesen, hogy azok, a kik a gyógyászatnak valamely ágában mint szakorvosok kívánnak gyakorlatot űzni, különös qualificatiót legyenek kénytelenek megszerezni. Ez ellenkezik orvosképzésünk mai alapelveivel, mely a *medicinae universae doctorem* feljogosítja az orvosi tudományok összes ágainak gyakorlatára. Csak az volna korlátozandó, hogy a közönséget félrevezethessék az úgynevezett hathetes specialisták, kik különös jártasság nélkül magukat képzett specialistáknak akarják feltüntetni. Ezen korlátozás máris elegendő a visszaélések csökkentésére s erre a korlátozásra a kormánynak kétségtelen joga van. De csakis azon intézkedésektől várható eredmény, a melyeknek büntető sanctiójuk is van s épen ezért nem ajánlatos követésre a német példa, mely a kérdés szabályozását orvostársadalmi útra tereli, hanem annak kormányintézkedés útján való szabályozása szükséges.

G. E.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Georg Merzbach: Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. Wien und Leipzig, Alfred Hölder, 1909.

Krafft-Ebing alapvető munkája és a munkának páratlan könyvkereskedői sikere óta a sexuális irodalom tudományos színezetű könyvei annyi tudást terjesztettek már, annyi „alapvető igazságot“ közvetítettek már, hogy a jövő évtizedek „psychoanalytikusaik“ ugyancsak nehéz dolguk lesz. Hiszen alig van már iskolás gyermek, ki e tudományos munkákból valamely „sexuális benyomást“ nem merített volna. A nemi élet elfajulásai nem korunknak sajátosságai, nem a haladó kultúrának moesárvirágai. Sem gyakoriságuk relatív megnövekedése, sem új, mindeddig nem ismert formák megjelenése nem jegyezhető fel. De a német tudomány rendszerbe foglalta őket és így a mi nemrég még utálatos pornographia volt, ma a tudományos publicitás védelmében részesedve terjeszkedik és szabadon terjeszthető. Nem csodálkozhatunk tehát, ha azt olvassuk e munkában, hogy „wer scheut sich heute noch, in den Grosstädten über Oskar Wildes Homosexualität zu sprechen, ja vielleicht sich selbst sogar zur gleichgeschlechtlichen Liebe zu bekennen, welches homo-

sexuelle Liebespaar hat es nötig, sich heute noch ängstlich vor den Augen der grossen Welt und ihrem Unverständnis (sic!) zurück-zuziehen“. Vagy „der anale Koitus wird, man kann ruhig sagen, häufig, besonders von Prostituierten verlangt“ és tovább „ebenso wie diese Perversität ihren Einzug gehalten hat, mehr denn je, in die ehelichen Schlafgemächer, wo sie zur Erhöhung des Reizes von Männern gefordert, oder zur Verhinderung der Kostspieligen und lästigen Nachkommenschaft, sogar von den Frauen in Vorschlag gebracht wird“. Ezen és még tetszésszerinti számban a munka majdnem minden lapjáról kiragadható szemelvényekkel szemben igazán mellékes, hogy a fejezetek élén az áll-e, hogy „quantitative Anomalien des Geschlechtstriebes“ vagy „Pathologie der Triebart und Triebrichtung“ vagy pedig „homosexuelle Triebanomalien“. E borzasztóan tudományosnak látszó, roppant finom megkülönböztetések mögött a mesterségesen tenyésztett, minden változatosságuk mellett is sablonos körtörténetek, vallomások és elbeszélések oly gyűjteménye sorakozik egymás mellé, a melyek reális tudományos analysisnek alapját nem tehetik. Nem akarjuk alábecsülni a szexuális élet tudományos kutatásának fontos voltát, sem pedig az ezen kutatások által nyert tudományos eredményeket. E lap hasábjain könyvismertetések kapcsán sokszor volt már alkalmunk e kérdéstről nyilatkozni, de míg a régibb, különösen forensikus írók, Tardieu, Casper, Hoffmann, Eulenburg és régibb műveiben Krafft-Ebing is, az újabbak közül Ellis, Strassmann, részben Näcke is igazi tudományos szigorral arra szorítottak előadásaikban és leírásaikban, a mi vizsgálataiknak szigorúan tudományos alapját alkotta, addig az újabb irodalmi termékek mindinkább népszerűsítik azt, a minek népszerűsítését semminemű tudományos, egészségügyi vagy kulturális szempont nem indokolja, sőt kizárja. Nem tarthatnak igényt a tudományos kritikára akkor, a mikor a tudományos keret egyetlen újabb tényre sem gazdagítja ismereteinket, a stílus tárczaszerű könnyedsége és folyékonysága azonban direkt oly olvasóknak szánja e munkákat, a kik között lehetnek orvosok is, jogászok is, de sokkal inkább és nagyobb számban vannak azok, kiknek agyát ez olvasmány csak fertőzheti, de nem gazdagítja.

Ráskai.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

A sennalevél-forrázat és a ricinus-olaj hatását a bélmozgásra vizsgálta Magnus Röntgen-átvilágítással (bismuthum subnitricum adása után). A sennalevél-forrázat nem befolyásolja a gyomor és a vékonybél mozgását; csak a mikor már a vastagbélbe érkezik a táplálék, nyilvánul meg a hashajtó hatása, a melyre az idegrendszernek úgy látszik semmi befolyása sincs. A sennalevél-forrázattal ellentétben a ricinus-olaj úgy a gyomor, mint az egész bél mozgását fokozza, még pedig a vékonybélét sokkal erősebben, mint a vastagbélét. (Archiv f. d. ges. Physiologie, 122. kötet, 5—7. füzet.)

Pharmakomania két esetét ismerteti Zannini. Az egyik eset 56 éves napszámosra vonatkozik, a ki 40 éves korában 3 hónapig tartott súlyos gastroenteritisben szenvedett; akkoriban kezdte volt használni a magnesium sulfatot, a melyből eleinte csak kétnaponként vett be egy-egy kanállyit, később már naponként, majd 2—3 kanállyit is fogyasztott 24 óra alatt; az évek folyamán napi 130 grammig vitte fel a napi adagot és egyúttal nagymennyiségű magnesium carbonatot és natrium bicarbonatot is fogyasztott. Mindezek ellenére a betegen semmi jele sincsen a Nothnagel leirta alkaliás cachexiának: fárasztó munkát végez, az étvágya jó, hasmenése nincs; sovány ugyan, csak hogy már akkor is sovány volt, a mikor megkezdte volt az alkaliának nagy mennyiségben fogyasztását. Epeelválasztása nem fokozott, a vizelet mennyisége normális és a mi feltűnő, állandóan erősen savi kémhatású. A másik esetben 59 éves asszonyról van szó, a ki a menopause idején, 43 éves korában kezdett székrekedése ellen ricinus-olajat használni. Eleinte két kanállyi elegendő volt a hatás előidézésére; akkoriban csak hosszabb időközökben vett be ricinust; később azonban mindennapos szükségletévé vált ez a szer, a melynek az adagait is mind erősebben fokozta, főleg azért, mert az emésztésre is jótékony hatását vélte észlelhetni. Jelenleg évenként körülbelül 25 kiló ricinus-olajat fogyaszt el. Általánosan elfogadott nézet szerint az erősebb

hashajtóknak huzamosabb használata étvágytalanságot, emésztés-zavarokat s az inanícióhoz hasonló állapotot okoz; a szóban forgó betegen mindennek nyoma sincs, sőt ellenkezőleg jó húsban van, a bélizgalom semmiféle jelét sem mutatja s a ricinust inkább csak mint tonicumot és eupepticumot használja. (Gazz. degli Osped., 1908 augusztus 9.)

Belorvostan.

A heveny izületi csúsz kezeléséről írt dolgozatában Plehn a salicylsavhoz való visszatérést ajánlja. Az orvosok nagy része a salicylkészítmények kellemetlen mellékhatásától való félelmében sokkal kisebb adagokkal dolgozik, mint a mekkora az izületi gyulladások sikeres kezeléséhez okvetlen szükséges. Különösen Lüthje volt az, ki a salicyl medicinális dosisainak alkalmazása után keletkezett veseizgalomra figyelmeztetett s szerinte már napi 4—5 gm.-os salicyl-adag után igen gyakori a fehérjevizelés s még annál is jóval gyakoribb a vesehengerek jelentkezése a vizeletben; egyébként a gyógyszer a elhagyásával rendszerint kimarad a fehérjevizelés is, sőt a hogy azt Klieneberger, Oxenius és Treupel állítja, a veseizgalom a salicyl tovább adagolása ellenére is megszűnik.

Plehn heveny izületi csúszban az acidum salicylicumot $\frac{1}{2}$ gm.-os óránkénti, vagy 1 gm.-os 2 óránkénti adagban ajánlja: a napi adag tehát 3—6 gm. s a szert ilyen mennyiségben legalább 3 nappal hosszabb időn át nyújtja, mint a meddig lázas a beteg. Sőt a láz és a subjectiv panaszok megszűntével is még egy héti szedet patientsével 4 gm. salicylsavat. Ezen erőyes gyógykezelést a szerző minden esetben, tekintet nélkül arra, hogy az eset könnyű vagy súlyos lefolyásúnak ígérkezik-e, egyformán alkalmazza s ily módon gyakran elfojtja a bajt, másfelől csak kivételesen jelentkezik a szív részéről szövődmény. E kezelésmódtól csakis oly esetben tért el, mikor a beteg a salicylt egyáltalán nem tűrte. A tiszta salicylsav sokkal hatásosabb, mint a pótszerei: 6 gm. salicylsavnak 8 gm. natrium salicyl. és még ennél is több aspirin felel meg. Az egyéni adagolás alapjául a szerző a testsúlyhoz számítva kilogrammonként naponként 0.08 gm. salicylsavat tekint. Az esetleg jelentkező kevésbé súlyos ideges tüneteket 3—4 gm. bromnatriummal a salicylsav adagolásának megszakítása nélkül is leküzdhetjük. A gyomor részéről jelentkező zavarok elkerülésének legegyszerűbb módja, hogy sohase adjuk éhgyomorra a salicylsavat. Egyébként a szerző tapasztalata szerint az étvágytalanság csak addig tart, míg a beteg lázas, s a láz alábbhagyásával nem egyszer javul az étvágy a salicyltherapia folytatása ellenére is, sőt a betegek testsúlyban gyarapodhatnak is. A vesék részéről jelentkező szövődményt a szerző egyáltalán nem észlelt és 341 heveny csúsz esete közül csak egyben jelentkezett múló jellegű fehérjevizelés; sőt még azt is tapasztalta a szerző, hogy vagy 87 esetben heveny csúszos betegeinek febrilis albuminuriája a 6—8 gm.-os napi salicylsavadagok ellenére is megszűnt. Szerinte heveny és idült vesegyulladás esetén is aggodalom nélkül és teljes adagban adhatjuk a salicylsavat: acut vesegyuladást néhány esetében a fehérjevizelés megszűnését észlelte, idült veselobban sem fokozódott a fehérjevizelés.

Ép szívre a salicyl nem hat károsan, de a kompenzált billentyűbajokban és szívűrtengés esetében sem látta alkalmazásának kárát. Már egészen másképen áll a dolog nagy salicyl-adagok használata mellett az idegrendszerrel: ha az ismeretes mély légzés, mint az idegrendszer intoxicációjának tünete jelentkezik, a további salicyl-adagolástól azonnal el kell állanunk s ily esetben alkali nyújtása helyén való. Különben a salicylintoxicatio az egyéni dispositiótól is függ s úgy látszik a nők inkább ki vannak neki téve, mint a férfiak.

Az acut izületi csúsz kezelésében a fizikai gyógyeljársásoknak is kellő szerepet kell hagyni. Mihelyt láztalan a beteg, a kóros izület merevségét és fájdalmasságát passiv mozgattatással, forró homok- és villamos fürdőkkel igyekszünk leküzdni. A massage, a lokálisan alkalmazott mesotan és glycosal a salicyladagolás folytatása mellett mindmegannyi jó segédeszköze a gyógyításnak. A baj kórjósátát illetőleg nagyon fontos a kezelés mielőbbi és erőyes megkezdése: csak így remélhetjük a visszaesés és a szív részéről jelentkező szövődmények elmaradását. Mindenesetre meglepő Plehn statistikája, mely szerint 101, alkalmasint nem elég erőyesen kezelt heveny izületi csúsz után 36-szor jelentkezett szívbelhártyalob, míg az ő levei szerint kezelt 319 eset közül csak kettőben látta endocarditis

jelentkezését. Az erélyes és korai salicylkezelés a szívcomplicatiók legmegbízhatóbb prophylacticuma: nemcsak azért, mert az ízületek gyorsabb gyógyulását teszi lehetővé, de kedvezően hat a már esetleg megbetegedett endocardiumra is és így meggátolja, hogy a lobos folyamat a szív bonyós részeire, az invitorlákra és billentyűkre is ráterjedjen.

Az antipyrin, phenacetin és salipyrin használatától valami különös eredményt heveny ízületi gyulladás eseteiben nem látott a szerző; a jodkali adagolásának azonban (napi 3·0—4·0 gm.) subacut alakokban jó hasznát vehetni. Némely esetben a chinin (0·5 gm.) és antipyrin (0·5—1·0 gm.) intramusculáris és a collargol intravenás befecskendezése után észlelhetni jó eredményt. Adott esetben a Menzer-féle streptococcus-serum is értékesíthető.

A mi a fizikai gyógyítást illeti, ámbár a belső szerelést, különösen az elhúzó és makacs esetekben jól támogatja, pótolni nem tudja. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1908. 51. és 52. szám.)

Halász Aladár.

Sebészet.

A nyomáskülönbségi eljárás (Druckdifferenzverfahren) segítségével végzett 21 nagy (mellkasfal, tüdő, nyelőcső) műtét alapján Küttner (Breslau) ezen eljárást rendkívül fontos haladásnak tekinti a mellüreg sebészete terén. Nagy kiterjedésű thoracotomiát általános állapotuk legesekélyebb változása nélkül tűnek el a betegek, a műtét a pleuraürön belül kényelmes. A túlnyomási eljárás nem fokozza az aspiratio veszélyét. Küttner a túlnyomási eljárás híve és a Brauer-féle készüléket használja. Előnye szerinte ennek, hogy a műtő a megszokott körülmények között dolgozhat, minden perczen minden segédeszköz a kezéigényében lehet, a helyszűke által nem akadályoztatik, és az altató és a nézők elől nincs falakkal elfedve. A világítás jobb és az asepsist biztosító intézkedések könnyebben keresztülvihetők. Nagy hátránya a Sauerbruch-kamrának, hogy a műtő és az altató külön vannak választva. A ki a mellüregben belül akar üzni nagy sebészetet, nem zárkozhatik el immár a Sauerbruch-féle elv nagy jelentősége elől. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie, 60. k., 1—2. f.)

Li.

Az idült cardiospasmus gyógykezeléséről értekezik Gottstein (Breslau) és beszámol az eddigi módszerekkel elért eredményekről. Mikulicz úgy járt el, hogy a gyomrot megnyitotta s innen fogóval tágitotta a cardiát. Hat így operált esetből 2 gyógyult, 1 javult; az utóvizsgálat ezen eredmény állandóságát mutatta. Egy esetben a Henle-féle módszert alkalmazta Mikulicz: az előzetesen megnyitott gyomron át a cardián át gummiballont húzott, ez esetben subjectiv javulás állott be. Gottstein új módszere abban áll, hogy sajátosan készült ballont helyez a cardiába, a melyet vízzel kitágít. Így kezelt 6 esete közül 4 esetben teljes gyógyulást, 2 esetben javulást ért el. Teljes gyógyulás alatt érti azt az állapotot, melyben a nyelőcsőben többé residuum nincs, javulás alatt, melyben residuum van ugyan még, de a hányás megszűnt. Ezen eljárás előnye, hogy műtéti beavatkozás nélkül többször megismételhető. (Archiv f. klin. Chir., 87. kötet, 3. füzet.)

Steiner Pál dr.

A Meckel-gurdély invaginációjáról ír H. T. Gray. Egy esete kapcsán 39 hasonlót állít össze az irodalomból; ezen 40 eset közül csak 7 volt olyan, a hol a diverticulum maga invaginálódott, s az esetek túlnyomó többségében a belet maga után húzva, kiterjedt intussusceptiót idézett elő. 32 esetből, melyben a kor ismeretes, 16 10 éven aluli, 9 10—20 éves, 8 20 éven felüli volt; 2 éven aluli korban, mely intussusceptióra a leghajlamosabb, a Meckel-gurdély intussusceptiója mindössze 2 ízben fordult elő. 17 eset közül, a hol a kórelőzmények ismeretese, 12 olyan van, a melyben megelőzőleg is voltak hasonló rohamok. A bélvérzés aránylag ritkán volt kifejezett (25 eset közül 14). Tapintható daganatról is csak 14 esetben emlékezik meg, a bélelzáródás csak az esetek kisebb részében (24 közül 11) volt teljes. Hat eset nem lőn operálva, ezekből 1 az intussusceptum gangraenája és a végbélben át való eltávolodása útján meggyógyult. A többi meghalt. 27-szer történt műtét, 13 gyógyult, 14 (52%) meghalt; bélresectio 15-ször történt 8 halállal, a diverticulum resectioja 5-ször 2 halállal és az invaginált diverticulum reductioja resectio nélkül 4 esetben 1 halállal; 2-szer entero-enteroanastomosis történt, egyszer az obstructio helyét nem találták meg, ezen betegek meghaltak. (Annals of surgery, 1908 december.)

Pólya.

Szülészet és nőorvostan.

A klimakterium kór- és gyógytana című Czempin (Berlin) a petefészek működésének (ovulatio, belső elválasztás) kiesése következtében beálló jelenségek kórtanáról s orvoslásáról nyújt összefoglaló áttekintést. A klimakteriumos jelenségek közé tartoznak első sorban az úgynevezett *kiesési tünetek* s ezek között főképen az a sajátos vasomotoros zavar, a mely a szív ereinek, a nyaki és fejverőereknek felszálló irányban hirtelen történő kitágulásában és erős lüktetésében (következésképp természetesen az arez erős kipirulásában) áll s subjective a felszálló forróság érzetét, szorongó és félelmi érzéseket vált ki. Ez az állapot néhány perc alatt megszűnik, s bőséges izzadásnak ad helyet, melyet gyakran a hideg és gyengeség érzete kísér. Nem ritkán leszálló irányú vérhullámlás csatlakozik ehhez, az agy vérszegény lesz, a mi gyengeségben és ájulási érzetekben nyilvánul. A roham naponként 10—20-szor ismétlődhet; éjjel is többször szokott jelentkezni s az alvást gyakran lehetetlenné teszi. A rohamok mellett tapasztalható egyéb tünetek: feledékenység, álmatlanság, ingerlékenység, izgalmi jelenségek, melancholiák, a melyek elmezavarrá növekedve, intézetben való elhelyezést tehetnek szükségessé. A tünetek fokozatosan súlyosbodhatnak, de gyakoribb az, hogy enyhülnek s csak időnként exacerbálódnak. Tetemesen csillapodnak, ha a menstruatio újra jelentkezik, de kimaradása után ismét visszatérnek. A jelenségek nincsenek igen szoros összefüggésben a menstruatio megszűnésével, a mennyiben egyrészt a vérzés kimaradása előtt néhány évvel jelentkezhetnek már, jelölül a már tökéletlen petefészekműködésnek, másrészt pedig egyes esetekben a vérzés kimaradása után csak pár évre mutatkoznak, a mikor meg fel kell vennünk azt, hogy az ovulatio és a belső elválasztás (bár csökkent intenzitásban) menstruatio nélkül egy ideig még megmaradt. Úgy látszik, a méhmirigyek is bírnak bizonyos, a petefészekéhez hasonló befolyással a nő anyagforgalmára. Az ovulatio megszüntével, különösen petefészekkiirtás után, sorvad a méh nyálkahártyája s egyúttal beállanak a kiesési jelenségek. Ha ez a sorvadás időszült gyuladások miatt elmarad vagy petefészekmaradékok vagy időszült gyuladások csomókizmadmányok menstruatiót tartanak fenn, akkor az ovulatio kiesése ellenére elmaradhatnak a vázolt tünetek. Ugyanezt látjuk idősebb (55 éves vagy még idősebb) nőkben, a kikben az ovulatio bizonyára már megszűnt, de az uterusmyoma menstrualis vérzéseket tart fenn.

A klimakteriumos tünetek második csoportját alkotják a *rendetlen vérzések*. A menstruatio csak a petefészek kiirtása esetén szűnik meg egyszerre. Rendes viszonyok között fokozatosan marad el a vérzés: a 40-es évek közepén kezd a menstruatio egy-kétszer kimaradozni, utána ismét rendes periódusokban jelentkezhetik, később mindinkább hosszabb időközökben jelenik meg, míg végre egészen elmarad. Ezen típust megzavarhatják először a méhnyálkahártya megbetegedései (endometritis chronica, polyposa, fungosa, fibromyomás elfajulás), a rendes időben megjelenő vérzéseket bőségebbé, vagy a nagyobb időközökben jelentkező menstruatiót profusabbá s hetekig tartóvá teheti. Ilyen bőséges vérzések természetesen a szervezet gyengülését vonják maguk után. Ezen alakban szoktak mutatkozni az oly gyakran a klimakteriumban kezdődő rossztermészetű daganatos elfajulás által feltételezett vérzések. Gyakoribb oka a rendetlen vérzéseknek a méherek atheromás elfajulása. Ezt az okot tételezhetjük fel akkor, ha a méh kicsiny, a vérzéscsillapító eljárások eredménytelenek; biztossá a diagnosist csak a kikapart nyálkahártya mikroszkopos vizsgálata teheti (kevés sorvadtt nyálkahártyarészlet).

A tünetek harmadik csoportját a *nemi szervek zsugorodása* idézi elő. A petefészek, a méh sorvadnak; az utóbbi hátrafelé süllyed. A portio kicsiny, hegyes, a rugalmas kötőszövet zsugorodása következtében a lig. latum megrövidül, a hüvely szűkül, a hüvelyboltozat eltűnik. A külső nemi szervek zsugorodásának következménye a vestibularis stenosis, a mely a korán castrált nőknek gyakori, a közösülés megnehezülésére vonatkozó panaszát teszi. A hüvely és vulva az erek zsugorodása miatt vérszegény, halvány. A megmaradt erek az ebből a korban oly gyakori gyuladás: colpitis senilis miatt kitágulva mint pontszerű vörösség tűnnek szembe. A méh és vulva mirigyek elválasztása megszűnik, csak ragadós váladék termelődik, a mely izgatva a hüvelyt, a gyuladást fokozza s a hüvelyfalak összetapadására vezethet (colpitis adhaesiva). A gyuladások kellemetlen viszketést, égető érzést, fájdalmakat idézhetnek

elő. A medence szerveinek zsugorodása ideges tüneteket, nemkülönben egy sajátságos, tipusos képet nem mutató, hólyagmegbetegedést okoz, a mely a hólyagfal rugalmasságának és kapacitásának csökkenésében áll. Nem jelentékeny, de néha kellemetlen jelenség a hizás, különösen ha egyébként is kövér nőket ér; ritkán kóros fokú.

A mi a klimakteriumos tünetek orvoslását illeti, az organoterapia tehenek petefészkéből előállított oophorintablettákkal nem vált be; ezért tüneti orvoslásra szorulunk. Azon mindenesetre téves nézetből indulva ki, hogy a menstruatio kimaradása miatt fennálló congestio okozza a kiesési tüneteket, megkísérelték a portio scarificatióját, a melyvel sok esetben jó hatást értek el, úgy látszik azon esetekben, melyekben a már tökéletlen ovulatio méhcongestiót előidézi ugyan még tud, de a menstruális vérzést kiváltani már nem bírja. A vérszegény, sorvadt méh scarificatiójának természetesen semmi értelme sincs. Az izgalmak és fejcongestio ellen legcélszerűbb orvoslás a szigorú diéta, a tartózkodás alkoholtól, erős teától, kávétól, cacaotól, hetenként 1—2-szer salinikus ásványvíz (apenta keserűvíz), reggel néhány percig tartó lábfürdő (30—33 R°), nappal ugyanolyan hőmérsékletű kézfürdő, belsőleg bromkészítmények. Ha akne miatt szünetelnünk kell a brommal, akkor helyettesíthetjük valerianakészítményekkel (bornyval kétszer napjában 1 capsula) vagy pulvis temperans-szal (Rp. Kal. nitrici 10.0, tartari depur. 50.0, elaeosacch. menth. pip. 40.0. M. f. pulv. D. S. Kétszer napjában 1 kávéskanállal egy pohár cukros vízben).

A tisztán klimakteriumos, több menstruatio kimaradása miatt bőségesebb vérzés esetén stypticin (háromszor napjában 2—3 Merck-féle tablettát), styptol, extr. hydrastis fluidum, tinct. haemostatica, esetleg naponként hüvelytamponade és testi nyugalom rendelése lesz helyén. Ha ilyen orvoslás mellett az egyes vérzések közti szünetek nem nagyobbodnak, akkor valószínűleg atheromás érel-fajulással van dolgunk. A méhnek kikaparása ilyenkor semmit sem használ, csak a körjelzést biztosítja s ezért jogosult. Ha a kaparék vizsgálata alapján kizártunk minden más vérzést okozó megbetegedést, akkor a kikaparás után mindjárt a vaporisatiohoz fordulunk, mint egyedül észszerű eljárás. Gyakorlott technika mellett ez az eljárás nem veszedelemesebb, mint a curettement, veszélytelenségének előfeltétele azonban a petefészkek, tuba, parametrium ép volta. Az ügyesen végzett vaporisatio az atheromatosis okozta vérzések ellen a legkitűnőbb orvosszer s a legtöbb esetben feleslegessé teszi a méh kiirtását, a melyhez csak azon kevés esetben kell nyulnunk, mikor a vaporisatio is felmondja a szolgálatot.

Endometritis polyposa vagy fungosa, endometritis glandularis et interstitialis esetén rendesen elegendő a kikaparás, különösen ha a méh belfelületének jodtincturával való, heteken keresztül folytatott edzése követi. A vulvitis és colpitis tünetei enyhíthetők vagy megszüntethetők 30/0-os ezüstnitrát-oldattal tejüveg-tükrön keresztül végzett hüvely-edzéssel, a külső nemi szerveknek gyengébb oldattal ecsetelése, vagy tanninnal, tisztított faecetzel, zinksulfát-oldattal való öblítés által. Majdnem tehetetlenek vagyunk a húgyeső és hólyagzsugorodás okozta tünetekkel szemben. A rendes hólyagszerek rendesen csak múló javulást idéznek elő; ezek mellett még legtöbbet ér a húgyesőnek és hólyagnak gyenge sublimat-oldattal (1:2000) való edzése Playfair-szonda segítségével. A kóros elhízás diéta orvoslást igényel. (Zeitschrift für ärztl. Fortbildung, 1908. 24. szám.)

Venereás bántalmak.

A syphilis abortív kezeléséről értekezett Scherber a német dermatológiai társulatnak Frankfurtban (a. M.) tartott congressusán. Saját észlelései, valamint az irodalmi adatok alapján a következő nézeteket vallja: 1. Bizonyos körülmények között lehetséges, hogy a sklerosis excisiója a syphilis kifejlődését látszólag megakasztja, illetőleg a betegségnek lefolyását különös módon befolyásolja. 2. Mivel az excisio egymagában csak a legritkább esetben abortív hatású, sőt a legtöbb esetben a lueses tünetek kifejlődését nem akadályozza meg, célszerű, ha a kimetszés után azonnal erélyes kénesős kúrát indítunk meg. Így remélhető, hogy a visszamaradt vírus hamarosan megsemmisül. A lueses eseteknek erélyes helybeli és általános kezelése néha elegendőnek bizonyult arra nézve, hogy a sklerosis kimetszése nélkül is elmaradjanak a lues tünetei. 3. Szükséges, hogy a kezelést oly készítménnyel végezzük, mely egy erélyes kúra követelményeinek megfelel. E célból leginkább

szóba jöhetnek a hydrargyr. salicylicumnak vagy a 40/0-os szürkeolajnak injectiói, szintúgy a jól végzett bedörzsölő kúra. A szürkeolajnak előnye a hydrargyr. salicylicum fölött abban rejlik, hogy kevésbé fájdalmas és nagyobb adagokban adható. 4. A kezelés a szerző fölfogása szerint intermittáló legyen. Rendesen úgy végezteti, hogy az első kúra 10 injectióból, illetőleg a megfelelő számú kenésből áll. A második kúra 2—2½ havi pausa után ismét 8—10 injectióból vagy kenőkúrából áll. A betegség első évének vége felé végzi a beteg a harmadik kúrát. 5. A kezelés annál jobb eredményt nyújt, mennél korábban indítjuk meg a kúrát s mennél erélyesebben hajtjuk végre. 6. Az intermittáló típusú kúrának egyes mozzanatai mindig a beteg subjectív állapotától és a pontos klinikai észlelés eredményétől függenek. A klinikai észlelés támogatásul a szerző a serodiagnostikát is ajánlja. 7. Azok az esetek, a melyek az erélyes abortív kezelés ellenére lueses tüneteket produkálnak, általában enyhe lefolyásúak. Az enyhe recidivák rendesen a száj nyálkahártyáján nyilvánulnak. Beismeri azonban a szerző azt is, hogy esetei között akadnak olyanok is, a melyekben a lues-tünetek a kezelést hamarosan, szinte nyomon követik s ezek ilyenkor meglehetősen makacsok a Hg-kezeléssel szemben. 8. Észlelhetők oly lues-esetek, a melyek azt a benyomást keltik, hogy a vírus egy secundaer góczból tör a vérbe, a mi azután a vírusnak újabb disseminációját okozza a szervezetben. Thalmann ezt az észleletet főleg oly esetekben tette, a melyek abortív kezelésnek voltak alávetve. Ő az ilyen metastasisos góczot, mely tehát egy újabb általános infectiónak a kiindulása, „solitaer-secundaer affectusnak” nevezi. A szerző ily lefolyást egy ízben észlelt. 9. A syphilisnek abortív kezelése olykor azt eredményezi, hogy a bőr-és nyálkahártyasyphilidek tökéletesen elmaradnak, a mi azt a látszatot kelti, hogy a beteg a syphilisből teljesen gyógyult. Bizonyos azonban, hogy az abortív kezelésről végleges bírálatot még nem lehet mondani, mert az értéke csak sok éves tapasztalás nyomán fog kiderülni. 10. A szerző végül maga is kijelenti, hogy a kezelés sok nehézségbe ütközik, főleg a mi a kivihetőségét illeti. Nagy pontosság a beteg részéről, gondos és tartós észlelés az orvos részéről a főkéllékei ennek a kezelésmódnak. Nyilvánvaló ebből, hogy az abortív kezelés csak válogatott esetekben vihető ki. (Verhandlungen d. Deutschen dermatologischen Gesellschaft. X. Kongress. 1908.)

Guszmán.

Fülörvostan.

A nervus abducens hűdése otitis mellett. Gradenigo (Turin) egy szerinte tipusos kórképet ír le, mely heveny genyes középfülgyulladás mellett a megbetegedett oldal temporális és parietális tájékán székelő intenzív fejfájással, és ugyanazon oldali abducens-bénulással jár. Ez a kórkép csak kivételesen fordul elő az idült genyes középfülgyulladások exacerbatiója alkalmával. Az eseteknek mintegy felében a trigeminus, az oculomotorius és az agyhártyák izgatottsága is megvan. Néha szövődményképen mastoiditis és a sinus sigmoidalisra korlátozott extradurális folyamat is támad.

Rendesen teljes a gyógyulás, csak ritkán halálos a kimenetel, diffus genyes leptomeningitis tünetei között. A folyamat abban áll, hogy a dobüregbeli genyes fertőzés a tuba körüli pneumatikus üregek és a canalis caroticus körüli üregek útján tovább, a pyramis hegyéig terjed. Az abducens a dura materből épen a pyramis csúcsánál lép ki és mindjárt a kilépés helyén vonatik a gyulladás körébe. Tehát a pyramis csúcsára szorító és csontlob van jelen, ezen helynek megfelelő körülírt pachymeningitissel együtt. Az extradurális localisatiója a bajnak jóindulatúvá teszi. Egyes esetekben azonban körülírt savós vagy esetleg diffus genyes leptomeningitis támadhat.

Nem minden genyes középfülgyulladás kapcsán keletkező abducenshűdés tartozik a leírt kórképhez, mert bizonyos formái különböző kóros állapotoktól származhatnak. Közöttük leggyakoribbak a mély fekvésű extradurális tályogok a pyramis felső szélénél, a melyek a pyramis csúcsa felé terjednek; továbbá a halántékesont pneumatikus részének diffus osteomyelitises folyamatai, melyek a sziklaesont hegyét eléri. Ezen esetek természetesen nem tartoznak ide és így a prognózisuk is más. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, LVI. kötet, 4. füzet.)

Udvarhelyi dr.

Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

Az extractum digitalis depuratum (digipuratum Knoll) Müller szerint, a ki a heidelbergi belklinika végezte vizsgálatait, nagyon jó eredménnyel használható mindazon esetekben, a melyekben a digitalis javalt. Előnye, hogy állandóan egyforma a hatása, mérgező tüneteket sokkal kevésbé okoz, úgy hogy erőlyes digitalis-kúrák végezhetők bélzavarok nélkül. Adható poralakban vagy tablettákban ugyanakkora adagban, mint a digitalis. A tabletták egyenként 0.1 gramm digipuratumot tartalmaznak. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 51. szám.)

A sabrominról Eulenburg tanár eddigi tapasztalatai alapján nagyon dicsőően nyilatkozik. Epilepsia eseteiben félakkora adagokkal ugyanolyan, sőt nagyobb palliatív hatást sikerült elérni, mint bromalkáliakkal. Néhány esetben a sabromin használata mellett elég tetemes súlygyarapodást is észlelt. Nagyon jó hatásának bizonyult ez a szer nagyfokú psychés lehangoltság, ideges álmatlanság és sexuales neurasthenia néhány esetében. (Medizinische Klinik, 1908. 45. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 6. szám. *Moravcsik Ernő Emil*: Aetiologiák és therapiák irányelvei a pszichiatriában. *Szántó Manó*: A fogómtétről a gyakorlatban.

Orvosok lapja, 1909. 6. szám. *Barabás József*: Vizeletvizsgálatok 310 bujakkóros betegnél a nephritis syphilitica acutát illetőleg. *Szántó Manó*: Újabb gyógyszerek.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 5. szám. *Okolicsányi-Kuthy Dezső*: A tüdőgümőkór physikai diagnostikájáról.

Vegyes hírek.

Az országos közegészségügyi tanács rendkívüli tagjává nevezte ki a belügyminister a következőket: *Klász Pál* dr. ministeri titkár, *Konrád Jenő* dr. elmeorvosintézet igazgató, *Lechner Károly* dr. egyetemi tanár, *Osváth Albert* dr. rendőrorvos, *Rátz István* dr. állatorvosi főiskolai tanár, *Thiem József* dr. apatini járásorvos és *Lenk Gusztáv* dr. Jász-Nagy-Kun-Szolnokmegye főorvosa.

Németh Ödön dr. törvényszéki orvost az igazságügyminister az igazságügyi országos megfigyelő- és elmeorvosintézet vezetésével bízta meg.

Kinevezés. *Hinrichs Sándor* dr.-t a sárvári, *Trankovits Sándor* dr.-t pedig a halmágyi járás orvosává nevezték ki. — *Milhofer Ignác* dr.-t a szolnoki folyamtermérséghez orvosossá nevezték ki.

Választás. *Szauer Károly* dr.-t Szilbereken községi orvosossá választották.

Budapest székesfőváros közkórházainak 1907. évi évkönyve 437 nagy lapra terjedő kötet alakjában a megszokott gondos összeállításban néhány héttel ezelőtt hagyta el a sajtót. A kötet, mint már évek óta, nem csupán a száraz statisztikai adatokat öleli fel, hanem nagyszámú tudományos értekezést is tartalmaz, bizonyosságul azon élénk tudományos életnek, a mely a székesfővárosi közkórházakban honol. Az értekezések címe a következő: *Pertik Ottó* és *Makai Endre*: A szt. Rókus-kórház boncolási anyaga az 1907. évben. *Gerlőczy Zsigmond*: A szt. László-kórházban 1907-ben serumenterapiával elért eredmények differenciájáról. *Generich Antal*: Érdekesebb esetek a szt. István-kórház 1907. évi boncolási anyagából. *Haberern J. Pál*: Urogenitalis zavarok esigolyatörés után. *Donath Gyula*: A chloreaemia értéke az epilepsia gyógyításában. *Prochnov József*: A X. orvosi osztályon végzett sérvműtétekről. *Preisich Kornél*: Rubeola. *Krausz Jenő*: A heveny sublimat-mérgezésről 46 eset kapcsán. *Mezey János*: A garatizmok hűdésének ismeretlen okból származó s fuladási halállal járó esete. *Balás Dezső*: Toxikus jelenségek multiplex májhectinococcus kapcsán. *Balás Dezső* és *Török Ödön*: A ductus cholechochus elsődleges rákja 23 éves egyénen. *Mihákovics Elemér*: Császármetszés az anya halála után. *Roller Henrik*: Volvulus hebstectomia után. *Schönheim Lajos*: 1. Spontan fellépett tejelválasztás esete. 2. Recidiváló mellhártyaizsaszámány esete. 3. Cirrhosis hepatis érdekesebb esete. *Brezovszky Emil*: Carbunculus utánzó heveny malleus esete. *Fleischmann László*: A középfülregek teljes felvételének indicációjáról. *Gebhardt Ferencz*: 1. A gümőkór diagnózis a conjunctiva-reactióval. 2. A Pirquet-Detre-féle cutanreactióról. 3. Tuberculinhasználati módszerünk a bejáróbeteg-rendelésén. *Marsovszky Pál*: Érdekesebb esetek a régi szt. János-kórház vegyes osztályáról.

Orvos-internatusok felállítása iránt indult meg hazánk több helyén a mozgalom. Internatusokat akarnak állítani, a melyekben a kevésbé módos orvosok gyermekei ingyen vagy csekély fizetésért kellő iskolai neveltetésben részesüljenek. Az ilyen internatusok mindenestre egyik legnagyobb gondjunktól: a gyermekek iskoláztatásának anyagi oldalától szabadítanak meg az anyagiakban többnyire ugyancsak nem bővelkedő vidéki orvosainkat, a kik nagyon is rászolgálnak arra, hogy a nagyközönség ezen mozgalmukat a legmelegebben pártolja.

Az 1909 május hó 23.-án Rómában tartandó üzemi balesetügyi nemzetközi orvos-congressus magyarországi bizottsága 1909 február

hó 10.-én délután 6 órakor tartotta alakuló ülését. A magyarországi bizottság elnökévé *Dollinger Gyula* egyetemi tanárt, titkárává *Friedrich Vilmos* egyetemi magántanárt választották meg egyhangúlag. A congressuson a következő kérdéseket fogják tárgyalni. 1. A baleseti sérülések következményeinek ápolására és ellenőrzésére vonatkozó orvosi és sebészeti szolgálat szervezése. 2. A törvényszéki orvosi szolgálat szervezése balesetekben és a véleményezést irányító elvek. 3. Ab aletesi neurosisok megállapítása és ezek kórjósolata. 4. A munkás munkaképességének megállapítása a baleset előtt és után: a) a munkaképesség megállapítására szolgáló vizsgálati módszerek, b) a baleset előtti állapot fontossága (hajlamosság, előző betegségek stb.), c) anthropologiai és sociologiai kriteriumok (népfaj, kor, nem, büntethetőség stb.), d) a baleset mikéntjének és módjának befolyása (eljárás, kifogásolás, vitás ügyek). 5. Milyen befolyásai vannak a kártalanítási módoknak a sérülés utáni idegbetegségek kifejlődésére. 6. Statistikai bizonyítékok — orvosi szempontokból — a törvénynek a balesetekre vonatkozó alkalmazása kapcsán. 7. A sérült testrészek (végtagok) funkciós alkalmazkodása. Az itt felsorolt tárgyakon kívül a baleseti ügyekre vonatkozó bármely tárgyat felölő előadás is bejelenthető. Mindazon kartársak, a kik a magyarországi bizottságban még részt akarnak venni, vagy egyes előadások tartására vállalkoznak, szíveskedjenek a bizottság titkárával, *Friedrich Vilmos* egyetemi magántanárval jelentkezni.

Meghalt. *Steinauer János* dr. 31 éves korában vörhenyben Girálton. — *Miklós Mór* dr. korompai vasgyári orvos. — *F. Lagrange* dr. ismert orthopaed Párisban, 63 éves korában. Az itt felsorolt élénk irodalmi működést fejtett ki. Legismertebb munkája 1903-ban megjelent 3 kötetes műve a szívbetegségek gyógyításáról testgyakorlat és mozgás útján.

Kiseb hírek külföldről. Münchenben január 18.-án nyílt meg az új szemklinika, melynek igazgatója *Eversbusch* tanár. — Két ismert physiologus töltötte be legutóbb 70. évét: *Munk* tanár Berlinben és *Kronecker* tanár Bernben. — Lausanne-ban *S. Eperon* dr.-t a szemészet rendkívüli tanárává nevezték ki. — Idegkörtani társulat alakult Svájcban. Elnöke *Monakow* tanár Zürichben. — *Kitasato* tanárt, az ismert tokiói bakteriologust a londoni Royal Society dísztagjává választotta. — *Ramón y Cajal* tanárt, a világhírű madridi histologust, szenátorrá nevezték ki. — A párisi egyetemen a Joffroy tanár halálával megüresedett elmekörtani tanszéket *Gilbert Ballet* tanárral töltötték be, a ki eddig az orvostörténelmet adta elő. — A Strümpell tanárnak Bécsbe költözésével megüresedett boroszlói belorvostani tanszékre *O. Minkowski* tanárt hívták meg Greifswaldból, a ki a meghívást elfogadta. — *Flügge* tanár utódja a boroszlói közegészségügyi tanszéken *R. Pfeiffer* könyvszerző tanár lesz. — *H. Beitzke* magántanár (kórboncolóstan) Berlinben a tanári, *H. Sechla* magántanár (gyermekorvostan) Prágában a rendkívüli tanári címet kapta.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium” Magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitiűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kiváratra prospektus.

LIGETSANATORIUM Budapest, VI., Nagy János-utca 47. szám. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnosztikus, physikotherapiás sanatorium. — Igazgató: **Dr. Jakab László.** Megnyílik 1909 augusztus havában.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézet. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógy módok. **Kopits Jenő dr.** testgyógyintézetét VIII., Gyöngyúti-utca 14. sz. alá (Rókus-kórház közelében) helyezte át.

CIRKVENICA THERAPIA-Sanatorium a magyar tengerparton. Berendezve az összes gyógyító eljárásokra. Modern kényelem. 120 szoba. Vezető orvos: **Dr. GROÓ BÉLA.**

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

Széchenyi-telepi sanatorium az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál. Igazgató-főorvos **Schnier György** dr. Felvétetnek ideg- és kedélybeteg, neurastheniás, hysteriás, kimerülési esetek, alkoholisták, morfinisták. — Sürgöny: Budapest. — Posta: Budapest, Széchenyi-telep. — Telefon 79-72. — Prospectus. 6318

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

Reiniger, Gebbert & Schall Budapest, VIII., Rákóczi-út 19. szám. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

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.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK fürdőkhöz.
:: LÁPSÓ :: száraz kivonat ládákban a 1 kiló
LÁPLÚG folyékony kivonat üvegekben a 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (IV. rendes tudományos ülés 1909 január 30.-án.) 142. l. — Közkórházi Orvostársulat. (XIV. bemutató szakülés 1908 december 16.-án.) (Vége.) 145. l. — Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai. (I. előadás 1909 január 25.-én. 145. l. — II. előadás 1909 február 1.-én. 145. l. — III. előadás 1909 február 8.-án.) 146. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (VII. ülés 1908 november 26.-án.) 146. l. — Személyek külföldi tudományos társulatok üléseiből. 147. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(IV. rendes tudományos ülés 1909 január 30.-án.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyző: Entz Béla.

Az orvos és orvos-szakértő szerepe a balesetbiztosítás körül.

Friedrich Vilmos: Az ipar fejlődése számos elkerülhető vagy elkerülhetetlen üzemi baleset okozója. Tudományos szempontból az üzemi baleset az emberi testnek azon károsodása, a mely erőművi, vegyi, hő vagy villamos hatásra hirtelen beáll. Biztosítási szempontból baleset alatt értendő a testi vagy szellemi egészség azon károsodása, a mely egy hirtelen, azaz időbelileg meghatározható, viszonylagosan rövid időszakon belül beálló rendkívüli eseményre vezethető vissza, a mely esemény közvetlenül vagy esetleg következményeiben halálra vagy a biztosított egészségének károsodására vezetett.

Az 1907. évi XIX. t.-cz. szerint a balesetbiztosítás célja annak a kárnak megtérítése, melyet a biztosított személyt ért üzemi baleset folytán bekövetkezett testi sérülés vagy halál okozott. A biztosított alkalmazott a szolgálat közben beálló oly baleset esetére is biztosítottnak tekintetik, melyet a munkaadó vagy ennek megbízottja rendeletére az üzem érdekében bárhol végez.

Az orvosi véleménynek feladata a szenvedett baleset s a bekövetkezett sérülés milyenségének, a baleset és sérülés egymással való összefüggésének, valamint a munkaképesség-csökkenés mérvének megállapítása, míg a jogi szempontokat az arra illetékes bíróságok ítélik meg.

Az első vizsgálatot teljesítő, valamint az első segélyt nyújtó orvos szakértői munkát végez ép úgy, mint az az orvos, a ki a sérültet a gyógytartam bármely mozzanatában kezelte. Az első segélyt nyújtó orvosnak a véleményezésre előírt, pontokba foglalt nyomtatvány áll rendelkezésre. A szakértői bizonyítvány, mely egyenértékű az orvosi lelettel, tartalmazza a személyi adatokon kívül a sérülés kezdetén talált állapotot, a diagnózist, a kezelés tartamát és mibenlétét, a kezelés befejeztekor talált állapotot s végül a munkaképesség csökkenését $\frac{0}{100}$ -ban kifejezve. E $\frac{0}{100}$ -os meghatározások azon üzemi balesetekből eredő utókövetkezményekre vonatkoznak, melyekben előre láthatólag állandó munkaképesség-csökkenés marad vissza. A midőn a gyógykezelés befejezte után a munkaképesség csökkenése olyan, a mely miatt az illető dolgozhat ugyan, de csökkentebb erővel és munkaképességgel, vagy a midőn várható, hogy munkával s munka közben állapota javulni fog, átmeneti, időleges vagy megszokásinak nevezett járadék állapítandó meg. Az állandó járadék a sérültet megillető teljes járadéknak azon hányada, mely az elveszett munkaképességnek aránylagosan megfelel.

A baleseti sérültet az orvos első segélyben részesíti, s köteles egyszersmind a baleseti bejelentésnek megfelelő pontjait is kitölteni; a hatóság elrendelte helyszíni szemlénél szakértőként szerepel s véleményt nyilvánít, történt-e mulasztás a sérült vagy munkaadója részéről, megfelelő óvintézkedésekkel elhárítható lett volna-e a baleset? A sérültet a kezelés tartama alatt rendszeresen gyógykezelik, a kezelés befejeztekor megállapítja az akkor fennálló munkaképesség-csökkenés százalékát, beküldi az ezen adatokat tartalmazó baleseti orvosi jelentést, a melyen felsorolja az esetleg szükséges utókezelési módokat is.

Az egyes adatokat tartalmazó végbizonyítvány beérkezte után az illetékes kerületi munkásbiztosító pénztár főorvosa vagy bizalmi orvosa felülvizsgálja a sérültet, a mennyiben további kezelésre — a munkaképesség javítása céljából — szükség nincsen, a rendelkezésre bocsátott iratok áttanulmányozása után megszerkeszti szakértői véleményét s ezt a pénztár igazgatósága elé terjeszti. Ha állandó járadékot állapított meg, akkor a javaslatot a pénztár igazgatósága az Országos Munkásbetegsegélyező és Balesetbiztosító

Pénztár igazgatósága elé terjeszti, a mely szakértőinek meghallgatása után azt vagy helyben hagyja, vagy megváltoztatja. A járadék megállapítása ellen a sérült felelhet a munkásbiztosítási választott bírósághoz, e bíróság döntése ellen pedig a m. kir. állami biztosítási hivatalhoz. Az egész eljárásnak tehát az orvosi vélemény az alapja. E vélemény alapján ítélik a laikusokból álló igazgatóság; a választott bíróság elnöke az egyes ügyek tárgyalásához a megfelelő orvosi szakma szerint orvos-szakértőt vagy szakértőket hívhat meg; szakértő azonban pénztári orvos nem lehet. Felelbezés esetén a m. kir. állami munkásbiztosító hivatal bírói osztálya dönt végérvényesen. Ezen bírói osztálynak tanácsadó szerve kellene, hogy legyen az e célra szervezett orvosi tanács, a mely egy orvosszakértő referátuma alapján ötös orvosi tanácsban intézi el a hozzá utalt ügyeket.

A baleseti vélemény minden egyes pontja fontos, ennél fogva mindenkor körültekintő pontossággal veendő föl a kórelőzmény s a beteg bemondásai gondosan összehasonlíthatók a csatolt iratokkal. A véleménynek ezenfelül tárgyilagosságnak kell lenni, végső fejezete pedig tartalmazza, vajjon a munkaképesség-csökkenés állandó-e, s ha nem, mennyi időn át maradhat egyazon magasságon. A szakértő orvosnak az időleges járadék lejártá napján a sérültet újból meg kell vizsgálnia s meg kell állapítania a viszonyok változását: lecsökkent, emelkedő vagy állandósítandó, esetleg megszüntetendő-e az eddigi járadék. Cél szerű, ha a biztosító pénztár az állandó járadékot élvezőt nagyobb időközökben ép az imént felsorolt okok miatt újból megvizsgáltatja szakértőjével.

A szakértői vélemény megalkotása nagy nehézségekbe ütközik szinlelés és aggravalás esetén. Az aggravalatio nálunk máris az eseteknek nagy számában fordul elő s talán egy év múlva a túlzók száma még lényegesen emelkedni fog. A sérülés utáni túlzásokat beható vizsgálat segélyével néha könnyű lelelezni, de gyakran csak ismételt vizsgálatok vagy hosszabb ideig tartó megfigyelések után nyilatkozhatunk. Sokszor nehéz feladat előtt áll a szakértő, a mikor a vizsgált egyén az egyes tüneteket szinleli; ily szinlelőkből, ha nem leplezik le őket, quaerulansok lesznek s oly bonyolódott kórképet nyújtanak, hogy a bíróságok csakis több orvos alapos megfigyelése után ítélezhethetnek. Az előadók számos ily esetet sorol fel, melyek igazolják, hogy mily nehéz a szinlelők és aggravalók lelelezése.

Gyakorta nehéz feladatot ró a szakértőre annak a megállapítása, hogy van-e összefüggés a beállott halálozás és az elszennvedett baleset között; több példával magyarázza a nehézségeket és leküzdésük módját, majd áttér a balesetek okozta belső megbetegedésekre. Táblázaton mutatja be az ily esetek számának viszonyát a balesetek okozta egyéb megbetegedésekhez. Számos eset és szakértői vélemény ismertetésével világít be az előadó e kérdések homályába. Előadásának végkövetkeztetése, hogy minden orvosnak kötelessége e kérdésekkel foglalkozni s utánolvasással, szakértői vélemények tanulmányozásával a kellő szaktudást elsajátítani, mivel e kérdéseket ismerve, az orvos fontos szociális és humánus tevékenységet fejthet ki.

A balesetbiztosítási intézmény kilátásairól és a baleseti idegbántalmakról.

Ferenczi Sándor: Az 1907. XIX. törvényezik igen nagy haladást jelent Magyarország szociális életében, főleg a balesetbiztosítás kötelezővé tétele folytán. Ezt a szociális intézményt mindeddig a törvényszékeknek és felelbezési fórumainak társadalmi érke és humanizmusa volt hivatva pótolni, és alkalmam lévén több éven át active közreműködni a bíróság ily természetű jogszolgáltatásában, módomban van kritikát gyakorolni a letűnt kor tényei és a most kezdődőnek kilátásai felett, úgy általánosságban, mint különösen az ideg- és elmebetegségek szempontjából.

A bíróságok nagy jóindulattal védték a munkások érdekét; a munkásban a gazdaságilag gyengébbet látván, ügyét a nélkül,

hogy a tárgyilagosság ellen vétettek volna, in dubio mitius ítélték meg és főleg az úgynevezett veszélyes üzemekben az alperesre, a munkaadóra hárították a bizonyítás terhet, vagyis a munkaadónak kellett bizonyítania, hogy a munkás hibájából következett be a sérülés s ha ez a bizonyítás nem sikerült neki, a pert elvesztette. Nagyon humánus volt a bíróság eljárása a kártérítési összegek megállapításában is, és az ezen ítéletektől érzékenyen érintett munkaadók épen e miatt sürgették már régóta a kötelező biztosítást, mely állandó megterhelést jelent ugyan a gyárosokra nézve, de megkíméli őket az egyes balesetek után eddig fizetett, gyakran igen nagy összegre rugó kártérítési és perköltségektől. A munkásra nézve az új törvény igen nagy előny, mert kártérítést kap minden üzemi balesetért és a balesetbiztosítási díj kizárólag a munkaadót terheli. Hogy az egyes esetekben a munkás jobban fog-e járni az új törvény révén, az a törvény alkalmazásmódjától függ. Egy hátránya az új törvénynek azonban már is kétségtelen a bíróságok gyakorlatával szemben. Eddig teljes kártérítést kapott a munkás, vagyis megkapta évi járadék alakjában a baleset előtti és utáni keresetének különbözetét. Ezentúl — ritka kivételektől eltekintve — csak 60%-át térítik meg az elszenvedett kárnak, tehát a ki keresetének 100%-át veszíti el baleset folytán, most csak 60%-át kapja kártérítés gyanánt, míg azelőtt az egészet megkapta. Továbbá a kártérítésnek van most felső határa: évi 2400 korona, eddig ez nem volt. A munkaképesség mérvének megállapítása többnyire három orvosra volt bízva, kik közül egyet-egyet a felek, egyet pedig a törvényszék nevezett meg. Voltak ugyan esetek, a melyekben egyes orvosok a letett pártatlan eskü daczára minden áron a felük érdekének ügyvédjeként próbáltak szerepelni, de az esetek túlnyomó számában sikerült egyhangúlag méltányos megállapodásra jutni, főleg a törvényszék szakértőjének közvetítő ténykedése segítségével. Remélhető, hogy ez a méltányosság az új törvény végrehajtásakor is uralkodó marad, hogy a pénztár orvosai nem fogják a fiskális érdek túlzott előtérbe tolásával a segílyt kereső munkás jogát túlalacsony százalék megállapításával megnyirbálni. Másrészt ép oly nagy hiba volna, ha a másik irányban mennének túlzásba, és úgy gondolkozva, hogy a pénztár az állam vagyona, tehát fizethet, annak a rovására gyakorolnának jótékonytságot. A törvény intenióinak az a pénztári orvos felel meg, a ki egyes-egyedül benső meggyőződésére alapítja véleményét. Persze a meggyőződésen kívül tudásra és gyakorlatra is van szükség, de ezt a jövő meghozhatja. Kétségtelen ugyan, hogy az átmeneti időben, míg a gyakorlott törvényszéki szakértők helyett az e téren egyelőre tapasztalatlan pénztári orvosok adnak szakértői véleményt, tévedések, s az ezeken alapuló helytelen járadék-megállapítások nem lesznek elkerülhetők. De idővel, ha a pénztár-orvosi kar lelkiismeretesen teljesíti e nehéz, de nem érdektelen feladatát, remélhetőleg a pénztári orvosok ép oly helyesen fognak e téren működni, mint mostanáig a törvényszékek orvosai. Fő, hogy minden befolyástól menten egyedül tudományos és gyakorlati ismereteikre alapítsák a véleményüket.

