

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 szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEG-
KÓRTAN Babarézi Schwartz Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Haberern Jonathan
Pál és Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Tornai József: Közlés a budapesti m. kir. tud.-egyetem I. sz. belorvostani klini-
kájából. (Igazgató: Kétly Károly dr. udvari tanácsos, egyet. ny. rendes tanár.)
Az auscultatiós nyomásmérésnek diagnostikai értékéről, különösen a szív functio-
vizsgálata szempontjából. 593. lap.

Konrádi Dániel: Közlés a kolozsvári m. kir. Ferencz József tudományegyetem
általános kör- és gyógytani intézetéből. (Igazgató: Lőte József dr., nyilv. r. tanár.)
A veszettségelleni mentesség öröklése. 697. lap.

† Id. Elischer Gyula. 702. lap.

Pach Henrik: A Társadalmi Múzeum és a közegészségügy fejlesztése. 702. lap.

Irodalom-szemle. Könyvtármertetés. Körner Ottó: Fülörvostan. — **Lapszemle. Áltá-
lános kórtan. Mario Pavesi:** A Cesaris Demel leirta fehérvérsejtelváltozások

genyedésses folyamatokban. — **Belorvostan. Wassmuth:** A savós kiköpésről
pleura-punctio után. — **Giovanni Galli:** A Karell-féle kúra. **Idegkórtan. P.
Sainton:** Az apoplexia és hemiplegia kezelése. — **Bőrkórtan. Morawetz:** A sar-
jadzó sebfejtületeknek skarlátvörös-kenőccsel való kezelése. — **Fizikai gyógyí-
tásmódok. Laqueur:** A thermopenetratio hatása. — **Orr-, torok- és gégebajok.
J. S. Fraser:** Az orr-melléküregek genyedéseinek szövettana. — **Kisebb köz-
lések az orvosgyakorlatra. E. Meyer:** Pergenol. — **Althoff:** A fibrólysin alkal-
mazása a végbélben és a hüvelyben. 703—707. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi
újság. 707. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 707. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 708—710. lap.

**Melléklet. A Farbwerke, vorm. Meister Lucius & Brüning, Höchst a. M. cég
„Gyógyszerkészítmények“ prospektusa.**

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti m. kir. tud.-egyetem I. sz. belorvostani
klinikájából. (Igazgató: Kétly Károly dr. udvari tanácsos,
egyet. ny. rendes tanár.)

**Az auscultatiós nyomásmérésnek diagnostikai
értékéről, különösen a szív functiovizsgálata
szempontjából.**

Irta: **Tornai József** dr., klinikai II. tanársegéd.

A vérkeringésnek, főképpen pedig a szívnek functiovizsgálata az újabb időben igen nagy mértékben foglalkoztatja a kutatókat, és, bár az idevágó vizsgálatok nagyszámú egymástól eltérő utakon haladnak, az eddigi, igazán érdemes munkálatok is reményt nyujtanak, hogy a diagnostika talán már nem sokára oly értékes módszerekkel bővül, melyeknek segítségével a szív munkáját esetről esetre pontosan megmérhetjük és számadatokban is kifejezhetjük. Hogy ily módszer nélkül a diagnostika nem tökéletes, azt ma már minden működő orvos tapasztalja. Nem is csoda hát, ha a vizsgálók ily módszereknek keresésében, az orvosvilágnak igaz öröme, valóságos nemes versengést fejtenek ki.

A szívbántalmak pathológiája, de különösen terapiája szempontjából ma valóban nem elégedhetünk meg a puszta anatómiai diagnosis keresésével. Sőt kimondhatjuk: jóval fontosabb volna a functiodiagnosisnak esetről esetre való megállapítása. Valamely billentyűhibának egyszerű megjelöléséből ugyanis a szívnek erőbeli állapotáról, a szíjadékváltozás okozta munkatöbblethez való alkalmazkodásáról, a keringés mechanizmusának megváltozott viszonyairól megfelelő képet még nem alkothatunk. Pedig orvostudományunk végeztelének: a lelkiismeretes orvoslásnak helyesen csak akkor felelhetünk meg, ha a beteg szerv functiójának hibáit és hiányait ismerjük és azokat lehetőleg pótolni vagy helyrehozni törekedünk.

Az anatómiai diagnosis egymagában nem irányíthatja a therapiát és a prognosis határozott megállapítására sem ad jogot. Hogy orvosló eljárásunk hasznos-e vagy nem és hogy a javulás mily

mértékben halad, arról esetről esetre csak a helyes functiovizsgálat adhatna felvilágosítást.

A mióta, főképpen egyes ismertebb gyógyhelyeken, a szívnek functioviszonyait is különös figyelemmel ellenőrzik (már a mennyire a mai vizsgálatokkal megközelítőleg ellenőrizni lehet), azóta a szív-therapia új és biztosabb úton halad és szép eredményeket mutat-hat fel.

A szív functiójának hibájáról eddig legfeljebb a pulsus qualitásának, az incompensatio viszonyainak kutatásával szerez-hettünk némi tájékozódást.

Nem szándékom e helyen részletesen felsorolni azon újabb törekvéseket és eljárásokat, melyek a szív functiójának megítélését célozzák, de ki kell emelnem, hogy a legtöbb ily eljárásnak is a vérnyomásmérés a legszükségesebb kelléke. Egyébiránt igen való-színű, hogy azon kiváló kutatók előtt is, a kik diagnostikánkat a vérnyomásmérés módszereivel gazdagították, azon czél lebeghetett, hogy oly módszert adjanak kezünkbe, melynek segítségével a vér-keringést fenntartó erők mechanizmusába betekintést nyerhetünk.

A vérnyomás azonban többféle tényező együttműködéséből áll elő. Ezen tényezők között a szív munka mindenesetre a leginkább számottevő, de pusztán a nyomásmérésnek egyszerű adatát a szív-erő mértékének tekinteni nagyon is téves volna. A szív munka ily módon való becslésének leginkább az áll útjában, hogy a nyomást felidéző másik főtenyezőnek: a vérerek rugalmasságának, tonusának értéke rendkívül változó és így szinte kiszámíthatatlan. Más-különb a vérnyomásmérés-módszerek mai alakjukban is a vér-keringésnek erőbeli viszonyairól sok esetben elég értékes felvilágo-sítást adnak.

Tudvalévő, hogy oly eljárásunk ma már több is van, mely-
nek segítségével a verőeres rendszerben uralkodó nyomásnak nem-
csak maximumát, de minimumát is, szóval: a pulsus okozta nyomás-
ingadozást, megközelítő pontossággal megmérhetjük.

Ezen eljárások közül a legegyszerűbb, és a mennyire ma megítélhető, a legpontosabb *Korotkow* auscultatiós módszere. Egy-szerűségén kívül leginkább azért tarthat számot arra, hogy a működő orvosok is általánosan használják, mert használatát a vizsgálónak egyéni subjectivitása nem zavarhatja, a mit bizony *Recklinghausen-*

nek ma leghasználatosabb és sokaktól legpontosabbnak tartott, de igen komplikált készülékkel végezhető oscillációs módszeréről nem mondhatunk. Ha ugyanis Korotkow eljárása szerint valamely egyénen egymásután, de egymástól függetlenül, akár tíz (egyforma jó hallású) orvos is vizsgálja a vérnyomás viszonyait, mind a tíz csaknem hajszálalig ugyanazon határértékeket fogja bemondani.

Mi a budapesti I. belorvostani klinikán a vérnyommérésre hosszabb idő óta leginkább az auscultatiós módszert használjuk, mert összehasonlító vizsgálatainkból kitént, hogy ez a mai mérés-módok közül a leginkább megbízható és mindenekfelett a legegyszerűbb eljárás. Alkalmazásához Riva-Rocci készülékén kívül csupán egy hallgatócső (és jó fül) szükséges.

Az auscultatiós mérés módja lényege, mint ismeretes, abban áll, hogy valamely verőér felett, ha azt bizonyos erővel összenyomjuk, a szív systoléval egyidejűleg hangot (illetve zörejt) hallunk. Ha például a felfújható karóvval az art. brachialis egészen összenyomjuk és azután a levegőnek óvatos kiengedésével a nyomást fokozatosan csökkentjük, akkor, miközben az art. cubitalisnak előre megjelölt lefutáshelye felett stethoskoppal hallgatódzunk, egy bizonyos nyomásfokon: a maximális (systolés) nyomás fokán keletkezik a hang és rhythmusosan állandóan hallható a nyomásnak továbbcsökkentésével is egy bizonyos alsó határig: a minimális (diastolés) nyomás fokáig, a mely alatt aztán eltűnik. Ezen hang tehát éppen a pulsus okozta nyomásingadozás (amplitudo) határai között jut kifejezésre és így a vérnyomás minimumának és maximumának mérését és ezeknek alapján az úgynevezett pulsusnyomás és középnyomás meghatározását is lehetővé teszi.

De van az auscultatiós módszernek még egy sajátossága, a mi vizsgálataimnak is tulajdonképpen az alapját alkotta. Már a módszer megalapítója, Korotkow is, eljárásának bemutatása alkalmával¹ kiemelte, hogy a hang jellege a keletkezésétől az eltűnéséig sokszor szakaszonként változik: bizonyos phasisokat ad. Korotkow három phasist különböztet meg. A nyomásmaximum fokán jelentkező hang ugyanis a nyomás csökkentésével egy fokozott zörejjé (vagy zörejjé) változik, majd mélyebben ismét hang-phasis következik.

A későbbi kutatók közül egyesek (Ettinger, Fischer) még egy negyedik phasist is megkülönböztetnek. Sokszor ugyanis a harmadik phasis hangjai a nyomás csökkentésével egy fokozottan tompává, gyengévé válnak és azután ily tompa hangot hallunk le egészen a nyomásminimum fokáig. E tompahangú mérés-szakasz (a mely egyébiránt sok esetben hiányzik) adja a negyedik phasist. Azonban, mint majd látjuk, van eset, a mikor a hangok és zörejek sokféle változata és keveredése alapján akár hat phasisra is oszthatjuk a mérés pályáját és ilyenkor az is előfordulhat, hogy a kifejezett zörej szakasza nem a második, hanem a harmadik vagy éppen a negyedik phasist alkotja.

A midőn Riva-Rocci karóvének nyomása az art. brachialisban uralkodó nyomás minimumát (a diastolés nyomás fokát) kissé túlhaladta, akkor az érfal a systolés vérhullám áthaladása után (a szivdiastole elején) a külső nyomásnak engedve hirtelen összelapul és így a diastole tartama alatt vér a leszorítás helyétől periferiásan fekvő verőérszakaszba a szív felől nem juthat. Mivel tehát a vérhullám áthaladása után a karóv nyomása az alatta levő érszakaszt rögtön összelapítja, így az éppen áthaladt hullám a vérnyomás (a vis a tergo) alól felszabadul; hanem azért a magával hozott sebesség, energia hatása alatt a periferiás érrészletnek rövidebb-hosszabb szakaszában még tovahalad, a míg energiája elvész. Így tehát a diastole idején az art. brachialisnak a leszorítás helyével közvetlenül szomszédos rövidebb-hosszabb szakasza is, egyrészt mivel vértartalma alig van, másrészt mivel a centrumos érszakasztól el lévén zárva, a vérnyomás alól felszabadul, csaknem az egész diastole alatt kisebb-nagyobb mérvben szintén összelapul, fala elernyed. A következő systole alatt ezen ellazult üres érszakasz a berohanó újabb vérhullámmal egy pillanatra ismét megtelik, hirtelen megfeszül.

Az érszakasznak ezen rhythmusos megfeszülését, systolés megtelődését sok esetben tapintás útján is észlelhetjük. Ezen körülményre Ehret² figyelmeztetett bennünket. Ha ugyanis a karóvbeli nyomás lassú fokozása közben az art. brachialisnak (vagy cubitalisnak) a karóvval szomszédos részét tapintjuk, akkor bizonyos nyomásfokon feltűnően

erős, gyors, szinte peczelő pulsust tapintunk. Sajátságos, hogy ily erőteljes lökést jóformán csak egyetlen fokon kapunk, s e fok felett vagy alatt nem. Ezen fok pedig, a mint arról magam is sokszor meggyőződtem, teljesen egyezik a minimális nyomásnak auscultatio útján megállapított fokával s ez okból Ehret módszerét a diastolés nyomásnak tapintás útján való meghatározására néha igen jól használhatjuk. Hangsúlyozom, hogy néha, mert az említett, hirtelenül erőssé változó pulsust csak ritka esetben találhatjuk; tapasztalásom szerint leginkább oly esetben, a melyben a balszív hypertrophiás. Így például aorta-insufficienciának minden esetében megtaláltam azt, s ily esetben a különben is erős pulsus az art. cubitalison a diastolés nyomás fokán még erősebb, szinte durva lökessé változott. Tudvalévő pedig, hogy a minimális nyomás meghatározása, bármely módszer alkalmazásával, éppen aorta-insufficiencia esetében a legbajosabb. A legtöbb vizsgáló azt tartja, hogy például auscultatióval ilyenkor a minimális nyomás foka azért nem állapítható meg, mert hisz aorta-insufficiencia esetében az erekben spontán is keletkezik hang. (Ez érthető is, mivel ily esetben az érfal feszülése spontán is igen nagy és gyors ingadozásnak van a systole és diastole között kitéve.) Az általam vizsgált esetek között több (14) kifejezett aorta-insufficienciában szenvedő beteg is volt, a kiken a méréseim közben azon megfigyelést tettem, hogy a nyomásnak lassú fokozásával bizonyos (rendesen alacsony: 55–65 mm. Hg) fokon az addig igen tompa, fátyolozott hang hirtelen, átmenet nélkül változott koppanóvá. Ezen fokot tekintettem a minimális nyomás fokának. Megerősítette felvételemet később csaknem minden esetben Ehret módszere, a mennyiben az első koppanást rendesen ugyanazon fokon hallottam, a mely fokon megelőzőleg végzett méréskor a „koppanó” pulsust tapintottam.

A vérhullámnak erőlyes odacsapódása, az érfalnak hirtelen megfeszülése érthetővé teszi a hang keletkezését. A karóv által leszorított érrészlet is összenyomott, üres ugyan a diastole idején, de lumene a systole alatt a karóvnek erőlyes ellennyomása folytán aránylag lassan tágul, fala a hirtelen feszülés ellen védve van. A szomszédos periferiás érszakasz után lejjebb következő érrészlet pedig a megrekedt vér által teljesen kitöltött és így fala nincsen ellazulva. Ebből érthető, hogy miért hallható a hang legerősebben a leszorítás helyével közvetlenül szomszédos (leginkább ellazult) érszakaszban és miért gyengül az intenzitása fokozatosan e helytől távolodva úgy a centrumos, mint a periferiás irányban.

Mint ismeretes, a vérnyomás maximumán rendesen igen gyenge hangot hallunk. Ennek oka, hogy a karóvbeli magas nyomás miatt az akadályon át csak igen kicsiny vértömeg hatol a karóvval szomszédos periferiás érszakaszba, melynek ellazult fala ilyenkor tehát csak kis mértékben feszül meg.

Azt sem szabad feledni, hogy ilyenkor ugyancsak a nagy akadály miatt a karóv feletti erekben (art. brachialisban, subclaviában) pangás támad; ezen erek a szivdiastole alatt is erősen telvék, a mi szintén hozzájárul, hogy a systoléval kilökött vértömeg ezen erekben nehezen haladhat. Ha a nyomást a karóvben fokozatosan csökkentjük, akkor az akadályok is fokozatosan eszökkennek, az átsurruló vérhullám tömege is mind nagyobbá válik, s az általa felidézett hang is fokról fokra élénkül, néha szinte erősen ékelte változik. Azonban a hang intenzitása csak bizonyos határig növekszik, a melyen túl fokozatosan tompul, végül a minimális nyomás fokán eltűnik. A hangnak ezen viselkedése az elmondottak alapján olyképpen magyarázható, hogy a nyomásnak a maximumról való fokozatos csökkentésével a hang növekedése a vérhullám gyarapodásával csak addig halad párhuzamosan, a míg a karóv periferiás szélével szomszédos érszakasz minden diastole alatt lehetőleg üres és ellazult, szóval, a míg a systole alatt létrejövő hirtelen megtelődésnek és érfezülésnek egyik fontos feltétele adva van. A mikor azonban a karóvnyomás fokozatos csökkentésével az áthaladó vérhullám tömege felszaporodik, ezen megnagyobbodott vértömeg az említett érszakaszt mindjobban kitölti és lehetetlenné teszi, hogy az érfal teljesen ellazuljon. Ehhez járul még, hogy a nagyobb vértömegnek az akadályon való áthatolása aránylag hosszabb ideig tart és keresztülhaladása után a karóv nyomása alatt levő érszakasz elzárása, összelapítása nem oly hirtelen és nem oly tökéletesen megy végbe, mint az egészen kicsiny vérhullám mögött, a magasabb karóvnyomás alatt; s így a felső és alsó érszakaszoknak egymástól (vagyis az alsó érszakasznak a vérnyomástól) való elzárása a szivdiastolenak nem egész tartamára terjed. Mindennek következménye tehát, hogy a periferiás érszakasznak diastolés ellazulása a nyomás csökkentésével fokozatosan fogy.

A nyomás tetőfokán tehát a periferiás érszakasz igen ellazult, de a systoléval belejutó vérhullám igen kicsiny, viszont a nyomás minimumán az áthatoló vértömeg ugyan a lehető legnagyobb, ellenben az érszakasz ellazulása csekélyfokú és rövidebb ideig tartó.

¹ 1905 októberében a pétervári katonarorvostársulatban; később a Wratsche Maja Gazetta 1906. évi 5. számában le is írta eljárását.

² Ehret: Ueber eine einfache Bestimmungsmethode des diastolischen Blutdruckes. Münchener med. Wochenschrift, 1909. 12. sz., 606. l.

Érthető tehát, hogy úgy a maximum, mint a minimum fokán igen gyenge hangot kapunk.

A hang intenzitásának ezen sajátos változásán kívül az auscultációs nyomásméréssel foglalkozók mindegyikének, mint említém, feltűnt, hogy a legtöbb esetben a hang a nyomásnak egy bizonyos (közép) fokán, néha átmenet nélkül, többnyire azonban fokozatosan *zörejjé* változik, a mit lejjebb ismét hangphasis követ. Az egyes phasisok elrendeződése, beosztása rendkívül változó. Sok esetben pedig a mérés egész vonalán végig tiszta hangot hallunk és ezen legfeljebb esupán annyi változást, hogy e hang a nyomás maximuma és minimuma között körülbelül középtájon (az úgynevezett középnomásnak megfelelő határon) fokozatosan élénkül.

Ezen hangphasisok jelentőségével eddig azon kevés számú, de érdemes kutató közül, a kik az auscultációs mérőmóddal végezték vizsgálataikat, közelebről csak alig néhányan foglalkoztak. A legérdemesebb munkát e téren Fischer¹ végezte. Az ő vizsgálataiból kitűnt, hogy bizonyos hangszakaszok viselkedéséből bizonyos esetekben a szív munkára, a keringésnek mechanikai viszonyaira is következtetést vonhatunk. Ő leginkább a harmadik phasis viselkedését kísérte figyelemmel és szerinte e phasis hangjainak feltűnő ékeltségéből fokozott, erős szív munkára lehet következtetni, míg ugyanezen phasis hangjainak gyengésege gyenge szív munkára vall.

Az auscultációs mérőmód használata közben tehát nemcsak a vérnyomás (maxim. és minim. nyomás, pulsus-nyomás és középnyomás) viszonyairól nyerünk felvilágosítást, hanem sokszor a vérkeringés functioviszonyairól is. Magam is ezen nézetet valom és meggyőződésemet szintén a phasisok megfigyeléséből merítettem, csak hogy én e tekintetben a legnagyobb jelentőséget nem a hangphasisoknak, hanem a zörejphasisnak juttatom.

A zörej előidézésében is többféle tényező játszik szerepet. Egyik oka a zörej keletkezésének, hogy az érlumenben a karóvnyomása folytán egy helyen nagyfokú szűkület támad; e szűkület meglehetősen nagy akadály a véráram útjában, így a vérhullám ezen akadályon át igen erős súrlódással hatol keresztül. De nem annyira e súrlódás, mint inkább az hozza létre a zörejt, hogy az akadály alatt közvetlenül a vér folyamban örvénylő mozgás támad, a mi a szomszédos érfalat erős rezgésben tartja. Ahhoz, hogy hallható zörej keletkezzék, szükséges továbbá, a mint azt újabban Schrumpf és Zabel² is hangoztatja, hogy a kellő fokú érszűkületen keresztül a kellő mennyiségű vér kellő energiával, sebességgel nyomuljon keresztül.

Az ily módon keletkező zörejt tehát valóságos stenosis-zörej; teljesen hasonló körülmények támasztják, mint a milyenek a szív valamely szájadékának szűkületében támadó zörejt felidéz.

Mindnyájan tudjuk, hogy kifejezett zörejt, például stenosis ostii venosi sinistri esetében, csak addig hallható, a míg a teljes decompensatio be nem áll, vagyis, a míg a megfelelő fokú szűkületen át a kellő mennyiségű vér a kellő sebességgel hatol keresztül, s a mily mértékben fogy a compensatióra hivatott szívfél ereje, ugyanazon mértékben gyengül a stenosis-zörej is. Általánosan ismert és alkalmazott diagnostikai „fortély”, hogy ott, a hol az ilyen stenosis-zörejt gyengének halljuk, de feltehetjük, hogy a szív még bizonyos tartalékerő birtokában van, ha a beteggel testi munkát végeztetünk s ezzel a szívet is felserkentjük, a zörejt is felélénkül, mert az akadályon keresztül a vértömeget nagyobb erő, nagyobb sebességgel hajtja. Ezen esetben természetesen az akadály, a szűkület nem változott: a zörejt élénkülését tisztán a szíverő fokozódása okozza.

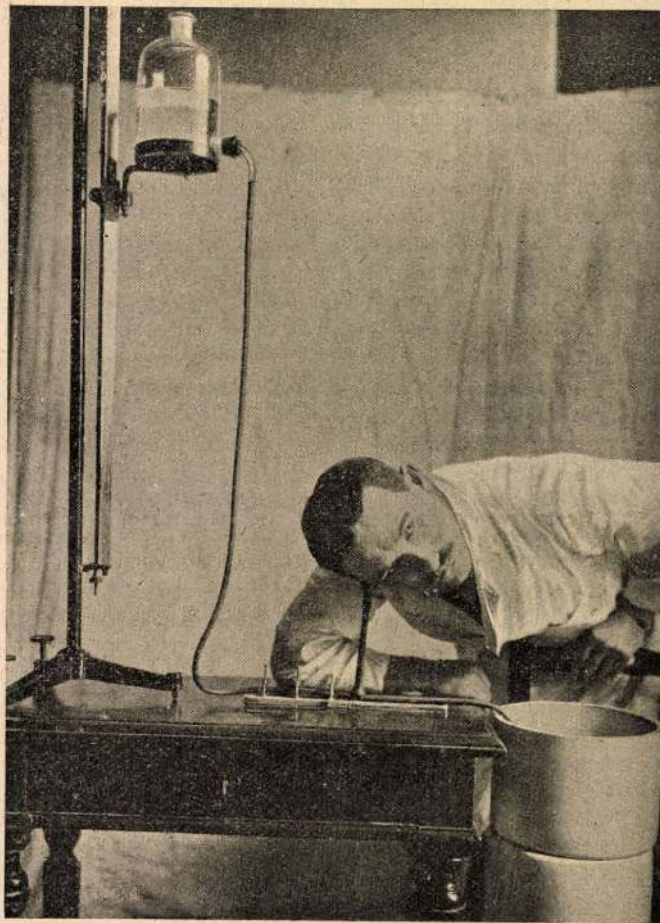
Hasonlók ezen viszonyok azokhoz, melyek a hegedű hangjának intenzitását adják. A kifeszített húr a szűkületnek, illetve a leszorított érfalnak, a vonó a véráramnak felel meg (Weber T.); mentől vastosabb, szélesebb a vonó és mentől erősebb nyomással és mentől gyorsabban húzzuk a húron végig, annál erőteljesebb, intenzívebb lesz az így felidézett hang (illetve zörejt) is.

Hogy a hajtóerőnek a zörejt keletkezésében nagy szerepe van, azt igen egyszerű kísérlettel igazolhatjuk. (1. ábra.)

Körülbelül egy meter magasságra emelt, vízzel telt palacknak

kifolyó nyílását hosszú gummicsővel kötjük össze. A cső valamely szakaszán szabályozható, csavaros szorítócsapot alkalmazunk, és, miközben a víz áramát megnyitjuk, a cső felett, a szorítócsapnak periferiás szomszédosságban stethoskoppal hallgatódzunk (a nélkül, hogy a csövet a stethoskoppal benyomnánk). Ha most a csövet a szorítócsap helyén fokozatosan szűkítjük, akkor a szűkítésnek bizonyos fokán kifejezett zörejt hallunk. Ha pedig közben segédünkkel a palackot még magasabbra emeltetjük, a nélkül, hogy a szűkület fokát változtatnánk, a zörejt az emelés mértékével lépést tartva, mind intenzívebbé válik; ellenben fokról fokra gyengül a palack süllyesztésével. Hogy a véráram pulzálását némiképpen utánozzuk, a csövet a palackhoz közel segédünkkel szabályos időközökben, bizonyos rhythmust tartva, össze-összenyomatjuk (Moritz). A cső összenyomása a szívdiastole, elengedése a szívssystole phasisának felel meg.

Mint említettem, a zörejt a cső lumenének fokozatos szűkítésekor nem mindjárt a szorítás elején, hanem kissé utóbb, vagyis akkor jelentkezik, a mikor már érdemleges stenosis állott be. Ha a szűkítést még tovább fokozzuk, a zörejt egy ideig még fokozatosan élénkül, de azután a szűkítés tovább fokozása ellenére is újból gyengévé válik úgy, hogy a csőnek teljes elzáródásához közel zörejt már alig hallunk. A zörejtnek ezen sajátos viselkedésén a csőfal vastagsága, bizonyos határok között, csak alig változtat. A zörejt keltésében tehát a szűkületnek bizonyos foka



1. ábra.

mellett a legfontosabb tényező a folyadékot hajtó erő mértéke. Mindenesetre a folyadék összetételének, sűrűségének (viscositásának) is befolyása van a zörejt intenzitására. Például azon szorítás mellett, melylyel a víz-áram a legerősebb zörejt adja, olajjal vagy glicerinnel zörejt nem kapunk; ellenben víz és glicerinnel keveréke már ad zörejt, a mely azonban a tiszta víz zörejénél jóval gyengébb.

Ezen kísérletberendezés mellett a zörejt punctum maximuma a stenosisall töszomszédos periferiás csőszakaszban van. Már jóval gyengébbnek halljuk azt a leszorítás helyével közvetlen szomszédosságban levő centrumos csőszakasz felett. Az ily módon felidézhető legerősebb zörejt a periferiás csőszakaszban a leszorítás helyétől távolodva fokozatosan gyengül, de azért még akár 45–50 cm. csőszakaszon is hallható, míg ugyan-ezen zörejt a centrumos csőfélnek csak alig 10 cm.-nyi szakasza felett. Ha pedig a szorítócsapot úgy állítjuk, hogy a szűkület csak kisfokú, s így a zörejt igen gyenge, akkor ezt jóformán csak a periferiás csőfélnek és annak is csak igen rövid szakaszán halljuk. A kísérletet természetesen úgy kell berendezni, hogy a cső árama spontán, leszorítás nélkül zörejt sehol se adjon.

A csőfal rezgését különben nemcsak halljuk, de tapinthatjuk is, és még a járatlan is sokkal élénkebbnek érzi ujját a szorítás helye alatt lévő csődarab rezgését a szorítócsap felett lévő csőszakasz rezgésénél. Ha a csap csavarjának forgatásával a csőszűkületnek azon fokát

¹ Fischer J.: Die auscultatorische Blutdruckmessung im Vergleich mit der oscillatorischen von Heinrich von Recklinghausen und ihr durch die Phasenbestimmung bedingter klinischer Wert. Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie, 1908. XII. kötet, 7. füzet.

² Schrumpf és Zabel: Ueber die auscultatorische Blutdruckmessung. Münchener med. Wochenschrift, 1909. 14. szám, 704. oldal.

állítjuk be, mely mellett tapintó ujjunk a rezgést a legröbbebbnek érzí és ilyenkor a cső mentében egyidejűleg mindkét kezünk több ujjával tapintunk, meggyőződhetünk a rezgésnek a stenosis helyétől való fokozatos gyengüléséről. Ilyenkor azt is tapasztaljuk, hogy a csőnek periferiás részén a szorítócsaptól akár 8—10 ujjnyira is még tapinthatjuk a rezgést, holott ugyanakkor a centrumos részen már 3—4 ujjnyira alig érezzük. Természetes, hogy tapintáskor a csőre a legcsekélyebb nyomást sem szabad gyakorolnunk.¹

Az elmondottak is igazolják, hogy a zörej a stenosis helyén és a vele közvetlenül szomszédos periferiás csődarabban támad és azt a folyadékáram és csőfal leginkább periferiás irányban odébbvezeti.

A vérnyomásmérés alatt is tehát a zörej punctum maximuma kell, hogy ott legyen, a hol a pneumatikus karöv az art. brachialiszt a legerősebben szorítja, szűkíti. Ezt a helyet azonban és annak kiterjedését adott esetben (főképpen pedig széles karöv használata mellett) pontosan annál kevésbé állapíthatjuk meg, mert a karöv anyaga, tömege és levegőtartalma egyrészt a közvetlen hallgatózást lehetetlenné teszi, másrészt pedig az értől átvett zörejt egész szélességére egyenletesen elosztja. Az azonban kétségtelen, hogy a zörej punctum maximuma a karöv által körülzárt érdarabnak valamely pontján van. Világos tehát, hogy az auscultációs méréskor hallott hang és zörej az érnek nem egy és ugyanazon pontján keletkezik.

Ha e körülményt szem előtt tartjuk és a fennebb elmondottakra visszaemlékezünk, megértjük, hogy miért halljuk a zörejt a mérésnek csak bizonyos, rövid szakaszán, rendszeren két hangphasis közé iktatva, és miért nem halljuk a nyomásmaximumtól kezdve le egészen a minimumig, a mérés egész pályáján folytonosan. A nyomásmaximum foka alatt közvetlenül ugyanis, mint tudjuk, egy darabig minden systole alatt csak kicsiny vérquantum hatolhat a nagyfokú érstenosison át s ennél fogva az általa keltett gyenge zörej a keletkezés helyétől több (10—15) cm.-nyire lévő hallgatócsőig nem juthat el. Viszont azonban az átjutott vér mennyisége már elegendő arra, hogy az éppen közvetlenül a stethoskop alatt lévő, egészen ellazult érszakaszba való becsapódásával és ezen érdarabnak hirtelen megfeszítésével hangot keltsen (*Ehret*). A karövbéli nyomásnak fokozatos továbbcsökkentésével az érákadály, a stenosis, mindinkább közeledik azon közepalakjához, mely mellett, mint a kísérletberendezés is igazolta, a zörej a legintenzívebb, s most már egyszerűsmind az áthaladó vérmennyiség és annak sebessége is igen tekintélyes, a surlódás, örvényképződés igen erős: jelentkezik a legerősebb zörej, a mely már most az érnek hosszabb szakaszára tovavezetetik és így a lejjebb lévő hallgatócső táján is elég élénk s az itt támadó hangot messze túlszárnyalja, teljesen elfödi. A nyomásmínimum foka felé közeledve azonban, a zörej újból fokozatosan gyengül és helyét lejjebb ismét hangnak adja át. Ez természetes is, mert ilyenkor, bár az áthaladó vértömeg igen nagy, az érákadály már igen jelentéktelen és az itt keletkezett zörej, mivel a surlódás, a vér örvénylése ismét csekély fokú, igen gyenge, alig vezetetik tova. A hallgatócsővel érintkező érszakasz azonban a szívdia stole alatt még ilyenkor is ellazult s benne a systoleval berohanó vértömeg még hangot támaszt.

Előfordul azonban, hogy némely esetben már a mérés maximumán is zörejt hallunk. Leginkább akkor tapasztaljuk ezt, ha a vizsgált egyénnel a mérés előtt testmunkát végeztetünk, vagy oly esetben, a melyben a bal kamra hypertrophiás és esetleg nagyobb vértömeget is hajt, szóval mikor a szív fokozott erővel dolgozik. A zörej keletkezésének egyik főtényezője tehát a szív hajtóereje.

Ha valamely mérés alkalmával nyugalomban is igen intenzív, s esetleg magas nyomásfokon kezdődő, hosszabb mérésszakaszra terjedő zörejphasist találunk, ebből a balszív hypertrophiáját még a részletes vizsgálat előtt megállapíthatjuk. Viszont azonban hibás volna abból, ha igen rövid, gyenge zörejphasist találunk, vagy ha éppen egészen hiányzik az, a szív munka gyengeségére következtetni; mert a zörej felidézésében a szív munkán kívül még több tényező játszik szerepet. Azonban a szív munkának a zörej keletkezésében való nagy jelentőségét azon körülmény is igazolja, hogy megfelelő testmunkával való felserkentése után a kifejezett zörej-

phasis rendszeren ott is jelentkezik, a hol nyugalomban való méréskor nem hallottuk.

Ezen körülmények igazolják az auscultációs nyomásmérésnek a szív functio vizsgálatában való használhatóságát.

Vizsgálatunkat ezen irányban a következőképpen eszközölhetjük:

Az első méréseket legalkalmasabb a betegnek fekvő helyzetében, teljes nyugalomban végezni. Az art. cubitalist kitapintjuk s lefutása irányát a bőrön színes zsirczeruzával megjelöljük. Leghelyesebb a kart vánkossra vagy valamely összehajtogatott ruhafélére úgy helyezni, hogy lehetőleg vízszintesen, a szívvel egy magasságban, kényelmesen feküdjék. A felfújható karövet úgy csatoljuk fel, hogy az alsó, periferiás széle az art. cubitalisnak az auscultatióra megjelölt pontjától 2—4 cm.-re legyen.

Czél szerű legelőször a nyomásmínimum fokát, és pedig a karöv nyomásának alulról felfelé való fokozásával meghatározni. Majd meghatározzuk és feljegyezzük a maximum fokát is. Azután a maximumról fokozatosan, de azért (hogy a tartós szorítás okozta erősebb pangást elkerüljük) lehetőleg gyorsan lefelé haladva, megjegyezzük azon fokot, a melyen a zörej jelentkezik és azt, a melyen ismét eltűnik. Czél szerű egyúttal a zörej foka mellé bizonyos egyszerű szemléltető jelekkel azt is feljegyezni, hogy a zörej erős-e vagy gyenge, tiszta-e vagy hanggal vegyes stb.

Most azután, a nélkül, hogy a karövet eltávolítanók, a beteggel az ágyban valamely egyszerű, nem túlságosan fárasztó, olyan testmunkát, gymnastikát végeztetünk, a mely különösebb figyelmet nem kíván, psychés izgalmat nem okoz. (Például felszólítjuk, hogy ágyában többször egymásután üljön fel, vagy hogy szabad karjával, egyik vagy másik lábával lökéseket végezzen. Feljegyezzük, hogy a beteg hány ily felülést vagy lökést végzett és hogy esetleg kifáradás, dyspnoe, szívdobogás jelentkezett-e.) A munka végzése után közvetlenül és később is percről percre újabb nyomásméréseket eszközölünk, miközben figyelemmel kísérjük a nyomásmaximum és -minimum viselkedése mellett a zörejphasist változását; hogy vajjon magasabb fokon kezdődik-e és hosszabb szakaszra terjed-e ilyenkor a zörej mint nyugalomban, vagy nem, és mennyiben változott az intenzitása, jellege. Az egymásután végezett mérések arról is felvilágosítanak, hogy a szív alteratiója meddig tart, mennyi idő múlva tér vissza a munka előtti állapot, stb.

Az I. sz. belorvostani klinikán egy év óta, több száz esetben, rendszeresen végzett vizsgálataimnak idevágó adatait röviden összefoglalva a következőkben közlöm:

Egészséges, elég erőteljes egyénekben (keskeny karöv használataival) rendszeren nyugalomban is találunk zörejphasist, a mely méréskelt munka (15—25 karlökés vagy 8—10 felülés-lefekvés) után feltűnően élénké válik és rendszeren magasabb fokon kezdődik, amplitudója kiszélesedik. Többször azonban a munka alatt vagy közvetlenül utána zörej még nincsen (vagy csak igen gyenge) és csak néhány pillanat múlva támad s fokozatosan erősbödik. Sok esetben, mint mondtuk, nyugalomban zörejphasist nem találunk, de még ily esetekben is munka után rendszeren felbukkan az. Rendes körülmények között a szív az ilyen könnyebb munka okozta insultust 3—5 perc alatt teljesen kiheveri, a mikor is az auscultációs mérés nagyjából ismét a munka előtti nyugalom adatait szolgáltatja. Fárasztó munka után a zörejphasis szintén élénk ugyan, de azon fok, melyen támad, nem emelkedik a nyugalomban talált foka fölé. A szív alteratiója ilyenkor tovább (8—10 percre) tart, miközben úgy a nyomásmaximum mint -minimum és egyidejűleg a zörejphasis amplitudója is fokozatosan kissé mélyebbre süllyed.

A zörejphasist munka után való feltűnő megerősödése kétségtelenül a szív munkának hirtelen megnövekedésével áll oki összefüggésben. Ha tehát valamely egyénnel végzett vizsgálatunk alatt úgy találjuk, hogy a zörejphasis valamely, nem túlságosan fárasztó testmunka után intenzívebbé válik és esetleg magasabb fokon is kezdődik mint nyugalomban, ha egyidejűleg a nyomásmaximum és -minimum feltűnő süllyedést nem mutat: joggal feltételezhetjük, hogy az illető egyén szíve kellő tartalékerővel bír.

Nem próbálom meg, hogy állításaimat szellemi magasugrásokkal: arithmetikai kiszámításokkal, egyenletekkel — a minőkben pedig a szív munka és szíverő vizsgálatával foglalkozó közlésekben manapság sokszor gyönyörködhetünk — igazoljam. Azt hiszem, még logaritmus nélkül is elég világos, hogy ily esetben a zörejphasis erősödése a szív munka fokozódását, gyengülése pedig a csökkenését jelzi. Elvégre

¹ Hasonló kísérlet-berendezés mellett, a mikor a rövidre vágott periferiás csődarab a csapról szabadon lóg és a csővön át pulzáló áramot vezetünk, a periferiás csőfal rezgését még láthatjuk is (*Schrumpf és Zabel*, I. c.).

még az sem volna talán túlmerész vállalkozás, ha tüzetes kísérletek, összehasonlító vizsgálatok, mérések alapján a zörejphasist intenzitásából, fokából, terjedelméből a zörej felidézé mechanikai erők mértékét kiszámítani próbálnánk.

Az nem valószínű, hogy az ily, mérsékelt vérnyomásemelkedéssel járó könnyebb munka az erek tonusát egyik pillanatról a másikra annyira megváltoztatná, hogy az a zörejphasist alakulására jelentékeny befolyással volna. Különben méréseim közben többször tapasztaltam, különösen gyenge, vitiumos egyénekben, a kiken nyugalomban zörejphasist nem kaptam, hogy munka után a vérnyomás csökkenése mellett is kifejezett zörejphasist jelentkezett.

Gyenge, könnyen alterálható, labilis szívű egyénekben a nyugalomban nyert zörejphasist még könnyebb munka után is rövidebb-hosszabb időre többször el-elűnik. Ugyanezt tapasztaljuk vitiumos egyénekben, súlyos incompensatio alatt; de kivételt tesznek azon esetek, melyek a bal kamra hypertrophiájával járnak. Ily esetekben ugyanis — igen súlyos decompensatiót kivéve — a zörejphasist sohasem hiányozhat. A mikor pedig (mint a legtöbb ily esetben) a bal kamra hypertrophiájához dilatatio is társul; vagyis, mikor a szívfél nemcsak nagyobb erővel, de nagyobb vértömeggel is dolgozik: a phasistok alakulása igen sajátos. Így például kissé decompenzált állapotban lévő aortainsufficienciás betegen az auscultatiós méréskor a szokottnál rendszeren több phasist találunk. Így a maximum fokán egy rövid szakaszon gyenge, rövid hangot, kissé lejjebb minden systoleval két hangot (melyek közül az első rendszeren rövidebb), még kissé mélyebben a második vagy mindkét hang helyén zörej (tehát minden systoleval hangot és zörej, vagy pedig egy rövid és egy hosszabb zörej) hallunk és csak ez után következik a tulajdonképpeni, rendszeren igen élénk zörejphasist, a melyet lejjebb még egy vagy két hangphasist követ.

Hogy ily esetben a zörejphasist előtt mi okozza a hangnak kettészakadását, azt ma csak találgathatjuk. En leginkább azon physiologiai tényre gondolok, hogy a szívkamara systoleja tulajdonképpen két részletből tevődik össze. Az összehúzódást ugyanis a kamara basisa kezdi, majd folytatja és befejezi a systolét a szívesücs contractioja. Dilatatióval járó balszív hypertrophia esetében, a mikor is a kamarasystole, a vér kihajtása a rendszeren különben is hosszabbra nyúlik, az összehúzódásnak ezen két szakasza egymástól jobban elkülönül és valószínű, hogy a kamarában diastole alatt összegyűlt vérquantum a systole alatt nem egy tömegben, hanem mintegy két részletben lökődik ki és ez okozná a hang kettőzöttségét. De az sem lehetetlen, hogy a kettős hangot (illetve zörej) az okozza, hogy a nyomásmáximum foka körül az art. brachialisban a karóvnek erős nyomása folytán az akadály igen nagy és így az art. brachialisnak centrumos darabjában a vérhullámnak jelentékeny része visszamarad, pang, úgy hogy a következő systoleval benyomuló újabb vérhullám csak úgy juthat át az érszűkületen, ha azon keresztül a megelőző systoleból az érben megrekedt vértömeget maga előtt átlöki.

(Vége következik.)

Közlés a kolozsvári m. kir. Ferencz József-tudományegyetem általános kór- és gyógytani intézetéből. (Igazgató: Löte József dr., nyilv. r. tanár).

A veszettségelleni mentesség öröklése.¹

Irtá: **Konrádi Dániel** dr., egyetemi magántanár, az intézet segéde.

(Vége.)

II. A kísérleti eredmények elemzése.

Ha a hét kísérleti sorozaton végigtekintünk, azt látjuk, hogy az első kísérleti sorozatban leirt öt kölyök olyan anyától származik a melynek a mentesítése a terhesség alatt történt. Az öt kölyök közül négy ragályállónak bizonyult 11, 14, 18 és illetőleg 22 hetes korában, ellenben az első nem volt ragályálló 9 hetes korában.

Hogyan magyarázhatjuk meg ezt a hosszú ragálybírást és az első kölyök halálát?

Az első kérdés megérthetése végett szükségesnek tartom felemlíteni, hogy a terhesség kutyán általában 58—65 nap között változik. Ezt tekintetbe véve, az itt szóban forgó anyát a fogantatás 1906 február elején történt, vagyis 3 hetes terhes volt egy az intézeten kívüli nem mentesített baktól akkor, mikor a mentesítése 1906 február 26.-án megkezdődött. Tehát sem az ondó, sem a petesejtnek nincs semmi szerepe a mentesség átvitelében, s ha az utódok mégis mentesek, azt vagy a méhenbelüli életben szerezték meg, vagy pedig a születés után az anyatejjel szívták magukba.

E két tényező közül, miként előző dolgozatomban hangsúlyoz-

tam már, legnagyobb hatása annak lehetett, hogy a mentesítés alatt az anyaállat szervezetében keletkezett veszettségellenes anyagok a lepényen keresztül átmentek a magzatokra; de gondolni lehet arra is, hogy nemcsak az anyában keletkezett kész védőanyagok, hanem az ezek termelődését megindító s lassanként fokozódó mennyiségben bejutó ragály maga jutott a lepényen keresztül a magzatokba, s miként az anyaszervezet, úgy a magzati szervezet is úgynevezett activ mentességet szerzett magának s ilyennel született meg. Erre annál inkább lehet gondolni, mert, miként láttuk, az anya a mentesítés végén enyhe veszettségi rohamot állott ki. En a magam részéről ilyen alapon képzelem megmagyarázhatni ezt a hosszú ragálybírást, mert a születés után a tejjel beszívott kész védőanyagoknak, miként láttuk is, semmi részük sincs a mentesség átvitelében.

A mi az első kölyök halála okát illeti, azt hiszem, hogy azt eléggé megmagyarázza a ragályozására használt adag nagysága és ereje. (A virulentia helyett Löte tanár „a ragály ereje“ kifejezést ajánlja.) Ugyanis 2 cm³ megállapodott ragály sok egy fiatal állatnak. Hiszen Tizzoni és Centanni¹ már 1893-ban hangsúlyozta, hogy az első próbaragályozás alkalmával nem szabad nagy erősségű ragályt használni és Nitsch² kimutatta, hogy a megállapodott ragály legkisebb halálos adagja 0.001 mgm. Igaz ugyan, hogy ez az adag agyburok alatti ragályozásra vonatkozik, de Fermi³ tapasztalatai szerint boralatti ragályozáskor is jóval kisebb adag elég a biztos ragályozásra.

Ha az itt elmondottakat figyelembe vesszük, akkor ez a kölyök rendkívül nagy és erős adagot kapott, melylyel az úgynevezett activ mentességgel bíró szervezet sem tudna megbirkózni. Igaza van Remlinger-nek,⁴ midőn az ilyen kísérletekre vonatkozólag azt mondja, hogy a kísérletező két veszedelem közé kerül: vagy egy második oltáshoz folyamodik, s az úgy talált mentességet öröklőtnek veszi, holott az az első oltás által nyújtott úgynevezett activ mentesség, vagy pedig tudatában van ennek a hibának és azt kikerülni akarva, oly erős ragályozáshoz nyúl, melylyel az úgynevezett activ mentességgel bíró szervezet sem tudna megküzdeni. Remlinger is azt a módszert ajánlja az ilyen hiba kikerülésére, a mit Ehrlich⁵ is, s a melyet első közlésemben én is követtem, hogy tudniillik az ugyanazon fogantatásból származott utódokat egymásután különböző időben próbálja ki az ember.

Mielőtt azonban az eredmények értelmezését folytatnám, szükségesnek tartom itt is felemlíteni, a mit első dolgozatomban már részletesen leírtam volt, hogy a szóban forgó anyát a mentesítése befejezése után 6 hónappal (1906 szeptember) megállapodott ragálylyal agyburok alatti ragályozásnak vetették alá. Az oltás utáni 10. nap kitört rajta a veszettség, de kigyógyult a bajából.

Tehát az anya kisebb fokú mentességet szerzett magának a mentesítése alatt, mint a kölykei a méhen belül, mert azok közül a hasonló módon agyburok alá oltott V. számú majdnem 6 hónapos korában még csak beteg sem lett.

Ezzel kapcsolatban a német közlésemben (l. ott a 143. l.) azt a kérdést vetettem volt fel, hogy vajon nem képződnek-e nagyobb mértékben a védőanyagok a fiatal szervezetben. Ezt a körülményt már csak azért is fel kell újra említenem, mert Remlinger is szóvá teszi abban a dolgozatában, melyet alább részletesen fogok ismertetni, s a melyben ezt a feltevésemet saját tapasztalatai alapján elfogadja.

A II. és III. kísérleti sorozatban leirt kölykök ugyanegy mentesített apától és mentesített anyától származnak s úgy rendeztem a beoltásukat, hogy a III. sorozat folytatása legyen a II.-nak. A II. kísérleti sorozatban leirt 6 kölyök közül 4 ragályállónak bizonyult 8, 16, 25, illetőleg 27 hetes korában, ellenben 2 nem volt az 7, illetőleg 12 hetes korában. A III. sorozatban kipróbált 5 utód közül 3 bizonyult ragályállónak 29, 35, illetőleg 42 hetes korban, ellenben 2 nem, még pedig 40, illetőleg 44 hetes korában.

¹ Tizzoni és Centanni: Die Vererbung der Immunität gegen Rabies von dem Vater auf das Kind. (Centralblatt f. Bakt., XIII. 81. l.)

² Nitsch: Expériences sur la rage de laboratoire. (Cracovie, 1905. 359. lap.)

³ Fermi: Ueber die Verteilung des Lyssavirus im Nervensystem. (Centralblatt f. Bakt. Orig. L. 438. lap.)

⁴ Remlinger: Contribution à l'étude de la transmission héréditaire de l'immunité antirabique. (Annal. Pasteur. XXIII. k., 430. l.)

⁵ Ehrlich: Über Immunität durch Vererbung u. Säugung. (Zeitschr. f. Hyg., 1892. XII. k., 2. füzet.)

Miként ezek a tapasztalatok bizonyítják, öröklhetnek szüleiktől az utódok olyan mentességet, melyet a szülők a fogantatás előtt huzamosabb idővel szereztek meg. Az ilyen úton szerzett mentesség öröklése általános szabálynak ígérkezik, de kivételül az ugyanazon terhességből származott utódok között egyéni különbségek vannak: némely utód örökli a szülők szerzett mentességét, másik ellenben nem. Hogy vajon ez az egyéni különbség Dzierzowski¹ felfogása szerint magyarázható-e, mely szerint ugyanabban az állatban a különböző Graaf-féle tüszők folyadékának méregközömbösítő képessége más és más, s ez magyarázza meg azt a különbséget, melyet egy és ugyanazon anya utódainak ragályállóképességében látunk, vagy pedig más, még ismeretlen okai vannak, kérdéses; de hogy ilyen egyéni különbségek léteznek, az kétségtelen.

A IV. és V. kísérleti sorozatban leírt utódok mentesített apától és világrahozott mentességgel bíró anyától származnak. Az apa ugyanaz mind a két sorozatban, az anya pedig az első kísérleti sorozatban leírt II. illetőleg III. számú kölyök. Megjegyzem, hogy az anyák mentessége nem tekinthető tisztán világrahozottnak, mert mindkét anya két. próbaragályozáson esett át: egy-egy izomközöttin 11, illetőleg 14 hetes korában, és egy-egy agyburok alatt 8 hónapos korban s így a két oltás által szerzett úgynevezett activ mentesség is hozzájárulhatott a világrahozottnak.

A IV. kísérleti sorozatban beoltott 5 kölyök azonban mind elpusztult a 30, 43, 45 napos, illetőleg 10, 14 hetes korában történt próbaragályozás után, hasonlóképpen az V. sorozatban beoltott 2 utód is a 23, illetőleg 29 hetes korában való oltás után. Igaz ugyan, hogy ez az utóbbi kölyök, miként a kísérletek leírásánál láttuk, 11 napig tartott tünetes szak végén pusztult el.

Szokatlan a veszettség tünetes szakának ily hosszú tartama, különösen ha tekintetbe vesszük az oltásra használt ragály erejét, úgy hogy jelen esetben a ragály esetleges meggyengült voltáról szó sem lehet. S mégis ennyi ideig tudott ez a fiatal kölyök megküzdeni a kitört veszettséggel. Ennek az oka vagy egyéni sajátság, vagy pedig bizonyos fokú mentességet örökölt ez az állat, mert miként már első közlésemben hangsúlyoztam, ilyen fiatal állatokon a veszettség tünetes szaka jóval rövidebb szokott lenni. Igaz ugyan, hogy a IV. kísérleti sorozatban ugyanilyen szülőktől származott utódok semmiféle mentességgel sem bírtak s ebben a sorozatban sem volt az I. számú kölyök ragályállóképességű 23 hetes korában, de az tény, hogy az erős ragály ebben a kölyökben mégis csak módosult. E módosulás mellett szól ama körülmény is, hogy a belőle tovább oltott nyulak közül csak egyik kapta meg eddigelé a veszettséget s az is csak 136 nap múlva, a másik még él, pedig 1909 július 12.-én egy év telt el az agyburok alatti beoltása óta, a beoltott 2 kutya közül pedig az egyik a 21. nap megveszett, de 4 nap múlva kigyógyult, a másiknak semmi baja sem lett, sőt még mentességet sem szerzett magának, mert egy 2 hónappal erre következő beoltása után 22 nappal kitört rajta a veszettség, mely 36 órai tünetes szak végén meg is ölte.

A VI. kísérleti sorozat 6 tagja mentesített apától és nem mentesített anyától származik. Ezek közül 5 nem bizonyult ragályállónak 11, 11, 16, 35, 35 hetes korában, ellenben az I. számú 7 hetes korában kibirta a ragályozást. Igaz ugyan, hogy kitört rajta a veszettség, de kigyógyult belőle.

A VII. kísérleti sorozatban leírt 5 kölyök mentesített anyától és nem mentesített apától származik. Ezek mind ragályállók 39 napos, 16, 19, 22 és 44½ hetes korukban.

Végig tekintve ezeken a tapasztalatokon, azt látjuk, hogy a veszettség elleni mentesség öröklődik. A mentesség átöröklésében alig jut valami szerepe az apának, ellenben nagy mértékben megvan ez a képesség az anyában. Az anya átöröklő képessége az egymást követő terhességek folyamán mintha növekednék, mert a mint láttuk, ugyanattól az anyától a II. és III. kísérleti sorozatban 2—2 utód nem bizonyult ragályállónak, ellenben a VII. sorozatban mindenik utód ragályállóképességű. Hozzájárulhatott az átöröklő képesség fokozásához az is, hogy az anya mind több és több próbaragályozáson esett át, melyek az ő mentességét is fokozták. Azt is látjuk ezekből a kísérletekből, hogy a világra hozott mentesség meglehetősen

hosszú. Az eddigi tapasztalatok szerint 10 hónapig eltart, sőt talán még hosszabb ideig. Erre vonatkozólag újabb kísérletek vannak folyamatban, a melyek folytatását teszik majd ezeknek, mikor is az I. számú utódot egy éves korában fogom kipróbálni és így tovább. Az a tervem, hogy a természetes ragályozási módnak megfelelőbben az ilyen utódokat megharaptassam veszett kutyával, mert gyakorlati szempontból az volna a fontos, hogy az ilyen ragályozás ellen mennyi ideig tart a világrahozott mentesség. Valószínűnek tartom, hogy itt is bebizonyul az a tapasztalat, a mit Süpfle¹ a himlő-ellenes mentességre vonatkozólag tett, hogy tudniillik a természetes himlő ellen hosszabb ideig eltart a mentesség, mint a mesterségesen beoltott ellen, a minek okát abban látja Süpfle, hogy mesterséges oltásoknál nagyon sok ragályt juttatunk a szervezetbe.

Ezek a kísérletek be voltak végezve, mikor Remlinger² hasonló tárgyú közlése megjelent az „Annales de l'institut Pasteur” 1909 május 25.-i számában. Nagy megnyugtatósságra szolgált, hogy az első dolgozatomban közölt adatokat saját kísérleteivel megerősítette Remlinger. Dolgozata különben is igen figyelemreméltó a szóbanforgó kérdés szempontjából, miért is kissé részletesen foglalkozom vele ezen a helyen.

Kísérleteit nyulakon végezte, még pedig megállapodott ragályllyal. Külön kereste az apa, az anya és a táplálkozás szerepét a mentesség átvitelében és arra az eredményre jutott, hogy az apának semmi szerepe nincs az ilyen mentesség átvitelében, mert egy ilyen mentesített apától és nem mentesített anyától származott 3 nyúl-kölyök 4 hónapos korban nem bizonyult ragályállónak.

Az anyát egyszer a terhesség előtt, máskor a terhesség alatt mentesítette és így külön kutatta a pete meg a lepény útján történő átszármaztatását a mentességnek. Előbbiből 3, utóbbiból 2 kísérlete van.

Az első csoport első kísérletében egy mentesített anyától 4 kölyök született, melyek közül 2 három hónapos korban próbáltatott ki. Egyikük megveszett 2 nappal később, mint az ellenőrző, a második ragályállónak bizonyult, de 6 hónapos korában másodszor beoltva megveszett ugyanakkor, mint az ellenőrző. A másik 2 kölyköt 6 hónapos korban próbálta ki; mindkettő megveszett 8, illetőleg 10 nappal később, mint a tanúállatok.

Ugyanettől az anyától egy fél évvel későbbi terhességből származott 2 utód nem bizonyult a 3. hónapban ragályállónak, az anya pedig még az volt.

E csoport második sorozatában egy mentesített anyától 4 kölyök származott, melyek közül a 3. hónapos korban történt próbaragályozással csak egy bizonyult ragályállónak, a másik 3 azonban megveszett, az igaz, hogy 11, 13 és 21 nappal később, mint az ellenőrzők.

E csoport harmadik sorozatában egy mentesített nőstény kutyától 8 utód származott. Ezeket mind egyszerre oltotta be 15 napos korukban. Hat közülük megkapta a veszettséget, 8, 9, 10, 12, 15, illetőleg 65 nappal az oltás után, 2 azonban életben maradt.

Ezekből arra a következtetésre jut, hogy a pete útján történő átszármaztatása a mentességnek lehetséges, de nem tartós, s hogy ez kifejezettebb nyúlon, mint kutyán („la transmission de l'immunité par voie ovulaire est possible mais non fatale”, „la transmission de l'immunité héréditaire par la voie de l'ovule semble enfin plus manifeste chez le lapin que chez le chien.”)

A második csoport első kísérletében a terhesség alatt mentesített anyától 4 nyúl-kölyök született. Kettő közülük 2 hónapos korban ragályállónak bizonyult, a másik kettő közül 5 hónapos korban kipróbálva az egyik ragályállóképességű, a másik megkapja a veszettséget 10 nappal később, mint az ellenőrző. Az első 2, mely két hónapos korban ragályállónak bizonyult, 6 hónapos korban újra beoltva jellemzően veszettségben pusztult el.

E csoport második kísérletében a terhesség alatt mentesített anyától 3 nyúl-kölyök született. Az anya 4 hónappal a szülés után még ragályállóképességű. Ugyancsak 4 hónapos korukban oltotta be a kölyköket, melyek közül egy a 25. napon megveszett, a másik kettő életben maradt. Hat hónapos korukban, tehát az első oltás után

¹ Dzierzowski: Zur Frage der Vererbung von künstlicher antidiphtheritischer Immunität. (Ref. Centralblatt f. Bakt., 1901. I. rész, XXX. 884. l.)

¹ Süpfle: Die Vaccineimmunität. Arch. f. Hyg., 68. kötet, 3. füzet, 237. lap.

² Remlinger: Contribution à l'étude de la transmission héréditaire de l'immunité antirabique. Annales Pasteur, XXIII. kötet, 430. lap.

2 hónappal, az anyjával egyszerre agyburok alá oltva, a veszettség jellemző tünetei között pusztultak el. Ez utóbbi kísérleteiből arra a következtetésre jut, hogy a lepenyén történő átszarmaztatása a mentességnek gyakoriságban és tartósságban felülmúlja a pete útján történőt.

Remlinger is kutatta, hogy vajon a veszettségellenes mentesség átvitelében a táplálkozás olyan szerepet játszik-e, mint a minőt Ehrlich tulajdonít neki s arra az eredményre jutott, hogy egyáltalában semmi szerepe sincs.

III. A veszettségellenes mentességgel bíró állatok vérsavójának hatása a veszettségi ragályra.

Már első dolgozatomban említettem, hogy vizsgálódásaimat kiterjesztettem arra is, hogy meglássam: minő hatása van a veszettségellenes mentességgel bíró állatok vérsavójának a veszettségi ragályra. Erre azért volt szükség, mert felvilágosítást vártam az ilyen kísérletekből arra a fontos kérdésre, hogy mi az alapja a szerzett, illetőleg az öröklött mentességnek, hogy vajon ennek a védelemnek a székhelye a vérben vagy más szövetrendszerben van. Ezért aztán a mentesített vagy világrahozott mentességgel bíró állatok vérsavóját összekevertem kóbor ragálylyal, az ilyen keveréket vagy szobai vagy annál alacsonyabb illetőleg magasabb hőmérsékleten tartottam 24 óráig, mely idő alatt többször összeráztuk, azután nyulakba és tengerimalaczokba oltottuk, még pedig részint agyburok alá, részint a gerincoszlop mellé mélyen az izomzatba. Az oltást megelőzőleg mindig ültetést tettem az ilyen keverékből agárba, hogy meggyőződjem az oltó tisztaságáról. Mindjárt itt megjegyzem, hogy az ilyen ültetéseken egyetlen egyszer sem fejlődött semmi. Minden oltás alkalmával ellenőrző kísérletet is végeztem a tiszta ragályból, hogy meggyőződjem az erejéről.

Az első ily irányú kísérletet 1907 július 8. án végeztem. Ezen a napon kieresztettem a második kísérleti sorozatban (mentesített apa és mentesített anya utódai) leírt IV. V. és VI. számú kölyök fülszélti vivőeréből 10–10 cm³ vért, melyből 20 óra alatt szépen kivált a tiszta vérsavó. A vérsavót egyenlő mennyiségben összekevertem kóbor ragálylyal, melyet sterilis szűrőpapíron átszűrtem. A keverék 24 óráig állott 17 C⁰ hőmérsékleten, azután mindenikből beoltottam agyburok alá egy-egy nyulat és egy-egy malacot. Az ellenőrzésül tiszta ragálylyal beoltott malacz és nyúl 30 nap alatt jellemző veszettségben pusztult el, ezekkel egy nap hullottak el veszettségben a IV. és VI. kölyök vérsavója keverékéből beoltott malaczok is, sőt az V. kölyök vérsavója keverékével oltott malacz még korábban kapta meg a veszettséget, mert már az oltás utáni 22. nap elpusztult. A nyulak is mind megveszttek, csakhogy később: az V. kölyök vérsavója keverékével beoltott 225, a VI.-é 290, a IV.-é ellenben csak 499 nap múlva.

A második kísérlet az első kísérleti sorozatban (mentesítés a terhesség alatt) leírt IV. számú kölyök vérsavójával történt. Ez, miként ott láttuk, 18 hetes korában ragályállónak bizonyult megállapodott ragály ellenében, sőt egy éves és 11 napos korában (1907 április 15.) az agyburok alá juttatott kóbor ragálytól sem lett semmi baja. Ennek a carotisából vért eresztettünk 1907 szeptember 24.-én. A másnapra kivált vérsavót egyenlő mennyiségben összekevertem kóbor ragálylyal s 24 óráig 17 C⁰-nál tartottam, mely idő alatt többször összeráztuk, azután beoltottunk vele egy nyulat agyburok alá és egy malacot a háti gerincoszlop mellé mélyen. A malacz a 29. nap jellemző tünetek között veszett meg az ellenőrzésül tiszta ragálylyal beoltott nyúllal együtt, ellenben a nyúl baleset következtében pusztult el idő előtt.

A harmadik kísérletet 1907 november 18.-án végeztem az első kísérleti sorozatban leírt II. számú kölyök vérsavójával, mely, miként ott láttuk, 11 hetes korában ragályállónak bizonyult a megállapodott ragály ellenében, sőt 1 éves és 11 napos korában a kóbor ragálylyal történt agyburok alatti oltást is kibírta. A carotisából nyert vér savóját összekevertük kóbor ragálylyal, melyből 24 órai 15–17 C⁰-on történt állás után beoltottunk két nyulat agyburok alá és egy malacot a háti gerincoszlop mellé mélyen. A malacz a 24. napon beteg s 3 napi tünetes szak végén elpusztult veszettségben, a nyulak közül az egyik 380, a másik 477 nap múltán veszett meg. Az ellenőrzésül agyburok alá oltott nyúl 20 nap alatt jellemző tünetek között veszett meg, az egészen egész-

séges (nem mentesített) kutyakölyök vérsavója keverékével beoltott malacz 38, az ugyanezzel beoltott nyúl 46 nap alatt hullott el a veszettség jellemző tünetei között.

A negyedik kísérletet 5 olyan kölyök vérsavójával végeztem, a melyek mentesített apától és világrahozott mentességgel bíró anyától születtek. E kölyökök füléből egy napos korukban vért eresztettem s a másnapra kivált vérsavót ugyanazzal a kóbor ragálylyal kevertem össze, mint a harmadik kísérletben s így az ellenőrző is ugyanaz. A vért azért vettem ilyen fiatal állatoktól, mert azt hittem: hátha ilyenkor nagyobb a vérsavó ragályközbősítő képessége. Azonban az eredmény nem ezt mutatta, mert az egyik nyúl már a 15. napon kitört a veszettség, mely 48 óra alatt meg is ölte, a malaczon ellenben csak a 26. nap jelentkezett a betegség, mely 3 napi tünetes szak után ölte meg. Hasonlóképpen megveszett a többi állat is.

Az ötödik kísérletet 4 olyan kölyök vérsavójával végeztem, a melyek mentesített apától és mentesített anyától születtek. E kölyökök füléből 7 napos korukban vért eresztettem s a kivált vérsavót ugyanazzal a kóbor ragálylyal kevertem össze, mint a harmadik kísérletben. Az agyburok alá oltott egyik nyúl a 17., a másik a 197. napon hullott el jellemző veszettségben, a gerincoszlop mellé oltott malacz pedig a 31. napon. Hasonlóképpen megveszett a többi állat is.

A hatodik kísérletet mentesített apától és mentesített anyától származó kölyök vérsavójával végeztem. (Lásd II. kísérleti sorozat 2. szám.) Ez a kölyök, miként ott láttuk, 8 hetes korában ragályállónak bizonyult. A carotisából vett vérből kivált vérsavót 1907 november 18.-án összekevertem egyenlő mennyiségben ugyanazzal a kóbor ragálylyal, mint a harmadik kísérletben. Az agyburok alá oltott egyik nyúl a 18. napon kitört a veszettség, mely 3 napi tünetes szak után megölte, a másik nyúl ellenben csak 212 nap múlva hullott el; a gerincoszlop mellé oltott malacz a 27. napon pusztult el veszettségben.

A hetedik kísérletet a második kísérleti sorozatban leírt mentesített szülőktől származó V. számú kölyök vérsavójával végeztem. Ez, miként láttuk, 25 hetes korában (1907 szeptember 11) ragályállónak bizonyult kóbor ragály ellenében. Próbaragályozását megelőzőleg két hónappal (1907 július 8) vett vérsavója, miként az első ily irányú kísérletben láttuk, semmi hatással sem volt a kóbor ragályra s kíváncsi voltam megtudni: vajon most a kiállott próbaragályozás után nem keletkeztek-e a vérsavójában veszettségellenes anyagok. Ezért 1907 november 18.-án a carotisából vett vérből kivált vérsavót ugyanazzal a kóbor ragálylyal kevertem össze, mint előbb. A ragálysavókeverékből agyburok alá oltott egyik nyúl a 16. nap kitört a veszettség, mely 48 óra alatt megölte, a másikon a 60. nap jelentkezett a veszettség, mely 24 óra alatt végzett vele, a gerincoszlop mellé oltott malacz a 29. nap hullott el veszettségben.

A nyolcadik kísérletet az előbbi testvérével végeztem. (II. sorozat, IV. szám.) Ez a kölyök, miként ott láttuk, 16 hetes korában (1907 július 13) ragályállónak bizonyult a kóbor ragály ellenében. Próbaragályozását megelőzőleg 5 nappal (1907 július 8) vett vérsavója hatástalan volt a kóbor ragályra. (Lásd ezirányú kísérletek közül az elsőt.) Az előző kísérletben említett okból 1907 november 18.-án az ő carotisából is vettem vért, melynek vérsavójával hasonlóan jártam el. Az agyburok alá oltott egyik nyúl a 33., a másik az 57. nap hullott el jellemző veszettségben. A malacz baleset következtében pusztult el idő előtt.

A kilencedik kísérletet az előbbi két kölyök testvére vérsavójával végeztem (II. sorozat, VI. szám.) Ez, miként ott láttuk, 27 hetes korában (1907 szeptember 25) ragályálló volt kóbor ragály agyburokalatti oltása után. Ezt a súlyos ragályozást megelőzőleg két és fél hónappal (1907 július 8) vett vérsavója hatástalan volt a kóbor ragályra. A két előbbi kísérletben említett okból 1907 november 18.-án a carotisából vett vérből kivált vérsavójával ugyanúgy jártam el. A ragálysavó keverékéből agyburok alá oltott két nyúl a 18., illetőleg a 21., a gerincoszlop mellé oltott malacz ellenben a 32. napon hullott el jellemző veszettségben.

A tizedik kísérletet mentesített kutya vérsavójával végeztem. Ezt 1906 február 22.-étől március 7.-éig mentesítettük a Högyesféle módszer szerint. A mentesítés után egy héttel három napon

keresztül kissé kedvetlen volt, de azért evett. Hét hónappal a mentesítés befejezése után beoltottuk megállapodott ragálylyal agyburok alá. Ettől a súlyos ragályozástól nem lett semmi baja, hasonlóképpen ragályállónak bizonyult a mentesítés után *egy évvel és két hónappal* 1907 május 7.-én, a mikor kóbor ragályból kapott agyburok alá szokott mennyiséget. Ennek a nagymértékben ragályállókutyának a carotisából vért eresztettünk 1907 november 18.-án, melynek vérsavóját ugyanazzal a kóbor ragálylyal kevertük össze, mint a harmadik kísérletben. A ragálysavókeverékből agyburok alá oltott egyik nyúl a 17., a másik a 18., a gerincoszlop mellé oltott malacz pedig a 33. napon pusztult el jellemzőes veszettségben.

A *tizenegyedik* kísérletet szintén mentesített kutya vérsavójával végeztem, mely ugyanakkor volt mentesítve, mint az előbbi. Ez a kutya a mentesítése után 4 nappal kedvetlen, sőt mogorva, a járása is ingadozó, de 3 napi ilyen állapot után semmi baja sem volt már. Hét hónappal a mentesítése után kibirta az agyburok alá juttatott megállapodott ragályt, ellenben kitört rajta a veszettség az 1907 május 7.-én agyburok alá juttatott kóbor ragály után, vagyis a *mentesítése után egy évvel és két hónappal*, de 2 napi tartam után *kigyógyult*. Ennek a szintén nagymértékben ragályállókutyának a carotisából vért eresztettünk 1907 november 18.-án s a kivált vérsavót ugyanazzal a ragálylyal kevertük össze, mint az előző kísérletekben. A keverékből izomzatba oltott malacz 40, az agyburok alá oltott nyulak közül az egyik 363 nap mulva hullott el veszettségben, ellenben a másik nyúl 1909 július végén még él.

A *tizenkettedik* kísérletet olyan kutya vérsavójával végeztem, a mely kóbor ragálynak a gerincoszlop mellé való oltása utáni 31. nap megveszett, azonban 11 napi betegség után *kigyógyult* s két hónappal erre egy második próbaragályozást is kiállott minden baj nélkül. Ennek a carotisából 1907 november 18.-án vett vérből kivált savót ugyanazzal a kóbor ragálylyal kevertem össze, mint az előzőekben. A gerincoszlop mellé oltott malacz 31, az egyik nyúl 331, a másik 464 nap mulva hullott el jellemzőes veszettségben. Ebben az esetben meg akartam győződni arról: minő változást szenvedhetett a hosszas lappangás alatt a veszettségi ragály a nyúlban s ezért abból a nyulból, a mely 381 nap mulva veszett meg, beoltottam egy malaczt a gerincoszlop mellé és egy nyulat agyburok alá. A malacz a 21. nap megveszett s 24 óra alatt elpusztult, a nyúl ellenben csak 57 nap mulva tört ki a veszettség, a mely azonban 24 óra alatt megölte. A malaczból folytatólagosan tovább oltottam, még pedig egy malaczt és egy nyulat, mindkettőt agyburok alá. A malacz most is a 21. nap veszett meg, de 48 óráig birkózott a betegséggel, a nyúl pedig a 68. nap tört ki a veszettség, mely 48 óra alatt ölte meg.

Ezek a továbboltások azt bizonyítják tehát, hogy csakugyan veszettségben pusztult el az a nyúl a 381. nap, s hogy a ragály az állati szervezettel folytatott hosszas küzdelemben egy kissé meggyengült.

A *tizenharmadik* kísérletet mentesített apától és világrahozott mentességgel bíró anyától származott kölyök vérsavójával végeztem. Az anya az első kísérleti sorozatban leírt III. számú kölyök, mely miként láttuk, 14 hetes korában kibirta a gerincoszlop mellé juttatott megállapodott ragályt, egy éves és 11 napos korában ragályállónak bizonyult kóbor ragálynak agyburok alá oltása után is, sőt 2 éves és 21 napos korában (1908 április 25) 10 cm³ kóbor ragálynak a gerincoszlop mellé való beoltása után sem lett semmi baja. Ennek a carotisából vért eresztettünk 1908 június 6.-án, melyből két óra alatt kivált a vérsavó, melyet azután egyenlő mennyiségben összekevertem kóbor ragálylyal. Ebből 24 órai 17 C⁰-on való állás után beoltottam két malaczt a háti gerincoszlop mellé és egy nyulat agyburok alá. A malaczkok baleset következtében pusztultak el, a nyúl pedig az oltás utáni 207. nap megveszett s 24 órai tünetes szak után elhullott.

A *tizennegyedik* kísérletet 1908 szeptember 10.-én végeztem, a mikor is egészséges kutya vérsavójával és nyúltagydörzsölékével kevertem össze a kóbor ragályt. A kísérleti eljárás a következő volt. A kóbor veszettségben elhullott kutyából készült nyúltagydörzsöléket sterilis szűrőpapirosra átszűrtem, hasonló módon jártam el az egészséges kutya nyúltagydörzsölékével. Ezeket egyenlő mennyiségben összekevertem s 24 órai 20 C⁰-on való állás után oltottam belőle. Ugyanabból a kóbor ragályból kevertem össze

egyenlő mennyiséget egészséges kutyából nyert vérsavóval. A vérsavó önként vált ki 2 óra alatt. A kétféle agykeveréssel agyburok alá oltott nyúl a 13. nap kitört a veszettség, mely 48 óra alatt meg is ölte, az agyburok alá oltott malaczon a 20. nap jelentkezett a veszettség, mely 24 óra alatt végzett vele, a tiszta ragályból gerincoszlop mellé oltott malacz és egy kutya a 34. nap hullott el jellemző veszettségben, ellenben az egészséges kutya vérsavója keverékével agyburok alá oltott malacznak és nyúlaknak semmi baja sem lett. 1909 július végén még élnek.

Ez az utóbbi kísérlet annyira meglepő az előző elég nagy számú ellenkező eredmény után, hogy csak éppen felemlitem, a nélkül, hogy következtetések levonásába becsátkoznám. Alkalomadtán ebben az irányban több hasonló kísérlet van tervbe véve, melyekről azután részletesen be fogok számolni.

Egy eredmény a felsorolt kísérletekből világosan kitűnik: tudniillik, hogy a veszettségellenes mentességgel született állatok vérsavójának semmi közömbösítő hatása sincs a kóbor ragályra. Ugyanerre az eredményre jutott *Remlinger* is említett dolgozatában, a hol azt találta, hogy a mentes szülőktől származott utódok vérsavója nem tudta a megállapodott ragály 10%-os oldatát közömbösíteni. De ezek a kísérletek azt is mutatják, hogy nemesak a világrahozott, hanem a szerzett mentességgel bíró állatok vérsavójának sincs méregközömbösítő hatása a kóbor ragályra. Ebben már nem egyeznek meg tapasztalataim *Remlinger*-ével, a ki azt találta, hogy az anya vére közömbösítette a megállapodott ragályt.

És ezzel eljutottunk egy a veszettség irodalmában már régóta vitatott kérdéshez, mely a veszettség ellen mentesített és nem mentesített állatok vérsavója hatását kutatja a veszettség ragályára. A legelső ily irányú észlelet a *Babes*-é,¹ a ki *Lépp*-pel együtt még 1889-ben kimutatta, hogy veszettség ellen mentesített kutya vérsavóval előzetesen beoltott állatok egynémelyike ragályállónak bizonyult az utólagos ragályozásnál.

Nem szándékom a veszettség seruntherapiájára kiterjeszkedni, ebben az irányban végzett kísérletekről más alkalommal fogok megemlékezni. Most csak azokra az adatokra kívánok szorítkozni, a melyek a savó közömbösítő hatását „*in vitro*” tanulmányozták.

1891-ben *Evangelista*² azt találta, hogy 8 cm³, egészséges kutyából származott vérsavó 0.5 cm³ megállapodott ragályt tudott közömbösíteni, ha az ilyen keverék 25 óráig állott 37⁰-on.

*Gibier*³ szerint a galamb vérsavója 15 óra alatt tönkreteszi a ragály erejét. Igen részletesen foglalkozott ezzel a kérdéssel *Babes* után *Tizzoni*⁴ részint egyedül, részint *Centanni*-val⁴ és *Schwarz*-czal⁴ az 1891—1895 években. Dolgozataikban hangsúlyozták, hogy az eredmények megítélésekor fontos szerepet játszik az adagolás, vagyis, hogy a ragályhoz mennyi savót kever az ember. Ezekben a dolgozatokban arra az eredményre jutottak, hogy a veszettség ellen mentesített nyulak vérsavója erősebb hatású, mint a kutyáké.

Marie szerint a madarak vére rendszeren közömbösíti a megállapodott ragályt.

Kraus, *Keller* és *Clairmont*⁵ azt találta, hogy egészséges tyúk vérsavójának erős veszettségellenes hatása van, s hogy a mentesített nyulak vérsavója úgy a megállapodott, mint a kóbor ragályt tönkreteszi „*in vitro*”.

Kraus és *Maresch*⁶ egy másik alkalommal azt találta, hogy az egészséges nyulaknak és kutyáknak nincs méregközömbösítő vérsavójuk, de megállapodott ragálylyal történt mentesítés után azzá lesz a savó.

¹ *Babes és Lépp*: Recherches sur la vaccination antirabique. (Annal. Pasteur, III. 1889. 384. l.)

² *Evangelista*: Sul modo di comportarsi del siero di sangue di fovea ol virus rabico. (Rif. med. 1891. 276. szám, 781. l.) Említve *Marie*: L'étude expérimentale de la rage. Paris. 1909. 169. l.

³ *Gibier*: Recherches expérimentales sur la rage chez les oiseaux. (Compt. rend. XCVIII. 1884. 531. l.) Említve *Marie* 169 l.

⁴ *Tizzoni*, *Centanni*, *Schwarz*, említve *Marie* 169. l., valamint *Kraus*: Handbuch der Technik und Methodik der Immunitätsforschung., II. kötet, 612—622. l.

⁵ *Kraus*, *Keller* és *Clairmont*: Ueber das Verhalten des Lyssavirus im Zentralnervensystem empfänglicher, natürlich immun u. immunisierter Tiere. (Zeitschr. f. Hyg. XLI. 486. l.)

⁶ *Kraus* és *Maresch*: Ueber die Bildung von Immunsstoffen gegen das Lyssavirus stb. (Zeitschr. f. Hyg., XLI. 527. l.)

Kraus és Kreissl¹ ember vérsavóját is vizsgálták ebből a szempontból s kimutatták, hogy az egészséges ember vérsavójának semmi közömbösítő hatása sincs, ellenben Pasteur-féle védőoltás után 22 nappal már van az emberi vérsavóban is ily képesség, mely egyénenként változik ugyan, de huzamosabb ideig kimutatható. Azonban ők is csak nyulakon végezték kísérleteiket és nem tűnik ki a közleményükből, hogy mennyi ideig észlelték az állatokat.

Legújabb (1909) Kraus foglalkozik részletesen ezzel a kérdéssel a Handbuch der Technik u. Methodik der Immunitätsforschung II. kötetében a 612—622. lapon. Ebben a monographiában saját kísérleteire és az irodalmi adatok egész tömegére hivatkozva Kraus arra a végső eredményre jut, hogy a mentesített állatok vérsavója nem csak 24 órai behatás alatt, hanem igen rövid ideig tartó összekeverés után is tönkreteszi a ragályt, még akkor is, ha nem volt megszürvé.

Miként ezekből az irodalmi adatokból kitűnik, a vizsgálók majdnem egybehangozva azt találták, hogy a veszettségi ragályt „in vitro” a mentesített állat vérsavója közömbösíti. Igaz ugyan, hogy majdnem mindig megállapodott ragálylyal dolgoztak, de Marie² szerint egyformán kifejti a vérsavó ezt a közömbösítő hatást úgy a megállapodott, mint a kóbor ragályra.

Az én vizsgálataim ellenben azt mutatják, hogy a mentesített kutya vérsavója egyszer sem közömbösítette a ragályt.

Mi lehet ennek az ellenkező eredménynek az oka? Része lehet ebben magának a ragálynak. Kraus is említi, hogy a kóbor ragály nem alkalmas, mert ereje nagy ingadozásokat mutat, de viszont Marie szerint erre is kifejti hatását a savó.

Lehet a különbség oka a ragály és savó mennyiségében. Én ugyanis mindig egyenlő mennyiségben kevertem a kettőt össze, holott mások nagyobb térfogatot kevertek a ragályhoz, de viszont maga Kraus is közöl olyan kísérleteket, a melyekben 1 cm³ 10% megállapodott ragályt 0.1, 0.01 és 0.05 cm³ savó is közömbösített.

Véleményem szerint a különbség oka abban van, hogy a vizsgálók nem figyelték elég hosszú ideig az állataikat. Az erről szóló közleményekben csak annyi áll „überlebt” vagy Marie-nál például ∞ jel. Pedig, hogy ez mily fontos, azt nemcsak mostani, hanem más irányban végzett kísérleteim^{3,4} is mutatják. Különösen akkor fontos ez, ha valaki nyulakon végezte kísérleteit, már pedig majdnem az összes vizsgálók ezen az állaton tették a megfigyeléseiket.

Ha a megfigyelés hosszabban tartott volna, akkor mások is arra az eredményre jutottak volna, mint én. Mert a veszettség ragályja meglehetősen könnyen módosul, aránylag csekély okokra csökken az ereje. Ezek megvilágítására csak néhány tapasztalatomat említem fel.

Kóbor ragályból beoltottam 1907 november 20.-án egy nyulat agyburok alá. Ez a nyúl 20 nap alatt veszett meg. Ugyan-eből a ragályból beoltottam 24 órai szobai hőmérsékleten való állása után egy másik nyulat szintén agyburok alá. Ez azonban már csak 46 nap múlva kapta meg a veszettséget.

Egy másik idevágó észlelet a következő. 1906 elején kértünk volt a budapesti Pasteur-intézettől a saját megállapodott ragályukból, hogy a mienknek az erejét összehasonlíthassuk vele. Az intézet szíves volt 1906 február 1.-én vett friss anyagot glicerinebe küldeni, mely hozzánk másnapra érkezett meg s azonnal oltottunk belőle. (Megjegyzem, akkor nem volt nagy hideg.) Beoltottunk két nyulat agyburok alá. A darabkát előzetesen a glicerintől sósvízzel kimostuk és a darabka közepéből készítettük a dörzsöléket. A két nyúl közül az egyik a 17. nap pusztult el veszettségben, a másik egyáltalában nem kapta meg a veszettséget. Tehát a megállapodott ragály, mely rendszeren 6—7 nap alatt ölte meg a nyulat, 24 órai glicerineben való állás után ennyire meggyengült. Ez a gyengülés elég hosszasan tartott, mert abból a nyulból, a mely a 17. nap elpusztult, tovább oltottunk s csak a IX. izben tért vissza a ragály eredeti ereje. Ebből a IX. izből vett nyúltagyrészleteket azután

sterilis üvegben tartottam s azokból 5—10 napi állás után oltottam 2—2 nyulat agyburok alá. Ezek az állatok mind életben maradtak. (Egy évig tartott a megfigyelés.)

A legújabb idevágó észleletünk: 1909 május 22.-én elhalt a budapesti Pasteur-kórházban egy gyermek, a ki a marás utáni 15. nap betegedett meg a veszettség kifejezett tüneteivel s két nappal rá meghalt. Ennek a nyúltagyából szíves volt a kórház igazgatója nekünk egy darabkát küldeni. Ez azonban csak 6. nap jutott hozzánk. A glicerineben érkezett darabkából beoltottunk két nyulat és két malacot. A malacok 24, illetőleg 27 nap alatt megvesztek, ellenben a nyulak két hónap múlva is élnek még.

Ebből a pár példából is kitetszik, hogy mily könnyen módosul a veszettségnek úgy megállapodott, mint kóbor ragály s ezért fontos mindazokban az esetekben, mikor nem a tiszta ragályt oltjuk be, az állatokat, különösen a nyulakat jó hosszú ideig megfigyelni, mert különben az ember hibás következtetésekre jut.

Gyakorlati következtetések.

Első dolgozatomban említettem már, hogy kísérleteim megkezdésekor Högyes, továbbá Tizzoni és Centanni ama feltevése is lebegett előttem: hátha sikerülne a veszettség ellen mentesített kutyák utódainak szaporítása által idővel a veszettség ragályozását korlátozni. Kísérleteim azonban azt mutatják, hogy ez nem sikerül, mert a világrahozott mentességgel bíró anyától származott utódok nem ragályállók, még akkor sem, ha az apjuk nagy mértékben megszerezte magának a mentességet, vagyis a terhessége alatt nagy mértékben mentesített anya unokái nem ragályállók, még akkor sem, ha az apa ragályállós az anya többször kiállotta a próbaragályozást. A mentesség öröklése tehát csak az első izig történik, az unokákban nyoma sincs.

Az első izben azonban jóval hosszabb ideig eltart, mint a hogy azt Ehrlich és az ő nyomán haladó vizsgálók tartják, sőt ajánlatos az anyák mentesítése nemcsak a terhesség alatt, a mikor veszedelmes lehet, hanem a fogantatás előtt is, mert az egyszer mentesített anya négy egymást követő terhesség után mindig ragályálló utódokat szült. Különösen fontos ez a tapasztalat közgazdasági szempontból állatjárványok leküzdésére, ha az anyaállatokat mentesítjük és ez által ragályálló utódokat kaphatunk.

Legújabb (1909-ben) Sande¹ végzett ilyen kísérleteket 215 tehenen, melyeket a terhesség előrehaladott szakában vérhasbakterium-kivonattal (mit einem Kälberruhr-Bacillen-Extrakt) mentesített vérhas ellen (gegen Ruhr.) A 215 tehéntől ellett borjak közül 91.63% mentes maradt, 6.04% megkapta a betegséget, a fennmaradt 2.33% betegen született, de 20 cm³ vérsavóval meg volt menthető.

Sande megjegyzi, hogy a terhesség utolsó hónapjában nem szabad mentesíteni, mert vetélés, sőt az anya halála is bekövetkezik, hanem az első oltást 6 héttel az ellés előtt kell végezni és rá 10 nappal a másodikat. Ezen kellemetlenségek kiküldése végett, ha szabad kísérleteimről más fajta betegségre is következtetni, azt ajánlom, hogy a mentesítés még a fogantatás előtt kezdessék meg, mert a veszettségre vonatkozólag határozottan nagy használnál jár.

Összefoglalás.

1. A veszettségellenes mentesség öröklődik.
2. A mentesség átöröklésében az apának alig jut valamelyes szerep, ellenben nagymértékben megvan ez a képesség az anyában, még pedig nemcsak akkor, ha a mentesítés a terhesség alatt, hanem akkor is, ha jóval a fogantatás előtt történt.
3. Az anya átöröklő képessége az egymást követő terhességek folyamán mintha növekednék.
4. A mentesség öröklése szempontjából az utódok között egyéni különbségek vannak.
5. A mentesség öröklése csak az első izig történik, az unokákban nyoma sincs.

¹ Kraus és Kreissl: Ueber den Nachweis von Schutzstoffen gegen Hundswut beim Menschen. (Centrbl. f. Bakt. Orig., XXXII. 810. l.)

² Marie munkájának 178. lapján.

³ Konrádi: Adalék a kísérleti veszettség tüneteinek és prophylaxisának ismeretéhez. (Erd. múz.-egyl. Értesítő, 1904.)

⁴ Konrádi: Folytatólagos vizsgálódások a kísérleti veszettség tüneteinek és elhárításának ismeretéhez. (Ugyanott, 1906. évf.)

¹ Sande: Die aktive Immunisierung hochtragender Kühe mit einem Kälberruhr-Bacillen-Extrakt zwecks Erreichung einer Immunität der Kälber gegen Ruhr vor der Geburt. (Berlin. Tierärztl. Wochenschrift, 1909. 14. sz.)

6. A világrahozott és örökölt mentesség jóval hosszabb, mint a hogy azt Ehrlich megállapította.

7. A veszettségellenes mentességgel született utódok vérsavójának semmi közömbösítő hatása sincs a kóbor ragályra, hasonlóképpen hatástalan a szerzett mentességgel bíró állatok vérsavója.

8. Hasonló kísérletekben feltüntetendő, hogy az állatok észlelése meddig tartott, mert különben hibás következtetésekre jut az ember.

9. A fogantatás előtti mentesítés ajánlatos az utódok bajhárítása szempontjából és közgazdasági haszon várható tőle.

† Id. Elischer Gyula.

A budapesti orvosi kar egyik kiválósága, Elischer Gyula dr. szeptember 28.-án hosszas betegség után meghalt. Benne a fővárosi orvosok egyik legszeretetremlőbbjé szálott sirba, ki nagy általános műveltsége s az emberi művelődés legkülönbözőbb irányai iránt való élénk, activ érdeklődése mellett tudományát mindvégig kötelességtudással és szeretettel ápolta, és korábbi éveiben értékes adatokkal gyarapította is.

Életrajzi adatai a következők. Született 1846-ban Eperjesen. Középiskolai tanulmányait szülővárosában, az orvosi tanfolyamot Bécsben végezte; az utóbbi helyen nyerte 1871-ben orvosi oklevelét. Már orvostanhallgató korában magára vonta Hyrtl, Brücke és Rokitansky figyelmét; Brücke vezetése alatt dolgozatot is írt a szívbe nyíló nagy vénák izomzatáról, mely a bécsi akadémia kiadványaiban látott napvilágot. Még 1871-ben Scheuthauer tanár assistense lett Budapesten, majd két év múlva gyakornok Korányi tanár klinikáján. 1875-ben a nőorvostanra adta magát s állami ösztöndíjjal külföldi tanulmányúton képezte ki magát e szakmában. 1877-ben Budapestre tért vissza s elnyerte az egyetemen a magántanári képesítést „a méh és járulékaiban lévő folyamatok kór- és gyógytana” című tanból. 1884-ben a Vörös-kereszt egyesület Erzsébet-kórháza nőorvostani osztályának, 1893-ban pedig a szent Rókus-kórház szülészeti és nőorvostani osztályának lett a főorvosa. 1895-ben az orvoskari tanártestület javaslatára a király a rendkívüli tanári címmel, 1898-ban a Vörös-kereszt egyesület körül szerzett érdemeiért a III. osztályú vaskorona-renddel s végül 1903-ban a magyar nemességgel, thurzóbányai előnévvel, tüntette ki.

Elischer dr. szakmája terén széleskörű irodalmi működést fejtett ki. Első dolgozatai a kórszövettanra vonatkoznak, különösen az idegrendszer histopathológiájára. 1875-től kezdve megjelent értekezései valamennyien nőorvostani tartalmúak. Egy részük casuistikus jellegű, de vannak önálló pathológiai és laboratoriumi kutatásokon alapuló értékes dolgozatai is, a minők pl. a petefészek idegvégződéseiről (1876), a méh helyzetváltozásának kezeléséről (1877), a méh nyálkahártyájának a cervix-rákkal kapcsolatos elváltozásáról stb. írt dolgozatai. Számos betegbemutatáson kívül igen sok referátumot és kisebb cikket írt bel- és külföldi lapokba s ezzel nevét a külföldi szakkollegák előtt is ismertté tette.

Az elhunyt hivatalos teendői, irodalmi munkássága s kiterjedt orvosi gyakorlata mellett időt talált arra is, hogy a művészetekkel foglalkozzék. Jeles zenész volt, de élte utolsó évtizedeiben különösen a festészet és reproductív művészet iránt érdeklődött s e téren mint autodidakta elsőrangú szaktekintélyvé képezte ki magát. Szenvedélyes gyűjtő volt. Holbein-rézmetzetekből álló nagyértékű gyűjteményét az állam vette meg. Nagybátyjától örökölt Goethe-gyűjteményét az Akadémiának ajándékozta. A fővárosi tudományos s társadalmi egyesületek és congressusok életében Elischer dr. élénk részt vett. Az 1894-ben Budapesten tartott VIII. nemzetközi közegészségügyi és demográfiai congressusnak pénztárosa volt s az imént lezajlott XVI. nemzetközi orvosi congressusnál is elvállalta a főpénztárosságot, de e tisztének betegsége miatt már nem felelt meg s e minőségben fia, ifj. Elischer Gyula dr. egyetemi tanársegéd helyettesítette.

Elischer dr. halálát nephritis okozta; augusztus második felében mintha javult volna az állapota, azonban sajnos, a javulás csak mulandó volt.

Lapunk őszinte barátját veszti el az elhunytban. Cikkeinek legnagyobb része az Orvosi Hetilapban látott napvilágot. Emlékét kegyelettel és tisztelettel fogjuk megőrizni.

A Társadalmi Múzeum és a közegészségügy fejlesztése.

Bármennyire is indokolt a panasz, hogy közegészségügyünk közismeretes siralmas állapotáért első sorban népünk hihetetlen anyagi megszorultsága okolható, mindamellett kétséget nem szenvedhet, hogy reá az alsó rétegek nagy kulturális elmaradottsága, a tudatlansága is nagy befolyással van. Magában e két tényező eredményezi, hogy a köznép a szakszerű orvosi segélytől általánosságban irtózik és inkább a kuruzslók karjaiba rohan akkor, midőn sok betegségtől és szenvedéstől megóvható volna s hogy az orvosi beavatkozásnak még mindig annyi akadályja és ellenzője van. Ily körülmények között csak természetes, hogy azok száma, a kik a társadalom alsó rétegeinek kulturális emelésétől, a felvilágosítástól remélik a szebb és jobb jövőnek bekövetkezését, napról napra nagyobbodik s hogy éppen az orvosi rend tagjai első sorban hivatottak és kötelesek az idevágó mozgalmakat, tőlük telhetőleg, támogatni és fejleszteni.

Annál esodálatosabb, hogy a magyar orvosi kar mindmáig alig vett tudomást azon egyetlen intézményünkről, melyet megszívü és előrelátó emberbarátok kizárólag azon czélzattal létesítettek és tőlük telhetőleg fejlesztenek, hogy a köznépbe a hiányos egészségügyi és szocialhygienés ismereteket beoltsák és a babona fattyúhajtásait gyökerestül lenyessék. Feljogosítva érzem magamat e súlyos vád emelésére, mivel tudtommal a Társadalmi Múzeum-ról, hazánk eme egyetlen, az említettem nagy czélt szolgáló berendezéséről, szaklapjainkban alig történt még említés; a mint biztosra vehető az is, hogy a létezéséről, czéljairól és működéséről a kartársak csak kis töredéke bír tájékozással. Erre való tekintettel nem tartottam hiábavalónak, hogy a Társadalmi Múzeumra vonatkozó adatok beszerzésével járó fáradságot magamra vegyem s ezen bennünket, orvosokat, első sorban érdeklő intézmény képét az alábbiakban vázoljam. De időszereinek tartottam a jelen időpontot a szóban forgó intézménynek ismeretelésére már azért is, mivel egy nemrégiben a külföld egyik legelőkelőbb szaklapjában¹ *Kalkstein* tollából eredő „*Der Wert und die Einrichtung von socialen Museen*” című, különben igen alapos tanulmány nem említi a magyar Társadalmi Múzeumot. A mily bántó és bosszantó a külföldi tudományos körök részéről tanúsított felületesség, éppen oly biztosra vehető, hogy ezen sérelem részünkről elhárítható lett volna, ha tollforgató magyar orvosaink közül azok, a kik a külföldi lapokkal összeköttetésben állnak, a magyar Társadalmi Múzeum létezéséről és áldásos működéséről tudomással bírtak és azt a külföldi érdeklőséggel közölték volna . . .

* * *

Társadalmi múzeumok alatt oly újabbkeletű intézmények értendők, a melyeknek feladata valamely népréteg társadalmi, gazdasági, népjóléti és munkásvédelmi viszonyait grafikonok, statisztikai kutatás, irodalmilag gyűjtött anyag és modellek alakjában gyűjteni.

Az eddig létesített múzeumok tehát egyrészt arra törekedtek, hogy gyűjtőhelyei és anyagforrásai legyenek a korszerű, helyes társadalompolitikának; másrészt kutassák a már fenálló intézmények és viszonyok hatását. És mivel a munkásvédelem és a baleset-elhárítás természetszerű alkotórésze a társadalmi politikának, önként értendő, hogy az idevágó viszonyok, törekvések és óhajok voltak mindenütt a gondoskodásuk első és legfontosabb tárgyai.

A világnak e nemben legelső és máig is páratlan intézményét Chambrunn gróf „*Musée Social*” név alatt Párisban alapította. Az 1889.-i párisi nemzetközi kiállítás gazdag társadalompolitikai anyagot tartalmazott s nehogy a kiállítás berekesztésével elkallódjék, annak közhasznú állandósítását tervezték. Az ehhez szükséges vagyoni biztosítékot Chambrunn gróf bocsátotta rendelkezésre, a mennyiben 300,000 frankos alapítványt tett, majd pedig a *Musée Social*-nak 1895-ben egy 1.500,000 frank értékű telket adományozott. Az intézet alapszabályainak első cikke szerint a társaság a társadalmi életre vonatkozó legkülönbözőbb adatokat gyűjti s ezeket ingyen bocsátja az érdeklődő közönség rendelkezésére. Másfelől

¹ Zeitschrift für sociale Medizin, Säuglingsfürsorge und Krankenhauswesen. Herausgegeben von A. Grotjahn, F. Lenhart, A. Schlossmann. IV. kötet, I. füzet, 50—69 lap.

tanácsos látja el azokat, a kik a munkások anyagi és erkölcsi jólétét biztosító intézményeket akarnak létesíteni, s e célból az intézetnek fordulnak tanácsért. Az intézet élén álló igazgatóság vezeti annak munkálkodását s képviseli azt kifelé. A titkárság intézi a levelezést s ez felel a kérdezősködésekre, mint egy *állandó tudakozódó iroda*. De másfelől, hogy az intézet az őt érdeklő ügyek felől mindig tájékozva legyen s hogy tájékozassa a hozzá forduló, érdeklődő közönséget is, formszerű *állandó enquete*ket is tart. Egyes kérdésekről szakemberektől folyton kér be véleményeket, ezeket gyűjti. A *Musée Social* eddigelé 2000 írásbeli tájékoztatást adott, de a mellett nap-nap után ad a kérdezősködőknek *szóbeli* felvilágosítást is. A *Musée Social* gazdag anyaggyűjteménye egyrészt a levéltárban, másfelől a könyvtárban van elhelyezve. Kutatásainak eredményeit külön *kiadványokban* adja nyilvánosságra. A könyvkiadványok egyrészt azokat a monografiákká feldolgozott jelentéseket foglalják magukban, melyeket az *állandó levelezők* vagy *egyes kiküldöttek* nyújtanak be, másrészt a kitűzött pályakérdések alkalmával megkiszorított munkákat tartalmazzák.

Angliában a londoni *School of Economics and Political Science* szervezte „*Bureau of Statistical Informations*“, Belgiumban a brüsseli „*Office du Travail*“ és Németországban a „*Centralstelle für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen*“ szolgálják a szóban forgó irányt.

Ezekhez közel álló, de rendeltetését és berendezését tekintve mégis csak különböző a Bécsben létesített „*Gewerbehygienisches Museum*“, mely első sorban a *balesetelhárítás* ügyét szolgálja és azoknak a védőkészülékeknek a gyűjteménye, melyek a munkást a munkája közben érő balesetek ellen védhetik. Az osztrák múzeum czélja iparosoknak, gyárosoknak, munkásoknak és munkaadóknak egyaránt, lehetőleg mozgatható *modellekben* bemutatni azokat az eszközöket és módozatokat, a melyeknek segítségével a munkás egészsége az üzem közben lehetőleg megvédhető. A termék szerint rendszeresen egybeállított kiállítási tárgyakat különösen az ipari és szakiskolák növendékei keresik fel gyakorta, s azután részint tanáraik, részint a *Gewerbehygienisches Museum*ban alkalmazott felügyelők kalauzolása mellett megláthatják a mozgásba hozott gépeket és az azoknál alkalmazandó bevált védőkészülékeket. Az osztrák múzeumot magánegyesület létesítette és tartja fenn. Kiadványai „*Mittheilungen des gewerbehygienischen Museums*“ czímmel jelennek meg; eddigelé 250-nél többet adtak ki.

Magától értetődik, hogy a külföld mindeme alkotásairól nálunk is idejekorán tudomást szereztek az illetékes szakkörök és érdekeltségek. És hogy a társadalmi múzeumok képviselte irányt és haladást, a bennük rejlő nagy propagáló erőt nálunk is rögtön felismerték: mindennél jobban kitűnik *Hegedüs Sándor* volt kereskedelemügyi m. kir. minister abbéli rendeletéből, melyet már 1901 február 14.-én bocsátott ki s a melyben „szükségesnek tartván egy társadalmi múzeum létesítését, mely az idevágó összes intézményeket, intézeteket és intézkedéseket felölelje, az erre szükséges előkészítő munkálatok végzésével“ a kereskedelemügyi ministerium egyik akkori fogalmazóját, *Navratil Ákos* dr.-t bizta meg, illetve kilátásba helyezte, hogy a nevezett tisztviselő a szakba vágó külföldi intézeteket a helyszínen fogja tanulmányozhatni.¹

A kiküldött fogalmazó jelentését 1901. évi június hóban tette meg. Benne a tanulmányútján meglátogatott külföldi intézményeket ismertette és ezenfelül a Magyarországon létesítendő Társadalmi Múzeumra vonatkozó konkrét *javaslatát* is beterjesztette.² Már a következő hónap 23. napján bocsátotta ki 45,716/901. szám alatt a kereskedelemügyi minister azt a rendeletét, mely a Társadalmi Múzeum ideiglenes szervezetével foglalkozik és ezen intézmény *alapító okmányának* tekintendő. Ezen ministeri leirat értelmében „*Legfőbb teendői közé a munkásvédelem összes ágainak figyelemmel*

kísérése, eszközeinek nyilvántartása és gyűjtése, valamint eredményeinek ismertetése fog tartozni. E mellett azonban ki fog terjedni a társadalomtudomány, illetve gazdaság egyéb ágaira is, melyek együttvéve nyújthatják csak hű képét országunk egész szociális életének“.

„Jelzett feladatahoz képest az intézet működésének iránya kettős lesz: elméleti és gyakorlati, úgy azonban, hogy e két irány egymást kiegészítse, illetőleg a gyakorlati irány összes ágazatainak elméleti része is megfelelően kultiválandó. Gyakorlati irányú feladatok lesznek“:

4. „*A baleset és egyéb munkásbiztosítások anyagának egybegyűjtése* azon munkálatok alapján, melyeket a ministerium ezekről évenként kiad, valamint ennek kapcsán *külön iparegészségügyi és balesetvédelmi gyűjtemények* létesítése és fentartása. E gyűjteménybe mindazon eszközök, berendezések, modellek, azokra vonatkozó tervek és rajzok veendőek fel, melyek a gyárakban és műhelyekben a munkások egészségének és életének megvédésére alkalmasak, a melyeknek megszemlélése úgy a munkaadókra, mint a munkásokra nézve hasznos lehet, de a melyek egyúttal feltűntessék a hazai üzemekben használt szerkezeteket és berendezéseket. Ugyanezen csoportba tartozik a *munkásházak és lakások* ügye is, részben a vonatkozó adatok egybegyűjtésével, részben az országban előforduló típusok modelljeinek lehetőleg metszetekben való bemutatásával.“

5. „Az előbbivel kapcsolatosak a *munkásvédelem összes ágai*, az azokban fennálló törvényes rendelkezésekkel, kutatva azoknak hatását és összehasonlítva azokat a külfölddel.“

7. „Az intézet által szolgált egész ügynek *népszerűsítésére*, a gyakorlati irányú és tudományos kutatások eredményeinek terjesztésére egyaránt igen alkalmas lesz egyrészt az intézet *rendes kiadványa*, melyben az iparfelügyelők által javaslatba hozott védőszerkezetek is ismertetendők lesznek, másrészt a *külön, füzetes kiadványok és munkásvédelemi kiadványok*, melyek tekintetében igen nagy tér kínálkozik még nálunk.“

8. „Különösen fontos gyakorlati irányú feladat gyanánt fog szolgálni a múzeumra nézve, hogy *tudakozódó állomása* lesz az összes érdekeltségnek *munkásvédelmi* ügyekben, a mi ez idő szerint teljesen hiányzik nálunk, holott annak szüksége nyilvánvaló. Ezen gyakorlati irányú feladatok mellett külön inkább *elméleti* feladatai is lesznek az intézetnek, minők például a munkások erkölcsi, anyagi és szellemi viszonyainak javítására irányuló intézmények, berendezések és intézkedések nyilvántartása és figyelemmel kísérése, minők például a *betegségjelzés, baleset-, agykor- és rokkantbiztosítás, fiatal munkások és nők védelme, munkaközvetítés, munkásválasztmányok, az egyes telepeken levő munkásjóléti intézmények*, stb. Végül az általános *közjótékonyági* ügyre vonatkozó *hazai* adatok gyűjtése és feldolgozása.“

„Az intézet az *elméleti* részhez tartozó feladatait részben kartografiai és grafikai módon, részben statisztikai táblázatok alakjában, részben pedig kiadványai által fogja szolgálni, mi mellett megjegyzendő, hogy az itt felsorolt elméleti jellegű feladatok mellett a fennebb jelzett, összes gyakorlati irányú feladatok tudományosan is kultiválandók lesznek, mert csak így alkothat a múzeum egészet, valamint egybegyűjtendők és bemutatandók lesznek ugyanezen ügyekben az idevágó *külföldi* adatok is.“ „Maga a múzeum úgy lesz berendezve, hogy az még a laikus látogatóra is érdekes és tanulságos legyen, mívégből különösen gond lesz fordítandó annak berendezésekor arra is, hogy mindig a legújabb anyag álljon rendelkezésre.“

Az ily módon körülírt intézmény élére *Navratil Ákos* dr. ministeri fogalmazót és melléje az iparegészségügyi illetőleg balesetvédelmi rész ügyeinek ellátására *Gerster Miklós* kir. iparfelügyelőt rendelte ki a minister. Egyben utasított az ügyvezető igazgató, hogy az intézet tevékenységéről negyedévenként jelentést tenni tartozik s hogy az intézetet oly középületben helyezték el, mely nagyobb idegenforgalommal bír, hogy ez által is magára vonja a figyelmet. Az intézet berendezésére szükséges összegek a kereskedelemügyi ministerium tárcáját terhelik és a múzeum az említett hatóság kebelébe is tartozik.

Pach Henrik dr.

* * *

(Vége következik.)

¹ A történeti igazság kedvéért külön kiemeljük, hogy már 1894-ben, tehát a *külföldet jóval megelőzve*, vetette fel nálunk elsőnek *Szterényi József* akkortáji ministeri tanácsos az eszmét, hogy Magyarországon *iparegészségügyi múzeum* létesíttessék. Az erre vonatkozó érdekes emlékirat 28,851/94. szám alatt őriztetik a kereskedelemügyi levéltárban s mindenesetre korai és fényes bizonyítékát adja ama férfi bámulatos intuíciójának, ki ezek után hazánk munkásvédelmére oly döntő befolyást volt hivatva gyakorolni.

² Lásd: *Jelentés a Társadalmi Múzeum berendezéséről* stb. kiadvány 7—58. lapját.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Körner Ottó dr.: Fülörvostan. Magyarra fordította **Török Béla dr.** Kiadja a Magyar orvosi könyvkiadó társulat. (295 lap, 2 táblával, 117 ábrával.)

Egészen a legújabb időkig valósággal mostoha gyermeke volt az orvosi tudománynak a fülörvostan. A legtöbb gyakorló orvos nem tartotta érdemesnek vele foglalkozni, és nem is értett hozzá semmit sem. A legtöbb kórházban külön osztálya nem volt — sőt ma sincs —, legfeljebb egy szűk rendelő szobában húzódott meg a rendelő fülörvos (ha ugyan volt ilyen), ki a fekvő betegek számára, hol egyik, hol másik osztályon könyörgött ki egy-egy ágyat; a műtéteit pedig szinte lopva tudta elvégezni vagy magában a szűk és piszkos rendelő szobában, vagy ha jó viszonyban volt a sebész főorvossal, annak a műtő termében. A fülörvostan azonban legutóbb oly nagy és gyors haladást tett, hogy ma már ezen viszonyokból kinőtt, a többi szakkal egyenlő rangú helyet követel magának, a mit a művelt külföldön már meg is kapott, és remélhetőleg nálunk is meg fog kapni rövid idő alatt. A tudomány haladásával arányosan irodalma is óriási mértékben fellendült, úgy hogy ma már legio a száma a különféle nyelvű, jobbnál jobb otológiai tankönyveknek; sajnos azonban, magyar nyelven mindeztideig nélkülözünk ilyent. Nagy hézagot pótol tehát a Magyar orvosi könyvkiadó társulat azzal, hogy **Körner Ottó dr.** rostocki tanár kitűnő fülörvostanát a magyar orvosi irodalomba átültette.

Körner Ottó könyve az ő saját nyilatkozata szerint nem a szakorvosok, hanem a gyakorló orvosok számára készült. Ezen céljának nemesak, hogy tökéletesen meg is felel, de egyes részeiben az összes eddig megjelent fülörvostanoknak fölébe emelkedik, és ezen részeit a könyvnek szakorvosok is igen jól használhatják. Így az orrgaratüreget és az Eustach-kürt megbetegedéseit és gyógykezelését a legtöbb fülörvostani tankönyv csak per tangenstem tárgyalja, holott a fontosságuk a fülörvosok számára első rangú, hiszen a legtöbb fülbetegség az Eustach-kürtön át az orrgaratüregből terjed át a fülre. **Körner** ezt méltányolva, az orr- és garatmegbetegedéseket részletesen tárgyalja. A középfülgyulladásokra nézve sokkal egyszerűbb és praktikusabb a **Körner** tanár tanítása, mint például a bécsi iskoláé, a mennyiben csak heveny és idült középfülgyulladásokat ismer el, több osztályozása nincs, szerinte úgy a könnyű, mint a súlyos lefolyású esetekben ugyanaz a kórokozó szerepel, csak fokozati közöttük a különbség.

A **Körner** tömör, de azért világos és könnyen megérthető stílusa a **Török Béla dr.** jó magyar nyelvű fordításában nemesak, hogy nem veszít, sőt mondhatnám nyer. Általában **Török Béla dr.** ezen derék munkájával nagy szolgálatot tett a magyar orvosi irodalomnak.

Udvarhelyi dr.

Lapszemle.

Általános kortan.

