

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markosovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Guszmán József: Közlés a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bőrkórtani intézetéből. (Vezető tanár Nékám Lajos dr., egyetemi rk. tanár.) Adatok a syphilitikus recidivák létrejöttéhez. 185. lap.

Pólya Jenő: A modern rákgyógyítás módjai és eredményei. 188. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismeret. Franz Hütyra és Josef Marek: Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere. — J. Hochenegg: Lehrbuch der speziellen Chirurgie. — Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Holst: A vér kimutatása a bélsárban. — Pozzilli: A köpet glikogéntartalma. — Belorvosok. Wolpe: A menstruációnak a gyomormedvelésváltozatra gyakorolt hatása. — V. Forti: A

Neisser-féle agypunctio. — Sebészet. O. Witzel: A hasüregnek védelmi berendezései és a laparotomizáltak funkciós kezelése. — Bőrkórtan. C. Brück: Biológiai vizsgálatok pemphigus vulgarisban szenvedő egyénekben. — Venereás bántalmak. I. Wachter: Pericarditis exsudativa luetica esete. — K. Deutsch: Az emlőmirigy késői lütes megbetegedése. — Fül-orvosok. Luc: Abducens-húddal szövődött heveny mastoidis. — Voss: Salpingoskop, műszer az eszközknek az Eustach-kürtbe bevezetésére. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Hoffmann: Szer tengeri betegség ellen. — Sanfleben: Szer tussis convulsiva ellen. 193—196. lap.

Magyar orvosi irodalom. Magyar orvosi archívum. — Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 196. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 196. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 197—200. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

Adatok a syphilitikus recidivák létrejöttéhez.

Írta: Guszmán József dr. v. egyetemi tanársegéd.

Noha jóformán az egész pathológiában nincsen oly változatos, számtalan alakban jelentkező betegség, mint a syphilis, mégis azt kell mondanunk, hogy általában jellemző reá nézve a ciklusos lefolyás, a melyben bizonyos törvényszerűség majdnem kivétel nélkül felismerhető. A nagy változatosságot a betegség folyamán főként a ciklusos lefolyáson belül lejátszódó tünetek sokfélesége teremti. Ez a sokféleség pedig különbözően két körülmény közreműködésén alapul: a tünetek különböző pathológiai intenzitásán és azoknak localisatióján. Valóban bámulatos, hogy a változatos kórképeknek mily nagy száma létezhet az alig észrevehető, egyszerű hyperaemiából álló friss roseola és például a mély fekélyes széteséssel járó gumma között. S mégis mind ez a nagy változatosság nem alapul egyében, mint a pathológiai reakciónak fokozati különbségén. A syphilis lefolyását klinikailag tanulmányozva, azt találjuk, hogy tüneti eltérések a legkorábbi szakban alig jönnek szóba a gyakorlat szempontjából. Kezelés által nem befolyásolt esetekben a primaer affectio lefolyása és az első általános bőrruptio kifejlődése oly általánosan ismert, hogy már maga ez a körülmény mutatja, hogy lényegesebb eltérések csak kivételesen fordulhatnak elő. A betegségnek kameleon-szerű volta az esetek óriási zömében csakis az első eruptión túl alakul ki igazán, vagyis akkor, a mikor a lues a recidivák idejébe jut. Klinikailag tehát mindig a recidivák intenzitása, gyakorisága és localisatiója adja meg a lues lefolyásának a képét.

Mit nevezhetünk recidivának? E kérdésre általában oly módon válaszolhatunk, hogy recidiva mindazon lueses tünet, mely az első általános eruptio tökéletes klinikai visszafejlődése után keletkezik. A recidivák keletkezésének kérdésében első sorban tekintetbe kell vennünk a syphilis parasitájának viselkedését. Erre vonatkozólag

ma már nagy valószínűséggel állítható, hogy minden syphilidnek keletkezéséhez a spirochaeta pallida jelenléte szükséges. Tudnivaló továbbá az is, hogy a spirochaeta pallida, miután jelenléte folytan hosszabb-rövidebb incubatio után (a melynek a tartama a legnagyobb valószínűség szerint a spirochaeták számától függ [Neisser]) reakcióképpen a syphilid kifejlődött, idővel elpusztul, vagy legalább is számban jelentékenyen mecsökken. A spirochaetáknak eltűnése vagy számbeli csökkenése bekövetkezik akár antilueses kezelésre, akár a nélkül, a különbség csak időbeli. Legjobban észlelhető ez magán a syphilis primaer nyilvánulásán, mely e tekintetben legkönnyebben tanulmányozható is. Ugy a saját tapasztalásunk, mint számos vizsgáló adata alapján kimondhatjuk, hogy minél fiatalabb a primaer affectio, annál biztosabban és bőségesebben találunk benne spirochaetákat, és viszont mennél régebben áll fenn, annál kevesebb benne a parazita, sőt olykor festési eljárással egyáltalán ki sem mutatható. Hogy a spirochaetáknak e számbeli csökkenése a primaer affectio kifejlődése, illetőleg visszafejlődése nyomán spontan jön létre, azt az addig kezelés nélküli esetek vizsgálatából tudjuk. A spirochaetáknak az ezen időre eső pusztulását vagy számbeli csökkenését a szerzők különböző módon kísérelték megmagyarázni, a mire azonban ezúttal nem szükséges kitérnünk. Csak felemlítjük, hogy Jadassohn¹ helybeli, illetőleg általános „antihatasokkal” gondolja megfejtethetőnek, mások (Levaditi és Ehrmann) pedig a phagocytosinak felvételével.

A spirochaeták a primaer affectióból aránylag már korán jutnak a vérpályába és pedig valószínűleg úgy a tájékbeli nyirokcsomók útján, mint egyenesen a primaer góczból. Nem tudjuk azonban, hogy a spirochaetáknak a véráramba jutása milyen időben veszi kezdetét. Hoffmann-nak² oltásos majomkísérlete mindenestre azt bizonyítja, hogy a spirochaeta már 3 héttel az általános kiütést megelőzőleg keringhet a vérben. Tény az, hogy az első általános exanthema megjelenésekor a spirochaeták a kiütés elemeinek megfelelően mindenütt jelen vannak. Az is valószínű, hogy a

¹ Jadassohn: Syphilidologische Beiträge. Archiv f. Dermatologie u. Syph., 86. k.

² Hoffmann: Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 13. sz.

spirochaeták már egy ideig ott helyben vesztegelnek, illetőleg szaporodnak, míg reactióképen az első exanthemát létrehozzák. Az a régi felvétel, mely a roseolát toxin által létrejött erythemának tartotta, véglegesen elejthető, mert számos vizsgáló (*Bandi és Simonelli, Zabolotny, Veillon és Girard*) kimutatta benne a spirochaetákat. Az első eruptio alkalmával kifejlődött általános papulás syphilidben pedig mi magunk is már 1905-ben kimutattuk a spirochaetákat. A typosos első általános exanthema tehát minden elemében magában rejtja a spirochaetát. Ennek az exanthemának — legyen ez akár egyöntetűen foltos, vagy keverten papulás — a további sorsa mindig az, hogy fokozatos kifejlődés után, fokozatosan ismét visszafejlődik, míg végül klinikailag nyomtalanul elmúlik. A kiütés elmúlásában a kezelésnek általában csak annyiban van befolyása, hogy antilueses kezelésre a syphilid sokkal gyorsabban tűnik el.

Az első általános eruptio elmúltával most a bőrön (nyálkahártyákon) már semmiféle klinikai lueses tünet sincsen a következő recidiváig. Az a kérdés ezek után, hogy az első kiütés teljes elmúlása azt jelenti-e, illetőleg annak a külső nyilvánulása-e, hogy a spirochaeták ott helyben, a hol az elváltozásokat okozták, ugyancsak eltűntek, illetőleg elpusztultak? A kérdés igen fontos, mert a későbbi bőr- vagy nyálkahártyarecidivák létrejöttéhez szükséges spirochaeták odajutását magyaráznunk kell. Ha elpusztultak — akár kezelésre, akár a nélkül —, nyilvánvaló, hogy a recidivák is csak úgy, mint az első eruptió góczok, újabb spirochaetás metastasisok által magyarázhatók. Ha ellenben csak számbelileg megfogytak és látszólag nyugalomban vannak és vesztegelnek, akkor nem szükséges egy újabb recidiva esetén az újabb syphilidek keletkezéséhez mindig emboliás, tehát friss haematogen eredet keresnünk.

Vizsgáljuk tehát, hogy miképen áll e kérdés tudásunk mai anyagának segélyével. *Neumann*¹ volt az, a ki a recidivák létrejöttét először magyarázta tudományosan az első általános kiütésből helyben visszamaradt vírusból. Ez a szerző az akkori vizsgálataival kimutatta, hogy a korai bór-syphilidek épen nem oly ephemer jelenségek, mint a milyeneknek klinikailag látszanak. Több, már régen eltűnt syphilidnek helyét szövettanilag vizsgálva, azt találta, hogy jöllehet klinikailag semmi észrevehető jel sem mutatja már a régi góczot, rajta mégis elég állandóan mutatkoznak pathológiás elváltozások. Ezek az elváltozások főleg gömbsejtes infiltrátumokból állottak, a melyek részben perivascularisan, részben a tüszők és a gomolymirigyek körül foglaltak helyet. *Neumann*, a kinek idejében a syphilis parasitája még ismeretlen volt, ehhez a sokáig fennálló sejtbeszűrődéshez kötötte a syphilisnek ismeretlen vírusát. Leletével bizonyítani óhajtotta azt a már régóta tapasztalt klinikai észleletet, hogy a lueses egyén bizonyos megfelelő körülmény között testének bármely részéről és hosszú időn át fertőzhet egészséges egyént. Tudjuk, hogy ezzel a felfogással homlokegyenest ellenkezik a *Virchow*-féle régi nézet, mely azt mondja, hogy a syphilis vírusának állandó depotja a nyirokesomókban van, a honnan időnként a véráramba kerül és metastasis útján létrehozza a specifikus jelenségeket.

Közvetlenül a spirochaeta pallidának felfedezése előtt *Finger*² is foglalkozott ezzel az érdekes kérdéssel; ő azt más vizsgálati mód híján klinikai alapon vizsgálta. *Finger* azon lueses bórrecidivákból indult ki, a melyek sajátosságuk megjelenésük által már régebben magukra terelték a figyelmet. Ilyenek különösen a köralakú papulás csoportok és az annuláris roseola. Ez a gyűrűformájú roseola tudvalevően nemesak késői tünet (*Fournier* szerint úgynevezett tardiv secundaer tünet), hanem már első recidiva alakjában jelentkezhet. *Finger* e syphilis-recidivák sajátosságos alakját oly módon magyarázza, hogy az első általános kiütés nyomán visszamarad életképes vírus, mely azután alkalmas viszonyok között centrifugális terjedésben újabb lueses reactiót vált ki. A recidiva tehát a régi syphilidnek a peripheriájából indul ki s így jön létre a gyűrűs rajzolat. A gyűrűn belüli ép terület a lokális immunitásnak külső kifejezője. *Finger* tehát nem találta szükségesnek, hogy az annuláris recidivákat *Harttung*³ felfogása szerint magyarázza, a ki azt hitte, hogy

azok (különösen az annuláris roseolák) azért jelentkeznek oly sajátos módon, mert az új metastasis folytán a bőrbe jutott vírus az előző syphilid helyén már oly kész elváltozásokat talál, a melyek a lueses jelenség újabb kifejlődését ugyanazon a helyen lehetlenné teszik. Ezért terjedne tehát az újabb recidiva csak a környékén tovább. *Harttung* szerint ezek a pathológiai eltérések főleg sejtes hyperplasiában és keringési zavarokban állanak. Ezenkívül a vasomotorokra ható toxinokat is hajlandó felvenni.

Kétségtelen azonban, hogy ezek a vélemények a syphilis parasitájának ismerete nélkül csupán hypothesisek voltak, jöllehet a *Finger*-féle magyarázat a *Neumann*-éval összeegyeztetve igen valószínűnek látszott. Lássuk immár, mit nyújtanak azok a vizsgálatok, a melyeket a spirochaeta pallida jegyében végeztek. Bizonyos ugyanis, hogy ha az elmúlt syphilid helyén és maradványában a latens szakban életképesen visszamaradt spirochaetákat tudunk kimutatni, akkor a recidivák egy részének keletkezése egyenesen azokból fejthető meg. Az a körülmény, hogy a bármely okból számban megfogyott spirochaeták minden klinikai reactio nélkül hosszabb ideig életképesen megmaradnak, nem kelthet csodálkozást, hiszen a késői, néha évtizedek után hirtelenül kifejlődő lueses jelenségek épen azért lépik meg a beteget, mert hosszú időn át klinikai tünete nem volt.

Ha a syphilis fertőző képességét a spirochaeta pallida jelenlétéhez kötjük, akkor annak részleges megmaradását a lueses nyilvánulások maradványaiban a legszembetűnőbbben *F. Sandman*-nak¹ sikerült kimutatnia. Ez a szerző e célból majomoltásokat végzett. Vizsgálataiból kiderült, hogy 9 esetben az erélyes kezelésre teljesen visszafejlődött és gyógyult lueses nyilvánulások (8 sklerosis és 1 sec. papula) maradványaival végzett oltások majmon pozitív eredményre vezettek. Megjegyezzük, hogy a sklerosisok gyógyulása és az oltások közötti idő néhány nap és 14 hónap között változott. A secundaer papula maradványának anyaga pedig a teljes gyógyulástól számított 1½ hónap után került beoltásra. Nyilvánvaló tehát, hogy a spirochaeták látszólag gyógyult syphilises jelenségek maradványaiban sokáig, akár évekig is életképesen megmaradhatnak.

De egyéb adataink is vannak, melyek a syphilidek elmúlása ellenére az ott helyben megmaradt spirochaetáknak létezését bizonyítják. Saját vizsgálataink is ezt teszik.

Vizsgálatainkat a spirochaeta pallidának a kimutatásához kötöttük. Vizsgálati anyagnak azokat a helyeket használtuk, a hol előzőleg korai secundaer lueses tünetek foglaltak helyet. Legtöbbször gyógyult tonsilláris plaque-ok helyét vizsgáltuk. Ezt összesen 17 korai latens syphilisben szenvedő betegen végeztük. A betegek az infectio után a 3—7. hónapban voltak, a mikor azon tonsilláris plaque-okat észleltük, a melyeknek maradványait a klinikai gyógyulás után később vizsgálat alá vettük. Betegeink toroktüneteit kivétel nélkül erélyes kénesókúrával (30—50 kenés) és lokális kezeléssel gyógyítottuk. A tonsilláris spirochaetákra való vizsgálatát mindig a plaque-oknak tökéletes elmúlása után végeztük. Az elmúlt idő 10 nap és 11 hét között váltakozott. Megjegyezzük, hogy a spirochaetavizsgálat idejében betegeink sem a szájban, sem egyebütt manifest lueses tünetet nem mutattak.

A spirochaeta-vizsgálatot úgy végeztük, hogy a megfelelő tonsillát steril vattával gondosan és többszörösen megtörtöltük, majd pedig éles kanállal vagy szikével könnyedén megkapartuk, míg kevés vér szivárgott. Ezt lehetőleg vékony rétegben kimentük a tárgylemezen és *Giemsa*-oldattal megfestettük.² Egy-egy esetről 2—3 készítményt készítettünk. A vizsgálat 9 esetben pozitív eredményt adott, ezekben az esetekben a spirochaeta pallidát teljes typosos alakjában aránylag nagy számban sikerült kimutatnunk. Ki kell emelnünk, hogy a spirochaetákat oly latens esetekből nyertük leginkább, a melyekben a tonsilla és az elülső garatv bizonyos kisfokú rigid beszűrődöttséget mutatott. Az első pozitív esetünk is ilyen volt, a következő 3 esetben, a melyben beszűrődésnek nyoma sem volt, a spirochaeta-vizsgálat a legszorgosabb keresés ellenére is negatív eredményt adott. Később főleg oly tonsillákat vizsgáltunk, a melyek a beszűrődöttségnek ezt a csekély nyomát mutatták. Ezek közül azután még 8 ízben sikerült a spirochaetákat megtalálnunk.

¹ *Neumann*: Archiv f. Dermatolog. u. Syph., 1885.

² *Finger*: Zur Klinik d. Hautsyphilide. Berl. klin. Wochenschrift, 1904. 970. l.

³ *Harttung*: Beitrag z. Kenntniss der wiederkehr. makulösen Syphilide. Archiv f. Dermatologie. 43. k.

¹ *F. Sandmann*: Impfung mit Resten v. syphilitischen Effloreszenzen. Dermat. Zeitschrift, 1908. XV. k., 5. f.

² Részben hígított *Giemsa*-oldattal 12 óráig, részben hevítés általi gyorsfestéssel (*Preis*).

A spirochaetákat tartalmazó tonsilláknak sajátos, nem gyökér, kissé merev infiltrációja a korai latens szakban eléggé jellemző s ezért már az eddigi tapasztalásunkból is mondhatjuk, hogy kis gyakorlottsággal már eleve gyaníthatjuk azokat az eseteket, amelyeknek a vizsgálata pozitív spirochaetaleletet ad. Minthogy a tonsillának spirochaetás vizsgálata rendkívül könnyen végrehajtható és akadályokba ügyszólván sohasem ütközik, felmerülhet a kérdés, hogy a korai lueses eseteknek latens szakában felhasználható-e ez a vizsgálati mód a diagnosis biztosítására. Az eddigi tapasztalásunk alapján úgy véljük, hogy az bizonyos esetekben annál is inkább tehet jó szolgálatot, mert pozitív lelet esetén minden körülmény között teljes bizonyossággal felvehetjük a fennálló luest.

Igen érdekes és tanulságos adatokat kaptunk a következő pozitív esetünkben: X. Y. 22 éves böcsészethallgató luesét 1908 április havában acquirálta. Jelentkezésekor (június hó) kifejezett sclerosisa és általános maculás kiütése volt. 50 kenés egy huzamban. A beteg nem dohányos. 1908 október havában gyengén kifejezett plaque-ok a torokban, nevezetesen a tonsillákon és az elülső garatíveken. Ezek helybeli kezelésre és 30 kenésre csakhamar megszűntek. Nagy nyaki nyirokesomókon kívül semmiféle tünetnek nyomát sem mutatott bal tonsillából, közel az elülső garatívhez véres kaparékot vettünk. A vizsgálat nagy számban típusos spirochaeta pallidát derített ki. Január 10.-én ugyanarról a helyről újabb vizsgálati anyagot vettünk. Az eredmény most is pozitív volt. A harmadik vizsgálatot január 20.-án végeztük s az eredmény ekkor is ugyancsak pozitív volt. *Ez az esetünk világosan bizonyítja, hogy a korai tünetmentes szakban a tonsilla hosszabb időn át is rejtethet magában spirochaetákat.* Közel fekvő az a felvétel, hogy az oly betegnek, mint a most említett, nem kellene egyebet tennie, mint hogy ingereknek kitegye a torkát (például dohányzás) és újra megkapná a plaque-okat.

Ezt a véleményünket megerősíteni látszik a következő esetünk, a mely szintén a fenti 9 pozitív esetünk közül való. X. Y. 28 éves ügyvédjelölt syphilissel 1908 augusztus havában fertőzte magát. Észlelésünk alá akkor került, a mikor előzőleg már 20 kenést és jodkúrát végzett. 1908 november havában kifoszlott papulák a tonsillákon. Ezek általános és helybeli kezelés közben (20 kenés, ecsetelés) csakhamar elmúltak. 1909 január elején a beteg még tünetmentes. Ugyanakkor a jobb tonsilla alig észrevehetően infiltrált. A kaparékban spirochaetákra bőven akadunk. 10 nappal később (pár napi erősebb dohányzás nyomán) ugyanott kis típusos lueses plaque-ot találtunk, a melyben természetesen nagy számmal volt spirochaeta.

Nyilvánvaló, hogy az ily adatok alapján mennyire gyanus szemmel kell néznünk „tűntmentes” betegeink szájüreget a fertőzőképesség szempontjából.

Hasonló vizsgálatokat a köztakarónak különböző helyein is végeztünk, és pedig elég nagy számban (mintegy 15 esetben). Itt is klinikailag már teljesen meggyógyult korai lueses tünetek (papulák) maradványait vizsgáltuk. Az eredmény nem volt biztató, mert mindössze egy ízben sikerült a típusos pallidákat elég nagy számban egy teljesen meggyógyult, kissé hypertrophiás nedvező genitális papula maradványaiban kimutatnunk. Az esetre nézve megemlítjük, hogy fiatal nőre vonatkozott, a kinek luese a vizsgálatkor körülbelül 4 hónapos volt. A papula teljes eltűnését a vizsgálat idejétől 16 nap választotta el. Még megjegyezzük, hogy a papula a frenulum labiorum pudendi-n ült s hogy a beteg a vizsgálat előtt közvetlenül 40 kenést befejezett. A többi vizsgálatunk negatív eredményt adott. Vizsgálati anyagként főleg száj körüli és genitális papulák szerepeltek. Hogy a negatív esetek nem bizonyítják azt, hogy a vizsgált helyen spirochaeták nem lettek volna, azt Sandman kutatásai is valószínűvé teszik, mert a gyógyult sclerosisokban ő sem talált spirochaetákat, jóllehet az ilyen anyaggal végzett oltásai pozitív eredményre vezettek.

Oly adatokkal, melyek a spirochaetáknak a lueses nyilvánulás helyén való hosszabb megmaradását bizonyítják, többször találkozunk az irodalomban. Így Hoffmann¹ is említi, hogy több ízben neki is sikerült lueses residuumokkal pozitív oltást elérnie. Ki tudta továbbá mutatni a spirochaetákat életképes állapotban a „Dunkelfeldbeleuchtung” segítségével specifikusan még nem

kezelt sclerosisok maradványában és hegében. Más vizsgálók is találtak az exanthemák residuumában spirochaetákat. Így Pasini egyik congenitális lueses esetében a papulák syphilidnek atrophias és pigmentált maradványában 2 év után is ki tudta őket mutatni. Látzólag ép tonsilla kaparékában a luesnek korai latens szakában Krulle és Hoffmann is talált spirochaetákat.

Mindezek a tapasztalások és vizsgálatok ellentmondanak azon nézetnek, a melyet Thalmann különben igen érdekes munkájában¹ kifejezésre juttatott. Ez a szerző elméleti okoskodásokból kiindulva többek között azt állítja, hogy a kéneseinek a spirochaeta pallidára nézve specifikus baktericid hatása van. A kénese hatása alatt a syphilidekben a spirochaeták tömegesen pusztulnak, szétesnek, a minék azután a közvetlen hatása az, hogy felszabadulnak belőlük az endotoxinok. Ez a felvétel akkor állhatna meg, ha bebizonyosodnék, hogy a lueses jelenségekből a spirochaeták az intenzív kezelés folytán kivétel nélkül elpusztulnak. Thalmann állítja is ezt. Magyarázata ellenében az imént ismertetett döntő adatokon kívül legjobban felhozhatók a mi tapasztalásunk által is megerősített azon vizsgálatok (Preis, Fűrész²), a melyekből kiderül, hogy a manifest lueses tünetek, ha már gyógyulóban és visszafejlődésben vannak is, intenzív általános és helybeli kezelés ellenére gyakran tartalmaznak elég bőven spirochaetákat.

Kiséreljük meg fejtegetni, hogy mai ismereteink segítségével a spirochaetáknak egyik-másik lueses recidívához való viszonyát mily módon foghatjuk fel. Tudjuk, hogy a syphilisnek legkorábbi szakában is már általánosan fertőzött a szervezet. A syphilis tudniillik már előbb árasztja el a szervezetet spirochaetákkal és toxinokkal, mint a hogyan azt az általános fertőzés klinikai megjelenése nyomán gondolták. Egyebek között a korai Wassermann-féle reactio és főleg Hoffmann-nak a vérben talált spirochaeta-lelete e felvétel mellett szól. A syphilisnek első általános eruptiója alkalmával a spirochaeták szükségképpen az egész szervezetben vannak szétszórva. Jelenlétüket a test egyes részein azonban csakis azon általuk ébresztett reakcióból ismerjük fel, mely klinikai tünettől jár. Hogy ilyenkor jelen vannak a spirochaeták, azt bizonyosnak vehetjük, hiszen arról a legtöbb esetben elég könnyű szerrel meggyőződhetünk. Csaknem bizonyossággal felvehető, hogy például a belső szervekben is megtelepszik a spirochaeta, a hol rövidebb-hosszabb ideig életképesen megmaradhat, de arról a legtöbb esetben klinikailag tudomást nem szerezhethetünk. Kivételesen azonban már a legkorábbi szakban is okozhatnak tüneteket a belső szervekben. A legújabbban Wachter³ által közölt pericarditis exsudativa luetica esete a korai secundaer időszakban is ezt látszik bizonyítani. Hogy a syphilis beteg leginkább már az ily korai szakban, a spirochaetákkal először elárasztás alkalmával szerzi meg a talajt a későbbi, lueses alapon kifejlődött belső bajokhoz, az több újabb szerző véleménye szerint valószínű (Thalmann, Wachter).

Miután a spirochaeták reakciója által létrejött tünetek (leginkább a köztakarón és a száj nyálkahártyáján) teljesen kifejlődtek, idővel ismét visszafejlődnek, antilueses kezelésre gyorsabban, a nélkül pedig lassabban. A syphilidek ilyenkor — ha tudniillik a típusos korai jelleget öltik — felszívódnak és pedig klinikailag elég gyorsan és tökéletesen, szövettanilag azonban igen lassan, hosszú idő múltán. Az eddigi tapasztalataink azt mutatják, hogy a spirochaeták által létrehozott syphilid felszívódásával vagy szétesésével párhuzamosan és aránylagosan pusztulnak el a benne levő spirochaeták is. Neumann vizsgálatai óta tudjuk, hogy a felszívódás szövetileg nem oly tökéletes, mint klinikailag. A spirochaeták ennek megfelelően nem is pusztulnak el valamennyien a syphilid gyógyulásával, sokszor visszamaradnak valószínűleg oly helyen, a hol a felszívódás tömegre nézve a legesekélyebb, azaz a peripherián. A spirochaetáknak tökéletes elpusztulását véleményünk szerint csak oly syphilidekben vehetjük fel, a melyekben a szövet teljesen szétesik, például az ulcerált gummában. Ily heges területen recidiva nem is lesz sohasem, hiszen épen ez a tapasztalat az, mely a lues és a lupus vulgaris közötti differenciáló diagnosisra felhasználható. Hogy a spirochaeta pallida pusztulása mily egyéb körülmények közreműködése által (lokális

¹ Thalmann: Die Syphilis und ihre Behandlung stb. Dresden, 1906.

² A luesellenes kúra és a spirochaeta pallida. Budapesti orvosi ujság, 1907. (Bőrkórtani melléklet.)

³ Wachter: Wiener klin. Wochenschrift, 1909. 3. sz.

¹ Hoffmann: Dermatologische Zeitschrift, 1908. 5. füzet.

immunitás, antihátások stb?) jön létre, azt határozottan nem tudjuk. A valóság azonban az, hogy a korai syphilid eltűnése ellenére is még megmaradhat életképes állapotban a spirochaetának egy része. De megmaradnak a spirochaeták alkalmasint azokon a helyeken is hosszabb-rövidebb ideig, a hova az első transport alkalmával eljutottak, de reactiót klinikai tünet alakjában nem hoztak létre („apathiás” szervek és szövetek, Lang¹). A spirochaeták tehát nyugalmi állapotban maradnak, mely nyugalmi állapot ismereteink mai állása szerint csak klinikai értelemben az, biológiailag bizonyára nem.

Az első elárasztás alkalmával deponált és teljes számban el nem pusztult spirochaeták azonban ismét klinikai jelenségeket támaszthatnak, újabb syphilideket teremthetnek, a melyeknek olykor megvan a külső sajátos voltuk is (gyűrűs elrendeződés). Hogy a spirochaetának ezt a rekrudeszkálását mi váltja ki, azt részben tapasztalásból tudjuk, részben gyanítjuk. A genitáliákon, a végbél körül, a tenyéren bizonyára a külső ingerek azok, melyek kémiai vagy mechanikai úton élesztik fel újra a bakt. A szájban a leggyakoribb recidivát kiváltó és fenntartó ok a hiányos szájápoláson kívül a dohányzás. De alkalmasint más, belső okok is szerepelnek e kérdésben. Így első sorban az immunitásos talajviszonyok ingadozása és változása, nevezetesen pedig az immunitás helybeli eszkénzése. Hiszen *Finger* és *Landsteiner*² is azon gyanújuknak adnak kifejezést, hogy a syphilisnek cyclusos lefolyása az immunitásos jelenségek ingadozásában találja magyarázatát.

De hibáznánk, ha a recidivák kifejlődését csak is az első eruptióból visszamaradó spirochaetákkal akarnók magyarázni. Az általánosabb jellegű, főleg pedig az emboliás típusú syphilidek, a melyek különösen a végtagokat lepi el, bizonyára legtöbbször valamely góczból származó és felszabaduló újabb disseminatio eredményeként vehetők.

Ez természetes is, mert nemcsak számtalan klinikai észleletből, hanem azon pozitív adatokból is kiválglik, a melyeket *Hoffmann*³ vizsgálatai nyújtottak. E vizsgáló ugyanis a luesnek 3. és 6. hónapjában vénás vérrel majmon végzett oltásokkal pozitív eredményt kapott. Nyilvánvaló ebből, hogy a spirochaeta az első eruptio után jóval később is kering még a vérben. Hogy ilyenkor újabb spirochaetás emboliák létrejöhetnek, nem lehet kérdés tárgya. A syphilis recidiváknak újabb haematogen eredete különben eléggé ismeretes. Ezt számos megfigyelés bizonyítja. Ilyenek különösen a *Marcuse* és *Hoffmann* által thrombophlebitisre visszavezetett erythema nodosum syphiliticum esetei. *Finger* is említ ily kiválóan tanulságos példát. Egyik nőbetegén a szétesett torokpapulákhoz 3 ízben roham alakjában friss erythema nodosumszerű syphilid társult, mely antilueses kúrára mindannyiszor elmúlt. Ily esetekben újabb emboliás folyamatnak a felvétele helyesnek látszik. Ezek azok az esetek, a melyekben *Thalman* a „solitaer secundaer affectio” kifejezést használja, a melylyel azt óhajtja jelezni, hogy az első eruptio alkalmával keletkezett secundaer gócz a vírusnak egy újabb általános elárasztással járó disseminációját létesíti. Ez nem is oly ritka jelenség. A *Scherber*⁴ által észlelt eset, a melyben tonsilláris papulák nyomán maculosus kiütés támadt a testen, a gyakorlatban többször észlelhető, a mint arról magunk is meggyőződhattunk. Kérdéses azonban ilyenkor, hogy a „solitaer secundaer affectio”-nak vett gócz csakugyan más, vagyis régebbi spirochaetás disseminációból ered-e, mint az új kiütés. Ezt határozottan aligha dönthetjük el, mert igen jól elképzelhető, hogy egy és ugyanazon disseminatio eredményeként a reactio (lueses tünet) hely, spirochaetaszám és szerv szerint különböző időben jelentkeznek.

Mindezen vázlatosan tárgyalt adatok alapján mondható tehát, hogy a lueses recidivák létrejöhetnek egyrészt az előző syphilidek maradványaiban életképesen és virulensen helyben visszamaradt spirochaeták által, másrészt azáltal, hogy valamely szervből vagy szervrészletből időnként, eddig ismeretlen okból a spirochaeták

felszabadulnak, a keringésbe jutnak s így haematogen úton új helyen újabb tüneteket támasztanak. Annak az eldöntése, hogy mely recidiva mily módon jött létre, csak akkor gyanítható vagy vehető fel nagy valószínűséggel, a mikor a klinikai tünetek mérlegelése, esetleg aetiologiás vizsgálataink némi felvilágosítást nyújtanak. Mäskor a létrejövétel módja még csak nem is gyanítható.

Oly eset, mint a minőt ismertettünk (tonsillavizsgálat) mindenestre azt látszik bizonyítani, hogy az újabb plaque keletkezése ott helyben találja a magyarázatát. Ide tartoznak azon klinikailag jól észlelt esetek is valamennyien, a melyekben a syphilis recidivák sajátossága különösen abban nyilvánul, hogy ugyanazon testrészen gyakran és makacsul éveken át ismétlődnek a nélkül, hogy egyebütt a testen lueses tünetet találjanak. Hogyan magyarázható másképen, mint a spirochaetának helybeli rekrudeszkálásával az oly eset, a melyben erőyes kezelés ellenére a tenyér-papulák 3 év alatt 5 ízben ismétlődtek (saját észlelésünk). Hogyan másképen az elég gyakran előforduló többszörös recidivákkal járó annuláris jellegű tünetek a serotumon? A szájüregbeli, főleg nyelv- és torok-syphilidek nagy részét talán fel sem kellene említenünk. Ezeknek észlelésekor sokszorosan tapasztaljuk, hogy a tünetek heteken és hónapokon keresztül ismétlődhetnek, majd kezelésre ismét elmúlhatnak, de a szomszéd helyen megint kiújulnak, ha bizonyos ingerek (dohányzás) ismételten közreműködnek. Ilyenkor a testen egyebütt a tünetek teljesen hiányzanak s így valóban erőltetett volna arra gondolni, hogy az egyes helybeli eruptiók újabb-újabb metastasisnak az eredményei.

De ha a viszonyok így állanak, akkor a gyakorlatra nézve is kapunk útbaigazítást. A spirochaetának a korai latens szakban és az elmúlt lueses nyilvánulásokban való megmaradásának ismerete, s főleg oly konkrét esetek, mint a minőt fentebb ismertettünk (genitális papulavizsgálat), mutatják leginkább, hogy a fertőzés továbbvitelének meggátlása ezéjából mily nagy óvatosságra kell betegünket kioktatnunk. Kiválglik továbbá az is, hogy a prostituáltaknak még pontos klinikai vizsgálata is mily illusorius lehet.

A modern rákgyógyítás módjai és eredményei.

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

(Vége.)

Ezekben mutattuk volna be a gyökerező rákműtéteknek a mérlegét, szembeállítva egymással a műtétben rejlő életveszedelmet az élet meghosszabbításának valószínűségével. Láttuk, hogy vannak rákok, melyeknél a műtét beavatkozás óriási közvetlen mortalitás ellenére tartós eredményre még nem vezetett, és vannak olyanok, melyekben csekély mortalitás mellett az operáltak többsége tartós recidivamentességet remélhet. Általában véve azonban be kell ismerünk, hogy az eredmények nem kielégítőek és hogy egyes fényes sikerekkel a balsikerek tömege áll szemben és hogy a rákos betegek nagyobb része betegségének a műtét ellenére is áldozatul esik.

Ezt eltekintve önkéntelenül is az a kérdés támad, hogy és miképen lehetne ezeket az eredményeket megjavítani? Hogy pedig erre a kérdésre felelhessünk, először is azt kellene tisztáznunk, hogy melyek azon tényezők, melyek a rák műtétű gyógyítása terén mostanáig elért eredményeket befolyásolják. De éppen ezeknek az exact megállapítása nagy nehézségekbe ütközik.

Annyit körülbelül határozottsággal mondhatunk, hogy a rákellenes műtétől gyógyulást csak akkor várhatunk, ha sikerül vele a szervezetben rejtőző minden rákos csírárt eltávolítani, bár vannak, és nem is kis számmal, közölve észleletek, melyek azt látszanak bizonyítani, hogy rákos csírák visszahagyása ellenére is beállhat olyan tartós recidivamentesség, mely a gyógyulással egyenértékű. *Czerny* az internatiónális rákcongressuson 3 bélrákos betegről számolt be, a kiken meggyőződése szerint nem végezte elég radikálisan a műtétet — az egyik esetben a szövettani vizsgálat is kimutatta, hogy a bélresectio még kóros, rákkal beszűremkedett területen történt — és a kik mégis 4—5 év óta recidivamentesen élnek, illetve egyikük 7 évi jólét után késői peritoneális metastasisban halt el. Számos méhrákról tudunk, a melyeknek tisztán palliatív értékű megoperálása után az asszonyok akár 5—6—7 évig is egészségesek maradtak (újabbán *Czerny*, *Steinthal*, *Weindler*;

¹ *E. Lang*: Die Spirochaete pallida stb. Wiener klin. Wochenschrift, 1908. 48—49. szám.

² *Finger* u. *Landsteiner*: Untersuchungen über Syphilis an Affen. Archiv f. Dermat. u. Syph., 1906. 81. kötet.

³ *Hoffmann*: Verhandlungen d. Deutschen dermat. Gesellschaft, IX. Kongress.

⁴ *Scherber*: Verhandlungen d. Deutschen dermat. Gesellschaft, X. Kongress. 1908.

a régebbi irodalomból az esetek egész sorozatát állította össze (Lomer).

A Greenough, Channing, Simmons és Barney által közölt 56 csak palliative operált emlőrákos közül 4 tartósan mentes maradt a ráktól. Gaylord és Cloves 14 esetet állított össze az irodalomból, a hol a histologiai megállapított rák (köztük 7 chorion-epithelioma) tökéletlen beavatkozás után is tartósan gyógyult; hasonló eseteket közölt Orth is.

Az ilyen tökéletlen műtét után való tartós gyógyulás azonban fehér holló, a szabály inkább az ellenkező; hogy tudniillik a recidiva a plusquamradikális műtétek után is az esetek nagyobb részében beáll. És ennek az oka is kézenfekvő, tudniillik az, hogy az esetek nagyobb részében, legalább úgy, a hogy ma kapjuk azokat műtetre, a legtúlzóbban radikális eljárással sem tudjuk a szervezetben levő összes rákos csírákat kiirtani.

Tulajdonképpen csak addig lehet alapos reményünk a rák tökéletes eltávolítására, a míg az tisztán lokális betegség és áttételeket egyáltalán nem okozott.

Ha a rák a nyirokpályákban már áttételeket okozott, ezek teljes kiirtásáról már sohasem lehetünk biztosak. Mert ha az anatómiai vizsgálatok meglehetősen biztossággal meg is állapították az egyes szervek és testtájak nyirokpályáinak lefutását és az ezekhez tartozó regionaer nyirokesomókat, egyszersmind megállapították azt is

1. hogy ezen nyirokpályák számos változatot mutatnak;
2. hogy vannak nyirokerekek, melyek a közvetlen táji nyirokmirigyek átugrásával távolabbi nyirokmirigyekbe ömlenek, melyek ama szerv vagy táj nyirokáramlásának rendszerint csak második vagy harmadik állomását teszik;
3. hogy egyes nyirokerekek csak egyszerűen áthaladnak a nyirokmirigyeken a nélkül, hogy tartalmukat a nyirokmirigy lymph-receje átszűrné;
4. hogy az egyes nyirokmirigyecsoportok több szomszédos, de sokszor távolabbi nyirokmirigyecsoportokkal is összeköttetésben állnak, hogy tehát a nyirokáram, ha egyszer a regionaer mirigyeket elhagyta, átugró vagy áthaladó nyirokerekek esetében pedig közvetlenül a szövettől jövő nyirokáram is számos irányban haladhat, és végül
5. hogy a nyirokmirigyek száma és helyzete az egyes nyirokmirigyecsoportokban korántsem állandó és az őket más nyirokmirigyecsoportokkal összekötő nyirokpályák helyén teljesen atypusos fekvésű nyirokmirigyek lehetnek jelen.

Mindebből az következik, hogy valamely szerv vagy táj rákos megbetegedése kapcsán mindig megvan a lehetőség arra, hogy ne csak a táji, hanem a távolabbi nyirokesomók is megbetegedjenek, úgy hogy az ezen anatómiai lehetőségek alapján rákra gyanús összes nyirokmirigyek felkeresése és kiirtása a legtöbbször chirurgice lehetetlen, sőt talán sohasem lehetséges.

Mindezekhez pedig még hozzá kell vennünk, hogy a nyirokáram nemcsak az anatómiai kipaeparálható nyirokereken halad, hanem a nyirokcapillarisoknak egymással való bő és tág anastomosisain is. Ezek az anastomosisok, melyek lehetővé teszik, hogy a nyirokmirigyek műteti eltávolítása után a nyirokáramlás a legesekélyebb nyirokpangás nélkül kiegyenlítődjék és a kérdéses tájék lymphája kiürüljön a szomszéd tájak lymphcapillarisai s a hozzájuk tartozó nyirokerekek és nyirokmirigyek felé; ezen anastomosisok teszik lehetővé azt is, hogy ráksejtek az organismusban a táji nyirokmirigyek elkerülésével szétszóródjanak. Igaz ugyan, hogy a nyirokcapillarisok szűk volta bizonyos gátat vet a ráksejtek toवालadásának, de nem szabad felednünk, hogy ezen capillarisok kitágulhatnak különösen akkor, ha a táji mirigyekben beálló passagezavar folytán a nyirokáram bővebben árasztja el őket és hogy a ráksejtek átnőhetnek a nyirokcapillarisokat, mint a hogy a bakteriumok átnőnek a vízszűrők finom likaesain.

Beláthatják az elmondottakból, hogy a rákot, ha már egyszer beletört a nyirokpályába, biztossággal kiirtani nem lehet. Teljesen megközelíthetetlenül válik a rák akkor, ha már a vérpályán metastasisokat okozott. A szerenese csak az, hogy úgy a nyirokpályákba, mint különösen a vérpályába került ráksejtek egy része elpusztul, és pedig úgy a nyirokerekekben (Handley) mint a nyirokmirigyekben (Petersen), még inkább a perifériás vérerekben (Goldmann) és legfőképpen a tüdő hajszálereiben (M. B. Schmidt) vagy legalább tova-

haladásában akadályoztatik és így a ráksejtek a nyirokpályába, illetve a vérpályába való belejutása még nem egyértelmű a metastasisképződéssel. Sőt ellenkezőleg, azt kell felvennünk, hogy különösen a vérpályán aránylag rendkívül nehezen képződnek metastasisok, ha meggondoljuk, hogy, mint azt Goldmann vizsgálatai bizonyítják, a rák már rendszerint igen korai stadiumában intim viszonyba lép a véreerek falával és azokba belétör. Újabb vizsgálatok még azt is kiderítették, hogy bizonyos áttételek, melyekről a priori azt hinnők, hogy a vérpályán át jöttek létre, tulajdonképp a nyirokpályákon át keletkeznek, részben retrograd transport, részben implantatio útján. Így retrograd lymphtransport útján keletkezhettek a mesenterialis és retroperitoneális nyirokmirigyek közvetítésével kiterjedt abdominális carcinosis egyetlen abdominális szerv rákos megbetegedése folytán (Recklin gshausen, Schmidt). Implantatio által, vagyis a subperitoneális nyirokpályákból a hasürbe kerülő ráksejteknek a peritoneum különféle helyein való megtapadása folytán szintén jöhetnek létre metastasisok. Ilyeneknek tekintendők azon a Douglast infiltráló és a végbélet megszükitő rákok, melyek gyomorrák kapcsán keletkeznek, a melyeket Strauss, Chiari, Payr, Toyosumi, Kappeller stb. irtak le s a melyeket Schnitzler egymaga 11-szer észlelt. Ilyenek az abdominális szervek, főleg a gyomor, de a bél, pankreas, epehólyag rákjai kapcsán is észlelt ovariális, rendszerint kétoldali ovariális rákok, a melyeket a szerzők egész sora észlelt (Wagner, Amann, Schmorl, Sternberg, Kraus, Weyl stb. stb.) és melyek keletkezésére nézve érdekes adatokat szolgáltatott Sizenfrey, a kinek sikerült két gyomorrákban elhalt nő makroszkoposan ép ovariumainak felületén mikroszkopice metastasisos rákgócokat kimutatnia.

Az emlőrákra nézve Handley kimutatta, hogy annak a pleurában, tüdőben, májban, ovariumban keletkező metastasisai a ráksejteknek a fasciális nyirokpályákból a subpleurális és subperitoneális nyirokpályákba s innen a mell- és hasürbe való jutása által jönnek létre, sőt szerinte még a csontmetastasisokat is a nyirokpályák közvetítik, nem pedig a véráram.

Látjuk ezekből, hogy a rák terjedésének igen sokféle módja van, s hogy a rák terjedésére nézve valami egységes sémát felvenni nem lehet. És mivel az elmondottak alapján be kell látnunk, hogy a rák terjedésének útjai kiszámíthatatlanok és hogy a rák távoli és hozzáférhetlen helyekre is eljuthat, sőt néha már igen korán el is jut, be kell látnunk azt is, hogy a szervezetet tisztán mechanikai úton, műtét útján a ráktól megszabadítani csak a valószínűség bizonyos határáig lehet és abszolút biztosságot a műteti radicalismus legextremebb kiterjesztésével sem lehet elérni.

Mivel azonban ez idő szerint — kivéve egyes felületes rákokat — nincsen más fegyverünk a rák ellen, mint a műtét és ez a műtét az egyetlen eszköz, melylyel legalább az esetek egy bizonyos számában valóban gyógyulást sikerült létrehozni, újra kell kérdenünk, mitől várhatjuk a műteti eredmények megjavulását.