A régi törvényszéki balesetügyi pervitelnek legnagyobb hátránya volt a per hosszú tartama. Négy, hat, sőt nyolc éves baleseti per nem tartozott a ritkaságok közé. És ez az a pont, a hol ráterhetek annak a megállapítására, hogy az új eljárás, ha a hozzáfűzött várakozásnak megfelel, és az ügyeket az eddiginél sokkal gyorsabb tempóban intézi el, főleg az idegbetegek szempontjából valóságos jótétemény lesz. A hosszú pervitel egy új faját teremtette meg a neurosisoknak: a járadék-mániát. A perlekedő munkás, csak hogy minél nagyobb kártérítéshez jusson, többnyire abbahagyja a munkát, munkaképtelennek mondván magát. Ha a pere soká húzódik, valóságos autosuggestio hatása alá kerül, csakugyan elveszti munkaképességét és minden komolyabb testi sérülés vagy betegség nélkül is valóságos nyomorékja lesz a pereskedésnek, elhanyagolja családját, nem érdeklődik mestersége iránt és egész figyelmét a per köti le. Ha azután a per évek mulva részére kedvezőtlenül dől el, sokszor csak nehezen, vagy egyáltalában nem tud már a régi kerékvágásba visszazökkenni és elzúllik. Különösen állítható ez az úgynevezett traumás neurosis eseteiről, a melyekben az ilyen autosuggestio jelentékenyen hozzájárul a tünetek fokozásához. Feltűnő dolog például, hogy a különféle sportok üzése közben bekövetkezett balesetek után vajmi ritkán keletkezik traumás neurosis, míg az üzemi balesetek után ez a következmény igen

nagy s még egyre növekvő százalékban jelentkezik. Sajátságos conflictust teremt a traumás neurosis eseteinek megítélésekor a gyógyítási és kártérítési szempont összeütközése. Ha valakit baleset ér és az orvosa nyíltan közli vele, hogy traumás neurosisban szenved, a beteg csakhamar informálja magát ezen baj esetleges következményei és ennek jogi következményei felől, s javíthatatlan hypochondria áldozatává esik. Ha viszont elhallgatja a teljes valóságot, nem jár el őszintén és ezzel esetleg károsítja a sérültet. E controverziából nem a végleges megállapításkor szereplő szakértő, hanem a kezelőorvos tapintatos magatartása teremti csak meg a kivezető utat. Ha a pénztári és gyakorlóorvosok tudatában lesznek annak, hogy milyen óriási súlylyal nehezedik a balesetet szenvedett ember egész egyéniségének további alakulására azon orvosok kijelentése, a kikkel a baleset után közvetlenül mint kezelő orvosokkal jut a sérült érintkezésbe, remélhetőleg nem fog oly sokszor ismétlődni a ma még oly gyakori eset, hogy a kezelőorvos meggondolatlan kijelentései hintik el magvát a későbbi járadékkereseti mániának. Két dolgot nem szabad azonban figyelmen kívül hagyni: az egyik az, hogy csakugyan vannak súlyos traumás neurosisok, melyek függetlenül a nyereszkedési vágytól munkaképtelenné teszik a balesetet elszenvedett egyént, a másik pedig az, hogy neurosisra való nagy hajlamosság esetén aránylag jelentéktelen sérülés is kiválthatja a kezelőorvos minden tapintatossága mellett is a trauma utáni ideges megbetegedést. Hogy miben áll ezen hajlamosság lényege, arról még keveset tudunk. Az ily esetekben szerzett psychoanalytikai tapasztalataim a mellett szólnak, hogy az öröklési terheltég mellett a szerzett hajlamosság esetei is előfordulnak, a mikor megelőző és talán rég elfelejtett psychotraumák rendelkeznek az illető egyént arra, hogy az aktuális balesetre túlzottan, vagyis egyszerű megijedés helyett chronikus idegbetegséggel reagáljon.

Óvakodnia kell a szakértőnek attól is, hogy egyes, még oly általánosan elterjedt orvosi teoriákra, ha általános érvényességükhöz csak a legkisebb kétség is fér, alapítsák szakértői véleményüket. Bármily sok érv alapján vallom is például a magam részéről, hogy a paralysis progressiva és a lues egymással oki összefüggésben áll, e hitem nem akadályozott abban, hogy adott esetben a trauma és a paralysis közti összefüggés lehetőségét megengedjem. Ha másképp nem, mint kiváltó okot akkor is el lehet ismerni a balesetet, ha a bántalom alapján más okokra vezethető vissza. Az idegbetegségek színlelése vagy szándékos aggravalása szintén gyakori dolog balesetek után. A szakkönyvekben részletezett leleplezés-módok az egyes esetekben többnyire felmondják a szolgálatot; ilyenkor — mint Schmidtman helyesen jegyzi meg — nem marad más, mint hogy a sérült egyén ravaszágát a magunkéval összemérjük. Mondhatom, nem kellemes feladat. Mert vajmi ritkán árulja el magát a balesetet elszenvedett ember elég naivul úgy, mint az a baleseti felperesem, a ki noha a rendelő szobában bot nélkül mozdulni is alig tudott, távozásakor zavarában nálam felejtette a támasztékát. Végigtekintve a multak tapasztalataim, a jövő kilátásai csak akkor látszanak kecsesgetőnek, ha a pénztári baleseti ügyvitel megtartja a törvényszékek humánus és igazságos gyakorlatát, de annak egyetlen nagy hibája, a lassúság nélkül.

A balesetbiztosítási törvény idegorvosi szempontból.

Sarbo Artur: A balesetbiztosítási törvény behozatala talán az idegkórtani disciplinára rója a legnehezebb feladatot, mert egyrészt a legfogósabb kérdések megfejtése elé állítja az idegorvost, másrészt maga a törvény, mint azt Németországban láttuk, egy sajátos idegrendszer-zavarnak lett a szülője, tudniillik az úgynevezett traumás neurosisnak. Már az 1904. évi országos elmeorvosi értekezleten utaltam arra, hogy a külerőszaki behatások után észlelhető funkciós idegrendszeri bántalmak az életbeléptetendő törvény folytán nálunk is fel fognak szaporodni. Az eddigi tapasztalatok is igazolják, hogy ez valóban már be is következett.

Tekintettel erre, első sorban is ezen úgynevezett traumás neurosisokra hívom fel a kartársak figyelmét.

Ha kutatjuk e bántalmak okát, azt a következőkben találhatjuk meg. A törvény ismeretének terjedésével a munkásság körében azon felfogás terjedt el, hogy bármilyen baleset után kártérítés jár és ebből kifejlődik a „fájdalomdíj“-nak fogalma. A mikor a munkás azt tapasztalja, hogy noha súlyos baleset érte, annak

teljes sebészi gyógyulása után kártérítést nem kap, míg az ugyanazon kórszobában fekvő társa kisebbfokú, de maradandó kárt okozó balesete folytán kap kártérítést, önkéntelenül is megkárosítva érzi magát és ezen sértett jogérzet által teremtett kedélyállapotában súlyosabbnak látja helyzetét. Esetleg meg is próbálja a munkát és észrevevén, hogy a rendes munkától való elszokása vagy esetleg szervezetének még gyengesége miatt a munka nem megy úgy, mint azelőtt, nincs elég lelki ereje, hogy egyes még meglévő kellemetlen szeszáczióit leküzdje, mert folyton fejében jár a kártérítés. Nem nyugszik bele orvosának biztató kijelentéseibe, hogy a munka meghozza a teljes gyógyulást, hanem hasonló sorsban levő társai által felvilágosítva arról, hogy az elsőfokú határozat ellen felelősségi jogával élhet, nem a munka újrafelvétele a gondja (sőt kerüli a munkát, nehogy szemére hányják, hogy tud dolgozni), hanem a véleménye szerint rajta elkövetett igazságtalanságnak jogorvoslatát keresi. A nélkülözések folytán testileg is leromlik, egész gondolat- és érdeklődéskörét perére irányítja, mely most már kényszerképzetévé vált.

Az egyik oka annak, hogy az ily állapot kifejlődjék, abban keresendő, hogy az orvos hasztalan világosítja fel a munkaadókat arról, hogy valaki csökkent munkaképességgel lehet és az ilyen számára könnyebb munkakörben való foglalkozás való; e felvilágosítás és kérelem mindig süket fülekre talál és így maguk a munkaadók járulnak hozzá, hogy munkásuk a fent leírt kálváriára kerül. A munkaadók azt a rideg álláspontot foglalják el, hogy vagy beteg valaki és akkor ne dolgozzék, vagy nem beteg és akkor teljes munkát kíván tőle. Megfelelnek arról, hogy ily eljárásukkal hozzájárulnak maguk is a traumás neurosisok kifejlődéséhez, és hogy azon állandó járadék, melyben az e fajta betegek részesülnek, az ő terhük.

Ezen bántalmak kifejlődését helyes intézkedésekkel meg tudjuk akadályozni. Mi orvosok az által, hogy a balesetek sebészi gyógykezelése idején ügyelünk az úgynevezett „ideges” tünetekre, ezekre való tekintetből a betegek előtt semmiféle rossz prognostikai kijelentéseket nem teszünk, igyekszünk már a sebészi kezelés alatt a beteg önbizalmát emelni. A sebészi gyógyulás bekövetkeztével az ily egyének mielőbb munkához szoktatandók. Ezért égető szükség a munkás-kórház, a mely berendezésével (foglalkoztató, Zander-intézet stb.) a munkához való szoktatást lehetővé teszi. A munkaadók részéről pedig az szükséges, hogy ily egyénektől ne kívánják azonnal a teljes munkát, hanem lássák be, hogy az ily egyéneknek újra lassan hozzá kell szokniok a munkához.

Orvosi szempontból az e fajta betegeket ne vizsgáljuk túlságos aprólékosan, mert ily vizsgálatainkkal magunk is hozzájárulunk a traumás neurosisok tüneteinek kifejlődéséhez. Ez nem jelenti azt, hogy azért alaposan ne vizsgáljunk.

A bántalmak többnyire subjektív tünetekből állanak. Az orvos egyéni tapasztalatára van sokszor bízva az, hogy e subjektív tüneteket elfogadja-e vagy sem, és e szempontból azt tapasztaljuk, hogy míg egyrészt egyik kártárs ily egyénekben mindig szinlelőt vagy aggravalót lát, addig a másik kritika nélkül valóan fogadja el a beteg bemondásait. Pedig a középben van az igazság. Az első orvos megelégedik az elébb kifejtett okokról, valamint arról, hogy orvosi tudásunk nem nyugszik oly biztos alapon, hogy ne tévedhetnénk. E szempontból utalok az utóbbi évek során a Röntgen-átvilágítás útján nyert azon tapasztalatokra, melyek szerint sok olyan baleset-sérült, aki csupán keresztáji és hátfájdalmakról panaszkodott, és a legszigorúbb orvosi vizsgálat sem tudott elváltozást kideríteni, a Röntgen-vizsgálat útján a keresztcsont repedése, csigolyák harántnyújtványainak letörése stb. volt kimutatható. Nyilván hasonló tapasztalatok alapján válik a másik orvos hiszékenyén, ugyanis azt tapasztalhatta, hogy volt oly beteg, a ki súlyos fejtraumát állott ki, alig számbavehető subjektív panaszai dacára felvette a munkát és jóval később az agyvelőtályog képe domborodott ki.

Ez reávezt azon igen fontos és gyakori dologra, hogy baleseti sérültek teljes jóhiszeműséggel hozzák valamely régi betegségüket a balesettel összefüggésbe, mert azóta jöttek régi bántalmuk tudatára. Ezen esetek megítélése egyike a legnehezebb orvosi feladatoknak. Általánosságban mondhatjuk, hogy tekintetbe veendők ilyenkor a baleset lefolyása, a közvetlen utána észlelhető

tünetek, az egyén baleset előtti egészségi állapotának ismerete, vagy ha az utóbbi nem puhatolható ki, annak szemmel tartása, hogy olyan-e a betegség, hogy a lefolyt baleset előidézhette vagy súlyosbíthatta. Az utóbbi esetben akkor is kártérítés illeti meg a sérültet, ha betegségét nem is közvetlenül a baleset okozta.

Láthatják ebből, hogy mily fontos annak az orvosnak a szerepe, a ki a baleset-sérültet közvetlen a baleset után látta és hogy az adatai döntő szereppel bírhatnak.

Végül még egy körülményre kívánok kitérni, mely az új biztosítási törvény folytán reánk orvosokra azt a köteleességet rója, hogy különös figyelmet fordítsunk a körélményi adatokra. Nekünk orvosoknak köteleességünk, már hivatásunknál fogva, a gyengébbnek a védelme. Ennélfogva igyekezzünk lehetőleg pontos körélményi adatokra szert tenni, különösen oly tünetesportozatok jelentkezésekor, melyekről tudjuk, hogy külerőszaki behatások következményei szoktak lenni. Hogy szavaimat érthetőbbé tegyem, engedjék meg, hogy az életből vett példát hozzak fel. A múlt évben egy munkásembert vizsgáltam meg, a kiről igen jártas szakorvos azt a véleményét adta, hogy az illető paralysis progressivában szenved. Az eset pontos megvizsgálása kiderítette, hogy sensorius aphasia volt jelen, a mely nagy vonásokban csakugyan hasonló tüneteket ad, mint a paralysis progressiva. A tünetek összességükben az abscessus cerebrire utaltak. Kutattam előzményi adatok után: fülbaja sohasem volt, sem egyéb oly megbetegedése, mely ezen bántalomra vezethetett volna; kiderült azonban, hogy három hó előtt egy kocsis súlyos vasajtaja csapódott bal falesontjára; az utólag bekért kezelőorvosi bizonyítvány szerint ezen baleset után agyrázkódás tünete volt jelen, melyek csakhamar elmúltak és az egyén munkába állott.

Az egyén néhány nappal vizsgálatom után meghalt. Felesége és négy gyermeke, minthogy az egyén halála ekként a baleset által okozott bántalomnak volt betudható, a kellő törvényes segélyben részesül, a melytől elesett volna, ha elmulasztottam volna a körélményi kipuhatolást.

Az új balesetbiztosítási törvény mindezek szerint az orvosi ténykedésekben sajátlagos új szempontokat teremtett, a melyek egészségünkben azon kötelezettséggel járnak, hogy az orvosi rend szociális kérdésekkel is behatóbban foglalkozzék és kivegye részét a social-hygiene terén.

Szembajok szinlelése és aggravalása balesetekkel kapcsolatban. A szembajok összefüggése balesetekkel.

Mohr Mihály: A szemorvos más szakokkal szemben azon szerencsés helyzetben van, hogy a szem munkaképességét számokban fejezheti ki: a centrális látást, a látóteret, a szemizmok működését, sőt a szín- és fényérzést is.

Szinlelés eddig alig fordult elő, de várható, hogy az 1907: XIX. t.-cz. hatása alatt lábra fog kapni.

A baleseteket vizsgáló és véleményező orvosnak jól kell ismernie tudományosan a szakmáját és nagy türelemmel és hidegvérrel kell bírnia. Főleg ezután a szülő a szinlelhető és aggravalható szembajokat. Fontosabb a szem funkcionális szinlelt gyengülése és a gyengülésnek aggravalása. Legfontosabb itt az objectiv vizsgálat, mely sokszor ad felvilágosítást olyan állapotokról, melyek a szinlelést egyenesen kizárják. Az objectiv és subjectiv szinlelést leleplező módszerek jelzése után főleg azt, hogy hysteriások is szinlelhetnek, de ezeken egyéb hysteriás stigmák is vannak és nem tekinthetők szinlelőknek. A szembajok összefüggése vagy össze nem függése balesetekkel néha igen nehéz. Mégis az anamnesis, a sérüléskor felvett látóteret kisegíthet a zavarból. Sokszor azonban úgy kell a szem állapotából rekonstruálni a sérülést és az összefüggést. Fontos az ép szemnek a vizsgálata is, mely esetleg felvilágosítást ad a másik szemre vonatkozólag.

Néha balesetet kell megállapítani az orvosnak, mikor a beteg alig emlékszik sérülésre. Ilyenkor szent kötelessége az orvosnak ezt a beteg érdekében érvényesíteni.

Végül néhány esetet említek, melyben a megbetegedés és a baleset összefüggésbe volt hozható, másfelől néhány olyant, melyben ezen összefüggés ki volt zárható.

Közkórházi Orvostársulat.

(XIV. bemutató szakülés 1908 december 16.-án.)

(Vége.)

Elnök: Weisz G. S. Jegyző: Körmöczy Emil.

Terhes méh okozta mechanikai bélelzáródás gastroenterostomia után.

Szili Jenő: A 32 éves nőn állandó gyomorpanaszai miatt 1905 augusztus 1.-én a Rókus-kórház I. seb. osztályán gastroenterostomia retrocolica post.-t (Murphy) végeztek. Sima gyógyulás után hat hétig jól érezte magát, majd újból visszatértek régi panaszai, sőt fokozódtak, főleg 1906 végén, terhessége idején; 1907 január 28.-án rendesen szült, de fájdalmai s hányása nem szüntek, s ezért 1907 július 4.-én Herczel tanár a gyomrot rögzítő odanövéseket oldotta (gastrolysis). Ezután igen jól érezte magát (36 kgm-ról 50 kgm-ra hizott), míg f. é. május hóban teherbe nem esett; ekkor újból hányni kezdett, folytonos gyomortáji fájdalmai voltak, melyek terhessége előrehaladtával még fokozódtak.

Felvételkor (f. é. okt. 5) az erősen leromlott beteg hasa nagyon puffadt, főleg a gyomortájék, s diffuse mérsékeltén érzékeny. A terhes méh fenéke a köldök felett két ujjnyira van. Normális hő mellett az érverés 120. Folytonos hányás, zöldes hányadék. Másnap (október 6.-án) beöntésre székletét, de szelek nem indulnak. Október 7.-én reggel egy ízben bélsárszagú hányadék. Az érverés 132.

Hasmetszés a középvonalban a köldök felett és alatt. A cseplesznek a gyomortól kiinduló heges feszes kötegei körülölelik s leszorítják a colon ascendens és a coecum kezdetét s e puffadt colonrész nyomja a vékonybeleket, melyek a terhes méh miatt nem térhetnek ki. A kötegeket felváltjuk illetve átvágjuk.

Műtét után az állapot javul, két napig kevesebbet hány a beteg, de október 9.-én újból megindul az erőltető hányás, mire a hasúri nyomás megszüntetése végett az uterust kiűritjük. Méhszájtágítás Bossi-dilatátorral 6 cm.-re, burok-repedés, a harántfekvő foetus egyik csomóját golyófógóval lehúzzuk s a hatodik hóban levő magzatot lassan extraháljuk. A lepény 15 perc múlva születik meg enyhe Credere. Méhür-mosás.

A méh kiürítése után a hányás teljesen megszűnt, a beteg lassanként összeszedte magát. A lefolyást tüdőlob s a hasseb által harmadának szétválása és abscedálása zavarta; azonkívül körülbelül öt héttel a műtét után a beteg régi adnex-tumori exacerbáltak, az ennek következtében keletkezett izmádány a medencében még tapintható.

Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai.

Elnök: Papp Samu. Jegyző: Mohr Mihály.

(I. előadás 1909 január 25.-én.)

Aetiologiás és therapiás irányelvek a pszichiatriában.

Moravcsik Ernő Emil: Történeti áttekintés után vázolta amaz átalakulást, a melyen a pszichia, különösen pedig az elmebetegségek lényegéről, aetiologiájáról és therapiájáról való felfogásunk főleg a bonczolástani, élettani, kísérletező kórtani és klinikai vizsgálatok eredményének alapján keresztülment. Kimutatta, hogy a tisztán psychés befolyásnak régebben csaknem kizárólagosnak tartott szerepe az újabb kutatások után háttérbe szorult s az elmebetegségek fontosabb endogen és exogen okainak tárgyalása után hangsúlyozta, hogy az öröklött és szerzett dispositionnak van legnagyobb jelentősége s a többi tényező legtöbbször csak alkalmi kiváltó mozzanat. Kiemelte továbbá, hogy az exogen okok között a syphilis és az alkohol foglalja el az első helyet. Az újabban végzett beható vizsgálatok eredményeként az aetiologiás alaphoz, a lefolyás minőségének, a terminális szak természetének közös vonása révén némely, főleg csak az egyes tünetek alapján különválasztott kórforma egygyé olvadt, másfelől más, eléggé nem tanulmányozott tágméretű kóralak több önálló részre bomlott. Ismertette a gyógyítás egyik fontos eszközét tevő elmeegógyító-intézetek építésének és berendezésének modern alapelveit s a

psychosisokat kedvezően befolyásoló tényezőit, valamint amaz eljárásokat, a melyeket a gyakorló orvosnak a házi kezelés alkalmával követnie célszerű.

Részletezi a prophylaxis, a praeventio, valamint a gyógyítás szempontjából szükséges teendőket. Kiemeli, hogy nagyobb fokú izgatottság, álmatlanság esetében legjobb szolgálatot teszi a protrahált, órákig, sőt szükség esetén egész napig is tartó langyos fürdő és a bepakolás. Károsnak mondja az altatószereknek sablonos és mértéktelen alkalmazását. Különös súlyt kíván helyezni a táplálkozás javítására, a roboráló és tonizáló eljárásra, valamint az egész szervezetnek pontos átkutatására, ellenőrzésére s az esetleg kimutatható somatikus bántalomnak kezelésére.

(II. előadás 1909. február 1.-én.)

A terjedő hűdéses elmezavar lefolyásmódjai.

Salgó Jakab: Az elmekórtani kórfarmak a szó szoros értelmében nem felelnek meg a „betegségek“ ismerettani fogalmának, mert a betegség, mint szintén szervi folyamat, nincsen kellőképpen körülírva a még oly típusos kórtünetek által. Szükséges még a kór-oknak pontos ismerete és a betegség lefolyásának meghatározása. Az elmekórtani kórfarmak, melyek általában ezen exigenciáknak nem felelnek meg és melyek azért folytonosan ingadoznak, inkább csak empirián megállapított tünetcsoportok, melyeknek kórtani értéke az egyéni tapasztalat terjedelmétől függ.

Ennek ellenére a terjedő hűdéses elmezavar kórképe több mint száz év óta jóformán változatlanul megállta helyét a pszichiatriában. És bármennyire változtak és változnak a fölfogások a betegség oki momentuma és kórbonczolástani magyarázata tekintetében, a paralysis diagnózisának biztossága az idők folyamán nem vesztett, hanem nyert.

A terjedő hűdéses elmezavart általánosságban chronikus lefolyású és halálos kimenetelű betegségnek ismerjük, melynek tünetcsoportját a szellemi erő fokozatos hanyatlása előrehaladó hűdésekkel kapcsolatban alkotja. Ezen lefolyás azonban nagy ingadozásokat mutat, melyeknek magyarázatát mai ismereteink alapján nem adhatjuk. Az egyik eltérő lefolyásmódja a francia szaktudományban ismertetett „paralysie foudroyante“, a peracut és rövid néhány heti lefolyás után halállal végződő hűdéses elmezavar, melynek diagnostizálása sok esetben igen nehéz, mert a tünetek viharos jelentkezése és fokozódása az amentia (hallucinatorius zavarodottság) legsúlyosabb eseteivel megtévesztő hasonlatosságot teremt.

A paralysis rendes, lassú lefolyását megrövidítik továbbá az intercurrents epileptiformis illetve apoplectiformis rohamok, melyek néha váratlanul, már a betegség bekezdő szakában is véget vethetnek a beteg életének. Viszont vannak paralysis-esetek, melyekben a betegség az átlag két esztendei tartamon túl jóval elhúzódik és 8—10 évig, sőt még tovább is eltart. Ezt a szokatlan hosszú lefolyást akkor látjuk, ha a betegség rendes progrediáló lezajlását egy vagy több, néha egy esztendeig is eltartó remissio szakítja meg, vagy pedig tapasztalatom szerint, ha a paralysis olyanokon fejlődik ki, a kik szellemi habitusuk által egész életükben feltűntek mint olyanok, a kik a rendesnél nagyobb, de rendezetlen, egyenetlen szellemi működést fejtettek ki, a kik állandóan fantasztikus tervezetők, nagyzólok, kalandos és túlzó tevékenységgel örökösen sürögnek-forognak, a kikre mint „originaer paralytikusok“—ra már a 80-as években tartott egyik előadásomban rámutattam. Ezek közül sokan kiváló produkálnak és kedvező külső körülmények között elmebetegségbe nem esnek, de káros külső behatások (alkohol, lues, szellemi túleröltetés) beálltával hosszabb lefolyású paralysis áldozatai lesznek. A legkritikább, de gyakorlatilag legfontosabb lefolyásmódja a hűdéses elmezavarnak a gyógyulás. Habár a tapasztalat azt bizonyítja, hogy a paralysis általában gyógyíthatatlan és halálos kimenetelű betegség, mégis találunk a szakirodalomban kétségtelen paralysis eseteket kétségtelen gyógyulással. Természetesen nem remissionáló esetekről van szó, a melyekben 1—2 éven belül a hűdéses elmezavar kiújul és rendes lefolyással befejeződik, hanem olyanokról, a melyekben a kórkép minden tünete visszafejlődik és az illetők 8—10 évig és még tovább is folytatják rendes foglalkozásukat és meg nem fogyott szellemi erővel állanak meg az életben.

Nem felel meg a tapasztalatnak a francia szerzőknek és különösen Baillangernak az a nézete, hogy a gyógyuló esetek a paralysis egy különös válfaját alkotják, és hogy meg lehet különböztetni a démence paralytique-et (hűdéses butaság), a mely nem gyógyul, a folie paralytique-től (hűdéses elmezavar), a mely gyógyul. Azt sem állíthatjuk, hogy a gyógyuló esetek a lueses eredetűek közül valók. Mert egyrészt a gyógyulások beálltak minden gyógykezelés nélkül, és másrészt az általam észlelt esetekben előzetes luest ki lehetett zárni. Csak annyit bizonyít az idevágó tapasztalat, hogy a gyógyuló esetek mind olyanok, a melyekben a paralysis kórképe a maniás vagyis jobban mondva a megalomaniás tünetcsoportot mutatta és melyekben súlyosabb és kiterjedtebb hűdések nem voltak, különösen a mindenképp jellemző szótagbotlás hiányzott. A szorongási érzésekkel és hypochondriás deliriummal járó, vagy a minden élénkebb téveszmerendszer nélkül, egyszerű elmebeli hanyatlás képe alatt lefolyó paralisisek és gyakori epileptiform vagy apoplektiform rohamokkal kapcsolatos formái a hűdéses elmezavarnak alig nyújtanak kilátást gyógyulásra.

Megemlítendőnek tartom még azt, hogy ezideig nem rendelkezünk semmi olyan ismertető jellel, melyet a kedvező prognózis megállapítására felhasználhatnánk. Valamint hogy nem állíthatjuk, hogy bármilyen gyógykezeléssel a kedvező lefolyást előidézhetjük. Azt igenis tudjuk, hogy annál valószínűbb a kedvező fordulat, minél korábban ismerjük fel a hűdéses elmezavar kibontakozásának veszélyét, és hogy a hosszantartó rendszeres életmód, a szellemi és testi erőnek messzemenő kimélete hónapokon, sőt 1—2 éven át a kóros folyamat megállításához nagyban hozzájárul és a kedvező kimenetelt elősegíti.

(III. előadás 1909 február 8.-án.)

Aktualitások az organikus idegbajok köréből.

Sarbó Artur: A tünettanból és az általános diagnostikából ragad ki egynehány oly pontot, mely az utolsó évek kutatásaiban a homloktérben áll.

A tünettanból: a Babinski-tünetnek diagnostikai jelentőségét tárgyalja, példákkal illusztrálja az elmondottakat, majd az Achilles-reflex fontosságát emeli ki, reámutatván arra, hogy az a térd-tünettel azonos jelentőségű, végül az Argyll-Robertson tünetet elemzi és utal e tünetnek fontos szerepére a tabes és paralysis korai felismerésében.

Az általános diagnostikából a gerinczagy extra- és intradurális daganatait tárgyalja és a sebési beavatkozás javaitól szól.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(VII. ülés 1908 november 26.-án.)

Elnök: **Dollinger Gyula**, később **Haberern J. Pál**.

Jegyző: **Winternitz Arnold**.

Holzwarth Jenő: Kettős sérvtömlő készítményét mutatja be. A műtét alkalmával, melyet Dollinger tanár végzett, oly sérvtömlőt találtak a szabad lágyéksérves betegben, mely egy külső vastagabb falú sérvtömlőben egy belső vékonyabb falú sérvtömlőt rejtett. A sérvtartalom — kevés cseplesz — a belső tömlőben volt. A viszony tehát az volt, hogy a belső sérvtömlő a külsőbe volt beletüremkedve. Ily kettős sérvtömlőt csekély számban veleszületett sérv eseteiben észleltek. Keletkezésére Astley Cooper, Bourguet és Dupuytren egymással többé-kevésbé megegyező elméleteket állított fel, melyeknek lényege az, hogy nyitott processus vaginalis mellett a canalis inguinalis belső nyílásánál el van záródva a proc. vaginalis. A már meglevő, a nyitott proc. vaginalis által alkotott első sérvtömlőbe vagy a tömlőfal invaginálódik, vagy a proc. vaginalis végén levő elzáródás hegje megtágul és ez utóbbi esetben a megtágult heg alkotja a második sérvtömlőt. Jaboulay és Patel „Les hernies“ című monographiájában vannak ezen elméletek ismertetve, de csak veleszületett herniákra vonatkozóan. A bemutató esetében kettős szerzett herniáról van szó, és a kettős sérvtömlő képződésének magyarázata csak úgy lehetséges, hogy

analogiát vonunk az előbbi elmélet alapján a szerzett és a veleszületett kettős sérvtömlő között. Lehetséges, hogy a betegnek sérve volt, melynek felső vége üres állapotban a sérvköthő hordozása következtében elzáródott, és most az üres sérvtömlőbe, mikor a beteg a sérvköthő viselését abbahagyta, egy második sérvtömlő türemkedett be, melybe a sérvtartalom helyeződött. Ezen keletkezésmódot támogatja az az erős heges gyűrű, mely a két sérvtömlő egymásba türemkedése helyén látható a készítményen, a mely helyen a két tömlő egymással erősen össze van nőve.

Bakay Lajos: A bűtyök feletti felkartörés extenziós kezelése.

Négy olyan esetben, a melyben a tört végék elhelyezése olyan volt, hogy az eddigi nézet szerint a csontvarrat nem lett volna javalt: Bardenheuer-féle nyújtókezelést kísérelt meg, még pedig két esetben a lehető legtökéletesebb anatómiai és functiós eredménynyel; a másik két esetben, amelyben lágyrészsérülés is volt, szintén teljes működőképességet sikerült elérni.

Fischer Ernő: Herezel osztályán a Bardenheuer-féle sint már régen használják súlyos esetekben jó eredménnyel. Ez a sín azonban a bemutatottakhoz hasonló esetekben nem jó, mert gyenge a rugója; csak akkor válik be, ha erősebb rugót alkalmazunk. Utókezelésre az izomzat masszálását használja.

Bakay Lajos: A bismuthum subnitricum használata a sebészetben.

A Beck-féle bismuth-pasztás sipolykezelés során megemlíti, hogy egy bismuth-masszát állított össze, melyet jó sikerrel használ a jodoform-plomb helyett. Ebben a masszában olyan kevés a bismuth, hogy gyermekeken sem okozott legcsekélyebb mérgezés-tünetet sem. Ugyanis kisebb plomba $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ gm., nagyobbra $\frac{1}{2}$ —2 gm. bismuth jut, s ez is nagyon lassan felszívódó anyagokhoz van kötve. Mikroskopi és Röntgen-képek bizonyítják a massa felszívódását, s a bemutatott, hosszabb idő óta gyógyult betegek a módszer ártalmatlan voltát.

Dollinger Béla: Az I. sebészeti klinikán tett kísérleteket a bismuth-pasztával. Leginkább sipolyokba alkalmazta, de bőr alá fecskendezés alakjában is használta súlyos eseteiben. Hat esete teljesen meggyógyult. Az bizonyos, hogy valamennyi esetben a befecskendezés után a gyógyulás csökken. Egy trochanter-sipoly a II. számú sírfi pasztával kezelésre begyógyult, de a gyógyulás után a paszta mögött másutt keresett magának utat. 46 esete közül egyben sem volt mérgezés, mert 10—20 cm³-t fecskendez csak be.

Manninger Vilmos: A bemutatott bismuth-plomb-esetek gyönyörűek. A szülő két esetben végzett három hó előtt bismuth-plombozást oly módon, mint Bakay. Az egyik felnőtt, a másik 15 éves leány volt. A plombok megtapadtak. Az első hónapban szép volt az eredmény, de a második hónapban idült bismuth-mérgezés jelentkezett, kis fokban bár, de azért tanakodik, hogy ne vegye-e ki a plombot. A felső és alsó ilyen keskeny, szürke szegély van, a mely a második hónapban keletkezett, mikor a bismuth-plombot már körülötte a sarjadzó szövet.

Winternitz Arnold: Évek előtt kiterjedten használta a jodoform-plombot, a mely azonban nagyobb üregekben nem válik be, mert kilöködik. Nem tartja valószínűnek, hogy a bismuth-plombnak valami előnye volna. Bakay vaselint, paraffint és viaszot használ. Ezekről azt hiszi a szülő, hogy nem szívódnak fel. Helyettük Winkler tanár cera japonicát ajánlott a szülőnek, amely nem viasz, hanem valami japán növényből készült zsír, jól olvad, alkalmas masszát ad plombnak, többször is fölmelegíthető és jól felszívódik.

Dollinger Gyula: A leszakadt m. subscapularis mint a vállizületi ficzamosódás helyretevésének akadályai.

A 15 éves leány jobb felkarját, egy héttel azután, hogy kificzamosodott, vidéki kórházban próbálták helyretenni, de ez nem sikerült. Három hetes ficzamosódással hozták a klinikára, a hol a narcosisban megkísérelt helyretétel sem a Kocher-, sem a Cooper-mozdulatokkal nem sikerült. Dollinger erre az ő módszere szerint a nagy mell- és delta-izom között behatolt a hollóorrnyújtvány alá ficzamosodott fejecshez. Az izomrés szétválasztása után a fejecs szabadon feküdt a seb fenekén. Hiányzott azonban a m. subscapularis, a mely különben elülről befűdi. Ez le volt szakítva a felkar kis gumójáról és a felkar alá, a fovea glenoidalisra került, s ezzel a fejecs helyretevését megakadályozta. Az eladó az izomvéget félrehúzta, helyretette a felkart, a leszakadt izmot visszavarrta a felkar kis gumójára és a sebet teljesen elzárta. A gyógyulás zavartalan volt. Az ízület feltárásakor kitért, hogy a lapoczka nyakán felülről lefelé futó repedés is van.

Dollinger Gyula: Műtét alatt keletkezett légmell elzárása a két szomszéd borda összehúzásával és hidszerű bőrlebensnyel. A 48 éves férfúnak gyermekkori szemölcséből 3 év előtt sarcomája fejlődött, melyet egyszer otthon, kétszer pedig a klinikán távolítottak el, és pedig az utolsó alkalommal úgy, hogy vele kiirtották az elfajult nagy mellizmot is. Most a beteg újra nagy daganattal jelentkezett, mely erősen vérzett. Az előadó október 24-én távolította el a daganatot, a mely a harmadik bordaközbe behatolva, itt a mamma interna lekötését tette szükségessé. A 4. bordaköz erősen széjjelnyitotta a daganat, mely a pleuráig terjedt, de vele nem nőtt össze, az 5. bordaközben azonban a mellhártyára is reáterjedt, úgy hogy eltávolítása után rajta 3 cm. hosszú rés támadt. Az előadó azonnal megfogta a tüdőt, a seben kihúzza és egyelőre vele zárta el a mellhártyarést, úgy hogy az első szippantást kivéve, több levegő nem hatolhatott a mellüregbe. Azután a rés helyén erős selyemfonállal, nagy tüvel aláöltötte az 5. és 6. bordát és azokat erősen egymáshoz közelítve, a rést elzárta, miközben a kihúzott tüdőt visszatolta a mellüregbe. A két borda jól egymáshoz feküdt és teljesen, hermetice zárt volna is, ha a daganat nem sörvasztotta volna a bordaközi légyszöveteket. Ezért e helyen a mellkas a légzőskor kissé sípolt. Ekkor a seb alsó széléből mintegy 5 cm. széles, 10 cm. hosszú hidszerű bőrlebensnyel készített és köröskörül mely szűcsvarratokkal a mellkas légyszöveire varrta. A beteg meggyógyult.

Lobmayer Géza: Nyitva maradt urachus operált és gyógyult esetét mutatja be. Eredeti közléseink között egész terjedelemben hoztuk.

Lobmayer Géza az általa szerkesztett új körörmeltávolító eszközt mutatja be, a mely különösen bevált benőtt körömöknek, valamint kéz- és lábörömköknek egyéb okokból szükségessé vált eltávolítására.

Kovács Pál: A gyermekkori lágyéksérveknek műtéttel való gyógyítása. (Az előadást eredeti közléseink között egész terjedelmében hoztuk.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A mellékvese-kiirtás hatásáról a vér ezukortartalmára értekezett *Porjes* a bécsi orvosgyógyászati egyesület egyik utóbbi ülésén. A Noorden tanár intézetében kutyákon végzett kísérletek kimutatták, hogy a mellékvesék kiirtása után a vér ezukortartalma fokozatosan csökken és néhány óra elteltével már csak nyomokban van meg. A mellékvesék kiirtása tehát mintegy az ellentétje a pankreas-kiirtásnak: az előbbire hypoglykaemia, az utóbbira pedig hyperglykaemia támad. Minthogy a vércukor az izomösszehúzódnásban az újabb kutatások szerint fontos szerepet játszik: közelfekvő a gondolat, hogy az Addison-kórban, mint a mely tulajdonképpen a mellékvesék megbetegedése, a vércukor hiánya okozza az adynamiát és a hűdéseket. Mindenesetre érdekes lesz Addison-kór eseteiben a vér ezukortartalmát megállapítani; mert ha csakugyan hypoglykaemiát fognak találni, ezzel egy új fontos jel birtokába jutunk ezen sokszor nehezen felismerhető betegség diagnosztikájában.

A mézsók használatáról a gyógyításban tartott előadást *Brown* a londoni „Aesculapian society” november 6-i ülésén. Mindenekelőtt kifejtette, hogy Wright vizsgálatai szerint nagyon könnyen megállapítható, hogy kevés vagy sok calcium van-e a szervezetben. A vérnek gyors megalvadása ugyanis bő calciumtartalomra, lassú megalvadása pedig calciumhiányra enged következtetni. Az első esetben citromsavas natriumot, a másodikban pedig mézsókat, főleg calciumchloridot kell adni. A typhusban gyakran észlelhető thrombus-képződés oka talán abban keresendő, hogy ebben a betegségben előszeretettel használják a tejdiatétát, a tejben pedig sok lévő a mézsó, a vér alvadésképesége fokozódik. A vér esőkkent alvadésképeségének a nyilvánulása Wright szerint az urticaria, az angioneurosis oedema és az úgynevezett physiologiai albuminuria, a minek megfelelően ezekben a bajokban jó eredménynyel jár a calciumsók használata. Aneurysma, purpura, haemo-

philia és bélvérzés eseteiben szintén jó szolgálatokat tehetnek a mézsók, nemkülönben prophylactice olyan műtétek előtt, a melyek nagyobb vérzéssel járnak.

PÁLYÁZATOK.

Több heti tartamra (2–3 hónapra) **kisegítő orvost** keresek 10 korona napiállással, lakással, fűtéssel, világítással és útiköltséggel. A szíves ajánlatokat kérem legkésőbb **e hó 20.-áig** czímemre küldeni.

Gidró Jenő dr. bányorvos, Vulkán.

A **tinnyei** (Pestmegye) **körorvosi állásra** február 26-i lejáratával pályázat van hirdetve. A körhöz két község tartozik: Perbál és Tinnye. A közei, de nem a körhöz tartozó községekben nagy gyakorlat bizonyos. A fizetés 1600 korona, lakásbér és fuvarátalány. Bővebb felvilágosítással szolgál Prágay Elemér tinnyei gyógyszerész. A község Budapesttől egy órányira van.

711/909. sz.

Csik vármegye gyergyószentmiklósi járásához tartozó Gyergyóújfalu, Kilyenfalva, Vasláb és Tekerőpatak községekből alakított gyergyóújfalu közegészségügyi körben a **körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 korona törzsfizetés és 4 ízbeni 200–200 korona ötdéves korpótlék és természetbeni lakás és ezidőszertinti fuvarváltás és látogatási váltásdíj.

Azonban a fuvar- és látogatási díjakat a fent hivatkozott t.-cz. alapján a közelebb hozandó vármegyei szabályrendelet fogja megállapítani.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **f. évi márczius hó 10.-éig** nyújtsák be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást Gyergyóújfalu község-házánál f. évi márczius hó 16.-án délelőtt 10 órakor fogom megtartani.

Gyergyószentmiklós, 1909. évi február hó 6.-án.

2-1

Zakariás Lukács, főszolgabíró.

17/1909. elm. D. 2. sz.

A nagyméltóságú m. kir. igazságügyminiszter úrnak folyó évi január hó 27.-én 677/909. I. M. VII. szám alatt kelt magas rendelete alapján a vezetésem alatti tordai kir. törvényszéknél megüresedett **törvényszéki orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy a szabályszerűen és az előírt képesítéssel igazoló bizonyítvánnyal felszerelt kérvényeiket jelen hirdetésemnek a Budapesti Közlönyben való harmadszori megjelenésétől számított 4 hét alatt hozzám annálval bizonyosabban adják be, mert a kellőleg fel nem szerelt vagy később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Torda, 1909. évi február hó 8.-án.

3-1

Szász Irán, kir. törvényszéki elnök.

263/1909. bányai sz.

A kapnikbányai (Szatmármegye) m. k. bánya- és kohóhivatalnál a X. fizetési osztály 3. fokozatába sorozott, évi 1600 korona fizetéssel, a törvényben megállapított 400 korona személyi pótlékkal, természetben adott lakással vagy ennek hiányában a törvényszerű lakpénzzel, 54 ürkömméter tűzfajárandósággal és 1200 korona lótarthatási átalánnyal javadalmazott **bányorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Azok az orvostudorok, kik ezt az állást elnyerni óhajtnak, felhívom, hogy egykoronás bélyeggel ellátott folyamodványaikat előjáró hatóságuk útján vagy ha állami szolgálatban nem állnak, az illető főispán vagy polgármester útján, jelen hirdetésemnek a „Budapesti Közlöny” hivatalos lapban való első megjelenésétől számított négy (4) hét alatt, a nagyméltóságú m. k. pénzügyminiszteriumhoz czímelve, az alant írt m. k. bányagazgatósághoz nyújtsák be. Később beérkező kérelmek figyelembe nem vétetnek.

Folyamodók kötelesek hiteles okmányokkal igazolni, illetve bemutatni:

1. orvostudori oklevelüket,
 2. családi és keresztnévüket, honosságukat, keresztleveleket, illetve születési anyakönyvi kivonatukat, vallási és családi állapotukat feltüntető bizonyítványukat,
 3. megszokott nélkül való előéletüket (curriculum vitae),
 4. nyelv- és szakismereteiket, esetleg klinikai vagy kórházi gyakorlatukat, valamint szülészeti képesítésüket,
 5. erkölcsi magaviseletüket,
 6. hogy katonai kötelezettségüknek miképpen feleltek meg,
 7. hogy olyan egészségi állapotban vannak, mely szerint a szolgálattal egybekötött kötelezettségek teljesítésére teljesen képesek.
- A kinevezés, ha az illető nincs állami szolgálatban, egy év tartamára ideiglenesen történik s a véglegesítés csak egy évi próbaszolgálat után következik be, feltéve, hogy az illető a szolgálat teljesítésével járó kötelezettségeknek minden tekintetben megfelel.

Nagybánya, 1909. január hó 28.-án.

A m. kir. bányagazgatóság.

633/909. sz.

Csik vármegye gyergyószentmiklósi járásához tartozó Gyergyóremete, Várhely és Salámás községekből alakított gyergyóremetei közegészségügyi körben a **körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 korona törzsfizetés, 4 ízbeni 200–200 korona ötdéves korpótlék és ezidő szerinti lakbér, fuvarváltás és látogatási váltásdíj.

Azonban a fuvar, lakbér, látogatási díjakat a fent hivatkozott t.-cz. alapján a közelebb hozandó vármegyei szabályrendelet fogja megállapítani. E helyen megjegyzem, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 3. §-a értelmében Gyergyóremete külön községi orvos alkalmazására jogosult, melyre nézve a szükséges lépések megtették és a kettéválasztás a megválasztott körorvos szerzett jogait nem fogja érinteni.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **f. évi márczius hó 4.-éig** nyújtsák be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást Gyergyóremete községében f. évi márczius 6.-án délelőtt 10 órakor fogom megtartani.

Gyergyószentmiklós, 1909. évi február hó 2.-án.

2-1

Zakariás Lukács, főszolgabíró.

209. sz.

Trencsén vármegye törvényhatósági bizottságának 1906. évi 204/2175. számú határozatával Hegyeshely és Trencsénmákó 5947 lelket számláló nagyközségekből Hegyeshely székhellyel rendszeresített **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, kik ezen 1600 korona évi fizetéssel, 400 korona lakbérrel és szabályrendeletileg megállapított látogatási díjakkal javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy ez iránti szabályszerűen felszerelt s eddigi alkalmaztatásukat is feltüntető kérvényeiket hozzám **f. évi márczius hó 10.-éig** annál bizonyosabban adják be, mivel később beérkező pályázatokat tekintetbe nem veszek.

A választás napjáról a pályázókat külön fogom értesíteni.

Nagybacsse, 1909. évi február hó 4.-én.

A főszolgabíró.

413/1909. sz.

Arad vármegye Világos községben a **községi orvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére pályázatot hirdetek.

Ezen községi orvosi állás javadalmazása:

1. 1600 korona évi készpénzfizetés.

2. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. alapján megállapítandó évi lakbér és a megfelelő látogatási és egyéb díjak.

Felhívom mindazon orvosdoktorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt minősítésüket igazolják, valamint eddigi működésüket tanúsító bizonyítványokkal, okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi márczius hó 15.-éig** nyújtsák be.

Az elkészített kérvényeket pályázatok figyelembe nem vétetnek.

A megválasztandó orvos állását azonnal elfoglalni köteles.

Világos, 1909. évi február hó 6.-án.

2-1

Faragó István, főszolgabíró.

347/1909. kig. sz.

Az 1600 korona fizetéssel, 400 korona lakással és 600 korona úti átalánnyal rendszeresített **gavosdai körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A kör Gavosdia, Lugoshely, Zsena, Kricsova, Cserestemes, Szendelak, Magur, Tápiá, Harmadia, Zsidóvár, Zgribest, Kiszorlencz, Szilváshely, Gyulatelepek és Csukás községekből áll. A községek egymáshoz igen közel fekszenek, egy részük vasúton beutazható, maga Gavosdia pedig forgalmas vasúti állomáshely. A községek összes lélekszáma 12,000 s a körhöz több magyar uradalom tartozik.

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

Előterjesztés tételt az iránt is, hogy a mindenkori gavosdai körorvos a vasúti pályatorvosi teendővel is megbízzék.

Megjegyzem, hogy a törvényhatósági bizottságnak a kör kibővítése iránti határozata ez idő szerint belügyministeri jóváhagyás alatt áll s a határozat jóváhagyása esetén a kör csak 8 községből fogna állni.

A pályázati kérvények, melyekben pályázók az 1876. évi XVI. t.-cz. 143. §-ában, illetőleg az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt minősítésüket s eddigi működésüket igazolni kötelesek, **f. évi márczius hó 20.-áig** nyújthatók be. A választást Gavosdia községében f. évi április hó 6.-án délelőtt 10 órakor fogom megtartani.

Székely, 1909. évi január hó 4.-én.

2-2

Bíró Béla s. k., főszolgabíró.

115/909. kórh. sz.

Kisküküllő vármegye közpórháza elnevelő-osztályához nyugdíjjogosultsággal egybekötött **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 2000 korona kezdő törzsfizetés, a kórházi épületben-adandó fűtéssel, világítással ellátott egyszobás lakás és I-ső osztályú ételmezés.

A mennyiben kinevezett orvos családos, a kórházi ételmezés s a jelenlegi szabad lakás megváltása fejében 400 korona tápdíj, 180 korona fűtési, világítási átalány és 420 korona lakáspénz illeti.

Tervbe vett rendszeres orvosi lakás felépítése után másodorvos abban lakni köteles. Magánygyakorlat folytatása meg van engedve, a mennyiben ez a kórházi szolgálattal összefér.

Felhívom tehát mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az az 1883. évi I.-cz. 9. §-ának 2. bekezdésében előírt képesítésüket igazolják és eddigi szolgálataikról tanuskodó bizonyítványokkal felszerelt folyamódványaikat a vármegyei ügyviteli szabályzat 4. §-ában előírt módon hozzám legkésőbb **1909. évi márczius hó 1.-éig** annál nyújtsák be, mivel később érkezendő folyamódványok nem fognak tekintetbe vétetni.

Dicsőszentmárton, 1909. évi január hó 30.-án.

2-2

Szűcs Mózes dr., kórházi igazgató.

6587/908. sz.

Bács-Bodrog vármegye újvidéki járásában, Tiszaistvánfalva községben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 1600 korona készpénzfizetés, a vármegyei törvényhatósági bizottság által megállapítandó lakáspénz, látogatási, rendelési, műteti és távolsági díjak, természetbeni fuvar. Továbbá a szabályrendeletileg megállapított 40 fillér halottkémlesi és hűsvégdíjak.

A megválasztandó orvos kézi gyógyszerész jogát is köteles folyamodni.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy a kellően felszerelt kérvényüket hozzám az **1909. évi február hó 25.-éig** nyújtsák be.

Újvidék, 1909. évi február hó 1.-én.

2-2

Nikolics, főszolgabíró.

229/909. sz.

Az üresedésben lévő **kucsalati körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Ezen állás évi 1600 korona törzsfizetés és ötvenként négyszeri 200-200 koronás korpótlék, már megállapított jóváhagyás alatt álló 400 lakbér és ezután megállapítandó fuvar- és látogatási díjakból áll. Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázataikat **f. évi február hó 15.-éig** hozzám annál adják be, mert a később beérkező pályázatokat nem fogom figyelembe venni.

Nagyilonda, 1909. évi január hó 24.-én.

3-3

Almási Samu, főszolgabíró.

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 hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

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

EGGER EMULSIÓ

KITÜNŐ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZÍTMÉNY

Fürdőorvos.

Egy felsőmagyarországi szénsavas gyógyfürdőhelyre, tapasztalt és gyakorolt, lehetőleg nőtlen fürdőorvos kerestetik. Ajánlatokat, az eddigi működés megjelölésével, „Állandó fürdő” jellegével továbbít
Mosse Rudolf hirdető irodája, Budapest, Nádor-utca II. 6094

ALMATEIN
NERALTEIN

MILÁNÓ
Lepetit, Dollfus & Sansser
BÉCS, IX/2

Tessék mintát megrendelni

BROMLECITHIN RICHTER

A NEURASTHENIA SPECIFIKUS SZERE.

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA BUDAPEST, X.,

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Dollinger Gyula: A háromszatú ideg gyökeinek kihúzása az agyacs-sátor alul és az ideggyökök átmetszése, mint a Gasser-dúc kiirtását helyettesítő műtét. 149. lap.

Wein Manó: A Marmorek-féle gümőkórelenes serummal tett tapasztalataim. 152. l.

Pólya Jenő: A modern rákgyógyítás módjai és eredményei. 154. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. P. H. Gerber: Die Komplikationen der Stirnhöhlenentzündungen. — Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. J. de Meyer: A diabetes kórtanára vonatkozó kísérletes vizsgálatok. — Rodet és Delanoe: A gümöbacillus virulentiájának összefüggése a tüdőgümőkór lefolyásával. — Strauss: Az urobilin kimutatása a vizeletben. — Belorvosan. Regolo Gandola

Quadrio: Az insufficientia pankreatica új jele. — Weintraud: A súlyos diabetes-esetek diatás kezelése. — Sebész. Dowd: Homályos eredetű peritonitisek. — Nyström: Érzéstelenítés bőrtransplantációk alkalmával. — Axhausen: A szabad osteoplastika szövettani és klinikai revíziója. — Szülészet és nőorvos. Strassmann: Mikor és milyen módon kezelendő a méh retroflexiója. — Fizikai gyógyításmódok. Kirchberg: Miképen védjük meg a bőrt massage közben? — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Veress Ferenc: Unguentum samoli. — Persan. 157—160. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 160. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 161. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 162—165. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A háromszatú ideg gyökeinek kihúzása az agyacs-sátor alól és az ideggyökök átmetszése, mint a Gasser-dúc kiirtását helyettesítő műtét.