A **Cesaris Demel** leirta fehérvérsejtelváltozásokat genyedéses folyamatokban tette vizsgálat tárgyává **Mario Pavesi**. **Cesaris Demel** 1906-ban írta le a fehérvérsejteknek a genyedéses folyamatokban észlelhető elváltozásait. Szerinte a fehérvérsejtek kisebb-finomabb s nagyobb-durvabb zsírszemcsékkel megrakottak, a sejtmag rosszul festődik s a zsírszemcsék által csaknem teljesen el van fedve, a protoplasma szemcsézetté vált, eltűnt mindazon esetekben, midőn a szervezetben bárhol és bármily kis kiterjedésben — akár mesterségesen előidézett — genyedéssel állunk szemben. Ép emberen s állaton hasonló eredményt sohasem talált, úgy hogy ezen haematológiai leletet specifikusnak tartotta a suppuratív folyamatokra nézve. A szerző 124 esetben vizsgálta a fehérvérsejteket ebből a szempontból; ezek közül 92 genyedéses, 32 nem genyedéses megbetegedésre vonatkozik; ezenkívül összehasonlításuképpen 10 teljesen ép ember vérének is vizsgálódásának körébe vonta. A festéshez Sudan III-at használt. (Sudan III. 0-20 gm.; alkoh. absol. 100 gm.) Zsírtalanított tárgylemezre vékony üvegpálcával finom rétegben kikente s festéket s megvárta, míg az alkohol elpárolgott. A fedőlemezt — kis vereppet bocsátva rá — megfordítva,

a már beszáradt tárgylemezre helyezte. A készítmény néhány perc múlva vizsgálatra alkalmas volt. A vizsgálatot az operatio előtt, a geny eltávolítás után is már gyógyult állapotban megismételte. A genyes folyamatok abscessus calidus, frigidus, periostitis dissecansra és tuberculosára, fistula analisra, cystitis purulenta, phlegmonere, osteomyelitisre, gangraenára, arthritis tuberculosára stb.-re vonatkoztak. A **Cesaris Demel**-féle vérkép sok esetben volt megtalálható, de nem állandóan. Az operatio előtt is elég sok esetben volt negatív a lelet s az operatio után is volt sok pozitív vérkép észlelhető; sőt előfordult, hogy ugyanazon egyénen, a kin az operatio előtt negatív lelet volt észlelhető, az operatio után bőséggben lehetett sudanophilsejteket találni, a mi legjobban bizonyítja, hogy a sudanophilsejtek jelenléte nemcsak a genyedés jelenlététől és a genyedés fokától függ. Házinyulakba s tengerimalaczkba oleum olivarumot s olajos emulsiókat fecskendezve be sterilen, szintén a sudanophilsejtek bő jelenlétét lehetett kimutatni, s emberen zsírdús diéta után a már sok esetben normálisan is jelenlevő sudanophilsejteknek megsaporodását észlelte. Mindezek alapján a **Cesaris Demel**-féle vérlelet abszolút és pathognostikai értékét nem ismeri el a szerző. (Il Policlinico, Sez. Pratica, 14. kötet, 1909.)

Galambos Arnold dr.

Belorvostan.

A savós kiköpésről pleura-punctio után ír **Wassmuth**. Savós mellhártyaizsaszó vagy hydrothorax esapolásakor néha előfordul, hogy savóssá válik a köpet. A régibb vélemény szerint ez a savós expectoratio tüdővizényő következménye, vagyis a vérsavó transsudatiójának az eredménye. Újabban azonban inkább azon nézet felé hajolnak, hogy a mellüri folyadék jut át közvetlenül a tüdőn és köhögtetik ki. Ezen nézet mellett állatokon végzett kísérletek eredményei is szólnak. A savós expectoratio kiváltó okának az erős köhögést tartják; elősegítő tényezőkként szerepet játszhatnak a pleuraösszenövések, a jobb szívkamara gyengesége és a tüdőnek hosszú időn át összenyomott volta. A szerző az innsbrucki egyetemi belklinika esetét észlelt, a mely a mellett szól, hogy mégis a régibb nézet a helyes, vagyis hogy ilyenkor vérsavó transsudatiójával van dolgunk. A mellüri folyadék ugyanis az illető esetben (carcinoma) vérfestéket tartalmazott és a Rivalta-próbával exsudatumnak bizonyult, a savós köpetben ellenben nem volt vérfesték kimutatható s a Rivalta-próbával transsudatumnak bizonyult. Megemlítendő még, hogy ebben az esetben a savós köpet ürülése nagyon mérsékelt köhögés kapcsán történt, határozottan az volt a benyomás, hogy a köhögés nem az oka, hanem a következménye a savós folyadék felhalmozódásának a hörgőkben. Végül még felhívja a szerző a figyelmet a mediastinumnak rögzített voltára, mint az ilyen savós expectoratio keletkezésének elősegítő tényezőjére. Rögzített mediastinum mellett ugyanis a mellüri folyadék kibocsátása után nem hatolhat az ép tüdő compensatoriusan a beteg mellkasfélbe, úgy hogy e miatt az összenyomva volt tüdőnek sokkal nagyobb mértékben kell tágulnia, a mi azután az ereit, a melyek a hosszantartott nagy nyomás miatt amúgy is már károsodottak voltak, még jobban megkárosítja s így a serosus folyadék átjutására alkalmasabbá teszi. Ha tehát rögzített a mediastinum, még fokozottabb mértékben kell ügyelni a mellüri folyadék nagyon lassú kibocsátására. (Die Therapie der Gegenwart, 1909. 8. füzet.)

A **Karell**-féle kúráról értekezik **Giovanni Galli** tanár. **Karell** a nevére elnevezett kúrát körülbelül 40 év előtt ajánlotta incompensált szívbajok gyógyítására. E gyógyeljárás sokáig nem talált követőre, csak az utóbbi időben kezd az orvosok figyelmé ráterelődni. A kúra abban áll, hogy a beteg 800 gm. tejet vesz magához 24 órai táplálék gyanánt, 4 egyenlő részre osztva, 4 órai időközben. A kúra fő kelléke: az orvos részéről kifejtett kellő energia s az eljárás iránt szükséges bizalom felkeltése. A kúra 3—7 napig tart, a szervezet reakciója szerint. Néha a kúrának több periódusban való megismétlése szükséges, midőn valamivel bőségesebben táplálhatjuk a beteget, azonban a napi folyadékmennyiség emelése nélkül. A betegek rendszerint csak kezdetben gördítéssel nehézséget a kúra elé, de könnyen megszokják azt, főleg ha a compensatio csökkenése nem késik. Az első 2—3 napon jelentkező égető szomjúság ellen a száznak gyakoribb öblögetése elegendő.

gendőnek bizonyul. A hatás beálltának első jele: a diuresis emelkedése s a vizenyő csökkenése; ezzel egyidejűleg a szívműködés javulása is észlelhető. Egy esetben, a melyben igen gyakori asthma cardiale-rohamok jelentkeztek, a kúra harmadik napjától kezdve az éjjeli asthmás rohamok megszűntek. A kúrának antitoxikus hatása is van: a szervezetből a visszatartott húgyalkotórészek eltávoznak újból s a reflectorius ideges tünetek így megjavulnak. Hogy a vér mennyiségének csökkentése a szív tehermentesítésének egyik főtenyezője, azt egy betegen látta bebizonyítva a szerző, a ki dekompenzált szívbajban szenvedett; ez a beteg aranyeres vérzés következtében naponként körülbelül 100 gm. vért veszített, a mely vérvesztés a vérnyomás fokozódásához, a szív munkájának javulásához vezetett.

A Karell-kúra hatásosságának feltétele, hogy a szív ne legyen teljesen kimerült, és hogy a vesék működőképesek legyenek. A nephritis parenchymatosa ellenjavallja a kúrát, míg nephritis chron. interstitialis mellett a kúra eredményes szokott lenni. A Karell-kúra mellett a gyógyszerek adagolása felesleges, csupán súlyosabb esetekben, cyanosis, nagy dyspnö, rossz pulsus mellett lehet egyidejűleg cardiacumokat is alkalmazni és e pharmaco-diaetás kezeléssel oly feltűnő eredmények érhetők el, a melyeket a cardiumokkal egymagában nem igen érünk el. A Karell-kúra sikerrel alkalmazható adipositas eseteiben is, főleg ha szívelégtelenség tünetei mutatkoznak; itt is a jelentékenyebb testsúlyfogyás a vérkeringés útjában levő akadályok csökkenéséhez s így a szív munkájának javulásához vezet. Jó eredmények érhetők el a Karell-kúrával a chlorosis azon eseteiben is, a melyekben a szív petyhüdt, tárgult s a bőralatti kötőszövet tömeges, nedvűs, majdnem térsztatipitátú. (II Policlínico, Sez. Pratica, 27. kötet, 1909.)

Galambos Arnold dr.

Idegkórtan.

Az apoplexia és hemiplegia kezelése körül szükséges teendőket foglalja össze P. Sainton.

I. *Megelőzés.* A plethorás, rövid- és vastagnyakú, piros arczú ember mintegy disponálva van apoplexiára. Őt a vérmességtől megóvni volt nagy gondja a XIX. század első felében az orvosnak. *Durand-Fardel* tanítása szerint gyakori vérvételt ajánlottak az ilyen esetekben, e mellett szűkös étkezést. A megelőzés szempontjából ki kell kerülni az erek megbetegedését és csökkenteni kell a vérnyomást. E szempontból szükséges a lues beható kezelése és az óvakodás az egyéb hasonló kóros elváltozást okozó mérgezésektől, mint a milyen a váltóláz, alkohol, ólom, stb. Ha hypertensio van jelen, az étkezést e szerint szabjuk meg és kis adagban jódót adunk, az esetleges alapbajokat (arteriosclerosis stb.) a szokott módon kezeljük.

II. *A szélütés.* Ha a gutaütés megtörtént és a beteg comába esett, le kell vetkőztetni és óvatosan az ágyba fektetni. A fekvéskor a fej mérsékelten magasán legyen elhelyezve. Sokáig az érvágás volt az apoplexia első kezelése, de már 1856-ban *Todd* kijelentette, hogy a vérvétel nem kisebbíti a további vérzést. Ma nagyon különféleképpen gondolkoznak a vérvételről. *Brissand*, *Monakow* teljesen száműzte ezt az eljárást, pedig plethorás emberen adhat jó eredményt. Az érvágást azonban elhagyták teljesen. A ki a pióczt elavult eszköznek látja, alkalmazhat scarifkálást a két proc. mastoidus fölött. *Jackson* jégzaeskt adott a fejre, *Brissand* ezt ártalmatlannak tartja, mások szerint csak óvatosan lehet alkalmazni. Indikálva van az alsó végtagokra mustárpapírost tenni, de nem szabad sokáig rajta hagyni, mert az égett seb nehezen gyógyul a trophiás zavarokra hajlandó bőrön. A sok egyéb ellentétes nézet mellett abban az egy pontban teljes az egyetértés, hogy a beöntés hasznos. Erre 50/00 langyos sóoldat vagy szénateá (10 gm. 500 vízre) jó. Ha az érverés kicsi és szapora, kámborbefecskendezést kell adni. Ha a beteg állapota kielégítő, egynehány napig türelemmel kell várni. Ha a beteg eszméletlen van, kevés tejjel kell táplálnunk, első nap 1/4 liter, másodnap 1/2 liter mennyiségben. A száját és nyelvet gondosan tisztán kell tartani. Ha a beteg hosszabb ideig maga nem táplálkozik, szondával lehet táplálni, de a tejet lassan és egyszerre csak igen kis mennyiségben szabad adni. Tápláló beöntést csak rövid ideig érdemes adni. Két tojássárgával, 4 gm. sóval, 200 gm. vízzel és 6 csepp opiumtincturával készül. A hólyagot minden nap meg kell kopogtatni. Ha tele van és a vizelet nem ürül rendszeren, meg

kell csapolni, de nagyon pontos figyelembe vevésével az asepsis szabályainak. Ha a vizelet zavaros vagy genyes lesz, 40/0 bórsav-oldattal öblítsük ki csapolás után a hólyagot, súlyosabb esetben 1:4000 argentum nitr. alkalmazható erre a célra. A beteget igen gondosan kell tisztán tartani, ha pedig hosszabb ideig van félcomában, víz- vagy légpárnára kell őt fektetni. Ha megmozgatjuk, nagyon óvatosan járunk el. Vigyázni kell, hogy decubitus ne keletkezzen, ezért a beteg farát minden nap ellenőrizni kell és a legkisebb erosiót is szabályosan kell kezelni.

III. *A szélütés után* sok hasznót hajthatunk a betegnek, a mikor segítjük, hogy mozgásképeségét visszanyerje. A hemiplegiások nagy része azért nem nyeri vissza mozgását, mert a szélütés után túlsoká hagyják nyugalomban, a miben nagy része van a beteg psychés állapotának is. A mint a beteg a comából kijött, kezdjük vele passiv gyakorlatokat végezni. E módon elkerüljük a retractiók képződését, az inakat az inművelőkben mozgásban tartjuk, megakaszthatjuk az ízületi elváltozások kifejlődését és megelőzzük az izom soványodását. A passiv mozgást minden egyes ízületen külön veszszük elő és hajlítást, feszítést, forgatást végzünk. Az izmokat jó állapotban tartja az alkoholos bedörzsölés kámforszeszszel, linimentum soponato-camphoratummal. A masszálás eleinte csak gyengéd simogatás legyen. Azután áttérhetünk az akarlatlagos mozgás gyakorlására. A beteg eleinte csak karos-székekben ül. Hogy békés karját ne lógassa, jó azt felkötni. Ha a szándékos mozgás megjött, elővehetjük az újra nevelő gyakorlatokat (rééducation). Ezeknek két jó oldala van. A beteg egyrészt megtanulja, hogy a megváltozott körülmények között miképpen kell bánni a végtagjaival, miképpen kell azokat beidegeznie. Másrészt ilyen esetekben coordinatiozavar van, *Meige* kifejezése szerint amnesie motrice fonctionelle. Ehhez még bizonyos mozgásphobia is járul. Mindez csökken és javul, ha a beteg minden szükséges mozdulatot újból megtanul. Újból kell a beteget járni, irni, öltözködni stb. tanítani, tehát újból életrekelteni az elveszett mozgásassociációkat. A reeducatio módszerei az ataxiában használatos *Frenkel*-gyakorlatokkal megegyeznek, de össze lehet azokat kötni *Kouindjy* tanácsa szerint botokkal és ellenálló gépeken gyakorolt mechanotherapiával. A húzógyakorlat különösen akkor jó, ha contractura fejlődött. A contracturában a masszálást erőteljesebben lehet alkalmazni. A villamozást általában nem sokra becsülik és inkább csak a beteg kívánságára szokták alkalmazni. A fáradós áram a fájdalmat fokozni hajlandó és a contracturát erősíti, ezért használata nem tanácsos. Ellenben a gyenge galvanáram az izom táplálkozását javítja. Az étkezés könnyű ételekből álljon.

A baj ezen szakában *szövődések* állhatnak elő. Ezek a decubitus, a fájdalom és az általános állapot gyengülése. A *decubitus* antisepsises folyadékkal, oxigenes vízzel, talcummal, zinkoxyddal lehet kezelni, de antisepticumot ne túl gyakran használjunk, mert az érzékeny bőr könnyen sérül. A *fájdalmak* ellen linimentumok, laudanum, chloroform hasznos lehet, a morphiomot ellenben kerülni kell a megszokás miatt. A langyos borítás, a meleg fürdő is csillapít. Az *általános erőállapot* sokszor nagyon gyengül. Ez ellen strychninum sulfuricum fél milligrammos adagban, glycerophosphat segíthet. A beteg psychejét nem kell elhanyagolni. A szellemi munkának hosszabb időn át szünetelnie kell.

IV. *A késői hemiplegiás időszakban* egyszerű csendes életet tartunk a beteget, legjobban falun. Rövid ideig tartó, nem fárasztó szellemi munkát megengedhetünk. A masszálást, bedörzsölést, az aktív és passív mozgásokat folytatjuk, a gyakorlatokat rendszeresen végeztetjük. Az alkoholt, dohányt még ilyenkor is eltiltjuk. Minden fűszert kerülni kell. A táplálék inkább növényi legyen. A bélműködést rendszerben kell tartani, 0.5 gm. natrium jodatutot időnként ismételt két héten át adhatunk. A kénes melegfürdőket dícsérték, de vértólulást okozhatnak, jobb kerülni őket. A tengeri klíma rendszeren nem jó. A hegyi tartózkodás ne történjék 1000 méteren felül és erre is csak legkevesebb hat hónappal a gutaütés után gondolhatunk. (Le bulletin médical, 1909 április 14.)

Kollarits Jenő dr.

Bőrkórtan.

A sarjadzó sebfelületeknek skarlatvörös-kenőccsel való kezeléséről ír *Morawetz* a Finger tanár klinikáján szerzett tapasztalatok alapján. 25 esetben alkalmazták e kenőcsöt (8 gm.

skarlátvörös, elegendő mennyiségű chloroformos olaj az oldásához és 100 gm. vaselin) következő módon: a kenőccsel keshátnyi vastagságban bekent mult a sebfelületre helyezve, szövethől készült pólyával rögzítették, a seb közvetlen közelében levő bőrterületeket pedig a skarlátvörös-kenőcs esetleges izgató hatásának megelőzése végett zinkpasztával kenték be. A kötést legkésőbb 24 óránként megújították, vagy pedig, ha nagyobb fokú izgalom támadt a sebfelületen, 3^o/o-os bórkenőccsel helyettesítették, avagy 24 óránként felyáltva skarlátvörös-kenőcsöt és dermatol-gazet használtak. A skarlátvörös-kenőcs hatására a sarjadzások 24 óra alatt szürkésfehérré válnak, a seb vagy fekély széle felől pedig friss epithel-szegély kezd képződni, a mely azután mind szélesebb lesz; gyakran a sarjadzó felület közepe táján is gyorsan növekedő epithelszigetek jelennek meg, a melyek egyesülve az epithel-szegélylyel, csakhamar teljesen fedik a seb- vagy fekélyfelületet. Megjegyzendő, hogy a skarlátvörös-kenőcs hatására képződő epithel rendkívül erős szokott lenni. A kezelt 25 eset közül 12 tiszta sarjadzó felület volt, 13 pedig többé-kevésbé genyes, különböző természetű fekély. Ez utóbbi esetekben a skarlátvörös-kenőcs nem használt, sőt még rosszabbított a bajon; csak a mikor már tiszta sarjadzó felületűvé sikerült átalakítani őket, használt a skarlát-kenőcs. A kezdettől tiszta sarjadzó felületek nagyon gyorsan behámosodtak, még a tenyérynai nagyságúak is, a melyek fedésére már a bőrátültetéshez akartak folyamodni. Végeredményben oda következtet a szerző, hogy a skarlátvörös-kenőcs nagyon megbízható szer tisztán sarjadzó felületek kezelésére és sokkal rövidebb idő alatt vezet eredményre, mint bármilyen más eljárás. (Therapeutische Monatshefte, 1909. 9. füzet.)

Fizikai gyógyításmódok.

A thermopenetratio hatásáról Laqueur (Berlin) a Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie 1909. évi 5. füzetében újabb adatokat közöl. (A kezelés ezen módját már ezen lap 1908. évi 20. számában is ismerttettem.) A hőátáramolásnak lényege az, hogy a kezelendő testrészt — mint ellenállás — alkalmas elektrodokkal olyan áramkörbe van beiktatva, a melyben igen szaporán váltokozó s nagy intenzitású, de csekély feszültségű áram kering. Az ilyen áram alig hat elektromos ingerképpen, hatása abban nyilvánul, hogy az átáramolt testrészt felmelegszik. A felmelegedés nemcsak felületesen történik, hanem az átáramolt szövetek mindama részeiben, a melyeken az áram végig fut. A szövetek átmelegítését okozó áram az igen szaporán váltokozó áramoknak eddig alkalmazott formájától, az úgynevezett d'Arsonvalisatiótól abban különbözik, hogy a gyorsan változó áramok a thermopenetratióval csekély feszültségűek, az elektromos hullámok egyenletesek és hogy az áram intenzitása nagyobb (Laqueur szerint 1.5 A.-ig fokozható), mint a d'Arsonvalisatióé. A thermopenetratio céljaira szolgáló, igen szaporán változó áram Preyss és Berndt adatai szerint egy külön e célra szerkesztett ivlámpa fényíve által állítatik elő. Laqueur kísérleteiben a C. Lorenz A. G. (Berlin 50) által összeállított készüléket használta, a melynek árama rheostattal és másodlagos tekercsrel pontosan szabályozható.

Az elektromos áramoknak ezen fajtája — mint azt Nagelschmidt a budapesti nemzetközi orvosi congressus V. szakosztályában be is mutatta — a szerves szövetek mindazon részeit, a melyek a két elektrod közé esnek, az elektrodok felületeinek megfelelő keresztmetszet terjedelmében felmelegíti, még pedig ceteris paribus annál jobban, minél kisebbek az elektrodok, azaz mennél szűkebbre szorul az áram pályája. Intenzívebb áram a szövetek fehérjéit az áram mentén végig meg is alvasztja. A felmelegedés azon szövetekben a legnagyobb, a melyek az áramnak a legerősebben ellentállanak, például a bőr.

Kísérleteket végzett azon irányban, hogy lehetséges-e a szövetekben levő bakteriumokat az ilyen átmelegítéssel előltni, vagy legalább fejlődésükben meggátolni. Ezen célból házinyulak térd-izületeibe bizonyos bakteriumoknak egyenlő mennyiségeit fecskendezte be. Ezen izületek közül az egyik rögtön utána az említett módon 1/2 óra hosszat meleggel átáramoltattott. Hogy a bőr az elektrodok táján túlságosan fel ne melegedjék, sóoldattal átitatott gaze-réteget iktatott közbe. A felmelegedés fokát, hogy túlságba menve a szöveteknek meg ne ártson, részben tapintással, részben

hőmérővel ellenőrizte. Az áramot oly módon szabályozta, hogy a bőr csak 45—50 C^o-ig melegedett fel. A kérdéses izületeket rögtön a kezelés után és másnap újra megpungálta s a belőlük kiszívott folyadékot alkalmas táptalajra átvive, megfigyelte az azon izületekből eredő mikroorganizmusok fejlődését, a melyeket thermopenetratióval kezelt, szemben az azon izületekből eredőkkel, a melyeket ily módon nem kezelt. Ezen kísérletek eredménye az volt, hogy a pneumococcus, a gonococcus és a cholera vibrio, tehát azon mikroorganizmusok, a melyek a meleggel szemben alig ellentállók, a thermopenetratio által az élő test belsejében fejlődésükben meggátoltak, sőt életképességük meg is rövidült s mindez a nélkül történt, hogy az inficiált szövetek a kezelés által kárt szenvedtek volna. Streptococcusokkal és staphylococcusokkal szemben azonban semmi eredményt sem ért el.

Az említett kísérletek eredménye alapján a thermopenetratiót alkalmasnak tartja arra, hogy vele — mint azt Cohn ajánlja — kóros szöveteket, főképpen carcinómákat, elpusztítsunk. De ő a kezelésnek ezen módját eddig therapiás célból csak gonorrhoeás, köszvényes arthritis, heveny és idült izületi csúsz eseteiben alkalmazta, még pedig oly esetekben, a melyekben előzően más gyógyító alkalmazások semmi vagy csak csekély eredménnyel jártak. A legszebb eredmény azon esetekben mutatkozott, a melyekben a baj kisebb (ujj-, kéztő-, láb-) izületekben fészkelte. Ha a térd- vagy vállizület volt beteg, az eredmény némely esetben nem volt kielégítő. Ezt annak tulajdonítja, hogy azon készülékkel, a melylyel dolgozott, intenzívebb áramokat nem alkalmazhatott.

A thermopenetratio köszvényes fájdalmak, gonorrhoeás achillo-dynia és plantalgia eseteiben még jobban hatott, mint a d'Arsonvalisatio, a mely ezen fájdalmakat különben szintén elég jól szokta elmulasztani. Megjegyzni azonban, hogy a hőátáramlatással az ankylosisba átmenő gonorrhoeás vagy rheumás izületekben a fájdalmakat legfeljebb csak mulékonyan bírjuk csillapítani s hogy a betegség objectív tünetei (izzadmány, duzzadás) csak azon esetekben javulnak a fájdalomcsillapodással együtt, a melyekben a baj újabb keletű.

Nagelschmidt a Zeitschrift für phys. u. diät. Therapie, 1909. évi 3. füzetében *Transthermie* néven ugyanazon kezelésmódról értekezik. Hangsúlyozza, hogy neki ezen elektromos áramokkal tabesekes lancináló fájdalmait és kríziseit az esetek túlnyomó többségében csökkentenie s a rohamokat ritkábbá tennie sikerült. A mellkasnak átmelegítésével két súlyos asthma esetében nagy megkönnyebbülést okozott. Említi, hogy ezen áramokkal óvatosan kell elbánni, mert könnyen okoznak szövetelhalást, alvadást vagy thrombosist. A nem tompított, igen szaporán (percenként 500,000—1,000,000-szor) változó, csekély feszültségű, de erős intenzitású áramoknak más hőalkalmazásokkal szemben az az előnyük, hogy velük a mélyen fekvő szöveteket is fel bírjuk melegíteni.

Bernd az utóbb említett folyóiratban szintén ezen kezelésmódról ír. Ő ezen áramokkal az említett betegségeken kívül még ischiast, hydropsot és callusképződést is kezelt eredménnyel. Két esetben alkalmas elektrodokkal haemangiómát alvasztott meg és mulasztott el alig észrevehető hegképződéssel. Említi, hogy azt, a mit a fulguratióval tumorok eseteiben el lehet érni, a thermopenetratióval sokkal gyorsabban s mélyebbre ható eredménnyel, minden szikrázás és a felületnek elszenesítése nélkül elérhetjük. Bernd 3 ampères áramokat is alkalmazott. Lenkei V. D. dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

Az orr-melléküregek genyedéseinek szövettana czímmal J. S. Fraser (Edinburgh) tartalmas referatutumot ír a Journal of Laryngology szeptemberi számában. Célja egyrészt kimutatni, hogy a melléküregek nyálkahártyáján előforduló elváltozások analogok az orr- és a középfül nyálkahártyájának elváltozásaival, s hogy az orrban kezdődve közvetlenül terjedhetnek tova a pharynxba, a melléküregekbe és a középfülbe. A normális nyálkahártya részletes szövettanából kiindulva, 19 megvizsgált kóros melléküreg-nyálkahártya vizsgálatának eredményén vezet át, mindenütt gondosan fel- emlíve Goetjes, Oppikoffer, Hajek stb. vizsgálatának idevágó eredményeit. További célja kimutatni, hogy a catarrhus és suppuratio között lényeges különbség nincsen, a mit igen szellemesen magyaráz. Ugyanolyan fokú leukocytavándorlás más és más váladékot termel

az orrüregben s a melléküregben. Az orrüreg nyálkahártyája számos mirigyet, a felhám pedig sok kehelysejtet tartalmaz, azért az epithelsejtek között kivándorló leukocyták felhigulnak a mirigy- és kehelysejtváladékkal és így nyálkás-genyes, *catarrhalis* a váladék. Ugyanolyan fokú lob, ugyanazon fokú leukocytavándorlás pedig a melléküregekben tiszta genyes váladékot ad, minthogy a melléküreg nyálkahártyájának minimális mirigy-kehelysejtváladéka nem igen tud higitani. És éppen ezen szövettani viszonyok miatt azt óhajtja, hogy az „egyszerű hurut” és a genyedéses hurut meghatározásakor ne csak a submucosa viszonyai irányítsanak, mint a hogyan Eschweiler ajánlotta, hanem az epithel állapota is. *Rejtő Sándor dr.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Pergenol. A hydrogensuperoxydkészítményeknek nagy hátránya, hogy nagyon kevés tartósak. A fény és a por, sőt már az üvegnek alkalija is bontólag hat az oldataira. Ezenkívül a legtöbb készítmény szabad kénsavat is tartalmaz, a minék kellemetlen következtetése lehet. Mindezen hátrányoktól mentes a pergenol. Kristályos, nagyon tartós por, a melyből vízben oldásakor hydrogen-superoxyd fejlődik. Tulajdonképpen natriumperborat és savanyú borkősavas natrium elegye. Klinikai tapasztalatai alapján *E. Meyer* tanár nagyon ajánlja. (Berliner klin. Wochenschrift, 1909. 33. sz.)

A fibrolysin alkalmazásáról a végbélben és a hüvelyben *Althoff.* Egyik esetében a végbélben át alkalmazás után tetemesen javult a csipőizületnek súlyos arthritis deformans által okozott állapot, másik esetében pedig ichthyolglycerinnel kevert fibrolysinnek vaginális alkalmazása után oldódott a retroflexióban rögzítve volt méh. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 31. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 39. szám. *Lévai József:* A sebészeti drainozásról. *Porosz Mór:* Végbélféreg okozta urethrorrhoea és fokozott libido.

Orvosok lapja, 1909. 40. szám. *Szana Sándor:* A zuhlott gyermek socialhygienéjének magyar rendszere.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 39. szám. *Tóth Imre:* A csúszos bajok újabb és eredményes kezelése. „Füld- és vízgyógyászat” melléklet, 3. szám. *Barla Szabó József:* A lápföld és használata. *Schulhof Vilmos:* A gyógyfürrások új beosztásáról. *Bucsányi Gyula:* A napfürdő dysmenorrhoeánál.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Lassányi Aladár dr.-t* a székes főváros főpolgármestere kórházi alorvossá nevezte ki. — *Tarján Rezső dr.-t* nagyhalmágyi járás-orvossá, *Baky Endre dr.-t* öcsödi községi orvost pedig tiszteletbeli járás-orvossá nevezték ki. — A belügyminister *Mann Emil dr.-t* a budapesti állami szemkórházhoz másodorvossá nevezte ki.

Választás. *Kovács József dr.-t* Érendrén körorvossá választották.

Gara Géza dr. téli orvosi működését Meranban megkezdette.

A tisztiorvosi vizsgák Budapesten október 4.-én, Kolozsvárt pedig október hó 14.-én kezdődnek.

Máramaros vármegye közkórházában *Szilágyi István dr.* igazgató főorvos évi kimutatása szerint 1908-ban 3574 beteget (1926 férfit és 1648 nőt) ápoltak; egy betegre átlagban 46-2 ápolási nap esett. A legnagyobb napi beteglétszám 532, a legkisebb 356 volt. Belorvostani eset volt 1300, sebészeti 245, szemészeti 60, fülészeti 4, nőorvostani 88, szülészeti 135, bőrkórtani 96; az elmebetegek száma 211-re, a buja-kórosaké 253-ra rugott. A műtétek összege 329, halálosan végződött 11.

Meghalt. *Institoris István dr.,* Arad vármegye tisztí főorvosa, 56 éves korában szeptember 25.-én. — *Doktor Henrik dr.* székesfővárosi gyakorlóorvos szeptember 26.-án 70 éves korában. — *Weisz Viktor dr.* csépai körorvos, tiszteletbeli járásorvos 45 éves korában szeptember 23.-án.

Kisebb hírek külföldről. A müncheni egyetemen *M. Richter dr.* bécsi magántanár a törvényszéki orvostan rendkívüli tanárává nevezték ki. — A baltimorei Johns Hopkins egyetemen *C. D. Snyder dr.* az élet-tan rendkívüli tanára lett. — A bukaresti egyetem szemészeti tanszékét, mely Manolescu dr. nyugalombavonulásával megüresedett, *Stanculeanu dr.-ral* töltötték be. — Rendes tanár lett: *G. Mingazzini* Rómában (neurologia), *J. A. Abt dr.* Chicagóban (gyermekorvostan), *J. Hardesty dr.* New-Orleansban (anatomia), *A. P. Brubaker dr.* Philadelphiában (élettan), *J. R. Wellington dr.* Washingtonban. — Rendkívüli tanár lett: *Ch. A. Porter dr.* Bostonban (sebészet), *E. M. Evans dr.* (belorvostan), *H. A. Steward dr.* (kórboneczolástan) New-Yorkban, *V. Grandis* (kísérleti élettan) Genuában. — *W. Manz,* a szemészet nyugalmazott tanára a freiburgi egyetemen, 50 éves orvosdoktori jubileumát ünnepelte. — *H. Kraft* tanár, a görbersdorfi Brehner-sanatorium vezetője, állásától meg-válk; helyét Sobotta dr. foglalja el, ki eddig Reiboldsgrünbe működött. — *Bäumler* tanár Freiburgban nyugalomba vonult; helyébe *O. de la*

Camp dr.-t, a freiburgi egyetemi poliklinika igazgatóját nevezték ki a bel-orvostan tanárává és a belklinika igazgatójává.

Cook és Peary versengése az északi sark felfedezéseért nemcsak a napi sajtót érdekli, hanem tekintettel arra, hogy Cook orvos, minket is közelebből érint. A „The Journal of the Americ. Medic. Association” szeptember 11.-i számából vesszük a következő életrajzi adatokat. *Cook A. Frederick* New-Yorkban született 1865 június 10.-én. Középiskoláit Brooklynban végezte, majd New-Yorkban nyert orvosi képesítést. Rövid ideig Brooklynban mint gyakorlóorvos működött. Erdeklődését azonban csak-hamar a tudományos kutatások költötték le, úgy hogy már 1891-ben orvosi minőségben részt vett a Peary-expedícióban. Mint a belga expedíció orvosa részt vett a dél-sarki expedícióban is; érdemei elismeréséért a belga Lipót-renddel tüntették ki és a belga tudományos társaságoktól több érmet kapott. 1906-ban a *Mount Mc Kinley* megmászásakor mint vezető szerepelt. Ezen két utolsó utazásáról két útleírást adott ki.

Az orvosi pályára vonatkozó adatokat közöl a „British medical journal” szeptember 4.-i száma. Az orvosok száma Angliában és Walesben jelenleg 25,092, vagyis 1407 egyénre esik egy orvos. 1892-ben az arány 1:1710 volt. Tekintetbe veendő továbbá, hogy a halálozás és a megbetegedés aránya erősen csökkent, nemkülönben hogy a születések száma is kisebb lett (26-30/00 az azelőtti 34-20/00-vel szemben). Ha még hozzávesszük, hogy a kurzuslás Angliában is erősen terjed, s hogy az orvosok számának szaporodása által feltételezett concurrentia miatt a nagyon olcsón dolgozó orvosok száma erősen megnövekedett, a honó-rariumok nagysága csökkent: kiderül, hogy Angliában sem valami rózsás az orvosok helyzete, úgy hogy a „British medical association” máris tervezi az orvosi pályára lépéstől óvásnak nyilvánosságra hozását.

Mai számunkhoz a **Farbwerke, vorm. Meister Lucius & Brünnig,** Höchst a. M. cég „Gyógyszerkészítmények” című prospektusa van csatolva.

Dr. Jakab-féle LIGETSANATORIUM Budapest, VI., Nagy János-utca 47. szám. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnostika, physikotherapiás sanatorium. **Megnyilik 1909 szeptember hó első felében.**

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Múzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javalkatok: Idült gyomorbélatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegszabák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgás-zavarok. Érelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fény-fürdővel), neurasthenia, bémulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgyöbülések.

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

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

Tamássy Park-sanatoriuma DUNAHARASZTIBAN, Pestmegye. Intézeti orvos: **Somossi Lajos dr.** Alkohol-, morphi-, nicotinelvonás.

Tüdőbetegsanatorium Tátraháza.

Égész éven át nyitva. Központi légfűtés. Villamvilágítás. Fekvőszobák a fenyvesben. — Nadjára. — Hydrotherapia. — Gondos szakorvosi kezelés. Teljes napi pensio orvosi kezeléssel, gyógyszerközzel együtt 12 korona. Igazgató-főorvos: MÜLLER VILMOS dr. az „Erzsébet királyné” san. v. assistens. Prospektus.

Orvosi laboratorium és cukorbeteglek tolerantiájának meghatározása Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogon-ter). Telefon 26-96.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

Elektromágneses intézet Budapest, VII., Városligeti Fásor 15. sz. Gyógy-tényezők: D'Arsonval-, Elektromágnes-, Sin-soidal-, Galvan-, Farad-, Franklin-, Leduc-áram. 4 cellás villanyfürdő. V. forróleégdús. Vibr. massage. Prospektus. Vezető orvos: REH Béla dr.

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

Dr. Widder Bertalan operateur testgyenesítő (orthopédia) intézete csont- és ízületi (tuberculosus, angorikus, rheumás, elgöbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19. Magyar-utca sark. Rendel: d. e. 11-12-ig, d. u. 3-5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

Dr. Szili Sándor v. egyetemi tanársegéd, Andrassy-út 55. Tel. 157-71. Vegyi, gőresői, bakteriologiai (Wassermann-féle lues-reactio) orvosi laboratoriuma.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FÁSOR 13-15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek bőrgyógyászati, nézőszeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai. 708. l.

A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai.

IV. Szakosztály: Mikrobiológia; kórbonecztan.

Rodet (Montpellier): A mikrobák virulentiájáról. Kórokozóvá lehet valamely: mikroba 1. ha alkalmazkodott az állati szervezetben való életmódhoz, 2. leküzdí a szervezet védekezését (agresszió útján vagy tokot termel), 3. ha mérgeket fejleszt, melyek ártalmasak az állati szervezetnek, és pedig úgy helybelileg, mint távolra ható toxinokat.

Ha e tényezők megváltoznak, módosul a virulencia is. Csökken a virulencia, ha a mikroba inkább a saprophyta élethez alkalmazkodik, ha nem tudja a szervezet ellenállását leküzdni, ha csökken a mérgetermelő képessége. Ellenkező esetben a virulencia fokozódik. E módosulás az oka annak is, hogy bizonyos állatfajokban egy és ugyanaz a mikroba elváltozásokat okoz, míg más állatfajokra egyáltalában nem kórokozó. Sőt ugyanazon állatfaj különböző egyéneiben is különböző lehet a káros hatása a mikrobának.

Vincent (Paris) szerint a pathogen és apathogen mikrobák közt nincs lényeges különbség, mert mesterségesen egészen közönséges saprophyták is kórokozóvá tehetők, pl. ha hypertonusos oldatokban tenyésztjük őket (pl. a bac. subtilis, megatherium is kórokozóvá lesz).

Amako (Kobe) a pestis conjunctivalis és cutan-reactiójáról s a pestisbetegek serumának agglutináló és complement-megkötő képessége közötti összefüggésről tartott előadást.

Vincent (Paris) meningitis cerebrospinalis epidemiciában szenvedő egyének lumbalpunkciós folyadékával egyszerű praecipitotestet dolgozott ki, mely minden esetben specifikus és így jó diagnostikai segédeszköz. Azért is fontosságot tulajdonít eljárásának, mert az ily módon diagnostizált eseteket a meningococcus-serummal sikerült meggyógyítani.

Cafiero (Napoli) a typhusbacillus és staphylococcus pyogenes aureus tenyésztési viszonyait tanulmányozta olyan agaresőveken, melyekre mindkét mikrobát ráoltotta.

Kaufmann (Róma) „Adatok a cholera diagnosisához“ czímen tartott előadást. Ha a cholera vibriót olyan táptalajokra oltjuk, melyekhez alkalis jequirity-pepton-oldatot kevertünk, a zöldes táptalaj 6 óra alatt elszíntelenedik. Ha a kultúrát choleraimmun-serummal összekeverjük, a reactio nem következik be. Más vibriókkal a vizsgálat egyik irányban sem ad megbízható eredményeket.

Orsós (Pécs) a táptalajok mélyében fejlődő bakterium- és élesztőcoloniák alakjáról értekezik.

A mélyben fekvő coloniák alakját a félretolt medium ruganyos ellenállása eredményezi. A legfőbb szerepet a táptalaj cohaesiója játszsza.

A coloniák kifejlődésének három phasisa van. Az első szak a kifejlett colonia magvának felel meg s úgy jön létre, hogy az egyes sejtek gömbalakban rakódnak egymásra. Ha e szakban a colonia a legnagyobb sűrűséget elérte, beáll a második szak, t. i. a colonia két dimenzióban terjed szét s a táptalajnak megfelelőleg lenese- vagy saturnusalakú coloniák támadnak. A harmadik szakban a legesekelebb ellentállás helyéről kiinduló szétszóródás következik be, a mi lazán összefüggő óriás coloniákat eredményez.

A komplikáltabb coloniák (triphylon, hexaphylon) keletkezését a táptalaj feszültségének kiegyenlítődése kíséri.

A táptalaj concentrációjának és cohaesiójának megváltoztatásával a legkülönbözőbb átmeneti alakokat lehet előállítani.

A mélyen fekvő coloniák alakulása a legkisebb erő elvén alapszik. Az elastikus mediumok ugyanis bizonyos térfogatnövekedésnél a lencsealakú coloniákkal szemben kevesebb ellenállást fejtenek ki, mint a gömbölyűekkel szemben s így azok bizonyos volument kisebb belső nyomással, kisebb munkával érhetnek el.

Vas (Budapest) a budapesti vízvezetéki víz bakteriologiai vizsgálatának eredményeiről számol be.

A káposztásmegyéri vízmű az 1904. évi kiépítése óta bakteriologiai tekintetben kifogástalan vízzel látja el a főváros legnagyobb részét. Az 1 cm³ vízben levő mikrobák száma leggyakrabban 10–30, de mindig 60 alatt van. A Lipótvárost ellátó kút vizében a mikrobák száma 100 alatt van. Csak a budaörsi szűrőtelepen haladja meg néha a bakteriumtartalom a 100 csírást cm³-enként, a mi a filtráló berendezés ingadozására enged következtetni.

Zacher (Kolozsvár) a hulla epéjének mikrobáiról tartott előadást. 92 epehólyag és 11 epekő bakteriologiai vizsgálata a következőket eredményezte: az epehólyagok közül 55, az epekövek közül 7 volt steril. Az epehólyag tartalma tehát holtestekben legtöbbször steril, sokszor még hosszabb idővel a halál után is. Typhusban állandóan megtalálhatók a typhusbacillusok az epében, rendszerint igen nagy számmal, szintenyészetben, még a typhus előhaladottabb időszakában is, ezért van kiváló fontossága az epehólyag bakteriologiai vizsgálatának typhusban. Nagyon feltűnő a typhusbacillusok állandó jelenléte az epehólyagban typhus eseteiben, mert egészen hasonló körülmények között és hasonló technikával vizsgált más betegségekben sohasem találtatik szabályszerű állandósággal a kórokozó mikrobákat az epében. Paratyphust nem bonyozt.

Az epekövek képződésében a bakteriumok úgy látszik nem játszanak olyan nagy szerepet, mint némelyek felveszik, úgy hogy az epekövek jó része nem bakteriumos eredetű. Bakteriumos eredet mellett szólna, ha a bakteriumok az epekő magjában is kimutathatók. A mikrobás eredetű epekövekben a bakterium coli található leggyakrabban. A vizsgálatra került kövekben typhusbacillust nem talált.

Rosenthal (Paris) „A heveny rheumatismus bakteriologiaja, serotherapiája s a vaccinatio a rheumatismusban“ czímű előadásában számos vizsgálat alapján arra az álláspontra helyezkedik, hogy a rheumatismus okozója az Achalmé-féle anaërob bacillus, melyet minden esetben ki lehet tenyészteni, de bizonyos viszonyok közt e bacillus diplococcusá alakul át. A mikrobát lovakba oltotta s így igen jó antirheumatikus serumot nyert, mely a salicyllal és electrar-gollal együtt alkalmazva jelentékenyen siettet a gyógyulást. A rohamok közti időben R. a betegeket a Wright-féle előírás szerint készített vaccinnel kezelte.

E. B.

VI. szakosztály: Belorvostan.

Kraus (Berlin): Serodiagnostika és complementkötési reactio klinikai szempontból. A rendelkezésünkre álló serologiai vizsgálati módszerek közül a Brieger-reactiót csak nagy óvatossággal óhajtja alkalmazni. Az agglutinációt typhus, paratyphus, meningitis, cholera, dysenteria, Malta-láz eseteiben teljesen specifikusnak tartja. A praecipitin-reactio klinikailag kevésbé értékesíthető. A Pfeiffer-féle vizsgálat kivételét az agglutinatio ellenőrzésére ajánlja, ha az negativ eredményt adott. A cholera körjelzésére Németországban kötelező a használata. A Neisser- és Wechsberg-féle bactericid lemez-eljárást feleslegesnek tartja.

A complementtérítést a syphilis és echinococcosis felismerésében értékelni leginkább. A tuberculosishoz csak kevés esetben ad értékesíthető eredményt. Felhasználható typhusban és meningitis-epidemiában. Az activ luesreactiót az activ syphilis állandó jelének tartja, a higanykezelés lényegesen befolyásolhatja a vizsgálat eredményét. Wassermann-reactióval felismerhetővé válik valamely fekély lueses jellege (90%+), a lues activ vagy inactiv volta. Felismerhető az asymptomás és öröklött lues. Megállapítható a tabes és paralysis aetiologiaja és a különböző aortamegbetegedések eredete. Végül syphilisre gyanus, homályos körképeket tisztázhat.

Az opsoninindex csak nagy különbség esetén értékesíthető diagnostikailag. A passiv anaphylaxiáról még kevés a tapasztalatunk. A spontán phagocytosishoz s a gerincvelő-folyadék pleiocytosisának nem tulajdonít diagnostikai jelentőséget.

Az ezt és *Inmann*-nak (l. Orvosi Hetilap 37. sz.) közölt előadását követő discussióban *Citron* a dajkák kötelező vérvizsgálatát ajánlotta, *Lenhartz* a Wassermann-reactio értékét emelte ki a szív- és vérérmegetedések körjelzésében, *Geisler* a tuberculinbefecskendezések okozta hibás diagnózisra s az opsoninvizsgálatok értéktelen voltára hívta fel a figyelmet.

Maragliano (Genua): A tüdőgümőkór serotherapiája klinikai szempontból. *Maragliano* tuberculinján kívül antitoxikus és bakteriolytikus serumot is használ. Az adagolás per os, subcutan vagy direct a tüdőbe való beszúrás alakjában történhetik. Teljes sikert azonban csak oly esetben látott, melyben toxæmia nem állott fenn s a gümőkór lokalizált volt. 1900-tól 1905-ig kezelt 166 körülírt bronchopneumonia közül 63, -07 diffus bronchopneumonia közül 34 gyógyult. 69 ronesoló tüdőgümőkór esetében 8, s 69 cavernás esetében 2 gyógyulás volt észlelhető a specifikus kezelés folyamán. A gümőkóros szülők gyermekeit *Jenner* szerint oltja. E gyermekek tuberculosistól mentesek maradnak és vérsavójuk agglutinációs ereje, antitoxikus és bakteriolytikus képessége fokozódik.

Az előadást követő discussióban *Schröder* az altuberculin és bacillusemulsio igen kis mennyiségének beoltását ajánlja, az opsonin-index megállapítását értéktelennek véli. *Citron* serumot súlyosabb gümőkórosakon alkalmaz. Activ immunizálásra Koch-féle új tuberculin használ s kombinálja a kezelést hőchsti serummal. Az adag kezdetben igen kicsi, csakhamar azonban tetemesre fokozható. Eredményei bátorítók.

Rajnik és *Kuthy* különböző készítményekkel értek el jó eredményeket, az új tuberculin per os adagolását súlyosabb esetekben is tanácsosnak vélik.

Hollós (Szeged) neurastheniásnak, hysteriásnak látszó, vagy anaemiára valló különböző tüneteket korai gümőkórra hajlandó visszavezetni. Ezeket *Spengler*-féle JK-val meg tudta szüntetni.

Pottenger (Monrovia) lázas állapotú betegeket is olt. *Bence* kis, hosszabb időközökben adott tuberculinadagok után is kedvező eredményeket látott. *Detre* az immunizálás túlságos fokozásával „bacillus-gazdaság” kifejlődését látta, a beteg nagymennyiségű tuberculosissal hordott szervezetében a nélkül, hogy ez az állapotát kedvezőtlenül befolyásolta volna. *Geisler* hozzászólásában kiemeli, hogy a tuberculin-kezelés tárgyalása folyamán mindig csak a kedvező eredményeket említik; felveti a kérdést, mily gyakran észlelhető a káros hatása. *Pel* zárószavában megemlíti, hogy egészen kis adag tuberculin oltása után is látott káros hatást.

Ország.

XI. szakosztály. Idegbajok.

Minor Moszkvában megvizsgálta az orosz-japán háborúból visszatért katonákat neurologiai szempontból. A nyaki sérülések sok esetben okoztak sympathicus-bénulást, a melynek részletei vetített képeken voltak láthatók.

Kollarits a részketést illető vizsgálatairól adott elő graphikai felvételekkel illusztrált rövid kivonatot. (A dolgozatot egész terjedelmében fogjuk közölni).

Mattauschek (Bécs) az enuresisről beszélt. E bajban szenvedő katonákon más idegrendszerbeli eltéréseket is talált, így a patella- és Achilles-inreflexek fokában különbséget a két oldal között, bőr-reflexhiányt, több ízben thermohypæsthesiát és thermoanalgesiát és elég feltűnő módon az esetek 66%-ában syndactyliát, összesen a betegek 5/6-án volt más objectív jel is kimutatható. A felnőttek enuresise a gerincevelő alsó részének világrahozott hypoplasiájából származott.

Allen (Philadelphia) a polyneuritisről beszélt.

Homén (Helsingfors) referáló előadásban a bakteriumok szerepét vizsgálta a középponti idegrendszer megbetegedéseiben. A bakteriumok, valamint toxinjaik is a nyirokutakon át kerülnek az idegrendszerbe és főleg az erek körül telepednek le. Néhol az infectio-toxinok behatás mellett erőművi viszonyok is szerepelnek, pl. érelgugulás. A mikor sinus thrombosis, piämater venathrombosis, meningoencephalitis együtt áll elő, valószínűleg az utóbbi folyamat az első az esetek túlnyomó többségében. A gyulladás elnevezés az idegrendszer kórtanában, a myelitis és encephalitis név különösen, sokszor helytelen. Ide csak olyan eseteket szabad számítani, a hol az exsudatio és az emigratio folyamat az első és

ki kell zárni azokat, a melyekben e folyamatok csak következményesek. Ezért a folyamatok pontosabban tanulmányozandók. Az ilyenkor található nagyobb sejtek többnyire lymphocytá eredetűek. A gyulladásos folyamatok serotherapiája a tudás előrehaladásával remélhető.

Dercum (Philadelphia) referatumban az aphasiát magyarázza. Szerinte a Broca-aphasia és a Wernicke-aphasia között nem áll fenn lényegbeli minőleges különbség, hanem csak fokozatbeli. A Broca-félében a beszédzavarhoz a szó és írás megértésének zavara is társul, a Wernicke-félében is megvan a két utóbbi hiba. Ezek tehát közös sajátosságai mind a két aphasia-nemnek. A felolvasó szerint az aphasia csak úgy lesz érthetővé, ha teljesen megtisztítjuk gondolkodásunkat a szóképek képzeletétől. Az aphasia és a hangfelismerés között olyan viszonyt kell feltételezni, mint a minő a tapintásérzés és a stereognosis között fennáll. A stereognosis érzéssociatio, a szófelismerés szóhangassociatio, a szófelismerészavar szóhangassociatiozavar. Re-enforcement szó alatt *Dercum* azt a tünetet érti, a melynek értelmében az aphasia foka ugyanazon egyéneken a vizsgálat folyamata alatt változik. A fáradtság alatt, pl. a vizsgálat túlhosszúsága következtében, rosszabbodik a beszéd, de a gyakorlás, ha nem fárasztó, javít. Idetartozik a helyesen éneklő aphasiás is. A 3. homlokkaréj az aphasiában sérült, ha nagy a laesio, ellenben van aphasia-eset a 3. homlokkaréj sérülése nélkül.

Monakov előadása ugyane tárgyról megjelent a congressusi munkálatok 1. füzetében. A szerző nem jött el.

Gutzmann (Berlin) régóta foglalkozik az aphasiavitalitásokkal gyakorlatok útján és e téren nagy türelemmel eljárva, szép eredményeket ért el.

Adamkiewicz (Bécs) az emlékezésről mondott elvont elméleti okoskodásokat, tárgyhöz a neurasthenia köréből is vonva bizonyítékokat.

Sachs (New-York) az öröklött idegbajok kórtanát adta elő referatummá és az agyvelő ily módon jött elváltozásaira foglalkozott, a gerincevelő kérdését a másik referensre, *Higier*-ra bízva. Ő jobbnak véli a családi betegség elnevezését. Az öröklött agybajok sejtmegetedések, míg a gerincevelőiek systemadegenerációk. Ez utóbbiak csak az előhaladó izomsorvadás gerincevelői alakja kivétel; az agyvelői eredetű családi bajokhoz tartozik a diplegia cerebralis, a családi látóidegsorvadás, a Tay-Sachs-féle infantilis és a Spielmeier-Vogt-féle puerilis alakú családi vakságos idiotaság. Ez utóbbi alakban csak a sejt beteg és duzzadt, míg az axon ép marad. *Schaffer* vizsgálatai szerint a sejtmegetedés a hyaloplasmának és nem a fibrillumnak megetedése. Ezt *Sachs* megerősíti és hozzáteszi, hogy fejlődési hibáról van szó, a melynek következtében a sejt elpusztul, de nem a functio okozza a pusztulást. A baj tiszta képe csak zsidókon fordul elő.

Higier referatuma ugyane kérdésről már nyomtatásban megjelent. Az öröklött bajok legfontosabb alakjai a diplegia cerebralis, a paralysis spin. spast., a polioatrophia ant. chron., a spinalis előhaladó izomsorvadás, az előhaladó nyúltvelőbénulás, a neuralis izomatrophia, a dystrophia, az amyotrophias lateralsclerosis, a Friedreich-ataxia, a Marie-féle kisagyvelői ataxia és az elsődleges systemamegetedések. *Higier* az öröklés tanát nagyjában a magyar iskolával azonos módon fogja fel. *Higier* külön előadást szentelt még a Tay-Sachs-féle vakságos idiotaságnak, megerősítve *Sachs* és *Schaffer* dolgozatait. Ez előadáshoz *Schönfeld*, *Burg*, *Pope*, *Head*, *Schaffer* és *Sachs* fűztek megjegyzéseket. K.

XVI. szakosztály. Fülörvostan.

Krepuska Géza dr. (Budapest): Adatok a leukaemiás labyrinthus-megbetegedések szövettanához. Két általa észlelt esetről számol be. Mindegyik esetben metszetsorozatot készített a labyrinthusról, melyeket nagyított mikrophotogrammokban mutat be. Az egyik esetben, mely acut Menière-féle symptomák között folyt le, a histologiai elváltozások a hallóideg rostjai között erős, az ideg kötőszövetében mérsékelt leucocytá-infiltrációban állottak. A dobüreg intact maradt. A második, idült lefolyó esetben már a dobüreg nyálkahártyája mono- és polynuclearis leucocytá-infiltratio következtében meg volt vastagodva. A dobhártya intact. A hártás labyrinthusban, csak esékélyfokú infiltratio volt főképp az idegelemekben. A legerősebb volt az infiltratio az ideg belépési helyén. Az infiltratio a nyirokereket látszik követni. Előző dobüreg-

megbetegedések nem praedisponálnak a lenkaemiás megbetegedésekre. Magyarországon ritkán jön észlelés alá a fül ezen megbetegedése.

Udvarhelyi dr.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

272/1909. sz.

Ugocsa vármegyei „Perényi“-közkórházban megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Ezen állás javadalmazása évi 1200 korona fizetés, egy szobából álló bútorozott lakás, fűtés, világítás, mosás és ételmezés.

Megjegyzem, hogy fentebb elsorolt természetben nyújtott javadalmazások épségben tartásával 1910. évi január hó 1.-étől a fizetés a nagyméltóságú belügyminiszter részéről 1600 koronában állapított meg s hogy az állás nyugdíj jogosultsággal van egybekötve.

Megkérem pályázni kívánó kartársaimat, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket ifj. Ugron Gábor dr. Ugocsa vármegye főispánjához címelve **f. évi október hó 31.-éig** nálam benyújtani szíveskedjenek. A később érkező kérvények figyelembe nem vehetők.

A kinevezésnél a kórbonecolásban és bakteriológiában jártasságukat igazoló kartársak előnyben részesülnek.

A kórház kibővítése esetén, mely pár éven belül várható, az ezen állásban odaadó lelkiismeretességgel végzett szolgálat az akkor szervezendő osztályorvosi állás elnyerésére jogosít.

A kórházban lakás kötelező. A magánygyakorlat csakis az első segélynyújtás eseteire megengedett.

Szigorló orvosok csakis ideiglenes minőségben nyerhetnek kinevezést.

Nagyszőlőss, 1909. évi szeptember hó 29.-én.

3-1

Nagy Kálmán dr., igazgató-főorvos.

1842/1909. sz.

A Komádi nagyközségben újonnan szervezett **községi másodorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az állás javadalmazása:

1. Évi 1400 korona készpénz, mely ötvenként 200—200 korona, de legfeljebb 800 korona korpótlékkal emelkedik.

2. Évi 400 korona lakbér.

3. Törvényesen megállapított látogatási díjak.

Felhívom mindazokat, kik ez állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t. cz. 7. §-ában körülírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **f. évi november hó 10.-éig** d. u. 5 óráig nyújtsák be, mert kellően fel nem szerelt, vagy későn beadott kérvényeket nem veszek figyelembe.

A választást Komádi községkórházánál f. évi november hó 15.-én délután 4 órakor fogom megtartani.

Az állás f. évi december hó 1.-én elfoglalandó.

Mezőkeresztes, 1909. évi szeptember hó 20.-án.

Czifra Kálmán dr., főszolgabíró.

232/1909. sz.

A gyergyószentmiklósi nyilvános jellegű megyei — 50 ágyra berendezett — kórháznál megüresedett, élethossziglani kinevezéssel járó, **rendelőorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Ezen állás jelenleg 2000 kor., 1910. évi január hó 1.-étől pedig 2700 kor. évi fizetéssel, két szobából álló lakás, fűtés és világítás élvezetével javadalmaztatik. Kilátás van továbbá arra, hogy a területi munkásbiztosító pénztárnál is kapni fog a rendelőorvos jövedelmező alkalmaztatást.

Felhívom a pályázni óhajtó orvosdoktorokat, hogy szabályszerűen felszerelt s Csik vármegye főispánjához címzett kérvényeiket **f. évi október hó 30.-áig** alantírt igazgatóhoz adják be.

Gyergyószentmiklós, 1909. évi szeptember hó 27.-én.

3-1

Dobribán Antal dr., kórházi igazgató.

A nagyméltóságú m. kir. belügyminiszter úrnak f. évi augusztus 22.-én 108,028. sz. alatt kelt. rendelete alapján a budapesti m. kir. állami gyermekmenhelynél megüresedett **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek.

A másodorvos 1600 korona tiszteletdíjban, természetbeni lakás, fűtés, világítás és elsőosztályú ételmezésben részesül.

Felhívom mindazon orvostudor urakat és orvostudor úrnókat, a kik ez állást elnyerni óhajtják, hogy születési bizonyítványukkal, orvostudori oklevelükkel, esetleges eddigi alkalmaztatásukról szóló okmányaikkal felszerelt és a nagyméltóságú belügyminiszter úrhoz címzett folyamodványukat **f. évi október hó 15.-éig** közvetlenül nálam (Budapest, X., Üllői-út 86. szám) — a mennyiben már közhivatali alkalmazásban vannak — saját felettes hatóságuk útján hozzám nyújtsák be.

A budapesti állami gyermekmenhely 250 ágyas gyermekórháza bő gyakorlatot nyújt a gyermekgyógyászat összes ágaiban.

Budapest, 1909. évi szeptember hó 23.-án.

Szana Sándor dr., kir. tanácsos, igazgató és főorvos.

235/909. ig. sz.

Békés vármegye közkórházának belgyógyászati osztályán üresedésbe jött **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Javadalmazás: évi 1200 korona készpénzfizetés, lakás, fűtés, világítás és I. osztályú teljes ellátás.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló okmányokkal felszerelt folyamodványukat méltóságos Döry Pál úrhoz, Békés vármegye főispánjához címelve, hozzám **f. évi október hó 9.-éig** nyújtsák be.

Gyula, 1909. évi szeptember hó 28.-án

Békés vármegye közkórházának igazgatója.

899/909. sz.

A debreczeni kir. bábaképezdénél rendszeresített **II. tanársegédi**, valamint a megüresedett **gyakornoki állásra** pályázatot hirdetnek.

A tanársegéd javadalmazása évi 1400 K fizetés, lakás és ételmezés. A gyakornoké évi 1000 korona fizetés s ugyancsak lakás és ételmezés.

A kik ez állások valamelyikét elnyerni óhajtják, kellően felszerelt pályázati kérvényeiket **f. évi október hó 15.-éig** hozzám adják be.

Debreczen, 1909. évi szeptember hó 25.-én.

Kenézy dr., igazgató tanár.

A **tanársegédi állás** a kassai m. kir. állami bábaképzőintézetnél megüresedvén, ezen állásra a pályázat kihirdetettik.

Nöten orvosok részéről a kellően felszerelt folyamodványok valamely klinikai vagy kórházi sebészeti, illetve szülészeti és nőgyógyászati osztályon való működésüket igazoló bizonylattal az alulírt igazgatósághoz **f. évi október 31.-éig** nyújtandók be.

Az állás lehetőleg 1909. évi december 1.-én már elfoglalandó.

Javadalmazás: évi 1000 korona fizetés 400. korona személyi pótlék, az intézetben két szobából álló természetbeni lakás és I. osztályú ellátás.

Tót nyelv bírása kívánatos.

Kassa, 1909. évi szeptember hó 23.-án.

A kassai m. kir. állami bábaképzőintézet igazgatósága.

1274/1909. sz.

Gyakorló orvos kerestetik az 5000 lakossal bíró Csorvás (Békésmegye) nagyközségben való letelepedésre, a hol egy községi orvos működik. Az acceptált orvosnak az uradalom évi 2000 (kettőezer) korona fixumot biztosít, ezenkívül tág tere nyílik magánygyakorlat folytatására. Lakásról önmaga leendő köteles gondoskodni. Kérvények Wenckheim Dénes gróf úr ő méltósága czínén Dobozra (Békésmegye) küldendők.

Csorvás, 1909. évi szeptember 2.-án.

7-5

Szabó, kasznár.

A szombathelyi áll. gyermekmenhelyben megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetnek. Az állás elnyeréséért folyamodhatik mindenik orvosi diplomával bíró orvos és orvosnő. Előnyben részesülnek, kik kórházi gyakorlatot felmutatni képesek.

Az állás javadalmazása 1200 korona évi fizetés, szabad lakás, fűtés, világítás és I. osztályú ételmezés.

Megjegyzem, hogy ez évi november hónaptól kezdve ugyane másodorvos az ekkor megnyíló 80 ágyas gyermekórháznak másodorvosságát is elnyerheti és akkor az időtől kezdve ott szintén 1200 korona fizetésben részesül.

Ez állásokat elnyerni óhajtok pályázatukat kellően felszerelve a nagyméltóságú belügyminiszterhez címelve hozzám **október hó 15.-éig** nyújtsák be.

Szombathely, 1909. évi szeptember hó 2.-án.

3-3

Szente János dr., igazgató főorvos.

HIRDETÉSEK.



**A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS**

SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

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

Ulcus ventriculi Rohitsi „Styria“-forrás
200—300 gm. langymelegen éhgyomorra 1 órával a reggeli előtt beveendő.
Nagybani raktár Magyarország részére: Hoffmann József,
Budapest, V., Bathory-utca 8.

A Budai Szent-Lukácsfürdő
Nagy-szállodájában és Thermal-szállodájában lakás teljes ellátással naponként 10 K-tól feljebb. Minden szoba kilátással a Dunára. **Kénes iszapfürdők és iszapborogatások.**

Dr. Pajor új sanatoriuma

A fővárosban legújabbban épült, orvos-higiéniai tekintetben legteljesebben felszerelt és berendezett gyógyintézet.

Belgyógyászati, diätetikai, sebészeti és bőrgyógyászati osztályok 70 betegszobával.

A betegek a kezelő orvosokat szabadon választják.

Bennlakó és bejáró betegek részére:

Külön női és férfi vízgyógyászati osztály.

Pneumatikus kamarák, inhalatorium.

Szénsavas-, villanyos fény- és kádfürdők.

Röntgen-laboratorium.

Pöstyéni iszapkúra.

A pöstyéni iszap budapesti főlerakata.

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

MAGNESOL STOHR (Magnes citric. efferves.) sine sacchar.

NORDEN tanár előírása szerint egy enyhe és biztos hashajtószer különösen

CZUKORBETEGEKNEK.

Főraktár Magyarország részére:

VÖRÖSKERESZT-GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Andrássy-út 84.

Egyetlen szer sem segíti elő annyira a felszívódást, mint a

Vasogen

Creosot-Vasogen 20%

belsőleg és külsőleg minden esetben rendeljük, a mikor Creosot javával van. A külső applicatio teljesen pótolja a belső adagolást, a nélkül, hogy az emésztőszervek működését zavarná. Fényes eredmények a gyakorlatban.

Az értéktelen utánzatok elkerülése czéljából kérjük mindig csak „PEARSON”-féle eredeti csomagolást rendelni.

Lactagol

egy specifikus ható lactagogum.

A zsír- és fehérnyetartalom, valamint a tej-mennyiségnek meglepő gyors szaporodása már 1-2 nap múlva világosan észrevehető.

Vasogenfabrik Pearson & Co., Hamburg.

Főraktár Ausztria és Magyarország részére:

Maager Vilmos, Bécs, III/3.

Heumarkt 3.

VITA FORRÁS

SŐSKÚT VASMEGYE

ALKALIKUS NATRON-LITHIONOS GYÓGYVÍZ

Orvosilag ajánlva: húgysavas diathesis, köszvény, ezukorbetegség, gyomor-, vese- és húgyhólyag-bántalmaknál stb.

Mint üdítő és borvíz páratlan.

Bővebb felvilágosítással szolgál a

Központi iroda: Budapest, VIII. kerület, József-körút 60. szám.

5540 Főraktár: Édeskúty L. úrnál, Budapest, Erzsébet-tér 8.

Kórházi, egyleti csomagolás 1.50.



ÁRA
1k.80 f.

KÉSZITI

MALTOCOL

LEGOLCSÓBB
LEGTÖKÉLETESEBB

GUAJACOL-PRAEPARATUM.

TARTALMAZ: FANÉJSÁVAS (HETOL) MALÁTASZÖRBPEN
7% KALISULFID-GUAJAC. 2% CALC. ÉS NATR. GLYCEROPHOSFOR.
1% NATR. CAMPHOR. STB. AROMÁS ANYAGOT.

MARBERGER GYULA

irodalom és minta ingyen.

Sztraka-féle TANNIN-CSOKOLÁDÉ

(Chocolade tannini sec. Sztraka.)

Kis gyermekek és felnőttek hasmenése ellen kitűnő.

Ható alkatrész: 40 centigramm (0.40) Acid. tannic. vegyileg kötve és salep. Kellemes íze folytán a legfinnyásabb gyermek is szívesen veszi be; hatása enyhe és gyors s még e mellett olcsó is. 7740

Egy darab 40 fillér.

Kapható minden gyógyszerárban. — Ministerileg tudomásul véve.

Világhírű

VICHY

-források.

A francia állam tulajdona.

== Igazgatóság: Paris, 24 Boulevard des Capucines 24. ==

Elsőrendű orvosi tekintélyek ajánlják!

Célestins-forrás: Vese- és hólyagbajokban, köszvény és diabetes ellen.

Grande Grille: Májkólika és epekő ellen, alhasi pangásoknál.

Hôpital: Valamennyi dyspepsiás bántalom ellen.

Forrástermékek: **Fürdő-, ivósók és pastillák.**

Kapható minden ásványvízkereskedésben és gyógyszerárban. Csak akkor valódi, ha a oximkén és dugóborítékon a forrás neve rajta van.

Tessék pontosan a forrást megnevezni.

3757

TÖBB KIÁLLÍTÁSON KITÜNTETVE.

TARTALMAZ EMULSIÓBAN 50 % CSUKAMÁJOLAJAT. - SZAGA ÉS ÍZE KELLEMES, 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.



Perdynamin

egy jóízű, folyékony Haemoglobin-készítmény, a fogakat nem támadja meg, étvágygerjesztő, legjobban bevolt vérszegénység és általános testgyengeség eseteiben.

Lecithin-Perdynamin

egy Lecithin-Haemoglobin-készítmény, neurasthenia és egyéb idegbajok, hiányos táplálkozás és rachitis eseteiben.

Guajacol-Perdynamin

egy Guajacol-Haemoglobin-készítmény, orvosilag ajánlva a légzőszervek megbetegedéseinél, tüdő-tuberkulosis, tüdőhurut, bronchitis, hörghurut és scrophulosis ellen.

Minták és irodalom ingyen.

Lecithin-Perdynamin-ből minták csakis árfelszámítás ellenében kaphatók az osztrák-magyar képviselő által:

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25.

Liquor Thiorobin Comp. Eibach

mint a vele folytatott kórházi és klinikai kísérletek bizonyítják, a tüdőbetegségek hathatós gyógyítószere, kombinálva igen hatásos erősítőszerekkel, igen kedvezően befolyásolja a tüdőbetegség táplálkozását és anyagcseréjét s így tökéletesen pótolja, sőt felülmúlja a külföldi készítményeket. Különösen ajánlható: a légzőszervek megbetegedéseinél, idült hörghurut, tüdőtagulásnál, influenza, kanyaró, számarhurut stb. után visszamaradt makacs hurutoknál, a tüdőgyulladások minden alakjánál, mint specificum. Adagolása: felnőtteknek naponta három kis evőkanállal, gyermekeknek három kávéskanállal. Evés előtt veendő.

Ára üvegenként 2 korona 50 fillér.

Készítője:

Szamossy Gyula gyógyszerész laboratoriuma

„II. Rákóczy Ferencz gyógyszerháza“, VIII., Rákóczy-út 25.
Főraktár: „Szent Bertalan gyógyszerháza“, VI., Andrássy-út 55.



Tabl. Ferri Protoxal.

Dr. Deér

sine et cum arseno

készítmény — megbízható vérképző és tonicum — alkalmazása még a természetes agensek mellett is szerencsés gondolat. Klinikusok, nőorvosok előszeretettel rendelik. 100 darab tablettát üvegben 2 korona. Kapható a gyógyszerházakban. 4437

LABORATOIRES CLIN-PARIS

PHOSPHOTAL

(neutalis phosphorossavas kreosot)

Capsules Clin vékony Gluten burkolatban az egyes kapszula 0.20 phosphotalt tartalmaz. Naponta 4-12 szemet.

Emulsion Clin kávéskanálanként 0.50 phosphotal. Naponta 2-6 kávéskanállal 1/2 pohár tejben. Klysmákban is adagolva lesz.

Clin sterilizált csövecskéi köbcentiméterenként 0.10 phosphotal olajos titrált oldatban és 3 cm. ürtartalmu csövecskéiben. Minden második napon 1 injekció.

Phosphotal előnyei: Nem maró, teljesen áthasonodó, jól leszűrve 90% kreosot és 9% phosphortalommal. Az izzadás csökkenik, a köhögés gyérül, az étvágy gyarapodik.

CLIN-féle ADRENALINE.

1:1000 oldat (5 és 30 cm³-es üvegcsek)

1:5000 collyrium

1/4 milligm.-os granulák

1/2 milligm.-os suppositoriumok

Cm³-enként 1/2 mgm.-os sterilizált csövecskék

Sterilizált csövecskék Cocainos Adrenalinnal

(1/4 mgm. Adrenalin és 5 mgm. Cocain minden cm³-ben.)

NOURRY-féle JODTANNIN-BOR

Minden alkalikus jodvegyület nélkül, kellemes ízű, kitűnően assimilálódik, a csukamájolaj pótszere. Egy evőkanálnyi öt centigramm jodot és tíz centigramm tannint tartalmaz.

Javallatok:

Görvélykór, vérszegénység, hőségzavarok, tüdőbántalmak.

ADAG: Felnőtteknek egy evőkanállal az étkezés előtt vagy alatt. Gyermekeknek egy vagy két kávéskanállal az étkezés előtt vagy alatt.

Ára egy üvegnek 4 kor. Minden gyógyszerházban kapható.

A higanykezelés új módja (higanymérgezés kizárva) az

ÉLIXIR DÉRET BI-JODÉ

Tannint és hydrarg. bijodatut tartalmazó bőrs elixir által. Készíti J. NOURRY, volt gyógyszerész a francia katonakórházakban.

Egy evőkanál higanytartalma egyenlő 1 centigramm hydrarg. bijodatutával.

ADAG: Felnőtteknek: Egy evőkanál kétszer naponta.
Gyermekeknek: Egy fél vagy egész kávéskanál.

Syphilis — Bőrbántalmak.

Egy üveg ára 5 korona.

Főraktár Magyarország részére: TÖRÖK JÓZSEF, BUDAPEST.
Vezérképviselő: MARCUS M. okl. gyógyszer. WIEN, VI., Magdalenenstrasse 60.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSEK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEG-
KÓRTAN Babarczy Schwartz Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Haberern Jonathan
Pál és Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Donath Gyula: Közlés a szt. István-kórház idegosztályából. A terjedő hűdéses elmezavar kezelése nucleinsavas natrium-injectiókkal. 711. lap.

Tornai József: Közlés a budapesti m. kir. tud.-egyetem I. sz. belorvostani klinikájából. (Igazgató: Kéty Károly dr. udvari tanácsos, egyet. ny. rendes tanár.) Az auscultációs nyomásmérésnek diagnostikai értékéről, különösen a szív funkcióvizsgálata szempontjából. 713. lap.

Jendrassik Ernő: Avató előadás. 718. lap.

Bárányai Sándor: Bevezető előadás. 720. lap.

Pach Henrik: A Társadalmi Múzeum és a közegészségügy fejlesztése. 725. lap.

Irodalom-szemle. Könyvtárművelés. Hollós József: A gümőkóros intoxiciók. — **H. Salamon:** Atlas der stomatologischen Brücken- und Regulierungsarbeiten.

— **Lapszemle. Belorvostan. Schmidt Adolf:** A belső szervek neurosisai és a zsigeri idegek megbetegedései. — **Stadelmann:** Az oubain intravenás befecskendése szívbajokban. — **Seibert:** A kámför használata pneumoniában. — **Idegkórtan. E. Friedel:** A traumás neurosis kórjósolata. — **Sebészet. Eiselsberg:** A tüdőgyújtóér sérülésének esete. — **Bőrkórtan. Philippi:** Eucerin nevű kenőcs-alapanyag. — **Venerás bántalmak. Xyländer:** Uleus gonorrhoeicum serpiginosum. — **E. Welander:** A kéneső eliminációja. — **Fizikai gyógyításmódok. Grawitz:** A napfürdőzés káros hatása. — **Fülörvostan. P. Cornet:** Otosclerosis és autointoxicatio. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Floer:** A tüdővész kezelése fumiform-gőzökkel. — **Liaschenko:** Szer csecsemők hasmenése ellen. — **Rudisch:** Diabetes mellitus gyógyítása. — 726—729. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 730. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 730. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 731—733. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a szt. István-kórház idegosztályából.

A terjedő hűdéses elmezavar kezelése nucleinsavas natrium-injectiókkal.¹

Irta: **Donath Gyula** dr., egyetemi rk. tanár, főorvos.

Néhány évvel ezelőtt egy eljárásomat ismertettem² a paralysis progressivának sóinfúziókkal való gyógykezelését illetőleg, kiindulva azon feltevésből, hogy ezen betegségben mérges anyagszertermékek játszanak nagy szerepet és a jelenségek egy sora — csupán az epileptiform rohamokat említem fel — közvetlenül általuk van feltételezve. Módomban volt igen kedvező eredményeket közölhetni, melyeket kiváló szaktekintélyek igazoltak. Így **Obersteiner**³ eképpen nyilatkozik eljárásomról: „A paralytikusok gyógykezelésének vigasztalan kérdésében haladást jelentenek a konyhasóinfúziók, a melyeket különösen **Donath** is ajánlott Látszólag igen előrehaladott esetekben is, nevezetesen súlyos rohamok által erősen lehanyatlott egyéneknek saját tapasztalataim alapján csak melegen ajánlhatom a konyhasóinfúziókat.” A magam részéről hozzáfűzhetem, hogy collegák közlőiről és távolból ehhez hasonlókat jelentettek nekem.

Mégis kíváncsi volt, hogy ezen toxikus anyagszertermékeknek ne csak mechanikai kiöblítésére törekedjem, a mihez mindenkor 500—1000 cm³ kell a sóoldatból, hanem hogy azoknak lehetséges oxydatiója által teljesebb hatást érhessek el. Ismeretesek ama psychiatriai megfigyelések, hogy véletlen genyedő folyamatok és lázas mozgalmak a paralysisben olykor jelentékeny remissiókat és lényeges javulást, sőt gyógyulást eredményezhetnek. Hiszen ilyen célzattal izgató kenőcsökkel, moxákkal és effélékkel, valamint

subcutan terpentinolajinjectiókkal mesterségesen idéztek elő és tartottak fenn genyedéseket. A lényeg azonban itt a hyperthermia és hyperleukocytosis, valamint a vele járó oxydatio- és anyagszerfokozódás; a genyedés nem éppen szükséges hozzá. Legalkalmasabb szernek látszott e célra a *natrium nucleicum*.

Éppen *natrium nucleicum*mal folytatott kísérleteim kezdetén kerültek nyilvánosságra azok a kedvező eredmények, melyeket **Pilez**¹ **Wagner** ajánlata alapján ennek klinikáján ért el Koch-féle ó-tuberculin-injectiókkal.

A nucleinsavas natrium száraz helyen tartva nem bomlékony. Vizes oldatban felforralható s ezáltal sterilé és tartóssá válik, de mégis legfeljebb 1—2 napra valót készítsünk az oldatból, mert különben a palaezk megnyitása után harmadnapra bomlik az oldat, opalescentia és gombaképződés mellett. Az oldat készítésére elégséges, hogyha a frissen felforralt és lehűtött destillált vízbe egyenlő mennyiségben — 2—2 százalékban — teszszük hozzá a *natrium nucleicum*ot és chlornatriumot. Chlornatrium hozzááttele zélszerű, hogy gyorsítsuk az oldódást, melyet üvegrudacskaival való szét-dörzsöléssel még előmozdíthatunk. Az oldódás így a hidegben lassabban megy végbe, de mégis teljesen.

Többnyire **Merck**-féle *natrium nucleicum*ot, olykor **Boehringer**-félét is használtam.

A 2%-nál erősebb oldatokat túlságosan izgatónak találtam.

A formula a következő:

Rp. Natrii nuclein.

Natrii chlorati

aa 2.0

Solve in Aqua dest. sterilis.

100.0

S. 1—2 subcutan injectióra.

Az injectio a szokásos aseptikus kautelák mellett eszközöltetik: az 50 cm³-t befogadó fecskendőt 5%-os carbololdatba teszszük, a kanült kifőzzük és a bőrt (a mellkas, a hypochondrium vagy a

¹ **Pilez A.:** Zur Tuberculinbehandlung der Paralytiker. Wiener med. Wochenschrift, 1907. 30. sz.

¹ Előadatott a XVI. nemzetközi orvosi congressus idegkórtani szakosztályában, Budapesten.

² A paralysis progressiva, valamint a toxikus és infectiosus psychosisek kezelése só-infúziókkal. Klinikai Füzetek, 1902. december.

³ **Obersteiner H.:** Die progressive allgemeine Paralyse. II. Aufl. A. Hölder, Wien u. Leipzig 1908. 183—184. lap.

hát bőrét) gondosan megtisztítjuk. Ezt azért említem fel körülményesebben, mert súlyt helyezek arra, hogy ezt az eljárást a gyakorló orvos, kezdődő paralysisben házilag is végezhesse. Ez a kezelés, ha a beteg állapota megengedi, természetesen nyílt sanatoriumban is foganatosítható. Érzékeny betegek a beszűrés előtt aethylchloridral érzésteleníthetjük az illető bőrterületet. A beszűrés helyét végül kevés jodoformgáz-zel és zinkragtapaszszal fedjük be. A beteg a hőmérsékemelkedés és hyperleukocytosis tartama alatt ágyban marad.

A nucleinsav kémiai ingere révén helybeli (chemotaktikus), majd általános hyperleukocytosis, valamint hőemelkedést vált ki.

A leukocyták száma felemelkedhetik 61,000-re, a hőmérsék 40.5 C°-ra, átlag az első 23,000-et, az utóbbi 38.5 C°-ot tesz ki. A leukocyták rendszerint 3—5 nap múlva térnek vissza rendes számukra. A két óránként (rendszerint reggeli 6 órától esti 10 óráig) megjejtett hőmérésekből kiderült, hogy a maximum körülbelül 4—10, átlag 6 óra múlva éretett el. Egy esetben ez csak 36 óra múlva következett be. A hőmérsék az injectio utáni 2—5., átlag a 3 napon lesz normális. Csúpn azokban az esetekben, a melyekben abscedálásra került a sor, észleltünk 7—14 napi lázat. Rendszeren bizonyos párhuzamosság áll fenn a hyperthermia és leukocytosis között, a mely gyakran még szigorú is. Ritkábban fordul elő erős leukocytosis csúpn csekély hőemelkedés mellett.

Czél szerűnek vélem, hogy ezen nem fertőzőes eredetű hőemelkedést nem praejudikáló módon „hyperthermia“-nak jelöljem, szemben a lázas hőmérsékkel, melynél a szokásos klinikai felfogás szerint mindig infectio van feltételezve.

Az egy ülésben adott subcutan injectio 50—100 cm³-t tett ki.

A mi az egyes injectiók közötti időszakot illeti, a következő injectiók csúpn a hőmérsék normálissá válása után és mindig felváltva, majd az egyik, majd a másik testfélen eszközöltettek, hogy közben időt engedjünk a helybeli izgalni jelenségek lezajlására, mely czélra különben is hideg borogatások alkalmazhatók. Nem szabad még erythematosus területekre injiciálni, mert ez tályogképződésre adhat alkalmat. Ez ugyan nem okoz kárt a betegnek, mert hiszen eredetileg steril genyről van szó és azelőtt direct ilyesmire törekedtek, de mégis felesleges oly gyógyeljárásnál, melynek főtenyezői a hyperthermia és hyperleukocytosis. Ilyen tályogot, hogy továbbterjedésének útját álljuk, minél korábban kell megnyitni és gondos tisztogatás mellett sebészileg kezelni. Csúpn a tályog begyógyulása után folytathatók a befecskendezések. Az első időben, a mikor az injectiókat rövid időközökben egymásután ejtettem meg, 2 esetben phlegmonés gyuladásra került a sor, mely hideg borogatásra eltűnt és 5 esetben tályogra, melyet meg kellett nyitni; később azonban, a mikor 5—7 napi időközökben követték egymást az injectiók, már nem fordult ez elő. Ilyen abscedálás után egy esetben a bőr a bordákhoz letapadt.

Egyénenkint 3—18, átlag 8 injectiót alkalmaztam és 3—15 gm., átlag 8 gm. natrium nucleinicumot használtam fel.

A natrium nucleinicum-gyógykezelést azért részesítem paralysis eseteiben előnyben a tuberculinnal szemben, mert utóbbi mint sokkal hevesebb, specifikus bakteriummereg a lappangó tuberculosist felelevenítheti, míg a nucleinsav jól definiált kémiai vegyület, mely pontosan adagolható és komoly mellékhatásokat nem idéz elő.

A mi a nucleinsav-injectiók viszonyát a higanytherapiához illeti, fentartom azt, a mit 6 év előtt a konyhasóinfúziós terapiára mondtam: „Ha biztos az előző syphilis vagy csak valószínű is, ha antiluetice egyáltalán nem, vagy nem kellőképpen kezelték, illetve ha az újbóli kezelés indokolt, nem fogunk soká késni a higanykúra megkezdésével.“¹ Még inkább áll ez természetesen a syphilis manifest jelenségeire, vagy egyáltalán a rövid idő előtt bekövetkezett fertőzésre, a mint viszont nem fogunk higanykúrát alkalmazni decrepit és marasmusos egyénekben. Mint a konyhasóinfúzióknál, itt is első sorban a paralysis kezdeti szakai jönnek tekintetbe és nem szándékozunk az eljárással a betegeket in ultimis stadiis megmenteni; ez oknál fogva kivált a házi és ideg orvosnak, a kik rendszerint legkorábban figyelik meg ezen betegeket, nyílik majd alkalma ezen terapia keresztülvitelére. Pílez is ezen oknál fogva a tuberculintherapiát legelőbb a gyakorlóorvos kezébe akarja adni. Végül a paralysisre is áll,

a mi minden más chronikus betegségre, hogy időről időre gyógykezeltessek, illetve a nucleinsav-injectiók megismételtessek. Ha már akkoriban hangsúlyoztam ama nézetemet, hogy már nem kell a higany- és az infúziós terapia birtokában tétlenül néznünk ezen borzalmas betegség kezdeti szakait, annál inkább állíthatom ezt most, a midőn a tuberculin és nucleinsav *pyretikus terapiájával* rendelkezünk. A natrium nucleinicum különösen oly esetekben alkalmas, a mikor higanykúrákat már bőven alkalmaztak és tőlük siker már nem remélhető. Körtörténeteim között akadnak oly esetek, a melyekben a natrium nucleinicum sikertelen higanykúrák után meglepő javulásokat eredményezett, valamint olyanok, a melyekben — a mennyire az anamnesis kideríthette — az előző lues daczára higany egyáltalán nem kíséreltetett meg.

Itt még egy szót akarok ejteni a Wassermann-féle reactióra vonatkozólag a paralysisben. Az itt észlelhető pozitív Wassermann-reactio igen magas százaléka, melyet egyes búvárok (Wassermann, Lesser és mások) 100%-nak találtak,¹ bizonyára a higanykezelés újabb özönét zúdítja majd reá a paralytikusokra. Eltekintve attól, hogy ezen reactio — mint be van bizonyítva — nem specifikus, azaz nem kizárólag a luest illeti és voltaképpen csak a megtörtént infectiót, de nem egy jelenlévő virulens luest jelez, a higanykezelés javallatának felállításakor legjobb esetben csak mint egy tényező szerepelhet mások mellett, ellenben egyedüli alapul soha sem szolgálhat. A kritika nélküli higanykezelés veszedelme a paralysisben csak fokozódik szemben e magas arányszámmal, holott bő klinikai tapasztalatok tanították, hogy a higany mily kárt okozhat ezen betegeknek, nevezetesen a betegség előrehaladott stadiumaiban. A paralytikusok gyógykezelésének javallata tehát a Wassermann-reactiótól függővé nem tehető és csúpn az eddig szokásos klinikai szabályok alapján állapítható meg.

Magától értetődik, hogy a nucleinsav-therapia mellett mind az, a mi a paralysis kezelésében eddig is hasznosnak mutatkozott — különösen a táplálás emelése, testi, illetőleg ágy- és szellemi nyugalom, továbbá kártékony behatások (alkohol, dohány stb.) távol-tartása —, tovább is érvényben marad. Vizgyógymódok, mint a melyek a hőmérséklet leszállítják, a nucleinsav-kezelés idején nem alkalmazhatók.

A nucleinsav-gyógykezelést paralysis progressiva 21 esetében alkalmaztam. A körtörténeteket majd más helyen részletesebb közlemény keretében fogom közölni, itt csak az eredményt akarom a következő táblában összefoglalni:

A nucleinsav gyógykezelés eredménye	Az esetek száma	Esetek lues-, ill. ulcus-anamnesissel	Esetek előző higanykezeléssel
Jelentékenyen javult (azaz a munka- és kereset-képességet visszanyerte)	10 = 47.6%	4	3
Javult	5 = 23.8%	2	2
Javulatlan	6 = 28.6%	5	2
Összesen	21		

Paralysis progressiva 21 esete közül 10 esetben, tehát majdnem az esetek felében, jelentékeny javulást értem el, a mi alatt a munka- és keresetképesség visszanyerése értendő. További 5 eset javulást tüntetett fel úgy subjectiv, mint objectiv tekintetben, úgy, hogy a betegek már nem szorultak kórházi kezelésre, a nélkül azonban, hogy régebbi munkaképességüket visszanyerték volna. Összesen tehát az esetek 70%-a mutatott javulást. A többi (6) eset nem javult.

Valamennyi javult eset (15) közül 6-ban lues, illetve ulcus mutatható ki a körelőzményben és 5 régebben higanykezelésen ment keresztül. Sőt ez utóbbiak között akadt egy, a ki házi orvosának

¹ Egy legújabb dolgozatban Guszman J. és Neuber E. (A Wassermann-féle syphilisreactio értéke a gyakorlatban, Orvosi Hetilap, 1909. 28. sz.) paralysis progressiva 25 esetében 84% pozitív reactiót talált.

¹ I. h., 375. lap.

értésítése szerint luese ellen higanynyal és joddal erősen kezel-tetett, a nélkül, hogy a paralysis rohamos előrehaladásának útját lehetett volna állani. A nucleinsav-gyógykezelés azonban mindjárt kedvező fordulatot hozott. Egy másik *lényegesen* javulton már mutatkozott a javulás a nucleinsav-kezelés hatása alatt, midőn egy gummat fedeztünk fel a lábszáron, mire még sublimatinjectiókat is alkalmaztunk.

A javulás különösen feltűnő jelenségei ezek: a reszketés és izgalmi állapot megszűnése, az emlékezés és számolás javulása, mindenek előtt azonban a súlyos dysarthriák, tehát azon tünet eltűnése, a melyről *Esquirol* óta áll a tétel: „L'embarras de la parole est un signe mortel.” Egyébként már konyhasóinfúzióimnál utaltam ezen javulásra.

Minthogy első nucleinsav-kezelésem, mely egy máig teljesen keresetképes egyént illet, 1907 július havából származik, természetesen az idő még nagyon rövid, hogy teljes gyógyulásról lehetne szólni. Mégis azt hiszem, hogy az eddigi sikerek már is ezen gyógyeljárás alkalmazására biztatnak, mely semmiféle veszéllyel sem jár. Gyógyeljárásom végleges értékéről persze csak jóval több megfigyelés fog dönthetni.

Hogy spontán remissiók, sőt javulások előfordulnak a paralysisben, néha genyedő vagy lázas folyamatok nélkül is, az ismeretes, de szintűgy el kell ismerni, hogy ezek relative ritkák és ily százaléklában, a minőt én itt közöltem, megfigyelésre nem kerülnek. Így *Margain*¹ az irodalomból 1905-ig összeállítva 15 javult paralysis progressiva-esetét közölt, melyekhez saját 2 észleletét fűzte. Ő a syphilit nem tartja a paralysis egyedüli okának és a mellett kardoskodik, hogy létezik toxikus eredetű paralysis is, mely regressiv hajlamú és a syphilitis progressiv paralyistól elkülönítendő. Az én eredményeim azonban arra utalnak, hogy nem vonható oly éles határ a syphilitis és toxikus eredetű paralysis javulási lehetősége között, mert hiszen 10 *jelentékenyen* javult esetem közül 4-ben lues volt kimutatható a körelőzményben és 3 ezek közül higanykezelésen ment keresztül; hasonló arányt mutatnak a *javult* eseteim is. *E szerint progressiv paralyisokban is, kétségtelenül lueses eredettel és előzetes specifikus gyógykezelés nélkül, megvan a lehetőség, hogy nucleinsav-gyógykezelésre javuljanak.*

XXII. megfigyelésem újabb igazolása ama kedvező befolyásnak, melyet acut, lázas folyamatok gyakorolhatnak a paralyisra. Észleletem egy 40 éves, munkaképtelenné vált tabo-paralytikus tisztviselőt illet, a ki osztályomon orbánczot kapott és közvetlen utána oly jelentékenyen javult, hogy újra visszanyerte munkaképességét.

Közlés a budapesti m. kir. tud.-egyetem I. sz. belorvostani klinikájából. (Igazgató: Kétly Károly dr. udvari tanácsos, egyet. ny. rendes tanár.)

Az auscultatiós nyomásmérésnek diagnostikai értékéről, különösen a szív functiovizsgálata szempontjából.

Irta: *Tornai József* dr., klinikai II. tanársegéd.

(Vége.)

Igen érdekes adatokat nyerünk az auscultatiós méréssel inaequalis pulussal bíró egyénekben is, különösen munkavégzés után, ha a szív kellő tartalékerővel rendelkezik. Ilyenekben egyszerű tapintással is észreveszszük, hogy a sok rendetlen, különféle erősségű pulsus között itt-ott egy-egy túlerős, telt nagy pulsus verődik tapintó ujjunk hegyéhez. Ezeknek megfelelőleg, sokszor a mérésnek egész szakaszán, a hangok közé zörejek keverednek. Ily esetben úgy a nyomásmaximumot, mint a -minimumot két vagy több fokon találjuk. Vagyis, ha a túlnyomás alatt lévő karövből a levegőt lassan kiengedjük, akkor egy bizonyos legmagasabb fokon csak igen ritka időközönként hallunk egy-egy koppanást, a mi — ha a mérést a szabad kar radialis pulsusának ellenőrzésével végezzük — a nagy pulsusnak felel meg. Ha a nyomást fokozatosan továbbcsökkentjük, akkor valamely alantabb fokon kezdenek jelentkezni a többi pulsusnak megfelelő hangok is, de megessik, hogy közben, a nagyobb

pulsusnak megfelelőleg, már erős zörejt hallunk. Még mélyebb fokon a gyengébb pulsusok zörejphasisa is beáll és ilyenkor azután erősebb és gyengébb (hosszabb és rövidebb) zörejek keverékét halljuk. Még mélyebbre szállva, a gyengébb pulsusoknak harmadik (hang-) phasisa következik, míg a nagy pulsus zöreje még mindig tart; tehát ilyenkor ismét hangot és zörejt keverve hallunk. Lejebb azután a nagy pulsus zörejphasisa is véget ér, de megtörténik, hogy még előbb elhallgatnak a kis lökések hangjai. Végül legmélyebben következik a nagy pulsusnak utolsó hangphasisa.

A zörejphasisa az ismert szívtonicumok adagolására is, éppen úgy, mint testmunka után, feltűnően élénkké válik. Ezen felélénkítést legkifejezettebbnek digalen és digipuratum (Knoll) adagolása után találtam. Különösen feltűnő azonban a felélénkítés sovány egyénekben, a hasi aortának összenyomása alatt. Egy ily egyénen az aorta compressiója előtt zörejphasist nem is találtam; az összenyomás alatt és néhány percig még azután is a zörej igen kifejezett volt.¹ Venaepunctio (100—200 cm³ vér kibocsátása) után a maximális nyomásfok mélyebbre száll, a zörejphasisa szintén és valamivel rövidebb is lesz; azonban a nyomásminimum legtöbbször egyazon fokon marad s csak ritkán és igen kis mértékben süllyed. A pulsusnyomás és középnyomás tehát a maximumnak jelentékeny csökkenése folytán szintén kisebb lesz. A szokásos hypodermoklysis (200—500 cm³ physiologiás konyhasóoldatnak bőr alá fecskendése) a vérnyomás viszonyait lényegesen nem változtatja.

Néhány esetem mérésadatait a könnyebb áttekintés czéljából táblázatba foglalva (s nagyobbbrészt rövidítve) alább közlöm:²

Még néhány szót a mérés technikájára vonatkozólag.

A mérést legtöbbször fekvő betegeken végeztem, és pedig *Riva-Rocci*-nak (*Sahli* által módosított) keskeny karövével.

Összehasonlító méréseim alapján ugyanis azon meggyőződést szereztem, hogy a vérnyomásmérésnek, különösen pedig az auscultatiós mérés czéljainak a keskeny karöv inkább megfelel mint a széles. Ha ugyanis valamely egyének ugyanazon karján többször egymásután, felváltva hol a széles (*Recklinghausen*), hol pedig a keskeny (*Riva-Rocci-Sahli*) karövvel eszközöltem méréseket, a legtöbbször kitűnt, hogy a széles karöv használata mellett nemcsak a phasisok alakulása tér el a keskeny övvel nyert adatoktól, de lényegesen különbözök a kétféle mérésnek a nyomásminimumra és -maximumra vonatkozó adatai is. Széles karöv használata mellett ugyanis többnyire úgy a nyomásmaximumnak, mint a -minimumnak feltűnően alacsony értékeit kaptam és sokszor ezenfelül a pulsusnyomás is valamivel kisebbnek bizonyult mint a másik mérés szerint. E mellett a széles öv használatakor a zörejphasisa többször igen rövid volt, sokszor meg egészen hiányzott, holott keskeny karöv mellett kifejezett volt. De a többi phasis is csorbát szenved a széles karöv mellett.

Hogy a széles karövvel nyert nyomásértékek a való értékektől távolabb állanak, mint a keskeny öv adta számok, abból is következtetem, hogy ellenőrző méréseim alkalmával többször ugyanazon egyénen, ugyanazon időben a széles övnek a maximum fokára vonatkozó adata nemcsak a keskeny öv adatánál, de sőt a *Gaertner* tonometerével kapott foknál is alacsonyabb volt. Ha ez számos esetben ismétlődik, nem tartható véletlennek vagy mérés hibának. Az pedig egyszerűen hihetetlen, hogy az art. brachialisban alacsonyabb volna a vérnyomás mint az arteriae digitalesben. Elvégre nem is lehet mindegy, hogy valamely véreter 6 cm.-nyi avagy 13—15 cm.-nyi szakaszon tartok ugyanazon nyomás alatt.

Erről különben az előbbeni kísérlet-berendezés felhasználásával is könnyen szerezhetünk meggyőződést. Ha ugyanis a vízzel telt palackot a vele összekötött, 2 meter hosszú, 7 mm. lumenátmérővel bíró, puhafalú gummicső kifolyó nyílása fölé 120 cm.-nyire helyeztem és a csövet közepetáján 10 cm.-nyi darabon 2 mm.-nyi lumenűre laposan összeszorítottam,³ akkor a csőnek szabad nyílásából 15" alatt 435 cm³ víz folyt ki, míg ugyanazon nyomás alatt ugyancsak 2 mm.-re, de csak 5 cm.

¹ Ugyanezen egyénen az összenyomás alatt a szívesücs eredeti helyétől 1 centiméterrel kijebb tolódott és kissé emelődve változott.

² A különféle hangoknak és zörejeknek egyszerű jelzéseket adtam: — = gyenge hang; — — = középerős hang; — — — = ékelt hang; // = gyenge zörej; /// = középerős zörej; //// = igen erős zörej; —// = gyenge hang és zörej együtt; —/// = zörejbe menő hang stb.

³ A csövet összelapító rézlapok egymásfelé néző oldalainak egymástól való távolsága a kísérlet alatt mindenütt és mindenkor pontosan 5 mm. volt.

¹ *Margain*, Des améliorations dans la paralysie générale. Le progrès médical. 1905. 27. sz.

I. táblázat. D. S., 54 éves, földmives. Diagnosis: Stenosis pylori, dilatatio et catarrhus ventriculi.

A mérés ideje	A mérés körülményei	Pulsusszám	Palpatio		Auscultatio		I.	II.	III.	IV.	Jegyzet
			min.	maxim.	min.	maxim.	p h a s i s				
1909 május 27.-én d. u. 5 ó 20'-kor	Mérés a jobb karon, nyugodt fekvésben	60	E. : 84 St. : 75	102	82	107	— 107	— 98	— 90		Kissé lesorványodott egyén A szíve és az érrendszere egészséges. E. = <i>Ehret</i> szerint St. = <i>Strasburger</i> szerint
1'-cel később	25 gyenge karlökés a bal karral : kisértő ki- fáradás	74			88	124	— 124	— 117	— 103	— 95	
Még 1'-cel később	Nyugodt fekvésben	66			80	114	— 114	— 105	— 95	— 90	
Még 4'-cel később	Nyugodt fekvésben	62			85	108	— 108	— 100	— 92		

II. táblázat. M. L., 45 éves, mészáros. Diagnosis: Taenia.

A mérés ideje	A mérés körülményei	Pulsus- szám	Palpat.		Auscultat.		I.	II.	III.	Jegyzet
			min.	maxim.	min.	maxim.	phasis			
1909 május 3.-án d. u. 5 ó. 15'	Mérés a bal karon, nyugodt fekvésben	60	S. : 105	130	95	135	— 135	— 120	— 105	Szív ép. Elég jól fejlett és táplált férfi
1'-cel később	20 karlökés a jobb karral	78			96	136	— 136	— 125	— 100	
Mindjárt ez után	Nyugodt fekvés	62			96	138	— 138	— 125	— 105	
Még 1'-cel később	Nyugodt fekvés	58			92	135	— 135	— 120	— 100	
Még 4'-cel később	Nyugodt fekvés	58			93	132	— 132	— 115	— 104	

III. táblázat. K. R., 34 éves, szakácsnő. Diagnosis: Polyarthritis rheumatica. Insuff. valv. bicuspidalis. Anaemia.

A mérés ideje	A mérés körülményei	Pulsusszám	Palpatio		Auscultatio		I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	Jegyzet.
			min.	maxim.	min.	maxim.	p h a s i s						
1909 június 3.-án d. e. 11 ó.	Mérés a jobb karon, fekvő helyzetben	66	E.:105 S.:130	160	100	166	— 166	—// 157	—// 148	/// 135	— 130	— 110	Hypertrophia et dilatatio ventriculi cordis sinistri. In- compensatio. Labi- lis, gyenge szív- munka. * * * A vizsgálat ered- ményéből is kitü- nik, hogy ezen szív egyelőre kimélő terápiát igényel.
2'-cel később	15 gyenge karlökés a bal karral; kisértő ki- fáradás	82			98	160	— 160	—/// 152	—/// 146	/// 135	— 120		
Még 5'-cel később	Nyugalomban	64			95	152	— 152	—// 146	—/// 143	/// 133	— 114	— 110	
Még 1'-cel később	10 felülés-lefekvés az ágyban; kifáradás, dyspnoe.	78			90	145	— 145	— 143	—// 140	/// 135	— 103		
Még 3'-cel később	Nyugalomban	68			88	145	— 145	— 140	—// 136	/// 128	— 100		
Még 12'-cel később	Nyugalomban	64			94	155	— 155	—// 147		/// 130	— 118		

darabon leszorított ugyanazon csővön át, ugyancsak 15" alatt már 500 cm³ viz folyt át, és ugyanazon magasságból szintén két milliméterre, de csupán 7 mm. hosszúságban (egyszerű srófos szorítócsappal) lenyomott csőlumenen keresztül ugyanazon idő alatt 595 cm³ viz haladt át. Hasonló körülmények között, de csak 60 cm.-re emelt víztartóból és 30—30" alatt 605, illetve 710, illetve 770 cm³ viz folyt le. Teljes nyílású, szabad csőpályán ez utóbbi nyomás mellett és ugyancsak 30" alatt 850 cm³ viz folyt ki. Hasonló eredményeket kapunk akkor is, ha a vizet pulzáló áramban

engedjük a csőbe. A folyadék energiájából, sebességéből tehát annál többet veszít, minél hosszabb csőpályára terjed az akadály.

Hasonlók a viszonyok a széles karöv alkalmazásakor, a mikor is a vérhullám sebességének, erejének egy része, a mely a rendkívül hosszú akadály leküzdésére, vagyis a hosszan lelapított csőrésztlet megnyitására fordítatik, a mérésre nézve egészen elvész (*Moritz*).

IV. táblázat. K. J., 34 éves, pinczér. Diagnosis: Insuff. valv. semilun. aortae et insuff. valv. bicuspidalis.

A mérés ideje	A mérés körülményei	Pulsusszám	Palpat.		Auscult.		I.	II.	III.	IV.	V.	Jegyzet
			min.	maxim.	min.	maxim.	p h a s i s					
1909 május 2.-án d. e. 11 ó.	Mérés a jobb karon, nyugodt fekvésben	66	E. : 70 S. : 80	130	68	136	— — 136	— 134	—// 122	— 105	— 90	Pulsus kissé irreguláris; közepes fokú incompen- satio. * * * Ezen vizsgálatból kitünik, hogy a szív kellő tartalék- erővel bír, s mint ilyen gyakorló therapiára is al- kalmas.
1'-cel később	6 karlökés a bal karral	84			70	144	— — 144	— 140	—// 135	//// 130	— 100	
Még 2'-cel később	15 karlökés a bal karral ; kisfokú kifáradás	88			65	145	— — 145	— 136	— 136	— 105	— 90	
Még 1'-cel később	Nyugodt fekvés	72			65	144	— — 144	— 141	—// 136	//// 132	— 105	
Még 7'-cel később	Nyugodt fekvés	68			66	140	— — 140	— 137	—// 125	— 110	— 90	

V. táblázat. K. L.-né, 38 éves, pinczér neje. Diagnosis: Insuff. valv. semilun. aortae. Polyarthritis chronica.

A mérés ideje	A mérés körülményei	Pulsusszám	Palpatio		Auscultatio		I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	Jegyzet	
			min.	maxim.	min.	maxim.	p h a s i s							
1909 május 8.-án d. u. 6 ó.	Mérés a bal karon, nyugodt fekvésben	84	E.: 70 S.: 90	160	70	163	— 163	— — 155	/// 145	//// 140	┐ 135	— 90	Nyugodt fekvés mellett elég türelhető az állapota, de mielőtt legesekélyebb mozgást végez, elfárad, szívdobogást kap, elfulad.	
1'-cel később	20 gyenge karlökés a jobb karral; kifáradás	90			75	170	— 170	— ┐ 155	/// 145	//// 130	┐ 125	— 80		
Még 2'-cel később	Nyugodt fekvésben	88			70	158	— 158	┐ ┐ 150	/// 140	//// 120	┐ 115	— 80		* * *
Még 5'-cel később	Nyugodt fekvésben	82			72	154	— 154		/// 140	//// 120	┐ 112	— 80		Ezen vizsgálat eredmé- nyéből kitűnik, hogy a szívnek tartalékereje alig van. Ily esetben például szívgyakorló eljárásokat alkalmazni nagy hiba volna, mert az ilyen szív- nek egyelőre nagy kímé- letre van szüksége
Még 15'-cel később	Nyugodt fekvésben	85			70	156	— 156		/// 140	//// 130	┐ 120	— 90		
Még 5'-cel később	Nyugodt fekvésben	82			72	160	— 160	— — 158	/// 146	//// 133	┐ 127	— 90		

A hosszú érrészletre terjedő nyomás az oka annak is, hogy széles karöv mellett a maximumot alacsonyabb fokon találjuk mint keskeny karöv mellett. Ily esetben ugyanis a vérhullám a nyomás-maximum fokán a keskeny karöv adta rövid akadályon már áttörhet, míg ugyanazon nyomás mellett a széles karövnek hosszú akadályát nem küzdheti le. Hogy a zörejjphasz ily karöv mellett alig érvényesül, könnyen érthető, ha tekintetbe vesszük, hogy a pulsus-hullám sebessége, mint a zörej keletkezésében egyik legfontosabb tényező, a hosszú akadályon egészen megtörik, elenyésszik. Ehhez járul még, hogy a zörej keletkezés helye és a hallgatósó között, széles karöv mellett jóval nagyobb a távolság, mint keskeny karöv használata mellett.

Korotkow-tól kezdve csaknem valamennyi vizsgáló tapasztalta, hogy sokszor az első phasis után (a zörejjphasz elején), rendszeren rövid szakaszon minden systole alatt a zörej hanggal kezdődik. Ennek egyszerű magyarázata, hogy a pulsus-hullám eleje ilyenkor az erősen lenyomott érlumen tágítására, megnyitására szolgál s így sebességét nagyobb részt elvesztvén, alig támaszt zörejt vagy csak oly gyengét, a mely a stethoskopig már el sem jut; arra azonban még az ilyen kifáradt vértömeg is elengedő erővel bír, hogy az akadályon éppen áthaladva, a periferiás érdarabnak ilyenkor még rendkívül ellazult falát hirtelen megfeszítse s így hangot keltsen. A vérhullám második részletének útja tehát már szabadabb, s így az energiájából kevesebbet veszít: élénkebb zörejt kelt. A pulsus-hullám eleje ilyformán az összenyomott érlumen megnyitására szolgál. Innen van, hogy a hol egy-egy pulsus alatt hang és zörej

keverve hallható: mindig a hang jár elől. Legalább én mindig így tapasztaltam.

Ily esetben azután a karövbéli nyomásnak (és ezzel az érbeli akadálynak) fokozatos csökkentésével az eleinte rövid, gyenge zörej a vezető hang rovására fokról fokra erősödik, megnyúlik, majd végül a hang egészen elmarad tőle: beáll a tiszta zörejj-phasz.¹

Mint a legtöbb vizsgáló megemlíti, magam is tapasztaltam, hogy a karon mérésközben csakhamar beálló pangás a vizsgálatot sokszor zavarja. Ha a pangás nem nagyfokú és rövid ideig tart, akkor hatása rendszeren abban nyilvánul, hogy úgy a nyomás-maximum, mint a -minimum foka kisebb-nagyobb mértékben emelkedik. A tartós pangás ellenben mindkettőt, főképpen pedig a nyomásminimum fokát igen mélyre süllyeszti; néha meg éppen lehetetlenné teszi ez utóbbinak meghatározását, mert ilyenkor le egészen a 0 fokig folyton hallunk hangot.

Kisebb mérvű, rövid ideig tartó pangás mellett, vagyis a mikor a leszorítás folytán a vér — visszafolyása akadályozva lévén — úgy a gyűjtőerekben mint visszafelé a hajszálerekben át a verőerekben is pang: az art. cubitalis is állandóan erősen telve van. Ilyenkor tehát a karöv alatti és feletti verőérdarabok feszültségkülönbsége csak magasabb nyomás-fokon kezdődik. Ezzel ellentétben annak oka, hogy nagyfokú, tartós

¹ Ritka kivétel gyanánt előfordul, főleg a bal szívnek dilatációs hypertrophiája esetében, hogy rövid, de kifejezett zörejjphasz után a zörej egy darabon kettészakad, majd mélyebben ismét egybefolyik.

VI. táblázat. P. T., 37 éves, mosónő. Diagnosis: Nephritis chronica. Insufficiencia myocardi. Hypertrophia ventriculi cordis sinistri.