Általában véve, a hogy a dolgot most belátni tudjuk, a rák műteti gyógyulása 3 tényezőtől függ. Ezek

1. a rák természete,
2. a műtét koraisága,
3. a műtét gyökeres volta.

A legfontosabb mindenek között a rák természete. Vannak jó és vannak rosszindulatú rákok. Hogy Czerny szavaival éljünk, vannak „aet rákok, melyek gyorsan és könnyen recidiválnak annak ellenére, hogy korán felismerték és korán megoperálták őket, és vannak chronikusak, melyek későbbi műtét ellenére sem nyújtanak oly sötét kilátásokat.“ Vannak terjedelmes rákok, melyek kiirtása gyökeres gyógyulást hoz, és vannak aprók, melyek kiirtás ellenére recidiválnak, metastasisokat alkotnak és elpusztítják az egyént. Hogy a rákok jó- és rosszindulatúsága localisatiójuk szerint mily módon változik, azt a műteti eredmények statistikája eléggé bizonyítja, bár vannak önmagukban jóindulatú rákok, melyek nehéz hozzáférhetőségüknél fogva igen rossz kilátásokat nyújtanak. Ilyen például a bázisrák, mely metastasisokat csak a legkivételesebb esetekben okoz és melylyel szemben a radikális gyógyítás minden kísérlete eddig sikertelen maradt.

De az egy és ugyanazon helyen előforduló rákok is igen különböző indulatúak lehetnek. Így Dellinger Barney szerint a penisrák tartama 9 hó és 10^{1/2} év között ingadozott a halálukig megfigyelt esetekben, de említést tesz egy olyan betegről is, a ki a műtét elől

„megszökött“ és immár 11 év óta hordozza a peniszrákját. Egy másik beteg pedig egy peniszrákrecidiva miatt végzett műtét után 15½ évvel halt meg rákjában. *Küttner* is említi *Lebert* nyomán oly eseteket, melyekben a peniszrák operálatlanul 10 évig is elhúzódott. Hasonlót tapasztaltak bőrrák, ajakrák és egyéb rákok esetében is.

Az esetek egy részében a rák szövettani szerkezete útbaigazítást ad a rák klinikai jó- vagy rosszindulatúságára nézve.

Igy tudjuk, hogy a bőr basalsejtű rákjai sokkal jobbindulatúak mint a spinocelluláris rákok (*Krompecher, Clairmont*). *Petersen* és *Colmers* 125 ismert histológiai strukturával bíró végbélrák sorsának tanulmányozása alapján kimutatta, hogy míg a carcinoma papilliferum abszolút jóindulatú és 100%-os végleges gyógyulást ad, addig a carcinoma adenomatosum simplexeknek csak 16%-ában észleltetett radikális győgyeredmény, a carcinoma solidum különböző formáiban, carcinoma gelatinosum esetében pedig sohasem láttak tartós gyógyulást. Ezzel szemben a gyomorrákok különböző szövettani formáinak a győgyeredmények tartósságára semminemű befolyását sem bírták kimutatni.

Emlőrák eseteiben is úgy találták, hogy a gyökeres gyógyulásra való hajlamosság a különböző rákfajok szerint változik. Így *Halsted* eseteiben

6 rákcysta	közül gyökeresen gyógyult	2 (33·30%)
32 adenocarcinoma	„ „ „	24 (75 %)0
25 velősrák	„ „ „	12 (48 %)0
28 körülírt scirrhus	„ „ „	13 (46·40%)
80 kis infiltráló scirrhus	„ „ „	30 (35·50%)
39 nagy infiltráló scirrhus	„ „ „	8 (20·50%)

Greenough, Channing, Simmons és *Barney* eseteiben a medulláris rák 16%-os, a scirrhus 23%-os, az adenocarcinoma 47·6%-os gyógyulási arányt mutatott.

Másfelől teljesen azonos histológiai kép mellett a rák az egyik esetben feltétlen jóindulatú, a másikban pedig abszolút rossz lehet. Frappans példája ennek az a 2 gyomorrák, melyről van *Engelen* referált. Mindkettő adenocarcinoma. Az egyik oly óriási kiterjedésű, hogy totalis gastrectomia vált szükségessé; ez 7 év óta gyógyult. A másik oly kicsiny, hogy kétes volt, miszerint egyáltalán daganat-e; pylorotomia ellenére rapide elpusztult máj- és esontmetastasisokban.

És ez az eset vezet át legjobban a második pontra, a korai operálás kérdésére. A priori nem kételkedhetünk ugyanis abban, hogy mentől hamarabb operáljuk meg a rákot, annál biztosabban akadályozzuk meg úgy a lokális terjedését, mint a metastasisok képződését és annál több bizalmunk lehet ahhoz, hogy műtét alkalmával minden rákos csírárt ki tudunk majd irtani, ha nem is lehet a chanceok kedvezőségét az *Andrews*-féle matematikai formulával kifejezni, mely szerint a recidiva veszedelme a daganat növekvési idejének négyzetével nő.

In praxi azonban óvakodnunk kell attól, hogy magából a rák fennállásának idejéből a műtét valószínű prognózisára valamelyes következtetéseket vonjunk. Óvakodnunk kell pedig ettől

1. azért, mert a betegség kezdete az első tünetekkel egyáltalán nem esik össze és így különösen rejtettebb fekvésű rákokban a baj kezdetének idejét hozzávetőleg sem állapíthatjuk meg;
2. mert a rákok különböző malignitásánál, növekedésük különböző gyorsaságánál fogva különböző lesz az az időpont is, melyben az operatív beavatkozás még sikerrel kecsegtet.

Vannak rákok, melyek már pár hét alatt inoperabilissá válnak, és vannak olyanok, melyek még évek múlva is a siker reményével operálhatók. Így *Wölfler* ajakrákstatistikájában (*Ebel*) 10 eset szerepel, a hol a műtét a baj kezdete után 5—15 évvel történt; ezek közül 1 sorsa ismeretlen, 1 a műtét után 2½ évvel recidivamentesen halt meg, 8 pedig recidivamentesen él, köztük 3 három éven felül. *Winicarter* azon 8 emlőrákesete közül, melyek 143-ból három éven túl recidivamentesek maradtak, 3 van, a melyben a baj kezdete és a műtét között eltelt idő 2 éven felüli (2 év, 2 év 6 hó, 6 év) és egy 2 év 2 hó óta recidivamentes eset is ugyancsak 6 évvel a baj kezdete után került műtetre. *Küttner* is említi peniszrákeseteket, melyek 4—6 évvel kezdetük után sikeresen voltak operálhatók s ezen példákat még szaporítani lehetne. Mindenesetre kitűnik ezen esetekből, hogy bizonyos jóindulatú, lassan növekvő rákok még évek múlva is alkalmasak lehetnek a radikális műtetre.

Viszont nagyon rosszindulatú rákok igen gyorsan nőnek, igen hamar magukra vonják a beteg figyelmét és igen hamar készítetik meg a sebész késétől rettegő beteget is az operációra. És ez teszi érthetővé azt a több statisztikában fellelhető, első pillanatra paradoxnak látszó adatot, hogy a tartós gyógyulásra hajlamosabb, a radikális műtetre alkalmasabb esetek azok, amelyek később kerültek operációra. Így *Dollinger* ajakrákstatistikájában a recidivált eseteknek 52%-a jelentkezett az első 6 hóban és 84%-a az első esztendőben a baj kezdete után, míg a nem recidivált eseteknek csak 43·4%-a jelentkezett az első 6 hónapban és csak 71·7%-a az első évben, a többi később. *Finsterer* nagy emlőrákstatistikája kimutatja, hogy a megbetegedés első évében jelentkezőknek 11·9%-a, a megbetegedés második évében jelentkezőknek pedig 13·8%-a maradt tartósan recidivamentes. *Korteweg* gyűjtőstatistikája kiszámítja, hogy azon emlőrákos asszonyok átlagos életkora, kik az első tüneteket követő néhány hónapban kerültek műtetre, 16 hónapot tesz ki, míg azoké, a kik 2 éven túl lettek megoperálva, 47 hónap.

Boas azt tapasztalta, hogy azok közül, a kik gyomorrákkal az első három hónapon belül jelentkeztek, csak 5%-os volt radikális műtetre alkalmas, míg az 1½—1 éven belül jelentkezők közül 6·3%-os.

Hoffmann a *Mikulicz*-klinika nagy anyagán azt tapasztalta, hogy míg az első 3 hónapon belül jelentkező gyomorrákosok közül 20·8%-os alkalmas a radikális operációra (117-ből 24), az első fél évben jelentkezők közül pedig 25·16%-os (304-ből 77), addig az első év második felében jelentkezők közül 30·3%-os (193-ből 58) volt alkalmas a resectióra.

A vastagbélrákra nézve *Anschütz* azt találta, hogy az első ¼ évben jelentkezők közül 44%-os, a második negyedévben jelentkezők közül 41%-os operabilis, míg a harmadik negyedévben belül jelentkezők közül 54%-os és az első év utolsó negyedévében jelentkezők közül 57%-os az operabilis; az első éven túl az operabilitás aránya csökken 43%-ra. *Boas* azt találta, hogy az első negyedévben belül jelentkező vastagbélrákos betegek között kevesebb az operabilis, mint a második negyedévben jelentkezők között.

Mindez azonban csak a rákok különböző malignitását bizonyítja és nem a korai operatio hiábavalóságát. Sőt ellenkezőleg nem kételkedhetünk azon, hogy ceteris paribus, ugyanolyan fokú malignitás esetében a korábban operáltak jobban járnak, mint a későbbben operáltak. Így látjuk például a gyomorrákra vonatkozólag, hogy az első tünetektől a műtétig eltelt időszak *Krönlein* eseteiben a reszekáltaknál átlag 6, a palliative operált és inoperabilis betegek-nél átlag 9 hónapot tett ki; *Czerny* eseteiben a reszekáltaknál 6·5, a gastroenterostomiával, próbapaparotomiával kezeltéknél és nem operáltaknál 8—9 hónapot; *Mikulicz* (*Hoffmann*) gyomorrákeseteiben a radikálisan nem operáltaknál átlagban 11·2, a reszekáltaknál átlagban 9·5, a resectio után legalább 2 évig radikálisan gyógyultaknál átlagban 6·8 hónap telt el a tünetek kezdete és a műtét között.

Mentől hamarabb operálunk tehát, annál több reményünk van a daganat radikális eltávolítására és ezen radikális eltávolítás tartós sikerére!

Fényesen bizonyítják ezt a nyelvrák gyökeres műtéte között szerzett tapasztalatok is, melyek mutatják azt, hogy ha egyszer-másszor nagy kiterjedésű rákok kiirtásával is sikerül tartós recidivamentességet elérni, általában a kicsiny, kezdődő rákok azok, melyek kiirtása tartós gyógyulást ígér. Így *Warren Collins* 20 esete közül, a melyben a nyelvrák kiirtása a szájon át történt, 8 gyógyult tartósan (40%-os), ezek közül 7-ben mirigykiirtás egyáltalán nem történt, míg azon 42 esetéből, a melyben a rákot komplikált nagy műtét, állkapocsresectióval-kellett kiirtani, mirigyeket kiirtani stb., mindössze 2 (4·7%-os) gyógyult tartósan. Hasonlóképpen *Sachs* 10 legalább egy évig recidivamentes esete közül a kiirtás 7-szer a szájon át történt és csak 3-szor vált szükségessé nagyobb műtét.¹ *Büdingen* is kiemeli, hogy a 10 recidivamentes nyelvrák közül 6 kis tumor volt. Más rákokra is hasonló tapasztalatokat lehetne felhozni s azért operáljuk a rákot korán, mentől korábban, lehetőleg kezdeti szakában és ne vesztegessük várakozással a drága időt,

¹ Ezekkel a frappans adatokkal szemben *Roediger*-nek és *Wölfler*-nek kis számú eseten alapuló ellentétes adatai, melyek szerint a szájon át való nyelvrákkiirtás 22%-os, illetve 8·3%-os tartós gyógyulási eredményével szemben a nagyobb műtétek 31%-os, illetve 29·4%-os tartós gyógyulást biztosítanak, alig jönnek számba.

mert ezzel csak a rák helyi terjedésére és újabb és újabb rákos áttételek képződésére szolgáltunk alkalmat.

Végül arról kell szólnunk, hogy a műtétek kivitele, különösen azok alapossága, radikális volta, mennyire befolyásolja a műteti eredmények tartósságát.

A tényezők, melyektől valamely rákellenes műtét alapossága függ, a következők:

1. A lokális gócz tökéletes kiirtása.
2. A regionaer nyirokmirigyek eltávolítása.
3. A kettő közt levő nyirokpályák exstirpációja.
4. Elkerülése annak, hogy a műteti sebet daganatesirakkal fertőzzük.

Mindezek közül manapság legtöbb figyelem a 2. pontra, a nyirokmirigyek kiirtására, helyesebben a regionaer nyirokmirigyeket tartalmazó tájnak kitakarítására fordítatik. Kitént ugyanis, hogy a mirigyek makroszkopos megjelenéséből azok rákos vagy nem rákos voltára nézve nagyon sokszor nem lehet biztos következtetést vonni, a mennyiben nagy duzzadt mirigyek sokszor csak egyszerűen hyperplastikusak, és kicsiny, teljesen épnek látszó mirigyek is rákosak lehetnek. Másfelől pedig a legtöbb tájék nyirokmirigyének száma és helyzete oly változó, hogy valamennyiök eltávolításáról csak az illető tájék részleteinek tiszta anatómiai kiproparálása s az összes zsírszövetnek eltávolítása, vagyis a táj „kitakarítása” után lehetünk meggyőződve. Azonfelül szabálynak tekintik, hogy a nyirokmirigyek minden esetben, principiell és consequens kiirtassanak és sokan nem csak a primaer, hanem a secundaer és tertiaer statiót alkotó nyirokmirigyescsoportok kiirtását is követelik, a minők például ajakrák eseteiben a mély nyaki mirigyek, emlőrák eseteiben a kulsifeltiek stb.

Ellentétben a nyirokmirigyekkel szemben tanúsított ezen nagy radicalismussal, a többi pont kevésbé vétetik figyelembe.

Igy a daganat lokális terjedésmódjára nézve — kivéve a rák néhány fajtát (pl. emlőrák, gyomorrák, méhrák) — alig vannak vizsgálatok. Valami régóta fennálló szabály az, hogy a rákot $1\frac{1}{2}$ —2 cm.-re a kóros látható határtól kell kiirtanunk, pedig tudommal legalább semmiféle bizonyítékunk arra nézve nincsen, hogy a rák mikroszkopos határa valóban ily távolságban van a makroszkopostól, sőt ellenkezőleg az a valószínű, hogy a makro- és mikroszkopos határ eltolódása a különféle tájak és képletek rákjai szerint, sőt talán a rák különböző fajtái szerint is különböző. Pedig ezen körülmények tisztázása nélkül nem bírnak a lokális rákkiirtás terjedelmének megszabására biztos tudományos alappal. És hogy ez a postulatum nem theoriás agyrem, azt bizonyítja Bormann leletei, a ki szövettani vizsgálatokkal kimutatta, hogy a Mikulicz által reszekált 63 rákos gyomor közül 20-ban a resectio még rákos területen történt és Petersen-éi, a ki Czerny által eltávolított 10 gyomrot vizsgált meg, a melyek kiirtása után recidiva állott be, és kimutatta, hogy ezen gyomrok közül 6 még rákos területen lett reszekálva.

Egy másik észlelet, mely bizonyítja azt, hogy a rák messze túlterjed a makroszkoposan látható határokon, az, a melyről Heidenhain számol be, hogy tudniillik valamely izommal összekapaszkodott rák kiirtása után a recidiva előszeretettel az izom visszahagyott csontjaiban következik be; ha tehát a rák valamely izommal összekapaszkodott, azt in toto kell kiirtanunk, oly szabály, melyet vajmi kevésbé szoktak betartani.

Mint a ráknak a környező bőrön, nyálkahártyán, izomszövetben, zsírszövetben stb. való lokális terjedése, úgy a ráknak a nyirokereken való terjedésmódja is sok tekintetben tisztázatlan és homályos. Vannak rákok (emlőrák, gyomorrák), melyekről tudjuk, hogy a rák beléburjánzik a nyirokerebe és azokat átnövi, míg másutt azt veszik fel, hogy egyes elszabadult ráksejtek embolusszerűen haladnak át a nyirokereken s a nyirokereket a ráktól menteknek tekinthetők és így visszahagyhatók. De biztosak ebben csak akkor lehetnénk, ha nagyszámú esetre vonatkozó pontos vizsgálatok világítanák meg e kérdést a rák különböző localisatiójára és fajaira nézve; ezek hiányában az eljárás a nyirokereket kiirtása tekintetében ingadozó és bizonytalan.

A műtét alatti rákimplantatio veszedelme minden sebész előtt ismeretes és minden sebész lehetőleg törekszik arra, hogy daganat-

részleteknek a sebbe jutását elkerülje, bár ez mélyenfekvő, nehezen hozzáférhető rákok esetében éppen nem könnyű dolog. De nem szabad felednünk, hogy a daganat durva sértésének vagy éppen szétszaggatásának, a rákos daganatnak a sebfelülethez való kenésének elkerülésével még nem tettünk meg mindent az implantatio elkerülésére. Abban a makroszkopice ép szövetben, a mely a kiirtott rákot körülveszi, lehetnek egyes mikroszkopos rákszigetek jelen, melyek a műtét folyamán valahogy a sebbe kerülhetnek s ott megtapadhatnak; ugyanilyen implantatio történhetik a műtét közben átmetszett nyirokerekből is és ebből a szempontból úgy látszik a tüzes vassal való kiirtás felette áll az éles kimetszésnek s a rákkiirtás után visszamaradt sebfelület étetése is bir bizonyos racionnal.

A legtökéletesebben azonban az implantatio oly módon kerülhető el — s ezzel egyszersmind az előbb tárgyalt két postulatumnak is eleget teszünk —, ha a rák nagy távolságban a kóros határtól, a kórosnak tekinthető nyirokerekekkel és nyirokmirigyekkel együtt, egy darabban — *en bloc* — irtatik ki, a mint az az emlőráknak *Rotter-Halsted*-féle operálásakor történik, a midőn a rákos emlő a nagy és kis mellizommal, hónaljzsírral és a hónalji mirigyekkel egy tömegben távolittatik el. És az emlőrákműtét újabb modificatiói mind ezen lokális kiirtás terjedelmének fokozására irányulnak. Óriási terjedelemben, 10—12 cm.-nyire az emlő körül eltávolítják a bőrt, míg mások a bőr meghagyásával a bőralatti zsírszövetet és izomfasciát távolítják el messze az emlőtől egészen az epigastriumra kiterjedőleg.

A széles bőreltávolítás fontosságát bizonyítja *Greenough*, *Simmons*, *Channing* és *Barney*-nek az az adata, hogy míg 93 esetből, melyben a bőrbetét az emlőrákkiirtás után egyesíteni sikerült, 11.7% maradt tartósan recidivamentes és 44%-ban volt lokális recidivamentesség, addig azon 67 esetből, melyben a bőrbetét összehúzni nem lehetett, 19.4% maradt tartósan recidivamentes és a lokális recidivamentesség 57.6%-ot tett ki.

És meggyőződésem szerint éppen a lokális kiirtásnak ez a terjedelmessége az, a minek az emlőrákoperálás eredményeinek oly jelentékeny megjavulását, a tartós recidivamentesség arányának megtízszereződését köszönjük. Míg a *Winicarter* által 1898-ban kimutatott 4.7% tartós recidivamentesség addig hallatlan jó eredmény volt: *Depage* gyűjtőstatistikája az utolsó évtizedről 46.5% tartós recidivamentességet birt kimutatni, de 50%-on felüli gyógyulást is elértek, például *Watson Cheyne* (igaz, hogy statistikája csak 33 esetre vonatkozik). Hiszen a *Halsted*-féle műtét és a *Heidenhain*-féle eljárás közötti különbség lényegét éppen csak a lokális kiirtás terjedelmessége alkotja és ha egyesek az egyszerűbb műteti eljárásokkal is elérnek igen szép gyógyeredményeket (*Ribeira y Sans* 44%, le *Dentu* 49.5% 3 éves recidivamentesség), egy és ugyanazon az anyagon a pectoralisok eltávolítása a műteti eredmények lényeges megjavulását eredményezi (például *Dollinger* a *Heidenhain*-féle eljárással 6.2%, a *Halsted*-félével 24.7% tartós recidivamentességet ért el).

Ugyanesak a lokális kiirtás, nevezetesen a parametriumok kiirtásának tökéletesebb volta az, a miből az abdominális méhrákműtétek eredményeinek a vaginális műtétek eredményei felett mutatkozó felsősége megmagyarázható, a mint azt különösen *Staudé*, *Pfannenstiel* hangoztatja s a mint azt *Krömg* és *Döderlein*, sőt maga *Wertheim* és a mirigykiirtás értékében legjobban bizakodó *Mackenrodt* is részben elismeri és a mint az a méhhez tartozó regionaer mirigyek anatómiai fekvéséből, melynél fogva tökéletes kitakarításuk egyáltalán kivihetetlen, már eo ipso következik.

Meggyőzően illusztrálják a bő lokális kiirtás fontosságát a *Brunn*-féle gyűjtőstatistika adatai, mely szerint a végtagok bőrrákjai esonkító műtétek után 38.5%, konzervatív műtétek után csak 28.6% tartós recidivamentességet mutatnak, holott kétségtelen, hogy a esonkító műtéteket általában sokkal nagyobb kiterjedésű, sokkal súlyosabb esetekben végezték, mint a konzervatívokat.

Ezzel szemben azt kell mondanunk, hogy a principiell mirigykiirtás nem javította meg, vagy legalább is nem javította meg lényegesen a rákműtétek eredményeit.

A nyelvrák a principiell mirigykiirtással ép oly rossz eredményeket ad, mint a nélkül. És ha *Butlin* az ő statistikájában úgy találta, hogy consequens mirigykiirtással 34.2%, a nélkül 27.3%

a végleges gyógyulás aránya, ezen aránylag csekély differentiával szemben állanak *Binder*, *Warren Collins* adatai, melyek szerint a tartósan gyógyult esetek úgyszólván kivétel nélkül azok voltak, melyekben mirigykiirtás nem történt.

Viszont a himvesszőrák principiell mirigykiirtás nélkül is gyönyörű gyógyeredményeket mutat. Így a *Küttner*-féle statistikában szereplő tartósan recidivamentesek 73⁰/₀-a mirigykiirtás nélkül lett operálva, ép így a *Barney*-féle statistika gyógyultjainak nagy része is.

Az ajakrák statistikáján sem változtatott sokat a principiell mirigykiirtás. *Dollinger*, a ki a nyirokmirigyeket a legnagyobb radicalizmussal és a legnagyobb consequentiával irtja ki, nem birt lényegesen jobb eredményeket elérni mint *Billroth*, a ki csak a legtrikább esetben (58 közül 4-szer) irtotta ki a mirigyeket. *Dollinger* statistikájában (*Steiner*) a három éven felüli recidivamentesség aránya 62·10⁰/₀, *Billroth*-éban (*Winiwarter*) 60⁰/₀.¹

Ugyancsak 60⁰/₀ a *Fricke*-féle alajkrák-statistika tartós recidivamentessége, pedig itt nyirokmirigykiirtás csak az esetek 1/4-ében történt. *Loos* a tübingeni klinika 45 éves megfigyeléséből 387 felhasználható alajkrákot gyűjtött; az 1843–1885 közt operált 246 esetben a tartós recidivamentesség 51·6⁰/₀, az esetek 19⁰/₀-ában történt nyirokmirigykiirtás. Az 1885–1896 közt operált 141 esetben a tartós recidivamentesség 66⁰/₀, az esetek 44⁰/₀-ában történt mirigykiirtás. A consequens mirigykiirtásokkal elért legjobb eredményeket *Ebel* tudja felmutatni,² a ki a *Wölfler*-féle klinikán operált ajakrákesetekről számol be és 82·9⁰/₀ radikális gyógyulást hoz ki. Nagyon sok azonban az ő statistikájában az ismeretlen eset (112 három évnél régebben operáltból 21, azonfelül 3 haláleset), úgy hogy az összes operáltakra a tartós recidivamentesség aránya csak 65·2⁰/₀-ot tenne ki. De még a 82·9⁰/₀-os tartós recidivamentességi recordon is túlszár a *Ribeira y Sans* eseteiben elért 88·6⁰/₀ tartós recidivamentesség, a mit ő minden mirigykiirtás nélkül egyszerű V kimetszéssel ért el (44-ből 39 három éven túl recidivamentes). És ha igaz is az, hogy ezen fényes eredményeket kis carcinomák miatt történt műtétekkel érte el, tehát ezen eredmények nem általánosíthatók az ajakrákok összességére nézve, annyit mindenesetre bizonyít ezen adat, hogy az ajakcarcinomák egy részében, és pedig klinice nagy valószínűséggel meghatározható részében a mirigykiirtás a végleges gyógyulás reményének csorbítása nélkül bátran elhagyható.

Az elsorolt adatok összevetéséből pedig kiténik az, hogy a rendszeres, consequens mirigykiirtás nem emelte, vagy legalább is nem emelte lényegesen a tartós gyógyulások arányát. Ennek oka pedig az, hogy a mirigyek valódi rákos megbetegedése esetén többnyire a mirigyek legalaposabb kiirtása sem tud már hasznosítani. Hogy ez így van, azt főleg az emlőrákra vonatkozó vizsgálatok igazolták. Így *Halsted*, ki a mirigyeket minden esetben mikroskopicusan is gondosan megvizsgáltatta, a következőket tapasztalta:

¹ Ezek a számok eltérnek a *Bonsdorff*-féle összeállításban szereplő számoktól, melyben a *Winiwarter*-féle statistikára 24·1 és a *Steiner*-féle 70·45⁰/₀ tartós recidivamentesség említetik. Ez a különbség azonban elenyészlik, ha egységes alapon számítunk. *Winiwarter* (1878) a *Billroth* klinikáján 1866–1875-ben operált 58 alsóajakrákot gyűjtött egybe; ezek közül a műtéttel kapcsolatban meghalt 2, ismeretlen sorsú 6, recidivált 17, a rákból kigyógyult és más bajban halt meg 4, ezek közül 3 3½–5 évvel a műtét után; recidivamentesen él 29, ezek közül 18 három éven túl. Ha *Winiwarter* adatait olyképp dolgozzuk fel, hogy az ma szokásos, vagyis a három éven felül gyógyultakat csak azokra vonatkoztatjuk, a kik három évnél régebben lettek operálva és eltekintünk az operatív halálú és ismeretlen sorsú esetektől, ellenben gyógyultnak vesszük a három éven túl recidivamentesen elhaltakat — a 35 felhasználható esetre 21 gyógyulás = 60⁰/₀ jut. *Steiner* (1908) statistikájában 200 ajakrákműtét van feldolgozva. Operatív moratilitás nincs. Az ajakrákok közül 158 primaer, ezekből 3 éven felül észlelve van 90, ezekből ismeretes sorsú 74, ezekből recidivamentesen él 43, recidivamentesen meghalt (4–7½ évvel a műtét után) 3; a tartósan recidivamentesek száma tehát 74-ből 46 = 62·16⁰/₀. A 70·7⁰/₀ (*Bonsdorff*-nál tévesen 70·45) úgy jö ki, ha a 74 esetből levonunk 9-et, melyben a rák a foghúsrá, pófára stb. áttért. Azonban ezek *Winiwarter*-nél sincsenek levonva, sőt *Winiwarter* nem tesz különbséget a primaer és recidiv esetek közt, mely utóbbiak pedig *Steiner* statistikájában csak 16⁰/₀ 3 éves recidivamentességet mutatnak.

² Az *Armiknecht-Heidenhain*-féle 94·7⁰/₀-os gyógyulási arányt mérvadónak nem fogadhatjuk el, már az esetek kicsiny száma miatt sem és azért sem, mert 27 esete közül csak 19-et vesz fel a számítás alapjául, a többi különböző okokból kiküszöböl.

	Esetek száma	3 évig recidivamentes	3 éven túl is tartósan recidivamentes
Rákos mirigy nem találtatott	60	51 (85 ⁰ / ₀)	45 (75 ⁰ / ₀)
" " az axillában	110	34 (31 ⁰ / ₀)	27 (24·5 ⁰ / ₀)
" " az axillában és nyakon	40	4 (10 ⁰ / ₀)	3 (7·5 ⁰ / ₀)

Scheu (*Mikulicz*) a következő adatokat közli ugyancsak az emlőrákra nézve:

Rákos mirigy	Esetek száma	Tartósan recidivamentes	
		szám	%
Sem klinice, sem mikroskopicusan nem található	29	13	44·8
Klinice nem, de mikroskopicusan az axillában található	12	3	25
Klinice az axillában, de a kulsfeletti árokban nem található	159	30	18·9
Klinice úgy az axillában, mint a kulsfeletti árokban található	33	1	3

Tudjuk, hogy a mirigymegnagyobbodás klinikai konstatálása még nem engedi meg a mirigy rákos megbetegedésének felvételét, hisz különösen régebbi statistikák sokszor említik, hogy a rák kiirtása után a táji mirigyek ezen „sympathikus” duzzanata visszafejlődött és viszont a mirigyek rákosak lehetnek akkor is, ha ninesenek megváltozva. A rákos mirigymegbetegedés és a mirigymegnagyobbodás fogalma tehát nem fedi egymást. És hogy mégis mennyire befolyásolja a mirigyek tapinthatósága a prognoszt, bizonyítják a következő, szintén az emlőrákra vonatkozó adatok:

	Greenough, Channing, Simmons és Barney		Steinthal ¹			
	esetek száma	gyógyult %	I. sorozat		II. sorozat	
			esetek száma	gyógyult %	esetek száma	gyógyult %
Mirigy nem tapintható	117	29	14	78·5	7	85·7
Axillaris mirigyek tapinthatók	236	12	68	29·4	29	31
Axillaris mirigyek + supraclaviculáris mirigyek tapinthatók	40	53	7	0	5	0

Hogy más rákokban is hasonló viszonyok vannak, azt bizonyítják például *Loos* adatai az alsó ajak rákjára nézve. 47 esetében történt az eltávolított nyirokesomók mikroszkopos vizsgálata. Ezek közül 17-ben (köztük 11 kicsiny, legfeljebb babnyi mirigy) a rákot mikroskopicusan ki lehetett mutatni; ezekből meghalt 10 recidivában, 2 intercurrents bajban és csak 5 él recidivamentesen. Azon 30 beteg közül, a kikben a mikroskopi vizsgálat negatív volt, csak egyetlen halt meg recidivában, 9 recidivamentesen egyéb bajban és 20 recidivamentesen él.

A méhrákra nézve is ki van mutatva, hogy oly esetekben, a melyekben az abdominális kiirtás kapcsán csakugyan rákos nyirokesomók távolítottak el, az illetők csak kivételesen maradtak recidivamentesek (*Pfannenstiel*, *Schindler*, maga *Wertheim*; az egyetlen ezzel ellenkező tapasztalat *Mackenrodt*-é).

Szóval ezen klinikai tények igazolják azt, a mit már fennebb az anatómiai és kórtani tényekből theoretice levezettünk: akkor, a midőn a rák már a nyirokmirigyekbe jutott, a chanceok a gyógyulásra a legalaposabb mirigykiirtás ellenére is rosszak.

Mindez azonban nem jelenti még a mirigykiirtás esődjét, nem jelenti azt, hogy a mirigykiirtás egyáltalán nem ér semmit. Mert kétségtelen tény, hogy bebizonyítottan rákos mirigyek eltávolítása

¹ Az esetek csoportosításában a mirigyeken kívül a bőrrel és a mellkasfallal való összekapaszkodás is szerepel.

² Gyógyulás alatt természetesen csak 3 éven felüli recidivamentesség értendő.

³ 2 gyógyult esetben a megváltozott kulsfeletti mirigyek mikroskopicusan nem rákosnak bizonyultak.

után is számos esetben tartós recidivamentesség következett be és kétségtelennek kell tartanunk azt is, hogy a principiell mirigykiirtásnak nem egy ember köszöni az életét, a ki e nélkül recidivában elpusztult volna.

Azonban a fennebbi adatok bizonyítják, hogy az esetek nagy többségének sorsát a principiell mirigykiirtás egyáltalán nem befolyásolja és bizonyítani látszanak azt is, hogy a mirigykiirtás radicalismusának további fokozásától a végleges eredményeknek valami lényeges javulása nem igen várható.

És általában, ha végigtekintünk a mai radikális és ultra-radikális rákműtéteken, azt az impressiót kapjuk, hogy — ha a technikán még van is egy és más kiegészíteni és javítani való, különösen egyes ma még hozzáférhetetlen rákok hozzáférhetővé tétele s a primaer mortalitás leszállítása szempontjából — a mai kornak radicalismusa, a gastrektomiák, a Wertheim-műtétek és a sacroabdominális végbélkiirtások korszakának radicalismusa tovább már nem igen fokozható és a radicalismus további fokozása nem ígéri a végleges eredmények lényeges megjavulását. A mitől ma műteti eredményeink további javulását várhatjuk, az a rák korai operálása és ennek conditio sine qua non-ja, a rák korai diagnosisa.

Ez pedig az Önök kezében van tisztelt uraim, a kikhez mint az általános gyakorlat terén működő orvosokhoz, házi orvosokhoz, a ház barátaihoz az emberek az ő panaszaiikkal első sorban fordulnak, sokszor oly panaszokkal is, melyeknek ők maguk sem tulajdonítanak valami nagy jelentőséget.

Egy kis pörsenés az ajkon, egy kis folt a nyelven, egy kis fájdalomlan csomó az emlőben, étvágytalanság vagy gyomornyomás, rendetlen menstruatio, aranyeresnek mondott vérzés, ilyen apró, jelentéktelennek látszó tünetekkel kezdődik a betegségek legborzasztóbbika: a rák.

De Önök ne tekintsek e panaszokat apróknak, jelentékteleneknek, vegyék azokat mindig komolyan és vizsgálják meg *mindig* a beteget. Tartsák eszükben, hogy ezer és ezer megmenthető élet veszett már el egy vaginális vagy rectalis vizsgálat elmulasztása miatt. És ha a közönséges vizsgáló módszerekkel nem tudnak biztos eredményre jutni, ha megfigyeléseik megerősíteni látszanak a rák gyanúját, ne vonakodjanak a komplikáltabb diagnostikai eljárásoktól. Vegyék igénybe minden módszert a különféle tükröző és kémiai vizsgáló eljárásoktól kezdve a próbaexciisióig, próbacuretteig és próbaparatomiáig, hogy világosságot derítsenek az esetre. Csak ne hagyják el a beteget, ne vegyék semmibe se az ő baját és főleg ne vesztettségük hiábavaló próbálkozásokkal és meddő várakozással a drága időt, mert a rákos betegre nézve az elvesztegetett idő az elvesztegetett egészség és az elvesztegetett élet!

És ha majd korán kapjuk operatióra a rákos betegeket, ha majd egyszer átmegy a köztudatba, a publikum véérébe az a tanítás, mely a Dollinger tanár által terjesztett népszerű rákíratkák élén olvasható, hogy „a rákbeteget meg lehet gyógyítani, ha korán megoperálják“, akkor majd szebb eredményekről, fényesebb sikerekről fogunk beszámolhatni, mint a minökről ez idő szerint lehet.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Franz Hutyra und Josef Marek: Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere. Jena, 1909. 1081 + 1041 l.

A két nagyérdemű szerzőnek az alig pár év előtt első kiadásban megjelent műve immár második kiadásban hagyta el a sajtót. Valóban imponáló két kötet ez, 17 ívvel több, mint az első kiadás volt és számos, kitűnően sikerült ábrával gazdagabb. Már az első kiadás alkalmával kifejtettük, hogy ez a kétkötetes mestermű milyen nagy haladást jelent az állatorvostan terén s mennyire örvendhetünk azon, hogy a két előkelő, nagytudású és nagyszorgalmú szerző honfitársunk, a szerény kezdetből kitűnő tanárai révén valóban tudományos főiskolává lett állatorvosi intézet tanára. Nehány új fejezet és más fejezeteknek az újabb kutatásoknak megfelelő átdolgozása, az irodalmi adatok gondos feltűntetése, a hazai szerzők munkálkodásának elismerése, érthető, világos előadásmód, a betegségekről való ismereteinknek kritikai tárgyalása és önálló tapasztalatokon nyugvó gazdagítása a hasonló munkák

között első helyre teszik a szerzők művét és nekünk kétszeresen becsessé. Az ilyen művek vannak hivatva arra, hogy kulturánkat a nyugat előtt ismertessék s politikai értékük is sokkal nagyobb, mint a politikával foglalkozók versengése. Bár sok ilyen kiváló férfiunk volna és bennök annyi lelkesedés, munkabírási és vállalkozási, mint Hutyra és Marek tanároknál.

Az emberi pathológiára való vonatkozás, a melyet a szerzők igen sok helyen kifejtnek, még az emberorvostan szempontjából is nagyon értékessé teszi a művet, a melyet első kiadásában a külföld igen nagy elismeréssel fogadott s kétségtelen, hogy az elismerés a jelen új kiadással még fokozódni fog. Sok új kiadást kívánunk a szerzőknek!

—ss—

J. Hochenegg: Lehrbuch der speziellen Chirurgie. II. Band, I. Theil. Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1908.

Ezen kötet a has-sebészetet tárgyalja. Megírásában Hocheneggnek több tanítványa segédkezett. Így P. Albrecht, ki Hochenegg-gel egyetemben a hasfalak és a peritoneum megbetegedéseit, továbbá a has-sérüléseket írta meg. A. Erner és H. Lorenz mesterükkel a gyomor és pankreas sebészetének ismertetésében osztozkodtak. A bélrendszer sebészete J. Hochenegg és P. Albrecht együttes műve. A sérvekről szóló fejezeteket R. Frank írta. K. Ewald a máj és epeutak megbetegedéseit, továbbá a lép sebészetét tárgyalta. Az appendicitis és ileus kérdését H. Lorenz, a húgyutak és a férfivarszervek bántalmait O. Zuckerkandl, a női genitáliák sebészi megbetegedéseit pedig H. Keitler ismertette.

Hochenegg tankönyvének ezen most megjelent második kötete is E. Albert klasszikus tankönyvének nyomán készült. Igaz, hogy Albert tankönyvéből mást se látunk, mint helyenként a vázát; erről azonban az egyes fejezetek szerzői mit sem tehetnek, mivel minden kegyeletük mellett az egykori világhírű tankönyv átdolgozásakor az újabb idők haladását figyelmen kívül nem hagyhatták. Épen ezért szerény véleményünk szerint igazságosabb lett volna a könyvet egyszerűen Albert emlékének ajánlani.

Az egyes fejezetek különben ugyanolyan szakavatottsággal készültek, mint azt az első kötet ismertetésekor is kiemeltük.

A munka tanulságos voltát az ábrák nagy száma is növeli; az ezen kötetben közölt 374 rajz jórészt Hochenegg klinikáján észlelt eseteket ábrázol.

A kötet terjedelme 922 lap, az ára 18 korona. A II. kötet 2., befejező része a kiadó szerint már legközelebb napvilágot lát.

Gergő.

Lapszemle.

Általános körtan.

A vér kimutatására a bélsárban Holst (Berlin) kivitelének egyszerűsége, feltétlen megbízhatósága és érzékenysége miatt legalkalmasabbnak tartja az általa és E. Schlesinger által ajánlott benzidin-reactiót. A Teichmann-féle haeminkristályok előállítása sokszor meg lehetős nagy vértartalom mellett sem sikerül, a spektroskopos eljárás nem eléggé érzékeny, a guajak- és aloin-próbák eléggé megbízhatók ugyan, azonban — még módosításaikkal is — bonyolultak.

A benzidin-reactio a guajak- és aloin-próbával analog; azon alapszik, hogy a benzidin vérfesték és hydrogen-hyperoxyd jelenlétében intenzív kék színű festékké alakul. A reactio kivitele a következő: I. Tiszta kémlecsőben kis késhegynyi benzidint (legjobb a Kahlbaum-féle készítmény) kevés (körülbelül 2 cm³) jégezetben feloldunk. II. Tiszta üvegbottal a vizsgálandó bélsárnak borsónyi mennyiségét körülbelül ötödéig vízzel megtöltött kémlecsőbe viszszük. A bélsarat jól eldörzsöljük, hogy egyenletes eloszlású keveréket kapjunk. Ezután felfőzzük, hogy a reactiót esetleg szintén mutató enzimákat elpusztítsuk. III. A jégezetes benzidinoldat 10—12 cseppjéhez 3%-os hydrogenhyperoxyd-oldatnak 2 1/2—3 cm³-ét adva, megkapjuk a kész reagenst, melynek viselkedése egyúttal a kémlecső tisztaságának próbája. IV. Ehhez a kémlecsőbe a bélsárkeverékből előzetes rázás után 1—3 cseppet adunk. Vér jelenléte esetén a reagens zöld, kékes-zöld vagy kék színt mutat. Minél több a vér, annál inkább előtérbe lép a kék szín. A színeződés néhány másodperc alatt szokott bekövetkezni, minimális vértartalom esetén 1/4—1/2 perc múlva. A pozitív

reactio zöld vagy kék színe 5—15 perc múlva piszkos sötétvörösbolyává lesz, míg negatív eredmény esetén a bélsártól világos sárgásbarnára festett reagens vagy nem változtatja színét vagy csak gyenge rózsabolya nuanceot mutat hosszas állás után.

Ez a reactio érzékenységet tekintve felülmúlja a többi vérpróbákat, úgy hogy negatív kimenetele esetén bizton kizártnak tartjuk a vér jelenlétét. Hogy a pozitív kimenetelből enterogen vérzésre következtethessünk, a következő előfeltételeknek kell érvényesülniök: 1. Húsnemű táplálék, vérfesték és vastartalmú, nemkülönbben bismuthtartalmú készítmények adását kerülnünk kell. Legezélszerűbb a húsmentes diéta harmadik napján megkezdeni a vizsgálatot és egymásután 3—4 székletétet megvizsgálni. 2. A beteg fogait kiméletesen tisztítsa; esetleges orrvérzést hozzon tudomásunkra. 3. A kémilészek tiszták legyenek. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung, 1908. 24. szám.)

A köpet glykogentartalmát vizsgálta Pozzilli nagyobb számú betegen s oly eredményre jutott, a mely ezen vizsgálómódnak értékesíthetőségére utal a tüdőgümőkór diagnózisában és prognózisában. Azt találta ugyanis, hogy tüdőgümőkór minden esetében kimutatható glykogen a köpetben, míg heveny vagy idült bronchitis eseteiben nyomokban sem tartalmaz glykogent a köpet. Azt is találta, hogy a gümőkór kezdeti szakában kicsiny a glykogen mennyisége (0.15—0.60%) és hogy ez a mennyiség a betegség előhaladásával tetemesen nagyobbodik, főleg az utolsó szakban, és 3.50—3.75%-ot érhet el. (Gazz. degli Osped., 1908 szept. 20.)

Belorvostan.

A menstruációnak a gyomornedvelválasztásra gyakorolt hatását tanulmányozta Wolpe. Sajátságos, hogy ámbár régebb idő óta észleltek a menseszel parallel jelentkező emésztési zavarokat, ez irányban pontosabb vizsgálatokat mindeddig nem végeztek. A szerző vizsgálatait 12 nőn, úgy a praemenstruális mint a menstruációs periodus alatt, nemkülönbben havi bajtól mentes időben végezte; szerinte a menses alatt úgy éhomra, mint próbareggeli után fokozott a gyomornedv sósavtartalma és az összaciditása is magasabb. Menstruatio alkalmával ugyanis sokkal élénkebb a gyomornedvelválasztás, mint normális viszonyok mellett s nem egyszer valószínűs időleges gastrosuccorrhoea jelentkezik. A secretióval ellentétben a menses tartama alatt csökkent a gyomor motilitása.

A menstruális hypersecretiót a szerző, mint a havi baj kapcsán más szervek részéről észlelhető egyéb kóros jelenségeket, reflexes eredetűnek tartja. Az orvosgyakorlatban ezen egyébként ephemer jellegű hypersecretiónak annyiban van jelentősége, hogy esetleg a havi baj alkalmával megejtett functionális gyomorvizsgálat eredménye téves lehet; ulcusra gyanus egyénen pedig nagyon kell óvakodnunk, hogy a menses tartama alatt kutaszoljuk a gyomrot, nehogy beavatkozásunkak vérhányás legyen a következménye. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1908. 51. szám.)

Halász Aladár.

A Neisser-féle agypunctio diagnostikai s therapiás jelentőségéről és értékéről irt összefoglaló cikket V. Forli. Neisser szerint javult az agypunctio 1. haematoma esetében, a midőn sokszor rohamos javulás észlelhető a friss vagy régi haemorrhagiás tömegek eltávolítására; 2. cysta esetén, a mikor nemesak a diagnózis megállapítását teszi lehetővé, hanem gyógyító hatást is fejt ki; 3. daganat fennforgása esetén nagy diagnostikai jelentősége miatt; 4. agyvelőtályog esetében; Neisser tagadja a lehetőségét annak, hogy a szűrtesatorna mentén az ép szövetek fertőzése létrejöhessen; végül 5. hydrocephalus esetén diagnostikai s therapiás okokból.