Irta: Dollinger Gyula dr., egyetemi nyilvános rendes tanár.¹

Tisztelt Uraim!

Szerfelett hízog reám nézve, hogy azon előadásom következtében, a melyet az elmúlt esztendőben Önöknek a háromszatú ideg ágainak resectiójával és a Gasser-dúc kiirtásával súlyos arcidegzsába eseteiben elért eredményeimről tartottam, az idei nagygyűlésük programjára ugyanazon témát tárgyalásra tűzték ki, róla két referatutumot készítették és hogy hozzászólásra annyi sok kiváló collega jelentkezett.

Azon előadásomban kiemeltem, hogy a Gasser-dúc kiirtását a vérzés dominálja, hogy ennek elkerülése okoz legtöbb gondot, hogy némely esetben a vérzés már addig is jelentékeny, a míg a dúcot megközelítjük, ezt pedig még fokozza a dúc kihúzása alkalmával a sinus cavernosus megnyitása, a mely a háromszatú ideg első ága és a dúc belső oldala, továbbá a sinus cavernosus oldalsó fala között fennálló anatómiai viszonyoknál fogva majdnem minden esetben bekövetkezik. Hogy a sinust meg ne nyissam és az ebből származó vérzést elkerüljem, a mint azt tavaly Önökkel már közöltem, két esetben a dúc minden felületét, a belsőt kivéve, a környezetétől felszabadítottam, azután a sátor alól kihúztam a háromszatú ideg gyökét, a 2. és 3. idegágat a koponyából való kilépése előtt átvágtam, a dúcnak azon részét pedig, a mely a sinus cavernosus oldalsó falával összeforrt, az első ággal együtt a helyén meghagytam, míg a dúc oldalsó részeit a belőle kilépő 2. és 3. ág csontjával eltávolítottam. Egy esetben ez teljesen sikerült, míg a másikkban a dúc kimetszésekor mégis megnyílt a sinus, a mi erős vérzést okozott. Ez a két eset arra tanított meg,

hogy a gyököt a dúctól függetlenül is elő tudom húzni a sátor alól és azért ezek előterjesztése mellett már tavaly azon reménynek adtam Önök előtt kifejezést, hogy sikerülni fog a súlyos arcidegzsábát a Gasser-dúc meghagyásával csupán az ideggyök kihúzásával meggyógyítani és ilyképen azon vérzést elkerülni, a mely a dúc kiirtását a sinus megnyitása folytán kíséri. Azóta volt alkalmam ezt a tervemet végrehajtani.

Az első betegem tényleges szolgálatú, 35 éves katonatiszt volt, a ki 6¹/₂ esztendő óta szenvedett igen súlyos arcidegzsában. 4 esztendő előtt néhány idegágát reszekálták, de ez a műtét csak rövid időre hozott neki enyhülést. A beteget f. év április hó 28.-án operáltam meg. Előzetesen lekötöttem a külső fejverőérét, a minek az volt a következtése, hogy a halántéklebeny kimetszése és a koponya megnyitása nem járt olyan erős vérzéssel, mint rendesen. Minthogy az arteria meningea media ennek ellenére, bár gyenge liktetéssel, de mégis vérzett, lekötöttem. Azután a sátor a sziklaesont széléről ott, a hol a háromszatú ideg gyökei a scala mediába lépnek, leválasztottam, a gyököket a csipőbe fogva a sátor alól kihúztam és a dúctól centrális irányban átvágtam, a dúcot pedig a helyén érintetlenül meghagytam. A kihúzott gyökök hossza 3¹/₂ centimeter, szélességük 6—8 millimeter. A sebet drainezés nélkül elzártam. Azonnal a műtét után megállapítottam, hogy a műtött oldal pupillája a műtét folyamán nem szűkült, sem pedig ezen szem feszülése nem csökkent. Számos más esetben e tünetek nyomban követték a műtétet. A nagy sympathicus-ideg fejverőér-fonata Morat szerint ágat küld a Gasser-dúcához, a mely a pupilla tágító rostjait tartalmazza. (Testut. Traité d'anatomie humaine, T. II. p. 778.) A Gasser-dúcczal együtt ezen sympathicus-ág egy darabját is eltávolítjuk, minek folytán a pupilla szűkül, míg ha a Gasser-dúc és vele a Morat-féle sympathicus-ág sértetlen marad, a pupilla-szűküllet nem következik be. Azonkívül a dúc megmaradásának még az a kedvező következménye, hogy összefüggésben hagyatván a környéki szervekkel, feltételezett jótékony hatása a szem táplálására nem szenved zavart. 18 nappal a műtét után a beteget megvizsgáltam és azt találtam, hogy bőre, szaruhártyája, orrának és szájának nyálkahártyája a beteg oldalon teljesen érzéstelen volt, nem pedig hypaesthesiás, mint Jaboulay esetében. A műtött

¹ Előadta az Association française de Chirurgienek 1908. évi nagygyűlésén.

oldalán a nyelv hegyén és szélén az ízérzés hiányzott, a rágóizmok pedig a halántékizom kivételével bénultak. A beteg az egészséges oldalán rág. A könymirigy és a nyálkahártyák elválasztása nem változott. A neuralgiás fájdalmak a műtét óta teljesen szűntek. Október hó 5.-én, vagyis 5 hónappal a műtét után az összes tünetek változatlanok, a beteg ismét megkezdte rendes katonai szolgálatát és teljesen egészséges. Ez az eset tehát azt bizonyítja, hogy a trigeminus-neuralgia meggyógyításához nem kell a Gasser-dűzot kiirtani, hanem hogy elegendő, ha a trigeminus-gyököt húzzuk ki, mint azt van Gechuechten ajánlotta. A műtét annyira nehézség nélkül, egészen simán folyt le, az eredmény is olyan teljes volt, hogy ezen legelső, igen kedvező eset egymagában könnyen tévútra vezethetné a műtét és elhithetné vele, hogy immár legyőztük mindazon nehézségeket, a melyek a Gasser-dűz kiirtásakor felmerültek. Kitérő referensünk, Morestin referatumban azt mondja: a trigeminusgyök elszakítása és ezáltal a Gasser-dűz elkülönítése a központi idegrendszerből, a dűz kiirtásával egészen egyenértékű műtét, csak hogy ennél könnyebb, kevésbé súlyos beavatkozás és azért előnyösebb.

A múlt héten azonban alkalmam volt ezt a műtétet még kétszer megismételni és ezen újabb tapasztalataim Morestin túlságosan kedvező ítéletének, fájdalom, ellentmondanak. Az első esetben a kemény agykéreg nagyon szakadékonny volt. A mint a koponya alapról felfejtettem, beszakadozott úgy, hogy az agytekevénnyek láthatóvá váltak és ezek felemelése és megkimelése nagyon megnehezítette a trigeminusgyök elkülönítését. A mikor ez végre sikerült és a gyököt megfogtam, kettészakadt, központi vége visszahúzódott a tentorium alá és én csak egynéhány apró ideggyökrongyot tudtam a fogóval kihúzni, de ugyanabban a pillanatban nagy nyomású verőeres vérzés indult meg a seb mélyében úgy, hogy abban a hitben, hogy valamiképen a carotis internát találtam megsérteni, a koponya alapot hirtelen tamponáltam és az ezen oldali közös fejverőeret lekötöttem. Arról meggyőződni, hogy a trigeminus-gyököt teljesen átszakítottam-e, ilyen körülmények között nem volt alkalmam. Őt nap mulva a tampont eltávolítottam, a műtét területét átvizsgáltam és ekkor megállapítottam, hogy a trigeminusgyököt teljesen átszakítottam, és hogy a beteg egyébként ugyanazon tünetek vannak jelen, mint az előbb leírt esetben, a melyben a gyök kihúzása olyan ideálisan sikerült. A közös fejverőer lekötése semminemű tünetet sem okozott. Reményem, hogy a beteg teljesen meg fog gyógyulni.¹

Másnap ugyanazon műtétet egy 35 esztendőss asszonyon hajtottam végre. A kemény agyburok felemelésekor a Santorini-féle emissariumokból olyan erős, makacs, el nem állítható vérzés indult meg, hogy a műtét területét egészen tisztán áttekinteni képtelen voltam és azért abban sem voltam egészen bizonyos, hogy a trigeminus-gyököt teljesen átszakítottam, mert a vérzés arra kényszerített, hogy a sebüreget tamponáljam és elzárjam. Mivel a műtét után sem a beteg arcfele nem volt érzéstelen, sem pedig a rágóizmok nem voltak bénák, három nappal a műtét után a sebüreget újra kitártam, a cavum Meckeli-t szorgosan átvizsgáltam és a gyöknek semmi nyomát sem leltem. Az arc ezután is érzékeny maradt, a rágóizmok pedig működtek.²

A három műtött eset közül tehát az első arra tanít, hogy kedvező esetben a trigeminus-gyököt teljesen és nagyon könnyen sikerül kihúzni, de a második és harmadik viszont megmutatta, hogy ez nem szabály, mert e két esetben a gyök átszakítása, ha nem is volt nehezebben kivihető, mint a Gasser-dűz kiirtás egy nehéz esete, annál semmi esetre sem volt könnyebb.

* * *

Az eddig műtött esetek azt bizonyítják, hogy a súlyos arc-idegzsabát a trigeminus-gyök kihúzásával vagy elszakításával épen úgy meg lehet gyógyítani, mint a Gasser-dűz kiirtásával. Azon esetekben, a melyekben a Gasser-dűzot kiirtottam (22 eset), a dűz-czal együtt rendszeren az ideggyököt is kihúztam. Ennek káros következményét nem láttam. Annál kevésbé lehet tehát egyéb súlyos következménye magának az ideggyök kihúzásának.

Egyébként lehet, hogy elegendő lesz az ideggyököt a dűz és a sátor között egyszerűen átmetszeni, a mint azt Jendrassik

tanár is ajánlja. Az ideggyökrostoknak nincsenek hüvelyek s ezért nem valószínű, hogy az átmetszés után összenőnek. Physiologiai szempontból előny, technice vivmány volna, ha sikerülne az erős érző gyököt teljesen átmetszeni és a töle befelé és alatta fekvő, a rágóizmok mozgató rostjait tartalmazó vékony gyököt megtartani, a mint azt Jendrassik tanár nekem ajánlotta.

Physiologiai előnye az ideggyökkihúzásnak vagy -átmetszésnek a Gasserdűz kiirtása felett, hogy a plexus caroticusból a Gasser-dűz közvetítésével a szemgolyóhoz menő sympathiás ideget a Gasserdűz behagyásával érintetlenül meghagyjuk, minek folytán a pupilla nem szűkül, hanem rendes beidegzése sértetlen marad. Lehetséges azonban, hogy ezen idegnek, valamint a meghagyott Gasser-dűznek a szemgolyó táplálására is van jótékony befolyása, és hogy ezen képletek meghagyásával a szem kevésbé lesz kitéve azon trophikus elváltozásoknak, a melyek a dűz kiirtását egyszerűen oly módon követik, a kik szemüket nem ápolják és az előirt óvintézkedéseket elhanyagolják. Mindezekről a legközelebbi jövő tapasztalatai fel fognak világosítani bennünket.

Technikai a műtét ugyanannyi gondosságot, anatómiai tájékozottságot és tapasztalatot tételez fel, mint a Gasser-dűz kiirtása, a mely felett azonban megvan az az előnye, hogy vele el lehet kerülni azt a vérzést, a mely a sinus carvernosushól származik és a dűz eltávolítását nyomon követi.

Közlés a Poliklinika laboratóriumából.

Anyagserevizsgálatok Röntgen-sugárral kezelt leukaemiásokon.

Irta: *Vas Bernát* dr., egyetemi magántanár, a poliklinikai laboratórium vezetője.

(Folytatás.)

2. Myelogen leukaemia.

Ebben az esetben alkalmam nyílt úgy a *primitiv*, mint az *expeditiv* Röntgen-kezelés hatását az anyagsere vizsgálni. Az előbbi eljárás, mely *Schiff* és *Freund*-tól származik, naponkénti gyenge besugárzásokból áll, az utóbbi, először *Kienböck*-tól alkalmazott kezelés-módnál a legnagyobb¹, a bőr épségével még összeférő fénymennyiséget alkalmazzuk egy ülésben.

A kísérleti eredmények részletezése előtt a beteg kórtörténetét kívánom kivonatossan közölni:

B. M., 53 éves magánzó, felvétetett 1908 január 6.-án.

Körülbelül fél év óta gyengének érzi magát, ősz óta gyakran szédül; egy ízben esillapíthatatlan hasmenése volt. Néhány hónap óta észre veszi, hogy hasa nő. Étvágya jó, de azért mégis soványodik. Így az utóbbi időben körülbelül 10 kgm.-mal fogyott.

Nagyfokú gyengesége miatt kereste fel a poliklinika kórházát.

Je'len állapot (*Stern* tanár vizsgálata alapján):

A magasabb termetű beteg bőre halavány, csontrendszere gyenge, izomzata satnya, a kötőhártyák és látható nyálkahártyák halaványak. A pulsus száma 78. A verőerek kissé rigidek, kanyargó lefutásúak.

A mellkasi szervek felett sem kopogtatási, sem hallgatódzási eltérés nincs.

A has elődomborodik. A lép kitapintható, befelé a középvonalig, lefelé a spina anteriorig ér, egyenletes felületű, nem fájdalmas.

A léptompulat felső határa a VIII. bordán kezdődik, lefelé a kitapintható határig terjed.

A máj a bordaívot négy harántujjnyira haladja meg.

A májtompulat felső határa rendes, lefelé a kitapintható határig terjed.

A léptompulat a máj bal lebenyével összefolyik.

Hőemelkedés nem észlelhető.

A vizelet borsárga, gyakran húgysavtól és húgysavas sóktól zavaros, savi kémhatású. Fehérjét erős nyomokban tartalmaz. Bence Jones-féle fehérje nem mutatható ki. Vesealakelemek az üledékben nem találtak.

A vérvizsgálat alkalmával 1 mm³-ben találtatott 3.100.000 vöröses és 426.000 fehérvérsejt.

A haemoglobin Gowers eljárásával meghatározva = 55%.

A fehérvérsejtek számaránya a következő:

¹ Maximális dosis az a fénymennyiség, mely a bőrön épen csak gyenge pirosságot idéz elő. Ennek ellenőrzésére szolgálnak a különböző dosiméterek.

¹ Azóta gyógyulva elhagyta a klinikát.

² Azóta ez a beteg is teljesen meggyógyult.

polynukleáris neutrophil leukocyt	63.5%
" eosinophil	1.5%
" basophil	3.0%
mononukleáris neutrophil (myelocyt)	22.0%
" eosinophil	1.2%
lymphocyt	3.0%

Mérsékelt számú magtartalmú vörösvérsejt (normoblast); kisebb fokú poikilocytosis.

A Röntgen-kezelés a beteg 1908 január 13-án kezdődött a primitív methodus szerint. A besugárzás 5 Ampère 60 Volt árammal előbb 27 $\frac{1}{2}$, később 22 cm. távolban középlágy csövekkel eszközöltetett.

A kezelés, melyet Karácsony dr. volt szíves végezni, 30 ülésben összesen 300 percig tartott. A lép elülső és oldalsó része 26-szor, a máj négyszer volt a kezelés tárgya.

A kezelés hatása első sorban a beteg subjectív érzésének javulásában nyilvánult, mihez rövid idő után az erőbeli állapot gyarapodása járult.

Ez többek között abban is mutatkozott, hogy a beteg, a ki eleinte az intézet 3. emeletén levő Röntgen-intézetbe támasz nélkül nem tudott járni, később a lépcsőjárástól már alig fáradt el. Feltűnő volt a testsúly gyarapodása is, mely öt hét alatt összesen 5.4 kgm.-ot tett ki.

Ezen kedvező tüneteken kívül a kezelés alatt a máj és lép is kisebbedett. Két heti kezelés után a máj alsó határa a bordaívet csak kevésse haladta túl; a lép felső határa változatlan maradt ugyan, de szélességi átmérője, úgyisint vastagsága határozottan csökkent.

A harmadik hét végén a máj és a lép ismét nőni kezdett, de terjedelme nem érte el a beteg felvételekor talált határokat, sőt a tovább folytatott kezeléssel rövid idő alatt újból kisebb méretekre sikerült hozni. A kezelés megszüntetésekor a lelet a következő volt: a léptompulat a IX. bordánál kezdődik, a bordaívet három ujjnyira haladja meg; a máj-tompulat a bordaív alá három ujjnyira nyúlik.

A mikor a beteg 1908 márczius 7-én a poliklinikát elhagyta, erőbeli állapota és közérzete igen jó volt, csak arca volt még mindig feltűnően halavány. A kísérlet alatt a fehérvérsejtek száma 426,000-ről 291,000-re esett, viszont a vörösvérsejtek száma 3.100.500-ról 3.650.000-re emelkedett.

A haemoglobintartalom a Röntgen-kezelés alatt kisebb fokban emelkedett, 55%-ról 62%-ra.

A vörösvérsejteknek aránylag csekély szaporodása mellett a fehérvérsejtek száma rövid idő alatt elég jelentékenyen kevesbedett, a qualitativ vérkép azonban csak csekély és rövid ideig tartó javulást mutatott, így a január 28-i vizsgálat alkalmával találtatott:

polynukleáris neutrophil leukocyt	69.3%
myelocyt (mononukleás) neutrophil	18.0%

Márczius 8-án, a beteg távozásakor, a viszony ismét a következő-képen alakult:

polynukleáris neutrophil leukocyt	65.5%
myelocyt	20.3%

A Röntgen-kezelés eredményeképpen tehát ezen esetben a beteg közérzetének és erőbeli állapotának javulása, valamint a testsúlynak tekintélyes gyarapodása, nemkülönben a fehérvérsejtek számának jelentékenyebb esökkenése állapítható meg; ezen kedvező eredményekkel nem állott arányban a vörösvérsejteknek és a haemoglobintartalomnak alig számba jövő emelkedése, a lépnek és a májnak objective ugyan kimutatható, de tulajdonképpen csak csekély kisebbedése, nemkülönben a qualitativ vérléletnek úgy szólna változatlan volta.

A kórházat elhagyva, a beteg Abbaziába ment, a javulás azonban csak rövid ideig tartott. Alig néhány hét után ismét gyengülni kezdett, erőbeli állapota rohamosan fogyott, úgy hogy 1908 május 29-én újból jelentkezett felvételre, a midőn az erősen lesoványodott, igen gyenge betegen különösen az arcnak halaványsága és cachexiás külseje tűnt fel.

A Stern tanár által felvett jelen állapot szerint: A has erősen elődomborodik, a hasfalón tárgult gyűjtőerek láthatók. A has körfogata 86 cm.

A lép befelé a középvonalon túl, lefelé a spina ant. superiorig terjed, sima felületű. A máj a bordaívet négy harántujjnyira haladja meg, átmérője a parasternalis vonalban 13 cm.; a léptompulat a 7. borda felső szélén kezdődik, lefelé a kitapítható határig ér, hosszátmérője 35 cm.

A beteg csekélyebb fokú forróság észlelhető. Heves fejfájásról panaszkodik. Profus hasmenése van, mely gyógy-szerekre lassan javul és csak június 18-án szűnik meg teljesen.

Az étvágytalanság, kínzó fejfájás, álmatlanság, valamint az időnként jelentkező lázak annyira legyengítik, hogy válságos fordulattól lehet tartani.

A beteg ezen reménytelen állapotában június 20-án a Röntgen-kezelés expeditiv formáját kísérlettem meg.

A besugárzás, melyet Brauner dr. volt szíves végezni és melyre középlágy Müller-féle csöveket használt, a lépet három irányból érte és 20–20 percig tartott. Az alkalmazott fény mennyisége a Kienböck-féle quantimeterrel és a Bordier-féle radiometerrel határozottat meg.

Az arc ólomüveglemezzel volt védve. A távolság (focus-bőr) elül 35 cm., hátul 30 cm., oldalt 25 cm. volt. Az összbetegsugárzás 60 percig tartott. A dosis elöl 1 x, hátul 1 $\frac{1}{2}$ x, oldalt 2 $\frac{1}{2}$ x, megfellelően 2 $\frac{1}{2}$ H-nak (Holzknecht).¹ A Bordier-féle chromo-radiometer 0 $\frac{0}{0}$ -ot mutatott.

¹ A maximális dosis megfelel a Kienböck-féle quantimeter 10 egységének (x), illetve a Holzknecht-féle radiometer öt egységének (H).

A betegnek gyengesége közvetlen a kezelés után még fokozódott, hőmérséke 39.1 C $^{\circ}$ -ra emelkedett, soporosus állapot fejlődött ki, mely néhány óráig tartott. Aránylag jól eltöltött éjszaka után, másnap a betegnek közérzete feltűnő és határozott javulást mutatott, láza teljesen megszűnt, sokkal frissebbnek érezte magát, újból enni kezdett.

Ezen javulás a következő napokon még további haladást mutatott. Három nap múlva a has körfogata 83 cm. volt, a léptumor határozott, objektive is kimutatható kisebbedést engedett felismerni.

Június 27-én újabb röntgenezés alkalmával valamivel keményebb, Bauer-féle, 20 cm. átmérőjű csövel elől, belül és oldalt 15–15 percig, 25–30 cm. távolságban történik a besugárzás. Dosis 9 x = 4 $\frac{1}{2}$ H (Holzknecht).

Utána jól érzi magát, két nap alatt a has további kisebbedést mutat, körfogata 80 cm. Étvágya is jobb, csak makacs álmatlansága és fejfájása zavarja közérzetét. E miatt nincs türelme tovább a kórházban maradni és ezt július 1-én elhagyja. Távozása alkalmával a lép átmérője 32 cm., tompulata a 7. borda alsó szélén kezdődik. Testsúlya 10 nap alatt $\frac{1}{2}$ kgm.-mal szaporodott.

Az expeditiv kezelés hatása nem mutatkozott a vörösvérsejteken, sőt ezek esökkenése még további haladást tett, azonban feltűnő volt a fehérvérsejteken, melyeknek száma 10 nap alatt 520,000-ről 461,000-re esett. A haemoglobintartalom változatlan maradt.

1. A primitív Röntgen-kezelés hatása az anyagcserére.

Ezen kísérleti sorozat összesen 59 napig tartott.

Ebből esik a Röntgen-kezelés előtti időre 6, a kezelés utáni időre 18, magára a kezelési időszakra 35 nap.

A 24 órában elfogyasztott táplálék, mely az egész kísérlet alatt ismert összetételű volt, a következő nitrogen-mennyiségeket tartalmazta:

600 gm. tejben	3.83 gm. nitrogen
3 drb. zsemlyében	0.51 " "
600 gm. levesben	0.74 " "
20 " dara 100 gm. tejben	0.86 " "
150 " húsból	5.70 " "
100 " burgonyában	0.31 " "
2 drb. tojásban	1.82 " "
összesen	13.77 gm. nitrogen.

Január 18.-a óta a táplálék 2 zsemlyével (0.28 gm. N), 1 drb. tojással (0.91 gm. N) és 35 gm. vajjal gyarapodott, úgy hogy ettől fogva a 24 órai idő alatt a táplálékkal elfogyasztott nitrogen mennyisége 15.00 gm. volt.

A táplálék összetétele a betegre való tekintetből, a ki különösen a levesről nem tudott lemondani, nem lehetett ugyan teljesen purinmentes, a húgsavértékek ingadozását azonban a koszt egyformasága mellett egészen jogosan az endogen húgsav rovására lehet írni.

A táplálék kaloria-értéke körülbelül 1500 volt; Voit és Leyden szerint ez kielégítő oly egyéneknek, kik ágyban fekvők és munkát egyáltalán nem végeznek.

Az intelligens beteg úgy a táplálék elfogyasztását, mint a vizeletnek és bélsárnak gyűjtését pontosan végezte.

Ital gyanánt előbb Salus-, később Salvator-vizet kapott meghatározott mennyiségben; ennek hatása alatt az eleinte bő, téglaporszerű csapadék alakjában kiváló húgsav kevesbedett, később csak alig észrevehető csekély üledéket alkotott; a húgsavas sók azonban rendszerint megszorodott mennyiségben foglaltattak a vizeletben.

A vizsgálatok a vizelet általános tulajdonságain kívül az esetleges kóros alkotórészekre, továbbá az összes nitrogen, a húgsav és purinbázisok, az ammoniak és phosphorsav quantitativ meghatározására vonatkoztak és mindenkor a 24 óráig (reggel 8-tól reggel 8-ig) gyűjtött vizeletben végeztek.

A bélsár öt napi ciklusokban összegyűjtve került vizsgálatra, mely a nitrogenre, a purinbázisokra, valamint a phosphorsav meghatározására vonatkozott.

A nitrogen a vizeletben és bélsárban Kjeldahl szerint, a húgsav és purinbázisok N-je a Krüger-Schmid-féle eljárás segítségével, az ammoniak Schlösing szerint, a phosphorsav a vizeletben uranacetattal, a bélsárban pedig a Salkowski által ajánlott Pfeiffer és Scholz-féle eljárással határozottat meg.

A vizsgálati adatokból¹ kitűnik, hogy a húgsav-értékek a

¹ A részletes adatok a Poliklinikai jubeliumi dolgozatokban találhatók.

kezelés előtt 0.410—0.602 gm., a kezelés alatt 0.129—1.071 gm., a kezelés utáni időszakban pedig 0.543—1.086 gm. között ingadoztak. A napi átlagos érték volt:

a kezelés előtt	0.536 gm.
a kezelés alatt	0.628 „
a kezelés után	0.815 „

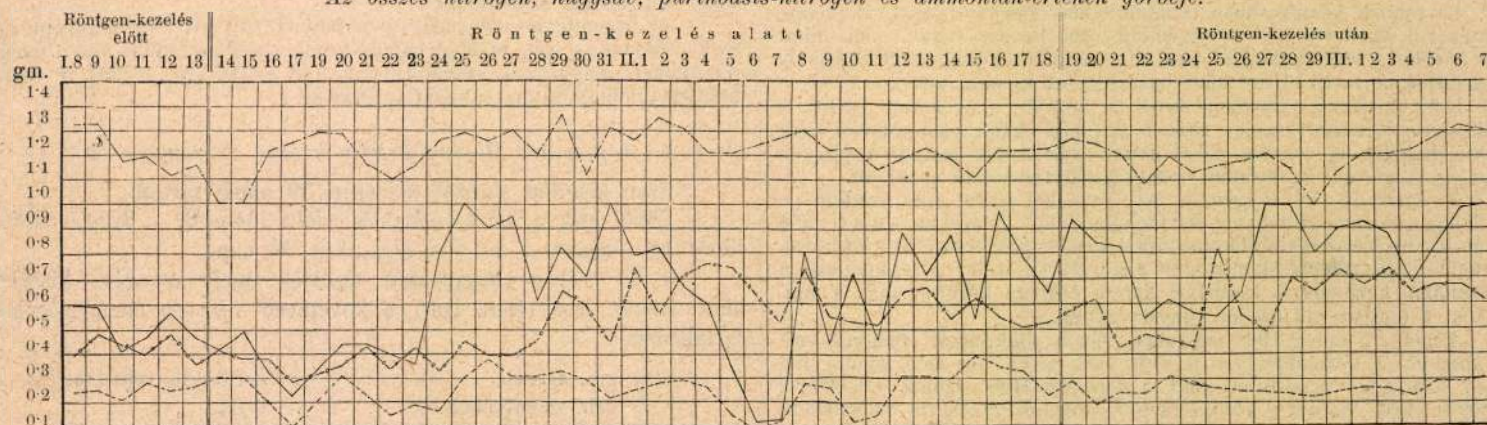
vagyis a kiválasztás a kezelési időszakban 0.092 gm., a kezelés utáni kísérleti szakban pedig 0.279 gm. napi átlagos értékkel szaporodott.

A húgysavkiválasztás lefolyását legjobban a mellékelt görbe megtekintéséből ismerhetjük meg. Látható, hogy a magas fehér-

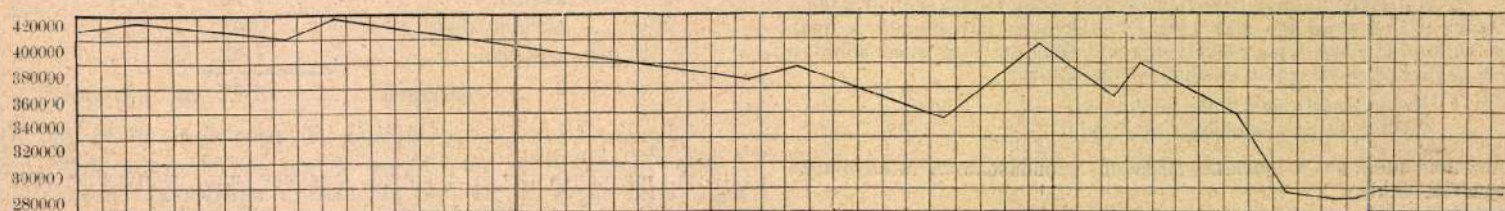
beli csökkenésével, a min. mint *Lossen* és *Morawitz* helyesen megjegyzi, nem is lehet csodálkozni, ha meggondoljuk, hogy a Röntgen-fény hatása alatt nemcsak a keringő fehérvérsejtek esnek szét, hanem a lépnek és más szerveknek szövete is. Sőt ezen szétesés, a mint erre saját észleleteink is utalni látszanak, előbb kezdődik a mirigyes szervekben és csak azután folytatódik a vérnek fehérsejtes elemein.

Az a körülmény, hogy esetünkben a húgysavkiválasztás az észlelés egész tartama alatt csökkenésre nem mutat hajlandóságot, nem szólhat azon felvétel ellen, mely a Röntgen-sugárnak a leukæmiás folyamatra gyakorolt kedvező hatását nemcsak a fehérvérsejtek fokozott szétesésében, hanem a vérsejtek csökkent képződésében

Az összes nitrogen, húgysav, purinbasis-nitrogen és ammoniak-értékek görbéje.



A fehérvérsejtek görbéje.



— — — — — Összes nitrogen. A görbe szerkesztésének alapjául a tízszeresen kisebbített értékek vették.
 — — — — — Húgysav-értékek grammokban. — o — o — Ammoniak-értékek grammokban.
 Purinbasis-nitrogen. A görbe szerkesztésének alapjául a tízszeresen nagyobbított értékek vettek.

vérsejtszám ellenére eleinte normális határokon belül mozgó húgysavértékek a Röntgen-kezelés 10. napján kezdenek hirtelen emelkedni. A kiválasztás, kisebb esésektől eltekintve, egy ideig magas marad, azután újból süllyedve, a kísérlet egész tartama alatt észlelhető legalacsonyabb értéket (0.1299) mutatja. Két nap után újabb emelkedés, azután a kezelés végeig magasabb értékek találhatók; ezek a Röntgen-kezelés abbahagyása után is egészen a kísérlet végéig megmaradnak.

Noha a görbe általában véve szabálytalan lefutású, jól felismerhető rajta az az irányzat, mely a Röntgen-fény hatásának eredménye gyanánt a húgysavkiválasztás élénkülésében nyer kifejezést és mely, mintegy a besugárzás utóhatásaképpen, a kezelés megszűnése után nagyobb állandóságot látszik mutatni a kezelési időszakban észlelhető nagyobb ingadozásokkal szemben. Ezek közül a február 6.-i és 7.-i nagyobb húgysaveséseket sem vizsgálati eredményeink, sem a klinikai tünetek tekintetbevételével magyarázni egyáltalán nem tudjuk.

Alig szenvedhet kétséget, hogy a koszt purintartalmának szigorúan betartott egyformasága mellett a szaporodás csak az endogen, vagyis magában a szervezetben képződött húgysavat illetheti és *Heineke*, *Helber* és *Linser* kísérletei alapján közelíthetjük, épen úgy, mint előbbi esetünkben, ebben is az endogen húgysav szaporodását a vérben, a szervekben és a sejtkepző helyeken a felhalmozódott fehérvérsejtek széteséséből származtatni, a mire egyébként a lépnek és májnak objective is kimutatható kisebbedése és a fehérvérsejteknek számbeli csökkenése is utal. Ezen következtetés helyességét nem érinti az a körülmény, hogy a húgysav bővebb kiválasztása időbelileg nem esik mindig össze a fehérvérsejtek szám-

látja, a mire nézve első esetünk is nyújtott némi támpontot. Ahhoz, hogy ezen második hatás is érvényesülhessen és következményeképpen a húgysavkiválasztás csökkenésére vezessen, szükséges, a mint *Lossen* állítja, hogy a fehérvérsejtek tömeges szétesése és a megnagyobbodott mirigyes szervek kisebbedése bizonyos befejező pontig jutott legyen. Ez pedig esetünkben valószínűleg a kezelésnek aránylag rövid tartama miatt nem következett be.

(Vége következik.)

A Marmorek-féle gümőkórellenes serummal tett tapasztalataim.

Irta: *Wein Manó* dr., egyetemi magántanár, a budapesti kerületi munkásbiztosító pénztár ambulatoriuma II. sebészeti rendelésének vezető sebésze.

(Vége.)

Az altuberculinnal különben igen liberálisan bánok. Az ebben az irányban tett tapasztalatok erre feljogosítanak.

Frey H. (Davos) közölte (*Wiener klin.-therapeut. Wochenschrift*, 1905. 42. szám), hogy a tuberculin-oltások reakciós jelenségeit a Marmorek-serum megszünteti. *Frey* emez észlelését teljesen igazolhatom. A tuberculinoltás reakciós jelenségei, úgy a *subjectivek*, mint az *objectivek*, Marmorek-serum adagolásával elvágathatók. Elvágathatjuk a tuberculinreakciót, a mint a diagnosztikai kérdésre, a melynek célzatából tuberculinnal oltottunk, megfelelő választ kaptunk.

Példaként az 1. sz. alatti betegemet említem, a ki, miután

meggyógyult, egy volt laesiója helyén munkaközben jelentkező enyhe fájdalomról panaszkodott. Alttuberculinra prompt reactiót adott, a minek következtében a Marmorek-serummal való gyógyítást folytattam. Naplója idevonatkozó része így hangzik:

Június 21. Hőmérséke 36.5–36.7° között.

Június 22. Reggel 36.5°, délután 36.6°. Négy órakor 1 milligramm alttuberculin a bal muse. serratus antic.-ba. Hat órakor 36.7°; 8 órakor 37.0; 11 órakor 38.5.

Június 23. Éjféli után 1/2-kor 38.9. Súlyos fájdalmak voltak a jobb vállban, a mely neki eddig sohasem fájt. Régi laesiói közül fájdalmas lett a bal I. metacarpus distális fejece és bal térdealja. Többi laesiója nem reagált. Fájdalmak miatt álmatlan. 10 cm³ Marmorek-serumnak a végébe fecskendezésére fájdalmak megszűnnek, úgy, hogy még reggeli 2 óra előtt elaludt és csak reggel 8 órakor ébredt fel. Ekkor fájdalmak nem voltak és 36.8° hőmérséke volt. 10 órakor délelőtt 36.5°; délután 36.5; délután 2 órakor 36.7. Láztalan és fájdalomtól mentes maradt, mintha tuberculin-injectiót nem is kapott volna.

A tuberculinadagolás hátrányai tehát szerény véleményem szerint teljesen megszüntethetők. Előnyben azért részesítem a tuberculin-injectiókat, mert a felvetett kérdésre, hogy tudnillik gümőkórosan fertőzött-e valaki, nem csak általános tünetekkel (láz, húzó fájdalmak a végtagokban stb.) válaszol, hanem lokális reactiókat is ad (a megbetegedés helyén keletkező duzzadás és fájdalmak, fokozott köhögési inger, megszorodott köpet stb. stb.) és így a megbetegedés góczát vagy góczait is kijelöli.

E helyen kell felemlítenem, hogy Frey H.-nak azt az észlelését, a mely szerint Marmorek-serummal gyógyítottak a tuberculin-készítményekkel szemben való érzékenységiüket elvesztik, teljességében nem igazolhatom.

Az én tapasztalataim szerint Marmorek-serummal gyógyított gümőkórosok tuberculinra nem, vagy csak gyengén reagálnak, a míg a Marmorek-serummal bevitt antitoxinok mint olyanok szervezetükben keringenek. Egy néhány napig tehát nem kaphatunk nem befolyásolt tuberculin-reactiót, ha Marmorek-serumot adunk.

Ez a jelenség azzal a ténnyel is összhangban áll, hogy a Marmorek serum a tuberculin-reactiót elvágja. De a későbbi időben a Marmorek serummal gyógyított gümőkórosok határozottan érzékenyek a tuberculin-fajtájú készítményekkel szemben, mint a hogy ezt Elsässer F. A. (Hannover) oly kitűnően észlelte és leírta (Zeitschrift f. Tuberkulose, 1907. XI. kötet, 4. füzet). Ennek a szerzőnek ugyanott olvasható azon észlelése, hogy egy Marmorek serummal meggyógyított beteg tuberculin-reactiót nem adott, a fentebbiekkel nincs ellentétben. A valóban meggyógyultak, a kik tehát többé nem gümőkórosok, ép oly kevésbé adnak tuberculin-reactiót, mint a hogy egészséges egyének sem adnak.

Hogy a Marmorek-serummal gyógyított gümőkórosok a fent említett idő elteltével a tuberculin szemben Frey H. nézetével ellentétben mily fokozottan érzékenyek, számos tapasztalatommal igazolhatnám. Előnyösebbnek tartom eme ténnyel Elsässer M.-nek (Mannheim) 3. sz. alatt (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 51. számban) leírt esetével bizonyítani, mert az a beteg már a Marmorek-serummal való gyógyítás megkezdése előtt is kapott új-tuberculin és még más ilyen fajta készítményeket, és így a tuberculinnal szemben való érzékenység különbsége közvetlen összehasonlítással megállapítható. Marmorek-serummal való gyógyítás előtt a beteg nem volt fokozottan, nem volt feltűnően érzékeny a tuberculinnal szemben. „X. 24. től XII. 1.-ig 390 cm³ Marmorek serumot kapott, 5, 10, 15 és 20 cm³-nyi adagokban, a mi a hőmérséklet és az objectív leletet szintén nem befolyásolja, de súlyszaporodás 58.6 kgm.-ra és a közérzet javulása észlelhető; ezért 0.1 mgm. új-tuberculin újabb kísérlet XII. 28.-án. Reactio 40.2°-ra, lázesökkenés nem következik be, a specifikus gyógyítás megszüntése.”

Tehát ugyanaz a beteg, a ki a Marmorek-serummal való gyógyítás előtt csak mérsékelt tuberculin reactiókat adott, most egy igen kis adagra megdöbbentően magas lázzal felel.

Ez a jelenség igen könnyen megmagyarázható és a Marmorek-serum hatására igen jellemző. A Marmorek-serum lekötö a gümőkóros toxinokat, tehát megszünteti a gümőkóros toxæmiát, a minek egyrészt a lázmenetben, másrészt a közérzésben kellene kifejezésre jutni. Ebben az esetben is méregtelenítette a Marmorek-serum a szervezetet a gümőkóros toxinoktól, a mi a láz menetében azért nem fejeződött ki, mert — én ezzel a magyarázattal Elsässer M. felfogásával éles ellentétben vagyok — nemcsak gümőkóros, hanem vegyes fertőzés volt jelen és az így termelődött toxin, a másfajta toxæmia oly mértékben befolyásolta a hőmérsékletet, hogy a Marmorek-serumnak legfőképpen a gümőkóros toxinra vonatkozó méregtelenítő hatása kifejezésre nem juthatott. Az a körülmény, hogy a közérzés javult és a beteg hizott, szintén e mellett a felfogás mellett szól, de az a jelenség, hogy a beteg új-tuberculinra olyan feltűnően erős reactiót adott, egyenesen e mellett a felfogás mellett bizonyít. A Marmorek-serummal való gyógyítást megelőzőleg az új-tuberculin nem adott oly nagy reactiót, mert akkor a beteg gümőkóros toxæmiában is szenvedett és szervezete a gümőkóros toxint lehetőleg megszokta, míg a Marmorek-serummal való gyógyítás után a méregtelenítésnek megfelelően gümőkóros toxæmia többé nem volt jelen és a gümőkóros toxintól a szervezet megszokott. Az új-tuberculin izgatása következtében a megbetegedés helyén termelt gümőkóros toxintömegek így tehát készületlenül érték a szervezetet, a mely ennek megfelelően szokatlan hevességgel reagált.

Ezen részleteknek a felemlítésével csak azt akartam megállapítani, hogy a tuberculin, kellő adagban és megfelelő időben adva, a Marmorek-serummal gyógyított gümőkórosokat illetőleg is a gyógyulás bekövetkeztének a próbaköve.

A táblázatban a gyógyultak rovatában levők nem ilyen értelemben gyógyultak; gyógyultságuk még nem állotta ki a tuberculin-próbát. Ez a magyarázata annak a bizonyára feltűnő körülménynek, hogy az állítólagosan gyógyult 18 betegem közül háromat még mindig gyógyítok, egyet pedig (52. sz.) azok közé sorozok, a kik a gyógyítást megszakították. Úgy véltem, hogy gyógyulása csak látszólagos, még további gyógyítás szükséges. Én tehát a gyógyítást befejezettnek nem tekinthetem, hanem önkényesen megszakítottak kell jeleznem.

Egyáltalában nem fektetek súlyt arra az arányszámra, a melyben a gyógyulást elérhettem. Hogy a gyógyításnak aránylag rövid tartama mellett 20%-a, vagy 30%-a a betegeknek gyógyult-e meg, szerény véleményem szerint nem a legfontosabb jelenség. Ez a körülmény egy szer értékének megbírálásakor csak akkor döntő jelentőségű, ha az eredmények igazoltak és hosszabb ideig tartós-nak is bizonyultak. Ép oly csekély jelentőségű az a tény, hogy meggyógyult betegeimet átlag 160 napig gyógyítottam és hogy átlagban egyenként 45.4 adagban 256 cm³ Marmorek-serumot adtam.

Ezek a számok már csak azért sem nagy jelentőségűek, mert első sorban attól függenek, hogyan válogatja meg az ember a betegeit. Ha fiatal, rövid idő óta betegeket válogat az ember, az arányszámok lényegesen kedvezőbbek lesznek, míg én legnagyobb-részt egészen kétségbeesett eseteken kísérleteztem. Azután beszámítandó körülmény, mert szintén döntő szerepet játszik, hogy nemcsak az első időben, de még most is kísérletezek; hogy még most is elég gyakran egészen kézenfekvő operatív inditásokat nem teljesítek, mert a Marmorek-serumnak zavartalan hatását tanulmányozni óhajtom.

A műtételek arányszámai is eme körülmények számbavételével bírálandók és jelentőséget csak annak a körülménynek tulajdonítok, hogy az 5 műtétel nélkül gyógyult beteg közül 4 enyhébb megbetegedésben szenvedett. Az ebbe a rovatba tartozó egyetlen súlyosan megbetegedett, a 4 súlyos, genyedő spina ventosában szenvedő 8. száma a táblázatnak. Ennél a gyógyulás mechanikai feltételei mindenképen meg voltak adva, a beteg fiatal, még abban a korban van, a melyben a csontok anyagcsereje hihetetlenül élénk, és határozottan állíthatom, hogy ha operáltam volna, a gyógyulás időtartamát legalább 2/3-dal lesháztítottam volna.

A főszólyt arra fektetem, hogy a Marmorek-serum minden gümőkóros megbetegedésre befolyást gyakorolt és egyetlen egyet sem befolyásolt kedvezőtlenül.

A többi szám és viszonyszám a betegek megválogatásával és még számos más körülmény figyelembevételével önkényűleg befolyásolható, tehát csak relativ értékű.

A táblázat adatait illetőleg még ki kell terjeszkednem a gyógyítás folyamán érzékelhetővé vált megbetegedési góczokra. A mint említettem, ez a jelenség kétségtelenül törvényszerű, tehát szintén állandó jelenség, és bizonyos, hogy gyakorlati jelentősége is van.

A gyógyítás tartama alatt 25 betegen 36¹ új, addig nem érzékelhető megbetegedést észleltem.

Ha kissé önkényesen kiküszöbölöm azokat a betegeket, a kiket 50 napnál rövidebb ideig gyógyítottam, ezzel az eljárással ugyan 5 olyan beteget is kiküszöbölök, a kiken már a gyógyítás kezdetén (egyenként 2, 8, 9, 12, 21 adag Marmorek-serumot kaptak) ilyen rejtett góczok (háromnál 1—1, kettőnél 2—2 gócz) érzékelhetőkké váltak, és kiküszöbölök 3 gyógyultat is, a kik meggyógyultak a nélkül, hogy a Marmorek-serum rejtett góczokat érzékelhetővé tett volna, de ezzel elérem azt, hogy olyan betegeket, a kik az ilyen jelenségek keletkezéséhez a legtöbb esetben szükséges időtartam minimumáig sem voltak gyógyítva, kiküszöböltem.

Ilyen összeállítás mellett 37 beteg közül 20 marad érzékelhetővé vált, összesen 29 gócczal, a mi az így számításba vett betegeknek 54%-át teszi.

¹ Ez a szám téves. Egyes ilyen megbetegedések elnézés folytán kimaradtak a táblázatból. A hiba lényegtelen; a végeredményt és a következtetéseket alig befolyásolja.

Ha csak azokat a betegeket vesszük figyelembe, a kik 100 napon felül gyógyítottak, 31 beteg marad, a kik közül 16-on észleltünk a gyógyítás folyamán érzékelhetővé vált gümőkóros góczokat, a mi a betegek 51·6%-ának felel meg.

Ha az összehasonlításra alkalmasakat nem a gyógyítás időtartama szerint, hanem némelyest más alapon, a gyógyítás folyamán felhasznált serum mennyisége szerint válogatom össze, akkor azt találjuk, hogy ha kiküszöbölöm azt a 24 beteget, a ki 25 adag, illetőleg 125 cm³ Marmorek-serumnál kevesebbet kapott, ezzel olyan 7 beteget is kiküszöbölök, a kik közül 5-ön 1—1, 2-n pedig 2—2, összesen 9 laesio vált érzékelhetővé. (Feltűnő jelenség, hogy mindezek a betegek a gyógyítást megszakították. Egyet (19. sz.) én küldtem a kórházba, hatan okadatolás nélkül elmaradtak. Azt hiszem nem tévedek, ha épen az addig rejtett góczoknak az érzékelhetővé válásában keresem eme 6 beteg elmaradásának az okadatolását. Elvesztették bizalmukat és ezért nem folytatták a gyógyítást. Nem csodálom. Sok orvos járt így!) 5 gyógyultat is kiküszöbölök, a kik közül csak egyen észleltem egy, előzőleg rejtett góczot.

Így 35 beteg marad, a kik közül 17-en, tehát 48·6%-ban észleltem, hogy rejtett góczok érzékelhetővé váltak.

Ha csak azokat a betegeket hasonlítom össze, a kik 50 adag, illetőleg 250 cm³ Marmorek-serumot kaptak, 23 beteg marad, a kik közül 12-n, 52%-ban észleltem újabb góczokat.

Az összes összehasonlítások szerint tehát az arányszám 50%- körül van. A két utolsó arányszám különbsége azt mutatja, hogy még intenzívebb gyógyítás után is észlelhetők újabb megbetegedési formák.

Talán legérdekesebb az a viszony, hogy a 18 gyógyult közül csak 3-on, tehát csak 16·7%-ban észleltem a gyógyítás folyamán újabb góczokat.

Minthogy a 18 gyógyult közül 13, azaz 72·2%- súlyos gümőkóros megbetegedési formákban szenvedett, nyilvánvaló, hogy általában nem azok a súlyosan gümőkórosan fertőzöttek, a kiket egyes fennálló laesiók után súlyosan megbetegedetteként értékeltem, hanem azok, a kikről a Marmorek-serummal való gyógyítás kapcsán kiűnt, hogy rejtett góczokban is szenvedtek. Legalább ez következtethető ebből az összehasonlításból, a melynek eredményére csak azt kell megjegyezni, hogy hosszabb észlelési idő mellett lényegében megváltozhatik, sőt meggyőződéseim szerint meg is változik. Az az egy azonban az aránylag rövid észlelési idő ellenére is megállapítható, hogy ha rejtett góczok vannak, a gyógyítás időtartama számbavehetően meghosszabbodik.

A táblázat még számos érdekes, részben igen fontos összehasonlításra alkalmas, de fejtegetéseim így is már túlhosszúra nyúltak. Ezeket, úgy mint számos részletkérdést, egyelőre mellőznöm kell.

A Marmorek-serumot a legmelegebben ajánlom.

Szerény véleményem szerint Koch alapvető észlelései óta a legjelentősebb lépés, a melyet a gümőkór terápiájában tettünk.

Diagnostikai szempontból is teljesen megbízható szer. A szervezetnek és a betegséggócoknak befolyásolása olyan feltűnő, hogy az ebben az irányban felmerülő kérdésekre a bekövetkező reakciók teljesen megbízható módon válaszolnak. Ezzel azt állítom, hogy minden gümőkórosan fertőzött szervezet — bármely típusú is a fertőzés — elegendő ideig és kielégítő adagokban adott Marmorek-serumra — teljesen eltökelt góczok kivételével — úgy általánosan, mint helybelileg reagál.

A tavaszszal adott végkövetkeztetésem csak ezzel a kijelentéssel bővülnek, különben változatlanul fenntarthatom azokat. Ismétlem őket:

1. A Marmorek-féle serum a gümőkór legkiválóbb specifikus orvossága.

2. Hatása azon alapszik, hogy a tuberculosis-bacillusok termelte, a gümőkór jelenségeit okozó mérgeket ártalmatlanná teszi, a szervezetet méregteleníti.

3. A szervezet méregtelenítésének a szervezet védőerőinek felszabadulása folytán helybeli automatás reactio a következménye.

4. Ez az automatás reactio a gümőkóros laesiók speciális viszonyai folytán döntő szerephez juthat, túlnagyra nőhet és így ártalomná is fajulhat.

5. Ezért a Marmorek-féle serumot csak gondos individualizálással szabad alkalmazni, a mikor is különösen az a nézőpont vezéreljen, hogy a specifikus szer csak a szervezetnek és a sérülés

helyének a méregtelenítését végezi, míg a gyógyulás többi feladata a szervezetet terheli.

6. Ha a gyógyulásnak akadályai vannak, azokat elhárítani az orvos további feladata. A Marmorek-serum hatása következtében a sebészet területének újból bővülnie kell.

Hálásan emlékezem meg e helyen Balás Dezső dr. műtőorvos helyettesemről, a ki kutatásaimban segédkezett, és nem zárhatom soraimat, hogy Marmorek-nek, a genialis kutatónak, a ki számos megtámadtatás és mindenfajta ellenséges érzületnek megnyilatkozása daczára is szívós kitartással és bőkezű áldozatkészséggel akadálytalanul tör szép ezéjia felé, szíves tanácsait és majdnem korlátlan munificenciáját a legmelegebben meg ne köszönjem. Úgy hiszem, eljön az idő, a mikor egy pár orvosnak a köszönetét a Marmorek-féle serummal meggyógyítottak ezreinek hálálkodása fogja túlharsogni.

A modern rákgyógyítás módjai és eredményei.

Irta: Pólya Jenő dr., közkórházi rendelőorvos, egyetemi magántanár.

(Folytatás.)

Garatrák. Lindenborn Czerny klinikájáról 23 esetet gyűjtött 9 műteti halálozással, 13 recidivával, 1-nek további sorsa ismeretlen. Az irodalomból gyűjtött 111 garatrák-műtetre 39·1% (Iversen 56%) globalis műteti mortalitást talált és pedig az oropharyngeális rákok operálása 28·8%, a laryngopharyngealisaké 48·3% műteti halálozással járt. Krönlein szerint az oropharyngeális rákok műtete 21%, a laryngopharyngealisaké 85·7% halálozással jár. Lényegesen kedvezőbb színben tünteti fel ezen garatrákok műteti prognózisát Gluck statistikája, a ki 11 esetben reszekálta a larynxot, pharynxot és az oesophagus nyaki részét mindössze 2 halálozással és ilyen műtét után 2 ízben 3½ évig tartó recidivamentességet észlelt.

Gégerák. Sendziak az 1876—1894-ig operált gégerákokat állította össze az irodalomból. Ezek közt volt

92 laryngofissio 9·8% műteti halálozással, 13% egy évi és 8·7% három évi recidivamentességgel,

110 részleges gégekiirtás 26·3% műteti halálozással, 32% egy évi és 9% három évi recidivamentességgel,

188 teljes gégekiirtás 44·7% műteti halálozással, 6·9% egy évi és 5·8% három évi recidivamentességgel.

Schmiegelow 1896-ig egészítette ki e statistikát; az általa gyűjtött esetekben

49 laryngofissio, 14·3% műteti halálozás, 42·6% egy és 14·3% három éven felüli recidivamentesség.

50 részleges gégekiirtás, 16% műteti halálozás, 32% egy és 16% három éven felüli recidivamentesség.

50 teljes gégekiirtás, 22% műteti halálozás, 48% egy és 10% három éven felüli recidivamentesség.

Molinié az utolsó évtizedben közölt eseteket véve figyelembe, gyűjtött

116 laryngofissiót, 3 (2·5%) műteti halállal és 14 (12%) 3 éven felüli recidivamentességgel.

63 hemilaryngectomiát, 6 (9·6%) műteti halállal és 5 (7·9%) 3 éven felüli recidivamentességgel

81 teljes laryngectomiát, 12 (15%) műteti halállal és 7 (8·7%) 3 éven felüli recidivamentességgel.

Bruns 1890 óta 114 laryngofissióval operált gégerákot gyűjtött össze 9% műteti mortalitással és 48% legalább egy éves recidivamentességgel.

Kocher (1907) 29 esete közül 6 teljes, 9 féloldali, 10 részleges gégereseccio és 4 pharyngotomia subthyreoidea; 7 (24·1%) maradt tartósan recidivamentes.

Igen szép eredményekről számolt be Gluck a II. internacionális sebész-congressuson.

9 laryngofissio műteti halálozás nélkül, 1 recidiva és 8 tartós recidivamentesség. 43 hemilaryngectomia szintén műteti halálozás nélkül, 13 recidiva, 19 ismeretes sorsú eset recidivamentes és pedig 17 egy, 12 három éven túl. 128 teljes gégekiirtásának mortalitásáról nem nyújt felvilágosítást, az utóbbi években egyáltalában nem vesztett beteget larynxextirpatio miatt; ezek közül 20 három év, 14 két év, 21 pedig 1½—1½ év óta recidivamentes.