A mérés ideje	A mérés körülményei	Pulsusszám	Palpatio		Auscultatio			I.	II.	III.	Jegyzet
			min.	maxim.		min.	maxim.	p h a s i s			
1909 június 4. én d. e. 11 óra	Mérés a bal karon, fekvő helyzetben, nyugalomban	86	E.: 118 S.: 120	190 (160) ¹	nagy pulsus	115	195	— 195	— 184	— 155	Incompensatio mediocr. grad. Pulsus irregularis et inaequalis. Labilis szívmunka. Néha még a nagy pulsusok maximuma felett (és minimuma alatt) is hallható egy-egy túlerős systole odaverődése (hangja, esetleg zöreje). ! Sokszor palpatióval is elég jól meg lehet külön. határozni a kis pulsusok nyomásmaximumát. Ezen esetben alulról fokozott nyomás mellett a gyengébb pulsusok 160 mm. Hg. fokozatig maradtak el és innét 190-ig csak a nagy pulsusokat tapint-hattam.
					kis pulsus	127	185	— 185	— 168	— 165	
2'-cel később	20 gyenge karlökés a jobb karral, kisfokú kifáradás	108			nagy pulsus	120	198	— 198	— 185	— 145	
					kis pulsus	125	182	— 182	— 170	— 154	
Még 12'-cel később	Nyugalomban	85			nagy pulsus	105	185	— 185	— 176	— 145	
					kis pulsus	115	164	— 164	— 160	— 155	
Még 1'-cel később	10 felülés-lefekvés az ágyban; a beteg kifárad	112			nagy pulsus	110	192	— 192	— 180	— 120	
					kis pulsus	120	185	— 185	— 160	— 125	
Még 2'-cel később	Nyugalomban	92			nagy pulsus	105	185	— 185	— 180	— 130	
					kis pulsus	125	182	— 182	— 170	— 140	
Még 12'-cel később	Nyugalomban	83			nagy pulsus	110	188	— 188	— 179	— 146	
					kis pulsus	125	182	— 182	— 165	— 155	

VII. táblázat. M. K., 38 éves, földmives. Diagnosis: Nephritis chronica. Arteriosclerosis.

A mérés ideje	A mérés körülményei	Pulsus-szám	Palpat.		Auscultat.		I.	II.	III.	Jegyzet
			min.	maxim.	min.	maxim.	p h a s i s			
1909 márczius 11.-én d. e. 10 ó. 20'	Mérés a bal karon, nyugodt fekvésben	70	105	146	100	155	— 155	/// 130	— 120	Közepesen táplált, kissé legyengült egyén. Mérsékelt fokú balszív-hypertrophia.
1'-cel később	15 karlökés a jobb karral; kisfokú kifáradás	86			105	160	— 160	/// 150	— 125	
Még 2'-cel később	Nyugodt fekvésben	74			104	154	— 154	/// 128	— 120	
Még 3'-cel később	Venaepunctio a jobb karon: 100 cm ³ vér kibocsátása	78			105	148	— 148	/// 125	— 115	
Még 30'-cel később	Nyugodt fekvésben	72			105	146	— 146	/// 122	— 110	

pangás mellett sokszor egész 0 fokig kapunk hangot, többek szerint abban volna keresendő, hogy a tartós, erős lezserítés alatt az ereknek saját tonusa óriási mértékben csökken.

A mai mérésmóddal úgy mérni, hogy a legesekélyebb pangás se jelentkezzék, szinte lehetetlen. Azonban a nagyobb fokú, tartós pangást könnyen elkerülhetjük. Valóban kíváncsi, hogy oly mérőeszköz birtokába jussunk, melynek használata mellett a pangást, a mennyire csak lehet, elkerülhessük. Addig is azonban, a míg ily apparátust kaphatunk, fődolog, hogy a mai eljárás körül kellő

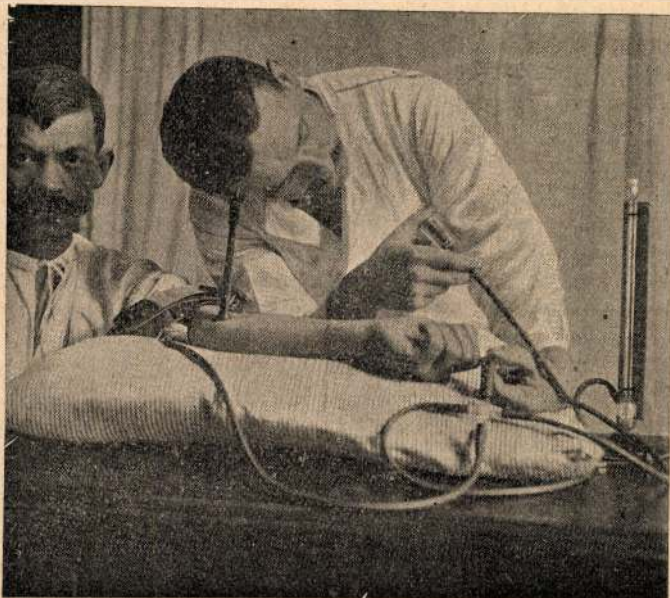
gyakorlatot szerezzünk (a mi e mérésmódnak rendkívül egyszerű volta mellett rövid idő alatt elérhető), hogy azután a mérést lehetőleg gyors tempóban végezhessük. Mert így a pangás alig juthat érvényre. Gondoskodni kell továbbá arról, hogy a levegő a felfújt karövből — valamely közbeiktatott szelep útján — a szükséghez képest bármely pillanatban, részben vagy egészben, kibocsátható legyen.

En e célra, többféle berendezés közül, a következőt tartom a legegyszerűbbnek és leginkább megfelelőnek:

VIII. táblázat. R. Gy., 21 éves, földmives. Diagnosis: Dyspepsia nervosa.

A mérés ideje	A mérés körülményei	Pulsus-szám	Palpat.		Auscult.		I.	II.	III.	Jegyzet
			min.	maxim.	min.	maxim.	phasis			
1909 június 9.-én d. u. 6 ó.	Mérés a bal karon <i>keskeny karóvval</i> , nyugodt fekvésben	54	E. : 80 S. : 95	117	78	120	— 120	— 110	— 90	Mérsékelt tápláltság, közepes erőbeli állapot. Szív ép.
1'-cel később	Ugyanúgy, de <i>széles karóvval</i>	54			65	110	— 110	— 102	— 88	
Még 1'-cel később	Széles karóv, 10 felülé- lefekvés az ágyban; kisfokú kifáradás	62			65	105	— 105	— 98	— 86	
Még 4'-cel később	Nyugodt fekvés, <i>széles karóv</i>	56			68	110	— 110	— 105	— 90	
Mindjárt ez után	Nyugodt fekvés, <i>keskeny karóv</i>	56			80	125	— 125	— 115	— 80	
Még 1'-cel később	Keskeny karóv, 10 felülé- lefekvés az ágyban; kisfokú kifáradás	60			88	133	— 133	— 120	— 95	
Még 5'-cel később	Nyugodt fekvés, keskeny karóv	55			75	120	— 120	— 110	— 85	

A mérőeszközt (mint a 2. ábra mutatja) úgy állítom össze, hogy egyik fontos alkotórészét egy üvegből való csőkereszt adja.¹ A keresztnek egyik ágával kemény falú gummicső útján a felesatolt karóv, másik ágával a kis fűjtató, harmadik ágával a higanymanometer van összekötve, a negyedik ágára pedig egy rövid, nem nagyon kemény gummicsődarabot húzok. E csődarabnak szabad végét mérés közben bal kezem hüvelyk- és mutatóujjával összeszorítom; jobb kezemben a kis fémfűjtatót (a mely sokkal célszerűbb mint a gummiballon) tartom. Ezen berendezés mellett a manometer higanyoszlopát (és ezzel együtt



2. ábra.

a készülékbe fűjtatott levegő feszülését) teljesen a hatalmamban, mintegy az ujjaim között tartom és módomban van egyrészt a fűjtatónak, másrészt a csődarabot szorító ujjaimnak segítségével a higanyoszlopot akár milliméterről milliméterre, bármily gyorsasággal emelni vagy süllyeszteni és a levegőt a készülékből, ha kell, bármely pillanatban egyszerre kiengedni. Az eszköz kezelése, annak ellenére, hogy mindkét kezünknek, szemünknek és egyik fülünknek is munkát ad, igen könnyű, mondhatnám szinte automatásan

¹ E kis csőkereszt hasonló a Sahli által az ő sphygmobolometeréhez alkalmazott keresztet, de semmiféle csap sincsen rajta.

egyszerű, úgy, hogy figyelmünket csaknem osztatlanul a hallgatódzásra fordíthatjuk; a többi szinte ösztönszerűleg, magától megy.

Különb a pangás előidézésében a karóv nagyságának és súlyának is némi szerepe van. Azt is többször tapasztaljuk, hogy a levegő a karóvból a szelep megnyitása után sem távozik el teljesen s így a karóv gummija ilyenkor is kissé puffadt marad. Ezért én a karóvet rendesen úgy csatolom fel, hogy alatta, a kar mellett, mutatóujjamat még éppen átdughatom. Azért felfúvaskor a Riva-Rocci-Sahli-karóv nyomása így is a kar felé koncentrálódik. Ily módon a pangás, a mennyire csak lehet, elkerülhető.

A hallgatódzásra leghelyesebb egyszerű, könnyű hallgatósövet használni, de nem szabad a csővel az eret egy cseppet sem nyomni, mert a legesekélyebb nyomás is zörejt vált ki. E miatt nehéz anyagból (fém) való stethoskop e vizsgálathoz nem alkalmas.

A vérnyomás maximumának mérésére, mint általában ismeretes, a palpatió módszer is elég jól használható. Vizsgálataimat én is rendesen a palpatió méréssel kezdtem; a vizsgálat későbbi folyamán azonban, a tökéletesebb auscultatiós mérés eredményétől már befolyásolva lévén, a palpatió mérést ugyanazon ülésben nem ismételttem. A palpatióval kapott nyomásmaximumot átlag 5 mm. Hg.-val találtam mélyebben az auscultatióval nyert maximumnál; de megtörtént, hogy a kétféle mérés a maximumot egyazon fokon adta. Különb a maximum fokát palpatióval mindig könnyebben és biztosabban tudtam megállapítani, ha a figyelmes (több ujjal való) tapintással egyidejűleg a higanyoszlopnak az érlüktetéstől átvett rhythmusos tánczolását, oscillatióját szemmel tartottam. Ilyformán a nyomásmaximumhoz közel látóérzékünk mintegy segítségére siet a sokkal silányabb tapintóérzékünknek. A higanyoszlopnak minden emelkedésével ugyanis egyidejűleg szinte várjuk ujjunk alá a megfelelő pulst.¹

Azonban palpatióval a vérnyomás-minimum fokát Strasburger szerint keresni, vagyis tapintással kutatni azon határt, a melyen a lassan emelkedő karóvbéli nyomás mellett az art. radialis pulsusa éppen megkisebbedik: hiábavaló fáradozás. Ellenben Ehret-nek említett egyszerű módszere a diastolés nyomásnak tapintás útján való meghatározására minden oly esetben, a hol a karóv alsó szélének szomszédságában, a nyomásnak megfelelő fokán a leirt koppanó pulsus jelentkezik, jól használható.

E helyen befejezem a vérnyommérés körül szerzett újabb tapasztalataimnak közlését s örülnék, ha ezen szerény munkám,

¹ Az érzékszervek ily kölcsönös támogatásának, kisegítésének mindennapi példája az, mikor a nagyothalló szinte mohón lesi a véle beszélni egyén ajkának mozgását, mert sokkal jobban hall, ha egyidejűleg a beszélőnek mimikáját is láthatja.

különösen a vérnyomásméréssel foglalkozóknak némi csekély szolgálatot tehetne.

Végül pedig köszönettel adózom mesteremnek, Kétly Károly tanár úrnak azon buzdításért és irányításért, melylyel engem munkálkodásom alatt támogatott.

Összefoglalás: A szívbetegségek diagnostikája ma már nem elégedhetik meg az egyszerű anatómiai diagnosis megállapításával; jóval fontosabb a therapia szempontjából is, hogy esetről esetre, a mennyire lehet, a szívnek functiodiagnosisa is megállapíttassék. A functiovizsgálatnak egyik legfontosabb segédeszköze ma a vérnyomás viszonyainak kutatása. A mai vérnyomásmérő eljárások közül a legegyszerűbb és legpontosabb *Korotkow*-nak auscultatiós módszere. Ezen módszer segítségével úgy a nyomásmaximumot mint a minimumot (tehát a pulsusnyomást és középnyomást is) a legbiztosabban határozhatjuk meg. Az auscultatiós nyomásmérés zöreijphasisának viselkedéséből a szívnek functioviszonyaira is igen értékes következtetést vonhatunk. Erőteljes, magas fokon kezdődő zöreijphasis erőteljes szív munkára vall. Ha a nyugalomban talált zöreijphasis megfelelő testmunka után intensívebbé változik, magasabb fokon kezdődik, kiszélesedik, ezekből joggal következtethetjük, hogy a szív (a bal kamra) kellő tartalékerővel bír. A nyugalomban kapott zöreijphasisnak könnyebb munka után való eltűnése a szív gyengeségének bizonyítéka. Az első phasis hangjainak kettészakadása a bal kamrának dilatatiós hypertrophiájára vall. Ha különösen a zöreijphasis nem egyetlen fokon kezdődik, illetve végződik, és alatta egyidejűleg erősebb és gyengébb, hosszabb és rövidebb zörejek váltogatják egymást, inaequalis (irreguláris) szív munkára következtethetünk. Az ismert szívtonicumok adagolására a zöreijphasis is rendszeren erősebbé válik.

A mérés czéljaira a keskeny karöv alkalmasabb mint a széles. Ezen utóbbinak használata a phasisok alakulását egészen megzavarja. Fontos, hogy mérés közben a karon pangás lehetőleg ne álljon be. Ennek elkerülésére legezélszerűbb az imént leírt berendezést használni.

A nyomásmaximumot a legtöbbször palpatióval is elég jól meghatározhatjuk; de már a minimum fokát nem, legalább *Strasburger* módszere szerint nem. Ellenben *Ehret* új eljárása a nyomásmínimumnak tapintás útján való meghatározására sok esetben igen jól használható.

Avató előadás.

Az új II. számú belklinika megnyitása alkalmából mondta:

Jendrassik Ernő egyet. nyilv. r. tanár.

Tisztelt hallgatóim!

A midőn ma, ebben a teremben a tanítási működést megkezdeni szerencsém van, üdvözlöm önöket a tudomány eme legújabb palotájában! Egyetemünk orvosi karát a legutóbbi időszak eseményei nagyon előtérbe hozták; még alig zárultak be a nemzetközi orvoscongressus kapui, még mindnyájan annak buzdító, nemesítő hatása alatt állunk, s szeretett hazánk máris nem kevésbé jelentős alkotásokkal gyarapítja orvosi tudományos intézményeinket, amikor ezt az új telepet mintaszerű klinikaival a gyógyításnak, a bűvárlatnak és tanításnak átadja.

Rójjuk le mindenekelőtt hálánkat azoknak, a kiknek eme intézmények létesítésében részük van. A törvényhozásé, talán még inkább kormányzatunk böles belátásáé az érdem, hogy a tanártestület kitartó sürgetésének méltánylásával ezen telep kiépítésének eszközeit megadta. *Wekerle* mint pénzügyminiszter, s díszcollegánk az orvosi karon, *Apponyi* gróf közoktatásügyi miniszter, a ki a legutóbbi időkben nagy tapintattal, szellemességgel és elragadó szónoki képességével a külföld rokonszenvét irántunk igen erősen felköltötte: nemcsak az anyagi eszközökhöz juttatták karunkat, hanem még böles belátásukkal a kivitel módjában is segítségünkre voltak, a mikor nem csekély nehézségek leküzdésével az eredeti tervezésnek helyes átalakításához hozzájárultak. Mindez aligha vált volna lehetővé, ha a közvetítésben nem *Tóth Lajos* miniszteri tanácsos, az egyetemi orvosi ügyeknek böles belátású, mindig a legnemesebb irányban czéltudatos vezetője szerepelt volna. Az ő szerény, a nyilvános elismerést kerülő egyénisége, őszinte és határozott jel-

leme, igazságos bírálata a legnagyobb garanciája tanításügyünk jövő fejlődésének. Igazságtalan volnék, ha azon férfiak sorában, a kik ezen új telep létesítésében nagy érdemet szereztek, meg nem emlékezném *Grósz Emil* tanártársamról; az ő fáradhatatlan munkabírása az imént a congressus ügyét vezette diadalra, ernyedetlen szeretete és helyes érzéke a tanítás érdeke iránt pedig nagyban segítette azt, hogy ez a telep a mai formájában létesült. Így keletkezett meglepően rövid idő alatt az új intézeteknek ez a sora, a melyeknek páráját ez idő szerint Európában talán hiában keressük. Bár áldás lenne művükön s mindazok, a kik ezen intézetben mint tanulók, kutatók, tanítók működnek: érezzék azt, hogy az állam nyújtotta gazdag alkalmat kötelességük a legbuzgóbb törekvéssel, a legserényebb szorgalommal kihasználni.

A jelen alkalom rátereli figyelmünket tudományunk multjára — és jövőjére. Én magam már orvostudományunk történelmének egymásutánban mintegy harmadik szakaszát látom megindulni; korunkban ilyen gyorsan következnek egyre-másra a nagy változások. Egy-egy új klinikai telep megnyitása híven tükrözi a kutatás irányzatának változását is. Irányzatok, épületek 2—3 évtized alatt szűnnek, elégtelennek bizonyulnak, s ha emberi erőnknek életkorunk megszabottsága határt nem vetne: az az óriás méretű változás, a melyet tanuló korom óta átéltem, a jövőre nézve hihetetlen méretet ígérne. De hát a fák mégsem nőhetnek az égbe! Tudományunknak minden ága nagyot fejlődött; az elméleti szakmák, a melyek nem is olyan régen még lealacsonyítónak vették a kísérletet, az a priori filozofálásban találtván az egyedül helyes utat: ma a kísérletezés terén mesteri fokra jutottak, s kudarcot vallana az, a ki okoskodását nem kísérleti adatokra építené. Hasonló átalakulás támadt a klinikai szakokon is; ezeknek a történelme sokkal régebben vette kezdetét, mint az arányban ifjabb elméleti tudományirányoké. Végigtekintve a lefolyt időkhöz, azt látjuk, hogy a mi tudományunk is mindenkor azon a nyomon járt, a melyet az általános műveltség és a természettudományok tapostak. *Hippokrates* mesterünk, hogy a régi arab kultúra emlékeiről ne is szóljak, az ókor felvilágosodott szakában a maga nagy eszével elfogulatlanul nézte a természetet. Az ő munkásságában a kísérletet mintegy pótolta a megfigyelés, következtetéseiben pedig arra szorított, a mit módszerével, a megfigyeléssel, a kóresetekben látott, s a mit a körülmények följegyzésével és csoportosításával közvetlenül lehetett elfogadni. Bár megfigyelő eszközei igen gyatékosak voltak, s hiányzott abban a korban a tapasztalatot oly igen kiegészítő, gyorsító kísérlet: az ábrándos elmefuttatás távol állott tőle, a mint távol volt a klasszikai kor szellemétől is. *Hippokrates* nem magyarázott, érezte, hogy erre még kevés a gyűjtött anyaga, megelégedett azzal, hogy az események egymásutánját kutatta. A mikor ennek a kornak rombadőltével a dogmák korszaka követ. kezdett és az önálló, szabad gondolkodást a hatalom érdekében erőszakosan békóba szorították, a mikor az előítélet, a babona lettek a gondolkodás alapvető eszméi: az orvostudomány is lejtőre jutott. Még szerencse, hogy a mi tudományunk dogmái akkortájt is különbek voltak az egyéb tudományos dogmáknál, hiszen *Hippokrates*re, *Galenus*ra kellett esküdni az orvosoknak. Mindazonáltal a filozófiának mondott rendszerek éppen a mi tudományunkban sokkal veszedelmesebbek voltak, mint sok más egyéb téren. Ilyen filozófiai rendszereknek s talán annak az egyéni vágynak: még különbbé válni, mint a milyenek az elődök voltak, lett a természetes következménye a gyógyításnak az a sajnálatos eltorzulása, a melyért bizony sok embertársunk életével fizetett. A rendelvek mai fogalmaink szerint elgondolhatatlanul szövődtettek voltak, az egyszerű szerek helyett a legváltozatosabb keverékeket, sokszor utálatot keltő állati és emberi termékeket kellett a betegeknek lenyelniük, a vélt hasznót pedig nem a megfigyelés bizonyította, hanem a filozófiai rendszer, mely az empiriát pótolta.

Azután következett a hányató, hashajtó és érvágó rendszer, a melynek híve — s akkortájt minden divatos orvos az volt — bármely baj ellen, a beteg bármilyen állapotában, újra és újra csak ezeket rendelte, végzetes elfoglaltságában észre sem véve, hogy a beteg állapota nem javul, romlik s élete veszedelembé kerül. Ez az egy példa elégséges arra, hogy mindenki emlékeztetése idézzük, mily végtelen veszedelem volna e letűnt, de még mindig kísértő kor szellemét újra visszaidézni.

Csak nehezen szabadult meg az emberiség ettől a szellemtől.

Skoda tagadása, még inkább a nagy francia iskola pozitív tanítása s talán a legnagyobb mértékben a természettudományok új irányzatának suggeráló hatása: ledöntötte a dogmák idejét. Az ember gondolkodásában a természet titkait megismerni törekedett, tanulmányozta a természeti erőknek hatását, és elhagyta az elfogult régi, egyoldalú filozófiai rendszereket. Ki tudná megmondani, hogy mi, vagy ki indította meg ezt a nagy átalakulást? Egyesek úgy vélik, hogy Bacon idézte fel a természettudományok ezen új korszakát. Nem, filozófiai rendszer sohasem fog új életet támasztani, hiszen oly sok kitűnő ember szólalt fel korának szelleme ellen, eredmény nélkül. Az új filozófiai rendszer csak akkor bír hatással, ha a már megváltozott gondolkodásnak a kifejezője. Az is kétségtelen, hogy nemcsak a természettudományokban alakult át így az emberiség gondolkodása: kezdte a művészet a híres XV. században, később áttért az új szellem a politikára, végül a természettudományokra, de bátran állíthatjuk, hogy ezen a téren érte el legnagyobb sikerét. A természettudományoknak mai nagy fejlődése igen erős garanciája annak, hogy végzetes visszacsúszás a középkor szellemi sötétségébe nem fog bekövetkezni.

Miben különbözik a mi gondolkodásunk a középkortól? Csak a módszerben. Azelőtt a filozófiai rendszer volt a kiinduló pont, az elgondolt theoriát nem bírálták meg az észlelések szerint, de mégis a beteg gyógyításának alapjául vették. Ma a filozófiát a tapasztalatokból szűrjük le, s hogy tapasztalataink gyorsabban szaporodjanak s a legkülönbözőbb viszonyokra vonatkozzanak, kísérleteket végzünk, nemkülönben eszközök segítségével mérjük meg a vizsgálat tárgyát. E módszerek mindinkább tökéletesednek; a belső nemes szervek állapotáról fizikai és kémiai segédesszközök útján igen beható ismeretre teszünk szert. Ezek a segédesszközök nagyon változatosak; a fizika, kémia, physiologia, bakteriologia, psychofizika s egyéb tudományok szolgáltatják ezeket a segédesszközöket, de megkövetelik, hogy a ki ezeket használni akarja, a betegmegfigyelésen, kórtani, anatómiai és kórboneczolástani ismereteken kívül még a jelzett tudományokban is jeles tanultsággal bírjon.

Ezzel a nagy feladattal szemben azonban a kutatás területe igen nagy mértékben bővült: a belklinika ma már nemcsak a belső bajok kórtanának és orvoslásának tanulmányozására képesít, hanem ugyancsak a klinika feladatává lett még az ember élettanának a kiművelése is. A theoretikai élettan, a mely jóformán csak állatokon szeresheti ismereteit, az életműveletek fizikájának kutatására szorult s hovatovább a nyert ismereteknek az emberen való megvizsgálása a belklinika körébe tartozik. Hozzájárul ehhez, hogy a klinikai észlelés, a gyógyításra való törekvés számtalan olyan, az élettanban vágó kérdést támaszt, a melyre a feleletet csakis a klinikai vizsgálódás adhatja meg.

Mindezekhez még csatlakozik az idegrendszer anatómiájának kutatása is; az idegrendszer működésének ismerete és tanulmányozása sok tekintetben új indítatot, új irányzatot is tár elénk s valóban mondhatjuk, hogy az idegrendszer szövődött alkatának megismerésében a klinikák bűvárai értékes tevékenységet fejtettek ki.

Ha még ezekhez hozzácsatolom, a mi a klinikának legfőbb hivatása, a beteg ember gyógyítása: akkor nagyjából jeleztem azt a programot, a melyet e klinika tervezésének alapjául magamnak alkottam. Összehasonlítva a régi épületekkel új klinikánkat, kitűnik, hogy az ágyak számát mintegy a régi kétszeresére szaporítottuk, a tudományos kutatás laboratóriumait ellenben igen sokkal nagyobb mértékben kellett növelnünk.

Ime az új irányzat hű kifejezője. Ne gondolja senki, hogy a laboratóriumok ilyen megszorodása a betegek ellátásának kárára van. A ki a klinika belső életét szemmel tartja, meggyőződhet arról, hogy minél szélesebb alapon támaszkodunk az alapvető tudományokra, annál jobban megismerjük betegünk baját s annál hatásabban küzdünk ellene. A kórtani felfogás sok téves úton próbálva sikertelenül szerencsét, ma eljutott az oki, az aetiológiai irányra s ezzel mérhetetlenül gazdag kutatási forrásokhoz segítette a bűvárlatot. Nincs kétség abban, hogy még nagyobb lesz az aratás, ha ezen az úton haladva a gyógyítást is sikerül majd kiművelnünk. Az immunozó serumok már ebbe a világba tartoznak, de még annak, a mit a jövőtől várhatunk, csak a kezdet kezdetét jelentik. A kórok felkutatásában már kevés a tenni való, a gyógyítás terén még igen nagyon sok. Iparkodjunk elvetni a magot, ha sikerül

megfogantatni: a szüret gazdagabb lesz a kanaáni szőlőfürtökénél.

És most tekintsünk szét a műhelyben, a hol a mai nappal megindul a tanítás, a beteggyógyítás és a tudományos kutatás nemes munkája.

A mi klinikánk alaptervezetét Korb és Giergl építőművészek Kétly tanár tájékoztató adatai alapján szerkesztették meg. A mikor 1908 június havában az építés tudományos szempontból való vezetését átvettem, a külső falak nagyrészt már készen voltak. A belső beosztáson s a még meg nem kezdett épületrészekben — a mint kétségtelenül bárki is tette volna — egyéni gondolataim alapján bizonyos változtatásokat eszközöltem.

A kivétel, számos hygieniai berendezés és technikai czélszerű újítás a nevezett kiváló építészeknek s jobb kezűeknek: Dudás építőmester úrnak az érdeme. Az én egyéni felelősségem csak a belső berendezésre s az épületen eszközölt változtatásokra terjed ki.

Az épületnek voltaképpen három osztálya van, ezek a kórházi, az ambulatoriumi és a tanításra s bűvárlatra szánt részek. Mindez egy egységes, szabadon álló épületben, mintegy 3000 m² alapterületen, 80-85 meter homlokzathosszúsággal, a mélyített földszinttel együtt öt emeleten van elhelyezve. (Mélyített földszint, földszint, I. és II. emelet, tetőemelet.)

A kórházi osztályok kis része a földszinten, a többi az I. és II. emeleten, összesen 30 teremben (termenként 2—11 ágygyal) van s ezekben 168 betegágygyal bírnak. Valamennyi kórterem tágas, világos, levegős, hiszen az épületet köröskörül kert veszi körül. A fürdőszobák, closetek a legmodernebb felszereléssel bírnak, s a betegek részére loggiák, terrasszok bőven vannak rendelkezésre, sőt a lapos tetőn nagy, szabad, de szélről védett terrasszok a szabad levegő hatását legteljesebb mértékben felhasználhatóvá teszik. Ezeket a terrasszokat függő kertekké fogjuk alakítani.

A közlekedést az emeletek között három (személy-, étel-, teherszállításra szolgáló) lift látja el. Az ápolónők otthona megfelelő számú hálóteremből s egy tágas nappaliból áll. Hét-nyolcz orvoslakás van az épületben.

Az ambulatorium teljesen külön válik a többi helyiségtől. Két nagy váróterem fogadja be a jelentkezőket, az egyikből a belső bajok rendelésére, a másikból az idegbajosok részére szánt rendelőbe jutnak a betegek. Nehogy a vetkőzéssel sok idő teljék el, vagy hogy a vizsgálat alatt lévő beteg ruháit valaki ellophassa, a vizsgáló és váró terem között apró vetkőzők vannak elégséges számmal közbeiktatva.

A két rendelő helyiségen kívül van még egy tágas terem ezekkel szoros kapcsolatban. Ebben a teremben a kezelésre bejáró betegeket látjuk el, itt vannak a villamosító készülékek is felállítva.

A földszint többi részén van a tanári fogadón kívül a klinikai könyvtár, s két végén egy-egy ajtóval elzárva a tudományos laboratóriumok egész sorozata. Ide belépve, a laboratórium jelszavát látjuk a falon: *lectari in opere suo*: találjuk örömmünket a munkánkban! Elég tágas rajzoló térségből nyílnak egymás után a fizikai mérésekre szolgáló szoba (húrgalvanométerrel, egyéb villamossági mérő eszközökkel, Marey-féle író- és jelzőkészülékekkel stb.), azután a nagy kémiai laboratórium, mellette kis optikai és mérleg-szobák, majd a bakteriológiai és vivisectiós terem következnek. Ezek után a vetítőmikroszkop, a nagy szövettani laboratórium csaknem 20 meter hosszú asztalával, majd egy a legkülönbözőbb feladatoknak megfelelő fotografáló atelier következik, ehhez külön pozitív és negatív optikai szoba, továbbá a lélekzési gázok analysisére szolgáló terem és még egy kisebb laboratórium csatlakozik. Végre itt van a tanulók számára készült nagy kémiai és mikroszkopos laboratórium megfelelő mellékkeliségekkel.

Csak röviden soroltam így fel a helyiségeket, de meg kell még említenem, hogy a közvetlen betegészlelés czéljára minden emeleten van még egy kis betegvizsgáló laboratórium, a hol a vizelet, hányadék, szék, vér vizsgálatát s egyéb egyszerűbb klinikai analysiseket végezzük.

A földszinten van még a tanterem közelében a Röntgen-szoba, a múzeum, az előadási előkészítő, továbbá egy operáló terem s a bejáró orvosok szobája.

Mindeme elősorolt laboratóriumoknak a főértékessége, hogy tudományos szempontból igen kitűnően vannak felszerelve, a legújabb, igen költséges, de egyszersmind minden tudományos munkát lehetővé tevő eszközökkel.

A tanterem a földszint és I. emelet magasságát foglalja el; befogadó képessége mintegy 300 ember; a mint tapasztalni fogják, fel van szerelve minden szükséges tanítási eszközzel, vetítő készülékkel. Akusztikája igen jó. Remélem, a hozzácsatolt ruhatár is be fog válni.

A mélyített földszintet a szolgásmélyzet lakásán kívül bő ellátású vizgyógyító berendezés, diatetikai konyha, műhely, kísérleti állattisztáló és raktárak foglalják el.

Az épület egyenaromású villamos világítással bír, egyes részletei megfelelő telefon- és csengőjelzéssel vannak összekötve; fűtése alacsony nyomású gőzfűtés, a melynek kazánja az épülettől távol, más épületben van. Nehány villamos szellőztető készülék is van működésben.

Ebből a vázlatos elősorolásból láthatják az épület nagy méreteit s berendezésének gazdagságát. Merítsenek velünk együtt munkakedvet, ügyeszeretést a szép, de nemesen egyszerű milieuból, gondolják meg, hogy minekünk, ezelőtt 30 évvel, tanulókorunkban a belorvosi klinikán egy szegényes tanterem, egyetlen laboratóriumon kívül csak négy kis kórtermünk volt, és iparkodjanak a gazdagon nyújtott alkalmat fokozott szorgalommal kihasználni. Szeressék tudományukat, annak tökéletesítésére ne mulasztanak el egyetlen alkalmat sem, hiszen alig 2—3 év múlva egyedül fognak állani betegük ágya mellett, s lelkiismeretük a szenvedő embertársuk oldalán számon fogja kérni, vajjon tudnak-e, tanultak-e eleget arra, hogy embertársuk életének gondozói legyenek? Ez az élet rigorosuma, sokkal szigorúbb, mint a tanulmányi rigorosum, de ha sikerül, sokkalta nagyobb elégtételt is ad amannál.

Kívánom, hogy sok ilyen lélekemelő sikerben legyen részük és legyen érzékük is arra, hogy azt a lelki boldogságot, a mit a tudás ad, teljes mértékben megértsék.

Bevezető előadás.

A budapesti kir. tud.-egyetemi III. sz. belklinika új intézetének megnyitása alkalmából 1909. évi október hó 1.-én tartotta
bárá Korányi Sándor dr., ny. r. tanár.

Tisztelt hallgatóim!

A mai nappal megnyílik egyetemünk III. sz. belklinikájának új intézete. Kész, kevésbé bővíthető keret, határolt költség korlátai között, ez az intézet intencióim szerint készült és abban *Kor* és *Giergl* műépítészek nagy tapasztalata, határtalan előzékenysége és a klinika segédszemélyzetének fáradhatatlan közreműködése által támogatva, sikerült helyet szorítanunk mindannak, a mi meggyőződésem szerint a belorvostan tanításához, műveléséhez és a betegek gyógyításához hozzátartozik. A ház jóformán készen áll, berendezése gyorsan halad előre. Minden részében gondolataim megvalósításával találkozom. Minden részletben magam előtt látom azokat a dolgokat, a melyek hiányát évről évre jobban éreztük a maga idejében mintaszerű, de ma elavulttá vált régi klinikánkon, és mégis, mikor körüljáróm új intézetünket, szívem elszorul és hiába keresem benne az otthon érzését. Régi házból kerültem ide. Azt a házat második otthonomná tette 24 év munkája, benne eltöltött fiatalságom és mindenek fölött az a körülmény, hogy abban mint tanuló, mint mesterem, mint segédnek főnököm, majd mint tanárnak magasan álló mintaképem és mégis munkatársam, atyám volt. A régi házat elfoglalta az idősebb joga és tőle elbúcsuzván örökre, úgy érzem, mintha megszakadt volna pályámnak, életemnek folytonosságában valami. Régi otthonom már nincs meg s az újat még meg kell szereznem. A ház annak csak külső héja. Otthonná csak akkor válik, ha a beállott változások következtében megszakadt munka benne újra megindul, ha tudományos törekvéseink, küzdelmeink, eredményeink újra életre keltik a régi szellemet és az betölti új intézetünk minden zugát. Ennek az épületnek nemcsak az én otthonomná kell válnia, de az önkévé is. Belőle kell, hogy magukkal vigyék hivatásuk ismeretét, átértését, szeretetét, azt a tőkét, a melyet később maguk fognak gyarapítani odáig, hogy kamatai magukat, családjukat fentartsák és a mi ennél nem kevésbé fontos, a mi nélkül ez lehetetlen, innét kell magukkal vinniük azt a képességet, hogy jó orvosokká, eredményeket felmutató, azokért lelkesedő szakemberekké váljanak.

Együtt kell meghódítanunk az új otthon egyetemünk, tudom-

mányunk számára. A közös munkához fogva, tekintsük át közösen azt a teret, a melyen törekvéseink találkozása közös célok felé vezet.

Nehéz munka vár reánk, nehéz és felelőséggel teljes.

Meggyőződésem, hogy az orvosi oktatás azon részének, a mely az egyetemi tanítás határain belül mozog, legfontosabb feladata a tanulók jó belorvostani iskolázottságának biztosítása. Ezt nemcsak azért állítom, mert a legtöbb orvos belorvostannal foglalkozik, nemcsak azért, mert ma a sebészet jelentékeny része nem egyéb, külön technikával dolgozó belorvostannál, hanem azért is, mert nincs a gyakorlati orvostannak egyetlen oly specialitása sem, a melynek igazán eredményes művelője lehetne, a kinek tudása a specialitásához tartozó szerv határánál végződik, a ki pathológiai ismereteit nem kellően építette fel a belorvostani klinikán és a ki betegében a beteg szervén túl nem látja és nem kezeli a lokális baj által egészében érintett beteg embert. De a gyakorlati szakoktól többé-kevésbé külön vált elméleti és speciális részei az orvosi tudománynak is szorosan összefüggnek a belorvostannal. Eredetük, problémáiknak, céljaiknak nagy része a beteg ember észleléséből ered és az emberhez, az éphez vagy beteghez vezet vissza, annak oltalmazására, ennek meggyógyítására.

Nem kisebbek a belorvostan oktatásának nehézségei, mint a mekkora ezen nehézségek leküzdésének a fontossága. E feladatban nemcsak a belorvostan tanára vesz részt. Az ő működésének sikerét készítik elő az anatómus, a physiologus, a pathologus, a pharmacologus, de ezen legközelebb álló disciplinák művelőin kívül azok is, a kik az exact természettudományokba vezették be őket. Nagy apparatussal készültek önök elő a belorvostan tanulására és nekünk, a belorvostan tanárainak feladata, hogy a biztos alapra ahhoz méltó momentumot emeljünk.

Munkánk sikere nemcsak jóakarattunktól, nemcsak az önök igyekezetétől és tehetségétől függ. Függ az tudományunk gazdag, de hézagos tartalmától is, a melynek fejlesztésén fáradhatatlanul dolgoznak legjobbaink.

Átgondolva azt a feladatot, a melynek megoldása ezen intézetben reánk vár, *Descartes* találó hasonlata köti le figyelmemet. Vannak tudományok, a melyek szerkezetüknél fogva új, rövid idő alatt épült városra emlékeztetnek. Egyenes széles boulevardokon a legrövidebb utakon bonyolódik le a közlekedés. Az utakat kényelmes, a mai igényeknek megfelelő, egységes gondolatot eláruló házak szegélyezik, a melyek mindegyikébe szabadon hatol be a friss levegő, a nap fénye. A belorvostan nem ilyen városra emlékeztet. Ódon, roskatag épületek fényes palotákkal váltakoznak. Szűk, sötét, kanyargós utcák széles, egyenes úttörédekbe torkolnak. Az, a ki felületesen szemléli a várost, nem lát benne egyebet tervnélküliségnél, zűrzavarnál. De az, a ki a tudomány magaslatairól tekint le zűrzavarba, maga előtt látja a jövőt. A széles úttörédek a jövő hosszú útvonalaival mentet jelzik. Az elavult házak sorban pusztulnak és helyüket újak foglalják el. Nem a régi romjain épülő új város keletkezik egy csapásra, hanem a régi fokozatosan alakul át újjá. Ez a fejlesztés helyes rendje ott, a hol emberek laknak. A mi városunk lakói pedig szenvedő emberek. Megmutatva önöknek azt, hogy hova vezet a jövő, a jelen megismertetése marad fő feladatunk. A jeien komplikált városában vezetni önöket, és, a mennyiben azt erőm engedi, közreműködni a jövő városának kiépítésén, az a súlyos kötelesség, a melyet tanszékelem elfoglalásával magamra vállaltam.

E munka nagyságának legmegkapóbb bizonyítéka az orvosi tudomány fejlődésének lassúsága a múlt század közepéig. Hátramaradásának okát nem művelőinek gyarlóságából, hanem az előttük álló feladat természetéből érthetjük meg. Az orvosnak napról napra tennie kell. Ő nem várhat a tudomány rendszeres, biztos, de lassú fejlődésére és míg ez nem adott kezébe kész és megbízható eszközöket, azokkal kellett és sokszor kell ma is dolgoznia, a melyeket joggal vagy tévesen használhatóknak hisz. A tudományos foglalkozás szigorú törvényeinek kénytelen negligálása sok tévedés forrásává vált és válhatik ma is, és abban a korban, a melyben az orvosi kar tudományos iskolázottsága nem lehetett más, mint felette hiányos, a biztos alap nélküli cselekvés kényszere az orvost elidegenítette az exact búvárattól, annak észjárásától.

A hol a tudomány primitív állapotában tényleg tényhez nem vezet az exact tudás által megvilágított út, nem marad más vezetőnk az ismerttől az ismeretlen felé, mint a hypothesis. Ez az, a

mi cselekvésünket irányítja. Kétes vezetése mellett jutottak az exact természettudományok művelői odáig, hogy ma nagymestereik talán joggal követelhetik a hypothesis eliminálását. De e követelés jogosultságát saját tudományunkra nézve még beláthatatlan ideig nem ismerhetjük el, hiszen a hypothesis az egyedüli, a minek segítségével a tudás és a cselekvés szüksége közti aránytalanságot némileg csökkenteni lehet. Igaz, hogy veszélyeinek nagyságát semmi sem illusztrálja jobban, mint a hypothesisek közt tévelygő orvosi tudomány szomorú állapota a múlt század közepéig, de fejlesztő értékét sem bizonyíthatja világosabban semmi a belorvostan haladásánál az utolsó félszázadban. Régi hypothesiseink terméketlenségének, az újak termékenységének nem annyira az az oka, hogy a régiak hibás, ingatag talajon állottak, míg az újak az exact tudományok tanításainak felhasználásával épülnek fel, hiszen a tudomány története számtalan példát tud felhozni arra, hogy rossz hypothesisek nagy felfedezésekhez, megbecsülhetetlen gyakorlati eredményekhez vezethetnek. A különbség legfőbb oka, hogy az, a ki hypothesis alapján dolgozik, munkája eredményét elfogulatlan kritika tárgyává köteles tenni és ha az eredmény a hypothesis követelményeitől elütő, hypothesisét köteles elvetni, vagy úgy módosítani, hogy közte és az eredmény között ellenmondás ne maradjon. Így a hypothesis lassan hozzásimul, hozzáalakul a valósághoz és mesterséges fénye sokszor jól helyettesítheti a tudás természetes világosságát a bűvárlat útjain. Az így alkalmazott hypothesis jelentőségét az orvosi tudományban soha el nem múló értékű lapokon fejtette ki *Claude Bernard*¹. Sikerének feltételét azonban eredményeinek tudományos ellenőrzése alkotja és ez az, a mihez a régi orvosoknál hiányzott az iskolázottság, a képesség, sőt még a szükség igazi érzete is.

Hiába előzte meg korát *Morgagni* azzal a törekvéssel, hogy a betegségeket szervekben lokalizálja. Hiába fedezte fel *Auenbrugger* a kopogtatást, *Laënnec* a hallgatódzást. Hiába kereste *Pinel* és *Bichat* a kórtünetek okait kórbonezolóstan leletekben. Sem ők, sem *Kant* tanítása az érzéki megismerés jelentőségéről a speculatio értéktelenségével szemben, nem óvhatták, nem menthették meg a múlt század elején élő orvosokat *Schelling* természetfilozófiájától, a mely homályba burkolt mindent, még magát az orvosi tudomány célját is. Ebből a sötétségből, a melyben akadály nélkül nőhetett nagyra *Mesmer* és *Hahnemann*, karunkat a klinikai dolgozás vezette ki. Ennek első mestere *Schönlein* volt, a ki működését 1824-ben Würzburgban kezdte meg. Nagygyá nem bűvárlati eredményei tették, hanem tanításának módja. Az orvosok évszázados tapasztalataiból addigra sok részben ma is helyt álló nosographia kristályosodott ki. A durva empiria, a melynek gyökerei sokszor a népies orvoslás, a babona mélységeiből merítettek táplálékot, néhány értékes tüneti gyógyszernek, és a malaria és syphilis specifikus terápiájának felfedezéséhez vezetett. Régi tapasztalatok alapján a betegészlelésnek, a betegápolásnak józan methodusai fejlődtek ki. *Schönlein* ezekhez hozzácsatolta a kopogtatásnak, a hallgatódzásnak rendszeres használatát. A betegeinek vizeletét és székletétét figyelemmel kísérte. Anatómiai diagnosztikát igyekezett felállítani és azokat bonezolóstanokkal ellenőrizve, a kórbonezolóstan leletekből tanulságokat vont le. Tanítványait a kórterembe, a bonezolósterembe vezette, a helyett, hogy hypothesisekben, speculációkban nevelte volna őket és így megteremtőjévé vált a német klinika típusának, a mely azóta világ-szerte utánzótt minta maradt. A klinikai oktatás ezen módja egyelőre nem sokat változtatott a régi terápián, a melynek derűre-borúra alkalmazott eszközei a hánytató, a hashajtás, az érvágás és éhez-tetés maradtak, de előkészítette a talajt a bécsi iskola felvirágzásának, élén *Rokitansky*-val, *Virchow* szavai szerint a kórbonezolóstan *Linné*-jével, és *Skoda*-val. *Rokitansky* egyszersmindenkora megalapította a leíró kórbonezolóstant, *Skoda* a kopogtatási és hallgatódzási kórjelek fizikai ismeretekkel egyező osztályozását és magyarázatát keresve, megtalálta az egyenes utat, a mely ezekről a szervek kórbonezolóstan állapotának felismeréséhez vezet. Diagnosztikájának ellenőrzője maga *Rokitansky* volt és a fizikai diagnosztika, együttműködésük örök emlékeként, elnyerte mai alakját. Sikerük az orvosok gondolkozása felett feltétlen urrá tette a kórbonezolóstan irányt. Hatása alatt az orvosok átmentek a kézzelfogható, merev igazságok megalkuvást, félremagyarázást nem ismerő iskoláján, a melyet megjárva, nem bizhattak többé üres speculációkra alapított

terápiájukban. Azt katastrophába kergette a skepsis, mielőtt a tudás mást építhetett volna fel helyére.

Az orvosi tudomány történetének ezen kritikus időszakában az orvos a belorvostani gyakorlat terén kevés megelégedéssel működhetett. A skepsisből eredő nihilizmusban elől jártak az orvostan tudományos művelői. Érdeklődésük elfordult a terápiától, és azt a diagnostika és a betegészlelés foglalta le.

Mikor kezükben ezek a disciplinák félig-meddig maradandó alakot öltöttek, kutatásra vágyó elméjük más teret keresett és azt megtalálta a pathológiában. A klinikus tevékenysége a betegszobából mindinkább a laboratoriumba helyeződött át és a múlt század utolsó egy-két évtizedében a nagy orvosi archívumokban mindinkább háttérbe szorultak azok a cikkek, a melyek tartalmából a belorvos gyakorlatában értékesíthetett valamit. Az orvosi tudomány és az orvosi gyakorlat ezen áramlat hatása alatt eltávolodott egymástól és nem egyszer hangzott fel az az aggodalom, hogy a tudományos orvostan fejlődése tévútra jutott. De ma az aggodók megnyugvással láthatják ezen ideiglenes eltávolodás eredményeit. A pathológiával foglalkozó orvostudósok ezt számos erős kötelékkel fűzték hozzá az exact természettudományokhoz. A pathologia lassanként a beteg szervezetre alkalmazott fizikává, kémivá, biológiává vált és új alakulásával elérte az érettség ama fokát, a mely mellett lehetővé tette a nagy feladat megoldásának megkezdését: a *belorvostan fejlesztésében az empiriának helyettesítését a tudomány által*. Az új irány első döntő sikere akkor következett el, a mikor az élettani folyamatokkal való foglalkozás az eddig egyedül uralkodó anatómiai irány mellé állította a physiológiát. Az anatómiai elváltozás többnyire az által okoz szenvedést, az által veszélyezteteti az életet, hogy functiókat módosít, azok harmoniáját zavarja. Másrészt az anatómiai elváltozás sokszor nem egyéb, módosult functiók eredményénél és így érthető, hogy a kóros functiókkal való foglalkozás a belorvostani terápiára termékenyítőleg hatott. A kóros functiók korrigálására való törekvés ugyan ösidőktől fogva megvolt, de kalandos termékeiből a klinika alig tarthatott meg valamit. Mikor azonban *Johannes Müller*-nek, majd *Virchow*-nak, *Cohnheim*-nek és követőinek munkája odáig érlelődött, hogy a kóros functiók, valamint a gyógyeljárások hatása többé-kevésbé exact, sokszor quantitativ vizsgálat tárgyává válhattak, a helyes betegészlelés, az ebből folyó indicatiók és a gyógyhatás ellenőrzése közt létrejött a kapcsolat és a terapia új fejlődésnek indult. A fejlődés menete nagy befolyással volt, hogy a functionális irányban is dolgozó klinikusok működésük terén találkoztak a különösen Francia- és Németországban hatalmas fejlődésnek indult physiológiával és hogy ugyanazon időben a gyógyszerstan is új utakra lépett. Ezen találkozás eredménye egyrészt a klinikai diagnostika bővülése kóros élettani irányban, másrészt azon gyógyító beavatkozások hosszú sora, a melyek hatalmunkat kiterjesztették és megsokszorozták a fájdalom, az álom, a szív, a vese, a táplálkozás szervei, az idegrendszer, a hőszabályozás, az anyagcsere stb. fölött. Segítségére jött ennek az iránynak az a felfedezés is, hogy egyes szervek, főleg a pajzsmirigy, az ivarmirigyek, a mellékvese, bizonyos igen határos anyagokat produkálnak, a melyek a keringés útján elterjedve az organismusban, annak functióira döntő befolyással bírnak. Ennek felismerése alapján csatlakozott a functionálisnak nevezhető terápiához az organotherapia, a melynek legfényesebb eredményei egyelőre a myxoedema gyógyítása és a mellékvesekivonat pharmacologiai alkalmazása.

Igy épült fel lassanként az új belorvostani terapia, a mely a belorvostanhoz a kórbonezolóstan mellé mint legfontosabb segéd-tudományokat, vezetőket a physiológiát, a kísérleti kórtant és a pharmacológiát fűzte. Bármennyit is köszönünk e tudományok összeolvadásának a belorvostannal, ennek legszebb gyümölcseitől maradtunk volna megfosztva, ha a klinika csak velük maradt volna összeköttetésben.

Nagy felfedezésekre nemesak a tudományos methodika vezet, hanem sokszor a véletlen és a durva empiria. Nem a tudomány, hanem ezek adták kezünkbe a kénesőt, a chinint, a digitalist, az ősrégi balneotherapiát és gyógyító eljárásainknak más nagyon becses tényezőit. *Charcot* tudományos bűvárlatai által megtisztítva, *Mesmer* állati magnetizmusából fejlődött ki a mai psychotherapia kidolgozott methodikája. A bécsi nihilizmus korában a gyógyítást, vagy legalább annak ígértét kereső betegek a gyógyítás entuziasmusától

¹ Introduction à la médecine expérimentale. Paris. 1865.

megfosztott orvosoktól elfordulva, felfedezték *Priessnitz*-et, az osztrák parasztot, a ki mindent vízzel gyógyított meg. Minden tudományos alap nélküli, sokszor brutális eljárásai közül fennmaradt, átalakult egynéhány, mindenre kiterjedő indicióit a tapasztalás redukálta és abból, a mi megmaradt, alakult ki a hydrotherapia, a melynek jó eredményei kellő indiciók, kellő eljárások mellett minden kétségen felül állanak. Mikor a hydrotherapia kevesebbet tartott meg, mint a mennyit első apostolai ígértek, a vele foglalkozó intézetek más fizikai factorokkal bővítették szertárukat. A fizikai therapia magába fogadta a massaget, a gymnastika különböző alakjait, a thermo-, az elektro- és a phototherapiát. A therapia ezen ágának kétségtelen sikerei megóvnak minket, a tudományos orvostan művelőit, szakunk szerény eredetének elfelejtésétől és mélyen belénk vésik annak tudatát, hogy az empiria ma is hasznos és szükséges kiegészítője a therapia fejlesztésének, feltéve, hogy eredményeivel szemben álljon a szigorú kritika.

De az, a mi a therapiát és gyakorlati tevékenységünk másik fontos ágát, a prophylaxist fejlődésében ma vezeti, még pedig győzelemről győzelemre, az, büszkén mondhatjuk, az exact természet-tudomány. A fizika mily nagyon kis mértékű alkalmazására volt szüksége *Skodának* ahhoz, hogy az emberi elme egyik legnagyobb alkotásának, a diagnostikának végleges alapját megvesse! Mennyit köszön tudományunk a thermometria, egyéb mérőeljárások, a graphikus módszerek és a mikroszkop bevezetésének a betegágy mellé és a diagnostikai laboratoriumba! Micsoda gyorsasággal hatolnak a fizika új vívmányai a diagnostikáig, a kórtani kutatásig és a therapiáig! Csak a Röntgen-sugaraknak, a radiumnak, a fizikai kémia módszereinek egyrészt diagnostikai jelentőségére, másrészt fontosságára a therapiás indiciók felállításánál és közvetlen therapiás eredményeire kell utalnunk, hogy illusztráljuk azt az élénk forgalmat, a mely a szenvedő emberek javára a fizika laboratoriumai és a klinikák közt létesült.

És ha a fizika fontos, mit mondjunk a kémiáról, a mely nemesak gyógyszereket szállít számunkra, hanem diagnostikánk egyik alapkövévé vált. Szempontunkból talán egyik legnagyobb elvi eredménye annak a bebizonyítása, hogy az élő szervezet felett éppen úgy uralkodik az energia állandóságának törvénye, mint az élettelen természetben. Ez a felfedezés vált alapjává tudományos diatetikánk, a melynek ismeretét egy orvos sem nélkülözheti.

A hányszor az orvosi tudomány a növénytannal találkozott, mindannyiszor nagy eredmények lettek a találkozás gyümölcsei. Eltekintve attól, hogy gyógyszereink nagy része ma is növényi eredetű, a növénytan mutatta meg az utat *Virchow*-nak a celluláris pathologia felé és ez nyújtott módot *Pasteur* és *Koch* számára az aetiologiának, mint egyik legfontosabb segédtudományunknak megteremtésére.

Ösödöktől fogva élt az a hit, hogy a betegséget valami kívülről jövő hatás oltja be a szervezetbe. Ez a hit sok áldásos eljárás kiinduló pontjává vált, kezdve a középkor izoláló eljárásán, a quarantaineen, végezve *Semmelweis*-unk genialis alkotásán, a mely megmentette az anyákat a gyermekágyi láztól. A fertőző betegségek észlelése az epidemiológiai tapasztalatok közé már régen beiktatta az immunitás sejtését, a mely sejtelelem legnagyobb eredményét *Jenner* érlelte meg a himlőoltással. De ezen a téren a gyors előrehaladás csak akkor indult meg, mikor *Pasteur* az erjedés, a rothadás okait növényi mikroorganizmusokban fedezte fel. Ez a felfedezés indította *Lister*-t azon analogia alapján, a melyet a fertőző betegségek, a rothadás és az erjedés közt régen sejtettek, az ő antisepsisének kidolgozására, a mely más eljárásokkal, más gondolatmenet alapján az operáltakat ugyanazon jótéteményben részesítette, mint *Semmelweis* felfedezése a szülönöket.

Az antisepsis, a mely előkészítője volt az asepsisnek, megnyitotta az utat a sebész előtt azon belső szervekig, a melyek azelőtt a belorvostan kizárólagos területét alkották. A hova az életben addig csak a fizikai diagnostika betekintése hatolhatott be, behatolt a sebész látása és keze. A belorvostani diagnosis valóságos kórboneczolástani ellenőrzése fejlődött ki az élőben és ez a módja az ellenőrzésnek a diagnostikának annyival energikusabb fejlesztőjévé vált, a mennyivel nőtt a diagnosis fontossága az által, hogy utasításai a műtét kétélű eszközeinek vezetőjévé váltak. A belső szervek sebészete így a diagnostikát buzdította gyorsabb haladásra, másrészt a sebészt és belorvost közös munkára hívta fel, a therapia legbámula-

tosabb sikereiben részesítette a betegeket. Ezen a téren a belorvos része a diagnosis és az indicióknak a sebészszel egyetértéshez vezető megvitatása maradt. A therapia kiesett kezéből. Azzal, a mit ez úton a belorvostan veszített, felér az a nagy nyereség, a melyhez az aetiológiai kutatás más téren juttatta.

Pasteur nagy felfedezését, az ebmartakon a veszettség kitörésének megelőzését, némi jogosultsággal még a genie azon előkészületet nélkülöző, ötletszerűen megszülető alkotásaihoz sorolhatjuk, a melynek *Jenner* himlőoltása vagy *Semmelweis* gyermekágyi láz prophylaxisa, minthogy ezekkel osztja azon sajátjait, hogy ismeretlen ellenség felett, ha nem is a teljes sötétségben, de a homályban, bizonytalan fegyverrel győzedelmeskedett. A gyakorlat számára termékenyebbek, mert más jövődő felfedezések számára útmutatók voltak *Koch* nagy tettei: a mikroszkopi kórokozók tenyésztése módjának, festésének, identifikálásának methodusai, a melyek egymásután vezettek a tuberculosis, a cholera, a diphtheria, a pestis, a typhus, a tetanus, a sebfertőzés, a genyedés és sok más betegség és kórfolyamat okozójának nyomára. A régen sejtett, keresett kórokok epróvetekben kerültek a bűvárok kezébe. Követni lehetett életfolyásukat a szervezeten kívül, útjukat a szervezetbe, elterjedésüket azon belül. A küzdelem megindulhatott tervszerűen. A desinfectio tanát exact kísérletek alapjára lehetett fektetni. Az epidemiologia, a fertőző betegségek terjedésének feltartóztatása újjá, hatásosabbá alakult.

A növényi kórokozók mellett egymásután váltak ismeretessé a kórokozó protozoák. A malaria, a recurrens, az afrikai álomkór, a syphilis kórokozóit az emberi szem meglátta, azokat szövevényes utakon követte, emberről emberre, emberről állatokra és ezekről ismét emberre és a prophylaxis megfelelő tökéletesítésén kívül, egyszer ismét hosszú idő után, a chemotherapia új specificumokkal gazdagodott. A malaria új specificumává vált a methylenkék, az afrikai álomkórét, a syphilisét, a recurrensét és talán a pellagrát pedig az atoxylan ismerték fel.

De az aetiológiai kutatás más irányban is gazdagította a belorvostant, még pedig mindenekelőtt annak diagnostikai részét. A test váladékaiban, a vérben, a szövetekben magát a kórokozót sok esetben meg lehetett találni és identifikálni. A diagnostikai laboratorium új eszközökre tett szert és módszerei közt állandó helyet foglalt el az állatkísérlet, az állatoltás.

Kézben a kórokozóval, eredményesen lehetett hozzáfogni azoknak a sajátságos jelenségeknek tanulmányozásához, hogy a fertőző betegségek nagy részének kiállása az újabb infectio ellen rövidebb vagy hosszabb időre megvéd. A bakteorológiának és a kísérleti kórtannak eleinte gyenge közös hajtása, az immunitás tana, egyszerre rohamos fejlődésnek indult, miután *Fodor József* felfedezte a vér bakteriumölő képességét. Azóta külön, saját eszközökkel dolgozó tudomány lett belőle. A physiologia nem is sejtett új terét alkotta meg azon reactiók tanulmányozása, a melylyel a szervezet a kórokozóknak, idegen sejteknek és általában úgynevezett antigeneknek behatolására válaszol. Annak sejtjei valóságos belső secretio útján antitesteket produkálnak, a melyek specifikusan hatnak a mikrobák mérgező productumaira és azokat specifikus hatások alapján pusztítják. Az iniciált szervezet ezen antitestek produkálásához csak akkor fog, mikor az ellenség már benne dül. A kórokozó támadásának és az organismus védekezésének energiája közötti viszonytól függ, melyik marad kettőjük közt a győztes. Mint a hogy az elégtelen pajzsmirigy működéséből származó betegségben állatok pajzsmirigyének bevitele útján pótolhatjuk a szervezet hiányát, úgy hozhatunk a beteg ember szervezetébe oly antitesteket, a melyeket előzetesen az illető kórokozóval kezelt állatokkal produkáltattunk, ezek serumával. Így gyarapította a diphtheriás betegek szervezetének antitoxintartalmát, támogatta azt küzdelmében *Behring*, és ezzel e gyermekpusztító betegség specifikus gyógyszerét adta az orvos kezébe. A diphtheria elleni küzdelem másik módja a fenyegetettek előzetes, az infectio előtti ellátása antitoxikus serummal, a passiv immunizálás, a mely egyidőre az infectio, illetőleg a megbetegedés veszélyét leszállítja. Kevésbé biztos a therapiában, de mint praeventivum bevált a tetanus elleni serum alkalmazása is. Nagyobb sikereket ígér a dysenteriaé és a meningitis cerebrospinalisé.

De a szervezetet nemesak úgy támogathatjuk, ha kész antitestekkel látjuk el. Reábizhatjuk, hogy maga készítsen ilyeneket,

vagy ha már inficiáltatott, intensivebb antitestképzésre serkenthetjük, ha nem ártalmas, lassan fokozódó dosisban a megölt kórokozókat közvetlen beléviszszük. Az ilyen activ immunizálás széles körben vált hasznossá az állatgyógyításban. Sikereket ígér a typhus, a cholera, a pestis prophylaxisában és meggyőződéseim szerint a tuberculosis terapiájában is. Általánosan használható terapia alapjává igyekszik azt tenni *Wright*, minden fertőző betegségben szenvedő ember saját kitenyészett bakteriumának testéből készítve annak oltóanyagát. Sok tapasztalás, kétségtelenül sok próbálgatás és csalódás fog kísérni azon úton, a melyen az immunitás tanából kialakuló terapia minden áldását betegeinkévé fogjuk tehetni, de a remény, hogy az aratás gazdag lesz, nem üres speculációkon, nem is egyszerű hypotesiseken alapszik, hanem alaposágának kezei az eddigi eredmények, a melyekre csak húsz év előtt sem mert volna várni senki.

A kutatásnak nincs veszedelmesebb ellensége, mint a pessimista, a ki skepsisével útjába áll, mielőtt célhoz ért, vagy kísérletével elbukott volna. A skepsisre akkor van csak szükség, mikor a kísérlet eredményének megítélésére kerül a sor. Ki tudja, hány anya életébe került volna, ha *Semmelweis* hallgatva az őt üldöző skepsisre, abbahagyja az ő életének erejét felemészítő küzdelmét.

A kutatást az entusiasmus vezeti, az optimismus ad a kutatónak bátoriságot a próbára. Optimismus az előrehaladó munka életfeltétele, a melyre szükségünk van mindnyájunknak, és ha nem optimismusra, legalább bizalomra a kutatás iránt van szüksége közülünk azoknak is, a kik az előrehaladásnak nem vezérei, csak szerény kísérői, szüksége van rá minden orvosnak akkor, mikor tudományának jövőjét mérlegeli. E nélkül vesztené valamit pályája iránti szeretetéből, a melynek egyik forrása a bizalom a jövő haladásában. Mert, tisztelt uraim, 50 év sokat adott, többet, mint évezredek, a gyakorló orvosnak. De ha önök azzá lesznek, vagy majd mikor velem körüljárják klinikánk betegeit, sokszor elkeseredéssel fogják érezni azt, hogy ez a sok milyen kevés ahhoz képest, a mire betegeinknek szüksége volna. Azt, a mit megadni nem tudnak, lelkükben keserűségtől eltelve fogják vigasztalással, morphiummal leplezni és ha szemük előtt ezek a jelenetek homályba fogják burkolni elért sikereik fetetti örömeik emlékét, az, a mi megóvjá szeretetüket pályájuk iránt a maga teljességében, tudományuk jelenlegi tartalma mellett csak az abban rejlő képesség az előrehaladásra, a tökéletesedésre, a jövő képe lehet.

Ezt a képet látni csak annak adatik, a ki a mindennapi gyakorlat legszükségesebb technikai és elméleti kellékein kívül széles alapú tudományos előkészítéssel lép a gyakorlati élet terére. De az ilyen tudományos kiképezésnek más előnye is van, mint a jövő sejtésének öröme. A mai orvosi gyakorlat eszközeit a tudományos kutatásból meríti. A jövő eszközök használatára csak az az orvos készült elő, a ki annak tudományos előzményeit ismeri. Ennek hiájával kritika nélkül, megértés nélkül, mesterember módjára kell kezébe vennie azt, a mit neki kínálnak, és hogyan fogja megkülönböztetni azt, hogy mit érdemes megpróbálni, mit nem?

Nem lehet jó orvos, a kiből az önálló bűvár kellékei teljesen hiányzanak. A betegség sokféle, az individualitás minden betegnél más. Minden beteg állapota önálló probléma, a melynek megfejtése vezet csak a helyes terapiához. Az utat az egyiktől a másikig megmutathatja a sokszoros tapasztalás, a tanítás, de igazi sikereket csak az önálló orvos arathat. Mint Goethe mondja, önállóan a labyrinthusban csak az járhat idő- és erőpocsékolás nélkül, a ki annak útjait felülről nézte, madártávlatból tanulmányozta. Az orvosnak azt a magas piédestált, melyre állva, a betegség és a terapia labyrinthusában eligazodhatik, a természettudomány adja meg.

Csak a tudományos szellemben nevelődő orvos rendelkezhetik azzal a képességgel, a mely a gyakorlatban szerzett tapasztalatait gyümölcsözővé teszi. Csak a tudós észlelési methodusai és gondolkozási módja adhatják meg a gyakorló orvosnak azt, hogy minden betege az ő számára tanulság forrásává váljék a jövő betegei javára. És erre törekedni egyik legfontosabb kötelességünk, nemcsak közvetlenül hozzánk forduló szenvedő emberek iránt, de kötelességünk szakmánk iránt is. *Francis Bacon* mondása szerint minden ember adása foglalkozásának, annak, a mely őt fentartja. Adósságából folyik az a kötelesség, hogy pályáját tőle telhető módon fejlessze, tökéletesítse. Az az orvos, a ki gyakorlatából tanulságokat merítve, értékben, képességben nőttön nő, e köteles-

ségének eleget tesz akkor is, ha nem tartozik az önálló bűvárak közé, a kik irányító felfedezésekkel gyarapítják a tudományt. Ennek tartalma, értéke nemesak az ismeretek ama tömegével áll arányban, a melyet könyvekben, archivumokban raktak le. Része annak minden művelőjének egyéni értéke is, a melyet gyarapítani mind-egyiknek módjában áll.

De a szorosan vett orvosi tudomány önöket igazi orvosokká tenni még nem fogja. Önök arra hivatottak, hogy érintkezzenek az emberekkel, a legmagasabb állásúaktól lefelé, az élet által tönkretett koldusig, az emberek legjavától lefelé a sőpredékig. Ebbe az érintkezésbe bele kell vinni szívük egész jóságát, meg kell tanulniok mindenkiel a saját nyelvén beszélni. *Bérard* szavai szerint „la médecine est un art, qui guérit quelquesfois, soulage souvent, console toujours.“ A gyógyításhoz, a testi szenvedések enyhítéséhez, talán csak tudás és lelkiismeretesség kell. De annál sokkal több kell a vigasztaláshoz: szívjóság, részvét és az az egyéniség, a mely rangbeli és műveltségbeli különbség nélkül tud az emberek legtöbbszörével, ha nem is mindegyikével, közös érzés harmoniájában összeolvadni azon a téren, a melyen az orvos találkozik vele, az emberi sors, az emberi szenvedés terén. Ez az egyéni képesség volt a nagy gyakorló orvosok legfeltűnőbb tulajdonsága minden időkben és erre törekedve, érhetjük el csak hivatásunk egyik igen fontos feladatának betöltését, a socialisét.

A XX. században már nem kell bizonyítani azt, hogy az emberiség jólétének, ethikai tökéletességének fejlesztésére döntő befolyása van a természettudománynak, de éppen oly kevésbé szorul bizonyításra, hogy elmaradott nevelési rendszerünk mellett ez a század még nem hozta meg azt az eredményt, hogy a természettudományok világosságát a nagy tömeg, benne még a művelt osztály nagy része is, észrevegye, lássa. Különösen két foglalkozás emberei e világosság apostolai. A technikusok a természettudomány vívmányait kézzel fogható, szemmel látható és a mi nagyon fontos, térben, időben és pénzben közvetlenül értékelhető módon viszik bele az életbe. Az orvos más úton ugyanezt teszi, de működésének eredményét a tömeg sokkal kevésbé látja, érzi közvetlenül. Concurrense a sokszor ideiglenesen látszólag győzelmet arató, babonára, hiszékenységre, tudatlanságra biztosan számító csalás, kritikusai sokszor félrevezetett, még többször tudatlan, műveletlen emberek. De viszont van egy előnye a technikus fölött. Ő a természettudomány papja, a ki bejáratos minden házba, a ki több vagy kevesebb, de mégis csak előrehaladó sikerrel hathat közvetlen érintkezés útján az emberekre.

És e hatásra nagy a szükség, nagy különösen ma, mikor gyakorlati eredmények többé el nem homályosítható módon teszik láthatóvá, hogy az orvosi ismeretek milyen tényezőivé kell hogy váljanak az emberiség fejlődésének, a socialis átalakulásoknak. Hogy csak egyetlen példára hivatkozzam, ebben a szegény országban átlag minden hét perczen meghal egy ember tuberculosisban. Micsoda jelentősége van e borzalmas tény megítélésében annak a tapasztalásnak, hogy a tuberculosishalandóság óriási progressióval nő, a mint a családok által lakott tér kisebbedik, ha tudjuk, hogy Magyarországon az emberek ezrei laknak úgy, hogy négy, sőt több családnak egy szobája van. Sorra vehetném a gyermekhalandóságot, a hevenyes fertőző betegségek terjedését, az alkoholizmusnak, a néptáplálásnak, a nemi betegségeknek kérdéseit és így tovább, hogy szemük elé állítsam, micsoda ügy apostolaiává lesznek, ha hivatásuk socialis oldalát nem tévesztik szem elől.

De térjünk vissza speciális szakunk szűkebb körének feladataihoz. Visszatekintve fejtegetésem tartalmára, megérthetik azt az átalakulást, a melyen a belorvostani klinika Schönlein óta keresztül ment. Akkor a kórtermeken kívül egyéb szükséglete alig volt, mint a sthetoskop, néhány eprouvetta és reagens és ritka használatra egy közepes mikroskop. Működésünknek ma is legfontosabb színhelye marad a kórterem, esakhogy azóta diagnostikánk eszköztára csak tágas laboratoriumokban fér el. Ma a belorvostani diagnostika nemesak a kórteremből nőtt ki, de a belorvosnak magának hatáskörén is sokszor túlterjed. Nincs határa azon esetek számának, a melyekben segítségünkre kell, hogy hívjuk a szem-, a gége-, a bőr-, a nőorvost, az urologust.

A klinika integráló részeivé váltak a kémiai, fizikai, bakteriológiai, mikroskopi, állatkísérleti munkálkodásra berendezett laboratoriumok, a Röntgen-készülékek, fürdőintézetek, tornatermek, szabad

levegős tornázatok, kertek. Örömmel nézhetünk körül új intézetünkben. Abban minden lényegeset megtalálhatunk, a mi ma a belorvostani klinikához tartozik. Hogy klinikáink kinőttek régi kereteikből, az az azokban honolt szellemnek, elődeinknek érdeme, a kik együtt fejlődtek a tudománnyal és nekünk, utódainknak akkora örökséget hagytak, hogy szinte félve kérdezzük magunktól, fogjuk-e birni örökünket úgy adminisztrálni, mint adminisztrálták azok, a kik kicsin kezdve, annak gyarapodásával együtt nőttek mind nagyobbá. Hogy erre képesek voltak és képesek maradtak mindvégig, ez az utolsó félszázad vezető klinikusainak legbámulatreméltóbb tulajdonsága.

Jól átgondolt terv szerint kell ma cselekednie az új klinikusnak, ki a régi helyébe lép, a nélkül, hogy egy élet tapasztalata lett volna az ő iskolája, mint volt azé. Ez átgondolás alapját tudományos orvostanunk szerkezetéből, tartalmából kell merítenünk, szem előtt tartva mindig a végezt. A klinikus célja nem, csak eszköze a tudomány. Célja a beteg ember felé irányul. Ez az, a mit az elmúlt félszázad nem mindig tartott szem előtt. Természetes, hogy az, a ki eszközével ezélt érne óhaj, eszköze ismeretére szorul és joga, sőt kötelessége is eszközének tökéletesítése. De tévútra jut a klinika, még inkább tévútra jut a klinikai tanár, a kinek első sorban az a hivatása, hogy szakembereket neveljen a gyakorlat számára, ha eszközeit céljával cseréli fel. A Schönlein által megteremtett módja a klinikai oktatásnak az, a mely az el-tévedéstől ma is legbiztosabban óv meg. A tanítása módja casuistikai, csakúgy, mint a képzőművészeté. Az adott, az egyes eset kell, hogy előadásaink anyagát alkossa, az adott eset önálló problémájának megfejtése, ez az a feladat, a mely elé a klinika állít, ez az, a mely elé önöket mint önálló orvosokat a gyakorlat fogja állítani.

De a belorvostan megtanulásához a klinikai előadás egy-magában elégtelen. Kiegészítésre szorul az már azért is, mert az előadásban a betegségeknek csak éppen akkor adott szakával, mintegy pillanatnyi képével találkozunk. Ebből vonunk következtetést a jövőre, ehhez kapcsoljuk okoskodásunkat, a melyek alapján megválasztjuk eszközeinket a jövő lefolyás tervszerinti módosítására. De ez nem lehet egyéb, mint a beteggel való foglalkozás kezdete. A további lefolyás fogja igazolni, hogy jól fogtuk-e fel feladatunkat, vagy bebizonyítani azt, hogy tévedtünk. A kezelés tervét nem fogjuk többnyire egészen úgy megvalósíthatni, a hogy azt előre megállapítottuk. A lefolyásnak sokszor váratlan fordulatai cselekvésünket is módosítani fogják. Mindezek közvetlen megfigyelése a tanulás nélkülözhetetlen eszköze és ez a része foglalkozásunknak a dolog természeténél fogva a tantermen kívül marad. Szükséges, hogy önök bejáratosak legyenek a betegszobákba. Reggel $\frac{1}{4}$ 9-től, $\frac{3}{4}$ 9-ig ezt velem tehetik, a mikor az előadott és észlelésük alatt álló betegek állapotát együtt fogjuk megbeszélni. Délutánonként 4—5-ig a tanársegéd urak fogják önöket betegeink közt kalauzolni, alkalmat nyújtva arra, hogy a betegvizsgálat, a betegészlelés módszereiben közvetlenül gyakorolják magukat. Nem hangsúlyozhatom eléggé e beteglátogatások fontosságát, nem kérhetem önöket elég nyomatókkal arra, hogy ezeken nagy szorgalommal vegyenek részt. A beteglátogatások értékének fokozása céljából az a szándékom, hogy egyidőben két külön csoportban foglalkoztassam önöket. Így közvetlenebbül fognak betegeinkhez juthatni és nagyobb számú beteget fognak maguk észlelhetni. De nem elég, ha tantermünkben kimenve, az oktatás terét betegszobáinkra kiterjesztjük. A belorvostan nagy mestere félszázad óta a kórbonczoló, a ki mellé az új kor számunkra a sebész állította. Diagnosiseink helyességének igazolói, tévedéseink felderítői sokszor ugyancsak ők. Vannak diagnosiseink, a melyek kritikáját csak a klinikai észlelés szolgáltatja, de anatómiai diagnosiseink ellenőrzője ma is nagyrészt a kórbonczoló és a sebész. Célunk túl megy a helyes diagnosis megállapításán. Abból indiciókat vonunk le, még pedig sokszor sebészietek és így a sebészben nem csak diagnostikai képességünk bírálóját láthatjuk, hanem tevékenységében folytatását orvosi feladataink megoldásának. Azért együtt kell majd eljárunk a bonczolóterembe, és együtt kell eljárunk a sebészeti klinikára, együtt követve figyelemmel azon betegek sorsát a műtét után, a kiknek észlelése klinikánkon kezdődött. Nagy hálával vettem Dollinger Gyula tanártársam biztosítását, hogy a belorvos és sebész együttműködésére irányuló törekvésemet támogatni fogja.

Mindaz azonban, a mit eddig elmondtam, csak a casuistikai oktatásra vonatkozott. De az adott esetekhez kapcsolni a belorvostan tartalmának megfelelő részét, arra törekedni, hogy ezen egyes, logikai sorrend nélkül egymást követő részeket együttvéve a belorvostan tartalmának képét nyujtsák, elérhető feladat volt a klinikai oktatás kialakulásának kezdetekor, ma azonban el nem érhető. Első sorban a diagnostikának úgy tudományos, mint technikai része fejlődött odáig, hogy az a rendszeres tárgyalásra nemcsak meg-érett, de nézetem szerint rendszeres tárgyalást követel is. Erről gondoskodás történt akkor, mikor én a diagnostika tanárává neveztettem ki és gondoskodva van róla jelenleg is az I. számú belorvostani klinikán. De a mint azt a tanszék betöltésekor állandóan éreztem, a diagnostika ilyen tanítása nem elégséges. Egyik hibája, hogy nem illeszthető be a tanrendbe úgy, hogy a belklinikai tanulás megkezdését megelőzze, másik hibája, hogy szükségképpen nélkülözi a gyakorlati tanítás kellékeit. Ezen okokból kiegészítésre szorul. Mindkét szempontból melegen ajánlom önöknek a rövid, kis hallgató csoportok számára rendezett tanársegédi cursusokat. Nagyon sajnálatosnak tartom, hogy ez az intézmény, a mely oly kitűnően bevált, az évek során veszített népszerűségéből. A magam részéről minden lehetőt elkövetnék arra, hogy azt visszanyerje. A tanév elején, pár hét alatt sajátíthatják el így gyakorlatilag és rendszeres formában azon legszükségesebb módszereket, a melyek ismerete nélkül a klinikai előadásokat csak fél haszonnal hallgathatják. A diagnostikai tanítás másik fontos kiegészítő részét a diagnostikai laboratórium kell hogy alkossa. Évek előtt hangsúlyoztam ennek a szükségét¹ és nagy örömmre szolgál, hogy klinikáinkon újabban gondoskodtak ilyen laboratóriumnak berendezéséről. A berendezés befejezése klinikánkon késik és így kénytelen vagyok a laboratóriumi gyakorlatok elkezdését halasztani. Hogy az idejüket ne vegye fölöslegesen igénybe, úgy fogunk eljárni, hogy a délutáni beteglátogatás ideje alatt, délután 4—5-ig csoportokban fognak a laboratóriumban szorosan megállapított program szerint dolgozhatni, a hol begyakorolhatják a klinikai mikroszkópia, kémia és bakteriologia legfontosabb módszereinek alkalmazását.

A diagnostikai előadások és cursusok hallgatása, a diagnostikai laboratóriumban végzett gyakorlatok részben pótolhatják azt a tökéletlenséget, a mely a rendszer nélküli casuistikai előadás természetéből folyik, de azért még is szükségét érzem annak, hogy időről időre, lehetőleg már bemutatott betegek eseteivel kapcsolatban, a belorvostan egyes fontosabb kérdéseit összefüggésben tárgyaljam. Erre fogom szánni hetenként szerdai előadásaimat. Akármennyit nyújt is azonban a klinika önöknek, eleget nem nyújthat.

Az, a mire még szükségük van, a könyv, és mikor a könyv szükségét hangoztatom, hangoztatnom kell annak fontosságát is, hogy nyelv-ismereteiket tökéletesítsék. Nem régen Németország egy vezető klinikusa congressusi megnyitó beszédében fejezte ki sajnálkozását a fölött, hogy Németországban az idegen nyelvek ismerete, a mint ő mondotta, mindinkább az asszonyokra és pincérekre szorul. Ha ez veszedelem akkora nép kultúrájára nézve, mint a német, mennyivel nagyobb veszedelem ez reánk magyarokra nézve! Kevesen vagyunk, és a tudományos kultúra terén fiatalok. Nehéz munkát végeztek elődeink, a mikor hazánk kultúráját összekapcsolták a nyugati népekével. Hogy e munka eredményes volt, annak emelő bizonyítékát nyújtotta a Budapesten lezajlott nemzetközi orvosi congressus. Mindnyáján, a kik tudományunk e lelkesítő ünnepén résztvehettünk, éreztük, hogy hazánk a kultúra otthonává vált és boldogan éreztük azt is, hogy ezt vendégeink elismerték. De annak ára, hogy elfoglalt helyünk az orvosi világban megmaradjon és abban szerepünk nöttön nőjjön, az összefüggés ápolása más nemzetek szellemi munkájával. A tanuló részéről ennek eszköze a nyelvismeret, a kész emberétől a produktív munka. Az a nemzet, a mely kultúrájába a külföld termékeinek áttöltésével megelégednék, szellemi rab-szolgaságra kárhoztatná magát, a mi nem kisebb csapás, mint az a hanyatlás, a mely a nemzetre vár, ha nyelvének határai szellemi körének határait is jelentik.

Hazánk gondoskodott materiális kellékeiről a produktív tudományos munkának. De saját intézetemben nem csak ezeket látom. A produktív munka feltétele minden téren a fiatalság összehatása a tapasztalattal. A fiatalság biztosítja a haladást, a fejlődés képes-

¹ Orvosi Hetilap, 1904. 36—39. sz.

ségét, a tapasztalat a fejlődés helyes irányát. Tudományos intézetekben a fiatalság életerejét a segédszemélyzet teszi állandóvá. Házunkba az a segédszemélyzet költözött, a melylyel együtt osztottam közös mesterünk, apám tanításaiban. Velük bele költözik a régi szellem, de beköltözik az ő fiatalságuk mellé maga a szellem kuforrása is, a ki öreg napjaira tapasztalatainak bő kincsével munkatársunkká szegődött.

Intézetemben a körülmények kedveznek a sikernek. Elérjük-e azt vagy nem, erőmön és a önök szorgalmán fog mulni.

A Társadalmi Múzeum és a közegészségügy fejlesztése. (Vége.)

1901. évi november hó 1.-én kezdte meg tehát a Magyar Társadalmi Múzeum hivatalos működését. Azonban az a körülmény, hogy csakhamar a munkásvédelmi ügyosztálylyal együtt az iparfejlesztési szakosztályból kihasított és így egyúttal *Szterényi József* akkortáji ministeri tanácsosnak, hazánk e komoly és széles látókörrel bíró socialreformatorának közvetlen befolyása alól kivonatott, nemkülönben a többszöri átköltözködések magukkal hozták, hogy kezdetben az alapító okmányában körülírt tevékenységét alig fejthette ki. Ehhez járult még, hogy mindazok, a kikhez az intézet vezetősége közreműködés és támogatás végett fordult, indolentiából vagy az intézmény fontosságát fel nem ismerve, a tőlük várt közbenjárást megtagadták. Csak legújabbban, a honi socialpolitika tudatos felkarolásával, illetve azon időponttól kezdve, hogy az intézet élére *Szántó Menyhért* min. tanácsos került, sikerült az intézettel szemben tanusított közönyt megtörni, fontosságára az érdekeltség figyelmét felhívni és azt oly széles alapokra fektetni, hogy a jövője és áldásos kihatása mindenképpen biztosítottak látszik.

Sőt, a mint alább még bővebben fogjuk kimutatni, azzal, hogy az új vezetőség specialiter a *tüdővész és alkoholismus elleni küzdelemből* is rögtön kivette a maga részét, nemcsak új és felette szükséges irányban tágitotta az intézmény keretét, hanem egyúttal fényes bizonyítékát adta gyakorlati érzékének és nagy munkakedvnek, melylyel sajátos társadalmi bajainknak, nevezetesen a közegészségügyünk sérelmeinek kiküszöbölésére törekszik. A *tüdővész és iszákosság elleni küzdelemre* oktató gyűjtemény létesítése a maga nemében páratlan attractiója a honi Társadalmi Múzeumnak, és annak értékéről mit sem vonhat le annak fájdalmas tudata, hogy nálunk, sajna, mindennek, még annak is, a mi legfőbb javunknak, az egészségnek megóvására szükséges, az állam kezdeményezéséből kell fakadnia. . . . És ha még felemlítjük, hogy az intézet az 1907. év őszén Budapesten megtartott „Nemzetközi balesetvédelmi és iparegészségügyi kiállítás“-t rendezte és ez alkalommal a világ minden tájékáról egybegyűlt szakértők meglegedését és elismerését kivívta, akkor csak a főbb mozzanatait emeltük ki nyilvános szereplésének, melynél még becsesebbnek és gyümölcsözőbbnek a tulajdonképpeni rendeltetése keretében kifejtett csendes működését kell tartanunk.

Áttérve a Társadalmi Múzeum jelenlegi berendezésére, a következőket soroljuk fel:

1. A múzeum *szakkönyvtára* jelenleg 5000 kötetből áll, mely az alapító rendelet értelmében nemcsak a magyar socialpolitikára van tekintettel, hanem az összes idevágó külföldi publicatiókat is tartalmazza és folyton szaporítja. E célból 100-nál több, különféle nyelvű bel- és külföldi folyóirat jár az intézet címére.

2. Az *iparegészségügyi gyűjtemény* 307 darabból áll. Itt láthatók képen és természetben mindama porszemek, melyek az *ipari üzem* közben a munkások egészségét kockáztatják és tönkreteszik. Különösen fontosak az ipari pornemek *mikrofotografiai* képei, melyek az egyes pornemek alakjától függő kártékonytságot szemléltetik. Részletesebben vannak bemutatva a magyar *fazekasiparral*, a *phosphorgyufagyártással* és a *nyomdaiparral* járó, sajátos egészségellenes kockázatok. Ugyancsak itt láthatók a *méregtartalmú festékek* és az ezeket pótló nem mérges festékek.

3. Bő gyűjteménye van a múzeumnak a *baleset elleni védőeszközökből*. 80 modellen kívül a különböző iparágakban használatos védőkészülékek rendszerét és használatát feltűntető 630 fénykép látható. Az intézet földszintjén van a hatalmas méretű gépterem, mely-

ben 30 ipari és mezőgazdasági gép használatos s bevált védőkészülékeivel felszerelve és bármikor üzembe hozhatóan van elhelyezve.

4. A *szemvédő* készülékek gyűjteménye igen gazdag és állandóan szaporítottatik.

5. Az *első segélynyújtás* módját 8 darab fali kép és mintegy 150 darab kép, fénykép, modell, grafikon szemlélteti.

6. Számtalan rajz, fénykép, modell, fali tábla és album mutatja be a honi és külföldi *munkáslakásokra*, *gyári fürdő és mosdó*, *étkező* helyiségre és egyéb *munkásjelölti*, illetve *gyermekvédelmi* intézményekre vonatkozó típusokat. Itt láthatók 87 táblán *Albrecht* charlottenburgi műszaki főiskolai tanárnak „Die sociale Wohlfahrtspflege in Deutschland“ czimmel megjelent nagy munkájában bemutatott képek másolatai. Ugyancsak itt nyert elhelyezést *Meissner Alajos* nyug. m. v. főmérnök 21 darab színes rajza, mely igen szemléltetően a honi munkáslakások típusait mutatja be.

7. Páratlan a maga nemében a Társadalmi Múzeum úgynevezett *gümőkórterme* és annak gyűjteménye. Berendezésekor úgy látszik mintául vették a külföldön már annyira megkedvelt és megbecsült *tuberculosismúzeumokat*, melyek, mivel nyitott albumként ismertetik meg a látogatóval a *tüdővész* lényegét, természetét s a vele való megbirkózás módját, a *gümőkór* elleni társadalmi védekezésnek legmegbízhatóbb segédeszközeinek bizonyultak.

Már a szoba belépő ajtaján, kívül, ott van a *kettős vöröskereszt*, a *gümőkór* elleni küzdelem *nemzetközi* jelvénye. A helyiségbe lépve, jobbkéz felől egy valóságos *fali könyv* 18 lapja tárul a szemlélő elé. Nagy, ide-oda hajtható keretekben színes képek, fotografiák és rajzok serege kalauzol végig a *tüdővész*nek és az ellene való harcznak birodalmában. Az említett fali könyv a *tuberculosis* előidézőjét, a *gümöbacillust* óriási nagyításban, a befészkelődése folytán keletkezett *pusztításokat* (gégesorvadás, *tüdőesúshurut*, *sajtos tüdőgyulladás*, *kölestuberculosis*, *pleuritis tuberculosa*, *szájtuberculosis*, *bél-, hashártya-, vese-, belfodornyirokmirigy-, máj-, here-, hólyag-, méh-, agyvelő- és csontgümőkór*), a *tüdővésszel* kapcsolatos *hőmeneteket* mutatja be összesen 55 lapján. Igen gazdag és tanulságos ama gyűjtemény, mely a *tüdővész*nek *topografiai* elterjedését a magyar városokban, Nagybritanniában, Svájcban stb. államokban mutatja be. Itt láthatók képek a *tüdővészre hajlamosító tényezők* (élmezés, lakviszonyok) befolyásáról és kitűnően sikerült fényképek az *antituberculosis küzdelem* egyes mozzanatairól és alkotásairól. Az *Erzsébet-sanatorium* berendezésével és a benne követett *kezelési módszerekkel*, a *budapesti szt. István-kórház* udvarán létesített *tüdőbeteg-légsátorral*, a *kolozsvári egyetem tüdővész-pavillonjával*, az *algyógyi munkás-sanatoriummal*, a *cirkveniceai László-gyermekotthonnal*, a *budapesti, nagyvárad, szombathelyi tüdőbeteggondozó intézettel*, *erdei iskolákkal és üdülőtelepekkel* s más idevágó intézménnyel ismerkedik meg itt a figyelmes látogató. De nemcsak képek, rajzok és fényképek, hanem sikerült *moulage-ok* és *eredeti praeparatumok* is mutatják a *tuberculosis*nak mint modern népbetegségnek számtalan alakját és *socialis* jelentőségét.

Tág tere nyílt a múzeum vezetői ügybuzgalmának a *tuberculosis* elleni *prophylaxis* már bevált módszereinek s eszközeinek gyakorlati bemutatásánál. Már maga a helyiség úgy van átalakítva, hogy bemutassa a *hygienés* építkezést és szobafelszerelést, lehetőleg a régi, szokásos, de nem *hygienés* módszerrel szembeállítva. Az ajtónak nincs küszöbe, hogy ne adjon bűvőhelyet a pornak. A padló *helyenként különböző*. Felmosható, tartós, márványmozai-lapokból álló, hézagmentes padló váltakozik közönséges, nem *hygienés* parkettpadlóval. Szőnyeg és függöny nem látható. A *falszögletekben* a szokásos porfogó sarkos *falszöglettel* szembeállítva a *legömbölyített* *hygienés falszöglet*. Ezenfelül a fal felszínének simaságában, illetőleg a bevonat különféleségében rejlő *egészségellenes kockázatokkal*, illetőleg *hygienés előnyökkel* ismerkedhetünk meg itt. Az ablakok és ajtók, nemkülönben az összes bútorok egyszerű alakúak, porfogó *ezifraság* nélküliek, könnyen tisztíthatók, nedves letörülésre alkalmasak: egyszóval könnyen és alaposan tisztán tarthatók. Hogy e mellett a *köpetgyűjtő és köpetpusztító eszközök*, a *fertőtlenítés* különféle eszközei és módjai, a *legezelszerűbb ápolási kellékek* és berendezések itt teljességben láthatók, magától értetődik, ha azt halljuk, hogy a szobanforgó *gümőkórterem* berendezésénél *Pertik Ottó* és *Okolicsányi-Kuthy Dezső* tanárok működtek közre.

8. Hasonlóan oktató, de kisebb méretű az *antialkoholismusra* vonatkozó gyűjtemény, hol ugyancsak képek, ábrák, grafikonok,

mouflageok stb. mutatják be az iszákossággal járó nagy társadalmi, egészségügyi, erkölcsi és kriminális veszedelmeket. Az ezen helyiségben látható *fali könyv* mozgatható lapjain az alkoholnak a testi erőre, szellemi munkára, bűntettek, balesetekre, betegségekre és a faji degenerálásra vonatkozó hatását, nemkülönben az alkohol és a gyakoribb élelmiszerek árát és tápértékét összehasonlítva tanulmányozhatjuk. Művészi kivitelű képek mutatják be az antialkoholizmus eddigi eredményeit, nevezetesen a *budapesti alkoholmentes éttermet*, a Rákospalotán nemrégiben megnyitott *alkoholsanatóriumot* és más külföldi idetartozó intézményeket is.

9. Az alapító-okmány értelmében kötelessége lévén a Társadalmi Múzeumnak a *munkásügyi törvényhozást* figyelemmel kísérni. Ide vonatkozólag egy fali táblán, a múlt század kilenczvenes éveinek elejéig terjedőleg, 21 államra vonatkozó munkásügyi törvényhozást látunk összefoglalva, különös tekintettel a *kor*, a *munkaidő*, az *éjjeli munka*, a *vasárnapi munka*, a *betegségélyezés és baleset elleni biztosítás szabályozására*.

Kézzelfogható, hogy a múzeum eddig vázolt berendezése csak azok oktatására és felvilágosítására lehet alkalmas, kik szükségéből vagy jószántukból a gyűjteményeket a helyszínén felkeresik, illetőleg az intézet vezetőségéhez tanácsért vagy útbaigazításért fordulnak. Hogy ezek csak kis töredékét alkothatják azoknak, a kikre a hygienés kioktatás ráférne, nem szorul bővebb bizonyításra. Ennél fogva csak üdvözlendő, hogy a Társadalmi Múzeum legújabbán, mintegy 1—2 év óta, *kiadványok* révén is kívánja a társadalom széles rétegeit az általa képviselt ügynek megnyerni és a socialhygienés kérdéseket *népszerű* feldolgozásban a munkás és laikus körökkel megismertetni. Eddigelé megjelentek:

1. *Chyzer Béla* dr.: „*Egy pusztuló iparágról*“. Eme kis füzetben a honi fazekasiparban rejlő nagy egészségellenes kockázatokot írja le a szerző.

2. és 3. *Okolicsányi-Kuthy Dezső* dr.: „*A gümőkór népszerű ismertetése*“ és „*A gümőkór képeskönyve*“.

Ezenfelül a folyó év kezdetétől *állandó* folyóiratot is ad ki a Társadalmi Múzeum „*A Társadalmi Múzeum Értesítője*“ címmel. Megjelenik évenként hatszor, legalább 5 iv terjedelemben.¹ Benne nyer kifejezést a tudományos, elméleti irány, mely a honi és külföldi socialpolitikai és egészségügyi intézményeket és mozgalmakat ismerteti. Állandó rovatait a „*Munkásjóléti intézmények*“, „*Anti-alkoholizmus*“, „*Tüdővész elleni küzdelem*“, „*Lakásügy*“, „*Munkásvédelem*“, „*Községi, ipari és mezőgazdasági socialpolitika*“ alkotják. Az eddig megjelent 2 füzetben *Chyzer Béla* dr., *Okolicsányi-Kuthy Dezső* dr., *Lányi Márton* dr. és *Stein Fülöp* dr. kartársak irtak érdekesnél érdekesebb értekezéseket. *Pach Henrik* dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Hollós József dr.: A gümőkóros intoxicatiók.

A szerző az élvezhető stílusban megírt, mindvégig érdekes tartalmú vaskos füzetben számos kórtörténet képesen beigazolni óhajtja, hogy a gümöbacillus fertőzött egyének nem mindig válnak tüdővészessé, hanem sokszor csupán intoxicációs tüneteket árulnak el, a melyek alapján nagy részüket ezideig, helytelenül, kevésvérűeknek vagy neurastheniásoknak minősítették az orvosok. A füzet útbaigazításokat ad arra, hogy megfelelő esetekben miképpen lehet a gümőkóros intoxicatiót még idejében felismerni és helyesen kezelni. Útmutatást kapunk arról is, hogy adott esetben mi módon szerezhetünk (részben a Spengler-festés, részben pedig ellenőrző oltások útján) felvilágosítást arra nézve, hogy a fertőzést a human vagy a bovin typusú avagy pedig kevert bacillusok okozták-e. A szerző, a ki Spengler-nek rajongó és kissé elfogult híve, a gümőkór terapiájában az úgynevezett specifikus kezelést tartja a legfontosabbnak, s ennek többféle módját (Spenglernek ismert eljárásait) részletesen ismerteti. A füzetet, melyet szerzője Pertik Ottó tanárnak ajánlott, a tárgy iránt érdeklődő haszonnal lapozgathatja. A tetszetős külsejű munka a Franklin-Társulat kiadásában jelent meg. Ára 3.50 korona. T.

¹ Előfizetési ára egész évre 4 korona. Megrendelhető Posner Lajos és fia czégnél (Budapest, VI., Csengery-utca 31.).

H. Salamon: Atlas der stomatologischen Brücken- und Regulierungsarbeiten. I. Band. Arthur Felix. Leipzig, 1909.

Az odontotechnika magyar főművelőjének, Salamon Henriknek tollából hatalmas munka hagyta el a sajtót a fenti címmel. A munka két kötetre van tervezve. Ez idő szerint még csak az első, a hidmunkákat tárgyaló kötet van kezünk között.

Ha valamelyik fogsor hiányosságát, csonkaságát szájpaddal alkalmazása nélkül akként pótoljuk, illetőleg egészítjük ki, hogy a hézag mellett meglevő, úgynevezett pillérfogakat aranylemezzel (korona) beborítjuk s a hézagot pótló műfogakat azután ezekhez a koronákhoz forrasztjuk, akkor azt mondjuk, hogy hiddal pótoltuk a hiányt.

A kinek már most nem speciális szakmája a dolog, el sem képzei, hogy az adott körülmények útmutatása, olykor kényszere alatt hány válfaja lehet annak a prothesisnek, melyet az odontotechnikában hiddnak neveznek. És Salamon munkája az egész anyagot felöli 1200 ábrával illusztrált atlasában.

Éppen ez az 1200 ábra a legfőbb erőssége a könyvnek. Kevés szó, sok kép. Ez nézetem szerint a jó atlas karakteristikája.

A szöveg Salamon könyvében feladja először is a pensumot. Adva vannak ezek a fogak, hiányoznak ezek meg ezek. Következik a megoldásnak valamennyi faja. Utána mindegyik megoldásnak előnye és hátránya. Mindez néhány lakonikus szóban megírva, de annál több tiszta, világos, egyszerű ábrával illusztrálva.

Az atlas két nyelven jelenik meg olyanképpen, hogy az ábrák egyik oldalán német, a másikon angol a szöveg. Ára nagyon olcsó, főzve a kötet 12, diszkötésben 15 márka. M. Gy.

Lapszemle.

Belorvostan.

A belső szervek neurosisairól és a zsigeri idegek megbetegedéseiről ír *Schmidt Adolf* (Halle). A neurosisok nagy részben felfedezhető a *szervi* eredet; így meggyőződhetünk róla, mily gyakran lappang gyomorfekély és gastritis a hypersecretio mögött. Schmidt az ideges eredetű hasmenést is kétségbe vonja. Az extrasystolék jó részét szintén ideges alapon akarták magyarázni, míg kiderült, hogy rendszerint a szívizomzatnak — ha csak körülírt helyen is levő — kóros elváltozása az oka. S mégis a pseudoangina pectoris, a gastralgia bizonyos alakjai, az éhségérzet és jóllakottság kóros aberratiói, a sokféle alakban jelentkező ideges dyspepsia nélkülözni látszik minden bonezolástani alapot, miért is ez utóbbit joggal nevezhette Strümpell psychogen dyspepsiának s a szív beidegzési zavarait cardiális hysteriának.

Ezen tisztán psychogen rendellenességek azonban sokkal ritkábban fordulnak elő tisztán, mint más, szervi megbetegedések kíséretében: így láthatni a pseudoanginából valószínűs angina pectorist fejlődni s a hysteriához szintén gyakran társulnak idült szervi eredetű idegbajok.

Tekintve, hogy a nagy agy feltékei a vagus és sympathicus ágai révén egyes zsigerekkel igen szoros összefüggésben vannak, felvetődik a kérdés, vajjon a középponti idegrendszer szervi elváltozásai nem járnak-e a psychoneurosisokhoz hasonló zavarokkal zsigereink működésében? Ez irányú bizonyítékaink ugyan nincsenek, de a dolog elképzelhető.

A gyomor elválasztási zavarainál, a gyomrot nyitó, illetve záró izom görcsénél, nemkülönben az Adams-Stokes-féle megbetegedésnél, az asthma bronchialenál stb. a psychogen vonások mellett is kétségbevonhatatlan a szervi, mechanikai eredet. E kórképek sok tekintetben a migraenre és az epilepsiára emlékeztetnek, már pedig ezeket senki sem fogja tiszta psychoneurosisoknak tartani. Másfelől az ideges factornak, mint kiváltó oknak, figyelembevétele nélkül nem értelmezhetjük ezen kórképeket s Krehl ilyen esetekben a periferiás zsigeri idegek, nevezetesen a vagus és sympathicus akár működésbeli, akár anatómiai elváltozáson alapuló zavarát veszi fel. Ezen klinikai szempontból elannyira fontos magyarázatnak azonban sajnos, még nincs megfelelő anatómiai alapja: de, a hogy az Adams-Stokes-féle megbetegedésben a His-féle köteg vagy a vagus elváltozásai teszik érthetővé a tüneteket, az említett kórképekben is valószínűnek látszik az anatómiai alap létezése.

A paroxysmális tachycardia kiváltásában éppen úgy részt

vesznek a szív idegelemei, mint a hogy például a tabes esetében támadó zsigeri fájdalmak oka a periferiás idegrendszer megbetegedése. Az asztmás roham létrejöttében a szerző szerint egyenlő szerepe van a tüdő parenchymájának és a supponált periferiás, zsigeri ideg megbetegedésnek s csak az utóbbi teszi érthetővé az atropin hatásosságát.

A szerző megkülönböztet *centrális functionális neurosisokat* és *zsigeri neurosisokat és ideg megbetegedéseket*; a harmadik a kémiai okból származó *szervi toxoneurosis*, melyet részben exogen (kávé, dohány, ólom), részben endogen kémiai ártalmak válhatnak ki (golyvások szíve, nemző szervek működési zavarai által okozott szívneurosisok, terhességi szív, menopausás cardiopathiák, myomások szíve, a Basedow- és Addison-kórban jelentkező gyomorbélzavarok). (Münchener med. Wochenschrift, 1909. 32. sz.)

Halász Aladár dr.

Az oubain intravenás befecskendezéséről szív bajokban
ir Stadelmann tanár. Az oubain nevű glycosid az acocanthera Schimper nevű afrikai növény hatóanyaga. Kristályos és amorph alakban állítják elő. A szerző a Lewin-féle amorph oubaint használta, a mely hideg vízben könnyen oldódik. Bőr alá is fecskendezhető; utána ugyan 1—2 óráig tartó fájdalom jelentkezik, de ez összehasonlíthatatlanul kisebb, mint például a digalen subcutan befecskendezése után támadó. Az intravenás befecskendezés mindenestre előnyben részesítendő, mert hatása úgyszólván rögtön beáll. 0.004:10.0 oldatból $2\frac{1}{2}$ —5 cm³ fecskendezendő be, vagyis 1—2 milligramm; a befecskendezés nyolcz naponként ismétlődő. Ezen mennyiség mellett úgyszólván sohasem észlelhetők kellemetlen mellékhatások. A szerző 46 betegben használta ezt a szert (aorta-insufficiencia, vitium cordis complicatum, a kéthegyű billentyű bajai, nephritis chronica szívgyengeséggel, részben arteriosclerosissal, myodegeneratio cordis, szívgyengeség delirium tremensben és pneumoniában). Az eredmény nem volt minden esetben egyforma: tartósabb kedvező hatás mellett észleltek gyorsan muló hatást is, sőt néha teljesen eredménytelen maradt az oubain használata. Az érverésre kifejtett hatás sokszor, különösen aorta-elégtelenség eseteiben, teljesen elmarad; máskor azonban, főleg a kéthegyű billentyű elégtelenségének eseteiben, tetemes az érverésre gyakorolt hatás: az előbb számlálhatatlan és szabálytalan érverés erősebbé, szabályossá és megszámlálhatóvá válik. Az oubain befecskendezése után némely esetben $\frac{3}{4}$ —1 óráig kifejezett pulsus bigeminus észlelhető. Érdekes, hogy akárhányszor az egész körképnek kedvező befolyásolása ellenére is a pulsuson változás nem észlelhető. A mi a diuresist illeti, sok esetben hamar, már az első 24 órában, tetemesen megszorodik a vizelet mennyisége, még pedig néha a nélkül, hogy az érverés megjavult volna. Néha kellemetlen mellékhatások észlelhetők (hányásinger, hányás, nyugtalanság, félelemérzés, szívdobogás stb.), a melyek azonban minden káros következmény nélkül csakhamar megszűnnek. Három esetben néhány perczel az oubain befecskendezése után beállott a halál; mindhárom esetben igen súlyos myocarditis volt megállapítható. Ilyen hirtelen halálesetek digalen vagy strophantin befecskendezése után, sőt minden beavatkozás nélkül is előfordulnak ugyan; mindenestre azonban mégis óvatosságra intenek, hogy az ilyen súlyos myocarditis-esetekben inkább csak kisebb adagokat használjunk. (Medizinische Klinik, 1909. 36. és 37. szám.)

Pneumoniában a kámfor használatára hívja fel a figyelmet Seibert tanár (New-York). A fenyegető szívgyengeség ellen ugyan már régóta használják a pneumoniában a kámfort, a szerző ellenben bakteriumölő hatása miatt alkalmazza. Influenzás bronchitis eseteiben tett kedvező tapasztalatai birták rá, hogy pneumoniában is megkísérlelje. Eddig még csak 21 esetben használhatta; a betegek mind meggyógyultak. Kiemelendő, hogy a kámforral kezelt pneumonia-esetekben krízis sohasem áll be; a javulás már az első kámfor-alkalmazás után megindul és folyton fokozódik; a betegség tartama lényegesen megrövidül. A mi a használatmódot illeti: a szerző a bőr alá fecskendezi a kámforolajat, még pedig 12 óránként 12 cm³-t mindaddig, a míg a hőmérsék, az érverés és a légzés teljesen rendessé vált; azután pedig 24 óránként ad még kámfort mindaddig, a míg a tüdő teljesen feltisztult. A kezelést lehetőleg korán kell megkezdeni. A szerző az irodalomból vett adatokkal is bizonyítja, hogy az említett adagok éppenséggel nem

veszedelmesek, távolról sem közelítik meg a maximumot, a melyet baj nélkül használhatunk. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 36. szám.)

Idegkórtan.

A traumás neurosis kórjósolatáról tartott előadást E. Friedel azon tapasztalatok alapján, a melyeket Binswanger jenai klinikáján igen gazdag anyagon szerzett. A klinikán 1905-től 1909-ig 200 esetben többet észleltek, ezek közül 131 eset leírása elég pontos volt és így fel voltak használhatók, sokan közülök éveken át többször voltak ismételt vizsgálatok. A betegek nagy részét hivatalosan küldték a klinikára véleményadás céljából. Sok betegről több, egy esetben 18 vélemény volt csatolva az aktához. Ezek nem mindig egyeztek egymással. Általában kívánják a megmaradt munkaképesség veszteségének százalékos megállapítását és a jogszolgáltatás ebben hamar határoz. E százalékszám a későbbi vizsgálatok alatt változik. Ha ezt a változást görbe alakban érzéktjük, áttekinthető alakban áll előttünk a körlefolys. Több hasonló eset áttekintése után a következő ugyanilyen esetre ugyanazt a lefolysát mondhatjuk ki előre. Azok a betegek, a kik a baleseten kívül sérülést is szenvedtek, e megfigyelésbe nem tartoznak. A prognosis különböző volta miatt gyakorlati szempontból neurastheniás, hysteriás és hypochondriás alakot lehet megkülönböztetni, bár ez a felosztás valamely adott esetre nem mindig szabható rá pontosan. A szerző esetei közül 69 férfi és 8 nő a neurastheniás, 39 férfi és 8 nő a hysteriás, 7 férfi a hypochondriás csoportba volt osztályozható.

A prognosis a legjobb és legrosszabb eshetőség között, azaz a teljes munkaképesség visszanyerése és a teljes munkaképtelenség fennmaradása között ingadozott. A lefolys általában az szokott lenni, hogy az eleinte súlyos baj a klinikai kezelés alatt lassan javul. Ekkor a beteg kimegy, de nem kap az ő állapotának teljesen megfelelő munkát, a mire rosszabbodás jön létre, újabb életjáradék-követeléssel, újabb klinikai kezeléssel, javulással. Ez a körforgás néha egymásután több ízben ismétlődik, míg egynéhány év alatt állandóan egyenletes állapot támad. Ebben bizonyos százaléku munkaképtelenség állapítható meg, a mely 30 és 70% között szokott ingadozni és a melyben úgy az életjáradékot fizető munkaadó, mint a balesetet elszenvedett munkás megnyugszik. A mint ebből látható, az egész ingadozás az életjáradék nagyságának biztosítása körül forog és az egy állapotban való megnyugvás tulajdonképp azt jelenti, hogy a két fél bizonyos fokú munkaképtelenségnek megfelelő életjáradékban végleg kiegyezett. A beteg ilyenkor valami könnyebb foglalkozást keres ki magának, a melynek jövedelmével az életjáradékkal együtt meg van elégedve. Ezt a foglalkozását a beteg egész jól végzi, de valahányszor az orvos megvizsgálja, mindig hall még ideges panaszokat. A férfiak között elég sokan házalásra adják magukat, az asszonyok többnyire a házi teendők végzésére fordítják idejüket. A vizsgált 131 beteg közül 11 maradt állandóan teljesen munkaképtelen. Ezek közül 7 esetben azt a a magyarázatot kapjuk, hogy az illetők 48 évnél idősebbek voltak, kettő korlátolt elméjű volt. Az egyik nő vasúti baleset után nem tudott dolgozni, szívdobogással és neurastheniás jelenségekkel küzdött, az egyik férfi pedig súlyosan hysteriás volt. Gyógyulás négy esetben állott be. Ezek közül az egyik az életjáradék megszüntetése után iszákos lett, a másikon elmúlt a baleset okozta tünetes csoport, de a hysteriás jellem megmaradt ezután is. Egy beteg, a ki két vasúti kocsit ütközői közé került és súlyos fejtűződéssel és állkapocstöréssel került kezelés alá, két év alatt teljesen meggyógyult. Nevezetes a negyedik gyógyult eset. Ez a beteg 1896—1907 között hat ízben szenvedett súlyos sérülést. Első esetben homlokára erős ütést kapott, 10 percig eszméletlen volt és azután tovább dolgozott. A második esetben létráról esett le, kezén szalagok szakadtak el, 10 percig eszméletlen volt, de csak öt hétig volt munkaképtelen. A harmadik alkalommal egy bordája tört el, fél óráig volt eszméletlen, öt hét múlva rendesen dolgozott. A negyedik alkalommal 10 mázsa súly ütődött halántékához, öntudatlan volt, de magához térve tovább dolgozott. Az ötödik baleset ugyanilyen természetű volt, de nem járt munkaképtelenséggel. A hatodik esetben létráról leesett, halántékon megütötte magát, egy óráig eszméletlen volt, két hétig nem dolgozott, azután négy hétig ideges tünetekkel állott kezelés alatt, meggyógyult és tovább

dolgozott. Ez az ember unicum a munkásbiztosítás működése óta és mutatja, hogy mennyi traumát lehet elviselni életjáradék megkívánása nélkül.

A prognosira befolyása lehet a baleset minemiségének és a balesetet szenvedő egyén minemiségének. A baleset súlyossága nem okvetlen fontos. A legsúlyosabb után is lehet gyógyulás, a legkönnyebb után is fejlődhetik súlyos neurosis. Ez utóbbi eset különösen gyakran szövőszékeken dolgozó asszonyokon észlelhető. Az észlelt 131 beteg közül 65 szenvedett fejtraumát. Ezek közül hét koponyarepedést és agyrázkódást kapott és évek után 25% volt a munkaképességük. Nevezetes, hogy az orvos, a ki az ilyen beteget először vizsgálja, gyakrabban állítja fel az agyrázkódás körjelzést, mint a hogy kellene. Ez a körülmény súlyosítja a további lefolyást, mert az agyrázkódás gondolata a beteg pszichéjében túl nagy helyet foglal el. A baleset minemiségének tárgyalásakor megemlítendő, hogy jóllehet a balesetet szenvedők közül sokan dolgoztak kémiai gyárakban, mégis csak két baleset-neurosis volt mérgezés következtése. A baleset prognosira sokkal fontosabb a sérült jelleme. Öröklött terheltségről a sérültek nem igen adnak felvilágosítást, 131 eset közül 10 volt ilyen; még pedig az apa iszákossága vagy valamely családtag öngyilkossága szerepelt. Bár az észleletek száma nem elég nagy a következtetésre, mégis feltűnő, hogy éppen ezek az esetek súlyosan folytak le. A szerző azt hiszi, hogy észleleteiben aránylag sok a törvénytelen születésű, pedig 131 közül csak 7 volt ilyen, a mi aligha nagyobb arány, mint a milyent az egészségesek között találni ugyanazon néposztályban. A baleset előtt már meglevő ideges tünetekről a sérült nem igen ad felvilágosítást. Ezek az esetek általában súlyosabbak. A szövődött bajok közül leginkább az arteriosclerosis súlyosítja a prognosist, főleg idősebb embereken. 12 esetben az arteriosclerosis éppen a trauma után súlyosbodott. Az egyik ilyen betegben pl. 70 éves korban a trauma után támadt az angina pectoris, mely a beteget azontúl munkaképtelenné tette. A súlyosabb alkoholosság kedvezőtlen prognosist ad, a könnyebbnek, úgy látszik, nincs befolyása reá.