Pfeiffer 20 betegen végzett 89 agypunctio eredményéről számol be; infectiót egy esetben sem észlelt, egy esetben az art. corporis callosit megsértette egy agyalapi daganat próbapunctiója alkalmával. Pfeiffer a próbapunctiót főleg a szabatos és korai diagnózis megállapítása végett ajánlja, az intraventriculáris folyadék lebocsátását pedig az agycompressio tünetinek kifejlődésekor a látás hanyatlásának meggátlása czéljából.

Auerbach az agypunctio veszélyeire figyelmeztet, főleg a hátulsó koponyagödörben, a 4. agykamara közelsége miatt. Sokan azért, hogy tágabb betekintést nyerjenek, előbb trepanatiót végez-

nek, s a trepanatio helyéről pungálnak, a szem ellenőrzése mellett; ilyenkor a penetratio alatt érezhető resistentia foka, az ebből levonható következtetések, s az a körülmény, hogy a behatolás helyéről különböző irányban és mélységben végezhető a próbapunctio, s tágabb kaliberű tűn daganatrészek könnyebben és biztosabban aspirálhatók, a nagyobb beavatkozás hátrányait és veszélyeit jelentősen kompenzálják.

Az agypunctio segélyével Hartmann 2 ízben állapította meg az agydaganat helyét; Pfeiffer cysticercus cerebrit diagnostizált ily módon; Ascoli, Grund, Pollack is dicsérő értelemben nyilatkoznak az eljárásról, a mely károsnak sohasem bizonyult; a lefolyás vagy az esetleges operatio minden esetben a próbapunctio segélyével megállapított diagnózis helyességét állapította meg.

Újabban Oppenheim szállott sikra a punctio cerebri érdekében Krause-vél szemben, a ki az eljárás veszélyességét főleg a pia mater felt venáinak sértéséből származó vérzésben keresi. Az agyvenák már élettani viszonyok között is változó lefutásúak, de a daganatok is módosítólag hathatnak a lefutásukra, a fokozott agynyomás folytán pedig duzzadtak, tágak és kanyargósak lesznek; mindezek folytán Krause szerint lehetetlen a priqri kikerülni ezeknek a megsértését; a veszély természetesen legnagyobb a szerencsére igen ritka angioma-esetekben. Agytályog esetében Krause csakis közvetlen az operatio előtt végez próbapunctiót. (Il Policlínico. Sezione Pratica, 1908. 41. szám.)

Sebészet.

A hasüregnek védelmi berendezéseiről és a laparotomizáltak functiós kezeléséről érdekesen értekezik O. Witzel (Düsseldorf). Az utolsó években nagyot változtak nézeteink a hasüreg asepsiséről és a műteti beavatkozások biztonságáról. A cavum peritonei-ben nem látjuk többé a baktériumok félelmetes táptalaját, hanem ellenkezőleg, benne kiváló védelmi berendezéseket tanultunk megismerni.

A lobos folyamatok továbbterjedésének összenövésnek vetnek gátat; az erős nyirokáramlás pedig physiologiás úton mossa ki a hasüreg fertőző noxiát. Ezen mosást a nyirokáram útján szabályozhatjuk is, az áramlást kifelé irányíthatjuk drainezés vagy tamponade által.

Hogy a peritoneum jól védekezhessék, annak feltétele, hogy vitalitását ne sértsük. Ily sértések lehetnek mechanikai insultusok czélszerűtlen manipulációknál, erős lehűlés vagy beszáradás eventeratiókor, edzés antisepticumokkal stb. Mindezek elkerülésére beavatkozásunkat lehetőleg kis területre szorítjuk, óvatosan, nedvesen és melegen dolgozunk s az ártalmas vegyi szerek alkalmazásától óvakodunk.

A dolgozás kis területen nem azt jelenti, hogy a valaha annyira dicsért kis hasmetszés volna a legezélszerűbb. A metszésnek sohasem szabad oly kicsinynek lennie, hogy a kiméletes és biztos tájékozásban akadályozzon.

Működésünk következő momentuma az ú. n. bipartitio cavi abdominis; azaz a hasüregnek nagyobb részét, a melyre a továbbiakban szükségünk nincs, tamponade-dal védjük mechanikai laesióktól, fertőzésektől és egyéb insultusoktól.

Az elkülönítést rendszeresen alkalmazott kompresszekkel érjük el, a melyeket meleg physiologiás konyhasóoldatba mártunk és kinyomunk. A hasüregnek így elkülönített kisebb részén, a melyet tehát mintegy extraperitoneálissá tettünk, végezzük kiméletesen a műtét többi mozzanatát.

Witzel a továbbiakban az ekperitonealizálás különböző mód-szereit ismerteti appendicektomia, medenczeműtétek, gastroenterostomia, cholecystektomia stb. eseteiben. Fejtegetéseit tanulságos rajzok teszik szemlélhetővé.

Hogy a műtét területén a nyirok-keringés meg ne szűnjék, igyekeznünk kell, hogy a hasüregnek nagyobb és nem bántalmazott részében a nyirokáramlást fokozzuk. Ezt folyadékbevitellel, főleg konyhasós infúsiókkal, a szív működés fokozásával és a peristaltika előidézésével érjük el.

A nyirokáramlás gyógytényezőként szerepel a peritoneális egyesületeknél is: akár sérült peritoneumot fektetünk ép peritoneumhoz, akár épet éphez. Csak ha sérült részeket fektetünk sérültekhez, nem szabad túlságosan biznunk a physiologiás nyirok-

áramlás gyógyhatásában. Ilyenkor a varrat helyét néhány napig gaze-esikkal drainezzük.

Az auto-irrigálásnak egy másik módja a Mikulicz-féle széles tamponade, melynek célja, hogy súlyos fertőzésekben a hasüreg nagy területéről induljon kifelé a nyirokáramlás.

A műtét után Witzel a főfigyelmet a *hasi szervek funkciójának korai helyreállítására* irányítja. A túlzott nyugalommal szakít; újításának lényege azonban nem egyedül a korai felkelés. A hasi szervek funkcióját, főleg pedig a peristalticát *táplálék bevitelével*, főleg folyadékok bevitelével idézi elő, azonkívül nagy súlyt helyez a *rendszeres melegítésre*. Néhány órával a műtét után már villamfürdöket, meleg borogatásokat alkalmaz. A tüdő és a szív *complicatioit rendszeres mély belégzésekkel* igyekszik elkerülni; az annyira féltetett postoperatív thromboemboliák meggátolására is ez a legjobb eljárás. A *korai felkelést* pedig nem sémásan, hanem esetről esetre és gondos megfontolás alapján, individualizálva engedi csak meg. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 5. sz.)

Gergő.

Börkörtan.

Pemphigus vulgarisban szenvedő egyének biológiai vizsgálatokat végzett C. Brück (Breslau). Az idült pemphigusos betegség lényegét teljes homály fedi. Magyaránul főleg két teoriát állítottak fel: az egyik a pemphigust neuropathiás alapon angioneurosis-sal, illetőleg trophoneurosis-sal magyarázza, a másik a bajt fertőzés által létrejöttnek fogja fel. Bizonyos, hogy az utóbbi sokkal valószínűbb alapon nyugszik. Meg kell jegyeznünk, hogy a szerzők egy része a pemphigus létrejöttét nemcsak ismeretlen mikroorganizmusok működésével hozza kapcsolatba, hanem fölvesz bizonyos bakteriumos mérgeket, melyek vagy a vérben keringenek, vagy pedig a bőrben léteznek. A bakterio-toxikus magyarázat mellé azután az a nézet is simul, mely a bántalmat auto-intoxicatiósnak tartja. A szerző az utóbbi időben 2 típusos pemphigus esetet észlelt, a melyet a vér és a hólyagtartalom szempontjából behatóan vizsgálhatott. A hólyagok folyadéktartalma, a sepsis módokon nyerve, teljesen sterilnek bizonyult. Brück továbbá pemphigusos vérről és hólyagtartalommal komplementeltérési kísérleteket végzett, de teljesen negatív eredménnyel. Nem látszott ugyanis lehetetlennek, hogy a Wassermann-féle eljárásnál a hólyagok folyadékában antigen mutatható ki. A hólyagtartalmat azonkívül toxinnal nézve is vizsgálta. Kiderült ekkor, hogy a kb. 20 gm. nehéz egerek 0.1—0.5 cm² hólyagbennel beoltva 24 óra alatt elpusztultak. Az elhullott állatok vére ilyenkor sterilnek bizonyult. A szerző hasonló kísérletet egészséges ember bőrén létrehozott hólyagtartalommal is végzett, de az állatok ilyenkor mind egészségesek maradtak. Ismeretes, hogy Ehrlich, M. Neisser, Wechsberg s mások vizsgálatai azt mutatták, hogy bizonyos bakteriumos és állati mérgek in vitro könnyen ismerhetők fel vérszétoldó képességük alapján. Brück a pemphigusos folyadékot ebben az irányban is vizsgálta. Kiderült ekkor, hogy az egyik pemphigusos betegének hólyagtartalma az embervérre igen erősen ható lysint tartalmaz. A szerző továbbá dermatitis herpetiformisban szenvedő egyének hólyagtartalmát is vizsgálta s azt szintén sterilnek találta. Érdekes még az a kísérlet is, a melyben a szerző a pemphigusos hólyagtartalmat sterilén egy épen azon időben hólyagmentes más pemphigusos beteg bőrére oltotta. 20 órával később az oltás helyén mogorónyi típusos hólyag támadt, a melyet azután a test más helyein még több hólyag követett. Ezek három nappal később nyomtalanul elmúltak. Ugyanaz a beteg pozitív reakciót adott tömény tuberculinnal (Altuberculin) végzett Pirquet-féle cutan-oltásra is. Valószínű tehát mindezek szerint, hogy: 1. a pemphigusos betegek hólyagtartalma bakteriumos toxinokat (pl. streptolysin) tartalmaz és hogy 2. ezek a bakteriumos toxinok hólyagmentes pemphigusos betegnek cutan oltásakor oly jelenségeket létesíthetnek, a melyek a túlérzékenységen alapuló reakciókra emlékeztetnek. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. 93. k. 3. f.)

Guszmán.

Venereás bántalmak.

Pericarditis exsudativa luetica esetét ismerteti I. Wachter (Wien) Ehrmann osztályáról. A syphilis pathológiás és aetiologiás ismeretének haladásával mindinkább megerősítést nyer az a nézet,

hogy a belső szervek nemcsak a késői szakban, hanem már az első általános eruptio idejében is megbetegedhetnek lueses alapon. Ma már számos adatot ismerünk, mely ezt a felvételt igazolja. A szerző esete is ezt látszik bizonyítani. 21 éves, előzőleg egészséges leány friss syphilisének eruptiós szakában pericarditis exsudativának tünetei között betegedett meg. A diagnózis helyességét a szerző egyéb okoknak kizárásával és a kénésös kezelésnek kitűnő hatásával igyekszik bizonyítani. A gyógyítás általános tüneti kezelésen kívül naponkénti hydrargyr. succinimid-os injectiókból állott (10 1^o/o-os és 14 2^o/o-os injectio). E specifikus kezelés olyannyira bevált, hogy néhány hét alatt a pericarditisnek valamennyi súlyos objectív és subjectív tünete nyomtalanul elmúlt. A szerző ezen esete kapcsán felhívja az orvosok figyelmét, hogy a szívnek viselkedését már a syphilisnek legkorábbi szakában is figyelembe kell venni. Véleménye szerint lehetséges, hogy bizonyos lueses alapú vérérmegbetegedések (aortitis stb.) számára már ilyen korán teremti meg a talajt a syphilis. Valószínű, hogy a syphilisnek korai szakában támadó szívelváltozások prognosisa a megfelelő erélyes kezelés igénybevételével elég jó. (Wiener klin. Wochenschrift, 1909. 3. sz.)

Guszmán.

Az emlőmirigy késői lueses megbetegedéséről ír K. Deutsch. Az emlőmirigy, mely úgyszólván praedilectionális helye a daganatoknak és gyulladásos folyamatoknak, aránylag csak ritkán mutat lueses elváltozást. Bizonyos azonban az is, hogy az emlőmirigy lueses megbetegedését aránylag gyakran nem ismerik fel, hanem más bajokkal összetévesztik. A mirigy lueses elváltozása rendszerint két alakban nyilvánul, a diffus alakban és a gummás alakban. Az előbbi inkább a syphilis korábbi szakában szokott létrejönni. Néha már igen korán, így Matzenauer és Lang egy-egy esetében 2, illetőleg 3 1/2 hónappal az infectio után. A baj ilyenkor rendszeren a mastitisnek kórképe alatt folyik le. A szerző mindössze 3 syphilises emlőmirigy esetet észlelt. Első esete 36 éves nőre vonatkozott. A bal emlő erősen meg volt duzzadva s a beszűrődés közepén éles szélű, lepedékes ulceratio volt. Az eset a körülírt, gummás alak csoportjába tartozott. 31 kenés és több kénésös salicylos injectio következtében a bántalom lassanként teljes gyógyuláshoz ment át, de megjegyzi a szerző, hogy a teljes gyógyuláshoz excochleatio végzésére is volt szükség. A második esetben a 48 éves nő kétoldali diffus lueses mastitisben szenvedett, antilueses kezelésre a folyamat igen hamar visszafejlődött. Jellemző a diffus alakra nézve, hogy ellentétben a körülírt alakkal, mindig minden hegképződés nélkül gyógyul. Kivétel e tekintetben csak Matzenauernek az esete, mert ebben a mirigyállomány genyesen szét-esett. A harmadik eset férfire vonatkozik, a ki a syphilisét 11 év előtt szerezte. A folyamat az egyik mamillán fájdalmas beszűrődéssel kezdődött. Az antilueses kezelés a beteget hamarosan meggyógyította. (Wiener klinische Wochenschrift, 1909. 4. sz.)

Guszmán.

Fülörvostan.

Abducens-hüdéssel szövődött heveny mastoidist ír le Luc, mely egy diabeteses betegén folyt le. Az antrum felvétele után sem az abducens-hüde, sem a dobüregbeli profus genyedés nem szűnt meg, sőt utána mélyen fekvő nyakphlegmone képződött. A később végzett gyökeres műtetre azonban, melyhez a sterno-cleido-mastoideus alatt székelő tályog feltárása is társult, nemcsak a középfül genyedése, de a már 5 hónap óta fennálló abducens-hüde is gyorsan megszűnt. A szerző ezen esettel is beigazolt, hogy látja Terson azon állítását, hogy az abducens-hüde a középfül genyes fertőző folyamatának a canalis caroticuson tovább terjedése következtében jön létre. Majdnem ugyanilyen esetet ír le ugyanott Grivot. Ezen szerző körülírt leptomeningitist vesz fel az abducens-hüde magyarázatára, a mennyiben a lumbal punctióval nyert folyadékban a lymphocytákat megszorodva találta. (Annales des maladies de l'oreille, 34. kötet, 3. füzet.)

Udvarhelyi dr.

Salpingoskop, műszer az eszközöknek az Eustach-kürtbe bevezetésére. Voss (Frankfurt a. M.) a „Deutsche otologische Gesellschaft” 17. gyűlésén salpingoskop nevű műszerét mutatta be, melynek segítségével az Eustach-kürtbe a kathetert vagy a bougie-t a szem ellenőrzése mellett lehet bevezetni és neki a kellő irányt megadni. Az eszköz a Valentin-féle salpingoskopnak

olyan módosítása, mely az ureter-katheterezéshez használatos cystoskophoz hasonló módon van szerkesztve, úgy, hogy a garatot teljesen kivilágítja és lehetővé teszi az eszköz irányítását a szem ellenőrzése mellett. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, LVI. kötet, 3. füzet.)
Udvarhelyi dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Tengeri betegség ellen Hoffmann a bromuralt ajánlja. Nem volt ugyan még alkalma napokig tartó viharos tengeri utazás alkalmával kipróbálni e szert, rövidebb utakon azonban rendkívül jó hatását látta, ha prophylacticumként 1—2 órával a nyílt tengerre jutás előtt 0.6 gramm bromuralt adott, esetleg rövid idő múlva még 0.3 grammot. De már beállott rosszullét esetén is hasznos volt a nevezett szer 0.6—0.9 grammos adagban. (Münchener med. Wochenschrift, 1908. 48. szám.)

Tussis convulsiva eseteiben Sanftleben szerint nagyon jó hatású a már sokaktól ajánlott, de ismét elvetett antipyrin, ha rendszeresen adjuk. Minthogy pedig a szájon át a rossz íze miatt nem használható rendszeresen: a végbélben átadást ajánlja; 6 éves korig háromszor naponként annyi decigramm adandó, a hány éves a gyermek; 7—12 éves gyermekeknek 3-szor 0.75, 12 éven túl levőknek 3-szor 1 grammot kell adni. A port körülbelül 25 cm³ langyos vízben oldva fecskendezzük a végbélbe reggel, délben és este, még pedig 10 egymás után következő napon; ezután 8 napig szünetelünk, s ha a rohamok száma és ereje ekkor ismét fokozódni, még 8 napig adjuk az antipyrin. Noha nagyon sok esetben használta a szerző ezen eljárást, káros hatását sohasem látta; a szív megkárosodásától állítólag nem kell tartani. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1909. 2. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archívum, 1909. 1. füzet. Horváth Mihály: Adatok a világrahozott csipőficzamodás kór- és gyógytanához. Lénárt Zoltán: Kísérleti tanulmány az orrüreg és a tonsillák nyirokrendszerének összefüggéséről. Fenyvessy Béla: A konyhasó-concentratio befolyása a szappan-haemolysise. Liebermann Leó és Fenyvessy Béla: Immunsavból előállított haemotrop-anyagról. Fuchs Dénes: A vizelet Cal | N quotiensének változásáról nagy vérvesztések után.

Klinikai füzetek, 1909. 2. füzet. Szabóky János: Agglutinációs vizsgálatok gümőkóránál. Bauer Kálmán: A lágy ivóvizokról, tekintettel az ásványi sók anyageseréjére.

Gyógyászat, 1909. 9. szám. Plesch János: Új eljárás a veseszületett szívbajok kórismézésére. Kanitz Henrik: A leukoderma syphiliticumról.

Orvosok lapja, 1909. 9. szám. Hausner József: Az ulcus ventriculi rotundum, különös tekintettel az újabb kezelési módokra.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 8. szám. Balás Dezső: Toxikus jelenségek multiplex májchincoccus kapcsán.

Vegyes hírek.

Uriel József dr., cs. és kir. vezérfőtörzsorvos, a közös hadsereg orvosi karának feje, nyugalomba vonulása alkalmával a valóságos belső titkos tanácsosi méltóságot nyerte. Az első eset ez Magyarország-Ausztriában, hogy orvos ily kitüntetésben részesül. Utódja Kratschmer Flórián dr., a cs. és kir. katonai egészségügyi tanács elnöke és a cs. és kir. katonatorvosi alkalmazó iskola parancsnoka lett.

Christián János dr.-nak, a nagyszombati kórház nyugalmazott igazgató-főorvosának és törvényes utódainak a közegészségügy terén szerzett érdemei elismerésül a király a magyar nemességet adományozta „szárazpataki” előnévvel.

Navratil Imre dr.-t a „Berliner laryngologische Gesellschaft” tiszteletbeli tagjává választotta.

Jancsó Miklós dr.-t belorvostani adjunctust és egyetemi magántanárt a kolozsvári egyetem orvosi kara a klinikai propaedeutika nyilv. rendkívüli tanárává leendő kinevezésre terjesztette fel.

Alkalmazások a kolozsvári egyetem orvosi karán: Megválasztattak a decemberi rendes ülésen: Élthes Béla dr. gyakornoknak az ált. kór- és gyógytani intézethez (újraavasztás); Bergleiter Gyula dr. tanársegédnek a gyógyszer-tani intézethez; Bartha Jenő dr. gyakornoknak a szemészethez; Mátyás Jenő gyakornoknak a szövet- és fejlődéstanhoz; Szabó Józsefné, Kárpáti Gizella dr. gyakornoknak az ideg- és elmeorvos-tani tanszékhez. A januári rendes ülésen: Elfer Aladár dr. I. Szilágyi György dr. II. tanársegédnek a belorvostanhoz (újraavasztások); Szőke Andor dr. gyakornoknak a szemészethez; Bod Péter dr. és Kerekes István dr. gyakornoknak a bőrorvostanhoz (újraavasztások); Gergely Endre gyakornoknak a kórbonczolástanhoz; Pollák Vilmos gyakornoknak a gyermekorvostanhoz; Szüts Andor dr. tanársegédnek a szövet- és fejlődéstan intézetéhez; Vidakovich Kamill dr. és Vertán Emil dr. mítő-

növendéknek a sebészethez. A februári rendes ülésen: Kunecz Andor dr. gyakornoknak az élettanhoz; Borbély László dr. I. tanársegédnek a szemészethez (újraavasztás); Ferencz Aron dr. tanársegédnek a gyógyszer-tárba (újraavasztás).

A belügyministerium részéről a trachoma aetiológiájára vonatkozólag kitűzött 1000 koronás pályadíjra a határidőig 1908 december 13-áig, 7 pályamunka érkezett be: 3 Németországból, 2 Oroszországból, 1 Bulgáriából és 1 Egyiptomból. A miniszter a pályaművek elbírálásával a következőket bírta meg: Kolle tanár (Bern), Pfeiffer tanár (Breslau) és Grösz Emil tanár. Az eredményt a XVI. nemzetközi orvosi congressus alkalmával fogják közzétenni.

Meghalt. I. Lindsay Steven, kórházi főorvos Glasgowban, a bel-orvostan szorgalmas irodalmi művelője, február 14.-én 51 éves korában. — Th. C. Parkinson dr. a londoni Lister Institute-ban végzett tanulmányai alkalmával megfertőztette magát pestis-bacillusokkal s a tudomány áldozata lett február 4.-én. A pestis tüdőgyulladásos alakjában jelentkezett rajta. Ugyanaz a sors érte, mint Müller dr.-t 11 év előtt Bécsben s Rostanechi dr.-t 1900-ban Krakóban.

Kisebb hírek külföldről. R. Fick dr., az anatomia tanára a prágai egyetemen, tanszékét az innsbrucki anatómiai tanszékkel cseréli fel. — A königsbergi közegészség-tani tanszékre W. Kruse bonni rendkívüli tanárt, az ottani közegészség-tani intézet bakteriologiai osztályának vezetőjét hívták meg; Kruse tanár a meghívást elfogadta.

A párisi orvosi fakultás megbízást adott a francia orvostörténelmi társulatnak, egy a fakultás keretében felállítandó orvostörténelmi múzeum létesítésére. Ezzel egyidejűleg veszszük a hírt, hogy a krakói orvos-tudományi kar is egy lengyel orvostörténelmi múzeum felállítását határozta el, s e végből felhívásokat bocsátott ki a múzeum anyagának összegyűjtése érdekében.

„Zentralblatt für Thalassotherapie, Klimatologie, Balneologie und verwandte Wissenszweige” címmel az abbaziai orvosok egylete havi folyóiratot indított meg. A Glax J. tanár, Fodor Géza magántanár és Kurz J. szerkesztésében megjelenő folyóirat előfizetési ára egy évre 10 korona.

„Epilepsia” címmel negyedéves nemzetközi folyóirat indult meg, a mely az epilepsia úgy orvosi, mint jogi és szociális szempontból való kutatásának van szentelve. A most megjelent 1. füzetbe a többi között cikket irt Raymond, Binswanger, Redlich, Sérieux. A folyóirat főszerkesztője Donath Gyula egyetemi tanár, kiadói Scheltema és Holkema Amsterdamban és J. A. Barth Lipcsében. Előfizetési ára évenként 20 korona.

„Riedel's Berichte”. A Riedel-féle ismert nevű vegyészeti gyár által kiadott szokatlan jelentéseknek 53. kiadását kaptuk kézhez. A vaskos füzet először is több tudományos értekezést közöl a gyár laboratóriumából, azután pedig betűrendben ismerteti az újabb gyógyszerek, specialitások és fontosabb technikai termékek összetételét, sajátosságait és használatát. Záróképpen a gyár készítményei vannak minden túlzástól mentesen, objective ismertetve.

A hydropyrim vízben oldható acetylsalicylsó, íztelen, szagtalan. Kitűnő antipyreicum, analgeticum, antirheumaticum. Könnyű oldhatóságánál fogva gyors salicylhatást fejt ki.

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

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

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. 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.

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

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

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

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.
ERDEY Dr. Sanatoriuma Budapest, IX., Bakács-tér 10 Nőbetegek és szülők részére

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (VI. rendes tudományos ülés 1909 február 13.-án.) 197. l. — Közkórházi Orvostársulat. (I. bemutató ülés 1909 január 27.-én.) 199. l. — Erdélyi Muzem-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (1909 február 6.-án tartott I. szakülés.) 199. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VI. rendes tudományos ülés 1909 február 13.-án.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Rotter Henrik.**

(Vége.)

Orvosi titoktartás a balesetbiztosításban.

Lőw Sámuel: A balesetbiztosítási kártalanítás fontos ethikai részéhez kíván hozzájárulni.

Az Orvosegyesület tagjai tudják, hogy az Országos Orvos-Szövetség igazgató tanácsa az orvosi titoktartással foglalkozott 1899-ben és francia példán buzdulva azt az elvi kijelentést tette, hogy a betegnek kezelő orvosa vagy házi orvosa soha, semmi körülmények között biztosító társaságoknak ne adjon bizonyítványt, sőt a post mortem bizonyítványt is tagadja meg. 1902-ben az újtátrafüredi congressus azt állapította meg, hogy sem a biztosítás megkötésekor, sem a halál bekövetkeztekor ennek körülményeiről bizonyítványt nem ad ki. Ez vélemény vagy jó tanács volt. Azonban a vidéki orvosok, a kik tudvalevőleg ethikai kérdésekben, különösen bizonyítvány tekintetében kényesek, úgy fogták fel, hogy ez tilalom, melyre büszkék, hogy nem árulják el, hogy betegek milyen betegségben haltak el.

A szóelő a szövetségnek ezen álláspontját sohasem helyeselte, nem is helyesli, de nem erről van most szó. Most abból a feltevésből indul ki, hogy a szövetség állásfoglalása helyes és indokolt és ezt az orvosok elfogadták. És így különösnek látszik az a helyzet, melyet a hazai orvosok csaknem kivétel nélkül a balesetbiztosítással szemben egyáltalán, különösen pedig a baleseti pénztárakkal szemben tanúsítanak. Az előadó statistikájából kiderül, hogy ezen a téren az orvosok és tanárok, a kórházak és klinikák az orvosi titoktartás kötelességén magukat túlteszik. A kért felvilágosításokat, bizonyítványokat, kórtörténeteket, bonczjegyzőkönyveket kiszolgáltatják és megtörténik, hogy szimulánsok és aggravalók leleplezésére is kezet nyújtanak.

Ezen ellenmondásra sine ira et studio hívja fel a figyelmet, magyarázatát adni nem tudja.

Autorok. Orvosi bizonyítványok. Orvosszakértők díjazása.

Minich Károly: Az előadónak azon megjegyzését, hogy a halálesetek magyarázatában czélszerű, ha az orvos autorokra hivatkozik, nem fogadja el, mert az orvosnak saját véleményét kéri, ezt adja meg, ne az autorokét. Hibás ez azért is, mert provokálja, hogy az ellenfél a saját más 10 autorára hivatkozzék, a ki ellentétes nézeten van.

Nem fogadja el az előadónak az arteriosklerosisos art. coronariából való halál magyarázatát sem, mert ez csak magyarázat, de nem bizonyítja, hogy igaz is. Ilyen módon bármilyen halálesetet vissza lehet vezetni balesetre. Így a tabest 10 év előtti balesetre is vissza lehet vinni. E szerint minden halál, mely munkást ér, balesetnek volna tekintendő.

Ezzel kapcsolatban áll, hogy a baleseti törvény a teljes munkaképtelenség esetére 60 százalékot ítél meg. Az orvos érzi, hogy a munkással igazságtalanság történik, és így könnyen hajlik az enyhébb megítélésre.

Ezzel függ össze az is, hogy az orvosok könnyen adnak orvosi bizonyítványokat. És bizonyos igazság rejlik abban, hogy a törvényes és hatóság a bizonyítványokat nem veszi tekintetbe. Rosszhiszeműséget nem tapasztalt a szóelő, csak egy esetben; inkább naivságot, hogy az orvos mindazt elhiszi, a mit a bizonyítványt kérő mond. Ezen azután mosolyog a bíró.

Az orvosnak reá kellene vezetni a bizonyítványra, mi ezébből kéri tőle ezt. A szóelőtől egyszer bizonyítványt kért valaki, hogy rágalmozásért van elítelve és halasztást akart. A szóelő beleírta a bizonyítványba, de az illető nem is produkálta a bizonyítványt,

mert család büntetvéért volt elítelve. Fontos, hogy belevegyük, mit mond az illető, különösen ha maradandó elváltozásról van szó, de ne fogadjuk el ténynek az illető vallomását.

Fontos követelmény, hogy az orvos az észlelt objectív jelekről beszámoljon.

A vélemény szintén igen fontos, de tartózkodjunk a határozott véleményektől, ha nem tudunk ilyent mondani, bármennyire is szorongat érte a hatóság. Különösen, ha minősíteni kell valamely sérülést. Ha nincsenek pontos följegyzéseink, kórtörténetünk, ezt is mondjuk meg, de ne komponáljunk hozzá körleírást és lefolyást „emlékezetből“.

Balesetekben pontos és részletes följegyzéseket tegyünk, mert azok rendkívül fontosak, akár könnyű, akár súlyos esetről van szó.

Az orvosok díjazása fix tarifa szerint történik a választott bíróságoknál. Az első fokozat a pénztári és rendőrorvos teljesíti a vizsgálatot, a kik külön díjazásban nem részesülnek, már pedig emberi vonás, hogy a miért díjazás nem jár, azt hanyagul teljesítik. Pontos följegyzések hiányában tág tere nyílik a fantáziának és ezzel a sértettek bőségesen élnek, iparkodnak jogtalan eszközökkel javítani helyzetükön. Az első vizsgálatot tehát díjazni kell, akkor pontos lesz. A választott bíróságnál működő orvosok fizetése azonosnak látszik a törvényszéki orvosokéval. Ide bizonyára csak komplikált esetek jutnak, mert az egyszerűket elintézik I. fokban. Itt az orvosszakértők díja 7 kor.; ha több ügyben referált, együttesen 10 korona. Ezek lesznek a leggyakoribb tételek, mert a bonczolás, az elmeállapot megvizsgálása bizonyosan áthárítatik a rendőrségre, elmegyógyintézetre. A törvényszéki orvos azonban kap a megjelenésért 6 K-t, a vizsgálatért és véleményért 7 K-t, összesen 13 K-t, és ha még felülvéleményez más leleteket, kap még 7 K-t, összesen 20 K-t, mindenesetre többet, mint a választott bírósági szakértő, a ki 9-től 1-ig tartó tárgyalásokért kap 10 K-t. A munkás-esküdtek többet kapnak, mint az orvos. Ezért nem várható, nem kívánható, hogy tudományos színvonalon álló vélemény adassék. A mérnök-építészegylet díjszabása 25 + 50 K ott, a hol a törvényszéki orvosé 6 + 7 K.

Papp Géza: A díjazásról, mely Minich előadása kapcsán alkalmas, hogy elkeseredést szüljön, kíván szólni. A díjszabás nem kíván eredetiséggel hivatkozni, a törvényszéki díjszabás nyomán készült. A törvényszéki szakértőket is a kinevezés fizeti, a balesetbiztosítási szakértőket is. Ezért a ténykedés és a fizetés is egynemű. Ha magasabb díjat állapítottak volna meg, a törvényszéki orvosok petitionáltak volna díjemelésért. A szóelő szerint az eljárás helyes, hogy egyformán vannak fizetve. A különbségek kellemetlenül festenek, de a törvényszéki orvost megidézi a bíró, a választott bíróság elnöke pedig udvarias levélben kéri fel a szakértőt, a kinek nem kell megjelennie, hanem rendelőszobájában is megvizsgálhatja a sérültet. Az „ügyenként“ való tárgyalás nem volt fölösleges, mert így egy ügyért is megkapja a díját. A törvényszéki orvosnak sokat kell a törvényszéken megjelenni, a választott bíróság szakértője egymásután letárgyalhat 6–8 ügyet. Tekintélyes orvos helyeselte ezen díjazást.

Minich felfogása részben jogosult, a szóelő méltányosnak tartaná, hogy miként a fővárosi hivatalnoknak lakbéré nagyobb, mint a vidékié, azonképen a szakértői díjak is magasabbak legyenek a fővárosban.

Minich Károly: A díjazást oly alacsonynak tartja, hogy szakértői szerepre nem is volna szabad vállalkoznia orvosnak.

Az előadó zárszava.

Friedrich Vilmos: Előadását iparkodott tudományos alapra helyezni. Iparkodott az orvos-szociális kérdés fejtegetését lehetőleg mellőzni. A Wein által felhozott incompatibilitást a szóelő is kifogásolja, mert helytelenül zárták ki a „pénztári“ orvost, értven a pénztári orvos alatt az „országos“ pénztár orvosát. Hogy budapesti pénztári orvos az ugoesai pénztár perében, melyhez őt semmi érdek sem köti, miért ne lehetne szakértő, azt nem tudja felfogni. Harkányi felszólalása megerősítette a szóelőt ezen véleményében, mert Ausztriát, Németországot nem lehet összehasonlítani e tekintetben. Nálunk a pénztár egységes, Németországban betegpénztárak vannak és „Berufskrankenkassen“.

A szóló beszélt ezen ügyről német szakemberekkel, kik az incompatibilitást szintén helytelennek tartják. A 300,000 taggal bíró alsóausztiai pénztár ideg- és sebészorvosa és sebésze állandóan szerepel szakértőként ilyen ügyekben. Ezért kívánatos, hogy a novelláris módosítás az incompatibilitás megszüntetésére is kiterjedjen. Fontos ezen ügyben, hogy a választott bíróság rendelkezésére ne egy, hanem legalább két szakértő legyen és a Hivatal Orvosi Tanácsa legyen a legfelsőbb fórum, mely véleményét tanácsilag a tanácsban mondja ki.

A pénztári orvosok a baleseti ügyekben kifejtett működésükért honoráltatnak. A választott bíróság szakértői ugyancsak az 1872—1876-ból származó díjszabás szerint Németországban 6—20 márkát kapnak, pedig azóta nagyot változtak a viszonyok. Kívánatos, ha a budapestieké magasabb volna mint a vidékieké.

Löw felszólalására az a megjegyzése, hogy a magánbiztosító társaságok nyereségre dolgozó vállalatok, ez pedig hatósági személyekkel működő intézmény, melyben bírónak adják az orvosok a véleményét.

Az „Útmutató” illetőleg a teljes munkaképtelenséget a törvény a kereset 60%-ában állapítja meg. E felett nem lehet vitatkozni. A német törvény 66%-ot állapított meg. Az útmutatóban foglalt számok különben nem megbízható számok, mindig individualizálni kell.

Helyes és fontos a prognózis kérdése; meglepetések érhetnek bennünket, javulások és rosszabbodások. De ezt bajos, sőt lehetetlen is elkerülni. Így például egy 39 éves munkásnak lépcsőlépés okozta vérzés miatt ki kellett venni a lépét. A kórház elhagyása után sokáig rossz színben volt, lesóványodott, étvágytalan kezdett lenni, végre is összeszedte magát és meggyógyult, annyira tudniillik, hogy a haemoglobin, mely eleinte 50 volt, felemelkedett 85-re s a vörös- és fehérvérsejtek számaránya normális lett.

Ha később rosszabbodás áll be, joga van a sérültnek a 95. §. alapján perújítással élni.

Salgó kérdésére ő maga adta meg a választ: a jövő és a gyakorlat meg fogja mutatni, hogy a gyors és végleges kielégítés megelőzi-e a neurosisok kifejlődését.

Donath-tal szemben megjegyzi, hogy a railway-spine speciális, vasúti balesetek után támadó neurosis és hogy valóban úgy van, hogy a traumás neurosisok száma napról napra nő, lépést tartva a sociális biztosítással. Természetes, hogy kimélettel kell az ilyen betegekkel bánni, hisz valóban betegek. A szimulálás és aggravalás két különböző dolog, épen úgy, mint a munka- és a keresetképeség.

Minich-nek, a ki az autorok idézését ellenzi, azt válaszolja, hogy Németországban minden egyetemi tekintély él citatumokkal, mikor súlyos esetből kifolyóan valamely nehezebben érthető véleménynek támogatásáról van szó. A bíró dolga az igazságot kutatni és megállapítani. Természetes, hogy az idézés felesleges az egyszerű s könnyebb esetekben.

A tárgyalt és megvitatott kérdés fontosságát igazolja az iránta tanúsított érdeklődés. Fontos, hogy az orvost beleneveljük ezen kérdésekbe, hogy mint a szakértő megállja a helyét, és ha ehhez előadásával hozzájárult, megvan előadásának a sikere.

Donath Gyula: Azon történeti tény konstatálására szorítkozom, hogy Erichsen Angliában 1875-ben először állította föl a railway-spine körképét, utána foglalkozott vele Putnam Amerikában. Tehát Angliában a privát biztosító társaságok nem ismerhették ezen betegséget és nem is taksálhatták. Később Charcot traumás hysteriának nevezte el, Oppenheim pedig, a ki különálló betegségnek fogta fel, neurosis traumaticának, hogy a baj lényegére nézve praesudicálás ne történjék. Ekkor ismerték fel, hogy a betegség keletkezésében nem a gerinczvelő rázkódtatása a lényeges, hanem a psychés shock és hogy az minden mechanikai behatás nélkül más alkalommal is létrejöhet, nem csupán vasutak összeütközésekor.

(VII. rendes tudományos ülés 1909 február 20.-án.)

Elnök: Friedrich Vilmos. Jegyző: Entz Béla.

Pityriasis pilaris Devergie esete.

Brezovszky Emil: A 64 éves, nős hajómunkást 1908 december hó 10.-én vették fel Róna osztályára. Luest tagad. Közepes potator, erős dohányos. Bőrének alapszíne a nem bántalmazott területen fehér; a hajzatos fejbőrön kissé hyperaemiás, apró pikkelyek láthatók a bőr hyperkeratososis folyamata miatt. A fülcimpa bőre száraz, rajta fehér pikkelyfelrakódás van. A nyak

bőre kissé barnás s mindenütt, de legkifejezettebben a tarkótájon kúp alakú, a bőr szintjéből kiemelkedő, a folliculusban ülő, lekapa-rással a folliculusból kiemelhető szarúcsapok vannak, a melyek a nyak alsó részén mind kevésbé emelkednek ki és ritkábbak, míg a tarkótákon oly sűrűn állanak egymás mellett, hogy malterszerű felrakódás képét mutatják. A kéz háton, de főleg a középső phalanxok háti felületén hasonló szarúcsapok, a melyek közepe feketésen pigmentált. A bütyköknek megfelelőleg a folliculusok nyílása kitágult és jól látható. A tenyerek szárazak, a bőr itt kissé merev, barázdáiban fehér pikkelyképződés. A has bőrén és a fantájékon már sűrűbbek a szarúcsapok és jobban kiemelkednek, úgy hogy ha kezünkkel végighúzzuk a bőrt, reszelést érzünk. A fantájékon ezüstszínű, nehezen lekaparható pikkelyfelrakódások. Ehhez teljesen hasonló és férfitenyérenyi terjedelmű plaque látható a tomporokon, a mely psoriasis-plaqueokat utánoz, de a plaque periferiáján egyes folliculusokra lokalizálódva láthatók a pikkelyek. A csom-bok külső felületén, mindkét térd felületén, a lábszárakon, a láb háton a felrakódások nagyobb plaqueokká folynak össze. A talpak teljesen a tenyerekhez hasonló képét mutatnak. Mikroszkopi vizsgálatra egy körömfény darabot az alkarból és egy ugyanakkorát a láb-szárból kiirtottak. Mikroszkop alatt a folliculusok és a verejtékmirigyek tölesei helyenként kitágultak, s főleg ezeket töltik ki a tömört, gyakran concentrikus rajzolatot mutató szarúcsapok. A cutis kissé oedemát, a véredek tágultak, körülöttük kisesejtes beszűrődés. Az elemi bőrlaesiók bonczolástani lényege tehát kisfokú perifolliculáris és periporális gyuladás, nagyfokú intrafolliculáris és porális hyperkeratosissal. Mérsékelt emphysemát és arteriosclerosist kivéve a belső szervek épek. A vizelet rendes. Röntgen-fénnyel átvilágításkor a tüdőesések, a szív, a gyomor normális viszonyokat mutatnak.

Hogy az esetet bemutatom, indokolja 1. ezen ismeretlen aetiologiájú betegség ritkasága; 2. hogy az egyes területeken mutató elváltozások miatt a psoriasissal összetéveszthető; egy betegünk például bejárta Ausztriát és Németországot és több kiváló dermatologus hónapokon át psoriasissnak nézte a baját; 3. hogy a therapia tehetetlen vele szemben.

Ezen esetben néhány szerző ajánlatára megkíséreltük a thyreoidin-tablettákat is, s bár eddig már 100 darabot vett be a beteg, állapota mitsem változott. A betegséget régebben sokan a lichen ruber egyik válfajának tartották; ma már tudjuk, hogy a lichenhez semmi köze.

Hemiatrophia facialis circumscripta.

Bauer Lajos: A 10 éves leánykán a jobb oldali állésűshoz közel eső területen 2 ujjnyi széles besüppedés látható, mely a m. depressor lab. inf. és a depressor anguli oris helyének felel meg s részben leterjed a platysma myoides felső rostjaira is. A besüppedést az elvékonyodott bőr és az eltűnt bórallati zsírpárna és kötőszövet okozza. De részben az izomzat is sorvadt e helyen, legalább erre utal azon tünet, hogy az alsó ajk jobb fele kissé kifelé fordult. A besüppedt terület fölött a bőr érzékenysége a villamos árammal szemben fokozódott; erősen fokozódott ezen besüppedt területnek villamos ingerlékenysége mindkét árammal szemben is. A beszédben, rágásban stb. az elváltozás nem alterálja a leánykát. Az arcnak veleszületett részaránytalanságával lehetne összetéveszteni ezen körülírt hemiatrophia facialis, minthogy azonban veleszületett asymmetria esetén a fentebb elősorolt tünetek mind hiányzanak, míg a hemiatrophia facialisra jellegzetesek, ez okból kétségtelen ezen esetben a hemiatrophia facialis circumscripta diagnosa.

Idegen test a retinában.

Fischer Mór: A 18 éves lakatos múlt év december 1.-én sérült meg. Idegen test pattant a jobb szemébe s a jobb szarúhártya felső részén áthatoló sebést okozott. Az előesett iris-darabot az izraelita kórházban levágták. Egy heti kezelés után a munkásbiztosító pénztár szembetegosztályán jelentkezett, a hol kitünt, hogy a macula luteától ki- és lefelé kb. 6-0 D niveau-differentiát okozó, szabálytalan patkóalakú, fémfényű képlet (idegen test) látható, a mely oly fokú látásrosszabbodást okoz, hogy a centrális látás teljesen megszűnt, s csak a retina periferiás részével lát a beteg mintegy 2 meterről ujjakat. (Folytatása következik.)

Közkórházi Orvostársulat.

• (I. bemutató ülés 1909 január 27.-én.)

Elnök: Weisz G. Jegyző: Körmöczy Emil.

Eklampsia.

Rotter Henrik: A gyógyult beteget és csecsemőjét 1908 december 7.-én láttam a III. roham jelentkezése után. Ekkor a status a következő volt: A teljesen comatosus asszony hőmérséke 38.0°, pulsusa 120, feszes, peczelő, arcza duzzadt, végtagjai vizenyősek, a méh feneke a gyomorgödörben, a magzat I. koponyafekvésben, szivhangjai jók. A vulva bemenete szűk, a portio elsimult, a burok ép, a fej a bemenetben rögzített. A szülés azonnal való befejezésére határoztam el magam és ezért Elischer tanár osztályára szállítottam a beteget, a hol sectio caesarea vaginalis útján ürítettem ki a méhet. Élő, érett magzat. A szülés befejezése után több roham nem jelentkezett, a beteg láztalanul gyógyult, a magzat jól fejlődött. A beteg vizeletéből a fehérje, a mely az első napon 12 0/00 volt, a 4. napon eltűnt.

Ámbár egész sorát a hasonló eseteknek mutattam már be az orvosegyesületben, a gynäkologiai szakosztályban és e helyütt is, az eset közlését azért tartottam jogosultnak, mert egyrészt paradigmája az eklampsiaok gyógyulásának az ilyen aktiv therapia mellett, másodsor, mert a kezelésnek ez a módja nálunk még nem részesül kellő méltánylásban. Az eklampsia halálózása átlag 30 0/0 körül ingadozott és most, hogy a legjobb statistikát állítsam ezzel szembe, Bumm azon eseteiben, a melyekben az első roham jelentkezése után ürítette ki a méhet, a halálózás csak 2 0/0.