Fényes eredményeket ért el *Semon* a laryngofissióval; 25 ilyen módon operált gégerákos közül csak 1 halt meg és csak 3 recidivált, 11 pedig 3—15 év óta recidivamentes; egyáltalán szerinte az első éven túl nem szokott recidiva beállni.

A *bárszingrák* kiirtása ezideig horribilis mortalitással járt, tartós eredményre nem vezetett, a kik kiállották is a műtétet, legfeljebb néhány hétig vagy hónapig éltek. *Czerny* szerint a bárszing nyakrészletében ülő rák kiirtása 40-szer, a bárszing mellkas-részletében ülő rák kiirtása pedig mintegy 20-szor kísértetett meg; több ízben a bárszing abdominális részletében ülő rák kiirtását is megkísérelték.

A *gyomorrák* kiirtásával elért eredmények már a rák ezen fájának rendkívüli gyakoriságánál fogva is különös figyelmet érdemelnek.

A mi mindenekelőtt a műteti mortalitást illeti, erre nézve *Brüning* (1905) a következő összeállítást közli:

Ridygier	25 esetéből meghalt	68·00%
Kümmell	64 " "	59·40%
Billroth	54 " "	48·10%
Körte	38 " "	42·00%
Mikulicz	100 " "	37·00%
Krönlein	50 " "	30·00%
Kocher	75 " "	29·30%
Roux	39 " "	27·80%
Garré	26 " "	26·90%
Kapeller	30 " "	26·60%
Czerny	57 " "	24·60%
Mayo	28 " "	22·20%
Eiselsberg	33 " "	21·00%
Poppert	32 " "	18·80%
Maydl	25 " "	18·60%

Ugyanő ezitálja *Guinard*-t, a ki az irodalomból gyűjtött 291 pylorus resectio-esetben 35·40% és *Hartmann* és *Terrier*-t, a kik további 127 esetben 26% mortalitást találtak.

A végeredményekre nézve gyűjtőstatistikát ad *Patterson* (1906); az irodalomból 86 betegről gyűjtött adatokat, a melyekben a gyomorrák eltávolítását kiállották és a melyeknek további sorsa ismeretes.

Ezek közül:

		3 éve él és jól van	5 éve él és jól van	meghalt
Teljes gastrectomia	17	6	3	5
subtotalis gastrectomia	14	3	3	6
részleges "	55	12	5	35
összesen	86	21	11	46

Az elhaltak közül legalább 3 recidivamentesen halt el (egy 11 év után). Ha az 5 évet elérőket gyógyultaknak vesszük és hozzájuk számítjuk azt a beteget, a ki 11 év múlva recidivamentesen halt el, a 86 betegre 12 gyógyulás esik vagyis 140%; tekintve a körülbelül 30% műteti halálozást, ezen 12 gyógyult eset körülbelül 125 operáltra esik és így a gyógyulás valószínűsége gyomorrák kiirtása után *Patterson* szerint körülbelül 80%-ot tesz ki.

Meggyőzőbb képet adnak a sebészi beavatkozásnak a gyomorrákkal szemben elérhető sikereiről egyes egyéni statistikák.

Hartmann (1908) 57 gastrectomiát végzett 16 műteti halálozással és 9 tartós (2—8 év) recidivamentességgel.

Borelius (1909) 33 gastrectomiáról számol be 6 halálozással és 2 tartós recidivamentességgel.

Krönlein (*Schönholzer* 1903) 50 gyomorresectiót végzett rák miatt 14 (28%) operatív mortalitással; a túlélők közül 9 él recidivamentesen, 1 recidivára gyanús és 2 biztosan recidivált; 22 recidivában 1/2—3/4 év közt, 2 intercurrents bajok folytán elhalt. A 9 recidivamentes közül csak 2 haladta meg a kritikus trienniumot, az egyik esetben 4, a másikban 8 év telt el a műtét óta.

Kocher (*Matti* 1905) 101 resectiót végzett gyomorrák miatt 26 operatív halálozással (25·8%); a műtétet kiállottak közül 20 él, ezek közül 1 recidivával, 19 recidivamentes, még pedig 17 egy éven, 8 három éven, 6 öt éven felül, egy 16 1/4, egy pedig 11 év előtt lett operálva. Az elhaltak közül 3 biztosan recidivamentes volt, kettő közülök 3 éven túl halt el (az egyik vízbe fullás, a másik intercurrents betegség folytán), kettőre nézve pedig, a kik 5—6 évvel a műtét után haltak el, kérdéses, vajjon volt-e recidivájuk vagy sem. A többi esetben a recidiva-halál 1 hó—3 1/2 év

közt állott be. A gyógyulás aránya tehát, a 3 éven felül recidivamenteseket gyógyultnak tekintve, 9·20%.

Mikulicz (*Makkas* 1907) 163 gyomorresectiót végzett 57 (34·9%) operatív halálozással; 13-nak a további sorsa ismeretlen; a visszamaradó 92 közül 65 meghalt és 27 él. Az elhaltak közül 3 recidivamentesen halt el (ezek közül egy 14 évvel a műtét után szívszélhűdésben), a többi recidivában, még pedig 21 az első, 26 a második, 6 a harmadik, 3 a negyedik, 2 az ötödik, 1 a hatodik évben a műtét után és 3 ismeretlen időben. A 27 élő közül 17 él 3 éven felül. Azon 129 beteget véve tekintetbe, kik több mint 3 esztendeje vannak operálva, 10-nek a további sorsa ismeretlen. A visszamaradt 119 közül 17 él, 5 három évig egészséges volt s csak azután halt meg recidivában vagy más okból, úgy hogy a 3 éven felül recidivamentesek száma 22-t, vagyis 18·4%-ot tesz ki; leszámítva az operatív halálozást (48 eset), a 71 túlélőre 30% 3 éves recidivamentesség esnek.

Czerny (*Dance* 1908) klinikáján 1905-ig 96 gyomorresectio történt rák miatt 31 (32·3%) operatív mortalitással. Az 1898—1905 közti időszakra 73 resectio esik 21 (28·8%) mortalitással; 36 recidivában, egy 4 évvel a műtét után tuberculosishoz, 2 ismeretlen betegségben halt el. A recidivahalál 14-szer az első éven, 16-szor a második, 2-szer a harmadik éven belül, 3-szor a 3—5. évben, egyszer 9 1/2 év után következett be; 10 él, ezek közül egy recidivával; a recidivamentesek között csak 1 van három év-nél régebben operálva, ebben az esetben 7 év múlt el a műtét óta. Az 1898 előtt operáltak közül tartósan recidivamentes csak 3 van; 2 rák 18, illetve 14 év és egy sarkoma 15 1/2 év óta él a resectio után.

Ha átnézzük ezeket a számokat, látjuk, hogy az óriási műteti halálozáshoz képest a végleges gyógyulás aránya igen csekély. Míg azonban az operatív halálozás aránya a technika javulásával mind kedvezőbbé válik (*Czerny*-nél 1881—1890-ig 44·40% volt a halálozás, 1898—1905 közt csak 28·80%; *Mikulicz*-nél 45·40%-ról 22·50%-ra szállt le, majd az indicatiók kiterjesztésével 33·80%-ra emelkedett a halálozás; *Kocher* pedig az utolsó 6 éves sorozatban 16·3-ra bírta a halálozási arányt lenyomni, tehát a műteti halálozást a fenti statistikákban kimutatottnál kisebbnek tekinthetjük), másfelől a végeredményeket sokkal rosszabbnak kell tartanunk, a mint azt a fenti számok mutatják. Mert nem szabad ezeket a végleges műteti eredményeket minden további nélkül csak a resectiókra vonatkoztatnunk, hanem azt is kell vennünk, hogy hány ember veti alá magát műtétnek a gyomorrákja miatt, a kin a resectio nem vihető ki, a kin egyszerű próbaparatomia vagy gastroenterostomia történik csupán. És ha így a végleges eredményeket mindazokra vonatkoztatjuk, a kik gyomorrák miatt operálva lettek, valóban elenyésző csekély számarányt kapunk.

Igy *Krönlein* 2 radikálisan gyógyult esete 193 gyomorrák miatt operáltra vonatkozik (50 resectio, 74 gastroenterostomia, 73 próbaparatomia); *Czerny* 450 gyomorrák miatt operált betegére csupán 4, az 1898—1905 közti periódusban pedig 302 operáltra (73 resectio, 203 gastroenterostomia és 26 próbaparatomia) csak egyetlen egy tartós gyógyeredmény jut, és még ez sem tekinthető véglegesnek, mert recidivát az eltelt észlelési időnél később is láttak még keletkezni. Azt sem szabad feledni, hogy e számok nem jelentik az „abszolút gyógyulás” számát a *Winter*-féle értelemben, mert ez az összes jelentkezőkre vonatkoznék. Áttekintve tehát a gyomorrák radikális sebészi kezelésére vonatkozó adatokat, összefoglalólag azt mondhatjuk, hogy az évekkel haladó technikával kapcsolatban a radikális műteti beavatkozás veszélyessége folyton csökken és hogy ezen műteti beavatkozással egyes esetekben végleges gyógyeredményt, másokban évek hosszú sorára terjedő recidivamenteséget birunk elérni; ezen kedvező esetek azonban a kivételekhez tartoznak, mert a recidiva a radikálisan operált esetek nagy többségében gyorsan beáll, az esetek legnagyobb részében pedig a radikális műtét meg sem kísérhető.

A *bélrák*ok közül a vastagbél rákjai birnak gyakorlati érdekel.

A *vastagbél rákjára* nézve *Anschütz* (1906) 128 esetet állított össze *Mikulicz* anyagából; ezek közül 60-at lehetett radikálisan megoperálni 26 operatív halállal, 21 gyógyulással és 13 recidivával. A tartós recidivamentesség aránya, ha csak a műtétet túlélőket vesszük számba, a 3 éven felüli recidivamentességet véve 52%, a 4 éven felülit 54%, az 5 éven felülit 43% és a 6 éven felülit 50%,

50
74
73
197

tehát a radikális műtétet túlélőknek fele megmarad. A leghosszabb idő óta recidivamentes esetekben a műtét óta $13\frac{1}{2}$, 10, 9 és 8 év telt el. A recidiva 2 esetben későn, 3, illetve 5 év múlva állott be.

A Czerny-klinika anyagát Voelcker állította egybe (1908); 130 bélrák közül 101 lőn operálva, ezek közül 58 radikálisan. Az 58 resectio közül 1 vékonybélrák miatt történt (operatív halál); a visszamaradó 57 eset közül a műtétet kapcsolatban meghalt 26. A mi a végeredményeket illeti, 7 coecumrák közül 5 állotta ki a műtétet, 2 recidivában elhalt, 3 él 10, 6 és 3 évvel a műtét után; Az 1897—1904 között operált 36, a vastagbél többi részében székelő rák közül 19 halt el a műtétet kapcsolatban, a 17 túlélő közül 7 halt el recidivában, 10 három éven felül recidivamentes, vagyis ha a túlélőkre nézve számítjuk ki, a tartós recidivamentesség 58.8% , az összes operáltakra 28% .

Mayo Robson (1904) 31-szer végzett bélrák miatt vastagbél-resectiót 6 halálalossal; 21 magánbetege közül 17 állta ki a műtétet, 8 maradt recidivamentes, ezek közül 7 három éven felül, 1 pedig 10 év óta; 9 recidivában elhalt, közülük 4 csak 2—3 év múlva.

Braman (1898) 14 vastagbélrák miatt operált esete közül 6 műtét halál volt; a műtétet kiállott 8 beteg közül csak egy halt meg metastasisokban, a többi recidivamentes és pedig 4 három éven felül.

Körte (1906) 43 esete közül 19-et tudott radikálisan megoperálni, ezek közül 7 műtét halál, 2 recidivában, 1 tüdőtuberculosisban halt el, 1 további sorsa ismeretlen, 1 recidivával él, 7 recidivamentes, és pedig 5 három éven túl, egy $8\frac{1}{2}$ éve.

Látjuk ezen adatokból, hogy a vastagbélrák miatt operáltaknak körülbelül a fele alkalmas radikális műtetre és a radikális műtétet kiállottaknak újra körülbelül a fele számíthat arra, hogy tartósan recidivamentes marad. Ezen biztató eredménnyel azonban szemközt áll a vastagbélrákoknak ijesztő nagy műtét mortalitása. Itt azonban 2 pontot nem szabad figyelmen kívül hagynunk.

1. Hogy a mortalitás arányát lényegesen növeli az, hogy az esetek egy része ileus folyamán lett megoperálva, ezek mortalitása pedig igen nagy (7 közül 6 halt meg Anschütz statistikájában).

2. Hogy a bélesonkok direct egyesítésének mellőzésével a Mikulicz-féle két- és többszakaszos műtét eljárással a halálozás aránya lényegesen csökkenthető. Így Anschütz statistikájában 19 circularis varrattal vagy enteroanastomosissal végzett resectio közül meghalt 10 (52.6%), míg a typusos Mikulicz-féle „Vorlagerungsmethode“-val végzett 30 resectio közül csak 6 (20%) és ezek közül is csak 4 írható a műtét rovására.

Végbélrák. Krönlein 1900-ban 11 német klinika anyagából összeállított 881 esete közül 171 (19.4%) halt meg a műtétet kapcsolatban, a mortalitás 8.6% (Hochenegg) és 32.5% (König) közt ingadozott a különböző szerzők szerint; azon 640 eset közül, melynek további sorsa ismeretes, 95 (14.8%) érte el recidivamentesen a kritikus trienniumot, a tartós gyógyulás aránya 28.5% (Kocher) és 9.7% (Mikulicz) közt ingadozik, recidiva a 3. éven túl 13 esetben észleltetett.

Az újabb statistikák közül Eiselsberg (Prutz 1901) 45 végbélrák kiirtás-esete közül meghalt 5; azon 20 esetből, mely a végleges gyógyulás szempontjából szóba jő, 4 három éven túl recidivamentes; 2 három éven túl recidivált, egy 1 év után recidivált, ennek kiaparása után azonban már több mint 3 éve recidivamentesen él.

Wölfler (Lieblein 1902) 47 végbélrákbeteget operált, a kiken 50 végbélkiirtás történt (3 recidiva miatti amputatio) 9 (18%) halálozással. Ama 38 beteg közül, a ki a műtétet kiállotta, 18 elhalt, 7 recidivával él, 4 sorsa ismeretlen, 9 recidivamentes, és pedig 2 öt éven felül, a többi még nem érte el a trienniumot.

Albert (Lorenz 1903) klinikájának 133 sacralis végbélrák kiirtása közül meghalt 17 a műtétet kapcsolatban (13%); azon 100 beteg közül, kikre nézve a műtét óta a kritikus triennium letelt, 16 maradt tartósan recidivamentes 3 egész $13\frac{3}{4}$ évig, közülük 3 a triennium eltelte után meghalt, 11 sorsa ismeretlen, a recidivában elhaltak közül 8 a triennium eltelte után halt meg.

Czerny (Küpferle 1904) 25 év alatt 238 végbélrákot írtott ki 28 (11.7%) operatív halálalossal; recidivában és metastasisokban meghalt 139 (58%), intercurrens betegségekben 3 év leforgása előtt meghalt 7, ismeretlen sorsú 5, recidivával él 8, recidivamentesen él 3 évnél rövidebb ideje 17, recidivamentes 3 éven

felül 24, intercurrens betegségben elhalt 3 év után 10. A recidivahalál az esetek $\frac{3}{4}$ -ében az első két esztendőben állott be, de az 5. évben 6, a 6.-ban 4, a 7., 8. és 11. évben is 1—1 recidivát láttak. Azon 196 beteg közül, kikre nézve a műtétől számított triennium már letelt, 34 (17.3%) mondható tartósan recidivamentesnek.

Kocher (du Pan 1905) 83 végbélrákos betege közül 14.5% műtét halált és 25.7% radikális gyógyulást tapasztalt.

Poppert (Richter 1906) 64 végbélrákos betege közül 4 (6.2%) a műtétet kapcsolatban, 30 recidivában (köztük 7 a triennium letelte után), 4 intercurrens betegségben (közülük 3 a triennium letelte után) halt meg. Recidivával él 1, recidivamentes 20, ezek közül 17 (18.33%) 3 éven felül. A három éven túl intercurrens betegségben recidivamentesen elhaltakat hozzászámítva, tehát körülbelül 20-at, vagyis az összes operáltak $\frac{1}{3}$ -át tekinthetjük tartósan gyógyultnak.

Rotter (Petermann 1906) az 1893—1903 közt operált 43 eset közül 14 beteget (32%) veszített a műtétet kapcsolatban, míg az utolsó 3 évben operált 42 beteg közül csak 2-t (4.7%). Azon 69 beteg közül, ki a műtétet túlélte, 24 elhalt, még pedig 18 (21.2%) metastasisban és recidivában, 5 pedig metastasissal él. Az első csoportba sorolt, tehát 3 évnél régebben operált 43 beteg közül 12 él recidivamentesen, vagyis 27.8% az 1893—1903-ban operáltak összességére és 41.3% a műtétet túlélőkre vonatkoztatva.

Hartmann (1908) 49 végbélrákkiirtása közül 7 (15%) halt meg a műtétet kapcsolatban; azon 20 közül, kiknek sorsát követni tudta, 10 recidiva folytán, 1 recidivamentesen halt meg, 9 él 16 hótól 8 évig terjedő idő óta.

Hochenegg (Bachrach 1908) 328 végbélrákoperáltjának műtét halálozása 13.7% ; a három évnél régebben operált 207 beteg közül tartósan recidivamentes maradt 37 (17.8%).

Herczel (1908) 82 végbélrákkiirtás kapcsán 12 beteget (14.6%) veszített el. Három évnél régebben 64 beteg operáltatott meg, ezek közül 7 sorsa ismeretlen, 8 a műtét kapcsán, 15 három éven belül, 10 pedig a triennium letelte után (3—13 év) halt meg részben recidiva, részben intercurrens bajban. Öt évnél régebben 46 eset lőn operálva, erre 6 műtét halál és 12 későbbi halál esik, 6 eset sorsa pedig ismeretlen. A tartós eredményeket és arányukat a következő tábla mutatja:

	Esetek száma	%		
		a jelzett időben operált összes esetekre	leszámítva az ismeretlen sorsúakat	leszámítva az ismeretlen sorsúakat és a műtét haláleseteket
A trienniumot elérte ...	34	53.2	59.7	69.4
3 éven túl recidivamentes	24	37.5	42.1	48.9
5 éven túl él ...	22	47.8	55	64.7

Tehát a műtétet túlélők közül az ismert sorsú eseteknek több mint $\frac{2}{3}$ -a érte el a harmadik esztendőt, és körülbelül fele maradt három éven túl is recidivamentes; az öt éves recidivamentesség még nagyobbban mutatkozik, a mi abból magyarázható, hogy az indicatiók körét régebben szűkebbre szorította. 11 beteg 10 éven felül, három 15 év óta recidivamentes.

Szándékosan kerültem egész előadásom folyamán a különböző műtét methodusok által elért eredmények összehasonlítását, a mennyiben nem az egyes műtét módok összehasonlítása, hanem a műtétekkel általában elérhető eredmények demonstrálása a célom. És ha itt a végbélráknál külön emlitem az abdominális és kombinált sacroabdominális műtétek eredményeit, azt azért teszem, mert ezen műtét eljárás, úgy mint az abdominális méhrákoperációk inaugurálása, egyszerűen a műtét indicatiók kiterjesztését jelenti és lehetővé teszi oly rákok kiirtását, melyek megoperálását ezen módszernek híján a limine vissza kellene utasítani.

Ezen kombinált abdominosacralis, abdominoperineális műtétek nagy halálozással járnak. Hochenegg 8 közül 5-öt, Kraske 10 közül 4-et Kümmel 14 közül 6-ot veszített. Schloffer gyűjtőstatistikája szerint 31 kombinált amputációból 14, 23 kombinált resectióból 12,

9 tisztán abdominális műtéből 3 halt meg. Meg kell itt még jegyeznünk azt is, hogy ezen kombinált műtétek után a férfiak halálózása sokkalta nagyobb, mint a nőké.

A gyomorbéltractus függelékét tevő szervek rákjai közül leggyakoribb az *epehólyag rákja*. Terrier és Auvray 35 epehólyagrák kiirtást gyűjtött az irodalomból, ezek közül 7 a műtét kapesán, a többi recidivában halt el, az észlelt leghosszabb recidivamentesség 2 esztendő volt. Kümmell rák miatt végzett 8 cholecystectomiája közül 2 maradt 3 éven túl recidivamentes. Mayo Robson 12 betege közül, a kiből a rákos epehólyagot kiirtotta, 2 halt meg a műtét kapesán és 5 maradt recidivamentes, közülök 4 már 4–5 $\frac{1}{2}$ év óta; 11 esetben a rák már a májra is reáterjedt volt.

Az *epeutak és papilla Vateri rákjainak* kiirtása egyszer-más-szor sikerült, a betegek a műtét beavatkozást kiállották, tartós eredményekről ez idő szerint nincs tudomásunk; ugyanez áll a *máj- és pankreasrákokra*.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

P. H. Gerber: Die Komplikationen der Stirnhöhlen-entzündungen. Berlin. S. Karger. 1909.

Az orr- és gégeorvostan egyik jeles munkása, a königsbergi egyetem tanára, 458 oldalon foglalta össze a homloküregbántalmak szövődményeire vonatkozó immár meglepően nagy irodalmat, melyet nagy alaposággal rendezett, kritikailag mérlegelt és saját észleleteivel kiegészített. Szép munkájában tanulságosan domborítja ki a homloküreg gyulladásainak szövődményeit, rámutat, hogy azok fogalmát tágabb értelemben kell venni, hogy sokkal gyakrabban fordulnak elő, mint a hogy általában gondolták. A súlyos és végzetes szövődmények egész tömegével felhívja a gyakorló orvos figyelmét a homloküregbajok szövődményeire, melyek a szemüregre, koponyaüregre és agyvelőre vonatkozhatnak és alaposan összeállított nagy statisztikájával bizonyítja a kellő időben végzett behatóbb, gyökeres beavatkozások szükségességét. A melléküregek genyedésének gyakoriságát illetően ő maga 63,633 beteg között 493 homloküreg-genyedést észlelt, ezeknek öt százalékában voltak szövődmények, melyek a csont, a szemtekére, a szemüregre, az agyvelő burkaira és az agyvelőre szorítkoztak. Az irodalmi adatok és saját észleletei alapján tárgyalja a homloküreggyenyedéssel járó periostitist és otitist, a cariest és nekrosist, valamint a csonttörést a szemüregbe és a koponyaüregbe.

Egy fejezetben behatóan tárgyalja a homloküreggyenyedéssel járó dilatatiót, a mucocelét, a pneumocelét, mindezek kórjelzését, tüneteit és prognosist. Fontos az osteomyelitis fejezete, melyből megtudjuk, hogy a csonttörések az agyhártyák, a gyűjtőeres öblök és az agyvelő következményes megbetegedése folytán a 29 ismert eset közül 20-ban vezettek halálra és csak 9 eset gyógyult meg. Ezek után egy-egy fejezetben fejtegeti a boncsolástani viszonyokat, a kórszövettani és a bakteriologiai vizsgálatokat. Az alakviszonyok ismertetésénél helyre kell igazítanunk egy tételét, melyet egy kórtani következtetés alapján is vesz. Ugyanis némelyek boncsolástani adataiból azt látták, hogy a bal homloküreg nagyobb mint a jobb, az esetek statisztikájából pedig azt vette ki, hogy a bal homloküreg gyakrabban volt megbetegedve, mint a jobb. Ebből felállítja a tételt, hogy a bal homloküreg rendszeren nagyobb és így könnyebben betegszik meg, mint a jobb. Ezt a tételt vizsgálataink megdöntik, mert 1200 koponya közül egy harmadban a homloküreg körülbelül egyforma nagyságú volt, egy harmadban a jobb oldalon, egy harmadban pedig a bal oldalon volt nagyobb a homloküreg. Tehát Gerber azon tételének, hogy a bal homloküreg nagyobb és könnyebben betegszik meg, semmi elfogadható alapja nincsen.

A fertőzés útjának és mechanikájának is szentel fejezetet, melyben kimutatja a szövetek folytonosságában a fertőzés útját, valamint a vérerek és a nyirokpályák szerepét. 28 epidurális esetben a homloküreg hátulsó vagy cerebrális fala 18-szor volt megbetegedve, 40 agytályog-esetben a csont a duráig 37-szer volt beteg, 30 meningitis-esetben szintén 37-szer volt kóros a duráig a csont. Egészséges csont csupán 6 esetben van feljegyezve. Általá-

ban 59-70%-ban a homloküreg hátulsó falának megbetegedése volt a contactinfectio alapja.

A szervek szövődményeit három főcsoportban tárgyalja, úgy-mint oculoorbitális, koponyaüregi és agyvelői szövődmények.

Az oculoorbitális szövődmények vonatkoznak a szemtekére, a szemüregre és tartalmára, a szemhéjakra és könnyszervekre. A számos részletre nem térhetünk ki, csupán felemlítjük, hogy a melléküregek 409 orbitális szövődményének esetében 66 szem megvakult. A részleteket illetően a műre, valamint a Kuhnt és a referens által a nemzetközi orr- és gégeorvostani congressuson tartott idevonatkozó referatumaival utalunk.

A mi a koponyaüregi szövődményeket illeti, 51 meningitis-esetben extradurális tályog 14-szer, 65 agytályog-esetben 25-ször találtatott, különálló extradurális tályog 28 esetben van feljegyezve. 28 műtett eset közül 25 esetben gyógyulást értek el.

Csupán néhány olyan meningitis serosa-esetét észlelték, melyben műtéttel és conservatív úton gyógyulást értek el, egy idevágó esetet referens is észlelt (endonasális kezelésre gyógyulás). Meningitis 51 esetben agytályog nélkül, 6 esetben thrombosissal, agytályog 65 esetben, ezek között 27 esetben meningitissel, 2 esetben thrombosissal, a gyűjtőeres öblök tiszta thrombophlebitise öt esetben van feljegyezve.

A mi az agytályogot mint szövődményt illeti, 66 esetet gyűjtött össze; ezt a statisztikát a referens még 10 esettel egészítheti ki, ezek között szerepel Killian két esete is.

A mi a gyógyult eseteket illeti, sajnos, eddig csak 7 esetről tudunk beszámolni.

A jeles és felette szorgalmas munkát minden szakembernek és minden sebésznek birnia kell, de ajánlhatjuk a gyakorló orvosoknak is, egyrészt, mert tájékozódást nyernek a homloküreg és a melléküregek genyedése által feltételezett súlyos szövődmények gyakoriságáról és sokszor vitális fontosságáról, másrészt betekintést nyernek egy olyan kérdésbe is, melyre Gerber nyomtatékkal rámutat, t. i. a postoperatív meningitis kérdésére és az idevonatkozó eseteknek sajnosan eléggé felszaporodó számára. Gerber a számukat sokkal nagyobbra teszi, mint a hogy eddig hitték; szomorú jelenség ez annál inkább, mert sok postoperatív szövődmény közlésétől egyáltalán tartózkodnak az illetők. Tagadhatatlanul úgy áll a dolog, hogy a mióta a homloküreg gyökeres megnyitása divatos műtét lett és a mióta többet operálunk, mintsem kellene, értjük akár elfogult jóhiszeműségből, akár sajnosan ismert egyéb okokból, a szigorubb indicatiót meg nem álló esetekben a homloküreg gyökeres külső megnyitása folytán a postoperatív meningitis gyakoribb jelenség lett. Magától értődik, hogy minden esetben, a melyben a jelzett szövődmények tüneteivel vagy lehetőségének valószínű esélyeivel állunk szemben, a kellő időben való gyökeres beavatkozás vita tárgya egyáltalában nem lehet. Másrészt mondhatjuk, hogy sok esetben nyitották meg a homloküregét, noha endonasális beavatkozásra is biztosan meggyógyult volna, mely utóbbi nem egyszer nemcsak a heveny, hanem az erős, a munkaképtelenségig fokozott tünetekkel járó idült homloküreggyulladásokat is teljesen meggyógyítja. Igaz, hogy általában a szükséges beavatkozásoknál a postoperatív meningitis keletkezéseért a műtét nem okolható, de a szomorúan szaporodó esetek annál nyomtatékosabban kívánják minden egyes esetben a tünetek szigorú mérlegelését és a megfelelő lelkiismeretes javalat felállítását.

Ónodi.

Lapszemle.

Általános kórtan.

A diabetes kórtanára vonatkozó kísérletes vizsgálatairól számol be J. de Meyer. Szerinte a hasnyálmirigy nem közvetlenül, de közvetve szabályozza a szénhidrátok anyagforgalmát: a pankreas secretumának ugyanis a leukocyták glycolysises erjesztőjével szemben az amboceptor szerepe jut, más szóval a fehérvérszettek erjesztője csak proferment, melyet a hasnyálmirigy secretuma aktivál. Meyer kísérletei szerint a normális vér cukortartalmának mesterséges úton növelésekor cukorelöntő képessége is fokozódik s átlag minden gramm cukortöbblet mellett másfélszer több cukor bomlik el, mint egyébként. A diabetesben szenvedőkben a vér nem veszi el teljesen glycolysises tulajdonságát, ez csak csökken, a mi jól össze-

egyeztethető a szerzőnek a pankreas szerepét illetőleg vallott fentebbi nézetével.

Kutya vérsavójának nyúlba fecskendezése útján antiglykolysisszerű fermentumot állított elő, melylyel a kutya vér glykolysissé tulajdonságát óhajtotta csökkenteni. S valóban antiglykolysisszerű vérsavója a kibocsátott vér cukorkibontó tulajdonságát csökkentette és intravenás befecskendezése a vér cukortartalmának növekedésével és cukorvizelettel járt. Minthogy az antiglykolysisszerű serum a cukorkibomlást *in vitro* gátolja, kísérleteiben a vér cukortartalmának növekedését, idegrendszer-izgalom vagy a máj működés-zavarának felvétele nélkül is, a vér glykolysissének csökkenése vagy akár megszűnése útján is könnyen értelmezhetjük; más szóval a vér cukortartalmát sejtes elemei és a nyirok, függetlenül mindennemű idegbefolyástól, a máj és más szervek működésétől, maguk is szabályozhatják. (?) Egyébként is azt hiszi a szerző, hogy a hyperglykaemia létrejöttében az említett szerveknek kevés szerepük van s már a vér glykolysissé tulajdonságának csökkenése egymagában is elegendő a diabetes kiváltására.

A szerző arra, hogy kísérleteiben a szervezetet szénhidratforgalmának csökkentésére kényszerítette, a diabetes jellemző két tünetét, tudniillik a hyperglykaemiát és a cukorvizeletet látta jelentkezni s ez alapon nem is tarthat minden diabetest cukorkibomlással magyarázhatónak, sőt szerinte ezen utóbbi elméletnek az alapja nagyon is ingatag s inkább Lépine diabetes-elmélete fogadható el: ha mesterségesen fokozott cukortartalmú (normális) vér glykolysissé a diabeteses vérenek cukorkibontó képességével hasonlítja össze, szembeillő ez utóbbi glykolysissé tulajdonságának csekély volta.

Meyer antiglykolysisszerű serumát egyébként *in vivo* sokkal hatásosabb volt, mint *in vitro*.

Pflügerrel szemben joggal állíthatja, hogy a diabetes minden organikus (nevezetesen duodenális) és idegrendszer-laesio nélkül is támadhat; ezzel azonban nem akarja mondani azt, hogy a diabest egyedül a vér glykolysissének csökkenése okozza, hiszen ez sem a dyszoöamylia, sem a fehérjeforgalom zavarainak magyarázatát a diabetesben nem adhatja. (Annales de l'institut Pasteur, 1908. 10. füzet.)

Halász Aladár dr.

A gümöbacillus virulentiájának összefüggését a tüdőgümőkór lefolyásával fejtegette Rodet és Delanoë a francia „Académie des sciences”-ben. Vizsgálataikat 26 tüdőgümőkóros beteg köpetével házinyúlra s tengerimalacson végezték s azt tapasztalták, hogy azok az esetek, melyekben a köpet bakteriumai nagy virulentiájúak voltak, gyorsan, néhány hónap alatt halállal végződtek. Másfelől ha a bakteriumok a házinyúlra egyáltalában nem, a tengerimalacra pedig csak kis mértékben hatottak, igen sokáig elhúzódóak voltak a kóralakok. E vizsgálatokból kitűnik, hogy a tüdőgümőkór lefolyásában a kórokozó virulentiájának nagyobb szerepe van, mint a szervezet dispositójának. Kivüle tekintetbe veendő a bakteriumok száma, a fertőzés ismétlődése s annak az immunitásnak a foka, a mely az első fertőzés után létesülhet. (La semaine médicale, 1908. 40.)

Ország Oszkár dr.

Az urobilin kimutatására a vizeletben Strauss a régi Schlesinger-féle eljárás módosítását ajánlja. A vizelethez néhány köbcentiméter ecetsavat és 10%-os ólomacetat-oldatból a vizelet 1/4-részenek megfelelő mennyiségét adva, szűrés után a világos-sárga szüredéket amylalkohollal összerázzuk. Az amylalkohol, mint ismeretes, kivonja az urobilin-t és sárga-sötétzöld színűvé válik. Alkoholos chlorzinkammonia hozzáadása után élénk fluorescentiát ad és színpébe a jellemző elnyelésesikok láthatók. Az eljárás oly érzékeny, hogy normális vizeletben is kimutatható vele az urobilin. (Münchener med. Wochenschrift, 1908. 49. szám.)

Ország Oszkár dr.

Belorvostan.

Az insufficientia pankreatica új jele címén számol be Regolo Gandola Quadrio a Baccelli-klinikán 25 egyénen végzett kísérletei alapján a Löwy-féle eljárásról. Ez az eljárás abban áll, hogy a conjunctivális redőbe cseppentünk 3—4 csepp adrenalin, s megfigyeljük, hogy beáll-e mydriasis. Az eljárás lényege az, hogy az adrenalin a sympathicus-idegrendszert izgató szer, a mely ha elég töményen jut a vérkeringésbe, a m. dilatator pupillae is összehúzódásra izgatja. Ha bizonyos hígításban adrenalin fecskend-

dünk közvetlenül a vérkeringésbe, a kísérleti állaton mydriasis észlelünk, míg ha ugyanezen oldatból csak a conjunctivális redőbe cseppentünk, nem áll be a mydriasis, mert így csak oly kis concentrációban juthat az adrenalin a vérkeringésbe, hogy a m. dilatator pupillae összehúzódása nem jöhet létre az antagonista módon ható musc. sphincter pupillae tonusos összehúzódása miatt. Ha azonban ugyanezen adrenalin-oldatból egy olyan állat kötőhártyaredőjébe cseppentünk, melynek előzetesen a pankreasát kiirtottuk, a mydriasis rövidesen beáll. A pankreasnak belső működése tehát a cukornak oxydatiójához szükséges fermenten kívül olyan anyagot is ad át a vérkeringésnek, mely a sympathicus-idegrendszer működésére gátló hatással van, s ha a pankreas beteg vagy kiirtott, akkor ezen gátló hatás megszűnik, s a kötőhártyaredőbe cseppentett adrenalin hatására is beáll a mydriasis. Quadrio 25 esete közül a Löwy-reactio positiv volt 5 esetben, a többi 20 esetben negativ maradt. E 20 egyén közül egy sem mutatott valamely pankreas-baj jeleit. Az 5 reagált eset közül 4-ben csakugyan pankreas-megbetegedés állott fenn és pedig az 1. és 3. esetben diabetes mellitus; a 2. esetben epithelioma pancreatis, a 4. esetben pankreas-daganatot derített ki a boncolás. Az 5. eset epilepsiára vonatkozik. Mindezen esetekben az ismételt Löwy-reactio mindig ugyanazon eredménnyel járt. (Il Policlinico. Sezione pratica. Fasc. 30.)

Galambos Arnold dr.

A súlyos diabetes-esetek diatás kezeléséről ír Weintraud tanár. Mindenekelőtt hangsúlyozza, hogy az a diatás diabetes-therapia, a mely csupán a cukorkiválasztás csökkentésére van tekintettel és a diatában a szénhidrátok csökkentésére szorítkozik, sok esetben — a súlyos esetekben mindig — meddő marad, sőt veszedelmes is lehet. Egyik főszabályként állítja oda, hogy a szénhidrátokat sohasem szabad hirtelen nagy mértékben csökkenteni avagy teljesen megvonni. A tolerancia fokát a szénhidrátokkal szemben s ezzel az esetben súlyosságát kevésbé veszedelmes úton úgy határozzuk meg, hogy lassanként csökkentjük a szénhidrátok mennyiségét és egyúttal tekintettel vagyunk a táplálék fehérjetartalmára és összes tápláló értékére is. A diatetherapiában akkor veszi kezdetét a nehézség, a mikor a szénhidrátok megszorítása közben acetoneuria és diaceturia jelentkezik, vagy ha már eleve megvannak az acidosis jelei. Ilyenkor a szénhidrátoknak erőszakos megszorítása sokszor jár súlyos következménnyel s azért sok orvos abba is hagyja a diatetherapiát. Ez azonban nem helyes; a tapasztalás bizonyítja, hogy súlyos diabetesesek észszerű diatá mellett és natrium bicarbonicum állandó használatával is éveken át eltűrik az acidosisnak azt a fokát, a mely más betegekre végzetes. Tehát nem az acidosis foka a lényeges, hanem valami más körülmény, még pedig úgy látszik a nitrogen-egyensúly tartós zavara. Ha valamely diabeteses betegen a súlyos acidosis jeleit találjuk és egyúttal tetemes nitrogen-deficit is állapítható meg, a szénhidrátoknak további megszorításával óvatosságnak kell lenni; ha azonban a beteg nitrogen-egyensúlyban van, az acidosis többnyire nem jelent közvetlen veszélyt s a szénhidrátok fokozatos további megszorítása többnyire kivihető. Nem elegendő tehát a súlyos esetekben a vizelettel kiürített cukor mennyiségének a meghatározása, hanem a nitrogen-méreg állapotáról is időnként tudomást kell szerezni. A szerző azt tapasztalta, hogy ha a súlyos diabetes-esetekben ajánlatos kevés fehérjével sikerül nitrogen-egyensúlyt elérni és fenntartani, az acidosis nem okvetlenül káros s a szénhidrátok továbbra is megszoríthatók. Ez pedig okvetlenül szükséges, mert a szénhidrátok megszorítása nélkül nem igen érhető el a cukorkiválasztás csökkenése, a mennyiben a cukorkiválasztásnak tetemes alászállása nélkül a legtöbb diabetes-betegen egyáltalában nem jutunk el nitrogen-egyensúlyhoz a nagyfokú cukorkiválasztással együttjáró erős diuresis miatt. A nitrogen-egyensúly elérhetésének egy másik fontos tényezője a csekély fehérjeforgalom; a naponként bevitt fehérje tehát kevés legyen. A táplálékkal bevitt bőséges fehérje ugyanis a húgyanyag kiválasztásának megnagyobbodása útján fokozza a diuresist, a mely pedig kerülendő. Azután meg fokozza az egész anyagforgalmat is; innen van, hogy a súlyos diabetes-esetekben a bőséges fehérjebevitel csaknem mindig tetemesen nagyobbítja a cukorkiválasztást, a mi azután egyrészt a fokozott diuresis útján, másrészt a nagyobb mennyiségben kiürülő cukorral elvesző caloriák miatt veszélyezteti a nitrogen-egyensúlyt. A súlyos diabetes-esetekben tehát a szénhidrátoknak következetes és foko-

zatos csökkentésével együtt kell járni a fehérje következetes és fokozatos csökkentésének; a szükséges calorikat megfelelő mennyiségű zsírral pótolják. Nagyon czélszerűnek bizonyult továbbá a nitrogen-egyensúly elérése szempontjából a koplalónapoknak közbeiktatása. (Therapeutische Monatshefte, 1908. 12. füzet.)

Sebészet.

Homályos eredetű peritonitisekről ír *Dowd*, 4 gyermek kórtörténetét közölve. Közülük 3, a ki streptococcus peritonitisben szenvedett, meghalt, 1 coli-peritonitises megmaradt. Míg ez utóbbi esetben az appendixnek finom perforációját veszi fel ok gyanánt, mely azonban az appendix kivétele alkalmával nem volt látható, a többi 3 esetben a sectio sem tudta a peritonitis kiinduláspontját kimutatni. Ezen streptococcus-peritonitisek mind nagy elesettséggel, diarrhoeával és excessiv hányással jártak. (Annals of surgery, 1908 december) *Pólya.*

Érzéstelenítés bőrtransplantációk alkalmával. A *Thiersch*-vagy *Krause*-féle bőrtransplantációk alkalmával eddig leginkább helybeli érzéstelenítést használtunk, még pedig kétféle alakban: vagy *Schleich*-féle oldatot fecskendeztünk az egész átültetendő bőrterület alá, vagy a kivágandó bőrterület felett harántirányú vonal lefutásában elszibbasztottuk a bőrnek centripetális bőrérzőidegeit. *Nyström* docens a stockholmi sebészeti klinikáról a vezetési anaesthesiának egy speciális alakját hozza javaslatba. Az átültetésre kiválóan alkalmasnak mondja a czomb külső oldalának bőrét, melyet a könnyen és biztosan fellelhető nerv. cutaneus femoris lateralis lát el érző rostokkal. Érzéstelenítésre 1%-os novocain-oldatot használ, melyhez 10 cm³-enként 5 csepp 1%-os adrenalin-oldatot ad. Eljárása következő: 4—5 cm³-t a fentebbi oldatból a spina iliaca anterior superior belső oldalán a közvetlenül itt lefutó idegtörzsbe fecskendez azután még egynéhány cseppet fecskendez a spina alá, hogy a folyadék egy része a fascia lata alá is kerüljön. 10 perc múlva az érzéstelenség teljes. Ezen idő alatt a betegnek befedendő sebet lehet előkészíteni. Az ily módon érzéstelenné vált terület több négyzetdeciméter nagyságú; ha a n. lumboinguinalissal anastomosisok vannak jelen, valamivel kisebb. (Zentralblatt für Chirurgie, 1909. 5. füzet.) *Lobmayer Géza.*

A szabad osteoplastika szövettani és klinikai revisiója. Szorgalmas és hasznos munkát végzett *Achhausen* (Berlin). Számos (146) állatkísérlet és a nyert anyag szövettani feldolgozása azon eredményre vezetett, hogy az *Ollier* által hangsúlyozott fölénye a transzplantált élő, egy fajú periostnak csakugyan fennáll és a *Barth*-féle nézet, mely általánosan elfogadott és ezen fölényt tagadta, tarthatatlan. Az implantált csontszövet maga — akkor is, ha élő periost és velő veszi körül — minden esetben elpusztul. Pótlása élő csontszövet által egyszerűen lacunaris resorptio és suppositio útján történik. A periost és velő a csonttal ellentétben nagy fokban túlélő szövet, és megtartja új csontot alkotó képességét. Macerált csont a legkevésbé alkalmas implantációs anyagnak, és csak nagy szükség esetén ultimum refugiumként alkalmazható. A csöves csont alkalmasabb implantációs anyag mint a lapos csont. Ha csöves csontot transzplantálunk, czélszerű a fekvő periosteumot hosszanti bemetszésekkel ellátni, mert a csontújképződés a periosteum szeleiről indul ki. Hosszában felezett csöves csontot átültetni előnyösebb, mint egészen épet. 12—24 órával a halál után ilyen hosszában felezett csöves csontok még kitűnő implantációs anyagnak tekintendők. (Archiv für klin. Chirurgie, 88. k., 1. f.) *Lá.*

Szülészet és nőorvostan.

Mikor és milyen módon kezelendő a méh retroflexiója czímen értekezik *Strassmann* (Berlin). A méh hátrahajlása igen gyakori jelenség, Berlinben átlag 50,000 asszonynak van ilyen baja. A méh a testnek legvédehetőbb szerve, a medenczének erős csontjai és a glutaeusok hatalmas izmai között minden oldalról függesztő szalagoktól körülvéve olyan biztos a mozgása minden irányban, akárcsak a hajón az iránytű. Trauma ezért helyzetét nem változtathatja meg, hibás fekvései vagy veleszülettek vagy szerzetek. Felvehető, hogy az esetek 1/6-része veleszületett, így látjuk sokszor szűzekben vagy nulliparákon, a hol semmi más okot sem találunk.

Mindenesetre szerepe van itt a telt hólyagnak és végbélnek. Ezen két tényező az oka a gyermekágyban szerzett retroflexiónak is, a mikor a kitágult és még vissza nem fejlődött méhszalagoknak nincsen meg a kellő tartásuk. A telt hólyag nyomja a méh testét hátra, a végbél a méh nyakát előre és ezen középállásban az elülső falára még hat a hasúri nyomás. Ha a hasúri nyomás korai felkeléskor fokozódik és mély cervixrepedések vannak, illetve hüvelytágulás vagy gátrepedés, melyek a méh lecsúszását elősegítik, úgy pár nap alatt beállhat a retroflexio. A méh hátrahajlását akadályozzák különösen a ligamenta rotunda és a lig. cardinale uteri, a mely utóbbi a diaphragma pelvisben foglal helyet. Ha a diaphragma elégtelen, a méh pedig nagyobb, súlyosabb, subinvolutióban van, akkor rendes tartásából lejjebb csúszik és hátrahajlik. A sacrouterin szalagoknak, melyek a méh mögött mint a rotunda antagonistái foglalnak helyet, kevés szerepük van a méh függesztő apparatusában; egyes műtők ezen szalagok megrövidítésével akarták a méhet rendes helyére hozni, de polgárjogot ezen eljárás nem nyert. Nagy jelentősége van a retroflexio statistikájában annak is, hogy a cervicális csatorna ép-e, mert más a méh tartása akkor, ha a portio intact, és más, ha mély repedések vannak, különösen a pessarium alkalmazásakor van ennek nagyobb jelentősége.

A méh hátrahajlásának következményei vannak. A méhhez együtt hajlást szenvednek a széles szalagok és a bennük futó véreerek is csavarodnak. Ennek következménye gyűjtőeres pangás, a lig. latum varicosus lesz. Magában a méhben is vérpangás keletkezik, melynek következménye a méh szöveteinek megvastagodása és profus menstruatio. A vaskosabb endometrium több nyálkát termel és catarrhalis endometritis keletkezik, a méh tartalmának kiürítése pedig fájdalommal jár. Az ovariumok helyzetváltozásának is van jelentősége. Tudvalevő, hogy a petefészekben négyhetyenként egy folliculus feltörik, corpus luteum keletkezik kisebb-nagyobb haematomával, a mely nagyobb lesz, ha gyűjtőeres pangás van jelen. Nem szenved kétséget, hogy sok összenövésnek az oka a retroflexio mellett keletkező ovarialis haematoma, a mely asepsises összenövéshez vezet. Korábban jelentkeznek a menstruációk és ovulatio. Számos folliculusban nem érik meg a pete, a fel nem pattant folliculusokban pangás és kisfokú transsudatio keletkezik, majd hydrops folliculorum és az ovarium kis cystás degenerációja.

A hátrahajlás zavarja a conceptióképességet is. Tapasztalati tény, hogy veleszületett retroflexióval az asszonyok nem esnek teherbe addig, míg a hátrahajlást nem corrigáltuk; hasonló a viszonyok a szerzett retroflexióknál is és ezt sok asszony felhasználja, hogy steril maradjon; így *Straatz* említi, hogy Jáva szigetén csakhamar a szülés után megjelenik egy tudós asszony és a még kívülről tapintható méhet hátranyomja, retroflexióba hozza. Ha retroflectált uterus teherbe esik, vagy önmagától corrigálódik a helyzete, mintegy kínó a kismencedzéből, vagy vérzés támadván a petében, elvetéles következik be, végül pedig okozhatja a legsúlyosabb incarcerationis tüneteket: nyomást a hólyagnyakra, vizeletretentiót, a hólyag gangraenáját és a hasúribe való áttörését, végül halállal is végződhetik.

A retroflectált méhhez együtt helyzetváltozást szenvednek a környezetbeli szervek is. Így a hólyag is hátrább kerül, gyakori vizelési ingert okozván; a végbélben nyomásérzés és székrekedés, a végbél véreireiben pangás és haemorrhoidális esomók. A peritoneumra és a medeneze hátulsó falára gyakorolt nyomás következménye az általánosan panaszkodt keresztfájdalom. Sok beteg heves gyomorpanaszokkal keresi fel az orvost és végül a hysteriás és súlyos ideges tünetek gyakran csak a kísérői a méhhátrahajlásnak.

A méh önmagától csak terhes állapotban egyenesedhetik ki, mert ilyenkor növekszik, erősebb lesz a contractilitása és a túltengett lig. rotundumokban is nagyobb támasza van. Magától a terhesség alatt csak az odanőtt méh nem egyenesedhetik ki. Ezek a secundaer retroflexiók, melyek gonorrhoeás, puerperális, sepsises adnexmegbetegedéseknek a következményei. A mi ezen perimetritises összenövések terapiáját illeti, az uralkodó nézet az, hogy az első évben nem szabad őket operálni, mert csak 3/4 éven belül szoktak a mikro-organismuskok például az eltokolt tubában elhalni. Az első hónapokban még kitenyészthetők, később már csak elvétele mutathatók ki górcsővel, végül a geny sterilnek bizonyul. Ilyenkor már műtét közben a geny akár ki is ömölhet a has üregébe, bajt nem okoz. Az előző stadiumokban conservatív kezelés végzendő, hydro- és thermo-

therapia. Helyes kezeléssel a legtöbb adnexum zsugorodik és a méh adhaesiók közé ágyazva marad. Ilyenkor megkísérélhető óvatos massage-zsal a méhet megmozdítani s ha nem sikerül, marad az operatív therapia. A mozgatható retroflexio gyűrűvel kezelendő, az esetek 16–20%-ában jó eredményeket érhetünk el, sőt ha a gyűrűkezelésre alkalmas eseteket választunk ki, az eredményeket 100%-ra is fokozhatjuk. A szerző ajánlja az öngyűrűket, melyek tisztántarthatók, olcsók és hajlékonyak. Gyűrűkezelésre alkalmas esetek különösen a gyermekágyban keletkezett, friss retroflexiók, ha nincs jelen cervixrepedés, a méh különös megnagyobbodása, descensus vagy gátrepedés. Egy év lefolyása után remélhető, hogy a hátrahajlott méh rendes helyére jut és az asszony panasztól mentes lesz. A mi az operatív kezelést illeti, nélkülözhetetlen és mindenkor absolute sikeres műtét a laparotomia útján végzett ventrofixatio. Kozmetikai szempontból és sérvek elkerülése céljából ajánlatos a műtétet Pfannenstiel-féle metszéssel végezni. Ventrofixatio után az asszonyok akadály nélkül szülhetnek akkor, ha az odanövés sero-serosus, vagyis ha a méhet lazán varrjuk a hasfali peritoneumhoz. Az utolsó évtizedekben ismét kezdtek végezni az úgynevezett Alexander-Adams-féle műtétet, a mely abban áll, hogy a lig. rotundumokat az inguinális csatornán át előhúzzuk, megrövidítjük és összevarrjuk. Ezen műtét alkalmas ott, ahol egyúttal sérv van jelen, vagy szűk a hüvely, mint például szűzekben. Nem alkalmas lenövések esetében. A szerző végül a vaginofixatiót említi a műtétek sorában; ennél szükséges, hogy a méh előrevarrása csupán a hólyag peritoneumához történjék, a mikor lazább sero-serosus összenövés keletkezik; az erősebb fibrosus odanövés szülési akadály lehet. A hüvelyen át való műtéttel a méh és adnexumok jól megközelíthetők, kisebb myomák, ovariális daganatok eltávolíthatók, a méh netaláni összenövésekből jól kiszabadítható.

A mi a hátrahajlások prophylaxisát illeti, a szerző ajánlja, hogy már a leányokat szoktassuk, hogy a hólyagjukat és a végbelüket rendszeresen ürítsék ki, különösen havi vérzés idején, a mikor a méh duzzadtabb, szalagjai is a vérbőség következtében lazábbak. A friss retroflexiót korán kell felismerni. Ezért fontos, hogy minden gyermekágyast, valamint olyan asszonyt, a ki abortált, az elbocsátás előtt megvizsgáljunk. A szerző elvből minden gyermekágyast a harmadik hét végén vagy a negyedik hét elején megvizsgál, ekkor könnyen corrigálható még a retroflexio. Fontos, hogy a gátat mindig legkisebb repedés esetén is bevarrjuk. Retrolectált uterus a gyermekágyban meggyógyulhat, ha gyűrűt helyezünk be a hüvelybe, a mely a méhet elől tartja, és ilyen helyzetben történik az involutiója. Vajjon a korai felkelés a retroflexio elkerülésére hasznos-e, még nincsen eldöntve. Az bizonyos, hogy minél hamarabb kel fel a gyermekágyas, annival inkább puerperálisak a genitáliái, tágabb a hüvelye, nagyobb a méhe, rosszabbul gyógyulnak kis berepedései, annival erősebben van megterhelve a medenczefenek. Mindezen okokból a szerző a korai felkelést nem ajánlja. (Berliner klin. Wochenschrift, 1908. 44. sz.)

Bogdanovics dr.

Fizikai gyógyításmódok.

Miképen védjük meg a bőrt massage közben? Nagyon helyes, hogy *Kirchberg* ezt a kérdést, a melylyel a massage-zsal foglalkozó munkák és közlemények nagyon mostohán bántak el, szóvá teszi. Mert a massage műveletének ez is egyik fontos kelléke, ha ugyanis helytelenül kezeljük a bőrt, akkor érzékenynyé válik, bőrlöb stb. fejlődhetik és ezek miatt a massage-t abba is kell hagyni. Hogy a bőr a kenetelés alatt ne vongálódjék, különféle szerekkel bezsírozzák. Ezen célra a szerző szerint a lanolin nem alkalmas, mert a bőr likacsiba nagyon beletapad, azokat betömi, ezáltal a bőr légeseréjét megnehezíti és a massage után a bekent részekben kellemetlen érzést kelt. Olaj vagy folyékony paraffin még azért észszerűtlen, mivel az újjakról leesepegnek és úgy a beteg mint az orvos ruháit bepiszkolják. A hintőporok alkalmazásának azon kívül, hogy a pórusokat ezek is eltömi, épen úgy mint a túlságosan bőven alkalmazott zsíradékoknak is az a hátrányuk, hogy rajtuk a kenetető ujj könnyen kisiklik s e miatt az, ki a massage-t végzi, erejét és figyelmét feleslegesen pazarolja. A disznózsír meg azért alkalmatlan, mert könnyen avasodik.