Fontos a beteg kora. A teljesen gyógyulók és az 5–10% életjáradékot élvezők mind a fiatalabb korra, a 20–35 év közöttire esik. Az ennél idősebbek között a legkisebb életjáradék 20%-a a munkabérnek. A teljesen munkaképtelenek mind az idősebbek között vannak. A 20–33%-nyi munkaképtelenség az idősebbek és fiatalabbak között egyenlően oszlik meg. Ugyancsak nagyon fontos a beteg szellemi képessége is. A debilitas gyakori a betegek között és rontja a prognosist. A vizsgált férfiak $\frac{1}{5}$ -e, a nők $\frac{1}{4}$ -e gyengeelméjűnek volt mondható. A debilis ember ugyanis kevésbé tud ellentállni a környezet és a munkásbiztosító törvény suggeráló befolyásának. Van ezek között olyan, a ki teljes bérértékű életjáradékot kap és még sincs megelégedve, sőt többet kér, arra hivatkozva, hogy nem tud megélni. Ilyen esetekben természetesen a talaj az orvos suggerálása és minden értelmes magyarázat iránt és éppen ezekből a debilisekből lesznek a querulansok. A debilisek többnyire 50%-on felül munkaképtelenek. A traumás neurosis három alakja közül a neurastheniás a legkedvezőbb, a hysteriás kevésbé kedvező, a hypochondriás a legkedvezőtlenebb. Az egy-szeri tökével való végkielégítésről még nincs elég tapasztalat. Majd megvállik, hogy kedvezőbb-e, mint az életjáradék. (Monatschrift f. Psych. u. Neurologie, 1909. XXV. kötet, 3. füzet.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

A tüdő-gyűjtőér sérülésének esetét ismerteti *Eiselsberg* tanár. A 43 éves férfi öngyilkosság szándokából szíve táján több szúrást ejtett. A sérülés után egy órával szállították a klinikára, a hol a szív sérülésének gyanúja miatt a teljesen öntudatlan beteg Sauerbruch-kamarában a 3. borda resectiójával és a 4. bordának lefelé hajtásával szabaddá tették a szívet. Ekkor kiderült, hogy a szív nem sérült meg, hanem a tüdő-gyűjtőéren, a szívpitvar felett van egy $\frac{3}{4}$ centimeter hosszú nyílás, a melyet bevarrva, csakhamar ismét tapintható lett a pulsus. A seb teljes zárása és só-infusio után a beteg magához tért, a fejlődött thorax-empyema következtében azonban az 54. napon mégis bekövetkezett a halála. Az ér-sérülés begyógyulása a boncoláskor annyira tökéletesnek bizonyult, hogy a sérülés helye alig volt megtalálható. (Langenbecks Archiv, 89. kötet, 3. füzet.)

Bőrkórtan.

Az eucerin nevű kenőcs-alapanyagot ajánlja *Philippi* (Bad Salzschlirf). Az eucerin nem más, mint vaselin, mely a gyapjúzsír elszappanosításakor keletkező valami anyaggal van keverve. Az eucerin előállítója, Lifschütz, ezt az anyagot alkohol II c-nek nevezi. Az eucerin hófehér, jól kenődő anyag, mely teljesen szagtalan és éveken át is eláll. Kiváló tulajdonsága, hogy igen nagy a vízfelvevő képessége, ez egészen 300 perczentig is felmehet. A víz iránti nagy resorptiók képessége miatt az eucerin különösen alkalmas hűsítő kenőcsök és paszták számára. Igen jól használható a következő hűsítő paszta: Rp. Magnes. carb. 5.0, Eucerini 20.0. Oly esetekben, a melyekben a bőrnek egyszerű puhítását ohajtjuk elérni, az eucerin egymagában is alkalmazható. Így különösen ichthyosissal esetekben fürdőkezeléssel kombinálva. A szerző különösen kiemeli, hogy az eucerin még a nehezen elegyedő gyógyszerekkel, például az ichthyollal, tumenollal stb. is igen könnyen összekeverhető. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 35. szám.)

Guszman.

Venereás bántalmak.

Ulcus gonorrhoeicum serpiginosum két esetét észlelte és ismerteti *Xylander* (Dresden). A kankónak egyik ritka szövőd-ménye a phlegmonés gyuladás, melynek keletkezése metastasison alapul. A legtöbb ilyen phlegmonés lobosodás elég jóindulatú és kellő feltárással gyorsan gyógyul. A subcutan kötőszövet kankós megbetegedésének súlyosabb, főleg progrediáló eseteit *Thalmann* és *Almkvist* észlelte. Az előbbi vizsgáló két esetet látott és ulcus gonorrhoeicum serpiginosum címen írta le őket. Az ilyen kankós feké-lyesedés az első időben nagyban hasonlít a folliculáris sankerhez. Gombostüfejnnyi fekély, meredek széllel és aránylag kevés gyula-dásos reactióval. A gyuladásos folyamat a bőr alatt jóval gyorsabban kúszik tovább, mint a hogy azt a bőrhiány lassú terjedéséből következtetni lehetne. Az alávált bőr helyenként kilyukad. A bőrnek újabb áttörését a bőrnek kékes elszíneződése és nekrosisa előzi meg. Mialatt a régi, központi fekvésű fekélyek gyógyulnak, a periferián egyre újjak képződnek. A szerző két esete fiatal férfiakra vonatkozik, a kiknek ez a kúszó kankós fekélye a prae-putiumon és a körül foglalt helyet. Mindkét eset nagyjában hason-lított a *Thalmann* által leírottakhoz. Sajátságos jelenséggént említi *Xylander*, hogy kezdetben mindkét esetben, jóllehet megvolt már a kankós eredetre a gyanú, a gonococcus nem volt kimutatható. A gonococcusok csak akkor váltak kimutathatóvá, a mikor a fekélyes terület arg. nitricummal kezelés folytán izgatva lett. Ekkor azután a gonococcusok kimutatása könnyen sikerült, a melyek intracellularisan elhelyezettek voltak. A szerző véleménye szerint a gonococcusok sohasem fordulnak elő oly bőségben a kankós fekély-ben, mint pl. az acut húgycsőkankó váladékában. Kiemeli továbbá, hogy a húgycsőkankó már meg volt gyógyulva, a mikor a kankós fekélyesedés keletkezett. A kankós ulceratio kezelése csakis anti-gonorrhoeás lehet. Ily kezelésre a gyógyulás meglepően gyorsan halad. (Deutsche med. Wochenschrift, 1909. 37. szám.)

Guszman.

A kéneseó eliminációjáról ír *E. Weland* (Stockholm). A szerzőnek évtizedes tapasztalása azt bizonyítja, hogy a kéneseónek eliminációja és a kezelés eredménye között általában bizonyos szobályszerű összefüggés van. Minél gyorsabban absorbealódik a kéneseó valamely Hg.-kezelés folyamán, annál gyorsabban mulnak el a syphilitikus tünetek. Minél gyorsabb továbbá a kéneseónek a felszívódása, annál rövidebb a Hg.-nek remanentiája, a mely ugyan csekély fokban még fennállhat, de therapiás szempontból alig jöhet szóba. Ezzel szemben minél lassabb a Hg.-nek az absorbeálása, annál lassabban mulnak ugyan a klinikai tünetek, de annál tovább marad a kéneseó a szervezetben, a mi azután praeventiv jelentő-séggel is bír, mert tapasztalás szerint felvehető, hogy ilyenkor a recidivák tovább maradnak ki. *Weland* ezután számos kísérlet és vizeletanalisis segélyével *Bürgi* és *Ratner* azon véleménye ellen fordul, hogy a hydrarg. salicylicum ugyanazt az eliminációs typut követi, mint a thymolkéneseó (eczetsavas) és a kalomel. A szerző tapasztalása szerint a hydrarg. salicylicum injekciók felszívódása és így a klinikai hatása is sokkal gyorsabb, mint a többi szokáso-sabb oldhatatlan kéneseós készítményé. Bizonyítja ezt első sorban

az a nagyszámú vizeletanalízis, a melyet ő az Almén-Schillberg-és a Farup-féle eljárással végeztetett. Bizonyítja továbbá a hydrarg. salicylicumnak gyorsabb felszívódását és eliminációját az is, hogy a maculás syphilidnek a környékén már az injectio utáni első napon hyperaemia fejlődik ki. Ez a jelenség a többi oldhatatlan sónál ilyen módon nem észlelhető. De Welandér állításának megerősítése céljából a Röntgen-megvilágítást is alkalmazta. Kiderült ezen az úton, hogy azok az injectiók góczok, a melyekben a hydrarg. salicylicum van deponálva, sokkal előbb válnak láthatatlanná, mint azok, a melyekben ol. mercurioli, kalomel vagy hydrarg. aceto-thymolicum van. A Hg. salicyl.-os góczok a Röntgen-átvilágítással 8—10 nap múlva már teljesen eltűntek, a többi oldhatatlan készítmény góczai ellenben a 23. napon is még jól voltak láthatók. Mindezeket a jelenségeket Welandér oly módon magyarázza, hogy a salicylkénese a fehérjetartalmú nedvekben, tehát a test szövetnedveiben könnyebben oldódik, mint a többi vizsgált kénese-készítmény. Tekintve azt, hogy a salicylsavas kéneseinek eliminációs typusa egészen eltérő a többi három készítményétől, a szerző felveszi és ezt klinikai tapasztalásával is megerősíti, hogy a két csoportba tartozó készítmények különböző therapiái hatásuak. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 96. k., 2. és 3. füzet.)

Guszmán.

Fizikai gyógyításmódok.

A napfürdőzés káros hatása. Grawitz a Deutsche med. Wochenschrift 1909. évi 33. számában rámutat arra, hogy a szabadban való testi foglalatosság és tartózkodás, a mi kétségtelenül hasznos az egészségre, az által szokott elfajulni, hogy számosan túlhajtott sportot űznek belőle, vagy hogy fanatikusok egyes ilyen eljárásokat a leghatásosabb „természetes gyógymód”-nak hirdetnek, a minek következtében aztán ezt az új methodust egy egész sereg vakbuzgó hívő fokozott és eltorzított formában minden kritika nélkül alkalmazza és azt hiszi, hogy ez hasznára van.

Igy tesznek igen számosan a napfürdőkkel is. Említi, hogy Lenkei, ki a napfürdők hatását behatóan tanulmányozta, a sütkérezést nem alkalmazza hosszabban mint 60 percig és a napfelé fordított testfelületet közben ismételtelen változtatja, a fejet pedig — káros mellékhatások elkerülése céljából — árnyékban tartja. Ebből látható, hogy a napsugarak közvetlen behatását, ha nem akarjuk, hogy megártsanak, óvatosan adagolni kell.

A sportszerűen üzött, erőltetett, órákig tartó sütkérezés veszedelmes. Berlinben egész sereg olyan intézet van, a melyben a „fénykultus”-t túlzásba viszik. Ezekon kívül ott (akár csak nálunk Magyarországon is) a szabadban fürdőzők nagy része félig meztelenül kifekszik a napra s közbe-közbe megfürödve órák hosszat sütkérezik.

Grawitz-nak már éveken át volt alkalma bizonyos súlyos betegségi tüneteket észlelni, a melyek az ilyen fajta napfürdőtől eredtek. Eseteiben a bőr kóros elváltozásain kívül főképpen szabálytalan és fokozott szív működés volt észlelhető, ezzel együtt számos esetben a szívtompulat is megnövekedett, az érlökés feszessé vált és a második szívhang a rendesnél erősebben volt hallható. Egyes esetekben szívgyengeség következtében keletkező, ijesztő általános tünetekkel járó elesettség is mutatkozott. A vér hőmérséke ezen esetek közül egyesekben fokozódott, albuminuria azonban egyben sem jelentkezett. Az ezen tünetekkel együttjáró fejfájás és általános törődöttség némely esetben napokon át megmaradt.

Más esetekben pedig az idegrendszer terén mutatkoztak jelentős izgalmi tünetek. Hogy ezen jelenségek tisztán csak a túlhajtott napfürdőzéstől eredtek, abból világlik ki, hogy az említett tünetek csupa különben teljesen egészséges, sőt nagyon is erőteljes embereken mutatkoztak, a kikben a bajnak semmiféle más eredetét megállapítani nem lehetett és a kik akkor, a mikor a túlzott sütkérezéssel felhagytak, ismét teljesen egészségesek lettek.

Ezen jelenségek magyarázatát, dacára Lenkei azon észleléseinek, hogy a bőr a napfürdők alatt néha 4 fokkal is felmelegszik és hogy a bőreség párolgás a vérből sok vizet von el, a mi túlhajtás esetén szintén bajt okozhat, nem a hőgutában keresi, hanem inkább abban, hogy a napsugarak az idegrendszert izgatják. A napfénynek ezen utóbbi hatása különösen azon gyermekeken tűnik fel, a kik nyáron a tengerpartokon hiányos öltözetben órákon át szoktak a napon játszani. Ezek szép barnára lesülve és látszó-

lag nagyon egészségesen utaznak haza, de az idegrendszerük izgatott és a czélzott erősítő kúra utólag nem válik be. Helyesebb tehát, ha a gyermekeket a legerősebb napsütés idején, azaz a 12 és 4 óra közötti időben a nap sugaraitól megóvjuk és árnyas erdőbe küldjük.

Az utóbb említett megfigyelések — a sütkérezés izgató hatása az idegrendszerre — magyarázatát adják annak, hogy miért szokott a szív működés a túlzásba vitt napfürdőkben szabálytalanul válni. Azon esetekben, a melyekben az oktanul használt sütkérezésre rosszullet mutatkozik, a fejet és a szív táját borogatásokkal kell lehűteni és a szervezetet hűvös italokkal felüdíteni. Ha a tünetek súlyosak, szíverősítő szerek alkalmazandók. Legfontosabb azonban, hogy a bajt megelőzzük, hogy módot ne nyújtsunk arra, hogy a napfürdők káros hatást fejthessenek ki. E célból a közönséget, főképpen pedig a szülőket figyelmeztetnünk kell, hogy ilyen túlzásokkal a saját és gyermekeik egészségét ne veszélyeztessék.

Lenkei V. D. dr.

Fülörvostan.

Otosclerosis és auto-intoxicatio czímen érdekes cikket ír P. Cornet a „Journal of Laryngology” októberi számában. Escat nyomán haladva vizsgálta az otosclerosisos betegek szervezetének valamennyi működését és úgy találta, hogy toxaemia, különösen gastro-intestinalis intoxicatio az esetek legnagyobb részében található. Az új hypothesissal összeegyezteti az otosclerosisról szóló eddigi ismereteinket, a melyek mind megerősítik feltételét. Még a látszólag legnehezebb feladatot, Politzer korszakos pathologiai megfigyelését is megérthetjük feltevésével, ha a labyrinthus-tok embriologiai szövetviszonyait szem előtt tartjuk. Hogy a toxaemia esont-elváltozást okozhat, azt a rheumatismusnak és arthritisnek egyes alakjaiban is tapasztaljuk, de a terhesség idején gyakran képződő osteophyták is mellette szólnak.

Hasonló tárgyról beszélt J. A. Stucky az amerikai otorhinolaryngologiai egyesület évi közgyűlésén; ő általában az orr- és fülhajók oktanában tulajdonít fontos szerepet a táplálkozás-zavarok okozta toxaemiának.

Rejtő Sándor dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A tüdővész kezelését fumiform-gőzökkel kísérlette meg Floer. Abból a tapasztalatból indult ki, hogy asphalt-munkásokon kedvező szokott lenni a tüdővész lefolyása. Eleinte asphalt-gőzöket lélegeztetett be, ezt azonban a betegek a kellemetlen szag miatt, legalább hosszabb időn át, nem tűrték. Sikerült ezután asphalt, kevés myrrha és benzoëgyanta kombinálásával olyan anyagot előállítani, a melynek gőzei nem kellemetlen szagúak. Ez az anyag a fumiform nevet kapta és 2 grammos tabletták alakjában kapható. Egy ilyen tablettát valami edénybe téve, borszeszlánggal hevítünk. A képződő gőzök betöltik a szoba levegőjét, a melyben a beteg 1—2 óra hosszat tartózkodik. Az eljárás naponként kétszer végzendő. A szoba nagysága szerint egy tablettát 1—2 gőzölésre elegendő. Az eredmények állítólag kedvezők. (Die Therapie der Gegenwart, 1909. 8. füzet.)

Csecsemők hasmenése ellen Liaschenko a crosotot ajánlja a következő összetételben: Rp. Creosoti 0.2; Aqu. menth. pip., Mucilag. salep aa 50.0; Syr. simpl. 25.0. M. D. S. 2 óránként kávéskanálnyit az egy éves gyermeknek. (Presse méd. 1909. 35. szám.)

Diabetes mellitus eseteiben Rudisch szerint nagyon jó szolgálatokat tesz az atropin, a mennyiben a czukorkiválasztást tetemesen csökkenti. Lassan fokozódó mennyiségben adva, hosszú időn át használható káros következmény nélkül. Folytonos felügyelet alatt álló betegeknek atropinum sulfuricumot ad, naponként 3-szor $\frac{1}{2}$ milligrammot s ezt az adagot 3-szor naponként 3 milligrammig növeli; sokszor azonban kisebb adagok is elegendők. Olyan betegeknek, a kik nem állanak állandó orvosi felügyelet alatt, jobb a Merck-féle atropinmethylobromatot adni; a hatása ugyan kevésbé kifejezett, de ezzel szemben előnye, hogy sokkal kevésbé mérgező; 8 milligrammos adaggal (3-szor naponként) lehet kezdeni s lassanként 32 milligrammig (3-szor naponként) emelkedni. (Archiv für Verdauungskrankheiten, 15. kötet, 4. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1909. szeptember. *Schiller Károly*: Pangásos kezelés ambulans betegekben. *Lenkei Vilmos Dani*: A légfűdők hatása a vérsejtek számára, a vér haemoglobintartalmára és viscositására.

Gyógyászat, 1909. 40. szám. *Kiss Gyula*: Az Ehrlich-féle elmélet. *Varjas Gábor*: Adatok a Burow-oldat hatásához.

Orvosok lapja, 1909. 41. szám. *Szana Sándor*: A zuhlott gyermekek socialhygienéjének magyar rendszere.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 40. szám. *Tauszk Ferencz*: A tüdőtuberculosis az aggkorban. „Urologia” melléklet, 3. szám. *Ausztérveil László*: A kankós mellékherelob villanyos gyógyításáról.

Vegyes hírek.

Jubileum. *Lauschmann Gyula* dr., Fejérvármegye tiszti főorvosának 25 éves orvosi működését ünnepelte a napokban az Országos Orvostársaság fejei megyei fiókja.

Megbízás. *Fáy Aladár* dr. közegészségügyi főfelügyelőt a belügyminister megbízta, hogy a tisztiorvosi vizsgákon mint az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek bizottsági vizsgálója működjen.

Kinevezés. *Pesics Áron* dr.-t a szabadkai Mária Veléria-kórház alorvosává nevezték ki.

Választás. *Pap Izidor* dr.-t Bön körorvossá választották.

Alkalmazások a kolozsvári egyetem orvosi karán. A szeptemberi kari ülésen megválasztottak: *Nagy Samu* dr. II. tanársegédnek, *Braunstein Gábor* dr. és *Vári Tibor* dr. gyakornok-helyettesnek a belorvostani klinikára; *Austerlitz Vilmos* tanársegéd-helyettesnek, *David Jenő* dr. II. tanársegédnek, *Kovács Ferencz* gyakornoknak az anatómiai intézethez (újra választások); *Deák István* dr. II. tanársegéd-helyettesnek, *Maksay Ferencz* gyakornok-helyettesnek az ideg- és elmeklinikára; *Balogh Artur* dr. tanársegédnek, *Goldberger Ede* gyakornok-helyettesnek az élet- és körvegytani tanszék mellé; *Demeter György* dr. tanársegédnek a törvényszéki orvostani intézethez (újra választás); *Géber János* dr. gyakornoknak a bőrkórtanhoz (újra választás); *Zacher Pál* dr. I. tanársegédnek, *Gergely Endre* dr. II. tanársegédnek a kórboncolástani tanszék mellé; *Nagy László* gyakornoknak a közegészségügyi intézethez; *Markbreiter Irén* dr. I. tanársegédnek, *Vicas Gyula* dr. és *Bock Ármán* dr. gyakornok-helyettesnek a szemészeti klinikára; *Wertán Emil* dr. díjas műtőnövendéknek; *Góth Lajos* dr. I. tanársegédnek (újra választás), *Büchler Dezső* dr. gyakornoknak a szülészeti klinikára.

A budapesti egyetem orvosi karán a múlt héten négy új klinikai épület nyílt meg, mind a négy a külső üllői-úti telepen: az I. sz. seb-klinika, a II. és III. sz. belklinikák a II. sz. szemklinikai épülete. E klinikák közül kettő: a III. sz. belklinikák a II. sz. szemklinikai épülettel új otthont nyert, mint a másik kettő, hanem egyáltalában most nyílt meg s kezdte meg működését. Mind a négy klinikai épület úgy tervezésében, mint belső berendezésében a tudomány és technika legújabb haladását egyesíti magában s valóban díszére válik egyetemünknek s hazánkunknak. Reméljük, hogy a tudomány és humanizmus e négy csarnoka teljesen meg fog felelni hivatásának s kiváló igazgatóik, *Dollinger*, *Jendrassik*, *Korányi Sándor* és *Hoór* tanárok vezetése alatt oktató működésében és belső tudományos életében is méltó lesz a díszes külső kerethez. Az új klinikák működésének megindulását legjobb szerencse-kívánataink kísérik!

Új kórház. Pásztón szeptember 28-án nyílt meg a „Margit” alapítványi kórház.

Az új magyar gyógyszerkönyv hivatalos III. kiadása megjelent és *Toldi Lajos* könyvkereskedésében (Budapest, II., Fő-utca 2) 12 koronáért megszerezhető. Az új kiadás 1910 január 1-én lép életbe.

Meghalt. *Hay Lajos* dr. jászberényi orvos 46 éves korában.

Kiseb hírek külföldről. A legközelebbi lepraellenes értekezletet Serajevóban fogják tartani 1917-ben. — Rendes tanár lett: *A. Tscherev-kov* dr. Charkowban (élettan), *W. M. de Vries* dr. Amsterdamban (kórboncolást), *A. J. Careson* dr. Chicagóban (élettan). Rendkívüli tanár lett: *V. Grandis* dr. Genuában (élettan), *Bietti* dr. Sienában (szemészet), *Cecconi* dr. Torinóban (belorvostan), *St. Horoszkiewicz* dr. (törvényszéki orvostan), *L. K. Ginski* dr. (kórboncolást) és *W. Chlumski* dr. (sebészet) Krakóban. — *W. Haffkine* dr. a choleraellenes oltásra vonatkozó dolgozataiért 4000 franknyi díjat kapott a párisi Académie de Médecine-től. — A bolgár kormány elhatározta, hogy Olaszország mintájára nagyobb gyógyító és assanáló aktiót indít meg a malaria ellen s már hozott is Olaszországból nagyobb mennyiségű chinint. — A legközelebbi nemzetközi fülészeti congressus 1912 augusztusban Bostonban (U. S. A.) lesz, *Cl. J. Blake* dr. elnöklésével. — Czerny tanár helyére, a ki Strassburgba költözik, *K. Pirquet* dr.-t, jelenleg a baltimore-i egyetem tanárát hívták meg a borszlói egyetem gyermekorvostani tanszékére. — *P. Morawitz* heidelbergi docent a freiburgi egyetemen rendkívüli tanárrá és a poliklinika vezetőjévé nevezték ki. — *Walke* dr. magántanár a prágai német egyetemen (belorvostan) a rendkívüli tanári címet kapta.

Orvosi pályadíjak. A német központi rákbizottság 1000, 500 és 300 koronával jutalmazza a három legjobb dolgozatot, mely a gyakorló orvosok közt való terjesztésre alkalmas módon ismerteti a különböző

szervek rákjának korai diagnosist. A pályázatban résztvevő dolgozatokat zárt jelű levéllel 1910 március 31-éig kell beküldeni a bizottság főtitkárnak, *Georg Meyer* dr. tanárnak, Berlin, Bendlerstrasse 13. — A párisi Académie de Médecine 1910 július 15-én lejárató terminussal 600 franknyi pályadíjat tűzött ki a háziállatok angolkórját és esontlágylását tárgyaló legjobb műre.

Nemzetközi orvosi pályázat. A mexikói orvosi nemzeti akadémia 50.000 márka díjat tűzött ki a foltos hagymázt (typhus exanthematicus) tárgyaló munkák honorálására. Ezen összegből két 20.000 márkányi összeg a kórokozónak, illetve a gyógyító serumnak felfedezőjét fogja illetni, 10.000 márkával pedig a szerzőket leghathatósabb támogatásokat fogják jutalmazni. A pályázat nemzetközi s a pályamunkák 1911 február 28-áig nyújthatók be spanyol nyelven.

Malariaellenes nemzetközi szövetkezet alakítottak Olaszországban, *Castellino* dr. nápolyi belorvos-tanár kezdesére. A szövetkezet első ülését október 6-án és 7-én tartotta Milanóban, az olasz belorvostani társulat congressusával kapcsolatban. Az ülés tárgyai közül kiemeljük a következőket: *Bordoni-Uffreduzzi*: a malaria tanának mai állásáról; *Castellino*: a malaria prophylaxisáról; *Golgi*: a malaria kórtanáról; *Grassi*: a malaria kórtanának és gyógyításának néhány függő kérdéséről; *Queirolo*: a malaria néhány kevésbé ismert abortív alakjáról. A gyűlésen *Bacelli* tanár elnökolt.

Nemzetközi radium-congressus lesz jövő évben Brüsszelben. Eddigél többek közt a következők ígérték meg, hogy részt vesznek a congressuson: *William Crookes*, *Svante Arrhenius*, *William Ramsay*, *Mamade Curie*, *E. Rutherford*, *Lenard Fülöp*.

Az olasz egyetemeken az orvostanhallgatók száma az 1908/9 tanévben összesen 4387 volt. Az egyes egyetemekre e szám következőképpen oszlott meg: Nápoly 1437, Róma 454, Turin 381, Bologna 307, Pavia 290, Padua 220, Palermo 200, Genua 172, Flórencz 155, Catania 151, Pisa 146, Modena 125, Parma 110, Messina 85, Cagliari 52, Siena 50, Sassari 42.

Dr. Jakab-féle Ligetsanatorium

Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnostika, physikotherapiás sanatorium.

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

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

Consecutív neuralgiák, sebészeti utóbetegségek és izdalmányok eseteiben. Részleges göngyölés. **FANGO** Erzsébet-körút 51. sz. (Körúti fürdő.) Kezelő orvos vulcanikus radioactiv iszap **Dr. VÁNDOR DEZSŐ**.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézete VIII., Gyöngygyűk-utca. 14. sz. alatt (a Rókus-kórház közelében) van.

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

Tamássy Park-sanatoriuma DUNAHARASZTIBAN, Pestmegye. Intézet orvos: **Somosi Lajos** dr. Alkohol-, morphi-, nicotinelvonás.

Tüdőbetegsanatorium Tátraháza.

Egész éven át nyitva. Központi légfűtés. Villamvilágítás. Fekvőcsarnokok a fenyvesben. — Napkúra. — Hydrotherapia. — Gondos szakorvosi kezelés. Teljes napi pensio orvosi kezeléssel, gyógyszerközzel együtt 12 korona. Igazgató-főorvos: **MÜLLER VILMOS** dr. az „Erzsébet királyné” sanát. v. assistense. Prospectus.

Orvosi laboratorium és cukorbeteg tolerantiájának meghatározása *Dr. Mátrai Gábor* v. egyetemi tanársegéd, Andrassy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26-96.

Siemens és Halske r.-t. Röntgen- és elektromedika berendezések. Fulguratio. Budapest, V., Lipót-körút 5. szám.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

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

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK

fürdőkhöz.

„LÁPSÓ” száraz kivonat ládákban á 1 kiló

LÁPLÚG folyékony kivonat üvegekben á 2 kiló

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII., Rákóczi-út 26, földsz. I. Telefon 112-95.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai. 731. l. — Közkórházi Orvostársulat. (VIII. bemutató ülés 1909 június 2.-án.) 732. l. — Szegedi Orvosegyesület (1909 május 12.-én tartott ülés) 733. l.

A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai.

II. szakosztály: Élettan.

A szerda délelőttjén tartott ülés legnagyobb részét *Wedensky* és *Nicolaides* (Athen) polemikája töltötte be a gátlás kérdéséről, mely kérdésről *Wedensky* referált, míg *Nicolaides* hasonló tárgyú előadást tartott. *Nicolaides* szerint léteznek gátló központok, létezik például egy légzési gátló központ; *Wedensky* különösen a *Verworm*-féle gátlási elmélet tarthatatlanságát hangsúlyozta. Az ülés többi részét *Anderson* (Galway) előadása a suggestióról és reflexekről, *Lobo*-é (Rio de Janeiro) az idegműködés elméletéről és *Snegireff*-é (Szent-Pétervár) a feltételes hangreflexekről töltötte be. Utóbbi dolgozat *Pawlow* laboratóriumában készült és érdekes illusztrálása volt a *Pawlow* által legújabbban követett iránynak. Az ülés után *Nicolaides* kísérletileg mutatta be a gátló központ hatását a béka lélekzésére.

A szerdán délután tartott ülésen először *London* (Szent-Pétervár) ismertette összefoglalóan több fistulával bíró kutyákon végzett kísérleteinek eredményeit, melyek a bél egyes részeinek működésére, különösen a gyomoremésztésre, továbbá a fehérjefelszívódásra vonatkoztak. *London* kísérleti eredményeit legújabbban *Arrhenius* dolgozta fel fizikai-kémiai alapon, a mely alkalommal meglepő szabályszerűséget talált az emésztés és felszívódás lefolyásában. Azután *Eijkman* (Scheveningen) adta elő röntgenographiai vizsgálatainak legújabb eredményeit, melyeket igen érdekes demonstrációkkal kísért; a saját felfedezési lemezeivel készült felvételek igen tetszetek. Gyorsan lefolyó mozgásokat periodusosan ismételt exponálásokkal fel tud venni. Stereoskopos Röntgen-felvételei is igen érdekesek voltak.

Csütörtökön délelőtt először *Tschirjew* (Kiew) két dolgozatát ismertette *Leontovich* (Kiew) és *Reichart* (Kolozsvár). *Tschirjew*-nek a mai tudománnyal egyenest szembehegyezkedő felfogását *Tschermak* (Bécs) utasította vissza. *Edridge-Sveen* (London) a színlátásnak igen eredeti új elméletét ismertette, mely *Tschermak* szerint több tapasztalattal igen szépen megegyezik. *Veress* (Kolozsvár) érdekes megfigyeléseit a ritmikus mozgásokról *Reinbold* (Kolozsvár) ismertette. A vizsgált állatokban az elválasztott pitvar ritmikusosan dolgozik, a kamra nem; a két pitvar működése egymástól független. A szívizom tonusa könnyebben változik, mint a pulsatio-viszonyok; összerendezetlen rángásokat végző szív-kamrából kimetszett izomcsík összerendezetten dolgozik. Végül *Lichtenberg* (Strassburg) mutatta be Röntgen-képeken a hólyag-összehúzódás lefolyását.

IV. szakosztály: Mikrobiológia. Kórbonezolás.

Askanazy (Genève) a teratoid daganatok kísérleti vizsgálatainak eredményeiről számol be. Vizsgálataiban azt tapasztalta, hogy legalkalmasabb a patkányokkal kísérletezni s ezeknek idősebb embriókból nyert sejtpépet befecskendezni; legjobb eredményeket kapott, ha a has bőrén oltotta be az állatokat. A daganatokban mind a három csiralemeznek megfelelő képleteket lehet látni. Az egyszer keletkezett daganatok tovább nőnek, de határtalan növést nem tapasztalunk. A terhesség alatt a daganatok rohamosabban nőnek az egész testen. E gyorsabb növést nem a terhességgel járó congestio okozza. A daganatok átolthatók, de a 4. generáción a daganat már nem fogan meg. A jégen konzervált anyaggal is sokáig lehet daganatokat előidézni. Ha az embriópépet aetherrel kezeljük, igen nagy daganatok fejlődnek (6–8 cm. átmérőjűek), sőt egy így előállított teratomból valószínű rosszindulatú daganat (sarkoma) fejlődött, melyet két másik patkányra is sikerült átoltani. Ezek alapján remélhető, hogy e kísérletek egészen átalakítják a daganatok keletkezését illető felfogásunkat.

Hozzájárult: *Krompecher*, Orsós.

Denys (Louvain) „A különböző sejtek szerepe a phagocytosis-ban” című előadásában kiemeli az endothelsejteknek ilyen irányú fontos szerepét.

Askanazy szerint igen nagy szerepet játszanak ebben az epithelsejtek is. Ezt az állítást *Wyssokovich* tagadásba veszi. *Maximow* és *Buday* a lymphocyták, nevezetesen a klastomocyták és polyblastok jelentőségét vitatja.

Maximow (Szent-Pétervár): A gyulladás histogenesise. A gyulladásról eddig két elmélet volt elterjedve: az egyik a tisztán haematogen-, a másik a tisztán histiogen-elmélet. Az előbbi a lobos kötőszöveti alakelemeket a kivándorolt sejtekből származtatja, az utóbbi kizárólag a kötőszöveti sejtekből eredőknek tekinti. Újabban egy harmadik kiegyenlítő elmélet kezd teret hódítani. A gyulladásnál kivándorolt granulált leukocytákból nem képződnek fix sejtek, ezek a leukocyták utóbb eltűnnek. A kötőszöveti fibroblastok ellenben a lobos ingerre szaporodásnak indulnak s ezek adják az újonnan képződött szövet alapállományát. Ezek a sejtek nem alakulnak amoeboidsejttekké. E fibroblastokon kívül azonban más sejtek is vannak a kötőszövetben, az ú. n. nyugvó vándorsejtek, a melyek a gyulladásnál amoeboid phagocytá vándorsejttekké lesznek. A vérből lymphocyták vándorolnak ki, ezek a lobos szövetekben megnagyobbodnak, egymagvú vándorsejttekké alakulnak, s az eredeti autochton nyugvó vándorsejtekből képződött sejtektől nem különböztethetők meg. E sejteket együtt polyblastoknak nevezzük. A polyblastok igen életképes, ellentálló sejtek, a fibroblastok között újra nyugvó sejtekké lesznek. Hogy a polyblastok átalakulhatnak-e fibroblastokká, még kérdéses; annyi bizonyos, hogy a plazma-sejtek az óriás- és epitheloidsejtek képződésével szoros összefüggésben vannak.

Baumgarten tagadja, hogy a kis lymphocyták epitheloidsejtekből képződnének. A plasmasejteket és klastomocytákat nem tartja a lob állandó kísérőinek, mert hisz a gümőből is hiányoznak. De bizonyos, hogy az óriássejtek endothelsejtekből lesznek.

Krompecher is észlelte óriássejtek keletkezését endothelsejtekből s úgy véli, hogy a plasmasejtek is endothelsejtekből képződnek, ezekből viszont fibroblastok lesznek s utóbb kötőszövet keletkezik.

Bra (Páris) a rák pathogenesiséről, *Makai* (Budapest) a daganatáttelekről tartott előadást.

Buday (Kolozsvár) előadását a tüdőgangraena pathogenesiséről egész terjedelmében közöljük.

VI. szakosztály: Belorvostan.

Bernheim és *Dieupart* (Paris): *Tuberculosis és népesedés.* Nagy statisztikai anyagon végzett vizsgálataik alapján a kedvezőtlen hygienés s a rossz lakásviszonyokban látják a gümőkór elterjedésének okát. *Morte* (Valencia) hozzászólásában a gümőkór elleni küzdelemre már az iskolásgyermek nevelését ajánlja.

Tauszk (Budapest): *Az agyak tüdőgümőkórjáról.* Az agyak ellentállók a gümőkóros fertőzéssel szemben, mint a fiatalok. Öreg egyénekben a gümőkór kevésbé veszélyes betegség s gyógyulása könnyebben jöhet létre.

Turban (Davos): *A tüdők fizikai és Röntgen-diagnostikája.* A Röntgen-vizsgálat nem pótolhatja a physikális vizsgálatot; értékes segédeszköz, a melynek még tökéletesednie kell.

A hozzászólók közül *Wenckebach* (Groningen) stereoskopos tüdőfelvételeket ajánl. *Brauer* (Marburg) megerősíti előnyös voltukat. A Röntgen-vizsgálatot a klinikai vizsgálat kiegészítőjének tartja.

Caryophyllis (Athen): *A gümőkór előfordulásának ritka voltáról bányamunkásokban.* A görög bányamunkások között alig fordul elő gümőkór. A földalatti levegő állandó nedvességében látja ennek okát, mert e miatt a köpet nem szárad s nem porlik el.

Geszti (Gyula): *A gümőkórosok antipyresisének elméletére és methodikájára vonatkozó tanulmányok.* Láztalan állapotban a tüdőbajos szervezetének ellenállóképessége fokozódik. Az antipyretikumoknak adagolása olyképpen történjék, hogy az idegközpontok

irritabilitása fokozatosan csökkenjen, s a hőszabályozás fokként alacsonyabb fokra állíttassék be. A hőmérséklet ingadozásait meg kell szüntetni. Ezt az előadó a következő módon éri el: 1. Gondosan megfigyeli a lázmenetet és szigorúan individualizál. 2. Akadályozza a hőmérsék felszállását. 3. Prophylaktikusan nagyobb antipyreticumadagot ad, a láz megszüntetésére kevesebbet több ízben. 4. A lázmenet szerint kombinálja a különböző dosisok adását. 5. Kombinálja a különböző antipyreticumokat. 6. Nem szabad a lázellenes szerek adagolásával egyszerre felhagyni.

Nagel (New-York): A gümőkór kezelése élettani gyomorsavval. Élő disznó gyomorsavával nem túlságosan előrehaladt állapotú gümőkórosok emésztésének gyors javulását, s nagyobb testsúlygyarapodását érte el.

Brauer (Marburg): A szívburokösszenövés, felismerésük és kezelésük. Referatuma két beteg, készítmények és Röntgen-képek bemutatásával egészíti ki. A betegség okainak és a klinikai jeleknek részletes tárgyalása után kiemeli a myocarditis lehető előfordulásának fontosságát, a mely a prognoszt és kezelést befolyásolja. A szívburok összenövése oka lehet a Pick-féle pseudomájcirrhosisnak, másrészt a szívdialtolét zavarja. A cardiolysis-műtét a fennálló myocarditist és a Pick-féle cirrhosist nem befolyásolhatja, megkönnyíti azonban annyiban a szív munkáját, hogy nem kénytelen többé a mellkas mozgásával egyidőben erejének egy részét elvesztegetni. A cardiolysis veszélytelen műtét, s kedvező eredményeket ad oly esetekben főképpen, melyekben a fentemlített complicatiók nincsenek meg.

Lenhartz (Hamburg) hozzászólásában a műtét sikerét rövid tartamúnak tartja. Wenckebach (Groningen) a korai operációt ajánlja, s a műtét sikerét nemcsak a vérkeringés, hanem a légzés javulásában is látja. Pick (Prága) a Brauer-féle műtét eredményében megerősítve látja a pseudomájcirrhosis keletkezését illető elméletét. Súlyos esetekben a Talma-műtét kivételét is szükségesnek tartja.

Labbe (Paris): Az elhízás kezelésének elvei. A túltáplálkozásban és lustaságban látja a betegség okát. Ezért gyakori, kevés táplálék evését ajánlja, mely kevés zsírt és szénhidrátot tartalmaz. A fehérjemennyisége 1 kgm. testsúlyra 1 gm. legyen. Só 1—4 gm., ital korlátlan mennyiségben. Hideg vagy lassanként lehűtött fürdők, gőzfürdők és dusók alkalmazásával fokozható a szervezet kaloriavesztése. Orvosságok, különösen a thyreoidin, károsak.

Neusser (Wien): A status thymico-lymphaticus diagnosztikájához. A klinikus a diagnoszt a beteg szervezetének hypoplasiás voltára alapíthatja. Így tüneteivel tekinthetők az óriás termet, a gracilis esontrendszer, férfiakban a medenezeátmérő nagyobb volta, az epiphysisrések nyitvamaradása, nőies hajzat, gynaekomastia s más oly tünetek, melyek a genitáliák hypoplasiájára vallanak. Így nőkben a késői menstruatio, a hypoplasiás uterus és az általánosan szűk medence. További tünet lehet az agydagyanat, hydrocephalus, juvenilis osteomalacia, Adams-Stokes-féle tünetcsoport, jelenségek a vesék és érrendszer részéről, fibrosus polyserositis és a májcirrhosis némely alakja, a tonsillák és nyelvfoliculusok, továbbá a lép duzzanatán kívül. Más betegséggel való szövődését illetőleg ismertet oly typhus- és dysenteriaeseteket, melyekben gyógyulás állott be, míg purpura haemorrhagicában és hurutos sárgaságban szenvedő betegek hirtelen haltak meg a fennállott status thymicolymphaticus miatt.

Ország.

XVI. szakosztály. Fülörvostan.

Váli Ernő dr. (Budapest): Újabb adatok a külső hallójárat veleszületett atresiajának műtéti megnyitásához. Előadó fejlődéstaniilag igazolja, hogy a hangvezető és a hangfelfogó készülék különböző időben és egymástól függetlenül fejlődik. Így egy veleszületett külső hallójárat-atresia mellett a hangfelfogó készülék teljesen ép lehet. Éppen azért a műtéti beavatkozásunkat ne a hallásvizsgálat eredményétől tegyük függővé, miként azt a tankönyvek ajánlják. Nagy segítségre lehetnek itt a Röntgen-felvételek, melyek megmutatják az atresia fokát. Az atresia műtétéhez a következőkben állítja fel Váli az indicatiót: 1. Az atresia a várható hallásjavulástól függetlenül prophylactice megnyitandó (indicatio vitalis). 2. Miután nem minden atresia származik a dobüregesontok hiányos fejlődéséből, kötelességünk megkísérteni először a külső hallójáratot megnyitni és csak ha ezen kísérletünk nem sikerült, akkor csináljunk

a proc. mastoideuson át csontesatornát a dobüreghez. Itt jól hasznát vehetjük a Röntgen-felvételeknek. 3. A műtétet minél fiatalabb korban végezzük, 4. Indikált a műtét úgy az egy-, mint a kétoldali atresianál.

V. Uchermann (Kristiania): Az otogen pyaemia, sinus phlebitis és sinus thrombosis és gyógykezelése. Figyelmeztet, hogy thrombosis csak ott képződik, a hol gyűjtőérgyulladás is van jelen, de viszont nem minden gyűjtőérgyulladásnál képződik thrombosis is egyszersmind. Ha ezt el nem feledjük, annak nagy hasznát vesszük a műtét közben, mert a thrombus sohasem terjed túl a gyűjtőérgyulladásos részen. Tehát ha látjuk a phlebitis határát, akkor egyszersmind a thrombus határát is ismerni fogjuk az agy felé; a szív felé pedig a phlebitisen kívül attól is függ a thrombus továbbterjedése, hogy a vérnek van-e ideje lefutni, mert a thrombus-képződéshez a vérnek relative nyugalomban léte is szükséges. Ha a műtétkor azt találjuk, hogy a vena jugularis fala meg van vastagodva (phlebitis), akkor biztosra vehetjük, hogy a szív felé van még thrombus és akkor a műtétet is e szerint irányítjuk. Ha ellenben a jugularis fala ép, akkor lejjebb már nincs megalvadva a vér, s a további beavatkozás felesleges. A Grunert-féle műtetre csak a legsúlyosabb esetben van szükség. A Voss-féle műtét azonban nem kielégítő.

Udvarhelyi dr.

Közkórházi Orvostársulat.

(VIII. bemutató ülés 1909 június 2.-án).

Elnökök: Oláh Gyula. Jegyző: Körmöczy Emil.

Amblyopia sympathica ritkább esete.

Fejér Gyula: 28 éves nő, kinek másfél éves korában jobb szeme, állítólag himlő következtében, elgenyedt, zsugorodott; e szeme egyszersre fájdalmas és gyuladt lett, bal szemén nagyon rosszul lát, $\frac{1}{70}$ visussal bír, nagy fokban fénykerülő, de a szemben, szemfenéken semmiféle objectív elváltozást kimutatni nem lehetett. Az enucleatio után a bal szem visusa már másnap visszatért, sőt öt nappal később $\frac{7}{5}$ visussal bír, a Csapodi első sorozatát olvassa, látótere normális, centrális és periferiás színlátása ép, alkalmazkodóképessége korának megfelelő. Sérülés nem volt, a szemteke boncolásakor kitűnt, hogy a lencsét és sugártestet csontképződés veszi körül, utóbbit kell tartanunk a tompalátás okának. A sympathiás izgalom, azaz tompalátás a ciliaris idegek útján terjedt a gyuladt szemről a másik ép szemre, és azonnal megszűnt, midőn a sympathizáló szemet eltávolítottuk.

Plastikus műtétek.

Pólya Jenő: I. Pofadefectus pótlása. F. V. 35 éves földmives a jobb pofa egész belső felületét elfoglaló s a bőrbe áttört s azon is koronányi fekélyt mutató, 4 hét óta fejlődő rákkal jelentkezett f. é. május 11.-én a szt. Margit-kórházban. A daganat kiirtása május 19.-én. A kiirtás után támadt nyálkahártyadefectust Gersuny szerint az áll alatti táj bőréből vett és az állkapocs szélén ülő kötőszöveti hidon függő lebenynyel pótolta, míg a bőrdefectust a bemutató által az Orvosi Hetilap f. é. 2. számában leírt módon a masseter-táj bőréből vett lebenynyel fedte; az ezen lebeny helyén visszamaradt defectusra Thiersch-féle transplantatio. Az állalatti mirigyek kiirtása után a nyaki seb is legnagyobb részében ellátható volt. Sima sebgyógyulás, a lefolyást azonban bronchopneumonia zavarta. Jó kozmetikai és functionális eredménytől gyógyulva távozik, csak a nyakon van kb. koronányi sarjfel szín.

II. A felső ajak, a jobb alsó szemhéj és a pofabőr pótlása. Özv. M. J.-né 57 éves magánzónőnek 1904-ben rákja támadt a felső ajkán, melyet egy vidéki kórházban 1906 telén irtottak ki. A szt. Margit-kórházba teljes felsőajkadeffectussal került, melyet 1907 január 29.-én két symmetriás, a pofa teljes vastagságából vett, rhombalakú, alul ülő nyéllel bíró lebenynyel pótolunk, melyeket egymással a középvonalban összevarrtunk; a lebenyek helye egy a sulcus nasolabialis irányában fekvő vonalas sebben egyesíthető. Az ajkpirt a nyálkahártyának a bőrhöz való kivarrása által pótoltuk. 1909 májusában egy koronányi recidívával jelentkezett, mely az orr oldala mellett az arcz bőrében és az alsó szemhéjban ült. A május

12.-én végzett műtét alkalmával kitűnt, hogy a rák a Highmor-barlang elülső falán átnőtt, s hogy a látszólag ép bőr alatt a csontjárást is tovatért. A kiirtás után keletkezett nagy defectust, melynek fenekét a kitárt Highmor-barlang foglalta el, egy a homlok bőréből vett nagy lebenynyel pótoltuk, a homlok levő defectust Thiersch-lebenyekkel fedtük. A lebeny nyeléből egy részletet, mely az orrgyököt szerfelett szélessé tette, május 28.-án metszettük ki. A Highmor-barlangot, melynek nyálkahártyáját kiirtottuk, már előzőleg jodoformgaze-zel tamponáltuk, a tampont a barlang mediális falában készített nyíláson át az orrlikon vezettük ki. Sima gyógyulás. Jó functionális és kozmetikai eredmény.

III. *Partiális rhinoplastica.* G. A. 25 éves cselédeánynak lupus folytán hiányzik mindkét orrszárnnya, míg a septum meg lehetősépségen maradt. A nagyobb defectust, mely a jobb orrszárnnyon volt, 1907 augusztus 3.-án a jobb fülkagylóból vett háromszögű nyeletlen lebenynyel pótoltuk König szerint, ez jól megtapadt, csak alsó szélén halt el egy kb. félkrajcárnyi darab. Ezt a defectust f. é. május 9.-én pótoltuk egy a septumból vett nyálkahártyalebenynyel. A többszörös műtéttel az orr formáját sikerült helyreállítani.

(Vége következik.)

Szegedi Orvosegyesület.

(1909. május 12.-én tartott ülés.)

Elnök: Faragó Ödön. Jegyző: Berger Mór.

(Folytatás.)

5. **Máchánszky László dr. a körkörös trachea és gégevarratról** számol be gyógyult esetének bemutatása kapcsán. Röviden ismerteti a most használatos gégeplastikai műtéteket és kifejti abbéli nézetét, hogy e téren még határozott megállapodás nem jött létre a műtét eljárásáért illetőleg. Gyógyult esetének bemutatásával azt igyekszik bizonyítani, hogy a körkörös gégeresectio, bár egyesek óva intenek az eljárástól, vagy a beavatkozás súlyos volta miatt ultimum refugiumnak tekintik, adandó alkalmakkal jól használható eljárás úgy a műtét utáni gyógyulást illetőleg, mint a végeredményeket véve tekintetbe.

L. I. 43 éves kőműves 1908. márczius 9.-én öngyilkossági szándékkal nyakát borotvával felmettszette. A mentők hozták be a szegedi kórház sebész osztályára a következő állapotban: A nyak melső részén a cart. ericoid. magasságának megfelelően, harántul futó, körülbelül 12 cm. hosszú sebzés látható, melynek szélei ventil módjára nyílnak és csapódnak vissza, a sebből habzó vér ürül bőségesen. A sebfeltárást, vérzésesillapítást és canule behelyezését után kitűnik, hogy a nyaki izmok s mindkét sterno-cleido-mast. be vannak vágva. A többszörösen ejtett borotvametszésnek megfelelően a cart. thyreoideán látható egy áthatoló metszés, a második metszés pedig a cart. ericoid. és lig. cricothyreoid.-nak megfelelően olyan mélyre hatolt, hogy a géget csaknem teljesen átmetszette, a mennyiben az csak az oesophagussal érintkező, körülbelül fél cm.-nyi hid által tartatott össze. A cart. cricoidea és felső tracheális gyűrű szeletekre metszve ezafatos szélét ad. E roncsolt szövetrészek eltávolítása után finom selyemöltéssel, irányították alkalmazása után körkörösen összevarrta a géget és tracheát, öltéseivel a nyálkahártyán nem hatolt át. A cart. cricoideának megfelelő szabálytalan négyszög alakú részbe helyezte be a canulet. A géget jodoformgazezel tamponálta körül s felette az izmokat egyesítette. Hasonlóan csomós selyemöltéssel egyesítette a borsebet is. A beteg öt napon át lázas volt, 38.5 C°, dacára, hogy a seb reactiót nem mutatott. A láz és disznoeák oka disseminált bronchopneumonia volt, mely lassanként oldódva, a későbbi gyógyulást mi sem zavarta. A harmadik héten sikerült a canulet eltávolítani. Többszörös intubatio alkalmával kitűnt, hogy szűkület nincsen. A műtét után körülbelül egy hónapra, 1908. április 14.-én gyógyultán távozott a beteg a kórházból. Hangja az átmetszett bal nervus recurrens hűdése miatt és a roncsolt gégeizmok működésihiánya miatt rekedt, légzése azonban szabad.

A műtét óta egy év telt el és azóta a légzőszervet illetőleg semmi kellemetlenség nem jelentkezett nála, megszokott munkáját végezni képes.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

4309/1909. sz.

Nógrád vármegye nógrádi járásának Romhány székhelyével megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, kik ez állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. szakasza, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. szakasza szerint felszerelt kérvényüket hozzám legkésőbb **f. évi október hó 31.-éig** nyújtsák be. A körorvos javadalmazása a következő: Évi 1600 korona törzsfizetés, havi előleges részletekben az adóhivatalból kiutalva. Pályorvosi tisztletdíj évi 400 korona, mi a megválasztandó körorvos részére biztosítva van. Négy ötdéves, egyenként 200 korona korpótlék. Lakbért, fuvarátalányt, látogatási és műtét díjakat az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. alapján a vármegyei szabályrendelet fogja megállapítani. Egyéb jövedelmek: himioltási, halottkémlési, vágatási biztosítási díjak a székhelyen, melyekből körülbelül 200 korona folyik be évente. Székhelyen gyógyszerár, a körben több uradalom, mely évi fixumot fizet.

A megválasztott körorvos tartozik a köréhez tartozó 12 községet egyelőre havonta egyszer, később a jóváhagyás végett felterjesztett 8 községet szabályrendelet szerinti időben meglátogatni és az igazolt szegényeket ingyen gyógykezeltetni.

A választás napjáról a pályázókat értesítem és az állás azonnal elfoglalandó. Rét ság, 1909. évi október hó 3.-án.

A főszolgabíró.

4275 909. sz.

Heves vármegye pétervásárai járásához tartozó Parád, Bodon, Recsk, Mátradereske, Mátrahalla, Mátramindszent, Szuha, Dorogháza, Maczonka és Nagybátány községekből álló parádi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni óhajtó orvostudorokat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám **f. hó 28.-áig** nyújtsák be.

A választást folyó hó 30.-án délelőtt 10 órakor a kör jelenlegi székhelyén, Parád községkórházánál fogom megtartani.

A körorvos javadalmazása 1600 korona fizetés és 200 korona úti átalány, a körorvos tartozik kerületét kéthetenként egyszer beutazni s az ez alkalommal jelentkező betegeknek díj nélkül, a házaknál látogatásoknál pedig 80 fillér díj mellett rendelni.

A kerületek rendezése mielőbb bekövetkeztetvén, azon esetben a kerülethez tartozó községek apasztása és székhelyváltozás állhat be.

A mennyiben a körorvos az uradalmi orvosi állást is elnyeri, az uradalomtól körülbelül 1000 kor. javadalmazásban részesül.

A körorvos — a fürdői idény kivételével — kézi gyógyszerár tartására jogosítható.

Pétervására, 1909. évi október hó 1.-én.

Drisnyey Béla, főszolgabíró.

5246/1909. sz.

A Jász-Nagykun-Szolnok vármegye tiszaí alsó járásában fekvő Szelevény, Tiszasas és Tiszang községekből alkotott csépai orvosi körben elhalálozás folytán megüresedett **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni kívánókat, hogy az orvostudori oklevéllel felszerelt kérvényüket hozzám **október hó 22.-éig** adják be.

Ezen állás az 1908: XXXVIII. t.-cz. 10. és 15. §-ában megállapított fizetéssel van javadalmazva. A látogatási és távollégi díjakat, valamint a lakbért megállapító vármegyei szabályrendelet jóváhagyás alatt áll.

Tisza földvár, 1909. évi szeptember hó 30.-án.

2—1

A főszolgabíró.

Fertőmeggyes község képviselőtestülete elhatározta, hogy önállóan orvost alkalmaz, évi 1600 korona készpénzfizetés, 4 szoba s mellékhelyiségekből álló, újonnan (1908-ban) épült modern lakás, kert és udvar haszonélvezete és a látogatási és műtét díjak élvezete mellett.

Azon orvos urak, a kik ezen állást elnyerni óhajtják felkértem, hogy ezen szándékukat a **f. évi október hó 31.-éig** Fertőmeggyes község előjáróságával írásban, esetleg személyesen közöljék.

Fertőmeggyes, 1909. évi október hó 1.-én.

Pós Lajos, jegyző.

2—1

Tóth János, bíró.

232/1909. sz.

A gyergyószentmiklósi nyilvános jellegű megyei — 50 ágyra berendezett — kórháznál megüresedett, élethossziglani kinevezéssel járó, **rendelőorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás jelenleg 2000 kor., 1910. évi január hó 1.-étől pedig 2700 kor. évi fizetéssel, két szobából álló lakás, fűtés és világítás élvezetével javadalmaztatik. Kikötés van továbbá arra, hogy a kerületi munkásbiztosító pénztárnál is kapni fog a rendelőorvos jövedelmező alkalmaztatást.

Felhívom a pályázni óhajtó orvosdoktorokat, hogy szabályszerűen felszerelt s Csik vármegye főispánjához címzett kérvényeiket **f. évi október hó 30.-áig** alantírt igazgatóhoz adják be.

Gyergyószentmiklós, 1909. évi szeptember hó 27.-én.

3—2

Dobribán Antal dr., kórházi igazgató.

1274/1909. sz.

Gyakorló orvos kerestetik az 5000 lakossal bíró Csorvás (Békésmegye) nagyközségben való letelepedésre, a hol egy községi orvos működik. Az acceptált orvosnak az uradalom évi 2000 (kettőezer) korona fixumot biztosít, ezenkívül tág tere nyílik magángyakorlat folytatására. Lakásról önmaga leendő köteles gondoskodni. Kérvények Wenckheim Dénes gróf úr ő méltósága czimén Dobozra (Békésmegye) küldendők.

Csorvás, 1909. évi szeptember 2.-án.

7—6

Szabó, kasznár.

2274/1909. sz.

A pécsvárosi kórház elmeorvóosztályán áthelyezés folytán megüresedett **egy másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 2000 korona fizetés, természetbeni lakás az intézetben és I. osztályú élelmezés.

Felhívom a pályázni kívánó orvosdoktorokat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. ben előírt minősítésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos Erreth János úrhoz, Pécs sz. kir. város főispánjához címezve, nálam legkésőbb **f. hó 26.-áig** nyújtsák be, mert a később érkező pályázati kérvények figyelembe vételét nem fogadjuk.

Pécs, 1909. évi október hó 7.-én.

A kórházigazgató.

272/1909. sz.

Ugoesavármegyei „Perényi“-közkórházban megüresedett **másodorvosi** állásra pályázatot hirdetnek.

Ezen állás javadalmazása évi 1200 korona fizetés, egy szobából álló bútorozott lakás, fűtés, világítás, mosás és ételmezés.

Megjegyzem, hogy fentebb elsorolt természetben nyújtott javadalmazások épségben tartásával 1910. évi január hó 1.-étől a fizetés a nagyméltóságú belügy-minister részéről 1600 koronában állapított meg s hogy az állás nyugdíjjogosultsággal van egybekötve.

Megkérem pályázni kívánó kartársaimat, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket ifj. Ugron Gábor dr. Ugoesavármegye főispánjához címezve **f. évi október hó 21.-éig** nálam benyújtani szíveskedjenek. A később érkező kérvények figyelembe nem vehetők.

A kinevezésnél a kórbonecolásban és bakteriológiában jártasságukat igazoló kartársak előnyben részesülnek.

A kórház kibővítése esetén, mely pár éven belül várható, az ezen állásban odaadó lelkiismeretességgel végzett szolgálat az akkor szervezendő osztályorvosi állás elnyerésére jogosít.

A kórházban lakás kötelező. A magángyakorlat csakis az első segélynyújtás eseteire megengedett.

Szigorló orvosok csakis ideiglenes minőségben nyerhetnek kinevezést.

Nagyszőlőss, 1909. évi szeptember hó 29.-én.

3-2

Nagy Kálmán dr., igazgató-főorvos.

HIRDETESEK.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

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

Ulcus ventriculi Rohitsi „Styria“-forrás

200-300 gm. langymelegen éhgyomorral 1 órával a reggeli előtt beveendő.
Nagybani raktár Magyarország részére: Hoffmann József,
Budapest, V., Báthory-utca 8.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D. EGGER

Indicatio: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhaehitis.
Kapható minden gyógyszerertárban.

„AUER“

Kombinált víz- és fényfürdő
(fehér, kék és vörös fény)

orvosi rendelései

ez idő szerint Budapesten **csak**
„LIGET-SZANATORIUM“
VI. kerület, Nagy János-utca 47. szám alatt
megkezdődtek.

Javalva van: Rheuma, csúsz, neuralgia, szívbajok, szív-
elhájasodás, általános emésztési zavarok,
álmatlanság, idült vese- és egyéb szervi
bajoknál.

Az Auer-fürdő felszerelésére vonatkozó felvilágosítá-
sok VI., Szondy-utca 90. II. 5. sz. alatt nyerhetők.

Fontos a rendelésnél!

Az orvos urak kéretnek, hogy az ismert és kedvelt

Kaliforniai füge-szörp

hashajtó rendelésénél határozottan a

„Califig“

szóvédjegyet írják elő, mert ezen néven csak a
California Fig Syrup Co. készítménye
érthető.

Califig egy tiszta vegetabilis hashajtó,
minden kellemetlen mellékhatás
nélkül.

Califig különösen alkalmas idült szék-
rekedéseknel, hosszabb idei hasz-
nálatra.

Az orvos urak részére mindenkor minták ingyen és bérmentve
állnak rendelkezésre.

Minden gyógyszerertárban kapható:

Egész üveg 3 korona, fél üveg 2 korona.

California Fig Syrup Co.,

86 Clerkenwell-Road, London.

7948

Főraktár Magyarország részére:
TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerertára BUDAPEST, Király-utca 12. szám.

JENCS-féle „APHTOL“

Haemorrhoidal-kúpok és kenőcs.

Eljárás: Aranyér, végbélfájdalmak és aranyércsomók ellen.

Kipróbálva, bámulatos hatásának bizonyult minden esetben. Fájdalma-
kat és vérzést azonnal szünteti, a csomókat eloszlatja.

1 dohoz kúp ára 5 kor.

1 tégely kenőcs ára 3 kor.

JENCS VILMOS „Fekete Medve“ cz. gyógyszerertára
Budapest, II. kerület, Fő-utca 27. — Telefon 30-89.

Liq. Gude

MANGAN-VAS-PEPTON GUDE

Liquor mangano-ferri peptonat. Gude.

több mint 10,000 orvos által legjobb vérvépző szernek elismerve,

készíti: **1890** óta.

Dr. A. Gude & Co., G. m. b. H. LEIPZIG.

Magyarországi főraktár: Dr. Rosenberg Sándor „Csillag“-gyógy-
szertára, Budapest, VIII., Rákóczi út 39. (József-körút sarkán.)

Olajfestmények és szobrok,

közismert mű-
vészek eredeti
alkotásai, esa-
ládi körülmények miatt poton áron eladók. Szövetség-utca 28a. III. 22.
Magyar színház közelében.

7499

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 szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEG-
KÓRTAN Babarczy Schwartz Ottó és Moravesik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Haberern Jonathan
Pál és Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Bókay János: Elnöki megnyitó. 735. lap.
Bókay János: A bárányhimlőnek a zoster bizonyos eseteivel való kóroktani összefüggéséről 736. lap.
Bókay János: Rachitis tarda ritka esete. 738. lap.
Flesch Armin: Pseudoanaemiák a gyermekkorban. 739. lap.
Bókay Zoltán: Hernia diaphragmatis esete. 741. lap.
Bókay János: Idiotia myxoedematosa. Rendszeres thyreoidéus kezelés tizenegy éven át. 742. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Hutinel V.: Les maladies des enfants. — Lapszemle. Gyermekorvostan. E. Wieland: A veleszületett puha vagy hiányos csontosodású koponya. — Henry L. Coit: A tej által okozott megbetegedések és halálozások statistikájának gyűjtési módszere. — Henry L. Coit: Az orvosi tejbizottság az amerikai kontinensen. Keletkezése, céljai és növekedése. — Baisch: A syphilis átöröklése serológiai és bakteriológiai vizsgálatok alapján. — Rietschel: Veleszületett gümőkór. — Charles Hunter Dunn: A csecsemők bélhurutjának bakterium acidilactici-vel való kezelése. 742—746. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 746—747. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 748—750. lap.

A „Stefánia“-gyermekkorház munkálatai a XVI. nemzetközi orvosi congressus gyermekorvostani szakosztályában.

Bókay János tanár elnöki megnyitója.

Tisztelt Szakosztály!

A paediatrica jelenlévő képviselőit az elnöki székből tiszta szívből s örömtől eltelve üdvözlöm, mert mi, magyar gyermekorvosok ünnepnek kell, hogy tekintsük a mai napot, midőn hazánk székesfővárosában kezdet szoríthatunk külföldi szaktársainkkal.

Hálásak vagyunk, hogy a külföld gyermekorvosai, méltányolva szakunk fejlesztése körül kifejtett komoly törekvéseinket, ily nagy számmal jelentek meg s különösen le vagyunk kötelezve szakunk kitünőségeinek, hogy nagyszámú tudományos munkálataik bejelentésével szakosztályunk működésének sikerét mintegy előre biztosították.

Hazánkban a paediatrica fejlesztése régi időre nyúlik vissza s talán büszkeséggel említhetjük, hogy a mai „Stefánia“-gyermekkorház eredeti alakjában még 1839-ben alapított, tehát 70 éves multa tekinthet vissza s az egész művelt világon, az alapítás sorrendjében a negyedik volt s csak a párisi „Hôpital des enfants malades“, a szt.-pétervári „Nicolai“-gyermekkorház s a bécsi „Szt.-Anna“-gyermekkorház előzte meg.

Szakunk elhúnyt hazai jelesei mindenkor élénk contactusban állottak a külfölddel s talán ez a régóta fennálló collegiális kapcsolatoság is hozzájárult ahhoz, hogy szakosztályunk ma a paediatrica legjelesebb külföldi képviselőit látja soraiban.

A minél intenzívebb együttműködés mindenkoron hasznára vált a tudomány bármely ágának s mi, magyar gyermekorvosok, büszkének lennénk arra, ha ezen internationális együttlét eredményezné azt, hogy az egész művelt világ tudományos gyermekorvosai között, szakmánk továbbfejlődése érdekében, oly szorosabb organikus kapcsolatoság jönné létre,¹ mely a különböző nemzetek gyermekorvosainak eredményes együttműködését még inkább lehetővé tenné.

Ezen óhajtaással nyitom meg szakosztályunk tárgyalásait s szívből kívánok minél sikeresebb együttműködést.

¹ Lásd „Vegyesek“, 746. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

I.

A bárányhimlőnek a zoster bizonyos eseteivel való kóroktani összefüggéséről.

Előadta: *Bókay János* dr., egyet. nyilv. r. tanár.

Uraim!

Tizenhét év előtt egy rövidke cikkem jelent meg a Magyar Orvosi Archivumban (1892 november 3.-án), melyben „Bárányhimlő fellépése sajátos körülmények között” czim alatt öt különös s magában álló észleletemről számoltam be kartársaimnak s ezek alapján felvettem azon merész kérdést, hogy a bárányhimlőnek eddig ismeretlen fertőző anyaga bizonyos körülmények között nem nyilvánulhat-e általános kivirágzás helyett zosteres eruptióban.

1892 óta négy teljesen hasonló, de talán még érdekesebb észleletem támogatja 17 év előtti feltevésemet s ezen körülmény kötelességemmel teszi, hogy a gyermekorvosok ezen nemzetközi összejövetelén újból tárgyalás alá vegyem ezen klinikai szempontból érdekes kérdést, melyet eddig mások, egy szerzőt (*Swoboda*, Bécs, 1904²) kivéve, egyáltalában nem méltattak figyelemre.

* * *

1888 július havában láttam először magángyakorlatomban, hogy oly családban, a melyben körülbelül tíz nap előtt a család egyik gyermektagján övsömör (zoster thoracalis) támadt, a család egy másik gyermektagján typhusos bárányhimlő jelentkezett.

Ezen észlelet magában véve nem ragadta volna meg figyelmet, de alig néhány héttel fenti észleletem után, ismét magángyakorlatomban, másodszor is láttam a zoster és varicella egymásutáni jelentkezését, miáltal figyelmem directe fel lett hiva a két betegség közötti esetleges összefüggés kutatására. Ezen utóbbi észleletemben az első betegség zoster abdominalis volt a család egyik kiskorú leánytagján s a család második növeendőleánytagján körülbelül tíz napra az övsömör kitörése után jelentkezett a jellegzetes bárányhimlő, a szokottnál kissé erősebb kivirágzással.

Ezen észleleteimet, mint érdekesebb megfigyeléseimet, már akkor közöltem volt kórházi segédeimmel; eseteimet azonban akkora inkább csak a véletlen játéka voltam hajlandó tekinteni s legkevésbé sem gondoltam arra, hogy hasonló észleleteket még a jövőben is fogok tehátni.

Harmadik megfigyelésemet 1891-ben tettem egy hozzám közel álló ügyfél családjában. Ügytársam feleségén 1891. évi április hó 10.-én jelentkezett a közepes intensitású övsömör (zoster thoracalis) s április hó 22.-én, tehát 12 nappal a zoster jelentkezése után bárányhimlős lett a család legifjabb sarja, egy 8 éves fiúcska, ki az előző év nyarán, midőn fürdői tartózkodásuk alatt nővére varicellát állott ki, noha nővérétől komolyabban elkülönítve nem volt, a bárányhimlős fertőzéstől mentes maradt.

Negyedik észleletem a következő volt: 1891 május hó 31.-én hívtam L. K. kolozsvári orvostanártársam Budapesten lakó nővéréhez, Cs. úrhölgyhöz, hogy megnézzem 15 éves fiát, kin három nap óta volt észlelhető hólyagos kiütés a jobb homloktájon. A fiatal emberen zoster frontalist konstataháltam, mely kissé protraháltabban, de azért rendesen folyt le. A betegnek nővére, egy 13 éves leányka, június 15.-én, tehát 15 nappal az övsömöreruptio után betegedett meg bárányhimlőben; a láz kissé erősebb volt, a betegség azonban különben typusosan folyt le.

Sajátszerű észleleteimet 1891. évi november hó 2.-án közöltem nagyrabecsült volt tanárommal, báró *Korányi Frigyes* tanártársammal, hogy a különös leletekre az ő figyelme is felhívjam s *Korányi* tanár már november hó 8.-án arról értesít, hogy a vezetése alatt álló egyetemi belorvostani klinika egyik osztályán október hó 29.-én egy zosteres (zoster lumbq-femor.) felnőtt beteg feküdt s november hó 6.-án, tehát 8 nappal a zosterkivirágzás után ugyanazon kórszobában egy idült léptumorban szenvedő felnőtt beteg

varicella jelentkezett, mely bárányhimlős beteget magam is megnéztem volt. (Ötödik észlelés.)

Az eddig felsorolt észleletek alkották a magvát 1892-ben megjelent első közlésemnek.

1892 óta tett ezirányú észleleteimet a következőkben adom:

Hatodik idevágó megfigyelésemet 1904-ben tettem ugyan-
csak a magángyakorlatban. *Korányi Sándor* báró tanártársam családjában márczius hó 20—26.-a között a gyermekek mellett alkalmazott korosabb dada megbetegszik zoster frontalisban s április hó 11.-én a fiúcskán, április 13.-án pedig a leánykán jelenik meg typhusos varicella a megszokott lefolyással. A zoster és varicella jelentkezése közötti időköz ezen esetekben tehát több mint két hét volt.

Hetedik észleletem kórházi, s 1908-ban volt megfigyelésem tárgya. *M. E.*, 6 éves fiúcska spondylitis lumbal. miatt feküdt a *Stefánia*-gyermekkorház egyik 20 ágyas belorvostani osztályán s 1907 december 10.-én jelentkezik rajta typhusos zoster pectoralis, mely december 15.-ig tökéletesen pürkösödött. Láz mérsékelt fokban három napig volt észlelhető, a láz maximuma azonban a 38.6 C°-ot a végbélben nem haladta túl. December hó 25.-én ugyan-
azon osztályon egy idült gégestenosisban szenvedett 4 éves gyermek jelentkezik bárányhimlő, 26.-án egy 4 éves, hasonlóképpen idült gégestenosisban szenvedett gyermek, 28.-án pedig egy gégepapillómában szenvedt három éves fiúcskán. Ezen esetekben tehát a zoster és bárányhimlő jelentkezése közötti időköz 15, 16 illetőleg 18 nap volt. Megjegyezzük, hogy a zosterben megbetegedett 6 éves fiúcska állítólag három év előtt bárányhimlőt kiállott volt, de a szülők ezen kimondása nem megbízható. Megjegyezzük, hogy ezen osztályon varicellás megbetegedés kórházi fertőzés alakjában már több hónap óta nem fordult elő, de minthogy a betegek látogatásától kiskorúak mindenkor el vannak tiltva s felnőtt látogatók bárányhimlőt alig importálhattak az osztályra, a bárányhimlős fertőzést mind a három esetben mégis egy oly közös forrásból kellett származtatnom, mely forrás a kórházi osztály beteganyagában volt keresendő. A zosterben megbetegedett fiúcska sebészi kezelés czéljából zosteres betegsége előtt többször bevitetett azon helyiségbe, hol a bejáró sebészi esetek közfőtnek s így az osztályos-betegek közül ő volt egyedül az, ki idegen gyermekekkel érintkezésbe jött.

Nyolczadik észleletemet *Verebély László* egyet. magántanár t. barátomnak köszönhetem, ki ismerve észleleteimet, érdekes megfigyeléseire, melyeket az Országos Vakok Intézetében tett, figyelmet szíves volt felhívni. *T. J.*, 10 éves növendék 1908 szeptember 3.-án került az intézetbe. Két nappal később jelentkezett rajta az övsömör-eruptio. A zoster dorso-pectoralis alakot mutatott, feltűnőbb láz nélkül folyt le s néhány nap alatt leszáradt. Ugyanazon hálóteremben a szomszédságában háló 13 éves *K. J.-n*, ki a külvilággal hetek óta nem érintkezett, szeptember 21.-én, tehát tizenöt nappal *T. J.* zosteres megbetegedése után bárányhimlő jelentkezik, mely enyhén s typusosan folyik le. Ezen esetről kifolyólag ugyanazon hálószobában október 6.-án s október 8.-án egy-egy varicellás fertőzés látható egy 9 éves és egy 7 éves fiún, a szomszédos hálószobában pedig október 12.-én egy 6 éves fiún.

Kilenczedik s egyszersmind utolsó észlelésem kórházi megfigyelés, s a *Stefánia*-gyermekkorház szemézi osztályán került szemem elé. *J. F.*, 8 éves fiúcska keratitis phlyctenularissal vétetik fel a kórházba 1909 márczius hó 3.-án. Márczius hó 7.-én mérsékelt láz kíséretében occipitális elhelyeződésű zoster-eruptio jelentkezik rajta, mely 12.-ig lefolyik. Ugyanazon osztályon négy szembeteg gyermek betegszik meg typhusos varicellában és pedig márczius 21.-én egy 6 éves leányka, márczius 22.-én egy 3 éves leányka s egy 6 éves fiúcska s márczius 24.-én egy 8 éves fiúcska. Megjegyzendő, hogy a szemészeti osztály varicellás fertőzéstől azon időben hónapokra visszamenőleg teljesen mentes volt.

Kilencz észleletemnek graphiconja, feltüntetésével az övsömör és bárányhimlő jelentkezése közötti időnek, a mellékelt táblázaton (lásd 1. ábra) látható.

* * *

Fentebb részletezett megfigyeléseim, a régiekhez hozzávéve újabb észleleteimet, az 1892-ben általam felvetett kérdésnek újabb felszínre hozását csak indokolttá tették, sőt úgy érzem, hogy újabb megfigyeléseim a felvetett kérdést igenlőleg meg is oldják, mert

¹ *Pfaundler-Schlossmann*: Handbuch für Kinderheilkunde, I. kötet, II. füzet, 732. lap.

hiszen egyugyanazon észlelőnek kilencz hasonnemű észlelésében a véletlen szeszélyes játékaról szó már alig lehet.

Tény az, hogy kilencz esetben az elsődleges zoster-megbetegedés *typusos* övsömör volt, melyet 8—20 nap után jellegző varicella követett, három észleletben 2, 3, illetőleg 4 bárányhimlős megbetegedéssel, olyképpen, hogy a varicellás fertőzésnek — 7. és 9. esetben a tág értelemben vett tömeges fertőzésnek — más forrását kimutatni nem lehetett.

Kérdés ezek után, hogy a bárányhimlőre és övsömörre vonatkozó klinikai ismereteink feltevésem megerősítésére, támogatására felhasználhatók-e!

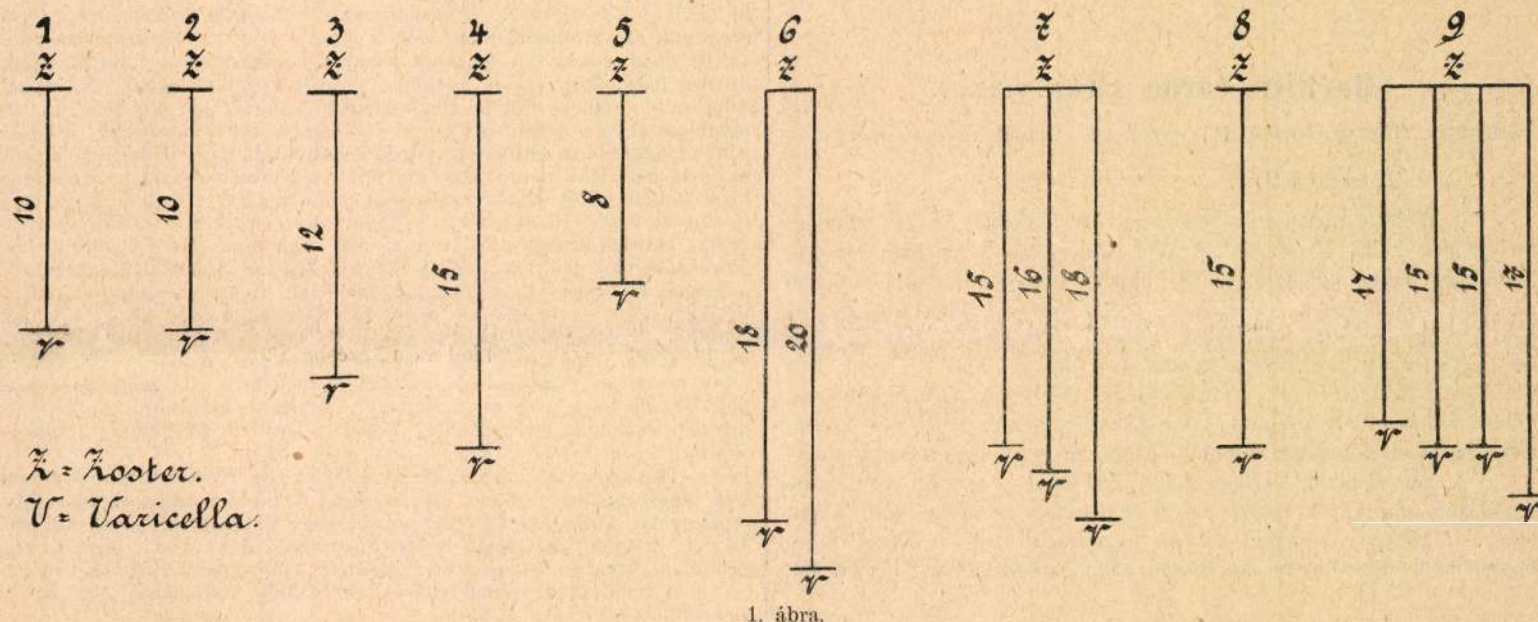
Bár esábitva vagyok arra, hogy megfigyeléseim kapcsán összehasonlítást tegyek a bárányhimlő s egyes zoster-esetek klinikai képe között s kritikai bonczolás alá vegyem a Kaposi-nak 1890-ben megjelent közlése óta¹ mind sűrűbben közzétett zoster-járványokat, melyek az övsömör aetiológiai egységét már rég megbontották s a zoster-eseteknek egy bizonyos csoportját mint fertőzéses megbetegedéseket tüntették fel, ezeknek fejtegetésébe nem bocsátkozom s ezúttal csak a varicella klinikai képében keresek oly momentumokat, melyek felvétele helyességét erősíteni, illetőleg bizonyítani alkalmasak. S ily momentumot a bárányhimlőről szóló irodalmi közlésekben találok is.

Már rég feltűnt egyes észlelőknek, hogy bárányhimlőben olykor a hólyagszak zosteres elrendeződést mutatnak. Így Henoch

N. Swoboda a Pfaundler-Schlossmann-féle Handbuch f. Kinderheilkunde-ban (1906)¹ szintén említést tesz ily észleletekről s a következőket mondja: „Die durch Kleiderdruck verursachten Masseneruptionen sind oft so angeordnet, wie die Bläschen bei Herpes Zoster und wenn der übrige Ausschlag minimal ist, kann es zu Verwechslung mit diesem kommen.“

Saját kórházi ambuláns anyagomban 1908-ban (12,360 jegyzőkönyvi szám) magam is láttam egy három éves fiúcskát, kin a typusos általános varicellás eruptio mellett baloldalt elül s a hónaljban, körülbelül három ujjnyi szélességű területen, a VI. és VII. bordaköznek megfelelőleg a bárányhimlő-hólyagok zosteres elrendeződést mutattak.

Henoch-nak s Thomas-nak, valamint Swoboda-nak megfigyelései, nemkülönben a saját észlelésem a szóban levő következtetésemre mindenesetre csak erősítik, mert mutatják annak a lehetőségét, hogy a bárányhimlőhólyagok az általános eruptio mellett helyenként zosteres elrendeződéssel is birhatnak. S ha ezen kórkép mellé odaállítjuk azon, különösen francia írók által ismertetett² zoster-eseteket, a melyekben typusos övsömör mellett a bőrfelület legkülönbözőbb helyein elvéve, sőt olykor sűrűbb számmal is elvéve herpes-hólyagok („des vésicules aberrantes“) is láthatók, lehetetlen, hogy ne lássunk hasonlatosságot a két kép között, s ne gondoljunk arra, hogy nincs-e aetiológiai közösség a Henoch-, Thomas-, Swo-



1892-ben a következőket írja:² „Die Zahl der Bläschen, welche sich rasch hintereinander entwickeln, ist sehr verschieden; bald stehen sie vereinzelt, bald dicht aneinander gedrängt, besonders an Theilen, welche einer Reibung durch Druck oder Spannung der Haut ausgesetzt sind, z. B. auf dem Rücken, am Tuber ischii, wo ich eine handtellergrösse dichte Gruppe zosterähnlichen Bläschen beobachtete.“

Thomas a Ziemssen-féle Handbuch der spec. Pathologie u. Therapie-ban³ az alábbi sorokat írja: „Ziemlich selten findet man an einzelnen Körpertheilen, besonders den Extremitäten, niemals meiner Beobachtung gemäss am ganzen Körper ungewöhnlich kleine aber charakteristische Varicellenbläschen gruppenweise, etwa nach Art eines Zoster gestellt, jedoch ebenfalls ohne Neigung zu Confluenz, neben den zosterartigen Gruppen gibt es aber in der Regel noch genug einzelne grössere Bläschen.“

Ch. J. Jennings⁴ a John M. Keating-féle nagy amerikai gyermekorvostani gyűjtőmunkában a Thomas-féle megfigyelést a következőkben reprodukálja: „Confluence of adjacent vesicles occurs very rarely. Thomas says that the vesicles sometimes are congregated into small groups, making the eruption resemble Zoster.“

boda-féle atypusos varicella s az „eltévedt“ herpes-hólyagokat mutató övsömör között.

Kétségtelen, hogy észleleteimben vannak oly momentumok, melyek feltevésem helyességét gyengíteni alkalmasak. Így azon körülmény, hogy két észleletben az elsődleges övsömörmegbetegedés felnőttön jelentkezett, nagyon kérdésessé látszik tenni az elsődleges zosternek az utólag lefolyt varicellával való kóroki összefüggését, a mennyiben általában megszoktuk a bárányhimlőt exquisit gyermekbetegségnek tekinteni s így nehezen volna megérthető a kóroki kapcsolatoság a gyermekkori bárányhimlő s a felnőtt egyén övsömöre között. Ámde irodalmi adatokon kívül Korányi Frigyes tanárral tett együttes észleletem is demonstrálja, hogy varicella felnőttön is jelentkezhetik, bár kivételesen s így a feltevés bírálatakor ezen érv nagyobb súlylyal alig birhat. Azon körülmény, hogy a 7. észlelésemben szereplő 6 éves zosteres fiúcska három év előtt állítólag bárányhimlőt már kiállott volt, feltevésem helyességét teljesen megkérdőjelesem alig döntheti meg, mert míg egyrészt nem volt teljesen megbízható a szülői kimondás, az újabb irodalmi adatok mindinkább tanúságot tesznek arról, hogy a varicella, éppen úgy mint a többi heveny fertőző kiütés, ismételt is keletkezhet egyugyanazon egyénen.

¹ Wiener medic. Wochenschrift, 25., 26. szám.

² Vorlesungen über Kinderkrankheiten. Berlin, 1902. VI. Auflage.

³ II. kötet, 2. rész.

⁴ Cyclopaedia of the diseases of children. I. kötet, 761. lap.

¹ I. kötet, 2. füzet, 732. lap.

² Tenneson: Traité clinique de Dermatologie, 1893. 116. lap. Malinié: Des vésicules aberrantes dans le Zona. Thèse de Paris, 1895.

Feltűnő kétségtelenül, hogy mindegyik észleletemben az övsömör volt az elsődleges megbetegedés s ezt követte néhány, illetőleg több nap lefolyása után a typosos bárányhimlő s a megfordított sorrendet eddig nem láttam; ámde ezen körülmény szintén alig gyengítheti feltevésem helyességét, mert több mint valószínű, hogy ha ezen aetiológiai összefüggésre általában nagyobb figyelemmel leszünk, a gyakorlatban a megfordított sorrend is megfigyelésünk tárgya lesz.

Végkövetkeztetésem mindezek után a következő: A bárányhimlő eddig ismeretlen fertőző anyaga bizonyos, előttünk eddig ismeretlen körülmények folytán általános kivirágzás helyett övsömör-eruptióban nyilvánulhat, mely övsömör-alak továbbfejlődés esetén typosos bárányhimlőt hozhat létre. Természetes, hogy a bárányhimlős eredetet a zostereseteknek csak bizonyos részére kívánom vonatkoztatni és pedig természetes okoknál fogva jórészt a gyermekkorú övsömör-eseteknek egy bizonyos csoportjára. Hogy mely körülmények okozzák azt, hogy a varicellás fertőzés olykor typosos övsömör (*zoster varicellosa*) képében nyilatkozik meg, erre a feleletet csak a jövő adhatja meg, midőn végre eljutunk oda, hogy egyrésztől megismerjük a bárányhimlő fertőző agensét s másrésztől kísérletező úton sikerülni fog a zoster létrehozása. Mindaddig, míg ezen ismereteknek hiányában vagyunk, nem tehetünk mást, mint hogy klinikai megfigyeléseink alapján konstatáljuk a kóroki kapcsolatot.

II.

Rachitis tarda ritka esete.

Előadta: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár, igazgató-főorvos.

T. szakosztály!

A rachitis tarda még ma is azon kórképek közé tartozik, melyeknek kellő tisztázása további statisztikai közléseket igényel. Manapság ugyan kétségtelen már, hogy a késői rachitis enyhébb alakjai (az úgynevezett „*rachitisme tardif localisé*“-esetek) nem tartoznak a nagyon ritka észlelések közé, a súlyos esetek azonban (az úgynevezett „*rachitisme tardif generalisé*“-), mint azt csak legújabbban (1909) Hutinel¹, E. Roos pedig 1903-ban² is hangsúlyozza, felette ritkák s oly észlelet, mint Kassowitz-nak³ 1885-ben közlött, igazán classikusnak mondható esete, ma is ritkaság számba megy.

A bemutatandó észlelet több mint húsz éven át volt megfigyelésem tárgya, s reám nézve különösen érdekes volt azért, mert a kórkép mintegy előttem bontakozott ki s fokról fokra figyelemmel követhettem az igazán súlyos deformációk kifejlődését.

* * *

H. . . . Árpád kórelőzménye és jelenállapota 1893-ban.

H. . . . Á. . . . született 1881-ben, tehát jelenleg 28 éves. Atyja gümös csontbaj miatt szükségessé vált amputatio után halt el. Egy leánytestvére 13 éves korában tüdőtuberculosisban, egy fiútestvére 1 éves korában eclampsia folytán, egy 7 hónapos fiútestvére 2 hónapos korában tüdőlobban s egy 19 hónapos fiútestvére cholera-ban (1873) halt meg. Két nőtestvére s anyja él s egészséges.

1884-ig, tehát a 4. életéig, eltekintve kisebb bajoktól, egészséges s anyja kimondása szerint erőteljes gyermek volt. 1884 február havában három hétig tartó hasmenése volt, utána gyengélkedni kezdett s kedélye lehangolt lett. Első tejfogait, két felső középső metszőfogát négy hónapos korában kapta s a többi fog is állítólag rendes időben tört át a foghúson. Kilenc hónapos korában lábra állt, egy éves korában járni kezdett. Szellemi fejlődése rendes volt, egy éves korában már beszélni kezdett. 1885 november havában súlyos kanyarót állott ki, mely után tüdőlob fejlődött, hosszas vonatolt lefolyással. Betegsége öt hónapig tartott s ez alatt a fiú erősen lesoványodott. Két évig alig birt lábra állni s csak lassan szedte össze magát (lásd mellékelt tábla, 1. ábra, kezdetleges moment-fénykép 1885 április havából). 1888-ban ismét teljesen lábra állt s iskolába kezdett járni s az iskolát, bár nehezen, 1888 február haváig látogatta. 1889-ben hosszú időn át enteritisben szenvedett, nagyfokú meteorismussal s lesoványodással, úgy hogy azon időben a hashártya, illetőleg a mesenterialis mirigyek tuberculosis megbetegedésének gyanuja is felvetődött.

1889 nyarán, tehát 8 éves korában, három hónapot Rajecz-Teplic

ezen töltött s ezen idő alatt a csontok elgörbülését még nem vették a szülők észre. 1889 telén a végtagokban erős csontfájdalmak jelentkeztek, melyek hónapokig fennállottak s ezen időtől kezdve észlelték a csontok elgörbülését (lásd 2. ábra). Az elhajlás a csombesontokon kezdődött, azután a kules- és alkarcsontokban jelentkezett. A mellkas deformációja s a gerincoszlop elgörbülése sokkal később, körülbelül 1891-ben lett szembetűnő s azóta már állni sem tudott (lásd 3. ábra). Hasmenésben enteritise óta sokat szenvedett. Első tejfogai 9 éves korában kezdtek kihullani.

1893-ban a beteg bemutatásakor a felső állkapocsban 7, az alsóban 9 tejfoga van, a felső állkapocsban négy szilárdan ülő metszőfog és három pofafog, az alsó állkapocsban 4 metszőfog (a két középső a bemutatáskor inogott) rendetlen elhelyeződésben, négy pofafog s egy korhadt szemfog. Testsúly 1893-ban 12,5 kgm.

A gyermek értelmi képessége az 1893-ban tett feljegyzések szerint korához képest (12 éves) halad előre. 1893-ig négy elemi végzett jelesen mint magántanuló, rajzol, bár nehezen, olvas és ír magyarul, németül, latinul és francziánul, zongorán könnyebb gyakorlatokat játszik, jól memorizál. Csendes kedélyű, nyugodt gyermek. Éjjelei jók, fájdalmak, csontfájdalmak 1893-ban már alig zavarják. Előszeretettel olvas és ír, írásnál nem könnyen fárad el. Ülőkor (lásd 4. ábra) kezét a törzs oldalán bocsátja le s úgy támasztja törzsét. Erősen elgörbült csombesontjai az erősen kiboltosuló hasat ilyenkor mintegy támogatják, s a köldök felé a két térd egymást erősen megközelíti. A kifelé hajlott lábszárak belső domborulatokkal egymást érintik. A bőr halvány, sápadt. A fiú fejét jól mozgathatja, a fej kissé a vállak közé szilárdan. A gerincoszlop háti szelvénye kissé ívelten kyphosisos, az alsó részlete skoliosisos (sinistro-convexa). A jobb vállsont erősen kiemelkedik, megfelelőleg az ezen oldali hátulsó mellkasrészlet erősebb hátradomborodásának. A vállsont kissé domborult, göröngyös. A kulescsont mindkét oldalt esésével előre, kissé felfelé tekintő infractiót mutat, mely baloldalt erősebb fokú. A mellkas és végtagok izomzata satnya. Mindkét felkarcsont erősen elgörbült, az ív jobboldalt erősebb s főleg a felső harmadban észlelhető, az ív domborulata fel és előre tekint. Az alkarcsontok mindkét oldalt az alsó harmadban erősen, majdnem derékszögig elgörbültek. Az alkarcsontok elgörbülése folytán mindkét kéztől manus valga állásban van. Az alkarcsontok alsó epiphysisei kifejezetten bunkósan vastagodottak. A karok active eléggé jól mozgathatók, mindkét kart a fejtetőig bírja emelni s jobb karjával hátrafelé nyulva, ügyesen érinti a bal lumbális tájat. A sternum kissé balfelé eltolt. Mindkét hónaljukban a mellkas erősen beszűpült, a bordaperczevégek erősen feljöltek, a hypochondriumnak megfelelőleg a mellkasfal szárnyszerűleg eláll. A processus xiphoides kissé behajlott, légzésre mérsékelt peripneumoniás barázda látható. A hasfalak kitágultak, a máj és lép nem mutat megnagyobbodást. A két csombesont erősen ívelten hajlott, az ív mindkét oldalt fel és kifelé tekint. Az ív jobboldalt erősebb. A lábszárcsontoknak mérsékelt íves kifelé hajlásánál fogva genu valgum duplex van jelen. Az alsó végtagok hengeres csontjainak végei általában feltűnően duzzadtak. A medence vizsgálata pontosan alig ejthető meg. Az alsó végtagok mozgása korlátozott, inkább csak egymás irányában mozgathatók. A vizelet ismételt vizsgálatkor fehérje-mentes.

Testhossz: 80 cm. Fejkörfogat: 49,5 cm. Mellkaskörfogat a bimbók magasságában 51,5 cm. Haskörfogat a bordái magasságában 60,5 cm. legnagyobb körfogata 62. Sternum hossza: 12. Kardnyújtvány-köldök: 16 cm., köldök-symphysis: 9 cm. Biparietális átmérő: 15 cm., fronto-occipitalis átmérő: 16 cm. Két spina anter. sup. közötti távolság 16 cm.

A fent vázolt csontelgörbülések csekély változással 1894-ben is konstatalhatók. (Lásd 5. ábra.)

* * *

H. . . . Árpád jelenállapota 21 éves korában 1902 június havában.

A beteg kora: 21 év. A korához képest törpe, gyengén táplált férfibeteg csontrendszere nagyfokú elváltozásokat mutat. A bőr színe halvány, kissé fakó, tapintata rugalmas. A bőralatti kötőszövet zsirtartalma megtartott. Az izomzat gyengén fejlett, kissé petyhüdt. A koponyaboltozat kissé megnagyobbodott, *caput quadratum* nyomai: a homlokdudorok s a parietalis dudorok kissé elődomborodnak. A kutacsák helyén a csontosodás normális. A hajszálak dús szőrzettel fedett, a hajzat normális. A koponyaboltozat legnagyobb körfogata 51 cm. A kötőhártya s a látható nyálkahártyák kissé halványak, nem szederjesek, a pupillák egyenlők, középtágak, fényre s alkalmazkodásra egyenlően reagálnak. Az orr rendes, az orrlégzés szabad. Az arczifejezés intelligens, kissé szenvedő. A foghús ép. Az alsó állkapocsban öt fog: a két középső metszőfog, a két szemfog s a jobboldali első praemoláris fog. Valamennyi fog ép. A felső állkapocsban két középső incisívus, lapátszerűen megnyúlt koronával. Mindkettő tövén erősen carieses s a caries terjedni kezd a korona egész lapjára. A jobboldali második incisívus teljesen tönkrement s csak carieses gyökere látható. Ugyanígy tönkrement mindkét caninus, valamint a jobboldali első praemoláris is. A hátulsó praemoláris jobboldalt s a két baloldali praemoláris ép. Mindkét oldali első molaris teljesen tönkrement s csak a carieses gyök-maradványok láthatók. A felső és alsó állsont ívelése feltűnőbb alaki eltérést nem mutat. A nyelv tiszta, a torokképletek normálisak. A keményszájpadlás ívelése normális. Az áll alatt baloldalt borsónyi infiltrált mirigy. A nyak jobb oldalán két kisebb vonalas heg. A nyak körfogata 31,5 cm. A kules-csontok erősen elgörbültek, külső és középső harmaduk határán erős görbületet mutatnak előre. A mellkas körfogata 65 cm. A jugulum s proc. xiphoides csúcsa közti távolság 14 cm. A bordaívok erősen elállnak, könnyen benyomhatók, a

¹ Hutinel: Les maladies des enfants. Páris, 1909. II. kötet.

² Zeitschrift f. klin. Medicin, 1903. 48. kötet, 1—2. füzet.

³ Allg. Wiener mediz. Zeitung, 1885.

mellkas deformációjá jobboldalt hátul a legszembetűnőbb, hol a II.—VII. bordának megfelelőleg hajlásuknak megfelelő nagyobb púpszerű ki-domborodás látható. A bordaporczvégek nem duzzadtak. A gerincoszlop balra s hátra néző csekélyebb fokú elgörbülést mutat. A mellkasi szervek felett sem kopogtatással, sem hallgatódzással eltérés nem észlelhető. A has meteorismusos. A máj és a lép nem tapintható. A has legnagyobb körfogata 70 cm. A nemi szervek gyengén fejlettek, a penis satnya, a praeputium megnyúlt. Végtagok: A jobb felső végtag csöves csontjai erősen elgörbültek; a felkarcsont nagyobb íves elgörbülést mutat kifelé néző görbülettel s kisebb íves görbülést befelé való elhajlással. A jobboldali könyökizület normális. A jobb alkarcsont közepe táján erős, tompaszög alatti meghajlást mutat, az infractio mindkét alkarcsontot illeti. A kéztö-zület s közézközép, valamint az ujjpercz-csontok eltérést nem mutatnak. A bal felső végtag csontjai hasonlóan elgörbültek, csak hogy itt még a hengeres csontok spirális csavarodása is észlelhető. A jobb csípőtányér magasabban áll, mint a baloldali, a medence laposan kiszélesedett. Mind-két csombcsont erős elgörbülést mutat kifelé hajló ívvel. A térdizületek szabadok. Mindkét oldali tibia elgörbült, s görbülési íve befelé hajlik, alsó részletén erősebb megtöréssel. A lábesontok épek. Állás közben két lábszárat erősen egymáshoz támasztja, a lábök pes valgun állást mutatnak. Epiphysises vastagodás a végtagokon feltűnően sehol sem látható. Néhány hó óta, hosszú évek után újból jární kezd, járása nem nagyon nehézkes.

Testhossz: 79 cm. Testsúly: 20.5 kiló. A közérzet jó s csak kevésbé zavart a mellkas-deformatio által létrejött mérsékelt fokú nehézlégzés folytán. A beteg szellemi fejlődése korához mért. Az étvágy jó. A székelés rendes. A vizelet rendellenes alkotórészeket nem tartalmaz.

* * *

H. . . Árpád jelenállapota 28 éves korában 1909 június 20.-án.

A mellkas, a gerincoszlop s a végtagok alaki elváltozásai 1903-hoz képest feltűnőbb elváltozást nem mutatnak. (Lásd 6., 7. és 8. ábra.) A felső állkapocsban az összes fogak koronái letörödezettek; az alsó állkapocsban a két külső metszőfog, jobboldalt egy szemfog s egy első pofafog. Az izomzat általában petyhüdt. Úgy a kéz-, mint a lábujjak utolsó perczei mérsékeltén vastagodottak. A járás lassú, de biztos, egy év óta a székesfőváros szolgálatában áll mint díjnok. Testsúly 26,850 gm. (normális átlagos testsúly ezen korban 58 kgm.); testhossz 95 cm. (normális átlagos testhossz ezen korban 168 cm.). Fejkörfogat: 52 cm. Mellkaskörfogat: 79 cm.

* * *

T. szakosztály!

Esetemhez hosszabb kommentárt nem fűzök.

Mint minden egyes súlyos, generalizált késői angolkór esetében, úgy az én észlelt esetemben is felvetődik azon kérdés, hogy nem infantilis osteomaláciával van-e dolgunk. Nem tagadható, hogy esetemben a csontdifformitások kifejlődését megelőző intensív csontfájdalmak a kórkép kibontakozásakor s a lefolyás alatt és a kór-folyamat lezajlása után visszamaradt nagyfokú nanismus directe osteomaláciára utalnak, ezzel szemben azonban a bordaporczvégek s epiphysisek kifejezett, majdnem bunkósnek mondható megduzza-dása a floritis időszakában az osteomaláciát úgyiszlólván teljesen kizárja.

Esetemet különösen érdekessé teszi a csontelhajlások felette erős toka, s a folyamat igen lassú, vontatott fejlődése s lefolyása. (A rhachitis floritiója a beteg 6—7 éves korában vette kezdetét s körülbelül 14 éves korában nyert befejezést.) A kóroki mozzanat, nézetem szerint, az 1885-ben kiállott s kanyarót követő súlyos és vontatott lefolyású tüdőlobban s még inkább az 1889-ben átélt, felette hosszan elhúzódó enteritisben keresendő. Úgy mint Kassowitz fent idézett esetében, észleletünkben is látjuk a rhachitis tardának az állandó fogak kifejlődésére gyakorolt gátló hatását. Kassowitz esetével ellentétben a phosphor-therapia a mi észleletünkben teljesen hatástalan maradt.

III.

Pseudoanaemiák a gyermek-korban.

Előadta: Flesch Ármán dr., a „Stefánia“-gyermekkorház segédorvosa.

A pseudoanaemia elnevezés nem valamely önálló kóros folya-matnak, nem valamely betegségnek megjelölésére szolgál, hanem pseudoanaemiának, azaz csak látszólagosan vérszegénynek kell tekintenünk azon egyéneket, kiken a bőrnek s a látható nyálkák-hártyáknak sápadt, halvány színe, továbbá esetleg egyes klinikai tünetek vérszegénység jelenlétére engednek következtetni, holott a vérvizsgálat a normálisnak megfelelő adatokat szolgáltatja.

A felnőttek pathológiájában Sahli¹ hívta fel először a figyelmet ezen körülményre, midőn hangsúlyozta, hogy igen gyakran látható sápadtság oligochromaemia nélkül. Majd foglalkozva ezen sápadtság okaival, ezen egyéneket két csoportba osztályozta. Az elsőbe sorozta azokat, kiken a nagyfokú sápadtságuk ellenére sem subjectiv érzésük-ben, sem a szervek átvizsgálásának eredményében legcsekélyebb rend-ellenesség sem észlelhető. Ezen esetekben a sápadtság oka magában a hőben keresendő, és pedig vagy abban, hogy nagyon kevésbé fejlődtek ki az arcz hajszálerei, vagy abban, hogy a hajszálereket fedő bőrreteg túlságosan átlátszatlan.

Míg ezen csoportnak a pathologia szempontjából semmi különösebb jelentősége sincs, addig kiváló fontosságúak úgy tudomán-yos, mint gyakorlati szempontból azon esetek, melyekben a sápadtság kifejlődése mellett beteges tünetek is észlelhetők. Minthogy a vér haemoglobintartalma — miként kiemeltük — a normálisnak megfelelő, nem magyarázhatók ezen esetek másképp, mint vagy hogy oligaemia, a vér mennyiségének megkevesbedése van jelen, vagy pedig hogy keringési zavarok következtében az arcz bőrének véreirei kevésbé vannak vérrel átáramoltatva, mint rendes viszonyok közt. Hogy ezen keringés-zavar oka megváltozott szív-műkö-désben keresendő-e, vagy pedig a vasomotorok viselkedésében, Sahli szerint gyakran nagyon nehezen lehet eldönteni. Azon betegségek, melyekben különösen szerepel az arcz bőreirei vértartalmának megkevesbedése normális vérlet mellett a sápadtság oka gyanánt: a gyomorbántalmak, a szívbetegségek, a phthisis és a cachexia minden fajtája. Ezen most jelzett kóros folyamatokban észlelhető sápadtság okait később Oppenheimer² törekedett munkájában megmagyarázni.

Grawitz³ ezen látszólagos anaemiák keletkezésében különös fontosságot juttat a vérmennyiség megkevesbedésének, az oligaemiá-nak. Minthogy könnyen kivihető klinikai eljárással a vér mennyi-ségének megállapítására nem rendelkezünk, azért ezen föltevését közvetlen bizonyítékokkal nem támogathatja, s csupán általános tapasztalatokból következteti, hogy a vér mennyisége, mely tudva-levőleg a testsúly $\frac{1}{13}$ -a, élettani viszonyok közt is gyakran van ingadozásoknak alávetve. Így kövér, zsírdús egyénekben határozottan kevesebb a vér mennyisége, mint izmosakban, zsírszegényekben. A szívnek és az érrendszernek kapacitása meg egyenesen útba igazít minket a vér mennyisége tekintetében. Ezért azokban az esetekben, melyekben a szívnek és vérereknek — Virchow által leirt — abnormis kiesiny, szűk voltát találjuk, jogosan fölvehetjük, hogy a vér mennyisége is kevesebb, mint azokban, kiknek szíve és vérér-rendszere normális kapacitású. Elégge ismeretes, hogy Virchow a szívnek és érrendszernek ezen hypoplasziájában kereste a chlorosis okát. Grawitz ezen bonczani elváltozást nem tekinti ugyan a chlo-rosis kiváltó oka gyanánt, azonban a látszólagos anaemiák okát az esetek túlnyomó többségében ezen körülményben keresi és kifejezésre juttatja e nézetét akkor is, midőn megjelölésükre a „Hypoplasia cordis et arteriarum cum oligaemia vera“ körülírást használja. Az érrendszernek ezen rendellenessége részben veleszületett, részben azonban szerzett olyan módon, hogy a gyermekeknél és a növekedő ifjaknál elhanyagoljuk az izmok rendszeres működtetését, a midőn a normális inger az érrendszer kifejlésztésére elesik.

Strauss⁴ a pseudoanaemiák előidőzésében előtérbe helyezi az angiospasmust, s kiemeli a nephrogen, saturnin, s főleg a neurogen alakot. Nephritisben az angiospasmus oka gyanánt a maradék-nitrogennek (Reststickstoff) a vérben való megszorodása szere-pelne; ólommérgezésben a sima izomzatnak hajlama van contrac-tióra. Még gyakoribb a neurogen alak. Észlelhető ezen alak főleg izomgyenge nőkn, kiknek egyébként is ideges panaszai vannak, könnyen elfáradnak, ingerlékenyek. Gyakoriak ezek részéről a szívre és emésztési szervekre utaló panaszok. Gyakori a spastikus obstipatio. Strauss szerint ezen ideggyenge egyénekben sok sensibilis

¹Sahli: Zur Diagnose und Therapie der Anämien und Chlorosen. Korresp. Bl. f. Schweiz. Ärzte. 1886. 518. l.

²Sahli: Lehrb. d. klin. Untersuchungsmethoden, Leipzig u. Wien, III. Aufl. 1902. 20. l.

³Oppenheimer: Über die praktische Bedeutung der Blutuntersuchung mittels Blutkörperchenzähler und Häoglobinometer. Deutsch. med. Woch. 1889. 859. l.

⁴Grawitz: Klinische Pathologie des Blutes. III. Aufl. Leipzig. 1906. 256. l.

⁵Strauss: Ueber Pseudoanämien. Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 589. lap.

izgalom indul ki a hasból, s a hashártya insultusa könnyen vált ki angioneurosiszt. Hogy ilyenkor a hasi erek telődnek-e meg jobban vérrel, vagy a nyúltvelőben az érmozgató középpont tonusa fokozódik-e centripetális izgalom folytán, az mellékes. Ezen angioneurosisokban gyakran látunk egyéb zavart is az érmozgató idegrendszeren belül, így dermatographiát, a vizsgálatkor a bőrön jelentkező foltokat, stb. A vérnyomás általában ezen esetekben normális, s csak néha kissé fokozott. Ez utóbbit megmagyarázza az idegrendszer túlingerlékenysége, a mely végeredményben a sápadtságot előidéző angiospasmus oka gyanánt szerepel.

A gyermekorvosi irodalomban ezen állapot ismertetésével nem találkozunk. Egyes szerzőknél, így *Heubner*-nél¹ is találunk utalást arra, hogy a sápadtság a gyermekkorban igen gyakran nem jelent még valóságos anaemiát, részletesebb méltatásban azonban ezen körülmény nála sem részesül. Majd *Czerny-Keller*² figyelmeztet az alimentáris toxicosisok kapcsán jelentkező vasomotoros zavarokra; mindez azonban csak átmeneti, rövidebb ideig tartó állapotra vonatkozik. A gyermekkori anaemiákat tárgyaló részletes munkámban³ több helyen kiemelttem, hogy egyik-másik anaemia-alakban, különösen az idült táplálkozási zavarok után jelentkezőben, s az ú. n. iskolaanaemiában a vérszegénység az esetek igen nagy számában csak látszólagos, a mennyiben a vérvizsgálat a rendestől eltérést nem mutat, s a gyermekek nagyfokú sápadtságának magyarázatát a vasomotoros zavarokban kell keresnünk. A kérdés fontossága arra indít mégis, hogy ez állapotnak behatódott tárgyalásába bocsátkozzam és mérlegeljem azon mozzanatokat, melyek az előidézésében szóba jöhetnek.

Elégge ismeretes, hogy úgy a csecsemő-, mint a gyermekkorban mily gyakori jelenség a köztakarónak s a látható nyálkahártyáknak feltűnően halvány, sápadt, sokszor egész fakó színe. Az esetek jó részében a vérvizsgálat megerősíti felvételünket, hogy valóban anaemiás állapottal van dolgunk, s angolkór, idült táplálkozási-zavar, veleszületett bujakór, vagy lappangó gümőkór teljesen megmagyarázza ezen állapot kifejlődését. Az esetek kisebb részében azonban a vörösvérsejtek száma s a haemoglobintartalom tekintetében a legesekélyebb eltérést sem látjuk a normálistól és a vér szövettani vizsgálata sem nyújt semmiféle támpontot sem anaemia felvételére. Különösen gyakran ér minket ilyen meglepetés a csecsemőkorbán. A kórelőzményben hevenyebb táplálkozási-zavar nem szerepel, veleszületett bujakór, gümőkór nincs jelen, utána kutatva azonban, csaknem mindig megtaláljuk a neuropathiás terheltséget. A szülők alkoholizmusa, ideg- és elmebántalmak, a testvérek idegrendszer-megbetegedései szerepelnek kórelőzményi adatok gyanánt. Ezen kórelőzményi adatok oly típusosan ismétlődnek, hogy jelentőségük azonnal kétségbevonhatatlannak látszik előttünk. Hiszen jól tudjuk az újabb gyermekorvosi észleletek alapján, hogy ezen körülménynek mekkora pathológiás fontossága van és hogy több olyan jelenséget, melynek magyarázata vagy homályos vagy téves volt, a neuropathiás terheltségre, a neuropathiás hajlamra lehet és kell visszavezetnünk. Ezen említett csecsemőkön a neuropathiás terheltség mellett vagy nélkül néha idült táplálkozási-zavar forog fenn, az idősebbekben (6—18 hó) pedig többször spasmophil diathesis lappangó, esetleg manifest jelenségekkel. Idősebb gyermekeken a kórelőzményi adatokon kívül csaknem mindig megtaláljuk a neuropathiás állapottal utaló tüneteket. Az elmondottakra ügyelve, látjuk csak, hogy az úgynevezett iskolaanaemia legtöbbször nem valódi, hanem pseudoanaemia.