A syphilis első nyilvánulása a hüvelykujjon.

Werner Sándor: Az extragenitalis syphilis-infectiók közül különösen az ujj infectiói érdemesek a figyelemre, mert nagyon sokszor félreismerik őket.

A 35 éves nős szabómester négy gyermeknek az atyja. Bemondása szerint mult év szeptember havában tüzes vasalóval megégette a jobb hüvelykujját. Az égett seb rohamosan begyógyult, de gyógyulás után két hétre ugyanazon hely újra kisebesedett és nagyon rosszul gyógyult. Ez év január 2.-án vettette fel magát Róna tanár osztályára: elsődleges sclerosis nyoma a jobb hüvelyk hátoldalán, oedema scleroticum a jobb hüvelyken, általános foltos syphilid és visszafejlődésben levő papulák syphilidek az egész köz-takaron. A penisen és scrotumon túltengett papulák, polyadenitis.

A beteg az osztályra való felvétele előtt antilueses kezelésben nem részesült, baját panaritium gyanánt gyógykezelték s ezen idő alatt feleségét is fertőzte, ki szintén osztályunkon fekszik friss luessel.

(Folyt. következik.)

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1909 február 6.-án tartott I. szakülés.)

Elnök: Udránszky László. Jegyző: Konrádi Dániel.

(Vége.)

Kanitz Henrik a scharlach-kenőcsre vonatkozólag megjegyzi, hogy látták ugyan a hámosodást gyorsító hatását, sőt nagy kiterjedésű láb-szárfehély-esetben igen gyors volt a behámosodás, de csakhamar kiújult a fekély.

Góth Lajos megjegyzi, hogy a szülészeti klinikán igen sok éve már csak a végbélen át juttatják be a konyhasós vizet.

Vidakovich Kamill azt hiszi, hogy igen nehéz annak a megállapítása, vajjon a hámosodás a scharlachroth hatása alatt gyorsabban halad-e. Különösen nehéz ez a mélyreható sérülésekkel járó hámbíányoknál. Igen bizonyítónak találja a felületes égések kezelésekor nyert tapasztalatait a scharlachroth mellett.

2. Vidakovich Kamill bemutatása: Mastitis chronica tuberculosa disseminata esete.

A 19 éves szobaleány családjában gümőkóros megbetegedés nem fordult elő, ő maga is jelen bajáig egészséges volt. Baja mult év októberében kezdődött. Okát abban látja, hogy hason aludva, jobb mellét megnyomta. A nyomás helyén, melyet viszkete miatt felvakart, majdnem fájdalomtalanul és lassan egy mindinkább növekvő göb támadt, mely november havában megpirosodott és kifakadt. Csakhamar újabb göbök támadtak az emlőbimbó körül, melyek szintén kifakadtak.

Most jobb emlője a bal egészségesnek másfélszeresére megnagyobbodott, tapintata keményebb, tömöttebb, helyenként góczos beszűrődéseket mutat. A csecsbimbó körül több sipolyjárat, melyekből nyomásra híg, törmelékenyes genyes váladék sajtolható ki, egyes sipolyok már hegesen obliterálódtak. Három momentum ötlük különösen szemünkbe: a lassú kezdet, a fájdalomtalanul és a láztalanság, mindhárom jellemző a gümös emlőgyulladásra.

3. Szabó József: „Az azonosító (identifikáló) emlékezőcsalódásról” értekezik egy eset kapcsán.

A 27 éves, iszákos szülőktől származó férfi 7 éves korában súlyosabb fejsérülést szenvedett. Felnőtt korától iszákos volt. Öt év előtt kimerítő munka után izgatott, zavart lett, kutyákat és fergeket látott maga körül. Ez idő óta szótalan, ingerlékeny. 1907-ben atyjával összeszólalkozott, majd késével rátámadt, végül egy lapáttal agyonütötte. Letartóztatása után beismerő vallomást tett, de azt állította, hogy ő ugyanilyen módon és ugyanezen körülmények között atyját egyszer már megölte. A törvényszéki orvosok véleménye alapján a beteget elmeorvosi intézetbe szállították, hol felvétele óta állandóan észlelik rajta az *identifikáló emlékezőcsalódás* tünetét. Minden helyzetet, minden eseményt átél már egyszer ugyanúgy, mint jelenleg átéli. Ezen tünetnek ilyen hosszú tartamát ritkán észlelték. *Jensen* ismerteti a szóban forgó tünetet. Ő „kettős észre-vevő”-nek nevezi és azzal magyarázza, hogy a két agyféltekében keletkező, normális körülmények közt egymást fedő észre-vevés valamelyes kóros okból inkongruenssé válik és ezért a betegnek egy helyett két észre-vevése támad, melyeket időben különválasztva percipál. *Sander* emlékezőcsalódásnak nevezi a tünetet. *Kraepelin*-től származik az elnevezése. *Lechner* tanár szerint *paradox emlékezőcsalódásról*, *palimnesiáról* van szó. A beteg számos észre-vevése és hangulata nyomban, bár külső, illetve belső inger támogatja, elveszti a való tárgylagoság szükséges jeleit, mialatt a visszaemlékezés funcioérzései bővül az egész complexum. E miatt a jelen eseményei azonnal a mult idő mezébe öltöznek. Tulajdonképpen kettős folyamatról van szó: az egyik a rendes észre-vevés, a másik a paradox emlékezőcsalódás, a mely az előbbit kíséri.

4. Gámán Béla új adenotom-ot mutat be.

PÁLYÁZATOK.

Gazdag dunántúli német vidéken jól jövedelmező uradalmi és magán-orvosi állás van üresedésben. Bővebbet Takáts István gyógyszerésznél Czinótán, Budapest mellett.

335/1909. sz.

Bihar vármegye cséffai járásához tartozó **ugrai körorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Ezen kör a székhelytől 4–5 kilométer távolságra eső Ugra, Nagyharsány és Rojt községekből áll.

Az állás javadalmazása:

1. 1908. évi XXXVIII. t.-cz. alapján 1600 korona évi fizetés, ötödévenként 200 korona nyugdíjba beszámítható korpótlék, mely 800 koronára emelkedhetik.

2. Természetbeni lakás.

3. A megyei szabályrendelettel megállapított rendelési, beteglátogatási, hűsvizsgálói és halottkémlési díjak.

A volt körorvos a körhöz tartozó több nagy uradalomtól 800–900 korona tiszteletdíjat élvezett, a mire a megválasztandó körorvosnak is kilátása van.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy kellek felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi márczius hó 20.-áig** annyiával is inkább adják be, mert a később beérkezett kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást 1909. évi márczius hó 24-ikén fogom Ugra község-házánál megtartani.

A megválasztott körorvos állását április hó 1.-én tartozik elfoglalni.

Cséffa, 1909. évi február hó 27.-én.

A főszolgabíró.

1346/909. fh. sz.

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

1. VI. ker. külső részén, a Kartács-utca táján, évi 2500 korona alapfizetéssel és 300 korona működési pótlékkal:

2. VIII. kerületben, a Teleki-tér, Dobozi-, Magdolna- s Madách-utca határolta területen, évi 1200 korona alapfizetéssel és 200 korona működési pótlékkal;

3. Monor községben (melyhez a Péteri községben lakó pénztári tagok is tartoznak) évi 600 korona fizetéssel és 200 korona fuvardíjjal.

Az ezen állásokra pályázó orvos urak oklevélmásolattal és egyéb orvosi szolgálatot bizonyító okmányokkal felszerelt kérvényeiket **f. évi márczius 20.-áig** fenti pénztár főorvosi hivatalához (VII., Damjanich-utca 36. II. 2.) küldjék be, a hol ezen állásokra vonatkozólag hétköznapiokon délelőtt 11–1 óra közti időben bővebb felvilágosítást nyerhetnek.

A kinevezett orvos köteles a számára kijelölt területen lakni s állását f. évi április 1.-én elfoglalni.

Budapest, 1909. évi február hó 27.-én.

Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár
Főorvosi Hivatala.

1372/909. sz.

A hegyeshelyi **körorvosi állásra** 1909. évi február hó 4.-én 209. sz. alatt hirdetett pályázatot ezennel hatályon kívül helyezem.

Nagybicsesé, 1909. évi február hó 25.-én.

Domaniczky László, főszolgabíró.

4790 909. sz.

Sopron vármegye csepregi járáshoz tartozó Bő székhelyi, Bő, Damonya, Csernelháza, Mesterháza, Pórládony, Berektompaháza, Lócs, Makkoshetye és Iklanberény községekből álló községközségi körben lemondás folytán üresedésbe jött **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. Kezdődő törzsfizetés 1600 korona, négyszeri egyenként 200 koronát tevő nyugdíjba is beszámítandó ötödéves korpótlék.

2. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében a törvényhatósági bizottság által megállapítandó fuvarátalány, látogatási, rendelési díjak.

3. Négy szoba, konyha, rendelőszoba és a szükséges mellékhelyiségek, valamint tágas gyümölcsös-terthől álló természetbeni lakás.

4. Vágóbiztosi díjak.

A megválasztandó körorvos kézigyógytár tartására is jogosult.

Felhívom mindazokat, kik az állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi márczius hó 30.-áig** nyújtsák be.

A választás kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Csepreg, 1909. évi február hó 26.-án.

A főszolgabíró.

25/1909. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban egy **másodorvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú belügyminister úrnak 1909. évi február hó 17.-én kelt 21.831/VII. el. számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom azon magyarhonai illetőségű orvos urakat, kik ezen 1600 korona fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkívánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és a belügyminister úr ó nagyméltóságához címzett folyamodványaikat **1909. évi márczius hó 19.-éig** alulirothoz nyújtsák be.

Pozsony, 1909. évi február hó 25.-én.

2-1

Pantocsek József dr., igazgató-orvos.

454/1909. eln. sz.

A pécsvárosi közkórházban katonai szolgálatra való bevonulás miatt történt lemondás folytán megüresedett **3 (három) másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A betöltendő állások közül 2 az anyakórházban, 1 pedig az elmeosztályon van. A másodorvosi állások javadalmazása az anyakórházban: 1200 korona és természetbeni lakás vagy 400 korona lakpénz és I. osztályú élelmezés, az elmeosztályon 2000 korona fizetés, természetbeni lakás és I. osztályú élelmezés.

Felhívom a pályázni kívánó orvostudor urakat, hogy az 1876. XIV. t.-cz.-ben előírt minősítéseket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos Erreth János úrhoz, Pécs szab. kir. város főispánjához címezve, nálam

legkésőbb **f. évi márczius hó 15.-éig** annyival is inkább nyújtsák be, mert a később érkező pályázatok figyelembe vételét nem fognak.

Pécs, 1909. évi február hó 24.-én.

2-2

A kórházigazgató.

476 909. kig. sz.

Bereg vármegyében Volóczy vasúti állomás székhellyel rendszeresített, 32 községet felölelő **volóczyi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, kik ezen 1600 korona fizetés s az 1908. XXXVIII. t.-cz. alapján a vármegyei törvényhatóság által szabályrendeletileg megállapítandó lakáspénz, úti átalány és látogatási díj élvezetével egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb **f. évi márczius hó 10.-én** nyújtsák be.

Megjegyzem, hogy a megválasztott orvosnak kilátása van arra, hogy a vasúti pályorvosi állást is elnyerheti.

A választás határidejét a pályázókkal annak idején tudatni fogom.

Alsóverecské, 1909. évi február hó 12.-én.

2-2

Cserszky Péter, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipcei Salvatorforrás-Vállalatnál
Budapest, V. Rudolfrakpart 8

Chloroform „Anschütz”

Legtisztább Narkosis-Chloroform

eredeti üvegekben à 25 és 50^g gramm.

Borovertin

Nem izgató, pontosan ható vizeletdesinficiens és hólyagantisepticum

Csővecskék à 20 tabletta à 0.5 gm.

Minták és irodalom kívánatra.

ACTIEN-GESELLSCHAFT FÜR ANILIN-FABRIKATION.

PHARMACEUTISCHE ABTHEILUNG.

BERLIN S. O. 36.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kassai Jenő: Közlés a pesti izraelita hitközség kórháza belorvostani osztályáról és laboratóriumából. (Stiller Bertalan dr., udvari tanácsos, egyetemi tanár, főorvos). A Sahli-Seiler-féle leves használhatóságáról. 202. lap.

Rosenthal Béla: Közlés Rosenfeld breslavi tanár laboratóriumából. A karlsbadi víz és a húgsav. 203. lap.

Roth Arnold: Közlés a szt. Rókus-kórház bőr- és bűjakkóros osztályából. (Főorvos: Havas Adolf dr., egyetemi tanár.) Sarcocoele syphiliticum. 206. lap.

Téglás Gábor: A görög orvosi tudomány történeti kútfőinek legújabb tervezete. 207. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Turán Bódog: Az orvosi titoktartás. — Camillo Karl Schneider: Die Prostituierte und die Gesellschaft. — Lapszemle. Belorvostan. Jellinek: A villamosság által előidézett betegségek kör- és gyógytana. — Idegkórtan. Auerbach: Vagyontalan ideges ember számára intézet. — Orthopaedia. Horváth Mihály: A világhozott csípőízületi ficamodás kórczólátana és gyógykezelése. — Szülészeti és nőorvostan. Fritsch: A régi és az új szülészeti. — Kisebbségi közlések az orvostudományról. Würtz: Szer a csecsemőkori alimentáris intoxicációban. — L. Ebstein: Medinal. 207—212. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 212. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 212. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 213—216. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a pesti izraelita hitközség kórháza belorvostani osztályáról és laboratóriumából. (Stiller Bertalan dr., udvari tanácsos, egyetemi tanár, főorvos).

A Sahli-Seiler-féle leves használhatóságáról.

Irta: **Kassai Jenő** dr., a laboratórium vezetője.

Kevés oly fejezete van a physiologianak, melyben az utóbbi esztendő vizsgálati a nézetek oly gyökeres változását hozták volna létre, mint épen az emésztés élettanaéban. Tömerdek munkát és fáradságot fordítottak egyes homályos kérdések megvilágítására, a közlések tömege egész kis könyvtárra való, mégis, ha kétséges kóros felderítésére akarjuk igénybe venni a lerakározott ismereteket, gyakran találjuk, hogy a nagy eszmecsere még a legegyszerűbbnek látszó nézeteket sem tisztázta. Hogy egyebet ne említsek, az emésztőnedv aciditása sincsen még teljes biztossággal megállapítva, az egyes lelkiismeretes dolgozó szerzők eredményei 1.8—5.0% között ingadoznak. Hogy pedig a gyomornedvnek van-e zsírszórító fermentje vagy nincs, még ma sincsen teljesen eldöntve.

Az ismeretek ily hiányossága mellett örömmel kell üdvözlőnünk minden módszert, mely talán módot nyújt a klinikai észlelés mellett a gyomor működésének úgynevezett exact meghatározására. Egy ideig azt hittük, hogy a próbareggel és próbabeidek nagy száma betekintést enged a gyomor chemismusába. A lehető legnagyobb pontossággal igyekeztünk a gyomortartalom összaciditását, a szabad és kötött sósav mennyiségét meghatározni, orvosok és vegyészek karöltve gondoltak ki minél komplikáltabb módszereket, nehogy a sósav mennyiségének csak milligrammjait is elveszítsék. Csak későn jöttünk reá, hogy az egész munka nem éri meg a gondosságot és fáradságot, melyet a nagyon minutusos dolgozásra fordítottunk.

A sok ajánlott gyomorfunkció-próba között a legnagyobb el-

terjedésnek örvend az Ewald-Boas-féle próbareggeli. Számtalanszor alkalmazzuk, nagyon hozzászoktunk, és mivel nagyon megszokott, rendesen megfelelkezünk a kautelákról, melyek figyelembe vétele nélkül a próbareggeli vizsgálatából levont következtetések csakis hamisak lehetnek. Nem akarok most kitérni, hogy a vizsgálandó beteg psychés izgalmai mennyire befolyásolják a gyomornedv összetételét, pedig hogy befolyásolják, ezt a Pawlow-féle kísérletek sokszorosan bebizonyították; de utalni kívánok azon körülményre, hogy milyen differálók az adatok, ha a társadalom különböző rétegeiben vizsgáljuk a kivett próbareggel. Gyakran tettem összehasonlító vizsgálatokat ugyanazon egyénen különböző próbareggelivel, és ha például egy földművesnek, napszámosnak az Ewald-Boas által előírt keserű teát és zsemlyét adattam, tehát oly táplálékot, melylyel rendesen nem él, teljesen elütő eredményeket kaptam, mint ha tejet, vagy a Sahli-Seiler-féle levest (mely lényegében nem egyéb, mint rántott leves) nyújtottam. Tehát már az emberek kiválogatásakor sem szabad általánosítani. Továbbá hozzászoktunk, hogy az Ewald-Boas-féle reggeli kivétele után, a kivett gyomortartalom mennyiségéből következtetünk a gyomor motorius képességére. Egy kis gondolkodás után azonban beláthatjuk, hogy ez így magában nem lehet helyes, mert azon idő alatt, míg a gyomortartalom a gyomorban időzik, a gyomor maga is secernál, még pedig jelentékeny mennyiségeket, a melyek azután a gyomortartalom mennyiségét öregbitik. De hogy a gyomor ezen idő alatt mennyi gyomornedvet választott ki, azt az Ewald-Boas-féle reggeli alkalmazása mellett meghatározni egyáltalában nem áll módomban. A ki sok gyomortartalmat vizsgált, már gyakran tapasztalhatta, hogy ha a szerzők nagyrésze által előírt egy óra elmúltával vizsgálja meg a gyomrot, vagy semmi, vagy pedig nagyon kevés gyomortartalmat tud csak a szondával kivenni, úgy, hogy kénytelen a vizsgálatot megismételni, de úgy, hogy már $\frac{3}{4}$ óra múlva üríti ki a gyomrot. Már ebből is látható, hogy nem tudjuk ellenőrizni, mennyi gyomortartalom hagyja el bizonyos idő alatt a gyomrot, pedig ennek ismerete mulhatatlanul fontos volna, mert e nélkül a gyomortartalom egy másik tárgya, az aciditás meghatározása, melyre azelőtt oly sok gondot fordítottunk, csak kérdéses értékű. Ugyanis a gyomortartalom aciditását a gyomornedv savanyúsága határozza meg. Ez azonban ter-

mészetszerűleg függni fog attól, mennyire higitja fel a gyomorban levő próbareggeli. Ha tehát a próbareggeliből sok távozott el a gyomorból, úgy a kiválasztott gyomornedv százalékos aciditása nagyobb lesz, és megfordítva. Ezen hibák különben az összes, eddig ajánlott próbaátkezeléseknél fennállanak.

Sahli, hogy ezen hátrányokon segítsen, segédjével, Seilerrel együttesen új módszert dolgozott ki, melyről azt állította, hogy az eddigi összes próbaátkezelések hibáitól tökéletesen mentes. Úgy okoskodott, hogyha sikerül a próbareggelikhez oly alkotórészt adni, mely a gyomorban nem szívódik fel és a kivett gyomortartalomban mennyiségileg könnyen meghatározható, akkor ezen alkotórész hátramaradó mennyiségéből kiszámíthatjuk, hogy a próbaátkezelésből mennyi hagyta el a gyomrot, mennyi maradt a gyomorban és a kivett gyomortartalomból mennyi esik a gyomor secretiójának rovására; ezáltal nemcsak a gyomor motilitásának, hanem secernáló képességének is hű képét nyerjük. Sahli¹ maga az így összeállítandó próbaátkezeléstől a következőket kívánja: „Voraussetzung für das Gelingen eines solchen Verfahrens ist aber, dass erstens die betreffende Probemahlzeit durchaus homogen ist, und dass die als Indicator für die Motilität dienende unresorbierbare Substanz dem Mageninhalt gleichmässig beigemischt bleibt, d. h. keine Neigung hat, sich von demselben abzuscheiden oder zu sedimentieren, und zweitens, dass die Resorption von Wasser im Magen keine Rolle spielt“. Hosszú kísérletezés után úgy vélte, hogy ezen tökéletes próbaátkezelést az általa pontosan leírt módon készített levesben találta meg, melyben az indicator a leves zsirtartalma. A leves megfőzése következőképpen történik: Vesszünk 25 gm. lisztet és 15 gm. vaját, ezt együttesen valamilyen edényben megpirítjuk, azután folytonos keverés közben 350 cm³ vízzel felhigítjuk, a keveréket 1—2 percig még főzzük, majd kevés konyhasót adunk hozzá. Vigyáznunk kell, hogy a leves készítésekor a liszt ne álljon össze apró göböskékké. Sahli szerint ez a leves teljesen egynemű zsír-emulsiót alkot, mely a liszt hozzákeverése, a lisztzemeseknek zsírral való beivódása által keletkezik, a gyomorban a gyomornedv behatása ellenére változatlan marad és a tekintetbe jövő időhatáron belül nem mutat hajlandóságot az ülepedésre és rétegződésre, még ha üveghengerben állani hagyjuk is, a gyomor peristaltikus mozgásai pedig az ülepedést és rétegződést nem engedik meg.

A reggeli bevétel előtt a gyomrot tisztára mossuk. A gondosan elkészített levesből a vizsgálandó egyén kanalként 300 köbcentimetert fogyaszt el, 50 cm³-t további ellenőrző vizsgálatokra teszünk el. Egy óra múlva a gyomrot kiürítjük. Hogy az ezután történő meghatározások tökéletesek legyenek, első sorban a próbaemésztés után a gyomorban visszamaradt zsír mennyiségét szükséges meghatározni és a bevitt leves zsirtartalmával összehasonlítani. Mivel a gyomrot tökéletesen kiüríteni nem tudjuk, meg kell határozni a gyomortartalom azon mennyiségét, melyet a gyomorból közvetlenül nem nyerhetünk. Ezt a Mathieu-Remond-féle eljárással érjük el, melynek elve, hogy a gyomor kiürítése után visszamaradó tartalmat ismert mennyiségű vízzel felhigítjuk, ezt is kiürítjük, úgy a higitatlan, mind a higitott gyomortartalom savanyúságát meghatározzuk és a különbözetből következtetünk a gyomorban visszamaradó tartalom mennyiségére a következő képlet szerint $x = \frac{300b}{a-b}$.

melyben 300 a higitásra használt víz mennyiségét, a a higitatlan, b pedig a higitott gyomornedv aciditását jelenti. A zsír meghatározására a Gerber-féle acidobutyrometriku módszerrel használja, melynek elve, hogy a folyadékot, melynek zsirtartalma meghatározandó, előírt mennyiségű tömény kénsavval és amylalkohollal keverjük össze. Az összerázás után nagy meleg fejlődik, a folyadék szerves alkotórészei a zsír kivételével annyira elroncsoltatnak, hogy híg folyadék keletkezik, melyből azután centrifugálás után a zsír amylalkoholban oldva kiválik. Ezen módszerhez a Gerber által előírt butyrometer és egy nagy átmérőjű centrifuga szükségeltetik, melyet azonban, a költségekre való tekintettel, nem mindenki szerezhet be.

Ezért Sahli egy későbbi közleményében a Gerber-féle butyrometert úgy módosította, hogy centrifuga nélkül vízfürdőn is

használható. A meghatározáshoz a butyrometerbe 10 cm³ tömény kénsavat (1·820—1·825 fajsúlylyal) öntünk, melyre azután 1 cm³ amylalkoholt és 11 cm³ levest vagy gyomortartalmat rétegezzünk. Azután az eszközt a hozzávaló gummidugókkal elzárjuk, a tartalmát jól összerázzuk és vagy centrifugálunk, vagy vízfürdőn főzzük. Csakhamar a butyrometer keskeny beosztott részén a zsír kiválik és percentualiter könnyen leolvasható.

Ezen meghatározás is, addig míg jól bele nem gyakorlódunk, nem olyan egyszerű. A Gerber-féle zsírmeghatározás Sahli-féle módosítása, hol a butyrometer mindkét végét kaucsukdugóval kell elzárni és vízfürdőn melegíteni, az eredeti módszerrel szemben hátrányokkal bír. Először is a kénsav és a vizsgálandó anyag összekeverésével oly nagy hő és annyi gáz fejlődik, hogy a dugók egyikét vagy másikát néha a legnagyobb elővigyázat ellenére is kilöki, a maró folyadék a dolgozó vagy dolgozótársai szemébe vagy ruháira fröcsöcsen. Azért későbbben a dolgozásokor mindig védőszemüveget használtam. Ugyanez ismétlődik, ha a butyrometert a vízfürdőn melegítjük, mikor is a levegő térfogatának nagyobbodása löki ki a dugót. Azonkívül a zsírréteg nem válik el élesen a folyadékrétegtől, mi által a leolvasás gyakran bizonytalan. Az eredeti Gerber-féle módszer pedig az instrumentárium beszerzésének szükségessége miatt alig számíthat az orvosok nagyobb rétegében elterjedésre. A meghatározás további menete a következő: A kivett gyomortartalom mennyiségéhez hozzáadjuk a Mathieu-Remond módszere szerint meghatározott maradék mennyiségét, mely tehát *theoretikusan* a kivétel ideje előtt közvetlenül a gyomorban volt összes tartalom mennyisége. Ezután meghatározzuk a kivett gyomortartalom zsirtartalmát. Ismerve az eredeti próbaleves zsirtartalmát, Sahli úgy véli, mivel vízfelszívódás Mering vizsgálatai szerint a gyomorból nem történik, a zsírpercentuatio kisebbedése csakis a tartalomnak a gyomornedvvel való felhigításából keletkezhetik. Úgy véli, hogy a lenyelt nyál mennyiségét elhanyagolhatja. Azonban Küss vizsgálatai szerint rágás közben egyedül a fültömírigy 20·4 cm³ nyálát választ el 30 perc alatt, az ember által 24 óra alatt kiválasztott nyál mennyiségét pedig 1—2 literre becsülhetjük (Cohnheim), ennek egy része tehát lenyelve igenis lényegesen hozzájárulhat a gyomortartalom felhígulásához és így a zsírpercentuatio csökkentéséhez. Vajjon a Volhard⁵ által a gyomornedvben felfedezett lipase (zsírbontó enzim), melynek létezését Stade, Zinsser, Frommer, Laqueur, Falloise, Pesthy is megerősíti, nincs-e valamely hatással a zsírpercentuatióra, ezt magam nem tettem vizsgálatom tárgyává, de Sahli vizsgálatai szerint csak $\frac{1}{10}$ differenciát okoz.

Ha a kiszámított teljes gyomortartalom To , a kivett leves Su , akkor $To - Su$ egyenlő a kiválasztott gyomornedvvel; például $To = 150$ cm³, a kivett leves $Su = 75$ cm³, akkor a kiválasztott gyomornedv $To - Su = 75$ cm³. Ha To aciditását meghatározzuk, ezzel a tiszta gyomornedv savanyúságát is meghatározzuk. Ha például 150 cm³ teljes gyomortartalom aciditása $2^{\circ}/_{00}$, akkor a kiszámított 75 cm³ gyomornedv savanyúsága, mely a 150 cm³ savanyúsági fokának okozója, $4^{\circ}/_{00}$.

Algebrai képletekben a vizsgálati eredményeket a következőkben érzékíthetjük. Ha F a bevitt leves százalékos zsirtartalma, f a kivett gyomortartalom százalékos zsirtartalma, akkor $Su : To = f : F$ azaz $\frac{Su}{To} = \frac{f}{F}$, a kivett gyomortartalomból tehát leves $Su = \frac{f \cdot To}{F}$.

Ebből azután tiszta gyomornedv $Ma = To - Su$. A tiszta gyomornedv aciditásának meghatározására a következő képlet szolgál

$$\frac{a}{A} = \frac{Ma}{To}, \text{ ebből } A = \frac{a \cdot To}{Ma},$$

hol is a a kivett gyomortartalom százalékos aciditását, A a tiszta gyomornedv százalékos aciditását, To a kivett gyomortartalom mennyiségét (a meghatározott maradék hozzáadásával), Ma pedig a kivett gyomortartalomban levő tiszta gyomornedvet jelenti.

Úgy látszik tehát, hogy ezen képletek felhasználásával az egész számítás igen egyszerű és valóban az esetek jó részében könnyen vonhatunk következtetéseket a számítás eredményeiből; hogy ezek azonban mennyire felelnek meg a valóságnak, későbbben fogom kifejteni.

A szükségelt adatokat nem minden esetben tudtam kiszámi-

¹ Sahli: Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden, III. Auflage, 1902. 414. lap.

tani. Nevezetesen, midőn a gyomortartalom szabad sósav nem volt kimutatható, vagy midőn a gyomortartalom nagyon nyálkás és közömbös, vagy pláne gyengén alkalis vegyhatású volt, a számítás a fontos adatok hiányában nem volt eszközölhető. Épen így jártunk, midőn a bevitt leves és a kivett gyomortartalom zsirtartalma között egyáltalán nem volt különbség, vagy a differentia csak néhány tized százalékot tett ki, sőt egy ízben a kivett gyomortartalom zsirtartalma nagyobb volt, mint a bevitt leveké. Ezen utóbbi körülmény magyarázatát másban nem találhatjuk, mint hogy a zsirtartalom a gyomorbennékben nincsen egyenletesen eloszolva.

Ha a próbalevest megcsináljuk, mindjárt a kiindulópontnál sok nehézségbe ütközünk. Először is távolról sem oly könnyű a levest pontosan elkészíteni, mint a hogy az ember hinné. Nagyon bajos ugyanis elkerülni, hogy a levesben lenmag—lencsenagyságú göbök ne legyenek, nemcsak ha mi, gyakorlatlan szakácsok készítjük, hanem ha jól begyakoroltak állítják is elő. Ha ezen göbök nagyobb számúak, a zsíremulsió homogenitása, mely pedig a módszer megbízhatóságának egyik előfeltétele, nagyon kérdéses. Másodszor pedig úgy vettem észre, hogy a jól elkészített leves, ha csak egy óráig is 40 C°-ra felmelegítve áll egy üveghengerben, Sahli állításával ellentétben igen is ülepedik és az egyes rétegek zsirtartalma egymástól különbözik. Ezt gyakran kíséreltem meg, mindig ugyanazon eredménnyel. Hogy pedig a gyomoremésztésnek a próbaleves egyenmőségére igenis van befolyása, bizonyítja, hogy a gyomorból való kivétel után a rétegződésre való hajlam még nagyobb, mint ezt Koziczowsky is találta, sőt maga Seiler szerint is az egyes rétegek zsirtartalma között 0.7% differenciák jönnek létre. Sahli azon feltevése, hogy a gyomor peristaltikája a gyomorban a levest állandó mozgásban tartja, és így az ülepedését megakadályozza, valószínűleg tévedésen alapul. Újabb physiologiai vizsgálatok szerint ugyanis a gyomor nagyobb része, a fundusrész, peristaltikás mozgást egyáltalán nem végez, hanem a gyomortartalom körül tonusosan húzódik össze. A fundusrész nyomása 6—8 cm³ vizoszlop nyomásánál nem nagyobb. A peristaltikás mozgást tisztán a pars pylorica végzi. A lenyelt folyadék gyorsan hagyja el a gyomrot, azonban a bevitt ételek először teljesen nyugodtan maradnak a fundusban. Mivel pedig a fundusrész nem mozog, azért, mint ezt Ellenberger és Grützner bizonyította be különböző színű anyagokkal, a bevitt ételek nem is keverődnek össze, hanem ugyanazon sorrendben, mint a melyben lenyelettek, egymásra rétegződnek. Pépes, vagy pedig erősen benyálazott anyagok a gyomor falához fekszenek, a melyek később haladnak a cardián keresztül, a gyomor belseje felé nyomulnak. A gyomornedv hatása mindig a periferiákon nyilatkozik meg először és úgy halad centripetálisan. Hogy ez a Sahli-féle leves bevitte után is így van, azt Prim vizsgálatai bizonyították be. Ő ugyanis a Sahli-féle levest festetlen és lakmussal festett portiókban adta be, az állatokat $\frac{3}{4}$ óra múlva aetherrel elkábította, a gyomrot in toto kivágta, erősen megfagyasztotta, majd felfürészelt és úgy találta, hogy $\frac{3}{4}$ óra múlva is a különböző portiokat mint különböző színű rétegeket jól meg lehetett különböztetni. Sőt a megfagyasztott részeket, különválasztotta, felolvasztotta és úgy találta, hogy az egyes részek aciditása és zsirtartalma különböző. Prym-nek, főleg azonban Schik-nek sikerült oly szondákat szerkeszteni, melyek segítségével a gyomor különböző helyeiről vehették a tartalmat és szintén azt találták, hogy a különböző részletek összetétele nagyon különböző. Így tehát az egyik főfeltétel, hogy a leves homogen legyen és a gyomorban is az maradjon, biztosan nem érhető el, és ezáltal a belőle levont összes következtetések természetesen hamisak. Épen így nagy nehézségekbe ütközik a gyomortartalom mennyiségének meghatározása, mert a Mathieu-Remond-meghatározás használhatóságához az utóbbi idők vizsgálatai szerint is sok szó fér, a mennyiben a mosófolyadék és a gyomorban visszamaradó tartalom nem elegendik tökéletesen, azonkívül a bevitt mosóvízből is tekintélyes mennyiség azonnal elhagyja a gyomrot. Ha még tekintetbe veszem, hogy a Sahli-Seiler-féle leves alkalmazása sok, kevésbé érzékeny betegnek is nagy terhére van (mivel a bevittel előtt a gyomrot ki kell mosni, a kivétel után a maradék meghatározására 300 cm³ vízzel utána kell mosni, s a gyomortájékot nyomogatni, hogy a mosóvíz lehetőleg egyenletesen keveredjék a gyomortartalommal), a fent felsorolt hátrányok mellett nem találom alkalmasnak, hogy a sokkal kényelmesebb és megszokott Ewald-Boas-féle próbareggelit a használatból kiszorítsa.

Közlés Rosenfeld breslaui tanár laboratóriumából.

A karlsbadi víz és a húgysav.

Írta: *Rosenthal Béla* dr. karlsbadi fürdőorvos.

A húgysav oldódási viszonyainak megjavítására a diéta, a gyógyszeres és az ásványvíz-ivó gyógymódok állnak rendelkezésünkre. A mi a diéta rendelkezéseket illeti, ezek különböző irányban hathatnak, egyrészt távoltarthatják a szervezetből a húgysavképző anyagot, másrészt pedig a vizeletben az oldódási viszonyokat javítják meg. Míg az utóbbi cél elérése végett arra törekszünk, hogy a vizelet mennyiségének szaporításával vagy a vizelet alkaliságának emelésével — például a vegetabilis étrenddel — a húgysav oldódását javítsuk meg, addig a húgysav mennyiségének befolyásolása céljából a szervezetből távol kell tartanunk a purinbázisokban gazdag anyagokat; hiszen tudjuk, hogy ezen anyagok oxidatív úton húgysavat tudnak produkálni. Ezen csoportot főképp a magdús és így nucleinben és purinbázisokban gazdag szervek — mint a tüdő, máj, vese, agyvelő, thymus és az izmok — alkotják. Weintraud kísérletei óta tudjuk, hogy a kiválasztott húgysav mennyisége ez anyagok élvezete után mily nagy fokokat érhet el. Purinmentes diéta mellett a húgysav kiválasztása oly értékre eszik, mely Burian és Schur szerint a különböző egyénekben különböző és attól függ, hogy milyen a test individuális képessége a nucleinproteidok, illetve a húgysav előállítására. Ezen Burian és Schur által „endogen húgysav“-nak nevezett mennyiség nem szokott 600 mgm.-ot meghaladni. Ez a nagy különbözet a húgysav mennyiségében — a szerint, a mint purinmentes vagy purintartalmú anyagot adtunk — önmagamon eszközölt kísérleteimben is mutatkozik. Midőn öt napig oly étrendet használtam, melyben a purintartalmú tápszer 250 gm. hús és 20 gm. cacao által volt képviselve, a húgysavkiválasztás 505 mgm. volt; ezen étrendforma megszüntetésével és purinszegény vegetabilis étrend megkezdésével a húgysavkiválasztás megfogyott és 200 mgm.-ig süllyedt ezen diéta negyedik napján, középértékben pedig 341 mgm. volt.

A főtápszernek purinbázisokban való tartalmán kívül Rosenfeldnek és tanítványainak kísérletei szerint az úgynevezett melléktápanyag is szerepet játszik. Nem közömbös, hogy miből áll ez utóbbi, ha nem is tartalmaz purinbázisokat. Így példának okáért azon kísérletekben, melyekben mint melléktápanyag a húshoz zsír adatott, sokkal kevesebb volt a kiválasztott húgysav mennyisége, mint azokban, melyekhez mint melléktápanyag *czukor* lett adva. Azonkívül Rosenfeld más kísérletei által beigazolódott, hogy az alkohol is fokozni tudja a húgysavkiválasztást.

A diéta therapia egy másik hatásának abban kell állnia, hogy a vizelet alkaliában lehetőleg gazdaggá váljék. Így példának okáért a vegetabilis életmódnak az a következménye, hogy az alkaliás dinatriumphosphat túlsúlyban van a savi mononatriumphosphathoz képest. Ezen pontokban érintkezik a diéta therapia a gyógyszeres kezeléssel; legalább azzal, melyet Noorden vezetett be, midőn a húgysavas diathesis ellen a mérszókát ajánlotta. Ez utóbbiak célja is az, hogy a vizeletben a savas phosphatokat visszatartsák és így a dinatriumphosphatok fokozásával a vizelet alkaliságát jobban érvényre juttassák.

A húgysav oldódását illetőleg az alkaliákat sokféleképpen alkalmazták. Nagyon jó hatást tudtak elérni a Rosenfeld által bevezetett és oly melegen ajánlt húgyanyaggal. Ez mind a két megkívánt tulajdonsággal bír: egyrészt a húgysav képződését gátolja meg, másrészt kitűnően oldja a vizeletben a képződött húgysavat.

A húgysavas diathesis kezelésében már régóta nagy tért engedtek az ásványvizeknek. Az ásványvizeknek a diuresist többé-kevésbé fokozó hatása, továbbá a húgysavas diathesisre ható sóknak, melyek bennük foglaltatnak, könnyű felszívódási képessége, alkotják ezen gyógymód előnyeit. Ismeretes a testnek azon képessége, hogy nagyobb mennyiségű ásványvizet — mint az alkali-muriaticusokat — tud resorbeálni és a veséken át kiválasztani. A karlsbadi vizeknek kénsavas alkaliákat tartalmazó volta nem ok arra, hogy kellő rendelés mellett nagy mennyiségű ilyen vizet mint húgysavat oldó szert ne alkalmazzunk.

Azon anyagcserevizsgálatoknak, melyeket magamom végeztem, épen az volt a célja, hogy a húgysavas diathesis ellen már évszázadok óta használatos karlsbadi vizeknek hatását a húgysav kiválasztására exact anyagcserevizsgálatok által megállapítsam.

Azon tényezők, melyek a karlsbadi vízben a húgysavas diathesis ellen szerepelhetnek, kétfélék. Először a már említett diuresis hatás, mely a testnek úgynevezett átöblítését könnyíti meg, s a melyet az utóbbi időben oly dícsérőleg tárgyalnak. Ha a nagy mennyiségben bevitt víz Voit szerint az intermediaer vérkeringést megnagyobbítja, a parenchymafolyadék áramlását előmozdítja és így különböző anyagok kiválasztását befolyásolja, úgy ez a karlsbadi víznél nagy mértékben történik meg. Mint hypotonusos ásványvíz könnyen resorbeálódik, a nélkül, hogy a testnek fehérje-állományát érintené, a mint az én kísérleteimből is kivüláglik. A karlsbadi forrásoknak különböző hőfoka lehetővé teszi azon követelményt, hogy úgy hassunk az organismusra, miszerint a víz csak a veséken át választassék ki és a mellett a laxatív hatás kikerülhető legyen. Ennek megfelelően kilencz nap alatt, annak ellenére, hogy minden nap egy liter karlsbadi Mühlbrunn ittam, egyszer sem jelentkezett diarrhoeás széklet. A karlsbadi víz rendelkezésében a már annyiszor hangoztatott individualizálás itt a legnagyobb mértékben nyer jogosultságot.

Másodszor a szénsavas alkaliakat kell figyelmünkbe vennünk. Közülük, mint a húgysavra ható anyagok, a szénsavas natrium és calcium jöhet tekintetbe. Vajjon a szénsavas natrium a húgysav kiválasztásának nagyságára gyakorol-e hatást, erről a szerzők véleménye különböző. A húgysavra való oldó hatása biztos; hanem ez a karlsbadi víz tekintetében közömbös, mert e cél elérésére ezen anyagnak nagyobb mennyisége szükséges, mint az, a melyet a karlsbadi vízzel bevinni szoktunk. Igaz, hogy a szénsavas alkaliaknak nagy mennyiségben való vétele azon hátránnyal jár, hogy a vizeletnek teljes alkaliságát hozza létre és ez által a phosphatkövek képződését segíti elő. A karlsbadi víznél azonban ilyen hatástól nem kell félnünk, mert az alkaliák mennyisége nem igen nagy. Önmagamon tett kísérleteimből az egész idő alatt, míg karlsbadi vizet ittam, a vizeletnek vegyhatása gyengén savi vagy legfeljebb közömbös volt.

A karlsbadi vízben a mésznek nem egész jelentéktelen mértékben való jelenléte miatt olyan hatásra is gondolhatnánk, hogy a mész szintén a phosphorsav affinitásainak telítésére szolgál; mint tudjuk, Noorden az ő mésztherapiáját is ezen okból ajánlotta. Hogy mily mértékben lehet beszéd tárgya a mi kísérleteinkben a mész, ezt akkor akarjuk tárgyalni, midőn kísérleteinket egész terjedelmükben közöljük.

A kísérletek, melyekben mint kísérleti személy magam szerepeltem, két csoportra oszlanak, tíz-tíz, illetőleg kilencz-kilencz napi tartammal.¹ Mindkét csoportban ugyanazt a diétát használtam; az elsőben karlsbadi víz nélkül, a másodikban egy liter karlsbadi vízzel. Mindegyik csoport két 5, illetve 4 napi szakaszból állott. Az első szakaszban purintartalmú diéta használtatott, mely 250 gm. húsból és 20 gm. cacaoából állott (mint purintartalmú anyagokból). A második szakaszt lacto-vegetabilis diéta alkotta. A purintartalmú anyag csak 20 gramm cacao alakjában volt benne képviselve. Az ételek N-tartalma és caloriaértéke természetesen az összes csoportokban egyenlő volt. E mellett nem voltam abszolút N-egyensúlyban, úgy hogy a kiadás és a bevétel fedte volna egymást, hanem étrendem N-felesleget tartalmazott, mely majdnem egyenletesen rakódott le. Csakis a negyedik szakaszban volt a N-lerakódás kisebb. A bevitt anyagokban a N- és CaO-tartalmat megvizsgáltuk; a vizeletben a N, CaO és a húgysav tétetett vizsgálat tárgyává; a székletben, mely szén által határoltatott el, a N és CaO lett megvizsgálva. Az első és második szakasz számára szükségelt kétszersült mint keményítő-lisztartalmú anyag egy és ugyanazon kovászszal állítottatott elő; különböző kétszersült darabokat választottunk ki, ezeket megőröltük és így használtuk fel az analysisre. A harmadik és negyedik szakasz

számára hasonlóképen új kétszersültkészletről gondoskodtunk és ezt ismét analizáltuk. Az első és harmadik szakasz számára szükségelt marhahús a látható in- és zsírészletektől való megtisztítás után felaprítva analizáltatott és 250 gm., illetve 280 gm. adagokban lett sterilizálva. A cacao az összes szakaszokra friss, 1/2 kilogrammos Van Houten-féle dobozból lett véve és analizálva. A tojást, melyet minden szakaszban egyaránt használtam, héjjával együtt mértük le. Az összes szakaszokban elfogyasztott vaj ugyanazon tehenészetből származott. A bevitt anyagok minőségét, mennyiségét és N- és CaO-tartalmát a következő A) táblázat mutatja.