Mindezen okokból *Zabludowski*, a ki ezen kérdéssel az irodalomban behatóan foglalkozott és utána *Kirchberg* is, a bőrt kevés vizet tartalmazó vaslinal (fehér virginia-vaselin) keni be, mivel ez szerintük a bőrt kellően síkossá teszi, nem avasodik, a bőr

likacsait nem tömi el és a bőrről ruhával könnyen ledörzsölhető. Ebből sem jó túlsokat a bőrre kenni, Z. az egész testre is csak legfeljebb 5 grammot használ el. Ezen kenőcsanyaggal körülbelül 36 ezer massage-t végeztek a nélkül, hogy a bőrt csak egy esetben is izgatta volna, pedig legnagyobb részt nem kifogástalanul tiszta betegeket masszáltak.

Annak ellenére, hogy ezen kenőccsel teljesen meg lehettek elégedve, mégis kísérleteket végeztek minden ezen célra alkalmasnak látszó más szerrel is. Ezek között azon esetekben, a melyekben a bőrt különös gonddal kellett minden kóros hatástól megóvni, a lenicet-vaselint, mely amerikai vaselin meg száraz ecetsavas aluminium keveréke, találták kiválóan alkalmasnak. Tehát ezzel kenik be a bőrt, ha czukorbajost vagy vizenyős alsó végtagot masszálnak, mivel ezen esetekben esékély sebzések is nehezen gyógyulnak. Alkalmazzák ezt akkor is, a mikor hegyszövetet akarnak megpubítani, mert a heget fedő friss hámszövet könnyen kisebesedik. Azt találták, hogy a lenicet-vaselin a köztakaróra annyira jó hatású, hogy még azon esetekben is, a melyekben a bőr esonttörés, ficzomodás vagy műtét miatt hosszú időn át alkalmazott kötésektől érzékeny, a massaget ezen kenőccsel rögtön meg lehet kezdeni. Sőt feldörzsölt vagy felvakart helyek ezen szer alkalmazására a massage ellenére is meggyógyulnak. Mindezen esetekben a bőrt a kenés befejezte után nem törlik le.

A szappant a szerző nem említi, pedig számosan ezt is előszeretettel használják. Ennek, eltekintve attól, hogy a bőrt sok esetben izgatja, tapasztalásom szerint az a kellemetlen sajátsága is van, hogy kevés vízzel eldörzsölve a bőrt tapadóssá, bőven megnedvesítve meg túlságosan síkossá teszi. Az előbbi esetben a bőrt vongáljuk, az utóbbiban pedig ujjunk minduntalan kisiklik, tehát munkánkon kellően nem uralkodunk.

Meg kellett volna még említeni azt is, hogy azon esetekben, a melyekben ujjainkkal rezgő massaget végzünk, még pedig egyszerre csak akkora helyen, a melyen a bőr könnyen eltolható, egyáltalán nincsen szükségünk kenőcsre. Pedig ez is nagyon alkalmas és célravezető módja a massage-nak, mely épen szőrös helyeken és pattanásos bőrön előnyösen alkalmazható. Csak hegyszövetet nem lehet ezen módon kenni, mert e fellett a bőr alig tolható el és a bőr vongálásával könnyen szakadást okozhatunk. (Medizinische Klinik, 1908. 12. szám.)

Lenkei V. D. dr.

Kisebb közlések az orvostgyakorlatra.

A salimentholból (salicylsav és menthol estere) készített *unguentum samoli-t* a kolozsvári bőr- és bujaktortani klinikán számos esetben kipróbáltuk és jelentékeny fájdalomcsillapító hatását észleltük *heveny epididymitis* és *arthritis gonorrhoea* eseteiben. A fájdalom részeket ungu. samolival vékonyan bekentük, és vattaréteggel befedve, suspensoriummal, illetőleg kötéssel vettük körül. Mászor pedig a bekent részekre hidegvizes borogatásokat alkalmaztunk. A tubusokban kapható kenőcsnek határozottan hűsítő és fájdalomcsillapító hatása van s e mellett az az előnye, hogy a bőrt egyáltalán nem izgatja.

Veress Ferencz dr.

A fersannal kiterjedt anyageserevizsgálatokat végeztek Gluzinski tanár klinikáján azzal az eredménnyel, hogy a fersant a szervezet kitünően kihasználja. Minthogy a fersan acidalbumin mellett tetemes mennyiségű vasat és phosphort is tartalmaz organikus, könnyen felszívódó alakban: használata javalt mindazon esetekben, a melyekben úgy a táplálkozást, mint a vérképződést elő kell segíteni. (Lwowski Tygodnik Lekarski, 1908. 27. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1909. 1. füzet. *Sugár K. Márton*: A labyrinthbántalmak tanának jelenlegi állása. *Szabóky János*: Agglutinációs vizsgálatok gümőkórban.

Gyógyászat, 1909. 7. szám. *Zwilling Hugó*: A hypopharyngoskopiáról és gyakorlati értékéről. *Szegő Kálmán*: Adatok a gyermekek asztmás megbetegedéséhez.

Orvosok lapja, 1909. 7. szám. *Tolnay Bertalan*: A gyermekek fogbántalmai.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 6. szám. *Okolicsányi-Kuthy Dezső*: A tüdőgümőkór physikai diagnostikájáról. „Fülészet” melléklet, 1. szám. *Némai József*: Az orr melléküregeinek gyulladásáról. *Rejtő Sándor*: Normális és gyengétehetségű gyermekek fül- és orrvizsgálata. *Ság Sándor*: Bismuthpasta a fülbeélesztben.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Klug Nándor*, *Lenhossék Mihály* és *Jendrassik Ernő* budapesti egyetemi tanároknak az udvari tanácsosi, *Schmid Hugó* dr.-nak, a pozsonyi állami kórház sebészfőorvosának pedig a királyi tanácsosi címet adományozta.

Kinevezés. *Rosenberg Alajos* dr.-t a szigetvári közkórház igazgató-főorvosává, *Horváth Géza* dr.-t pedig az irgalmas-rend egri kórháza sebészeti osztályának főorvosává nevezték ki. — A székesfőváros főpolgármestere *Szilassy Aladár* dr.-t alorvosnak, *Köh József* dr.-t pedig segédorvosnak nevezte ki.

Választás. *Kincs Miklós* dr.-t a zilahi ref. Wesselényi-kollegium orvosává és egészségügyi tanárává választották. — *Brach Samu* dr.-t Alistalon, *Engel Nándor* dr.-t Egyházzgellén és *Lenke Ernő* dr.-t Böson körösvossá választották.

Megbízás. A belügyminister a budapesti m. kir. állami gyermekmenhelynél a másodorvosi teendőket ellátásával *Mann Miksa* dr.-t és *Heumann Gertrud* dr.-t, a kolozsvárnál pedig *Tóth Matild* dr.-t bízta meg.

Alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán. Megválasztottak: A II. sz. sebklinika: *Safránék János* dr. díjas műtőnövendéknek. A III. sz. belklinika: *Barcza Sándor* dr. díjtalan gyakornoknak (meghosszabbítás). A szemklinika: *Kovjanics Rankó* dr. díjtalan gyakornoknak. Az I. sz. kórbonczolástani intézet: *Entz Béla* dr. első tanársegédnek (meghosszabbítás). Az I. sz. anatómiai intézet: *Uthy László* dr. díjas gyakornoknak (meghosszabbítás). A bakteriologiai intézet: *Lenárd Vilmos* díjas gyakornoknak. A stomatologiai intézet: *Apáti Jenő* dr. díjtalan gyakornoknak.

Az orvostudományi tanártestület az üresedésben levő három 600 koronás állami ösztöndíjra első helyen *Halmos Dezső*, *Koszorús Kálmán* és *Fuchs Dénes* orvostanhallgatókat terjesztette fel a vallás- és közoktatásügyi ministeriumnak.

Az állami elmeegógyintézet másodikorvosi állásokra vonatkozólag üdvös rendszerváltozás van készülben. A törvény, mely ezen állásokat ideiglenes jelleggel ruházta fel, intentionában elavult s a mai viszonyok között nem óhajtott eredményekre vezet, tudniillik arra, hogy az orvosokat a közintézet elmeorvosi pályától távol tartja. Azért a belügyminister oly intézkedést helyezett kilátásba, mely szerint a másodorvosi állások már a jövő évi költségvetés során más jelleggel és szervezettel véglegesíthetők lesznek.

A VI. kerületi Orvostársaság f. hó 5-én tartotta ülését. Ez alkalommal jelentést tett *Reiner Ede* dr. az adóreformnak azon sérelmes pontjáról, mely szerint az eddigi szokástól eltérőleg a váró- és rendelőhelyiségek is adóztatás alá kerülnek. A pénzügyminister azonban az Orvostársaság kiküldöttének határozott ígéretet tett, hogy ezentúl sem fogják a váró- és rendelőhelyiségek adóztatás alá venni. A laikus masszőrök ügyében a gyakran előforduló balesetek elkerülése végett és támaszkodva a belügyminister 64.528/VI. a 1898. számú rendeletére (1. Betegeket nem orvos masszálónak csakis orvosi utasítás, ellenőrzés és felelősség mellett szabad masszírozni. 2. Beteg hasi szerveket, ivarszerveket és szemeket nem orvosnak egyáltalán nem szabad masszírozni) elhatározták, hogy ezen rendelet foganatosítása végett az Orvostársaság útján az illetékes hatóságoknál eljárjanak. Az orvosi közszellem emelésére *Ungár Gyula* dr. indítványára elhatározta az ülés, hogy a kerületben lakó összes orvosokat a társaság kebelében tömöríteni akarván, külön felszólítással mindannyit felhívja, hogy a társaság kebelébe lépjenek be.

A budapesti egyetemi II. sz. női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika januárban 86 esetben nyújtott segítséget; műtét 69 esetben történt.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület december havában 785 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 728 szállítást végzett, 126 esetben mint mozgóórszék szerepelt és 20-szor vaklármá miatt vonult ki; a december havi működési főösszeg tehát 1659.

A budapesti orvosok száma a „Magyarország orvosainak évkönyve” épen most megjelent XIX. évfolyama szerint 1407. E szerint, 848 ezernek véve Budapest lakosainak a számát, 10 ezer emberre a székesfővárosban 166 orvos esik. Ha összehasonlítjuk e számot egyéb külföldi nagy városok hasonló számával, arra az eredményre jövünk, hogy Budapesten valóságos túltengése van az orvosi rendnek. Németország összes városai között, ha eltekintünk Wiesbadentől, a hol egészen speciális viszonyok vannak, egyet sem találunk, a melynek aránylag annyi orvosa volna, mint Budapestnek. Ime a megfelelő számok néhány nagyobb németországi városra vonatkozólag: Berlin 123, Hamburg 78, München 158, Frankfurt 121, Breslau 116, Stuttgart 96, Hannover 109, Nürnberg 76, Strassburg 142, Köln 97, Dresden 98, Bremen 71, Leipzig 96, Mannheim 7. Bécsben az orvosok száma 2946; ez, 2 milliónak véve a lakosságot, 1473 arányszámot ad.

Meghalt. *Beguntzey-Behányi Jenő* dr. 62 éves korában Törökbeesen. — *Ch. Denison* dr., a klimatologia tanára a denveri orvosi tanintézetben. — *J. E. Marques* dr., a belorvostan tanára a coimbrai egyetemen.

Kisebb hírek külföldről. *W. Müller*, a kórbonczolástani tanára a jenai egyetemen, nyugalomba vonul. — A lyoni egyetemen *Clusot* dr.-t az orvosi fizika tanárává nevezték ki. — *P. Th. Müller* dr.-t Grácban a közegészségügyi rendkívüli tanárává nevezték ki. — *E. Rossa* (gynaekologia) és *G. Hammerl* (hygiene) gráci docensek a rendkívüli tanári címet kapták.

Congressusok. A német urológiai társulat II. congressusának, mely április 18-ától 22-éig lesz Berlinben, következő a programja. 1. Urológia és nőorvostan. Referens: Stöckel (Marburg) és Wertheim (Bécs). 2. A vesék gyenges, nem gümőkóros megbetegedései. Ref.: Frisch (Bécs) és Barth (Danzig). 3. Vesedaganatok. Ref.: Casper (Berlin) és Zuckerkandl (Bécs). — A német elmeorvosok társulatának congressusa április 23. és 24-én lesz Kölnben és Bonnban. Referatummokra a következő tárgyak vannak kitéve: 1. A paralysis-kérdés. Ref.: Plant (München) és O. Fischer (Prága). 2. A fiatal és idős elmebajosok kezelése közös intézetben. Ref.: Alt (Uechtspringe). 3. A büntető törvénykezés módosítására vonatkozó javaslatok. — A II. tropusi orvostani congressus programján a következő referatummok vannak. 1. A német coloniák orvosi szolgálata. Ref.: Steudel és Schilling (Berlin). 2. A trypanosomákról való kutatások újabb eredményei. Ref.: Ehrlich (Frankfurt) és Küdicke (Nyugat-Afrika). — Április 4-étől 10-éig lesz Algierban a VIII. nemzetközi hydrologiai és klimatologiai congressus. Elnöke: A. Robin tanár (Páris), főtitkára L. Reynaud dr. (Algier). — A VIII. német orthopaed-sebészeti congressuson, a melyet április 13-ától kezdve tartanak Berlinben, a tanácskozások fő tárgya a veleszületett csípőízületi ficzamosodás lesz. A kérdés különböző oldalai a következőképp vannak csoportosítva: 1. Anteversio és sagittalis állás. Ref.: Drehmann (Boroszlo). 2. Milyen gyakori a veleszületett coxa vara a kificzamosodott ízületben? Ref.: Spitzzy (Grác). 3. Milyen gyakori a veleszületett coxa valga a kificzamosodott ízületben? Ref.: Stieda (Königsberg). 4. A beigazítás után gyakran kifejlődő coxa vara képződésmódja és jelentősége. Ref.: Fröhlich (Nancy). 5. A czomb különböző helyzetének megjelölése. Ref.: Rosenfeld (Nürnberg). 6. A beigazítás mai technikája. Ref.: Lorenz (Bécs). 7. A véres úton való beigazítás. Ref.: Reiner (Bécs). — A német Röntgen-társaság V. congressusát április 19-étől kezdődőleg tartják Berlinben a Langenbeck-házban.

Szikla D. budapesti műszer- és kötszergyáros idei árjegyzéke most jelent meg. Maga a gyáros árjegyzéknek nevezi a majdnem 300 oldalas imponáló kötetet, azonban joggal állíthatjuk, hogy a könyv túlnötte a szokásos képes árjegyzékek fogalmát. Választékos ízléssel és meglepően fejlett technikai érzékkel találkozunk a külső kiállítás tekintetében is. Finom, könnyen lapozható papíron 10 íven keresztül 4500 szépen kidolgozott cliché illusztrálja az orvosi gyakorlatban használatos legmodernebb műszereket, készülékeket és használati cikkeket; az orthopaediai szakma az árjegyzékben külön gondos figyelemben részesült. Maga a czég is érzi, hogy többet nyújtott, mint a mennyit az árjegyzék szó ígért és ezért az előszóban üzletének 10 éves fennállásában sejteti a nagyméretű munka megjelenésének okát. Mivel a czég igazán megérdemli, hogy minden egyes orvos bizalommal hozzáforduljon, melegen ajánlható a mű minden szakembernek és hozzátesszük azt is, hogy azt megkapja ingyen minden orvos, ha a czéghez (Szikla D. műszer- és kötszergyáros, Budapest, VII., Károly-körút 3) fordul.

LIGETSANATORIUM Budapest, VI., Nagy János-utca 47. szám. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Dietétis, diagnostikus, physikotherapiás sanatorium. — Igazgató: **Dr. Jakab László.** Megnyílik 1909 augusztus havában.

Elektromágneses intézet Budapest, VII., Városligeti Fásor 15. sz. Gyógytényezők: D'Arsonval-, Elektromágnes-, Sinusoidal-, Galvan-, Farad-, Franklin-, Leduc-áram. 4 cellás villanyfürdő. V. forróleghűs. Vibr. massage. Prospectus. Vezető orvos: **REH BÉLA** dr.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 1. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógy módok.

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

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

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

CIRKVENICA THERAPIA-Sanatorium a magyar tengerparton. Berendezve az összes gyógyító eljárásokra. Modern kényelem. 120 szoba. Vezető orvos: **Dr. GROÓ BÉLA.**

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

Röntgenlaboratorium: Tulajdonos: **Dr. HUBER ALFRÉD** a szt. István-kórház Röntgenlaboratoriumának vezetője. Budapest, VIII., József-körút 26. I. em.

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

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS. **ERDEY Dr. Sanatoriuma** Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülők részére.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1909 február 15-én.) 162. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (V. rendes tudományos ülés 1909 február 6-án.) 162. l. — Szegedi Orvos-Egyesület. (1908 decemberi szakülés.) 165. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1909 február 15-én.)

Elnök: **Entz Géza.** Jegyző: **König Gyula.**

Orvosi tárgyu értekezés volt a következő:

Tanl Ferecz lev. tag bemutatja **Verzár Frigyes** értekezését: „Adatok az alkoholok élettani hatásának ismeretéhez.”

Az egyértékű alkoholok élettani hatása *Richardson* törvénye szerint annál erősebb, mennél magasabban állanak a homolog sorban. Kivételt több szerző szerint csak a methylalkohol tesz. Ezzel szemben a szerzőnek kivágott békaizmokon végzett kísérletei azt mutatták, hogy a methylalkohol jóval gyengébben hat, mint az aethylalkohol. A kettő mérgeessége úgy aránylik egymáshoz, mint 1 : 2. A methylalkohol mérgeességét azonban nagyon fokozhatja főleg a formaldehyddal való fertőzés.

Alkoholban eleinte növekszik a rángási magasság, vagyis az ingerlékenység. Az alkohol nemcsak bénít, a hogy *Bunge* mondja, hanem határozottan izgat is.

Az alkoholok mérgeessége nem halad párhuzamosan oldatainak töménységével, hanem egy határértéknél hirtelen erősen növekszik. Ez a sajátos viselkedés beleilleszkedik *H. Meyer* alkoholnarcosis-elméletébe, mely szerint az alkoholhatás lényege az alkohol oldódása a lipidanyagokban a megoszlási hányados szerint.

Hig alkohololdatban a kivágott békaizmok élettartama nem változik; azonban órák hosszát jobban, végül azonban rosszabban dolgoznak, mint a nélkül.

Ugyanezt bizonyítja élő békán végzett számos kísérlet is, a melyekből egyúttal kitűnt az is, hogy a methylalkohol acut mérgehatása az előben is gyengébb, mint az aethylalkoholé és hogy az alkohol típusos hatása kurarizált izmoknál is létrejön s így független az idegrendszeről.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(V. rendes tudományos ülés 1909 február 6-án.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Rotter Henrik.**

Kuzmik Pál: Az alsó végtagok gyűjtőeres tárgulatai gyökeres gyógyításának egyszerű módja. (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.)

A balesetbiztosítás erkölcsi jelentősége az orvosokra nézve. Százalékok helyett kategoriák. Sorozatos előadások a balesetbiztosításról.

Grósz Emil: Jogosultnak tartja ama nagy érdeklődést, melyet az orvosegyesület tagjai *Friedrich* előadása iránt tanúsítottak, mert a szociális törvényalkotások nemcsak érzékenyen érintik az orvosi rend anyagi érdekeit, hanem alkalmat nyújtanak jelentékeny erkölcsi előnyök biztosítására. Ha az orvos alapossággal vizsgál és megfontoltan következtet, ez által a viszonyok folytán hanyatlott erkölcsi tekintélyünk megerősödhetik. A súlypont a gyakorló orvos kezében van, ki a sérültet először látja; nemcsak a beteg gyógyulása, hanem a baleset igazságos megítélése s a kártérítés mérvének megállapítása is az ő kezében van. Ez máris nagy feladatot ró az orvosra, de még növeli a nehézséget a százalékmegállapítás. A szóló nézete szerint helyesebb volna 3–4 kategória létesítése, mint a százalékos számítás, melynek nincs biztos alapja, még a szemézetben sincs, pedig itt még a legtöbb értelm van. Annak, hogy az egyik szem elvesztése 25–33 % kártérítésre nyújt igényt, semmi tudományos vagy gyakorlati alapja nincs, s a mi fő, nem veszi számba az utólagos változást azon esetre, ha a másik szem nem baleset következtében szenved.

Ugyanilyen erőszakos felvétel az aphakiát okozó sérülés 15 százalékos kártérítése s így tovább.

A simulatio és aggravatio ellen a legjobban megvéd az első alkalommal megejtett vizsgálat alapossága, ilyenkor a sérült rendszeren még őszintén nyilatkozik s megbízható adatokat nyújt.

Igaza van tehát az előadónak, a mikor az orvosok részéről mennél nagyobb jártasságot kíván; ennek a megszerzésére az egyetemi oktatás ma is alkalmat nyújt, hiszen minden disciplina képviselője kötelességének tartja, hogy minden alkalmas esetben a sérülés jelentőségét a biztosítási törvényekkel szemben kiemelje; ezt annál is inkább megteszik, mert hiszen a szociális törvényalkotások által nyert adatok tudományos szempontból is értékesek. Szükséges azonban, hogy azok az orvosok, kik egyetemi tanulmányaikat a törvény alkotása előtt nyerték, továbbképző tanfolyamok útján egészíthessék ki ismereteiket. S most volna ideje, hogy az Orvosegyesület megvalósítsa *Bókay Árpád* eszméjét s tagjai számára épen a szociális törvényalkotások szakonként való ismertetése céljából sorozatos előadásokat rendezzen. Épen úgy, mint a hogyan a berlini „Kaiserin Friedrich-Haus“-ban a berlini egyetem tanárai s az orvosi társadalom legelőkelőbb képviselői áprilisban két hétig tartó tanfolyamot tartanak. Ez eszmét az igazgató tanács figyelmébe ajánlja.

Az „Utmutató” százalékszámításai.

Sarbo Artur: Az „Utmutató“-ban foglalt százalékos meghatározásokra nézve megjegyzi, hogy azokat az előadóval együttesen nézték át. Ő maga tudatosan arányította a német viszonyokhoz a mieinket, mivel tekintetbe kellett venni, hogy a német meghatározások magasabb bérviszonyok daczára 66 százalékos teljes kártalanítást nyújtanak, a mi törvényünknek 60 százalékaival szemben. A német évtizedes tapasztalások ezen arányszámnak felelnek meg, már pedig a magyar munkásnak keze ép annyit ér, mint a német munkásé. Ezért vette fel az „Utmutató“-ba a magasabb arányszámot, vagyis egy bizonyos latitude-öt. Különben is a százalékos meghatározások értékére nézve az „Utmutató” első oldalának végpassusa érvényes, melyet hangsúlyozva ismételt ma is, t. i. minden egyes eset külön bírálandó el, a százalékos meghatározások egyáltalán nem tekintendők változtathatatlannak.

Kötelező és magánbalesetbiztosítás.

Gerber Béla: Vázolja a baleset elleni biztosítás közgazdasági jelentőségét, s összehasonlítva a biztosítás többi ágazatával, reámutat, hogy határozottan szükséges, miszerint azon egyén, a kinek és családjának megélhetése kizárólag az ő egyéni munkaképességének sértetlen voltától van feltételezve, baleseti sérüléssel kapcsolatos rokkantság, illetve halál esetére biztosítva legyen. Esetek felsorolásával jelzi azon nehézségeket, melyek a balesetbiztosítási gyakorlatban a kezelő orvosra hárulnak, a mennyiben a jó eredmény elérése céljából nem esupán a sérülés intenzitásával, a szervezet ellentálló képességével, a gyógyulást gátló szövődeményekkel stb. kell számolnia, hanem a sérülteknek az emberi gyarlóságból folyó azon törekvésével is, a mely szerint magasabb kártalanítási összeg kieroszakolása céljából túloznak, színlelnek, sőt akárhányszor határozottan megakadályozzák a teljes restitutiót. De nem kisebbek a nehézségek annak megállapításakor sem, vajjon a baleseti sérülés valóban és mily mérvben csökkenti a sérült munkaképességét, és vajjon ezen csökkenés muló avagy maradandó jellegű-e? Ennek elbírálásakor szerinte sohasem a subjectiv panaszok özőne avagy hiánya, sem pedig az objectiv elváltozások többé avagy kevésbé kifejezett volta, hanem mindenkor s kizárólag ezeknek a munkaképességre gyakorolt hatása a mérvadó. A rokkantság % os megállapításakor pedig szükséges, hogy legalább nagy vonásokban azon feladatokat is ismerjük, melyeket a sérültre szakmabeli foglalkozása úgy elméleti, mint technikai tekintetben ró. Jelzi, hogy a balesetbiztosítási gyakorlatban gyakran s nagyot

tévedhet a szakértő, minélfogva a rendelkezésünkre álló összes vizsgálati módszerek teljes kihasználása alapján mondjunk csupán véleményt; mert ha a tévedésünk a pénztár, avagy a biztosítási intézet rovására történik, még tűrhető, de ha egy szegény munkás igazát sérti, alig menthető. Végül a mi a véleményezés s felülvéleményezés etikai oldalát illeti, idézi Sachsot, a ki szerint minden felülvéleményezésben a kartársi tapintat vezesse tollunkat; meg kell gondolnunk ugyanis, hogy e téren mennyi még a vitás kérdés, nemkülönben, hogy egyszer s másszor a legtapasztaltabb szakértő is tévedhet, mely tévedés épp úgy érheti a felülbírált, mint az első véleményező; ennek szemeltartásával bizonyára mindenki megtalálja a kellő formát esetleg ellentétes véleményének a kifejezésére.

Az ipari baleset és a sérv összefüggése.

Lévai József: A sérv a munkások között nagyon gyakori; a felszólaló vezetése alatt lévő sebészeti osztályon az 1908. évben 15,743 újonnan jelentkezett munkáspénztári tag közül 1030 volt sérves. A szóban lévő kérdéssel a gyakorló orvosoknak ezentúl gyakran kell foglalkozniuk. A felszólaló nem foglalkozik a nyilvánvaló helybeli erőszakos behatás után létrejövő hegekben keletkezett sérvekkel, hanem csupán a lágyék-, ezomb- és köldöksérvet, valamint a hernia epigastricát tárgyalja, a melyek tapasztalás szerint létrejönnek olyanokon is, a kik sohasem voltak alávetve oly behatásoknak, a melyek ipari balesetek alkalmával szerepelni szoktak és így a keletkezésük oka legtöbbször vitás.

Az említett sérvekről ma az általános vélemény az, hogy vagy a születéskor megvan már a sérvtömlő és sérvtartalom, vagy a születés óta van meg a sérvtömlő s ebbe alkalmi behatásra betolul a sérvtartalom. Ha pedig a sérv szerzett, vagyis sem tömlő, sem tartalom nem volt a születéskor, a sérv ez esetben sem jó létre egyszeri behatásra, hanem a sérvtömlő többször ismételt behatásra lassanként keletkezik és ha már készen van, alkalmi ok folytán jut beléje a hasüreg valamely része. Újabban Koch dorpat tanár és iskolája valamennyi ú. n. esaternás sérvet veleszületettnek tart.

A felszólaló véleménye szerint a balesetbiztosítás szempontjából ezen elméleti felfogás helytelen, mert a valóságban előfordul, hogy erőszakos behatásra a hasprés hirtelen nagyfokú igénybevételekor egyszerre keletkezik sérv oly egyénen, a kin a baleset előtt sérvnek és erre való hajlamnak nyoma sem volt, és elmond egy idevonatkozó bizonyító esetet; egy másik bizonyító esetét az orvosegyesület 1908. évi XVII. ülésén mutatta be. A balesetbiztosító törvény intencióinak megfelel az, ha megállapítjuk, hogy a baleset oly természetű, a mely alkalmas sérv létrehozására és hogy a sérv friss-e, keletkezhetett-e a baleset alkalmával. A továbbiakban foglalkozik bonczolástani, fejlődéstani és klinikai tünetek alapján azzal, hogy mily jelekből lehet a sérv, különösen a leggyakoribb lágyéksérv friss vagy régi, veleszületett vagy szerzett voltát megállapítani, a mely megállapításnak elengedhetlen feltétele, hogy a sérült rövid idővel a baleset után orvosilag megvizsgáltatott legyen.

Pénztári orvosok incompatibilitása.

Wein Manó: A vita tárgyát tevő kérdések nagy összességéből az orvosok összeférhetetlenségének kérdését óhajtom megbeszélni. Ez a kérdés nemcsak az orvosokat érdekelheti nagy mértékben, de a közjó szempontjából is megfontolandó helyzetet teremt, ha meggondoljuk, hogy a balesetbiztosításról szóló törvény és a hatályban álló választott bírósági eljárás szabályozásáról szóló rendelet hogyan intézkedik.

A minden szakértőre vonatkozó, az érdekeltséget megállapító és ennek alapján a kártalanítási eljárásban való részvételtől eltiltó számos körülményen kívül a törvény az orvosra vonatkozólag még különös összeférhetetlenségi, illetőleg érdekeltségi körülményeket is felsorol. Nevezetesen a törvény 165. §-ának utolsóelőtti bekezdése szerint: „Oly orvos, a ki a sérültnek az első segélyt nyújtotta, vagy a sérültet kezelte, vagy a pénztárnak a fennforgó ügyben már szakvéleményt adott, vagy a pénztárral vagy a sérült munkaadójával szerződéses viszonyban áll, a tárgyalásra mint szakértő

nem hívható meg.“ Az ilyen orvos tehát az országos pénztár választott bíróságánál, a mely a kártalanítási eljárásnak elsőfokú fóruma, szakértői teendőket nem végezhet. Az állami balesetbiztosító hivatal bíróságánál — a mely az eljárás felebbezési fóruma — a 178. §. szerint a szakértők és orvosok meghallgatására is „a választott bíróságok tárgyalásaira nézve megállapított rendelkezések nyerne megfelelő alkalmazást“.

Azt hiszem, hogy a törvény 165. §-ának az érdekeltség megállapítását illető intézkedései közül „a pénztárral, vagy a sérült munkaadójával szerződéses viszonyban áll“ kifejezések kifogásolhatók. És pedig azért, mert ebben a szerződéses viszonyban nyilvánvalólag a házi orvos is bennfoglaltatik. Ezt a körülményt érdekeltségnek tekinteni mindenki jogosnak kell, hogy elismerje. De nemcsak a munkaadónak, — a ki a kártalanításnál az alperes szerepét játszza — van házi orvosa, hanem a munkásnak is lehet házi orvosa, ha tehát a törvény e helyen a perben álló felek egyikével való viszonyt mint érdekeltséget külön is felemlíteni szükségesnek tartja, szerény véleményem szerint mulasztásszámba mehet, hogy a másik peres féllel való ugyanazt a viszonyt mint érdekeltséget szintén fel nem említi.

A másik kifogásom a pénztárral való szerződéses viszonyra vonatkozólag más természetű. Sérelmesnek tartom. Az egész orvosi rendre sérelmesnek tartom, kihatásában pedig a közre is ártalmasnak vélem. Először is megállapítom, hogy a törvény egyszerűen csak „a pénztár“ kifejezést használja. Ha már most a rendelet megfelelő intézkedéseit tekintjük, az idevonatkozó rész (179. §.) szerint az elsőfokú bíróságnál a szakértőkként szerepelhetők orvosok sorjegyzékébe nem vehető fel az az orvos, „a ki az országos munkásbetegsegélyző és balesetbiztosító pénztárnak (kerületi munkásbiztosító pénztárnak, vállalati, magánegyesületi betegsegélyző pénztárnak) alkalmazottja vagy azzal szerződéses viszonyban áll“. A II. fokban való bíráskodásnál alkalmazandó orvosszakértőket illetőleg a rendelet a törvénytől eltérőleg következőkép intézkedik: „Az orvosszakértők alkalmazására, a szakértő orvosokról vezetett sorjegyzékre vonatkozó és ebből következő egyéb, a XI. fejezetben foglalt intézkedések az állami munkásbiztosítási hivatalra nem terjednek ki, az állami munkásbiztosítási hivatal az orvosszakértői véleményt a hivatalnál szervezett állami munkásbiztosítási orvosi tanácstól szerzi be.“

Méltóztatnak látni, hogy a rendelet „a pénztár“ kifejezést a leghatározottabban megállapítja. Az igazat megvallva, az a benyomásom, hogy a törvény az érdekeltséget úgy akarta megállapítani, hogy az a pénztár van érte, a mely a vitás esetet szolgáltatja. Tehát egy bizonyos pénztárt, a melynek a tagja kártérítést követel és a melylyel az orvos szerződéses szolgálati, alkalmaztatási viszonyban áll. Ennek van értelme, mert — a hogy ki fogom mutatni — ámbátor az érdekeltség ebben az esetben is csekélynek mondható, de némi alappal mégis csak feltételezhető.

A rendelet mégis azt a szélsőséget vette, hogy az elsőfokú bíráskodásból mint szakértőt kizárja azt az orvost, a ki bármely pénztárral szolgálati viszonyban áll; kizárja, noha az orvosok az országos pénztárral csak közvetett kapcsolatba hozhatók, egy külön autonómiával bíró jogi személynek az alkalmazottjai, de az országos pénztártól szolgálatukat és előmenetelüket illetőleg teljesen függetlenek.

A II. fokú bíráskodásra vonatkozólag a rendelet, a mint láttuk, a törvénytől eltérő álláspontra helyezkedett.

Szaktestületet, az állami munkásbiztosítási hivatal orvosi tanácsát állapítja meg, mint a melynek a tagjaiból a maga szakközegei kijelölendők.

Ámbár, mint említettem, a rendelet expressis verbis kimondja, hogy az orvosszakértők II. fokban való alkalmazására az I. fokban megállapított intézkedések ki nem terjednek, a balesetbiztosítási hivatal előterjesztésére a kereskedelmi miniszter úgy döntött, hogy az állami munkásbiztosítási orvosi tanácsnak tagjaira vonatkozólag is kimondta az I. fokra megállapított összeférhetetlenséget. A miniszter ugyanabban a rendeletében közli a tanács addig kinevezett 14 tagjának a névsorát. Nem minden komikum nélkül való, hogy a közölt névsorból 10 esik az összeférhetlenségi kifogás alá. Ennek az a következménye, hogy minthogy a tanács csak 5 tag jelenlétében határozatképes, ez idő szerint kártalanítási

perekben az állami munkásbiztosítási orvosi tanács működés-képtelen.

Valami nagy bajnak nem tekintem ezt. A miniszter majd szervez magának olyan tanácsot, a mely működésképes. Ennek az orvosi tanácsnak az ügye tehát nem aggaszt. Az majd csak elintéződik és semmi esetre sem közérdekű.

Egészen másképp áll a kérdés az I. fokú forummal. Tudtommal ebben az irányban orvos eddig még nem szólalt fel és ez az oka, hogy a kérdést a mai discussióban szóvá tettem.

II. Frigyes idejében a seborvos, a „Feldscher“ még beestelen személy volt. Azóta nagyot fordult a világ, de az orvosnak még mindig kevés a becsülete.

Vagy más szempontból bírálható-e ez az érdekeltségi kérdés, mint abból, hogy az irányadó körök féltek attól, hogy az a szolgáltatási nexus, a melyben az orvos egyes pénztárakkal áll, akkor is befolyásolhatja az illető ítélőképességét, mondjuk függetlenségét, a mikor egy más jogi személynek, egy más pénztárnak az érdekeltségében kérnek tőle szakvéleményt? Az összeférhetetlenségnek a megállapítása csak ebből a szempontból jogosult. Ha nem ez a szempont vezette a mérvadó köröket, intézkedésük csak úgy magyarázható: attól féltek, hogy a felperes sérültek esetleg ilyen véleményben lehetnek és ilyen fajta kifogásoktól az orvosszak-értőket meg akarták óvni.

Köszönjük az ilyen fajta jóindulatot, a mely bizonyos kellemtelenségek elkerülése végett egy egész rendet pellengérré állít. Nagyon kevés becsülete van annak a rendnek, a melynek megbízhatóságát olyan csekély befolyásoktól is féltik, mint a milyen az a befolyás, az az érdekeltség, a mely abból következik, hogy az az orvos, a ki valamely pénztárral szolgáltatási viszonyban van, egy más pénztárnak ügyében, — a melylyel semmi nexusban sincsen — szakvéleményt ad. A ki ilyen viszonyok között az incompatibilitást megállapítja, az egész orvosi rendre nézve megállapítja, nem nagyrabecsülésének adja tanújelét, hanem a pénztári orvos ellen *esetleg* emelhető érdekeltségi kifogást a priori és általánosságban jogosnak nyilvánítja, és mert így gondolkodik, ezen lehetőség ellen intézményesen védekezik.

Az országos pénztárral tényleg semmi nexusa sincsen annak a kerületi pénztári orvosnak. Mégis incompatibilitást állapít meg a törvény. Pedig az a balesetbiztosító pénztár — úgy az autonom kerületi, mint a szintén önkormányzattal bíró országos pénztár — nem valami nyereszkesedésre alapított biztosító társaság, nem a munkások kiaknázására összeverődött, haszonleső szervezet, hanem az államhatalomnak a munkás jóléteért való szorgos gondoskodásának nyilvánvaló bizonyítéka. Nagy áldozatokkal fentartott közjóléti intézmények ezek, a melyeket semmi önös cél nem vezet, nem vezethet, mert minden ilyen fajta befolyás ellenében, szintén nagy áldozatokkal, intézményesen biztosítottak. Feltéve, de meg nem engedve, hogy a kerületi pénztárak, vagy akár az országos pénztár is, a pénztári orvos véleményére befolyást tudnának gyakorolni, akkor sem adhatnának az orvosoknak más utasítást, mint azt, hogy az igazságot keresse. De hiszen szó sincs befolyásolhatásról. A pénztáraknak semmi indító okuk sem lehet arra, hogy orvosukat befolyásolják. De ha akarnák, sem tehetnék, mert annak a pénztári orvosnak élete fogytáig tartó szerződése van, szolgáltatási pragmatika alapján működik, előmenetele csak kivételes esetekben lehet, a fizetésjavítása pedig előre megállapított, automatásan emelkedő. A kerületi pénztárhoz szerződött orvos az országos pénztárral — a mint már kimutattam — semmi, de semmi összeköttetésben sincsen.

Kétségtelenül *függetlenebb* az a pénztári orvos a maga igazgatóságával szemben, mint a bíró az állammal szemben. Mert a bírónak, a függetlennek mondott bírónak az előmenetele, a prosperitása igen is függ az államhatalomtól. De azért a bírónak megengedik, hogy a legjelentősebb állami érdekeket — erkölcsi és anyagi érdeket — illetőleg is ítélkezzék. Nem tartják érdekeltnek, nem tartják incompatibilisnek.

Minden józanul gondolkozó, minden jólelkű ember ebben meg is nyugszik. Mert a bírói karnak az erkölcsi értékét annyira becsülik, hogy érdekeltségét tekintetbe nem veszik. Nem tételezik

fel a bírói karról, hogy ez az érdekeltség az igazság keresése közben befolyásolhatná.

A két rend között az a különbség, hogy a bírói kar iránt való tiszteletet, nagyon helyesen, a publikumba belenevelik, miniket pedig tudásunk és műveltségünk daczára lebecsülnek. Tehetik, mert mi az ilyen lebecsülést rendszerint szó nélkül eltűrjük.

Ebben az összeférhetetlenségi kérdésben az érdekeltségnek ilyen mértékben való megállapítását helyesnek nem, sőt az orvosi rendet illetőleg igen is sérelmesnek tartom. Semmi jogosultságot sem találok arra, hogy az összes pénztári orvosokat a kártalanítási bíraskodásból kizárták. Teljesen elegendő lett volna, ha a bíróság felszólításra vagy a nélkül, esetről esetre kimondja az érdekeltséget akkor, a mikor ilyen érdekeltséget csakugyan fenforogni lát.

A törvény és rendelet emez intézkedése különben nem csak az orvosi rendre sérelmes, hanem a köz szempontjából is károsnak kell hogy bizonyuljon.

Első sorban a kártalanítási eljárásban való részvételtől eltiltja amaz orvosokat, a kik ilyen kérdésekkel behatódobban foglalkoznak és így abban különösképen járatosak. Nem szükséges külön is kifejtennem, hogy a kártalanítás kérdései körül a csakis gyakorlat által elsajátítható különleges szakismeretek mennyire szükségesek és mennyire fontosak.

Másodsorban oly sok orvos van így a szakértői ténykedéstől eltiltva, hogy igen sok helyen a szükséges szakértők beszerzése nehézségekbe fog ütközni. Lehetséges, hogy ezek a nehézségek ma még legyőzhetők. De gondoljuk meg, hogy eddig csak a munkásbiztosítás keretében mozgunk és az intézmény csak 700,000 munkásra vonatkozik. Ma-holnap fel kell állítani a mezőgazdasági balesetbiztosítási pénztárakat, a melyekbe Magyarország lakosságának egy harmada, 5 1/2 millió ember fog tartozni. Hogyan alakulnak majd akkor a viszonyok? Hány olyan pénztári központ lesz akkor az országban, a mely az orvosoknak így kiterjesztett összeférhetetlensége mellett magát megfelelő szakértő orvosokkal elláthatja? Meggyőződésem szerint alig egy-kettő.

Novelláris eljárás előtt állunk! A törvény revisio alá kerül. Azt hiszem szükséges, hogy megmozduljunk. Kötelességünk, magunk és a köz érdekében állónak tartom, ha az orvosok érdekeltségének helyes megállapítása iránt *kellő* lépéseket teszünk.

Pénztári orvosok incompatibilitása. Prognosis. Operatiós kényszer, munka- és keresetképeség. Ténykérdések.

Harkányi József: Hogy mi az érdekeltség, mi nem, az a nézet és felfogás dolga. Ezért a felett nem vitatkozik, hanem néhány szempontot említ fel, mely mindennemű személyes és egyéni felfogástól mentesen körülvonalozza azon intézményeket, melyeket a jogállam fontosnak tart az érdekeltség szempontjából. Ha valamely bírói forum előtt az érdekeltség megállapittatik, ez sohasem jelenti azt, hogy az illető személyekről feltételezi a bíró, hogy tudva a valóságnak és tényeknek nem megfelelően vallanának és nem egyenesen tárnák elő véleményüket. Az érdekeltség azt jelenti, hogy az illetőknek viszonylatai olyanok, hogy alkalmasak lehetnek arra, hogy másban azt a jogosult hiedelmet keltsék, hogy öntudatlanul is oly érdekekre van figyelemmel, melyek nem fedik a tiszta objectív érdeket, mely a bírósági tárgyalásban mérvadó. Ezért a szakértőkre nézve incompatibilitás van megállapítva, főként azért, hogy a szakértő a támadás lehetőségétől is meg legyen óva. A büntető törvényszék az incompatibilitást messzemenőleg értelmezi. Főként akkor, ha a szakértő függő viszonyban áll az egyik peres féllel.

Hogy az 1907. XIX. t.-cz. e kérdést helyesen vagy helytelenül oldotta-e meg, nem tartozik ide. A pénztárról beszél, az országos pénztárról, melynek a kerületiek helyi szervei. Vizsgálni kell, hogy érdekeltség fennforog-e a pénztári orvos és valamelyik peres fél között. A függőségi viszony fennáll, ezt Wein sem tette tagadás tárgyává.

A balesetbiztosító pénztárnál is fennáll ez, mert legtöbbször alperes a pénztár, melylyel az orvos szerződéses viszonyban van, tehát incompatibilis.

Mindazon államokban, melyekben a munkásbiztosítás kötelező formája megvan, ezt az incompatibilitást kimondották, hogy a szakértő a gyanúnak az árnyékától is meg legyen óva.

Mint a bíróság tagja tartozik annak a kijelentésével, hogy soha egy szikrája sem élt benne annak, hogy az érdekeltségi incompatibilitásnak azt a magyarázatot is lehet adni, mely az orvosi karra sérelmes lehet.

A kik személyükben érintve vannak, igazságtalannak tarthatják, de hogy ez orvosi kari érdek lehet, azt kétségbevonja, mert az incompatibilitás csak a pénztárakkal szerződéses viszonyban levő orvosokra állapíttatik meg; a kiket a szóló egyébként nem kevésbé tisztel.

A törvény szerint a prognózisnak igen nagy fontossága van, mert ez feltétel arra nézve, hogy az ügyek simán bonyolítottassanak le.

A törvény háromféle járadékot ismer. Állandót és átmenetit, mely időleges vagy ideiglenes. Időleget akkor kell megállapítani, ha a baleset csak időleges keresetképtelenséggel jár, vagyis mikor egészen visszanyeri a sérült munkaképességét; ideiglenest akkor, ha a keresetképtelenség foka nem állapítható meg, vagy ha a gyógykezelés befejezése nincs. Tehát ha a pénztári helyesen akar eljárni, ahhoz van köteve, hogy az orvos helyes prognosist adjon. Ennek adminisztratív és jogi következményei lehetnek. Előtérbe tolni a prognosist az operációs kényszer kérdésében is.

Kiindulva abból, hogy a szándékosság ki van zárva, kiindulva abból, hogy a beteg a gyógykezelésnek tartozik magát alávetni, helyet foglalhat az a magyarázat, hogy bizonyos határok között kényszeríteni lehet a sérültet, hogy műtétnek vesse magát alá. Kényszer alatt csak arra lehet gondolni, hogy a sérült, a ki nem veti magát alá bizonyos gyógykezelésnek és így hátráltatja gyógyulását, bir-e igényével arra, hogy ezt a differenciát is megkapja. Ha ez a magyarázat helyet fog foglalni, akkor megint csak a prognosist az, mely a gyökere és talpköve a kérdésnek. Csak nem nagy kockázattal járó beavatkozásokról és velük arányban álló várható eredményekről van szó. Tehát a prognosist nagy súlyt kell helyezni.

Másik dolog, a miről szól, a munkaképességnek és keresetképeségnek a fogalma. Munkaképesség alatt azon fizikai és szellemi erők összességét értjük, melyek diszponibiles arra, hogy az illető dolgozzék.

Keresetképeség alatt az értékesíthető szellemi és testi erők összességét értjük. Ezek nem fedik egymást. Pl. valakit elégtelenit egy torzulás, a munkaképessége nem csökken, de a keresetképesége nagy mértékben csökken, mert a publikummal való érintkezésben nem használható.

Addig is, míg a joggyakorlat kialakul és szilárdabb alapja lesz, a keresetképeség csökkenése dotálandó. A munkaképesség-csökkenést a szakértőnek a lehető legnagyobb figyelembe kell venni, hogy az illető forum megítélhesse.

Az előadó azt mondta a rokkantság, halál és baleset közti oki összefüggés tárgyalásakor, hogy az orvos humánus voltából kifolyólag a kétes eseteket a sérült javára döntse el. Ezt a tételt a szóló így nem írhatja alá. A humanizmusnak is határt és kereteket szab az igazság és a törvény, valamint a celszerűség is. Ezek mind azt hozzák magukkal, hogy a szakértő a ténykérdésre nyilatkozzék és mellőzze azt, hogy a jogi kérdés hogyan fog eldönteni: humanusan-e vagy nem. Feladata magaslatán áll az orvos akkor, ha az okozati összefüggést a kétes esetekben kétesnek jelenti ki, és nem vádolható inhumanussággal, ha ezen túl nem terjeszkedik ki; mert ez veszedelmes, ki nem számítható következményekre adhat okot. Az „Útmutató“-ra gondol, mely a németországi Gliedertaxénál tíz százalékkal állapít meg magasabb tételeket, a mi nagy differentia, pedig csupán humanizusból tesz így és így veszedelmes talajon mozog, ha azt a talajt, a melyen mozognia kell, elhagyja. Ez a talaj olyan szép, olyan változatos, olyan elismerést érdemlő, hogy kár volna az orvosoknak elhagyniuk, s azért csupán a ténykérdések mezején mozognak. Ez a működésük gerince, az alapja a munkásbiztosításnak és ezen alapon az orvosok mindig kedves és szívesen látott munkatársai a munkásbiztosítási intézménynek.

Friedrich Vilmos: Az igazság érdekében hangsúlyozza, hogy előadásában azt mondta, hogy az orvos hozzon fel mindent, a mi az eset mellett és ellene szól, és az in dubiis mitius elve alapján a bíróság kedvezően fog itélni.

Schultz Ágoston: Az érdekeltségi incompatibilitást Harkányi mérnök létre nem hozási szempontból védte meg. Szóló sem fog jogi szempontokat felhozni. Sem a törvény, sem a perrendtartás, sem az érdekeltek az orvosi kar iránt bizalmatlansággal nem viselkednek, a mit bizonyít az, hogy az érdekeltség az összes szakértőkre nézve kimondja az incompatibilitást. De ha a törvény meg is engedné a pénztári orvosnak a választott bíróságnál a szakértői közreműködést, az igazságszolgáltatás és a pénztári orvos iránti bizalom érdekében kellene a pénztári orvosoknak visszavonulniuk, mert kell, hogy a pörös felek a bíróság ítélletében megnyugodjanak.

Bizonyos, hogy néhány év múlva meg fog erősödni a testvéries viszony a szakértők és a bíróság működése között.

Szegedi Orvos-Egyesület.

(1908 decemberi szakülés.)

Elnök: Faragó Ödön dr. Jegyző: Berger Mór dr.

Boros József a veleszületett csípőízületi ficamodásokról betegbemutatók kapcsán tart előadást.

A tünettan és a kórboneczolástani viszonyok rövid vázolója után a vértelen repositiók közül a Hoffa-Lorenz-féle eljárást ismereti részletesen, mint a melyet valamennyi esetében — összesen hét — sikerrel használt. Esetei közül kettő kétoldali és öt egyoldali volt, korra nézve a legfiatalabb 2 1/2 éves, a legidősebb 7 éves.

Tökéletes anatómiai repositiót csupán három esetben ért el, a többiben a fejecset az elülső-alsó csípőtővis szomszédságában transpositióba hozta. A működésbeli eredmény ennek ellenére öt esetben kifogástalan, egy eset még kezelés alatt van; egy esete a konstatalható helyes transpositio ellenére nem adott teljes működésbeli eredményt.

Relaxatiót két esetben észlelt, és pedig az egyikben 1 1/2 év leforgása alatt két ízben is. Ez esetben is sikerült végre teljes eredményt elérnie.

Boros József epekövek miatt végzett cholecystectomy és choledochotomia gyógyult esetét mutatja be.

A 29 éves nőbeteg nyolcz év óta fennálló és az utóbbi időben mind sürűbben jelentkező epekőrohamai és meg-megújuló sárgasága miatt került műtét alá. Az epehólyag a pylorussal és a vastagbélel erősen összenőtt és diónyira zsugorodott. Eltávolítása után a rendkívül kitágult choledochust tárta fel, ebből és a májvezetékéből 49 lencsenyi-mogyorónyi nagyságú követ távolít el, melyek közül az egyik mogyorónagyságú a Vater-féle papillát zárta el. Hepaticus-drainage.

(Vége következik.)

PÁLYÁZATOK.

4432/908. sz.

Az előléptetés folytán megüresedett bonczhidai és a lemondás folytán megüresedett magyarújfalusi **körorvosi állásokra** ezennel pályázatot hirdetek.

A bonczhidai közegészségügyi kör Bonczhida, Választ, Kisborsa, Bádok, Alsózsuk, Felsőzsuk, Nemeszsuk és Köblend községekből áll, székhelye Bonczhida község; a magyarújfalusi körhöz Magyarújfalú, Solyomkő, Magyarfodorháza, Babucz, Kovácsi, Kajántó, Bodonkút, Diós, M.-Macskás, Kolozsgyula, H.-Macskás, Csoma-fája, Kide, Szt.-M.-Macskás, Fejérd, Nagyesküllő, Kisesküllő, Apalín, Ördögkeresztúr és Drág községek tartoznak s székhelye Magyarújfalú.

Mindenik állás javadalmazása:

Törzsfizetés: 1600 korona.

Lakbér: 350 korona.

Úti átalány a bonczhidai körben: 700 korona.

" " a magyarújfalusi " 800 "

Látogatási díjak székhelyen és hivatalos kiszállások alkalmával nappal 1 korona, éjjel 2 korona; székhelyen kívül 15 km. távolságig 6 korona, 16–31 km.-ig 8 korona, 31 km.-től kezdve 10 korona.

Negjegyzem, hogy a lakbér, úti átalány és látogatási díjakra vonatkozó törvényhatósági szabályrendelet még belügyministeri jóváhagyást igényel.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állások bármelyikére pályázni kívánnak, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt és eddigi alkalmaztatásukat is igazoló pályázati kérvényeiket hozzám legkésőbb **1909. évi február hó 25.-éig** annál is inkább adják be, mivel a későbbben beérkezőket figyelembe nem veszem.

A választást a bonczhidai körorvosi állásra Bonczhida községben 1909. évi február hó 27.-én délelőtt 11 órakor, a magyarújfalusi körorvosi állásra Magyarújfaluban 1909. évi március 2.-án délelőtt 11 órakor tartom meg.

Kolozsvár, 1909. évi február hó 8.-án.

Hankó Veress Károly, főszolgabíró.

171/909. eln. sz.

A vezetésem alatt álló nagyszebeni m. kir. állami elmegyógyintézetnél megüresedett és évi 1600 korona fizetéssel, egyelőre egy butorozott szobából álló természetbeni lakással, fűtéssel, világítással és I. osztályú élelmezéssel javadalmazott **másodorvosi állásra** belügyminister úr 6 nagyméltóságának folyó évi 1572. sz. a. kelt rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazon magyarhoni illetőségű orvostudor urakat és orvosnőket, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. I. t. cz. 9. §-ának II. szakaszában előírt minősítést és esetleges eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt, egykoronás bélyeggel ellátott és a m. kir. belügyminister úrhoz címzett folyamodványaikat hozzám legkésőbb **f. évi márczius hó 10.-éig** nyújtsák be.

Nagyszeben, 1909. évi február hó 16.-án.

Epstein László dr., igazgató.

Komárom város közkórházában f. évi márczius hó 1.-én **két segédorvosi állás** üresedik meg.

Az első segédorvos fizetése évi 2000 korona, két szobából álló lakás és teljes ellátás.

A második segédorvos fizetése évi 1200 korona és két szobából álló lakás, teljes ellátás.

A kórház, mely 200 ágygyal rendelkezik és a jelenkor igényeinek megfelelőleg van berendezve, fiatal orvosoknak bő alkalmat nyújt a teljes, főleg pedig a sebészetben való kiképzésre.