Összefoglalva így a kiváltó mozzanatokról mondottakat, ismételtnünk kell, hogy úgy a csecsemő-, mint a gyermekkorban neuropathiás terheltséget, neuropathiás állapotot, az idegrendszer túlingerlékenységét csaknem minden esetben kimutathatjuk, a hol pseudoanaemiás állapottal találkozunk.

Ezen következtetésem alapjául szolgálnak a Stefánia-gyermek-kórházban végzett vizsgálataim és észleleteim. A Stefánia-gyermek-kórház nagy járóbeteg-rendelésén hosszú idő óta érdeklődésem tárgya voltak a vérszegénység klinikai tüneteit mutató gyermekek. A vérvizsgálatok legtöbbször igazolták, hogy csakugyan vérszegénység

van jelen. Egy kisebb részben azonban a vérvizsgálat a halványság magyarázatára a legesekélyebb támpontot sem szolgáltatotta. S ezek az esetek azok, melyekben pontos kikérdezésre a most említett kórelőzményi adatokat nyertük.

Majd tovább kutatva náluk a sápadtság okát, megerősítve találtuk a gyermekkorra vonatkozólag is *Sahli* és *Strauss* adatait, a mennyiben a vasomotoros idegrendszer terén több olyan jelenséggel találkoztunk, melyek alapján a gyermekek ezen sápadtságát is csak érbeidegzési zavarnak kellett tekintenünk. Így feltűnt, hogy a levetkőztetéskor a gyermekek köztakarója hirtelen kipirul, majd ismét elhalványodik, a tapintó kéz, a kopogtató ujj helyén muló jellegű piros csíkok jelennek meg, s egyébként is vagy észlelhetetűnk, vagy a kórelőzményben hallottunk gyakori urticariákról, erythemákról. Ismeretes, hogy neurastheniás egyéneknek a vasomotoros zavarok milyen gyakoriak: elég megemlítenem a neurastheniások gyakori halványságát; de *Oppenheim*¹ is említi, hogy létezik neurastheniás eredetű spontán urticaria és hogy ez különösen ideges gyermekeken igen gyakran fordul elő. Sőt — szerinte — a bizonyos ételek (földi eper, tojás, stb.) élvezete után jelentkező urticariáknak is neuropathiás diathesis lehet az alapja. Tudjuk továbbá, hogy spasmophiliában egyéb ideges jelenségek mellett mily gyakoriak a vasomotoros zavarok. *Finkelstein*² is hangsúlyozza ezt, a midőn említi, hogy spasmophil diathesisben gyakran jelentkeznek vasomotoros zavarok erythemák, urticaria, hyperhydrosis alakjában. Ezek keretébe sorolja ő a tetaniások kéz- és lábhatán olykor mutatkozó sajátságos duzzanatot is.

Ugyancsak a vasomotoros idegrendszer zavara gyanánt láthatunk az idősebb, vérszegénység látszó iskolás gyermekeken egyes kellemetlen tüneteket: fejfájást, bágyadságot. Nem ritkák ezen gyermekeken egyéb ideges jelenségek sem: szívdobogás, nyugtalan alvás, álmatlanság, könnyű kifáradás, étvágytalanság, hajlam obstipatióra, stb.

A mondottak alapján ezen gyermekek sápadt, halvány bőrszínét tisztán vasomotoros zavarokra vezetjük vissza. A midőn e felvételünkben támogatnak *Sahli*-nak és *Strauss*-nak felnőtt egyéneket illető tapasztalatai, felhozzuk még *Goett*³ vizsgálatait is, melyek mutatják, hogy psychés befolyások mennyire megváltoztathatják magának a vizsgált vércseppnek is az összetételét. Így feltűnt neki, hogy mind a négy vizsgált esetben a haemoglobintartalom jelentékenyen magasabb volt, mint az a vörösvérsejtek száma után várható lett volna, annyira, hogy a festődés-mutató (*Färbeindex*) mindegyikben 1.0-en felül volt. Ezen jelenséget a vizsgált vércseppnek egyenlőtlen összetételére vezeti vissza, s ezt megmagyarázza — szerinte — a rendellenesen labilis vasomotorreactio a vérvétel tartama alatt.

Semmi bizonyítékkal sem rendelkezünk másfelől, hogy ezen esetekben oligaemia vera forogna fenn az érrendszer hypoplasiaja folytán. Maga azon körülmény, hogy ezen pseudoanaemiás állapotok idővel teljesen eltűnhetnek, a congenitális hypoplasia ellen szól. A hypoplasia kérdését sem tekinthetjük egyébként végleg lezártnak. Így *Löwenfeld*⁴ vizsgálta, hogy milyen viszonyban áll a vérerek tágassága az agy súlyához, s látta, hogy ez normálisan is igen nagy ingadozásoknak van alávetve. *Suter*, majd *Scheel*⁵ vizsgálataiból is tudjuk, hogy ép viszonyok közt nagy különbséget találunk az aorta tágasságát illetőleg nem és kor szerint, s ezt figyelembe kell venni, mielőtt adott esetben felvennők, hogy valamely aorta szűkebb a normálisnál. Ezek következtében *Strasburger* szerint az irodalomban az aortaszűkültre vonatkozó számértékek nem bizonyítanak a mellett, hogy az erek valóban kisebb tágasságúak lettek volna, mint a kornak és nemnek megfelelő középtételek. Az érrendszer esetleges hypoplasiaját így nehezen állapíthatnók meg boncolástaniilag, s minthogy ismereteink e kérdéssel ily homá-

¹ *Oppenheim*: Lehrbuch d. Nervenkrankheiten. Berlin, 1908. II. k., 1279. lap.

² *Finkelstein*: Lehrbuch d. Säuglingskrankheiten. Berlin, 1905. I. kötet, 241. lap.

³ *Goett*: Ueber auffallende Resultate der Blutuntersuchung bei Nervösen. Münchener med. Wochenschrift, 1906. 2294. lap.

⁴ *Löwenfeld*: Idézve *Veraguth* után (Ueber Neurasthenie.) Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilkunde, 1909. III. kötet, 397. lap.

⁵ *Strasburger*: Physiol.-anat. Untersuchungen zur Lehre von der allgemeinen Enge des Aortensystems. Kongr. f. inn. Med. Wiesbaden. Wiener med. Presse., 1909. 33. szám.

¹ *Heubner*: Lehrbuch der Kinderheilkunde. Leipzig. II. kiadás. 1906. II. kötet. 1. lap.

² *Czerny-Keller*: Die Ernährung des Kindes, stb. II. kötet, 150. l.

³ *Flesch*: Die Anämien im Kindesalter. Ergebnisse d. inn. Med. u. Kinderheilkunde. III. kötet, 186. lap.

lyosak, ily bizonytalanok, magyarázataink körébe való bevonásukat legalább is korainak kell tekintenünk.

Elfogadva tehát, hogy eseteinkben vasomotoros zavarok szerepelnek, ezen vasomotoros zavarokat, illetve a vasomotoros zavarok alapján jelentkező sápadtságot nem magyarázhatjuk másképpen, mint hogy az érbeidegző középponthoz állandóan izgalmak haladnak a test környéki részeiről és ezen izgalmak egyes testrészekben, így az arczon, állandó tonust tartanak fenn az érmozgató idegekben. Így érthető, hogy esetleg később az alapfolyamat javulásával a vasomotor-tonus is enged vagy teljesen megszűnik, s az egyénnek régi megszokott halványságát rendes üde piros arcszín váltja fel.

IV.

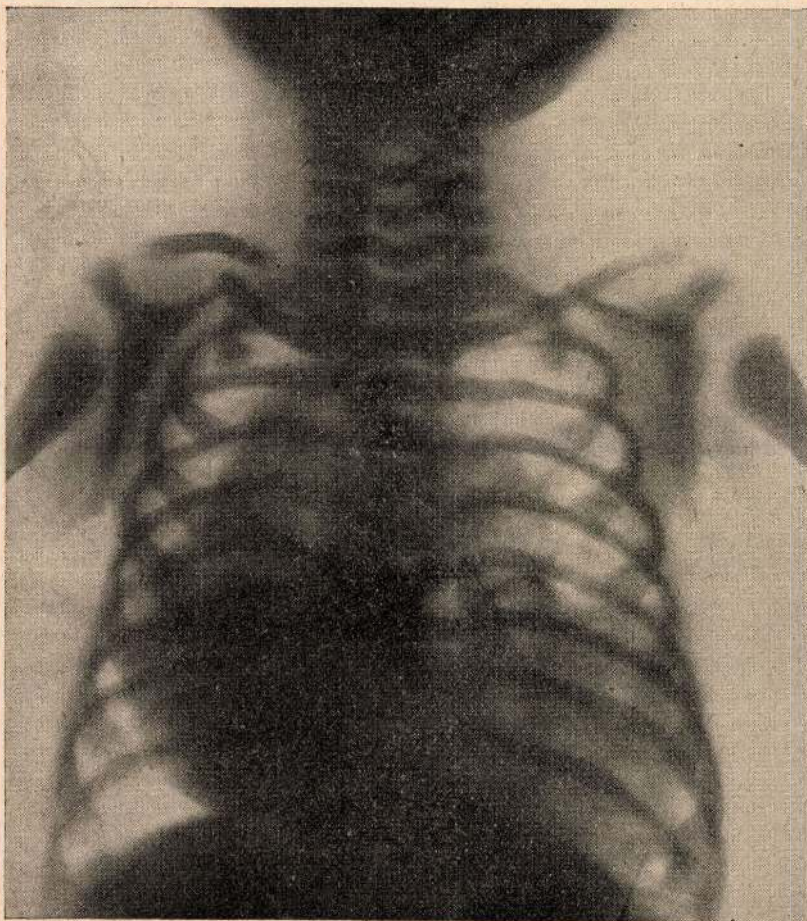
Hernia diaphragmatis esete.

Előadta: **Bókay Zoltán** dr. kórbonczolóstanai egyet. tanársegéd, a „Stefánia”-gyermek-kórház bonczoló orvosa.

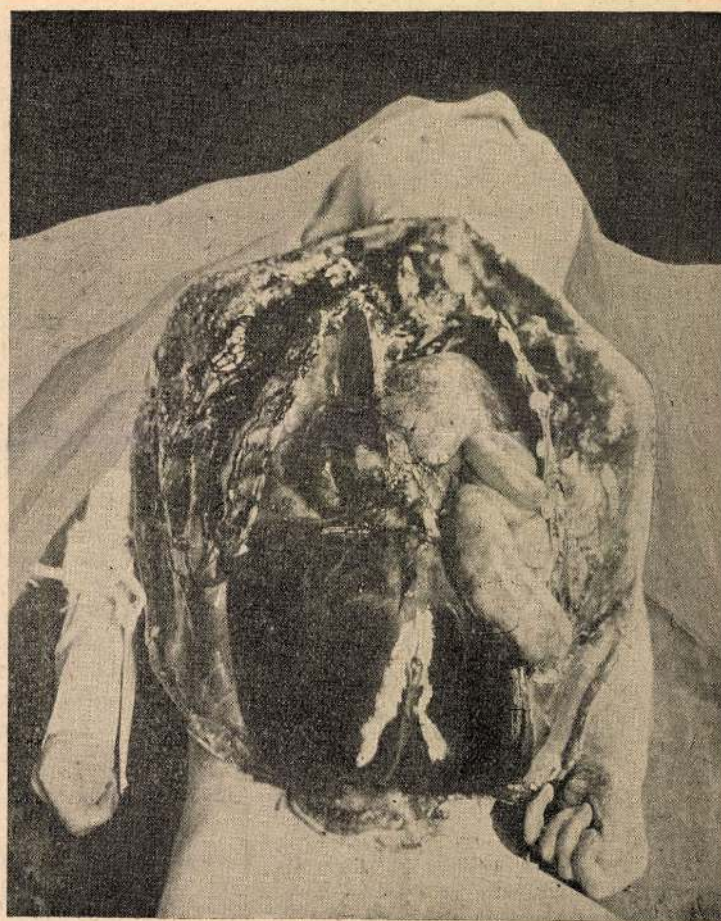
Egy több napos, jól fejlett, jól táplált fiúgyermeket hoztak szülei kórházunkba azzal a panaszsal, hogy a csecsemő nehezen

okozták, névszerint az összes vékonybelek a duodenum kezdeti részének kivételével, a gyomor pylorusos harmada, a colon ascendens és transversum, a lép és pankreas. A hasüri szervek a diaphragma ventralis és dorsalis lemezének összehalmozása helyén előállott ötkoronásnyi nagyságú, sima, kissé dudoros szélű kerek nyíláson át jutottak a bal mellüregbe, maguk előtt tölve a vékony hártyás peritoneumot. A mellüregbe került hasüri szervek a pleurális ür topographiáját tökéletesen megváltoztatták: a bal tüdő a belek alá és mögé került, s általuk a gerincoszlophoz nyomva teljesen légtelenné és rákpirossá lett, terimében megfogyott. Az igen vérbő, 6 1/2 cm. hosszú, 3 x 2 cm. vastagságú thymustól fedett szív helyéről kiemelve jobbra és hátrafelé került, a mely helyzetváltozása által a jobb tüdőt kissé hátra és felfelé a bordákhoz nyomta úgy, hogy alsó lebenye a jobb tüdőnek, szintén kevés levegőt tartalmazva, csak a legkisebb részeeskéiben lebegett a víz felszínén. Az előbb vázolt elváltozásokon kívül nevezetesebb kóros momentumok nem találtattak. (Lásd 2. ábra.)

A rekeszsérveket általában két főcsoportra oszthatjuk fel, úgymint: valódi és álsérvekre. A valódi sérvek csoportját alkotják azon esetek, a melyekben a serosa dohányzacskószerűen a sérv



1. ábra.



2. ábra.

légzik, nyugtalan és néha cyanosisos, táplálékát nem használja ki, mert rövidesen kihányja. A klinikai vizsgálatkor kiderült, hogy a szívtompulat, nem úgy a mint szokott, baloldalt van, hanem teljesen a jobb oldalra kihelyezve, a rendes magasságában fekszik. A máj tompulati viszonyai bizonytalanok voltak. A vizsgálat teljességének kedvéért Röntgen-átvilágítással próbáltuk a viszonyokat megállapítani. Az átvilágítással nyert képen (lásd 1. ábra) csakugyan jobbra volt kihelyezve a szív árnyéka, de a máj árnyéka annyira határozatlan, elmosódott volt, hogy a klinikai diagnosis situs inversus és hernia diaphragmatica közt ingadozott. Két napi észlelés után a legyengült csecsemő meghalt.

A bonczoláskor kiderült, hogy a máj, a mely kissé duzzadtnak látszott, erősen leszállt a helyéről, úgy hogy alsó széle egészen a kismedence bejáratát érintette, az epehólyag a kismedencébe ért. A májnak a leszállását a bal mellüregbe tódult belek és hasüri szervek

nyílásán keresztül előtűremkedik és a beleket burkolja; az álsérvek ily sérvtömlővel nem rendelkeznek. A két csoport úgy a veleszületett, mint a szerzett esetekben fellelhető és egymástól igen kifejezetten megkülönböztethető. A mi esetünk valódi veleszületett rekeszsérv. Valódi, mert a peritoneum a maga egészében sértetlenül fedte az előtűremkedett beleket; veleszületett, mert az egyén zsenge kora, a sérvnyílás sima és kissé gyűrűszerűen megvastagodott széle a hiányos fejlődés biztos jeleit adták. Maga az eset azért is érdekes, mert Grosser szerint a valódi sérvek sokkal ritkábbak, mint az egyszerű eventeratiók és körülbelül csak minden hatodik sérvre esik egy valódi sérv. A congenitális sérvek keletkezésére vonatkozólag ismereteink nem pontosak, mert a diaphragma pontos fejlődését ez idő szerint még nem ismerjük eléggé. Általában véve főleg a következő fajtákat a keletkezési módoknak szokták felvenni: 1. A diaphragma egy helyen elvékonyodik, kiboltosul és csakis mikroskop-

pal felismerhetően fedi a sérvzsákot. 2. A diaphragma rostjai közt a rostok széjjelválása által nyílás keletkezik. 3. Egy már meglevő nyílása tágul ki a rekesznek (hiatus aorticus stb.) és ezen keresztül csúsznak fel a hasúri szervek a mellkasba. 4. Részleges izomfejlődési hiány, hol a nyílás rendesen igen nagy és esetleg a rekesz egész féloldali hiányát is észlelni. 5. Oly esetek, a melyekben az ok és a fejlődés menete teljesen ismeretlen.

A rekeszsérvek képződésénél tehát a has és mellűr határát alkotó diaphragma fejlődésében kell az okot keresni. Az irodalomban az állatok rekeszképződését pontosan leírva megtaláljuk; az emberre azonban ezen adatokat csak fentartással lehet alkalmazni, itt a fejlődés menetét még nagyrészt homály fedi. *Cadiat*, *Uskow* és *His*, valamint *Brachet* adatai szerint a mellüreg és a hasüreg közti határt kezdetben egy mesodermális lemez alkotja, a melybe az izomrostok csak a későbbi fejlődés menete alatt nőnek be, az embryo hátulsó testfeléből kiindulól. Ezen szerzők adatai szerint a rekesz két részből fejlődik: az előbb képződő ventrális részből, septum transversumból, a mely a mesocardiummal és májjal függ össze, és egy félhold alakú hátulsó részből, ez a rész a ventrális résztől kétoldalt a mellkas falából indul ki és dorsal-medial irányban fejlődve, végül összenő a mediastinum lemezeivel. Kutyaembryókon a folyamat a 18. napon következik be.

Az alsérveknél, a hol a sérvnyílás igen nagy kiterjedésű, fel kell vennünk, hogy a hátulsó telepe a rekesznek vagy egyáltalában nem, vagy csak durvánosan fejlődött ki. Ilyenkor, mivel a hátulsó részről nőnek be az izomrostok a rekeszbe, a hiatus aorticusnak a sérvkapuban benne kell foglaltatnia. Az izomrostok kereszteződéséből lehet talán azt a körülményt magyarázni, hogy a hiatus oesophageus maga ilyenkor a sérvkapu alkotásában részt nem vesz. Nem ily nagy defectus képződésekor fel lehetne venni *Grosser* szerint, hogy itt bár a hátulsó telep kifejlődött, de növekedésében visszamaradt, és a mediastinummal nem ért össze, míg a hátulsó törzsfallal való összenövése meglehet, de hiányozhat is. Nehezebb a nyílásképződést a rekeszben magyarázni; lehet, hogy a hasúri nyomás folytán ruptura, lehet, hogy gyuladások folytán elpuhulás vagy esetleg a mesodermális lemezben való dehiscenciák képződése szolgáltatja erre az okot. A valódi sérvek képződése a későbbi időkre esik, akkorra, a midőn a pleurális és peritoneális űr közötti elzáródás már létrejött, mert nehéz volna felvenni, hogy a már prolapsált belek fölé nőne a peritoneális lemez. Itt tehát a fejlődés visszamaradása az izomrostbenövés korszakára kell, hogy essék. Hogy a fejlődés visszamaradását mi okozza, nem tudni, de hogy mindenesetre a nyílás előbb áll elő, mint a belek prolapsusa, és így azon nézetnek, hogy a beleknek a primaer hiatus aorticusba való befészkelődése okozza az összenövés kimaradását, el kell esni, mert a fejlődés azon fokán, midőn a nyílás már kifejlődött, a bélrendszer még oly rövid és primitív fejlettségű, hogy a nyílásképzésben való részvételéről szó sem lehet.

Röviden összefoglalva a mondottakat, a következő eredményekre jutunk:

1. A veleszületett rekeszsérvek a rekesz hiányos fejlődése folytán állanak elő; a beleknek a kitolulása csak mint másodlagos momentum szerepel.

2. A szerint, hogy a sérv ál- vagy valódi sérv, a fejlődés különböző szakaszaiban előállott fejlődési visszamaradás az ok.

3. A fejlődés visszamaradása valódi sérveknél azon fejlődési időre esik, a melyben a mesodermális lemezbe hátulról kezdenek az izomrostok a törzsfalról benőni, és akkor állanak elő, ha azok a centrumot nem érik el.

A mi esetünk ezek szerint valódi veleszületett sérv, a melynél az izomrostok fejlődési szakában beállott ismeretlen okú fejlődési visszamaradás okozta a sérv kifejlődését.

Irodalom. 1. *Abel K.*: Berliner klinische Wochenschrift, 1894. — 2. *Dietz E.*: Neue Beobachtungen über die Hernien. Diss. Strassburg. — 3. *Bayley*: Hernia diaphragmatica. Lancet, 1869. — 4. *Balfour*: Hernia diaphragmatica. Edinb. med. Journ., 1869. ápr. — 5. *Grosser*: Wiener klin. Wochenschrift, 1899. — 6. *Gruber*: Virchow-Hirsch Jahresbericht, 1869. (Referatum.) — 7. *Lacher*: Über Zwerchfellhernien. Deutsches Archiv für klin. Medizin, 1880. — 8. *Luksch*: Echte erworbene Zwerchfellhernie. Ref. Virchow's Archiv. — 9. *Liepmann*: Zur Aetiologie der Zwerchfellhernie. Archiv für Gynäk., 1903.

H. 3. — 10. *Schwalbe*: Morphologische Arbeiten, 1898. — 11. *Schaeffer*: Münch. med. Wochenschrift, 1890. — 12. *Rokitansky*: Path. Anatomie. V. Auflage. — 13. *Waldeyer*: Über die Beziehungen der Hernia diaphragmatica congenita zur Entwicklungsweise des Zwerchfells. Deutsche med. Wochenschrift, 1884.

V.

Idiotia myxoedematosa. Rendszeres thyreoideás kezelés tizenegy éven át.

Előadta: **Bókay János** dr. egyet. ny. r. tanár, igazgató főorvos.

Concetti tanár nagyérdekű előadása¹ kapcsán van szerencsém a t. szakosztálynak egy észleletemről referálni, melyet érdekessé tesz főleg azon körülmény, hogy az idiotia myxoedematosa klasszikus képét mutató leánygyermeken a thyreoideás opo-therapia bizonyos rendszerességgel tizenegy éven át folytatott. Minthogy az esetet kizárólag magánrendelésemen láttam s a gyermeket, állandó vidéki tartózkodása folytán, minden alkalommal csak futólag észlelhettem, pontos feljegyzéseim állapotáról s állapotának változásairól nincsenek, de a fényképsorozat, melyet a kezeléskor tartama alatt gyűjtöttem s melyet ez alkalommal bemutatok (lásd II. melléklet), bővebb vázolás nélkül is a legszemléltetőbben mutatja be a thyreoidea-adagolás valóban eclatans gyógyhatását.

Az eset 1898-ban, két éves korában került szemem elé, s ekkor kezdtem meg az angol *Burroughs Welcome et Co.* czég tablettáinak (0.3 gm.) adagolását s a gyógyhatás, mint a második kép mutatja, már két hónapi kezelés után látható volt.

A leányka ma 14 éves, s mint a képsorozat demonstrálja, a gyógygyermény várakozáson felüli.

A tabletták adagolása oly módon történt, hogy 1905-ig minden hónapban három héten át adagoltattam a pajzsmirigykivonatot, hétről hétre $\frac{1}{3}$, $\frac{2}{3}$, $\frac{3}{3}$ tablettá napi mennyiségben s mindegyik hó negyedik hetében szünetet tartottam; 1905-től az adag minden hónapban három héten át $\frac{1}{2}$, $\frac{2}{2}$, $\frac{3}{2}$ napi mennyiségre emelve nyújtott s minden negyedik héten szintén szünetelt az adagolás.

Az utolsó két évben a thyreoidea adagolását a szülők kissé hanyagul folytatták s nagyobb, hónapokra terjedő szüneteket is tartottak s ennek kedvezőtlen hatása az utolsó két képen rögtön szembe is tűnik. (Lásd a mellékelt tábla két utolsó képét.)

Észleletem érdekes a) mert ily hosszú időn át következetesen folytatott thyreoidea-kezelés eredménye az irodalomban eddig csak gyéren közöltetett, s b) mert mutatja, hogy a thyreoideás opo-therapia infantilis myxoedema eseteiben, kellő körültekintéssel, bizonyos rendszer betartásával éveken át kár nélkül folytatható. Megjegyezzük, hogy esetünkben az ily esetekben mindenkori kívánatosnak mondott lacto-vegetabilis diaeta alig foganosított.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Les maladies des enfants. (A gyermekek megbetegedései.) **Irta Hutinel V.** Kiadta Asselin et Houzeau. Páris. 1909. 5 kötet.

A mű irányzatát *Hutinel* bevezető szavai jellemzik: „Le médecin d'enfant doit se spécialiser, puisque les maladies de la première période de la vie ont des caractères particuliers, mais cette spécialisation ne doit rien avoir d'exclusif.”

Az I. kötetben *Hutinel* és *Lesné* a gyermekkor boncz- és élet-tanával foglalkoznak. Felhasználva a modern elméleti irodalmat, éles látással válogatták ki azon adatokat, a melyekre a gyakorló orvosnak szüksége van. Nagy haladást jelent, hogy a francia irodalom mellett ott találjuk *Hennig*, *Henke* és *Vierordt* neveit s az anyagcsere-folyamatok számadatai majdnem egészen *Camerer* alapvető dolgozataiból vannak átvéve. Mint érdekes részletekre a glandula thyreoidea, a thymus és

¹ *L. Concetti*: De l'hypothyroïdisme et du disthyroïdisme chez les enfants.

a gl. suprarenalis működésének ismertetésére hívom fel a figyelmet. A veleszületett rendellenességek megbeszélésénél különösen érdekes a kóroktani momentumok átnézetes feltüntetése. A koraszülöttek kezelésénél a francia iskola kitűnő couveuse-eredményei vannak bőven ismertetve. A következőkben a szerzők a gyermekkor különböző periódusait, jellemző tulajdonságaikkal együtt sorolják fel. Az átöröklés kérdésének van a következő fejezet szentelve s helyesen emelik ki a szerzők: „Le médecin doit répandre le plus possible cette idée de l'importance de l'hérédité, et souvent ainsi il sera consulté sur l'opportunité de tel ou tel mariage.“ A csecsemő táplálásának megbeszélésénél a boroszlói iskola tanainak méltatása kissé háttérbe szorul. Helytelenítem a gyakori táplálás ajánlatát, de igen helyesnek tartom az íróra vonatkozó azon megjegyzést, hogy „aliment de transition ou aliment médicament“ s nem megfelelő hosszas táplálásra. A későbbi gyermekkor diatetikája jól van feldolgozva, feltűnő azonban, hogy a szeszes italok élvezetét megengedik. A gyermek szobája, ruházata higiéniájának megvitatása után a „crèches“, iskola és kórház kerülnek sorra s az „isolement individuel“ fontossága kellő világításba helyeztetik. Nagy horderejű, hogy végre egy gyermekgyógyászati szakmunka keretében a socialhygiénés tennivalók is belevonatnak. A környezeti döntő befolyását tárgyalja a következő fejezet s megjegyzi, hogy „elle domine l'étude de l'hygiène“. A semiotikának alapelveit helyesen állítják oda a „pour porter un diagnostic complet il est nécessaire d'examiner toutes les fonctions de l'enfant, les unes après les autres“ nézetet. A gyógyszeres gyógyítás helyes keresztülvitelére „des doses faibles, mais répétées et toujours tâter la tolérance individuelle“ álláspontot hirdetik. A fizikális terapia eszközei kellő méltatásban részesülnek. A gyermekhalandóság okainak s azok leküzdésének van a következő fejezet szentelve: az anyaság biztosítása, a „consultations de nourrissons“, a „gouttes de lait“ és az „oeuvre Grancher“ megfelelő elbírálásban részesülnek. A fertőző megbetegedések tárgyalását megelőzi *Hutinel* és *Darré* ezikke a fertőzésről, melyben a bakteriologia elemeitől egészen a legmodernebb anaphylaxis-tanokig dióhéjban minden tudnivalót megtalálunk. *Hutinel* *Martin*-nal mint társszerzővel írta meg a kitéges fertőző megbetegedéseket. A vörheny serotherapiájával nézetem szerint túlröviden végeztek. A kanyarónál a legújabb tapasztalatok (*Pirquet*) is méltányolva vannak. A parotitis epidemica, rubeola és *Dukes*-betegség ismertetése, a himlő és kötelező oltás méltatása magas színvonalúak. A pertussis-kezelésben nélkülözöm a chinin felemlítését. A diphtheriával *Hutinel* és *Martin* foglalkoznak, az intubációt megfelelően, de egyoldalúan, csupán a francia irodalmat véve tekintetbe, tárgyalják. A tracheotomiának kritikáját eredetiben reprodukálom: „Les trachéotomies sont des blessés et qu'ils restent des blessés. Peu d'enfants trachéotomisés arrivent à l'âge de vingt ans, d'après M. Jules Simon. Pour M. Landouzy, tout enfant ayant subi cette opération, est un candidat à la tuberculose.“ A tetanus leírásakor megemlékeznek a nálunk kevésbé használt *Calmette*-féle eljárásról (a seb kötözése száritott és porított antitetanusos gyógyszerrel). A veszettség tárgyalásakor *Pasteur* érdemei kellőképpen vannak méltatva. A typhusról 100 oldalon át emlékeznek meg, s a dolgot egy kitűnő monographia színvonalán áll (*Hutinel* és *Darré*). Az exotikus megbetegedéseket az erysipelas és influenza ismertetése követi. A csecsemők influenzájának ismertetése igen érdekes s eddig kevésbé méltatott fejezetet képvisel.

A II. kötet a gümőkór ismertetésével kezdődik. *Hutinel* és *Lereboullet* mesteri módon oldották meg feladatukat, átnézetesen s mégis kimerítően ecsetelve ezen az emberiséget tizedelő kórságot. *Pirquet* reakciója mellett a *Mantoux* intradermo-reakcióját dicsérik, helyesen utalva *Calmette* eljárása esetleges káros voltára. Az „il faut s'abstenir de consommer du lait cru“ állásponttal tulajdonképpen ellentétbe helyezkednek azon francia szerzőkkel, kik a nyers tejet melegen ajánlják mint csecsemő-tápszert. A lepra tárgyalásában sok érdekes részletet találunk, tanulságos a lepra mutilans képe s a mellette feltüntetett, szintén esonkító, gümös folyamat ábrája. A bujakór tárgyalásakor az egész idevágó irodalmat találjuk méltatva, egyenrangúan sorakozik e fejezet *Hochsinger* hasontartalmú munkálatához, de a *Pfaundler-Schlossmann*-féle kézikönyv gazdag illusztrációi a mű hasznavehetőségét nagymértékben emelik. A csúszos bántalmak kimerítő ismertetése után következnek a vér

megbetegedései (*Hutinel* és *Bigart*) teljesen modernen, széles alapon taglalva, felölelve az irodalom óriási ez irányú tárházát; hiányzik egynehány, a különböző vérmegbetegedéseket érzéktő göröcsövi kép. A glandula thyreoida megbetegedései classikusan vannak megírva (*Hutinel* és *Tixier*). Különösen az infatilisizmusról irt fejezet kötötte le a figyelmemet. A glandula thymus kórtana vázolásánál érdekes megfigyeléseket találunk, melyek a mirigynek a különböző acut s chronikus megbetegedésekben mutatkozó elváltozásaira vonatkoznak. Egészen újszerű csoportosítást találunk az „anomalies de la croissance“ című fejezetben, melyet a „gigantisme“, „acromégalie“, „achondroplasia“ stb. érdekesnél érdekesebb, valóban tökéletesen megirt klinikai részlettanulmányok követnek. A rachitis feldolgozása a mű legjobb részeinek egyike, csupán a therapiában tűnt fel az önálló vélemény nyilvánításának hiánya, például a phosphorról következőképpen nyilatkoznak: „D'après certains auteurs, les résultats seraient merveilleux.“ Egészen új és nézetem szerint igen ügyes a kötet végén található „Vue d'ensemble sur les dystrophies infantiles“.

III. kötet. Az emésztő szervek megbetegedéseivel *Hutinel* és *Nobécourt* foglalkoznak. A gyomorbélrendszer anatómiájának, physiologiájának s bakteriologiájának ismertetése fényesen van megoldva, a francia gazdag ezirányú irodalom mellett *Fischl*, *Langstein* s *Pfaundler* munkálatai is kellő méltatást találnak. Érdekeseke a gyomor radioskopiai vizsgálatát és a bélsár bakteriumfloráját bemutató rajzok. A fogak megbetegedéseinek tárgyalásánál tanulságos a bujakórosok és idioták fogzatának egymással párhuzamba helyezése. A száj megbetegedéseinek gondos vázlatában különös dicséretet érdemel a bakteriologiai rész. A garat megbetegedéseinek tárgyalásakor méltatva találjuk id. *Bókay János*-nak az absc. retropharyngealisra vonatkozó alapvető dolgozatát. A nyelőső szűkületének tárgyalásánál hiányzik a thiosinamin- s fibrolysinkezelés és a tágitás technikájának ismertetése. Dicséretre méltó, hogy a csecsemők gyomorbélbántalmainak ismertetésénél bőven s méltányosan foglalkoznak a szerzők a német tudósok: *Czerny-Keller*, *Baginsky*, *Heubner*, *Finkelstein* alapvető munkálataival, s a hazai szerzők közül *Heim* és *John* jutnak szóhoz. *Hirschsprung*, *Ibrahim* s *Pfaundler* adatai felhasználásával, kiegészítve saját gazdag tapasztalataikkal foglalkoznak a szerzők a pylorus-stenosisra. Igen helyes s nem eléggé méltányolható az appendicitis kezelésében elfoglalt konservatív álláspont. A peritonitis tuberculosa kezelésénél *H. Schmid*-nek 1907-ben a „Jahrbuch f. Kinderheilkunde“-ben közzétett nézeteit vallják. Kimerítően foglalkoznak a pankreas megbetegedéseivel, és saját 24 esetükre vonatkozó boncsolásról számolnak be. A máj betegségei közül különösen érdekes részek: a „foie toxiinfectieux“ és a cirrhosisok. *Jehle*-nek az orthostatikus albuminuriára vonatkozó tanulmányai nincsenek felemlítve. A hólyagkövek tárgyalásakor első helyen *Bókay János* dolgozataira történik hivatkozás. A vese, a hólyag, valamint az ivarszervek megbetegedéseit *Hutinel* és *Merklen* ismerteti. Az enuresis nocturna therapiájában hiányzik az adenotomia méltatása. Ugyane szerzők írták meg a mérgezéseket, melyeknek tárgyalása rövidre van szabva, de kellően ki van domborítva az alkoholmérgezés gyakorisága s az ellene folytatandó küzdelem nagy hordereje.

IV. kötet. *Hutinel* és *Paisseau* a légzőszervek megbetegedéseivel foglalkoznak. A fertőzés módozatai igen eredetien vannak taglalva. Az adenoid vegetatiók kellő méltatásban részesülnek, az adenotomia technikája azonban hiányzik. A gége megbetegedései között szerepel a „laryngite par intubation“, melynek kezelésénél a Stefánia-gyermekkórházban *Bókay* által oly eredményesen használt gelatinás tubusok nincsenek felemlítve. Az idegen testek eltávolításának technikája hiányosan van ismertetve. A nem gümőkóros tüdőbántalmak creosot-kezeléséről (creosotal, duotal, sirolin), bár e gyógymód nagyon ajánlatos, nem tesznek említést. Kitűnően van megírva a gangraena pulmonum fejezet, s helyesen utalnak a sebész beavatkozás kecsgetető voltára. A modern tudomány magaslatán áll a tüdőgümőkórrol irt fejezet, csupán a therapia van kissé rövidre fogva. A tüdő-echinococcus kezelésekor helyesen óvnak az expectatív kezelés elől s melegen ajánlják a radikális műteti beavatkozást. Az „adenopathie tracheobronchique“ kezelésénél nélkülöztem a zöld szappanos bedörzsölések felemlítését. A mellhártyagyulladások klinikai képének feltüntetése tökéletesnek mondható, a kezelésnél a különböző sebész eljárások (*Estländer*, *Delorme*, *Bülow*) hiányoznak. *Hutinel* és *Levan* a vérkeringési szervek betegségeit ismertetik. A be-

vezető diagnostikai rész kitűnő, érdekesek *Destot* orthodiagrammjai, s a csecsemőkön *Trumpp* által végzett vérnyomás-vizsgálatok eredményei. A veleszületett szívbántalmak ismertetésében különösen az embryologiai rész és a „maladie de Roger“ ismertetése válnak ki. A pericarditis tárgyalásakor *Baginsky* és *Heubner* munkálatai lépnek előtérbe. *Roger*, *Rendu*, *Delorme* nyomán tárgyalják a pericarditis sebészi kezelését, nem feledkezve meg *Brauer* cardiolysiséről. Az endocarditisek statistikája *Church* nyomán van feldolgozva s kimutatják, hogy az esetek 80%-ában rheumatismus az aetologiai momentum. A szívbántalmak terapiájával röviden végeztek, hiányzik a nauheimi kúrának ismertetése, a modern carditonicumokat (digalen, digipuratum, a különböző *Golaz*-féle készítmények) nem említik, bár megérdemlik. A vérerek pathológiája kitűnően van megírva, érdekesek a gyermekkori arteriosclerosisra vonatkozó észleletek. Újszerű a beosztás szempontjából az oedemák külön tárgyalása, felölelve az újszülötteket és a nagyobb gyermekek nem nephritises eredetű bőrvizenyőjét. A bőr bántalmainak leírását *Hutinel* és *Jeanselme* eszközölték. Teljesen modern szempontok vezették a szerzőket, s munkájukban egyesítve van a bécsi *Hebra-Kaposi*-iskola álláspontja a hirneves „Hôpital Saint-Louis“ tudományos eredményeivel, a nélkül, hogy *Unna* álláspontja szenvedne. Feltűnt nekem, hogy fogzással együtt járó reflex eczemákról tesznek említést. A moulage ábrák nem bírnak didaktikus értékkel, mert csupán színes kivetelben reprodukálva hathatnak megfelelően.

Az V. kötet az idegbántalmaknak van szentelve (*Hutinel* és *Babonneix*). Az idegrendszer fejlődéstana *Pfister* nyomán megfelelően van feldolgozva. A sematikus ábrák közt *Mihalkovics*-tól eredőt is találunk. Az idegélet fejlődése *Preyer* nyomán röviden, de átnézetesen van vázolva. Az agy megbetegedéseinek során kiválik az aphasia-ról *Kussmaul*, *Steffen* és *Bernheim* alapvető dolgozatainak méltatásával megírt fejezet. A szöveg megértését ügyes sematikus ábrák könnyítik. A beszéd zavarai túl röviden végeztek, *Penzoldt-Stinzing* művének megfelelő fejezete kimerítőbb tárgyalás alapját alkothatta volna. Az agytályogok sebészi kezelésénél *Broca* elveit hirdetik: 1. a felületes agykéregtályogok nyújtják a legjobb körjóságot, 2. a lumbal punctio adja a pontos indiciókat a beavatkozásra. Az agydaganatok megbeszélésekor nagyon megszívlelendőnek tartom azon álláspontot, hogy az ülőhelyzetben eszközölt lumbal punctiókor, különösen kisagydagánat esetében hirtelen halál következhetik be. A parasyphilises folyamatok felemlítését, *Baginsky* elveit elfogadva, helytelenitem, a spirochaeta pallida felfedezése óta parasyphilis nem létezik. A „sclerose cérébrale des enfants“ leírásánál első sorban *Jendrassik*-ra történik hivatkozás. *Hoffa* elvei szerint van méltatva az idegbetegségek orthopaediai sebészi kezelése. A myxoedema és mongolismus elkülönítő körjelzése *Sutherland* táblázata segítségével van magyarázva. Kitűnően van megírva az idioták medicopaedagogiája. Érdekesen, *Charcot* tanítványaihoz méltón van megírva a „maladies médullaires familiales“ fejezet. A meningitisek prophylaxisában helyesen hivatkoznak *Casimir Delavigne* versére: „Quand ils ont tant d'esprit, les enfants vivent peu“, oly gyermekek, kiknél „antécédents meningitiques“ forognak fenn, vidékre telepítendőek s kiméljük őket az erőltetett szellemi munkától. Átnézetesen van tárgyalva a gerinczagyhártyalobok sero-therapiája. Az izmok megbetegedéseivel *Hutinel* és *Voisin*, a neu-rosisokkal *Hutinel* és *Babonneix* foglalkoznak. A chorea ismertetésénél *Hudovernig* nevével s a „Chorea kórperchen“-re vonatkozó munkálatával találkozunk. A hysteriára helyesen alkalmazzák *Sydenham* nézetét: „C'est une protée qui prend une infinité de formes différentes. C'est un caméléon qui varie sans fin ses couleurs“. Alapos tanulmányozásra érdemes az epilepsia gyógyítása. A tetaniánál *Escherich* és a bécsi iskola munkálatai részesülnek elismerő ismer-tesben. *Emminghaus* és *Ziehen* dolgozatainak felhasználásával írták meg a gyermekpsychosisokat.

Hutinel nagy munkája előtt leteszszük az elismerés palmáját, mert egyesítve van benne a nagy elméleti tudás a kitűnő klinikus gyakorlati felfogásával. Az ábrák száma csekély, helyenként gyengék, a therapiás rész egyik-másik helyen kissé rövidre van fogva, mind oly hibák, melyek a következő kiadásban könnyen igazíthatók helyre. *Hutinel* munkájára elmondhatjuk *marquis de Vauvernages*-sal „les bons livres sont l'essence des meilleurs esprits, le précié de leurs connaissances et le fruit de leurs longues veilles“.

Deutsch Ernő dr.

Lapszemle.

Gyermekorvostan.

A veleszületett puha vagy hiányos csontosodású koponyáról értekezik *E. Wieland* dr., ki 976 megvizsgált csecsemő közül 182-n (18.6%) talált ilyen módon elváltozott koponyacsont-részleteket. A bántalom székhelye leggyakrabban a nyilvarrat mentén a falsontszéleken, különösen a koponya legmagasabb pontján a két falsontdudor közt van. Általában tehát a koponya falsonti részletén, bár kivételesen a homlok-, halántékés nyakszirtesonton is előfordul.

Szövettani fejlődését tekintve, a puha koponya két alakban jelentkezik. Az egyik alakban a periferiás csontszélek puhák, különösen a fejtetőn, ezen alak a koponyaboltozat fokozott növekedési energiája miatt áll elő, melylyel a csontosodás nem tud lépést tartani (Appositionsdefekt). A másik alak a koponyacsont körülírt uzurálódásaiban és hiányaiban nyilvánul, mit a gyorsabban növekedő agy mechanikai nyomó hatása fejt ki a koponyaboltozat bizonyos részeire (Resorptionsdefekt). *Wieland* vizsgálatai szerint a veleszületett puha koponya nem betegség, sem physiologiai növekedési jelenség, hanem a foetalis koponyaboltozat fejlődési zavara, mely a normális koponyacsontosodás és a physiologikai koponya-, illetve agynövekedés közti időleges egyenetlenség miatt áll elő. A klinikai lefolyásra jellemző, hogy a veleszületett puha fej spontán fejlődik vissza; leggyakrabban már néhány héttel a születés után, de csaknem mindig a második negyedév elején. A törvényszerű visszafejlődést zavarja és a gyógyulás idejét látszólag meghosszabbítja a csecsemő megbetegedése rachitishen (Kraniotabes), de a szerző itt ismételtlen hangsúlyozza, hogy e két megbetegedés egymással semminemű összefüggésben sincs. (*Virchow's Archiv für path. Anatomie und Physiologie und für klin. Medizin.* 1909. 197. köt.)

Koós Aurél.

A tej által okozott megbetegedések és halálozások statistikájának gyűjtési módszere. Ily czímen tartotta *Henry L. Coit* elnöki megnyitó beszédét az „Orvosi tejvizsgáló bizottságok amerikai egyesületé“-nek évi gyűlésén 1908-ban Chicagóban. Sok körülmény oka annak, hogy a csecsemők és betegek főtápszere, a tej, betegséget okozhat és az életet veszélyeztetheti; ilyen például a pénzsóvárság, tudatlanság, gondatlanság, a tejforrás környezetének egészségtelen s nem hygienés volta, a tej gyűjtése és szállítása közben gyakori fertőzés. A közegészségügy hivatott őreinek kötelessége gátat vetni ezen veszedelemnek. Bár igen nehéz, de mégis szükséges ezen czélból oly statistikákat gyűjteni, melyek a tejure visszavezetendő megbetegedéseket és halálozásokat mutatják ki. Az amerikai orvosi tejvizsgáló bizottság havonta bejelentési lapokat küld szét s a nyert adatokat összehasonlítja az előző év halálozásaival. *Coit* lakóhelyén Newarkban a hatósági bizonyítvánnyal ellátott tej: „certified milk“ csak 2%-ot tesz ki az ottani napi fogyasztásnak. New-York városában pedig a naponta fogyasztott 1 millió és 800,000 quart tej közül csak 1/2%-ot tesz ki az igazolványos tej. S ha ezen egész tejmennyiséget csecsemők fogyasztának el, a mi nem történik, akkor is a New-York városában lévő csecsemőknek csak 5%-a volna ezen tiszta tejjel ellátva. Ezért inkább az utolsó években általánosan szokásossá vált tejforralásnak lehet betudni azt, hogy úgy a megbetegedések, mint a halálozások száma a csecsemőknél csökkent. Az évi tejfogyasztás az Egyesült-Államokban közel 800 millió quartot tesz ki, s egy személyre havonként átlag 2 gallon jut. Ily óriási fogyasztás mellett nem lehet túlbecsülni azon befolyást, melyet a tisztátalan és inficiált tej a megbetegedési és halálozási statistikára gyakorol.

Coit felhívja a figyelmet *Bergeron* graphice igazolt kimutatására, mely szerint az újszülött gyermeknek chance-a, hogy egy hetet túlél, kisebb, mint egy 90 éves aggastyáné, hogy még egy évet él.

Coit nem tartja helyesnek azon módszert, hogy a statistikák a halálozásokat 1000 születésre vonatkoztatva 1 éven aluli és 1-től 5 évig terjedő csoportokra osztják be, helyesebb volna a kisdedeket a 3 éves korig külön választani és külön a 3—8 éves korú gyermekeket.

Hogy jó, tiszta tejjel a nagy halálozási arány a csecsemők-nél tényleg leszállítható, ezt bizonyítja azon körülmény, hogy

Newarkban 500-nál több csecsemőt láttak el az elmúlt esztendőben „igazolványos” tejjel és míg a városban a 3 éven aluli kisdetek halálozása 20%-át tette ki az elveszülötteknek, addig ezen 500 csecsemőnél az összhaltóság csak 5% volt. *Loránd.*

Az orvosi tejbizottság az amerikai kontinensen. Keletkezése, céljai és növekedése. *Henry L. Coit* mint az amerikai legrégebbi állami orvosegyesületnek, mely már körülbelül 140 éve áll fenn, hivatalos kiküldöttje jelent meg a congressuson és ezen gazdaságilag és egészségügyileg nagyfontosságú amerikai intézménnyel tartott ismertető előadást a következőkben.

Amerikában 1889-ben történt az első kísérlet New-Jersey államban, hogy állami intézkedés szabályozza a tejtermelés tisztaságát. De csak 1894-ben Washingtonban léptették először életbe a tej hivatalos ellenőrzését. A szerzőnek, mint a „*Medical Milk Commission*” elnökének nagy része volt azon terv keresztülvitelében, hogy a csecsemők mesterséges táplálására alkalmas tiszta tejet produkáljanak. Tudvalevő dolog, hogy a tejtermelés közönséges módjának annyi a hiánya, hogy a városok tejszükségletének fedezésére szolgáló tej egyáltalában nem alkalmas a betegek és csecsemők táplálására. Rendszerint gyűjtött tej kerül a városokba, mely alacsony értékű, s melynek sok városban csak a vasúti állomáson a felügyelő esetleges vizsgálatán kell átmennie, hogy megfeleljen az illető városok hatósági rendszabályainak. A törvényhozási, valamint a városi hatósági intézkedések nem eredményezhetik a tej tisztaságának azon fokát, melyet az „*Orvosi tejbizottság*” megkövetel; befolyásuk távol esik a tejtermelés forrásaitól; tisztasági követelményük túlalacsony és nem tudják a tejgazdákat arra ösztönözni, hogy a higiénie érdekében a lehető legjobb eredményeket érjék el. De a törvényhozás nem is szabályozhatja a tejtermelés részletes kérdéseit. Megállapíthatja, hogy a tej legyen tiszta, de nem adhatja meg a módot annak elérésére, nem írhatja elő, hogy mit kell érteni tiszta kéz, tiszta tőgy, tiszta edény, steril tartály alatt, hogy mi az egészséges állat, a jó takarmány, a megfelelő istálló és gondozás.

Általában a tej ellenőrzésének 3 módja van alkalmazásban. Az első a kereskedelmi ellenőrzés, mely több városban létezik s abban áll, hogy a tej gyűjtői és eladói hatósági engedélyt, jogszínt kapnak, de az ellenőrzés nem terjeszkedik ki a majorok és a tejüzletek tényleges vagy kielégítő felülvizsgálatára.

A második a városi, hatósági ellenőrzés, mely már magában foglalja a majorok vizsgálatát, a szállítás és a tejüzletek kontrollját is. Nagy városban ez óriási feladatot ró a közegészségügyi hivatalra (health department), mint pl. New-York városában, hol a napi tejfogyasztás 2 millió quart s ezt 12,000 tejüzlet osztja szét s ezek viszont 30,000 tejtermelőtől nyerik ezen mennyiséget.

A harmadik ellenőrzési módszer: az orvosi felügyelet és ellenőrzés. Ezen módszer sem haladja felül szigorúságában az előbbi, mely a városokban az általános fogyasztásra szánt tejet ellenőrzi; nagy jelentősége inkább abban rejlik, hogy arra törekszik, hogy klinikai célokra is alkalmas tejet kapjon a betegek, a kórházak és a csecsemők számára. Ezen tejtermény az igazolványos tej, „*certified milk*”, mely minőségére nézve messze felülhaladja azon követelményeket, melyeket a hatóságok előírnak. Több orvos önkéntes és nem díjazott szolgálatát veszi igénybe, kik az „orvosi tejbizottságot” alkotják, s ez kiegészíti magát egy tejtermelővel, egy vegyészszel, egy bakteriologussal, állatorvossal és az alkalmazottak orvosi felügyelőjével s ezen bizottság adja meg a majorosnak a jogot, ha követelményeinek megfelelt, hogy terményét igazolványos tejnek „*certified milk*” nevezhesse el. Ezen bizonyítvány magában foglalja a tejtermelés szerződészerű ellenőrzését, a követelmények automatás fokozódását az ismeretek kibővülésével, beleértve az egészségügyi ismeretek legelőhaladottabb módszereit.

A klinikai követelmények a tej tisztaságára vonatkozólag a következők: 1. Nagyszámú mikroorganizmus hiánya és* pathogen válfajok teljes távolléte. 2. A tej változatlansága a korai fermentatív változásokkal szemben, úgy hogy különösebb gond nélkül is eltartható legyen. 3. Állandó tápérték, az ismeretes vegyi összetételnek megfelelőleg és a szerves alkotóelemek jelenléte, előzetes mechanikai, termikus vagy vegyi kezelés nélkül.

Ezen tervezetet jóváhagyták *T. Mitchell Prudden*, *A. Leeds* és *R. G. Freeman*. A tervezet szerint az orvosi tejbizottság fel-

állítja a tej tisztaságának klinikai alapfeltételeit, felelős azért, hogy időnként szakértői szemlét tartsanak a majorokban, melyek a fennhatósága alá tartoznak, a tejtermék gyakori vizsgálatáról gondoskodik a vegyész és bakteriologus útján; az előbbi a tápértéket ellenőrzi, az utóbbi pedig a szállítás és árusítás körül kifejtett módszereket vizsgálja felül. Az állatorvos rendszeresen inspiciálja a teheneket és kizárja a beteg s főleg gyöngykóros állatokat.

A személyzet orvosi ellenőrzését a naponként beküldött orvosi jelentések bizonyítják. A bizottság figyelme kiterjeszkedik a legelőkre, és az állatok észszerű etetésére állandó tejösszetétel nyerése céljából megszabja az istállók építését, szellőztetését, gondozását és a szennyvizek elvezetésének módját. A legpontosabb tisztaságot követeli meg a fejés körül, szabályozza a tej hűtését és szállítását.

A tejbizottság orvosi tagjai díjazást nem kapnak, míg az igénybe vett szakértőket a tejtermelők fizetik, ezért ezen szakértők nem is tagjai a bizottságnak, hanem kiküldöttei és felelősek is ennek, úgy hogy jogos panasz esetén a bizottság által eltávolíthatók. A bizottság rendszeren 12 tagból áll. Minden bizottsági tag évenként legalább is négyszer személyesen inspiciál. A jelentéseket bizottsági ülések elé terjesztik s ott megvitatják. A vegyész két hónaponként végzi a tej kvantitatív és kvalitatív vizsgálatát, vegyelemzését, úgyszintén a bakteriologus is 2 hónaponként tesz jelentést. A bizottság méltányosnak tartja, hogy az „igazolványos” tejnek minden quartjánál a termelő 15 cent hasznót számíthasson fel.

Említésre méltó a tej tartóssága, mely tengerentúli szállítás után is még édes maradt. A New-Yorkból Liverpoolba s vissza küldött tej 21 napi út után még 11 napig változatlanul maradt a vegyésznel és a 13. napon felbontott utolsó quart még mindig édes volt.

A fent kifejtett elvek keresztülvitelére alakult bizottságot utánozták 1896-ban New-Yorkban *Emmett Holt* és *Chapin*, és az ilyen orvosi tejbizottságok száma néhány év alatt rohamosan növekedett. Három év előtt már 21 működött az Egyesült-Államokban. A cincinnati orvosegyetem javaslatára ezen külön működő bizottságok egyesültek nemzeti egyesületté, hogy módszereikben és szabályzataikban egységesen járassanak el. Ezen nemzeti egyesület Chicagóban 1908-ban 300 tagból állott, kik 36 bizottságban működtek, míg 1909-ben Atlantic Cityben már 500 tagja volt és tagjai 58 bizottságba tartoztak, részben az Egyesült-Államokból, részben Canadából. Fontos lépés volt, hogy 1909-ben New-Jerseyben a törvényhozás elismerte és szabályozta az orvosi tejbizottság közhasznú működését. *Loránd.*

A syphilis átörökléséről serologiai és bakteriologiai vizsgálatok alapján ír *Baisch* (München). A szerző a spirochaeta-vizsgálatot a Wassermann-reactióval kombinálva, igyekszik a lues átöröklésénél fennforgó viszonyokat megvilágítani. A spirochaeta-vizsgálatot az újszülötteken és a placentán végezte; a Wassermann-reactiót — pontosan az eredeti utasítás szerint — az anyán. Száznegyven lueses illetve luesre gyanús esetet vizsgált és észleleteit a következőkben foglalja össze.

1. A lues átöröklésének kikutatására a Wassermann-reactio nem elegendő, szükséges a bakteriologiai vizsgálat a foetuson és placentán, mert előfordul, hogy az anyán a Wassermann-reactio negatív és ugyanakkor a foetuson a spirochaeta-lelet pozitív.

2. Ha az anyán a Wassermann-reactio negatív, akkor csak nem nagyon macerált foetuson nyert negatív spirochaeta-lelet mellett zárhatjuk ki a luest.

3. A haemolysist gátló anyag nem megy át a placentán az anyáról a gyermekre.

4. A haemolysist gátló anyag keletkezése a spirochaeták jelenlétéhez van kötve.

5. A maceratiót s korai elhalást az esetek 80%-ában lues okozza. 20%-ban köldökzsinórkaacs, torzképződés, az anya nephritise, talán tuberculosisa szerepel ok gyanánt.

6. A typosus habituális elvetélés az első 4 hónapon belül nem tartozik a lues tünettárához.

7. Körülbelül 75%-ában a syphilitis csecsemőknek az anya lueses tünetet nem mutat.

8. Lueses gyermek anyja pozitív Wassermann-reactióval klinikai tünetek nélkül is lueses.

9. Valószínű, hogy negatív Wassermann-reactio mellett is inficiált az anya.

10. A Colles-törvény, mely szerint a lueses csecsemő anyja immun, és a Profeta-törvény, hogy a lueses szülő gyermekei immunok, abban lelik magyarázatukat, hogy a syphilissel inficiált egyének refractaerek a lues-szel szemben.

11. Igen fontos a veleszületett lues számának apasztására a szülőnek erőyes antilueses kezelése, főleg a terhesség alatt. (Münchener med. Wochenschrift, 1909. 38. szám.) Vas J. dr.

A veleszületett gümőkórral foglalkozik *Rietschel* (Drezda). Munkájának eredménye a következőkben foglalható össze. A veleszületett gümőkór átvitelének időpontjával méhlepény-gümőkór jelenléte esetében első sorban a foetális időszak szolgálhat, azonban történhetik a fertőzés „intra partum”, azaz szülés közben is. Ezen utóbbi fertőzőmód gyakoribb, mint ezideig felvették. Ha a fertőzés módja ezen utóbbi volt, akkor a gyermek betegsége a halál bekövetkeztéig hónapokat vehet igénybe. Az eddig észlelt esetek közt van egy gyermek, ki fél évig élt. Azonban nem minden méhlepény-gümőkór vonja maga után a foetus gümőkórját, azaz ezen úton a fertőzés nem következik be okvetlenül, hanem esetlegességektől függ. A veleszületett gümőkór tehát gyakoribb fertőzés, mint eddig hitték, de éppen úgy lehetséges, hogy azon csecsemők, kik az első életnapokban és hetekben méhen kívül fertőződnek, súlyosabban betegednek meg és gyorsabban halnak el. Azon feltevést, hogy a csecsemőben a gümőkórbacillusnak lappangási időszaka van, úgy klinikai, mint bonczolástani alapon jogosulatlanul tartja. Az allergiás erőnek alacsony volta az első hetekben és hónapokban nem a gümöbaccillus lappangási időszakával magyarázható meg, hanem abból, hogy a fiatal csecsemő sejtjei nem tudnak ellenanyagokat termelni. A gyermek azon képességet, hogy allergiás legyen, a növekedő kórral szerzi meg. A veleszületett módon, vagy a korai életkorban gümöbaccillussal fertőzött csecsemő így biztosan a halál martalékává lesz körülbelül az első félév folyamán. *Behring*-nek, *Baumgarten*-nek a gümöbaccillusok lappangására vonatkozó elmélete a csecsemőszervezetre érvénytelen. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1909. 70. kötet, 62 lap.) *Flesch*.

A csecsemők bélhurutjának bakterium acidi lactici-vel való kezeléséről ír *Charles Hunter Dunn* (Boston). A szerző röviden ismerteti a csecsemőkori hasmenések modern osztályozását, s közülük a bakteriumok fermentációs termékei által létrehozott diarrhoea kezelésével foglalkozik, érteve ezen elnevezés alatt a gyermekek nyári hasmenésének azon alakját, melyben a képződött toxinok felszívódása folytán létrejött tünetek vannak túlsúlyban. Ezen toxinokat saprophyta bakteriumok termelik, s míg a fertőzést létrehozó pathogen parasiták ellen serotherapiával, vaccinatioval védekezünk, addig a saprophyták ellen a bakteriumok antagonismusán alapuló új kezelésmóddal lehet szép eredményt elérni. Ezen módszert ismerteti a szerző, kit *Tissier* párisi kutatásai ösztönöztek további vizsgálatokra e téren.

Tissier a bétartalom fermentációját létrehozó bakteriumokat ismertette; szorgosan átvizsgálva a bélrendszer bakteriumait úgy az egészséges, mint a hasmenéses gyermekekben, azt találta, hogy míg az egészségesben főleg a bacillus bifidus van túlsúlyban, ezen alak a betegekben csaknem teljesen eltűnik, s helyette más bakteriumok lépnek fel, melyek közül a legtöbb ártalmatlan, de egy olyan alakot is tudott izolálni, mely az állatkísérletben kórokozónak bizonyult, megtámadva a proteid anyagokat és ezek származékait, a szövetek elhalását létrehozó toxint termelve.

Ez a bakterium perfringens, mely Gram szerint jól festődik. Ezen bakteriumalak a betegség megszűntével csakhamar eltűnik. *Tissier* nézete szerint ezen organismus hozza létre azon megbetegedéseket, melyeket fermentációs diarrhoeának tartunk, míg a többi bakterium csak a mucosa izgatásával segíti elő a bakterium perfringens hatását. Táptalajokon, melyek kellő szénhydrat-tartalommal bírnak, a bacillus bifidus megakadályozza a bakterium perfringens fejlődését, hasonló tulajdonsággal bír a bakterium acidi lactici is. *Tissier* szerint feladatunk a normális bakteriumflorát visszaállítani, ezen célból a táplálék proteid-tartalmát csökkenteni, szénhydrat-tartalmát pedig fokozni kell, s a bélhuzamba olyan mikroorganismusokat bevinni, melyek a bakterium perfringens fejlődését meggátolják, ilyen a bacillus bifidus és a bak-

terium acidi lactici. *Tissier* kísérleteihez az utóbbit választotta, a bakterium acidi lactici tiszta kulturáit adagolta betegeinek, s ezen kezelés mellett a székletek csakhamar normálisak lettek s a többi összes tünet is szűnt.

Minthogy az író nagymennyiségű bakterium acidi lacticit tartalmaz, s e mellett proteidmentes, zsírszegény tápszer, *Dunn* íróval kísérletezett. Ezen célból az író tiszta pasteurizálta, hogy a jelenlévő bakteriumokat elpusztítsa, majd az így kezelt író tiszta bakterium acidi lactici tiszta tenyészetével beoította. Az ezen íróval kezelt 35 beteg közül 23-nak a széklete csakhamar rendes lett, sőt súlygyarapodást is észlelt, 3 beteg javult, 9 esetben nem volt eredmény.

Kezelés alá azon betegeket vette, kiken a hasmenés hirtelen keletkezett, a székletek vizesek, néha nyálkásak voltak, hányás, nagy súlyvesztés, toxikus-ideges jelenségek, 1—2 napi magas láz voltak a fő tünetek. Ezen betegeinek csak akkor adta az író, midőn az eddig szokásos kezelés, úgymint hashajtók, diataemeszorítás, bismuth stb. nem vezetett eredményre. Annál feltűnőbb volt a csakhamar bekövetkező gyógyulás, míg a dysenterias betegeknek kísérletképpen íróval való kezelése nem vezetett eredményre.

Hogy ezen esetekben nem az íróval való táplálás, hanem a bakterium acidi lactici specifikus hatása vezetett eredményre, mutatja, hogy 14 hasonló súlyos esetet pasteurizált íróval (mely nem tartalmazott bakterium acidi lacticit) kezelt, s ezekben javulás nem volt észlelhető.

Ezek után a szerző nemcsak a válogatott súlyos esetekben, hanem rendes gyógykezelésként minden betegén több száz esetben alkalmazta. Közülük csak 100-nak a sorsát ismeri: 74 esetben teljes gyógyulás, 12-ben javulás volt észlelhető, míg 14 alkalommal nem ért el eredményt.

Természetesen, nem minden csecsemő caloria-szükségletének felel meg az író, ezeknek csak mint gyógyszer adta, s a tünetek megszűnte után a normális táplálékra tért át. (The Journal of the Americ. Medic. Association, Chicago, 1909 augusztus 21. 8. szám.) *Tóth Sára dr.*

Vegyes hírek.

A lefolyt congressus működésének egyik jelentőségteljes mozzanata, hogy a gyermekorvostani (X.) szakosztály záróülésén egyhangúlag elhatározta, hogy lelkesedéssel fogadja egy „Association internationale des Pédiatres” létesülését s óhajtanak tartja, hogy az ide vonatkozó tárgyalások a különböző nemzetek képviselői között *mielőbb* meginduljanak. Ezen nemzetközi társulása a gyermekorvosoknak régóta érzett szükség s az eszmét újabban kitűnő kartársunk, *Hutinel* tanár (Páris) hozta szönyegre. Azon klasszikusan szép beszédét, melyet a X. sectio utolsó ülésén, a bezárás előtt közvetlen mondott el s melynek hatása alatt hozta meg a szakosztály fenti határozatát, eredetiben az alábbiakban hozzuk:

Monsieur le Président!

Nous ne voulons pas laisser se clore la dernière séance de la X-ième section, sans vous exprimer les sentiments que nous a inspirés notre passage à Budapest.

Nous devons d'abord remercier notre président, Mr. le Pr. Bókay de la façon dont il a dirigé nos travaux et de la bienveillance qu'il a témoignée à chacun de nous individuellement; nous devons remercier aussi les médecins Hongrois et leur charmantes femmes de l'accueil plein de cordialité qu'ils ont bien voulu nous réserver.

Nous emportons de notre passage dans cette belle ville un souvenir ému et enthousiaste. Nous avons été frappés des immenses progrès que vous avez réalisés dans les arts, dans les sciences, en agriculture comme en médecine, vous ne vous laissez devancer par personne et vous savez garder votre indépendance. Il suffit de voir vos admirables institutions de bienfaisance, vos monuments, vos maisons, l'activité qui régné dans votre capitale pour reconnaître que vous êtes un grand peuple; conscient de sa valeur et de ses destinées. Avant de quitter la Hongrie, nous la saluons et nous faisons, avec confiance, des vœux pour sa prospérité.

Nous emportons d'autres souvenirs. C'est d'abord celui des collègues sympathiques que nous avons rencontrés ici et avec qui nous avons pu vivre quelques heures trop courtes. Nous nous rencontrerons, j'en suis certain, quelquefois rivaux, mais toujours amis, car tous nous suivons la même voie, et tous nous avons un même but. L'idée qui nous guide c'est le bien de l'enfant, c'est l'amour de l'humanité dans sa fleur.

Oh! l'enfant, quelle sympathie et quelle pitié il sait nous inspirer quand chétif ou malade nous le voyons se faner et se flétrir au lieu de croître et de s'épanouir! Tous ici nous l'aimons; sans cela nous serions indignes de notre mission et nous la remplirions mal.

Cette union dans l'amour de l'enfant, cet idéal commun que nous avons, voilà ce qui nous rapproche et nous lie les uns aux autres. Il ne nous reste maintenant qu'à nous fusionner en un faisceau solide afin d'augmenter nos forces et d'étendre nos moyens d'action.

M. M. pour terminer je reviens sur la proposition que d'autres collègues vous ont déjà faite et que je vous ai faite moi-même: unissons-nous et fondons une fédération féconde de tous les pédiatres du monde.

Alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán. Megválasztottak: Az I. sz. anatómiai intézetéhez: *Chrapek Jenő* díjas és *Rejtő Sándor* dr., *Fritz János*, *Schrauf Frigyes*, *Szabó János*, *Takács Zoltán* díjtalan gyakornoknak, *Karsa Géza* díjas demonstratornak; a II. sz. anatómiai intézetéhez: *Melkovics Rezső* II. tanársegédnek és *Vén Ferenc* díjas gyakornoknak; az élettani intézetéhez: *Erdélyi Pál* II. tanársegédnek, *Hortobágyi Béla* díjas gyakornoknak és *Földessy Tibor* díjas demonstratornak; a gyógyszer-tani intézetéhez: *Hamburger Erzsébet* díjas gyakornoknak; az I. sz. kórbonezoló-tani intézetéhez: *Hüttl Tivadar* dr. és *Schütz János* dr. díjazott, *Schuster Gyula*, *Rajz Sándor* és *Stranz Gyula* díjtalan gyakornoknak. Az I. sz. belklinikához: *Kolbinger János* dr. díjas gyakornoknak (meghosszabbítás), *Pekaniovich István* dr. és *Hruby Ede* dr. díjtalan gyakornoknak; a III. sz. belklinikához: *Fogarasi Imre* dr. díjtalan gyakornoknak; a II. sz. sebkegyszékhöz: *Koritsák Rezső* dr. és *Barla Szabó József* dr. díjazott, *Almer Sándor* dr. díjtalan műtőnővendéknek; az I. sz. nőkegyszékhöz: *Kelen Béla* dr. díjas, *Bodonyi Alajos* dr. és *Mattyasovszky Honor* dr. díjtalan gyakornoknak; a II. sz. nőkegyszékhöz: *Brósz Sándor* dr. díjas, *Berzsenyi Zoltán* dr., *Heller Pál* dr., *Jung Géza* dr. és *Kleits János* dr. díjtalan gyakornoknak; az I. sz. szemklinikához: *ifj. Liebermann Ló* dr. III. tanársegédnek, *Bárony Tivadar* és *Engelsmann Ernő* díjas, *Rosenfeld Miksa* díjtalan gyakornoknak; a II. sz. szemklinikához: *Borbély László* dr. I. és *Szöke Andor* dr. II. tanársegédnek; a közegészség-tani intézetéhez: *Zwillingner Ferenc* dr. és *Dienes Lajos* dr. tanársegédnek.

Kinevezés. *Nankovics Rezső* dr. bártfai és *Holénia Gyula* dr. eperjesi városi főorvost tiszteletbeli megyei főorvossá nevezték ki.

Választás. *Pártos Ernő* dr.-t Szannyan körorvossá választották.

Az Erzsébetkirályné-sanatorium igazgató-főorvosává a Sanatorium-egyesület *Scharl Pál* dr.-t, az új-tátrafüredi sanatorium vezetőjét választotta meg.

Gáger Károly dr. királyi tanácsos orvosi gyakorlatát Arcoban újból megkezdte.

Az országos balneológiai egyesület pályadíjai. 1. Az országos balneológiai egyesület 200 korona pályadíjat tűz ki a következő kérdésnek adatokkal támogatott alapos kifejtésére: „Micsoda támogatásra számíthatnak a magyar fürdők és források az állam és törvényhozás részéről, tekintve azt a támogatást, a miben az ipar és kereskedelem valamint a mezőgazdaság részesülnek.” A jelítés levéllel ellátott, jól olvasható munkák 1910 február 1-ig az Egyesület titkárságánál nyújthatók be. (VIII. Üllői-út 26.) Nem orvosok is pályázhatnak. 2. Az országos balneológiai egyesület 200 korona pályadíjat tűz ki az 1909-ben nyomtatásban megjelent legjobb balneológiai dolgozatra, monografiára vagy fürdőleírásra, melynek szerzője hazai fürdőn működő magyar orvos.

A „Gesellschaft für Kinderheilkunde“ ez évben Salzburgban tartotta ülését szeptember hó második felében a következő programmal:

A) **Referatummok.** 1. *Thiemich*, Magdeburg: Az értelmiség vizsgálata: módosított gyermekek, különösen gyöngélméjűek. 2. *L. F. Meyer*, Berlin: A sok jelentősége a csecsemők táplálkozási zavarai. 3. *Hohlfeld*, Lipse: A marhagümőkór jelentősége a gyermekkor fertőzésekben.

B) **Előadások.** 1. *Meinert-Rietschel*, Dresden: Az anyák szoptató képessége a Gesellschaft für Kinderheilkunde tagjainak családjában. 2. *Rietschel*, Dresden: A csecsemők nyári halandóságának problémája. 3. *Hecker*, München: A vérkép a kanyaró lappangási időszakában. 4. *Mennacher*, München: Cytológiás vérelet gyermekek alkati betegségeiben. 5. *Uffenheimer*, München: A complementkötés vörhenyben. 6. *Meyerhofer és Pribram*, Wien: a) Colloidekémiai leletek a csecsemők enteritisében. b) Demonstrációk (gömbök és képek) conservált anyatejjel eszközölt táplálási kísérletekről. 7. *Heubner*, Berlin: Súlyos emésztési elégtelenség gyermekben a csecsemőkoron túl. 8. *Zoppert*, Wien: A csigolyadűzők a gyermekkorban. 9. *Fuchs*, Wien: A gümőkóros gyermekek kezelése nagy tuberculinadagokkal. 10. *Nöggerath*, Berlin: A csecsemőtáplálás elméletéhez. 11. *Schlesinger*, Strassburg: A gyenge tehetségű iskolás gyermekek előmenetele testi és szellemi fejlődés tekintetében. 12. *Benjamin*, München: Searlatina mitigata. 13. *Aschenheim*, München: A cukorkiválasztás a gyermekkorban. 14. *Schick és Sluka*, Wien: Adatok a hörgőmirigygümőkór klinikájához és Röntgen-körisméjéhez a korai gyermekkorban. 15. *Spieler*, Wien: A chromaffin túlingerlékenység a gyermekkor tetaniában. 16. *Leiner és Spieler*, Wien: A börgümőkórrol a gyermekkorban. 17. *Trumpp*, München: A gyermekek vérenek viscositása, haemoglobin- és fehérjetartalma. 18. *Tobler*, Heidelberg: A víz és a sók közti vonatkozások a szervezetben. 19. *Fcer*, Heidelberg: A gyermekorvostan az egyetemi oktatásban. 20. *Hecht*, Wien: Az enterogen savképződés viselkedése a csecsemők emésztési zavarai. 21. *Luel*, Heidelberg: Antifermentek a csecsemőkorban. 22. *Siegert*, Köln: A csecsemő idiosinkrasiája a tehéntej zsírsírája szemben. 23. *Schloss*, Berlin: A hőmérséknek alimentáris úton való befolyásolása és az anyagesere. 24. *Seiffert*, Lipse: Az „aseptikus“ tejnyerés ezéja és határai és a tejnek fénytel történő desinfectiója. 25. *Schlossmann*, Düsseldorf: Adatok a csecsemőkór fiziologiájához. 26. *Heubner*, Göttingen: Kísérletek a növekedő szervezet phosphoranyageseréjét illetőleg. 27. *Bauer*, Düsseldorf: A tej fiziologiájáról. 28. *Orgler*, Charlottenburg: A gyarapodás természetes és mesterséges táplálásnál.

Küzdelem az endemiás cretinismus ellen. Olaszországban nemzeti bizottság tette magáévá a cretinismus ügyét *Manjiagalli* senator vezetése alatt. A bizottság tagjai *Foa*, *Tedeschi*, *Devoto* és *Belfanti* tanárok.

A bizottság 1909. évi október havában congressust tart Milanóban, hogy a cretinismus és ennek leküzdése körül felvetődő kérdéseket megtárgyalja.

Új gyermekkórház Bolognában. Bolognában megkezdtek a *Gozzadini*-féle gyermekkórház építését. A kórház alapítója *Gozzadini Gozzadini* grófnő, ki végrendeletileg egész vagyonát ezen kórház létesítésére hagyta.

A budapesti egyetem I. sz. női klinikáján szeptember hóban 188 szülés (95 először szülés és 93 többször szülés) folyt le. A született magzatok száma 188 volt, még pedig élő 165, halott 18, macerált 5; érett 144, kora 23, éretlen 21; fiú 91, leány 85, kérdéses nemű 12; törvényes 92, törvénytelen 96. A gyermekágyasok közül 1 halt meg. A nőbeteg osztályon 78 beteget ápoltak, a kik közül 1 halt meg. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 94 esetben vették igénybe; a műtétek száma 62 volt.

Meghalt. *Pick Ignác* dr., Pécs város közkórházának főorvosa 64 éves korában, október 11. én. — *Schüller József* dr. Cséllán 31 éves korában. — *Korányi József* dr. vérméi körorvos. — *H. C. Chapmay*, valaha a törvény-széki orvostan tanára Philadelphiában. — *Sir Th. Smith* baronet, Viktoria királyné s a mostani angol király udvari orvosa, kiváló sebész, a ki irodalmilag is jeles működést fejtett ki szakmája terén, meghalt október 1. én Londonban 76 éves korában.

Kisebb hírek külföldről. A bostoni Harvard-egyetemen *E. E. Southard* (idegkór-tan), *M. Standish* (szemészet) és *O. E. Focin* (élet-chemia) dr.-okat tanárrá nevezték ki. — Florenzben *F. Schupfer* dr. rendkívüli tanárt (belorvostan) rendes tanárrá léptették elő. — *Kischkin* dr. a belorvostan rendes tanára lett a moszkvai egyetemen. — Rendkívüli tanár lett: *A. Fabris* dr. Genuában (kórbonezoló-tan) és *G. Tusini* dr. Pisában (sebészet).

Új folyóirat. A természetvizsgálók és orvosok Salzburgban tartott 81. congressusa új folyóirat megindítását határozta el „Materialien, Untersuchungen und Abhandlungen zur historischen Biologie der Krankheitsorganismen“ címen. A szerkesztést a következőkre bízta: *Ebstein* prof. Göttingen, *Fessel* prof. Graz, *Györy* egyet. magántanár Budapest, *Sticker* prof. Bonn, *Sudhoff* prof. Leipzig.

Olaszországban jövő augusztus 1. én új törvény lép hatályba, mely az egyetemi tanároknak a 65. évet szabja meg korhatárul. A Riforma Medica szerint az új törvény 36 egyetemi tanár nyugalmazását vonja maga után, köztük *Buccelli*-ét is.

Dr. Jakab-féle Sigetsanatorium

Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnostika, physikotherapiás sanatorium.

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

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

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

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

Tamássy Park-sanatoriuma DUNAHARASZTIBAN, Pestmegye. Intézet orvos: **Somossi Lajos** dr. Alkohol-, morphi-, nicotinelvonás.

Tüdőbetegsanatorium Tátraháza.

Egész éven át nyitva. Központi légfűtés. Villamvilágítás. Fekvőcsarnokok a fenyvesben. — Napkúra. — Hydrotherapia. — Gondos szakorvosi kezelés. Teljes napi pensio orvosi kezeléssel, gyógyszerközzel együtt 12 korona. Igazgató-főorvos: MÜLLER VILMOS dr. az „Erzsébet királyné“ sanát. v. assistense. Prospektus.

Orvosi laboratórium és cukorbetegség toleranciájának meghatározása Dr. Mátyás Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26-96.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

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

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai. 748. l.

A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai.

X. szakosztály: *Gyermekorvostan.*

I. Referátumok.

Rachitis.

Hutinel (Páris): A *rachitist* dystrophiás eredetűnek tartja s párhuzamba helyezi a többi dystrophiával. A csecsemőknél az assimilatio zavara az összes szöveteket támadja meg s az úgynevezett teljes atrophia (athrepsia) létrehozója. Már nagyobb gyermekekben az egyes szövetek ellentállóbbak s ez esetben csekélyebb horderejű hypotrophiák jönnek létre. Más egyénekben a dystrophiás folyamatok anaemiákat vagy lymphatizmust szülnek. Mindezen folyamatok, az előadó szerint, az angolkórral analog viszonyok közt keletkeznek s vele gyakran szövődnek.

Hochsinger (Wien): Nem tartja a *rachitist* dystrophiának, hanem a csontokat alkotó összes elemek irritatív alapon végbemenő burjánzásának. A „Respiratorische Noxe“ *Kassowitz* értelmében, *Hochsinger* szerint a kórokozó momentum.

Escherich (Wien) osztja *Hutinel* nézetét. Meglévő hajlam mellett a legkülönbözőbb kóros befolyásokra keletkezhetik angolkór.

Bókay János (Budapest) *rachitis tarda* esetét mutatja be. (Lásd pag. 738.)

Scrophulosis.

Escherich (Wien): A *görvélykört* lymphatikus alapon fejlődő, úgynevezett scrophulidok által jellemzett gyermekkori gümőkórnak tartja. A lymphatikus szervezet létrejötte az átöröklésen kívül más mozzanatok, mint nedves lakás, rossz táplálkozás, piszok stb. által is elősegítették. A kezelésben a jód és csukamájolaj mellett a tuberculinnak is helyet kíván szorítani.

Hutinel (Páris) a *görvélykór* összes jelenségeit nem tartja gümőkóros fertőzés megnyilatkozásának.

Schütz (Budapest) nézete szerint a scrophulidok éppen úgy fejlődhetnek exsudatív diathésises, mint gümőkóros alapon. Bizonyos irányú túltáplálás exsudatív bázison hozhat létre scrophulid elváltozásokat, a mit therapeutikai szempontból tart igen fontosnak.

Szegő (Abbazia) a *görvélykört* nem gümös eredetű, lymphatikus constitutio alapján magyarázza. Úgy az aetiológiai megítélés, mint a kezelés szempontjából a *görvélykór* eretikus alakját különválasztja a torpídtól.

A csecsemők gümőkórja.

Barbier (Páris): A csecsemők gümőkórja szoros összefüggésben van a szülők, de különösen az anya hasonló megbetegedésével. Az óriási gyermekhalandóság egyik főokozója a tuberculosist. A csecsemőkori gümőkór típusos vagy atypusos alakban jelentkezik; az első esetben a jellegző bonczolástani elváltozások mutatkoznak, az atypusos kórformákat a szervek hiányos fejlődése vagy ezek működési zavara jellemzi.

Comby (Páris) szerint az átöröklésnek és a tehéntej által okozott fertőzésnek csekély a gyakorlati hordereje, első sorban a környezet, az úgynevezett „contagion familiale“ jó tekintetbe.

Violi (Konstantinápoly) a gümőkór idült formáit átöröklésnek, a heveny tuberculosist a környezet fertőző behatásának tudja be.

Lust (Bruxelles) a gyermekeket lehetőleg csecsemőkori korban kívánja a fertőzött környezetből eltávolítani; az „oeuvre Grancher“ nagy horderejét méltatja. Hasonló értelemben nyilatkozik *Ustinoff* (Moszkva) és *Nazmi Asis bey* (Kairo).

Armand Delille (Páris) tuberculosist jelenlétekor a bőrreactio és az egyén saját savója által létrehozott complementeltérés egyidejű jelentkezését tapasztalta és e ténynek nagy diagnostikai s prognostikai horderőt tulajdonít.

Hypothyreoidismus.

Concetti (Róma): Csecsemőkön physiologiai *hypothyreoidismus* tételével; a természetes táplálás és a gyermek fejlődése folyamán ez állapot enyhül, kivéve, ha az anyának pajzsmirigye kóros elváltozásokat mutat. Mesterséges táplálásnál a *hypothyreoidismus* ú. n. „forme fruste“-jei gyakoriak. Opothériás eredménnyel megvan elégedve.

Bókay János (Budapest) idiotia myxoedematosának 11 évig thyreoidea-tablettákkal rendszeresen kezelt esetét mutatja be. A hosszasan s rendszeresen eszközölt thyreoidakezelés lelkes híve. (Lásd pag. 742.)

Comby (Páris) egy esetében a beteg 13 éves korában kezdte a thyreoidin használatát; daczára a késői adagolásnak, kitünő eredményt ért el.

Hochsinger (Bécs) szerint a cretinismus endemicusban szenvedőkben a myxoedema congenitummal szemben elfajult pajzsmirigy található, ezért az előbbi megbetegedésben, ellentétben a myxoedemával, hol a pajzsmirigy teljesen hiányzik, az állandó thyreoidin-kezelés fölösleges.

Fischl (Prága) nagy skepsissel viselkedik a *hypothyreoidismus* opothériájával szemben.

Szontagh (Budapest) az opothéria híve. *Manninger* által végzett golyvarészletátültetésről számol be.

Neurath (Bécs) szerint a mongolismus talán egy a pajzsmirigyvel rokon szerv hiányos működésének köszöni létrejöttét.

Netter (Páris) epilepsiát kezelt eredményesen thyreoidea-tablettákkal.

Cyklusos hányás.

Comby (Páris): A gyermekek *periodusos hányása* eseteiben neuroarthritikus hereditást tételével. Az acidosis szerepét túlbecsülik, a bonczoláskor talált májsteatosis valószínűleg másodlagos. Az előadó véleménye szerint idült vakbélfolyamatok az okozói ezen tüneteknek.

Szontagh (Budapest) csupán a *cyklusos hányás* essentialis alakjait tartja külön kóralagnak, a hysteriás és reflexes formák különválasztandók.

Comby (Páris) *Fischl* megjegyzésére reflektálva kijelenti, hogy az acetonuria nem jellemző a *cyklusos hányásra*.

Syphilis.

Baginsky (Berlin) szerint a spirochaeta pallida és a Wassermann-reactio a lues legkülönbözőbb alakjainak pontos körjelzését teszi lehetségessé, minek következtében a *parasyphilis* körjelzés a jövőben feleslegessé válik.

Genaro Sisto (Buenos-Ayres) 4—5 hónapos csecsemőkön jelentkező, minden nem specifikus kezeléssel daczoló, különösen éjjeli felkiáltásokra hívja fel a figyelmet; ezen jelenséget lueses eredetűnek tartja, mit a higanykezelés eredményességével bizonyít.

Comby (Páris) e felkiáltásokat lueses eredetű „douleurs osteocopes“-nak tudja be.

Szana (Budapest) angolkóros csecsemőkön is észlelt phosphorkezelésre enyhülő, nagyfokú nyugtalanságot.

Galatti (Bécs) 6 év előtt a „Klinische Wochenschrift“-ben közölt antilueses kúrára hirtelen szünő, az előadó által ismertettekhez hasonló tüneteket.

Knöpfelmacher-Lehndorf (Wien) 116 eset kapcsán a *Colles törvényére* vonatkozólag, a *Wassermann-féle reactio* alapján, kijelenti, hogy a heredosyphilitikus gyermekek anyái majdnem kivétel nélkül maguk is luesesek voltak.

Hochsinger szerint (Wien) az anya az ex patre lueses foetus-tól nyerheti savójának magas affinitását lipoidanyagokkal szemben a nélkül, hogy maga syphilitikus volna.

John (Budapest) 20 positiv Wassermann-reactiójú gyermek szülein *Heim*-mal együtt végzett vizsgálatokról számol be. 20 apa és 16 anya reactiója positiv volt. A Wassermann-reactio a terapia irányítása szempontjából is nagy horderejű.

Orthostatikai albuminuria.

Fischl (Prága) az orthotikus albuminuriát „Lordotische Dispositonsalbuminurie“-nak nevezi. Klinikai tapasztalatait hullá- és állatkísérletekkel egybevetve, *Jehle* közismert elméletét elfogadja, hozzátéve, hogy a fejtérjevizelés létrejöttére a vesék bizonyos hajlama szükséges. Az orthotikus albuminuriából fejlődhetik vesegyulladás, az ellenkező körmenet lehetőségét tagadja.

Preleitner (Wien) egy orthopaediai műszert mutat be, melynek használatakor a symphysis emelkedik, a keresztesont pedig súlyos és e helyzet létrehozása által a fehérjevizelés szünetel.

Vas (Budapest) 150 vizsgált eset közül 26-ban talált orthostatikus albuminuriát; 15 esetben lordosis volt kimutatható, 11-ben hiányzott, 9 esetben erős lordosis dacára fehérjevizelés nem találtatott. Szerinte a lordosis fontos szerepet játszik e bántalom létrejöttében, de nem az egyedüli okozója.

Fuludi (Budapest) a fehér-kereszt-gyermekkorházban tett tapasztalatai alapján *Jehle* elveit elfogadja. Korsettet is készített, mely *Preleitner* állításainak helyességét bizonyítja.

John (Budapest) kérdésére, hogy veleszületett csipőizületi ficzamosodás esetén van-e orthostatikus fehérjevizelés, *Fischl* (Prága) kijelenti, hogy ily esetekben orthostatikus albuminuriát nem észlelt.

Fertőző megbetegedésekben szenvedő gyermekek elkülönítése gyermek-kórházakban.

Baumel (Montpellier: A fertőző megbetegedésekben szenvedők a párisi Pasteur-kórházban bevezetett ú. n. „isolement individuel“ módszere szerint helyezendők el. Az elkülönítéskor emberbaráti szempontokat sem szabad elhanyagolni. A beteg látogatása kellő ellenőrzés mellett szerinte megengedhető. A betegek brutális kórházba szállítását (pl. rubéolás eltávolítását téli éjszakán!) helyteleníti.

Hutinel (Páris) nemcsak a fertőző bántalmakban szenvedők, hanem a másodlagos megbetegedésekben levők elkülönítését is követeli. Első sorban a secundaer bronchopneumoniákra céloz.

Violi (Konstantinápoly) csupán előzetes desinfectio után bocsátja a szülőt a kórházban fekvő gyermekéhez.

Preisich (Budapest) a reconvalescensek elkülönítését a reinfectio szempontjából is szükségesnek tartja.

Berend (Budapest) az elkülönítő box-rendszernek híve.

Csecsemő- és gyermekvédelem.

Keller (Charlottenburg) elismeri a magyar gyermekvédelmi rendszer kitűnő alapelveit. A legnagyobb fontosságot tulajdonítja a gyermekvédelemmel foglalkozó orvosok gyermekgyógyászati kiképezésére.

Szana (Budapest) szerint a csecsemővédelem egyetlen helyes alapelve: biztosítsuk a csecsemőnek az anyját. Elismeri az orvosok gyermekgyógyászati kiképzésének óriási horderejét, sőt továbbképző tanfolyamok rendszeresítését tartja kívánatosnak.

Deutsch (Budapest): Ha csecsemővédelemről van szó, meg kell emlékezni a francia eredetű csecsemő-rendelőintézetekről és tejkonyhákról. Horderejük óriási, ha kellő számban létesíttetnek és élükön a gyermek-hygienében és -gyógyászatban jártas szakember áll.

Weiss (Wien) szükségesnek tartja, hogy az orvos a csecsemővédelem nemzetgazdasági részében is járatos legyen.

Edelmann (Nagyvárad): A magyar állam csecsemővédelmi rendszerét ismerteti s kívánatosnak tartja egy magyar „loi Roussel“ alkotását és az anyaság védelmét.

Genersich (Kolozsvar) kimutatja, hogy a m. állami gyermekvédelmi rendszer üdvösen befolyásolja a dajkakérdést.

Fischl (Prága): *Szalárdi* nagy gyermekvédelmi érdemeit méltatja.

Nazmi bey (Kairo) az Egyiptomban uralkodó ijesztő gyermekhalandóságról s gyermekvédelmi akciójának kecségetető eredményeiről számol be. *Deutsch* (Budapest) kérdésére, hogy a majdnem kizárólag használt természetes táplálás befolyásolja-e az angolkór létrejöttét, az előadó kijelenti, hogy az egyiptomi gyermekek közt az angolkór felette gyakori.

II. Előadások.

Cardamatis (Athen): A gyermekek váltólázáról tart előadást. Veleszületett malariát nem ismer; az anya váltóláza a foetus fejlődését nem befolyásolja; a csecsemőkön gyakran észlelhető relatív immunitás.

Escherich (Wien): H_2O_2 -vel konzervált női tejet mutat be s használatát melegen ajánlja.

Berend szerint (Budapest) a tejnyerés a kórházi dajkák önkényétől függ s gyakran nagy nehézséggel jár.

Deutsch (Budapest): Az „ingyentej-intézményeket“ látogató anyák tejnyerésre alkalmasak. A munkások tejpangás kikerülése végett gyakran kénytelenek tejküket saját s gyermekük érdekében kifejni, ezen tej buddizálva, mint diateticum szép eredménnyel volna felhasználható.

Hutinel (Páris): A franczia nőknél ez eljárás nehézségbe ütköznék; a szármatej buddizálását hozza javaslatba.

Weiss (Wien): A tej fejésére az igen olcsó és könnyen kezelhető *Hanck*-féle műszert ajánlja.

Fischer (New-York): A H_2O_2 -vel kezelt női tejet atrophias csecsemőkön fogja alkalmazni.

Heryng (Varsó): Egyszerűen kezelhető készülékével $75^{\circ}C$ mellett teszi a tejet csiramentessé, a nélkül, hogy az fizikai vagy biológiai szempontból szenvedne.

Decherf (Tourcoing) kimutatja, hogy a gyári hulladékkal táplált tehenek teje mily végzetes hatást gyakorolhat.

Cacace (Capua) a csecsemőkön végzett anthropometriás vizsgálatok horderejéről értekezik.

Cacace (Capua) az anyák iskolájának munkakörét és felállításának szükségességét hangoztatja.

Berend és Tezner (Budapest) a csecsemők súlyingadozásának folyamán a vér eloszlását a szervezetben tették vizsgálat tárgyává. Lázas megbetegedésekben észlelhető hirtelen súlycsökkenésnél vérsűrűsödés tapasztalható. Sós oldatok bekebelezése súlyemelkedéssel járó oedemákat szül, melyek folyamán a vér felhigul.

Heim (Budapest) tiltakozik a konyhasóoldatok oedema keltő hatásának állítása ellen; *John*-nal tett tapasztalatai ez oldat kitűnő terapeutikai értéke mellett szavatolnak.

Hecht (Wien) *Schütz* módszerével dolgozva, kimutatta, hogy az emésztési zavarokban szenvedő csecsemőknél az aetherkivonat erős savanyú volta az akadályozott gyomor-bél-zsírtovavitelnek tudható be.

Lust (Bruxelles): *Morphiumot* szép eredménnyel és a csecsemő veszélyeztetése nélkül adagolhatunk. Nem áll ez a többi opiumderivatumra.

Fischl (Prága) már régen küzdött szóval és írásban azon előítélet ellen, hogy a morphium száműzendő a csecsemők terapiájából.

Deutsch Ernő.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

Fertőmeggyes község képviselőtestülete elhatározta, hogy önállóan orvost alkalmaz, évi 1600 korona készpénzfizetés, 4 szoba s mellékhelyiségekből álló, újonnan (1908-ban) épült modern lakás, kert és udvar haszonélvezete és a látogatási és műteti díjak élvezete mellett.

Azon orvos urak, a kik ezen állást elnyerni óhajtnak felkéretnek, hogy ezen szándékukat a f. évi október hó 31.-éig Fertőmeggyes község előjáróságával írásban, esetleg személyesen közöljék.

Fertőmeggyes, 1909. évi október hó 1.-én.

Pós Lajos, jegyző.

2-2

Tóth János, bíró.

272/1909. sz.

Ugocsavármegyei „Perényi“-közkórházban megüresedett másodorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmazása évi 1200 korona fizetés, egy szobából álló bútorozott lakás, fűtés, világítás, mosás és élelmezés.

Megjegyzem, hogy fentebb elsorolt természetben nyújtott javadalmazások épségben tartásával 1910. évi január hó 1.-étől a fizetés a nagyméltóságú belügyminister részéről 1600 koronában állapított meg s hogy az állás nyugdíj jogosultsággal van egybekötve.

Megkérem pályázni kívánó kartársaimat, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket ifj. Ugron Gábor dr. Ugocsa vármegye főispánjához címezve f. évi október hó 21.-éig nálam benyújtani szíveskedjenek. A később érkező kérvények figyelembe nem vehetők.

A kinevezésnél a kórboncolásban és bakteriológiában jártasságukat igazoló kartársak előnyben részesülnek.

A kórház kibővítése esetén, mely pár éven belül várható, az ezen állásban odaadó lelkiismeretességgel végzett szolgálat az akkor szervezendő osztályorvosi állás elnyerésére jogosít.

A kórházban lakás kötelező. A magángyakorlat csakis az első segélynyújtás eseteire megengedett.

Szigorló orvosok csakis ideiglenes minőségben nyerhetnek kinevezést.

Nagyszombat, 1909. évi szeptember hó 29.-én.

3-3

Nagy Kálmán dr., igazgató-főorvos.

3422/1909. sz.

A selmeczbányai m. kir. bányagazgatóság kerületében lemondás folytán **bányafőorvosi állás** üresedett meg. Ennek a főorvosi állásnak, netalán előléptetés esetén pedig egy **bányafőorvosi állásnak** betöltésére pályázatot hirdetünk.

A IX. fizetési osztályba sorozott bányafőorvosi állással évi 2200 korona fizetés és 400 korona fizetés természetével bíró személyi pótlék, továbbá 68 m² évi tüzfajárandóság, míg a X. fizetési osztályba sorozott bányafőorvosi állással 1600 korona fizetés és 400 korona fizetés természetével bíró személyi pótlék, továbbá 54 m² évi tüzfajárandóság van egybekötve; ezenkívül a megnevezett állások mindegyikével természetbeni lakás, vagy ilyennek hiányában a székhelynek megfelelő törvényszerű lakpénz, továbbá két szolgálati ló eltartására évi 56 métermázsza széna és 61 hektoliter zabjárandóság, esetleg ezeknek készpénzben való megváltási értéke és 600 korona kocsiartási átalány élvezete jár.

Felhívjuk ezek után azokat az orvostudorokat, a kik ezen állások valamelyikére pályázni óhajtanak, hogy egykoronás bélyegjeggyel ellátott folyamodványukat előljáró hatóságuk útján, a kik pedig állami szolgálatban nem állanak, az illetékes főispán (Budapestben főpolgármester) útján ezen hirdetőmennynek a „Pénzügyi Közlöny”-ben való megjelenésétől számított négy (4) hét alatt a nagyméltóságú m. kir. pénzügyminiszteriumhoz címelve az alulírt m. kir. bányagazgatóságnál nyújtják be, megjegyezvén, hogy későbbben benyújtott kérvényeket figyelembe venni nem fogunk.

Folyamodók kötelesek hiteles okmányokkal igazolni:

1. családi és utónevüket, honosságukat, születési helyüket, életkorukat, vallásukat és családi állapotukat,
2. megszakítás nélküli előéletüket (curriculum vitae),
3. nyelv- és szakismereteiket, netalán klinikai vagy kórházi szolgálataikat, megjegyezvén, hogy a megkívánt többi kellék mellett a szülészeti és sebészeti tényszerű alapos szakképzettséggel és gyakorlati jártassággal bíró orvosok előnyben fognak részesülni,
4. erkölcsi magaviseletüket,
5. hogy katonai kötelezettségüknek eleget tettek-e és miképpen?
6. hogy oly egészségi állapotban vannak, a mely őket a szolgálattal egybekötött kötelesek akadálytalan teljesítésére képessé teszi.

Folyamodók kérvényükben határozottan jegezzék meg, hogy a IX. fizetési osztály, bányafőorvosi, avagy a X. fizetési osztály bányafőorvosi állásra pályáznak-e.

A kinevezés, ha az illető nem állami alkalmazott, egy év tartamára ideiglenesen történik s a véglegesítés az egy évi próbaidő kitöltésével következik be, feltéve, hogy az illető a szolgálat teljesítésével járó kötelezettségének minden tekintetben megfelelt.

Selmeczbánya, 1909. évi október hó 8-án.

A m. kir. bányagazgatóság.

18.664/909. sz.

Zemplén vármegye „Erzsébet”-közkórházánál lemondás folytán megüresedett és évi 1600 kor. fizetés, természetbeni lakás és I. osztályú élelmezéssel javadalmazott **alorvosi állásra** ezenel pályázatot hirdetnek és felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 43., illetve az 1883. I. t.-cz. I. és 9. §-ában előírt képesítettségüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **október hó 25.-éig** adják be.

Az állás azonnal elfoglalandó. A kinevezendő alorvosnak az egyes osztályba való beosztása iránt a kórházi igazgató főorvos intézkedik.

Sátoraljaúj hely, 1909. évi október hó 2-án.

2-1

Dókus, alispán.

A nagyszentmiklósi Berta-közkórházánál rendszeresített, 1200 korona évi fizetés, szabad lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott **másodorvosi állás** betöltendő.

A kinevezés 2 évre szólhat.

Pályázhatnak okleveles orvosok s orvosnők, azok hiányában szigorlók is tekintetbe vétetnek.

Pályázók szíveskedjenek kegyelmes Nákó Sándor gróf kórház tulajdonoshoz intézett folyamodványukat alulírttől **1909. október hó végéig** benyújtani.

Nagyszentmiklós, 1909. évi október hó 6-án.

Tenner Vilmos dr., igazgató-főorvos.

4007. sz.

A Rozália (Máramaros vármegye) község székhelyével rendszeresített **körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az orvosi körhöz: Rozália, Sajó, Sajómező, Batira, Glód, Izasópatak, Szurdok és további intézkedésig Jód, Kisbocksó és Izakonyha községek tartoznak.

Ezen községeknek lélekszáma: 16.272.

Felhívom emellett mindazon orvostudorokat, a kik ezen 1600 korona fizetés és a törvényhatósági bizottság által megállapítandó lakáspénz, úti átalány és látogatási díjak, továbbá a batizai gőzfűtőszigáryi munkások kezeléséért a munkásbiztosító pénztártól járuló 800 korona tiszteletdíj és természetbeni fuvar élvezetével egybekötött körorvosi állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **f. évi október hó 25.-éig** adják be.

A választást Rozálián a község házában f. évi október hó 30-án d. u. 3 órakor fogom megtartani.

Dragomérfalva, 1909. évi október hó 9-én.

Solcz Béla, fősolgabíró.

5246/1909. sz.

A Jász-Nagykun-Szolnok vármegye tiszai alsó járásában fekvő Szelevény, Tiszassas és Tiszauz községekből alkotott csepai orvosi körben elhalálozás folytán megüresedett **körorvosi állásra** ezenel pályázatot hirdetnek és felhívom a pályázni kívánókat, hogy az orvostudori oklevéllel felszerelt kérvényüket hozzám **október hó 22.-éig** adják be.

Ezenállás az 1908: XXXVIII. t.-cz. 10. és 15. §-ában megállapított fizetéssel van javadalmazva. A látogatási és távollási díjakat, valamint a lakbért megállapító vármegyei szabályrendelet jóváhagyás alatt áll.

Tiszaföldvár, 1909. évi szeptember hó 30-án.

2-2

A fősolgabíró.

232/1909. sz.

A gyergyószentmiklósi nyilvános jellegű megyei — 50 ágyra berendezett — kórházánál megüresedett, élethossziglani kinevezéssel járó, **rendelőorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Ezen állás jelenleg 2000 kor., 1910. évi január hó 1.-étől pedig 2700 kor.

évi fizetéssel, két szobából álló lakás, fűtés és világítás élvezetével javadalmaztatik. Kilátás van továbbá arra, hogy a kerületi munkásbiztosító pénztárnál is kapni fog a rendelőorvos jövedelmező alkalmaztatást.

Felhívom a pályázni óhajtó orvosdoktorokat, hogy szabályszerűen felszerelt s Csik vármegye főispánjához címzett kérvényeiket **f. évi október hó 30.-áig** alantírt igazgatóhoz adják be.

Gyergyószentmiklós, 1909. évi szeptember hó 27-én.

3-3

Dobribán Antal dr., kórházi igazgató.

1274/1909. sz.

Gyakorló orvos kerestetik. az 5000 lakossal bíró **Csorvás** (Békésmegye) nagyközségben való letelepedésre, a hol egy községi orvos működik. Az acceptált orvosnak az uradalom évi 2000 (kettőezer) korona fixumot biztosít, ezenkívül tág tere nyílik magángyakorlat folytatására. Lakásról önmaga leendő köteles gondoskodni. Kérvények Wenckheim Dénes gróf úr ó méltósága címén Dobozra (Békésmegye) küldendők.

Csorvás, 1909. évi szeptember 2-án.

7-7

Szabó, kasznár.

HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

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

Ulcus ventriculi Rohitsi „Styria”-forrás
200—300 gm. langymelegen éhgyomorra 1 órával a reggeli előtt beveendő.
Nagybani raktár Magyarország részére: Hoffmann József,
Budapest, V., Bathory-utca 8.

Chemische Fabrik Helfenberg A. G.
vorm. EUGEN DIETERICH in HELFENBERG (Sachsen).

Alcuentum: Hydrargyri 33, 3% (100 gm. eredeti. K 2.—) vízben oldódó alkohol-
Kali jodati 10% (100 gm. eredeti. K 2.90) kenőcsök „megrövidített”
salicylatum 30% (100 gm. eredeti. K 1.60) „tisztá” kenőcsök részére.

Liquor Ferro-Mangani: Peptonati Helfenberg (500 gm. eredeti. K 3.—)
Saccharati Helfenberg (500 gm. eredeti. K 3.—)
Peptonati alkohol nélkül „Blutan” (350 gm. eredeti. K 2.—)
(3-szor naponta egy evőkanál). A jelenkor legemészthetőbb vaskészítményei.

Regulin: (50 gm. eredeti. K 1.60, 100 gm. eredeti. K 3.—) 1 teakanál — 2 evőkanál
— pépben elkeverve. Egy természetes szer a székletet szabályozására.

Valofin: (30 gm. eredeti. K 1.50) naponta többször 15—20 csepp. Egy kellemes ízű,
korlátlanul tartós baldriankészítmény borsmentával.

Kremel jelzésű:

Allergin a tuberkulosis diagnosztikus kimutatására. **Subcutan** steril **injeckiók** különlegesen formált,
praktikus üvegphiolákban.

Flók Ausztria-Magyarország részére **A. Kremel Adlerapotheke, Wien, XIV/I. Märzstrasse 49.**

Nagyobb vegyi gyár

tudományos propaganda osztálya részére alkalmas egyént (gyógyszerészt, vegyész vagy orvost) keres, ki Ausztria-Magyarországon az orvosokat és gyógyszerészeket meglátogatná.

Representatióképes, lehetőleg nyelvismeretekkel bíró, ügyes felépésű urak szíveskedjenek ajánlatukat „Chemische Fabrik 79.215” jellege alatt M. Dukes Nachf. Annoncenexpedition, Wien, I., Wollzeile 9. beküldeni és eddigi tevékenységüket, fizetési igényeiket körülírni, valamint fényképeket és bizonyítványaik másolatait mellékelni.

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 szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEG-
KÓRTAN Babarczy Schwartzner Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Haberern Jonathan
Pál és Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kéty Károly: A belorvostannak és sebészetnek egymáshoz való viszonyáról. Balassa-előadás. 751. lap.

Kiss Gyula: Közlés a székesfővárosi bakteriologiai intézetből. (Vezető: Vas Bernát dr., egyetemi magántanár.) Vizsgálatok a komplementum természetéről. 754. lap.

Boross Ernő: Autovaccinatio a vesemedencze, hólyag és prostata idült colifertózisos megbetegedéseiben. 758. lap.

Grósz Emil főtitkár jelentése a XVI. nemzetközi orvosi congressus megnyitó ülésén. 761. lap.

Sticker György: A járványok történetének jelentősége a modern epidemiológiában. 761. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. A. Dührssen: Gynäkologisches Vademecum für Studierende und Ärzte. — Lapszemle. Belorvostan. E. Payr: A gyomor-fekély kórszármazása, műtévének javallatai és gyógykezelése. — Idegkórtan.

Forel: Az epilepsia kezelése. — *Bornstein:* Az ophthalmoplegiás migraine. — *Sebészet.* Ch. H. Peck: A szívsebek műtéti kezelése. — *Mc. Grair:* Fiatal korban képződő aneurysma. — *K. A. J. Mackenzie:* A nervus ischiadicus reactiója. — *Ch. H. Mayo:* A parathyreoidák kérdéséhez. — *Szüllészet és nőorvostan.* *Pinard:* A Basedow-kór összefüggése a női nemi szervek működésével. — *O. Jaeger:* A konyhasómegvonás a húgyszerveknek a terhességben beálló megbetegedéseiben. — *Venerés bántalmak.* *Frederic Bierhoff:* A New-Yorkban meglévő prostitúció-viszonyok. — *Bőrkórtan.* *Finger:* A lupus vulgaris kezelése. — *Kisebb közlések az orvostudományról.* *Renault:* A lágyfékely kíséretében támadó phagedaenisus. — *Ohlmacher:* Epilepsia esete. — *Weiss:* Vésőfogóval eltávolított szemölcsök. 762-765. lap.

Magyar orvosi irodalom. Magyar orvosi archivum. — **Gyógyászat.** — **Orvosok lapja.** — Budapesti orvosi újság. 765. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 766. lap.

Tudományos társulatok és egyesülések. 767-770. lap.

Melléklet. A F. Hoffmann-La Roche & Co. „Sirolin“, Fortunat Gralewski krakaui Gesellschaft „Le Ferment“ Paris „Lactobacilline“ prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A belorvostannak és sebészetnek egymáshoz való viszonyáról. Balassa-előadás.

Tartotta: **Kéty Károly** dr. a budapesti kir. orvosegyesületnek 1909. évi október hó 14-i évforduló ülésén.

Tisztelt Orvosegyesület!

A budapesti kir. orvosegyesület évenként megújuló ünnepet ül ama férfiú emlékére, kinek neve a magyar orvosok előtt fogalommal vált: a lelkiismeretesség, a kötelességtudás, a jellem-szilárdság, a szívjóság és a szaktudás fogalmává. E férfiú *Balassa János*. Őt kegyelettel említeni, példáján buzdulni, őt követni, mindnyájunk óhaja. Élete nyitott könyv gyanánt fekszik előttünk, benne haszonnal és élvezettel lapozhat bárki is. Hátramaradt munkái élénk világot vetnek lelki és szellemi életére; szakavatottak pedig, főleg e helyről, megírták pályafutását és ismertették úgy az embert, mint a tudóst. Az ú. n. Balassa-előadás nem czélozza azt, hogy évenként megújulólag *Balassa*-nak élettrajzát adjuk, hanem hogy nevéhez fűzve, kegyeletos megemlékezés gyanánt, valamely tudományos vagy orvostársadalmi kérdés keretében évenként felolvasás tartassék. E feladatra most, negyedikül, engemet tisztelt meg a budapesti kir. orvosegyesület tekintetes igazgatósága.

Balassa-t minden történetíró az ő korának legkiválóbb sebészei között említi. De bizony az első sorba került volna ő akkor is, ha véletlenül a belorvostant választja különleges szakmájául.

Nem is csodálható különben, hogy a belorvostanban is éppen olyan jártos volt, mint a sebész-tudományban. A mindenkori nagy hírű bécsi orvosi iskola igazi fénykorát élte azon időben, a mikor a talentumos ifjú *Balassa* benne kiképzését nyerte. A nagy *Skodá*-nak rajongó híve volt s nagy szeretettel és buzgósággal iparkodott minden új, gyakorlati hasznú vizsgáló eljárást elsajátítani, s a sebészethen értékesíteni. Később, évek múlva is, már mint országos ismert javakorabeli sebész-professor, a szorgalmas, törekvő diák buzgóságával tanulta az időközönként felvetődött, gya-

korlati értékkel bíró újabb módszereket. Szóval, korának tudományos haladásával mindenkor lépést tartott és orvostudományunk minden terrenumán egyenlő jártassággal birt.

Mert kétségtelen, hogy nem annyira a technikai képzettsége, ügyessége, találékonysága, mint inkább széleskörű tudása, általános orvosi műveltsége tette *Balassa*-t hazánk első sebészévé.

Minden alkalmat felhasznált arra, hogy hallgatóit az általános orvosi ismeretek elsajátítására serkentse. A hol csak lehetett, hangsúlyozta, hogy az újabbkori sebészetnek fundamentumát az élettani, kórtani és belorvostani ismeretek alkotják.