A) táblázat

I. szakasz.

	Mennyiség gm.-ban	Calor.	N	CaO
Hús	250.0	250	9.5	0.425
Cacao	20.0	100	0.7	0.130
Kétszersült	200.0	640	4.8	0.6
Tojás	200.0	320	4.0	0.2
Cukor	200.0	820	—	—
Vaj	100.0	720	—	—
Összeg		2850	19.0	1.355

II. szakasz.

	Mennyiség gm.-ban	Calor.	N	CaO
Sajt	135.0	540	6.41	2.268
Rizs	150.0	540	2.62	0.495
Kétszersült	200.0	640	4.8	0.6
Cacao	20.0	100	0.7	0.130
Tojás	200.0	320	4.0	0.2
Cukor	90.0	360	—	—
Vaj	50.0	350	—	—
Összeg		2850	18.53	3.693

III. szakasz.

	Mennyiség gm.-ban	Calor.	N	CaO
Hús	280.0	280	9.6	0.784
Cacao	20.0	100	0.7	0.13
Kétszersült	200.0	640	4.2	0.68
Tojás	200.0	320	4.0	0.2
Cukor	115.0	460	—	—
Vaj	150.0	1080	—	—
Karlsbadi Mühlbrunn	1000.0	—	—	0.185
Összeg		2880	18.5	1.979

IV. szakasz.

	Mennyiség gm.-ban	Calor.	N	CaO
Sajt	135.0	540	6.129	2.565
Rizs	150.0	540	2.325	0.195
Kétszersült	200.0	640	4.2	0.68
Cacao	20.0	100	0.7	0.13
Tojás	200.0	320	4.0	0.2
Cukor	90.0	360	—	—
Vaj	50.0	350	—	—
Karlsbadi Mühlbrunn	1000.0	—	—	0.185
Összeg		2850	17.354	3.955

Mindkét csoport második szakaszának lacto-vegetabilis étrendjében a kétszersült, tojás és cacao ugyanaz maradt. Az első szakaszbeli húsnak N- és caloriaértéke megközelítőleg azáltal lett egyensúlyban tartva, hogy a hús helyett 150 gm. rizst és 135 gm. emmenthali sajtot ettem és azonkívül megfelelő változásokat eszközöltem a vajon és cukron. Ezen étrendben a N- és caloriaérték megfelelt ugyan a két csoport első szakaszának, a CaO-tartalom azonban sokkal nagyobb volt. A második csoport két szakaszában naponként egy-egy liter karlsbadi Mühlbrunn fogyasztottam el, melyet az egész napra felosztva, részben melegen, részben hidegen ittam.

A kísérlet lefolyását a következő B) táblázat mutatja:

¹ A második csoportnak negyedik napja nem tehette vizsgálat tárgyát, mert az ezen napi vizeletet idegen vizelettel véletlenül összeöntötték; ép úgy a második csoportnak utolsó napi vizelete külső okból nem lett megvizsgálva.

B) táblázat.

Nap	Bevitel		Vizelet-mennyiség	Kivitel a vizelettel			Kivitel a széklettel			Össz. N	N-mérleg	Össz. CaO	CaO-mérleg
	N	CaO		N	CaO	Húgsav	N	CaO					
1.	19.0	1.238	1700	13.24	0.34	0.452	1.92	0.493	15.18	4.62	0.833	0.405	
2.	19.0	1.238	1220	13.186	0.414	0.508			16.126	2.774	0.907	0.331	
3.	19.0	1.238	960	14.945	0.408	0.576			16.885	2.115	0.901	0.337	
4.	19.0	1.238	980	14.96	0.406	0.52			16.9	2.1	0.899	0.339	
5.	19.0	1.238	1030	14.058	0.35	0.469			15.998	3.004	8.843	0.395	
6.	18.53	3.693	1130	14.029	0.712	0.388	1.92	1.376	15.949	2.581	2.088	1.605	
7.	18.53	3.693	1140	14.77	0.73	0.421			16.69	1.84	2.106	1.587	
8.	18.53	3.693	1070	14.6	0.731	0.331			16.52	2.01	2.107	1.586	
9.	—	—	—	—	—	—			—	—	—	—	
10.	18.53	3.693	910	14.24	0.558	0.227			16.16	2.37	1.934	1.586	
11.	18.5	1.979	1300	14.43	0.65	0.435	1.863	0.756	16.293	2.227	1.406	0.388	
12.	18.5	1.979	1800	15.129	0.396	0.37			16.992	1.508	1.152	0.652	
13.	18.5	1.979	1520	13.25	0.402	0.486			15.113	3.387	1.158	0.636	
14.	18.5	1.979	1330	13.76	0.42	0.475			15.623	2.877	1.176	0.618	
15.	18.5	1.979	1740	13.53	0.489	0.416			15.393	3.107	1.245	0.636	
16.	17.354	3.955	1850	13.795	0.776	0.279	1.92	1.555	15.715	1.669	2.331	2.12	
17.	17.354	3.955	1470	13.674	0.764	0.269			15.594	1.76	2.319	1.351	
18.	17.354	3.955	1830	14.671	0.747	0.233			16.591	0.763	2.302	1.368	
19.	17.354	3.955	1560	13.675	0.78	0.173			15.595	1.759	2.335	1.335	
20.	—	—	—	—	—	—			—	—	—	—	

Átlagszámok.

Szakasz	Vizelet-mennyiség	Húgsav-kiválasztás	N-kiválasztás	N-mérleg	CaO-mérleg = Retentio	Összes CaO-kiválasztás	CaO-kiválasztás vizeletben	CaO-kiválasztás székletben
I.	1178	0.505	16.22	2.922	0.361	0.856	0.363	0.493
II.	1062	0.341	16.329	2.2	1.591	2.058	0.682	1.376
III.	1538	0.436	15.882	2.623	0.7706	1.227	0.471	0.756
IV.	1677	0.231	15.87	1.4877	1.418	2.3217	0.7667	1.555

A mi első sorban a húgsavkiválasztást illeti, ez az első szakaszban — purintartalmú étrend mellett — 505 mgm.-ot tett ki középtértékben; ezzel szemben áll ugyanilyen diéta mellett, de karlsbadi víz vételével, a harmadik szakasz húgkiválasztása, mely 436 mgm.-ot tesz ki. A második purinmentes szakaszban 341 mgm. választott ki karlsbadi víz nélkül, míg a negyedik szakaszban karlsbadi víz vételénél csak 231 mgm. Ebben az értelemben tehát a húgsav kiválasztása mindkét utolsó szakaszban egyformán változott meg és pedig olyformán, hogy a karlsbadi víz vételénél úgy a purindús szakaszban, mint a purinmentesben a húgsavnak jelentékeny kevesedése constálható. A hússzakaszban a húgsav 15.80%-kal, a vegetabilis szakaszban pedig 32.30%-kal súlydott. Ezen ténynek helyes megítélése szempontjából rá kell utalnunk azon körülményre, hogy a vizelet mennyiségének csökkenését talán retentio okozta; mert hiszen a vizelet mennyisége a karlsbadi víz vételénél mindkét szakaszban szaporodást mutatott. Az első csoport hússzakaszában naponként 1148 cm³ középtértékű vizelet választott ki, míg ugyanazon diéta mellett a harmadik szakaszban karlsbadi víz vételénél 1538 cm³, tehát 30.60%-kal több. Sokkal nagyobb a különbség a lacto-vegetabilis diétánál, melynél a második szakaszban karlsbadi víz nélkül 1062, karlsbadi víz mellett 1677 cm., tehát 57.0%-kal több volt a vizelet. Ilyen értelemben a húgsav mennyiségének csökkenését megmagyarázni nem tudjuk.

Azzal a gondolattal is foglalkozhatnánk, hogy első sorban a purintartalmú szakaszban a nucleinsavtartalmú anyagok resorptiója kisebb volt. Ez azonban már azért is nagyon valószínűtlennek látszik, mert a két szakasz resorptióértéke egészen egyforma. Az első szakaszban 19 gm. N volt a bevitel és 1.94 gm. a széklettel a kiválasztás. A megfelelő szakaszban karlsbadi vízzel 18.5 gm. N volt a bevitel és 1.863 gm. N a széklettel a kiválasztás. A hússzakaszban tehát karlsbadi víz nélkül a N-nek 89.80%-a lett resorbeálva, míg azon szakaszban, melyben karlsbadi vizet használtam, a N-tartalmú anyagoknak 89.90%-a használtott fel. Ez azért érdekes, mert a karlsbadi víznek magnésium- és natriumphosphattartalmából azt lehetne feltenni, hogy a kihasználás karlsbadi víz mellett rosszabb. Ezen körülményt kísérleteink nem erősítették meg.

A második szakaszban karlsbadi víz nélkül a N-bevitel 18.53 gm., a kivitel a széklettel 1.92 gm.; a N-nek tehát 89.70%-a lett resorbeálva; míg a negyedik szakaszban a bevitel 17.35 gm. volt, a kivitel pedig 1.92 gm. vagyis a N-nek 89.0%-a resorbeál-

dott. Ebben a purinszegény étrendben csakis a cacaioresorptio kisebbedése foroghat fenn, mert ez volt az egyedüli tápanyag, mely nem volt mentes a nucleinoktól. Ha fel is tennők, hogy az egész különbséget a fel nem szívódott cacao okozta, ez még akkor sem volna elegendő a székletben való különbség fedezésére. Így erre a szakaszra és még inkább a hússzakaszra nem állhat meg az a feltevés, hogy a húgsav mennyiségének megkisebbedését a purinanyagok rosszabb felszívódása okozhatná.

Másik magyarázatul szolgálhatna Orglernek a csecsemő húgsavkiválasztásáról kifejtett nézete, melynek értelmében a nucleoproteidok az oxydatív lebontás köréből elvonatván, lerakódnak és a húgsav mennyiségének csökkenését okozzák. Minthogy kísérleteinknek mind a négy szakaszában N-lerakódás észlelhető, ez bennünket arra a gondolatra hozhatna, hogy a harmadik és negyedik szakaszban (melyek karlsbadi víz fogyasztásával jártak) a húgsav mennyiségének csökkenése ezzel a nézettel oltható meg. Ez a feltevés azonban nem állhat meg, mert ha az első és harmadik szakasz N-lerakódását egymással szembeállítjuk, akkor a harmadik szakaszban nagyobb N-lerakódásnak kellett volna történnie, mely mellett a nucleoproteidok az oxydatív lebontás köréből eltávolíthatottak volna. Erről azonban szó sem lehet, mert épen az ellenkező következett be. Ép úgy a negyedik szakaszban is a N-lerakódásnak folytonos csökkenésével találkozunk, holott ennek nagyobbodását kellene észlelnünk. Így tehát ezen körülménnyel a húgsav mennyiségének csökkenését megmagyarázni nem tudjuk.

Feltehetnők még azt az eshetőséget, hogy a karlsbadi víz mésztartalma gyakorolt hatást a húgsav mennyiségének csökkenésére. Jelen esetben a húgsavnak a mészbevitel okozta nagyobb mértékbeni oldódása nem lehet kérdés tárgya, mert az én húgsavam majdnem mindig oldva volt; magyarázatra szoruló tünetmenny csak a húgsav mennyiségének csökkenése. Erre pedig — úgy látszik — a mész gyakorolt befolyást. Ha Strauss az ő dolgozatában (Zeitschrift für klin. Medizin, 31. kötet) a mésznek ilyen hatást nem is tulajdonít, mégis az ő I. számú kísérletében azt tapasztaljuk, hogy a húgsav 900 gm.-ról 700-ra csökkent azon szakaszban, melyben nagy mennyiségű mész adatott. A Herxheimer-féle mészenyérkísérletekben (Berliner klin. Wochenschrift, 1897. 20. sz.) is a húgsavmennyiségnek 900 mgm.-ról 780 mgm.-ra való csökkenését látjuk.

Mint hatást kifejtő tényező a mi kérdésünkben a mésznek csak azon része lehet megfontolás tárgya, a mely felszívódott;

ez azonban ismét két részre osztandó: arra, mely a szervezetben visszatartott, és arra, melyet a szervezet magából kiválasztott.

Átlagszámok.

Szakasz	Húgsav	CaO-retentio	Összes CaO-kiválasztás	CaO-kiválasztás	
				vizeletben	székletben
I.	0.505	0.361	0.856	0.363	0.493
II.	0.341	1.591	2.058	0.682	1.376
III.	0.436	0.7706	1.227	0.471	0.756
IV.	0.231	1.418	2.3217	0.7667	1.555

Ámbár a visszatartott CaO-értékek a két hússzakaszban (I. és III.) olyanok, hogy kisebb húgsavkiválasztás mellett nagyobb mészetentit észlelünk, a vegetabilis II. és IV. szakaszban azonban ez a viszony megfordított. Így a mészetentio és a húgsavkiválasztás között egyöntetű viszonyt találni nem tudunk, úgy hogy a visszatartott mésznek a hatását egész biztosan megállapítani nem lehet.

A mi a *mész kiválasztást* illeti, foglalkozhatunk ennek úgy össz-mennyiségben való kiválasztásával, mint azzal a mennyiséggel, mely csak a vizelettel választott ki. A vizelettel kiválasztott mézsmennyiségek a bevitt tápanyagoknak biztosan resorbeált részét teszik, míg a beleken kiválasztott mész nem azonos a tápanyagokkal bevitt mézsnak nem resorbeált részével, mert felszívódott mész is távozott a beleken keresztül és nem áll fenn a lehetőség arra, hogy a méznek a belekben nem resorbeált részét ki tudnánk mutatni. Ez a különbség azonban nem oly fontos, mert a kiválasztott mézsók össz-mennyisége éppen úgy, mint a vizeletben kiválasztott része, fordított arányban áll egymással, még pedig abban az értelemben, hogy abban a szakaszban, melyben nagyobb a mészbevitel, a húgsavkiválasztás kevesbedett. Látjuk ezt a második szakaszban, hol 2.058 gm. CaO volt a vizeletben és székletben kiválasztva, s a húgsavkiválasztás naponként 341 mgm.-ot tett ki. A harmadik szakaszban 1.227 CaO összkiválasztásnak 436 mgm. húgsavkiválasztás felelt meg. A negyedik szakaszban, hol a legnagyobb mézsmennyiség — 2.3217 gm. — lett kiválasztva, a húgsavkiválasztás a legkisebb volt, csak 231 mgm.

Ha csak a vizelettel kiválasztott mézsmennyiségeket figyeljük meg, akkor ugyanazt tapasztaljuk. Így példának okáért az első szakaszban, hol a legkevesebb mész lett a vizelettel kiválasztva — csak 0.363 gm. —, a húgsavkiválasztás a legnagyobb volt: 505 mgm.; a negyedik szakaszban pedig, hol a legtöbb mész — 760 mgm. — lett kiválasztva, a húgsav mennyisége a legkisebb: csak 231 mgm. Az ezen jelenség elég feltűnő volta miatt közelálló feltevés, hogy a húgsavkiválasztás csökkenése a mész által jött létre, csak látszólag ellenkezik azzal a körülménnyel, hogy a Strauss és Herxheimer-féle kísérletekben oly nagy mennyiségű mész volt szükséges látható hatás létrehozására. A karlsbadi vízzel azonban csak 184 mgm. mész lett naponként fogyasztva. A mézsmennyiségek azonban a vizelettel való kiválasztáskor sokkal nagyobb mértékben érvényesültek, mint Strauss és Herxheimer kísérleteiben a százszorta nagyobb mézsdagok.

A Strauss-féle kísérletben a mész kiválasztás a vizelettel oly nagy adagok bevétele után, mint 20—26 gm., nem volt nagyobb naponként 0.4 gm.-nál, míg a mi kísérleteinkben oly csekély dosis után, mint 0.18 gm. egy liter karlsbadi vízben (különösen a negyedik szakaszban), a vizeletben a mész kiválasztásnak majdnem kétszerese állott be. A Herxheimer-féle kísérletben a vesék útján sokkal nagyobb mézsmennyiség távozott ugyan el, relative azonban sokkal kisebb mennyiségben, mint a mi kísérleteinkben. A Strauss-Herxheimer-féle kísérletekben nyilván a méznek nehezen resorbeálható alakja volt az oka a csekély kiválasztásnak, ellentétben azzal a hatással, melyet a könnyen resorbeálódó karlsbadi víz tudott létrehozni.

Kísérleteink eredményeként megállapíthatjuk, hogy a karlsbadi víz napi egy liter mennyiségben, purindús diatánál éppen úgy mint purimmentesnél, a húgsav kiválasztásának mennyiségét teljesen csökkentette. Vajjon a húgsav csökkent kiválasztása csökkent képződésén, avagy egyazon képződés mellett szaporodott szétbomlásán alapul-e, nem vitatjuk. Azon kérdést is, hogy nem állott-e fenn a kötött húgsavnak csökkent retentiója, az utószakasz vizsgálatainak kellett volna eldöntenie. Ezen utóbbi feltevés valószínűsége mindenesetre nagyon csekély; mert hiszen a vizelet mennyisége

a karlsbadi víz ivása szakaszában körülbelül 50%-kal növekedett és azonkívül közelfekvő a mésttartalmú ásványvizeknek Lehmann és Posner vizsgálatai által is bizonyított húgsavoldó és kiöblítő hatása.

Közlés a szt. Rókus-kórház bőr- és bnyakóros osztályából.
(Főorvos: Havas Adolf dr., egyetemi tanár.)

Sarcocele syphiliticum.

Irta: Roth Arnold dr. orvos.

N. N. 29 éves férfi előadja, hogy 2 év előtt luest szerzett, a mely ellen akkor 40 bedörzsölést végzett. 4 hét előtt a felső ajkán jobboldalt és a bal felkarján egy-egy pattanás keletkezett, mely azóta állandóan nagyobbodik. Panaszodik egyszersmind, hogy potenciája csökkent és hogy jobb heréje nagyobb. Ez utóbbira vonatkozólag előadja, hogy jobb heréje $\frac{1}{2}$ év óta folytonosan nagyobbodik, de neki sem fájdalmat, sem kellemetlenséget nem okozott és e miatt ez ideig nem mutatta orvosnak.

A beteg bőrén, különösen a törzsön és a végtagok hajlító oldalán, visszafejlődött papulák után hátramaradt barnás, fillérnyi és nagyobb festékfoltokat, a felső ajkon jobboldalt korongalakú, a környék felé tovaterjedő, ötkorona nagyságú fekélyedést, hasonló természetűt, de valamivel kisebbet a bal felkaron, a tonsillán szét-eső plaqueot és általános adenopathiát találunk. A jobb here férfi-ökölhöz mégnagyobbodott, körtealakú, csúcsával felfelé tekint, síma felületű, majdnem porc kemény tapintatú, nyomásra nem fájdalmas.

Havas tanár ambulantiáján már több ilyen esetet észleltem. Esetem kapcsán a heredaganatok differentialis diagnózisához kívánok rövidesen szólni azért, mert az utóbbi időben 4 esetről van tudomásom, a melyben orchitis luetica miatt castratio történt. Mind a négy esetben carcinoma és sarcoma diagnossal küldték be a kiírtott herét szövettani megvizsgálás végett; a vizsgálat orchitis syphiliticát állapított meg.

Mielőtt az orchitis syphilitica és más heretumorok differentialis diagnózisáról beszelnék, szükségesnek tartom a here syphilitis megbetegedéséről néhány szóval megemlékezni.

A here syphilitis megbetegedésének két alakját ismerjük; az egyik az orchitis gummosa, a mikor a herében élesen elhatárolt, mogorónyi csomók találhatók. A másik az orchitis syphilitica, a mikor a tunica albuginea gyuladása van jelen, melynek folytán a tunica albuginea kötőszöve túlteng, lényegesen megvastagszik; a kötőszövet burjánzása áttérjed azután ama lécszerű nyújtványokra is, melyek a tunica albuginea-ból a here állományába behatolnak és ott az ondócsövecsket összenyomják. A here syphilitis megbetegedése kezdetben fájdalomtalan és ezért a beteg észre se veszi, csak ritkán jelentkeznek a lágyéktájékra kisugárzó fájdalmak, a melyek valószínűleg a megnagyobbodott és nehezebb here vongálása által idéztetnek elő. A tunica albuginea túltengése körülírt helyen vagy nagyobb kiterjedésben történhetik és így a bántalom fejlődési szakában vizsgálva a herét, a felületén egy vagy több elszórt mogorónyi kemény csomót tapintunk; és így vagy a csomó periferiás irányban való növekedése által, vagy az elszórt csomók összefolyásakor a here egyenletesen megnagyobbodik, rendes nagyságát 2—3-szorta meghaladja és porckeményiségű lesz; alapjával lefelé, csúcsával a lágyékgyűrű felé tekintő körtealakot nyer. Az ilyen here nyomásra sokkal kevésbé érzékenyebb, mint az ép here. A mellékhere és a vas deferens ritkán betegszik meg, és ha igen, indolens úton és épen úgy, mint a here, 2—3-szorosára megvastagszik. A mily lassú a betegség fejlődése, ép oly lassú a lefolyása is, két-három hónapig esetleg évig is eltart, a mely idő alatt a here hol megnagyobbodik, hol megkisebbedik. Néha a here annyira megnagyobbodik, különösen mikor a tunica vaginális üregébe nagyobb mennyiségű vaginális izzadmány kerül, hogy a scrotum bőrén a nyomás folytán decubitus fejlődik.

A syphilitis heregyulladás többnyire felszívódással végződik, máskor, bár ritkábban, nem fejlődik vissza és a here porckemény marad; máskor az újképlődés felszívódása folytán a here sokkal kisebbre, olykor babnagyságúra visszafejlődik. A here elgyenyedése ritkán észlelhető. A syphilitis heregyulladás a here életteni feladatát mindig csökkenti és ha kétoldali volt és a herecsatornák elszorvadtak, a mint az olykor előfordul, még nemzési képtelenséget

is eredményezhet. Az orchitis syphilitica ritka, alig 1⁰/₀; rendszerint a lues későbbi szakában, ritkán 1 éven belül, többnyire csak 2—3 év múlva támad. Minél újabb a betegség és minél gyorsabban fogunk a kezeléséhez, annál nagyobb a remény a restitutióra in integrum. Recidivák előfordulnak.

Az orchitis syphilitica összetéveszthető a tuberculosis, fibroma, myoma, sarcoma, rák és gonorrhoea előidézte heregyuladással. A heretuberculosis rendszerint a mellékherében kezdődik és csak innen terjed a herére, míg a syphilisben megfordítva, előbb a here betegszik meg és a mellékhere többnyire ép marad. A syphilises here tapintata sima, egyenletes, a tuberculosus here dudoros. A tuberculosus here rendszerint elgenyed, a syphilises ritkán. Bár mindkét esetben kezdetben alig van fájdalom, később, a mikor a tuberculosus herében genyedés támad, ez nagy fájdalommal jár, a syphilises here pedig nyomásra is csak kevésbé érzékeny.

Sokkal nehezebb az orchitis syphilitica megkülönböztetése a kezdődő herecarcinomától. Mindkettő a herében kezdődik, kezdetben fájdalommentes és több elhatárolt kemény csomót tapintunk; de míg a rákos csomók gyorsabban nőnek és a here dudoros felületű lesz, addig a syphilises csomók összefolyása által a here mindinkább simává és egyöntetű tömeggé lesz. Ha hosszú ideig állnak fenn a rákos csomók, mindinkább nagyobbodva rugalmasabb tapintatúak lesznek és többnyire heves lancináló fájdalmak mellett elpuhulnak, áttörnek, s a jellegzetes rákos fekély fejlődik. A syphilises here kemény tapintatát állandóan megtartja, vagy meggyógyul és teljesen visszafejlődik, de csak ritkán genyed el. A vas deferens syphilis esetén ritkán betegszik meg, és ha igen, akkor ép úgy, mint a here, egyenletesen vastagszik meg, míg tuberculosis és rák esetén a vas deferens csomós vagy dudoros tapintatú lesz. A carcinoma a heréről igen gyakran áttér a mellékherére és igen korán vannak megtámadva a retroperitoneális és lágyékmirigyek.

A carcinomához hasonló kezdetű és gyors lefolyású a here-sarcoma is. Szintén elsődlegesen támad a herében, gyorsan növekszik, áttér a mellékherére és növekedése folytán igen korán áttör a tunica vaginalist. Ekkor igen gyorsan nő tovább, összekapaszkodik a bőrrel és az ondósinór mentén tovaterjed; áttéti góczokat okoz a tüdőben, májban, agyban stb. Tehát főleg a gyors növekedés és a vele járó fájdalom lesz diagnosztikailag fontos, mert ez az orchitis syphiliticában nincsen meg. A fennemlített 4 eset közül az egyikben kétoldali castratio történt sarcoma diagnosissal, az anamnesisben a luesre még kérdést se tettek és csak a here nagyságából és keménységéből állapították meg sarcomára a diagnoszt.

A here jóindulatú kötőszövetes dagánatai, mint a fibroma, myoma, enchondroma és myxoma, igen ritkák; fejlődésük igen lassú, úgy hogy a diagnoszt felállításával nem kell sietnünk.

Nem nehéz az epididymitis gonorrhoeicát az orchitis syphiliticától megkülönböztetni. A kankó jelenléte, láz kísérete mellett a nagy fájdalmak az ondósinórban és mellékherében és végül a csak néhány nap múlva, az acut vaginalitis folytán megnagyobbodott herék lesznek irányadók. A hydroceletől és haematoceletől hasonlóképp könnyű a megkülönböztetés.

Ha pedig a diagnoszt nem tudjuk biztosan felállítani, erélyes antilueses kezelést kell megindítani vagy pedig a Wassermann-reactiót elvégezni; ezek eredményétől tegyük függővé aztán a további beavatkozást.

A görög orvosi tudomány történeti kútfoínak legújabb tervezetéről.

Ilberg János a historiai tudományok nemzetközi congressusán, Berlinben, 1907 évi augusztus 10.-én a görög orvostani emlékek kutatásáról értekezvén, a görögök „artes liberales“-ei közé számított orvosi tudomány emlékeinek kritikai gyűjteménye érdekében történt eddigi munkálatokról tanulságos előadásban számolt be. Egy évvel előbb¹ Diels Herman foglalkozott a Corpus Medicorum jövőbeli meuetének vázolásával; de ennél bizonyára közelebb áll az orvosokhoz a görög orvostudomány emlékeinek fejlődési mikéntje.

A renaissance derített új világot az orvostudományok

hajdankorára és¹ a könyvnyomtatás első remekei közt találjuk már Hippokrates, Galenus és mások iratait, részben Celsus latin fordításában, részben nem is a kézirati másolatokból, hanem syriai és arab fordítások és kivonatok után. Nem egészen a véletlen műve, hanem a cinquecento műkedvelőitől közzétett incunabulumok és „editio princeps“-ek termékenyítő hatásának eredménye, hogy William Harvey századában az orvosi bibliographia nagy gyarapodása mellett az anatómiai és pathológiai kutatások lendületet vehetnek. A XVII. században Thomas Sydenham, John Locke barátja, az angolok Hippokratése, kórtani képeivel s a betegségek esetei és okok szemléltetésével tulajdonképpen a görögök észleleteit értékesítette. Épen ezért láthatott az ő tevékenysége idején egyidejűleg napvilágot a század két Hippokrates-kiadása Németalföldön és Párisban, hol René Chartier Galenus-t is kiadta.

A XVIII. század nem mondható ez irányra kedvezőnek, habár Boerhaave s követői közül Hoffmann Frigyes, van Swieten, Albrecht v. Haller sok tekintetben a hippokratismussal a római császárság methodikus elveinek is hódolának. Így Mack István udvari orvos Bécsben ekkor indította meg gyönyörű Hippokratés-kiadását. Haller „Artis medicae principes“-e is ekkor látott napvilágot. A pathológiai és physiológiai rendszerek merev sablonjai azonban a történeti fejlődés teljes érvényesülését megghiúsíták.

A múlt században a Kühn-féle *Medici*-kiadás, jóllehet néhány philologus közreműködésével készült, nem állja ki a párhuzamot Litré Hippokratés-edíciójával sem. S ugyanakkor az amsterdami Tudományos Akadémia Ermerin grönningeni orvos szerkesztésében még egy Hippokratés-gyűjteményt indított meg, mely be is fejeződött. Ennek nagy hátrányát teszik a szerkesztő önkényes szövegjavításai, a melyektől Aretaios és Soranos sem szabadulhatott meg. Az első klasszikus forrás-gyűjteménynek azért az archaeológiai lexikonjáról is nevezetes Dahremberg „Collection des médecins grecs et latins“ című vállalkozása ígérkezett. Ez a gyűjtemény Dioskorides, Rufus, Soranos, Aretaios, Galenus egészében, Oribasios Aetios, trallesi Alexander, aiginai Paulos, Celsus, Scribonius Largus, Caelius Aurelianus mellett más kisebbrendű orvosok, sőt az ókor állatorvosai munkáit is terbe vette. De az 1851-ben a francia kultuszministerium támogatásával megindult hét kötet Justinianus sebészén, Oribasioson és ephesusi Rufuson túl nem jutott és Dahremberg korai halálával a nagyszabású vállalat abbamaradt.

Azonban az Académie des inscriptions és Académie de médecine nagyszabású tervezetének is sarkalatos hibája volt a philologus és archaeologus szakértők kizárása, a mi valóban olyszerű vállalkozásnak vehető, mintha idegen országot jó helyismerő kalauzok és néprajzi tolmácsok nélkül próbálnánk meghódítani. Usener Hermann-nak „Philologie und Geschichtswissenschaft“ címmel 1883-ban megindított egyetemi előadásai jelölék meg tehát igazában a követendő irányt, melynek megvalósítását a Tudományos Akadémiák első szövetségi gyűlése 1901-ben Párisban programjába is felvéve a „Corpus medicorum antiquorum“-nak Heiberg és Diels javaslata szerinti kritikai tervezetével. A tervet bámulatos gyorsasággal követte a tett, mert a harmadik akadémiai szövetség-gyűlés 1907-ben Bécsben a forrásul szolgáló kéziratok katalógusát bevezetésül már sanctionálhatta is. Az első Corpus-kötet Galenus kortársának: Philomenosnak elveszettnek hitt, de a vatikáni könyvtárban Wellmann által felfedezett művét a kígyómérgezés terápiájáról tartalmazza. Így halad a tervezet szerint a vállalat a görög medikusoknak legalább 32 kötetével tovább. S ebből a 32 kötetből 13-at Galenusnak szántak. Minden kötet anyagát az összes kéziratok és kiadások összehasonlító bírálata készíti elő. Ily értelemben kerül sorba kappadokiai Aretaios pathológiája és terápiája, a kinek kórtani képeit a modern orvosok is mintaszerűnek találják. A későbbi compilerokból Justinianus császár sebésze: Aetios, majd aiginai Paulos van terbe véve. Az utóbbi nem eredetiségeért, hanem tekintélyes alexandriai és római írók elvesztett műveinek kivonatolása miatt nevezetes az orvostudomány fejlődésére és irodalomtörténetére nézve.

Még nevezetesebb ephesusi Soranos, ki Trajanus és Hadrianus idejében Krisztus után a II. század első felében Róma kiváló

¹ Julius Ilberg: Die Erforschung der griechischen Heilkunde. Neue Jahrbücher für das klassische Alterthum, Geschichte und deutsche Literatur und für Pädagogik. 1908. novemberi füzet, 586—602. l.

¹ Neue Jahrbücher, 1907. év, XIX. 722. lap.

nőgyógyásza vala s egy IX. századbeli florenzei másolatából láthatólag a csonttörések gyógy módjait illusztrációkkal is terjesztette. Az ő szülészeti munkája (*Περὶ γυναικείων παθῶν*) ugyan Dielsz Frigyes hagyatékából Lobeck, illetőleg unokaöccse útján 1838-ban kelt hiányos königsbergi kiadásból már ismeretes. Ezt némileg kiegészíti Emericus-nak latin fordítással is ellátott utrechti kiadása (1869), sőt Lüneburg és Huber 1894-ben német nyelven is hozzáférhetővé tették. De valódi becsét mégis csak most ismerhetjük, a mióta a Rose által Kopenhágában talált Codexből, s egy *Muscio* nevű középtalinságú szülészeti író művéből nyilvánvalóvá vált, hogy a XV. századnak több régi írójából merítő compilációk segítségével praeparálhatjuk ki igazában Soranosnak csak töredékekben és rajzokban ránk maradt nagybecsű orvosi örökségét. A sebkötéstéről (*Περὶ ἐπιδέσμων*) szóló könyvét idáig nyilvánosságra nem jutott illusztrációi teszik oly becsessé, melyeknek eredetiségét ugyanazon florenzei codexben Hippokratesnek a fiziamódásokról szóló könyvéhez kitioni Apolloniosztól való illusztrációk és magyarázatok igazolják. Sőt e rajzok azt is kideríték, hogy a vatikán „*Sala della biga*” termében látható *versenykocsis szobrán* feltűnő komplikált *mellettköték* nem a gyeplőszálak csomózata, mint Helbig műkritikus vitatja, hanem annak a háromféle kötélnek egyike, melyeket *Soranos ἀρκατωπλατίζος* néven említ s gerince- és bordatörésekben alkalmazott a görög sebészet.¹

Osak is ilyen széleskörű összehasonlításokkal állapítható meg, hogy a XVII. század szülészeti illusztrációi szintén Soranos ama képei után készültek, melyeknek helyeit a párisi codex másolója üresen hagyta.² Soranos művének derekas részét a „bába” (*μαία*) és a bábaság (*μαϊευτική*) gyakorlati tanai alkotják. Valóban meglepő, mily sokat követelt Soranos a *μαία*-tól. Ne csak testileg legyen ép s hivatásához mérten erőteljes, hanem érzelmei s különösen értelmisége, emlékezőtehetsége legyenek élesek s ne csupán gyakorlatilag képezze magát, hanem *orvosi művek olvasásával* is. A mellett rettenthetetlenség, kitartás, finom érzés, discretio s mindezek felett erős jellem a kíváncsi. A magzatelhajtásban való segédkezést ép úgy kizártnak tartotta Soranos, mint korunk orvosi morálja teszi.³ Soranos művének *Τὰ κατὰ φύσιν* és *τὰ παρὰ φύσιν* fejezeteiből következtethetőleg fiziológiai és pathológiai képzettséggel kellett bírnia a bábának, sőt anatómiával is foglalkozhattak (*ἀνατομὴ ἀχρηστος ἔσσειν*) (Sudham I. 5. 175. l.). Az ókorban ugyanis például Alexandriában is sok, ma alig feltételezhető történt e téren és korunk gynaekológiai vezérkönyvei vajmi csekély haladást mutatnak Soranoshoz mérten, a mint hogy a sebészet terén is bámulatos haladást és ügyességet értek el a görögök, habár az utolsó évtizedek aseptikus eljárása ismeretlen volt s narcosist is csak kivételesen alkalmazhattak.

Ezekből láthatólag, habár Puschmann negyedszázadelőtti tevékenysége folytán s a leipzigiegyetemnek tett alapítványaiából máris a monographiák sorozatát bírjuk,⁴ az orvostudományok kritikai története csak akkor várható, a mikor a szépen haladó papirusgyűjtemények vonatkozásainak értékesítésére képes philologus-szakemberek közreműködésével elkészülő Corpus medicorum segélyével az ókori írók sebészeti és gynaekológiai tudását a historiai forrástanulmányok szellemében bevezetendő philosophiai kritikával bírálhatják el majd az arra hivatottak.

Téglás Gábor.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Az orvosi titoktartásról, különös tekintettel a hazai törvényekre és rendeletekre. Irta **Turán Bódog** dr. Budapest, 1909. „Petőfi” irod. és nyomdavállalat. 58 lap.

A szerzőnek dicséretreméltó buzgóságát tanúsítja, hogy e füzet megírására vállalkozott; mert háládatlanabb témát alig

¹ H. Schöne: Jahrbuch des archäol. Instituts, 1903. XVIII. 68. l.

² E. Sudhoff: Studien zur Geschichte der Medizin, I. 70. l. IV. 72. l. Archiv für Geschichte der Medizin, I. 310. lap.

³ E. Sudhoff: Studien I. 3, 4, 172. lap. I. 60. 229. lap.

⁴ Legteljesebb átnézetet tartalmaz a berlini egyetemen az orvosi tudományok történetét tanító *Pagel Gyula* tanár összeállítása: Geschichte der Medizin und Krankheiten, Virchow's Jahresberichte der gesamten Medizin. Figyelemreméltó irányeszméket tartalmaz a korán elhunyt Magnus Hügo munkája: Die Entwicklung der Heilkunde in ihren Hauptzügen zur Darstellung gebracht, Breslau, 1907.

választhatott volna munkálkodásának tárgyául az orvosi titoktartás kérdésénél. Ilyen kérdésről írni maga is nagy áldozat. A füzetet bizonyos bántó elégtelenséggel olvassuk végig és ezen érzésünket nem sokban változtatja meg a szerzőnek azon zárómondata sem, hogy itt, a hol törvény, szokás, közhely, mind mind elhagyja az orvost, még mindig talál egy mentő eszmét az ethikai individualitás. Szép szó; de ama mentőeszmének megnyugtató gondolatában, a mi viszonyaink mellett, nem sokat bizhatunk; ezen a téren bárminő reformok keresztülvitelével sem reménylhetünk sokat. Valamint most, úgy akkor is bajba keveredhetünk, akár megtartjuk a törvényeket és rendeleteket, akár túleszszük magunkat rajtuk. Mind a két esetben martyrium fenyeget bennünket. Bármint igyekezzünk is e tárgyra világosságot deríteni, az egész kérdés a jogász mesterfogások labirintusában fog elveszni, a mi megkárosításunkkal. Minden újabb felszínre kerülése újabb bonyodalmakat von maga után. Ilyen kérdéseket nem lehet paragrafusokkal elintézni, de még egységes ethikai szempontból sem. Az eddigi sikertelen kísérletek után az orvosi titoktartás kérdéséből talán leghelyesebb volna tabula rasát csinálni, vagy legfeljebb annyit venni a törvénybe: 1. §. Tilos az orvosnak, hogy betegéről dehonestálólág beszéljen. 2. §. Tilos az orvost arra biztatni, hogy betegéről beszéljen. A többit bizzák a belátásunkra.

A munka a kérdést általánosságban, majd részletesen tárgyalja a nyilvános életre és magángyakorlatra vonatkozólag; végül javaslatokat foglal magában a fennálló törvények és rendelkezések módosítását illetőleg.

Erdős János dr.

Die Prostituierte und die Gesellschaft. Eine sociologisch-ethische Studie von **Camillo Karl Schneider.** Leipzig. Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1908. Ára 4 m. 80 pf.

Az „elavult álszemérem” elleni harcban a nemi felvilágosítás apostolai, a „nő nemi felszabadításának” feminista előharcosai, a minden „modern” mozgalom rajongói, a „haladás” barátai, a „sociologusok” és az emberi társadalom fejlődésének útját egyengetni akaró, „egyletekbe” verődött altruisták a *prostitutio* kérdésében tanusított tartózkodásról mindinkább lemondanak.

E könyvben is egy laikus szólal meg és a könyvet a *prostitutio* tudományos kutatása körül nagy érdemekben bővelkedő *Blaschko* ajánló szavakkal küldi útjára.

A munka szerzője mintegy 300 prostituálttal ismerkedett meg nemi életének tíz éve alatt; ezen mulatsággal vegyest tanulmányozása közben sokat foglalkozott a „prostituáltak lelki életével”, kérdést intézett a prostitutióra nézve néhány város hatóságához és kapott is válaszokat, a melyeket kérdezés nélkül is megtudhatott volna, tanulmányozta a prostituáltak életmódját, a mint azt Dufour, Tarnowsky, különösen azonban Parent Duchatelet klasszikus munkájából bőven ismerjük.

Mindezen tanulmányok alapján azt hiszi, hogy a prostitutiónak nálunk is érvényben lévő rendszabályozása egészségügyileg czélaltan, erkölcsi és a nő méltóság szempontjából megsemmisítő, minthogy az egyéni szabadság alaptörvényeibe ütközik. Az állam részéről a nyilvános erkölcselenség fékeltartását és a nemi betegségek elleni általános és rendszeres védekezést kívánja. A műveltség terjedésétől, a nemi bajok veszélyeinek felismerésétől és első sorban a gazdasági és bántó egyenlőtlenségek javulásától, a munkásosztály gazdasági nyomorának enyhítésétől pedig, a *prostitutio* forrásának lassú elapadását várja. A munka írójától bizonyos erkölcsi emelkedettség nem vitatható el; ha saját magánéletének feltárása kissé idegenszerű is, az őszinteség és keresetlenség, a melylyel teszi, legalább nem teszi izléstelené. Aminthogy a munka egész jellege is sokkal komolyabb, és ha szabad ezt a kifejezést használnom, diszcretebb, mint a milyent az utóbbi évek tudományos színezetű és czélzatú, tudós orvosok által írt munkáin megszoktunk. Az orvostudomány és a társadalomtudomány ugyan vele sem nyert többet, mint amazokkal, de legalább a pornographiának jutott kevesebb e munkával és ez növeli az értékét.

Ráskai.

Új könyvek. O. Seifert: Über die Nebenwirkungen der modernen Arzneimittel. III. Folge. Würzburg, C. Kabitzsch. 1.70 m. — O. Hildebrand: Die Entwicklung der plastischen Chirurgie. Festschrift. Berlin, A. Hirschwald. 0.80 m. — J. Schwalbe: Lehrbuch der Greisenkrankheiten. Stuttgart, F. Enke, 26 m. — O. Küstner: Kaiserschnitt. Rückblicke und

Ausblicke. Stuttgart, F. Enke. 3 m. — *H. Fischer*: Kriegschirurgische Rück- und Ausblicke vom asiatischen Kriegsschauplatze. Berlin, A. Hirschwald. 4.50 m. — *K. Müllern*: Grundriss der klinischen Blutuntersuchung. Wien, F. Denticke. 8 m. — *K. Klein*: Klinisches und morphologisches Material zur Aetiologie der Syphilis. 3 m. — *P. Dubois*: Pathogenese der neurasthenischen Zustände. Leipzig, J. A. Barth. 1.50 m. — *G. Voss*: Klinische Beiträge zur Lehre von der Hysterie. Jena, G. Fischer. 6 m. — *E. Schlesinger*: Moderne Säuglingsfürsorge. Strassburg, Schlesier u. Schweickhardt. 2.80 m. — *O. Bollinger*: Wandlungen der Medizin und des Aerztestandes in den letzten 50 Jahren. München, J. F. Lehmann. 1 m. — *Lucas-Championnière*: Pratique de la chirurgie antiseptique. Paris, G. Steinheil. 8 fr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A villamosság által előidézett betegségek kör- és gyógytanáról tartott előadást *Jellinek* (Wien). Már foglalkoztunk a szerzőnek egyik dolgozatával (1907. 9. sz. 172. l.), a mely ezen betegségek aetiológiáját tárgyalja, azért elegendőnek tartjuk az előadásnak ama dolgozattól eltérő részleteiről beszámolni (tünettan, kórjelzés, kórjólát, orvoslás).

A villamosság vagy hirtelen öl, vagy olyan tüneteket okoz, melyek többé kevésbé sajátlagosak.

A tünetek helyiek és általánosak. Helyi tünetek: A köztakaró elváltozásai az áram be- és kilépése helyén. A hám száraz, és fénylő, halvány sárgásszürke színezetű. Egyes esetekben az így elváltozott bőr durva tapintatú kiemelkedést alkot, a mely közepén szürkésfekete pont- vagy sávszerű (heghez hasonló) behúzódnást mutat. A szomszédság reactiv vérbősége rendszeren hiányzik. Előfordulnak halvány színű, felületes, gyakran csoportokban elhelyezett, hámfosztott bőrelhalások. Máskor ismét fájdalomtalan, érzéketlen, porcszerű, stearinhoz hasonló elváltozott bőrrészeket látunk, melyek néhány nap múlva rögzök alakjában szétesnek, nagy anyagihiányokat hagyva hátra, a melyek a környező bőrnek elhalása útján még nagyobbra nőhetnek. Mindezen bőrelváltozások rendszeren jól gyógyulnak, genyedés ritkán következik be. A helyi tünetek közé tartoznak a szembetegségek: az elektromos ivfény okozta muló fényiszony, kiskókú kötőhártyagyulladás, ritkábban iritis, leneseelhomályosodás vagy retinaelváltozások. Nem tulajdonképeni villamos sérülések az égési sebek és a mechanikai szövetrogcsolások.

Az általános tünetek lehetnek koraiak, a melyek a baleset alkalmával vagy közvetlenül utána mutatkoznak, vagy későiek, melyek a baleset miatt ugyan, de bizonyos idő múlva fejlődnek. Mint korai tünetek előtérbe lépnek öntudatzavarok, a mozgató közzpont izgalma és bénulása, a légzés és szívműködés gyengülése vagy megszűnése. Ritkábbak az emésztési rendszer (meteorismus, székrekedés, colica), a máj (kiskókú sárgaság), a vesék (nyomokban fehérje), a húgyivarszervek (incontinentia vagy retentio urinae, ejaculatio) működési zavarai, vérzés a nemi szervekből, orrvérzés stb. A környéki erek gyakran kanyargósak, merevek; vizenyők, izületi izzadmányok keletkeznek. Ha az áram a fejen ment keresztül vagy hozzá közel, szemizgalom, nagyothallás, fülzúgás, dobhártyasértülés, ízérzési zavarok észlelhetők. Ritka esetekben csekélyfokú láz. Az öntudatzavar lehet ájulás, absence vagy comaszerű állapot. Előfordul öntudatlanság az agyarázkódítás vagy agynyomás tüneteivel kapcsolatban. Az öntudatzavar nincs mindig arányban az eset súlyosságával, mert tapasztalat szerint néha az öntudat megzavarása nélkül következik be másodperczek, sőt csak perczek múlva a halál. A leggyakoribb tünetek a mozgató sphaerába tartozók. A villamosság által sújtottak vagy hirtelen összerogynak teljes izombénulással, vagy a helyszínén ott ragadnak („kleben“) tonusos-clonusos görcsök között. Az áramkörből való kiszabadítás után inkább bénulások tüneteket látunk, ritkábbak a tonusos-clonusos görcsök epilepsiás rohamok alakjában incontinentia alvi et urinae-vel.