A folyamodványok Kálmán Rudolf Komárom megye és Komárom város főispánja 6 méltóságához címezve **február hó 28.-áig** hozzám nyújtandók be. Bővebb felvilágosítást szívesen nyújt a kórház igazgatója.

Komárom, 1909. február hó 13.-án.

Lipscher dr., kórház-igazgató.

A 17.198/909. sz. belügyministeri rendelet folytán a lipótmezei m. kir. állami elmegyógyintézetnél **két másodorvosi állásra** pályázatot hirdettek.

Ezen állások mindegyike 1600 korona évi fizetés, I. osztályú élelmezés (hor nélkül), egyelőre egy butorozott szobából álló szabad lakás, továbbá fűtés és világítás élvezetével van egybekötve.

Felhívom mindazon orvostudor urakat, kik a hirdetett állásokra pályázni kívánnak, hogy egykoronás bélyeggel ellátott s keresztlevele, vagy születési bizonyítvány, továbbá orvostudori oklevél és eddigi alkalmaztatásukról szóló egyéb okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrhoz címezendő folyamodványaikat az alulírt igazgatóságnál **1909. évi márczius hó 14.-éig** nyújtsák be.

Budapest, 1909. évi február hó 16.-án.

*Budapest-lipótmezei m. kir. állami
elmegyógyintézet igazgatója.*

2-1

812/909. sz.

A kecskeméti m. kir. állami gyermekmenhelynél megüresedett **másodorvosi állásra**, mely 1200 korona fizetés, természetbeni lakás és I. osztályú élelmezéssel van egybekötve, pályázatot hirdetek.

Felhívom tehát mindazon orvosnőket és orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy egykoronás bélyeggel ellátott, orvostudori oklevél és eddigi alkalmazásukról szóló egyéb okmányokkal felszerelt és a nagyméltóságú belügyminister úrhoz címzett folyamodványaikat **f. évi márczius hó 10.-éig** alulírott nál nyújtsák be.

Női pályázók előnyben részesülnek.

Kecskemét, 1909. évi február hó 17.-én.

2-1

Egressi Lajos dr., igazgató-főorvos.

24/1909. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban egy **másodorvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú belügyminister úrnak f. évi február hó 3.-án kelt 14.337/VII d) számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom azon magyarhoni illetőségű orvos urakat, kik ezen 1600 korona fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t. cz. 9. §-ában megkívánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és a belügyminister úr 6 nagyméltóságához címzett folyamodványaikat **1909. évi márczius hó 4.-éig** alulírottához nyújtsák be.

Pozsony, 1909. évi február hó 12.-én.

3-1

Pantocsek József dr., igazgató-orvos.

633/909. sz.

Csik vármegye gyergyószentmiklósi járásához tartozó Gyergyóremete, Várhegy és Salamási községekből alakított gyergyóremetei közegészségügyi körben a **körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás az 1908. évi XXXVIII. t. cz. értelmében 1600 korona törzsfizetés, 4 ízbeni 200—200 korona ötdéves korpótlék és ezidő szerinti lakbér, fuvarváltás és látogatási váltásdíj.

Azonban a fuvar, lakbér, látogatási díjakat a fent hivatkozott t. cz. alapján a közelebb hozandó vármegyei szabályrendelet fogja megállapítani. E helyen megjegyzem, hogy az 1908. évi XXXVIII. t. cz. 3. §-a értelmében Gyergyóremete külön községi orvos alkalmazására jogosult, melyre nézve a szükséges lépések megtétele és a kettéválasztás a megválasztott körorvos szerzett jogait nem fogja érinteni.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **f. évi márczius hó 4.-éig** nyújtsák be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást Gyergyóremete községkórházánál f. évi márczius 6.-án délelőtt 10 órakor fogom megtartani.

Gyergyószentmiklós, 1909. évi február hó 2.-án.

2-2

Zakariás Lukács, főszolgabíró.

413/1909. sz.

Arad vármegye Világos községben a **községi orvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére pályázatot hirdetek.

Ezen községi orvosi állás javadalmazása:

1. 1600 korona évi készpénzfizetés.

2. Az 1908. évi XXXVIII. t. cz. alapján megállapítandó évi lakbér és a megfelelő látogatási és egyéb díjak.

Felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-ában előírt minősítésüket igazoló, valamint eddigi működésüket tanúsító bizonyítványokkal, okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi márczius hó 15.-éig** nyújtsák be.

Az elkészen érkező pályázatok figyelembe nem vétetnek.

A megválasztandó orvos állását azonnal elfoglalni köteles.

Világos, 1909. évi február hó 6.-án.

2-2

Faragó István, főszolgabíró.

711/909. sz.

Csik vármegye gyergyószentmiklósi járásához tartozó Gyergyóújfalu, Kilyenfalva, Vasláb és Tekerőpatak községekből alakított gyergyóújfalu közegészségügyi körben a **körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás az 1908. évi XXXVIII. t. cz. értelmében 1600 korona törzsfizetés és 4 ízbeni 200—200 korona ötdéves korpótlék és természetbeni lakás és ezidő szerinti fuvarváltás és látogatási váltásdíj.

Azonban a fuvar- és látogatási díjakat a fent hivatkozott t. cz. alapján a közelebb hozandó vármegyei szabályrendelet fogja megállapítani.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **f. évi márczius hó 10.-éig** nyújtsák be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást Gyergyóújfalu községkórházánál f. évi márczius hó 16.-án délelőtt 10 órakor fogom megtartani.

Gyergyószentmiklós, 1909. évi február hó 6.-án.

2-2

Zakariás Lukács, főszolgabíró.

17/1909. eln. D. 2. sz.

A nagyméltóságú m. kir. igazságügyminister úrnak folyó évi január hó 27.-én 677/909. I. M. VII. szám alatt kelt magas rendelete alapján a vezetésem alatti tordai kir. törvényszéknél megüresedett **törvényszéki orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a szabályszerűen és az előírt képesítettséget is igazoló bizonyítvánnyal felszerelt kérvényeiket jelen hirdetménynek a Budapesti Közlönyben való harmadszori megjelenésétől számított 4 hét alatt hozzám annyival bizonyosabban adják be, mert a kellőleg fel nem szerelt vagy később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Torda, 1909. évi február hó 8.-án.

3-2

Szász Iván, kir. törvényszéki elnök.

HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik
vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és
köszvénynél, a cukorbetegségnél, az emésztési és légzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

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

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst M./m.

Alumnol. Antipyrin. Antistrepto- coccus-serum. Argonin.	Novocain egy új, minden izgató tünet nélkül ható helyi érzéstelenítő. Legjobb cocainpótló szer. Novocain legalább 7-szer kevésbé mérgező mint a cocain, és 3-szor kevésbé mérgező mint annak pótlószerei. Sem a vérkeringést, légzést, sem pedig a szív-működést nem befolyásolja. Novocain vízben könnyen oldható, oldatai forralás által sterilizálhatók és jól resorbálódnak. Novocain nem okoz sem intoxiciót, sem szöveti pusztításokat, sem utófájdalmat. Novocain kitűnő sikerrel alkalmaztatik medullaris anaesthesiánál és a helyi érzéstelenítés minden alakjánál.	Benzonaphtol. Benzosol. Dermatol. Diphtheria- gyógyserum.
--	---	--

Syntheticus Suprarenin

a mellékvese ható elvének vegyi úton való előállítás.

A **syntheticus suprarenin** kitűnik teljes tisztasága, megbízható és állandó hatása, valamint oldatainak kiváló tartóssága által. Az esetről esetre szükségelt mennyiség melegítés által sterilizálható a nélkül, hogy hatásából veszítene. A **syntheticus suprarenin** tehát minden esetben az **organikus mellékvese előtt** előnyben részesül.

Rp.: Solut. Suprarenin. hydrochloric. synthetic.

(1:1000)

5 és 10 cem.-es üvegcsekben.

Trigemin

a közvetlen agyidegek fájdalmas izgalmainál kitűnően bevált analgetikum,

így trigeminus és occipitalis neuralgiáknál, fül-, fej- és fogfájásoknál. Specifikum perioritis, pulpitis, neuritis, valamint ama fájdalmaknál, melyek a pulpa feltárására vagy étető pasták alkalmazása után szoktak fellépni.

Adagja: 2—3 gelatincapsula à 0.25 gm.

Emanosal.

Gujasanol.

Holocain.

Hypnal.

Valyl-gyöngyök

à 0.125 gm. Valyl csak a bélben oldódik, s így a gyomorba, még a legérzékenyebb betegnél sincsen kellemetlen hatással. A Valyl fokozott mértékben bírja a gyökönke jellegzetes hatását és ideges zavaroknál mint kiváló ideg- és csillapítószer vált be. Különösen javulva van: hysteria, neurasthenia, szív- és idegneurózisok, zsákák, hőszámi zavarok, migraine, hypochondria, álmatlanság és asthma nervosum eseteiben.

Kitűnően bevált mint **antidysmenorrhoeicum**; továbbá a terhesség és a klimakteriumban jelentkező panaszoknál. — Adagja: 2—3 Valyl-gyöngy 2—3-szor napjában. Minden eredeti üvegcse 25 drb piros Valyl-gyöngyöt tartalmaz.

Lagtophenin.

Lysidin.

Meningococcus-Serum.

Arsacetin

Ehrlich titkos tanácsos előírása szerint készült;

teljesen arsenessav- és arsensavmentes és kevésbé mérgező, mint az arsanilat. Az **Arsacetin** oldatai tartósak és főzés által sterilizálhatók. **Arsacetin** klinikailag kipróbáltott bujakór, trypanosomiasis, anyagcsere- és idegbántalmaknál, anaemia, chlorosis stb. — Adagja subcut. 0.1—0.3—0.6 gm.; belsőleg 0.05 gm., 3—4-szer, gyermekek 2-szer naponta.

Tumenol-Ammonium

pótolhatatlan szer az eczematherapiánál, valamint a viszkető bőrlöbök kezelésénél.

Mindenemű bőrbajnál sikeresen alkalmaztatott.

Tumenol-Ammonium vízben könnyen oldódik, nem mérgező, neutrálisan reagál, izgatási tünetet nem okoz.

Migraenin.

Orthoform.

Oxaphor.

Pegnin.

Pyramidon

legmegbízhatóbb antipyretikum és antineuralgikum;

mindennemű lázak leküzdésénél, különösen gümőkór, typhusnál, influenzánál stb. alkalmaztatik. Adagja: 0.2—0.3 gm.

Specifikum fejfájások, idegzsákák, különösen trigeminuszsákák és hátgerinczbajosok lancináló fájdalmainál; sikerrel alkalmaztatott asthmás rohamok megszüntetésére és hőszámi zavarok ellen. Adagja: 0.3—0.5 gm.

Salicylsavas Pyramidon, kiváló fájdalomcsillapító zsákák, csúzos és köszvényes bajoknál. Adag: 0.5—0.75 gm.

Savanyú kámforsavas Pyramidon, (Pyramidon bicamphoric.) kitűnő eredménnyel használtatik phthisikusoknál a láz és izzadságelválasztás leküzdésére. Adag: 0.75—1.0 gm.

Sajodin.

Tetanus-

Antitoxin.

Tuberkulin.

Tussol.

Anaesthesin

helybeli anaestheticum, biztos, hosszantartó hatással, absolute nem izgató és nem mérgező, külső és belső használatra. Javult mindennemű fájdalmas sebeknél és bőrlöbök, gümős és bujakóros gége- és légcső-fekélyeknél, ulcus és carcinoma ventriculi, vomitus gravidarum, gyomorhyperaesthesia, tengeri betegség stb. eseteiben.

Adagja: 0.3—0.5 gm. napjában 1—3-szor.

Albargin

(Gelatose és arg. nitricum vegyülete.)

Absolut biztos, erősen baktericid, de még sem izgató antigonorrhoeicum.

Sikeresen bevált a gonorrhoea heveny és idült alakjánál; hólyagmosásnál, idült Highmorüreg-genyedéseknél, a vastagbél megbetegedésénél, a szemészeti gyakorlatban és mint prophylacticum 0.1—2.0% vizes oldatban.

Használata olcsó.

Irodalom és minták az orvos urak rendelkezésére állanak.

A

Alkatrészek: 12,5 gm. nátr. sulfogujacol.
ad 250 gm. Perdynamin
(Haemoglobin-Saccharat.)

Guajacol
Perdynamin

a **tuberculosis** kezdő
stadiuma.
a **görvélykór**,
a **bronchitis**,
a **hőrgyulladás** speci-
fikuma.

Prophylaktikum
tüdővészhez való hajlamosság
(vérszegénység által előidéző),
influenza után való lábado-
zás vagy egyéb fertőző beteg-
ségek ellen.

Minták és irodalom ingyen az osztrák-
magyar gyártási képviselő által:

Mr. Camillo Raupenstrauch
em. Apotheker,
Wien, II/1., Castellezgasse 25.

Fürdőorvos.

Egy felsőmagyarországi szénsavas gyógyfürdőhelyre, tapasztalt és gyakorolt, lehetőleg nőtlen fürdőorvos kerestetik. Ajánlatokat, az eddigi működés megjelölésével, „Állandó fürdő” jellegével továbbít
Mosse Rudolf hirdető irodája, Budapest, Nádor-utca II. 6934

„Rodagen” specifikus gyógyszer morbus Basedowii ellen.

„Atoxyl” új, majdnem méregtelen arsenkészítmény, minden kellemetlen mellékület nélkül.

„Sidonal” specifikum köszvény és rokonbajok ellen.

„Escalin” pastillák, bél- és gyomorvérzések ellen.

„Escalin” suppositoriumok arany-érzések ellen.

„Lanolinum puriss. Liebreich”

„Lanolinum pur. Liebreich anhydricum”

kenőcsbázis ismert tisztaságban.

Vereinigte Chemische Werke, A.-G.,

Berlin-Charlottenburg.

5756

Vezérképviselőség Magyarország részére:

Wack Keresztély, Budapest, IV., Gerlőczy-utca 2. sz.

Irodalom ingyen és bérmentve.



„Nyilkör” márka.

TÖBB KIÁLLÍTÁSON KITÜNTETVE.

TARTALMAZ EMULSIÓBAN 50 % CSUKAMÁJOLAJAT. - SZAGA ÉS IZE
KELLEMEZ, 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.

Zománcz, üveg, öntött vagy vaslemez czímtáblákat

tetszés szerinti színezésben készít :: **ENGEL A.,** :: cím- és címerfestő Budapest,

TELEFON: 83-01.

IV., Gróf Károlyi-utca 28. szám.

Költségvetések ingyen.

„Bayer” **CONTRATUSSIN** „Bayer”

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

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D^r EGGER

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rachitis.
Kapható minden gyógyszerárban.

Serravallo

China-bor vassal.

Ödülőknek és vérszegényeknek orvosi szaktekintélyek által
legjobban ajánlva.

Kitűnő íze miatt főleg gyermekek és nők szívesen veszik.
Egészségügyi kiállítás Wien 1906: állami díj és díszoklevél, nagy aranyérem.
Legmagasabb kitüntetés.

Sokszor kitüntetve. — Több mint 5000 szakvélemény.
Orvos urak kivánatra irodalmat és mintát ingyen és bérmentve
kapnak.
J. Serravallo, Triest-Barcola.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markuszovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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 Schwartzert Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Ilyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kovács Pál: Közlés a Bródy Adél-gyermekkorház sebészeti osztályáról. (Főorvos: Alapy Henrik dr. egyetemi magántanár.) A gyermekkori lágyéksérveknek műtéttel való kezelése. 167. lap.

Vas Bernát: Közlés a Poliklinika laboratóriumából. Anyagserevizsgálatok Röntgen-sugárral kezelt leukaemiásokon. 169. lap.

Pólya Jenő: A modern rákgyógyítás módjai és eredményei. 154. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Engel Zsigmond: A gyermekvédelem bölcselése. — Magyarország orvosainak évkönyve és címtára. — Lapszemle. Belorvos-tan. F. Blumenthal: A diabetesre vonatkozó újabb vizsgálatok. — Gyermek-orvostan. D. Galatti: A köldökcsínóresonknak kezelése bolus alzával. — L. Baron: Velezületett bujakórban szenvedő csecsemők lumbalpunkciós folyadéká-

nak fehérjetartalma és lymphocytosisa. — Bőrkórtan. Jadassohn: Az eczema therapiája. — Venerés bántalmak. A. Wiman: Fialat házinyúlón syphilitis keratitis (hereditaer syphilis?) — G. Heymann: A syphilitisnek arsacetinnel való kezelése. — Orr-, torok- és gégebajok. Harmer: Heges gégeszűkítések kezelése a kürtő- canule módosításával. — Grünberg: A jodkaliumnak belső használata a felső légutak tuberculosisában. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Crämer: Az étvágy javítása idült gastritisben. — Siegfried: Jothion. 174—178. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 179. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 179. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 180—184. lap.

Melléklet. A Farbwerke, vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M. czég „Gyógyszerkészítmények” prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a Bródy Adél-gyermekkorház sebészeti osztályáról. (Főorvos: Alapy Henrik dr. egyetemi magántanár.)

A gyermekkori lágyéksérveknek műtéttel való kezelése.¹

Irta: Kovács Pál dr., kórházi alorvos.

Nemcsak a sebészek, hanem az egész orvosi világ nézete megegyezik a felnőttek sérveinek kezelésmódjában: a radikális műtétben. Csupán az operálandók nem vallják még ezen álláspontot, s bár az orvosok mindegyikétől azt hallják ma, hogy a sérvnek egyedül helyes kezelésmódja a gyökeres műtét, a sérves emberek túlnyomó többsége mégis praeférálja a sérvkötőt.

Másképen áll a dolog a gyermekek sérveire nézve. Itt már nézeteltérés van az orvosok, sőt maguk az operáló sebészek közt is. Ahhoz a két körülményhez, mely a felnőttek legnagyobb részét is visszariasztja a sérvoperációtól, itt még egy harmadik is járul: tudniillik nemcsak az operatio s altatás veszélyeitől félnek, nemcsak azon aggodalom áll fenn, hogy a gyökeres műtét után is a sérv kiújulhat, hanem még az a hiedelem is járul hozzá, hogy a gyermekek sérveinek a műtete nem is annyira szükséges, minthogy ezek sérvkötő viselése által is meggyógyíthatók.

Az ellenvetések elsőjével s utolsójával ez alkalommal bővebben foglalkozni nem kívánok, reájuk csupán azt jegyzem meg, hogy a csecsemőkortól a sérvkötő csak egészen kivételesen gyógyítja a sérvet, a műtét veszélyeit illetőleg pedig, hogy az 1907. év végéig operált 253 radikális sérvműtétünk közül csupán egy halt meg, és pedig az osztály működése kezdetén, egy segédorvos által operált fiú, a kin a tömlő egy szakított nyílásába egy bélkaes beszorulván, a gyermek belelzáródásban pusztult el. A többi a műtétet nemcsak hogy jól kiállotta, de közülök komoly veszélybe

egy sem került. Ellenben bővebben kívánok foglalkozni a műtét elleni ellenvetések legsúlyosabbikával, a kiújulás kérdésével.

Az irodalomban a gyermekérvék műtét után való kiújulására vonatkozólag a következő adatokat találom:

Maas¹ 31 végzett radikális műtete mind recidivamentes.

Herold J. Stiles² 360 esetben végzett radikális műtétet 4 kiújulással, 5 halálessettel.

Fraenkel³ 16 csecsemőn végzett gyökeres műtétet. E között 4 incarcerationatio is volt. Összes esetei recidivamentesek.

Grunert⁴ 34 radikális műtétet végzett. Recidivája nem volt, de volt 3 halálessete.

Bethe jun.⁵ 39 esetben végzett gyökeres műtétet. Két kisfokú kiújulása volt, mindkét esetben azonban kizáródás miatt történt a műtét, a sebgyógyulás is genyedés útján történt.

Pavel⁶ 117 gyermekben végzett gyökeres műtétet. Kiújulása nem volt, de volt 8 halálessete, azonban csak egy a műtét következtében.

Főnököm Alapy főorvos osztályán a kórház 10 éves fennállása alatt (1897—1907) 253 gyermek lágyéksérvét operáltuk gyökeresen.¹ E 253 eset közül 21 incarcerationatio miatt operáltatott. Közülük 3 a műtét utáni 12—36 óra alatt meghalt, mindhárom már a műtét előtt konstataált nagyfokú elesettség folytán. Egyik esetben 20 cm.-nyi beldarabot gangraena miatt kellett reszekálni. Korra nézve az anyag így oszlik meg. Egy éven alul 10 gyermek, egy éves 41, két éves 29, 3—10 éves 125, végül 11—15 éves 48 eset. A statistika összeállítása czéljából kérdőíveket küldtem a szülőkhöz, felkérve őket, hogy a mellékelt válaszlapon értesítsenek bennünket gyermekük hogylétéről operált sérvüket illetőleg, Avagy, ha orvosuk van, kérjék őt fel, hogy a válaszlapot kitöltve hozzánk beküldje, ha pedig módjukban áll, mutassák be gyermeküket nyilvános rendelésünkön.

Kétségtelen, hogy azok a leletek, melyeket saját utóvizsgálatunk útján vettünk fel, a legmegbízhatóbbak. De ha tekintetbe vesszük, hogy mily könnyű a sérv kiújulását konstataálni nemcsak az orvosnak, hanem magának a betegnek is, azt hiszem

¹ A budapesti királyi orvosegyesület sebészeti szakosztályának 1908 november 26-i ülésén tartott előadás.

¹ 189-et maga Alapy, 64-et pedig segédorvosai.

nem tévedek, ha a betegek hozzátartozóinak leveleit is ez irányban teljes értékűeknek fogadom el.

Még egy megjegyzést kell tennem. A Bródy-kórház sebészeti osztályán az a szokás uralkodik (mint valószínűleg sok más kórházban és klinikán is), hogy a kórtörténetekben minden műtét mellé odairjuk az operateur nevét is, a mi épen a sérvek kiújulása kérdésében lényeges körülmény; mert a műtét értékére nézve egészen más megítélés alá esik, ha sokat operáló gyakorlott sebész műtete után áll be kiújulás, mint ha azon fiatalabb segéd- vagy alorvos műtétét követi, ki mindössze talán 5—6 sérvműtétet végzett.

250 kérdőívet küldtem szét. 89 levélbeli válasz érkezett, 60 egyén személyesen jelentkezett. A 89 válasz között 5 esetben a szülők arról értesítenek, hogy gyermekük hazaérkezte után 2 hó—3 év alatt (2 tüdőgyulladásban, 1 agyhártyagyulladásban, 2 ismeretlen bajban) meghalt. Így tehát összesen 144 esettel rendelkezünk, melyeknek utólagos sorsáról tudomásunk van. Ezek közül 143 gyökeresen gyógyult, 1 kiújult. Ez az eset egy 1907 augusztus 17.-én K. dr. alorvos által operált 8 éves fiú, kinek műteti sebe per primam gyógyult, kinél azonban, midőn 1908 május 16.-án utóvizsgálatra jelentkezett, azt konstatáltuk, hogy az 5 cm.-nyi hosszú heg alsó végén szélesre szét van húzódva, s ezen a helyen mogorónyi sérvet lehet látni és tapintani.

Ez volna tehát egyetlen kiújulási esetünk, a mely azonban a fenti érvelés alapján aligha terheli a módszert, csupán az illető assistens kellő gyakorlottsága hiányának következménye. A mi más szóval annyit jelent, hogy jól végzett sérvműtéttel minden gyermekkori lágyéksérv gyökeresen gyógyítható, a mi mindennél ékeesebben szóló bizonyíték ama régi érv tarthatatlansága ellen, mintha a gyermekek sérvei a szövetek gyengesége s finomsága folytán gyökeres műtetre alkalmatlanok volnának. Ép ellenkezőleg áll a dolog. Tudvalevő, hogy a felnőtt ember sérvének radikális műtétét a legkülönbözőbb statisztikákban 5—10% kiújulás szokta kísérni.

Úgy vélem, hogy minden sebészt inditái felállításában főleg eredményei befolyásolják. Hogy a mi felfogásunkat az imént közölt eredmény milyen irányban módosította, arról mindjárt beszámolok. De talán nem lesz érdektelen, ha a fentebb közölt statistika világitása mellett nézzük, hogy egyes sebészek minő álláspontot foglalnak el a gyermekek sérveivel szemben.

*Fraenkel*⁸ nézete szerint a legkedvezőbb időt mulasztjuk el, ha a radikális műtétet nem a lehető legkorábban, tehát még az 1. életév elérése előtt végezzük.

*Herold J. Stiles*⁷ csak egy éves kornál idősebb gyermekeken ajánlja a műtétet, mert az egy éven aluli korban levő eseteinek felében a sérvkötő hordása gyökeres gyógyulást idézett elő.

*Franke*⁹ nézete szerint a gyermekek sérvei operálandók:

1. Ha csak nem túlságosan elgyengültek a gyermekek.
2. Avagy, ha jól fekvő sérvkötő több hónapon át tartó viselése nem kisebbiti, sőt ellenkezőleg nagyobbítja a sérvet.
3. Ha a gyermek sokat sír vagy köhög, miáltal a sérv mindjobban előtörl.
4. Avagy, ha kilátásunk van, hogy a fennálló bélhurut a sérv operatiója által gyógyul avagy javul.

*Grunert*¹⁰ nézete szerint a lágyéksérvek radikális műtete a gyermekkorban a legajánlatosabb, minthogy a gyógyulás sokkal simább, complicatio nélküli lefolyású.

*Maas*¹¹ ajánlja a radikális műtétet:

1. Incarcerált és nem reponibilis esetekben.
2. A hol a különben is tág sérvkapu sérvkötő hordása ellenére is állandó növekedést mutat.
3. Avagy, ha a gyermek a makacs, gyógyulni nem akaró eczema miatt nem viselheti a sérvkötőt.

*Fergusson*¹² a sérvet nem operálja, míg a gyermek járnai nem tud.

A műtét ellen foglal állást *Coley*¹³, a ki a 4 éves kor elérése előtt nem végez radikális műtétet, kivéve, a midőn kizáródás jó létre. Sőt idősebb gyermekeken is szívesebben alkalmaz sérvkötőt. Idősebb gyermekeken is radikális műtétet csak azon esetben végez, ha a szülők nemtörődősége miatt nem remélheti a sérvkötő-

vel való gyógyulást, bár előbb megpróbálja a sérvkötővel való kezelést. A 2 év leforgása alatt rendelésén megfordult 400 sérv eset közül csak 46-ban végzett műtétet. A British Medic. Assoc. 1906-ban tartott egyik ülésén a gyermekkori sérvek kezelésmódja vita tárgya volt s ez alkalommal a következő nézetek nyilvánultak meg:

*Langdorn*¹⁴ előtérbe helyezi a sérvkötővel való gyógykezelést a radikális műtéttel szemben.

*Macewen*¹⁴ magánbetegein sikerrel alkalmazza a sérvkötőt. Kórházi betegein ellenben radikális műtétet végez.

*Cousins*¹⁴ egy éven aluli gyermekek sérvét ritkán operálja.

*Macready*¹⁴, *Southan*¹⁴, *Symonds*¹⁴ és *Lucy*¹⁴ ajánlják a sérvkötővel való kezelést, s csak azon esetben operálnak, ha a sérvkötő hosszas viselése nem vezet eredményhez.

*Parker*¹⁴ óva int a nyomós érv nélkül, korán végzett műtétől. Idősebb gyermekeken ő is radikális műtétet ajánl.

Az idei brüsszeli nemzetközi sebész-congressuson *Lorthoir*¹⁵ referens ajánlotta, hogy minden gyermekkori sérvet operálni kell, minden sérvkötő viselése ellenjavalt. Szerinte a sérvkötő, minthogy az edényeket állandóan nyomja, hereatrophiát vagy varicokelet okoz, a bőrön a sérvkötő nyomása folytán mélyedés és pigmentatio keletkezik. Nézete szerint idősebb gyermekeken rossz tartást és kedélydepressziót okozhat a sérvkötő viselése, s szerinte 10 eset közül 9-ben a sérvkötő alatt a sérv kijön.

*Lorthoir*tal szemben *Ribera y Sans*¹⁵ (Madrid), *Lucas-Championnière*¹⁵ és *Broca*¹⁵ (Paris) ama nézetet vallja, hogy a 7. életév elérése előtt szükségtelen a gyökeres műtét.

*Alapy*¹⁶ régebbi inditaióit, melyek már szintén eléggé gyökeresek voltak, lassanként még módosította oly irányban, hogy most még radikálisabban jár el.

Nem ismer csak egy javatoltat a sérvoperatio ellen, s ez: valamely súlyos szervi betegség (atrophia, stb.). Még a csecsemőkort sem tekinti contraindicationnak. Meg van győződve arról, hogy tisztán tartott csecsemők sérvei sérvkötő viselése alatt csakugyan meggyógyulnak. De mihelyt azt tapasztalja, hogy akár az anya kellő gondosságának hiánya folytán, akár a gyermek bőrének szokatlan érzékenysége következtében az ajánlott övrendszabályok ellenére a sérvkötő alatt eczema kezd mutatkozni, azonnal műtétet ajánl, melyet sem nekünk, sem a hozzátartozóknak sohasem volt oka megbánni.

Azt hiszem, hogy ennek a kétségtelenül radikális álláspontnak kellő indokolását nyújtja fennebb közölt statistikánk, melyhez hasonlóan az irodalomban találok nem sikerült: a fennebb közölt — csak fiatalabb segédorvos gyakorlatlanságának tulajdonítható — egy haláleset és egy kiújulás kivételével összes eseteink gyökeres gyógyulása. Tehát a sérvkötővel való kezelés hosszadalmasága, bizonytalansága, számos kellemetlensége és a csecsemőkortól túl levő gyermekeken többnyire sikertelen volta az egyik oldalon; rövid tartamú, veszélytelen, 5—6 nap alatt gyógyító, s minden recidiva ellen abszolút biztossággal megvédő módszer a másik oldalon. A választás nem nehéz, különösen, ha tekintetbe vesszük, hogy az imént említett radikális álláspontra lassanként maguknak a szülőknek állásfoglalása kényszerített bennünket.

Sajnos, ez alkalommal nem tudok részletesen beszámolni azokról a sérvműtét-eseteinkről, a melyek szintén erősen szólnak a sérvkötővel való gyógyítás ellen. Tudniillik műteteink között legalább 10—15 olyan nagyobb gyermek szerepel, kiknek sérvét kis gyermekkorukban a sérvkötő látszólag meggyógyította, s a kiknek legalább felén a későbbi korban kiújult sérv mindjárt úgy jelentkezett, mint az életet veszélyeztető kiszorult sérv.

Tudom, hogy ma már unalmas dolog a gyökeres lágyéksérv-műtét végzése módjáról beszélni. De talán mégsem végezek felesleges munkát, ha néhány szóval erre is kitérek, bár meg vagyok győződve, hogy az a, mondhatjuk fényes eredmény, melyet elértünk, sem saját külön módszerünknek — mert hiszen ilyen nincs —, sem valami kiváló technikai ügyességünknek, hanem főleg annak tulajdonítható, hogy mi a csecsemőkortól 15 évig terjedő korban levő fiatal egyéneket operálunk, kiknek sérvei a gyökeres gyógyulásra par excellence alkalmasak. Hogy mennyire alkalmasok, annak bizonyítására legyen szabad csupán azon fennebb citált szerzőkre utalnunk, a kik elegendőnek tartják a sérvtömlő lekötését, s már

ezáltal is többnyire gyökeres gyógyulást érnek el. De csak többnyire és nem mindig. Ezért addig, míg nem találunk az irodalomban hasonló jó eredményt, mint a mienk, ezentúl is ragaszkodunk Bassini kissé módosított módszeréhez, a mely a műtétet csak kevéssé nyújtja meg, de ezzel esérébe háromszoros biztonságot nyújt.

A mi az *Alapy* műteti technikájának egyes phasisait illeti, csak azt emelem ki, a miben műtétünk a típusos eljárástól eltér.

1. A *sérvtömlőt* erősebb húzás mellett *igen magasan készítjük ki* és lekötése előtt csak ritkán nyitjuk meg; akkor tudniillik, ha praeparálás közben tartalma nem csúszik vissza a hasba. A gyermekori sérvtömlő oly vékony és áttetsző, hogy a sérvtömlőnek üres vagy nem üres volta mindig biztossággal konstataálható, még a sérvtömlő megnyitása előtt is. A tömlő lekötésének oly magasan kell történnie, hogy az eltávolítandó rész lemetzése után a *csonknak azonnal vissza kell húzódnia s nyomtalanul eltűnnie a seb mélyében.*

2. Az izomvarrat Bassini módszere szerint gyermekeken nehezen végezhető. Igen kis (3 centimeter hosszú) bőrmetszést szoktunk csinálni, s ezen keresztül az izomszélnek a Poupart-szalag széléhez való varrása nem könnyű. Ellenben igen könnyen s gyorsan végezhető, ha mindkét végén tűbe fűzött selyemszállal *matrácvarratot* csinálunk, melynek két vége a Poupart-szalagon át a laterális sebszél alatt a bőrön kiszúrva, pólyadarab felett csomóztatik, de csak a bőrvarrat befejezte után. Előbb azonban meggyőződünk a varrat behelyezése után arról, hogy vajjon a fonálvégek meghúzása mellett teljesen záródik-e a nyílás? *Egy* matrácvarrat csaknem mindig elegendő, kettőre nagyon ritkán van szükség.

3. A bonyevarratot tovaftató catgut-varrattal szoktuk végezni.

4. A bőrt régebben *Michel-féle* kapesokkal egyesítettük, de elhagytuk, mióta meggyőződünk arról, hogy az okozott decubitus következtében gyakran milyen kozmetice nem előnyös hegeket idéz elő. Azóta inkább a kissé hosszabb időt igénybe vevő selyemvarratot használjuk a bőr egyesítésére. Ha a varrást *O-s* selyemmel végezzük, s gondot vetünk arra, hogy a befordulásra *igen hajlamos vékony gyermekbőrt felváltva percutan s subcutan varrattal* egyesítsük, ideális szép heget kapunk, melyet néhány év múlva keresve is alig lehet megtalálni. A Michel-féle kapesokat legfeljebb kiszorult sérv némely esetben alkalmazzuk, midőn a műtét befejezésével nagyon sietünk.

A matrácvarratot s a bőrvarratot a negyedik napon távolítjuk el, az ötödik napon a gyermek felkel, a hatodik napon hazamegy. A bonye catgut-varratán kívül, mely, ha jodcatguttal készült, bajt sohasem okoz, *a sebben semmi varróanyagot sem hagyunk vissza.* A mióta így járunk el, megszabadultunk attól a kellemetlenségtől is, hogy egyik-másik beteg, a ki per primam intentionem gyógyult, néhány hó, néha egy év múlva a hegből kibúvó selyemszállal kerül vissza. Ez most sohasem fordul elő.

Tárgyam, melylyel közlésemben foglalkozom, bizonyára nem új. De még mindig nagyon aktuális. És ha annak közlésével, hogy *helyes velebánás mellett a gyermekori sérvműtét mily veszélytelen, s mily abszolút biztos eredményt nyújt*, valami csekély részzel talán én is hozzájárultam ahhoz, hogy a gyermekori sérvműtétektől még ma is idegenkedő kartársak szívesebben mennek majd bele ezen operációba, akkor talán nem vettem igénybe hiába az igen tisztelt szakosztály vendégszeretétét.

Irodalom. 1. Deutsche med. Wochenschrift, 1901. 10. sz. — 2. Jahrbuch der Kinderheilkunde, 1905. 669. l. — 3. Centralblatt für Chirurg., 1899. 47. sz. — 4. Centralblatt für Chirurg., 1896. 414. l. — 5. Wiener med. Presse, 1908. 34. szám, 135. l. — 6. Bühlman: Über die operative Behandlung von Inguinalhernien bei Kindern. Zeitschrift f. Chirurg., 83. kötet, 324. l. — 7. Archiv für Kinderheilkunde. Referate. 1902. 104. l. Radikale Behandlungen der Hernien bei Säuglingen und jungen Kindern. — 8. Centralblatt für Chirurg. 1899. 47. sz. — 9. Therapeutische Monatshefte, 1901. XIV. k., 2. f., 71. l. — 10. Deutsche Zeitschrift für Chirurg., 1902. 68. k. Aus der Chirurgischen Abteilung der Magdeburger Krankenanstalt. Über Herniotomien im Kindesalter, insbesondere im Säuglingsalter. — 11. Maas: Die Radikaloperation kindlicher Hernien. Deutsche med. Wochenschrift, 1901. 10. szám. — 12. Archiv für Kinderheilkunde. Referate. 1902. 104. l. — 13. New-York med. Record, 1893. július 1. — 14. Referat in Centralblatt für Chirurg., 1896. 414. (Sitzung der British Medical Associat.) — 15. Zentralblatt für Chirurg. 1908. 45. sz., 1343. l. La cure rad. de la hernie chez l'enf. — 16. Orvosi Hetilap, 1900. 28. sz., 434. l.

Közlés a Poliklinika laboratóriumából.

Anyagserevizsgálatok Röntgen-sugárral kezelt leukaemiásokon.

Irta: **Vas Bernát** dr., egyetemi magántanár, a poliklinikai laboratórium vezetője.

(Vége.)

A *purinbasisok* *nitrogenjének* értékei a kezelés előtti időszakban 21·4—27·3 milligramm, a kezelés alatt 9·8—38 milligramm, a kezelés után 19·4—31·1 milligramm között ingadoztak. A napi átlagos értékek voltak:

kezelés előtt	0·0251 gm.
kezelés alatt	0·0256 „
kezelés után	0·0262 „

vagyis a kiválasztás a kezelés alatt 0·5 milligramm, a kezelés után 0·6 milligramm napi átlagos értékkel emelkedett.

A purinbasisok *N-jének* görbéje nagyjából párhuzamosan halad a húgysav görbéjével. Az értékek maximumai és minimumai leg többször időbelileg is egybeesnek. Így a legmagasabb purinbasis-érték (38 milligramm) csak 24 órával későbbben található, mint a legmagasabb húgysavérték, hasonlóképen a legkisebb purinbasis-kiválasztás (0·9 milligramm) pontosan egybeesik a legkisebb húgysavmennyiséggel (0·129 gm.).

A purinbasisok értékei általában véve kísérletünkben nem mondhatók magasnak; közel állanak a *Steyskal* és *Erben* által két leukaemiás esetben talált mennyiségekhez és majdnem teljesen megegyeznek *Schmid*-nek myelogen leukaemia egy esetében talált számadataival (27—28 milligramm). Az összehasonlítást más szerzők eredményeivel nehezíti azon körülmény, hogy az azelőtt igen kiterjedten használt *Krüger-Wulff-féle* eljárással nyert számok a methodusban rejlő hibák miatt általában véve túlmagasak.

A bélsárban foglalt purinbasisokra, melyek jelenlétét *Weintraud*, *Petren*, *Krüger* és *Schittenhelm* alapította meg, a leukaemiásokon végzett anyagserevizsgálatok folyamán a legtöbb szerző nem volt tekintettel azon *Weintraud*-tól származó és *Schittenhelm*-től is megerősített felvétel alapján, hogy ezen anyagok a purintestek anyagserejével tulajdonképen nem is függnek össze, hanem részben fel nem szívódott nucleinanyagokból, részben pedig a bél nyálkahártyájáról lehámló sejtekből s főképen bakteriumokból származnak. Erre utalt különösen *Petren* vizsgálata, ki a purinbasisokat purinmentes táplálék elfogyasztása után is megtalálta.

Galdi, az előbbi szerzőkkel ellentétben, a leukaemiások bélsárában talált nagyobb purinbasis-mennyiségeket a bélesatorna útján való fokozott kiválasztásuknak hajlandó betudni, annál inkább, mert esetében a kiválasztás a bélsárban és vizeletben párhuzamosan haladt. Ezt az észleletet saját vizsgálataim ugyan nem erősítik meg, a mennyiben az egyébként tág határok között (10—189 milligramm) mozgó bélsár purinbasis-értékek a vizelet purinbasisaival parallelist must nem engednek mindig felismerni, az értékek magassága azonban — 84 milligramm középtérték, szemben a normális viszonyok között talált 53 milligramm értékkel — a leukaemiás folyamattal fennálló bizonyos összefüggést enged felvenni.

A *nitrogen*-kiválasztás a kísérlet alatt csak kisebb ingadozásokat mutatott, legkisebb értéke 10·241 gm., legnagyobb 13·725 gm. volt, utóbbi a húgysav fokozott kiválasztásának első időszakába esik.

Kifejezett párhuzamosság a *nitrogen*- és húgysavkiválasztás között nem forog fenn.

A fehérje anyagserejének lefolyását a kísérlet különböző szakaszaiban a következő adatok mutatják.

A kezelés előtti időszakban volt *N*:

a táplálékban	82·620 gm.
a vizeletben	73·352 }
a bélsárban	21·090 }
	94·442 „
Mérleg — 11·822 gm. <i>N</i> ,	

vagyis a szervezet ezen időszakban 11·822 gm.-mal több nitrogent választott ki, mint a mennyi a táplálékban foglaltatik, a mi napi 1·97 gm. *N*-vesztésnek felel meg.

A kezelés alatti időszakban volt N:

a táplálékban	517·560 gm.
a vizeletben	427·802
a bélsárban	113·700
	541·502 „
Mérleg —	23·942 gm. N,

vagyis a mérleg ezen időszakban 23·942 gm. veszteséget tüntet fel, a mi napi 0·714 gm. nitrogénnek felel meg.

A kezelés utáni időszakban volt N:

a táplálékban	180·000 gm.
a vizeletben	144·646
a bélsárban	40·207
	184·853 „
Mérleg —	4·853 gm. N,

a kezelés utáni időszak 12 napján tehát (február 20—25. időről a bélsár elveszett) a nitrogen mérlege 4·852 gm., illetve naponként 0·464 gm. veszteséget mutatott.

Tekintetbe véve, hogy az egész kísérlet alatt fennálló — bár csekély — negatív nitrogen-mérleg ellenére a beteg testsúlya állandóan gyarapodott, ezt a testsúlynövekedést valószínűséggel a zsír, valamint a szervezet víztartalmának szaporodásából lehet magyarázni.

Königer a húgysav kiválasztásával egy időben gyakrabban látott egész rövid ideig tartó fokozott nitrogénkiválasztást, melyet a szervezeti fehérjének a Röntgen-sugár behatása folytán előálló fokozott szétesésének hajlandó tulajdonítani. Saját vizsgálataink eredményei ily felvételre elegendő támpontot nem nyújtanak, mert a N-kiválasztás ingadozásai, rövid időközökre vonatkoztatva, majd a szervezet javára, majd kárára billenő mérleget mutatnak, mely csak egy egész időszak adatainak egybevetése alapján mutat fel egészen jelentéktelen nitrogénvesztéset.

Az ammoniak-kiválasztás a Röntgen-sugár befolyása alatt a második hét végén — tehát valamivel később, mint a húgysav — emelkedett és ezen szaporodás kisebb-nagyobb ingadozások között az egész kezelés alatt, különösen pedig a kezelés utáni időszakban állott fenn.

Az NH_3 -értékek 0·280—0·820 gm. között ingadoztak, az átlagos napi értékek következők:

kezelés előtt	0·429 gm.
kezelés alatt	0·532 „
kezelés után	0·611 „

vagyis a kiválasztás a kezelés alatti időszakban 0·103 gm., a kezelés utáni időszakban pedig 0·182 gm. napi átlagos értékkel növekedett.

Az NH_3 -értékeink közel állanak azokhoz, melyeket különböző vizsgálók találtak leukaemiában.

Rendes viszonyok között az ammoniak az összes nitrogénnek 3—5⁰/₀-a; ezen arány a Röntgen-sugár behatásának következtében növekedik, még pedig valószínűleg a húgyanyag mennyiségének rovására, a mint ezen lehetőségre a beteg az NH_3 -mal együtt többször végzett húgyanyagmeghatározások eredményei (húgyanyagcsökkenés) látszanak utalni.

Ismeretes, hogy az ammoniak kiválasztására különböző körülmények lehetnek befolyással. Ha a szervezetben a fehérje vagy az organikus foszforvegyületek fokozott szétesése következtében több sav képződik, az növelheti az NH_3 mennyiségét, hasonlóképpen a májnak hiányos működése. Ez utóbira esetünkben alig lehet gondolni, hanem az NH_3 szaporodását, minthogy a fehérje anyagszeréje számbavehetőleg nem emelkedett, leginkább a fokozott savképződéssel lehet összefüggésbe hozni. Első sorban a nucleintartalmú anyagok jöhetnek itt szóba, melyekből a Röntgen-sugár behatására nucleinsavak képződhetnek, de nem zárhatók ki a lecithintartalmú szövetek sem, melyeknek esetleges szerepére Benjamin és Reuss, valamint Werner azon észleletei utalnak, hogy leukaemiások vérében a Röntgen-kezelés alatt cholin is előfordul.

A phosphorsav-kiválasztás eseteinkben a Röntgen-sugárral való kezelés alatt időszakonként emelkedett és ez rendszerint a magasabb húgysavkiválasztással esett össze. Ezen párhuzamosság a két kiválasztás között csak egy ideig tartott, a kísérlet további folyamán megszűnt és a kezelés utáni időszakban sem mutatkozott többé.

A phosphorsavértékek az egész kísérlet alatt 1·326—2·424 gramm között ingadoztak, vagyis a normális határok között mozogtak.

A napi átlagos értékek a következők:

kezelés előtt	1·653 gm.
kezelés alatt	1·746 „
kezelés után	1·732 „

vagyis a kísérlet különböző időszakaiban egészen jelentéktelen az átlagos értékek közti különbség.

Ha nemcsak a vizeletben foglalt, hanem a bélsárral kiürülő P_2O_5 -mennyiségeket is tekintetbe vesszük, akkor az összes phosphorsav átlaga az egyes kísérleti szakokban a következőképp alakul:

kezelés előtt	vizeletben	1·653 gm.	
	bélsárban	2·941 „	4·594 gm.
kezelés alatt	vizeletben	1·746 „	
	bélsárban	3·051 „	4·797 „
kezelés után	vizeletben	1·732 „	
	bélsárban	2·345 „	4·077 „

vagyis a napi átlagok a kezelés alatti időszakban 0·203 grammal nagyobbak, mint a kezelés előtt, viszont a kezelés utáni időszakban a kezdődő értékeknél is kisebbek.

Súlyos vérbetegségekben a phosphorsav szaporodását egyesek a csontszövet fokozott szétesésével hozták összefüggésbe. Erre vizsgálataink kevés támpontot nyújtanak, hanem a fenn jelzett okoknál fogva a nucleintartalmú szövetek fokozott pusztulását teszik valószínűvé. E mellett szól bizonyos fokig Strauss szerint (Noorden

„Pathologie des Stoffwechsels“) a $\frac{N}{P_2O_5}$ illetve a $\frac{\text{húgysav}}{P_2O_5}$ hányadosnak viselkedése is a leukaemiás folyamatokban. Normális viszonyok között az előbbinek értéke Zülzer szerint körülbelül 5, az utóbbié $\frac{1}{3}$.

Leukaemiában különböző szerzők adatai szerint ezen hányados 3·6—9·2, illetve 0·28—0·86 gm. között ingadozott, a miből kiderül, hogy a húgysavhoz viszonyítva a P_2O_5 -értékek relative alacsonyok. Strauss szerint ebből arra lehet következtetni, hogy a szervezet a sejtes elemekből (fehérvérsejtekből) és a nucleinekből felszabaduló phosphorsavat új sejtek képzésére használja fel és csak a regenerációs folyamatok teljes hanyatlásával fokozódik a P_2O_5 -kiválasztás.

Saját vizsgálataink folyamán a $\frac{N}{P_2O_5}$ értéke napi átlagban a különböző időszakokban következő volt:

kezelés előtt	7·3 gm.
kezelés alatt	7·0 „
kezelés után	6·9 „

vagyis a phosphorsav szaporodásának megfelelően a hányados a kísérlet folyamata alatt csekély mértékben kisebbedik.

A $\frac{\text{húgysav}}{P_2O_5}$ átlagos értékei következők voltak:

kezelés előtt	0·32 gm.
kezelés alatt	0·35 „
kezelés után	0·48 „

A húgysav szaporodásának megfelelően tehát a hányados állandóan emelkedik.

A $\frac{N}{P_2O_5}$ és $\frac{\text{húgysav}}{P_2O_5}$ hányadosok viselkedése kísérletünkben,

az előbbinek állandó csökkenése, az utóbbinak emelkedése, valószínűleg teszi a kiválasztásra kerülő phosphorsavtöbbletnek eredetét a P-tartalmú nucleinanyagokból, melyeknek élénkebb anyagszeréjére a purintestek szaporodása egyébként is utal. Ha pontosan ismernők a N és P arányát a nucleinekből, a mint az például az izomzatban ismeretes, akkor, feltéve, hogy ezen anyagok kiválasztása a vizeletben és bélsárban is ugyanazon arányban történne, következtetéseink is biztosabb alapon nyugodnának. Így Strauss szerint valószínű, hogy leukaemiás szövetekben a P_2O_5 aránylagosan jobban szaporodik, mint a nitrogen, de azért kérdéses, hogy ezen szövetek szétesése alkalmával is ugyanezen arány szerint történik a kiválasztásuk. Tiszta purinmentes koszt mellett a kiválasztott húgysav és P_2O_5 -értékek egybevetése biztosabb következtetésekre jogosít, a

mint hogy *Magnus Levy* ily alapon leukaemia egy esetében biztossággal felvehette, hogy a kiválasztott P_2O_5 -nek forrását a nucleoproteidek teszik. Ily felvételre saját vizsgálataink is nyújtanak támogatást, valamint arra is, hogy a P -tartalmú szövetek széteséséből keletkező savtermészetű vegyületek lehetnek közvetve okai az NH_3 -kiválasztás kisebb fokú szaporodásának.

2. Az expeditiv Röntgen-kezelés hatása az anyagcserére.

A kísérlet 15 napig tartott.

A táplálék mennyisége a beteg állapotának súlyossága, különösen pedig nagyfokú étvágytalansága miatt a kísérlet folyamán nagyon ingadozott. Voltak napok, midőn kevés tejen kívül semmi mást nem fogyasztott, az első Röntgen-kezelés után étvágya javult, a tápfelvétel is rendesebb lett és 10 napon keresztül közel egyforma összetételű volt a kosztja, melynek N tartalma 24 órában 8.34—12.29 gm. között ingadozott.

Ha vizsgálati eredményeinket helyesen akarjuk értelmezni, tekintetbe kell venni, hogy azok nemcsak az alkalmazott Röntgen-sugárnak, hanem magával a betegséggel összefüggő tényezőknek együttes eredményei. A mint már a beteg kórtörténetében említve volt, ezen kezelési eljárás alkalmazása idején a betegség erősen progrediáló jellegűt mutatott. Ennek objectív jelei voltak a fehérvérsejtek számának erősebb szaporodása (480,000-ról 520,000-re), a lépnek növekedése, a vörösvérsejtek fogyása, a betegnek nagyfokú gyengesége, a profus hasmenések stb. A betegség ily súlyos szakában a N fokozott kiválasztása magával a betegséggel lehet összefüggésben, a mint hogy *Magnus Levy* és mások leukaemia súlyos eseteiben a nitrogennek néha jelentékeny szaporodását észlelték. Nyilván a betegségben rejlő okokra kell első sorban esetünkben is a magasabb nitrogenértékeket visszavezetni, melyek viszonyítva a táplálékban foglalt N mennyiségéhez, az egész kísérlet alatt tetemes N -vesztést jelentenek. Tekintve azonban, hogy ezen fokozott N -kiválasztás a táplálkozás javulása ellenére is fennállott, a Röntgen-sugárnak fehérjebontó hatását esetünkben határozottsággal nem zárhatjuk ki, noha erre a kísérlet rövid tartama és a fennforgó zavaró körülmények miatt teljes biztossággal következtetni nem lehet.

A húgysav- és purinbázis-kiválasztás az expeditiv kezelés hatása alatt határozottan élénkült, még pedig, úgy látszik, gyorsabban, mint a primitív kezelés után.

Ez eléggé kivüláglik kísérleti adatainkból és különben is teljesen összhangzásban van az objective is kimutatható klinikai tünetek javulásával.

A phosphorsav kiválasztásának emelkedése szintén megállapítható, különösen a 2. besugárzás utáni időben.

Feltűnő jelenség a vizelet napi mennyiségének jelentékeny szaporodása, mely némi hasonlatosságot mutat a fertőző bántalmak, például a typhus reconvalensciájában gyakran jelentkező polyuriához.

A mennyire tehát a kísérlet rövid tartama az expeditiv módszernek az anyagcserére gyakorolt hatásának megítélésére feljogosít, az lényegében a primitív eljárással egyezőknek mondható, csak hogy az intenzívebb és erősebb besugárzásnak megfelelőleg a hatás, úgy látszik, gyorsabban áll be, mint az előbbi eljárásnál.

* * *

Összefoglalva vizsgálati eredményeinket: azok első sorban — megerősítvén különböző szerzők hasonló észleleteit — azt mutatják, hogy a Röntgen-kezelés alatt a purintestek (húgysav, purinbázisok) kiválasztása kisebb-nagyobb mértékben emelkedik.

Ennek foka és a fehérvérsejtek száma, illetve számbeli ingadozása között azonban sem *parallelismust*, sem *törvényszerűséget* megállapítanunk nem sikerült.

Mindazonáltal teljesen indokolt a purintestek szaporodása és a nucleinszövetek fokozott szétesése között oki összefüggést felvenni, mert erre utal egyaránt a phosphorsavnak és ammoniaknak kísérleteink folyamán megállapított szaporodása, valamint a $\frac{N}{P_2O_5}$

és $\frac{\text{húgysav}}{P_2O_5}$ hányadosok viselkedése is.

A Röntgen-sugár ezen hatása egyértelműleg nyilvánult úgy a leukaemia lymphogen, mint myelogen alakjában.

Az expeditiv és primitiv kezelési eljárás között lényegi különbség nem volt felismerhető. Az anyagcserének quantitativ elváltozása azonban az előbbi eljárás alkalmazásakor — úgy látszik — gyorsabban következett be, mint az utóbbinál.