* * *

A régi időkben különválva látjuk a sebészetet a belorvostantól; úgyiszlóval kézbéli ügyességen alapuló mesterség volt, empirikus alapon fejlődött, s mint *Réczey* helyesen mondta, fejlődésének vég-célját a gyakorlatban, a *technikában* kereste a múlt század elejéig. Ekkor lépett tudományunk az exact bűvárlati térre. Egész orvostudományunk, vele a sebészet is, nagy átalakuláson esett át. Így fejlődött a sebészeti kórtan s eddigi elszigetelt helyzetéből kivergődve, tudományos alapon épült fel a sebészet is.

Balassa bámulatos éleslátásával már 1843-ban tartott tanári székfoglalójában említi: „Vajmi nehéz feladat, külső és belső bántalmak között szoros határt vonni, mert külbajok gyakran belkórok tünetényei s ezek mindannyiszor amazok fogadatai. A két szakágai mindenütt szorosan egymásba vágnak; a természet műveiben önkényes osztályozást nem ismer. . . . A sebészet fogalma és kiterjedése nem csupa külidomokhoz való zárkózás és erőműves, szabályzott cselekvés, mely veszélyes empirismusra vezetne, hanem a kórokok s okozatok viszonyai alapos kutatása. És midőn azt állítom s akarom, hogy ne legyen a sebészet egyedül külformákon alapuló, észnélküli kézmű, hanem az egésztest egyes részeiben fel-találó tudomány, önkéntelen azon kérdésre vetődöm: lehet-e a sebészetet a belorvostantól elválasztva gondolni? szabad-e, tanácsos-e e két ágat egymástól elkülöníteni? . . . Nem, bizonyynal nem, ha csak az alig múlt századok köpölyözőit, kömetezőit s egyéb nevű vérengző kontárait régi jogaikba vissza nem akarjuk helyezni“ . . .

Mily előrelátó bölcsesség nyilvánul meg *Balassa*-nak idézett soraiban s mily gyorsan következett be az általa hirdetett kapcsolatok a belorvostan és a sebészet között.

Azt hiszem, nem lesz tehát méltatlan a nagy *Balassa*-nak mindnyájunk által kegyeletben tartott emlékéhez, ha ezen ünnepi alkalommal is a mai sebésztudománynak a mai belorvostanhoz való viszonyával foglalkozunk, a mely viszony e két testvérszak között ma még szorosabb mint valaha volt.

* * *

A sebésztudomány a *Balassa* halála óta eltelt néhány évtized alatt valóban szédületes haladást tett. Azonban, bár mellette a belorvostan, a mely *Balassa* korának elnevezését használva, sokszor ma is csak „észkepekkel“ (theoriákkal) bajlódik, mégsem túlzás vagy kérdés, ha azt mondom, hogy a sebészet — a technikai résznek csodás fejlődésétől eltekintve — nagy sikerének jelentékeny részét a belorvostan és testvérszakai támogatásának köszönheti.

Nagy segítségére volt és van a belorvostan a sebésztudománynak különösen a hasúri szervek sebészetében, a melynek fényes sikereivel operateurjeink méltán büszkélkedhetnek.

A központi idegrendszer a seborvossal szemben napjainkig jóformán noli me tangere volt. A koponyaűri sebészete ma már valóságos művészi színvonalat ért el s műveit mindnyáján bámuljuk. Azonban alig akad oly sebész, ki a koponya meglékeléséhez hozzá merne fogni a nélkül, hogy a belorvostól vagy idegorvostól pontos információt szerezne. Sőt éppen az idegorvos az, a ki az adott esetben a sebész figyelmét felhívja és neki az útbaigatásokat megadja.

Van továbbá a belorvostannak egy nagy értékű eszköze, a mely a sebésztudománynyal szemben is valóságos irányító, vezető-hatalom, ez a laboratórium. E helyen nem szükséges egyébre mint a fénykorát élvező vese-sebészetre mutatnom. A vese-sebészetenek mindössze néhány éves művelése óta az operateurök igazán százezreket mentettek meg a biztos haláltól. És a sebészetenek ezen ifjú, büszke hajtása létalapját a napról napra tökéletesedő laboratóriumi vizsgálati módszereknek köszönheti. Avagy hol van az a vakmerő sebész, a ki nephrectomiába merne fogni a nélkül, hogy meggyőződést szerezne arról, hogy a betegnek tartott vese csakugyan beteg-e, s az épek tartott csakugyan ép-e? És mi adhat felvilágosítást e kérdésekre, ha nem a laboratóriumi vizsgálat?

* * *

A sebészeti tudomány fénykora ott kezdődik, a hol az a rokon szakmákkal, főképpen pedig a belorvostannal szövetkezve, ezen testvérszakoknak időről időre tökéletesedő vizsgálati eljárásait a saját javára értékesíteni kezdte. A belorvostani diagnostikának bővülése és tökéletesedése nyomán, szinte következmény gyanánt, a belső szervek sebészete is mind nagyobb tért hódított és ma bátran mondhatjuk, hogy a sebészet legszebb sikereit éppen ezen a téren tudja felmutatni.

A tökélynek mily bámulatos fokán áll ma például a gyomor sebészete. És a gyomorműtétek sikerének biztosítékát a legtöbb esetben úgyszólván kizárólag a helyes, pontos belorvostani diagnózis adja. Mert a műtét technikai része követelni valót alig hagy maga után. Viszont azonban a diagnózis hibáit vagy hiányait a legfényesebb technikával sem lehet jóvá tenni.

Mily értékes felvilágosításokat adhat a belorvostani diagnostika a sebésznek például ulcus ventriculi esetében, ha a klinikai észlelés alapján a műtét válik indokolttá.

Az ulcus ventriculi diagnózisának megállapítása mellett ugyanis fontos dolog, különösen a megfelelő műtégi eljáráshoz való kellő előkészületnek, de főképpen a prognózisnak szempontjából, hogy a sebésznek lehetőleg azt is megmondhassuk, hogy a fekély a gyomornak melyik részén székel.

Ma már például általános tapasztalat, hogy a gastroenterostomia leginkább csak az oly esetekben nyújt kedvező kilátást, a melyekben az ulcus a pyloruson vagy annak közelében támadt, míg inkább a cardiához közel székelő fekély esetében kevésbé remélhető, hogy ugyanezen műtégi eljárás a beteg további sorsát kedvezővé változtatja.

A betegnek pontos megvizsgálása és ügyes, szakavatott kikérdezése igen fontos támpontokat adhat a fekély topikus diagnózisának megállapításához. A fájdalom támadásának szokott ideje az

ulcus székhelyével határozott vonatkozásban áll. Általában mondhatjuk, hogy annál hamarabb jelentkezik az étkezés után a fájdalom, minél közelebb fekszik a fekély a cardiához. A sebészek oly betegeken, a kik következetesen már az étkezés közben panaszkodtak fájdalomról, a fekélyt rendszerint a cardián vagy annak közelében lelték. Sokszor tapasztalták, hogy oly esetben, a mikor a fájdalom az étkezés után $\frac{1}{2}$ óra múlva jelentkezett, a fekély a kis görbület közepe táján székel. A pyloruson székelő nyílt fekély esetében a fájdalom rendszeren ennél később szokott beköszönteni. Az étkezés után 3—4 óra múlva jelentkező fájdalom a pylorus-fekély alapján támadt heges szűkület típusos képének egyik jól ismert jellemvonása.

Ha értelmes egyénnek van dolgunk, a fekély székhelyének keresésekor azt is értékesíthetjük, hogy a beteg a fájdalmat hová lokalizálja. A kis görbületnek a cardia felőli részén székelő ulcus esetében a beteg a fájdalmat rendszeren inkább baloldalt érzi (*Riedel*), míg a pyloruson vagy annak közelében lévő fekély okozta fájdalomnak punctum maximuma, mint tudvalevő, rendszeren közvetlenül a processus xiphoides alatt a középvonalban van. Sok esetben a fájdalom keletkezése a betegnek bizonyos helyzetével, testtartásával áll összefüggésben. A kis görbület ulcusa baloldali fekvésben vált ki fájdalmat. Ha a beteg rendszerint leginkább álló vagy ülő helyzetben érez heves fájdalmat, a mely fekvő helyzetben megszűnik, felvehetjük, hogy a fekély a nagy görbület közepe táján van (*Clairmont*). A pylorus tájékán lévő fekély esetén a jobb oldalra való fekvés váltja ki a fájdalmat, mely rendszeren megszűnik, ha a beteg a bal oldalára fekszik.

Az ulcus ventriculi diagnózisához értékes támpontokat nyerhetünk a gyomor chemismusának és motoros funkciójának vizsgálata útján. (Már tudniillik oly esetben, a mikor a megfelelő vizsgálatokat veszély nélkül végezhetjük.)

Továbbá sok esetben a körülmények kellő kritikai mérlegelésével igen hasznos felvilágosítást szerezhetünk az úgynevezett bismuth-maradékpróba (*Restprobe Strauss*) megejtésével.

A betegnek este 2—3 gm. bism. subnitricumot vagy carbonicumot adunk. Reggel (10—11 órával a bismuth bekebelezése után) az éhgyomorból kimosott vagy próbareggeli után kivett gyomortartalom üledékében görcsövel bismuth-szemcsék után kutatunk. Ezen próbának pozitív eredményét csak oly esetekben értékesíthetjük, a melyekben a gyomormotilitás normális vagy legalább nagyobb motorius insufficienciát nem találtunk.

A gyomornak jó motorius működése mellett a bismuth-maradékpróbanak pozitív volta általában csak azt jelzi, hogy a nyálkahártya felszínén valamely — leginkább fekélyes — egyenetlenség van, vagy hogy esetleg tapadós nyálka vonja be azt. Ily esetben tehát a kapott bismuth-maradék, a körülményeknek és egyéb jeleknek kellő birálata mellett, a gyomornyálkahártya egyenetlenségének (ulcus, carcinoma, erosio) felvételét megerősíti. Ulcus ventriculi gyanúja esetében ezen maradékpróba esetleg még arra nézve is felvilágosítást nyújthat, hogy a fekély felszíne nyílt-e avagy már heges, sima. A pozitív bismuth-maradékpróba ugyanis nyílt fekély mellett szól. Mert a prognózis szempontjából igen kíváncsi volna, ha e viszonyok felől is még a műtét előtt tájékozódást szerezhetnénk.

A Röntgen-vizsgálatnak az ulcus ventriculi diagnostikájában csekély szerep jutott. Ezen eljárás útján még leginkább oly módon kaphatunk felvilágosítást, ha bismuth adagolása után 3—4 óra múlva mesterségesen kissé feltűjjük a gyomrot. Ilyenkor azután a fekély helyén leülepedett, megtapadt bismuth árnyéka jobban ki-vehető. De tudjuk, hogy éppen gyomorfekély esetében a felfúvás nem egészen veszélytelen eljárás.

Ulcus ventriculi esetében a művi beavatkozás indiciói még ma sincsenek szigorúan körvonalozva. Tekintettel azonban arra, hogy az ulcusnak sebészeti úton való kezeléséről beszámoló eddigi statisztikai adatok általában kedvezőeknek mondhatók, továbbá pedig, hogy a sebészeti technika bámulatos tökéletesedése folytán a művi eljárás úgyszólván veszélytelennek nevezhető, kétségtelennek tartom, hogy a jövőben a belklinikusok a gyomorfekélynek radikális úton való kezelésétől különösen oly esetekben nem fognak elzárkózhatni, a melyekben a kitartó belorvostani kezelés csekély eredménnyel jár, vagy a melyekben éppen a klinikai jelek arra vallanak, hogy a fekély a pylorus átjárhatóságát fokról fokra sérelmezi. A klinikámról évek óta hasonló okból sebészeti kézre nagy számban átutalt betegek

további sorsáról pontos statisztikai adatokkal ugyan nem szolgálhatok, mert az eltávozott betegek további körülményeiről csak ritka esetben lehet felvilágosítást kapni, de azért tapasztalataim alapján jelenthetem, hogy a gyomorfekély sebészeti kezelésének nemcsak közvetlen, de évekre kiható eredménye is kedvezőnek mondható.

A mi a műtési eljárások prognózisát illeti, az egyszerű gastroenterostomia a legkedvezőbb kilátást nyújtja és többnyire minden nagyobb veszély nélkül végezhető. A fekély kimetszése, az excisio illetve a részleges gyomorresectio már körülményesebb eljárás, a mely a műtési szövödményekre is többször ad alkalmat. Ezért választja a sebész szívesebben, a hol csak lehet, a gastroenterostomiát. Viszont a belorvos, a ki természetesen a műtét megválasztására directívát nem adhat, mindig örömet látja, ha az operateur a kóros részletet egészben eltávolítja.

Nézetem szerint is ez volna a művi beavatkozás végcélja ulcus ventriculi eseteiben, mert a gyomorban hagyott fekély a gastroenterostomia után is veszélyt rejteget magában. Sokszor előfordult már, hogy az ily fekély alapján a műtét után is profus vérzés, esetleg átfürödés következett be; többször pedig rákos elváltozás támadt. Mindenesetre nagy szolgálatot tenne a sebész az orvostudománynak, ha a gyomorfekély miatt megoperált betegeknek további sorsát, ha lehet éveken át, nagy gondnal ellenőrizné és ily irányú tapasztalatairól időnként beszámolna.

* * *

Ha már a gyomor sebészeti kezelésével foglalkozunk, szinte lehetetlen, hogy a gyomorrák belorvostani és sebészeti kezelésének kérdését elkerüljük. Hisz éppen ezen kérdés egyike azoknak, melyek a két testvértudományt a legszorosabban összekapcsolják.

Mai ismereteink alapján a rákos megbetegedésekkel és így a gyomorrákkal szemben is az operatív kezelés volna az egyedül rationális eljárás. Azonban a gyomorrák operatív kezelésének eredményéről beszámoló statisztikai adatokat, fájdalom, még ma sem mondhatjuk kedvezőnek. Ennek okát pedig nem a műtési eljárásban kell keresnünk, hisz azon szerencsétlenek száma, a kik halálának közvetlen oka gyanánt félig-meddig a művi beavatkozást lehetne vádolni, igazán elenyészően csekély, hanem inkább abban találhatjuk, hogy a műtetre kerülő rákos betegek zöme rendszeren elkésve jut az operateur keze alá. Ennek viszont leggyakoribb oka az, hogy a mikor a gyomorrákos beteg panaszával orvoshoz fordul, akkor már baja rendszeren túlhaladta azon stadiumot, a melyen innen a művi beavatkozás esetleg még gyógyuláshoz vezethetett volna, a melyen túl azonban már az ily beavatkozás is legfeljebb csak ideig-óráig tartó megkönnyebbülést kölcsönözhet. A másik, nem kevésbé sajnálatos oka a késlekedésnek az, hogy diagnostikánk bizony még ma sines olyan eszközök teljes birtokában, a melyek segítségével a gyomorcarcinómát mindig idejekorán felismerhetnők.

Boas számadatai szerint azon betegeknek, a kiknek baját az orvosok gyomorcarcinómának minősítik, mindössze alig 50%-a alkalmas a radikális műtetre. Mert gyomorrák esetében a részleges gyomorresectio, a daganatos részlet eltávolítása volna a kívánatos eljárás, de — fájdalom — mint jeleztük, a késlekedés miatt a legtöbb esetben e műtét már nem járna sikerrel. Mert ily esetben, a mint a tapasztalat igazolja, a laparotomia alkalmával a szomszédos mirigyeket már rendszeren infiltráltaknak találják. Ilyenkor aztán a sebész legfeljebb gastroenterostomiát szokott végezni, a mi mindenestre sokszor könnyít a beteg állapotán, különösen akkor, ha a rákos elváltozás főképpen a pylorus átjárhatóságát veszélyeztette.

Ritka esetben az is megesik, hogy azért az ily késve jelentkezők is a műtét után kissé felüdülnek, sőt egy időre meg is erősödnek. Ezen körülmény magyarázatát Boas abban adja, hogy ily esetben a carcinoma úgyiszólván bizonyos jóindulatot mutat: lassan fejlődik, áttételt alig okoz, szétesésre nem hajlamos. Ezen tapasztalat alapján mondotta ki Boas azon, látszólag paradox véleményét, hogy valamely gyomorrák annál kedvezőbb kilátást nyújt a gyógyulásra, mennél hosszabb idő óta áll fenn a nélkül, hogy inoperabilissá vált volna. Ez kétségtelenül igaz is, mert azon betegnek, a kinek gyomorrákja több hónap alatt sem okozott metastasist vagy mirigyduzzanatot és daganatának kiirtása még végezhető, több reménye lehet a műtét utáni gyógyulásra, mint az olyannak, a kinek gyomorrákja esetleg igen rövid idő alatt jellemző, jól felismerhető jeleket mutat.

Mint ismeretes, sok esetben a daganat elég korán ki is tapintható. Más esetben pedig különféle okok miatt még a végső stadiumban sem tudjuk azt megtalálni. Nagyon téves az a felfogás, hogy a gyomorrák, ha már egyszer kitapinthatóvá fejlődött, az operatióra eo ipso alkalmatlan. Éppen ellenkezőleg! Leginkább azon gyomorrák alkalmas a kiirtásra, a mely idején kitapintható, míg a nem tapintható, de azért egyéb jelekből felismerhető rák csaknem mindig inoperabilis (Braun). Utóbbi esetben a sebész rendszerint a kis görbületről vagy a fundusból kiinduló kiterjedt rákos beszűrődést talál.

Sok esetben a tumor csak akkor kerül tapintó ujjunk alá, ha a gyomrot mesterségesen felfűjjük. Ezért a gyomorfelfűvást sohasem szabad elmulasztani, a mikor tumorra gyanakszunk. A műtét prognosisa szempontjából kedvező jelnek tekinthetjük a tumornak szabadon való mozgathatóságát. A környezetével erősen összekapaszkodott tumor a legtöbbször alkalmatlan a kiirtásra. Kivétel e szabály alól a pylorusnak ulcusból fejlődött rákja. Ily esetben a kórelőzmény és esetleg a gyomortartalom vizsgálata adhat útbaigazítást.

Különben a gyomortartalomnak chemiai és mikroszkopos vizsgálata a rák korai diagnosisát nem mindig teszi lehetővé. A sósav hiánya és a tejsav jelenléte többször csak késői tünetek, a melyek azonkívül néha más betegségekben is megtalálhatók, viszont pedig gyomorrák esetében is hiányozhatnak. Már valamivel több hasznát vehetjük a gyomorrák diagnosisának korai felállításakor némely esetben az úgynevezett Salomon-próbának. Sokan ma is igen jellegzetesnek tartják a carcinómára a gyomornedvben található Boas-Oppler-féle tejsavbacillust. A klinikámon végzett vizsgálatok is általában igazolják ezen felvételt, de azt is, hogy a tejsavbacillus megjelenése legtöbbször már a rákos megbetegedésnek előrehaladott stadiumára vall. Kivételes esetben azonban a felvetődő gyanút még idejekorán megerősítheti.

Igen értékes és rendszeren már elég korai jelt nyerhetünk abban, ha a gyomortartalomban vagy bélsárban occult vérzésnek a nyomát tudjuk kimutatni.

Nagyon fontos útbaigazítást nyerhetünk a gyomor motorius működésének vizsgálata útján is. Kutatnunk kell, nincs-e a pyloruson szűkület, akadály. A pylorus-stenosis okozta gyomordilatatio egyszerű felfűvással is könnyen kimutatható. Többször megesik azonban, hogy a gyomor nem fűvődik fel, nem nagyobbodik meg, nem domborodik ki, nem tudjuk kikopogtatni s nem változtathatja helyét. Ily esetben, ha véletlenül pylorusinsufficiencia nincsen, felvehető, hogy a gyomorral legnagyobb része rákosan egyenletesen beszűrődött s így tágulásra nem képes, helyét nem változtathatja. Kifejezett tumort ily esetben nem tapinthatunk, hanem inkább csak bizonyos resistenciát, ellenállást a gyomortájékon. Az ilyen rák természetesen nem alkalmas az operatív beavatkozásra. Ha ellenben valamely egyéni pylorus-szűkületre valló tünetek mellett feltűnő lesóványodást észlelünk, ily esetben a próbapaparotomiát haladék nélkül még akkor is meg kell ejtenünk, ha tumort nem tudunk tapintani. Mert ilyenkor esetleg kiesiny, könnyen kiirtható pylusrák kerül napvilágra. Ily esetben a pylorusstenosis és ennek következményei aránylag elég korán jelentkeznek (Braun). De én még a kifejezett gyomorpangás és tumortapintás nélkül is carcinómára gyanakszom oly esetben, a mikor valamely javakorabeli, addig erőteljes egyén, a ki szemlátomást fogy és gyengül, kifejezett gyomorpanaszokkal jelentkezik és e mellett határozottan erősíti, hogy megelőzőleg komolyabb gyomorbaja sohasem volt.

A gyomorrák korai diagnosisának felállításában a Röntgen-vizsgálat ritkán van segítségünkre. Ezen vizsgálat leginkább csak olyan esetben adhat felvilágosítást, ha a tumor a táplálék továbbhaladásának irányát megváltoztatja, vagy ha a gyomorüreget megkisebbiti, avagy a gyomor peristaltikáját gátolja; továbbá pedig, ha a gyomrot a rendes helyzetéből eltolja vagy pedig a gyomortartalomnak kiürülését akadályozza.

A rákos betegnek szomorú sorsát tehát egyedül a kellő időben végzett műtési eljárás változtathatja kedvezőre. Magam is többször tapasztaltam, hogy ily esetben az egyén a műtét után több év múlva is friss egészségben folytatta mesterségét.

Klinikánkban idevonatkozó esetei közül különösen egy férfi- és egy nőbetegnek classikus történetére igen jól emlékszem. A férfibeteg 14 évvel ezelőtt került gyomorpanaszaival hozzánk

és az észlelés alapján is carcinomára gyanakodtunk. A Dollinger kollegánk által pylorus-resectio útján kiirtott daganat a megejtett mikroszkopos vizsgálattal velős ráknak bizonyult. Az illető férfi ma is viruló egészségben folytatja hivatását.

A nőbeteg szintén 14 évvel ezelőtt ugyanazon műtét hajtott végre; ugyancsak kedvező sikerrel. Az illető később, két év múlva újból felkereste klinikánkat, de más baj miatt, és ekkor már gyomorpanaszokat nem is említett.

Kétes esetekben a próbalaparotomia kerülhet szóba. Azonban próbalaparotomiát végezni oly betegen, a kin az inoperabilitás a nélkül is kétségtelenül megállapítható, szerintem sem jogosult.

Nagy érdeklődéssel kísérik azon újabb tudományos munkálkodásokat, melyeknek egyik része a rákos megbetegedés lényegének felderítését, másik része pedig ezen megbetegedésnek a nagyobb operatív beavatkozás elkerülésével eszközölhető gyógyítását tűzte ki célul. Bárha már sikerült is néhány esetben, leginkább pedig a test felületén székelő, kevésbé előrehaladt folyamatok mellett a megbetegedést metszés nélkül gyógyítani, én a ráknak, főleg pedig a gyomorráknak, egyedüli gyógyító eszközéül még ma is az operateur készt tekintem. Nekünk belklinikusoknak tehát az volna a legfontosabb feladatunk, hogy a mennyiben tőlünk függ, mentől előbb juttassuk az ily szegény beteget ezen kés alá.

* * *

(Vége következik.)

Közlés a székesfővárosi bakteriologiai intézetből. (Vezető: Vas Bernát dr., egyetemi magántanár.)

Vizsgálatok a komplementum természetéről.¹

Irta: Kiss Gyula dr.

A fermentumoknak a szervezet háztartásában éppen a legbonyolultabb életjelenségekben jut fontos szerep. Ezért vetődött fel a komplex haemolysinek hatásának tanulmányozása közben ismételtelen az a gondolat, hogy az amboceptor és a komplementum sem egyebek fermentumoknál. Eme felvétel mellett szól az a körülmény, hogy az említett anyagok az élő szervezetben képződnek, hogy hatásuk specifikus és hogy aránylag kis mennyiségben nagy hatást fejtenek ki. Mindez azonban még nem elegendő a fermentumtermészet megállapítására és az amboceptort illetőleg több bizonyítékunk alig van. A komplementum ellenben még egyéb tekintetben is emlékeztet az organikus fermentumokra, mert mint az utóbbiak sok tekintetben úgy viselkedik, mint az élő sejt. A szervezetten kívül lassanként tönkremegy; a protoplasmamérgek elpusztítják, megmérgezik; elpusztul továbbá olyan hőfokon, amely a legtöbb élő sejtre nézve pusztulást jelent. Ámbár ezek az analógiák eddig is feltűntek, különös súlyt sohasem helyeztek rájuk, mert úgy látszott, hogy a jelenségek magyarázatában a komplementumnak fermentumtermészete számba nem vehető.

A fermentum hatása ugyanis nem egyéb contacthatásnál; jelenléte katalitikusan gyorsít valamely fizikai folyamatot és e mellett vegyi és fizikai sajátságai nem változnak meg. A fermentum tehát hatásában nincsen korlátozva, feltéve, hogy bomlás-termékek vagy idegen befolyások nem akasztják meg működésében. Egy olyan anyag, amely vegyi cserebomlást szenved el, miközben hatását kifejti, az adott esetben nem mint fermentum működik. Az általános felvétel szerint a komplementum a haemolysis folyamata alatt megkötetik és quantitative felhasználatik; ha ez igaz, akkor a komplementum nem fermentumképpen hat.

Ismeretes dolog, hogy a haemolysin hatásának magyarázatában eddig is voltak ellentétes vélemények. Ehrlich szerint az amboceptor és a komplementum egymással egyesül, miután az előbbi a sejthez kapcsolódott. Bordet szerint a komplementum a sejt anyagával magával egyesül, az amboceptornak pedig csak az a szerepe, hogy a sejtet a komplementum irányában érzékenynyé teszi, sensibilizálja. A két ellentétes elmélet azonban egyaránt eldöntöttnek tekinti azt, hogy a komplementum megkötetik. Arrhenius az újabb időben megkísérlte az immunitásos reakciókat a fizikai kémia elvei alapján tárgyalni és ámbár eredményei sok-

ban ellenkeznek az Ehrlich által felállított tételekkel, az alapgonddal, a melyből kiindul, mégis csak az Ehrliché és szerinte az amboceptor és a komplementum kémiai uton egyesül egy haemolysinnomolekulává.

Azt hiszem, újabb felvételeket bebizonyítani csak azzal a módszer segítségével lehet, melyet Arrhenius is követett, vagyis a quantitativ viszonyoknak pontosabb megfigyelése útján. A pontosabb megfigyelés és az alkalmas eseteknek kiválasztása révén azonban sokkal több bizonyítékot lelünk a komplementum fermentumtermészetének megállapítására, mint eleve várható volt. Sőt még az eddig ismert megfigyeléseket is fogjuk értékesíteni saját felfogásunk mellett. Az áttekinthetőség kedvéért azonban jobbnak véltem a saját megfigyeléseimet előrebocsátani.

Az alább közölt kísérletekben a következő komponensekkel volt dolgom: 1. mosott marhavérsejtek, 2. ezek oldására szolgáló amboceptor, melyet tengerinyúl immunizálása útján nyertem, 3. tengerimalacz vérsavója, mint komplementum.

A vérsejtek egységekként, úgy mint az Ehrlich-féle intézetben, az 5⁰/₀-os vérsejtemulsióknak 1 cm³-nyi mennyiségét tekintem, vagy a mi ugyanaz, a 100⁰/₀-os emulsióból 0.05 cm³-t. A komplementum egységéül 0.05 tengerimalacz vérsavó vétetett. Az immunserumnak titerje eme komplementummennyiség használata mellett 0.00125 cm³ volt. A kísérleteket úgy végeztem, mint az a legtöbb laboratóriumban szokásos; a keverékek 0.85⁰/₀-os konyhasóoldattal 5 cm³ térfogatra voltak kiegészítve és 37 C⁰ hőmérsék mellett 2 óra hosszat állottak thermostatban.

Először azt vizsgáltam, hogy az amboceptor mennyiségének fokozása esetén hogyan változik meg a komplementumnak az a mennyisége, amely a teljes haemolysishez szükséges. Ezek az eredmények az 1. táblázatban vannak összefoglalva.

1. táblázat.

Amboceptor (egység)	Komplement (egység)
1	1.00
2	0.60
4	0.40
10	0.20
20	0.20
50	0.15
100	0.20

A vizsgálatokból kitűnt, hogy a mikor sok amboceptor van a keverékben, a komplementumnak 0.20—0.15 egysége, vagyis 0.01—0.007 cm³ tengerimalaczvérsavó elegendő a teljes haemolysishez.

Lássuk most, hogyan változik az amboceptor mennyisége, ha a komplementum mennyiségét növeljük. Minthogy azonban a felnőtt tengerimalacz vérsavójában rendes viszonyok közt a komplementumon kívül a marhavérsejthez illő amboceptor is van, újszülött állatok vérére használtam a kísérletekben és kénytelen voltam a kísérleteket kisebb mennyiségekkel elvégezni. A táblázatban az eredmények 5 cm³ térfogatra vannak átszámítva.

2. táblázat.

Komplement (egység)	Amboceptor (egység)
1	1.00
2	0.75
4	0.50
8	0.40
20	0.25
40	0.25

A komplementum mennyiségének fokozása esetén tehát kevesebb amboceptorra van szükség és a legkisebb amboceptormennyiség, mely sok komplementummal teljesen old, az amboceptor egységének negyedrésze volt.

Úgy a komplementumra, mint az amboceptorra nézve tehát bizonyos minimumok állapíthatók meg, melyeken alól haemolysis nem áll be, akármennyit is veszünk a megfelelő másik komponensből. Ha azonban az egyik komponensből a minimumnál többet veszünk, akkor a másik komponensből fokozatosan kisebb mennyiségek is elengedők lesznek az oldáshoz.

¹ Részben előadatott a XVI. Nemzetközi Orvosi Congressuson.

Az itt megállapított tényeket nehéz összhangzásba hozni azzal a felfogással, hogy a két komponens kémiai úton egyesül egymással. Az anyagok ugyanis vegyileg aequivalens mennyiségekben szoktak egymással eserebomlásba bocsátkozni. Azt kellene tehát feltételezni, hogy itt olyan viszonyok vannak, hogy a haemolysinnek egy bizonyos mennyisége csak akkor képződik, ha az egyik, vagy mindkét komponens nagyobb mennyiségben van jelen, mint a mennyi a vegyileg aequivalens mennyiségnek megfelel.

Morgenroth és Sachs valóban ilyen felvételekhez folyamodtak, hogy megmagyarázzák, miért kisebbedik a komplementum mennyiség, ha az amboceptor mennyisége növeltetik; magyarázat közben hivatkoztak a tömeghatás törvényére és arra, hogy az itt szóban levő komponensek csekély vegyi affinitással bírnak.

Nehéz azonban így is megérteni, hogy miért kisebbedik az amboceptor mennyisége oly feltűnő mérvben, ha sok a komplementum. Hiszen, ha az Ehrlich-féle schemához ragaszkodunk, akkor egy amboceptor mindig csak egy komplementumot köt le; ha pedig a sejteken kevesebb amboceptor van, mint a mennyi például a haemolysin egy egységéhez szükséges, haemolysisnek nem volna szabad bekövetkeznie, akármennyi a komplementum. A tényekkel szemben csak mesterkélt magyarázatokkal lehet itt az amboceptor és komplementum vegyi egyesülését elfogadtatni. Az egyszerű megfigyelés a mellett szól, hogy a mi önkényesen felvett egységeinknek a valóságban semmiféle konkrét alapja nincs. Egy bizonyos mennyiségű tengerimalaczvérsavónak mint egységnek megfelel egy bizonyos mennyiségű amboceptor, és fel lehet venni, hogy az utóbbinak a sejthez való kapcsolására szolgál a receptoroknak egysége. De ez a receptoregység, a mely az Ehrlich-féle elméletben fontos szerepet játszik, csak elméletben létezik, nem pedig a valóságban.

Morgenroth és Sachs szerint¹ az amboceptor és a komplementum mennyiségi viszonyaira nézve általános szabályok nem állíthatók fel és minden esetre más és más szabály érvényes. Egyes esetekben a komplementum mennyisége nem változik, ha az amboceptor mennyiségét növeljük, más esetben a komplementumszükséglet kisebbedik. Ezekre az esetekre példákat is hoznak fel. A példákat azonban nem lehet bizonyítékul elfogadni, mert ha a viszonyokat helyesen felismertük, egészen rajtunk áll, hogy a példából mi tűnjék ki. Ha például a komplementumnak a minimumát vesszük egységül, akkor az amboceptornak bármily nagy feleslege által sem lehet a komplementum mennyiségét csökkenteni. Viszont azonban, ha az amboceptor minimumának megfelelő komplementum-mennyiségből — vagyis az én általam választott esetben 2 cm³ tengerimalaczvérsavavából — indulunk ki mint egységből, akkor az amboceptormennyiség növelésekor a komplementumszükséglet rendkívül nagyfokú kisebbedését észlelhetjük, mert hiszen sok amboceptorral az említett komplementumnak a 200-ad része is tud hatást kifejteni. Ilyen extrém eseteket pedig akármilyen más amboceptorral és komplementummal észlelhetünk, ámbár nem annyira feltűnő módon, mint a mi esetünkben, a mikor igen erős amboceptor és igen erős komplementum használtatott.

Az eddigiekből azt lehetne következtetni, hogy a haemolysin nem vegyület, hanem csak keveréke az amboceptornak és a komplementumnak, még pedig igen nagy fokban változó arányok szerint készült keveréke. Ezt a felvételt a Bordet elméletével összhangzásba lehetne hozni. A komplementum hatásának vizsgálata alapján azonban más felfogáshoz jutunk.

A komplementumnak hatása nagy mértékben függ a keveréknek térfogatától; ugyanaz a komplementum mennyiség kisebb térfogatban nagyobb hatást tud kifejteni. Ha például egy keveréket készítünk a vérsejteknek és az amboceptornak fentjelzett egységeivel, de nem adunk hozzá egy egységet a komplementumból (0.05 cm³-t), hanem csak annak a felét, akkor 5 cm³ térfogatban semmi haemolysis sem jön létre. Ha ugyanazokat a mennyiségeket nem 5 cm³-ben, hanem csak 2 cm³-ben vesszük, teljes haemolysis áll be; még gyorsabban áll be a haemolysis, ha a térfogat kisebb, például csak 1 cm³. Kisebb térfogatban kevesebb komplementum is elegendő ugyanannak az eredménynek eléréséhez.

A viszonyok sajátos volta kitűnik a következő kísérleti sorozatokból:

Vesszünk 0.04 cm³ tengerimalaczvérsavót, vagyis azt a mennyi-

séget, mely még nem elégséges ahhoz, hogy a vérsejteknek egységét, melyek az amboceptor egységét lekötötték, teljesen feloldja. Készítünk egy sorozatot a keverékekből, melyek a vérsejtekből különböző mennyiséget tartalmaznak és amboceptort mindenkor oly arányban, hogy egy egység vérsejtre egy egység amboceptor esik. Ha igaz az, hogy a komplementumot a sensibilizált vérsejt előbb köti meg, mielőtt még a haemolysis beáll, akkor az olyan keverékben, a mely például száz vérsejtegységet tartalmaz, 0.04 cm³ komplementumból e mennyiségnek csak a századrésze jut egy-egy vérsejtre. Azt várhatnók tehát, hogy a haemolysis annál kisebb lesz, minél több a sensibilizált vérsejt és hogy igen sok vérsejt jelenléte esetében semmi haemolysis sem lesz. A valóságban azonban nem ezt tapasztaljuk. A haemolysis foka annál erősebb, minél több vérsejt volt a keverékben. Ezt mutatja a 3. táblázat, melyben a feloldott vér mennyisége az általunk felvett egységekben van kifejezve. (A meghatározás kolorimetria útján, a centrifugálás által elkülönített folyadék réteg térfogatának számításba vétele mellett történt.)

3. táblázat.

Felhasznált vérsejtmennyiség (egységekben)	Ebből haemolizálódott (egységekben)
0.25	0.20
0.50	0.35
1.0	0.80
2.0	1.60
3.0	2.50
6.0	3.5
12.5	5.0
25.0	9.0
50.0	9.9
100.0	9.3

Látnivaló, hogy az a komplementum mennyiség, mely nem volt elegendő ahhoz, hogy a vérsejtek egy egységét teljesen feloldja, ennek az egységnek a sokszorosát is fel tudta oldani, ha a keverékben a vérsejtegységnek többszöröse voltak jelen. Feltűnő az is, hogy a haemolysis azokban a keverékekben sem tökéletes, a melyek kevesebbet tartalmaznak a vérből, mint egy egységet. A feloldott mennyiség arányos a százalékos vérsejttartalommal addig, míg az utóbbi 5—6%-ot nem ér el. Eme határ felett a haemolysis a felhasznált vérsejtmennyiséghez képest mindinkább lassul.

E sorozathoz azért vettem 0.04 cm³ tengerimalaczvérsavót, hogy kizárjam annak a lehetőségét, hogy a komplementum feleslegben volt. De azonos eredményeket nyerünk 0.05 cm³ vérsavóval is, mint ezt a 4. táblázat mutatja. Ebben az esetben a kevesebb vérsejttel tartalmazó keverékekben teljes a haemolysis. Körülbelül 6 egységig teljes az oldás és a vérsejtek nagy feleslege esetében 15 egység is feloldódik.

4. táblázat.

Felhasznált vérsejtmennyiség (egységekben)	Ebből haemolizálódott (egységekben)
0.25	0.25
0.50	0.50
1.0	1.0
2.0	2.0
4.0	4.0
6.0	5.5
12.5	10.0
25.0	12.0
50.0	12.0
100.0	15.0

A haemolysis gyorsasága és erőssége ugyanazoknak a komplementum mennyiségeknek felhasználása mellett annál jelentékenyebb,

1. minél kisebb a keverék térfogata,
2. minél nagyobb a vérsejtmennyiség.

A haemolysis foka tehát tág határok közt független a komplementumnak abszolút mennyiségétől; ez pedig a mellett szól, hogy a komplementum katalysatoroképpen hat, vagyis mint fermentum fejti ki hatását.

¹ Berliner klin. Wochenschrift.

Ez a tény nem áll összhangzásban az általánosan elterjedt felfogásokkal. Ha az antigen egyesül a neki megfelelő ellenanyaggal, akkor *Gengou* szerint a komplementum megkötetik. Sőt *Bordet* szerint a vérsejt sokkal több haemolysint, tehát komplementumot is köthet meg, mint a mennyi a haemolysishez elegendő. Ismeretes *Bordet*¹ észlelete, hogy a haemolysis lényegesen kisebb fokú, ha a vér nem egy adagban adatik a haemolysintartalmú savóhoz, hanem kisebb részletekben oly módon, hogy az egyes részletek hozzáadása bizonyos időközökben történik. Ezt *Bordet* úgy magyarázza, hogy az első részletek annyi haemolysint tudnak megkötni, hogy a későbbi részletek számára már nem marad belőle.

Nem lehet tagadni, hogy a komplementum nagyon gyakran rövid idő alatt teljesen lekötetik (hatását veszti), de nézetem szerint a komplementum lekötése más szabályok szerint folyik le, mint maga a haemolysis.

A kérdés pontosabb tanulmányozása még hátra van, csak főbb vonásokban említhetem fel a lehetőségeket. Magam is tapasztaltam, hogy a komplementum gyorsan elveszti a hatását, ha mennyisége a vérsejtek és az amboceptor mennyiségéhez mérve kicsiny. Ha például a legutóbb leírt kísérletekben csak 0.02 cm³ komplementumot vettem, akkor már a komplementum hatása nem oly feltűnően független a vérsejt mennyiségétől. Ismeretes jelenség továbbá a haemolysisnél is a komplementum eltérítésének a jelensége. Ez akkor mutatkozik, ha aránylag kicsiny a vérsejtmennyiség, de sok az amboceptor. Erre példa is van az első táblázatunkban, a hol 100 amboceptoregység mellett több komplementum kellett a teljes haemolysis elérésére, mint 50 mellett. A legfontosabb szerepe azonban annak a körülménynek van, hogy a kísérletekben különböző állatfajok serumai hozatnak egymással össze, a melyek egymást minden valószínűség szerint lényegesen befolyásolják. *Bordet* például defibrinált vért hozott össze egy hígítatlan immunserummal; valószínű, hogy ebben az esetben a serumok közt bizonyos reakciók folynak le, melyeknek eredménye a specifikus anyagoknak a kevesbedése.

Akármi legyen azonban a komplementum eltűnésének az oka, megmutathatjuk, hogy a komplementum nem is minden esetben köttetik meg, a mely esetekben az általános felfogás szerint a komplementumkötésnek be kell következnie.

Készítsünk például keveréket a vérsejtek, az amboceptor és a komplementum egységeivel és tartsuk azt thermostatban, míg a haemolysis beállott. A feloldódott keverékhez tegyünk hozzá 0.25 cm³ egyszerűen sensibilizált 100%-os vérsejtemulsiót. (Megjegyzendő, hogy azért kell 100%-os emulsiót használnunk, hogy a keverék térfogata sok vérsejt hozzáadására se változzék meg jelentékeny fokban, hiszen az erős hígítás a komplementum hatását már magában ellensúlyozhatná.) Ha a keveréket a thermostatba visszahelyezzük, megfelelő idő múlva tapasztaljuk, hogy az oldott vér mennyisége lényegesen fokozódott, mintegy 4 egység van a keverékben oldva, vagyis nem sokkal kevesebb, mint ha már kezdetben adtunk volna a keverékhez 6 egységet. Az eredmény akkor is körülbelül ugyanaz, ha az egységnyi vérsejtek haemolysis után a keveréket 24 órára jégsekreányba helyezzük és csak azután adunk hozzá újabb vérsejtmennyiséget. Még a thermostatban is hatékony marada komplementum 24 óra múlva, bár sokkal kisebb mértékben. Thermostatban azonban a komplementum úgy is gyorsan tönkremegy, ha nincs vérsejt a keverékben.

Ezeket a kísérleteket különbözőképpen lehet variálni, de a míg a vérsejttartalom a 6%-ot túl nem haladja, az eredmény mindig az, hogy nincs lényeges különbség, akár egyszerre adtuk a keverékhez a vérsejteket, akár részletekben.

Mindent összefoglalva: feltételezhető, hogy a komplementum fermentumképpen hat, de oly változásoknak vanhatás közben alávetve, a melyeknek következtében hatása csak véges. Minden komplementum-concentrációnak az amboceptorral — a sensibilizálásnak — egy bizonyos foka felel meg. Kisebb komplementumconcentráció esetében a sensibilizálás fokát növelni kell, és erősebb fokú sensibilizálás esetében a komplementumnak kisebb koncentrációja is elegendő ugyanannak a hatásnak eléréséhez.

Hogy az észlelt jelenségeket megérthessük, még azt is fel kell vennünk, hogy a vérsejtek resistenciája a komplementummal

szemben különböző még akkor is, ha egyenlően vannak sensibilizálva. Erre a felvételre támaszkodott *Mioni* is. Ezzel magyarázhatjuk mi is, hogy még igen kis vértartalom esetében sem teljes a haemolysis, ha a komplementum koncentrációja bizonyos alsó határt nem ért el.

A komplementum fermentumtermészete mellett szólnak azok a jelenségek, melyek a keverék sótartalmának változásával való összefüggésben észlelhetők. *Nolf*¹ és *Markl*² nemkülönben *Ehrlich* és *Sachs* vizsgálatai alapján ismeretes, hogy a haemolysin hatása töményebb sóoldatban megszűnik. Minthogy a só töménysége az amboceptor lekötésére nem bír befolyással, ez a jelenség kizárólag abban leli magyarázatát, hogy a sőtöménység a komplementumra gyakorol befolyást.

A következő táblázatok a konyhasótöménységnek a komplementumra gyakorolt befolyását tüntetik fel. A használt komponensek ugyanazok, mint az előző kísérletekben, az egységek is ugyanazok, vagyis mindig a 0.85%-os konyhasóoldatra vannak vonatkoztatva. Némely esetben a keverékekben nagyobb mennyiségű serum (immunserum és komplementumserum) foglaltatott. Ilyen esetben a sőtöménységet úgy számítottam ki, mintha a serumok helyett 1%-os konyhasóoldat használtatott volna a keverék készítéséhez.

Általában feltűnt az, hogy a sőtöménységnek már aránylag kis változásai lényegesen befolyásolják a komplementum hatását. Vegyük a komplementum egységét (0.05 cm³) és vizsgáljuk, hogy a sőtöménység változása esetén mennyi amboceptor szükséges a teljes haemolysishez. (5. táblázat.) Vegyük azután egy másik soro-

5. táblázat.

Konyhasótartalom	Amboceptor (egységekben)
0.60%	0.60
0.85%	1.00
1.00%	1.15
1.30%	3.50
1.60%	32.00

zatban mindig az amboceptor egységét és vizsgáljuk, hogyan változik a töménységgel a komplementum mennyisége. (6. táblázat.)

6. táblázat.

Konyhasótartalom	Komplementum (egységekben)
0.60%	0.80
0.85%	1.00
1.00%	1.50
1.30%	6.00
1.60%	40.00

Látni való, hogy a mikor az egyik komponens állandó mennyiségét vettük, a másik komponens mennyisége ugyanoly értelemben változik, mint a sőtöménység. Az 1.6%-os oldatban már igen sokat kell venni az egyik komponensből, hogy a másik komponens egysége a teljes haemolysist előidézzék és 2%-nál semmi haemolysis sem észlelhető, ha az egyik komponens csak egységnyi mennyiségben van jelen a keverékben. Már ebből sejteni lehet, hogy minden konyhasótöménység számára az amboceptorral és a komplementummal egy bizonyos minimuma létezik, a melyen alól nincs haemolysis, bármilyen nagy mennyiségben vétetik a másik komponens. Ezeket a minimumokat a 7. és 8. táblázat tünteti fel.

7. táblázat.

A komplementum minimumai, melyek sok amboceptorral (500 egység) haemolyzálni tudnak:

Konyhasótartalom	Komplementum (egységekben)
0.60%	0.1
0.85%	0.2
1.00%	0.5
1.50%	2.7
2.00%	2.5
3.00%	12.0
3.25%	40.0

¹ Annales de l'Institut Pasteur, 1900.

² Zeitschrift f. Hygiene, 1902. 29. kötet.

8. táblázat.

Az amboceptor minimumai, melyek sok komplementummal (40 egység) haemolyzáltni tudnak:

Konyhasótartalom	Amboceptor (egységekben)
0.60 ⁰ / ₀	0.25
0.85 ⁰ / ₀	0.25
1.00 ⁰ / ₀	0.40
1.50 ⁰ / ₀	1.00
2.00 ⁰ / ₀	8.00
3.00 ⁰ / ₀	32.00
3.25 ⁰ / ₀	500.00

Az utolsó táblázatokból kiviláglik, hogy a mikor az egyik komponens nagy feleslegben vétetik, a másik komponensnek minimumai a sötétmennyiséggel egyezőleg csökkennek és növekednek.

Minden egyes töménységben ismétlődik azonkívül az a jelenség, a melyet a 0.85⁰/₀-os oldatban észleltünk, hogy tudniillik a mikor az egyik komponens mennyisége növeltetik, akkor a másik komponensből kevesebb is elegendő a teljes haemolysishez. Az erre vonatkozó kísérleti adataim még nem elég könnyen tekinthetők át. A komplementum fermentumtermészete mellett a közölt kísérletek eléggé bizonyítanak.

Röviden emlékezem meg e helyen néhány észleletről, a mely az én eredményeimmel ellenkezésben van.

Hewlett¹ észlelte, hogy a haemolysis kimarad, ha a keverékek térfogata nagyon növeltetik, de ebben a jelenségben valamely specifikus sóhatást sejtett, holott a komplementum koncentrációjának kisebbedése az oka a jelenségnek. Hektoen és Ruediger² valamint Manwaring³ azt vette fel, hogy magasabb, az isotonia felett álló töménységekben a komplementum és sómolekulák közt benső összeköttetés jö létre. Szerintük a komplementum eme vegyülete nem tud hatást kifejteni, de reversibilis, vagyis higitásra szétbomlik. Ez a felfogás azért hibás, mert a mennyiben a komplementum az isotonias oldatban másképpen viselkedik a konyhasóoldattal szemben, mint magasabb koncentrációban, a különbség nem qualitativ, hanem csakis quantitativ természetű.

Mioni⁴ azt találta, hogy a mikor az amboceptor vagy a komplementum nagy feleslegben van jelen, a haemolysis foka a megfelelő másik komponens mennyiségével egyenes arányban áll. Ilyen kísérleti eredményeket azonban csak akkor kap az ember, ha a véresejteket nagy mennyiségben veszi a keverékekhez; ilyen esetben a komplementum gyors leköltése következtében azok a jelenségek, melyekből annak fermentumtermészete lehetne következtetni, nem jutnak észlelés alá. Hasonló eset ez ahhoz, a mi a fizikai kémiában az oldatok törvényeinek tanulmányozásában előfordult; ezek a törvények is csak higabb oldatokban voltak felismerhetők.

Végezetül példákat hozok fel arra nézve, hogy a sötétmennyiségnek milyen befolyása van egyes más vérmérgekre. Ez alkalommal utalnom kell arra az elvi jelentőségű különbségre, mely a tulajdonképpeni vérmérgek és a véresejtekre befolyással bíró egyéb káros hatányok közt fennáll. Más helyen⁵ közölt kísérleteim azt bizonyítják, hogy a haemolysisnek két alakját lehet egymástól megkülönböztetni. A haemolysis egyik formájában az alacsony hőmérsék a folyamatot gyorsítja, ez alatt értjük azt a haemolysist, mely a tiszta vízben és a sóoldatokban következik be. A haemolysis másik alakja, a mérgek által okozott haemolysis, a hőmérsék emelkedésével fokozódik. A haemolysis első alakjában a duzzadásos jelenségek játszanak nagy szerepet; a duzzadást a hideg elősegíti. A tulajdonképpeni mérgek hatása ellenben lecsapódásos folyamat, vagy valami, a mi ehhez hasonló; a lecsapódás a magasabb hőmérsék segíti elő. Megjegyzendő, hogy a haemolysist pusztán fizikai alapon teljesen magyarázni nem lehet. El kell fogadnunk Ehrlich nézetét, hogy a haemolysis minden esetben a beállott protoplasmaelhalásnak a jele. Az elhaláskor pedig mindig elfolyósodás áll be, még oly esetben

is, a mikor lecsapó hatás érvényesül, feltéve, hogy ez a hatás nem olyan erős, hogy a sejtet fixálja.

Egy keverékben, mely sóoldattal készült és haemolysint is tartalmaz, egyszerre két különböző természetű hatálynak van a véresejt kitéve. A kérdés az, vajjon a különböző természetű ártalmak összegeződnek-e, vagy pedig egymás hatását csökkentik-e. Erre csak vizsgálat alapján nyerünk feleletet.

A legegyszerűbb vegyi összetételű mérgek az anorganikus savak és lúgok.

0.001 normál kalilug tartalmú keverékben a véresejtek 24 óra alatt nem oldódnak fel, ha a keverék konyhasótartalma 1⁰/₀ és 2⁰/₀ közé esik; a haemolysis ellenben a lúgnak ezen kis mennyisége által is gyorsítottatik, ha a konyhasóoldat töménysége az említett határokon kívül esik. A lúg mérgező hatása azonban ebben az esetben is csak magasabb hőmérséken, 37 C⁰ mellett, észlelhető. 0.001 normál sósavtartalom mellett a sav mérgező hatása már szobahőmérséken is jelentékeny, de ugyancsak azt lehet tapasztalni, hogy 1⁰/₀ és 2⁰/₀ sótartalom mellett még 24 óra múlva sincs haemolysis. Ha a konyhasóoldat hatását mérgek nélkül vizsgáljuk, akkor is azt találjuk, hogy a haemolysist okozó oldatok töménysége 1⁰/₀ alá és 2⁰/₀ fölé esik. A sav és lúg jelenléte által tehát az a koncentrációs zóna, mely a véresejtet a feloldástól legjobban megvédi, nem szenvedett eltolódást.

A cyclaminnal mások a viszonyok. Egy tized milligramm cyclamin 5 cm³ 1⁰/₀-os véresejtemulsiót 37 C⁰-on mintegy fél óra alatt felold. Az oldódás körülbelül ugyanazzal a gyorsasággal következik be, ha a konyhasóoldat töménysége 1⁰/₀ és 2⁰/₀ közt van, mint ha e határokon kívül esik. (Nagyon alacsony és nagyon magas töménységben, mint ismeretes, az oldódás mérgek nélkül is gyorsan bekövetkezik.) A cyclamin hatására tehát a sötétmennyiség nem bír feltűnő befolyással.

Ismét más jelenségeket észlelünk a cobraméréggel. Ennek a mérgeknek a hatását a sötétmennyiség fokozása által ellensúlyozni lehet. A mérgeknek az a mennyisége, mely 1—2⁰/₀ közt például a tengeri malacz véresejtjeit egy óra alatt feloldja, 3—4⁰/₀ konyhasóoldat jelenlétében nem fejt ki hatást. Mint ismeretes, vannak állatfajok, melyeknek véresejtjeit a cobramérgek magában nem oldja fel, hanem csak akkor, ha a cobramérgek kívül lecithin vagy vérsérum is van a keverékben. Ezt észleljük a marha véresejtjein; a sötétmennyiség azonban ebben az esetben is ugyanúgy befolyásolja a haemolysist, mint a mikor a mérgek magában is tudja a véresejtet feloldani.

3—4⁰/₀ volt a konyhasótöménységnek az a határa, a melyen a komplementum a mi kísérleteinkben hatást kifejteni már nem tudott. A komplementum tehát e tekintetben hasonlóképpen viselkedik, mint a cobramérgek.

Ez a sajátos viselkedés még jobban kifejezésre jut a következő megfigyelésben. Ha a marhavéresejtek resistentiáját tiszta sóoldatokban vizsgáljuk, rendszeren csak 6⁰/₀ töménység felett találjuk azt a határt, melyben a haemolysis először jelentkezik. Ezt azonban csak akkor találjuk, ha az általánosan bevett módszert követjük, vagyis ha az elkészített keverékeket 24 óráig nyugodtan hagyjuk állani. Egészen más az eredmény, ha a keverékeket az elkészítés után az első fél órában több ízben erősen felrázzuk; az utóbbi esetben már 2⁰/₀-nál jelentkeznek a haemolysis nyomai s 3⁰/₀-nál erős haemolysis van az első két órán belül. A 3⁰/₀-os konyhasóoldat tehát, ha mechanikai hatány is közreműködik, erősen haemolyzál; ugyanez az oldat azonban, mint mondtuk, a véresejtet meg tudja védeni a komplementumnak és a cobramérgeknek a hatásával szemben. Nyilvánvaló tehát, hogy a sóoldatnak a káros hatása a komplementumnak, illetve cobramérgeknek a káros hatásával nem összegeződik, sőt a két hatás antagonistikus. Ebben különböznek ezek az utóbbi vérmérgek az előbbiektől.

A gyakorlatban 3—4⁰/₀ felett a komplementum hatástalan. Elméletileg azonban felvehető, hogy, ha igen erős komplementumunk volna, a komplementum haemolyzáló hatása még ennél magasabb töménységekben is érvényesülhetne. Friedberger ugyanis azt találta, hogy a komplementum hatása annál tartósabban marad meg, minél magasabb a közegnek konyhasótartalma és a vizsgált legmagasabb (15⁰/₀) konyhasótöménység a legjobban védi a komplementumot. A sötétmennyiség növelése tehát egyrészt megakadályozza a komplementumot hatásának kifejtésében, másrészt védi a komplementumot

¹ Archiv f. exp. Pathol. u. Pharmacol., 49. kötet.

² The Journal of infectious diseases, 1904. 1. kötet.

³ Zentralblatt f. Bakteriologie, 1906.

⁴ Annales de l'Institut Pasteur, 1905.

⁵ Das periodische System der Elemente und die Giftwirkung. Wien und Leipzig, 1909.

tumot a természetes úton bekövetkező gyengüléstől. Feltehető tehát, hogy a komplementumhatás gátlásának maximumát 3—4% konyhasó-oldatban még nem érték el.

A gyakorlatra nézve jelentőséggel bír még az a kérdés, vajjon a fiziologiás honyhasóoldat joggal használatik-e a haemolysinek vizsgálatában. Itt részletezett megfigyeléseink alapján valóban semmiféle érvet sem lehet a fiziologiás oldat használata mellett felhozni. Hiszen a sóoldatnak, az amboceptornak és a komplementumnak kölcsönös befolyásában szigorú fokozatosságot láttunk, a növekedések és csökkenések kontinuitása volt észlelhető és ez a kontinuitás a fiziologiás konyhasóoldat koncentrációjánál sem szenvedett semmiféle megszakítást. A fiziologiás oldat számára tehát a kísérletek külön jogokat nem adnak. Sőt egyszerű kísérlettel meggyőződhetünk arról, hogy a fiziologiás oldat védő hatása kisebb, mint a vérsrumé. Ha ugyanis a marhavérsrumot vízzel kétszeresen hígítjuk, ebben a keverékben a marha vérsajtjei 24 óra múlva még alig oldódnak; ellenben fiziologiás oldat kétszeresére hígítva (0.425%) igen gyorsan feloldja a vérsajtjeit. Ez azonban csak elvi kérdés. A gyakorlat szempontjából helyes, ha minden laboratóriumban ugyanazt a konyhasótöménységet használják; így a sötötmenységnek a komplementumra gyakorolt befolyása tekinteten kívül marad.

A főbb eredményeket összefoglalva: vizsgálatainkban, melyeknek tárgya marhavérsajt, tengerimalaczvérsavó és nyúltól származó erős immunserum volt, az észleletek a mellett szólnak, hogy a komplementum mint fermentum fejti ki hatását. Ezt a következő tények bizonyítják:

1. A komplementum hatása tágabb határok közt független annak abszolút mennyiségétől.
2. A komplementum megkötése más szabályok szerint megvége, mint a haemolysis.
3. A sötötmenység a komplementumhatást lényegesen befolyásolja.
4. A sötötmenység másképpen befolyásolja a komplementum hatását, mint egyéb vérmérgeket.

Autovaccinatio a vesemedencze, hólyag és prostata idült coli-fertőzéses megbetegedéseiben.

Közlő: **Boross Ernő** dr., műtőorvos, a Ferencz József kereskedelmi kórház urologusa.

Ismeretes, hogy az emberi szervezet a fertőzésekkel szemben természetes védőképességgel bír. A vérsavó ellenanyagokkal rendelkezik, a melyek a fertőzés lezajlásával mennyiségükben megszorodva, a szervezetet esetleges újabb fertőzéstől megvédik. A szervezetnek a baktériumok elleni ezen természetes védőképességét kétféleképpen növelhetjük. Egyrészt a passiv immunizálással: a minő például a diphtheriaserummal való oltás, a mely serum idegen szervezetben előállított ellenanyagokat tartalmaz, a mikor is az oltott emberi szervezetnek dolga már nem akad, „passiv” immunis lesz.

Az activ immunizálással a szervezetnek védőképességét növeljük azáltal, hogy a szervezetet magát több ellenanyag képzésére készítjük elő; ezt úgy érjük el, hogy a szervezetet beoltjuk az illető baktériumok fehérjéjével (autovaccina) olyan alakban, mennyiségben és időközökben, hogy természetesen a szervezetnek ártalmára ne válják. Az autovaccina kétféleképpen készül: vagy a beteg kóros váladékából (eseteinkben a vizeletből) kitenyészített, majd megölt baktériumokból (Wright), vagy direct a kóros váladékot — megölt alakban — tartalmazza (Detre), mely utóbbi vaccinában a természetes mérgek foglaltatnak. Wright immunizáló kísérleteiben azon felfedezésre jött, hogy a vérsavóban létező ellenanyagok (antitestek) képesítik a fehérvérsajtjeit arra, hogy a vérbe jutó baktériumokat felfalhassák, azaz ezen ellenanyagok szabályozzák a leukocyták baktériumos emésztőképességét (a phagocytosist). Kísérletei alkalmával azon eredményre is jött, hogy a vérsavóban lévő ezen ellenanyagok a fehérvérsajtjeire hatástalanok, tulajdonképpen a baktériumokat változtatják meg tulajdonságaikban akképpen, hogy így a leukocyták által könnyebben megemésztessenek. Ezen ellenanyagokat ezért opsoninoknak nevezte (opsono = étkezésre előkészítik). A vaccinás oltás után közvetlenül megkevesbednek az opsoninok, mert a vaccinával a vérbe bizonyos fehérjés

mérgeket viszunk be, a melyek az opsoninokat kezdetben lekötik, majd azután fokozatosan szaporodnak az ellenanyagok és fokozzák a szervezet természetes védőképességét. Wright az ellenanyagok csökkenését negatív phasisnak nevezi, szaporodásukat pozitív phasisnak. Számos kísérletből tudjuk, hogy a negatív phasis két-három napig tart, a mely idő alatt a szervezetnek természetes védőképessége erősen csökken. A pozitív phasis körülbelül 5—6 napig tart, ezen idő alatt a szervezet természetes védőképessége fokozódik. A negatív phasis alatt, tehát két napon belül újra oltani nem szabad, viszont hét napon túl ne halaszszuk az oltásokat. A kezelés igen egyszerű, mert a fentiek ismerete alapján nincs szükségünk a fárasztó folytonos opsoninmeghatározásra, sem a vaccinának baktériumszámlálására. Mi a betegnek saját baktériumaiból készült úgynevezett autovaccinát használjuk, a melyet Detre László egyet. m.-tanár készített minden esetben részünkre; kezdő adag $\frac{1}{10}$ cm³, majd $\frac{2}{10}$ cm³ és végül $\frac{3}{10}$ cm³. Az oltásokat 5—7 napos időközökben végezzük. Az alkar feszítő oldalán oltunk és eddigelé minden oltás után kisfokú érzékenységgel és duzzanattal párosult helybeli reactiót észleltünk; az első oltások rendszeren 37.2—37.6 fokú lázzal járnak. Annak ellenére, hogy a vaccinásoltás teljesen ártalmatlan beavatkozás, az oltásokat kezdetben nagy óvatossággal végeztünk. Az oltásokat olyan két ifjú betegen használtuk, a kik közül az egyik 5 éves gyermekkorá óta beteg és tizenegy éven át volt minden siker nélkül kezelve, a másik jelenleg 25 éves és 15 év óta volt eredménytelenül kezelve. A többi hat eset is mind olyan, a melyben a bántalom több évig változatlan makacságban állott fenn. Mindezen betegek, akár belsőleg gyógykezeltettek, akár helybeli mosásokkal, azaz úgynevezett mechanikai irritálásnak voltak kitéve, avagy minden kezelés szünetelt, a kinzó, gyakori görcsös vizelés-inger miatt annyira szenvedtek, hogy testsúlyban is lefogytak. A vaccinás oltásoknál kivétel nélkül már az első oltás után valamennyi betegünk közérzete lényegesen megjavult és az eddig fájdalmas, görcsös vizelés-inger megszűnt. A második, harmadik oltás után kevésbé gyakran vizeltek a betegek, a negyedik, ötödik oltás után pedig súlyban gyarapodni kezdtek. Egy esetet kivéve, a hol a vizeletben a kezelés után görcsös alatt sem genyesejtet, sem colibacillust kimutatni nem sikerült, a többiben a vizelet bár megtisztult látszólag, de görcsös alatt egyes genyesejteteket és baktériumokat még mindig találtunk. Az autovaccinatio folytán a szövetek ellenállóbbá válnak az infectióval szemben, de természetesen, mint azt Rovsing is állítja, a vizeletet az oltás nem változtatja baktériumpusztító közeggé, valamint a kezelés a hólyagnyalkahártya és a vesemedenczenyalakahártya felületén székelő baktériumokra sem hat. Ezért ilyen idült estekben a vaccinás oltásoknál a hólyag- és a vesemedenczemosások elkerülhetetlenek, hogy pedig a beteg szövetek, szervek fokozottabb vérbőségét növeljük, melegedő borogatásokat és fürdőket is alkalmazunk. Eseteinkkel beigazolván látjuk, hogy a vaccinatio teljesen ártalmatlan beavatkozás és minden olyan idült coli-fertőzésben alkalmazandó, a hol belső és szorgos helybeli kezeléssel eredményt nem érünk el, a betegek lefognak, elpusztulnak, akár csak a húgyszervek tuberculosus bántalmaiban szenvedők; mert, hogy a coli pathogen bacillus és a húgyszervek bántalmaiban nagyon makacs kórokozó, az vita tárgya ma már nem lehet.

A kísérletek folytatandók és különösen a kezelt esetek megfigyelendők, vajjon bizonyos idő múltán nem recidiválnak-e? A még fiatal urológiában a vaccinatio mindenesetre olyan mező, a mely kiaknázandó, mert úgy látszik, nagy kineket rejt magában.

Az autovaccina Detre szerint következőképpen készül:

A sterilen vett, majd centrifugált vizelet üledékéből agar-kulturát készítünk, ugyanekkor görcsövíleg is megvizsgáljuk. A tenyészetet 24 óra múlva húsleves kellő mennyiségével elemulgeáljuk, majd 65°-on megöljük. Karbolizálás előtt aërob és anaërob sterilizációs próbáknak vetjük alá, majd töménységére kontrolláljuk baktériumszámlálással a kész vaccinát. Vegyes fertőzéses esetekben a kitenyészített több (2—3) csírafajta a görcsöi kép arányában kevertetjük egymással; ha pedig az egyik vagy a másik csíra nem nőtt ki, maga a vizelet lecentrifugált üledéke használatik 12 órai dialysis után a vaccina alapanyagául. Sterilizációs próbák mint fentebb. Wright az agartenyészetet physiologiái konyhasóval mossa le és egy órai rázás után számlálja a baktériumokat; majd 60°-on megöli. Sterilizációs próbák után $\frac{1}{4}$ % lysololdattal hígítjuk tetszés szerint a vaccinát. A baktériumszámlálás úgy történik, hogy vért

és bakteriumemulsiót egyenlő arányban keverünk, ebből festett fedőlemezkeszítmenyt készítünk és göresővileg megszámláljuk, hogy 500 vörösvérsejtnak megfelelő területen mennyi bakterium fekszik. Minthogy tudjuk, hogy 1 cm³ területen 500 millió vörösvérsejt van, egyszerű szorzással megközelítőleg meghatározhatjuk, hogy 1 cm³ vaccinában mennyi bakterium foglaltatik.

I. M. O., Budapest, 1906 május hó óta beteg. Fájdalmak a jobb vesetájékon, gyakran vizelet, minden egyes inger göresőkkel jár. A vizelet átlátszatlan, zavaros. Üledékében polynucleáris leukocyta, kevés hámsejt, colicsoportok. Cylinder = 0. Tuberculosis negativ. 1016 fajsúlyú, gyengén savi, $\Delta = 0.78$, ClNa = 0.86; fehérje nyomokban, $1/30^{0/00}$, a genynek megfelel.

Cystoskopia: trigonum-cystitis, a jobb ureter környezete kissé lobos, a nyálkahártya fellazult.

Kétoldali ureterkatheterismus. A jobb ureteren át zavaros vizelet ürül, phloridzin után a cukortartalom 3.30%. Bal oldalon tiszta vizelet ürül, a cukortartalom 1.10%.

A beteg két év óta megszakításokkal lesz kezelve. A vizelet időnként megtisztult, ha a beteg helybelileg nem is volt kezelve; de az égető göresös vizelésinger állandó.

1909 január 10. A saját vizelet colibacillusaiból készült vaccinnával oltás. Kezdő mennyiség $1/10$ cm³ az alkar feszítő oldalán.

Január 11. Érzékenységi, duzzanat. Hőmérsék 37.6.

Január 13. A beteg közérzete jobb; fájdalom nélkül, ritkábban vizelet.

Január 16. Oltás $1/10$ cm³ vaccinával. Helybeli reactio, láz nélkül.

Január 18. A közérzet változatlanul jó. Fájdalmak nincsenek. A vizelet zavaros; colit és genysejteket tartalmaz.

Január 23. A közérzet rosszabb, kis égés a vizelés alkalmával. Jobboldali vesemedencze- és hólyagmosás 1:5000 hydrarg. oxycyanatummal.

Január 24. $2/10$ cm³ vaccinaoltás.

Január 26. A közérzet igen jó; 4—6 óránként fájdalom nélkül vizelet. A vizelet látszólag feltisztult. Napokon át igen jó közérzet.

Február 2. $3/10$ cm³ vaccinaoltás. Igen jó közérzet, a vizelet tisztább.

Február 9. $3/10$ cm³ vaccinaoltás. Vesemedenczemosás $2/0$ collargoldattal.

Február 15. Állandó jó közérzet; fájdalom nélküli vizelés. Két kilogramm súlygyarapodás. Az átlátszó vizelet üledékében göreső alatt genysejteket és colibacillust látunk.

II. B. K., 26 éves. Colipyelitis I. d. 1907 január hó óta beteg; rázóházak mellett igen rossz közérzet. Gyakori zavaros, göresös vizelés-inger. A beteg fogy. A hólyag- és jobboldali vesetáji fájdalmak állandóak.

Belső antisepticumokra, hólyag- és vesemedenczemosásra időnként javul az állapot, de a kínzó göresők állandóan zavarják a beteg közérzetét. 1909 január 20.-án autovaccinatio.

Hólyagtükörkép: Erős trigonum-cystitis, a jobb ureter környezetének lobosodásával.

A vizelet gyengén savi, 1016 fajsúlyú, $\Delta = -1.17$, ClNa = 0.70%. Sok geny. Fehérje $0.2^{0/00}$, a genynek megfelelő. Az üledék körülbelül 2 cm³-t tesz ki, főleg genyből áll, a melynek leukocyta között igen sok a degenerált (pangó geny!). Elég sok nagyobb és farkos hámsejt. Cylinder = 0. Vesehám = 0.

Gonococcus, tuberculosis negativ. Sok tokos colibacillus, részben csoportosan. Kisfokú phagocytosis. Kultura: végtelen sok colibacillus.

1909 január 20. $1/10$ cm³ vaccinás oltás az alkar feszítő oldalán.

Január 21. Az alkaron mérsékelt reactio. Hőmérsék 37.5 C°.

Január 22. Fájdalmak nélkül gyérekben vizelet.

Január 27. $2/10$ cm³ oltás.

Február 1. Változatlanul igen jó közérzet.

Február 2. Gyakran vizelet kis égéssel.

Február 3. $3/10$ cm³ oltás.

Március 4. Helybeli reactio, jó közérzettel. Fájdalmatlan vizelés, de zavaros vizelet.

Március 5. Jobboldali vesemedencze- és hólyagmosás 1:5000 hydr. oxycyanattal. Hőmérsék 37.8 C°.

Március 6. A vizelés nem fájdalmas, a húgy valamivel tisztább, genyet és colit tartalmaz.

Március 10. $3/10$ cm³ oltás, jó közérzet.

Március 16. $3/10$ cm³ oltás, jó közérzet. Vesemedenczemosás $2/0$ -os collargoldattal.

Március 23. $2/10$ cm³ oltás, változatlanul fájdalommentes, 6 órai vizelés. A vizelet feltisztult, de genysejteket és colibacillust tartalmaz.

Április 1. $1/10$ cm³ vaccinaoltás.

Május 11. Súlygyarapodás, a közérzet változatlanul jó.

III. V. Antalné, 24 éves. Colipyelitis I. u. 1907. évi április hó óta beteg. Jobb- és baloldali vesetáji fájdalmakkal kapcsolatos égés a csőben és gyakori vizelésinger. Rázó lázak. Mosásokra és belső antisepticumokra, ehininre az állapot javul, de a vizelés állandóan fájdalmas, a húgy zavaros, véres-genyes, a hólyag, a vesemedenczetájék is állandóan érzékeny.

Cystoskopia: Fellazult, lobos, oedemás nyálkahártya, erosiókkal a fundusban.

A bal ureterkatheteren át nyert vizelet erősen üledékes, 41 cm³, alul véres, felül fehéres-genyes réteg képződik. A vegyhatás közömbös. 1016 fajsúlyú, $\Delta = -0.87$ C°. Fehérje = $0.48^{0/0}$. Phloridzin után a cukor = $0.73^{0/0}$. Az üledékben igen sok genysejt, vesehám. Cylinder nincsen. A polynucleárisok részben phagocytáltak. Rengeteg mozgó colibacillus-csoport. Festve végtelen sok coli. A jobboldalról nyert üledék 24 cm³, gyengén savi, 1018 fajsúlyú. $\Delta = -0.94$. NaCl = 0.38. Phloridzin után a cukor $0.60^{0/0}$. Az üledékben kevés leukocyta, colibacillusok egész tömegei. Kultura: végtelen sok coli. 360 gm. súlyú beoltott tengerimalacz 3 hét alatt 280 gm.-ra soványodik. A beoltás helyén abscessus; bubo nincsen. Göreső alatt végtelen sok coli, tuberculosis negativ (Detre).

1909 március 2. $1/10$ cm³ oltás az alkarra a coliból nyert vaccinával.

Március 3. Helybeli reactio, 37.5° hőemelkedés.

Március 4. A közérzet megjavult, vizeléskor alig van fájdalma a betegnek.

Március 8. A közérzet valamivel rosszabb. Gyakrabban vizelet, kis égés.

Március 10. $2/10$ cm³ vaccinás oltás. Vesemedenczemosás a baloldalon $2/0$ -os collargollal.

Március 12. Jó közérzet. A vizelet tisztább. Genysejteket, sok colit tartalmaz.

Március 18. $3/10$ cm³ vaccinás oltás. Fájdalmak nincsenek. A vizelet zavaros.

Március 24. Gyakrabban vizelet, de fájdalom nélkül.

Március 25. $3/10$ cm³ vaccinás oltás, baloldali vesemedenczemosás 1:5000 hydr. oxycyanattal.

Március 27. Gyérekben vizelet, a vizelet tisztább.

Április 2. $3/10$ cm³ vaccinás oltás. Jó közérzet.

Április 7. $2/10$ cm³ vaccinás oltás. Súlygyarapodás.

Április 12. $1/10$ cm³ vaccinás oltás. Állandó jó közérzet. A vizelet tisztult, de colibacillust és genysejtet tartalmaz. A beteg megfigyelés alatt marad.

IV. H. A. Colipyelitis I. d. 1908 január óta beteg. Gyakori véres, zavaros vizelés, göresös fájdalmakkal. Éjjel is gyakran vizelet. A jobb vesetájék fájdalmas. Mosásokra, belső antisepticumokra csak időleges javulás; a vizelés azonban állandóan fájdalmas.

Cystoskopia: Idült lob, a nyálkahártya vastagodásával és fellazulásával. A jobb ureter körül bullás oedema. Szemcsés, zavaros vizelet ürül. A vizelet gyengén alkaliás, 1019 fajsúlyú, igen sok geny, $1/10^{0/00}$ fehérje, a genynek megfelelő.

Üledék. Ép és degenerált leukocyta és csakis extracellulárisan fekvő (phagocytálatlan) mikroorganizmus-tömegeket mutat, a melyek között az urococcusok és colibacillusok dominálnak. Tuberculosis negativ. A március 28.-án beoltott tengerimalaczon április 7.-én genyes ulcus és bubo. A genyben csakis tokos colifaj.

1909 március 6. $1/10$ cm³ vaccinaoltás.

Március 7. Érzékeny duzzanat az alkaron. Hőmérsék 37.6.

Március 9. Igen jó közérzet, vizeléskor fájdalma nincsen a betegnek.

Március 11. $2/10$ cm³ vaccinás oltás.

Március 13. Jó közérzet, az ingerek kevesbednek, vizeléskor égés nincsen.

Márczius 19. $\frac{3}{10}$ cm³ vaccinás oltás.

Márczius 23. A vizelet szépen tisztul, átlátszóbb. Súlyban 1 kgm. gyarapodás. Az oltás a beteg elutazása miatt egyelőre megszakítva.

V. E. Dezsőné, 29 éves. 3 év óta beteg, három hetes asszony kora óta van nagy égése, gyakori vizeleténgere. Állapota hol javult, hol rosszabbodott, de égése folyton volt. Utoljára két hónapon keresztül a II. nőorvostani klinika ambulanciáján kapott hólyagmosásokat és belsőleg antisepticumokat.

1909 május 13.-án gyakori kínzó vizelet-inger, hólyag- és jobboldali vesetájfájdalmak miatt megtűkröztem.

Cystoskopia: Cystitis trigoni, a jobb ureter környéke piros; kissé zavaros vizeletet ürít. Coli-pyelocystitis l. d.

A vizelet zavaros, bagyadt, centrifugálásra csak részben tisztul fel: az alsó üledék genyesejtekkel áll, a felső folyadék zavarodása szűrőpapíron átmegy (bakteriumok). Geny körülbelül $\frac{1}{100}$ volumen. Fehérje: $\frac{1}{100}$ (megfelel a genynek). Festett készítményben 1—2 hólyaghám, sok laphám, igen sok genysejt, melyek között végtelen mennyiségű kis számban phagocytált, főleg szabad, sok helyt csoportos colitömegek találhatók. A tuberculosistestés negatív. Vesealakelemek, cylinderek nincsenek. Kultura: végtelen sok coli tisztán 24 óra múlva.

1909 május 17. Első oltás $\frac{1}{10}$ cm³ az alkaron; az oltás után már 3 órára piros duzzanat, igen fájdalmas helybeli reactio.

Május 18. A vizelet-inger gyérb, égése nincsen. A hólyag nem fáj.

Május 22. A közérzet igen jó, a beteg gyógyultnak tartja magát.

Május 22. $\frac{2}{10}$ cm³ vaccinás oltás; érzékenység az alkaron.

Május 24. A közérzet igen jó, a vizelet azonban zavaros.

Június 2. $\frac{3}{10}$ cm³ vaccinás oltás; egy napig tartó 38-90-os rázóház.

Június 4. A vizelet tisztább, 3-szor napjában minden fájdalom nélkül vizek. Éjjel nincsen inger. A beteg Kalocsára utazott szüleihez.

VI. K. S., 24 éves, gyermekora óta beteg; nagy égés a húgy-csőben, hólyag- és vesetáji fájdalmak. A vizelet bűzös, zavaros, véres. 11 éven át a budapesti poliklinika urológiai osztályán eredmény nélkül kezeltetett; erősen lefogyott.

Cystoskopia: 1909 május 2. Erős hurut a hólyagfenéken; igen tág, egyenlőtlenül, hegesen behúzódtott jobb ureter, a melynek környezete erősen gyuladt. A bal ureter normális. A jobb ureteren át igen zavaros vizelet ürül, a bal oldalon tiszta. Vizeletkor görcsös fájdalmak a húgy-csőben és a hólyagban, igen gyakran vizek.

Május 19. Kétoldali ureterkatheterismus.

A jobboldali nyert vizelet zavaros, gyengén savi, 1012 fajsúlyú, $\Delta = -0.73$ C°, higitás után $\Delta = 0.57$, ClNa = 0.24%, fehérje 0.10%, phloridzin után cukor nincsen. Görcs alatt igen sok leukocytá és colibacillusok tömege. A baloldali vizelet savi, tiszta, 1024 fajsúlyú, $\Delta = -2.16$ C°, higitás után $\Delta = 0.75$, ClNa 0.90%, fehérje 0.20%. Görcs alatt kevés leukocytá, elég sok tokos coli, kehelysejtek. Cukor phloridzin után nyomokban. Mindkét vese fertőzött; a jobb igen régen és erősebben, a bal frissebb fertőzés. A bal vese szépen higit (2.16-ról 0.75-re), a jobb vese alig higit (0.73-ról 0.57-re). A beteg naponként lázas, rázóhideg után 39.5° hőemelkedés, erősen fogy és gyengül. Noha a bal vese colit tartalmaz, de az összes functiókat átvette, s azért a jobb vese extirpálva lett Bartha tanár által. A sebgyógyulás alatt a 3. héten rázóház mellett zavaros, görcsös vizeletet ürített $\frac{1}{2}$ óránként; a bal oldalon vesetáji fájdalmak. Az állapot alig javult.

1909 július 16. Első oltás $\frac{1}{10}$ cm³ autovaccinával.

Július 17. Érzékenység az alkaron, hőmérsék 37.5 C°.

Július 18. A vizelet alig fájdalmas, 2 órás. Mosás.

Július 21. $\frac{1}{10}$ cm³ vaccinás oltás. Igen jó közérzet. 2 óránként fájdalom nélkül vizek.

Július 26. $\frac{2}{10}$ cm³ oltás. A közérzet állandóan jó.

Július 31. $\frac{3}{10}$ cm³ oltás. A közérzet állandóan jó.

Augusztus 6. $\frac{3}{10}$ cm³ oltás. Éjjel egyszer, nappal 3 óránként fájdalom nélkül vizek.

Augusztus 11. $\frac{3}{10}$ cm³ oltás. A közérzet jó, a vizelet tisztul.

Augusztus 17. $\frac{3}{10}$ cm³ oltás. A közérzet jó, a vizelet tisztul.

Augusztus 22. $\frac{3}{10}$ cm³ oltás. A közérzet jó, a vizelet tisztul.

Augusztus 31. $\frac{3}{10}$ cm³ oltás. A közérzet jó, a vizelet tisztul.

Szeptember 10. $\frac{3}{10}$ cm³ oltás. A közérzet jó, a vizelet fénylő, átlátszó, naponta 3-szor vizek fájdalom nélkül, éjjel egyszer, 4 kgm. súlygyarapodás. Polyuria. A vizeletben görcsös alatt egy-két colibacillus. A beteg megfigyelés alatt marad.

VII. D. Andor, 25 éves, öt éves kora óta beteg. Néha két percenként volt görcsös vizeleténgere. Orvosi kezelésben 15 éves kora óta áll, körülbelül 10 év óta. A vizelete időnként tisztább, de a vizelet mindig fájdalmas, görcsös. A prostata igen duzzadt, érzékeny. Hólyagtükörkép: Cystitis chronica, a prostata erős, egyenletes megnagyobbodásával, a hólyag falán és a prostatán nyálkás, genyes cszafatok flottálnak és utánozzák a papillosus növedékeket.

A vizelet átlátszatlan, erősen zavaros, néha véres. A vizelet 1025 fajsúlyú. A szűrlet zavaros. A geny pozitív. A fehérje 0.30% (genynek megfelelő). Az üledék részben feloldott (alkali!), részben megtartott leukocyták mellett kevés hólyaghámot tartalmaz. Vesealakelemek, cylinderek, kehelysejtek nincsenek. Leukocyták száma 1 mm³-ben 3420. Végtelen sok colibacillus. Tuberculosis negatív. Kultura: Coli tisztán.

A prostata-massage után zavaros, közbűs, pár óra alatt alkálissá váló vizelet fajsúly 1012. A szűrlet zavaros. A geny pozitív, a fehérje pozitív, 0.20%. A genynek megfelel. Az üledék 1 mm³-ben 2100 leukocytá. Végtelen sok colibacillus. Tuberculosis negatív. Erős colifertőzés a prostatában és hólyagban.

150 cm³ friss vizelet üledéke, körülbelül $\frac{1}{2}$ cm³, tengerimalacba oltatott be subcután 1905 december 28.-án.

December 31. Babnyi lokális gócz, borsónyi mirigy.

1906 január 2. A babnyi gócz növekszik. Soványodás.

Január 8. Spontán elhullás.

Bonezoláslet: Lokálisan mogyorónyi genyes gócz, babnyi mirigy. A góczból az izomközbé genyes oedemás csikok haladnak.

Mikroszkop: Leukocyták és töménytelen colibacillus.

Kultura: A vérből, a lépből tisztán colicisták.

Prostatamassagera, hólyagmosásra a beteg állapota nem javult, a beteg neurastheniássá vált. Belső antisepticumokkal, balsamicumokkal (arhovin stb.) a colibacillosis nem csökkent, így autovaccinációt végeztem a beteg.

1909 augusztus 10. $\frac{1}{10}$ cm³, helybeli érzékenység, 37.5 C°.

Augusztus 12. A közérzet lényegesen javult, fájdalmak vizeletkor nincsenek.

Augusztus 15. $\frac{2}{10}$ cm³ vaccinaoltás. 2—3 óránként fájdalom nélkül vizek.

Augusztus 22. Az állapot valamivel rosszabb, gyakrabban vizek, kis égés.

Augusztus 23. $\frac{3}{10}$ cm³ oltás.

Augusztus 25. A közérzet igen jó, már évek óta nem érezte magát ilyen jól, a vizelet tisztább.

Augusztus 31. $\frac{3}{10}$ cm³ oltás, prostatamassage.

Szeptember 2. A közérzet változatlanul jó, fájdalom nincsen, különösen a reggeli ingerek gyérbek; azelőtt reggel 6—8-szor vizek nagy fájdalmakkal, most egyszer.

Szeptember 7. $\frac{3}{10}$ cm³ oltás.

Szeptember 9. A közérzet igen jó. A vizelet kissé tisztul. Genyet, colit tartalmaz.

Szeptember 14. $\frac{3}{10}$ cm³ oltás.

Szeptember 15. A közérzet állandóan jó. A beteg megfigyelés alatt marad.

VIII. K. K.-né. Colipyelocystitis l. sin. Évek óta beteg, két év előtt erős vérvizelés, jobboldali nagy vesetáji fájdalmakkal, gyakori vizeleténgere, égéssel a húgy-csőben. Időnként lázas. Röntgen-kép negatív. A vizelet zavaros, genyet, colibacillust tartalmaz. Cystoskopia: Cystitis trigoni; az ureterek környezete ép. Ureterkatheterismus kétoldalt. A baloldali üledékben néhány leukocytá, tokos colibacillus. Cylinder, vesehám 0. A jobboldali üledék normális. Kétoldali vesemedenczemosásokra csak kevésbé javult az állapot; az ingerek nem szüntek, a vizelet zavaros.

1909 június 2. $\frac{1}{10}$ cm³ vaccinás oltás.

Június 4. A közérzet javult, a jobb oldal kevésbé fájdalmas.

Június 8. $\frac{2}{10}$ cm³ vaccinás oltás. A vizelet tisztább.

Június 16. $\frac{3}{10}$ cm³ vaccinás oltás. vesemedenczemosás. A kezelése megszakítva. Jobb közérzettel vidékre utazott.

Kóreseiteinkből látható, hogy az autovaccinációt hólyag- és vesemedenczemosásokkal egybekötöttük; tehát önként megszűnik

azon kétely, a melyet egyesek támasztanak, vajjon az esetek nem javulnak-e azért, nem azért szűnnek-e meg a göresös vizelet-fájdalmak, mert a betegeket helybelileg nem irritáljuk. De eseteink között van olyan is, a kin az autovaccinatio előtt hónapokon át mindenféle kezelés szünetelt és a vizeletkor mégis sokat szenvedtek.

Végül legyen szabad egy igen fontos körülményre kitérnem. Idült colipyelitis eseteiben gyakran találunk a vesékben, vesemedencékben köveket; hiába oltjuk ezeket; míg a kő nincsen eltávolítva, javulás nem állhat be. Ha tehát csak egy tünet alapján is gyanakszunk kő jelenlétére, az autovaccinatio előtt röntgenezzük a beteget. Hogy a kövek okozzák-e a colifertőzést, avagy a colibacillusok vezetnek köképződéshez, hogy ezen colibacillusok csakugyan tudják-e a köveket összekötő szöveteket megtámadni, destruálni és szétmálasztani: mindezzel foglalkozni ezen sorok keretében feladatunk nem lehet.

Grósz Emil főtitkár jelentése a XVI. nemzetközi orvosi congressus megnyitó ülésén.

Mint a XVI. nemzetközi orvosi congressus titkárja, arra kérek engedélyt, hogy a congressus előmunkálatairól a szokásos rövid jelentésemet előterjeszthessem.

A lissaboni congressuson Tóth Lajos ministeri tanácsos terjesztette elő azon indítványt, hogy a legközelebbi „Congrès de toutes les nations”, a hogy összejöveteleinket kezdetben nevezték, Magyarország székesfővárosában, Budapesten tartsa üléseit. Az ő kezdeményezésének köszönhetjük, hogy ma az orvosi tudomány képviselőit a világ minden részéből hazánkban üdvözölhetjük s az ő közbenjárásának köszönhetjük, hogy a kormány és a főváros az anyagi eszközöket rendelkezésünkre bocsátotta. Az előmunkálatok már 1906 őszén vették kezdetüket s azokat mind a mai napig a congressus elnöke személyesen vezette, s így ama gazdag tapasztalatokat, melyeket mint az 1894. évi közegészségi és demographiai congressus főtitkára szerzett, a mostani rendezés javára sokszorosán értékesíthette.

A szervezet megfelelt az előző congressusokénak. A szervező bizottság megállapította a statútumokat, megalakította a különböző bizottságokat (végrehajtó, pénzügyi, fogadó, hölgy), az egyes szakosztályokat, melyek száma ezúttal 21-re emelkedett, megválasztotta a titkárokat, kik páratlan önfeláldozással vettek részt az előkészítés munkájában.

A külföldi szervezet organumai a 38 nemzeti bizottság, melyek tagjainak száma meghaladja a 880-at. Minden fontos kérdésben hozzájuk fordultunk s mindannyian a legnagyobb előzékenységgel támogattak bennünket. Így sikerült előkészítenünk a nemzetközi állandó bizottság szervezését, a congressus időközéről szóló javaslat tárgyalását, úgy, hogy a záró ülésen mindkét ügyben a congressus döntését fogjuk kikérhetni. Ugyanacsak a nemzeti bizottságok hathatós támogatásának eredménye, hogy a szó szoros értelmében nemzetközinek mondhatjuk congressusunkat, a mennyiben a 2239 külföldi tag közül: Argentína 40, Ausztria 302, Belgium 50, Bosznia-Hercegovina 9, Brazília 25, Bulgária 20, Chile 5, Cuba 8, Dánia 12, Egyptom 23, Északamerikai Egyesült-Államok 260, Franciaország 286, Görögország 22, Japán 53, Mexico 3, Monaco 2, Nagybritannia, Írország és gyarmatai 103, Németbirodalom 332, Németalföld 33, Norvégia 2, Olaszország 184, Oroszország 273, Portugália 33, Románia 10, Spanyolország 69, Szerbia 8, Svédország 6, Svájc 32, Törökország 23, Uruguay 6, Nicaragua 1 taggal volt képviselve.

Ezekhez járul 1588 magyar tag, úgy hogy a mai napig a beiratkozott tagok száma 3827, kiket 1000 családtag kísér, végül a sajtónak 180 képviselője, ez összesen az 5000-et meghaladja. A kormányok 280 taggal képviseltették magukat, az egyetemek 150 tanárt delegáltak, a hatóságok 340 tagot.

Ha meggondoljuk, hogy alig 40 év előtt az első nemzetközi congressuson Párisban 333 francia és 589 külföldi tag vett részt és az utolsó lissaboni congressusnak is 1762 tagja volt, akkor jogosan vonhatjuk le azt a következtetést, hogy a nemzetközi orvosi congressusok nem járták le magukat, hanem életképességük az évtizedek során csak megerősödött. Szilárd meggyőződés, hogy ezen életképesség forrása azon körülmény, hogy congressusaink szigorúan tudományos célzt követnek. Már a párisi első congressus

kimondotta, hogy „le but du congrès est exclusivement scientifique”, ugyanezt ismétli a mi statútumunk is.

Tudom, hogy sokan vannak, a kik azt tartják, hogy e nagy orvosi congressusoknak csak a személyes érintkezés kedvéért van értelmük, de azon reményben vagyok, hogy programmunk meg fogja győzni Önöket arról, hogy éppen az orvosi tudományok mai túlságos specializálása idejében határozottan szükség van az együttes munkára. Szakosztályi ügyvezető elnökeink buzgóságának s referenseink és előadókink áldozatkészségének köszönhetjük, hogy ezúttal is sikerült congressusunk tudományos jellegét kellően kidomborítani.

A szántás-vetés munkája befejezést nyert, most már az aratáson van a sor. Hitem és meggyőződés, hogy az a talaj, melyen a XVI. nemzetközi orvosi congressus üléseit tartja, alkalmas arra, hogy zavartalan és sikeres munkát végezhessünk. Viszonyaink szerények, kulturánk fiatal, de viszont alaptörvényeink között van a tanítás és tanulás szabadságának, a tudományos munka előfeltételének törvénybe iktatása. Az utolsó négy évtized alatt böles királyunk uralkodása alatt a tudományos intézetek és klinikák olyan sora keletkezett, melyek ékesszólóan hirdetik, hogy az a talaj, melyen a maroknyi magyar nép lakik, alkalmas arra, hogy a nyugati nagy nemzetek munkáját befogadja és fejlessze.

Mindannyiunk szívében élnek azon szavak, melyeket az oly szomorú véget ért portugál király a lissaboni congressuson mondott: „Les peuples sont citoyens du monde et que tout comme les citoyens de chaque pays ont des devoirs envers leur Patrie, les nations ont des devoirs envers l'Humanité”. Nekünk sokszoros kötelezettségeink vannak, hogy hálánkat kifejezhessük a nagy nemzeteknek a tőlük kapott kulturáért. Azt hiszem, hogy hálánk igazolására egyetlen mód kínálkozik s ez a nyert kultura tovább fejlesztése és ezredéves feladatunkból kifolyóan annak terjesztése.

Soha nagyobb szüksége nem volt az emberiségnek a tudomány felemelő, megnyugtató és kibékítő erejére, mint most, a midőn a nemzetiségek harca világszerte olyan elkeseredetten folyik. A tudományos munkában minden művelt nemzet egyesülhet, s igaza van Pasteurnak, mikor azt mondja, hogy „la patrie de la science embrasse l'humanité tout entière”. De különösen alkalmasak az ellentétek megszüntetésére az orvosi tudományok, melyek egytől egyig a humanizmus szolgálatában állanak s melyek legjobban bizonyítják „la neutralité de la science”. A mi tárgyalásainkból minden politika ki van zárva — egyet kivéve: ez az ellentétek kiegyenlítésének, az erők egyesítésének politikája; nem ismerünk más fegyvert, mint a tudomány fegyverét, nem követünk más célt, mint az emberiség javát!

A járványok történetének jelentősége a modern epidemiológiában.¹

Az utolsó évtizedek aetiologiai kutatásainak sikerült láthatóvá tenni, mesterségesen továbbtenyészteni és átvinni egy egész sorát a kórokozóknak, melyeket a korábbi évszázadok csak sejteni tudtak, de keresésükkel sikertelenül foglalkoztak. Nagy és állandó s immár tisztán mérlegelhető nyereséget jelent ez számos kóreset aetiologiai diagnosztikában és a járványok fejlődésében.

A keletkeztető okok körül való termékeny felfedezések feletti örömet azonban máris háttérbe szorították a járványok keletkezésére nem kevesebb jelentőséggel bíró másodlagos okok körül tett észleletek. Egy eszme kezd uralomra jutni, mely fenyegetővé válik az emberiségre. Ez az eszme az, hogy a fertőző betegségeknek csakis, vagy legalább is első sorban az ember a hordozója és terjesztője, s a fő, sőt az egyedüli veszély az ő embertársaira. Ezek szerint tehát a járványok hatékony leküzdésének módja: a gyanús emberek elszigetelése, se- és excrementumainak fertőtlenítése, egyáltalán az emberi érintkezés felügyelete és megrendszabályozása.

A járványok története nem hagyja jóvá ezt a nézetet s a

¹ A fenti czímen Sticker György dr. bonni tanár a német orvosok és természetvizsgálók ez évi vándorgyűlésének megnyitáskor díszelőadást tartott. Az előadás egész terjedelmében csak a jövő évben fog megjelenni, rövidített szövegét azonban lapunk számára maga a szerző szíves volt elkészíteni, a miért neki e helyen is köszönetünket fejezzük ki. Alább következő fordítását György Tibor dr. magántanár úrnak köszönjük.

pestis példáján azt mutatja, hogy azok a törvények, melyeket — felépítve az újnak tartott tanításon — a közelmúltban bocsátottak ki Németországban a közveszélyes és ragályos betegségek leküzdésére, már a XIV. és XV. században alkottattak meg olasz államférfiak által és próbáltattak is ki, majd pedig módosítottak s kibővítették az idők folyamán más európai államok és városok által; azonban egy emberöltő után megint csak elhagyták a rendszabályokat, minthogy nem váltak be semiképpen sem.

Ezeket a törvényeket és rendszabályokat — kiindulva azon alapelvből, hogy a pestis „simplici puroque contagio“ terjesztetik — nem elméleti spekulációk és nem laboratoriumi kísérletek hozták létre, hanem egyenesen a szükség szülte őket. A járványlepte helyeken fejlődtek maguktól s állottak fenn, s alkalmaztattak a járványtól még át nem járt országokban a fenyegető pestisveszély ellen. Ezen okoknál fogva a maguk idejében célszerűek és szükségesek voltak. A későbbi pestis-periodusokban veszíteni kezdtek jelentőségükből, minthogy a pestis keletkezésének másodlagos segítő okai mások lettek. A járvány régi formulája megváltozott a fekete halálnál: „a pestis-csira átvitetik a betegről az egészségesre“ formulája helyébe más, a tapasztalat által éppen annyira megokolt formulák léptek, melyekben mindjobban kifejezésre jutott az, hogy a fertőzést okozó, megtapadó csira maga *lomha*, s a betegség járványos elterjesztését csak *fürge* pestis-csiraátvivők közbenjáró segítségével tudja létrehozni. „Aliae causae pestem generantes, aliae propagantes.“

A míg a pestis-csira maga mindig ugyanaz maradt, azalatt hordozói, átvivői és tápláló melegágyai idő és hely szerint változtak.

A másodlagos segédokkal együtt változott meg az azelőtt hatékonynak bizonyult rendszabályok megbízhatósága. A XVII. és XVIII. század járványai idején, a melyekben az ember pestis-közvetítő szerepének jelentéktelen volta mindjobban tisztázódott, számos államférfi és orvos akadt, a ki teljes beszüntetését sürgette minden közlekedési akadálnak és vesztegárnak, s ezek helyébe a pestises helyeknek, a pestistartó ruháknak, eszközöknek és áruknak alapos tisztogatását sürgette, egyúttal hangoztatva az általános prophylaktikus ház-, istálló-, uteza- és városhygiene szükségességét, melynek fejlesztése a XIV. század óta már gondoskodás tárgyát tette.

Igy állottak a dolgok a XIX. század előtt, a mikor a pestis nemcsak Európát, hanem Egyptomot s régi melegágyát: az egész Levantet elhagyta. 1894-ben kezdődött Európában egy új pestis-periodus, melynek formulája mindmáig s mindama helyeken, a hol a pestis járvány magaslataira emelkedett, így hangzik: A pestis-csira, vagyis a pestisbacillus — mint azt számos régebbi járványban is észlelték — a föld alatt multiplálódik, mielőtt az emberekhez érkeznék el, és pedig patkányok azok, melyek hordozzák és terjesztik; a patkányokról az emberre bolhák közvetítik. E mellett van még egy egész sora a kisebb átviteli lehetőségeknek, melyek közt az emberről emberre való átvitel a legtrikább s így a baj járványos sokszorozódásának szempontjából úgyszólván számba se jő.

1897-ben állította fel Sticker először e formulát s azóta mindenütt csak megerősítették. A XIV. század ragályozási formulája természetesen már nem illik korunkra, mert nem fedi a járványveszély legkisebb részét sem.

A járványformula sokszerűsége és változékonysága nemcsak a pestisre áll, hanem az összes járványos betegségekre, s azt egy kényelmes védekezési elmélet kedvéért, elhamarkodva egy egyszerű átviteli formulába szeretnék önteni.

Ezen elméleti-kísérleti erőszakoskodásokkal szemben a történeti tapasztalatok minden dogma felállítását egyenesen visszautasítják és igen nagy elővigyázatra készítetnek. A rendes átvitmélődon és sokszorozódáson kívül még egyéb mellékutak sincsenek kizárva még csak azokra a járványokra nézve sem, melyeknek kórokozói meghatározott generatíocserének vannak alávetve, mint a malaria, vagy a melyeknek kórokozói két talajhoz vannak accomodálva, mint a sárgaláz csirja. Még feltűnőbbben áll a dolog a cholera s a typhus igénytelenebb kórokozóinál; sőt ama járványoknál, melyek a szűkhatárú ragályozási formulát „emberről emberre“ teljesen fedik (lepra, syphilis, gonorrhoea), még ezeknél is vannak itt-ott útjai a járványos sokszorozódásnak, melyeket a ragályozási formulával nem lehet lezárni.

A kísérlet — anthropocentrikus-contagiosus formulával kifejezni a járványveszélyt és azt az ennek megfelelő rendszabályokkal feltartóztatni — századok tapasztalatai szerint mindig sikertelen maradt, még abban az esetben is, a mikor a rendszabályokat azzal a halálbüntetéssel is sújtó eréllyel vitték keresztül, mely nem riad vissza az embereken való erőszaktelektől s a családi tűzhely megbolygatásától. Ezzel szemben azok az egyszerű törekvések, melyek oda igyekeztek, hogy az emberek külső életviszonyait — személyük tisztelő kimélete mellett — megjavítsák, meghozták máris ama nagy és állandó sikereket, melyeket, mint az éhtyphus sikeres leküzdését Poroszországban, mint a malaria elfojtását a Rajna-melléken és Hollandiában, mint a sárgaláz csökkentését Braziliában s mint a hasi hagymáz kiirtását Bajorországban, mindnyájan ismerünk.

Ha az ilyen állandósított állami hygienéhez még a nép felvilágosító oktatása és az egészségörző erények terén való nevelése is hozzájárul, akkor a lakosság jól fel van fegyverkezve s az egyes egyén is annyira megvéde, a mennyire ez egy oly veszélyes vállalkozásban, a minő az élet, egyáltalán lehetséges. Járványveszélyben s a járvány folyama alatt — ezt demonstrálja és hangsúlyozza a legnyomatékosabban a történelem — a rend nyugodt fenntartása fontosabb a járvány kórokozója ellen folytatott küzdelemnél.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Gynäkologisches Vademekum für Studierende und Ärzte. Von Prof. Dr. A. Dürrsen. Berlin. Mit 138 Abbildungen im Text und 11 Tafeln. Neunte vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin, 1909. Verlag von S. Karger. 298 lap. Ára 6.40 márka.

A mely könyv tizennyolcz év alatt kilencz kiadásban lát napvilágot, régen kiállotta a használhatóság tűzpróbáját. Ezen ritka tulajdonsággal dicsékedhetik Dürrsen professor gynaekológiája, a mely nem régebben hagyta el kilenczedik kiadásban a sajtót. Az új kiadás az előbbinél négy ívvel terjedelmesebb és számos ábrával gazdagabb. A könyv terjedelmét három új fejezet szaporítja, melyek közül az első részletesen szól a behatóbb műtétek körül követendő eljárásokról; a második az általános és részletes gynaekológiával kapcsolatos kémiai, anatómiai és bakteriologiai vizsgálati módszereket adja elő; a harmadik új fejezet az operáló orvos polgári és büntetőjogi felelősségét tárgyalja. A méhelőesésekről szóló fejezet az újabb vizsgálati eredményeknek megfelelő átdolgozást nyert. Három új táblán a Lennander-féle hasmetszés részletei vannak bemutatva. Kiterjeszkedik a könyv az érzéstelenítő eljárás újabb vívmányaira, továbbá az asepsis haladásának újabb eredményeire is.

A szöveg világos, könnyen érthető: a rajzok jól vannak megválogatva, tisztaságuk azonban, a mikor az efélékben annyira el vagyunk kényeztetve, nem felel meg mindig a modern követelményeknek. Az ábrák jelzése nem következetes; magyarázatuk néhol megvan, másutt hiányzik. E jelentéktelen fogyatkozásokat a következő kiadásból könnyen ki lehetne küszöbölni. A könyvet mindenkinek ajánlhatjuk, a ki a gynaekologia mai állásáról röviden tájékozódni óhajt.

E. J.

Új könyvek. M. Schottelius: Bakterien, Infektionskrankheiten und deren Bekämpfung. 2. Auflage. Stuttgart, E. H. Moritz. — M. Saenger: Über Asthma und seine Behandlung. Berlin, S. Karger. 1.50 m. — E. Romberg: Lehrbuch der Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße. 2. Auflage. Stuttgart, F. Enke. 14 m. — P. Selter: Über Funktionsschwäche und Funktionsstörungen des Verdauungsapparates im Kindesalter. Stuttgart, F. Enke. 1.60 m. — P. Sittler: Klinische Betrachtungen über Skrofulose. Würzburg, C. Kabitzsch. 0.85 m. — V. Lange: Klinische Mitteilungen aus dem Gebiete der Ohren- und Nasenkrankheiten. Berlin, S. Karger. 3.60 m. — C. Winkler: Die Gewächse der Nebennieren. Jena, G. Fischer. 9 m. — J. Rubin: Grundzüge der internen Arbeiterversicherungsmedizin. Jena, G. Fischer. 4.50 m. — J. Scheff: Die Extraktion der Zähne. 2. Auflage. Wien, A. Hölder. 4.40 m. — F. Ruppel: Deutsche und ausländische Krankenanstalten der Neuzeit. Leipzig, Leineweber. 12 m. — Zuntz und Loewy: Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Leipzig, F. C. W. Vogel. 24 m. — C. Beck: Die chirurgischen Krankheiten der Brust und ihre Behandlung. Berlin,

A. Hirschwald. 12 m. — *F. Blumenfeld*: Spéciale Diätetik und Hygiene des Lungen- und Kehlkopfschwindstüchtigen. Berlin, A. Hirschwald. 2.80 m. — *F. Leppmann*: Der Gefängnisarzt. Berlin, R. Schoetz. 5.60 m. — *W. Liepmann*: Das geburtshilfliche Seminar. Berlin, A. Hirschwald. 10 m. — *J. Strasburger*: Einführung in die Hydrotherapie und Thermotherapie. Jena, G. Fischer. 6 m. — Elektrizität und Licht in der Medizin. 8 Vorträge. Redigiert von R. Kutner. Jena, G. Fischer. 3.60 m. — *Wölfler und Lieblein*: Die Fremdkörper des Magendarmkanals. Stuttgart, F. Enke. 16 m. — *V. Fossel*: Studien zur Geschichte der Medizin. Stuttgart, F. Enke. 6 m. — *Froussard*: Le traitement de la constipation. 2. édition. Paris, Baillière et fils. 1.50 fr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A gyomorfekély kórszármazásáról, műtévéseinek javaitairól és gyógykezeléséről értekezik *E. Payr*. Az eddigi kísérletek, mesterséges úton előidézni gyomorfekélyt, eredménytelenek voltak s a legkülönbözőbb kísérleti utakon csak artificális gyomor-nyálkahártya-defectusokat, nem pedig gyógyhajlamot egyáltalán nem mutató fekélyt nyertek a kísérletezők. A szerzőnek végre sikerült a kérdést megoldania: hígított formalinoldat s híg alkohol, nemkülönben forró konyhasósoldat *endovasalis* befecskendezése után úgy házinyulban és tengerimalaczbán, mint kutyában kiterjedt, mély fekélyesedést idézett elő a gyomor nyálkahártyáján, mely gyógyhajlamot egyáltalán nem mutatott s a mélybe terjedve, a gyomor átfúródásához és következményes hashártyagyuladáshoz vezetett s egész klinikai képe az emberen észlelt gyomorfekélyével volt azonos. A kísérlet technikája gyakorlottságot igényel, és fontos, hogy a használt folyadék az injectio alatt a v. portaeba és így a májba ne jusson, mit időleges compressióval lehet elkerülni. Utóbb a szerzőnek nemcsak típusos gyomorfekélyt, de callosus ulcst, pylorus-szűkületet, sőt homokóragyomrot is sikerült mesterséges úton előidézni.

A szerző kísérletei kétségtelen bizonyítékát adják annak, hogy a keringési zavaroknak valóban rendkívül fontos szerepük van a gyomorfekély aetiológiájában.

A mi a gyomorfekély kezelését illeti, nehéz éles határt vonni, hol végződik a belorvos hatásköre és hol kezdődik a sebészé. Ha az általánosan megszokott belorvostani kezelés eredményét nézzük, azt láthatjuk, hogy több mint az esetek fele belső kezelés mellett gyógyul, mintegy 70—77%-ban láthatni javulást s 23%-át az ulcusoknak belorvostani kezeléssel befolyásolni egyáltalán nem sikerül s a halálozási arány 10—15%-ra tehető. A sebészi beavatkozás fenyegető szövődmények esetén, nemkülönben oly fekélyeknél javult, melyek szakavatott és elegendő ideig tartó belső kezelés mellett nem javulnak, vagy makacsul kinyúlhatnak; s javulatokhoz számítható még a vérzés, az átfúródás és a heges szűkület, a homokóragyomor.

A mi a vérzéseket illeti, nagy, életveszélyes vérzés esetén jobb nem operálni: az esetek 93—97%-ában ugyanis belső kezelésre is megszűnik a vérzés. A műtéti beavatkozás prognosist ilyen esetekben a beteg nagyfokú elesettsége is infausttá tenné, eltekintve attól, hogy a vérző fekély megeléje igen nehéz. A szerző egyébként a nagy vérzést intő jelnek veszi s szerencsés megszűnése után indikálnak tartja a sebészi beavatkozást, hogy ily módon a vérzés megismétlődésének elejét vegyüik.

Kisebb, de meg-megújuló vérzés esetén minden sebész javalltnak tartja a műtéti beavatkozást. Ha átfúródik a gyomorfekély, azonnal operálni kell: az első 12 órában műtött betegek 70—80%-a életben marad; a később operáltaknak már alig 46%-a.

A callosus, nemkülönben gyomor közötti gyuladáshoz vezet és a gyomor alakját torzító fekélyeket környezetükkel együtt resectio útján távolítja el; a fekély környékén ugyanis az épnek látszó gyomorfal is kóros s így, ha visszaeséstől óvni akarjuk a beteget, okvetlen reszekáltatnunk kell. Nem tartja célravezetőnek ez okból a gyomorplastikát fekély esetén.

Az egyes műtétek indicióját csak individualizálással, a beteg általános állapotának, a fekély helyének, kórboneztani mineműségének stb. figyelembevételével állapíthatni meg s azért hibás az a sebész, ki elvből az egyik vagy másik eljárás — akár excisio, akár resectio vagy gastroenterostomia — hívének vallja magát. A pyloruson s a vele szomszédos területen ülő fekély, nemkülönben az ezt követő heges szűkület eseteiben a gastroenterostomia javallt.

A kis hajlat, nemkülönben a hátulsó gyomorfallal fekélyesedése esetén, különösen ha áthatoló jellegű, a Riedel-féle harántresectiót tartja javalltnak. Ha kedvezőtlen a beteg általános állapota, egyelőre csak a gastroenterostomia indikált; később, ha erőben javul, a resectio. Oly esetekben, hol familiáris rákdispositio mutatható ki, a szerző mindig a resectio mellett van.

Fontos a gyomorfekély miatt műtött beteg utókezelése is: a fekélyétől megszabadított beteg még nem egészséges s a szerző utókúra gyanánt a belorvostani gyomorfekélykezelést ajánlja. (Deutsche med. Wochenschrift, 1909. 36—37. szám.)