Legveszélyesebb tünetek a légzés és szívműködés zavarai, melyek rendetlenségben vagy teljes szünetelésben nyilvánulnak. A balesetet túlélők légzése nemsokára nyugodt, rendes rythmusú; a szívműködés is csak a baleset utáni első órákban szaporább.

Egyéb általános tünetek: Fejfájás, a fény és hang iránti érzékenység, hidegérzet, étvágytalanság, levertség, gyengeség érzete. Egyes betegek az első napokban álmukból felriadnak, nyugtalan-ságról panaszkodnak, a melyet az egész testre kiterjedő forróság érzete okoz.

A késői tünetek közé tartozó neurosisok (traumás hysteria, neurasthenia, keraunoneurosis stb.) ninesenek közvetlen oki kapcsolatban a villamossággal, mert minden baleset után támadhatnak. Eddig megfigyelt, a villamos balesetekre sajátos megbetegedések: muló elmezavar üldözési téves eszmékkel, bénulások jelenségek teljes elfajulási reactióval és érzés-zavarokkal, trophoneurosisok (a kézizületeknek symmetriásan mutatkozó, sorvadást és ankylosist előidéző, esontelváltozással járó megbetegedése), embolia cerebri tünete, a paralysis progressívához hasonló kórkép, sclerosis multiplex, epilepsiás rohamok deliriumokkal, a szívműködés zavarai (szabálytalan rythmus, időnként jelentkező zörejek, rohamokban támadó fájdalom, mint angina pectoris esetén). Egyes késői tünetek (bénulások) elmúlnak vagy javulnak, mások az egyén elpusztulására vezetnek.

A kórboncolástani vizsgálat következő elváltozásokat mutat: A bőrön az alvadásos elhalás jelenségei. Rögtön elhaltak központi idegrendszerében vérzések a szürke és fehér állomány határán, ganglionsejt-széttroncsolás, mageltolódás stb. Túlélő állatok idegrendszerében: elfajulások a környéki idegekben, az oldal- és elülső kötegekben vagy a spinális dúczokban.

A kórjelzés könnyű, ha megvizsgáljuk a ruházatot, a bőrt, a baleset színhelyének elektromos berendezését. Nagyon nehéz azonban megállapítani a villamosság okozta halált, mert sokszor csak rövidebb-hosszabb ideig tartó agy-, szív- és légzésgátlással van dolgunk.

A kórjólát rossz, ha a szívműködés és légzés megszűnt, jóllehet az élesztési kísérletek néha sikerrel járnak. Jó a kórjólát azokra nézve, a kik a szerencsétlenséget túléltek. Késői tünetek aránylag kevés esetben fejlődnek; ha fél vagy egy éven belül nem mutatkoznak, akkor keletkezésük már nem is várható. A megmenekült betegek legnagyobb része újra teljesen egészséges és munkaképes lesz.

Ezen bajok orvoslására a következő utasításokat adja *Jellinek*: A szerencsétlenül járt egyént először is kiszabadítjuk az áramkörből, a mikor saját elszigetelésünkről is kell gondoskodnunk (például szigetelő harapófogóval elvágjuk a vezetéket). A kiszabadítás után vízszintesen helyezzük el a beteget, fejét kissé felpolezoljuk, ruháját meglazítjuk, elegendő levegőről és fényről gondoskodunk. Ha van légzés és szívműködés, csak megfigyelésre szorítkozunk egyelőre. Ha az öntudatlanság perczekig tart, az arcot és mellet hideg vízzel lemoszuk, a talpat ingereljük, vagy a betegre rákiáltunk. Ha az öntudat visszatért, a beteget ágyba fektetjük s lehető legnagyobb nyugalomról gondoskodunk. Ha a légzés szünetel, mesterséges légzést végzünk, vagy rythmusos nyelvélőhúzásokkal teszünk kísérletet. Minthogy erős áramok gyakran vérnyomásemelkedést idéznek elő, ajánlatos a mesterséges légzést chloroformbelégzéssel kombinálni. A gyenge szívműködést különféle ingerekkel befolyásoljuk: a szív- és nyaktájék masszálása és faradizálása, kámför- és adrenalinbefeéskendezés, esetleg érvágás (a vér ömlése közben mesterséges légzést nem szabad végezni a légembolia veszedelem miatt). Egyes tapasztalatok (állatokon s egy esetben emberen a cerebrospinalis folyadék nyomását megnagyobbodottnak találták) javalltá teszik a gerincezsatornaecsapolást.

Ha órákig tartó fáradozással sem sikerült a szerencsétlent feléleszteni, akkor — állatkísérletekben tett tapasztalatok alapján — észszerűnek látszik egy pillanatra vagy másodperczekig a halálos erős áramnak újra kitenni az illetőt (a lapos positiv sarok a szívtájékra, a negativ pálcikaalakú sarok a végbélbe helyezendő). Az élesztési kísérletekkel csakis akkor hagyjunk fel, ha már kétségtelen haláljelenségek mutatkoznak.

Ha a mentés sikerült, várakozó, tüneti orvoslás lesz helyén. Gondoskodjunk teljes nyugalomról, de azért folyton figyeljük meg a beteget az első időkben, nehogy elmezavarok hirtelen támadása elkerülje figyelmünket. Izgalmi állapotok esetén rendeljünk prothalt meleg (28°) fürdőt hideg fejbörötáttal. Szükség szerint adjunk brómot, hypnoticumokat. A gyakori hidegérzet miatt tartunk melegen a betegeket. Figyelembe kell vennünk, hogy hajlamosak meteorismusra, retentio alvi et urinaere. A kápráztatás által a szemén előidézett jelenségek sötét szobában hamar visszafejlődnek, a többi szembajt lege artis orvosoljuk. A könnyebb bőrsérüléseket szabadon hagyjuk, vagy higitott Burow-oldattal átitatott vagy bórvaselines, illetve xeroformos kötással látjuk el. A kiterjedt anyag-

hiányokat 30%-os perhydrol-oldattal naponta leöblítjük, utána Burrow-oldatba mártott dermatol-gázzal fedjük. Ha gyógyulási hajlam mutatkozik, 30%-os bórvaselinnel bekent hydrophil-gazet alkalmazunk. (Wiener med. Wochenschrift, 1908. 50. sz.)

Idegkórtan.

Vagyontalan ideges ember számára intézet Auerbach (Frankfurt) szerint ma alig van. Neurastheniások, hypochondriások, félelmi neurosisban, kényszer gondolatokban szenvedők, rohammentes hysteriások, a psychosis határán levők nem találnak sehol sem felvételre, és így nem részesülnek kellő kezelésben még akkor sem, ha munkaképtelenek. Ezek számára intézetekre van szükség, a melyekből azonban az elmebajosokat ki kell zárni, már azért is, mert az idegesek félnek az elmebajoktól és az elmebajosokkal való együttléttől. Ez annyira megy, hogy például a rasemühlei kerületi sanatorium idegbajosai még attól is vonakodtak, hogy pénztárszámolás céljából az elmebajosok intézetének pénztárához forduljanak. Egy ilyen idegbajos intézet semmiképpen sem lehet a fiókja vagy függeléke elmebajosoknak. Ez ellen már Cramer (Göttingen) felszólalt. Epstein volt az egyedüli pártolója ennek a gondolatnak, de terve Németországban Beyer részéről ellenmondásra talált. Közkórházak rendes osztályaiban sem igen van helye a neurosisban szenvedőnek. A súlyos betegek látása, a nagy termekben összehozott súlyos betegek nyugtalansága árt az ideges embernek. Sokszor látni, hogy az ilyen betegek innét rosszabbodva kerülnek ki, javulás pedig alig fordul elő. Frankfurtban az ilyen betegeket, a mennyire lehet, magánkórházakban, olcsó sanatoriumokban vagy üdülőházakban helyezik el jobb hiányában, a hol azonban nincs meg mindig a kellő kezelés és soká hegekig kell várni felvételre. Az erdei üdülőhelyek sem feleltek meg a várakozásnak. Már Ziemssen sürgette intézetek felállítását „idült betegek és lábadozók sanatoria” néven. Szerinte az ilyen intézeteknek erdőben vagy kertben kell lennie, hygienesen be kell rendezve lennie, fekvőesernyőkkel kell bírnia, és meg kell lennie a munka- és physikai therapia minden eszközeinek. Az ilyen intézet a fiókja lehet a közkórháznak, a mely így két részre oszlik: 1. középponti kórházra akut és subacut betegek számára és a speciális szakok részére; 2. sanatoriumra idült betegek és lábadozók részére. Ezt a kettéosztást minden 100,000—150,000 lakosságú városnak el kellene fogadnia, sőt ott, a hol túlnyomó a munkáslakosság, alacsonyabb lehet a lakosság számhatára. A sanatorium egyelőre körülbelül 200 ágyra volna tervezhető, de úgy kell épülnie, hogy kétszeresre legyen emelhető az ágyszám.

Nem szükséges, hogy az ilyen sanatorium kizárólag ideges betegek számára legyen berendezve, de olyan eset ne kerüljön felvételre, a mely a neurosisok gyógyulását hátráltatja. A berlini országos biztosító intézet Beelitzben levő sanatoriumában, valamint a München-Harlaching-sanatoriumban a tuberculosis kezdeti szakán kívül a legtöbb beteg idegbajos volt. Talán jó volna egy vagy két egészen különálló pavillont építeni súlyosabb neurastheniások részére, a hol nagyobb volna a nyugalom. Ilyenekben több egy- vagy kétágyas szobának kellene lennie. Annak, hogy e sanatoriumokban csak idegbajosok legyenek, nincs célja, mint a hogy a legtöbb magán-sanatorium is felvesz más betegeket is. Szervi idegbajokat, ha nem súlyosak (például neuritis stb.), nem kell egészen kizárni. Az intézet élére a belorvostanban jól képzett ideg orvos való. Minthogy most már tüdőbajosoknak külön sanatoriumok épülnek, ezek felvételére nincs szükség, de ha van, a többi betegből el kell különítve lenniük.

A legfőbb szempont az, hogy az ideges embernek első sorban nyugalomra van szüksége. A nagy várostól való messzeség, kis, 1—5 ágyas szobák, a pavillonoknak 20—30 betegre való korlátozása jól szolgálná ezt a célt.

A kezeléshez nincs szükség naponként való visitekre. De nem célszerű a rasemühlei beosztás, a hol az orvos csak hívásra megy a beteghez és ezenkívül rendelőórát tart, a hol a beteg, ha akar, jelentkezik időnként. Ez nem systemás gyógyítás, annyival is inkább, mert sok betegnek bizonyos fokú elhatározásképessegre van szüksége, hogy az orvoshoz menjen. A munkatherapia fontos segítség a gyógyításban, de a gyógyításnak nem egyedüli módja. A férfiak-

nak a nőktől el kell különítve lenniük nemcsak az épületekben, hanem a szabadban való tartózkodáskor is.

A szegény betegek sanatoriauma kapcsolatos legyen egy a középosztály számára való pavillonnal, mert 4000—6000 márka jövedelemmel bíró ember, ha családja van, nem bírja a magán-sanatorium költségeit. Ha pedig erre áldozatok árán magát rászánja, a pénzáldozat nagysága hátráltatja a gyógyulást. A napi ápolóköltségnek ez osztályon körülbelül 6—8 márkát nem szabad túlhaladnia. Minthogy ez a pavillon jövedelmező volna, az egész intézményfenntartás költségei esökkennének.

Az ilyen sanatorium olcsóbb, mint a közkórház, mert a városon kívül a telek olcsóbb, laboratorumokra nincs szükség és némely táplálék, mint például főzelék, gyümölcs, saját területen a kertben termelhető és tejgazdaság, csirke- és disznótenyésztés is berendezhető.

Az országos biztosító intézetnek, Hannover tartományának már van ilyen sanatoriauma, a Schönow-ház 10 éve jótékonyt tartja fenn. Essenben a Lüthmann-alap tart fenn ilyen, de a város hozzájárul a költségekhez deficit esetén. Bécsnek is van e célra nagyobb alapítványa. Mindazonáltal a magánjótékonyt nem fedezhet minden szükségletet. Ez az állam vagy a város feladata. Tehát a közkórháznak legyen a városon kívül levő sanatorium-függeléke, mint azt már Ziemssen régen kívánta. (Therapie der Gegenwart, 1908. 12. f.) Kollarits Jenő dr.

Orthopaedia.

A világra hozott csípőízületi ficamodás kórboneczolástanához és gyógykezeléséhez szolgáltat adatokat Horváth Mihály. Czikke első részében betegéről nagy szorgalommal készített Röntgenképeken szerzett tanulmányai eredményeit közli. A csípőízület radiográfus anatómiáját a következőkben ismerteti. A fiatal gyermekek medencéjéről készített Röntgen-lemez az ízületi vápa boltozatának s a boltozat már csontosodott elülső csontos szélének hű körvonala mutatja. E két vonal egymás közti távolságából következtethetünk a boltozat alakjára. Idősebb gyermekeknél mindinkább kifejezett a boltozat képe. Az ízületi vápa valódi elülső és hátulsó szélének a gyermekkorban még nincs radiográfus képe. A vápa csontos része ugyanis a gyermekkorban nagyon sekély, üregét a Röntgen-képen nem látható erős porcszegély nagyobbítja, mely idősebb egyénekben csontosodva, a képet a vápa mélységének a meghatározására alkalmassá teszi. A Reiner és Werndorff által leírt könyvesp-alak szerinte is a recessus acetabuli Röntgen-képe.

A Röntgen-képeken kívül vizsgálatait még egy scarlatinában elhalt, világhozott egyoldali ficamodásos gyermek medencéjéből és csípőízületéből nyert készítményen végezte. Vizsgálata eredményét a következőkben foglalja össze: a medence asymmetriája csak jelentéktelen mértékben mutatkozik, a legfeltűnőbb különbség a medence két oldala között, hogy a ficamodásos oldalon a csípőtányér, eltérően az eddigi észleletektől, kevésbé meredek. Az ízületi vápa a ficamodott oldalon jelentékenyen kisebb, a mit részben a vápa fundusának a vastagsága, részben széleinek a lelapultsága okoz. A vápa felső boltozata a ficamodott oldalon meredekebb. A czombcsont jelentékenyen atrophias.

A medence mindezen elváltozásait másodlagosnak tartja s a ficamodás aetiológiáját illetőleg a mechanikai theoria híve. Ez állítását bizonyítja azon eseteinek ízületi vápáján tett észleleteivel, melyekben a ficamodás az extrauterinális életben a pelvitrochanterikus izomzat spasmusos görese (Little-kór, spondylitises bénulás) következtében jött létre. E fiatal korban beálló ficamodásokban az ízületi vápa később ugyanazon typust veszi fel, mint a melyet a világra hozott ficamodásban találunk, bizonyítva, hogy az elváltozást az ízületi vápán kívül fekvő fejecs modelláló hatásának az elmaradása okozza.

Az első életévekben a fejecs a durványos acetabulum közelében van s csak később felfelé vándorolva jut mind magasabbra; az idősebb korban lesz luxatio iliaca. 171 ficamodott csípőízületen 10 esetben subluxatiót talált.

A therapiát illetőleg, mint ma már a szakemberek összessége, a Lorenz-féle gyógykezelés híve. A reponált czombfejecs helyben maradását biztosító kötés ma már az eredeti előírástól eltérő s annak köszönhető a meggyógyult eseteknek nagy százalékszáma (Narath 70-29%, Calot 96%), melyről a minden oldalról érkező

jelentésekből értesülünk. A gyógykezelés jó eredményére a korai gyermekkorban legnagyobb a kilátás, a miért is az minél fiatalabb korban kezdendő meg.

Horváth 94 gyógyult, 1—12 éves korú, egy- és kétoldali ficamodásos gyermek gyógykezelési eredményéről táblázatos kimutatásban számol be. A functionális eredmény ideális 29.78%, nagyon jó 21.27%, jó 23.40%, közepes 18.08%, rossz 7.44%-ban volt. A jó eredmény tehát összesen 74.45%-nak mondható. Anatomicus sikerült helyreállítani az ízületet 94 ficamodás közül 50 esetben. A repositiót minden előzetes nyújtás nélkül, a narcotizált gyermekekből adductorainak mechanikai megnyújtásával, az ízületi vápa hátulsó felső szélén át végzi. Kétoldali ficamodásnál mindkét oldalt egy ülésben reponálja. 172 repositiónál sohasem okozott csonttörést, ugyanennyi esete közül a repositio 16 esetben nem sikerült, ez esetekben a gyermek mindig 5 évesnél idősebb volt. A reponált fejecs retentiójára legalkalmasabbnak a legalább 90° abductiót tartja s egyoldali ficamodásnál, Naráth ajánlatára, az ép oldali csipőizületet is betoglalja a gipszkötésbe. A járás ily kötésben nem lehetséges, de arra nincs is szükség, mert a kezelés e szakában csak arra törekszünk, hogy az ízületi szalagok zsugorodásával fixáljuk a fejecset az acetabulumban. A gipszkötéssel fixálást rövidre szabja (fiatal gyermekeknél 6—7 hónap, idősebbeknél 3—4 hónap), de az egész idő alatt a primaer állásban; a túlabdukált czomb állásának a corrigálását a gyermek saját erejére bizza, s az fokozatosan 1—1½ hónap alatt sikerül is. Kis gyermekeknél éjjelre szüntén a primaer állásnak megfelelő fekvő készüléket használ. A végtagnak hosszú időn át fixálása a czombcsont atrophiját okozza, a mi úgy a csont szerkezetén, mint a csont körfogatán is észlelhető. Ebből magyarázza a reponált czombcsonton kifejlődött coxa varát, melyet 12-szer volt alkalma gyógyult esetein konstatálni. (Zeitschrift für orth. Chirurgie, XXII. kötet, 4. füzet.)

Kopits dr.

Szüléset és nőorvostan.

A régi és az új szülésetet hasonlítja össze Fritsch egyik közleményében. A 19. század legfőbb vívmányait az antisepsisben, asepsisben és a gyermekágyi láz prophylaxisában látjuk. A régi szüléseti therapiában két elv állott megdönthetetlenül: 1. hogy szűk méhszájnak várakozni kell; minden szülési beavatkozás feltétele volt a méhszáj tágulása és tágulékonyága; 2. hogy a szűk medence oly faktor, melyen változtatni nem lehet. Az accouchement forcé-t is a régi szerzők csak mint kiméletesen keresztülviendő beavatkozást ajánlották és csak akkor volt szabad a szüléskor beavatkozni, ha a méhszáj tágulékonyan bizonyult. A szűk méhszáj ellenjavalt minden a szülést gyorsan befejező műtétet. Ha például szűk méhszáj pulzáló köldökzsinór esett elő, melynek repositiója sikertelen volt, akkor a magzatot hagyták elpusztulni s nem siettek a szülést befejezni. Vagy ha placenta praeviában szűk méhszáj mellett erős vérzés keletkezett, nem volt más teendő mint a tamponade. Eklampsiában már régen tudott dolog volt, hogy a méhet gyorsan ki kell üríteni, azonban még szűk méhszájjal bíró először szülőn mindennek ellenére nem siettették a szülést, hanem a therapia morphia és izzasztószerek rendelkezésében állott. Hasonlóak voltak a viszonyok a lázasak kezelésekor. Szűk méhszájjal bíró először szülőn nem mertek beavatkozni, mert féltek a berepedésekkel járó vérzésektől. A méh gyors kiürítését az eklampsiások tették szükségessé. Halbertsma volt az első, ki ilyenkor császármetszést kockáztatott meg, utána többen fordultak ezen eljárásához, igaz hogy az eredmények nem voltak kielégítőek. Jóllehet a prognózis e téren javult, mai nap is a császármetszés a legveszélyesebb laparotomia marad, annyira, hogy sok műtő egyáltalában nem végzi, ha a szülőnt intézetben kívül belsőleg vizsgálták. Némiképpen haladást mutat a Mäurer ajánlotta metreurynter alkalmazása a méhszáj tágítására, azonban sem ez, sem Bossi methodusa nem vezetett mindig célhoz. Ez utóbbi eljárás, legalább Németországban, kezd letűnni a műtétek mezejéről. Ezen therapiát új mederbe Dührssen terelte egy tisztán sebész eljárással, a méhszájnak késsel való tágításával, az úgynevezett vaginális császármetszéssel. Eleinte a műtét a méhszájnak többirányú bemetszésében állott, a mi bizony nagy vérzésekkel, sőt elvérzéssel is járt, a gyógyult esetekben pedig csunya hegek, összenövések keletkeztek, melyek az asszonyokat olykor munkaképtelenné tették. A műtétet typosossá, sikerrel alkalmazhatóvá Bumm

módosította: keresztülvitelét először szülőknél megkönnyíti a megelőző gátmetszés, úgynevezett Schuchardt-féle bemetszés. A prognózis az eklampsiában a vaginális császármetszéssel sem javult, mert tudvalevő, hogy az esetek 10%-ában a szülés befejezése után sem szűnnek meg a görcsök, vagy pedig a coma halálosan végződik. A siker attól függ, nem operálunk-e későn. Ultimum refugium a vaginális császármetszés ne legyen, mert vagy operáljunk az első roham után azonnal, vagy egyáltalában ne operáljunk, a mikor késői műtét az új eljárást discreditaljuk. Tapasztalás és statistika annak felvételére jogosít, hogy a vaginális császármetszés ma a friss eklampsia kezelésére a legjobb methodus. A méh kiürítésének első következménye a vizeletkiválasztás megszaporodása volna; vannak azonban esetek, a midőn ez nem áll be, mert a vesék erős duzzadtsága miatt a vesetokba több vér nem folyhatván be, a diuresis is lehetetlen. Ilyen esetekben megkísérleendő az Edebohls ajánlotta vesedecapsulatio, a mely után rögtön gyarapodik a kiválasztott vizeletmennyiség. Néha a méh kiürítése után csak 6—8 óra múlva indul meg a vizeletkiválasztás, ezért a decapsulatioval várakozni kell és csak ha 8 óra múlva nem jelentkezik vizelet, üres a hólyag, fennáll a coma vagy visszatérnek a rohamok, kísérleendő meg a biztosan elvesztett élet megmentésére az Edebohls-féle műtét.

A szerző placenta praeviában a vaginális császármetszést nem alkalmazza, mivel fél az elvérzéstől, az anyát pedig többre becsüli, mint a magzatot; jogosultnak tartja azonban ott, ahol fájások hiányában, kemény szívós méhszáj mellett erősen jelentkezik a vérzés.

A régiek azon tana, hogy a szűk medence megváltozhatatlan faktor, megdőlt, a mióta a hebstotomiát a szüléseti műtétek közé bevezették. A relative indikált császármetszést kiszorítja a hebstotomia, különösen ott, hol a szülőnt nem ellenőrizhető egyének vizsgálták. A műtét keresztülvitelének mai methodusát Döderlein és Bumm tanároknak lehet köszönni. A műtétet komplikálják a hólyagsérülések. Leírnak eseteket, melyek elvérzéssel végződtek. A hüvely nagyfokú sérüléseinek elkerülésére Zweifel ajánlja, hogy a szülést az átfűrészelés után hagyjuk magától lefolyni, vagy ha okvetlenül szükséges a gyors befejezés, alkalmazzunk kiadós Schuchardt-metszést. A szerző lázas szülőnőn, általános sepsisben előnybe részesíti a perforatiót, mert ilyenkor vagy már halott a magzat, vagy már legalább is életveszélyben van.

A mi a művi koraszülést illeti, Fritsch azt mint fontos és helyes therapiás eljárást alkalmazandónak tartja. Primiparákon nem ajánlja, mivel itt az uterusruptura veszélye nem fenyeget, a fájások erősek, a hasprés intact, várakozni lehet. Ha a fej nem adaptálódik, hebstotomiát végez, vagy halott magzatnál perforatiót. Ha szűk medencénél 17—19 cm. conj. externa mellett az anamnesisből megtudja, hogy előző szülések perforatióval fejeztettek be, kihordott magzat élve nem haladhat át a medencén, ellenben kicsiny magzat, puhább koponyacsontokkal igen, helyénvalónak tartja a szerző a művi koraszülés megindítását, a mi manapság az asepsis mellett veszélytelen beavatkozás. Az eredmények a gyorsan keresztülvitt műtét mellett kitünőek; a kora magzat életbentartása sem okozhat ma már nagy gondot; a szerzőnek sikerült 1200 gm.-os magzatot is életben tartani.

Sokat vitatott kérdés, hogy a vaginális császármetszés és hebstotomia ajánlatos-e az úgynevezett házi praxisban. Erre vonatkozólag Fritsch megjegyzi, hogy humanitás szempontjából az eklampsiás, szűkmedencézés asszony inkább szállítandó intézetbe, hol a modern antisepsis és asepsis mellett a prognózis jobb. Ha a szállítás nem foganatosítható, meg kell a műtétet kicsiny szobában, kedvezőtlen viszonyok között is csinálni; de mindenkor arra kell törekednie a gyakorló orvosnak, hogy a nehezebb eseteket intézetbe szállítsa, hol a halandóság a gyermekágyban 8—10%-ról ma már 0.5—0.3%-ra súlydott. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 33. szám.)

Bogdanovics dr.

Kisebb közlések az orvosságokról.

A csecsemőkori alimentáris intoxicatióban a kámfor használatát ajánlja Würtz, a strassburgi csecsemőgyógyintézet igazgatója. A szóban forgó bajban ugyanis nagy szerepet játszik a szivgyengeség, és ez ellen hat első sorban a kámfor. Azután meg az éridegközpontok izgatása útján a verőeres nyomást is fokozza.

Végül figyelembe veendő a légzőszközpontra kifejtett izgató hatása is, a melynek eredményeképpen jobb lesz a tüdő szellőződése és több oxygent kap a szervezet, a minek minden esetre nagy jelentősége van akkor, a mikor a szervezetnek mérgezett voltáról van szó. A szerző bőr alá feckendezve adja a szert kámforos olaj alakjában; többnyire 3 óránként ad $\frac{1}{2}$ —1 cm³-t a 10%-os emulsióból, és pedig nem csupán addig, a míg az érverés és a szív működés megjavul, hanem a míg a caloriadúsabb táplálékot is eltűri már a beteg. Ily módon egy esetben 10 nap alatt 59 befecskendezést kellett adni. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 3. szám.)

A medinalról, a veronal mononatriumsójáról, nagyon dicsőően nyilatkozik L. Ebstein. Nem csupán mint hypnoticum, hanem mint a stenocardias, asthmás és más hasonló állapotok megrövidítője is nagyon jó szolgálatokat tesz. Végül a morphiurnról elszoktatás-kor is úgy látszik nagy hasznát fogjuk venni e szernek. Nagy előnye a medinalnak a veronallal szemben, hogy vízben jól oldható-sága miatt a végbélen át vagy bőr alá feckendezés alakjában is használható. A végbélen át adott medinal gyorsabban hat, mint a szájon át bevett. Bőr alá feckendezve ugyan nem olyan gyors a hatása, de annál intenzívebb és huzamosabban tartó. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 3. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 10. szám. Szabó Gusztáv: A végtagok elő-eséséről a fej mellett. Kanitz Henrik: A leukoderma syphiliticumról. Porosz Mór: Megfigyelések az általános gyakorlatból.

Orvosok lapja, 1909. 10. szám. Hausner József: Az ulcus ventriculi rotundum, különös tekintettel az újabb kezelésmódokra.

Budapesti orvosi újság, 1909. 9. szám. Berkovits René: Megjegyzések az epilepsia kör- és gyógytanához. Olsavszky Viktor: Az emésztési szervek betegségeinek diagnostikája. „Sebészet” melléklet, 1. szám. Fischer Ernő: A csonttörések racionális gyógykezeléséről.

Vegyes hírek.

Kinevezés. Bradách Emil dr.-t és Szüirely Barnabás dr.-t a belügyminister a budapesti államrendőrséghez rendőrorvossá nevezte ki. — A székesfőváros főpolgármestere Fiala Richard dr.-t és Tóth Gedeon dr.-t alorvossá, Lisznai Imre dr.-t, Megele Ödön dr.-t, Kuhár Ágoston dr.-t, Löwinger József dr.-t, Sinkó Lipót dr.-t és Toldy Loránd dr.-t pedig segédorvossá nevezte ki. — Frank József dr.-t a székesfehérvári szit. György-kórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. Török Lajos dr.-t Kaposvárott kerületi orvossá nevezték ki.

Szemerey Bertalan dr. külföldi útjából hazatérve, gyakorlatát Lipik-fürdőn ismét megkezdte.

A budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urológiai szakosztálya tisztikarát az 1909. és 1910. évre következőképpen alakította meg: elnök: Havas Adolf; alelnök: Feleki Hugó és Török Lajos; titkár: Drucker Viktor; jegyző: Preisz Károly és Spitzer Gyula; pénztáros: Iványi Ernő.

A magyar orvosi könyvkiadó társulat márczius hó 31.-én d. u. 6 órakor tartja évi közgyűlését a budapesti kir. orvosegyesület helyiségében (VIII., Szentkirályi-u. 21). Tártyak: 1. Elnöki megnyitó. 2. Titkári jelentés a társulat működéséről. 3. A pénztárvizsgáló bizottság jelentése. 4. Az igazgató-tanács egy harmadának megválasztása. Kilépő tagok: budapestiek: Genersich Antal, Hegedüs János, Navratil Imre, Réczey Imre; vidékiek: Kenézy Gyula, Konrád Márk, Petz Lajos, Szabó Dénes. A kilépő tagok újra megválaszthatók. Az ülésen meg nem jelenő tagok szavazatukat a titkárságnak, (IX., Knezius-utca 15.) írásban is beküldhetik.

A „Syron” és „Coza-por” néven hirdett, iszákosság elleni titkos összetételű szereknek forgalomba hozatalát a belügyminister tiltotta.

A székesfővárosi szent Erzsébet-apáczaarend kórházában az 1908. évben 522 beteget ápoltak; egy-egy betegre 30 ápolási nap esett. A halálozás százaléka 12.4 volt; ez az aránylag nagy szám abban leri a magyarázatát, hogy a kórházban aránylag sok a marasmus senilisben levő és hogy az elmúlt évben sok tüdővésztes beteget vettek fel. Sebészeti műtétet 164-et, nőgyógyászatit 20-at végeztek; a műtét következtében egy beteget sem veszítettek. A járóbeteg-rendelést 524 beteg kereste fel. A kórház főorvosa Vladár Márton dr., osztályos rendelőorvosa pedig Diescher Ferenc dr.

A budapesti egyetem I. sz. nőbeteg-klinikáján február hóban 174 szülés folyt le (először szülő 74, többször szülő 100). A született magzatok száma 175 volt, még pedig élő 160, halott 10, macerált 5; érett 141, kora 25, éretlen 9; fiú 91, leány 80, kérdéses nemű 4; törvénytelen 75, törvénytelen 99. A gyermekágyasok közül meghalt 2 (pneumoniában). A nőbeteg-osztályon 68 beteget ápoltak, a kik közül 1 halt meg. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 122 esetben vették igénybe; a műtétek száma 94 volt.

A budapesti egyetem II. sz. nőbeteg-klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum februárban 89 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 70 volt.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület 1909 január havában 743 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 780 szállítást végzett, 125 esetben mint mozgóórség szerepelt és 20-szor vakláma és téves jelentés folytán vonult ki; a január havi működési főösszeg tehát 1668.

A budapesti poliklinika rendelésein február hóban 3968 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 11,861 volt.

A szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentő-osztálya január hóban 96 esetben teljesített szolgálatot, február hóban pedig 81 esetben.

Meghalt. D. I. Hamilton, a kórbonczolástan nyugalmazott tanára az aberdeeni egyetemen, február 19.-én 60 éves korában. — J. G. Metzger dr., a híres masseur, 70 éves korában Párisban. Eredetileg tornatanár volt, később azonban orvosi tanulmányokra adta magát és a leydeni egyetemen elnyerte az orvosi oklevelet. 1888-ig Amsterdamban működött, később pedig Wiesbadenben.

Kisebb hírek külföldről. K. v. Pirquet báró dr. bécsi magántanár Baltimoreba költözik át, hol a gyermekorvostan tanára s a felépítő-gyermekkorház igazgatója lesz. — Rendes tanárok lettek: M. A. Brown dr. Cincinnati-ban (belorvostan), A. W. Hewlett dr. Michiganban (belorvostan), rendkívüli tanár Ignatovsky dr. Odessában (belorvostan). — Birnbaum dr. göttingeni docens (gynaekologia) a tanári címet kapta. — Chauffard dr.-t a párisi egyetemen az orvostörténelem tanárává nevezték ki.

Londonban az orvosok száma 6420; e szerint 4,800,000-nek véve London lakosságát, 10,000 emberre 13.3 orvos jut (Berlinben 12.3, Bécsben 14.73, Budapsten 16.6).

Összenőtt ikrek szétválasztása 200 év előtt. Ismeretes, hogy milyen feltűnést keltett 1902-ben az, hogy Doyen műtéttel szétválasztotta a Dódika és Rádika néven ismert összenőtt ikreket. Pedig nem az első ilyenmű műtét volt ez; König 1865-ben, Boetum 1866-ban, Chapot-Prévost 1900-ban végzett már ilyen operatiót. De e műtételek valamennyiének, beleszámítva a Doyenét is, az volt a javalata, hogy az egyik iker meghalt, s a másiknak életben tartásáról volt szó. Kiderül most, hogy már a XVII. században végeztek ilyen sebészi beavatkozást, még pedig olyan eredménnyel, hogy mind a két iker életben maradt. Az orvos neve Fatius dr., a baseli egyetem tanára; 1689-ben végezte a szétválasztást, még pedig újszülött ikreken, pár nappal a születésük után. Az ikrek a kardnyújtványtól a köldökig voltak összenőve. Fatius dr. az akkori sebészi eljárás szerint erős selyem fonállal való körülhurkolás és lassú összeszorítás útján vitte véghez az elválasztást — az összeszorítás 10 napig tartott — s csak a porczogók átvágására használt kést. A műtétet, a melyen az akkor divó szokás szerint jelen voltak a város összes notabilitásai, jól sikerült, a két gyermek életben maradt; sebeik 10 nap alatt hegedtek be.

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

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

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

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

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

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

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

Dr. GÁRA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

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

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

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK fürdőkhöz.

„LÁPSÓ” száraz kivonat ládákban a 1 kiló

LÁPLÚG folyékony kivonat üvegekben a 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (VII. rendes tudományos ülés 1909 február 13.-án.) 213. l. — Közkórházi Orvostársulat. (I. bemutató ülés 1909 január 27.-én.) 215. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (1909 február 13.-án tartott II. szakülés.) 216. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VII. rendes tudományos ülés 1909 február 20.-án.)

Elnök: **Friedrich Vilmos.** Jegyző: **Entz Béla.**

(Vége.)

Szemteke- és szemhéjprothesis.

Fischer Mór: A 16 éves leány bal szemét és bal szemhéját lupus elhonesolta. A bulbus a tarsális kötőhártyával összenőtt. Enucleáltuk a szemet a tarsális kötőhártya lehető épségben tartásával. Prothesisre alkalmatlan üreg maradt vissza, a melyet vagy másfél hónapi kezeléssel lehetett olyképen formálni, hogy a normálist teljesen megközelítő műszem viselésére alkalmas üreg képződött. Öröndetes tény, hogy minden nálunk készült, míg azelőtt kénytelenek voltunk bevárni, míg az időnként nálunk megforduló külföldi műszemkészítők hozzánk ellátogattak.

A vér bakteriologiai vizsgálata lázas megbetegedések eseteiben

Királyfi Géza: Vizsgálatainak ezéja lázas megbetegedések esetén a vér bakteriologiai vizsgálatának értékét a klinikai aetiológiai diagnosis szempontjából kipróbálni. A vizsgálatok első részében a legkülönbözőbb eredetű lázas folyamatokat vizsgálta, részben olyanokat, melyekben bakterium-infectiót a klinikai kép alapján feltételezni nem volt lehetséges, részben olyanokat, a melyekben a lázas hőmérsékek magyarázatára a klinikai megfigyelés semmiféle magyarázatot sem tudott szolgáltatni. Ezen esetekben a bakteriologiai vérvizsgálatok is legnagyobb részben negatív eredménnyel jártak.

A vizsgálatok második részében a heveny fertőző megbetegedések 60 esetében megejtett vizsgálatai 54,3%-ban jártak pozitív eredménnyel.

*Typhus abdominalis*ban az esetek 81,2%-ában kapott pozitív eredményt, nagyobb részben a typhus abdominalis második hetében. Egy esetben a Widal-reactio jelentkezése előtt, egy esetben negatív Widal-reactio mellett sikerült a bakteriologiai vérvizsgálattal a diagnosist eldönteni. A Castellani és Kayser-Conradi szerint meg-ejtett parallel vizsgálatok azt mutatták, hogy a steril épét tartalmazó táptalaj a legalkalmasabb és legmegbízhatóbb a vér bakteriologiai vizsgálatára typhus abdominalis eseteiben.

Pneumoniában a vizsgált eseteknek csupán 25%-ában kapott pozitív eredményt. Utal a pneumoniában végzett és az irodalomban ismertett bakteriologiai vérvizsgálatoknak rendkívül divergáló és egymásnak sokszor homlokegyenest ellentmondó eredményeire, a melyek részben a bacteriaemia jelentkezésére, részben a bacteriaemia prognostikai jelentőségére vonatkoznak.

Endocarditis acuta, polyarthritis acuta és chorea eseteiben a pozitív vizsgálatok száma 60%-ot tett ki, a mely a bakteriologiai lelet szempontjából részben streptococcusra, részben staphylococcusra, részben pseudodiphtheriára vonatkozik. Ismerteti a megbetegedések aetiológiájára vonatkozólag a kérdés jelenlegi állását, bővebben térve ki a tuberculosis-bacillus és a diphtheria-bacillus szerepére az endocarditisek előidézésében, valamint a polyarthritis acutának újabban ismertett és egyes szerzők szerint experimentálisan beigazolt kórokozóiára.

A tonsillitis rövid érintése után az influenza eseteiben eszközölt vizsgálataira tér át, a melyek teljesen eredménytelenek maradtak, úgy mint más szerzők ilyen irányú vizsgálatainak legnagyobb része. Az irodalomból említ néhány pozitív influenza-bacillus véreletet, a melyek azonban nagyobbára gyermekeken támadt és halálosan végződő esetekre vonatkoznak. *Erysipelas* két esetében a vérvizsgálat negatív volt.

Különböző eredetű *septicaemiákban* 80%-ban kapott pozitív véreletet (részben strepto-, részben staphylococcus, részben Friedländer-bacillus). Az egyik streptococcuslelet kapcsán, a mely posi-

tív Widal mellett és klinice is teljesen a typhus abdominalis képe alatt lejáró kórfolyamatra vonatkozik, ismerteti a typhus mellett előforduló vegyes fertőzés irodalmát.

Azon hibaforrások megjelölése után, a melyek bakteriologiai vizsgálatok esetén könnyen téves diagnosisokra vezethetnek, utal röviden a bakteriologiai vérvizsgálatok szerepére a prognosis, a therapia és a diagnosis szempontjából.

Detre László: Kétségtelen, hogy, a mint az előadó is hangsúlyozta, a bacteriaemia nem olyan reitenetes. Minden esetben, mikor láz van, meg lehet találni a bakteriumot a vérben. Legszebb példája ennek a vena-thrombosis. A láz pár óra alatt felemelkedik és ekkor ki lehet mutatni a vérben a keringő bakteriumokat, és mikor a hő leszáll, azok sokkal kisebb számban vannak meg. A láznak majdnem kizárólagos oka a bakteriumok, illetve endotoxinok kiszabadulása. Kísérletileg ezt lepfenével fertőzött házinynulon ki lehet mutatni.

Egy 46 éves nőn négy év óta 2-3 havonként rázóhideg és 2-2½ napig tartó láz jelentkezett. Maláriának tartották, de a chinin nem használt. Nem tudták sem itt, sem Bécsben diagnosztizálni a baját. A szülő egyszer rázóhidegroham alatt vizsgálta. Másfél óráig vizsgálta a vért, végre colibacilluszerű képletet talált. Nem találta a colibacillus forrását, végre kizárás útján pyelitist állapítottak meg. Az ureter-katheterrel nyert vizeletben miriádjai voltak a colibacillusnak. Helmitolra meggyógyult.

A vér mikroszkopi vizsgálata sok esetben adott felvilágosítást, a mikor a tenyésztés eredménye negatív volt. Egyszer apró, Gram-negatív diplococcus mellett talált pálczikákat. Férfin 39°-os láz támadt minden egyéb tünet nélkül. A szülő influenzának tartotta. Bronchitis is keletkezett. Később kiderült, hogy parotitis van a családban.

Gyakran leukocyták belsejében lehet bakteriumokat találni.

A vérvizsgálatot vagy a betegágyánál végezzük, vagy hazaviszszük a vért. Helyben rögtön vizsgálva, néha bámulatos eredményt kapunk, míg otthon alig találunk egy-két bacillust, mert rögtön megkezdődik a vérnek baktericid hatása. A vérvizsgálat mint diagnostikai eszköz fontos; a tenyésztés mellett a mikroszkopi vizsgálat is fontos.

Picker Reszö: A polyarthritis bemeneti kapuja gyakran az angina. Másik ismert kapuja a fertőző betegségeknek a húgyszervek idült vagy acut elváltozása. Kryptogen septicaemiák azok, melyeknek kapuja kikerülte a figyelmet. Az anamnesisben gyakran találunk olyan megbetegedést, melynek lezajlása után idült catarrhális állapot marad vissza, és a mirigyszervekben retentio lévén, újabb fertőzésre van alkalom.

Mechanikai viszonyok miatt, pl. prostat hypertrophia mögött, kifejlődik a retentio és ha fertőződik, nehezen gyógyítható fertőző forrás lesz. A prostata és a ondóhólyag elváltozása is alkalmas a bakteriumretentióra.

A bakteriumok kibélelik a retentióra alkalmas helyeket és be kell következnie olyan időnek, mikor a váladék utat keresve magának a nyirokutakba jut, vagy a chronikus tályog a véráramba tör be.

Felhívja a figyelmet ezen titkosan lefolyó betegségek forrásaira: fül, húgyivarszervek, rosszúl ürülő adnexumok, epehólyag, appendix, melyek a rheumásnak látszó megbetegedések forrásait alkotják.

A klinikai bakteriologiai vizsgálat van hivatva kideríteni az összefüggést. A megfelelő kezelést követő gyógyulás igazolja a feltevés helyességét, mert a helybeli gócz kiürítésével a betegség elmúlik.

Terray Pál: 1887-ben észlelték a Korányi klinikán egy vándorló pneumoniát, melyből tüdőtályog fejlődött. A bakteriologiai vérvizsgálat staphylococcus pyogenes aureus tiszta kulturáját mutatta. Ez magyarázta a tüdőtályogot is, melyre nézve a Fränkel hypothesis volt elfogadva. Korányi az Eulenburg féle realencylopaediában épen e pyogen eredettel magyarázta a tüdőlob után támadt tüdőtályog keletkezését.

Krompecher Ödön: Annak illusztrálására, mennyire fontos a betegágyánál a bakteriologiai vérvizsgálat, felemlíti Székács osztályáról egy anthraxra gyanus, agonizáló beteg esetét, kiből nagy nyomásra is alig sikerült egy kis vért kapni. Másnap meghalt a beteg. Az élőből vett vérből óriási számú telep fejlődött, míg a hullából vett vérből alig valami. Fontos tehát az élőből venni a vizsgálati anyagot.

Házinynul aortájának billentyűit megsértették Hasenfelddel és a fül venájába virulens gümöbacillusokat oltottak be. Egy esetben kaptak endocarditist, melyről kiderült, hogy csakis a fibrinosus felrakódáson volt bakterium. Gümöket nem találtak, melyek alapján endocarditis tuberculosát lehetett volna felvenni. 12 napig nem mutatkozott láz, de ekkor hirtelen láz támadt, valószínűleg úgy, hogy a szervezetbe került gümöbacillusok rögtön phagocytáltak, eltűntek, azután a tüdőbe kerültek, itt kifejlődtek a tuberculumok, majd megint a vérkeringésbe kerültek a bacillusok és okozták a lázat. Hogy a pseudodiphtheria-bacillusok csak ugyan ártalmasak, a szülő szintén tapasztalta. Urethritis purulenta esetében találta meg őket.

Kérdés, hogy a mostani járvány valóban influenza-e. Valódi influenza-bacillust mostanában nem sikerült kimutatni.

Meisels Vilmos: 1884–1887-ben vizsgálta meg a typhus- és a gümöbacillusokat a vérben. A typhus- és miliaris gümőkör között a differenciát így meg lehetett állapítani.

Brezovszky Emil: Erysipales 32 esetében vizsgálták a lázas időszakban a vért. Négy esetben találtak *staphylococcus*-t, melyet véletlen fertőzésnek tartottak.

(VIII. rendes tudományos ülés 1909 február 27.-én).

Elnök: **Schaffer Károly.** Jegyző: **Rotter Henrik.**

Röntgenológiai bemutatások.