A purintestek élénkebb kiválasztását követő esökkenést, melyet lymphogen esetünkben észleltünk, a Röntgen-sugár okozta fokozott fehérvérsejtszétesés és csökkent sejt képződés értelmében lehet magyarázni. Ezen felvétel helyessége ellen nem szól azon körülmény, hogy myelogen esetünkben a kezelés folyamán a húgysavnak kevesbedése nem következett be. A Röntgen-sugár ezen hatása ugyanis, a mint már előbb említettük, csak akkor nyilvánulhat, ha a fehérvérsejtek tömeges szétesése bizonyos határponton már megállapodott. Ezt esetünkben valószínűleg a kezelés aránylag rövid tartama miatt elérni nem sikerült.

A kezelés folyamán észlelhető alacsony húgysavértékeket tapasztalataink szerint nem tekinthetjük, mint *Königer* és mások teszik, a javulás biztos jelének és épen azért nem is értékesíthetjük a kedvező prognózis szempontjából.

Vizsgálataink alapján állíthatjuk, hogy leukaemiában a bélsárban foglalt purinbázisok is meg lehetnek szaporodva. Ezt azonban inkább a kórfolyamat súlyosságával, mint a kezeléssel összefüggő jelenségnek vagyunk hajlandók tekinteni.

Azok a kedvező, az általános állapotra vonatkozó tünetek, melyek még a vérképnek javulását és a lépnek, valamint a nyirok-mirigyeknek kisebbedését megelőzve, a Röntgen-kezelés alatt oly gyakran észlelhetők, anyagcserevizsgálatainkban nem nyernek kielégítő magyarázatot.

Az is vitás kérdés még, vajjon a fehérvérsejtek fokozott szétesése és a sejtermelés korlátozása a Röntgen-sugár közvetlenül a sejtekre gyakorolt hatásának tulajdonítható-e, vagy pedig, mint-hogy myelogen leukaemiás esetekben a hatás bekövetkezik egyedül a lép besugározatásakor is, ezen távolhatás magyarázatára nem szükséges-e más tényezőkhez is folyamodnunk. Vajjon ezek leukotoxinok, illetve leukolysissal anyagok vagy pedig valamely szabályozó agens, arra nézve az anyagcserevizsgálatoktól alig remélhetünk felvilágosítást.

A modern rákgyógyítás módjai és eredményei.

Irta: *Pólya Jenő* dr., közkezdőházi rendelőorvos, egyetemi magántanár.

(Folytatás.)

Veserák. A vesedaganatoknak elég jelentékeny részét teszi. *Albarran* és *Imbert* gyűjtőstatistikájában 585 malignus vesetumorra 180 rák esik, míg az annak folytatását tevő *Taddei-féle* gyűjtőstatistikájában 434 rosszindulatú vesedaganat közül 65 volt rák. Speciális veserák-statistikát csak *Albarran* és *Imbert* (1903) könyvében találunk, mely az 1896—1902 közt közölt eseteket öleli fel. Szerintük 134 veserák miatt végzett nephrectomia operatív halálozása 28 (20.8%); a műtétet kiállottak közül 77-nek a további sorsa ismeretes; ezek közül recidivált 37 (30 az első, 6 a második, 1 a harmadik évben), intercurrents bajban halt el 3 (egy az első, egy a második, egy a negyedik évben), recidivamentes 37 (11 az első, 10 a második, 6 a harmadik évben, 10 három éven felül 4—16 éve). A malignus vesetumorsek összességére nézve a következő számokat adják. 324 neoplasma miatt végzett nephrectomizált felnőttnél közül a műtéttel kapcsolatban meghalt 71 (22%); 184 ismeretes sorsú túlélő közül recidivált 85, különféle okokból meghalt 9, recidivamentes 90, ezek közül 23 három éven felül. Gyermekek 122 vesetumorja miatt végzett nephrectomia 30 (24%) operatív mortalitást mutat (1890—1902-ig, míg 1876—1890-ig 34 esetben 18—52% halálozás esett); 25-nak a további sorsa ismeretlen, 42 recidivában halt el, 23 recidivamentes, és pedig 16 két évnél rövidebb idő, 3 három év és 4 4—11 év óta; a 3 éven felül élők közül csak egy carcinoma van, mert gyermekekben sokkal ritkább a veserák, mint felnőttekben. *Vesemedence-rák* miatt végzett nephrectomiát 21-et gyűjtöttek 3 operatív halállal és 2 tartós (9 és 6 év) recidivamentességgel. A 8 recidiva közül egy 10 évvel a műtét után állott be (*Roux*).

Schmieden (1902) gyűjtőstatistikájában 329 malignus vesedaganat miatt végzett nephrectomia van, ezek közül meghalt 108

(32·8%, az utolsó évtizedre *Albarran*-nal és *Imbert*-tel egybehangzóan 22% mütéti mortalitást hoz ki); a mütétet kiállottak további sorsa 124 esetben ismeretes; recidivált 85, közülük 70 az első 2 évben; recidivamentes egy éven felül 61, három éven felül 20 (6·1%); a tartósan gyógyultak között 8 rák van.

Taddei gyűjtőstatistikája szerint (1908) 118 rosszindulatú vesedaganat miatt nephrectomizált betegből meghalt 19 (16·1%) a nephrectomia kapcsán. A mütétet kiállottak közül 65-nak a további sorsa ismeretes; ezek közül 20 él recidivamentesen és pedig 5 az első 2 éven belül, 9 a harmadik, 2 a negyedik, 1 az ötödik, 2 a hatodik és 1 a huszadik évben. Ezt a 20 év óta gyógyult esetet *Krönlein* operálta veserák miatt. Ugyanő észlelt egy recidivát 11, *Clairmont* pedig egyet 10 évvel a nephrectomia után. Késői recidivákra tehát ilyen malignus vesedaganatok kiirtása után is el kell készülni lennünk.

Mivel ilyen gyűjtőstatistikák az egyéni statistikáknál rendszerint kedvezőbbek, lássunk néhány egyéni statistikát is.

Krönlein 19 esete a mütétet kiállotta, 11 rövid időn belül, egy 11 évvel a mütét után recidivában elhalt, 3 accidentális betegségben halt el (egy 5 év múlva), 3 él, köztük egy 20 éve, kettő 2½ éve.

Albrecht 24 betege közül 16 állotta ki a mütétet, ezek közül 9 recidivában, 1 intercurrents bajban halt el, 6 él 2—3 év óta.

Leguen nephrectomiát kiállott 13 esete közül csak 3 maradt 11—24 hónapig recidivamentes.

Eiselsberg nephrectomiát kiállott 13 betege közül 8 halt el recidivában 2—24 hóval a mütét után, 5 él 5, 3, 2 év és 6 és 4 hónap óta.

Rovsing 50 daganatos nephrectomiája után 6 mütéti halált, és 26 recidivát észlelt; 18 recidivamentes, közülük 8 öt éven felül (5—16 év).

A húgyhólyagrákra nézve *Rafin* gyűjtőstatistikáját adjuk. A közölt esetekben 57 egyszerű kiirtás 8 (14%) mütéti mortalitással járt, 11-nak a további sorsa ismeretlen, a többi 38 közül 28 egy éven belül recidivában elhalt, 2 esetben a recidiva a második, egyben a harmadik, egyben a kilencedik évben állott be. Öt esetben nem állott be recidiva, ezek közül csak egy van túl a trienniumon (*Albarran* betege 4½ év óta). Egy esetben, a mely a negyedik évben halt el, a halál oka kétes. Az irodalomból még 51 esetet gyűjtött össze 9 (17·6%) mütéti halálozással, a mütétet kiállottak közül 15-nak a további sorsa ismeretes, ezek közül 11 az első, 2 a második, éven belül recidivált, egy beteg 2½, egy pedig 6¼ éve recidivált.

96 partiális hólyagresectio közül 21 (21·8%) halt meg a mütéttel kapcsolatban, 25-nak a további sorsa ismeretlen, recidivált az első, 1 a második, 2 a harmadik évben, 2 négy éven túl, 2 24 ismeretlen időben, a recidivamentesek közül csak 5 haladta meg a trienniumot (3—6 év). Teljes cystectomy 30 volt, ebből a mütét kapcsán meghalt 17 (56·6%), 5-nak a további sorsa ismeretlen; a többi 8 közül 4 egy éven belül, egy 5½ év múlva pyelonephritisben meghalt, 3 él (7 hó, 1¼ év és 15 év óta, de az utóbbi esetben (*Pawlik*) csak kis, a hólyagfalat nem infiltráló felületes epithelioma és polyposis volt jelen).

A teljes hólyagkiirtásokra nézve *Rihmer* főorvos volt szíves most készülő munkájából adatokat szolgáltatni. Az ő gyűjtőstatistikájában rák miatt végzett 51 totális hólyagexstirpacio szerepel, ezek közül 1-ről még a közvetlen mütéti eredmény sem ismeretes. A visszamaradó 50-ből 25 a mütéttel kapcsolatban meghalt (50%), 7-nak további sorsa nem ismeretes, 12 az első év folyamán elpusztult, 1 öt és fél év múlva halt meg pyelonephritisben, 4 (¼—2 év óta) recidivamentesen él.

Rovsing 54 esetben egyszerű hólyagrákkiirtást végzett 7 öt éven túl tartó recidivamentességgel (6—10 év); 5 részleges resectio 2 recidivamentességgel, mely 6 illetve 11 hónapja tart, míg a 3 teljes hólyagkiirtás mind elpusztult metastasisokban.

A *Kümmell* (*Treplin*) által operált 30 malignus hólyagdaganat közül 10 végződött halálosan a mütét kapcsán és 6 maradt tartósan gyógyulva; ezek közül 1 sarcoma és 5 papillaris rák. Ez utóbbiak élettartama kétszer 16 év, egyszer-egyszer 15, 8 és 6 év. Ezek közül 2 ízben a hólyag egy harmadának resectiója vált szükségessé.

A prostatarák kiirtásába csak ritkán mentek bele s a tartózkodást igazolja, hogy az eredmények még a mütét szempontjából ked-

vezőnek ígérkező esetekben is nagyon szomorúak. *Hallopeau* (1906) 46 prostatarákkiirtást bírt összeállítani az irodalomból 20 mütéti halálozással. A mütétet kiállottak is rendszerint csak pár hónapig éltek (a leghosszabb élettartam 9, 10, 12, 15 hó), a leghosszabb ideig észlelt recidivamentesség 1½ évig tartott. *Joung* 4 esete közül 1 meghalt röviddel a mütét után, a többi is csak 5—18 hónapig élt. *Wallace* 6 rákos prostatectomiája között 2 mütéti, 1 recidivahalál (1 éven belül), 2 rövid idő előtt operált eset, 1-nak a további sorsa ismeretlen.

Húgycsőrák. A férfi húgycsőrákjaira nézve *Englisch* (1907) és *Preiswerk* (1907) közölt összeállítást. *Englisch* 40 esetet gyűjtött, ezek közül 11 inoperabilis, 9 csak palliative lett operálva. A hátra-maradó 20 esetben 8 mütét utáni recidiva említették, több esetben kétes kimenetel, a gyógyulás tartama nincs megadva.

Preiswerk 39 esetet gyűjtött; ezek közül 16 esetben történt radikális mütét kísérlete (8 amputatio penis, 3 emasculatio, 3 ki-metszés és 2 resectio), 1 mütéti halállal és 2 három éven felüli gyógyulással (3 év excisio és 4¼ év húgycsőresectio után); az esetek nagy többségében csakhamar recidiva állott be, néhánynak további sorsa ismeretlen.

A női húgycső rákjának kiirtására nézve *Leguen* 47 észleletet gyűjtött, melyek egy részében azonban nem történt mütét; az operáltak közül 7 egy éven belül elhalt, a többiben az észlelt jó eredmények csak pár hétre vonatkoznak, csupán *Ehrendorfer* betege élt 1½, *Riedel*-é pedig közel 5 évig a mütét után recidivamentesen.

Penisrák. *Winiwarter* (1878) statistikájában 15 penisrákot találunk 1 mütéti, 6 recidivahalállal; 3-nak a további sorsa ismeretlen, 5 recidivamentes, de csak 2 három éven felül.

Keller (*Czerny*) 17 penisrák esete közül 8 maradt recidivamentes, közülük 4 három éven felül.

Küttner (1900) szerint *Bruns* klinikáján 53 eset lön operálva; mütéti halál 3, ismeretlen sorsú 4, nincs elég hosszú ideig észlelve 9. A mütétet kiállott, ismert sorsú és 3 évnél tovább megfigyelt esetek száma tehát 37, ezekből 15 recidivában elhalt és 22 (59·46%) 3—29 évig tartósan recidivamentes maradt. A recidiva rendszerint az első félévben állott be, kétszer azonban csak 3½, illetve 5 év múlva.

Barney (1907) Bostonban operált 100 penisrákról referál. Ezek közt 74 primaer és 26 recidiváló eset. Az operatív mortalitás 1%, a tartós recidivamentesség 38% (3—30 év). A recidivák 39%-a az első, 19%-a a második, 16%-a a harmadik, 6%-a a negyedik és 12%-a az ötödik éven túli időre esik; egy beteg 15½ évvel a mütét után halt el recidivában.

Ribeira y Sans (1908) 15 penisrák miatt operált betege közül tartósan recidivamentes 11, recidivált 2, csak rövid ideig észlelt 2.

Dollinger (1908) 13 ilyen betege között 1 mütéti halál volt, 8 három éven felül tartósan recidivamentes (közülük 6 öt éven felül), 4 ismeretlen sorsú.

Leguen (1908) 11 penisrákosa közül 1 röviddel a mütét után, 2 recidivában halt el, 3 szem elől veszett, 5 recidivamentes és pedig 2 három éven felül (9 és 4 év).

Vulvarák. *Grünbaum* szerint a különböző nagyobb gyűjtőstatistikák (*Lutzenberger*, *Maass*, *Goldschmidt* dissertációi) 10—22% tartós recidivamentességet számítottak ki, recidivák későn, 5½, 6, 8 év múlva is észleltettek. Az egyéni statistikák közül említjük *Winiwarter*-ét (*Billroth*), 3 közül kettő 4½ és 2½ évig recidivamentes, *Grünbaum*-ét (*Landau*), 5 közül 2 recidivamentes 6½ és 8 évig, egy kétszeri recidivával 9 évig élt, és *Hellendal*-ét (*Bruns*), 10 eset közül 4 recidivamentes, 3 három éven felül.

Ovariumrák. *Schmidlechner* szerint a *Taufer* klinikáján megoperált 35 ovariumrák közül a mütéttel kapcsolatban meghalt 6 (17·14%), recidivában elhalt 19, intercurrents betegségben 1, ismeretlen sorsú 3, még nincs öt évig észlelve 4 (ezek közül 2 recidiva), öt éven felül recidivamentes 2, a mi az ismert sorsú és 5 évnél tovább észlelt esetekre vonatkoztatva 14·2%-ot tesz ki. Más szerzők tapasztalatában — ugyancsak *Schmidlechner* nyomán — az ovariumrák mütéti mortalitása 9—27%, tartós recidivamentessége 8—29% közt ingadozik.

Méh-rák. A) *Vaginalis totalextirpációk.* Erre nézve *Kubinyi* munkájában (A méhrák és gyógyítása) a következő adatokat találjuk összegyűjtve:

α) Műteti mortalitás (csak a 100-nál több esetet felölelő statisztikákat véve)

	Operáltak száma	%
Olshausen	(1891) 166	11.4
Hofmeier	(1892) 749	9.2
Bailly	(1900) 183	15.3
Ott	(1900) 180	2.2
Schauta	(1900) 241	10.3
Sampson	(1901) 143	13.9
Chrobak	(1901) 213	5.6
Fritsch	(1901) 395	6.5
Amann	(1901) 175	4.0
Richelot	(1902) 113	7.0
Pfannenstiel	(1902) 102	3.9
Martin	232	14.6
Leopold	190	5.3
Kaltenbach	159	3.7
Tauffer { 1901-ig	121	14.0
{ utóbb operált	117	2.3

β) 5 éves recidivamentesség %-ban

	collumrák	corpusrák
Olshausen-Schröder	30	53.3
Leopold	50	100
Fritsch	34.3	100
Pfannenstiel	45	86.6
Zweifel	34.7	
Kaltenbach	21	66.6
Chrobak	31.5	75
Landau	22	100
Döderlein	28.5	100
Schauta	26.4	83.3
Fehling	23	75
Winter	30	53.3
Ott	29	
Mackenrodt	72	
Tauffer	41.8	
Haenisch (gyűjtőstat.)	26.2	75
Winter (gyűjtőstat.)	29	59

γ) Absolut gyógyulási szám.

Olshausen	18—19
Leopold	10.2
Kaltenbach	8
Thorn	8.7
Fritsch	7
Zweifel	9.7
Chrobak	10.1 és 5.3
Pfannenstiel	12.8
Schuchardt	24.5
Döderlein	19.6
Ott	12.0
Richelot	18.0
Schauta	3.4
Dienning	16.6
Briggs	20.0
Tauffer	6.0

B) Az abdominális totalexstirpációk végeredményeiről ezideig meglehetősen kevés olyan statistika van, mely nagyobb anyagot ölel fel.

A gráci klinika anyagát Schindler (1906), dolgozta fel. Az 1899—1904. évben jelentkezett 588 méhrák közül 400 vétetett fel s ebből 193 lön gyökeresen operálva (32.8 illetve 48.2%, a szerint, a mint az összes jelentkező vagy csak a klinikára felvett betegek számátjuk ki), közülük 117 abdominális úton. A 117 közül a műtét kapcsán elhalt 16 (13.67%), 20 betegnek a további sorsa ismeretlen, 5 intercurrents betegségben elhalt. 92 beteg közül, kik 2—5 éve lettek operálva, 14 műteti halál, 10 ismeretlen sorsú, 4 intercurrents halál, a felhasználható 59 eset közül 35 (59.3%) recidivált és 24 (40.67%) recidivamentes. A legröbben operált 33 eset közül (köztük 6 négy éves, 27 öt éven túl) meghalt 3 (9.09%) a műtéttel kapcsolatban, 3 intercurrents bajban, 5 ismeretlen sorsú. A

fennmaradó 22 közül recidivamentes 5 (22.7%); az absolut gyógyulási szám 2.65% az összes jelentkező és 5% a klinikára felvett betegekre.

Mackenrodt (1907) 92% operabilitás mellett 144 esetről számol be 10—21% primaer mortalitással; gyógyult

	%
1½—6½ éve	55.6
3½—6½ „	42.6
4½—6½ „	45.4
5½—6½ „	48.5
6 éven túl	58.3

az intercurrents betegségekben elhaltak levonásával az összes operáltakra vonatkoztatva.

A műtétet túlélőkre vonatkoztatva 74% a recidivamentesség; a 4 éven túl észlelt esetek összességére 47.7% és a műtétet túlélőkre 68% recidivamentesség esik.

Mig a vaginális igniexstirpációval 3½ év után 42% volt az absolut recidivamentesség, a mely 6 év után 22% és 10 év után 12%-ra süllyedt, addig abdominális műtétek után a 8. hónapon túl stabilisnak tekinthetők az eredmények, a mennyiben ezután recidivát nem észlelt.

És ilyen módon felhasználhatók Bumm és Döderlein adatai is, melyek végeredményei azonban 3 évnél rövidebb időre vonatkoznak. Bumm 90% operabilitás mellett 75 abdominális uterusstirpációt végzett rák miatt 24% mortalitással. 56 egy éven túl észlelt eset közül műteti halál 10, ismeretlen sorsú 6, recidivált 17, recidivamentes 23, vagyis a műtétet túlélők fele. Döderlein 67.5% operabilitás mellett 115 esetet operált abdominálisan 16.5% halálozással; a 1½—2½ éves recidivamentesség 64.5%, illetve 30—44.4% az összes jelentkezőkre.

Franz 81.35% operabilitás mellett 140 abdominális méhrák-kiirtást végzett 19.2% operatív mortalitással, mely az utolsó években 12.5%-ra szállott le; 44% recidivamentesség, a valódi tartós gyógyulások számát körülbelül 25%-ra becsüli.

Jacobs 152 abdominális méhrákkiirtás kapcsán 8 beteget veszített (5.3%); esetei közül 32 recidivamentes és pedig 8 öt éven felül.

Wertheim a brüsszeli congressuson (1908) 442 abdominális méhrákkiirtásról számolt be. 200 öt évnél régebb esete közül 49 a műtét kapcsán, 4 intercurrents bajban halt el; a visszamaradt 147 közül 87 (59.4%) tartósan recidivamentes; az öt éven felüli absolut gyógyulás 18.7%. Primaer mortalitása az újabb időben rendkívül csökkent. A drezdai gynaekologiai congressuson egy 158-as sorozatáról számolt be 12 (7.5%) műteti halálozással; az ez alkalommal közölt (120 esetre vonatkozó) statistika 19.1 ill. 24.7% (Waldstein illetve Winter szerint számított) absolut (tehát operáltakra és nem operáltakra vonatkoztatott) gyógyulást tüntet fel.

Emlőrák. Az emlőrák műtévéseben elért haladást legszebben mutatja a Depage által a brüsszeli nemzetközi sebészcongressusra készült gyűjtőstatistika, mely az irodalomban szereplő összes statisztikák eredményeit állítja egymás mellé s melyet az alábbi táblázatban adunk.

Idő	%				
	Mortalitás	Tartós recidivamentesség	Recidiva		
			lokális	mirigy	távolsi
1865—1875	17.3	9.4	76	6	7.5
1876—1885	7	10	72	6.2	10
1886—1895	3	34.8	45.5	8.4	19
1896—1905	2.8	46.5	29		23

A haladó évekkel tehát a műteti mortalitás jelentékenyen, körülbelül 1/6-ára csökkent, a tartós recidivamentesség száma körülbelül ötszörösre nőtt; a recidiváló esetekben is a lokális recidivák aránya tetemesen csökkent, míg a metastasisok aránya nőtt.

Ezen gyűjtőstatistikát még néhány nagyszámú esetre vonatkozó egyéni statistikával szabadjon kibővíteni.

Guleke Bergmann klinikáján (1882—1899) operált 382 emlőrák-esetről számol be 3.1% műteti mortalitással és 28.7% legalább 3 éves recidivamentességgel.

Rosenstein (1901) (Eiselsberg) 175 emlőrák (köztük néhány sarcoma is) kiirtásáról számol be 3 műteti halálalozással, 22·7% három éven felüli és 54·1% egy éven felüli recidivamentességgel.

Schmidt (Braun) (1904) 204 emlőrákműtétet említ 2 műteti halálalozással és 32 három éven felüli recidivamentességgel, a mi a 113 három évnél régebben operált esetre vonatkoztatva 28·3%-ot tesz ki.

Wunderli (1906) 183 emlőrák miatt operált betegről számol be 5 halálalozással és 39 hároméves recidivamentességgel; ezek közül 13 utólag még recidivált, úgy hogy a tartósan recidivamentes esetek száma csak 26.

Finsterer (1906) a Billroth és Gussenbauer-féle bécsi klinikán 1877—1903-ban operált 545 emlőrákos asszonyról számol be, kiken összesen 597 műtét történt 30 (5·5 illetőleg 5·02%) mortalitással, mely az 1890 utáni időben 3·1%-ra szállott le. Az 520 primaer operált emlőrákos beteg közül 80 maradt 3 évig recidivamentes, 17 a triennium eltelte után, 4—20 évvel a műtét után recidivált.

Mikulicz (Scheu) (1906) 233 radikálisan operált emlőrákból 47 (20·2%) három éven felüli recidivamentességet látott.

Halsted (1907) 232 radikálisan operált emlőrákról számol be; meghalt a műtét kapcsán 4 (2·5%), ismeretlen sorsú 18. Legalább 3 éve recidivamentes volt 89 (38·3%), ezekből azonban 14 utólag (3—8 év közt) recidivált, úgy hogy 75 (32·3%) tekinthető a referaturn idején tartósan gyógyultnak (55 él, 16 három éven felül recidivamentesen elhalt, 4 három éven belül halt meg, de a sectio mutatta a recidiva hiányát).

Greenough, Simmons és Barney (1907) 416 primaer emlőrákműtétről számol be, mely 1894—1904 közt a Massachusetts General Hospital-ban (Boston) végeztek. Operatív mortalitás 15 (3·6%), 376 eset további sorsát bírták követni, ebből 71 (19·1%) recidivamentes 3 éven felül (64 él, 7 egyéb bajban 3 éven túl elhalt).

Steiner (1907) a Dollinger-klinikán 1897—1907-ig operált 112 primaer és 16 recidiv emlőrák-esetről számol be. A több mint 3 éve operált ismert sorsú esetekben elért eredményeket az alanti tábla mutatja.

		Esetek	Operatív mortalitás		Tartós recidivamentesség ¹	
				0/0		0/0
Primaer	{ Heidenhain	32	2	6·2	3	9·8
	{ Halsted	61	3	4·9	15	24·7
Recidiv	{ Heidenhain	7	—	—	2	
	{ Halsted	7	—	—	1	

¹ Recidivamentesen élők + a triennium elteltével recidivamentesen elhaltak.

Borelius (1908) 135 esete közül 1 a műtét kapcsán elhalt, 6 szem elől vészett; 77 három éven felül észlelt esetből 27 tartósan recidivamentes.

Ribeira y Sans (1908) 135 esete közt 12 a műtét folytán halt el és 60 (44%) tartósan recidivamentes.

Depage (1908) 102 esete közül 1 műteti halál. 62 három éven felül észlelt eset közül 30 (48·4) tartósan recidivamentes.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A gyermekvédelem bölcselete. Sociológiai tanulmányok a gyermekvédelemnek a socialismussal és a darwinizmussal való viszonyáról. Irta Engel Zsigmond dr., ügyvéd. Budapest, 1908. A szerző kiadása. 414 l. Ára 12 korona.

Mint a mű bevezetésében olvassuk, a szerző évek hosszú sora óta foglalkozik a gyermekvédelemmel és már évekkel ezelőtt megírta egy rövid tanulmányban a gyermekvédelem alapkérdéseit. A mióta ez a tanulmánya megjelent, azóta a gyermekvédelem alapkérdéseiről való felfogása lényegesen megváltozott, annyira, hogy

saját szavai szerint az olvasó nem is fogja elhinni, hogy a két mű egy és ugyanazon szerzőtől való. E változást a szerző azzal indokolja, hogy első művének megírása után tüzetesen kezdett foglalkozni társadalomtannal; különösen pedig a társadalomtannak azon részei keltették fel érdeklődését, melyeket talán nem egészen jellemzően socialismusnak és darwinismusnak neveznek. Ezen körülmények okozták, hogy politikai pártállása teljesen megváltozott, és mint mondja, szívvel-lélekkel socialista lett. Szerinte a mai korban azon jelenségek, melyeknek a gyermekvédelemhez való viszonya a legfontosabb s legérdekesebb, a socialismus, és darwinismus, és ha a társadalmi életben három ilyen feltűnő jelenség játszik olyan jelentős szerepet, csak természetes, ha ezen három jelenség összefüggését vizsgálat tárgyává teszi s ezzel gyakorlati útmutatást ad a jövőre vonatkozólag.

A szerző kijelenti, hogy a gyermekvédelmi írók legtöbbje nem is tudja, hogy mi az a socialismus és darwinismus, és hozzáteszi, hogy a gyermekvédelem teendőire és a gyermekvédelem jövőjére vonatkozólag gyakorlati útmutatást, valamint irányelveket csak akkor tudunk kapni, ha a gyermekvédelem összefüggését a darwinizmussal és socialismussal ismerjük. Nem a gyermekvédelem kézikönyvét, nem a gyermekvédelmi intézmények bölcselét akarta a szerző megírni, hanem egyes egyedül azon kérdéseket akarta tárgyalni, melyek a modern tudomány és a társadalom fejlődéséből kifolyólag a gyermekvédelemre vonatkozólag tekintetbe jönnek. A mű nem határozza meg a gyermekvédelem fogalmát, nem ismerteti a tényleges gyermekvédelmi viszonyokat, mindenből csak annyi van e műben, a mennyi szükséges ahhoz, hogy a szóban levő összefüggések kellő megvilágítást nyerjenek. Ebben a műben, bölcselati jellege ellenére, számos kérdés van felvetve a legkülönbözőbb tudományterületekből. A jogtudomány minden szaka, a társadalomtudomány számos ága, a nemzetgazdaságtan, a statistika, a gyermekorvos, a paedagogia és még számos más tudomány az, melyet a legnagyobb alapossággal kellene ismernie annak, a ki ezen könyv tárgyát kielégítően akarja fejtegetni. Elismeri a szerző, hogy munkájában a szaktudós számtalan hibát fog találni, talán olyanokat is, a melyeket egy kis szorgalommal és utánjárással ki lehetett volna küszöbölni. Tárgyalásaiban nem hivatkozik az általa felhasznált művekre, sőt még olyan írókra sem, a kiknek konkrét felfogásait és adatait majdnem szóra felhasználta, mert azon felfogásból indult ki, hogy ezen gondolatok és adatok művének szerves alkotórészei és hogy neki ezekre magától is rá kellett volna jönnie, de különben is a munka alapjául szolgáló gondolatfonál annyira sajátja, hogy nem kellett mástól kölcsön kérnie.

A fenti idézetek fogalmat adnak e könyv tartalmáról és épen e körülmény teszi lehetővé ránk nézve, hogy ismertetésével behatóbban foglalkozzunk; így be kell érünk annak a felemlítésével, hogy a szerző egyebeken kívül tárgyalja könyvében az orvosi statistikának demográfiai részét; a gyermekhalandóságot, különös tekintettel a csecsemő-halálalozásra; az orvosoknak szerepét a gyermekvédelemben; az öröklés-tannal összefüggő kérdéseket; a gyermek védelmét a születés előtt, a születéskor és közvetlenül a születés után; a csecsemő védelmét, a lelenzügyet és a dajka-ügyet; a gyermek egészségét. A könyv minden egyes részében hangsúlyozza, hogy milyen fontos szerepük van az orvosoknak; utal az orvosi munka megbecsülésére és az orvosok hatáskörének kiterjesztésére.

A következőkben csupán néhány megjegyzést óhajtok tenni, melyeknek a szerző munkájának esetleges átdolgozásakor talán hasznát veheti.

Az ember és állat közötti megkülönböztetésnek nem tekinthetjük lényeges különbségnek, hogy az ember gondolkodik, az állat pedig nem; hogy az ember intézményeket létesít, az állat nem; hogy csak az embernek vannak eszközei. Minden elfogulatlan megfigyelő könnyen meggyőződhet róla, hogy e tekintetben az ember és állat között lényegi különbség nincs. Megvan az állatok között is a vagyonszerzés, a mely voltaképpen nem más, mint törekvés az utód biztosítására; a számítás előre nem látható, de bekövetkező szükségben való megmaradásra. A vagyonszerzés tehát nemcsak emberi, de állati tulajdonság is, tehát úgy a természetes, mint a mesterséges kiválasztás folyamánya, melynél nem a tény, hanem csupán a mód, a miként ellen lehet kilógást emelni. Az állati intézményeket illetőleg elégséges a méhekre, termitákra utal-

nunk. Az eszközökre vonatkozólag tudjuk, hogy némely majomfaj bottal jár, a diót követel; a marhának eszköz számba megy azon faderék, a melyen oldalát vakarja; eszköz a fészek is, az odú is; ilyen a pók hálójá, a hangyales fogógödre, a vízi moly tokja, a csibor peteköltő hajócskaja stb. A nemi élvezetekből való tartózkodásra vonatkozólag érdekes adatok vannak S. Ribbing „Die sexuelle Hygiene und ihre ethischen Konsequenzen“ című könyvében. A nemzés megakadályozására szolgáló eszközök korántsem oly ártalmatlanok, mint a hogy azt hiesztelni szokták; mert úgy lokális, mint általános bajokat okozhatnak. Az ilyen eszközöknek derűre-borúra ajánlgatása tehát nemcsak könnyelműség, hanem bűn. Az emberi faj *tudatos tenyésztése* mind esupa szép és erőteljes egyéneket eredményezhetne; de ha mindenki szép és erőteljes, voltaképen senki sem az. A gyermeket nem mindenkor tanácsos hajlamaival egyező irányban nevelni.

Ha a szociális államban nem lesz magántulajdon, hogyan történik a gyermekek állami nevelése a *szülők költségén*? Felfogásunk szerint veszélyes dolog valamely közkezen forgó munkában, bármely philosophiai elvnel fogva is, annival kevésbé gyakorlati irányú milieuban, a magzatelhajtást, ha mindjárt csak a jövőben is, megengedhetőnek vagy szükségesnek hirdetni; mert akadhat gyengébb fejű olvasó, a ki az álmodozást, a tervezgetést valónak tekintve, az olvasottak után nem riad vissza olyan cselekmények elkövetésétől, a melyek reá nézve végzetessé válhatnak. Erre való vonatkozással azt sem tanácsos emlegetni, hogy ma a magzatelhajtás büntetendő cselekmény, de ennek ellenére óriási mértékben el van terjedve; sem pedig azt, hogy minden nagyobb városban van egy esomó orvos, ki csupán csak magzatelhajtással foglalkozik. Nem értjük, mit keresnek ilyen oktatások egy bölcséleti irányú munkában, mely megengedjük, hogy a jövő számára készült gyakorlati útmutatónak, de a melyet ez idő szerint még a jelenkor emberei olvasnak. Hogy falun az orvosok által nyújtott segítség nem igen megfelelő, annak oka nem annyira a gyengébb képzettség, mint a hogyan a szerző állítja, hanem a falusi viszonyok nyomorúságos volta. Hogy minél hosszabb ideig szoptatják a gyermeket, annál kedvezőbbek a megbetegedési és halálozási viszonyai, továbbá hogy annál nagyobb az ellenálló ereje és annál nagyobbak a szellemi képességei, csak bizonyos határon belül, nem pedig bizonyos határon túl igaz. Palócz vidékeken 2—2½ évig szoptatják a gyermeket, de azért sem testileg, sem lelkileg nem nagyon kiváló. Kétkedve fogadjuk azon állítást, hogy megfelelő dajkát aránylag könnyen és olcsón lehet találni. Tévednek, a kik azt állítják, hogy az alkoholizmus nem betegség, hanem számos betegséget előidéző tényező; mert már maga az, hogy valaki alkoholistává fejlődik, az akaraterő fogyatékosságára, a fékező erő hiányos voltára mutat, a melynek a mértéktelenségtől a szertelenségig számtalan fokozata van és már az arra való hajlam is beteg szervezetre vall. Az orvostudomány és annak művelője, az orvos, a meddig létezni fog, kell hogy természetstudományi alapon álljon és fejlődjék tovább, képzettségével arányos széles látókörével ismerje a körülötte folyó dolgokat, ismerje a jót és rosszat egyaránt, ismerje az emberek erényeit és gyengeségeit, úgy az egyénben, mint az egész társadalomban; de bármint hullámozzék körülötte az élet tengere, soha és semmi körülmények között nem teheti, hogy a humanizmus szempontját alárendelje bármiféle érdeknek; mert ha ezt tenné, önmagára mondaná ki a halálos ítéletet. Vissza kell tehát utasítanunk minden időre minden olyas megkönykekezéseket, melyek oda irányulnak, hogy az orvos segédkezet nyújtson oly műveletekhez, a melyek elvi álláspontjával ellentétben vannak. Hagyják meg az orvost a szenvedők vigasztalójának, a fájdalmak enyhítőjének, gyógyítójának, a keletkező vagy elmuló emberi élet támogatójának; minden ezzel ellentétes feladattal pedig tiszteljenek meg mást, bizzák akárkire. De az alkalmatlanok, a tehetetlenek, a nyomorékok kipusztítására nem vállalkozunk. A ki ilyesmire odaadja magát, nem orvos, ha mindjárt annak hívják is. Az orvos feladata ott kezdődik, a hol más halandó véget ér. A gyermekek nemi felvilágosítását illetőleg, nyomós érvek szólnak a mellett, hogy az egész mozgalom nem volt egyéb tömegperversitásnál, a melyből már kezdenek is kijózanodni.

E könyv minden sora magán viseli annak jellegét, hogy e mű nem egyéb, mint azon elkeseredett társadalmi harcnak egyik megnyilatkozása, melyet napjainkban a socializmus a kapitalizmus ellen

folytat. Ennek tudható be, hogy a tudós szerző a harc hevében oly szélsőségekre ragadtatja magát, melyek könyvének, az objectiv szemléllő szempontjából, nem nagyon válnak előnyére. Minden bajnak okát a kapitalizmusban keresi, minden nyomorúság megszűnését a socializmusban, a magántulajdon eltörlésében találja. Még azon intézményeket is elítéli, melyeket a mai társadalom a gyermekvédelem érdekében létesített; mert ezek is csak a védenczek kihasználására valók. Könyvéből egyébiránt megtudhatjuk, hogy a jövő gyermekének jobb dolga lesz a mostaninál. Hogy mi módon és mily eszközök segítségével jut majd kedvezőbb helyzetébe, azt mi magunk részéről alárendelt kérdésnek tekintjük. A jövő gyermekével együtt bizonyára megváltoznak az emberek is; más emberek más felfogásnak adnak helyet; új örömeiket újabb bánatok követnek. A mint a történelem és a szemeink előtt lefolyó események tanúsítják, minden kornak gyermeke el lehet rá készülve, hogy az idők folyamában a hullámhegyet hullámvölgy fogja követni. Ez az örökkévalóság megoldott problémája, mely más szavakba öntve annyit jelent, hogy minden emberi intézmény alá van vetve a változás hatalmának, a divat szeszélyeinek. Az államformától a test ruházatáig minden. Azt pedig jó tudnunk, hogy ha a ruhánkat változtatni akarjuk, nem okvetetlenül szükséges, hogy letépjük magunkról, a mikor szépen, esendesen is levethetjük s másikat ölthetünk helyette. A levett ruhát pedig az óvatos ember nem dobja a szemétre, hanem elteszi, mert sohasem tudhatja, hogy mikor lesz rá megint szüksége.

Kapitalizmusnak, socializmusnak ez a közös sorsa.

Erdős János dr.

Magyarország orvosainak évkönyve és ezintára, Budapest, 1909. A „Petőfi” irodalmi és nyomdai vállalat (Pesti Alfréd) kiadása. 368 lap. Bolti ára 6 kor., előfizetési ára orvosok részére 4.50 k.

Pesti Alfréd az idén már XIX. évfolyamát adta ki orvosi ezintárának, a mely mint az Országos Orvos-Szövetségnek hivatalos kiadványa, az eddiginél még csinosabb kiállításban és ismét tökéletesített meg kibővített tartalommal jelent meg, úgy hogy a magyar orvosok és az orvosokkal érintkező nagyközönség, a kiknek ez a mű már nélkülözhetetlen segédkönyvévé vált, bizonyára nagyon szívesen fogadják. Az évkönyvben megtaláljuk a székesfőváros, továbbá az összes magyar vármegyék, azután Horvát-Szlavonország és Bosznia meg Hercegovina orvosainak teljes névsorát, szintűgy az egyetemek, nyilvános meg magánkórházak, munkásbiztosító pénztárak, a különféle orvosegyesületek és intézetek személyzetének, valamint a különböző hatósági orvosoknak névjegyzékét, végre az 1908. évben elhalt orvosoknak nevét. A budapesti orvosok lakcíme mellett a telefonállomással bíró orvosoknak telefonszáma is közölve van. Pesti Alfréd az idén is fáradhatatlan buzgalommal oda törekedett, hogy minden egyes orvoshoz intézett kérdőívek útján minél pontosabb személyi adatokat szerezzen be és ennek köszönhető, hogy az évkönyvben összefoglalt óriási adatgyűjteményben alig található egy-két, ilyen műben mindig elkerülhetetlen tévedés. Az évkönyv dús és érdekes tartalmából kiemeljük a közegészségügyre, a munkásbiztosításra és a községi meg körorvosok fizetésrendezésére és nyugdíjára vonatkozólag a múlt évben kibocsátott ministeri rendeleteket és elvi jelentőségű határozatokat, továbbá az egyes vármegyék lakosságára meg orvosainak számára vonatkozó statistikát és az összes magyar fürdőhelyek meg gyógyforrások rövid ismertetését. Az évkönyv értékét még növeli az 1908. évre folytatólag gondos figyelemmel összeállított bibliographia, továbbá Turán Bódog dr.-nak igen érdekes és tanulságos értekezése „Az orvosi titoktartásról”, a mely külön mellékletként van az évkönyvhöz csatolva. Az évkönyv előfizetői ingyenes mellékletül egy négyrétű zsebnaptárt is kapnak, a mely praktikus alakja és czél-szerű beosztása miatt közkedveltségnek örvend.

Tihanyi Mór dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A diabetesre vonatkozó újabb vizsgálatokról értekezik F. Blumenthal. Arra a kérdésre, hogy vajjon egy bizonyos szerv megbetegedése okozza-e a cukorbetegséget, ma talán nehezebb felelni,

mint tíz évvel azelőtt, s ha a diabetes aetiologiájáról beszélünk, csak úgy számolnunk kell az idegrendszer megbetegedésével, mint a máj s pankreas bántalmazottságával. Claude Bernard óta tudjuk, hogy a *pique* glycosuriát okoz, így tehát a központi idegrendszer a cukoranyagcsere befolyással van. S mégis, a központi idegrendszer s a háterinczező megbetegedései mód felett ritkán vagy talán sohasem okoznak diabetest. Ezzel szemben az egész idegrendszer erő megrázkódtatások, mint a traumás eredetű neurosis, a psychés insultus, az ijedség stb. elég gyakran szerepel mint a cukorbetegséget kiváltó ok. A központi idegrendszer szerepét a diabetes aetiologiájában úgy értelmezhetjük, hogy a nyúltvelőn áthaladó, illetve azt érő izgalom a máj s egyéb, a cukoranyagcsereben fontos szervek működésére zavarólag hatnak. Az idegíngert toxikus vegyi inger is helyettesítheti, ez egyfelől directe zavarhatja a cukoranyagcsereben fontos szerepet játszó szervek működését, de másfelől — s ez látszik valószínűbbnek — a nyúltvelőre hat, s így okoz cukorvizelést. Így értelmezhető a szénmonoxid-, strychnin-mérgezés után, nemkülönben az adrenalinbefecskendezésre támadó glycosuria. Ezen esetekben a cukorvizelést kiváltó ok hatása csak ideig-óráig tart s ezért múló, transzitorius a glycosuria is. S ámbár nem lehetetlen, hogy az emberen előforduló diabetesben is fontos szerepe van a mellékvese hyperfunctiójának, mégse mondhatnók a cukorbetegre azt, hogy tulajdonképpen adrenalin-diabetes.

A cukoranyagcsere szabályozásában tudvalevőleg a májnak, a pankreasnak s az izomzatnak van fontos szerepe. A májnak súlyos anatómiai elváltozással járó bántalmi, így a heveny májsorvadás s a májsugorodás talán sohasem váltanak ki diabetest. Ez azonban csak azt igazolja, hogy az anatómiai épséggel s az anatómiai elváltozással nem tart lépést az illető szerv működési képessége, s viszont minden bonczolástani elváltozás nélkül súlyos működési zavarok lehetnek jelen. Valamely szerv működése a normálisnak teljesen megfelelő lehet, ámbár az illető szervnek igen csekély része intact. Ezt látjuk a pajzsmirigy kiirtásakor visszahagyott csekély mirigyrészekben. Az anatómiai épség tehát nem kritériuma a functióképességnek. A szerzők nagy része a májat főleg a diabetesben az anyagcsere legfontosabb szervének tartja. Naunyn s Noorden a diabetes okát a máj glycogentermelő s glycogenberaktározó képességének csökkenésében keresi s Noorden szerint, míg könnyű diabetes mellett a fokozott izommunka elősegíti a cukor elégetését s ezzel karöltve csökkenti a glycosuriát, az izomműködés ezen befolyása súlyos cukorbetegségben nem jut érvényre. Ennek oka Noorden szerint az, hogy a szervezet, főképp az izomzat, súlyos diabetes mellett nagymennyiségű szőlőcukrot tartalmazó folyadék által vétetik körül, mert a máj elvesztette azt a tulajdonságát, hogy a szőlőcukrot glycogenné alakítsa át, az izomsejtek pedig a directe hozzájuk jutó szőlőcukrot assimilálni nem tudják, csak az olyat, melyet a máj előzetesen glycogenné alakított át. Ily esetben a sejtek szénhidrátnak szegények maradnak, annak ellenére, hogy cukortartalmú folyadék veszi őket körül.

Ezen elmélet azonban bebizonyítva nincs. Nincs ugyanis beigazolvva, hogy az izomsejtek csak akkor tudják feldolgozni a szőlőcukrot, ha előzetesen glycogenné alakult át. Az sincs beigazolvva, hogy súlyos diabetes mellett a szövetek, a májtól eltekintve, elvesztik ama képességüket, hogy a dextrosét glycogenné tudják átalakítani, súlyos cukorbetegség mellett ugyanis az izomzat glycogentartalma ép akkora, mint normális viszonyok között.

Egész más a gondolatmenete Rosenfeldnek, a ki egyébként szintén a májban keresi a diabeteses anyagcserezavar főokát. Ő ugyanis azt tapasztalta, hogy míg a pankreasuktól megfosztott állatokon a per os bevitt szőlőcukor után növekedett a cukor kiválasztása, addig az intravenosusan adagolt cukor legnagyobb részét kihasználta, elégette az állat szervezete. A pankreasától megfosztott kutyában tehát, ellentétben a normális viszonyokkal, per venam adva nagyobb a cukorfeldolgozás, mint per os. Ugyancsak Rosenfeld vizsgálataiból tudjuk, hogy ép állatokban csak a szájon át adagolt cukor alakul át glycogenné, míg a per venam befecskendezett cukorból glycogen nem képződik, hanem általa a máj zsírtartalma növekszik. Ebből következteti Rosenfeld, hogy az intravenás befecskendezés útján bevitt cukorból alig kerül valami a májba s ép azért, mert nem kerül oda és nem alakul át glycogenné, jobban értékesíthető a szervezet többi szövete számára. Rosenfeld tehát

azt hiszi, hogy súlyos cukorbetegség mellett a szervezet nehezebben tudja kihasználni a májból jövő cukrot, mint azt a szőlőcukrot, mely a vérben kering.

Ha valóban így áll a dolog, akkor eddigi nézeteinken változtatnunk kell. Nézzük csak mindenekelőtt, vajjon helyes-e az az állítás, hogy a máj megkerülésével bevitt szőlőcukrot könnyebben használja ki a szervezet, mint a májba jutót. Arnheim vizsgálatai szerint a cukorbeteg szervezet a per rectum, tehát jó részben a máj megkerülésével bevitt cukrot jobban kihasználja, mint ha per os adjuk azt. Továbbá, ha Rosenfeld a vena portaet a vena cava inferiorral Friedenthal-féle sipoly útján összekötötte, vagy a vena portaet a vena cavába varrta, phloridzin befecskendezése után nem támadt glycosuria; továbbá a máj is kiirtható vagy tönkrétehető s így kiiktatható az anyagcsereből, mely esetben, mint a hogy Marcuse kimutatta, békákban a hasnyálmirigy kiirtása után sem jelentkezik diabetes. Mindez azt látszik igazolni, hogy a cukorbeteg szervezet valóban jobban kihasználja a cukrot, ha az előzetesen nem kerül a májba. Ennek okát Rosenfeld abban keresi, hogy a májból kikerülő cukor már tulajdonképpen nem tiszta cukoranyag, hanem annak valamelyes módosulata. Másképp Rosenfeld feltevése nem is volna értelmezhető. A modificatio mineműségét illetőleg Rosenfeld azt hiszi, hogy a szőlőcukor zsírral lép vegyi összeköttetésbe. Erre különben más szerzők is gondoltak, s vannak, kik egyáltalában nem hiszik, hogy tiszta szőlőcukor keringene a vérben. Egyébként Rosenfeld hypothesis nélkül is megértenénk, hogy miért használja ki könnyebben a diabeteses a máj megkerülésével bevitt cukrot, ha felveszszük, hogy a cukorral egyidejűleg a májból olyan anyagok kerülnek ki, melyek az izomzatban a cukor elégetését hátráltatják. Jacobi és Schade vizsgálataiból ugyanis tudjuk, hogy a fermentációs folyamatokra a milieunek, melyben lejátszódik, rendkívül nagy befolyása van.

Ha Rosenfeld nézetét valljuk, akkor a diabetes létrejöttében oki szerepet a májnak nem tulajdoníthatunk, mert épen a májműködés kiesése mellett diabetesben javul a cukorkihasználás s valóban a májparenchymának kénsavval való elpusztítása után Rosenfeldnek a cukoranyagforgalom élénkítését sikerült is kimutatnia. S ennek ellenére is valószínűtlennek látszik, hogy egy szerv normális működése legyen valamely betegségnek okozója. Az elsődleges zavart a cukorbetegségben tehát a májon kívül kell keresnünk. Mering és Minkowski vizsgálatai óta a hasnyálmirigy megbetegedése szerepel mint a diabetest kiváltó ok. Ezzel szemben Pflüger tagadja a pankreas belső elválasztásának jelentőségét a szénhidrátok anyagcserejében. Pflüger azt hiszi, hogy a nyúltvelőből a májhoz vezető idegeknek szerepe a diastikus erjesztő képződésének fokozása révén növelni a cukorképződést s szerinte a vékonybélből anti-diabeteses idegrostok indulnak ki, melyek viszont diabetesellenes fermentumok képződését segítik elő. E rostok gátolnák a cukorképződést. Békán a pankreas teljes kiirtása után jelentkező cukorvizelés a duodenum kiirtására még inkább fokozódott, sőt Pflüger szerint akkor is jelentkezik diabetes, ha csak a duodenumot a pankreassal összekötő idegeket vágjuk át. E szerint a pankreas belső elválasztását a duodenum idegei szabályoznák. Pflüger kísérletei más buvárok vizsgálatai révén azonban megerősítést nem nyertek s kétségtelennek látszik, hogy nem a duodenum extirpációja, hanem a pankreas eltávolítása váltotta ki a diabetest. Ámbár Falta azt hiszi, hogy a cukorbeteg keletkezésekor okvetlen több úgynevezett *diabetogen* szerv megbetegedésével állunk szemben, s ezt kutyán végzett kísérletekkel igyekszik igazolni, következtetéseit Blumenthal az emberi diabetesre alkalmazhatónak nem tartja s szerinte nincs is rá ok, hogy miért ne lehetne az emberi diabetest *kizárólagos pankreas-diabetesnek* tartani. A pankreas a cukoranyagcsereben az úgynevezett *belső elválasztás* útján szerepel. Lépine glycolitikus fermentumát ugyan nem sikerült kimutatni, de már e tekintetben is Cohnheim, de Meyer, Rahel Hirsch vizsgálatai haladást jeleznek. Cohnheim szerint a cukor az izomzatban ég el. Ha kiirtjuk a pankreast, csökken a cukorelhasználódás. Valószínűnek látszik tehát, hogy a pankreas valamelyes oly anyagot termel, mely a cukor-assimilációt az izomzatban lehetővé teszi illetőleg szabályozza s valóban a Cohnheim s Rahel Hirsch-féle kísérletekből az derül ki, hogy a szervek glycolitikus képességét a pankras nedve nagyban tudja fokozni. Már Lépine s Burghardt is utalt arra, hogy az élesztő cukorbontó képességét a pankreas állománya szembetűnően

növeli. Ezen irányban végzett számos kísérletből kiderült, hogy a pankreas *in vitro* a cukor elbontását fokozni tudja. Ha sikerül ezen activáló hatását a pankreasnak magában az állati testben is beigazolni, akkor magyarázatát adhatjuk a pankreaműködés befolyásának a cukoranyagcsereére. Lehetséges ugyanis, hogy a pankreas diabetes esetén egyáltalában nem, vagy legalább nem elegendő mennyiségben választ el activáló fermentumot s így a cukor-éhasználás zavarának oka az izom s más egyéb szöveti fermentum, nemkülönben a pankreasból származó enzima helyes correlációjának hiányában keresendő. Lehetséges azonban az is, hogy a pankreas működése normális ugyan, de az izomzat beteg (úgynevezett izom-diabetes).

Arra a kérdésre, hogy a fehérjenemű testekből képződik-e cukor, ma már igennel felelhetünk: Müller s Kossel, Kraus, Neuberg s Langstein kísérleteiből kiderült, hogy az aminosavakból, nevezetesen az alaninból s glycocollból az állati szervezetben cukor képződik. Döntő bizonyítékot szolgáltatott az aminosavakból való cukorképződésre Neuberg, ki aminosavak reductiója útján amino-aldehideket, aminoglycoaldehydet s aminoglycerinaldehydet nyert, melyeknek közeli relációja a cukor synthesiséhez úgy *in vitro*, mint *in vivo* közismert. Hogy zsírokból is képződhetik cukor, azt elsőnek már Seegen gyanította, újabban különösen Noorden állította s ugyancsak Neuberg volt az, aki kimutatta, hogy a zsír glycerin-componentéből származó glycerose egy része az állati szervezetben glycosevé alakul át. Különben már Külz, Cramer s Lüthje kimutatta, hogy a súlyos diabetesesnek adott glycerin mint cukor távozik a szervezetből. A tulajdonképeni nyílt kérdés ma azonban az, hogy vajon a zsírsavakból képződik-e cukor? Egyes súlyos diabetes-esetekben ugyanis a kiválasztott cukormennyiségnek a szervezetben való képződését még akkor sem tudjuk értelmezni, ha azt vesszük fel, hogy a látszólag elbontatlan fehérje egész szénhydratgyűrűje cukorrá alakul át. Az exorbitans cukorképződést csakis úgy lehetne magyarázni, ha a zsírsavak is résztvennének benne. Értelmezhető azonban ezen óriási cukorképződés úgy is, hogy a fehérjemolekula először is szénhydratképző gyűrűt veszti el, melyek cukorrá alakulnak át, míg nitrogéntartalmú atomcsoportjai visszatarthatnak. A diabetesesek fehérjeje tehát így szénhydratgyűrűkben szegényebb lesz, természetes, hogy ezzel a D/N coefficient minden jelentőségét elveszti. A fehérjenemű anyagok ezen részleges elfajulása például a phosphormérgezésben is észlelhető, hol azok diaminosavakban szegények lesznek. Valószínű tehát, hogy súlyos cukorbetegség esetében nemcsak a szénhydratok anyagcsereje, de a fehérjeanyagcsere is megváltozott.

Az acetoneképződésre vonatkozólag bebizonyult, hogy szénhydratok bevitelére az acetonuriát csökkenti, zsírok ellenben fokozzák azt s ma már nem hisszük, hogy csak zsírokból képződne acetone; súlyos diabetes mellett a fehérjék épen úgy acetoneképzők, mint a zsír, s ha fehérjetáplálék után nem is észlelhető az acetonuria fokozódása, ennek magyarázatát az adja, hogy a fehérje szétesésekor szénhydratok is képződnek, melyek viszont az acetone elégtételt a szervezetben nagyban elősegítik. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 43. szám.)