Halász Aladár.

Idegkórtan.

Az epilepsia kezelése tekintetében *Forel* több jó tanácsot ad. Sok kezelésmódot ajánlottak már erre a célra, de a bromon és az alkoholtól való tartózkodáson kívül minden eljárás csődöt mondott. A bromkezelésnek az a nagy hibája, hogy az orvosok közül sokan teljesen helytelenül alkalmazzák és így nem csoda, ha nincs meg ilyenkor az a hatása, a melyet vele különben elérhetünk. Hogy ezélt érzünk, idején kell adni, mielőtt még a beteg dementiás lesz. Legjobb a három brom-fajtát (kalium, natrium, ammonium) együtt adni, mint a hogy azt *Charcot* ajánlotta. E mellett kövessük *Toulouse* tanácsát és az ételekben a konyhasót pótoljuk bromsóval. Ezen módszerrel 2—4 gm. brommal napjában annyit érünk el, mint a mennyit azelőtt 6—10—15 gm.-mal. Adjuk a bromot erős hígítással pl. a napi adagot 3 deci vízben, ezzel elkerülhetők a gyomortünetek. Így diluálva, éhgyomorra kell adnunk a szert, $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ órával az étkezés előtt, hogy egymagában kerüljön a vérbe. E mellett meg kell tudnunk tartani a középútat a két ellentét, nevezetesen az epilepsia és a bromismus között. Sokan megjednek a bromaknéztól, a melytől nem kell félni. A legtöbbször azt a hibát látjuk, hogy a bromot korán, egynehány hónap után elhagyják. Ilyenkor a roham visszatér. A bromot soká kell adni, legalább még 2 évig a legutolsó roham után és akkor sem lehet egyszerre abbahagyni, hanem lassan csökkentjük a napi adagot. A petit mal ellen és a psychés epilepsia ellen nem elég jó a brom. Az első ellen a szeszabstinentia, szabad levegő, testi munka, az iskola elhagyása a helyes eljárás, míg a psychés epilepsia csak intézetekben kezelhető. Ha kételkedünk azon, hogy hysteriával vagy epilepsiával van-e dolgunk, a hypnosist és suggerálást lehet ajánlani. Ez a körjelzést is eldönti és a gyógyításban is segít.

Minthogy a bromot soká kell szedni, úgy kell azt rendelni, hogy a szegény emberre ne legyen túlságos nagy áldozat. *Forel* a 3 bromsóból aa 300—400 gm.-ot rendel egy üvegben jól összekeverve. A beteg vegyen magának mérleget és ha elég intelligens, maga mérje meg a napi mennyiséget (kb. 2 gm. sótanal diéta mellett), ha nem, valamelyik hozzátartozója végezze el ezt. Ebből a a sókeverékből a szükséges napi adagot este le kell mérni, 3 deci vízben felolvasztani és a folyadékot másnapra eltenni és három részben evés előtt háromnegyed órával bevinni. A betegeket az egész kezelés alatt figyelemben kell tartanunk, mert nagyon különféleképpen reagálnak a bromra. Ha a kezelésre a rohamok azonnal abbamaradnak és a beteg butul, leszállítjuk az adagot, ha ellenben a rohamok csak ritkulnak, de megmaradnak és a beteg e mellett ép erőben van, fokozzuk a dózist felhőttön esetleg 5 gm.-ig is. Nagyobb brommennyiség hirtelen elhagyásakor könnyen fejlődik status epilepticus. A legtöbb eset javul, sok meg is gyógyul. Ha a rohamok nem maradnak el, sokszor olyan napi adagra kell emelkednünk, a mely kellemetlen bromismust okoz. Ilyenkor meg kell gondolnunk, hogy az epilepsiás dementia súlyosabb, mint a bromismus. Sőt van olyan epilepsiás, a ki már demenssé vált és a brom-adásakor dementiája megjavult. Így az egyik epilepsiás-demens leány a brom alatt annyira javult, hogy szolgálatba állhatott. Ugyancsak javult egy esetben egy epilepsiás idióta elmeképessége brom behatása alatt.

Megkísérlették az epilepsia kezelését brom nélkül, chlortalanított étrenddel, de hatás nélkül. (Revue médicale de la Suisse romande, 1909. 1. szám.)

Kollarits Jenő dr.

Az ophthalmophlegiás migraineről irt tanulmányában *Bornstein* is állást foglal *Möbius* ama felfogása ellen, a mely szerint

ez a baj teljesen különálló, a migraine-nel össze nem függő betegség volna. Az ő eseteiben is, mint számtalan másban, a közönséges migraine-rohamok váltakoztak a szemizombénulással járó rohamokkal és ezzel bizonyították a két tünet összetartozását. A szemizombénulás a közölt esetekben részben az abducens, részben az oculomotoriust érte. Bornstein szerint a szemizombénulás következménye a migrainrohamoknak. *Plavec* azon állítása, hogy a tünetek a hypophysis ideiglenes duzzadásából származnak, nem szól ugyan ellene a tényeknek, de fontosabb ennél, hogy valami helybeli dispositiónak kell fenforogni egyes idegek részéről, a melyek a bénulás létrejöttét megkönnyítik. Az oculomotorius talán a durán való átlépése helyén változik meg kórosan, a többi idegre vonatkozólag nehezebb ilyen alapot találni. (*Monatschr. f. Psych. und Neurologie*, 1909, 3. sz.) *Kollarits Jenő dr.*

Sebészet.

A szívsebek műtéti kezeléséről ír *Ch. H. Peck*. Egy szerencsésen gyógyult esetét közli, melyben a jobb szívfület ért késszúrás $\frac{3}{4}$ órával követőleg történt a műtét. Már a pericardium megnyitása s a benne levő körülbelül 300 cm³ véralvadék kitakarítása után visszatért a radiális pulsus és 4 catgutvarrat elállította teljesen a vérzést. Prima gyógyulás. Ezen esettel kapcsolatban az irdalomban szereplő, műtétileg kezelt 160 szívsebést állított össze, ezekből 102 (63·7%) halt meg. A jobb kamara 69-szer sérült 48 (69·6%) halálzással, a bal kamara 74-szer 45 (60·8%) halálzással, a bal pitvar 5-ször 2 halálzással (40%), a jobb pitvar 6-szor 2 halálzással (33·3%), vegyes sérülés 7 volt, 5 halálzással (71·5%). (*Annals of surgery*, 1909. füzet.) *P.*

A fiatal korban képződő aneurysma 2 esetét ismerteti *Mc Grair*. A megbetegedett egyének 16 illetve 17 évesek voltak. Feltűnő volt ezen esetekben a beteg arteriák vékonysága és szakadékonysága. Az arteriák ezen veleszületett gyengeségét, melynél fogva a normális vérnyomásnak sem tudnak ellenállani, tekinti a szerző a gyermekkorban képződő aneurysmák okának. (*Annals of surgery*, 1909. füzet.) *P.*

A nervus ischiadicus resectióját végezte *K. A. J. Mackenzie* sarkoma miatt. Az idegnek a gluteus alsó szélétől a fossa popliteaig nyúló darabja lőn eltávolítva. A beálló bénulás miatt 19 nappal az első műtét után plastikát végeztek a n. tibialis posteriorból készült 25 cm. hosszú lebenynek a n. ischiadicus proximalis esonkjába való implantálásával; egy harmadik alkalommal pedig 46 nappal a második műtét után a nervus peroneusból készült lebenyt implantálták az ischiadicusba. Ezen műtét után a sensibilitás és motilitás jelentékenyen javult, sőt bizonyos izomsorokban (a czomb, a lábszár hajlítói, az ujjak hajlítói és fesztői) teljesen helyreállt. (*Annals of surgery*, 1909. füzet.) *P.*

A parathyreoideák kérdéséhez fűz egy néhány megjegyzést *Ch. H. Mayo*. 1200 strumaműtétet végeztek, ezekből egyetlen egy esetben sem támadt tetania. Arra törekednek, hogy legalább az egyik oldal parathyreoideái feltétlenül megkímélve maradjanak s azért kétoldali struma esetében az egyik oldal kiirtását s a másik resectióját végzik, vagy kétoldalt reszekálnak. A kiirtás oldalán is a hátulsó tokot rendszerint bennhagyják. Hyperthyreoidosis miatt csak egy oldalon operálnak. Kis accessorius thyreoideákat, ha esetleg kiirtatnak, a nyak-sebbe implantálnak. Netáni tetania esetén tejsavas mész adagolását és a parathyreoidea implantációját ajánlja a szerző. (*Annals of surgery*, 1909. füzet.) *P.*

Szüléset és nőorvostan.

A Basedow-kór összefüggéséről a női nemi szervek működésével ír *Pinard*. A Basedow-kóros nők nagyon gyakran szenvednek hószámvavarokban, főleg amenorrhoeában. A mi a terhességet illeti, a régebbi klinikusok szerint javítja a Basedow-kórt. Az utóbbi években közöltek ugyan adatokat, a melyek az ellenkezőre utalnak; a szerző szerint azonban ezek az adatok nem bizonyítók. A Basedow-kóros nők szülése mindig rendesen folyik le, sőt néha talán rohamosabban. A szoptatás semmiféle befolyást sem gyakorol a Basedow-kórra.

A Basedow-kórt már ismételtlen összefüggésbe hozták a szüléssel, minden alap nélkül. *Pinard* szerint azonban úgylátszik közeli összefüggés áll fenn a Basedow-kór és az ovulatio között. Vannak esetek, a melyekben a hószám elmaradásával a Basedow-kór tünetei fejlődnek ki, a melyek azután megszűnnek, mihelyt kellő kezelésre (tisztá tejdiaeta, hydrotherapia) ismét rendessé válik a havibaj. (*Ann. de gynékol. et de obstetr.*, 1909. május.)

A konyhasómegvonásról a húgyszerveknek a terhességben beálló megbetegedéseiben ír *O. Jaeger* a kieli nőbeteg-klinikán szerzett tapasztalatok alapján. Az eredményeket a következőkben foglalja össze: A konyhasóban szegény diéta semmi esetre sem panacea, a melylyel minden terhességi vesegyulladás biztosan javítható, sőt meg is gyógyítható. Vannak súlyos esetek, a melyekben ez a therapia éppen úgy eredménytelen, mint minden más konzervatív gyógyításmód, úgy hogy kényszerülve vagyunk az anya életének megmentése érdekében a mesterséges koraszülést megindítani. De azért a rendszeresen folytatott konyhasómegvonás, esetleg kombinálva a folyadékbevitel megszorításával, nagyon sokszor igen hatásosnak bizonyul nem csupán a terhességi nephritis okozta vizenyő megszüntetése, hanem az ezen bajjal járó többi tünet tetemes javítása tekintetében is. Terhességi cystitis és pyelitis eseteiben is eredménnyel használható a kizárólagos tejdiaeta mellett a konyhasóban szegény étrend. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1909. 41. szám.)

Venereás bántalmak.

A New-Yorkban meglévő prostitútiós viszonyokat ismerteti *Frederic Bierhoff* tanár (New-York). A prostitútiós kérdés helyes megoldásában és a nemi bajok elleni küzdelemben különösen nehéz a helyzete New-York illetékes hatóságának. Minden más város, midőn hygienés vagy egyéb intézkedéseket tesz, egyedül a saját viszonyainak a szemmeltartásával kívánja a helyes utat elérni. New-Yorkban ezt a természetes eljárást sok tekintetben megátolja az a körülmény, hogy a népessége rendkívül heterogen elemekből van összetéve. Jelenleg New-York úgyszólván a legkevertebb nemzetiségű város. A bevándorolt idegenek itt oly tömegben vannak, hogy külön nagy kolóniákat alkotva, a városnak közegészségi és erkölcsi életét is jelentékenyen befolyásolják. Az az igyekezet, hogy az egyes nemzetiségek ragaszkodnak szokásaikhoz és nyelvükhöz, nagyban megnehezíti a prostitúciónak az ellenőrzését. De sok más körülmény miatt is kárt szenved az ellenőrzés. A szerző itt első sorban panaszkodik a sivár közállapotról. A közigazgatás vezetői a politikai áramlatok kreaturái s így gyakran változnak. Az alantasabb közegek ennek folytán elég lelkiismeretlenül végzik a feladatukat. A megvesztegetés is nagymértékben virágzik. A prostitútió azzal, hogy az administratio közegeit állandóan megvesztegetik, egyre terjed. A prostitútió terjedését előmozdítja a „sárga sajtó” is, a melyhez a legtöbb ujság tartozik. Ezek az ujságok a legnagyobb részletességgel és sympathiával írják a prostituáltak viselt dolgairól, a különböző büntetésekről és perverzításokról. Nagy kár volt az is, hogy néhány év óta a new-yorki prostitútió a városnak nem csak bizonyos körülírt részeiben, hanem szétszórtan, mindenfelé találja a fészket. A prostitútió New-Yorkban már azért is virulhat, mert a rendőrség képtelen arra, hogy nyomon kövesse és megfigyelje a prostituáltakat. Hiányzik ugyanis a lakók lakásváltozásának a pontos nyilvántartása. Minden törekvés, mely e tekintetben modernbb intézkedést céloz, hajótörést szenved a személyes szabadság korlátozásának jelszava miatt. Tulajdonképpen bordélyház aránylag kevés van New-Yorkban, mert a prostituáltak inkább külön laknak, vagy legföljebb hármassával bérelnek egy emeletet. A törvény kifejezetten tiltja a bordélyházak létezését, de azért a rendőrség csak ritkán szerez érvényt ennek a törvénynek. Mindez természetesen csak oly módon érthető, ha tudjuk, hogy New-Yorkban a prostitútiós kontroll teljesen hiányzik; nincsen sem rendőri, sem egészségügyi ellenőrzés. Nincs is egyelőre kilátás arra, hogy e tekintetben a helyzet megváltozik. Az ellenőrzés hiánya következtében nem is lehet pontosan megállapítani a prostituáltak számát. New-Yorknak 50 évvel ezelőtt körülbelül 700,000 lakója volt s ezek között *Sanger* a prostituáltak számát 7860-ra becsülte. A szerző a mai „Nagy New-York” (4.225,681 lakó 1907 június 1.-én) prostituáltjai-

nak számát körülbelül $47\frac{1}{2}$ ezerre becsüli. A prostituáltaknak egy jó része a mindenkori bevándorlott nők köréből egészítődik ki. Érdekes, hogy 50 évvel ezelőtt a legtöbb prostituált az Angolországból bevándorlott nők közül került ki. Mai nap ez a viszony teljesen megváltozott. A szerző hiteles helyről tudja, hogy a legtöbb alsóbbrendű bordélyház lakóinak 90%-a orosz vagy lengyel származású. Oroszországon kívül a legtöbb prostituáltat szállítja még: Ausztria és Magyarország meg Olaszország. A szerző azután nagy részletességgel ismerteti azokat a törvényeket és intézkedéseket, a melyek a prostitutio ellenében fennállanak. Ha ezek teljesen érvényben volnának, a közegészségügy gyorsabban haladhatna. Így az Egyesült-Államok és New-York városának törvényhozása minden prostituáltban büntetést lát. A bevándorlási törvény tiltja, hogy idegen prostituált az állam területére lépjen. Ha a nőről a prostitutio csak utóbb derül ki, a törvény a kiutasítást rendeli el. A bevándorlott egyének orvosi vizsgálata minden „undort gerjesztő és ragályos betegségre” kiterjed. Az orvosok ezért a bevándorlottakat a gonorrhoeára és a syphilisre nézve is megvizsgálják. Általában igen magas a büntetés a prostitutóra való csábításért is. A büntetés 5 évig terjedhető fogház vagy 1000 dollárig menő pénz-bírság lehet. Ugyanez a büntetés érheti azt is, a ki a nőt a házasságnak hazug ígéretével elcsábítja. (Zeitschrift f. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, 1909. X. kötet, 1—2. füzet.) *Guszman.*

Börkörtan.

A lupus vulgaris kezeléséről ír *Finger* (Wien). A lupus vulgaris már évtizedek óta az orvosi érdeklődésnek egyik kimagasló tárgya. Előbb az aetiológiája volt a sokszoros vizsgálódásnak a czélja, majd pedig, a mikor az eldőlt, a kezelése és gyógyítása vált különösen fontos orvosi kérdéssé. A lupus az európai államokban nincsen egyformán elterjedve. Angliában és a Svájcban aránylag ritka betegség. A többi államban ellenben igen elterjedt baj. *Finsen* Dániára kiszámította, hogy 1 lupusosra körülbelül 2000 egészséges lakó esik. Porosz-Sziléziában az arány 1 : 4000 (*Neisser*). Ausztriára és Magyarországra együttesen, a *Finsen*, illetőleg a *Neisser*-féle számítást alapul véve, 23,500, illetőleg 11,700 lupusos beteg esnek. A lupusos esetek egy részében a fertőzés exogen úton történik. Ilyenkor a gümöbacillus a bőrnek vagy valamely nyálkahártyának az erosióján, sérülésén keresztül jut a szervezetbe. Az eseteknek jelentékeny számában a fertőzés endogen. Ilyenkor a vírus egy primaer belső gócból másodlagos úton — és pedig vagy lymphogen, vagy haematogen módon — jut a bőrbe; illetőleg a nyálkahártyára. A lupus helyén a szövet kétféle átalakulást mutat. A szövet előbb lupusossá válik, majd pedig később hegessé. A heges elváltozás részben jó hatású, részben káros. Az előnyös oldala az, hogy a heges szövet úgyszólván elfojtja a lupust; a káros következménye ellenben abban áll, hogy rendkívül megnehezíti a gyógyulást azáltal, hogy a therapiás beavatkozásoknak hatalmasan ellenáll. A lupus kezelésében a főfeladat a vírusnak az eliminációja, a káros szövet eltávolítása és lehetőleg szép, sima hegnek a létrehozása. E czélból különböző gyógyító eszközöket használunk. Az első és igen fontos teendő a beteg általános erőbeli állapotának a javításában áll. Ezenkívül szóba jön az általános specifikus kezelés is. Ennek a legfőbb alakja a tuberculinkezelés. *Finger* nagy tapasztalása alapján azon a véleményen van, hogy a különböző tuberculinok (*Koch*, *Spengler*) olykor eredménnyel használhatók, javulások észlelhetők utánuk. De általában a tuberculinkezelés mégis megbízhatatlan. A lupusnak igazán hatásos kezelése mindaddig csakis a helybeli. Ennek egyik módja a maró, edző szerekkel való eljárás. Legalkalmasabbak erre a czélra azok a szerek, a melyek úgynevezett elektív hatást fejtenek ki, más szóval csak a lupusos szövetet teszik tönkre, az épet pedig megkímélik. Ilyen szer a pyrogallussav (5—10—20%-os kenőcs alakjában) és a resorcin. A nyálkahártyák lupusa ellenében jól szokott beválni a tejsavas ecsetelés. Mindezekkel a szerekkel azonban alig lehet tökéletes gyógyulást elérni. A kezelés egy másik csoportja a sebészi beavatkozás. Ennek egyik régebbi alakja a *Hebra* által ajánlott excochleatio. Az excochleatio azonban csak nagy, egy tömegben jelentkező góczok ellenében alkalmas. A különálló göbök és a periferiás lappangó beszűrődések alig gyógyíthatók vele. A ki-kanalizást jól pótolja, sőt kozmetikai hatásában túlszárnyalja a

rendszeresen végzett scarificatio. A lupusnak legészszerűbb sebészi kezelése azonban mégis a gyökeres kimetszés, a melynek helyes alkalmazását és kifejlesztését *Lang*-nak köszönhetjük. A teljes kiirtásnak az első feltétele a tökéletes hozzáférhetőség. A nyálkahártyák lupusos elváltozásai ezért nem alkalmasak erre az eljárásra. A metszés mindig a beszűrődéstől 1—2 cm.-nyi távolságban végeztessek. Az anyaghiány fedése a sérülés nagysága szerint varrattal, *Thiersch*-féle lebenyekkel, nyeles vagy nyeletlen lebenyekkel vagy transplantációval történik. A sebészi eljárások egy másik módja a thermokauterrel vagy a hozzá hasonló műszerekkel (mikroégő, forró-levegőkészülék) való égetés. *Finger*-nek a tapasztalása szerint azonban a hatás nem mélyre terjedő, a recidiva tehát elég gyakori. Mindaddig a legtökéletesebb eredményt a phototherapie szolgáltatja. Fontos, hogy a phototherapiás készülékek fényerősek legyenek, s hogy a fény gyuladást keltsen és eléggé mélyre terjedjen. E czélra a legalkalmasabb az eredeti *Finsen*-féle készülék, továbbá a *Finsen-Reyn*-féle módosított készülék. A *Finsen*-kezelés körülbelül 51%-ban a lupus tökéletes gyógyulására vezet. A kezelésnek nagy előnye, hogy teljesen fájdalommentes, nem veszélyes és kozmetikailag tökéletesen kielégítő. Hátránya — a hosszadalmasságától és drágaságától eltekintve — a helybeli kezelés valamennyi többi módozatával azonosan abban áll, hogy csakis a lupusos elváltozást gyógyítja, nem pedig a lupusos beteget. Oly betegnek a kezelésében tehát, a kin haematogen úton egyre újabb és újabb góczok támadnak, valóságos sisyphusi munka a *Finsen*-gyógyítás. A radiumnak csak egészen körülírt, kis góczoknak a kezelésében van szerepe. A *Finsen*-therapiával egyenlő értékű a Röntgen-kezelés. Igaz ugyan, hogy veszedelmesebb, mint a phototherapie, de azzal a nagy előnnyel bír, hogy egyszerre nagyobb területek kezelhetők vele s így a gyógyítás jóval rövidebb ideig tart. *Finger* azzal végzi, hogy jelenleg tökéletes eljárás még nincsen, a melylyel a lupus biztosan gyógyítható. A jó eljárások mind helybeliek s így a recidivák, legalább is a haematogen úton létrejöttek, sokszor elkerülhetetlenek. (Medizinische Klinik, 1909. 38.—39. szám.) *Guszman.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A lágy fekély kíséretében támadó phagedaenismus ellen *Renault* jó eredménnyel használja a jodkaliumot belsőleg, naponként 2 gramm mennyiségben. Egyidejűleg tejdiétát rendel, mint a mely mellett a jod gyorsabban kiűződik ki és a jodismus sem fenyeget annyira. A mi a helyi kezelést illeti, reggel és este megmossa a kóros helyet 3—4-szeres mennyiségű vízzel hígított 12 térfogatszázalékos hidrogensuperoxyddal és vattával megszáritás után jodoform-port hint reá. (Journal de prat. 1909. 27. szám.)

Epilepsia esetét közli *Ohlmacher*. A 4 esztendőes gyermeknek addig 844 rohama volt. Calcium lacticum adására (naponként 3-szor 0.5 gramm forró vízben oldva és tejjel keverve) a rohamok most már két hónapja szünetelnek. (Journ. of the Amer. med. assoc. 1909. aug. 14.)

Szemölcsöket *Weiss* a Luer-féle vésőfogóval (Hohlmeisselzange) távolít el előzetes fertőtlenítés után. A fogó okozta nyomás miatt az első pillanatban nincs vérzés, pokolkőnek rögtönös rányomásával pedig a további vérzés is megelőzhető, vagy ha mégis beállt, megszüntethető. A végleges gyógyulás legfeljebb 6 nap alatt következik be. A kozmetikai eredmény kifogástalan. (Ref. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1909. 36. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archívum, 1909. 5. füzet. *Benczúr Gyula*: Adatok a vékonybél peristaltikájának ismeretéhez. *Herzog Ferencz*: A tabeszes ataxiáról és az érzéskénulás folytán keletkező mozgászavarról. *Konrádi Dániel*: A pajzsmirigykiirtás hatása a vérre. *Rihmer Béla*: Az ureterek ellátásáról a daganat miatt történt hólyagkiirtás után.

Gyógyászat, 1909. 41. szám. *Grossich Antal*: A jodinctura alkalmazása a sebészeten a bőr fertőtlenítésére. *Heinrich Béla*: Idegen testek a végbélben. *Gruber Gyula*: Pneumonia ritka lefolyásának két esete. 42. szám. *Elfer Aladár*: A syphilises vérsavó némely sajátosságáról immuno-chemiai szempontból. *Pach Henrik*: Hőguta és balesetbiztosítás. *Kovács Áron*: Az őszi klíma hatása az adriai tengerparton.

Orvosok lapja, 1909. 42. szám. *Chudovszky Móricz*: Az érzéstelenítő eljárások foglalata. *Rajnik Pál*: Adat a haemoptoé gyógyszeres

therapiájához. 43. szám. *Chudovszky Móricz*: A Röntgen- meg Finsen- készületeink használata.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 41. szám. Gebhardt Ferencz: Vizsgálatok a trachea csillóhámós belésének működéséről. „Bőr- és bujakór-tan” melléklet, 3. szám. *Kamitz Henrik és Veress Ferencz*: Tapasztalataink a syphilisnek oleum cinereum-mal való gyógyítása terén. *Roth Alfréd*: Syphilis és trauma. *Török Lajos*: Klinikai észleletek az emboliás börtuberculosisról. 42. szám. *Keller Kálmán*: Alnyúltvelő-bénulásos tünetek közt lefolyt agysyphilis.

Vegyes hírek.

Kitüntetések. A király az imént lefolyt congressus előkészítésének és szervezésének munkálataiért *Müller Kálmán* főrendiházi tag, egyetemi tanárnak és törvényes utódainak a magyar bárói méltóságot, *Grósz Emil* dr. egyetemi nyilvános rendes tanárnak, a budapesti I. számú szemklinikai igazgatójának, a magyar királyi udvari tanácsosi címet, *Vermes Lajos* dr. kórházi főorvosnak a királyi tanácsosi címet, továbbá *Bassa Ignác* dr. közegészségügyi felügyelőnek, *Jassniger Károly* dr.-nak, az Országos Munkásbiztosító Pénztár vezető-orvosának és végül ifj. *Liebermann Leó* dr.-nak, az egyetemi bakteriologiai intézet I. tanársegédének a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

Imre József dr. kolozsvári egyetemi tanárt Hódmezővásárhely város díszpolgárává választotta.

Kinevezés. *Székely Kálmán* dr.-t Bereg vármegye főorvosává, *Molnár István* dr.-t cséffai járásorvossá, *Köhler János* dr.-t ideiglenes kincstári bányaműorvossá, *Galambos Jenő* dr.-t és *Politzer Hugó* dr.-t, a Békés vármegyei köz-kórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. *Tausz Lipót* dr.-t Boldván és *Zeisler Nándor* dr.-t Nagytörökon körorvossá, *Ulreich Ferencz* dr.-t Körösladányon községi orvossá választották.

Új tisztiorvosok. Az október 3.-ától 9.-éig Budapesten megtartott tisztiorvosi vizsgálat alkalmával képesített orvosok névsora a következő: *Barta Gábor* ideiglenes hatósági orvos Budapest, *Csordás Elemér* elme- és ideg-kórházi tanársegéd Budapest, *Deák Simon* gyakorlóorvos Budapest, *Dörner Dezső* műtő-növendék Budapest, *Eichel Adolf* gyakorlóorvos Rózsasziget, *Gálfi József* körorvos Csetnek, *Gazdag József* gyakorlóorvos Berettyóújfalú, *Göllner Károly* gyakorlóorvos Bicske, *Kleits János* műtőorvos, klinikai gyakornok Budapest, *Koffler Adolf* gyakorlóorvos Budapest, *Lakatos Mihály* városi tisztiorvos Nagybánya, *Mészáros Károly* bábképző tanársegéd Szeged, *Morelli Gusztáv* ideiglenes hatósági orvos Budapest, *Munkácsy Elek* köz-kórházi másodorvos Trecsén, *Pártos Ervin* bábképző tanársegéd Nagyvárád, *Reisner Jenő* gyakorlóorvos Győr, *Schilling Árpád* kórházi másodorvos Budapest, *Simkó Lipót* kórházi segédorvos Budapest, *Székely Kálmán* köz-kórházi igazgató-főorvos Beregszász, *Szöbel Dávid* gyakorlóorvos Gyula.

A Markusovszky-féle jubilaris előadásokat az idén *Réczey Imre* tanár tartja „A sebészet újabb fejlődéséről” címen. Az előadások 6 egymásután következnek csütörtökön lesznek este 6 1/2 órakor az egyetemen 2. sz. sebészeti klinika nagytermében. Az előadás-sorozat november 4.-én kezdődik.

A magyar vörös-kereszt-egyesület Erzsébet-kórháza huszonöt éves fennállását ünnepelték e hó 19.-én.

A póstyéni munkáskórház, melyet 1891-ben 4 ágyval alapítottak, már a 2000. betegét látja vendégül falai között. A kizárólag emberbaráti intézmény ma már 200 ágy felett rendelkezik. Vendégei nagyrésztben a betegpénztárak tagjai, kik az illető pénztár számlájára találnak az intézetben felvételt. A napi ár (lakás, ételmezés és fürdő) az első osztályban 2 K 30 f., a második osztályban 1 K 66 f. A póstyéni munkáskórház az ez év tavaszán elhalt Winter Sándor fürdőbérlet alkotása, fentartója a fürdőigazgatóság, orvosi vezetése pedig Weisz Ede dr. kezében van. A kórház télen át is nyitva áll és mindkét nembeli betegek felvételére van berendezve.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyt szeptemberben 86 esetben vették igénybe, a műtétek száma 75 volt.

A budapesti orvosi kör országos segélyegylete számára történt befizetések. Az 1909. évre 4—4 koronát fizetett be tagsági díj címén: *Kohn Ármán*, *Osztater Valér*, *Kaiser József*, *Lányi Benedek*, *Oerten Ede*, *Policzer Jakab*, *Schmidy Zsigmond*, *Ulmann Antal*, *Taub Ferencz*, *Mandl Miksa*, *Török Arthur*, *Tenner Vilmos*, *Ungár Adolf*, *Wagner Károly*, *Jaksits Lajos*, *Csató Sándor*, *Baltzár Géza*, *Gelléri Samu*, *Holezmann Dávid*, *Schilling Árpád*, *Budai Mór*, *Deusch Géza*, *Doctor Sándor*, *Gerő Mór*, *Kunitzer Sándor*, *Kápolnai Kálmán*, *Matolay Károly*, *Stark Miksa*, *Pándy Kálmán*, *Czirer Béla*, *Tolnai Vilmos*, *Erreth Lajos*, *Panner Lipót*, *Schmidt Antal*, *Bokor Emil*, *Bahula József*, *Lóránt Lipót*, *Schwarz Vilmos*, *Fodor Leó*, *Weisz Ármán*, *Gál Jenő*, *Blau Adolf*, *Kaufer Mór*, *Orsós Ferencz*, *Karsay Zoltán*, *Mezey Sándor*, *Nádor Henrik*, *Pollák József*, *Székely Sándor*, *Dragits Imre*, *Breuer József*, *Pap Izidor*, *Pongrácz Gyula*, *Zahornitzky László*, *Fischer Ágost*, *Nádai Lipót*, *Gyenes Antal*, *Kovács József*, *Jankura Iván*, *Görgényi Károly*, *Csillag Gyula*, *Ekei Antal*, *Fanzler Lajos*, *Bíró H. Ármán*, *Rameshofer Sándor*, *Szirmay Vilmos*, *Dénes Mihály*, *Friedländer Pál*, *Roth János*, *Schatz Róbert*, *Vámosi Mór*, *Horváth Mihály*, *Gottlieb Ede*, *Pattantyús Ábrahám*, *Vadász Aladár*,

Feldmann Ignác, *Steiner Károly*, *Reisz Samu*, *Bojthár Ambrus*, *Röhrich Béla*, *Ruber József*, *Magyar József*, *Féja Ferencz*, *Salgó József*, *Csikó Ferencz*, *Grünwald Adolf*, *Polereczky Endre*, *Maybaum Sándor*, *Tannig Izidor*, *Liebner Károly*, *Lichtfun Antal*, *Brenes Sándor*, *Tóth Gedeon*, *Stettner Ödön*, *Fridrich Alajos*, *Király István*, *Horváth Ferencz*, *Várady László*, *Molnár József*, *Vida József*, *Rosenberg Samu*, *Udránszky László*, *Mester Attila*, *Fejér Sándor*, *Raisz Aladár*, *Klein Mór*, *Pávay Vajna Gábor*, *Karos Adolf*, *Fáry Béla*, *Szöke Gyula*, *Szabó Mihály*, *Petz Lajos*, *Schmidt Imre*, *Löwensohn Mór*, *Dembitz Sándor*, *Kovács István*, *Schöntheil Mór*, *Szirmay Vilmos*, *Bajmóczy Géza*, *Klein József*, *Firiczky János*, *Wirtzfeld Béla*, *Engel Gábor*, *Balázs Béla*, *Chimbár Pál*, *Müller Samu* dr.-ok.

Katona József dr., pénztáros.

Kisebb hírek külföldről. *Monti* tanár, a bécsi poliklinika igazgatója, e hó 13.-án töltötte be 70. életévét. — A bécsi egyetemen *Schnabel* tanár halálával megüresedett egyik szemészeti tanszékre első helyen *Hess* wüzburgi tanárt, második helyen *Dimmer* gráci tanárt és harmadik helyen *Bernheimer* innsbrucki tanárt jelölték; a mint hírlik, a két első nem hajlandó az állást elfogadni a klinikának szűkös helyi viszonyai miatt. — *K. Franz* tanár Jenában elfogadta a meghívást a kieli egyetem nőorvostani tanszékére. — Rendes tanár lett: *Borgsdorf* dr. Kasanban (börkörtan), *C. N. B. Camac* (belorvostan), *F. S. Meara* (belorvostan) és *W. J. Elsen* dr. (bakteriologia) New-Yorkban. — A bécsi egyetem arkádjai alatt elhelyezték *E. Albrecht* tanár, az egykori jeles sebész emlékszobrát. Az emlék bronz-reliefképen *Albrecht* az operálóasztalnál tünteti fel, a mint tanítványainak előadást tart. Az emlék leleplezése később lesz.

Meghalt. *Heurtaux* dr., a sebészet nyugalmazott tanára Nantesban. — *L. Hendrix* dr., jeles belga gyermekorvos, számos értékes dolgozat szerzője, Brüsszelben. — *E. Clapton* dr., a londoni St. Thomas-kórházon a belorvostan előadója, 80 éves korában.

Lapunk mai számához az **F. Hoffmann-La Roche & Cie. Basel** czég „**Sirolin**” és „**Sulfosot**” gyógyszerekre vonatkozó prospectusa van mellékelve.

Jelen számunkhoz **Fortunat Gralewski** krakaui gyógyszerész prospectusa van csatolva.

Lapunk mai számához a **Gesellschaft „Le Ferment” Paris** „**Lactobacilline**” című prospektusa van mellékelve.

„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.

Dr. Jakab-féle Sigetsanatorium Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnosztika, physikotherapiás sanatorium.

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

Consecutiv neuralgiák, sebészeti utóbántalmak és izzadmányok esetében. Részleges göngyölés. **FANGO** Erzsébet-körút 51. sz. (Körúti fürdő.) Kezelő orvos **Dr. VÁNDOR DEZSŐ.** vulcanikus radioactív iszap

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézete VIII., Gyöngygyűt-utca. 14. sz. alatt (a Rókus-kórház közelében) van

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

Tamássy Park-sanatoriuma DUNAHARASZTIBAN, Pest megye. Intézet orvos: **Somosi Lajos** dr. Alkohol-, morphi-, nicotinelvonás.

Tüdőbetegsanatorium Tátraháza.

Egész éven át nyitva. Központi légfűtés. Villamvilágítás. Fekvőcsarnokok a fenyvesben. — Naikúra. — Hydrotherapia. — Gondos szakorvosi kezelés. Teljes napi pensio orvosi kezeléssel, gyógyszerközzel együtt 12 korona. Igazgató-főorvos: **MÜLLER VILMOS** dr. az „Erzsébet királyné” sanát. v. assistense. Prospectus.

Orvosi laboratorium és czukorbeteg tolerantiájának meghatározása Dr. **Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd, Andrassy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26—36.

Siemens és Halske R.T. Röntgen- és elektro-medikai berendezések. Budapest, V., Lipót-körút 5. szám.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

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

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII., Rákóczi-út 26, földsz. I. Telefon 112—95.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1909. október 18.-án.) 767. l. — A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai. 767. l. — Közkórházi Orvostársulat. (VIII. bemutató ülés 1909 június 2.-án.) 768. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (1909 október 2.-án tartott XII. szakülés.) 768. l. — Pályázatok. 769. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1909 október 18.-án.)

Elnök: Entz Géza.

Jegyző: König Gyula.

Orvosi érdekű volt **Tangl Ferencz** lev. tag értekezése „**Élettani és energetikai vizsgálatok a metamorphosiról**” czímen.

A vizsgálatoknak, melyeket az ophyra cadaverina álczáin, bábjaiban és imagóin végzett, célja volt a metamorphosis közben lefolyó anyag- és energiafogyasztás nagyságát megállapítani s így megismerni annak a munkának nagyságát, melyet szöveteknek újra képzése igényel akkor, a mikor ezen újraképzést nem kíséri növekedés. A metamorphosis bábstadiumában ugyanis a histolysis útján szétesett szervek regenerálódnak s az imago szerveivé alakulnak át, de a test nem növekedik, az élő protoplasma mennyisége nemcsak hogy nem gyarapodik, hanem ellenkezőleg fogy. Tangl a metamorphosis közben hővé alakult kémiai energiát *átalakulási munkának* nevezi, az ébrényi fejlődés folyamán átalakultat pedig a *fejlődés munkájának*. E kétféle munka összehasonlításából azután következtetést vonhatunk a *növekedés munkájának* nagyságára, vagyis azon hőtermelésre, melyet maguk a növekedési folyamatok okoznak. Ebben áll a metamorphosis energetikai vizsgálatának általánosabb biológiai jelentősége.

Az anyagerét illetőleg Tangl megállapította, hogy az érett álczák CO₂-termelése már a bebábozás előtt rohamosan csökken a bábstadium közepéig, azután ismét erősen emelkedik. A metamorphosis alatt főleg zsírt fogyaszt az állat, úgy hogy az a hő, melyet produkál, zsírok elégetéséből keletkezik, vagyis az átalakulási munka majdnem kizárólag zsírok kémiai energiájából ered. A CO₂-termelés nagysága nagy mértékben függ a hőmérséklettől, a környezet hőmérsékletének emelkedésével növekedik a CO₂-termelés is, még pedig oly arányban, mint a kémiai reakciók sebessége a *van't Hoff*-féle szabály értelmében, vagyis ha a hőmérséklet 10⁰-kal emelkedik, a CO₂-termelés megkétszereződik. Ennek megfelelőleg a báb átalakulása kétszer oly sebesen történik, de sokkal több báb pusztul el. A bábok N-tartalma az egész metamorphosis alatt változatlan, tehát elemi N vagy N-tartalmú illó vegyület nem távolodik el.

Az energiafogyasztás a bábstadiumban aránylag igen csekély, 1 gm.-ra vonatkoztatva naponként 36 cal.; egy-egy bábnak imagóvá való átalakulása közben pedig 3.92 cal. kémiai energia alakul át hővé, ez tehát az ophyra cadaverina átalakulási munkája; 1 gm. imago átalakulási munkája pedig 523 cal. Ugyanilyen nagy a selyempille átalakulási munkája is.

Összehasonlítva a metamorphosis energiaszükségletét az éhező imago és a fejlődő ébrény energiaszükségletével, kitűnt, hogy az utóbbiaké 7-szer illetőleg 3-szor akkora mint a bábé. A bábstadium az a szakasza a megvizsgált állatok életének, melyben a legkisebb az energiaszükséglet.

A metamorphosis alatt elhasznált energia legnagyobb része nem magára az átalakító folyamatokra használtatik el, hanem a meglevő sejtek életképességének fenntartására, vagyis az *átalakítás munkája* legnagyobb részt *fenntartó munka*, ezzel ellentétben a fejlődés munkájának legnagyobb része *növekedési munka*.

A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai.

X. szakosztály: *Gyermekorvostan.*

II. Előadások.

(Vége.)

Violi (Konstantinápoly) állítása szerint számos kóros folyamat enyhül a fogzás könnyítésére.

Genersich (Kolozsvár) **Kassowitz** elveit vallja, dentitio difficilis nem létezik.

Lukáts (Budapest) két csecsemőn végzett anyagcserekérdésekről számol be. A női tejben az ismert alkotórészekeken kívül még egy organikus, caloriákban gazdag alkotórész jelenlétét tételezi fel.

Schatz (Budapest) a *phosphatin-t* mint a rachitis gyógyszerét ismerteti.

Flesch (Budapest) a *pseudoanaemiákat* neuropathiás vasomotoros zavaroknak tudja be. Ily gyermekek normális vérelet mellett nagyfokú halványságot mutatnak. Gümös vagy lueses terheltség hiányzik, ideges terheltség rendesen kimutatható. (Lásd pag. 739.)

Schütz (Budapest): Az *exsudativ diathesis* a gyermek szervezetének veleszületett vegyi zavara. Az exsudativ diathesis symptomatológiáját **Czerny** nyomán ismerteti. Az exsudativ diathesis gümös fertőzésre jó talaj.

Preisich (Budapest) öt újszülött boncolásakor vese-megbetegedés vagy -defectus esetében, a thymus hiányos fejlődését mutatta ki. Nephritis scarlatinosa thymusadagolásra nem reagál. **Neurath** (Wien) és **Fischl** (Prága) kérdésére válaszolva, P. kifejti, hogy a thymus és a genitáliák fejlődése közt összefüggést kimutatni nem tudott.

Tixier (Páris) „*glandules juxta-thymiques*” boncolástani és mikroskopi leletét közli.

Szilárd (Pécs): Gyengén táplált, dystrophiás gyermekeknek zsírdús táplálékot kell nyújtani. Anorexiánál csukamájolajat adagol. Ha a gyermekek az olajat nem emésztik jól, *energint* rendel.

Bókay János (Budapest): A *varicella* néha ismeretlen okoknál fogva *herpes zoster* alakjában mutatkozik. Továbbfertőzés más gyermekeken ismét általános kivirágzást hozhat létre. (Lásd pag. 736.)

Netter (Páris): A *gyógysavó* alkalmazása által létrehozott *kiütések* megelőzésére per os vagy per anum pro die 1.0—1.5 gm. *chlorcalciumot* adagol. A kiütések százaléka a kezelés mellett 16.8-ról 3⁰/₀-ra sülyedt.

Hainiss (Budapest) bő gyakorlati tapasztalatai alapján süktelennek tartja a *vesegyuladások* kezelésében a konyhasó teljes megvonását. Közepes mennyiségű per anum adagolt sóoldatot a betegek jól tűnnek, nagy mennyiségű *chlornatrium* bevétele káros.

Bauer (Budapest) a *vörheny utólagait* toxinaemia intestinalisnak tudja be; a vörhenyméreg a bél idegdúczeit bénítja, a peristaltikát csökkenti s bélsárpangást hoz létre.

Netter és Ribadeau Dumas (Páris): Laboratoriumi vizsgálatok alapján a *paratyphus* pontos körjelzése számos esetben sikerült. A talált bakteriumokat ismertetik. A collargolt mint a paratyphus specifikus gyógyszerét ajánlják.

Fischer (New-York): 1903—1907-ig számos áldozatot szedett New-Yorkban a *meningitis cerebrospinalis epidemica* (halálozásszázalék átlag 75). **Flexner** gyógyszerének alkalmazása óta a halálozás százaléka átlag 35-re sülyedt.

Netter (Páris) a **Flexner**-gyógymód előnyeit elismeri; az adagolás azon időpontig folytatandó, míg a lumbalpunctió folyadék bakteriologiai vizsgálatának eredménye negatív lett.

Violi (Konstantinápoly): A *meningitis cerebrospinalis* gyógyszeres kezelése óta 4 a halálozási százalék.

Kerley (New-York) párhuzamot von a diphtheria és a meningitis cerebrospinalis epidemica serotherapiájának eredményei közt s a diphtheriagyógysavó előnyére dönt.

Neurath (Bécs) mint előadó és **Netter** (Páris) mint hozzájáruló bizonyítékokat nyújtanak a *poliomyelitis ant. acuta* epidemias voltára és bakteriológiájára vonatkozólag (néha meningococcusokat tudtak kimutatni).

Corominas (Barcelona) a kanyaróban a gyógyulás után meg két hónapig is tartó „*période anaphylactique*”-et észlelt s ezért visszaesések elkerülése czéljából ez időre újabb fertőzés elől óvni kívánja a gyermekeket.

Genersich (Kolozsvár) és *Galatti* (Wien) tagadják a kérdéses esetekben az anaphylaxis létezését. A reinfectio valószínűleg rubeolával lett összetévesztve.

Preisich (Budapest) szerint a kanyaró-recidivák családi hajlamosságra vezethetők vissza.

Violi (Konstantinápoly) két esetben észlelt morbilli-recidivát.

Genersich (Kolozsvár): A csecsemőkori gümőkór rendszeren miliáris, az idősebb gyermekeké lokális jellegű. A gyermekkori gümőkór typusa humán. A dajkák tuberculin-próbának vetendők alá. A gyermeket a fertőzött környezetből el kell távolítani.

Grósz (Budapest) 22 gyermeket kezelt huzamosabb ideig eredményesen Koch-féle altuberculinnal. Lázás és vérzésekre hajlamos betegek a specifikus kezelésre alkalmatlanok.

Winters Brannan (New-York) a csontok, izületek és mirigyek gümőkórjának „seashore and fresh air” kezelésének bámulatos eredményeiről emlékezik meg.

Bókay Zoltán (Budapest) *hernia diaphragmatica* bonczetani készítményét mutatja be. A rekesz elülső és középső részének határán kétujnyi széles nyíláson türemkedik a hasi zsigerek nagyrésze a bal mellkasfélbe. (Lásd pag. 741.)

Welkham (Páris) *radiummal* sikeresen kezelt angioma-eseteket demonstrál.

Deutsch Ernő (Budapest): 1352 gyermek alvására és álmaira vonatkozó anyagot dolgozott fel. A gyermekek 68%-a elemi és polgári iskolát látogat, 9%-a kisegítő iskolába jár, 4%-a árva-házakban van elhelyezve, 6%-a süketnéma és 0.9%-a vak. Az iskolásgyermekek 74%-a egyszobás lakásban lakik, 28%-ban kettőnél több egyénnel alszik egy ágyban, 25%-ban más neműekkel hál együtt, 13%-a nappali ruhában alszik s csupán 7%-a a gyermekeknek hál egymagában. A gyermekek alvása alatt elfoglalt helyzet, az alvás rendellenességei, az álmok gyakorisága és tartalma alkotják az előadás többi részét.

A X. szakosztályt *Bókay János* elnök nyitotta meg. E beszédben a szakosztály vezetője a gyermekorvostan fontosságának méltatása mellett, kollegiális érzelmekkel emlékezett meg a paediatría elhunyt, valamint a congressustól különböző okok miatt távolmaradt nagyjairól.

A titkári teendőket *Heim Pál* főtitkár, *Deutsch Ernő*, *Faludi Géza*, *John M. Károly* és *Loránd Leó* végezte.

* * *

A congressussal kapcsolatban tartotta meg ülését *Escherich* (Wien) elnöklete mellett a nemzetközi csecsemővédelmi szövetség. Czéljait és eredményeit *Lust* (Bruxelles) vázolta. A magyar álláspontot *Ruffy Pál*, *Bókay János*, *Szana Sándor* és *Deutsch Ernő* körvonalazta. A külállamok hivatalos képviselőinek felszólalása után el lett határozva, hogy a jövő csecsemővédelmi congressust 1911-ben Berlinben tartják meg.

Nagy fontosságot kölcsönzött a X. szakosztály munkálatainak, hogy utolsó ülésén *Hutinel* (Páris) ajánlatára a gyermekorvosok nemzetközi szövetségét alapították meg. (Lásd pag. 746.)

A magyar állami és társadalmi gyermekvédelem közeli ismerés tárgya volt. A X. szakosztály tagjai testületileg látogatták meg a m. kir. állami gyermekmenhelyet, a Stefánia-gyermekekórházat, a János-kórház gyermek-pavillonját, a Fehér-kereszt-kórházat és az „Ingyentej”-egyesület helyiségeit. *Deutsch Ernő*.

Közkórházi Orvostársulat.

(VIII. bemutató ülés 1909 június 2.-án).

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

(Vége.)

Granuloma malignum Röntgen-kezeléssel javult esete.

Körmöczy Emil: A beteg, kit Hochhalt főorvos megbízásából akart bemutatni, az utolsó napokban távozott a kórházból.

Ilyen körülmények között egy ugyanazon hajban szenvedő másik beteget mutat be és ezzel kapcsolatosan számol be az előző esetben elért therapeutikai eredményekről.

Az ez alkalommal bemutatásra kerülő beteg 24 éves tanítónő, ki két év előtt vette észre, hogy nyaka jobb oldalán mirigydagánatok támadnak. Egy év óta, időnkénti lázas mozgalmak kíséretében, a mirigyek rohamosan nőnek és terjednek teste egyéb részein is. A lázak jelenlétében a mirigyek rendszeren nőnek, a láztalan időszakban kisebbednek és ilyenkor a beteg jól érzi magát. Baja ellen Bécsben Röntgen-gyógymódot használt. Erre a dagánatok kisebbedtek és aránylag tovább volt láztalan.

A beteg anaemiás, a nyak jobb oldalán, a jobb hónaljban ökölnyi, kemény, összekapaszkodó mirigypamat. A nyak bal oldalán és a bal hónaljokban babnyi-diónyi, kemény, különálló mirigyek. Májnagybodás nem mutatható ki, a lép a bordaszél alatt három ujjnyira palpabilis. A lázas roham alatt pozitív diazoreactio. Másodlagos anaemia, csekély leukocytosissal. A betegnél a szülő kizárja a leukaemiát és a valószínű pseudoleukaemiát (lymphocytomatosis aleukaemica) a vérelet alapján. Kizárja a Kundrat-féle lymphosarcomatosis is (ez alatt a malignus tumor jellegével bíró lymphocytomát érti), szóba jöhetnének tehát csak a granulomatosisok. Tuberculosisra semmi jel, de különben is a betegség egész lefolyása a mellett szól, hogy jelen esetben granuloma malignum kryptogeneticum van jelen. E mellett szól a mirigy-tumörök minden sajátossága, az általános elterjedés a testben, a febris recurrensre emlékeztető lázmenet stb.

Ezek után vázolja az előadó a granuloma malignum kórboneztani és szövettani képét. Egy időben a betegséget tuberculosisos eredetűnek tartották (Sternberg, Feldmann és Körmöczy) és sokan ma is annak tartják. Az előadó, több eset alapos észlelése után, most már az esetleges tuberculosis-infectiót másodlagosnak véli.

Ezek után ismerteti az ezen betegségben elért eredményeket és a röntgenezést melegen ajánlja. Az a véleménye, hogy a jelen esetben supponált infectióra is hat a besugárzás, mert hatása alatt a láztalan periodusok meghosszabbodnak és a tumörök rohamosan fogynak.

Mycosis fungoides érdekesebb alakja.

Brezovszky Emil: S. A. 54 éves magánzónó előadja, hogy tíz év óta eleinte mérsékelt, később mindinkább fokozódó viszketés érzése van egész köztakaróján. Két év óta pedig különböző kiütések keletkeznek. Étvágya, széke rendben. Megvizsgáláskor a közepertmetű és lesóványodott nő köztakaróján a bőrbeli elváltozások három typusát leljük meg. Úgy mint 1. csak hyperaemiát és csekély cutisbeli infiltratumot mutató bőrelváltozást, helyenként pikkelyképződéssel; legnagyobb része circinaer-elrendezésű, központi gyógyulással; 2. mintegy 20 fillérnyi egész koronányi plaque-alakú elváltozások, a melyeken a cutisbeli infiltratum jól kivehető; 3. 2—5 koronányi terjedelmű, hámtól fosztott, részint még nedvező, részint varral fedett cutisbeli infiltratumok. Tehát ezen chronikusan folyó megbetegedés csakis az infectiosus granulomák csoportjába tartozhat, a hol ismét a lues és tuberculosis kizárásával a mycosis fungoides diagnosis állapítható meg.

Prögnosis: quoad sanationem rossz és quoad vitam a 3. és 4. stadiumban szintén rossz.

A therapia csak tüneti lehet.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1909 október 2.-án tartott XII. szakülés.)

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

I. *Purjesz Zsigmond* elnöki megnyitója után

II. *Makara Lajos* két beteget mutat be:

1. Az elsőben a végtagesontok számos jóindulatú exostosisa mellett egy chondrosarcoma is fejlődött a bordán.

A beteg P. H., 34 éves bognármester, kinek hosszú végtagesontjain az epiphysisek közelében számos, borsó-tojás nagyság közt változó, szeszélyes alkotású csontkinövés tapintható. A bemutatott Röntgen-lemezekon jól láthatók e dagánatok mindkét

ezombesont alsó, mindkét sipesont felső vége táján, továbbá a felkaresontok felső, az alkareontok alsó végén. Ezen daganatok megvannak, a mióta csak emlékszik a beteg, bajt neki nem okoztak.

E csontos daganatok ártatlan természetű cartilagineus exostosisok. Három év előtt jobb oldalát megütötte, az ütés helye megduzzadt; a duzzanat nem múlt el, hanem ott egy daganata támadt, mely eleintén lassan növekedett, majd f. év május óta gyorsan nő és fájdalmakat okoz. Felvételnél a jobb hátulsó hónalj-vonalban a 8. bordától a 10. bordáig egy kis gyermekfejnyi, gömbölyded felületű, tömött, helyenként keménytapintatú daganat van, mely fölött a bőr feszül, de elcsúsztható, ellenben a daganat a bordákkal össze van nőve. A daganat nyomásra, de önként is fájdalmas. A leírt daganatot a bordákból kiinduló chondrosarcomának tartottuk. A bordadaganatok műtétekor a pneumothorax veszélyeit jobban tudjuk elkerülni, a mióta az e téren végzett tanulmányokból tudjuk, hogy a légmell keletkezését kísérő vagy követő súlyos tüneteknek, az esetleges collapsusnak okát nem a légzőfelület megkisebbedése okozza, hanem részben a sérült oldali tüdő összeesése következtében beálló keringésváltozás, részben a nyílt pneumothoraxnál beálló nagyfokú áttolódása a mediastinális lemezeknek. A mediastinum ezen átnyomatása az ép oldalra nemcsak a belégzést, de a kilégzést is korlátozza. A légmell hasonló körülmények közt súlyosabb jelentőségű a jobb, mint a bal oldalon. Minél kevésbé van korlátozva a tüdő összeesésében, annál nagyobbok a mediastinális eltolódás.

A műteti légmell zavarait legjobban kiküszöbölik a pneumatikus kamarák és készülékek, sajnos, hogy azok ez idő szerint még nehézkesek és költségesek. Ezek hiányában ilyenmű műteteinknél kétféleképpen járhatunk el.

Dollinger módszere szerint előbb a mellkast megdrainezve pneumothoraxot teremtünk, s a gyökeres műtétet akkorra halasztjuk, ha a beteg a pneumothoraxhoz alkalmazkodott. De operálhatunk egy ülésben is, ha az előrebocsátottak értelmében megakadályozzuk a tüdő nagyfokú összeesését és a mediastinum áttolódását az által, hogy a tüdőt a sebbe húzzuk és a mellkasrészt műtét alatt tamponálással, műtét után teljes bevarrással elzárjuk. Műtét után a levegőt az elzárt mellüregből ki is szívhatjuk.

Esetünkben Dollinger módszere szerint jártunk el, s szeptember 9-én helyi érzéstelenítés mellett a daganat fölött a 7. bordából egy darabot kimetszettünk és a jobb mellűrt megdraineztük. A légmell keletkezése közvetlen nem okozott lényegesebb zavart, de már néhány óra múlva nehéz légzés és mérsékelt láz mutatkozott (38.2). Ezen állapot tartott szeptember 10-én és 11-én (légzésszám 30 körül, érverés 90—120 közt, hőmérsék 38.2—38.5 közt ingadozott), 12.-én az állapot javult, 13.-ára a beteg láztalan, nehézlégzése annyira javult, hogy a gyökeres műtétet e napon narcosisban végezhetjük.

A daganat legnagyobb domborulatán hosszú, a bordákkal párhuzamos metszést ejtve, a daganat felületét szabaddá tettük, azután a 8. és 9. bordát a daganat előtt és mögött átvágva, a daganatot kellő terjedelmű ép mellkasfállal együtt kimetszettük.

A jobb mellüregen a műtét körülbelül 10 cm. széles és 6 cm. magas rést ejtett; a rekeszizom eredését a bordákon át kellett vágni; a hasüreg nem nyílt meg.

Műtét alatt a pleurarést gaze-compresssekkel lehetőleg elzártuk; a tüdő nem volt teljesen összeesve, miért is nem húztuk elő, mert a légzés zavartalan maradt.

Műtét után a pleurafűrt teljesen elzártuk az által, hogy a rekeszizmot helyére visszavartuk, a dráint kivettük s helyét tamponáltuk, a bőrsebet is bevarrtuk, csak a daganat helyén támadt fűrt draineztük két napra.

A gyógyulás zavartalanul, láz nélkül folyt le. A beteg teljesen jól érzi magát. Átvilágításnál a rekesz jobboldalt magasabban áll és kevésbé mozog, mint baloldalt.

A daganat szövettani vizsgálatát Buday tanár volt szíves végezni. A vizsgálat eredménye: Sarcoma costae chondro-myomatodes teleangiectaticum cum necrosi. A bemutatott eset ritkaságszámba megy azért, mert teljesen jóindulatú exostosisok mellett támadt a rosszindulatú bordasarcoma.

A műteti eljárás menetét, a kísérő tüneteket és a lefolyást kritizálva, felvetődik a kérdés, nem lehetett volna-e a nyílt pneumothorax okozta bajokat is elkerülni, ha mindjárt a pneumothorax keltésekor elvégeztük volna a radikális műtétet is.

2. A második bemutatott betegben **aneurysma arteriae popliteae sinistrae** van. Az eset ha nem is tartozik az irodalmi ritkaságok közé, mégis nem mindenkinek volt alkalma hasonlót látni, azért mutatom be a műtét előtt. I. G., 28 éves, napszámos előadja, hogy mintegy öt hét előtt vette észre először, hogy bal térdét nem tudja teljesen kinyújtani. Ugyanakkor térdhajlásában egy kis diónyi lüktető daganatot tapintott. A daganat 2 hét előtt hirtelen növekedni kezdett s mindjobban fokozódó fájdalmakat okoz. Az utolsó napok óta lába zsibbadt és hideg.

Betegségekre nem emlékszik, syphilit tagad. Szívesücsülökés az 5. bordaközben, a bimbóvonalon belül tapintható. A szív kopogtatási viszonyai, valamint a hallgatósági viszonyok rendesek. Az érverés szabályos, erőteljes, percenként 96. A bal térd tompa szögletbe van hajlítva, a beteg kinyújtani nem tudja. A bal lábszár és láb duzzadt, a bőrvenák teltebbek, a bőr halványabb, hűvösebb. A talpon a bőrérzés kb. tenyérynél területen csökkent. A térdhajlásban egy nagyon feszes, lúdtojás mekkoraságú és alakú daganat van, mely nyomásra érzékeny, minden irányban lüktet. A lüktetés a szívveréssel összevág, a czombverőér összenyomására megszűnik. A daganat fölött gyenge systolés fuvó zöreje hallható.

Nincs kétség a felől, hogy itt spontán fejlődött verőeres aneurysmával van dolgunk.

Gyógyítására a Matas-féle endoaneurysmorrhaphiát tervezzük, mert a gyökeres műtétmódok közt ennél legkisebb a gangraena veszedelem. Az eddig közölt esetek gyógyulásaránya legalább sokkal nagyobb, mint a régebbi módszereké. (Vége következik.)

PÁLYÁZATOK.

24.328/1909. kig. sz.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött, 1500 korona fizetéssel, ezen felül szabad lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott **alorvosi állásra** pályázatot nyitok.

A folyamodni óhajtokat felhívom, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket **follyó évi november hó 14. napjáig** méltóságos Ambrozovics Lajos dr. főispán úrhoz Baján nyújtsák be.

Baja, 1909. október hó 14.-én.

Polgármester h.:

Weisz Nándor, tanácsnok.

6531/909. sz.

Szeged szab. kir. város közkórházánál üresedésben levő 2, egyenként 1200 korona évi fizetés, egy szobából álló lakás, fűtés, világítás és elsőosztályú élelmezéssel javadalmazott **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom ennél fogva azon nőtlen orvostudor urakat, kik ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűleg felszerelt kérvényüket **f. évi november hó 6. napjának délután 5 órájáig** méltóságos Kelemen Béla dr. úrhoz, Szeged szab. kir. város főispánjához czímezve nyújtsák be.

Szeged, 1909. október hó 19. én.

Bokor Pál, polgármester-helyettes.

5627/909. kig. sz.

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

Javadalom: 1600 korona évi készpénzfizetés. Továbbá a vármegyei törvényhatósági bizottság által megállapított lakpénz, látogatási, rendelési, műteti, távolléti díjak, természetbeni fuvar. A szabályrendeletileg megállapított 40 fillér halottkémlel és hűsvágási díjak.

Felhívom pályázni óhajtokat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket **hozzám 1909. évi november hó 15.-éig** nyújtsák be.

Ujvidék, 1909. október hó 18.-án.

Nikolits Izidor, főszolgabíró.

3-1

164/1909. sz.

Békéscsaba nagyközség közkórházánál lemondás folytán üresedésbe jött **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 1200 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. osztályú teljes ellátás.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló okmányokkal felszerelt folyamódványaikat **nagys. Ambrus Sándor úrhoz, Békés vármegye alispánjához** czímezve, **hozzám f. évi november hó 15.-éig** nyújtsák be.

Békéscsaba, 1909. évi október hó 20.-án.

Békéscsaba nagyközség közkórházának igazgatója.

19.896/1909. sz.

A zemplénvármegyei homonnai közkórháznál lemondás folytán megüresedett és évi 1400 korona fizetéssel javadalmazott **igazgató-főorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok s felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1883: I. t.-cz. valamint az 1876: XIV. t.-cz.-ben előírt képesítettségiüket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket **hozzám f. évi november hó 20.-áig** adják be.

A szóban forgó állás f. évi december hó 1 napján lesz elfoglalandó. Sátoraljaújhely, 1909. évi október hó 14.-én.

Dokus, alispán.

A pozsonyi magy. kir. bábaképezdénél évi 1000 K jutalomdíjjal, lakás, fűtés és élelmezéssel javadalmazott **gyakornoki állásra** pályázatot hirdetek. Kötelező kórházi gyakorlatuknak eleget tett orvosdoktorok szabályszerű pályázatukat mielőbb nyújtsák be hozzám. A tót nyelvben való teljes jártasság szükséges.

Velits Dezső dr., igazgató-tanár.

18,664/909. sz.

Zemplén vármegye „Erzsébet”-közkórházánál lemondás folytán megüresedett és évi 1600 kor. fizetés, természetbeni lakás és I. osztályú élelmezéssel javadalmazott **alorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 43., illetve az 1883. I. t.-cz. 1. és 9. §-ában előírt képesítettséget igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **október hó 25.-éig** adják be.

Az állás azonnal elfoglalandó. A kinevezendő alorvosnak az egyes osztályba való beosztása iránt a kórházi igazgató főorvos intézkedik.

Sátoraljaujhely, 1909. évi október hó 2.-án.

2-2

Dókus, alispán.

HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kítűnő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

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

Dr. Pajor új sanatoriuma

A fővárosban legújában épült, orvos-higiéniai tekintetben legteljesebben felszerelt és berendezett gyógyintézet.

Belgyógyászati, diätetikai, sebészeti és bőrgyógyászati osztályok 70 betegszobával.

A betegek a kezelő orvosokat szabadon választják.
Bennlakó és bejáró betegek részére:

Külön női és férfi vízgyógyászati osztály.

Pneumatikus kamarák, inhalatorium.

Szénsavas-, villanyos fény- és kádfürdők.

Röntgen-laboratorium.

Pöstyéni iszapkúra.

A pöstyéni iszap buda-
pesti főlerakata.

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

„Bayer”

CONTRATUSSIN

„Bayer”

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a
VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Andrásy-út 84.

Minden gyógyszerárban kapható.

Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen

A. SMITH GYÓGYINTÉZETE

Alkohol-elszoktatás

részére

Rittergut Nimbsch a. Bober, Sagan mellett (pr. Schlesien) — Absolute
kényszer nélkül! Szép erdőszéli tartózkodási hely, Szilézia legegészségesebb
vidéke. Prospektusok postafordultával bérmentve.

Orvosi vezető: Dr. LERCHÉ egészségügyi tanácsos.

7320

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D^r EGGER

Indicatio: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rachitis.
Kapható minden gyógyszerárban.

Kaliforniai füge-szörp



„Califig”

Bevált szer a rendes bél-
működés serkentésére.

Minden emésztési zavarok, melyek a máj
bajainak chlorosis-, csúz-, hizás-, aranyeres
esomók stb.-nél fellépnek, a Califig hasz-
nálata által kiméletes módon kedvezően
befolyásoltatnak.

Klinikailag és számos esetben kipróbálva.
Ártalmatlan, rögtön és bizton ható, jóízű
és természetes hashajtó, nem izgatja és nem
gyöngíti a gyomorbél-traktust.

Nőknek és gyermekeknek különösen alkalmas.

Minden gyógyszerárban kapható:

Egész üveg 3 korona, fél üveg 2 korona.

Használati utasítás minden üveg mellett.

California Fig Syrup Co.,

86 Clerkenwell-Road, London.

Főraktár Magyarország részére:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerár BUDAPEST, Király-utca 12. szám.

Orvosi minták ingyen és bérmentve.

A

Liquor-Hypnobromid comp. Glück

tartalmazza az idegrendszerre csillapítólag ható megbiz-
hatóbb szereket (paraldehyd, bromidok, opium alkaloidok
stb.), de a mellett semmi olyasmi benne nem foglaltatik,
mi a szívre káros lenne, vagy pedig még hosszabb alkál-
mazás mellett is a szervezetre károsan befolyásolná.
Összhangzó vélemények szerint a legmegbízhatóbb, min-
den kellemetlen mellékhatástól ment, betegek által
szívesen vett specificum, neurasthenia és hysteria esetei-
ben. Emelett kítűnő altatószer és javalva van az ideg-
rendszer izgalmi jelenségekkel összekötött bántalmainál.

Adagja naponta három kávékanálról három evőkanálra.

A Digestol Glück

a legtekélyesebb emésztőpor.

Összetételénél fogva elősegíti az emésztést (natrium, car-
bonat, magn.-carbonat, natriumsulphat, kis mennyiségű
phenolphthalein, cetrarin stb.), de egyszersmind fokozza a
bélműködést s cetrarin-tartalmánál fogva étvágyjavítólag
is hat. Javalva van a gyomor és bél legkülönbözőbb
bántalmainál, nehéz emésztés esetében, bélrenyheségnél,
erjedési savak képződésénél, étvágytalanságnál stb.

Adagja étkezés után egy késhegynyi, egész egy kávékanálra.

Irodalommal és mintával készséggel szolgál:

GLÜCK REZSŐ gyógyszerészeti laboratoriuma
„Fehér galamb” gyógyszerár

Budapest, VI., Hungária-körút 93. — Telefon 9-32.

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 szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEG-
KÓRTAN Babarczy Schwartz Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Haberern Jonathan
Pál és Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Ferenczi Sándor: Az álom psychoanalysisse és annak kórtani jelentősége. 771 lap.

Kétly Károly: A belorvostannak és sebészetnek egymáshoz való viszonyáról.
Balassa-előadás. 773. lap.

Sugár K. Márton: Labyrinthus és nystagmus. 776. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. H. Strauss: Vorlesungen über Diätbehand-
lung innerer Krankheiten. — Lapszemle. Általános kórtan. Emmerich: A cholera
mérgeinek kimutatása. — Belorvostan. Kraus és Stenitzer: A typhus serum-
therapiája. — Weicker és Bandelier: Kísérletek a Spengler-féle „I. K.“ jelzésű
anyaggal. — Schnitter: A gümöbaccilusok kimutatása a gümőkórosak vérében.
Krönig és Klopstock: A meteorismus oka fertőző betegségekben. — Idegkórtan.

Loeper: A tabesos bélkrízis és gyógyítása. — Gyermekorvostan. Babonneix L.
és Tissier L.: A csecsemőkori leukaemia. — Fizikai és diatetikai gyógyítás-
módok. Bircher-Benner: Eczet, vagy ezitromlé? — Kisebb közlések az orvos-
gyakorlatra. Zweig: Szer gyomorfekély okozta kisebb fokú vérzés ellen. —
Körner: Szer terhesek hányása ellen. — Bettmann: Bőrbajok gyógyítása.
778—781. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi
ujrás. 781. lap

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 781—782. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 783—786. lap.

Melléklet. A Farbwerke, vorm. Meister Lucius & Brünnig, Höchst a. M. cég
„Gyógyszerkészítmények“, Knoll és Társa Ludwigshafen cég „Santyl“ prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az álom psychoanalysisse és annak kórtani jelentősége.

Irta: Ferenczi Sándor dr., ideggyógyorvos, törvényszéki orvosszakértő
Budapesten.¹

Nem ritka jelenség a tudományok fejlődésében, hogy a hiva-
tásos tudományművelők évszázadokon át minden rendelkezésükre
álló eszközzel, tudásuk és elmességük egész tárházával küzdenek
a nép bölcsességének valamely maximája ellen, a melyhez azonban
a nép ugyanolyan makacsul ragaszkodik és végül a tudomány kény-
telen beismerni, hogy lényegben nem neki, hanem a populáris fel-
fogásnak van igaza. Külön elmélkedést érdemelne annak a kuta-
tása, miért kell a tudásnak állandó emelkedés helyett ilyen zeg-
zugos pályán haladnia, mely hol távolodik, hol újra visszatér a
nép naiv világnézete felé. Most csak abból az alkalomból utalok
erre a sajátosság jelenségre, hogy a legújabb pszichológiai kuta-
tások a lelki életnek egy különös és bizarr megnyilatkozására, az
álomra vonatkozólag olyan tényeket derítettek ki, melyek az
álom természetéről vallott eddigi nézeteink elejtését és bizonyos
határig a népies felfogáshoz való visszatérést elkerülhetlenné teszik.

A nép sohasem szűnt meg az álmok jelentőségében hinni.
A legrégebbi irott nyelvemlékek, melyek a babyloni királyok dicsői-
tésére lettek köbe vésve, az indus, chinai, azték, görög, latin,
zsidó és keresztény mythologia és történelem emlékei csakúgy,
mint a mai egyszerű ember, azt vallják, hogy az álomnak van
értelme és jelentősége, hogy az álmokat magyarázni lehet. Az
álommagyarázás évezredeken át külön tudomány, külön kultusz
volt, melynek papjai és papnői magyarázataikkal sokszor országok
sorsát döntötték el és világtörténelmi fordulatokat provokáltak. Ez
az antiquált tudomány ugyanis, mint a nép embere ma is, rendit-
hetetlenül hitt abban, hogy az álom burkoltan és homályos cél-

zásokban bár, de a beavatott számára érthetően a jövőt jelenti és
hogy a felsőbb hatalmak éjjeli látományok alakjában mutatják meg
a halandóknak a bekövetkezendő fontos eseményeket. Az álom-
kultusból és az álommagyarázás tudományából napjainkig érvényben
maradt a nép széles rétegeiben az álmoskönyvbe, az ősbabyloni
astrologiának ebbe az érdekes maradványába vetett hit, mely orszá-
gonként sok eltérést mutat ugyan, de mégis a legtávolabbi föld-
részekben is oly sok tekintetben megegyezik, hogy a néplélek egye-
temes megnyilatkozásának tekinthető.

A lélektan és élettan kutatóinak és a modern orvosoknak
túlnyomó része ellenben nagyon kevésre becsülte mindmáig az
álom pszichológiai jelentőségét. Némelyek az alvó agyvelőben fel-
felvillanó, minden értelem nélküli hallucinatio-halmazt látnak az
álomban. Mások szerint nem más az, mint reactio az alvás közben
a test érző idegvégződéseire ható külső (objectív) vagy belső (sub-
jectív) ingerekre, és csak igen kevesen akadtak olyanok, a kik arra
az elméleti alapra helyezkedtek, hogy a psyche alvás közben complex
és értékes tevékenységre képes, hogy az álomnak van valami értelme,
talán symbolikus jelentősége; ámde ezeknek sem sikerült az álmokat
egy meglehetősen erőszakolt allegoristikának (úgyiszlóván a mai álmos-
könyv egy modernizált kiadásának) Prokrustes-ágyába szorítani.

Több évszázad óta így állott egymással szemben a babonás
hivők és a mereven tagadó hitetlenek tábor, midőn körülbelül tíz
évvel ezelőtt Freud bécsi neurologus olyan új tényeket fedezett
fel, a melyek a két ellentétes felfogás közt a közvetítést lehetővé
tették s melyek míg egyrészt módot adnak az évezredek babonák
igaz magvának kihámozására, másrészt a tudományos okszerű-
ségi szükségletnek is teljesen megfelelnek.

Eleve megjegyzem, hogy a Freud szerinti álomelmélet és
álommagyarázási gyakorlat csak annyiban ad igazat a népies fel-
fogásnak, hogy az álmokban értelmet és jelentőséget talál, de az
álmokat kizárólag endopsychikus történéstől determináltaknak vallja
és semmivel sem támogatja azok hitét, kik az álmokban felsőbb
hatalmak beavatkozását vagy jövőjövendőséget látnak.

Freud-ot a psychoneurosisok megértésének és gyógykezelésé-
nek új eszköze, a psychoanalysis vezette rá az álom igazi jelentő-
ségének megismerésére. Ez a módszer abból az alaptételtől indul

¹ Előadta a Budapesti kir. Orvosegyesület 1909 október 15-i
ülésében.

ki, hogy ezen neurosisok tünetei a tudatra kellemetlen s ezért elnyomott, quasi elfelejtett, de az öntudatlanban lappangó indulattelt képzetcomplexumok jelképes megnyilatkozásai, melyek önmaguktól megszűnnek, ha sikerül képzettársítás segítségével ezen elnyomott képzetesoportot felkutatni és tudatossá tenni. Mikor azután az ilyen analitikai munka folyamán a pátiensek álmaikat is elmondják Freud-nak, megkísérelte az álmok tartalmát is psychikus elemzés tárgyává tenni, és legnagyobb meglepetésére az álomelemzésben nemcsak a neurosiskezelés hathatós támogatójára talált, hanem mintegy melléktermény gyanánt az álomnak új és plausibilis elméletét is nyerte.

A kémiai anyagok gyártása közben a melléktermények, melyeket sokáig mint értékteleneket eldobtak, később mérhetetlen kincsét erő anyagoknak bizonyulhatnak, melyek mellett a „főtermék“ értéke eltörpül. A Freud-tól mellékesen felfedezett álomelmélet is a normális és pathologikus psychológiában a haladásnak eddig nem is remélt olyan perspektíváját nyitja meg, a mely mellett maga a kiinduláspont: némely ideges bántalom gyógyítása, másodrendű jelentőségre süllyed.

Lehetetlen feladatra vállalkoznám, ha a rendelkezésemre álló rövid idő alatt megkísérelném a Freud-féle álomelmélet részletes és módszeres tárgyalását. Itt csak azokat az alapvető és elemi dolgokat említhetem fel és illusztrálhatom példákkal, a melyeknek egyszeri hallásra való megértése nem ütközik akadályokba. Azzal azonban nem áltozom magamat, hogy előadásomnak persuadáló ereje lesz; a psychoanalysis körébe vágó dolgok felől — tapasztalataim szerint — meggyőzni nem, csak meggyőződni lehet. Nem is pazarlom tehát az időt arra, hogy a theoria ellen felhozott mindenféle érveket czáfalgassam, és megelégszem azzal, hogy az elmélet néhány fontos szempontját referáló modorban ismertetem.

Mindenekelőtt néhány szót a methodikáról.

Ha álmot akarunk analysálni, ugyanúgy járunk el, mint a hogy értelmetlennek látszó ötletek vagy gondolatok jelentőségét kutatjuk psychoneurosisos betegeinken. Tudnunk kell ugyanis, hogy valamin az illogikus kényszer-gondolat mögött öntudatlan, de értelmes gondolatok lappanganak, úgy az álmot alkotó képek és események is többnyire csak elferdített jelképei más, elfojtott gondolatoknak. *A tudatos álomtartalom mögött tehát lappangó álomanyag rejlik, a mely egészen logikus és értelmes álomgondolatokra enged következtetni.* Az álommagyarázás pedig nem más, mint a tudatos álmokképeknek visszavezetése a lappangó álomanyagra és ezekről az értelmes álomgondolatokra.

A módszer a szabad associatio módszere. Az álmot elbeszéljük magunknak és a narratumnak kisebb részletekre osztva, felszólítjuk az illető egyént, mondja el, mi minden jut eszébe, ha figyelmét az álom egészétől elfordítva, ezen kisebb álmorészletekre, esetleg egyes szavakra, tényekre irányítja. Ennek az eszmétársításnak persze teljesen szabadnak kell lennie és egyetlen korlátozása éppen ez a teljes gondolatszabadság, vagyis a kritika tökéletes kizárása. Minden félig-meddig intelligens embert meg lehet tanítani arra, hogy az álomból kiragadott részlethez kapcsolódó ötletet, legyen az okos vagy ostoba, értelmes vagy értelmetlen, kellemes vagy kellemetlen: restelkedés nélkül elmondjon.

Ugyanígy járunk el sorjában a többi álmorészlettel és ezen az úton gyűjtjük össze a „latens álomanyagot“, vagyis azon gondolatok és emlékek halmazát, a melyeknek elferdített és összesűritett productuma a tudatos álmokképek. Mert tévedés azt hinni, hogy az associatióval szabadjára eresztett fantázia nélkülöz minden törvényszerűséget. Mihelyt a tudatos irányítás gyeplőjét megeresztjük: érvényre emelkednek az öntudatlan lelki tevékenység irányító erői, vagyis ugyanazon tudattalan psychikai erők és motívumok, a melyek — mint Freud óta tudjuk — úgy az álom, mint a tulajdonképpeni kóros psychologiai alakulatok képződésében a vezérszerepet játszzák. S a mint megbarátkoztunk azzal a gondolattal, hogy véletlenség a fizikai történetben nincs: a psychoanalitikai tapasztalatok ugyanúgy szigorú determináltságot postulálnak minden, még oly önkényesnek látszó *gondolati* tevékenységben is. Nem kell tehát félni attól, hogy az analysisnél a minden korlátozástól mentesített gondolatfűzés csupa értelmetlen adatot fog szolgáltatni, — sőt ellenkezőleg! Az analyszálendő egyén, ki eleinte talán maga is gúnyos hitetlenséggel hord össze, mint mondani szokás, „tüsköt-bogarat“, csakhamar meglepetéssel tapasztalja, hogy az akarat irányítása alól felszabadí-

tott associatio oly gondolatok, emlékek felidézése felé terelődik, melyeket rég elfelejtett, vagy mint kellemetleneket eddig elnyomva tartott, de a melyeknek tudomásulvétele után az az álomból kiszakított részlet érthetővé, magyarázhatóvá válik. Ha ezt a procedurát az álom többi részletével is megismételjük, azt látjuk, hogy az egyes töredékekből kiinduló gondolatok mintegy convergálva egy bizonyos, többnyire nagyon aktuális és nagyon érthető gondolat, a tulajdonképpeni *álomgondolat* felé haladnak, melynek felismerése után nemcsak az álom egyes részletei válnak érthetővé és magyarázhatóvá, hanem az álom a maga egészében is. S ha végül az álom kiinduláspontját alkotó álomgondolatot magával a naivul elmondott álommal összehasonlítjuk, azt tapasztaljuk, hogy az *álom nem más, mint valamely elfojtott vágyának leplezett teljesülése*. Ebbe a mondatba foglalható össze a Freud-féle álomelmélet egyik alapigazsága.

Hogy az álom teljesíti azokat a vágyakat, a melyek a rideg valóságban kielégítetlenek maradnak, ezt a felfogást vallják minden népnek közmondásai, a nyelvhasználatban közhelyszámba menő tropusok, a metaphorák és metonymiák. A magyar ember, ha valami elérhetetlen után nagyon sóvárog, azt mondja, hogy annak a vágyának a teljesülését még álmodni se meri, és bár az állatvilágról beszél, de kétségkívül az emberre czémoz a tréfás példaszó, hogy a disznó makkal, a liba kukoriczával álmodik. Csakugyan az álmok egy része, kis gyermekeknél pedig, kik még nem sajátíthatták el a kultura követelte bátortalanító öncensurálást, az álmok javarésze nem más, mint egyszerű vágyteljesülés. A gyermek teli tál cseresnyéről, valamely rég megkivánt játékszer birtokáról, jóságos anyjának gyengédségéről, no meg győzedelmes verekedésről a szomszédok kis fiával, avagy olyasmiről álmodik, hogy iskolaidő helyett vakáció, szigorú rend helyett szabadság uralkodik, még gyakrabban talán arról, hogy már ő is „nagy“, hogy gyakorolhatja mind azt a hatalmat, a melylyel a szülők rendelkeznek, s a melynek ő a realitásban csak passiv hatását tapasztalhatja. Mint említettem, a a felnőttek álmainak egy része szintén leplezetlen vágyteljesülés. Hányszor álmodjuk, hogy valamely sokszor meghiusult tervünk sikerül, a nehéz vizsgát sikeresen kiállottuk, hogy elhalt rokonaink újra élnek, hogy gazdagok, hatalmasak vagyunk, geniek, nagy szónoki tehetségek, hogy a nő, kiért hiába epekedünk, a miénk stb., stb., többnyire éppen olyan dolgokat, a miket a valóságban nélkülöznünk kell, vagy a mikre hiába vágyakoztunk. A tiszta vágyteljesülés érvényesül azon nappali álmodozásainkban is, melyeken az utczán jártunkban, vagy valamely monoton, a figyelmet nem nagyon absorbeáló munka közben kaphatjuk rajta magunkat. Freud (mert ennek a régi themának első feldolgozása is ő rá várt) helyesen mondja, hogy nappali álmaiban a nő első sorban női mivoltában való érvényesülésről, hódításról, a férfi ambícióinak kielégítéséről vagy sexuális sikerekről ábrándozik; hozzáfűzhetjük, hogy igen gyakoriak az oly nappali álmok is, a melyekben valamely nehéz situációból sikerrel kimenekülünk, vagy valamely ellenfelünkön sikerül példásan boszút állanunk.

Ezek az egyszerűen vágyat teljesítő nappali és éjjeli álomfantáziák olyannyira maguktól értedődők, hogy nem is szorulnak további magyarázatra.

Freud álomelméletében azonban az új és meglepő, sokaknak pedig hihetetlen az, hogy *valamennyi álom*, legyen bár indifferensnek látszó, vagy akár kellemetlen, erre az alaptypusra vezethető vissza és az elemzés után leplezett vágyteljesülésnek bizonyul.

Minden a mellett szól, hogy az álom associativ elemzése közben lényegben ugyanazt a munkát végezzük, esakhogy fordított sorrendben, a melyet a psyche végez éjjel, mikor valamely álomgondolatot álmokképpé, az álmot zavarni akaró kellemetlen képzeteket, kielégítetlenségi érzeteket vágyteljesüléssé változtatja. A psychének ezt a tevékenységét Freud *álommunkának* nevezi és valószínűnek tartja, hogy ez a munka minden éjjel folyik minden emberben, még abban is, a ki reggel nem tud rá visszaemlékezni, hogy álmodott volna. És az újabb tapasztalatok, ellentétben a közfelfogással, a mellett szólnak, hogy az álommunka nemcsak hogy nem zavarja az alvást, hanem mintegy örökösödik felette, a mennyiben megakadályozza, hogy a bántó gondolatok a maguk igazi mivoltában jussanak tudomásunkra és nyugtalanítsák alvásunkat, és a rendelkezésére álló sajátos psychikai munka segítségével mindent a mi aggasztó, kedvezően elváltozott formában, minden felvetődő vágyat kielégítve állít szemünk elé.

Az álommunkának azt a részét, mely a vágyteljesülést elferdíti: *álomferdítésnek* nevezzük, *censurának* pedig azon pszichikai faktort, mely nem engedi, hogy a vágyteljesülés a maga leplezetlenségében jusson az álomképekben tudomásunkra. Ugyanaz az erkölcsi censura ez, a mely a psychoneurosisokban az incompatibilis képzet-complexumokat elfojtja és csak symptomeselekvésekben vagy symbolikus gondolatokban engedi érvényesülni, mint a hogy absolutismusos időkben az ujságok csak allegoriákban, rejtett célzásokban fejthetik ki politikai nézeteiket. Nappal ez a censura igen éber és azonnal félredob minden gondolatot, mely a jó erkölcsökkel vagy az önmagunkról alkotott eszményképpel nem fér össze. Ellentétben az „éjjeli ügyészekkel“, a kik, mint emlékeztetes, még sűrűbben használták a censura vörös plajbászát, az emberi lélekben dolgozó censura éjjel sokkal kevésbé szigorú, és — talán abba bizakodva, hogy a mozgó szervek úgyis hűdve vannak alvás közben és így veszélytől nincs mit tartani — sok olyan álomképet is átereszt a tudat küszöbén, a melyet ébren megbotránkozással utasítana vissza. Öntudatlan énünkben ugyanis egész sereg, már a gyermekkorban elfojtott vágy lappang, mely éjjel — megérezve az ellenőrző gépezet lanyhaságát — felhasználja az alkalmat az érvényesülésre. Nem véletlenség, hogy ezek között a vágyak között a leginkább censurált sexualis tendenciák s ezeknek is a tudatosan legmélyebben megvetett formái olyan nagy szerepet játszanak. Nem kell ugyanis azt hinni, hogy a psychoanalissal foglalkozók valami különös kedvtelésből bolygatják annyiszor a sexualis kérdéseket; mi nem tehetünk róla, hogy akárhol kezdjük boncsolgatni a lelki életnyilvánulások alapját, mindenütt felüti a fejét a sexualitás. Ha a psychoanalysis pornographia, akkor az ember öntudatlan lelki élete egy pornogramm. És ha nem is helyesli valaki a sexualitás olyan túlbecslését, a milyen némely régi népnél mutatkozott, a melynek lakói, ha tanuvallomásukra esküt tettek, bizonyosságul legértékesebbnek tartott szervükre, a testiculusra tették kezüket (és innen származik a testis szó, mely tanúságot és herét is jelent), de másrészt igazat kell adnia *Havelock Ellis*-nek, a ki helyteleníti, hogy a sexualitást, melynek pedig még a legideálisabb ember is a létét köszönheti, aljas és megvetendő, vagy legalább is szégyenteljes dolognak itélik.

Álom közben a sexualitás ilyen censurálása sokkal enyhébb s ez a magyarázata annak, hogy álmainkban gyakoriak az olyan sexualis események, a melyeket éber állapotban nem igen vagyunk hajlandók vágyteljesülésnek elismerni. Példaképpen hivatkozom egy fiatal, és az életben nagyon szemérmes nőbetegem analysis közben elbeszélte álmára: Önmagát látta antik peplonba burkolva, melyet elől biztosító tű tart össze; a tű hirtelen leesik s a lepel elől szétnyilván, egész meztelenségében bámulhatja őt a férfiaknak őt körülvevő csoportja.¹ Egy másik, szintén nagyon szende nőbeteg ezt az exhibíciós álmat másképpen élte át: Oszlophoz kötve látta önmagát, tetőtől talpig lepedőbe burkolva, úgy hogy a szeme sem látszott ki belőle; körülötte exotikus férfiak, törökök vagy arabok állottak, a kik alkudoztak reá. A jelenet — eltekintve a beburkolatástól — nagyon emlékeztet arra, a mely valamely rabnő vagy háremhölgy vásárlásakor játszódhatik le a Keleten. Az elemzés ki is derítette, hogy a ma oly szemérmes hölgy fiatal leánykorában az ezeregy éjszaka meséinek olvasása közben sokat és nagy vágyakozással ábrándozott a Kelet szindús erotikája felett. Álma kissé elkésve realizálta ezt a vágyat és nem is a maga valóságában, mert annak idején nem beburkolva, hanem ellenkezőleg, lepel nélkül képzelte el a rabnővásárlási jelenetet. Ma már a meztelenség elleni censura álmában is oly szigorú, hogy e vágyat csak az álomferdítés egy gyakori eszközével, az igazi vágy ellentétének érzékeltetésével concedálja. Egy harmadik nő már csak arról mert álmodni, hogy meztelen lábakkal vagy harisnyában jár az emberek között, pedig analysis közben kiderült, hogy kisgyermekkorában sokáig annyira szeretett meztelenül járni, hogy e miatt „Nackte Panzeri“-nak nevezték őt tréfásan a hozzátartozói. Az ilyen exhibíciós

¹ A példaképpen idézett álmokból és álommagyarázatokból e helyütt csak didaktikus szempontból tanulságos részleteket mondok el. Egyetlen álom részletes analysise — ha teljesen közölném — megtöltene egynehány ívet. A ki a részletek iránt érdeklődik, olvassa el *Freud* „Traumdeutung“-ját (II. kiadás, Deuticke, Bécs). De *Freud* egy másik művében (Bruchstück einer Hysterieanalyse [Sammlung kleiner Schriften, II. kötet, Deuticke]) szintén találhat egy nagy részletességgel leírt álom-analysisist.

álmok általában oly gyakoriak, hogy *Freud* a tipusos álmok közé sorozza őket. Voltaképpen nem is jelentenek egyebet, mint öntudatlan vágyakozást a korai gyermekkor paradicsomi állapota után.

Az álomferdítésnek és a censura kijátszásának gyakori eszköze az is, hogy a tulajdonképpeni vágy nem a maga teljességében, hanem csak valami célzásban érvényesül. Nem érthetnők meg például, miért ölekezett egy nőbetegem álmában gyakran egy rá nézve egészen indifferens *Fráter* nevű emberrel, ha nem sikerült volna kideríteni, hogy gyermekkorában a *fivére* volt az ideálja, és hogy a naiv bátorság azon korszakában, mely még a vérrokonok közti korlátokat nem ismeri, nem egyszer nyilvánult meg a testvérpár kölcsönös kíváncsisága oly formában, a melytől ma mind a ketten — legalább tudatosan — irtóznak.

Ez az irtózat néha még az álomban is jelentkezik és ilyenkor aggodalmas, szorongó érzetek kísérik az álomképeket, melyek oly fokra emelkedhetnek, hogy az álmodót alvásából felriasztják. Paradoxnak látszik, de mégis igaz, hogy még ezekben a kintő és rettenetes álmokban is van vágyteljesülés; igaz, hogy olyan vágyak teljesülése, a melyeket nem vallunk a magunkénak, de a melyekért öntudatlanunk nem szűnik meg epekedni. A sexualis tekintetben kielégítetlen, de tisztességes nők minduntalan betörőkről, rabló-támadásokról, vadállatoktól való elgázoltatásról álmodnak, de az álomnak valamely alig feltűnő részlete — ha elemzés tárgyává tesszük — sokszor kideríti, hogy az a rablómerénylet vagy erőszak, a melynek áldozatul esnek, csak jelképe a sexualis megtámadtatásnak, a melynek egyik jellemző és szükségszerű alkotórésze az agresszivitás. Az a hysteriás nőbetegem, a ki ismételtelen álmodta, hogy őt egy bika elgázolta, mert vörös ruha volt rajta, ezzel az álommal nemcsak egy ilyen színű ruha utáni aktuális vágyát elégitette ki ez álmával, hanem sexualis vágyakat is, melyeknek gondolati elfojtása szoros kapcsolatban volt psycho-neurosisával. A riasztó álomban szereplő him állat, mely a köz-tudatban a masculin erőteljesség symboluma, célzás volt egy férfira, kinek külső megjelenése őt a bikáéra emlékeztette.

Ha látjuk az infantil elem óriási szerepét az álmok felépítésében s ha *Freud* nyomán meggyőződést szerzünk arról, hogy a korai gyermekkor nemcsak hogy nem nélkülözi a libidinosus törekvéseket, de sőt ezek az infantil törekvések a nevelés által ekkor még nem korlátozóvak; ha megismerjük a gyermekkorai vágyak „polymorph pervers“ jellegét, az analis, oralis, urethralis erogen zónák gyermekkorai jelentőségét, a gyermekes látásvágyat és exhibitionismust, a gyermek sadismusos és masochismusos jellemvonásait: nem fogjuk abszurdumnak mondani azt a tanítását *Freud*-nak, hogy még a legrémesebb, legkegyetlenebb, legszégyenteljesebb és legundorítóbb álmok is vágyteljesülések lehetnek: a bennünk elnyomva, öntudatlanul élő, cultiválatlan gyermek vágykielégülései.

(Folytatása következik.)

A belorvostannak és sebészetnek egymáshoz való viszonyáról.

Balassa-előadás.

Tartotta: *Kéty Károly* dr. a budapesti kir. orvosegyesületnek 1909. évi október hó 14.-i évforduló ülésén.

(Vége.)

Újabb időben a pankreas megbetegedéseinek kérdése úgy a sebészt, mint a belorvost igen élenként foglalkoztatja. A belorvos-tan és élettan rég beigazolta, hogy ezen mirigyes szervnek a szervezet háztartásában rendkívül fontos szerepe van és annak megbetegedése az organismusra súlyos, esetleg végzetes következményű lehet. A sebész pedig egyéb hasi szervek (epehólyag, máj, gyomor, lép) megbetegedése miatt végzett műtétei alkalmával, úgy mellel, többször találja a hasnyálmirigy elváltozásait is. Néha meg az is előfordult, hogy a klinikai tünetek alapján például a gyomornak vagy az epehólyagnak bántalmazottságát kellett felvenni és a műtét alatt kiderült, hogy a baj egyedüli oka a hasnyálmirigynek elváltozása.

A hasnyálmirigynek részleges kiirtása szerencsére nagyobb bajt nem okoz. Elképzelhető tehát, mily nagy értékű volna az oly diagnostikai eljárás, melynek segítségével a pankreas megbetege-

déséről és a megbetegedés természetéről még idejekorán tájékozódást szerezhetnénk. Úgy a sebészek, mint a belorvosok részéről nagy elismerést érdemel minden olyan törekvés, melynek az a célja, hogy diagnosztikánkat ily eljárással gazdagítsa.

Azon vizsgálatok közül, melyek arra vannak hivatva, hogy a hasnyálmirigy állapotáról felvilágosítást adjanak, ma *Cambridge* vizeletpróbáját tartom a legtöbbet érőnek. Az eljárás ugyan — mint ismeretes — kissé hosszadalmas s mai alakjában csak laboratóriumban végezhető. Azonban az újabb irodalom adatai, továbbá a klinikámon hosszabb idő óta megfelelő esetekben, rendszeresen eszközölt vizsgálatok eredménye alapján ítélve, ezen próba minden oly esetben, a melyben hasnyálmirigy megbetegedésének gyanúja támad, igen hasznos tájékozódást nyújthat.

A pankreaspróba (*Cambridge* szerint is) voltaképpen a hasnyálmirigy gyuladással állapotának: a pankreatitisnek volna jelzője. Mivel azonban a pankreasnak daganatos megbetegedésével rendszeren a mirigyállomány gyuladással állapota együtt jár, a vizeletnek (és bélsárnak) vizsgálatából a pankreas funkciózavarát megállapíthatjuk. És ez igen fontos, különösen olyankor, a mikor a pankreas megbetegedés gyanúját más jel alig igazolja. Például a pankreasrák a legtöbb esetben fájdalmat alig okoz, és a mikor a rák a pankreasnak farki részére vagy testére szorítkozik, sárgaság nem áll be, legfeljebb csupán nagyfokú lesóványodás és étvágytalanság jelentkezik. Ismeretes, hogy a pankreas fej-végének rákja jár együtt folytonosan fokozódó sárgasággal.

Évek óta tudjuk, hogy cholelithiasis következtében a hasnyálmirigyben hevenyész vagy idősült gyulladás támadhat. Ennek oka a legtöbb szerző szerint az epevezetéknek és a pankreas kiválasztó csövének anatómiai helyzetében rejlik. *Helly* szerint az esetek 62%-ában a pankreas feje a ductus choledochust mintegy körülölel. Ha valamely okból a pankreasnak ez a része megduzzad, akkor ez által a choledochusban az epe lefolyása akadályozva van, minek következtében icterus támad. És megfordítva: esetleg a choledochusban a duodenum felé nyomuló kő a pankreasnedv lefolyását jelentékenyen gátolhatja és a pankreas fertőjára szolgáltat alkalmat. Ezen utóbbi eset első sorban természetesen attól függ, hogy a ductus choledochusnak és pankreaticusnak a duodenumba való belépése helye milyen viszonyban van egymáshoz.

Némelyek szerint cholelithiasis kapcsán hirtelen jelentkező, rendkívül heves, az ileusra emlékeztető tünetek (fájdalom a pankreas táján, esetleg tapintható tumor stb.) pankreasnecrosisra, de mindenestre a pankreasnak megbetegedésére (gyulladásra) adnak gyanút.

Nézetem szerint a cholelithiasis minden esetében, de általában minden tartós icterus esetében (különösen pedig olyankor, ha az icterus intenzitása fokozatosan növekszik) a rendelkezésünkre álló vizsgálatok útján a pankreas megbetegedését is mindig kutatnunk kell. A mióta egyes klinikákon a *Cambridge*-próbát is rendszeresen használják, azóta a megfelelő esetekben a pankreasnak bántalmazott voltát még a műtét előtt sokkal többször állapítják meg, mint azelőtt.

* * *

Néhány szóval meg kell említenünk a hasvízkór némely alakjának operatív gyógyítását. Itt természetesen csupán a *Talma*-műtét jöhet szóba, mert senki sem nevezheti az egyszerű haspunctiót az ascites gyógyító eljárásának. A *Talma*-műtét kérdésében az autorok között megegyezés még ma sem jött létre. De azért nem lehetetlen, hogy ezen eljárás a közel jövőben technikájának tökéletesedésével és indicióinak szigorúbb körvonalozása után az ascites terápiájában polgárjogot fog szerezni. Több neves szerző már ma is azon határozott véleményre vallja, hogy vena portabeli pangásból származó hasvízkór és ugyanezen pangás miatt támadható vérzések a *Talma*-műtét útján megszüntethetők.

A műtét indicióját alkotja: 1. a vena portae törzsének stenosisa, 2. a porta májbéli elágazódásának valamely megbetegedése. (Ezen csoportba tartozik a májcirrhosis különféle alakja, így a cirrhose cardiaque is; továbbá az úgynevezett cukoröntésű máj — Zuckergussleber —, valamint a *Pick* ismertette pericarditis pseudo-májcirrhosis. De megeshetik, hogy az utóbbi esetben inkább a cardiolysis-műtét biztat sikerrel.) Egyes operateurok az újabb időben *Banti*-betegség esetén is a splenectomiát omentopexiával együtt szokták végezni. Mások pedig, okulva a lép kiirtása körül

gyűjtött szomorú tapasztalatokon, a veszélyes splenectomia helyett egyszerűen splenopexiát, vagy mint *Schiassi* teszi, splenokleiszt végeznek, melynek célja, hogy a lép körül vaskos kötőszövetburok támadjon, a mi viszont a kóros lépfunctiónak megjavítására volna hivatva. Az egyidejűleg végzett omentopexia pedig a májbéli keringésnek megkönnyítését célozza.

Azonban bármennyire tökéletesednek is azon művi beavatkozások, melyekkel a sebészek a vena portabeli pangás okozta hasvízkórt, vérzést stb. megszüntetni óhajtják, az bizonyos, hogy mindenkor csak tüneti gyógyeljárások lesznek, mert azon alapbetegségen, a mely a pangást felidézte, semmit sem változtathatnak.

* * *

A belorvostannak és sebészetnek egyik legfontosabb, minden-napi közös kérdését: az *appendicitist*, a nemzetközi orvoscongressusnak sebészi és belorvostani szakosztálya együttesen részletesen tárgyalta. Így ezen kérdéssel most bővebben nem is foglalkozom.

Ámbár a rendkívül értékes tárgyalások végleges megállapodáshoz nem is vezettek (mindkét fél egyelőre még védi a saját álláspontját), azonban a távolság a kétféle álláspont között már nem nagy és remélhető, hogy az áthidalásra irányuló törekvések talán rövid idő alatt sikerre fognak vezetni.

* * *

Újabb időben különféle szervek különféle (részben eddig ismeretlen) functióinak felderítésén egyes szerzők nagy buzgósággal s kitartással munkálkodnak és ismereteinket már eddig is valóban igen értékes felfedezésekkel gazdagították. Itt leginkább az úgynevezett *belső secretióval* bíró szervek, mirigyek functióira vonatkozó érdekes kutatásokra gondolok.

Egyike ezen szerveknek a pajzsmirigy is, a melynek eddig szinte talánszerű szerepére az újabb kor munkálatai már csaknem egészen tiszta fényt derítettek. Különben azt már régente is tudták az orvosok, hogy e titokzatos mirigynek az organismus háztartásában fontos szerepe van, mivel az elváltozása a legtöbbször általános, az egész szervezetre kiható megbetegedéssel szokott együttjárni. Ezen betegségek között a leggyakoribb a morbus Basedowi, melynek egyik legjellemzőbb vonása a struma.

Jelenleg nagyra gyarapodott azoknak a száma, a kik a morbus Basedowi-ban nem is látnak egyebet, mint a megduzzadt pajzsmirigy kórosan fokozott functiójának autointoxiciószerű következményét és a kik következtében „hyperthyreoidismus”-ról beszélnek. Ezen felfogásnak legfényesebb bizonyítéka a morbus Basedowi sebészi kezelésének gyógyeredménye. Ezen kezelés tudvalevőleg a beteg pajzsmirigynek részleges vagy teljes kiirtásában, illetőleg a mirigyhez vezető verőereknek lekötésében áll. A mai pontos műtéti eljárás általános alkalmazása óta — melynek kidolgozásáért a hála és elismerés korunknak egyik kiváló sebészét, *Kochert* illeti meg — a sebészek a morbus Basedowi miatt operált egyének statistikájában 80—90%-nyi gyógyulásról számolnak be. Oly fényes eredmény, mely mellett a belorvostani kezelésnek a gyógyulásra vonatkozó igen szerény számadatai szinte szégyenkezve húzódnak meg. De viszont nem szabad említés nélkül hagyni, hogy a műtét következményeként beállott halálozás száma is aránylag még mindig igen magas: 10—12%. A műtét következtében elhalt szerencsétlenek, az operateurok beszámolója szerint, a legtöbbször azon súlyosan megbetegedettek közül kerültek ki, a kiken a belső kezelés is teljesen hiába valónak bizonyult. Ez okból egyes sebészek a rendkívül elgyengült betegeket, főleg ha már súlyos szívelváltozás is található rajtuk, a művi beavatkozásra alkalmatlannak tartják. Az óvatosabb sebészek heves izgalmi állapotban lévő, feltűnő tachycardiát mutató betegek megoperálásához csak akkor fognak, ha azok az izgalmakat hosszabb ideig tartó nyugalomban előbb lehetőleg kipihenték.

Tekintettel arra, hogy a művi beavatkozás még mindig nem mondható veszélytelennek: minden Basedow-beteggel, mielőtt műtetre kerülne, legalább egy-két hónapon keresztül a belorvostani kezelést kell megkísérlni. A műtét leginkább oly esetekben indokolt, melyekben ezen kezelés csekély eredménnyel járt vagy éppen eredménytelennek bizonyult, különösen pedig, ha már szívelváltozás

is kezdődik. Bizonyos acut módon keletkező és rohamosan fejlődő Basedow-esetek is operatív kezelésre valók.

A morbus Basedowi eseteiben tehát a sebész úgy jár el leghelyesebben, ha művi beavatkozását a belklinikus véleményétől teszi függővé.

A Basedow-betegségnek egyes, leginkább pedig a súlyos eseteiben a pajzsmirigy duzzanatán kívül a *thymus-mirigy* túltengését is többen találták. Különben is ezen szintén igen rejtélyes, eddig kisebb jelentőségűnek tartott mirigy elváltozásai és a velük járó bajok körül újabban egész külön irodalom fejlődött. A thymus-persistentia és úgynevezett thymus-halál eseteinek leírását mind gyakrabban olvashatjuk. Legújabbban azonban mindinkább kevesbedik azok száma, a kik a „mors thymica“ okát a mirigynek egyedül mechanikai hatásában: a szomszéd szervekre (a légcsőre és erekre) gyakorolt nyomásában találják. Nagyobb valószínűsége azon nézetnek van, a mely ily esetben a szervezetnek szintén valamely autointoxicációjában (hyperthymisatiójában) keresi a baj lényegét.

Egyes operateurok a persistens, illetve túltengett thymus eseteiben a művi beavatkozástól sikert láttak. Erősen hiszem, hogy ezen kérdésekkel is már a közel jövőben úgy a belorvosok, mint a sebészek igen behatóan fognak foglalkozni.

* * *

A nálunk tartott nemzetközi orvoscongressus belorvostani szakosztálya üléseinek egyik legértékesebb előadása Brauer-nek, a kiváló marburgi klinikusnak, a pericarditisről elmondott beszámolója volt. Előadása kapcsán részletesen foglalkozott a cardiolysisnek nevezett művi eljárással, melynek egyes esetekben való jogosultságát, sőt kiváló, mondhatni életmentő értékét, két, magával hozott férfibetegén demonstrálta. Igazán sajnálom, hogy az urak valamennyien, és különösen operateurjeink nem láthatták a rendkívül tanulságos eseteket.

Főképpen az egyik férfinak a sorsára volt döntő befolyással a műtét. Az illető megelőzőleg a pericarditisnek súlyos következményeiben (erős pericardiális összenövés, Pick-féle pseudo-máj-cirrrosis, ascites és egyéb pangások) színlődött annyira, hogy jártányi ereje is alig volt és a hasvízkór miatt ismételtelen kellett csapni. A sikerrel végzett cardiolysis után az illető szemlátomást felüdült, az összenövésekből származott szövődmények rohamosan visszafejlődtek; szóval, az egyén annyira megerősödött, hogy utóbb mesterségét mint villamszerelő ismét zavartalanul folytathatja.

A cardiolysis inditációja aránylag igen ritkán áll elő, de azért a klinikusok előtt éppen nem ismeretlen az olyan reménytelen eset, a mikor a szív a körülötte támadt erős összenövés következtében bilincseiben vergődve, mint a szabadulni vágyó rab, erejének jelentékeny részét hiába pazarolja. Csak természetes, hogy az olyan eljárás, a mely a szívet remény nélküli vergődésétől megváltja, rablánczaiból kiszabadítja: az egyénnek is feltétlenül igen jelentékeny megkönnyebbedést okoz.

A bemutatott példa olyannyira biztató, rajta a cardiolysis áldásos eredménye annyira világos, mondhatnám kézzel fogható, hogy én adandó esetben, ha e műtét keresztülvitelét indokoltnak fogom találni és ha rajtam múlik, nyugodt lélekkel fogom a beteg sorsát kiváló sebészeink biztos kezeire bízni.

Különben a műtét eljárás, úgy látom, nem nagyon komplikált, magát a szívet közvetlenül nem is érinti. Tulajdonképpen a leglényegesebb része néhány bordának a csonkítása. Azonban éppen ez a csonkítás az, a mit mi belorvosok rendszeren nem nagyon szívesen látunk. Mert nem mindegy az, hogy a szívet csupán a laza bőr, avagy erős csontpajzs védi a külvilág insultusaival szemben. A zsebben hordható celluloid betét-féle pedig nem pótolja teljesen a bordák természetes védelmét és nem teszi jóvá az egész sorozat borda resectiójával elkövetett kozmetikai hibát.

A cardiolysisnek kiváló eredményeivel szemben már jóval kisebb értékű a mesterségesen felidézett pneumothoraxnak gyógyeredménye. A mesterséges pneumothoraxnak ezéja az volna, hogy a beteg tüdő lehetőleg nyugalomba jusson, hogy így benne a kóros folyamat fokozatosan csökkentessék és ez által egyszersmind az egész szervezet a tüdőmegbetegedés következtében támadt általános infectio hatása alól kiváltassék.

Az eljárás lényege tudvalevőleg abban rejlik, hogy a beteg tüdőfél pleura-ürébe alkalmas készülék segítségével fokozatosan oxygent engednek, minek következtében a tüdő lassanként összeesik.

Ezen beavatkozással csakis oly beteget szabad kezelni, a kinek csak az egyik tüdeje beteg. Az is természetes, hogy a pleura-lemezeknek kiterjedt összenövése a beavatkozás elé gátat vet, ellenben a könnyű, nem régi összenövéseket a mesterséges pneumothorax szétválasztja. Igen komplikált, valamint rohamosan súlyosbodó tüdőbetegség esetében ez eljárás szintén nem alkalmazható.

A mesterséges pneumothoraxot némelyek bronchiectasia és még tüdőgangraena eseteiben is alkalmazták, de aránylag a legtöbb sikert tüdőtuberculosis eseteiben érték el vele.

Az eljárás gyógyértékéről ma még nem lehet határozott véleményt nyilvánítni. De nem lehetetlen, hogy a jövőben a mindennapi eljárásaink sorába fog kerülni.

Egyes klinikusok a mesterséges pneumothoraxnak sok esetben üdvös befolyásától kissé elragadtatva, módot kerestek arra, hogy a tüdőcollapsust oly esetben is felidézhesék, a mikor a pleura lemezei erősen összeforrottak. Így jött létre azon eljárás, melyet a szerzők többsége az „extrapleurális thoracoplastica“ sokat ígérő elnevezéssel jelölt, a mely azonban éppen ellenkezője annak, a mit „plastica“ név alatt érteni megszoktunk. Ez nem „thoracoplastica“, hanem inkább „thoracotorsio“. Megengedem, hogy ezen műtét eljárás feltalálói egyes esetekben sikert értek el vele, de mégsem hiszem, hogy módszerük a mellkasi műtétek között polgárjogot szerezhetne. A műtét abban áll, hogy a beteg tüdőfélnek zsugorodásra való hajlamát segíti elő, még pedig oly módon, hogy a merev, ellentálló mellkasfalat óriási börmetszés után, egész sorozat (akár 8—10) bordának extrapleurálisán végzett resectiójával mintegy bezuzza.

Sokkal észszerűbb és emberségesebb beavatkozásnak tartom a „thoraxmobilisatio“ névvel jelölt műtét eljárást, a mely abban áll, hogy megfelelő esetben, a mikor ugyanis az első borda a tüdő csúcsát mintegy összenyomja, ezen egyetlen borda resectiójával az összenyomott tüdő szabadabbá tétetik.

* * *

A mellkasi és hasi szerveknek különféle betegségei miatt régi idő óta általánosan alkalmazott egyéb művi eljárásoknak méltatásába nem is kezdek. A belorvostannak és sebésznek valamennyi közös kérdését egyetlen előadás keretében ma már vázlatosan sem lehet tárgyalni.

Ez idő szerint már nem csak egy oly folyóiratunk van, a mely kizárólag a belorvostan és sebészet határterületén felmerülő többnyire új kérdéseket tárgyalja. Ezen folyóiratoknak sűrű egymásutánban megjelenő vaskos számai a sebészet és belorvostan legkiválóbb képviselőinek tollából az érdekesnél érdekesebb közléseknek egész sorozatát hozzák.