Alexander Béla: Az előadó újabb adatokat nyújt arra nézve, hogy a testek testekként rajzoltatnak az x-sugarak által, vagyis hogy a fényérzékeny rétegen plastikusan rajzolt képek vannak, melyek távlati viszonyokat is feltűntetnek.

Utalva az általa már előbbi alkalmakkor elmondottakra, az eredeti lemezek alapján bizonyítja a téves elnevezéseket: negatív vagy lemezkép, pozitív kép vagy másolata a lemeznek.

Az eredeti kép mindig a pozitív kép, az erről vett másolat mindig negatív (papírkép), vagy ha üvegmásolat, dianegatív.

Utal továbbá arra, hogy mennyire fontos és a kép megértését mindenestre elősegítő az a körülmény, hogy az x-sugaras képeket mindig az *üvegfelületről* nézzük, mely látszólag csekély dolog megkönnyíti a kép helyes olvasását. Az igen szép és kifogástalan plastikus ábrázolás példaként csavarszerűen meghajlított fémsodrony (spirális) képét mutatja be, bizonyítva egyszersmind a lemeztől készült tüzetes nagyított rajzokon, hogy mennyire meggyőző a plastikus kirajzolása a spirális alsó felületének, mennyire meggyőző a lemez által visszaadott kép, úgy hogy talán legezelszerűbb az „electrographia” elnevezést használni a „photographia” elnevezéssel szemben. Itt van helye azon körülmény hangsúlyozásának is, hogy mennyire fontos az x-sugarak behatása következtében létrejött képeknek nagyítóval való megnézése, mert szemünk nem tudja megkülönböztetni a kicsiny, de mindenestre bizonyító részleteket, a minden tekintetben megfelelő árnyékolást.

Ezek után áttér az előadó a „transparent plastikára”, t. i. az x-sugarak által rajzolt oly plastikára, mely könnyen átsugározható lágyrésztöveket vagy csontokat illet. Bizonyító példának gyermeki kezét mutat be.

A lemezképet megnézve, úgy látjuk a kezét, mintha áttetsző anyagból állana, mintha rajta keresztül látszanának a kevésbé áttetsző csontok, illetőleg azoknak alsó felületei és a csontokérgen keresztül hol gyöngéden, hol erősebben a belső szerkezet azon részének rajza, mely közelebb fekszik a fényérzékeny réteghez.

Példának bemutatja azonkívül a lágyrészekből frissen (műtét után) kifejtett törött humerus képét, a mely meggyőzően tünteti fel, hogy mennyire adja vissza a lemez a csontoknak alsó felületét minden legcsekélyebb bemélyedéssel és kiemelkedéssel.

Ezek után áttér a csontok által alkotott és a csontokban foglalt üregek helyes ábrázolásának demonstrálására, példának hozva föl a szemüreg és a homloköblök kirajzolását.

Figyelmeztet a homloköblök különféle kialakulásaira, a kis melléköblök (ampullák) képződésére, melyek kimutatása az élőben jelenleg nehéz; de utal arra is, hogy az élőben talált öböl-homályok megítélése óvatosságot kíván, mert tekintetbe kell venni, hogy az egyik homloköblől szűk lehet, illetőleg lapos, a másik tág, illetőleg mély (asymmetria), minek következtében a nem bántalmazott egyik sinus homályosabbnak tűnhetik fel.

Az üregek kirajzolása minden tekintetben plastikus, a szemüregben meglévő távlati viszonyok minden tekintetben megtalálhatók a lemezképen.

Az előadó még a különféle módon történt felvételekre utalva, végtére 21 éves nőbeteg mediastinális daganatának lemezképét mutatja be, a melyen szintén gyöngéden kifejezett plastikus rajzolást vesz észre a figyelmesen tekintő szem. Arra utalva végül, hogy mennyire téves azon általános fölfogás, hogy a lemeztől távolabb fekvő tárgyak általában nagyítva rajzoltatnak, példát hoz fel, hol a hólyagban lévő kő ugyanazon nagyságban rajzoltatik, a milyen a rétegezethez egyútt; tanulmányozni kell a közegeket is, melyen keresztül a képek rajzoltatnak, úgyszintén a cső és a testrészek viszonyait és a távolságokat.

Kelen Béla: Elismeri, hogy a bemutatott képek igen szépek, de nem győzték meg arról, hogy csakugyan plastikusak és hogy nem mű-

termékek. Nem akar polemikába bocsátkozni, csak azért szólal fel, nehogy azt higgyék, hogy hallgatása beleegyezését jelenti.

A nagyítást észszerűnek tartja, de csak fotografiás úton, mert így eselik az az esetleges kifogás, hogy nem hű. Az árnyékolás már complicatio.

Az előadó által javasolt electrographia elnevezést nem tartja észszerűnek, a Röntgen-képnek ugyanis az elektromossághoz semmi köze, mert a Röntgen-sugár már elektromosságtól megfosztott katódsugár.

Alexander Béla: Műfogásról szó sem lehet. Minden x-sugaras képnél szükséges, hogy harmonia legyen a cső, a lemez és a sok függelék között. Nem tisztán mechanikai munka a kép elkészítése, még kevésbé a kép olvasása. A nagyítást a szülő szívesebben végzi rajzolóval, mert a fotografálással nem kapni meg azt a képet, mely az eredeti lemezen van; a dianegatív is mást mutat. A kik látták, a rajzokat megfelelően találták.

Az „electrographia” elnevezést jogosnak tartja, mert villamosság idézi elő; hogy miképpen változik meg, azzal nem törődik.

Extraperitoneális császármetszés esete.

Dirner Gusztáv: 1908 október 24.-én vették fel özv. M. A.-né 21 éves IP.-t. Utolsó menses 1908 január 28. Testmagasság 133, a medence méretei: Sp. 23 1/2, Cr. 24 1/2, C. ext. 17, C. vera 8 1/2 (Bilicky), tehát általánosan szűk, lapos medence, rachitises alapon. Csúcsos has. Fájások kezdete október 31.-én este; november 1.-én reggel 7 órakor burokrepedés 1 ujjnyi méhszájnal. II. koponyatartás, balottáló fej. Burokrepedés után erőyes fájások, melyek a portiót csakhamar kezdik kifejtetni. Délben a bőven ujjnyi méhszájon át a bemenetre illeszkedő koponyán a nyilvarratot keresztben futva ki lehet tapintani, a csontok kemények. A hőmérsék 36.7°, az érverés 78. Délután 4 órakor a méhszáj szűken 2 ujjnyi, a koponya kis segmentuma a bemenetbe nyomul, de még kimozdítható. A hőmérsék 37°, a magzati szívhang jó, rhythmusos, 130. Délután 6 órakor a méhszáj bőven 2 ujjnyi, elülső ajka oedemás, a nyilvarrat keresztben fut, a symphysishez közeledik, úgy hogy hátulsó falcson-beállítás, a Litzmann-féle obliquitas rosszabbra fenyeget; a koponya nagyobb segmentuma ékelődött a bemenetre és fejdaganat képződik. A promontorium görbített ujjal még elérhető, a fájások igen erőyesek, 5 perccenként ismétlődnek, a szívhangok jók. Este 9 órakor a méh 3 ujjnyira tágult, az elülső ajk oedemája növekedett; a falcsonok alig tolnak egymás alá, a fej nem configurálódik, a fejdaganat növekedik. A hőmérsék 37.4°.

Esté 10 órakor a temperatura 37.8°-ra emelkedik, a szülés pedig nem halad, s a kedvezőtlen koponyatartás mellett nincs is kilátás rá, hogy további várakozással élő magzat jöjjön a világra, a mire pedig az anya nagy súlyt vet műtét árán is.

Erre való tekintettel szóba jöhetett a hebstotomia. Ettől el kellett tekintenem, mert a vajdó foglalkozására nézve légtornász, tehát medencegyűrűjének épségét kimélni kellett. A hebstotomia azonban nem nyújtott biztos kilátást élő magzatra sem és számolni kellett az IP.-n a lágy szülőútak nagy sérülésével is. Így csak a császármetszés maradt választásra. Ámde itt már aggályos esettel állottunk szemben, mert a hőmérsék 38° felé járt. Azért nem a klasszikus sectio caesareát választottam, hanem extraperitoneálisan igyekeztem az uterushoz férközni, a peritoneális ür megnyitása nélkül.

Ezt az utat Frank F. kölni bábatanár mutatta meg mintegy három éve és tavaly óta sokan kipróbálták már, különösen Sellheim, kivüle még Veit, Küstner, Pfannenstiel, Hofmeier, Bumm, Latzko, Döderlein és mások, úgy hogy ma közel 100 eset van együtt. Esetemben suprasymphysális metszéssel nyitottam meg a hasfalat és a peritoneum egy kisebb sérülése árán sikerült azt a hólyagról úgy felretolni, hogy a méh alsó segmentumának 10–12 cm. magas területét lemezteleníthettem. Itt most hosszában nyitottam meg a méhet és kibújtattam a fejet, utána pedig az egész magzatot. A magzat asphyxiás, de hamar felélesztettük; súlya 3400 gm., hossza 50 cm., fejének kerülete 36 cm. volt. A placéntát kézzel kellett leválasztani. A sebész helyéről a vérzés jelentéktelen volt. A sebet jódcattal varrtam össze, a hasat rétegekben zártam. Collodium-kötés. A műtét 1 óra hosszat tartott. A lefolyás lázas volt, de a peritoneum részéről nem volt baj és a méh is jól involválódott, csak a lochia volt bűzös. A láz oka a hassebben találta a 10. napon a magyarázatát, a mikor az a közepén szétvált és 1 kanálnyi bűzös geny ürült ki. Ettől fogva láztalan volt a letolyás. A méh ma teljesen mobilis, anteflexióban, hyperinvolutióban van. A kis fiú most 4 hónapos és 6 kilónál nehezebb.

Gyermekkori Basedow-kór.

Torday Ferencz: A Basedow-kór a gyermekkorban ritka kórkép. Gyakorisága a felnőttekéhez úgy aránylik, mint 1:50. Kivált a kisebb gyermekkorban alig láttak még néhány esetet, legtöbbet a pubertáshoz közel. Leányokban gyakoribb. Terheltségre jellegzetes adatok nincsenek, többféle ideges kórkép, továbbá golyva, s egy esetben myxoedema van följegyezve a gyermekek szüleiéről. A jellegzetes tünetek közül a tachycardia nem szokott oly nagyfokú lenni, mint felnőttekben. A szív megnagyobbodása az esetek egyharmadában van följegyezve. A szívlüktes rendesen nagyterjedelmű, többnyire jól látható, szapora, de ütemes; arhythmát kevés esetben észleltek. A szívlüktesen kívül a nyak véreinek látható lüktesése is hozzátartozik a kórképhez. A szívhangok rendesen tiszták, zörejeket csak nagy ritkán hallottak. A golyva állandó tünet, de a pajzsmirigy duzzadtsága rendesen kisebbfokú és lágyabb szokott lenni, az erek lüktesése többnyire látható rajta. Az exophthalmus nem oly kifejezett, mint felnőtteken, kissé kidülledt s fénylő, idegen tekintetű szemekre szorítkoznak a tünetek. Graefe-, Stellwag- és Moebius-tünetet egy-két esetben észleltek. Egyéb beidegzés-zavarok, vizelési, lélegzési nehézségek a gyermekkori Basedow-esetekben ritkák, míg a vasomotorius zavarok úgyszólván sohasem hiányoznak, nemkülönben hozzátartoznak a gyermekkori Basedow-kór képéhez a pszichés zavarok, melyek főképp nagyfokú ingerlékenységben és változó kedélyhangulatban nyilvánulnak. A kórkép rendesen gyorsabban fejlődik ki, mint felnőtteken és határozottan jobbindulatú. Magaslati légkúra, thyreoidea-készítmények, thyreoidectomia voltak a sikerrel járó therapiás beavatkozások. A bemutatott eset 13 éves, gyengén fejlett, kevésvérű, izgékony kedélyű leányra vonatkozik; tachycardia (160 érverés percenként), golyva, kisebb fokú exophthalmus, vasomotorius hűdés a tünetek.

Loránd Leó: A Basedow-kór a gyermekkorban ritka; összesen 60 esetet közöltek. Valószínűleg hyperthyreoidisatio van jelen. Kórképe a kifejezesebbé válik. Ugyanazon tünetek, mint a nagy félélemnél: kitágult szemrés, hiányzó pisantás, heves szívűködés, izzadás, kipirulás és elhalványodás, vitiligo-foltok. Két gyermekkori Basedow-kór esetet látott a poliklinikán, az egyik 3½ éves gyermekre vonatkozott, a másik 13 éves leányra.

Vermes Mór: A Moebius-féle hyperthyreoidisatio-elmélet nem fedi az összes tüneteket, mert az Addison-kórra emlékeztető bőrszín, a véretek tensiójának emelkedése arra utal, hogy a mellékvese anyagából sokkal több van a vérkeringésben, mint normális viszonyok között, tehát valószínű, hogy a mellékvese secretiója is fokozott.

Veleszületett kétoldali ulna- és fibula-defectus.

Torday Ferencz: A fejlődési rendellenességeknek számottevő részét a végtagok fejlődési rendellenességei teszik ki, melyek legnagyobbbrészt a szűk ammonburok vagy az ammonkötegek által a végtag-bimbók egyes szöveteleire gyakorolt nyomás következményei. Az ezen csoportba tartozó kórképek közül az ulna-hiány ritkább. A teljes, vagy csak a felső, illetve alsó részre szorítkozó defectust többnyire a külső ujjak és a hypothenar hiánya kíséri. A fibula veleszületett hiányát a közelmúltig többnyire veleszületett lábszártörés neve alatt tárgyalták. Jellegzetes az alsó végtag, főképp a lábszár sorvadása és rövidülése, e mellett a tibia középső harmadán az elvékonyodott bőr hegyszerűen odatapad. A külső ujjak és lábközépcsontok többnyire hiányzanak az Achilles-in megrövidülése folytán equinovagis-állásban levő lábbon. Ezen két fejlődési rendellenesség sokszor egyidejűleg szokott megjelenni, mint a bemutatott esetben is, mely egy még nem egészen 14 éves anyának rendesen kihordott terhességéből elég bő magzatvíz mellett született gyermekekre vonatkozik.

Közkórházi Orvostársulat.

(I. bemutató ülés 1909 január 27.-én.)

Elnök: **Weisz G.** Jegyző: **Körmöczy Emil.**
(Folytatás.)

Érdekes koponyalövés röntgenogrammja.

Huber Alfréd: M. J. 33 éves kocsist a feje baloldalán közvetlen közletről sörétes töltéssel megölték; azóta elvesztette bal szeme világát és bal szeme fáj. Kivántatott a sörétek helyének megállapítása.

A beteg koponyájáról két Röntgen-felvétel készült: egy dorso-ventralis és egy dextro-sinistralis irányban. Igen érdekes a koponyában levő sörétek nagy száma és az a körülmény, hogy a bulbus környékén levő és nehezen determinálható sörétek helyét sikerült az autopsiával pontosan ellenőrizni. Az enucleált bulbusban egy sörétet találtak.

Elmeszesedett pajzsmirigy Röntgen-képe.

Huber Alfréd: B. L. 66 éves napszámosnő a laboratóriumba azon kíváncsisággal utaltatott, hogy állapíttassék meg, vajjon van-e a tüdejében gümőkóros folyamat. Az ezen alkalommal végzett átvilágításkor feltűnt a pajzsmirigy helyén, inkább a jobb oldalon, egy ötkoronásnál nagyobb, igen intenzív árnyék. A betegről e lelet kapcsán felvétel is készült, mely igen tanulságosan demonstrálja a látottakat. Utólag a jelzett helyen egy ötkoronányi, éles határu, esontkemény beszűrődés volt tapintható, melyről a beteg csak annyit tud, hogy már mintegy 40 év óta észleli. Kellemetlenséget e daganat sohasem okozott. Mészlerakódások a pajzsmirigyben nem tartoznak a ritkaságok közé, ilyeneket Röntgen-vizsgálat alkalmával elég gyakran találunk, a bemutatott eset azonban, a melyet struma ossea-nak nevezhetnénk, mindenesetre a ritkábbak közé tartozik.

A gyakoriságra vonatkozólag tájékoztatásul felemlíthetem, hogy Sehr 28 struma közül 14-ben talált több-kevesebb mészlerakódást, valóságos esontdarabkákat 5 esetben látott, tehát az összes elmeszesedett strumának 35 százalékában.

A favus Röntgen-therapiájáról három eset bemutatásával.

Huber Alfréd: A Röntgen-therapia a favusnak valóban ideális gyógymódja. A kezelés egy délelőtti folyamán befejezhető, teljesen fájdalommentes, a gyógyulás majdnem 100% és a hajzából megmenthető mindaz, ami a Röntgen-kezelés előtt megvolt. A recidiva ritka, vannak már évekre terjedő recidivamentes eseteim. A bemutatandó 3 esetben a három testvér közül az egyik 1908 december elején, a második december közepén és a harmadik december végén röntgenkezelt. A röntgenkezelés mindenkor hét lámpaállásból történt. Az effluvium 10—14 nap múlva következett be. Minden helyet egyetlen egyszer exponáltak. Helyes technika mellett a beteg feje olyan kopasz lesz, mint a billiárdgolyó, a kezelés után 2—3 hónappal azonban megnő a hajzat. Igen fontos, hogy mindenkor az egész fejet kezeljük, és hogy az ekként gyógyított fejet megvédjük a reinfectio ellen, e végből óvórendszerbe lyokat tartalmazó blankettákat szerkesztettem.

Dystopia renis retrocoecalis.

Herczel Manó: W. Adél 24 éves leány 1908 január havában hányással, rázóhideggel, hasmenéssel, magas lázzal és bélgöresökkel betegedett meg hirtelen. Majdnem hat hétig feküdt, a hasmenést később erős székrekedés váltotta fel. Pár heti javulás után visszaesés lázzal és állandó csuklással. A nyáron hosszas fekvésre a fájdalmak enyhültek ugyan, de azért a has jobb felében állandóan megmaradtak.

Ezen türethetetlen állapot ellen keresett osztályunkon gyógyulást, a hol 1908 október hó végével az ileocecalis tájon körülbelül férfikölnyi, lapos, mozgathatlan, kissé egyenetlen felületű daganatot tapintottunk, a mely nyomásra rendkívül érzékeny. A daganat kissé előre feküdt, lehúzódott a promontorium felé és kifelé 2—3 ujjnyira maradt a spinától, nem volt mozgatható.

Körjelzés: retrocoecalis appendicitis lobos beszűrődéssel.

Chloroform-narcosis. Laparotomia. Megtört, hosszú feregnyulvány összenövésekkel, mely lelet a súlyos kórelőzményeket nem magyarázza. Ettől függetlenül a coecum alatt lapos, kissé dudoros, el nem mozdítható daganat foglal helyet, mely alsó csúcsával a linea innominatáig ér és a mely fölött a peritoneum pariet, kevésbé eltolható.

Appendectomy. A hirtelen támadt collapsus meggátolt a retroperitoneális daganat feltárásában, mely minden valószínűség szerint veleszületett dystopiás vese, mert a jobb lumbális tájon vesét nem tapintunk, baloldalt ellenben a vese a normális helyén fekszik. Láztalan lefolyás mellett a beteget a 10. napon gyógyultán boesátottuk el, azonban 6 hét múlva ismét jelentkezett. Állandóan szűrő jellegű, a czombba kisugárzó fájdalmakat érez különösen a jobb ágyéktájon; mérsékelt lázak, melyeket borzongás előz meg.

Az ureterkatheterismus alkalmával kiderült, hogy mindkét vese megvan, sőt a jobb oldali határozottan jobban működik, mint a bal. A jobb vese és a jobb ureter helyzetének és lefutásának meghatározására ólom-mandrinok kathetert vezetünk fel. A Röntgen-felvétel alkalmával kitűnik, hogy a katheter nem hatol fel a vesemedenczébe, hanem egyik csigolyán fennakad. Az ureter rendelkezésén a gerincoszlop mellett fut. 10 cm³ collargol befecskendezése a jobb ureterbe eredménytelen, a Röntgen-kép homályos.

Mivel így a jobb vese fekvéséről teljes bizonyosságot nem szerezhettünk és a beteg panaszai állandóak, 1908 november 30.-án *relaparotomia aether-narcosisban*.

A mesocoeum külső lapján végzett 8 cm.-es bemetszésre az erősen lebonyozott, kemény jobb vese tűnik elő, a melynek elülső falán középpont foglalt helyet a kis medence, innen kiindulólág az ureter felfelé fut, azután egy félívní lekanyarodással fordul előre és lefelé. Közvetlen szomszédságában, tőle ki- és lefelé a vena renalis újjnyi vastag hatalmas ágazatai. A vese, különösen hátulsó lapján, kötőszövetesen összetapadt a környezettel (*paranephritis*) és nyilván ezért gyakorol erős nyomást a mögötte fekvő részekre. Lehető tompa felszabeditás és mobilizálás után a mesocoeum nyílását és a hasfalat zárjuk. A vese benmaradt, mert a funetiós vizsgálatkor a dystopiás vese még jobban működött, mint a helyén fekvő.

Nem ritka, hogy a veleszületten helyzetüket változtatott vesék diagnostikai tévedésekre adnak alkalmat, de hasonló esetet följegyezve nem találtam. A kórlefolyás és a palpációs viszonyok vezettek félre, de még a helyes gyanunk is csak az újabb feltáráskor nyerhetett beigazolást.

Az irodalomban Kümmell csak 7 esetet talált, a melyben ectopiás vese miatt operatív beavatkozás történt.

Recidiváló papilloma vesicae harmadszori műtete.

Herczel Manó: T. István 53 éves földmives 13 éve szenved vizeleti zavarokban, 9 éve vérrelésben. 7 év előtt Herczel megoperálta, körülbelül másfél maréknyi papillomát távolítva el a hólyagból. A tágtult hólyagfal tele volt hintve rövid és széles kocsányú, egész kis tojás mekkoraságú daganatokkal, melyeket egyrészt ékalakú kimetszéssel és körülöltéssel, másrészt thermocauterrel távolított el. Egy évi szünet után a vizeleti nehézség, a vérrelés újból jelentkezett, mire 5 év előtt másodikban végzett magas hólyagmetszést. Ez alkalommal lényegesen kevesebb, mikroskopi vizsgálattal jóindulatúnak bizonyult papillomát távolított el; utána 4 évig jól érezte magát. 1 éve ismét beteg, 3 hét óta csak katheterrel tud vizelni. Felvételtkor a jól fejlett, halavány férfibetegnek vizelete zavaros, húslészerű, benne kisebb-nagyobb véres csafatok, fajsúlya 1026. Erős tenesmusai vannak. A cystoskop a hólyagnyakon sötét tömeg között halad, a hólyagürben jobboldalt bolyhos, nagyobb daganatrészletek láthatók.

Műtét: 1908 december 2.-án *sectio alta*. Az orificium internum körül 2 széles alapon ülő, a trigonum jobb oldalán 1 vastag kocsányos, diónyi, bolyhos polypust, a hólyag fundusából 2 kisebb polypust távolított el. (Kimetszés, catgut-aláöltés.) Szívó-drainage, zavartalan gyógyulás.

Feltűnő, hogy a mikroskoppal jóindulatúknak minősített papillomák milyen gyakran recidiválnak, másrészt bizonyos, hogy a recidiva-műtétek alkalmával az újonnan képződött daganatok elég gyakran más elhelyeződésűek, mint az előző műtétekkor találtak. Többször látta, hogy évek múlva az előző műtét helyével ellenkező oldalon képződtek bolyhos papillomák. Tehát nem recidiváról, hanem új daganatképződésről lehet szó. Mindkét recidiva-műtét alkalmával mind kevesebb újképletet találtak; ez és a mikroskopi lelet — sokréteggű, eléggé szabályos hámmal borított, érdus papilloma — a folyamat relativ jóindulatúsága mellett szól.

(Folyt. következik.)

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1909 február 13.-án tartott II. szakülés.)

Elnök: Purjesz Zsigmond. Jegyző: Konrádi Dániel.

1. Hevesi Imre: A Borchardt-féle fraise bemutatása, Jackson-epilepsia miatt treponált eset kapcsán. A bemutatott

28 éves napszámos családjában ideg- és elmebaj nem fordult elő; ma is élő apja iszákos. Egy évvel ezelőtt bottal úgy főbeütötték, hogy koponyája jobb oldalt behorpadt. Eszméletlenül esett össze, de nemsokára magához tért. Azután négy hónapra történt először, hogy előzetes fejfájás után bal keze ujjai, bal szeme környéke és bal szájjuga göresösen rángatózni kezdtek, mire csakhamar eszméletét veszve összeesett. Ilyen rohamai azóta gyakran, sokszor 2—3 naponként ismétlődtek. Környezete szerint a göresök bal alsó végtagjára is áterjedtek, a jobb testfelére nem; pár perczig, néha negyedórát is tartottak. Erősebb roham alkalmával eszméletét szokta veszteni s ilyenkor a történetekről semmit sem tudott. A szemfenéken, a légzési, vérkeringési, emésztési és kiválasztó szervekben eltérést nem találtak.

A pulzus 102, kicsi, minden 14.—15. kimarad. A koponyaboltozat jobb felén ép bőrrel fedett, hosszúság, elül 2 cm., hátul 4 1/2 cm. széles, 9 1/2 cm. hosszú, sajkszerűen bemélyedt horpadás. Baloldali hypoglossus- és facialis-paresis. *Traumás eredésű Jackson-féle epilepsia* esete állott tehát fenn. Hogy a beteg az agykéregnek göresre hajló állapota a szenvedett traumához csatlakozott, az kétségtelen, jöllehet bizonyos praedispositionnak esetleges jelenlétét sem lehet biztosan kizárni. Trepanatiót, illetve craniotomiát határoztak el, melyet 1909 január 20.-án hajtottak végre. A csont fúrása és átvágása a Borchardt-féle instrumentariummal történt, egyes vitrea-hidakat vésővel vágta át; a csontot a duráról két elevatoriummal feszítették le. Az agyhártya nem sérült meg. A durán valami feltűnő elváltozást nem találtak. Feltűnőleg gyenge volt az agy lüktetése. A próbapunctio két helyen negatív.

A kivágott csontlemezt 3 darabra törve, tiszta vízben kifőzve, visszahelyezték s rajta a lágyrészeket összevarrták. Ez által az agyvelőnek a kitágulásra teret akartak engedni. A sebvonalba 3 vékony draint helyeztek. Fedőkötés. A műtét után lassu javulás, január 26.-án a facialis-paresis már nem vehető ki. Február 12.-én a reimplantált csontdarabok már oly szorosan állanak, hogy nyomásra alig engednek.

Ezután ismerteti a koponyaürege mesterséges megnyitásának történeti fejlődését, bemutatja a Borchardt-féle eszközt és demonstrálja a koponyán való használatát.

Reinbold Béla: A szarvasmarha-vér fibrinjének hydrolysis elemzése. A szarvasmarha vérből előállított, vízzel, alkohollal és aetherrel többször kivont fibrin sósavval teljesen hydrolyzálta és a hydrolyzát keveréket lényegileg Fischer Emil eszter-módszere szerint elemezte.

A megvizsgált anyag 100 gm.-jában, mely összesen 14.45 gm. nitrogént tartalmazott, 1.79 gm. ammoniakot, 0.564 gm. glykokollt, 1.18 gm. alanint, 5.48 gm. valint, 1.98 gm. leucint, 2.27 gm. α-prolint, 3.41 gm. tyrosint, 3.60 gm. phenylalamint, 9.74 gm. glutaminsavat, 0.39 gm. asparaginsavat talált és a serin jelenlétét valószínűséggel kimutatta. Az aminosavszterek lepárolása után kapott maradék oldásából 217 gm phosphorwolframsavas csapadékot nyert, mely összesen 3.39 gm. nitrogént tartalmazott. Ez a N-mennyiség önkényesen argininre vonatkoztatva 13.52 gm. argininnek felel meg. A maradék ezenfelül még 1.08 gm. nitrogént tartalmazott. A termékekben megtalált nitrogen összes mennyisége 8.89 gm.

PÁLYÁZATOK.

Gazdag dunántúli német vidéken jól jövedelmező uradalmi és magán-orvosi állás van üresedésben. Bővebbet Takáts István gyógyszerésznel Czikótán, Budapest mellett.

Diplomás orvos vagy egy évi kórházi gyakorlatra még kötelezett orvosgyakornok helyettes másodorvosi minőségben azonnal alkalmazást talál a nagyszabedényi m. kir. állami elmegyógyintézetben. Javadalmazás 133 korona havi fizetés, továbbá lakás, fűtés, világítás és I. osztályú ételmezés. Ajánlatok alulírtakhoz intézendők.

Nagyszabedény, 1909. évi márczius hó 10.-én.

Epstein László dr., igazgató.

25/1909. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban egy másodorvosi állás megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú belügyminister úrnak 1909. évi február hó 17.-én kelt 21.831/VII. el. számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom azon magyarhoni illetőségű orvos urakat, kik ezen 1600 korona fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. ételmezéssel javadalmazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Heim Pál és John M. Károly: Közlés az Irgalmas-kórház gyermekosztályáról. Adatok a human és bovin tuberculosisbacillus specificitásához. 217. lap.

Balás Dezső: Közlés a szt. István-kórház III. sebészeti osztályáról. (Főorvos: Janny Gyula dr., egyetemi rk. tanár.) Casuistikus esetek. 218. lap.

Arany S. Zsigmond: A diabetes kezelése. 220. lap.

Magyarország egészségügye. 222. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. A. v. Strümpell: Nervosität und Erziehung. — Gustav Preiswerk: Lehrbuch und Atlas der Zahnkrankheiten mit Einschluss der Mundkrankheiten. — Lapszemle. Belorvosan. Beno Cicaterri: Hámlás a typhusban. — Brelet: Az appendicitis-szel összetéveszthető betegségek. — Sohlern:

A duodenum-fekély diagnosisa. — Cohn: A cerebrospinalis meningitis következményei. — Idegkórtan. Weber: Az iszákosság gyógyítása. — Sebészet. Seidel: A sepsises megbetegedéseknek collargol-klysmákkal való gyógykezelése. — E. Rehn: A laphámrákok kezelése. — L. Dreyer és K. Spornan: A túlnyomású és alacsony nyomású (Ueber- und Unterdruck) eljárás viszonya. — Gyermekorvos-tan. Guinon és Simon: Thymus-hypertrophia folytán hirtelen beállott halál esete. — Fizikai gyógyításmódok. Baelz: Forró fürdők. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Gewin: Szer a serumbetegség ellen. — Schmidt Chr.: Szer nátha ellen. — Röhrer: Szer tabeszes krízis ellen. 224—227. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 228. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 228. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 229—233. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés az Irgalmas-kórház gyermekosztályáról.

Adatok a human és bovin tuberculosisbacillus specificitásához.

Irta: Heim Pál dr., egyetemi magántanár és John M. Károly dr.

A mióta Koch, a dualistikus felfogás híve, a londoni congressuson 1901-ben úgy nyilatkozott, hogy az emberi és állati tuberculosis bacillusa mint két különálló fajhoz tartozó mikroorganizmus egymástól teljesen különválasztandó — a mire egyébként már Smith is figyelmeztetett mint első 1898-ban —, ezen fontos elvi kérdés eldöntése az iránta érdeklődők körében élénk visszhangra talált és számos experimentális dolgozathoz szolgáltatott anyagot.

A fáradtságos és komoly munka egyik legértékesebb gyümölcse azon felfogásbeli közösség, mely az emberi és állati tuberculosis-bacillus közötti különbségre vonatkozik, mely különbséget ez idő szerint nemcsak alaknak, hanem biológiai, vagyis a virulenciára és infectióképességre terjedőnek is elismerünk.

Elismerjük továbbá, hogy a bovin bacillus az emberre nézve egyáltalában nem indifferens és ártalmatlan, hanem az emberen jelentkező tuberculosis esetek kizárólagos okozója is lehet. Ezen, Behring iskolája által különösen védett álláspontra helyezkedik Koch Róbert is, ki a washingtoni tuberculosiscongressuson kijelenti, hogy a bovin bacillus emberben is találhat alkalmas talajra, hogy azonban súlyos megbetegedés ilyen alapon igen ritkán támad, és hogy a folyamat, mely főleg a nyaki és intestinális mirigyekben játszódik le, az esetek többségében megtartja lokális jellegét.

Koch azonban még most is hangoztatja, hogy a kétféle bacillus, ha nem is foglalható két különböző species keretébe, de azért mégis állandó megkülönböztető jelek választják el egymástól.

A nagyobb csoportba tartozók, vagyis az unitárius theoria követői a kétféle „bacillusvarietást” megfelelő állatpassage útján egymásba átvihetőnek vélik és ezen szerintük kísérletileg megerősö-

dott valóság alkotja felfogásuk alapvonalát. Kossel, Weber és Cornet a két fajt állatbaoltással közelebb hozta ugyan egymáshoz, de az egyik féleségnek a másikká való átalakulását sohasem észlelte.

A megkülönböztetésre irányuló első klinikai eljárás Spengler-től származik, ki a kétféle typus cserehatását supponálva bebizonyítani vélte, hogy a gümőkórban szenvedők a human és bovin tuberculo-toxinallal szemben electiv érzékenységgel bírnak.

Ha ugyanis az emberi és állati tuberculosis-bacillus szűrletéből emelkedő dosisban fecskendünk egyenlő és kicsiny mennyiségeket tuberculosis egyénbe, olyan határhoz érünk, a hol az egyik, esetleg mindkét injectio helyén lobos helyi reactio jelentkezik. Ezen reactio az esetek többségében a human szűrlettel történt injectio helyén jelentkezik, annak ellenére, hogy a bovin szűrletből ugyanannyit és ugyanolyan módon alkalmaztunk. Ezen jelenség első sorban is a filtratumok tartalmi különbségére utal és azon feltevéssel volna megoldható, hogy a human filtratum a ható agensből többet tartalmaz. Ezen feltevés élet veszít azonban azon esetek, melyekben csakis a bovin anyag (filtratum) okoz reactiót (Detre). Ezen körülmény a szűrletek specifikus qualitativ tulajdonságai mellett szól.

A Detre által modifikált Pirquet-féle bőrreactio az eddigi megkülönböztető methodikának tetemes kiépítését jelenti.

Detre ugyanis azt tapasztalta, hogy a human és bovin tuberculosisbacillusok szűrleteinek egyidejű bőrbeoltása után a reactio különbözőképen sikerül. Hol mindkét helyen jelentkezik lobos infiltratio vagy papula, hol pedig csak a human vagy bovin oltás területén jelentkezik reactió pir.

Ilyen módon állapít meg Detre human, bovin és kevert typust, melyben egyúttal aetiologias indikátort is lát.

Ugyanazon szerző a tuberculin és a szűrletek között vegyi különbséget is mutatott ki és arra a meggyőződésre jutott, hogy a filtratumok még más erőteljes thermolabilis mérgeanyagokat is tartalmaznak, hogy azok között specifikus qualitativ különbségek állanak fenn és végül, hogy a szervezet azon mérgekre felel legérősebben, melynek termelője az infectiót létrehozta.

Kórházi anyagunkon nagyszámú ilyen vizsgálatot végezve, az előbb említett típusokat megtaláltuk és teljes mértékben csatlakozunk *Detre* eszmemenetéhez.

Újabban azonban még olyan dolgokat is észleltünk, melyek kiválóan alkalmasak arra, hogy a *Detre*-féle aetiológias reactio combinatióit megerősítsék és azt mutatják, hogy a reactió típus létrejötte a szervezet specifikus electiv válaszához tekintendő.

Mi a tuberculosus gyermekeket higitott filtratumokkal kezeltük (ATO, PTO — *Spengler*). E célra olyan gyermekeket választottunk ki, kiken a kezdeti tuberculosus klinikai tünetei állottak fenn, lázlanok voltak, szóval a javulás feltételeivel rendelkeztek. A kezelésre használt szűrlet minőségét a reactió típus szerint állapítottuk meg. Typus humanus esetében PTO-t, typus bovin esetében ATO-t, typus mixtus esetében PTO-t használtunk. Egy ilyen cyculus befejezte után, majd pedig egy hónappal későbbben összehasonlítás képen újból megismételtük a cutanreactiót.

A következőket láttuk: a kezelés befejezte után rögtön létesített bőrbeoltás ugyanazon typust mutatta, de sokkal élénkebb reactiót adott, mint annakelőtte. Egy hó után megismételve, a gyermek, a mennyiben azelőtt human typust mutatott és PTO-val volt kezelve, most bovin typus szerint reagált; ha a kezelés előtt a bovin papula volt nagyobb, a kezelés pedig ATO-val történt, a human papula praevaleált; ha pedig typus mixtust láttunk kezdetben, akkor az a kezelés után is megmaradt, de mindkét papula intenzív megnagyobbodásával járt. De bizonyítson néhány adat:

A. K. 7 éves.

Cutanreactio, ATO-val kezelve.

Kezelés előtt:		Kezelés után 7½ héttel:	
Koch-tuberculin	8 mm. ¹	Koch-tuberculin	14 mm.
Human filtrat	3 "	Human filtrat	12 "
Bovin filtrat	6 "	Bovin filtrat	9 "

1907 október 16.-án.

1908 november 14.-én.

F. H. 13 éves.

Cutan-reactio, PTO-val kezelve.

Kezelés előtt:		Kezelés után 3 hóval:	
Koch-tuberculin	16 mm.	Koch-tuberculin	18 mm.
Human filtrat	4 "	Human filtrat	18 "
Bovin filtrat	3 "	Bovin filtrat	23 "

1908 május 3.-án.

1908. október 18.-án.

N. H. 10 hónapos.

Cutan-reactio, ATO-val kezelve.

Kezelés előtt:		Kezelés után 2 hóval:	
Koch-tuberculin	7 mm.	Koch-tuberculin	11 mm.
Human filtrat	2 "	Human filtrat	10 "
Bovin filtrat	9 "	Bovin filtrat	10 "

1908 május 3.-án.

1908 október 28.-án.

M. K. 10 éves.

Cutan-reactio, PTO-val, később ATO-val kezelve.

Kezelés előtt:		Kezelés után 1 hóval:	
Koch-tuberculin	5 mm.	Koch-tuberculin	15 mm.
Human filtrat	—	Human filtrat	11 "
Bovin filtrat	5 "	Bovin filtrat	15 "

1908 január 31.-én.

1908 október 22.-én.

M. B. 5 éves.

Cutan-reactio, PTO-val kezelve.

Kezelés előtt:		Kezelés után 3 hóval:	
Koch-tuberculin	8 mm.	Koch-tuberculin	10 mm.
Human filtrat	1 "	Human filtrat	3 "
Bovin filtrat	2 "	Bovin filtrat	7 "

1908 február 10.-én.

1908 október 6.-án.

¹ A papulák átmérője milliméterekben.

B. Margit 8½ éves.

Cutan-reactio, PTO-val kezelve.

Kezelés előtt:		Kezelés után 2 hóval:	
Koch-tuberculin	10 mm.	Koch-tuberculin	12 mm.
Human filtrat	6 "	Human filtrat	9 "
Bovin filtrat	2 "	Bovin filtrat	16 "

1908 április 6.-án.

1908 szeptember 2.-án.

Számos hasonló, egybevágó klinikai észlelet mérlegelése érlelte meg bennünk azon hitet, hogy több hónapon át folytatott injectiók kúra alatt a szervezet allergiás immunitása, annak tuberculin-túlérzékenysége fokozódik, továbbá, hogy annakelőtte kisebb vagy nem létezett reactiók papulák megnagyobbodása illetve keletkezése — az alkalmazott filtratumnak megfelelőleg — a szervezetnek a tuberculo-toxinokkal szemben való electiv specifikus viselkedése indikátora gyanánt tekinthető.

Csoportreactio felvételével magyarázhatjuk meg a másik papulának a kezelés utáni, habár kisebb mértékben való megnagyobbodását.

Közlés a szt. István-kórház III. sebészeti osztályáról.
(Főorvos: Janny Gyula dr., egyetemi rk. tanár.)

Casuistikus esetek.

Irta: **Balás Dezső** dr., műtőorvos.

Közlésem tárgyát tevő eseteim kétségen kívül nem tartoznak az exquisit unicum számba menő esetek közé, de azt hiszem, hogy mint ritkábban előforduló esetek érdemesek annyiban a figyelemre, a mennyiben egy porszemét alkothatják amaz adathalmaznak, a melyre támaszkodva, reális alapon irányadó, esetleg sarkalatos consequentiák vonhatók le. Ez adathalmaz létesítése pedig első sorban kötelessége a sebésznek, ki előzetes diagnosisának értékéről műtét közben in vivo et in situ meggyőződést is szerezhet, s a kettő szembeállítás után méltán gyakorolhat kritikát.

1. Lipoma palato-buccale esete.¹

A lipoma palato-buccale, tekintettel a daganat szövettani jellegére és elhelyeződésére, méltán sorozható a ritkán előforduló esetek közé. Ezt igazolja *Knoche* és *Krausnick* statisztikai kimutatása, mely szerint az irodalomban közölt 39 szájüri lipoma-eset közül a lipoma csak egy esetben indult ki a légyszájpadból.

V. Julia, 48 éves eseléd, 1907. év november 24.-én tétetett át műtét céljából Hirschler tanár osztályáról Janny tanár sebész osztályára. A beteg a szájában levő daganatának keletkezésére csak homályosan emlékszik. Tudja, hogy daganata gyermekkorában már megvolt, ez 16 éves korában körülbelül datolyanagyságú és alakú volt, s már ekkor beszédzavart, selypítést okozott; egyéb légvételi, táplálkozási, nyelési nehézséget, fájdalmat azonban nem vont maga után. Daganata ez időtől is egyenletesen növekedett, melylyel kapcsolatban beszélni, táplálkozási nehézségei is fokozódtak elannyira, hogy állapota körülbelül 3 hó óta már tűrhetlenné vált.

A 48 éves, mérsékelten táplált női beteg csukott szájjal orrán át csak rövid ideig tud léleketet venni és tátott szájjal, erősen horkolva alszik. Beszéde alig érthető és erősen dunnyogó. Táplálkozása hiányos, mert szilárd eledelt apróra rágha és csak kis falatokban tud nagyobb erőlködéssel lenyelni.

A száj feltáráskor kitűnik, hogy a szájür két harmadát gyermekökölnyi daganat tölti ki, melynek rövid vaskos kocsánya a légyszájpad bal feléből, az utolsó zápfog mögötti gingivából és a határos pofafélből indul ki oly módon, hogy a daganat voltaképpen a gingiva és pofa nyálkahártyáját inkább csak magára húzza és valójában csak a légyszájpadból veszi eredetét.

A daganatot halvány rózsaszínű nyálkahártya fedi, melyen hosszant futó tárgult véresek láthatók. A daganat karélyozott, helyenként tömöttebb, helyenként puha, csaknem hullámzást mutató és absolute nem fájdalmas.

¹ A beteget a közközházi orvostársulat 1907. évi XIV. szakülésén mutattam be.

Nyitott szájjal való légvételnélkor a daganat elfedi a garatot és közte és a jobb oldali arcusok között csak keskeny rés marad vissza; tehát a daganat légzési és nyelési akadályt okoz és ez a légzési és táplálkozási zavart kellőképpen megmagyarázza. Továbbá meggátolja a hangképzést, ez által a beszéd érthetlenné válik és a légyszájpad feltolásával s így az orrüreg elzárásával a beszédet dunnyogóvá is teszi.

Tekintettel a daganat lassú, egyenletes növekedésére, s említett morfológiai tulajdonságaira, lipomára állítottuk a diagnózist. A beteg a műtétet 1907. év december 10.-én végeztem lokális anaesthesiában. A daganat kihámozása a nyálkahártya körülmetszése után elég könnyen és nagyjából tömpán sikerült. A vérzés pontos csillapítása után a nyálkahártyát a seb felett egyesítettem.

A gyógyulás zavartalanul, per primam intentionem folyt le és a beteg légzése és nyelése is teljesen szabaddá lett.

A kiirtott daganatot górcsőleg Entz tanársegéd vizsgálta meg, a szövettani vizsgálat eredménye következő:

„A vizsgálatra küldött körülbelül almanagyságú daganat egy nagyobb és 4—5 kisebb lebenyből áll, melyek széles darabon függenek egymással össze. A daganat felületét itt-ott elszakadt kötőszöveti hártva vonja be; a meglehetősen tömött, ruganyos daganat, mint az átmetszéskor kiderül, kívül $1\frac{1}{2}$ —1 cm.-nyi rétegben szürkés-sárga, áttűnő, a közepén erősen sárga, tömöttebb szövetből áll, melynek központjában cseresznyemagnagyságú, tömött, szívós, fehér szövetből álló csomó van, a melytől szívós, fehér kötegek húzódnak sugárirányban a többi daganatszövetbe.