Halász Aladár.

Gyermekorvostan.

A köldökzsinórcsonknek kezelését bolus albával ajánlja D. Galatti (Bécs). Horn nyomán haladt, aki a kölni bábaképzésében 1899-ben kezelte ilyen módon a köldökzsinórcsonkot. Galatti úgy járt el, hogy az első fürdő után steril bolus albával sűrűn behintette a köldökzsinórcsonkot, melyre azután fedőkötsést alkalmazott.

Már a következő napon a csonk úgyszólván egészen beszárad, kemény; csak a köldökágy helye succulens és azért a következő kötsésváltáskor főleg ezt a területet kell bolusszal sűrűn behinteni. A kötés naponta változtatandó a fürdő után. Az ilyen módon kezelt 120 csecsemő közül 96%-ban a csonk már a 6. nap előtt levált s csak 4%-ban a 7. vagy 8. napon; később egy sem. Két esetben a köldökzsinór helye a leválás után 1—2 napig nedvezett, de steril bolus albával való behintés után rövidesen begyógyult. (Verhandl. der 25. Versamml. der Gesellschaft. f. Kinderheilkunde, Cöln, 1908.)

Vas J. dr.

Veleszületett bujakórban szenvedő csecsemők lumbal-punctiók folyadékának fehérjetartalmáról és lymphocytosisáról értekezik L. Baron (Berlin). Francia orvosok (Sicard, Vidal)

syphilisben és metasyphilises bántalmakban (paralysis, tabes) a gerinczagi folyadék lymphocytá-tartalmát állandóan megszáporodva találták. Ezen leletet több német szerző is megerősítette. Baron számos veleszületett bujakóros gyermekben, több luesre gyanús, majd agyvízkóros és egészséges csecsemőn végzett ily irányú vizsgálatokat főleg a veleszületett bujakór korai felismerhetőségének céljából és a következő kedvezőtlen eredményre jutott:

1. A lumbal-punctio nem ad biztosabb támpontot a veleszületett bujakór felismerésére mint a klinikai vizsgálat.
2. A fehérjetartalom megállapítása nem nyújt biztos támpontot.
3. A pozitív cytologiai lelet nem feltétlen bizonyító, a negatív meg épen nem jelentőségteljes.
4. A lumbal-punctio egyáltalában nem alkalmas arra, hogy a lues congenita korai felismerésében segítségünkre legyen, a mi pedig a legfontosabb volna. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1909. január.)

Vas J. dr.

Bőrkórtan.

Az eczema therapiájáról ír Jadassohn tanár (Bern). Noha a dermatotherapiás gyógyszerek száma óriási és egyre növekszik, bizonyos, hogy a szakavatott orvos igen kevés számú gyógyszerrel is nagy eredményt tud elérni. Tehát inkább kevés, de jól kitapasztalt készítménnyel gyógyítsunk. A gyakorlatban főleg két körülmény tapasztalható, mely az eczema gyógyításában a sikert rontja. Sok orvos ugyanis nem tartja eléggé fontosnak egyrészt a hatóanyagok pontos adagolását, másrészt azoknak a szükség szerint való kombinálását. A mi az adagolás kérdését illeti, általában az tapasztalható, hogy a rendelt kenőcs illetve pasta vagy semmiféle kifejezett hatást nem tud kifejteni, vagy pedig oly erős szereket tartalmaz, a melyek hevesebb gyuladást is okozhatnak, tehát rontanak. Bizonyos, hogy az eczema gyógyítását sablonosan nem lehet gyógyítani, minden egyes eset megkivánja a mérlegelést. De azért általános legyen az az irányzat, hogy kezdetben mindig gyengébben ható szereket alkalmazzunk és csak ha azt látjuk, hogy a bőr elviseli a kezelést, akkor haladjunk az erősebb concentratio és az erősebben ható szerek felé. Igaz ugyan, hogy olykor egy-egy erősebb kenőcs már a kezelés megkezdésekor is hasznos lehet, de a siker sohasem bizonyos, ha a bőr toleranciáját előzetesen meg nem ismertük. A kezelésnek fokozatos, lassú erősítése mindig meghozza a jó eredményt, az elsietett, már eleve erőyes eljárás ellenben a bekövetkező eshetőségek miatt néha igen hosszúra nyúlik. Ez az óvatosság legtöbbször az idült eczemas esetekre is áll, mert tudnunk kell, hogy a régi góczok körül sokkal acutabb jelenségek is észlelhetők, sőt azt sem szabad elfelejtenünk, hogy az eczema idült jellegét gyakran épen az időnként jelentkező hevenyész-accerbatiók adják meg. Jadassohn az egészen friss esetekben leginkább a liquor alumin. acet.-os, ólomvizes stb. borogatásokat ajánlja. A kevésbé acut esetek ellenében jól beválnak az enyhe gyuladáellenesen ható ólom-, zink-, bismuth- stb. kenőcsök vagy pasták. Nagyon jó eredménnyel és aránylag már korán használható a tumenol is, mely készítmény Jadassohn szerint még mindig nincsen eléggé méltányolva. Véleménye szerint különösen jól alkalmazható, ha naphtalannal kombináljuk (pl. tumenol 1'0—5'0—10'0 gm., zinc. oxyd., amyli aa 20'0—25'0 gm., naphtalan ad 100'0 gm., m. f. pasta). Fontos az eczemas területeknek gondos tisztántartása is. E célra jól használható az olaj, vaselin, benzín, meleg bórvíz vagy kamillatea. A kátrányos készítmények már elég korán adhatók, de fontos, hogy csakis igen gyenge concentratio-ban. A szerző az oleum ruscit néha 0'1%-ban alkalmazza. Ugyanilyen óatosan jár el a pyrogallus és a chrysarobin adagolásával. Az 1:2000—1:1000 erősségű chrysarobin-zinkpasta igen sok eczemas esetben kiváló hatásának bizonyult. Nagy súlyt kell arra is helyezni, hogy az eczemas betegek elég sokáig kezeljék a bajukat. A kezelést abba kell hagyni akkor, amikor a baj látszólag épen megszűnt, nem helyes, a gyakori recidivák ugyanis nem egyszer a kezelésnek korai félbehagyása miatt jönnek létre. Jadassohn végül még megemlíti, hogy olykor igen jó eredmény érhető el, aránylag korai esetekben is, a látszólag erős hatású Duret-féle balsamtól. Ez a „balsamum Duret“ látszólag egészen önkényesen körülbelül 12 szerből van összekombinálva, de a durva empiria mégis azt bizonyítja, hogy olykor csodálatosan beválik. (Therapeutische Monatshefte, 1908. 12. füzet.)

Guszmán.

Venereás bántalmak.

Fiatl házinyúlön syphiles keratitist (hereditaer syphilit?) észlelt *A. Wiman* (Stockholm). A szerző syphiles anyaggal végzett állattoltás kísérletei közepette igen érdekes jelenséget észlelt. 1908 május havában nőstény házinyúlát oltott syphiles anyaggal, és pedig egyrészt a bal elülső szemcsarnokba, másrészt a hát bőrének egy tasakjába. Az oltott anyag lueses primaer affectióból eredt és bőven tartalmazott spirochaetákat. A szemén 4—5 hét múlva keratitis támadt, a melynek kaparékában a szerző spirochaetákat talált. A hát bőrébe végzett oltás helyén ugyanazon idő alatt kis tumor támadt, mely később kifehélyesedett. A fekély éles szélű volt és vizes-genyes váladékot produkált. E váladékban a szerző állítólag szintén pallida típusú spirochaetákat talált. A házinyúlön tehát syphiles jelenségek mutatkoztak. A keratitis kifejlődése közben az állat terhes lett és 8 fiókot kapott. A fiatal nyulak eleinte teljesen normálisan fejlődtek. A mikor a születésük utáni 3. hét végén a szemüket felnyitották, feltűnt, hogy az egyik kis állat bal szemén florid keratitis van. Ugyanez az állat csakhamar kifejezett paresist is kapott a két hátulsó lábán. Az állat lassanként fejlődésében vissza is maradt, miközben a keratitis az egész corneájára áttért. A cornea kaparékában ekkor spirochaeta pallidákat sikerült kimutatni. A beteg szem idővel megbékült, de a corneális homály megmaradt. Közben a paresis is elmúlt és az állat ismét zavartalanul tovább fejlődött. A szerző már most felveti azt a kérdést, hogy miképpen kapta a fiatal állat a lueses keratitisét. *Bertarelli*-nek egy esete kapcsán ismeretes, hogy egyik állat a másik által fertőzhető, ha egy rekeszben vannak elhelyezve. *Bertarelli* esetében a keratitis nyúltól elkapta a másik is a keratitist (positiv spirochaetalelet). A szerző a saját esetét nem magyarázza így, mert a mikor a fiatal állat felnyitotta a szemét, a keratitis már oly szakban volt, a melynek létrejöttéhez 35—40 nap szükséges. Nem valószínű tehát, hogy a fiatal nyúl az anyától „természetes fertőzés” útján kapta volna a baját. *Wiman* ezért inkább a haematogen fertőzés felvételével hajlandó az esetet magyarázni, tehát úgy, hogy a fiatal állat a syphilit még az intrauterin életben kapta. Ez a magyarázat természetesen abból a felvételből indul ki, hogy a syphilis a nyúlban is általános jelleget ölthet. A szerző véleménye szerint sok adat van arra nézve, hogy ez csakugyan lehetséges. (Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1909. 93. k., 3. f.)

Guszmán.

A syphilisnek arsacetinnel való kezeléséről ír *G. Heymann*. Ismeretes, hogy újabban a syphilisnek atoxylos kezelése meglehetősen elterjedt. Kiderült róla azonban hamarosan, hogy igen könnyen létesíthet súlyos mérgező mellékhatásokat, melyek nemcsak a bélhuzamot és a vesét, hanem főleg az idegrendszert is különböző alakban megtámadják. Kerestek tehát más, kevésbé veszélyes arsenes készítményt. Ilyen volna az arsacetin, mely az atoxylnak derivátuma s a melyet *Ehrlich* trypanosómás állatokon próbált ki. Emberi syphilis ellenében *Neisser* kísérletezett vele. Egy-egy kúra 20 injectióból állott, a melyeknek mindegyikében 0.6 gm. arsacetin foglaltatott. Súlyosabb melléküneteket nem észlelt. Az arsacetint a höchsti gyár készíti, állítólag úgy, hogy teljesen mentes arsenes és arsensavtól. Fehér por, mely hideg vízben 100/0-ig, meleg vízben 300/0-ig oldódik. A szerző az új szert 31 esetben próbálta ki. Valamennyi esetben 200/0-os oldatot használt az intramuscularisan alkalmazott injectiós kúrában. Az injectiókat hetenként 2 ízben adta, mindig két egymásutáni napon (a 0.6 gm.) Ez a kezelésmód teljesen fájdalomtalanak bizonyult és helybeli izgalmi jelenséget sohasem létesített. A szerzőnek therapiás tapasztalatai a szer hatásáról egyébként nem nagyon biztatók. Kiderült ugyanis, hogy az arsacetinnak van ugyan gyógyító hatása a lues secundaer szakában, de az korántsem oly biztos és tartós mint a kénésóval elért hatás. Elég gyakori tapasztalás, hogy újabb secundaer recidivák már a kúra alatt is jelentkeznek. Az arsacetin nem is adható teljesen veszedelem nélkül, mert a 31 eset közül 7-ben komolyabb mellékhatásokat teremtett. A kellemetlen esélyek aránya tehát nagyobb, mint a kénésókúránál. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1908. 50. szám.)

Guszmán.

Orr-, torok- és gégebjakok.

Heges gégeszűkületek kezelésére a kürtő- (Schornstein) **canule módosítását** ajánlja *Harmer*. A gégeszűkületeknek, kivált a

diphtheria, typhus s más fertőző betegségek után fejlődő heges szűkületeknek mechanikai úton vagy resectio útján történt tágitása után a recidivák elkerülése céljából alkalmazott állandó canule-ök két típusa: a T-alakú és a kürtő-canule közül az utóbbit előnyben részesíti, noha ennek is van egy lényeges hibája, s ez az, hogy két szára, azaz a larynxba s a tracheába illeszkedő csövek közötti szögletben igen gyakran képződik egy nyálkahártyaköteg, úgynevezett sarkantyú, a mely idővel stenosiszt okozhat. A szerző ezért a kürtő-canulenek csak a larynxba kerülő csövét használja, melyet a megfelelő helyen szitaszerűen átlikaszt. A műszer bevezetése könnyebb, vastagabb cső használható, a beteg jól lélegezhetik vele s egyébként is teljesen megfelel a céljának. *Harmer* az orr-gégebajások bécsi klinikáján két esetben ezen módosított canulet jó eredménnyel alkalmazta, a sarkantyúképződés elmaradt, illetőleg a már kezdődő sarkantyúképződés ismét visszafejlődött, a mit annak tulajdonít, hogy a tracheális cső s az általa okozott nyomás és pangás hiányzik.

Hasonló okból módosította a kürtő-canulet *Koschier* is, de ő megtartotta a canule mindkét csövét, csak hogy a laryngeális és a tracheális cső közötti szögletet eltüntette s így a sarkantyúképződést elkerülte. *A gége és gégecső postdiphtheriás stenosisainak kezeléséről* szóló cikkében több esetét írja le, melyekben az általa módosított canule jól bevált. Egyebek között egy esetét közli, melyben a gégeének diphtheria következtében létrejött teljes elzáródása miatt körkörös resectiót végzett, jó sikerrel. Utána a heges zsugorodás elkerülésére 6 hónapig hordatta módosított canulejét, melyet ekkor közönséges canulelel cserélt fel s ezt újabb hat hó múlva távolította el. Ugyanezen esetében a felső tracheaporcok elpusztulása s a trachea ezen részének folytonos aspiratioja miatt egy támasztó plastikai műtet végzett celluloid-lemez beiktatásával a bőrből, a sternum felett; 4 hét múlva a lebenyt a trachea-defectus helyére felhajtotta úgy, hogy a trachea lumene felé került az epidermis, kifelé a bőralatti kötőszövet s közöttük volt a celluloid-lemez, mely kigenyedt ugyan, de az eredmény az erősen feszülő heg folytán jó. Egy másik hasonló esetében a celluloid-lemez beiktatását közvetlenül a trachea-defectus helyén eszközölte jó sikerrel. (Wiener klin. Wochenschr., 1908. 16. sz.) *Safranek* dr.

A felső légutak tuberculosisában a jodkaliumnak belső használatától látott jó eredményt *Grünberg*. Körner rostocki klinikájáról számos esetet közöl, melyekben a makroskopi lelet, valamint a próbaexcisióval nyert nyálkahártyadarabok szövettani vizsgálata alapján nyálkahártyatuberculosist jeleztek; ezen esetekben a jodkalium belső használata kiméletes helyi kezeléssel egybekötve gyógyulásra vezetett. Ezek alapján, noha a jodkalium nem minden esetben volt kedvező hatású, a felső levegőutak nyálkahártyatuberculosisának gyógyításában mégis figyelemre méltó segítő szernek tartja. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. LIII. kötet.) *Safranek* dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Idült gastritisben az étvágy javítására *Crämer* a következőt rendeli: Rp. Extr. condurango fluid., Tinct. nucis vom. aa 10.0; Acidi hydrochlor. dil. 2.5. M. D. S. Naponként 2-szer 20 cseppet 1/4 órával evés előtt kevés vízben. A gyomorban székeli fájdalmas érzések ellen pedig a következő elegyből vétet be naponként 2—3-szor 20 cseppet kevés borsosmentha-teában: Rp. Tinct. belladonnae, tinct. nucis vom. aa 5.0; Tinct. valerianae 10.0. (*Crämer*, Vorlesungen über Magen- und Darmkrankheiten, 4. füzet.)

A jothion *Siegfried* szerint nagyon jó szolgálatokat tesz olyan esetekben, a melyekben a belsőleg adott jodkészítményeket nem tűri a szervezet. Az 500/0-os kenőcs alakjában az ép bőrre alkalmazott jothionból mintegy 500/0 jod szívódik fel. Syphiles fekélyekre, savós lueses izületi izzadmányokra, bőrgummákra szintén nagyon erőlyes hatást fejt ki a lokálisan alkalmazott jothionkenőcs, a melyet fekély eseteiben 10—200/0-osra, a nyálkahártyákon alkalmazáskor 50/0-osra készítettünk. Naponként legfeljebb 4 gramm jothiont szabad elhasználni. Ugyanezt a helyet legfeljebb négyszer szabad bedörzsölni. Az alkalmazás helyén támadó mérsékelt égető érzés csakhamar megszűnik, egyébként közömbös hintóporral is mérsékelhető. (Russische mediz. Rundschau, 1908. 7. és 8. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 8. szám. *Szilárd Béla*: Az ásványvizek meg a levegő radioaktivitásáról és annak jelentőségéről. *Kanitz Henrik*: A leukoderma syphiliticáról.

Orvosok lapja, 1909. 8. szám. *Hausner József*: Az ulcus ventriculi rotundum, különös tekintettel az újabb kezelésmódokra.

Budapesti orvosi újság, 1909. 6. szám. *Unterberg Hugó*: Újabb adatok a vesék működésének összehasonlítására, tekintettel a vizelet-mennyiség és fajsúly egymás közötti viszonyára. „Közegészségügyi és törvényszéki orvostudományi szemle”, 1. szám. *Minich Károly*: Ököltetés folytán beállott halálos agyrontólás 14 éves fiúnál. *Tauszk Ferencz*: 1. További teendőink a tuberculosos leközde terén. 2. A külföld tevékenysége a tüdővész elleni harcban és ezen harc gyakorlati értéke.

Vegyes hírek.

Hirschler Ágoston dr. budapesti egyetemi rendkívüli tanárnak jeles orvosi működésének elismerésül a király a magyar nemességet adományozta a *stomfai* előnévvel.

Hajós Lajos dr.-nak a budapesti egyetem jog- és államtudományi karán „a bűnügyi lélektan és elméleti joghallgatók részére” című tárgykörből magántanárként kinevezését a vallás- és közoktatásügyi miniszter jóváhagyta.

Kinevezés. *Faller Gusztáv* dr., *Teleky Kálmán* dr., *Jancsó Ödön* dr. és *Kádár Antal* dr. bányafőorvosokat kerületi főorvosokká, *Sós Antal* és *Kovács Gábor* dr. bányorvosokat pedig főorvosokká nevezte ki a pénzügyminiszter.

Választás. *Szabó István* dr.-t Szigetvárott városi orvossá, *Schreiber Sándor* dr.-t Hódmezővásárhelyen külterületi orvossá, *Kovács György* dr.-t Orosházán harmadik községi orvossá és *Nemesek Gyula* dr.-t Seregélyesen községi orvossá választották.

Tisztiorvosi tanfolyam. Az ezidei tavaszi tisztiorvosi tanfolyam Budapesten f. évi április hó 19.-én kezdődik a belügyminisztérium egészségügyi intézetében.

A XVI. nemzetközi orvosi congressus védője, ő Felsége a király, a congressuson való képviselővel József főherceget bizta meg. A megnyitó ülés f. é. augusztus hó 29.-én lesz; a bezáró ülés szeptember hó 4.-én. A második meghívókát a vezetőség április hóban, húsvét után, fogja úgy a hazai mint a külföldi orvosoknak megküldeni. A külföldiek máris nagy számban jelentkeztek tagul. Nagyon kíváncsiak, hogy hazai kollégáink minél előbb beiratkozzanak, hogy ezzel is megkönnyítsék a congressus rendezését. A jelentkezések a már első alkalommal megküldött nyomtatványokon a congressus főtitkárságának, VIII., Esterházy-utca 7. szám alá küldendők be, a 25 koronás tagsági díj pedig *Elischer Gyula* dr. egyetemi tanár nevére ugyanoda. A tagok nejei és leányai 12 K. 50 fillér tagsági díjat fizetnek.

Statistikai adatok a magyar orvosokról. Feltéve, hogy a „Magyarország orvosainak évkönyve és címjegyzéke” adatai pontosak, Magyarországon, Horvátország nélkül, ez idő szerint 5342 orvos van. Ebből Budapestre 1407 esik, vagyis az összes orvosok 26,3%-a, holott Budapest lakossága az egész ország lakosságának csak 4,3%-át teszi. Az ország egyes megyéiben igen különböző az orvosok száma, a mint az kitűnik a következő sorozatból, melyben csökkenő sorrendben van feltüntetve, hogy hány orvos esik egy-egy megyében 10.000 lakosra: Brassó 4,7, Győr, Hajdú, Szepes 4,0, Abauj 3,8, Csongrád, Kolozs, Moson 3,5, Pest-Pilis (Budapest nélkül), Pozsony 3,2, Borsod, Somogy, Szeged, Túróc 3,0, Bács, Békés, Jász-N.-Kún, Liptó, Temes, Zólyom 2,9, Fejér, Gömör 2,7, Nyitra, Sopron 2,6, Komárom 2,5, Baranya, Bihar, Csanád 2,4, Arad, Bars, N.-Küküllő, Nógrád, Torontál 2,3, Esztergom, Heves, Maros-Torda, Szabolcs, Tolna, Veszprém 2,2, Trencsén, Zemplén 2,1, Beszterce-Naszód, Háromszék 2,0, Hont 1,9, Bereg, Vas, Zala 1,8, Alsó-Fehér, Kis-Küküllő, Szatmár 1,7, Fogaras, Hunyad, Udvarhely, Ugocsa 1,6, Csík, Krassó-Szörény, Ung 1,5, Szilágys 1,4, Máramaros, Szolnok-Doboka 1,3, Sáros 1,1, Torda 1,0, Arva 0,9.

A budapesti egyetem I. sz. nőbeteg-klinikáján január hóban 173 szülés folyt le (80 először szülő és 93 többször szülő). A született magzatok száma 177 volt, még pedig élő 156, halott 10, macerált 11; érett 136, kora 22, éretlen 19; fiú 93, leány 76, kérdéses nemű 8; törvénytelen 83, törvénytelen 90. A terhesek, szülők és gyermekágyasok közül egy sem halt meg. A nőbeteg-osztályon 54 beteget ápoltak, halálos eset nem fordult elő. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét 112 esetben vették igénybe; a műtétek száma 62 volt.

A budapesti poliklinika rendeléseinek januárban 4611 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 12.218 volt.

Meghalt. *Huber Alfréd* dr. székesfővárosi gyakorló orvos, a szent István-kórház Röntgen-intézetének vezetője e hó 24.-én 37 éves korában. — *Coppinger N.*, valaha a sebészet tanára Dublinban. — *G. Tricomi Allegra*, az anatomia tanára a messinai egyetemen, február 11.-én.

Kiseb hírek külföldről. *W. Mirto* dr.-t a sienai egyetemen a törvényszéki orvostan rendes, *C. Zieler* dr.-t a würzburgi egyetemen a dermatologia rendkívüli tanárává nevezték ki. — *K. Kisskall* dr. Berlinben és *J. Biberfeld* dr. Breslauban a tanári címet kapta. — Az orosz

kormány elhatározta, hogy Saratowban új egyetemet állít fel; az egyetem szervezésével *Rasumowsky* dr.-t, a kasani egyetem sebész-tanárát bízták meg. — A toursi orvosi tanintézetben *Barnsby* dr.-t a sebészet tanárává nevezték ki.

A messinai földrengés alkalmával 51 orvos vesztette életét, közöttük *D'Urso*, a sebészet tanára; *Zincone*, az anatomia tanára; *Barbera*, a physiologia tanára és *Melle*, a dermatologia tanára, továbbá öt magántanár.

Berlinben február 1.-jén tartotta alakuló ülését a „Deutsches Zentralkomitee für Zahnplege in den Schulen” egyesület, mely feladatát az azt tűzte ki, hogy lehetővé teszi a népiskolákban a gyermekek fogainak ingyenes kezelését. E célra a német birodalom nagyobb és középnagy városaiban a népiskolákkal kapcsolatosan ingyenes fogorvosi rendelő-intézeteket szándékoznak felállítani. A tagdíj legalább 8 márka.

Az alkoholizmus elleni XII. nemzetközi congressust július 18.-ától 24.-éig tartják Londonban.

A német orvosok statistikája. Németországban 1908 november 1.-én 31.640 orvos volt, 224-gyel több, mint az előző évben. A nagyobb városokban 10.000 emberre a következő számú orvos esik: Wiesbaden 25,8, München 15,8, Strassburg 14,2, Berlin 12,3, Frankfurt 12,1, Karlsruhe 11,7, Borszlo 11,6, Hannover 10,9, Drezda 9,8, Köln 9,7, Stuttgart 9,6, Lipcse 9,4, Düsseldorf 8,4, Nürnberg 7,5, Mannheim 7, Altona 6, Barmen 5,3, Essen 4,5. Ez idő szerint 55 női orvos is Németországban gyakorlatot; csaknem valamennyien nagy városokban telepedtek le. A specialisták száma az általános gyakorlatot főzökkal szemben évről évre szaporodik, különösen a nagy városokban.

Mai számunkhoz a *Farbwerke, vorm. Meister Lucius & Brünnig, Höchst a. M.* cég „Gyógyszerkészítmények” című prospektusa van csatolva.

Jodleithin Richter nagy jodtartalmánál fogva (32%) felette alkalmas oly esetekben, a melyekben hosszú időn át kell jodhatást kifejteni, mint asthma bronchiale, chronikus emphysema, arteriosclerosis, torpid lueses megbetegedésekben. Gyorsan szívódik fel a szervezetben. Pillulák alakjában kerül forgalomba.

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

LIGETSANATORIUM Budapest, VI., Nagy János-utca 47. szám. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnostika, physikotherapiás sanatorium. — Igazgató: Dr. Jakab László. Megnyílik 1909 augusztus havában.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógymódok. **Kopits Jenő dr.** testgyógyászati intézetét VIII., Gyöngyútkút-utca 14. sz. alá (Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

CIRKVENICA THERAPIA-Sanatorium a magyar tengerparton. Berendezve az összes gyógyító eljárásokra. Modern kényelem. 120 szoba. Vezető orvos: **Dr. GROÓ BÉLA.**

ABBAZIA, Dr. Leopold Löw Bőr- és húgyszervi bajok szakorvosa (ABBAZIA, Postgebäude). **Orvosi laboratórium:** Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26-96.

Széchenyi-telepi sanatorium az Erzsébet királyné-úti villamos vég állomásánál. Igazgató-főorvos *Schnier György* dr. Felvételnél ideg- és kedélybeteg, neurastheniás, hysteriás, kimerülési esetek, alkoholisták, morfinisták. — Sürgöny: Budapest. — Posta: Budapest, Széchenyi-telep. — Telefon 79-72. — Prospectus. 6318

Reiniger, Gebbert & Schall Budapest, VIII., Rákóczi-út 19. szám. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára.

Dr. Widder Bertalan operateur testgyógyászati (orthopédia) intézete csont- és ízületi (tuberculosus, angolkóros, rheumás, elgöbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19, Magyar-utca sarok. Rendel: d. e. 11-12-ig, d. u. 3-5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

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

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII., Rákóczi-út 26, földsz. I. Telefon 112-95.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK fürdőkhöz.

száraz kivonat
ládákban a 1 kiló

LÁPLÚG
folyékony kivonat
üvegekben a 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (VI. rendes tudományos ülés 1909 február 13.-án.) 180. l. — Szegedi Orvos-Egyesület. (1908 deczemberi szakülés.) 184. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (1909 február 6.-án tartott I. szakülés.) 183. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VI. rendes tudományos ülés 1909 február 13.-án.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Rotter Henrik.**

Szemölcsképződés a látóidegfejen.

Fejér Gyula: A 28 éves nőben kétoldali papillitisből származó atrophia nervi optici és mindkét látóidegfejen szemölcsképződés látható. A papillák felülete nem egyenletes, hanem apró, a fényt erősen visszaverő, élesen határolt, mozaikszerűen elrendezett göbök-ből áll, sötét niveaudifferentiát is lehet közöttük kimutatni, és némelyik szemölcs a papilla területén kívül van és belenyúlik az érhártya területébe. A bal papillán a szemölcsök nincsenek ilyen élesen kifejlődve. A jobb szem teljesen vak, a bal szem $\frac{5}{30}$ vissussal bír. Az erek tágak, kissé kanyargók; a vénák felületén is lehet reflex-szalagot látni, sőt az ereket, különösen a vénákat, a papillából kiinduló fehér csik kíséri; mindkét jelenség a vénák falzatának megvastagodását jelzi. A szemölcsképződés szövettana még nincsen tisztázva, gyakran társul a látóidegfő gyulladásos és sorvadásos folyamataihoz. Niels Horg dán szemorvos közölt öt esetet és összegyűjtötte az idevonatkozó irodalmi adatokat.

Hozzászólások Friedrich Vilmos előadásához:

Csonttörések, medico-mechanikai kezelés, vizgyógyászat, munkáskórházak.

Vermes Mór: A baleset folytán keletkezett sérüléskor az orvos feladata ugyanaz, mint minden más betegségben, t. i. a gyógyítás, az egészség helyreállítása. A helyes diagnózis előfeltétele minden eredményes gyógykezelésnek, de különös fontossággal bír sérüléskor, mert az esetek túlnyomó többségében ettől függ a sérült testrész életlani működésének a helyreállása. A baleset folytán keletkezett sérülések nagy részét a törések és ficamodások teszik. Röntgen-vizsgálat segítségével tudvalevőleg ez utóbbiak könnyen megállapíthatók. Szükségesnek tartom tehát, hogy ha fractura vagy dislocatio gyanúja forog fenn, Röntgen-vizsgálat végeztessék.

A sebészeti kezelés befejeztével az esetek tekintélyes részében a gyógyfolyamat részben az immobilizálás folytán létrejött tértelenségi sorvadás vagy mervedések, összenövészek folytán még nincs befejezve. Fontos gyógytényező ilyenkor a medico-mechanikai kezelés. Minél korábban részesül a beteg ilyenmő kezelésben, annál kedvezőbb eredmény várható. Ennek igazságát igazolják Bum dr. bécsi orvos esetei, a melyek kivétel nélkül származék-törésekre vonatkoznak. Az általa végzett utókezelés

előző	19	hetes	kezelés	esetén	105	napot,
„	16	„	„	„	72	„
„	14	„	„	„	54	„
„	12	„	„	„	52	„
„	9	„	„	„	46, 38, 35	napot,
„	8	„	„	„	28, 17	„
„	5	„	„	„	26	„
„	2	„	„	„	8	„

igényelt. Hasonló tapasztalatokat szerzett Reich Miklós is.

Az utókezelés fontos tényezője a megfelelő módon alkalmazott vizgyógyászat is. Az itt elmondottak alapján tehát kétségtelen, hogy a kötelező munkás-balesetbiztosítás intézménye üdvös hatással csakis akkor lesz, ha nemcsak járadékot fognak megállapítani a sérülés folytán rokkanttá vált munkásnak, hanem lehetővé teszik számára munkaképességének a visszaszerzését. Ez utóbbi pedig csak úgy érhető el, ha minden pénztár székhelyén Röntgen-, medico-mechanikai és vizgyógyintézetet létesítenek. Szükségesek továbbá a munkáskórházak, a melyekben ne csak a sérültek, hanem a szinlelők is nyerjenek elhelyezést, minthogy ez utóbbiak leleple-

zése sok esetben csak hosszabb megfigyelés alapján lehetséges. Kétes halálesetekben nem mellőzhető a boncolás, a mikroszkopi, a vegyi vizsgálat sem, a mely vizsgálatok a létesítendő kórházak keretébe illeszthetők. A törvény értelmében kétféle járadék létezik: 1. állandó, 2. átmeneti. Ez utóbbi ismét kétféle: a) időleges, b) ideiglenes.

Helyesebbnek tartom a hasonezélű német törvény distinctióját az átmeneti járadék két ágának a megjelölésére, t. i. a Schonungs-Rente és Gewöhnungs-Rente-nek megfelelőleg a kimelési és megszokási járadék elnevezést.

Traumás neurosis.

Donath Gyula: A balesetbiztosítási törvényhozásnak köszönhetjük ezen újabban felállított körtypusnak behatóbb tanulmányozását, de egyszersmind azon némely oldalról hangoztatott aggodalmat, hogy ezen kiválóan sociál-politikai intézkedés a munkás demoralizálására vezethet, a mennyiben ez a várandó kártalanítás által túlhajtásokra vagy szinlelésekre fog hajlani. De mi tudjuk, hogy ezen elég gyakran előforduló túlhajtások (aggraválások) nem a törvényhozásnak következményei, hanem a betegség természetében rejlenek. Mert a traumás neurosis kórképét először Angliában és Amerikában ismerték fel és railway-spine-nek nevezték, mely országokban állami balesetbiztosítás még most sem létezik, és ismerték Francia- és Németországban, valamint nálunk ezen törvény hozása előtt is; előfordul továbbá oly egyéneken, kiknek tudomásuk sincs arról, hogy kártérítés járhat nekik, vagy oly egyéneken, kik nem szorúlnak rá és rá sem gondolnak, és végül — és ez a legfontosabb — oly egyéneken is megvan, sőt rosszabbodik, kiknek kártérítési igényeit már rég kielégítették, a mint én ezt elég gyakran észleltem. Ha a neurosis traumatica eseteit szaporodni látjuk, akkor ennek oka a közlekedés és a gyári ipar nagymérvű fejlődése, valamint egyáltalában a neurastheniának és hysteriának ismert okokból gyakoribb előfordulása, mely betegségek nagyon gyakori hajlamosító okát teszik a neurosis traumatica létrejöttének. Ha kivételesen előfordul is, a mit *Strümpell* egy régebbi dolgozatában „Begehrungsvorstellungen“-nek nevezett, vagy a „Rentenhysterie“, az bizonyos, hogy sokkal ritkább munkásokon, és gyakrabban épen gazdag sérülteken észlelhető, kik néha exorbitans kártérítéseket követelnek csekély baj esetén, a mint erről a biztosító társulatok tanuskodhatnak. Azért fontos a kártérítési eljárás megrövidítése, a betegeknek minél előbbi rendszeres kezeltetése a baleseti pénztárak által és hogy a sérültek bizonyos időn túl további vizsgálatok által ne zaklattassanak, a mi idegbajuk fokozásához csak hozzájárul. A kezeléshez esetleg a munkatherapia is tartozik, midőn a munkától elszakított vagy kóros képzetek uralma alatt álló egyéneket lassanként eleinte könnyebb munkához szoktatjuk. A német „Reichsversicherungsamts“ azonban jogi szempontból nem engedi meg, hogy ily munkára nevelés céljából a járadék leszállíttassék.

Hogy mily reális lehet a traumás neurosis, mutatja, hogy a kiinduló pontját tevő psychés shock oly nagy lehet, hogy az ilyen sérültek eleinte egészen zavartan járnak és a narcosis nélkül végzett operációkat fájdalom nélkül elviselik. Ehhez csatlakozik a tépelődés a saját sorsuk, és a maguk és családjuk jövője fölött, továbbá azon aggodás, hogy szembeszökő sérülések hiánya miatt a bajukat nem fogják elismerni; a néha ellenmondó orvosi vélemények, a perek természetesen még jobban fokozzák az idegességet és megbillentik a lelki egyensúlyt ezen egyéneken, kik úgyis többnyire a hypochondria, a neurasthenia vagy hysteria hajlamosságával bírnak, a mire az orvosnak tekintettel kell lenni. És ez a magyarázata annak, hogy vasúti balesetnél az utasoknak csak kis töredéke esik áldozatul a bajnak. De a neurosis traumatica egyáltalában csak kis töredéke az összes baleseti sérüléseknek és megbetegedéseknek, így például a német magánvasutaknak 1899-től 1903-ig, tehát négy év alatt 1600 kártalanításra jogosult sérültje volt és ezek közt csak hétnek volt neurosis traumaticája.

A psychés shock, a lelki izgalom károsan hatnak a sympathicus-idegre és a vérrendszerre; a tartósan fokozott vérnyomás arteriosclerosisra, tehát organikus megbetegedésre vezethet, illetőleg a már meglévő arteriosclerosis gyors haladásnak indulhat. A psychés trauma, a lelki izgalom és a velük járó csökkenése az idegrendszer működéseinek — ide tartozik a többi közt a látóterek szűkülete is —, valamint a vérrendszer-tünetek adják meg a traumás neurosisnak oly feltűnő monoton képét, az esetnek egyéni sajátosságai daczára. Óvakodjék tehát az orvos a simulatio szót kimondani és ezen diagnosist csak esalhatatlannak látszó bizonyítékok mellett állítsa fel, mert már elég gyakran derültek ki ily diagnosisek után súlyos szervi elváltozások, vagy a véleményezett egyén azon való kétségbeesésének, hogy nem tud igazához jutni, öngyilkosságot követett el. Ily esetekben az orvosszakértő világosan fejezze ki, hogy a kérdés nem dönthető el biztosan.

Hoche szerint a traumás neurosisok fele gyógyulatlan marad és csak kis része gyógyul meg teljesen. Hiszen ismeretes, mily gyakran jönnek ily betegek az orvoshoz panaszaikkal, midőn igénykeresetük már régóta kielégítően elintéztetett.

Ezen betegeknek a hypochondriára való hajlamuk miatt az orvos sohasem mutassa meg a bizonyítványt vagy szakvéleményt, és az ügyvéd vagy hatóság se közölje velük; elég a betegnek az eredményt megmondani, lehetőleg biztatva őt, hogy kellő kezelés és akarat mellett egészségét és teljes munkaképességét nemsokára vissza fogja nyerni.

Szinlelés és aggravalás. Baleset és elmebetegség.

Salgó Jakab: Az előadó többször emlegette érdekes fejtegetéseiben az aggravalio és simulatio fogalmát, a nélkül, hogy utalt volna arra a nagy különbségre, mely a kettő közt van. Azon balesetből eredő, idegrendszerbeli functionális bántalmakban, melyeknek tüneteinek legnagyobb részét subjectív természetűek, azaz melyekben a beteg panaszai semmi arányban sem állanak a vizsgálati objectív lelettel és a melyekben a súlyos betegségérzet áll az előtérben, az aggravalio egyik cardinális tünete a kórképnek. Látjuk ezt minden hasonló vagy azonos betegségben, nevezetesen a hysteria, neurasthenia és hypochondria azon eseteiben, a melyek nem traumás eredetűek és melyek azért semmi vonatkozásban sincsenek kártérítési vagy végkielégítési, szóval vagyoni jogi igényekkel. Ezekben az esetekben is az aggravalio, a betegnek erősen hangsúlyozott betegség-érzése és az objectív lelet közti aránytalanság adja meg a kóros állapotnak a ríktó színét. Azonban semmi kétség sincsen, hogy a traumás eredetű hasonló ideges állapotokban a fölmerülő vagyoni jogi igények és az ezeknek kapesán fejlődő aggodalmak és kívánságok, valamint a perrel járó izgalom, a kihallgatások, az ügyvédekkel való tanácskozások és nem kevésbé az ismételt orvosi kikérdezések és vizsgálatok nagy mértékben hozzájárulnak a subjectív panaszok kiélesedéséhez és fokozásához. De ez nem tekinthető simulationnak, vagy legalább is nagyon nehéz a simulatio kiderítése, ha csak nem nagyon vaskos.

De éppen azért, mert a traumás bántalmak kapesán beálló vagyoni jogi peres igények olyan határozottan súlyosbítják az említett kóros állapotokat, érdekes lett volna az előadónak nézetét hallani arra nézve, hogy a járadék vagy az egyszeri és végleges kielégítés mélyreható kérdésében saját tapasztalatainak nyomán milyen álláspontot foglal el. Mert egyrészt kétségtelen, hogy a kártérítési igényeknek gyors és végleges kiegyenlítése egy csapásra megszünteti a betegség lefolyására káros hatásoknak egész sorát és így sok esetben nagyban hozzájárul a betegség gyógyulásához és a sérült munkaképességének helyreállításához. Másrészt az is igaz, hogy az eseteknek egy bizonyos számában, a hol az idők folyamán a traumás eredetű bántalom előre nem látva súlyosbodik, és a hol a kezdetben könnyebbnek látszó betegséghez mérve történik a kárnak végleges liquidatioja, a végkielégítés egyenesen megkárosítást jelent a sérültre nézve; a járadék pedig, a vele járó és folyton fentartott újabb vizsgálatok és azért ingadozó természetűe miatt, mindig ébren tartja a sérültnek betegségérzését és ilyenképen egy a végtelenségig nyújtott igényper természetét ölti. Megvallom, hogy a döntés az eljárás módzataira nézve fölőtte nehéz, mert hiszen nemcsak a beteg egyénekéről és igényeiről van szó, hanem egyszersmind egy nagy sociális intézményről, melyet jogosulatlan igények kielégítésével nem szabad veszélyez-

tetni. Itt is, mint minden nagy sociális intézkedésben, csak a hosszú tapasztalat fogja megteremteni az eszközöket és vizsgálati mód-szereket, melyeknek segítségével az esetek igazságos elbírálása lehetséges lesz. De addig is, a míg ez az idő beáll, a traumás eredetű functionális idegbántalmak elbírálásakor a simulatio föl-vételével és megállapításával óvatosak legyünk és ne téveszszük össze azt a kórkép kimagasló típusos tünetével, az aggravalioval.

A mint az említett esetekben a baleset biztos oki jelentősége mellett a kórkép terjedelme bizonytalan, úgy az eseteknek egy másik sorában a kétségtelen betegség és az előzetes baleset közti oki összefüggésnek kimutatása okozhat nagy nehézségeket. Érttem valamely elmebetegségnek keletkezését egy előzetes balesetből. Már a balesetbiztosítási kérdés modern kifejlődése előtt is igen sokszor állították, hogy különböző muló és tartós elmebántalmak koponya-traumával egyenes oki kapcsolatban állnak, sőt voltak, a kik az elmebetegségek egy önálló formáját, a traumás elmebetegséget állapították meg. Ha ilyenről ma már nem is beszélnek, de a balesetből, mint egyenes és egyedüli okból származó elmebetegségek most is ismeretesek és mint igen súlyos következményei a baleseteknek számba jönnek.

Ez az okozatos összefüggés nyilvánvaló és világos ott, a hol közvetlenül a baleset kapesán és a koponyán vagy az agyban meglévő kézzelfogható sérülések mellett támadnak elmebeli zavarok, melyekben az észlelt tünetek természete is kétségen kívül helyezi az okozati összefüggést. De tudjuk, hogy sok esetben a demonstrálható sérülés jelentéktelen vagy egyáltalán hiányzik és a hozzáfűződő kóros tünetek mégis igen súlyosak. Ismeretes, hogy az egyszerű commotio cerebri legsúlyosabb tüneteit észlelhetjük a nélkül, hogy a koponyán vagy az agyban sérülést lehetne kimutatni. Ezekben az esetekben is az agy-tüneteknek természete és közvetlen kapcsolata a balesettel biztosan vezeti a véleményező orvost. De már az olyan esetben, a melyben hosszabb, néha évekre terjedő idő fekszik az elszenvedett baleset és a kifejlődő elmebetegség között, az okozati összefüggés kimutatása a legnehezebb problémák közé tartozik. Gyakran halljuk a hozzátartozóktól vagy magától a betegtől, hogy egy későn észlelés alá került epilepsia okaként régebben elszenvedett koponyasérülést vagy agyrázkódást emlegetnek. Sérülés nyomát pedig nem látjuk, vagy pedig oly jelentéktelen ez, a milyen számtalan esetben van minden utó-következmény nélkül. Minthogy pedig tudjuk, hogy az epilepsia az esetek legnagyobb számában veleszületett vagy az első életévekben fejlődő bántalom, és minthogy azt is tudjuk, hogy sok esetben a csecsemőkorban támadó epilepsziás rohamok éveken, sőt évtizedeken át szünetelhetnek, vagy alig észrevehető pillanatnyi absence-ok alak-jában jelentkeznek és csak egy későbbi korban, valamely újabb káros behatásra válnak nyilvánvalóvá, azért az orvosi vélemény gyakran megoldhatlan kérdés előtt áll.

Hasonlóképen áll a dolog a hűdéses elmezavarral. Minden kimutatásban szerepel néhány esetben a koponyatrauma mint a paralysis oka. De tapasztalatom szerint nagyon kivételesen ritka az az eset, a melyben az okozati összefüggést kétségtelenül meg lehet állapítani. Minden ilyen esetben a józan felfogás azt követeli, hogy a balesettel közvetlen kapcsolatban kóros agybeli tünetek megállapítása lehetséges legyen, és hogy a baleset, illetőleg annak hatása az illető egyén lelki életében megnyilvánult legyen valamely szembe-szökő változás alakjában.

A kártérítési paranoid és megelőzése.

Hajós Lajos: A baleset miatt kártérítést kereső betegsége sok esetben hasonló képet nyújt a paranoiához és ezért indokolt-nak tartom, hogy ép ilyenkor kártérítési paranoidról beszéljünk, mely, ép úgy mint a paranoia, reális érzések, illúsiók és sejtések elemeiből alakul ki. Míg azonban a paranoiában a téveszme utólagos magyarázata az érzett jelenségnek, addig a kártérítési paranoidnál megfordítva: a kártérítési eszme a forrás, melyből a legtöbb kóros érzés fakad. Ezen fordított fejlődésmenet magyarázza azt is, hogy míg a paranoia tüneteinek mindig subjective igazak, addig a traumás neurosisokban az aprioristikus cél szolgálata subjectív is hamis — túlzott vagy szinlelt — tünetek is sorakoznak. Az ily indukált hamis alkotórészeketől mentes traumás neurosis sokkal ritkább, mint az elejétől végéig hamis, szinlelt betegség.

A kártérítési eszmekör nemcsak a szűkebb értelemben vett idegkórtani esetekben, hanem a legkülönbözőbb külsérülésekben is igen fontos kórnemző szerepet játszhatik.

Eltételezve a kártérítési haszonvágóból fakadó túlzó és színlelő hajlamtól, mely az orvos tudatos félrevezetésére törhet, ne feledjük, hogy a legtöbb betegség szabadjára ereszti a benne szenvedő önféltő töprengéseit, melyek valóságos indukált hypochondriát hozhatnak létre. Ott, ahol a betegség oka annyira nyilvánvaló, mint az üzemi sérülésekben, a felkeltett gondolatsorozat nem az okok keresgélésébe mélyed el, hanem a következmények aggodalmas mérlegelésébe. Igen gyakori azon eset is, hogy a sérült, a ki pl. lábát törte, egyúttal ideg-shockot is szenvedett, de a lokalizált súlyos testi trauma tudata, még inkább pedig a hozzá csatlakozó súlyos helyi fájdalmak figyelmét teljes mértékben a külsérüléshez kötik le. Megeshetik, hogy a figyelem egyoldalú lekötése annyira intenzív és tartós, hogy az idegshock általános tünetei öntudatra sem jutnak. De azért távolról sem alszanak. A tudat mélyebb és homályosabb sphaeráiban azért ép úgy végbemegy az érzések és gondolatok paranoid synthesise, mint a tiszta ideg-esetekben. A különbség csak az, hogy az öntudat felszínére többnyire csak azon elemei vetődnek a paranoid synthesisnek, a melyek a külsérülés hatását túlozzák vagy félremagyarázzák. Sarbó említett egy esetet, melyet magam is láttam, s melyben a delejpatkóval vasreszeléket összeszedő munkásasszony karjának nyilván rheumás megbetegedését a delejre és villanyra vonatkozó primitív ismereteinek confusiójában villanyáram okozta baleseti sérülésnek gondolta. Itt maga a trauma is hysteriás csalódás volt és az egyén már előbb fennálló hysteriája szolgáltatta és képezte ki a traumás neurosis fonák alakját — a valódinak minden túlzó és paranoid tünetével; gyakori azonban, hogy a trauma megtörtént valóság és az előbb is fennállott, vagy a külsérülés által indukált idegesség talajából fakadnak azok a túlzások, a melyek annyira indokoltnak látszanak, hogy mélyebb analysis nélkül eszünkbe sem jutna az idegrendszeri szövödmény felvétele. Egy esetemben az eszmekapcsolásnak orvosilag paradox volta azonnal elárulta a panaszt bántalom és a sérülés össze nem tartozó voltát. Egy munkás jelentkezett rendelésemre, teljesen begyógyult vonalas metszett sebbel, mely harántul futott a biceps izomhasának közepén a hajlító oldalon. Panasz az volt, hogy a sérülés egy ideget ért és e miatt a karja megbénult.

A vizsgálat tipusos radialis-hűdés megállapítását eredményezte, mely az azon ponton szenvedett sérüléstől nem eredhetett. Ez irányban felvilágosítva a beteget, azonnal letett róla, hogy ezen ő általa konstruált összefüggést a balesetbiztosító pénztárnál értékesítse.

Gyakori eset, hogy a lokalizált traumás bántalom gyógyulásakor bontakozik csak ki az addig rejtett neurosis traumatica tipusos tünetcsoportja, melynek tüneti képében már csak a kültrauma helyére lokalizált erősebb fájdalom őrzi a kültrauma emlékét és az annak tulajdonított túlzott fontosságot.

A kültraumával kombinált és sok esetben észrevétlenül maradó általános traumás idegesség megállapítása azért fontos, mert segítségével igen gyakran embereket, a kiket aggravaló szimulánsoknak tartanánk, idegbetegeknek ismerünk fel; másrészt és talán gyakrabban elejét vehetjük annak, hogy apróbb sérülésekben az előbb is fennállott ideges hajlamból és a kártérítési vágyképzetekből oly végtelen kártérítési paranoid fejlődjék, a melynek az orvos felvilágosítása kezdetben útját vághatta volna. Azon orvos, a ki a traumás esetet legelőször észleli és gyógyítja, igen gyakran képes arra, hogy felvilágosítsa a laikus sejtések homályában szövődő, vagy a vágyképzetek szövöszékén tudatosan szőtt traumás hypochondriákat és szimulálásokat idejében korrigálja, csalóka reménységeket eloszlasson, csalóka aggodalmakat megszüntessen. Azon általános ismert igazság, hogy a kártérítési jogosultság az egyes traumás idegeseteknek egészen másféle, sokkal súlyosabb lefolyását eredményezi, mint a minő lett volna kártérítési igények nélkül, útmutatást ad arra, hogy az orvos abban az időben, a mikor kialakulóban vannak a sérült lelkében a tudatos és öntudatlan paranoid tényezők, ezen kialakulásra hatást igyekezzék gyakorolni.

(Vége következik.)

Szegedi Orvos-Egyesület.

(1908 deczemberi szakülés.)

Elnök: Faragó Ödön dr. Jegyző: Berger Mór dr.

(Vége.)

Erdélyi Jenő az otogen eredetű agyszövödményekről tart előadást betegbemutatók kapcsán.

Általánosságban rámutat azokra a tünetekre, melyekre úgy heveny, mint idült fulgnyedésekben mindig ügyelni kell, ú. m. láz, rázóhideg, fejfájás, szédülés, nystagmus, hányás, egyensúlyzavarok; mérlegeli röviden a jelentőségüket és diagnosztikai értéküket.

Ezután az 1908. évben a szegedi kórház sebészeti osztályán operált eseteknek ismertetésére tér át, különösen kiemelve az anamnesis és status praesens adatait, melyek a diagnózisnak és a műtét javalatának felállításában fontosak voltak.

Az esetek száma 15, még pedig hét heveny, nyolcz idült. Heveny esetekben a Schwartze-féle mastoidectomiát, idült esetekben a Küster-Bergmann-féle gyökeres műtétet végezte.

Agyszövödmény 11 esetben fordult elő. E gyakoriságnak okát az előadó abban találja, hogy a betegek csak későn fordulnak orvosi segítséghez, a fülfolysnak semmiféle jelentőséget nem tulajdonítanak.

Az agyszövödményekkel járó esetek a következők voltak:

Acut otitishez csatlakozó perisinusos tályog három esetben. Az illetők meggyógyultak.

Acut otitishez társult sinusthrombosis és meningitis egy esetben. Ez esetben érdekes, hogy a beteg otitisét nyolcz nap előtt kapta, kórházba a nyolczadik napon szállították a sepsises meningitis kifejezett tüneteivel. Az azonnal végzett műtét segítséget nem hozott: daczára a középső és hátulsó agyalap széles feltárásiának, a sinus felmetszésének és a benne levő thrombus eltávolításának, a vena jugularis interna alakításának, a beteg a műtét után öt órával meghalt, s a boncsolás, mint már a műtét alkalmával is részben látható volt, az egész agyalap és agyfelület diffus meningitisét mutatta ki.

Chronikus otitishez társuló extradurális tályog a középső agyalapon egy esetben.

Chronikus otitishez és cholesteatomához csatlakozó perisinusos tályog két esetben.

Chronikus otitishez és cholesteatomához csatlakozó középső agyalapi extradurális tályog két esetben. Mind az öt beteg meggyógyult.

Idült gümőkóros otitishez társuló heveny labyrinthitis egy esetben. Itt a Neumann-féle labyrinthus-műtétet végezte. A beteg a műtét után négy héttel általános tüdő- és bélgümőkórban halt el.

A boncsolás alkalmával az agy és agyhártyák részéről semmiféle kóros elváltozás sem volt észlelhető.

Idült otitishez és cholesteatomához társuló hátulsó agyalapi extradurális és kisagytályog egy esetben. Ez esetre jellemző, hogy a kisagytályog sem az anamnesisben, sem a megfigyelés ideje alatt semmiféle klinikai tünetet sem adott. A gyökeres műtét végzése és a hátulsó agyalaptályog feltárási után a beteg a meningitis serosa tipusos klinikai képét mutatta, mely két napi időközben végzett kétszeri lumbal punctio után teljesen javult, majd öt nap múlva a meningitis tünete ismét kifejlődtek, s a beteg e tünetek között elhalt. A kisagytályogot csak a boncsolás derítette ki, mely mellett a meningitis serosa képe volt látható.

Meghalt tehát összesen három beteg, közülük egy más betegségben, a többi meggyógyult.

Az előadás végén az előadó a tipusos otogen műtétek és otogen szövödmények műtéteinek készítményeit mutatja be.

Falta Marcel: Számos esetben végzett hasonló műtéteket s a javalatok tekintetében egyetért az előadóval.

Leitner Vilmos idősebb nő mutat be, a kin kétoldali oculomotorius-hűdés van jelen lueses alapon. Ha a specifikus bedörzsölések nem segítenek, műtéti beavatkozást fog végezni s az eredményt majd bemutatja az együletnek.