Az orvosi tanítás és az orvosok továbbképzése szempontjából megbecsülhetetlen volna, ha a klinikák ezen közös terrenum művelésére és ismertetésére a jövőben több gondot fordítanának. Különösen pedig a sebészi pályára készülő ifjaknak kellene ezen közös kérdések belorvostani részével is jó előre és mentől behatóbban megismerkedniük. Mert az így szerzett ismeretük későbbi pályájukon sok csalódástól, balsikertől óvja meg őket és cselekvéseiknek biztos irányítójá gyanánt fog szolgálni.

Manapság ugyanis, orvostudományunknak rohamos fejlődése korszakában, a mikor annak egyes ágai szinte napról napra izmosodnak, szélesednek, az „egyetemes orvosdoktor“ elnevezés már rég elviselt, kinőtt ruhadarab. Helyesebb is, ha az orvosok nagy része az általános praxis helyett inkább az egyes szakokat műveli. De azért a szakorvostól ma még sokkal inkább megköveteljük, mint valaha követelték, hogy általános orvosi tudása legyen. Mert a választott különleges szakmáját csak akkor művelheti lelkiismeretesen és hasznosan, ha a testvérszakok haladását is figyelemmel kíséri, és az így gyűjtött ismereteket saját munkakörében értékesíti.

Első sorban pedig a sebésztől elvárjuk, hogy általános orvosi műveltséggel rendelkezzen, főképpen pedig, hogy megfelelő belorvostani tájékozódást szerezzen. A belorvosnak talán még megbocsátjuk, ha nem ért a laparotomiához, különösen akkor, ha nem

is szándékszik laparatomiába fogni, ellenben nem számíthat elnézésre a sebész, ha bajba jut, a mikor elég vakmerő laparatomiát végezni a nélkül, hogy a kellő belorvostani tájékozódást, felvilágosítást megelőzőleg megszerezte volna.

A klinikai tanítás ma már jóformán csak alapot adhat az orvosi pályára készülőknek a további önálló tanulásra, a sikeres továbbhaladásra, érvényesülésre. S azon orvos, a ki ma felszínen óhajt maradni, még ha különleges szakmát választott is, kell hogy tudományunk fejlődéséről, haladásáról mindenkor kellő tájékozódást szerezzen és ha lehet, a maradandó értékű újításokat saját szak-körében is értékesítse. Kiváltképpen pedig a belorvosnak és a sebésznek kell ezen szabályt szigorúan követni.

* * *

A fővárosunkban imént lezajlott orvoscongressusnak magas értékű tudományos tárgyalásai még a kételkedőt is meggyőzhették arról, hogy tudományunk igen messzeható, az emberiség jólétét szolgáló nagyszerű eszmék megvalósításához közeledik. Az orvos-tudomány jövőjéről már a bemutatott eredmények is szép, és ma még szinte beláthatatlan perspektívát mutatnak.

Uraim! Önök mindnyájan sejtik, tudják, hogy tudományunk nagyszerű evolutio előtt áll. Mindannyian igaz gyönyörűséggel, büszkeséggel szemléljük a nagyszerű mű kibontakozását, melynek fundamentumához ezer és ezer hangyaszorgalmú munkásunk fáradhatatlanul hordja az anyagot. Örömmel nézzük a sikerekben gazdag munkálkodást és már előre is szinte irigyeljük a késő utódokat, a kik annak gyümölcsét majdan élvezni fogják.

A tudomány hazája a nagyvilág. De mi bennünk, igaz magyarokban még ma is, a túlzó, minden történelmi emléket szétromboló, határt nem ismerő úgynevezett socialismus korszakában is, a tudomány szeretetével a hazaszeretetet nemes érzelme kapcsolatos.

Mert csak így szerezhetünk nemzetünknek a külvilág előtt is becsülést, dicsőséget. Így leszünk méltók a nagy Balassa emlékéhez is!

Te pedig, a magyar sebészeknek örök időkre való szép és nemes példaképe, nagy Balassá-nk, nyugodtan szőheted tovább álmaidat tudományunknak multjáról és dicső jövőjéről. Tanítványaid, követőid: mai sebészeink itt a magyar Hazában Hozzád méltó utódoknak bizonyultak, a kik a Tőled örökségbe kapott nagyszerű tanokat és eszméket hűséges szeretettel ápolják és fejlesztik, s kik Nevedet minden időben hálával és kegyelettel fogják emlegetni.

Labyrinthus és nystagmus.¹

— Megemlékezés Högyes Endréről. —

A Budapesten megtartott nyolczadik nemzetközi fülorvosi congressuson a történelmi igazság egy követelményének véltem eleget tenni, midőn Bárány bécsi magántanárnak a labyrinthusnak és a nystagmusnak egymáshoz való viszonyáról szóló előadásához hozzászólva, nyomatékosan arra hívtam fel az egybegyűlt előkelő szakemberek figyelmét, hogy elhúnyt nagynevű tudósunk, Högyes Endre utalt először a labyrinthus és a szemmozgások közötti okozati összefüggésre, nevezetesen pedig arra, hogy állatkísérleteiben a labyrinthus izgatása által kifejezett nystagmust válthatott ki. Sine ira et studio kívántam ezen elvitázhatatlan tényt megállapítani, a nélkül, hogy Bárány kartárs azon érdemét lekicsinyelni akartam volna, hogy Högyes-nek állatkísérleteit az élő emberre sikerrel átvitte és a nystagmus fontos elváltozásait az ivjáratok funkciobeli zavarainak megismerésére, a körjelzés számára értékesítette. Habár ezek szerint Bárány csak egy lépéssel ment tovább, előzékenységet oly messzire vittem, hogy a szemátvilágítás és szemtükörzés felfedezésével hasonlítottam össze Högyes és Bárány munkásságát e téren. Mig tudvalevőleg Ernst Brücke, a volt bécsi physiologus, már 1847-ben leírta a szemátvilágítás érdekes tünetmennyét, az azt gyakorlatilag értékesítő szemtükörnek felfedezését csak négy évvel később Helmholtz lángszénének köszönhetjük. Ezen nyilván túlzott hasonlatom ellenére erős ellenzést kellett a különben irodalmilag fel-

tűnően jártas bécsi kartársak részéről tapasztalnom. Bárány és Frey magántanárok a leghatározottabb hangon kijelentették, hogy Högyes-nek említett elsőbbségét nem ismerhetik el, műveit nem is ismerik, állítólag azért, mert ezek csak magyar nyelven jelentek meg. Szenes Zsigmond kartársunk oda módosította felszólalását, hogy Högyes csak a labyrinthus és az associált szemmozgások közötti kapcsolatot tette kísérletileg tanulmányai tárgyává. Politzer tanár concedálta végre, hogy Högyes művei indították meg e nehéz bűvárlati kérdés kedvező eldöntését, míg Schwartz hallei egyetemi tanár arra utalt, hogy ő már egy évtizeddel Bárány kísérletei előtt mutathatta ki klinikailag a nystagmus és labyrinthus közötti kapcsolatot.

Már akkor fogamzott meg bennem a komoly elhatározás, hogy ezen elsőbbségi vitát tisztázni fogom, hogy Högyes Endre nagy érdemeit e téren is a kellő megvilágításba helyezem.

E mellett lelki szemeim előtt feltűnnek a német költő-fejedelemnek gyönyörű szavai:

„Wer ist der glücklichste Mensch? der fremdes Verdienst zu empfinden
„Weiss und an fremdem Genuss sich wie am eig'nen zu freu'n!“

Ezek után előterjesztem bizonyítékaimat Bárány, Frey és Szenes kartársak ellen.

Megkönnyíti feladatomat egy a német orvosi irodalomban megjelent dolgozat, mely Högyes iskolájából, Marikovszky Györgynek tollából került ki, és mely a Pflüger-féle archivum 98. kötetében 1903-ban a 285. oldalon mindenkinek hozzáférhetőleg betekinthező. E művében rekapitulálja Marikovszky Högyesnek kísérleti eredményeit és szószerint következőképpen nyilatkozik: „A szemek nystagmosos mozgásával Högyes már a hetvenes évek végén foglalkozott. Högyes 1880-ban és 1881-ben a szemizmok és a tömkeleg közötti szoros kapcsolatot kimerítően tanulmányozta és tárgyalta. Kísérletei azt bizonyítják, hogy a szemnek musculus rectus lateralis, obliquus superior és rectus superior nevű izmai az ugyanazon oldali labyrinthussal, a mm. rect. med., obliqu. infer. és rectus inferior ellenben az ellenkező oldali tömkeleggel állanak összefüggésben. Sértetlen tömkelegnél, illetve ezek meg nem zavart funkciójánál házinyulak forgatása által egy a forgatás síkjának megfelelő bilaterális associált szemnystagmust észlelt. A tömkeleg eltávolítása vagy elpusztítása után teljesen kimaradnak a compensatorius szemmozgások, ha azonban csak az egyik labyrinthust távolítjuk el vagy pusztítjuk el, mindkét szem strabismusá támad. Ha például csak a bal tömkeleget pusztítottuk el, akkor a bal szem a mm. rect. med., obliqu. infer. és rectus infer., a jobb szem a mm. rect. later., obliqu. sup. és rectus superior kerülnek contracturába; a többi 3—3 izom azonban teljesen elernyedni szokott.“

Högyes-nek e kérdésre fontos dolgozatai eredetiben a tudományos Akadémia értekezéseinek 1881. évi X. kötetében, a 18. számban, az 1—62. oldalon és a XI. kötetnek 1. számában az 1—100. oldalon a következő címmel jelentek meg: „Az associált szemmozgások idegmechanismusáról.“ Klug tanár németül elreferálta azokat a „Jahresberichte über die Fortschritte der Anatomie und Physiologie“ IX. kötetében (1881) a 123. oldalon, és ugyancsak 1881-ben a „Biologisches Centralblatt“ VII. számában. De ettől eltekintve, maga Högyes volt az, ki németül a Pflüger-féle archivum 26. kötetében (és nem 36. kötetében, mint ezt Politzer tanár tankönyvének mult évi kiadásában igen röviden felemlítve találjuk), az 558. oldalon részletesen beszámolt valóban korszakot alkotó kísérleteiről. E munkájából határozottan kitűnik, hogy nemcsak a kísérleti állatnak forgatása által idézett elő Högyes rotatorius nystagmust, és ezt, tehát jóval Bárány előtt, már helyesen a tömkelegviz hullámverésével, illetve a periolymph mozgásával magyarázta, hanem direct befúvás által is kampósan hajlított Pravaz-tű segítségével, melyre egy vékony, hosszú szopókában végződő kacsukeső volt illesztve és melyet a fenestra ovalisba, illetve a scala vestibuli perilymphájába vezetett. Högyes ekképpen erős befúvás által reflex bilaterális szemmozgásokat idézhetett elő. Sőt mi több, Högyes a perilympa, illetve hártás labyrinthus hullámzó mozgásait szabad szemmel, még jobban lupával észlelhetette és igen helyesen kiemeli, hogy az élön tett hasonló kísérletével kell hogy hasonló mozgások támadjanak.

Szükséges e helyen kiemelnem, hogy magyar nyelven — igaz —

¹ Az Archiv für Ohrenheilkunde, 81. kötetének I. füzetében jelenik meg németül.

sokkal körülményesebben írta le Högyes kísérleteit (Orvosi Hetilap 1880, 385. lap, 1882, 1. sz. és 12. sz., továbbá 1902, 27. sz. és 1903, 15. sz.). Az utolsó helyen idézett művének nagy jelentőségét a labyrinthitis megismerésére e sorok írója németül méltatta egyik szerény, sok vitára alkalmat adott dolgozatában (Archiv f. Ohrenheilkunde „Beiträge zur Lehre über die Menière'sche Erkrankung etc.“ 1904. 68. kötet), de beszámolt róla külön a német orvosi irodalomban (Deutsche med. Wochenschrift, 1903. 40. sz., „Budapester Brief“ és ugyancsak a Klinisch. therapeut. Wochenschrift in Wien, 1903. 25. számában) egy budapesti levél alakjában is. Eképpen igen valószínű, hogy Högyes kísérleti eredményei nem kerültek ki Bárány és Frey figyelmét.

A fentidézett Pflüger-féle archívum 26. kötetében híven ecselteli Högyes kísérleteit a hártás labyrinthus izgatása esetében és szösz szerint következőképpen nyilatkozik:

„Hogyha a vestibulum tetejét nagyobb terjedelemben megnyitjuk, az utriculusba és a vízszintes és elülső függélyes ampullába, de a canalis communisba is jutunk, mely az elülső és hátulsó vertikális hártás ivjárat összefolyásából keletkezik. Ha e helyeket sörtével különféle pontokon megérintjük, mindig különféle módon jellegzetes bilaterális szemmozgások támadnak, melyek erősebb érintés esetében állandó vagy hosszabb ideig tartó nystagmusos szemrezgésbe mennek át. Így például a horizontalis canalis semicircularis vagy az ampulla érintése mindkét szemet az érintett oldal felé fordítja, vagy az érintett oldal felé irányított szemoscillatiókat vált ki. Högyes tehát három módon tudott nystagmust előidézni: 1. forgatás, 2. befúvás, 3. erőművi érintés által. Érdekes, hogy kortársait messze megelőzve, mindig helyes magyarázatot nyújtott és folyton kiemeli, hogy az említett reactio a hártás tömkelegnek eltávolítása, esetleg hígított légenysavval való elpusztítása, vagy a két n. vestibularis átmetszése esetén kimarad, míg a tömkelegnek egyoldali elpusztítása által módosítva lép fel. Később Högyes tanítványával, Marikovszky-val egyetemben, az elülső végtagok izmai, majd a testfelület érzékenysége és a labyrinth közötti kapcsolatot is kísérleti tanulmány tárgyává tette és ebbeli újabb, eléggé el nem ismerhető fáradozásainak eredményét Marikovszky a következő tételben foglalja össze: „Az izmok között az abductorok, extensorok és pronatorok az ugyanazon oldali tömkeleggel, az adductorok, flexorok és supinatorok a keresztetett oldali labyrinthussal állanak összeköttetésben. A bal tömkeleg a jobb elülső láb reflexgátló berendezésével és a bal láb izmaival (hajlítók, feszítők stb.) áll összeköttetésben. Ha valamely állatnak mindkét tömkelege megszűnik működni, mindkét testfél felületének megkisebbedik az érzékenysége. Féloldalt operált állatokon az eltávolított tömkeleggel ellentett oldali testfelület érzékenysége fogyatkozik meg.“ (Pflüger Archiv, 94. kötet 449. lap és 98. kötet 285. lap.) Nem közömbösek ezen érdekes kísérleti eredmények sem, úgy hogy nagyon is helyénlevőnek tartom a fülsebészeti nagy mesterének, Schwartze hallei egyetemi tanárnak atyailag intő szavait, melyek a modern bécsi iskola túlzásaival szemben a labyrinthműtétek terén fülorvosi congressusunkon elhangzottak: „Csak lassabban!“

A nem genyes labyrinthus feltárását, kikaparását, eltávolítását szédülés, zúgás miatt mindenesetre csak érett megfontolás után fogjuk végezni. E sorok írója bátor volt erre a labyrinthbántalmak tanának jelenlegi állásáról irt dolgozatában különösen figyelmeztetni. (Lásd Klinikai füzetek, 1909. 1. sz. 10. lap.)

Át akarok már most térni a fontos kérdésre, vajjon különbséget tesz-e Högyes nystagmus és asszociált szemmozgások között, hogy Szenes ellenvetéseit is megcáfoljam.

E pont érdemleges elintézése előtt fel kell vetnem a kérdést, mit nevezünk tulajdonképpen asszociált szemmozgásnak. Kimerítően kívánok e pontról nyilatkozni, mert fiatal orvosi éveimben mint szemészeti tanársegéd szemészettel is foglalkoztam.

Asszociált szemmozgás alatt mindkét szemnek egyidejűleg jobbra vagy balra történő mozgását értjük, megkülönböztetésül a szemnek befelé való forgásától az igen közel hozott tárgy binocularis fixatójakor, a mit accommodativ mozgásnak nevezünk.

Nystagmusnak pedig sajátos ide- és towarezgő szemmozgásokat nevezünk, melyek mindkét szemben támadnak és asszociálva folynak le. A nystagmusos szemrezgést az jellemzi, hogy a legexcessívebb mozgásoknál az elernyedés és ismét megfeszülés váltakozó játéka jelentkezik, egyébként mindig látási intentio szükséges a

jellegzetes nystagmushoz. Vakokon ugyan sokszor akaratlanul lefutó asszociált szemmozgások észlelhetők, és pedig majd jobbra, majd balra vagy lefelé fordított irányban, de a tulajdonképpeni nystagmusos rezgés nincs meg. A látás aktusa megszakítja az önkénytelen mozgásokat, melyeket különben a közép- és kisagyban levő reflexközpontok túlnyomó hatása feltételez és pedig egyedül a látás érdekében fixáló mozgások által. Ezek szerint vannak önkénytelen asszociált szemmozgások is.

E kérdéssel szükségképpen Bárány is foglalkozott, midőn a német otologiai társaság XVI. összejövetelén (1907, Bréma) a nystagmusról értekezett. A nystagmusnak lassú és gyors mozgását különbözteti meg. Az első vestibuláris eredetű, az utóbbi a supra-nucleáris pillantási központból ered és könnyű narcosis által az önkényes mozgásokkal együtt bénítható, míg a lassú mozgás még megmarad. A pillantási központ területén keletkező bénulás esetén vestibuláris izgalomra egyedül lassú szemmozgásokat állapított meg Bárány, míg a nystagmus egészen hiányzott.

Azt találta továbbá, hogy a spontán módon keletkező rythmikus nystagmusnak csak erősebb fokai birnak érintetlen látószervnél jelentőséggel, mert csekélyebb fokai a szemek végállásainál normális egyéneken is jelentkeznek.

Hogy nemcsak vestibuláris ingerekre, hanem a központból is kiválthatók egészen külön nystagmusos mozgások, ezt már Högyes is megállapította, a midőn állatkísérleteiben a labyrinthus elpusztítása után is a közepagynak és nyúlt velőnek sérülésére nystagmusos szem- illetve fejmozgásokat észlelt. A nystagmus keletkezésében tehát csak a jelentkező tünetek fokozását látja Högyes, mert például kísérletileg a befúvás fokát a scala vestibuli perilymphájában annyira le tudta szállítani, hogy nystagmus nélkül egyszerűen szemmozgások (egyes bilaterális szemforgások) támadtak. A mint kitetszik, Högyes a szem nystagmusos mozgásairól szól, sőt a rotatorius utónystagmust is leírja. Már fentidézett művében (Pflüger 26. kötetében és Orvosi Hetilap, 1903. 15. sz., a Tudományos Akademiában 1903 január 19.-én tartott előadása) szösz szerint állítja: „Egy körben való vagy gyorsabb forgásnál úgynevezett nystagmusos mozgások támadnak, melyek tovább tartanak, ha a körben való forgást elég gyakran és gyorsan végeztük, a test megállapodása után is, úgy hogy ekkor mozgás közben és mozgás után úgynevezett utónystagmus jelentkezik.“

Látjuk tehát, hogy Bárány a Högyes által kísérletileg teljesen kiépített területre lépett és valóban könnyű szerrel állapíthatta meg per analogiam a hönystagmust is, melynek magyarázatára Högyes nyomdokain haladva, szintén a peri-endolympha mozgásait, illetve coagulatóját vette fel, annál is inkább, mert hisz régi tapasztalata volt a fülorvosoknak, hogy a fülnek hideg vízzel való kifeeszkendezésekor a betegek heves szédülésről panaszkodnak. Egyébként már Urbantschitsch tankönyvének negyedik kiadásában (1901. 105. oldal) olvasható, valószínűleg Bürkner nyomán (Archiv für Ohrenheilkunde, XVII. kötet, 185. oldal), azon állítás, hogy a dobüregnek hideg vízzel való kifeeszkendezése esetében nystagmus keletkezik, melyet a vízzel gyakorolt nyomás hatásán kívül „thermikus reflexhatással“ magyaráz.

A labyrinthus csontos falainak hiánya mellett jelentkező sipolytünetnek kísérleti alapját ugyancsak Högyes-nek a scala vestibuli perilymphájába eszközölt direct befúvás által előidézett nystagmusos szemmozgásaiban találjuk.

Érdekes azonkívül, hogy Högyes már első munkájában egy sajátos reflexre figyelmeztet, mely újszülött házinyulakon abban nyilvánul, hogy a hangvilla csengésekor fülkagylójuk hátulról előre gyors mozgásba jön. Jóval később Högyes után e reflexet Preyer is leírja („Die Seele des Kindes“ 1890), újabban Agazzoti is ismét felfedezni vélte („Les mouvements réflexes qui produisent les sons dans l'oreille externe“. Archives italienne de biologie, 1904) és elég helytelenül irodalmunkban Preyer után nyerte elnevezését („Preyer'scher Reflex“).

Ezt kívántam a labyrinthus eredetű nystagmus tanának történelmi fejlődéséről jog és igazság szerint megállapítani, a nélkül, hogy egy pillanatig is haboznám annak elismerésével, hogy Bárány a parlagon hevert állatkísérleteknek átvitelével emberekre és a labyrinthusbetegségek körjelzésének finomabb kiépítésével bizonyos érdemeket szerzett.

A sorsnak sajátos útja, hogy éppen egy magyar nevű

bécsi orvosnak, Bárany-nak juttatta a feladatot, hogy Högyes kísérletei eredményeiből a labyrinthitis eddigelé bizonytalan körjelzését megállapíthatta. A *gyenges labyrinthitis*nek, mint a meningitis és agytályog előfutárjának, korai megismerése sok oly beteget fog az életnek megmenteni, ki előbb menthetetlenül elpusztult volna. . . .

Teljes fényében áll azonban előttünk Högyes-ünk termékeny szellemi munkája is, ki a magyar orvostudomány egy másik hősréval osztotta meg sorsát.

Semmelweis-re gondolok, ki szintén elborult elmével, az általa elhintett termékeny mag kikelését már nem láthatta.

Högyes Endre általam mindig nagyrabecsült nevének szentem e szerény sorokat, midőn nagy érdemeinek elhomályosítását a labyrinthuskutatás terén megakadályozni kívánom. A német költő szavai alkalmazhatók nevére: „Sein Andenken kann nicht in Aeonen untergehen!“ Áldott legyen emléke. *Sugár K. Márton dr.*

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. H. Strauss: Vorlesungen über Diätbehandlung innerer Krankheiten. Berlin, 1909. VIII + 382 lap.

A klinikai kutatás eredményei az utolsó évtizedben az egyes betegségek diatás kezelésében számos újítást tettek szükségessé s így őszinte örömmel üdvözölhetjük a más irányban is igen productiv szerzőnek a fenti címen megjelent tankönyvét.

Könyvét a szerző az érettebb hallgatóságnak, de főképpen a gyakorlóorvosnak szánta s ez teszi érthetővé, miért mellőzi az általános diatetikai fejtegetéseket. Célja, a hogy a diatetikáról tartott előadásaiban is tette, a gyakorlati útmutatónak elméleti fejtegetésekkel való együttes tárgyalása; egyébként bővebb theoriás magyarázatokba csak ott bocsátkozik a szerző, hol álláspontja még vitás lehet. Az „előadás“ jellege már maga bizonyos határt szab az előadandó anyagnak, melynek megválasztásában a szerző mindenütt a gyakorlatilag fontos szempontokat igyekezett szem előtt tartani s diatetikáját úgy írta meg, hogy az ne csak a paloták lakói számára íródott, de a legegyszerűbb viszonyok között is megvalósítható legyen. Az egyes diatás eljárások megítélésakor mindenütt saját tapasztalataiból indul ki, a mi előadásmodorának közvetlen s keresetlen voltát csak fokozza. A diatetika ma már nem a schemák tömege s az étlapok tudománya, de mint minden helyes orvosi működés, többé-kevésbé az egyén speciális viszonyaihoz kell hogy alkalmazkodjék; ezért igyekszik a szerző általános s adott esetben kellőképpen módosítható irányelveket szabni s a diataseschemákat teljesen mellőzni, hogy így gondolkodásra kényszerítse olvasóit. Az étlaprendszer mindenesetre kényelmesebb, de a szerző inkább felel meg az egyén körülményeihez szabott helyes therapiás felfogásunknak.

Speciális diatás fejtegetéseit 15 előadás keretében illesztette: ezen előadásokból csak egyes irányelveket ragadhatunk ki.

A régi Rubner-féle fehérjeszükséglet szemben az újabb vizsgálatok a szervezet napi fehérjeszükségletét csak 50—80 gm.-ra teszik; a N-tartalmú és N-mentes tápanyagok helyes aránya 1 : 3¹/₂—4¹/₂-hez.

A szervezetet vízhiánnyal fenyegető bántalmakban (például bázisfelmérgeződések, gyomortágulat) a *rectalis instillatio*t ajánlja, mely azon az elven alapul, hogy a végbélből annál több folyadék szívódik fel, minél lassabban jut belé a folyadék. A rectalis instillatio technikája igen egyszerű: az irrigator csövét compressióval annyira szűkítjük, hogy minden másodperczen csak 1—2 csepp folyadékot bocsát át s így több órára lesz szükség, míg egy egész liter folyadék a végbélbe jut. A becsipegetésre a szerző vagy konyhasós vizet (0.9%), vagy calodalt (25—50 gm. 1 literre), vagy szőlőcukoroldatot (50 gm. 1000-re) alkalmaz, a folyadék hőmérséke körülbelül 40 C°. Rectalis instillatióval naponta akár 3—4 liter folyadékot is bevihetünk a szervezetbe.

Idült gyomorhurut esetén azelőtt tiltották a fűszeres ételeket, ma tekintettel gyomornedvelválasztást fokozó és étvágykeltő voltukra, megengedhetőnek tartjuk. Gyomorvérzéskor (ulcus) a gelatina- (15 : 150-re) klysmáknak jó hasznát láthatjuk; a gyomorfekély keze-

lésében inkább Leube-nak, mint Lenhartz-nak a híve. Gyomor-neurosisokban is hasznos lehet a rectális úton való táplálás.

Az idült székrekedés kezelésében, a szerint a mint spastikus vagy atoniás alakkal állunk szemben, a celluloseban szegény, főképpen szénhidratokban gazdag s csak kevés húst megtűrő étrendet, vagy a celluloseban gazdag (főzelék, agar-agar) diatát követjük.

Haemorrhisokban cellulose szegény étrend hasznos: szesz-ital, kávé kerülendő. Az epeköbaj kezelésében a szokott diata mellett a methodikus mély lélegzetvételeknek kiváló fontosságot tulajdonít s nem tartja lehetetlennek, hogy nőkben az epekő a haslégzés gátolt volta miatt (terhesség, fűző hordása) gyakoribb. A májzsugorodásban követendőnek tartja a francziák által ajánlott rendszeres tejkúrát, hasvízkór esetén a konyhasóbevitel és a folyadékfelvétel megszorítását. A cirrhosis és egyéb okból származó idült sárgaság mellett fejlődő haemorrhagiás diathesist gelatin gyakori nyújtásával és mésztartalmú táplálkozással (tojás, tej) igyekszik megelőzni.

Szívajokban a folyadékfelvétel megszorítását csak akkor látja javalltnak, ha a szívizomzat elégtelenségének jele gyanánt *nykturia* mutatkozik, vagyis az éjjeli vizeletmennyiség több a nappal bocsátottnál, vagy kifejezett compensatiós zavar mellett oliguriára és vizenyőképződésre való hajlandóság mutatkozik. Ily esetekben a Karell-kúra, nemkülönben a konyhasóbevitel megszorítása is javallt lehet, ez utóbbi néha az angina pectorist és a dyspnoét is kedvezően befolyásolja.

Vesebaj esetén a kiválasztóképeség csökkent voltát a compensálólag ható polyuria pótolja, s meggátolhatja az uraemia kifejlődését; a polyuria alapfeltétele azonban a jó szívműködés és a fokozott folyadékfelvétel. Kérdés már most, vajjon szabad-e s mily mértékben szabad compensált veselob esetében a szívműködés előnyére a folyadékfelvételt csökkenteni? Ahogy cardialis compensatiozavar esetén a klinikai kép pontos megfigyelése mellett 1¹/₂ l.-re csökkenthető a folyadékbevitel, idült uraemiás jelenségekben a szív erejét nem a folyadékmennyiség csökkentésével, de abszolút nyugalommal és cardiotonicák adagolásával igyekszünk fenntartani. Másfelől például az acut parenchymás veselob eseteiben jelentkező hydropsnak a visszatartott toxikus anyagok felhígítása révén bizonyos compensatorius szerep jut s éppen ezért ily esetekben még hydrops esetén sem helyes a folyadékfelvétel megszorítása. De a vesétől származó vízkór úgy a medicamentosus, mint a mechanikai therapiának is inkább hozzáférhető (punctio), mint az *uraemia*, és ezért a szerző uraemiában a hydrops ellenére is — főképpen rectális instillatio útján — bőven visz folyadékot a szervezetbe. A punctio előnye, hogy nemcsak a vízkórtól, de a toxikus anyagoktól is megszabadítja a beteget. (Hátránya azonban, miről a szerző nem tesz említést, a gyakori és halálos kimenetelű orbáncz. Ref.) A vizenyő képződését különben is akárhányszor chlorszegény étrenddel sokkal inkább meggátolhatjuk, mint a folyadékbevitel megszorításával. A chlorbevitel kritika nélküli megszorításának elkerülésére Noorden ismert konyhasótartalmú próbadiatát ajánl, mely mellett a beteg testsúlyát, nemkülönben vizeletének konyhasótartalmát naponta meghatározzuk. Acut vagy idült uraemiás tünetek mellett indikált lehet a fehérjemennyiség megszorítása is, ha nem uraemiás a beteg, főképpen fokozott vérnyomás mellett; a fehérjebevitelt időnként „fehérjeszegény napok“-nak az étrendbe való iktatásával szoríthatjuk meg.

Diabetes insipidus eseteiben — akárcsak veselob esetében — a vese kiválasztóképesége csökkent s ezért van nagyobb folyadékmennyiségre szüksége a szervezetnek s így a vizelet mennyisége nem annyira a bevitt víz quantumától, mint inkább a kiválasztandó sók mennyiségétől függ, therapiája tehát a fehérjemennyiség és a konyhasóbevitel csökkentése lesz (növényi étrend).

A köszvény és czukorbeteg kezelését különösen egyéni kell hogy legyen: a baj súlyos vagy könnyű volta, complicatiói, mind más és más étrendet tesznek szükségessé. A diabetes kezelésében az eddigi fehérjetáplálással szemben legalább bizonyos esetekben a fehérjefelvétel megszorítása kezd tért foglalni s beigazolást nyer, hogy a czukorbeteg szervezete átlag kevesebb (pro kgm. 25 cal.) kalóriát igényel, mint az ép egyéné.

Az elhízásakor ugyan kalóriákban szegény, de a normális fehérjeszükségletet fedező étrendet nyújt; a betegre oly kinos folyadékmegszorítás hátrány nélkül mellőzhető. Az éhségérzet le-

küzdésére caloriaszegény bouillont stb. ajánl (úgynevezett pseudo-táplálás). A soványító kúra csak akkor lesz eredményes, ha nemcsak pár hétig, de állandóan caloriaszegény diatét van a beteg. Az elhízás osztályozásakor Noorden-t követi s exogen alimentáris és endogen (thyreogen) hájkórt különböztet meg.

A XV. előadást az egyes élelmiszerek vegyi összetételét mutató táblázatok követik s végül mint függelék Hannemann Elise „diatétás konyhája“, melynek ügyes és gyakorlati összeállítása a mű értékét nagyban emeli, zárja Strauss könyvét.

Ennyit mutatónak. A kit a mű közelebről érdekel, nagyon sok és e szűk keretben mozgó ismertetés határain belül nem említett irányelveket fog benne találni. Különösen a gyakorlóorvos az. kinek Strauss munkáját ajánljuk. Halász Aladár dr.

Lapszemle.

Általános kórtan.

A cholera mérgeének kimutatása című dolgozatában Emmerich azt bizonyítja, hogy a cholera nem egyéb, mint nitrit-, helyesebben salétromossavmérgezés, és tarthatatlan az a nézet, hogy a cholera tünetek előidézésében endotoxinok vagy valódi toxinok szerepelnek. Arra a tényre támaszkodva, hogy a cholera bacillusa a nitratokat nitritekké s egyidejű tejsavképzés folytán salétromossavvá tudja átalakítani, másfelől tekintettel arra, hogy ételünk és sok ivóvíz meglehetősen mennyiségben tartalmaznak nitratokat, Emmerich már 1893-ban azon nézetének adott kifejezést, hogy a cholera tulajdonképpen salétromossavmérgezés. Felfogását valószínűvé tette az a tény is, hogy a többi mikroba, mely nitratokat nitritté redukál (proteus mirabilis, streptococcus enteritidis, paratyphus B bacillus) ugyanezek a salétromossavmérgezéssel egyező tünetesoportot, a cholera infantumot és cholera nostrast idézi elő. A rendkívül heves salétromossavmérgezés lehetőségét úgy magyarázta, hogy a cholera vibriók (s az utóbb említett mikrobák) az egész vékony- és vastagbélben tenyésznek, úgy hogy meg van adva az alkalom bőséges nitrit-, illetve salétromossavképződésre; ezzel szemben a bacterium coli, noha szintén termel nitritet, salétromossavmérgezést nem okozhat, mert csak a vastagbélben tenyészik, a hová a nitratok sem jutnak el.

A szerző ezen nézetét, melyet különben a cholera és a nitrit- illetve salétromossavmérgezés tünetei és kórbonezolástani elváltozásai közötti rendkívüli hasonlatosság is támogatott, még akkor (1893) állatkísérleti úton is bebizonyította. Kuttyákat és tengerimalacokat egyfelől cholera bacillussal, illetve nitratokkal, másfelől cholera bacillussal és nitratokkal etetett. Míg az első két sorozat állataiban semmiféle kóros tünet sem fejlődött, addig a harmadik sorozatba tartozó állatok típusos nitritmérgezést mutattak: heves hasmenés, cyanosis, görcsök, subnormális hőmérséklet, jellegző spektroskopos vérkép, nitritreactio a vérben.

Hogy ezen logikai következtetésekből fakadt s állatkísérletekre alapított nézetét kézzelfoghatóan bebizonyítsa, Emmerich az idei nyári szeptérvári cholerajárvány alkalmával a cholera betegek hányadékát, székletét és véréit megvizsgálta salétromossavra.

A cholera roham kezdetén kihányt hig folyadékban a Gries-féle salétromossavreagens élenkpiros színeződést idézett elő minden esetben, míg az algid stadiumból származó hányadékban gyenge volt a reactio, vagy egyáltalában nem mutatkozott. Az első időkből származó rizslészerű bélömlések is pozitív, bár kevésbé intenzív nitritreactiót tüntettek fel, míg később rendszeren negatív volt a reactio. A vérben gyakran nem talált salétromossavat, nyilván azért, mert ez felhasználódott a vérfestéknek a cholera-ban tapasztalható súlyos következményű átalakítására, a mely abban áll, hogy a haemoglobin kisebb részben methaemoglobinná, nagyobb részben nitrogendhaemoglobinná lesz, a melyben a nitrogend még erősebben van kötve, mint a CO a szénoxydhaemoglobinban.

Ezen adatok alapján Emmerich bebizonyítottak tartja, hogy a cholera salétromossavmérgezés. A reactionnak különböző intenzitása a hányadékban, beltartalomban és vérben szerinte úgy magyarázható, hogy az erős hányás voltaképpen a szervezet első reactiója a mérge behatására, azért van legtöbb salétromossav a hányadékban; 5–10 hányással annyi ürülhet, a mennyi teljesen ele-

gendő arra, hogy a leghevesebb mérgezési tüneteket, sőt a halált is előidézzék: a székletében azért találunk kevesebbet, mert a leucinnal, tyrosinnal és fehérjékkel (ezeket az amido- és aldehides csoportokban megtámadva) vegyi összeköttetésbe lép; a vérben a salétromossav azért nem mutatható ki vagy csak kis mértékben, mert a fent említett vérfestékbontásra használódik fel.

A szerző most már következőképpen adja elő a cholera kór-származását: A cholera beteg vagy bacillusgazda székleté útján a bélben a szabad salétromossav által erősen gyengített bacillusok oly talajra kerülnek, a hol virulentiájukat ismét visszanyerik. Innen különböző módon lakásba, majd táplálékokra juthatnak, a hol szaporodnak. A fertőzött tápláló szer bekebelezése útján előáll az infectio, a mely 2–3, esetleg 14 napig minden tünet nélkül áll fenn vagy prodromális hasmenésben, korgásban, enyhe hasfájásban nyilvánul. Ezen tünetek elmúlnak, ha az illető nitrattartalmú táplálékkal nem él. Ha csak kevés nitratot tartalmazó táplálékot eszik, enyhe megbetegedés, cholerine keletkezik; ha azonban egyszerre nagyobb mennyiségű nitrat kerül a bélrendszerbe, a valódi cholera roham fejlődik ki. Az incubatio ideje alatt a vibriók ellepték az béltractust úgy, hogy a nitratoknak egy molekulája sem szívódhatik fel a nélkül, hogy nitritté, illetve salétromossavvá át ne alakuljon. A salétromossav bénítja a belet, a táplálék (a rohamelőtti időből származó) sokáig egy helyben fekvé marad, minek következtében a bacillusoknak még inkább van idejük a nitratok átalakítására. Ezenkívül ez a mérge marja a bélhámot, lecsupaszítja a nyálkahártyát, miáltal lehetővé teszi a mérge gyorsabb felszívódását. A szervezet reactiójaképpen nagymennyiségű folyadék izzad át a bél-falon, a mely továbbá a levált hámot, hígítja a mérget s a cholera-rohamot bevezető bőséges hányás, majd a rizslészerű székletek útján kiüríti azt. Még a hányás előtt felszívódott salétromossav nyugtalanságot, halálfelelmet, ájulást, fájdalmas görcsöket és contracturákat idéz elő, a vér oxyhaemoglobint átalakítja methaemoglobinná, illetve nagyobb részben nitrogendhaemoglobinná, mely a vérnek feketés vörösbarna színt kölcsönöz, és ez a bőrön áttűnve a sajátságos (kéesszürke, feketeskék) cyanosist okozza. Minthogy a megváltozott haemoglobin oxygent nem tud felvenni, tökéletlen a szövetekben az oxydálás, ennek folyománya a subnormális hőmérsék, a tökéletlen oxydálási termékek (tejsav, oxalsav, aetherkénsavak) megjelenése a vizeletben. Ha nagyobb fokú a vérelváltozás, lassú fuladás útján bekövetkezik a halál.

Ha valóban ilyen egyszerűek a viszonyok, mint Emmerich előadja, akkor ezen felfedezésnek messzeható áldásos következményei lesznek a cholera elleni prophylaxisban. Járványok alkalmával, mielőtt felismertük azt, rendkívül egyszerű módon védekezhettünk az ellen, hogy megbetegedjünk. Csak nitratmentes táplálékkal kell élnünk s ezzel megakadályozzuk a cholera kifejlődését, annak ellenére, hogy a vibriókat magunkban hordjuk.

A dolog természeténél fogva a már kifejlődött cholera roham orvoslása szempontjából Emmerich felfedezése csak relativ értékű ugyan, de mégis lényeges átalakulást fog létrehozni e tekintetben is. Igyekeznünk fogunk a mérget ártalmatlanná tenni alkáliás folyadékokkal vagy olyan anyagokkal való öblítés útján, a melyek elbontják a salétromossavat (például metaphenyldiamin, a mely HNO₂ behatására bismarckbarnává lesz). Az oxygennek nagyobb nyomás alatt történő belélegeztetése útján fokozni fogjuk az oxydatiót addig, míg kellő mennyiségben nem képződik újból haemoglobin; ennek regenerálását elősegíthetjük a vér alkalicitásának fokozása útján. Ezekon kívül még ajánlatos lesz a lecsupaszított nyálkahártyát más kórokozó mikrobákkal szemben megvédeni jól megfőzött nitratmentes táplálék adása mellett esetleg pyocyanase útján, a mely a vibriókat s egyéb baktériumokat gyengíti s fokozatosan tönkreteszi. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 38. sz.)

Belorvostan.

A typhus serumtherapiája. Kraus és Stenitzer typhus bacilluskivonatnak állatokba fecskendezésével serumot állítottak elő, a melyet typhusban szenvedő embereken is kipróbáltak. Tapasztalataik szerint 20–40 cm³ ilyen serumnak subcutan vagy intravenás befecskendezése teljesen ártalmatlan. Főleg szövődményektől mentes esetekben jókor végezve a befecskendezést, a hőmérsék letérül és subjectív jóérzés köszönt be. Kiemelik, hogy a

hőcsökkentő hatás akkor is beáll, a mikor a hőemelkedés még haladó. A közlés bírálatába nem akarunk becsátkozni; elég, ha egyszerűen ideiktatjuk a közölt statisztikai adatokat, a melyek 98 erőteljes, 22—26 év között levő katonára vonatkoznak. A 98 eset közül volt könnyű 56 (57.1%), súlyos 36 (36.8%), halálos 6 (6.1%). Serummal kezelték 33-at, közülük 5 könnyűt (15.15%), 24 súlyosat (72.73%), halálos volt 4 (12.12%). Feltéve, hogy a könnyű esetek közül valamennyi gyógyulással végződött, volt összesen 42 súlyos eset, a melyek közül 6 végződött halálosan. E 42 eset közül 28-at serummal kezelték, meghalt közülük 4 (14.28%); 14-et nem kezelték serummal, meghalt közülük 2 (14.28%). Valamely gyógyításmód hatástalanságát a végső eredmény tekintetében szebben demonstrálni igazán alig lehet! (Wiener klinische Wochenschrift, 1909. 41. szám.)

A Spengler-féle „I. K.” jelzésű újabb anyaggal (gümőkór ellen mesterségesen immunná tett ember vagy állat vörösvérsejtjeiből előállított anyag) végzett kísérletekről számol be a „Deutsche medizinische Wochenschrift” ez évi 42. számának két közlése. Az egyikben Weicker és Bandelier 200 eset alapján oda nyilatkozik, hogy Spengler „I. K.” jelzésű szere egy irányban sem gyakorolta azt a hatást, a melyet Spengler szerint gyakorolnia kellett volna; a szer teljesen indifferensnek bizonyult még igen nagy adagokban is. A másik közlés Roepke-től való s azzal végződik, hogy az „I. K.”-nak semmiféle therapeutikai vagy diagnostikai értéke nincs; annyira indifferens szer, hogy a physiologiai konyhasó-oldattal egy sorba állítható.

A gümöbacillusok kimutatásáról a gümökórosak vérében ír Schnitter. Nagyjában a Stäubli ajánlotta módszert használta, a mely azon alapszik, hogy a 3%-os ecetsavoldat a vörösvérsejteket teljesen feloldja, a bakteriumokat pedig, különösen a gümöbacillusokat, nem bántalmazza, úgy hogy a centrifugálás útján nyert üledékből előállított készítményben könnyen felismerhetők. Rendszeren 1—2 cm³ vért kell a legnagyobb tisztasággal és a megalvadás megelőzésével aspirálni, s 10—15-ször annyi 3%-os ecetsavoldattal hígítva centrifugálni. Az üledékből azután a szokott módon és festéssel készítményeket állítunk elő. Tüdögümőkór 34 esete közül 10-ben sikerült ily módon a vérben kimutatni a gümöbacillust. Here- és hólyaggyümőkór egy esetében szintén gümöbacillusok voltak a vérben; ebben az esetben a tüdőben actív gümőkór jelei nem voltak találhatók. Ezek az adatok érdekesek először is abból a szempontból, mert mutatják, hogy gümöbacillusoknak a vérben aránylag gyakran jelenléte ellenére milyen ritkán támad miliaris tuberculosis acuta. Másrészt a szerző megfigyelései azt is következtetni engedik, hogy gümöbacillusoknak a vérben kimutatása rossz prognosist utal, noha Liebermeister néhány aránylag jóindulatú, láztalan tüdővész-esetben is kimutatta a gümöbacillust a vérben, de határozottan kiemeli, hogy ezen esetek egyikében sem javult meg a tüdőbeli folyamat. A typhus, sepsis és tuberculosis miliaris elkülönítő körjelzése terén mindenesetre nagyon jó szolgáltatásokat tehet a Stäubli-féle eljárás. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1909. 36. szám.)

A meteorismust fertőző betegségekben, főleg pneumoniában Krönig és Klopstock szerint egyrészt a betegség lefolyásából könnyen érthető fokozott bélgázképződés okozza, másrészt azonban jelentős szerep jut benne a toxikus splanchnicus-hűdésnek, a minek következtében a bélfalzat tonusa elvész. A meteorismus befolyása a légzésre és a vérkeringésre tetemes. A diaphragma felnyomatik, a tüdő alsó részei összenyomatva atelektasiássá válnak, a légzés felületes, a szív működés fokozott lesz. A fertőző betegségekben, első sorban a pneumoniában nagy súlyt kell tehát vetni a bélgázok képződésének lehető megakadályozására, főleg pedig a már képződött gázoknak eltávolítására hashajtószerekkel, beöntésekkel, puha bélső behelyezésével és strychnin adagolásával. (Deutsches Archiv für klinische Medizin, 96. kötet, 5. és 6. füzet.)

Idegkórtan.

A tabesos bélkrízisről és gyógyításáról közöl tanulmányt Loeper (Páris). E baj enteralgia alakjában jelentkezik és *diagnostikai* tévedéseknek lehet okozója. A bajnak háromféle alakja van: tisztán enteralgia, choleriformis és enteritises. Az *enteralgia* alakban a

hasfájás hirtelen, nagy fájdalommal jön és kisugárzik az egész hasra, gyakran székrekedéssel és anuriával jár, a has behúzódtott, néha hányás és hasmenés is van. A fájdalom hirtelen szűnik meg, az oliguria még rendszeren eltart egy ideig, az obstipatio egy pár napig. Ezután kemény székgöbök távoznak el diarrhoeával vegyesen. Ez a tünetcsoport tehát nagyon hasonlít az ólommérgezéshez. Néha a has behúzódtását nagy meteorismus követi, a has ilyenkor megnő. Ez a tünet a székrekedéssel együtt láz nélkül, kevés hányással nagyon hasonlít az ileushoz. A krízis néha két hétig is eltart. Olykor a fájdalom jön és megy, mint a tabes nyilaló fájdalma, a nélkül, hogy működészavart okozna. A *bélkrízis choleriformis alakja* abban áll, hogy a fájdalommal egyidejűleg hasmenés is jön létre, a mely heves és bő. A szék egészen folyékony. A fájdalom tenesmussal járhat. Az *enteritises alakról* már *Duchenne de Boulogne* azt írta, hogy a krízis fájdalmával együtt dysenteriahoz hasonló tünetek támadnak véres székkal és hogy néha a has bőre érintésre is fáj ilyenkor. A fájdalom teljesen hirtelen szűnik meg, a mely körülmény *Duchenne* szerint jellemző az ataxiára. A szék az enterocolitis mucosae alakjához hasonlíthat és nem egyszer semmi gyógyszerre sem javul, sokszor oliguriával jár és utána makacs székrekedés következik.

Ezekhez a főtünetekhez másodlagosak járulhatnak, szédülés, icterus, gyors érverés (104—120), magas vérnyomás (18—22 cm.). A bélkrízis többnyire a régi tabes-esetekben található 15—20 évvel a baj kezdődése után. Ritkán jelenik meg a bélkrízis mint első intestinális tünet, rendszeren rectum- vagy gyomor-fájdalom előzi meg. Nagyon érthető, hogy az ilyen eseteket félreismerik addig, míg a tabes nem kifejezett. A körjelzés sokszor dyspepsia, enteritis, appendicitis, bél-elzáródás, vesekólika között ingadozik, ha a tabesnek nincs meg valami feltűnő jele. Ezenkívül a tabeses emberen a dyspepsiából folyólag közönséges hasmenés is támadhat. A jód, arsen, kéneső szintén okozhat enteritist. A bél tuberculosist tünete is hasonló lehetnek. A kórbonezolás alap a sympathias idegrendszer megbetegedése.

Minthogy gyógyszerünk nincs e bajok ellen, palliatív szerekhez kell fordulnunk. A fájdalom a legbántóbb tünet, ez ellen kell küzdenünk. Ellene a morphium, atropin, belladonna használhat, esetleg lumbal punctiót is megkísérélhetünk. Tekintve, hogy a bél rendes körülmények között nem érez fájdalmat, *Pal* a bélelektet keresi az okot és érszűkületet vesz fel, a mi erősszehúzóddással jár. Ezért *Pal* hypotensiót okozó gyógyszerekhez fordul, mint a milyen az amyl-nitrit, a natrium nitricum és lelkesedik az eredményekért, ámbár között történetei e tekintetben nem egyértelműek. Az sem bizonyos, hogy e szerek csakugyan hypotensio útján hatnak. Sokszor a makacs székrekedés miatt a műtét gondolata is felvetődik, de erre nincs szükség. Legjellemzőbb a bajra, hogy hirtelen kezdődik, diaetahiba nélkül. A hideg, a felindulás elősegíti a baj létrejöttét. Minthogy majdnem minden bélkrízis székrekedés után támad, a bél és gyomor működésére nagy figyelmet kell fordítani. (La semaine médicale, 1909. 14. sz.) *Kollarits Jenő dr.*

Gyermekorvostan.

A csecsemőkori leukaemiáról ír *Babonneix L.* és *Tissier L.* A csecsemőkori leukaemia egyike a kevésbé ismert bántalmaknak. Gyakoribb a lymphoid leukaemia. Myeloid leukaemiával csak kivételesen találkozunk a csecsemőkori korban.

A szerzők az irodalomban található 4 leukaemia congenitalis, 8 myeloid leukaemia, 3 atypusos leukaemia, valamint 13 leukaemia lymphatica esetét ismertetik, az utóbbiak közt saját esetüket, melyet 18 hónapos leánygyermeken észleltek.

Az összes esetekből az alábbi következtetéseket vonják le: A leukaemia a csecsemőkori korban a legkülönbözőbb időben jelentkezhetik, nagyobb részt fiúkon; egy esetről se mondható, hogy az anyáról a magzatra vitetett volna át a betegség; a bajt rendszeren anaemia splenica vagy pseudoleukaemia vezeti be. A csecsemőkori leukaemia tünete a sápadtság, a soványodás, a purpura, továbbá a gingivális és nasális haemorrhagiák, a máj leggyakrabban megnagyobbodott, a lép mindig megnagyobbodott, alsó polusa néha eléri a symphysist, a nyirokmirigyek megnagyobbodottak. A lép és máj duzzanata magyarázza a has körfogatának, megnagyobbodását. Egyéb tünetek: diarrhoea, anorexia, hányás, gyakran láz, oedemák, vese-

tumor és anaemiás szívzörejek. A betegség mindig halálosan végződik, a baj tartama néhány naptól kezdve 4—5 hónapot is vehet igénybe. A kórboneczolástani leletben a haemorrhagiák mellett a nyirokmirigyek duzzanata dominál, e mellett lépduzzanat található, a lépben nagy mennyiségű lymphocytával. A szerzők kiemelik ezek után a vérelváltozások jelentőségét és részletesen felsorolják ezeket, melyek főbb vonásaikban azonosak az idősebb korúak leukaemiájában észleltekkkel. (Arch. de Méd. des Enfants. XII. k., 9. szám.) Péteri.

Fizikai és diaetikai gyógyításmódok.

Eczet vagy citromlé? ezimen ír *Bircher-Benner*. Az eczetet mint fűszert és konzerváló szert szoktuk használni. Főalkotó része az eczetsav, mely alkoholnak élenyülése által képződik és a szervezetben szénsavvá és vízzé ég el. Az eczet összetétele teljesen azon anyagtól függ, a melyből készült. Azon alkoholos folyadék szerint, a miből készítették, pálinka- (eczetszesz), bor-, gyümölcs-, sör-, maláta-, méz- stb. eczetet különböztetünk meg. Az ételekhez csak hígított pálinkaeczetet vagy más szeszes italok erjesztése által készített eczetet szabadna használni. Az eczet annál több alkoholt tartalmaz, mennél erősebb.

Az eczet készítésének egy másik módja az, hogy faforgácsot szárazon párolnak. Ily módon nyerik közbeeső tisztítás és kezelés útján az eczetessentiát, a melyet vízzel hígítva számos háztartásban használnak az alkoholból készült eczet helyett.

Az eczet eczetsavtartalma 3·0 és 8·5% között ingadozik. A boreczet az erjesztés foka szerint 0—3·85% szeszt tartalmaz. Ezen kívül még borsav, borkő, glicerin, ásványos és aromás anyagok is vannak benne. Az eczetet gyakran hamisítják; kén-, oxal-, bor- vagy sósavat és festőszereket kevernek hozzá. Mivel a fémeket oldja, gyakran a tartóedényből eredő réz, ólom, vas, horgany vagy ón található benne. Az eczetessentia gyakran szokott káros hatású lenni. *Bleibtreu* 230 mérgezés-esetet sorol fel, a melyet eczetessentia okozott, s ezek közül 103 halállal végződött.

Az eczetnek csak az a jó tulajdonsága van, hogy a szomszomságot oltja s hogy egyes olajos és zsíros ételeknek az ízét megjavítja. Mértéktelenül élvezve még a tiszta alkoholból készült eczet is megárt, mert gyomorbélhurutot okozhat.

Tekintetbe véve, hogy az eczetet gyakran hamisítják s hogy még a szeszből készült, nem hamisított eczetben is lehet a tartó edényből beléje jutott ártalmas anyag, orvosi szempontból ajánlani nem szabad. Még az egészséges embert is vissza kell tartani, hogy sok eczetet fogyasztson. A betegnek való ételeket pedig csak citromlével szabad savanyítani. (Monatsschrift f. die phys.-diaet. Heilmethode, 1909. 1. szám.)

Lenkei V. D. dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Gyomorfekély okozta kisebb fokú vérzés ellen *Zweig* gelatinát ad: Rp. Decocti gelatin. alb. puriss. 15·0 : 150·0 ; Elaeosacch. citri 50·0. M. D. S. Megmelegítve 2 óránként evőkanálnyi. Ugyanez a szerző gyomorfekély eseteiben nem tartja jónak a bismuthum subnitricum használatát, mert nagyon bensőleg egyesül a sebfelülettel, akadályozza a sebváladék lefolyását és a gyógyulást hátráltatja; azonkívül mérgezést is okozhat. Célszerűbb helyette bismuthum carbonicumot használni, a melynek előnye az is, hogy a széket fehérré teszi, a minek következtében benne a vér könnyebben észrevehetővé válik. (Medizinische Klinik, 1909. 27. szám.)

Terhesek hányása ellen *Körner* lehetőleg erős indukált áram használatát ajánlja naponként 2-szer 20—20 percig. Az egyik elektrod a gyomor tájékán mélyen benyomandó, a másik hátul a bal mellkásfélre helyezendő. A mi a táplálást illeti: célzerű szilárd táplálékot adni, mert a hígat sokkal könnyebben hányják ki a betegek. (Therapeutische Monatshefte, 1909. 8. füzet.)

Némely bőrbaj (purpura, urticaria, pruritus senilis, herpes gestationis) ellen *Bettmann* szerint sokszor jó eredménnyel használható a calcium lacticum: Rp. Calcii lactici 10·0, Aquae destill. ad 200·0. M. D. S. Evőkanálnyi naponként 3-szor egy órával az étkezések előtt. Ha székszorulás állna be, a sós hashajtók kerülendők. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 25. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 43. szám. *Béla Pál*: A blennorrhoea conjunctivae neonatorum kezeléséről. *Schulhof Jakab*: „Antimeristem“ kankroidin Schmidt.

Orvosok lapja, 1909. 44. szám. *Chudovszky Móricz*: Sebészeti megbetegedések.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 43. szám. *Balás Dezső*: Néhány szó az idült lábízületi ficzomok véres repositiójáról. „Gégészeti“ melléklet, 2. szám. *Láng Kornél*: A solitaer choanalis polypusok eredési helye és eltávolításuknak új, egyszerű műtétmódja. *Tóvölgyi Elemér*: Eszrevételek az énekesek gégehurutjainak kezelése körül szerzett tapasztalataimról.

Vegyes hírek.

Tóth Lajos dr. kitüntetése. A király *Tóth Lajos* dr. ministeri tanácsosnak szolgálatai elismerésül a Lipót-rend lovagkeresztjét adományozta. Valóban kiváló érdemek részesülnek ezzel legfelsőbb helyről elismerésben. Két egyetemünknek nagyarányú fejlődése az elmúlt két évtizedben, különösen pedig orvosi és bölcsészeti fakultásaiknak modern szellemben való kiépítése, új tanszékekkel való bővítése, fényes intézetekkel és klinikákkal való felszerelése szorosan egybeforrt *Tóth Lajos* nevével. A mit *Tóth Lajos* e két évtized alatt hazánkban serény munkával, törhetetlen energiával és jeles szakértelemmel az egyetemi és különösen az orvosi oktatás érdekében tett, nevének minden időkre kiváló helyet biztosít Magyarország kulturális fejlődésének történetében. Kívánjuk, hogy a kitüntetettnek az évek hosszú során át legyen még alkalma újabb kitüntetésekre újabb érdemeket szerezni!

Kitüntetés. A király a vörös-kereszt egylet Erzsébet-kórházának fejlesztése körül szerzett érdemeik elismerésül *Janny Gyula* dr. egyetemi rendkívüli tanárnak, az Erzsébet-kórház igazgatójának az udvari tanácsosi címet, *Imrédy Béla* dr. egyetemi magántanárnak, kórházi főorvosnak és *Rapesák Lajos* dr. kórházi intéző-főorvosnak a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta. — *Vámosy István* dr.-nak, Pozsony város tiszteletbeli főorvosának a király a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

Kinevezés. *Kolos Mihály* dr. eleméri járásorvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Kasznér Károly* dr.-t a székesfővárosi jobbparti kórházakhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. *Albecker Károly* dr. dunavecei járásorvost Kalocsán községi orvossá választották.

A fertőtlenítő tanfolyamokon kiképzendő egyének kijelölése tárgyában a béliügyminister a következő rendeletet boesáította ki.

A fertőző betegségek ellen való védekezés sikere érdekében szükséges fertőtlenítések alapos és szakszerű végrehajtását minél terjedtebb körben lehetővé tenni óhajtván, Budapesten a székesfővárosi központi fertőtlenítő intézettel kapcsolatosan, fertőtlenítő tanfolyamok tartását rendeltet el.

E tanfolyamok célja: fertőtlenítés végzésére megfelelő egyének kiképzése. Ez ideig már 16 tanfolyam tartatott, a melyeken főképpen a városok részéről kijelölt egyének nyertek oktatást. Az eddig szerzett tapasztalatok a tanfolyamok szükségességét és a kiképzett egyének hasznavehetőségét igazolták. Ezek alapján szükségesnek mutatkozik, hogy mennél számosabb község rendelkezék tanfolyamokon kiképzett fertőtlenítővel. Kívánatos tehát, hogy a városokon kívül azok a községek is, a melyeknek községi orvosuk van, a tanfolyamon fertőtlenítőt képeztesse ki.

Ez okból felhivom a törvényhatóságot, hogy a törvényhatósága területén lévő azon községek előljárásával, a melyeknek községi orvosuk van, e rendeletet és a fertőtlenítő tanfolyamokra vonatkozó alábbi tájékoztatást mielőbb közölje.

A fertőtlenítő tanfolyam czíme „Budapest székesfőváros által létesített s kormányhatóságilag támogatott országos fertőtlenítő tanfolyam“.

A tanfolyam hallgatói első sorban a hatóságok által hivatalból felküldött egyének sorából vétetnek fel.

A tanfolyam igazgatóságánál közvetlenül és önkéntesen jelentkezők az alább közlendő felvételi feltételek mellett csakis az esetben vehetők fel a tanfolyamra, ha a hallgatók száma a hatóságok által felküldött egyénekből nem kerül ki.

Egy-egy tanfolyamra az oktatás sikere érdekében 15 hallgatónál több nem vehető fel.

E czélból a hatóságok a központi fertőtlenítő intézet igazgatóságát a tanfolyamba felküldendő hallgatók számának megjelölésével a tanfolyam kezdete előtt legalább két héttel értesíteni tartoznak. A száfelelt bejelenteknek esetleg egy második tanfolyamba beosztásáról s annak idejéről a központi fertőtlenítő intézeti igazgató az illető hatóságot idejekorán értesíteni köteles.

Evenként annyi egy-egy havi tanfolyam tartatik, a mennyit a szükséglet megkíván.

A tanfolyam tartama alatt a hatóságok által felküldött hallgatók laktanyaszzerű elhelyezést, házilagos ételmezést nyerne, elméleti és gyakorlati kioktatásuk pedig a központi fertőtlenítő intézetben történik. A hallgatók kötelesek magukat a tanfolyam igazgatósága által kiadott házirendnek alávetni.

A tanfolyam igazgatója a központi fertőtlenítő intézet igazgatója, vagy helyettese.

A tanfolyam sikeres befejezéséről a hallgatók az e célra kiküldött bizottság előtt vizsgát tesznek.

A vizsgáló bizottság tagjai: a székesfővárosi tisztí főorvos, vagy helyettese, a belügyminister kiküldötte, a fertőtlenítő intézet igazgatója; elnöke: a tisztí főorvos, előadója az igazgató helyettese, vagy az igazgató által megbízott intézeti tiszt.

A vizsgálat sikeres letételéről bizonyítvány állíttatik ki és pedig kétféle minősítéssel, a szerint, hogy kitűnő, vagy megfelelő sikerrel végezte a hallgató a tanfolyamot.

Az intézet hallgatóiul csak olyan egyének küldhetők fel, a kik:

a) írni és olvasni tudnak és bírnak legalább is annyi ismerettel, mely a 4. elemi iskola mértékét megüti;

b) a 40 éves kort még nem töltötték be, testi épségük és általános egészségi állapotuk olyan, mely egészségük veszélyeztetése nélkül megengedi a fertőtlenítési munkálatok teljesítését;

c) megbízhatók és büntetlen előéletűek.

A hallgató köteles magát a fertőtlenítő intézet szabályainak, házirendjének, a hallgatók külön házirendjének s az igazgató fegyelmi hatáskörének alávetni.

Az igazgatónak jogában áll indokolt esetben a hallgatót erkölcsi, szellemi vagy fegyelmi okból elbocsátani.

A tanfolyam hallgatóinak elszállásolása tekintetében intézkedés történt, hogy a hallgatók a szent Gellért-kórház helyiségeiben nyerjenek lakótanyaszerű külön elhelyezést, ágyaik és ágyneműik kezelése, mosatása pedig a központi fertőtlenítő igazgatójának gondjaira bízott.

A hallgatók a tanfolyam tartama alatt ugyanolyan keretben, mint a a fertőtlenítő intézet többi rendszeresített személyzete, rövid, katonás, de tápláló reggeli, ebéd és vacsorában részesíttetnek, mely részükre a fertőtlenítő intézetben háziágoston fog előállíttatni.

A fertőtlenítő tanfolyamokon való kiképzésre legalkalmasabbak katonaviselt — esetleg az egészségügyi csapatoknál szolgált — s közalkalmazásban lévő, fegyelemhez szokott, erőteljes szolgák, rendőrök, tűzoltók stb.

Igen fontos, hogy a fertőtlenítő tanfolyamokra teljesen kifogástalan egészségi állapotban lévő egyének küldessenek fel s ezért szükséges, hogy az erre kijelölt egyéneket egészségi állapotuk szempontjából előzetesen a vármegyei tisztí főorvos is megvizsgálja.

A tanfolyam teljesen ingyenes. A teljes ellátáson kívül minden tanfolyamhallgató — apróbb kiadásai fedezésére — naponként egy korona díjazásban részesül. Tehát a közsegeket a felküldöttek utazási költségein kívül egyéb költség nem fogja terhelni.

A tanfolyam hallgatására kiválasztott egyének számáról a fertőtlenítő tanfolyam vezetőjét: Bukovszky György dr.-t (Budapest, Gyáli-út 3. szám) közvetlen kell értesíteni.

Az Erdélyi Múzeum-Egyesület, hazánk ezen elsőrangú kultur-intézménye, a következő felhívást bocsátotta ki, a melyet a magunk részéről is melegen ajánlunk olvasóink figyelmébe.

„Az Erdélyi Múzeum-egyesület özszele ünnepli alapításának ötven-éves jubileumát, de az Erdélyi Múzeum gondolata félszázaddal előbb foglalkoztatta már Erdély jobbait. E gondolat kipattanásától a megvalósulásig eltelt félszázad nemcsak azt érezteti, hogy a nemzet jöttei mily szívós ragaszkodással csüngtek az Erdélyi Múzeumon, hanem azt is, mily nehéz munkával sikerült a nemzet pallérozódásának tárházát megteremtteni. A félszázados kitartás eredménye a ma félszázados Erdélyi Múzeum-Egyesület s ennek küzdelmes munkájából a ma elsőrangú Erdélyi Nemzeti Múzeum.

„Az Erdélyi Múzeum-Egyesület, mint annak fenntartó testülete és társadalmi képviselete, teremtetve meg és virágoztatta fel hazánk második múzeumát: tudományos osztályaiban az erdélyi nyelvűvelő, majd tudós társaság hagyományait hivat életre és kiadványaiban egész könyvtárral gazdagította a magyar tudományt; a magyar szellem és a nemzeti érzés kristályosodó helyéül Kolozsvárt újra tudományos és közművelődési középponttá emelte. Ez a legrégibb, legerősebb és a legsajátosabb közművelődési egyesület, melynek irányt adó szelleme és folyton hatékony ereje Erdély fejedelmi udvarának nemzeti és művelődési, politikai és tudományos hagyományait örzi: gyűlöhelye az erdélyi magyarság elejének, múzeumot tart fenn, közművelődést terjeszt, izlést nemesít, tudományt mivel, így a magyarság vára. Apáink önzetlensége tökélet gyűjtött e nagy czélok alapjául, de az egyesületet az idő és a fejlődés mind nagyobb és fontosabb feladatok elé állították s bár a közoktatásügyi kormány 1904 óta segélyt támogatja, mind jobban kiviláglik, hogy a nemzeti társadalomtól megteremtett és azt önzetlennül szolgáló egyesület ereje mégis csak a nemzeti társadalomból fakad és gyarapodik.

A nemzeti erő forrásának e fölismerése s az Egyesületben ható és egyesítő elv megszilárdítására való törekvés szüksége arra az elhatározásra indította az Erdélyi Múzeum-Egyesületet, hogy az Erdélyi Nemzeti Múzeum gondolata születésének százados — és megvalósulásának félszázados fordulóján szeretettel és bizalommal kérje az egész magyar társadalom támogatását: érdeklődő figyelmét, résztvevő gondoskodását, áldozatra is örömmel kész segítségét. Kéri szeretettel, hogy egyesítsen, bizalommal, hogy nemesítsen, miként ötven évvel ezelőtt apáink és nagyapáink s kéri abban a reményben, hogy miként az ő fáradozásukat eredmény kísérte, a mienket is diadal fogja koronázni.

Kérünk minden hazafit és honleányt, egyeseket és testületeket, hogy az Erdélyi Múzeum-Egyesület nagy czéljait, annak 50 éves jubileuma alkalmából elősegíteni szívesek legyenek, akár oly módon, hogy tagjai sorába lépnek, akár úgy, hogy jubileumi alapunk megteremtéséhez valamely — tetszés szerint való — összeggel hozzájárulnak. Tökéink gyarapítására, gyűjteményeink gazdagítására, törekvéseinkben való támo-

gatásra jó akaratot és adományt egyaránt hálásan fogadunk és nyilvánosan is megköszönünk.

Az Erdélyi Múzeum-Egyesület pártoló tagjai évenként négy, rendes tagjai nyolcz, alapítói egyszer s mindenkorra kétszáz és igazgató tagjai ezer koronát fizetnek, vagy az utóbbiak annyi értékű s a gyűjteményekben elhelyezhető múzeumi tárgyat adhatnak. Tagsági és alapítványi díjakat vagy pénzbeli adományokat az Erdélyi Bank és Takarékpénztár Részvénytársaság Kolozsvár, múzeumi tárgyakat a gyűjtemények igazgatói fogadnak el, kik minden adománnyról a választmány útján nyilvánosan elszámolnak.

Az irgalmasrend egri kórházának új épületét október 24-én avatták fel szép ünnepség keretében. Az új kórház, mely tervezésében és felszerelésében teljesen modern színvonalon áll, 300 beteg befogadására alkalmas, de szükség esetén 600 beteg elhelyezésére is igénybevehető. Az irgalmasrend a kórház költségeire 800,000 koronánál többet költött. Az új kórházat Kauszer József budapesti műépítész tervezte; a tervek kivitele idős Wind István egri építész érdeme.

Meghalt. Sir A. Mitchell, kiváló angol elmeorvos, az elmebetegék házi ápolásának egyik előharczoja, meghalt október 12-én, 83 éves korában, Edinburghban.

Kisebb hírek külföldről. Runge tanár utódja a göttingeni egyetem nőorvostani tanszékén O. v. Franqué giesseni tanár lett. — A new-yorki Cornell-egyetemen J. A. Hartwell dr.-t a sebészet tanárává nevezték ki. — Az utrechti egyetemen az anatomia tanszékét A. J. P. van den Brook dr. amsterdami magántanár nyerte el.

Mai számunkhoz a Farbwerke, vorm. Meister Lucius & Brünnig, Höchst a. M. czég „Gyógyszerkészítmények“ című prospektusa van csatolva.

Jelen számunkhoz Knoll és Társa Ludwigshafen czég „Santil“ című prospectusa van csatolva.

Dr. Jakab-féle Sigetsanatorium

Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnostikus, physikotherapiás sanatorium.

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

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

Justus Dr. bőrbajosokat

Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógy módok.

Orvosi laboratorium:

Vezető: Dr. VAS BERNAT, Poliklinika.

Szövetség-utca 14-16. Telefon 90-46.

Tamássy Park-sanatoriuma

DUNAHARASZTIBAN, Pestmegye. Intézeti orvos: Somossi Lajos dr. Alkohol-, morphiun-, nicotinelvonás.

Tüdőbetegsanatorium Tátraháza.

Egész éven át nyitva. Központi légfűtés. Villamvilágítás.

Fekvőcsarnokok a fenyvesben. — Napkúra. — Hydrotherapia. — Gondos szakorvosi kezelés.

Teljes napi pensio orvosi kezeléssel, gyógyszerközzel együtt 12 korona.

Igazgató-főorvos: MÜLLER VILMOS dr. az „Erzsébet királyné“ sanit. v. assistense. Prospektus.

Orvosi laboratorium és czukorbeteg tolerantiájának meghatározása

Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd, Andrassy-út 50 (Oktogen-tér). Telefon 26-96.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

Dr. Szili Sándor

v. egyetemi tanársegéd, Andrassy-út 55. Tel. 157-71. Vegyi, gőrsői, bakteriologiai (Wassermann-féle lues-reactio) orvosi laboratoriuma.

Reiniger, Gebbert & Schall

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

Elektromágneses intézet Budapest, VII., Városligeti Fásor 15. sz. Gyógytényezők: D'Arsonval-, Elektromágnes-, Sinusoidal-, Galvan-, Farad-, Leduc-áram. 4 cellás villanyfürdő. V. forróleghűs. Vibr. massage. Prospektus. Vezető orvos: RÉH BELA dr.

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

Dr. Widder Bertalan operateur testgyógyász (orthopédia) intézete csont- és ízületi (tuberculosus, angolkóros, rheumás, elgöbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19. Magyar-utca sark. Rendel: d. e. 11-12-ig, d. u. 3-5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

ERDEY Dr. sanatoriuma.

Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nőbetegek és szülők részére.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (LXXII. évforduló nagygyűlés 1909 október 14.-én.) 783. l. — (XVII. rendes tudományos ülés 1909 október 16.-án.) 784. l. — A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai. 785. l. — Szegedi Orvosegyesület. (1909 május 12.-én tartott ülés.) 786. l. — Pályázatok. 787. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(LXXII. évforduló nagygyűlés 1909 október 14.-én.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Blaskovics László és Bálint Rezső.**

Az elnök a következő beszéddel nyitja meg az ülést:

Tisztelt Nagygyűlés!

Azon legfőbb fontosságú feladat mellett, a melyet az orvosképzésben és a tudományos búvárkodásban egyetemeink teljesítenek, ugyan ezen téren egyesületünknek is igen fontos szerep jut, mert egyesületünk volt alapítása óta az a tribün, a melyre a fiatal orvos, a ki önálló, tudományos búvárkodásra tehetséget érzett, magában vágyakozott, alig hogy oklevelét megkapta, a melyen gyakorlatlan, reszkető hangon tartotta meg első tudományos előadását, a hol először tünt fel és adta első jelét hivatott voltának, a hová később szorgalmának és tehetségének legérettebb gyümölcseit is elhozta, és a mely tribünün rendes hallgatói orvosképzésünk képviselői és hivatalos vezetői, a kiket az a vágy hoz ide, hogy a mutatkozó új tehetségekről tudomást szerezzenek, azokat munkára buzdítsák és közülük a legtehetségesebbeket a magasabb feladatok számára kiszemeljék. E tribünt nem díszíti fel az akadémia díszes neve, a mely tiszteletreméltó elzárkózottságában csak a kiváltságos választottaknak ad a tárgyhoz szólásra jogot, hanem ez az a nyílt rostrum, a melyre bárki fellephet, a hol viszont mindenkinek joga van az előadott tárgyhoz hozzászólni, a felett bírálatot mondani és az előadás közvetlen hatása alatt alakul meg a figyelmes hallgatóságban mint zsűriben az ítélet.

Orvosi intézeteink szaporodásával, bővülésével és tökéletesezésével az egyesületünk által előmozdított tudományos élet hatása alatt orvosbúváraink száma is nöttön nött és dolgozataik csakhamar megütötték azt a mértéket, a mely a külföld hasonló tárgyú dolgozatait jellemzi. Eleinte hazai orvosi lapjaink még külön, a napi hírek között emelték ki, ha valamely magyar dolgozat a külföldi orvosi sajtóba felvételt nyert, ma pedig az a veszély fenyeget, hogy búváraink elhanyagolják hazai orvosi lapjainkat és cikkeiket egyenesen valamelyik külföldi lapban vagy archívumban teszik közzé, előadásait pedig valamely külföldi vagy nemzetközi egyesületben és nem a mi egyesületünkben tartják meg.

Ilyen körülmények között többé nem látszott kockázatnak azon férfiú előtt, a kinek nevét nem mondom ki, nehogy szerénységét sértsem, de a kit amúgy is valamennyien ismernek és a ki hazai orvosi viszonyainknak a legalaposabb ismerője, hogy a Nemzetközi Orvosi Congressust Budapestre hívja. Körültekintő, tapasztalt és fáradhatatlan rendezőink mindent megtettek, hogy a congressus sikerét biztosítsák, de a congressus magaslatos épületének szilárd alapjait mégis csak orvosbúváraink tudományos munkálkodása alkotta, a melyben viszont egyesületünknek is vannak érdemei és a mely munkálkodás összessége a nemzetközi congressusnak akkori több fenekelt lelkű külföldi intézőjében, a kik hazai viszonyaink iránt már régóta érdeklődtek és a kiknek szava súlylyal bírt, azt a meggyőződést keltette, hogy a magyar meghívást el lehet fogadni, mert vannak ott férfiak, a kiknek vezetése mellett tudományunk minden ágazatában lehet tudományosan tárgyalni.

Azonban külföldi collegáinknak nem valamennyiét töltötte meg ez a tudat. Egy részüket inkább holmi pittoreszk látványok vagy esetleg holmi úti kalandok vágya hozta ide közibénk, a kelet kapujához és udvariasabb részük azzal az elhatározással jött, a mint egyik collegánk bizalmasan bevallotta, hogy mint jóakaró vendég szemet fog hunyni orvosi intézeteink bemutatásakor. Azonban ez a felfogás csakhamar eltűnt. A mint a rendezőségnek óraműszerűen működő gépezetét, a szakosztályoknak magas szintű működését látták, a mint végigvezették őket orvosi szakintézetekben és meglátták azokat a nagy áldozatokat, a melyeket ez az

annyira megőcsárolt magyar nemzet hozott, hogy orvosbúvárainak a szükséges eszközöket rendelkezésükre bocsássa, és a mint megismerkedtek azzal a lelkes, odaadó munkával, a mely ezen intézetekben folyik, napról napra kedvezőbb ítéletet láttunk kialakulni náluk és távozáskor a legnagyobb meglepetésüknek adtak kifejezést a látottak felett.

Ez a meglepetés és a nézetek ezen fordulata reánk nézve mindenesetre nagyon kedvező, de éppen ez mutatja meg nekünk, hogy idáig a külföldön milyen téves nézet terjedt el általánosan felőlünk, mondjuk ki nyíltan, milyen keveset tartottak rólunk, és hogy milyen szükséges volt ezt a congressust idehívni, a mely nélkül ma éppen olyan kedvezőtlen nézetük lenne felőlünk, mint a mely ezt a meglepetést szülte. E congressus megadta az alkalmat, hogy külföldi collegáinknak megmutassuk, miszerint fel vagyunk szerelve mindazon kellékekkel, a melyek szükségesek hozzá, hogy tudományunk előbbrevitelének nagy nemzetközi munkájában, mint egyenértékű tényezők, velük közreműködjünk és egyúttal kiléptünk előttük az úgynevezett érdekes balkáni államok sorából és a művelt nyugathoz csatlakoztunk. Tudományunk leghivatottabb külföldi képviselői, a kik gyakorlott, kritikus szemmel néztek itt körül és a kiket ítéletükben a fényes vendégfogadás magában meg nem tévesztett volna, ezt a következtetést vonták le összes tapasztalataikból és e bejelentésünket collegiális készséggel tudomásul vették.

Azt hiszem, hogy reánk nézve ez a legszebb eredménye a lefolyt congressusnak, a mely nem hivatalos határozatban nyert kifejezést, hanem a melyet legbensőbb meggyőződésében vitt magával 2000-nél több külföldi résztvevő, és egyúttal ez a legmagasabb elismerés, a mely eddig tudományos törekvéseinket érte. Kölesönös irigykedés nélkül fogadhatjuk el, mert kivívásában valamennyiünknek része van és mert az egész magyar orvosi rendet érte, egyesületünk pedig boldogan szemlélte fiainak felmagasztalását.

Az elmúlt esztendőben erre a congressusra tartotta fenn mindenki legjobb dolgozatait és ez helyes is volt, de most már kíváncsi, hogy munkásaink visszatérjenek a régi szokáshoz és dolgozataikat először itt az egyesületben mutassák be és bocsássák kartársaik bírálatá alá és csak azután tegyék közzé az orvosi sajtó útján, mert tudományos eszmecsere nélkül nincsen igazi tudományos élet.

Növekedő számunknak egyik következménye, hogy egyesületi helyiségeinket immár teljesen kinőttük, és hogy vonzóbb tárgyú üléseink alkalmával tagjaink egy része vagy egyáltalában nem talál helyet az előadási teremben, vagy pedig egyik távoli zugában kénytelen magát meghúzni, a honnan az előadót sem nem látja, sem nem hallja. Pedig az egyesület minden tagja megkívánhatja, hogy az üléseken kényelmes helyet bocsássunk rendelkezésére olyan teremben, a melynek atmosphaeráját a túlszűfolttság nem tette tűrhetetlenné. E végből kénytelenek leszünk egyesületi helyiségeinket kibővíteni és az igazgató tanács legközelebb már meg fogja tenni erre vonatkozó előterjesztéseit. Reményem, hogy áldozatkészségük nem fog visszariadni azon anyagi áldozatoktól, a melyekre el kell magunkat határoznunk, ha azt akarjuk, hogy tudományunk a jövőben is kényelmes hajlékot leljen egyesületünkben. A midőn igazgató tanácsunknak erre vonatkozó előterjesztéseit, a melyeket egy legközelebbi közgyűlésen meg fogunk tenni, már előre is a legmelegebben a szívükre kötöm, ezennel van szerencsém a Budapesti kir. Orvosegyesület LXXII. nagygyűlését megnyitni.

Blaskovics László felolvassa a két Balassa-pályadíjról szóló jelentést. Egy pályamunka sem érkezett be.

Bálint Rezső felolvassa a dr. Mészáros Károly-jutalomdíjra vonatkozó pályázatot, valamint a Balassa-díjra kiírt pályázatot.

Pályázati hirdetés. A Budapesti Kir. Orvosegyesület a keze-lésében levő dr. Mészáros Károly-alapítvány kamataiból 1600, azaz egyezerhatszáz korona jutalomdíjat tűz ki a közegészség-tan, bakteriologia és törvényszéki orvostan körébe tartozó, magyar nyelven, nyomtatásban az 1907 június 1.-étől 1911 május 31.-éig

terjedő időközben megjelent, önálló dolgozatok alapján szerkesztett és tudományos becsű legjobb értekezésnek, vagy általános érdekű hézagpótló monographiának avagy kézikönyvnek jutalmazására.

A jutalmazásra pályázók munkáikat 1911. évi május hó 31.-éig a Budapesti Kir. Orvosegyesület titkári hivatalába küldik be, a beküldött munkákon kívül azonban a jutalmazandó tudomány-szakok terén a kijelölt időközben megjelent összes munkák tekintetbe fognak vétetni.

A jutalmazott munka kihirdetése az 1911. évi október 14.-én tartandó évforduló nagygyűlésén történik és a jutalomdíj a szerzőnek azonnal kiadatik.

Pályázati hirdetés. A Budapesti Kir. Orvosegyesület a kezelésében levő Balassa-díjalap kamataiból két, egyenként 600, azaz hatszáz korona pályadíjat tűz ki az orvostudomány bármely szakmájából szabadon választott, önálló kutatások alapján készült, befejezett, még sehol nem közölt, magyar nyelven írt dolgozat jutalmazására.

A pályamunka mellé zárt, jelígyes borítékban a pályázónak sajátkezű névaláírása, állása és lakáscíme mellékelendő.

E pályázaton résztvevő dolgozatok 1910. év május 31.-éig a Budapesti Kir. Orvosegyesületbe a beküldés céljának megnevezése mellett beküldendők. E határidőn túl benyújtott művek tekintetbe nem vehetők.

E pályázat eredménye az 1910. évi október 14.-én tartandó évforduló nagygyűlésén hirdettetik ki, a nyertes pályamunkához tartozó jelígyes boríték ez alkalommal bontatik fel. A pályadíj a nyertes pályamunka szerzőjének jelentkezésekor azonnal kiadatik.

Blaskovich László felolvassa a jelentést a Mészáros Károly-féle jutalomdíj odaítéléséről. Az 1600 koronás díjat Udránszky László „A látás élettana” és Pólya Jenő Sándor „Kísérleti adatok a hasi zsírszövetnecrosist előidéző pancreasbántalmak kóroktanához” című dolgozatai között osztották meg, míg Szily Aurél „A gerinczes állatok szemének fejlődése” című dolgozata dícsérő elismerésben részesült.

A közgyűlés a jelentéseket jóváhagyólag tudomásul veszi.

Elnök: A tudományos szellem, a mely egyesületünket átlengi, nem nyerhetett volna méltóbb kifejezést, mint az által, hogy évenként, alapításának évfordulóján Balassa-előadást rendez, ezen előadásra olyan tagját kéri fel, a kit ezzel tudományos munkálkodásáért ki akar tüntetni és neki érmet ad át Balassának az arczképével, a kit nemcsak mint tudóst, de mint embert, mint collegát és mint hazafit is valamenyiünk mintaképének tekintünk. Az igazgató tanács az idén Kötly Károly igen tisztelt tagtársunkat kérte fel ezen Balassa-előadás megtartására, a ki themául „A bel-orvostannak a sebészethez való viszonyát” választotta. Kérem Kötly Károly tagtárs urat Balassa-előadásának megtartására.

Ezután **Kötly Károly** megtartotta Balassa-előadását „A bel-orvostannak és sebészethez egymáshoz való viszonyáról”. (Egész terjedelemben közöltük.)

Elnök: Tisztelt Tagtárs Úr! Fogadja kérem egyesületünk leghálásabb köszönetét azon tanulságos és élvezetes előadásért, a melylyel a mai estét felejthetetlené tette. Tisztelt Tagtárs Úr kora ifjúságától fogva állandóan egyik vezetője volt annak a gárdának, a mely orvosi tudományunk művelését és előbbrevitelét irta zászlajára.

Mint tanár nagy tudásával, éles diagnostikájával, ékesszólásával és fáradhatatlan szorgalmával hatott ifjúságunkra és ma működő tanáraink között egy sincsen, a ki hallgatóinak és közvetlen tanítványainak olyan nagy számával dicsekedhet, mint Tisztelt Tanár Úr.

Tevékenysége és kartársi szeretete azonban nem érte be az orvosi működés és a tanítás nagy munkájával. Szövetkezésre szólította orvosi rendünket és e szövetkezetet annyi bölcseséggel és tapintattal vezette, hogy sikerült a legszéthúzóbb elemek előre törekvő energiáját a közös cél, orvosi rendünk anyagi és erkölcsi niveaujának emelésére egyesíteni és e téren nagy eredményeket felmutatni.

Szerfelett boldognak érzem magam, hogy mint egyesületünk jelenlegi elnöke én vagyok az a szerencsés, a ki hivatva van Tagtárs úrnak egyesületünk ezen legnagyobb kitüntetését, a Balassa-érmet átadni. Belevegyl ebbe a személyes hála motívuma is azért, hogy szakítva minden előítélettel akkor tárta ki előttem sebészeti működésre belgyógyászati klinikáját, a mikor kopogtatásomra minden egyéb ajtó zárva maradt.

Most ime Tisztelt Kartárs urat körülveszi tanítványainak, jó barátainak és kartársainak nagy serege, hogy Önnek köszönetet mondjon eddigi nagy munkájáért, a mely mindnyájunknak közös kincsévé lett és kezet szorítson Önnel azzal a kívánsággal, hogy tartsa meg még sokáig munkaerejét, munkakedvét és ennek a mai napnak szép emlékét. Ezzel átadom Önnek a Balassa-érmet.

(XVII. rendes tudományos ülés 1909 október 16.-án.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Rotter Henrik.**

Két műtėti beavatkozás után harmadszor is recidiváló homlok-empyema esete.

Tóvölgyi Elemér: A jelenleg 28 éves dohánygyári munkásnő 1902 márczius havában influenza után baloldali homlok-empyemát kapott. Nyolcz hónapi endonasális kezelés után (a középső kagyló lemetzése, a rostasejtekné kaparása stb.), mivel a fejfájások mind hevesebb mértékben jelentkeztek, még ugyanazon év december 3.-án Ogston-Lue szerint megoperáltam a beteget. 1903 január 24.-én történt a látszólag teljesen gyógyult beteg első bemutatása. Február közepén újabb recidiva után a baloldali már megnyitott üregén át a sérült válaszfalat is áttörve, a jobboldali homloküregét is kikapartam és mindkét can. naso-frontalist az orrüregen át draineztem. A beteg állapota ezek daczára sem akart javulni, úgy hogy május 22.-én Makara tanár a beteget újból megoperálta és októberben mint gyógyultat ugyanitt be is mutatta mint recidivált és Killian szerint operált homloküreg-genyedés esetét. Előadásából azonban kiderült, hogy a műtét nem volt tulajdonképpen Killian-műtét, minthogy ezen műtét fontos követelményeit (a szemgolyó leválasztása a tracheaig, a maxillaris csont proc. frontalisának felvése, a rostasejtek eltávolítása) egyáltalán elhagyta és nem tett egyebet, mint az általam készített homlokcsontnyíláson át a homlok-üreg elülső és alsó falát eltávolította. A homloküreg különféle műtétei között aránylag oly kis eltérések vannak, hogy ily lényeges változtatások után, mint a minöket Makara tanár tett, műtétének a Killian nevet nem adhatja. Ezt a fontos tényt ki kell emelnem azért, mert ha valóban a Killian-műtét végeztetett volna ebben az esetben, a legutóbbi recidiva a legnagyobb valószínűség szerint nem állott volna be. A recidivát ebben az esetben, mint sok másban, éppen az okozta, hogy a rostacsontsejtek kikaparása elmaradt. A mai tapasztalatok alapján az én nézetem szerint mindazok a homlok-műtétek, a melyek a rostacsontsejtek kikaparást mellőzik, tökéletlenek és ezért veszedelmesek voltak mellett a recidivától nem biztosítanak. Két műtėti eljárás jöhet mai napság e helyen számításba. A Killian-féle műtét Hayek módosításával, és ha netalán a homloküreg orbitalis széle necrosisos, a Riedel-féle. Valóságos csoda, hogy a jelenleg bemutatásra került betegben, daczára a két, sőt három tökéletlen műtétnek, agybeli szövödmény nem támadt.

A beteg elbeszéléséből azt kell következtetnem, hogy a recidiva beállott, mielőtt még be lett volna mutatva, a nélkül, hogy ő ezt Makara tanárnak elárulta volna. A bemutatást követő tavasszal és ez idő óta minden ősszel és tavasszal a fejfájások valószínű kinszenvedést okoztak a betegnek. Hogy miért, az kiderült akkor, midőn a beteg legutóbbi nagy fejfájásai alkalmával nálam jelentkezett. Mindkét orrürege tele volt polypussal és ezek a geny kiürülésének az útját vágták. A mint a polypusok nagy részét eltávolítottam és ezáltal a geny szabad lefolyását biztosítottam, a fejfájások rögtön megszűntek és szünetelnek ma is.

Az most a kérdés, mi itt a további teendő? Nézetem szerint az endonasális kezelés vigyázatos folytatása, a mi a még meglévő polypusok eltávolításából és a rostasejtek igen elővigyázatos kikapará-sából fog állani, nehogy endonasális beavatkozásra is agybeli szövödmények támadjanak.

A gyökeres műtét gondolata csak akkor volna a helyén, ha az endonasális kezelés ellenére agybeli szövödmények támadnának. Hogy nem kell mindjárt a gyökeres műtétre gondolni, az általános véleménynyé vált az imént lefolyt orvoscongressuson.

Láng Kornél: Nem tartom az esetet recidivált sinus frontalis-empyemának, hanem rostacsont-empyemának, és pedig azért, mert a frontalis üregek megszűntek üregek lenni azáltal, hogy elülső falaik teljesen eltávolították, a lágyrészek a hátulsó falra ráhegedtek, s ily állapotban genyedés éveken át nem volt. A most tavasszal jelentkezett genyedés rostacsontgenyedés, a mi mellett szól az is, hogy a fejfájások

és genyedés a polypusok eltávolítására és a rostasejtek megnyitására prompt megszűntek.

Tóvölgyi Elemér: Hogy a betegnek homlokürege egyáltalán nem volna, az éppen nem felel meg a valóságnak. Én, a ki első ízben nyitottam meg a beteg homloküregét, láttam, hogy milyen mély kiöblösödésekkel birt az üreg; ezt a Makara tanár végezte műtétet nem szüntette meg, és csak a Riedel-féle műtét segítségével lett volna lehetséges. Ha a betegnek nem volna már homlokürege, akkor legalább is két haránt-ujnyi széles mély árok volna az orbitaszél felett, a miről itt szó sincs.

Ha a szülő az Ogston-Luc-műtétről azt mondja, hogy csak operatív kísérlet és nem egyéb egyszerű trepanationál, akkor alaposan téved. Az Ogston-Luc-műtétnél a homloküreg nyálkahártyáját, a canalis naso-frontalist és a környező rostasejteket kikaparjuk, míg az egyszerű trepanationál mindezekről szó sincs.

Sohasem állítottam, hogy az endonasalis beavatkozás homloküreg-műtét. Az endonasalis beavatkozással nincs más célunk, mint az üreg visszatartott, pangó genyömégének a canalis naso-frontalison át való szabad lefolyását biztosítani. Ezt a jelen esetben elértem, tehát a mélyebb beavatkozásra nincs ok.

Az álom psychoanalysiséről és annak kórtani jelentőségéről.

Ferenczi Sándor. Egész terjedelmében hozzuk.

Tóvölgyi Elemér: Arra kérem Ferenczi kartársat, szíveskedjék megmondani, micsoda gyógyeredmények várhatók attól, ha egy betegnek az álmát így tudományosan szétboncsolom és bizonyos nem teljesült, de óhajtott vágyakra vezetem vissza?

Schein Mór: Nekem a methodussal szemben súlyos aggályaim vannak. Az előadó éles különbséget tett a test és a lélek között és az álom magyarázatában kizárólag a lelket mint valami önállót szerepeltette. Pedig a test és a psyche egymástól külön nem választható egységes egész. Álmunkban testi tényezők éppen úgy szerepelnek, mint lelkiek. Példaképpen hivatkozom arra az álomra, hogy azt hisszük, hogy vízszintes helyzetben a magashoz szállunk és hirtelen a magashoz lezuhanunk, mely álomnak magyarázata Wundt szerint a következő: A mikor elalszunk, tactilis érzésünk eltompul és elveszítjük az összefüggést az ágyval, a melyen fekszünk. Hirtelen visszanyerjük az összefüggést és azt véljük, hogy lezuhanunk. Akár helyes ez a magyarázat, akár nem, mindenesetre azt bizonyítja, hogy testi faktorok az álom keletkezésére körül szerepet visznek. Hogy testi állapotaink az álomképekre hatással vannak, azt az álom is bizonyítja, melyben azt látjuk, hogy rablók vagy gyilkosok támadnak ránk és nagy félelem fog el bennünket; azt tapasztaljuk, hogy ilyenkor karunk a mellkas bal felére nehezdedt és légszűk, talán szív működésbeli nehézséget és gátlást is okozott.

Az álmot nem annyira magyarázni, mint inkább analizálni kell. Kutatni kell az álom keletkezését A legtöbb esetben csak a magunk álmunk keletkezését kutathatjuk némi eredménnyel, másokét csak akkor, a mikor az álom nagyon egyszerű. A psychoanalysises módszerrel mindenféle magyarázatot beleviszünk az álomba; mindenfelét hozzámagyarázunk és belemagyarázunk, a nélkül, hogy tudnók, vajjon a psychoanalysis eredménye összefügg-e az álom keletkezésével. Freud és Ferenczi szerint az álomnak egységes oka van, t. i. vágykielégítés; pedig nagyon is kétes, vajjon az álomnak ilyen egységes oka létezik-e.

Ferenczi Sándor: Az első felszólalót informálandó, közli, hogy az álmanalysis hatásos, bár nem nélkülözhetetlen eszköze a psychotherapiának. Közvetlen hatásában egy-egy analysis nem okvetlenül megnyugtató; esetleg izgalmat, reakciót vált ki, mely azonban a psychoanalysises gyógyítás egyik eszköze. A második felszólalónak azt feleli, hogy nem akar a „psyche” szóval dualistikus filozófiai nézetet vallani, csak azt akarja jelezni, hogy a lényegében ismeretlen (agnostikai) világ egy része (a psyche) csak pszichológiai, és más része (a physis) csak természettudományi oldalról közelíthető meg. Fizikai és physiologiailag terminusok belekeverése a pszichológiába, mint azt a felszólaló is teszi, teljesen indokolatlan. A rabló-álom a baloldalonfekvés, a repülést a sensibilitás felfüggesztése egyáltalán nem magyarázza. Honnan kerül az álomba a rabló és honnan a repülés, azt csak a psychoanalysis magyarázza. Végül utal az előadásra, hogy ez az új irány revolúciót jelent a pszichológiában és psychopathiában, a mi nem megy támadások és rágalmak nélkül, sokszor éppen olyanok részéről, a kik maguk is résztvettek, míg fiatalabbak voltak, hasonló érzelmi forradalmakban. Igaz, hogy olyanok is támadják az irányt, a kik sohasem okoztak valami nagy revolúciót tudományos téren.

Végül ismételtlen kéri a hallgatókat, hogy a tények felől csak elfogulatlan, személyes tapasztalatok alapján alkossanak véleményt.

A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai.

VI. szakosztály: *Belorvostan.*

Bourget (Lausanne): A serumkezelés és főleg a diphtheria-kezelés klinikai eredményei. Az előadó a serotherapiát még a diphtheria kezelésében is megbízhatatlannak tartja.

Borelli és Messineo (Turin): A Wassermann-reactio végzése gyulladásos hólyagok tartalmával és savós folyadékgyülemekkel. A reactio kivihető a gyulladásos hólyag savótartalmával, transsudatummal és mindenféle exsudatummal. A nyál és könny alkalmatlan.

Elfer (Kolozsvar): A syphilises vérsavó néhány sajátosságáról immunochemiai szempontból. A bujakórosok vérsavójának relatív viscositása és felületi feszültsége a normális felső határához közelálló. Absorptió vizsgálatai nem adtak állandóan egyforma eredményt.

Maragliano (Genua): A meghülés szerepe a pneumococcus-fertőzésben. Fogékony állapotban a meghülés megkönnyíti a fertőzés létrejöttét s a betegség kifejlődését, csökkenti az activ immunitást. Hatása valószínűleg vérkeringési zavarokban s chemiai actiókban nyilvánul. A passiv immunitást nem befolyásolja.

Panichi (Genua): A pneumococcus biológiájáról. Pneumococcustörzsek tenyésztés közben virulenciaeszkén és -fokozódás észlelhető. E változások sorrendje egész határozottan állandó. Szólt azután a kísérletei pneumococcusfertőzés után létrejövő léptumorról.

Kiralyfi (Budapest) hozzászólásában megemlíti, hogy egy kísérleti állatjában igen nagy hyperaemiát látott a lépben, úgy hogy azt haemangioma cavernosummal lehetett volna összetéveszteni. Ezért sok pneumoniás léptumort hyperaemiából származtat.

Kiralyfi (Budapest): A pneumococcusfertőzés hatása a szívre. Állatkísérletekkel s kórboncolástani vizsgálatokkal bizonyítja a pneumococcus károsító hatását a szívizomzatra. Oedemát, nyiroktágulatot s obliteratiót talált a myocardiumban, azonkívül endothelsarjadzást s egyéb elváltozásokat is. Ez elváltozások leginkább a félholdképzű billentyűk eredése helyén szoktak jelentkezni.

Doxiades (Stanimade): A malaria viszonya a többi fertőző betegséghez. Malariás vidéken lefolyt minden fertőző betegség után chinin adagolását ajánlja prophylacticumként. Ugyanő gyógyult myelitis transversa-esetekről számol be, a melyek tertiana malaria után keletkeztek s arsen- és chininkezelésre teljesen meggyógyultak.

Friedrich (Budapest): A korai arteriosclerosis előfordulásáról ipari munkásokban. Az endoarteriitis és az ez által okozott szívizomelfajulás 45 évnél fiatalabb egyénekben is gyakran fordul elő. 1384 vizsgált beteg között 100 esetben állapította meg 40 évnél fiatalabb egyénen e betegséget. Az endoarteriitist tehát nem fiziologiailag, hanem lassanként létrejövő kóros folyamatnak tartja, a melynek előidőzésében szerepe lehet a súlyos testi munkának, a mérgező anyagokkal való foglalkozásnak, a fertőző betegségeknek, a luesnek és az alkohollal vagy nikotinnal való visszaélésnek. A subjectív körjelek közül leggyakoribb a fejfájás és szédülés. Ezeket nyugtalan-ság, álmatlanság, mellkasi s szívtáji fájdalmak kísérhetik. A betegek egy része rendellenes emésztésről, epigastriumi és alhasi fájdalomról, szívdobogásról, sőt ritkán angina pectorisnak megfelelő érzésről panaszkodik. A betegség felismerését a vérnyomás mérése is megkönnyítheti. Az ifjúkori endoarteriitis diagnózisát azért is fontosnak tartja, mert megfelelő kezelése jó eredménnyel jár.

Hasenfeld és Szili (Budapest): Aggkor, arteriosclerosis és Wassermann-reactio. 188 öreg, arteriosclerosisban szenvedő egyén közül 20-ban találtak pozitív Wassermann-féle reactiót, a mi a tünet nélküli lues gyakorisága mellett szól az aggkorban. Hajlandók ezért az arteriosclerosis gyors előhaladását lues asymptomaticára visszavezetni, s ezért a jód- vagy higanykezeléstől jó eredményt várnak.

Romberg (Tübingen) az arteriosclerosis okát a véredek falának vitális és physikális tekintetben való kopásában látja. E mellett szól az is, hogy a legtöbbet használt, illetőleg megérőltetett szervekben fejlődik ki először. A legjobb orvosságnak ezért a nyugalmat tarja. A vérerfal vitalitásának csökkenése lues, fertőzőbajok s talán anyagcserebántalmak következtében hozzájárulhat a betegség előidőzéséhez. Már régebben ismertette azt, hogy az arteriosclerosis egyes vidékeken kevésbé jár vérnyomás-emelkedéssel. Ez utóbbi nem állandó jele a betegségnek. A fennálló vérnyomásemelkedést interstitiális nephritisre vezeti vissza. Betegeknek diuretikum, kevés digitalist vagy strophantust, sóban szegény diétát rendel.

Megemlíti tanítványának, Fischernek vizsgálatait, melyek szerint az intima elváltozásai nem arányosak azzal, a mit tapintás útján állapíthatunk meg az ereken. Nem tartja szükségesnek a periferiás véredek megbetegedésétől a viscerális arteriosclerosis elkülönítését. Az atheromát sem különíti el, számos újabb vizsgálat eredménye támogatja álláspontját.

Frischmann (Budapest) gyakran látott arteriosclerosist fiatalabb egyénekben, a tünetek alapján rendszeren neurastheniával tévesztik össze. (Folytatása következik.)

Szegedi Orvosegyesület.

(1909. május 12.-én tartott ülés.)

Elnök: Faragó Ödön.

Jegyző: Berger Mór.

(Vége.)

6. Erdélyi Jenő: Intubációs decubitusokból keletkezett gégeszűkületek retrograd tágitásáról betegbemutatókkal. Az O'Dwyer-féle intubációs eljárás ma már úgyszólván közkinccsé vált. Az intubációs készüléket igen sok gyakorló orvos műszerei között is megtaláljuk. S ha még ma is van eszmecsere a fölött, hogy a fuladás veszedelmével fenyegető croup-esetekben primaer tracheotomia, vagy intubatio végzendő-e, annak a többek között egyik főokát az intubatióból eredő traumákban, az intubációs decubitusban kell keresnünk, melynek jelenléte a detubatio lehetetlenségét, s a secundaer tracheotomia szükségességét vonja maga után az utóbbinak esetleg összes kellemetlen utókövetkezményeivel együtt.

Az intubációs decubitus az eljárás kezdetén sokkal gyakoribb volt, szerencsére a műszer tökéletesítésének és a serumos kezelés racionális kivitelének, ma már sokkal ritkább. Ma a legtöbb intézet az intubatio mellett foglalt állást, s az így kezelt esetek eredménye jóval felülmúlja a primaer tracheotomiával elért eredményeket. Ez természetes is, az intubatio kevésbé beható, veszélytelen, gyorsan kivihető eljárás.

A decubitusok rendszeren a gége és légcső elülső falán keletkeznek, leggyakrabban a pajzs- és gyűrűporcon. Létrejöttükben a nyomáson kívül kétségen kívül más momentumok is szerepelnek, így: a gyermek kora — a 6. évtől lejjebb gyakoribb —, a gyermek erőbeli állapota, a betegség súlyossága, esetleg más betegséggel való complicatioja, a tubus minősége stb.

A fekélyképződés lehet felületes és mély, s habár súlyossága sok esetben a tubus bennfekvési időtartamával egyenes arányban van, más esetekben, tekintve a többi felsorolt és jelentékeny szerepet játszó momentumot, ellentmondásokat is találunk, így pl. 1—2 nap múlva már súlyos decubitus fejlődhet ki, máskor heteken át végzett intubatio sem okoz decubitust.

Kórházi anyagunk sajnos igen gyakran a legsúlyosabb eseteket szolgáltatja. Szegény szülők rosszul táplált gyermekei kerülnek kezelésünk alá, s ezek sem a baj kezdetén, hanem midőn már a betegség elhatalmasodott s a gyermeket a fuladás veszedelme fenyegeti. Ily esetekben nem csoda, hogy a folyamatot gyorsan megállítani nem tudjuk s habár lehető kis tubusokat alkalmazunk nagy adag serum (4000 E. magyar serum) alkalmazása mellett — melyet szükség esetén 24—36 óra múlva megismételni nem késlekedünk —, a detubatio 6—8 nap múlva sem sikerül, decubitust kapunk s secundaer tracheotomiához fordulunk.

Mindig tracheotomia ima-t végzünk lehetőleg mennél mélyebben. További kezelésünk eddig rendszeres, naponkénti intubatióból állott — secundaer intubatio sec. Bókay —, hogy a szűkület kifejlődését meggátoljuk. Sajnos azonban, ez több esetben nem sikerült, így a Boros igazgató által ma bemutatott, gégeplastikával gyógyult esetben sem, a gyermekből „canulard” lesz, a heges szűkület kifejlődik s a gyermek egy következményeiben veszedelmes secundaer műtét előtt áll.

E secundaer műtétek mindegyikét a laryngofissio vezeti be, utána pedig a következő műtéti eljárások valamelyikét alkalmazzuk:

1. Heg átmetszése és tágitása:

- a) felülről secundaer intubációval,
- b) Schrötter-féle bougiekkel vagy csövekkel:
 - a) felülről, b) retrograd,
- c) heg-átmetszés után különböző canulók.

2. Heg kiirtása után:

- a) Thiersch-féle transplantatio,
- b) gégeplastika,
- c) trachearesectio tracheális szűkületeknél.

A Boros igazgató által bemutatott gégeplastika-eset utókezelésekor a strictura kifejlődésének meggátolása céljából a laryngofissiót sebet fel és lefelé Hegarokkal tágitottam s az eljárással elért sikeres eredmény vezetett ama ideára: nem lehetne-e hasonlóképpen a tracheotomiás nyíláson keresztül a tracheát illetőleg a géget retrograd tágitani és kitágítással a decubitusból eredő heg kifejlődését meggátolni?

Előbb gyomorszondákat vettem elő, de ezek nem bizonyultak alkalmasnak s ekkor a fenti esetben alkalmazott hajlítható fém-Hegarokra tértem vissza; kísérletem sikerült s csakhamar oly vastagságú Hegart vezettem be retrograd, melyhez hasonló nagyságú tubus bevezetése a gyermek szájának anatómiai viszonyainál fogva lehetetlen.

Az eljárás egyszerű. A gyermeket, a vállakat és a mellkas felső részét szabadon hagyva, erősen lepedőbe burkoljuk, és légesőmet-szésnek megfelelő helyzetbe fektetjük. Egy ápolónő a törzset fixálja, illetőleg a vállakat erősen befelé húzza. Az orvos a beteg feje mögött áll, bal tenyérrel az állra gyakorol húzó nyomást, így a beteg nyakát lehetőleg kifeszíti és a fejet is fixálva tartja. A canul előzetes eltávolítása után a bevaselinezett Hegart a szabadon maradt jobb kézzel merőlegesen levezetjük a tracheotomiás seb fenekére, azaz a trachea hátulsó faláig s most a külső végét súlyosztva, illetőleg lenyomva a szegycsontra, belső végét fölfelé toljuk egész a garatüregig. Természetesen ez eljárással a levegőt a tüdőtől is elzártuk s így a Hegart csak 5—10 másodpercig hagyhatjuk benn.

Kihúzva az eszközt, a gyermek pár mély légvételt tesz s utána a következő vastagságú Hegart tolhatjuk le, míg a gyermek tracheája belvilágának megfelelő vastagságig el nem jutottunk, mely, ha az első alkalommal nem is, de a következőkben okvetlenül sikerül.

E műveletet előbb naponként, majd másodnaponként, később még nagyobb időközben folytatjuk. Az első tágitást a tracheotomia utáni 6—8. napon kezdjük meg. Mindig ablakos canult használunk és ha csak lehet, mindjárt az első tágitás után ragtapaszszal a canulnyílás részleges elzárásához fogunk, hogy a gyermek a felülről való légvételhez hozzászokjék. S ha végre sorozatos tágitások után 3—4 napig teljesen csukott canul mellett légett: a canul végleg eltávolítjuk.

Ez eljárást az előbb említett gégeplastikás eseten kívül még 5 esetben alkalmaztam. A 6 esetet van szerencsém bemutatni. Négy teljesen gyógyult, kettő a gyógyulás előrehaladt szakában — a canulnyílás gombostűfej nagyságban nyitott — jelenleg is kezelés alatt áll. Gyógyult eseteim kórtörténetei a következők:

1. Lásd Boros József dr. postdiphtheriás légesőszűkület plastikával gyógyított esetének kórtörténetét.

2. H. K. 1 éves fiúgyermek. Felvétel 1908 december 15.-én. Ezelőtt 2 1/2 hónappal diphth. croupban szenvedett s a betegség 5. napján teljesen kimerülve került kezelésünk alá. Hét napon keresztül volt intubálva és ekkor a detubatio kivihetlensége, illetőleg decubitusok fejlődése miatt tracheotomia ima-t állott ki. Azóta rendszeres secundaer intubatio mellett a decunulement nem sikerült. December 15.-étől 1909. január 16.-áig rendszeres retrograd tágitás. Decanulement sikerül, azóta teljesen jól van.

3. T. A. 2 1/2 éves leánya. Felvétel 1909 január 29.-én. Mult héten croup miatt künn a városban 9 napon keresztül volt intubálva, tubuseltávolítás után sírás vagy szaladgálás alkalmával nehezen légett, miért is gégészeti ambulanciánkon előbb naponként, majd másodnaponként a kifejlődött strictura tágitása céljából rendszeres intubatióban részesült.

Négy nap előtt ismét croupot kapott s felvétel alkalmával — addig specifikus kezelésben nem részesült — lázas, rekedt, erősen hűz. Rögtön intubatio. A gyermeket február 9.-éig, tehát 10 napon át intubáljuk s minthogy a detubatio 10 perczre sem sikerül, február 9.-én tracheotomia ima-t végzünk. Február 17.-étől kezdve retrograd tágitás a canul fokozatos zárása mellett. Március 5.-én decunulement. Azóta jól van.

4. B. L. 3 éves fiúgyermek. Felvétel 1909 február 6.-án. Odahaza 9 napig volt intubálva és 5 ízben oltva kis adag serummal. Detubatio közvetlen a felvétel előtt. A beteg hangja rekedt, köhögése ugató, erősen hűz, köpete bűzös, genyes; cyanosis; a gége érzékeny.

Azonnal tracheotomia ima-t végzünk. Nyolczadik naptól kezdve (február 14.-étől) retrograd tágitás. Március 5.-én teljes canulelzárás, március 8.-án decunulement. Azóta teljesen szabad lézés.

A mondottak alapján a módszer előnye: kevés instrumentummal könnyen kivihető, szaktudást nem igényel, teljesen veszélytelen, a heges szűkület kifejlődését meggátolni biztosan tudja.

Ezek után álláspontom a következő: Minden szükséges esetben intubatio. Ha látjuk, hogy az eset súlyos, a detubatio a fejlődő decubitusok miatt kivihetetlen, már az 5—6. napon a decubitusok