A daganatból készült górcső metszetek felületét egy darabon sokrétegű laphám borítja, melynek egyes rétegei szabályos sorrendben következnek, jól felismerhetők, a hám alatt vékony rostos kötőszöveti réteg van, melyből hol vékonyabb, hol vastagabb rostos kötőszöveti sörvények hatolnak a daganat állományába. A daganat fő tömege igen nagy sokszögű sejtekből áll, melyeknek magja a sejtek szélén levő vékony plasmagolyókban helyezkedett el, a sejtek maguk azonban üresek, mert a bennük levő zsír a kezelés alatt kioldódott. A daganat központjában levő szívós fehér részletek durva rostos kötőszövetből állnak, itt-ott egy-egy apró gömbsejtekből álló kis nyirokütüszőcskét is találunk a daganatban.

Kórisme: Lipoma.“

2. Subscapuláris bordasarkoma 76 éves férfiban.¹

Esetemet a bordasarkoma ritkább előfordulási helye és ama körülmény teszi közlésre érdemesé, hogy a primaer bordasarkoma 76 éves egyénben fordult elő. A mint az egyre szaporodó casuistikus közlemények mindinkább megdöntik azt a régi téves hitet, hogy carcinoma csak idősebb embereken fordul elő, úgy ez az eset eléggé alkalmas annak bizonyítására, hogy viszont a sarkoma nem csupán a fiatal kor betegsége.

K. Mihály 76 éves földmives 1907 október 7.-én vététt fel Janny tanár osztályára. A beteg előadja, hogy három hó előtt egész életében egészségesnek érezte magát, midőn hirtelen, ismeretlen okból, bal lapoczkája táján mélyebb légvételnélkor és spontán is jelentkező nyiláló fájdalmak jelentkeztek, melyek azóta állandósultak és fokozódtak.

Az eléggé erőteljes, jó táplált beteg mellkasi és hasi szervei, leszámítva az arteriosclerosist, normálisak.

Bal lapoczkája erősen elődomborodó, a lapoczká szárny-szerűen elálló, míg a jobb oldali normális elhelyeződésű. A bal lapoczká alá benyúlva, homályosan egy körülbelül férfikölnyi nagyságú, legömbölyített, porczkemény, immobilis daganat tapintható, mely felett a lapoczká mozgatható. A beteg mély légvételnélkor, nagyobb nyomásra kisebb fokú fájdalomról panaszkodik.

A diagnózist ritkább elhelyeződésű bordasarkomára tettük.

Tekintettel a beteg erőteljes voltára, a műtétet 1907 október 15.-én chloroform-narcosisban oly módon végeztem, hogy a bal lapoczkát egész terjedelmének megfelelő, félkörös, bőrizomlebenyes metszéssel egészen szabaddá tettem, majd a latissimus dorsi hasá-nak átmetszése után a scapulát a gerincoszlop felé luxáltam. Ekkor előttem állt a daganat, mely körülbelül két férfikölnyi szélességben három bordát foglalt magában. A három bordának az

épben való resectiója után sikerült a daganatnak férfikölnyi mell-üri részét az ép pleuráról, ennek beszakadása nélkül tömpán letolnom.

A daganat helyére drainsövet téve, a scapulát reponáltam, a latissimus dorsi selyemvarratokkal pontosan egyesítettem, s a sebet teljesen zártam. A draint a 4. napon távolítottam el; a gyógyulás per primam folyt le.

A beteg a műtét utáni 11. napon (október 26.-án) jól functionáló bal karral gyógyultán távozott.

Az Entz tanársegéd által végzett kórszövettani vizsgálat eredménye következő:

„A kiirtott daganatot hosszában keresztülmetszettük, s a bordákról való óvatos leválasztás után egy szeletéből górcső metszeteket készítettünk, a melyeken kitűnik, hogy a daganat gerendázata finomabb vagy durvább szálú rostos kötőszövet, mely közepes sejttartalmú, s helyenként kisebb-nagyobb otromba, vaskos, rendetlen, kirágott szélű mészszerűeket tartalmaz, a melyeket nagyon áttűnő kötőszöveti rostok környeznek (osteoid gerendák), de való-ságos csontot Havers-féle lemez-rendszerekkel s csonttestecskéket nem találunk. E kötőszöveti reczázatban kisebb-nagyobb sejtfész-keket kapunk, a melyek hol tömörek, hol üregesek, úgy hogy első pillanatra a daganat hengersejtes mirigyhámra benyomá-sát teszi, de pontosabb vizsgálatkor kiderül, hogy különösen a tömör sejtmensek rendetlen sokszögletű, nagymagvú s plasma-szegény sejtekből állanak. A sejtek különböző nagyok, hol orsó-alakúak, hol rendetlen sokszögletűek, hol inkább gömbölyűek vagy hengeresek. A menetek belseje néhol finoman szemcsés anyag-gal vagy szemcsés sejttörmelékekkel van kitöltve, s tekintve a daga-nat nagyságát, s hogy ennek ellenére benne nagyobb szétesés nincsen, a daganatot endotheliomának vagy endothelios sarkomának kell tartanunk.

Kórjelzés: Sarcoma endotheliale.“

3. A koponya felére terjedő lymphangioma congenitum esete.¹

A lymphangioma mint daganat az arcon és fejen általában ritkábban fordul elő. Rendesen veleszületett. Kedvencz székhelye mint lymphangioma cavernosum a felső és alsó ajak, s mint lymphangioma cystoides a pofa. Igen ritka a felső szemhéjon. Diffuse szétterjedő alakban előfordul ritkábban mint lymphangioma racemosum elephantasticum az egész egyik arczfélre, az ajakra, orrhátra, szemöldökre, homlokra és halántékra terjedőleg.

A daganatot látszólag normális színű bőr fedi, s így már rátekintésre is megkülönböztethető a vöröses vagy kékes küllemű haemangiomáktól. A daganat egyenletesen puha vagy eléggé tömött, néha szivacsos tapintatú, s ekkor compressióval kissé megkisebbit-hető. Minthogy a daganat a cutis és subcutisba terjed, e miatt a bőrrel szorosan összefügg, ezért a daganat fölött a bőr nem ránczol-ható; az ajkakon és szemhéjon pedig néha egészen a mucosáig terjed.

A daganat a nyirokutakon át történő infectio folytán gyak-ran megújuló gyulladás következtében folyton növekszik, elephantia-sissá válik, s kosmetikailag visszataszító küllemet nyújthat; műtete is csak nagy anyagihiány visszahagyásával végezhető.

A következőkben a lymphangiomának úgy székhelyére, mint kiterjedésére nézve ritka esetét vagyok bátor ismertetni.

A. Ádám 10 éves tanuló 1905 évi június 4.-én tétetett át műtét ezéjéből Róna tanár osztályáról Janny tanár osztályára. A beteg előadja, hogy a fején levő daganata veleszületett, neki fájdalmat nem okoz, de teriméjében folyton növekszik, s az utóbbi időben már bal felső szemhéjának szabad mozgását is gátolja.

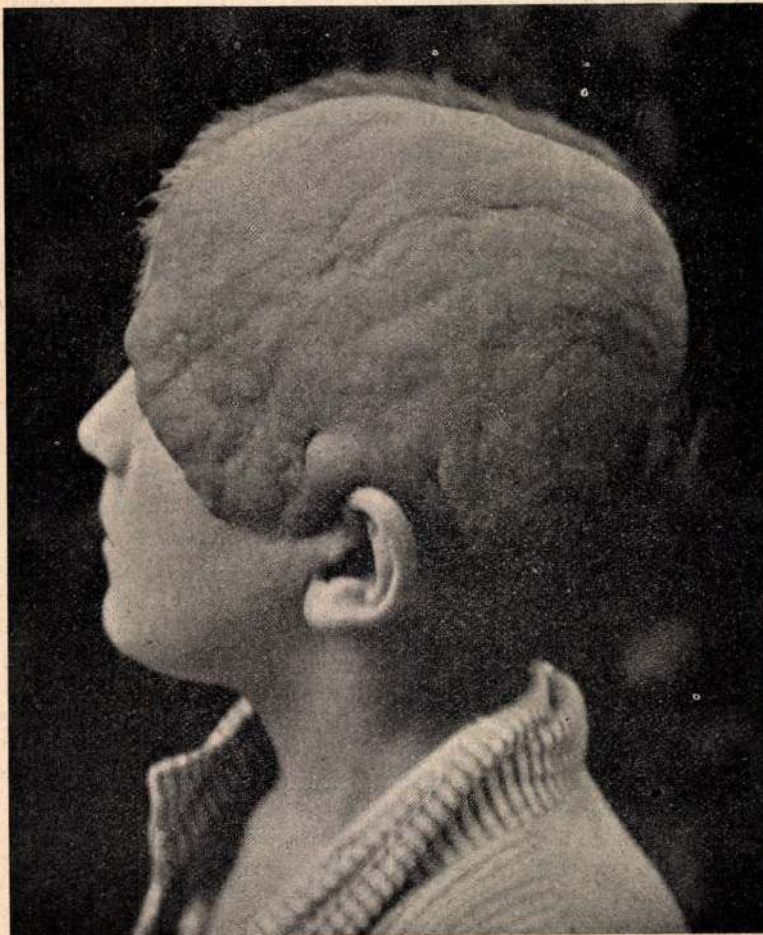
A jól táplált beteg vizsgálatakor a bal koponyatélén alul a fül gyökéig és a járomívig, elől ív alakban a bal külső szem-zugig, a szemöldök közepé harmadáig és a glabella elülső hatá-ráig, felül a nyílvarrat lefutásának megfelelően és végül hátul a protub. occipitalis ext.-ig terjedő, hajmentes, halvány rózsaszínű, ránczba nem szedhető bőrrel fedett, a széleken sáncszerűen ki-emelkedő, felületén egyenetlen, barázdált és göröngyös, nyomásra

¹ A beteget a közkörházi orvostársulat 1907. évi XIV. szakülésén mutattam be.

¹ A beteget a közkörházi orvostársulat 1905. évi októberi szak-ülésén mutattam be.



1. ábra.



2. ábra.

nem kisebbíthető, tömött tapintatú, alapján nem mozgatható daganat található.

Tekintettel a daganat fokozatos növekedésére, ennek radikális műtéti eltávolítása szükségessé vált.

A műtétet 1905 július 6.-án végeztem chloroform-narcosisban. Az elővárható nagy vérzés csökkentése céljából az egész daganatot esontig hatoló, egymásba fonódó csomós selyemvarratokkal körülöltöttem, mire a daganatot ép szövetben, a periost visszahagyásával, csaknem vérzés nélkül távolíthattam el.

Az eltávolított daganat keresztmetszetén helyenként $3\frac{1}{2}$ —4 centimeter vastagságú volt s a *Feldmann* tanársegéd által végzett kórszöveti vizsgálat alkalmával lymphangioma racemosumnak bizonyult.

A műtéttel skalpozott koponyafél kisarjadzása után az egész területet mindkét czomb elülső belső felületéről vett Thiersch-féle lebenyekkel 1905 július 31.-én chloroform-narcosisban egy ülésben fedtem. A lebenyek per primam megtapadtak; az egész sebfelület a beteg távozásakor (1905 október 12.-én) behámosodott. s a fejbőr ép részével egy niveau-ban volt.

A haj megnövesztése és átfésülése által a kosmetikai eredmény is kielégítő.

Ki kell emelnem, hogy ez esetben is, mint azt egyik ismeretett. trauma folytán skalpozott leány esetében¹ tapasztaltam, előfordult, hogy a per primam megtapadt Thiersch-féle lebeny egy idő múlva kisebb-nagyobb, savóval telt hólyagcsa alakjában alapjáról felemelkedett és a savó kiürülése után lefoszlott. Ez a folyamat a sebfelület körzetétől távol eső helyen, és pedig a seb közepén, különösen a faldudornak megfelelő helyen, többszöri transplantatio ellenére megismétlődött és csak a capillaris ereződés kifejlődése után állandósult a behámosodás. E folyamat kétségtelenül a kezdetben fennálló hiányos vérrellátással magyarázható.

(Vége következik.)

A diabetes kezelése.²

Irta: *Arany S. Zsigmond* dr. Karlsbad-London.

A diabetesen kívül talán nincs is más betegség, melynek gyógyítására az utolsó 6—10 évben oly sok jót és még több rosszat ajánlottak volna. A sötét elméletek rohamos gyorsasággal váltották fel egymást, az eseteknek egy fájában elért kedvező eredmények általánosításra vezettek és elismert gyógyeljárásoknak egyes esetekben elégtelen volta a gyakorló orvosokat bizalmatlansággal töltötte be irántuk.

Nagyon sajnálatos, hogy a gyakorló orvos csak nagy ritkán kezeli eseteit egyénileg, hanem rendszeren vagy az egyik vagy a másik módszert hozza alkalmazásba a nélkül, hogy meggyőződött volna, hogy mily hatással van az a különböző esetekben. De még a nagyon lelkiismeretes orvos is dilemmában van, hogy miképen járjon el, mivel az úgynevezett specialisták egyéni felfogása oly különböző és ellentmondó, hogy inkább confusióra, mint a nézetek tisztázására ad alkalmat.

Minél jobban megismerkedünk a különböző felfogásokkal, annál inkább meggyőződünk arról, hogy a diabeteses beteg nem élhet ugyanoly módon és ugyanazon feltételek mellett, mint az egészséges egyén, valamint hogy azon életmód, mely az egyik diabetesesnek jó, nem szükségképen jó a másiknak is. Téves eljárás az is, ha X. Y. tudós eljárását vesszük sablonul és görcsösen ragaszkodunk hozzá minden esetben, mert az étrendje oly könnyen tartható be és állítólagos eredményei is oly fényesek; s ugyanoly tévedésnek esnek áldozatul azok, kik csökönyös conservativismussal kötik magukat rég elavult elméletekhez.

Ha egy diabeteses beteg kezelését elvállaljuk, főtörekvésünk az legyen, hogy a cukráról megszabadítsuk. E végből meg kell állapítanunk a cukor forrását, mely az esetek túlnyomó többségében a felvett táplálékban keresendő. Késégtelen, hogy a diabeteses

¹ Traumás eredetű teljes skalpozás esete. Orvosi Hetilap, 1906. 33. szám.

² S. A. Arany: The Diabetic Regime. Medical Press. London, 1908 szeptember. — Das diabetische Regime. Zeitschrift für diät. und phys. Therapie. Berlin, 1908 november.

vizeletében lévő cukor főképen a felvett szénhidratoktól származik, de nincs még eldöntve, vajon az összes szénhidratok cukor alakjában hagyják-e el a szervezetet a vizelettel, vagy pedig egy részük visszatartatik a szervezet javára. Vita tárgya továbbá azon kérdés is, hogy csupán a szénhidratokból származik-e a diabetesben a cukor, vagy pedig más anyagok, mint például a fehérjék, is hozzájárulnak a képződéséhez. Ezen kérdések megválaszolása czéljából leghelyesebbnek tartjuk nagyszámú esetünkben szerzett tapasztalatainkra visszatekinteni és belőlük következtetéseket vonni.

Az esetek, bármennyire is különböznek némely tünetükben egymástól, két osztályba sorozhatók. Az első osztályba azon esetek sorozhatók, a melyekben a cukor csupán a felvett szénhidratokból képződik, ezt a fajta a szerzők alimentáris vagy könnyű diabetesnek hívják, én¹ pedig a betegség első szakának nevezem; a második osztályba tartozó esetekben a cukor képződése nem tudható be csupán szénhidratoknak, mivel megvonásuk nem teszi cukormentessé a beteget; ezen fajta súlyos diabetesnek nevezik, én² pedig a betegség második szakának mondom.

Az első osztályba tartozó esetek két válfajt mutatnak; az elsőben csak akkor mutatkozik cukor a vizeletben, ha a beteg cukrot mint olyat vett fel, miért is az anyagcserének ezen sérülését glycosuria e sacharo-nak nevezzük, míg a másik válfajban a többi szénhidrat élvezete után is jelentkezik cukor, miért is glycosuria ex amylo-nak nevezik.

Ha tehát egy diabeteses beteg kezelését elvállaljuk, minde- nek előtt meg kell határoznunk, hogy a betegség melyik fájával van dolgunk. Ezen czélból megvizsgáljuk a beteg vizeletét normális diaeta után; a 24 órán át gyűjtött vizeletnek egy részét kell analizálni, mivel könnyen megeshetik, hogy a beteg a nap bizonyos szakában nem is választ ki cukrot és tiszta képet csak is a 24 órányi mennyiség vizsgálata nyújthat. A cukor mennyiségének meghatározása után a beteget szénhidratmentes dietára szorítjuk, a mi azonban tulajdonképen illusorius, mert mindennemű étel tartalmaz kisebb-nagyobb mértékben szénhidratokat és ha szénhidratmentes ételekről beszélünk, csak olyanokat értünk alattuk, a melyek igen kis mennyiségű szénhidratot tartalmaznak.

A beteg étrendje körülbelül a következő:

Reggeli: Tea citrommal vagy néhány csepp tejföllel, saccharinnal édesítve; tojás minden alakban; sódar vagy szalonna (lehetőleg zsíros minőségű); mandulakenyér vagy Callard-féle kétszersült vajjal. *Ebéd:* Bouillon tojással; hal és mindennemű hús (máj kivételével) liszt nélkül elkészítve; 1 vagy 2 a következő főzelékekből: zöldbab, kelvirág, paraj, káposzta, spárga, ezikoria, zeller, rhabarbara, articsóka, petrezselyem sóska, savoy, fejsaláta, orosz-lánfog, paradicsom, uborka, gomba, retek; omlette naturelle; sajt és vaj; mandulakenyér; $\frac{1}{4}$ liter fanyar bor, esetleg alkaliás ásványvizzel. *Uzsonna:* Tea, aludttej vagy író. *Vacsora:* Meleg vagy hideg hús; egy az említett főzelékekből; sajt és vaj mandulakenyérrel; $\frac{1}{4}$ liter bor, fekete kávé.

Ezen étrendet szoktam minden diabetesesnek, bármely osztályba tartozik is, a kezelés kezdetén rendelni és a betegség első szakában, vagy pedig az alimentáris diabetesben, mint mások nevezik, azt tapasztaljuk, hogy a beteg ezen étrend rövidebb vagy hosszabb betartása után cukormentes lesz. Ha elértük ezt, meg kell állapítanunk a beteg toleranciáját a szénhidratokkal szemben. Ezen eljárásnál szem előtt kell tartanunk, hogy a fenti dietában a beteg leginkább a kenyér hiányát érzi, és azért legczélszerűbb a tolerancia megállapításakor kis mennyiségű kenyérrel kísérletezni. Sohasem kezdjük 50 gm.-nál nagyobb adaggal és ha azt tapasztaljuk, hogy ezen mennyiségre nem mutatkozik cukor a vizeletben, addig növelhetjük a kenyér mennyiségét 50 grammonként, míg elértük az assimilációs határt, melyet semmi szín alatt sem szabad túllépünk. Ha a beteg meglehetősen mennyiségű, mondjuk 150—200 gm. kenyeret eltűr, más szénhidratokkal is kísérletezhetünk, még pedig oly módon, hogy a kenyér mennyiségének felét burgonya, rizs vagy tésztaféle megfelelő mennyiségével helyettesítjük, ámbár

minden kutató előtt ismeretes, hogy a beteg sokkal nagyobb mennyiségű szénhidratot tűr el, ha csupán egyféle szénhidratot kap, mintha a szénhidratok különböző fajait nyújtjuk neki. Ezen tényen alapszik Noorden zabkúrája, de teljesen téves azon feltevés, hogy a zabkészítményeknek különös hatásuk van a diabetes lefolyására, mivel saját vizsgálataim, valamint mások kísérletei is bebizonyították, hogy az a beteg, a ki a zabkészítményeket tűri, eltűr nekik megfelelő mennyiségű más szénhidratot is.

Némely beteg visszanyeri assimilációs képességét oly nagy fokban, hogy korlátlan mennyiségben tűri a szénhidratokat és csupán az esetben választ ki cukrot, ha cukrot mint olyat visz a szervezetébe. Vannak esetek, melyekben nemcsak a cukor, hanem az édesebb gyümölcsfajok élvezete is glykosuriát von maga után és így ezekben a glykosuria ex amylo glykosuria e saccharová változott át.

A míg a beteget az úgynevezett assimilációs határon belül tartjuk, sem a diabetes tüneteit, sem pedig a testbeli fogyást nem fogjuk észlelni. Mindez természetesen csakis az alimentáris diabetesre, mint a betegség első szakára vonatkozik. Mostanáig csakis a szénhidratok mennyiségét tartottuk szem előtt, míg a többi étel mennyiségét tekinteten kívül hagytuk. Ez azonban még nem involválja magában azt, hogy a beteg ezen ételekből túlságosan sokat fogyasztson, sőt nagy súlyt kell vetnünk arra, hogy csak annyit vegyen magához, a mennyi a szervezete által megkívánt caloriának megfelel. Ez a mai felfogás szerint körülbelül 35—40 caloriát tesz ki kilónként az egészséges emberben, csakhog' ezen szabályt úgy az egészséges, valamint a beteg állapotban nagyon gyakran félremagyarázzák, a mennyiben egy kis termetű, kövér embernek, a kinek a testsúlya megfelel egy rendes tápláltságú közep-termetű egyénének, semmi esetre sines szüksége annyi caloriára, a mennyi a testsúlyának megfelel. Ez nem vonatkozik csupán az egészséges és túltáplált egyénre, hanem a diabetesesre is, mivel a túltáplálás, a mint látni fogjuk, nagyon komoly következményeket vonhat maga után.

Czél szerűnek találom azért, hogy egy 60 kilós testsúlyú, közep-termetű és 200 gm. szénhidratot tűró diabetesesnek 24 órai ételmennyiségét a következő táblázatban feltüntessem.

Étel mennyisége	Caloria
4 tojás	300
25 gm. szalonna	220
250 „ marhasült	250
200 „ borjú vagy szárnyas	150
200 „ hal	120
25 „ vaj	200
50 „ sajt	240
200 „ paraj	70
200 „ saláta	40
200 „ tej = 20 gm. fehér kenyérrel	140
60 „ burgonya = 20 gm. fehér kenyérrel	50
120 „ alma = 20 „ „ „	60
40 „ zableves = 40 „ „ „	210
100 „ fehér kenyér	270
Összesen	2320

Ezen caloria-mennyiség nem foglal magában bouillont, teát és fekete kávé, melyeknek elseje nem bir semmi táperővel és az utóbbi is alig haladja túl a bouillon táperéjét.

Magától értetődik, hogy a fenti táblázat csupán azt czélozza, hogy általános képet nyújtson arról, hogy körülbelül mennyi ételt fogyaszthat el a diabeteses beteg, ha baja alimentáris természetű, mivel ilyenkor, mint tudjuk, csupán a szénhidratok anyagcseréje kóros. De azért az orvos nagyon helyesen cselekszik, ha nemcsak a szénhidratokat, de a többi ételneműt is többé-kevésbé korlátozza, mivel a polyphagia az esetek túlnyomó többségében csupán mestersegesen előidézett tünet, azaz rossz szokás és nemcsak gyomor-szövődményekre ad alkalmat, hanem nagyon gyakran előidézi a baj második szakát vagyis a súlyos diabeteset.

A betegség ezen szakában a vizelet a szénhidratoknak teljes megvonása ellenére is tartalmaz cukrot és így az a kérdés támad, hogy honnan ered a cukor? Nagyon természetesnek látszik, hogy ha a cukor nem származik a szénhidratoktól, akkor csakis a

¹ S. A. Arany: The Treatment of Diabetes mellitus. Medical Press. London, 1905 márczius. — Diabetes and its Treatment. The Indian Lancet. Calcutta, 1905 május.

² S. A. Arany: Dietary in Diabetes and Gout. Medical Press. London, 1906 január. — Mitől övjük meg diabeteses betegeinket. Orvosi Hetilap, 1907.

többi ételből, tudniillik a fehérjékből és zsírokból veheti eredetét. A mi a fehérjét illeti, tudjuk Pavy¹ vizsgálataiból, hogy egy praeformált szénhidrat-molekulát tartalmaznak, mely utóbbi normális anyagcsere mellett glikogenné alakul át. A mint más alkalommal² kifejtettem, a diabetes kóros anyagcserejét egy bakteriogen toxinnak, melyet glikotoxinnak nevezek, tulajdonítom és ezen glikotoxin hatását nem tekintem egységesnek, mivel ez utóbbi a toxin virulentiájától függ. Az alimentáris diabetesben a glikotoxin a legkisebb virulentiát mutatja és hatása abban nyilvánul, hogy a pankreas glikolysises anyagát kisebb-nagyobb mérvben felemészti, s ezzel hyperglykaemia keletkezésére ad alkalmat. A toxin ezen hatása alkalmasint tisztán helyi és vegyi jellegű és a szénhidratok felvételétől függ, mivel megvonásuk gyengíti és sok esetben tönkre teszi a glikotoxint, mely utóbbi körülmény megmagyarázza a gyakran előforduló teljes gyógyulást is.

Más esetekben a diabetes tünetei hosszabb-rövidebb időre elmúlnak, hogy azután fokozott mértékben újra megjelenjenek, a mi azt bizonyítja, hogy a toxin virulentiája fokozódott és azon kórkép tárul elénk, a melyet a betegség második szakának vagy pedig súlyos diabetesnek neveznek. Ezen szakban a szénhidratok megvonása nem jár mindig a cukor eltűnésével és azért a cukor forrását a fehérjékben, azaz praeformált szénhidrat-molekulájukban kell keresnünk. Nagyon valószínű, hogy ezen utóbbit a virulentiájában megnövekedett glikotoxin szabadítja fel és alakítja át cukorrá (Arany).

Kolisch³ szintén concedálja egy toxin lehetőségét és azt hiszi, hogy a fehérjék legkönnyebben és tekintet nélkül a szervezet momentán szükségletére, consumálnak és assimilációjukat megelőzi a szervezet sejtjeibe való behatolásuk, mi oly nagyfokú ingerként hat, hogy ezen folyamat alkalmával cukorhasadás történik. Nagyon valószínű, mondja Kolisch, hogy a protoplasmának ezen labilitása a diabeteses egyénben valamely ideg- vagy toxikus inger által kórosan fokoztatik.

Hogy mi igaz Kolisch ezen feltevésében, nagyon nehéz megállapítani, mivel Müller⁴ vizsgálataiból tudjuk, hogy Pavy praeformált szénhidratmolekulája a glukosaminnal azonos és ez utóbbit csupán a glikoproteidek tartalmazzák tekintetbe vehető mennyiségben, míg a többi fehérjeféle oly elenyészően kevés glukosamint tartalmaz, hogy alig tulajdoníthatjuk neki a diabetesben keletkezett cukrot. Még sokkal meglepőbb azon tény, hogy a casein, mely egyáltalán nem tartalmaz szénhidratokat, a legnagyobb mértékben fokozza a glikosuriát, miért is legelfogadhatóbb Noorden⁵ azon feltevése, hogy a fehérjékből eredő cukor synthesis útján jön létre, noha a szerző ezen synthesis módjáról semminemű felvilágosítással sem szolgál.

Bármily módon is történik ezen synthesis, nagyon is valószínűnek látszik, hogy rendellenes fehérjeszételés előzi meg, mely a betegség intenzitásának növekedésével a normális assimilációval helyet cserélt (Arany).

Valószínűnek látszik továbbá, hogy ezen kóros fehérjeszételés okozója a glikotoxin, a mely virulentiájának növekedésével olyan képességet is nyerhetett, hogy fehérjéből synthesis útján cukrot tud létrehozni.

Még azon tény is, hogy a casein az összes fehérjék közül legnagyobb fokban növeli a glikosuriát, megerősít feltevésemben, mivel tudjuk, hogy a casein legkönnyebben esik szét.

Azon kérdéssel, hogy a zsírokból is készí-e cukrot a diabeteses szervezet, már Seegen⁶ is foglalkozott, de érdemleges eldöntésére még mai napig sem került a sor. Mohr⁷ és utóbbi idő-

ben Pflüger¹ azon meggyőződésének ad kifejezést, hogy a diabeteses szervezet némely zsírsavból cukrot tud gyártani és Noorden azt mondja, hogy a diabeteses szervezetnek legyőzhetetlen affinitása van a szénhidratokhoz, melyet a szervezet minden áron kielégíteni igyekszik. Így ha a felvett táplálék nem tartalmaz elegendő mennyiségű cukrot, ezt a fehérjékből vonja ki és ha ez utóbbiak is elégtelennek bizonyulnak, a zsírokra kerül a sor.

Noorden ezen nézete nagyon könnyen összeegyeztethető az én glikotoxin-theoriámmal; tudniillik a betegség első szakában a toxin virulentiája oly csekély, hogy csupán a szénhidratok anyagcserejét gátolja meg, a második szakban azonban a virulencia olyannyira megnövekszik, hogy a fehérjékből és zsírokból is tud cukrot elvonni.

(Vége következik.)

Magyarország egészségügye.

A budapesti orvosi kaszinóban márczius hó 11.-én Barsi Jenő dr. székesfővárosi kerületi orvos a fenti címmel érdekes előadást tartott, a melynek fő kivonatát az alábbiakban adjuk.²

Az ország egészségi állapotának jó vagy rossz voltát rendszerint a halálozás nagyságából szokták megítélni. Ezzel szemben Barsi dr. azt hangoztatta, hogy a halálozás nagysága magában véve még nem kedvezőtlen jelenség, mert első sorban az elveszületések számától függ. A hol tehát sok gyermek születik, ott a halálozás is nagyobb. De az arány nem mindenütt egyenlő, bizonyos számú elveszületésre nem következik mindenütt bizonyos számú halálozás, hanem az eredmény egyéb közegészségi tényezők behatása szerint változik. Legfőbb tényező ebben a gyermekhalandóság, az 5 éven alul elhalt gyermekek száma. Az egyes megyékre és városokra vonatkozó statisztikai adatok alapján kimutatja, hogy ott, a hol az elveszületések száma és a gyermekhalandóság az országos átlagon felül van, a halálozás is mindenütt az országos átlag fölé emelkedik.

Sőt a halálozási számarányt, vagyis azt a számot, mely az ezer lakosra eső halálozást mutatja, nálunk egyes megyékben még a kivándorlás is befolyásolja. Legalább is nem véletlen, hogy azon tizenkét megye közül, a melyekből a kivándorlás például 1906-ban a legnagyobb volt, kilencz arra a tizenöt megyére esik, a melyekről a legkedvezőbb halálozási számarányt állapította meg ez évben a statisztika. Ez csak úgy érthető, hogy ezekben a megyékben a lakosok száma a nagymérvű kivándorlás folytán csökkent. Kevesebb, mint a mennyi után a statisztikai hivatal a halálozásokat számítja, mert a kivándorlást pontosan ellenőrizni nem lehet. S azért egyes megyék kis halálozása az ország egészségének jósága mellett egy cseppet sem bizonyít.

Még kevésbé bizonyítja ezt egyes városok kis halálozása, mert a városokban a halálozás alacsony számaránya mellett még alacsonyabbnak találjuk az elveszületések számarányát, mint a megyékben. Az országnak pedig első sorban nem a halálozások alacsony voltára, hanem a természetes szaporodás nagyságára van szüksége. A hol tehát az elveszületések száma a halálozást nagy mértékben felülmúlja, ott a nagy halálozás nem baj, de a hol az elveszületések száma és a halálozás közt a különbség csekély, ott a kis halálozás is káros az országnak.

Az ország egészsége szempontjából tehát a természetes szaporodásnak kell a legnagyobb jelentőséget tulajdonítani. Ezen szempontból bírálva az egyes megyékre és városokra vonatkozó adatokat, kimutatja, hogy a természetes szaporodás nagysága Magyarországon inkább az elveszületések számától függ, mint a halálozástól. Ha tehát az ország egészségi állapotán javítani akarunk, nemcsak a halálozások leszállítására kell gondot fordítani, hanem az elveszületések számának biztosítására is.

Az elveszületések számának emelésére törekedni azonban teljesen hiábavaló kísérlet volna. Elég, ha meg tudjuk akadályozni

¹ W. Pavy: The Physiology of Carbohydrates.

² S. A. Arany: The Pathogeny of Diabetes. Medical Press. London, 1908 február. — A diabetes pathogenesis. Orvosi Hetilap, 1908. — Zur Pathogenese des Diabetes. Pester med.-chir. Presse, 1908 július.

³ Kolisch: Grundzüge der diät. Behandlung des schweren Diabetes. Zeitschrift für diät. und phys. Therapie, 1908.

⁴ Fr. Müller: Die Abspaltung von Zucker aus Eiweiss. Deutsche med. Wochenschrift, 1899.

⁵ Noorden: Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels.

⁶ Seegen: Über Fähigkeit der Leber Zucker aus Fett zu bilden. Pflügers Archiv, 1886.

⁷ Mohr: Zur Frage der Zuckerbildung aus Fett. Berliner klin. Wochenschrift, 1901.

¹ Pflüger: Über die im thierischen Körper sich vollziehende Bildung von Zucker aus Eiweiss u. Fett. Pflügers Archiv, 1904.

² Az érdeklődők figyelmét felhívjuk e helyen az előadónak „A magyar orvosok eloszlása és az ország egészsége” című munkájára, a mely mint a budapesti orvosi kaszinó 1908. évi pályadíjával jutalmazott tanulmány a nevezett kaszinó orvostársadalmi könyvtárának 5. füzeté gyanánt a napokban hagyta el a sajtót.

az élveszületések számának nagyobb mérvű csökkenését. Tizennyolcz európai országnak a mult század három utolsó évtizedére vonatkozó statisztikai adataival bizonyítja, hogy az élveszületések száma egész Európában folytonosan csökken. Különbőség csak abban van, hogy egyes országokban kisebb, más országokban ellenben nagyobb arányokban jelentkeznek a csökkenések. Ezzel együtt minden európai országban kivétel nélkül állandóan csökken a halálozások száma is, s azoknak az országoknak az egészsége áll szilárd alapon, a melyekben az élveszületések számának csökkenése kisebb, mint a halálozásoké. Ezekben az országokban ugyanis az élveszületések folytonos csökkenése ellenére a természetes szaporodás emelkedő irányt mutat. Ilyenek: Norvégia, Dánia, Hollandia, Svájc, Németország, Olaszország, Ausztria és Oroszország. Ellenben az élveszületések nagyarányú csökkenése folytán csökken a szaporodás Svédországban, Finnországban, Angolországban, Skótországbán, Írországbán és Franciaországban. Belgiumban, Portugáliában és Spanyolországban a szaporodás az említett 30 év alatt stagnált.

Nálunk Magyarországon a szaporodás 1880 óta szintén stagnál és a mi ennél is fontosabb, 1896 óta a magyarság szaporodása csökken, ellenben nagy mérvben emelkedik az oláhoké, úgy, hogy a magyarság szaporodásának csökkenéséből származó hézagot az oláhok nagyobb szaporodása tölti ki. A magyarság szaporodásának csökkenése két tényezőre vezethető vissza. Az egyik a legmagyarabb hitfelekezet, a reformátusok szaporodásának alacsony volta, a másik pedig a városok szaporodásának nagymérvű csökkenése. A huszonöt törvényhatósági joggal felruházott város közül például 1906-ban a természetes szaporodás csak kettőben, nevezetesen Kecskeméten és Kassán volt jobb az országos átlagnál, 11⁰/₀₀-nél. Ellenben tizennégy városban az országos átlagnak felét sem érte el, sőt Pécsen a halálozás 14⁰/₀₀-vel felülmulta az élveszületések számát, ellenére annak, hogy a halálozás itt az országos átlagot nem haladta túl.

Budapesten a természetes szaporodás 1894-ben még 12·5⁰/₀₀ volt. Ez a szám 1906-ig 7·2-re szállott alá. Igaz, hogy volt már ennél kisebb is a természetes szaporodás Budapesten, például a hetvenes években, mindjárt a főváros egyesítése után. Sőt 1886-ban 2·5 volt a szaporodás, vagyis ennyivel multa felül a halálozások ezreléke az élveszületéseket. Ekkor volt az utolsó himlőjárvány Budapesten. Csakhogy a hetvenes években Budapestnek élveszületési és halálozási statistikája még nem különbözött az egész ország statistikájától. Akkor a természetes szaporodást a halálozások nagy száma az egész országra nézve egyenlően rontotta. Budapesten 1876-ban még 45·6 volt az élveszületések számaránya, ma pedig már csak 24·8. A 45·6 megfelelt akkor az ország átlagának, a 24·8 ellenben 11⁰/₀₀-kal az országos átlagon alul van. Ilyen körülmények közt nincs mit örülni rajta, hogy a halálozás Budapesten 1906-ban már csak 17·6 volt.

Az ország tehát egészség dolgában ráfizet a maga szép városaira. A városok lakossága azért a bevándorlások folytán még inkább növekszik, mint a falvaké. Csakhogy ez az ország egészsége szempontjából annál károsabb, mert a bevándorló falusi nép egészsége szintén a városok lakosságának rosszabb egészségéhez idomul. A városok egészségének ezen rosszabbra fordulását egyrészt a szaporodás mesterséges megakadályozásának, másrészt pedig azon visszas állapotnak kell tulajdonítani, hogy az élet küzdelme a városokban mindig több és több terhet ró a nő vállaira, s ezáltal elvonja a női tulajdonképeni hivatásának betöltésétől, az anyaságtól.

Szükséges tehát, hogy a közegészségi intézkedések a jövőben az élveszületések biztosítására is tekintettel legyenek. Mivel pedig a szaporodás mesterséges megakadályozásának gátat vetni nem lehet, annál több gondot kell fordítani arra, hogy a női visszadadjuk igazi hivatásának. Ez pedig csak úgy érhető el, ha megkönnyítjük a férfiaknak a családalapítást. A városok lakosságának zöménél, a munkásosztálynál, ezt úgy mozdíthatjuk elő, ha a lakáviszonyok javításáról s a nagy drágaság csökkentéséről gondoskodunk. Legnehezebb azonban a nőülés az értelmiségi foglalkozást űző ifjaknak, a kik abban a korban, a mely a családalapításra a legalkalmasabb, még annyit sem tudnak megkeresni, a miből saját magukat fenntarthatassák. S ezért a közalkalmazottak számára házassági pótlékot kellene rendszeresíteni s a tudományos pályákra csak annyi ifjat bocsátani, a mennyit azok befogadni tudnak.

„Szokatlan dolog még ilyen eszméket felvetni, de ha természet-

tudományi alapon gondolkozunk, lehetetlen a kibontakozást a mostani egészségtelen helyzetből másként elképzelni. Mert az embernek épen olyan fontos hivatása a családalapítás, mint a kenyérkereset. Egészséges államban tehát a kenyérkeresetnek nem szabad a családalapítással ellentétbe kerülnie“, hangoztatta itt az előadó. E mellett szerinte még a több gyermekű szülők terheinek csökkentésére s a sok gyermeket felnevelt anyák jutalmazására volna szükség.

A halálozások csökkentése tekintetében pedig főleg két tényezővel kell számolni, az egyik a fertőző betegségek, a másik a gyermekhalandóság. A fertőző betegségek ez idő szerint az összes haláleseteknek 24⁰/₀-át okozzák, de ebből egymaga a gümőkór több mint 15⁰/₀-ot foglal le magának. A többi fertőző betegségeknek tehát most már kevés a jelentősége. 1892-ben a diphtheritisben elhaltak száma még 9·96⁰/₀ volt, nagyobb mint a gümőkórban elhaltaké: 9·24⁰/₀. Azóta a diphtheritis százaléka leszállt 1·35⁰/₀-ra, a gümőkór százaléka pedig 15·35⁰/₀-ra emelkedett. Csökkent e mellett az utolsó 15 év alatt a hasi hagymáz, teljesen jelentéktelen lett a gyermekági láz, s majdnem egészen megszűnt a himlő. Ellenben a kanyaró, a vörheny és a szamárhurut kisebb-nagyobb ingadozás mellett állandó intenzitást mutatnak. Sikeresen küzdeni tehát csak azon fertőző betegségek ellen lehet, a melyeknek mérgét az emberi testben közömbösíteni tudjuk (diphtheritis, himlő), vagy pedig a melynek csíráitól az embert meg tudjuk védelmezni (hastypus, gyermekági láz, kolera). A többi fertőző betegséggel és főleg a gümőkórral szemben az orvostudomány ez idő szerint még tehetetlen.

Azért például a vörheny, kanyaró, szamárhurut, hastypus és diphtheritis mégis csak azon megyékben pusztít jobban, a hol kevés és nehezen hozzáférhető az orvos. A fertőző betegségek szempontjából tehát nagy jelentősége van annak, hogy az orvosok az országban a mostaninál arányosabban legyenek megoszolva.

A fertőző betegségek elleni küzdelemnél is fontosabb a gyermekhalandóság csökkentésére törekedni. Az európai országok közt a gyermekhalandóság tekintetében Magyarország az utolsó előtti helyen áll. Utána már csak Oroszország következik. A mult század utolsó évtizedének adatai szerint nálunk minden száz újszülött közül már az első évben elhalt 24·7, míg Norvégiában csak 9·7, Svédországban 10·2, Írországbán 10·3, Skótországbán 12·8, Dániában 13·9, Finnországban 14·2, Svájcban 14·9, Angolországban 15·4, Hollandiában 15·8, Franciaországban 16·2 százalék.

Statisztikai adataink azonban csak a hét éven aluli gyermekek halálozását tüntetik fel külön a többtől. Ezen adatokból megtudjuk, hogy főleg a bélhurut és a veleszületett gyengeség azok, a melyek a legtöbb halálesetet okozzák. Az orvosok által megállapított halálokok sorában például 1906-ban a veleszületett gyengeség közel 8⁰/₀-kal s a különféle bélbetegségek 10⁰/₀-kal szerepelnek a hét éven aluli gyermekekre vonatkozólag az összes halálesetekhez viszonyítva. Az összes fertőző betegségek pedig a gümőkórral együtt hét éven alul csak 8⁰/₀-ot tettek ki. De míg a fertőző betegségekkel szemben az orvosnak nagy eredményeket elérni nem lehet, addig a veleszületett gyengeség s a bélbetegségek által okozott halálozás orvosi beavatkozás által nagy mértékben csökkenthető volna.

És ezen mulik első sorban az ország jó egészségének kérdése. Mi módon lehetne ezt elérni? Veleszületett gyengeség és bélbajok ott is nagy mérvben pusztítanak, a hol a nép az orvoshoz könnyen hozzájuthat. Különösen a bélbajok pusztítják az Alföldön a színmagyarság csecsemőit, és pedig nemcsak a falvakban, hanem a városokban is.

Barsi dr. erre a kérdésre is megadja a feleletet és épen az orvosok eloszlásának tanulmányozásából jut a helyes következtetésre. Az orvosok száma ugyanis azon megyékben és városokban kevesebb, a melyekben aránylag nagy a földmívelők, és ott több, a hol aránylag nagy az iparosok, kereskedők, közlekedési alkalmazottak, értelmiségi kereslettel bírók és tőkészek száma. Ennek az a magyarázata, hogy a földmívelő nép veszi igénybe legkevésbé az orvost és ha igénybe veszi is, az inkább csak a látszat kedvéért történik, nehogy megbüntessék. Valójában pedig az orvossal szemben bizalmatlan és nem követi az orvos utasításait. Az ipari, kereskedelmi és közlekedési alkalmazottak ellenben sokkal gyakrabban fordulnak az orvoshoz, mert a munkásbiztosító pénztár tagjai lévén, az rájuk nézve semmi külön kiadással nem jár. Ezért az orvosban is jobban

megbiznak és rendelkezéseit betartják. Ez az oka annak, hogy a gyermekhalandóság a földművesnépnél aránytalanul nagyobb, mert sem a veleszületett gyengeség, sem a bélszékely nem olyan betegség, melyet egy orvosi rendeléssel és egy pár kanál orvosság beadásával gyógyítani lehetne. Itt rendszeres kezeltetésre van szükség, erre pedig a földművesnép nem hajlandó, mert fél a költségtől.

A gyermekhalandóságot tehát nálunk csak úgy lehetne korlátozni, ha az állam a földművesnép számára is betegsegítő pénztárakat létesítene és kötelezővé tenné a biztosítást 2400 korona jövedelmi cenzuson alul minden kereső földművesre, tekintet nélkül arra, hogy önálló-e vagy alkalmazott. Minden jegyzőség területén kellene egy betegsegítő pénztárt felállítani s a tagokat lehetőleg kis járulék fizetésére kötelezni. Azért nem is kellene részükre orvosi kezelésen, gyógyszeren, továbbá temetési és szülésköltségen kívül egyebet biztosítani, hogy az ilyen pénztár kezelése is lehetőleg egyszerű legyen s azt mindenütt a jegyző végezhesse. Ilyen pénztárakat természetesen a városokban is fel kellene állítani, mert a földművesnép a városokban sines szokva az orvoshoz és innét van az, hogy az alföldi városokban, a melyekben nagy a földművesek száma, mint például Szegeden, Szabadkán, Hódmezővásárhelyen, Kecskeméten, Zomborban, aránylag sokkal kevesebb az orvos és nagy a gyermekhalandóság.

De ez az intézkedés viszont szükségessé tenné a községi és körorvosok számának a szaporítását. A közegészség rendezéséről szóló 1876. évi XIV. t.-cz. tavalyi módosításának ugyanis az a nagy hibája, hogy a községi és körorvosi állások szaporítására nem volt tekintettel. 1876 óta a lakosság a községekben körülbelül 25%-kal szaporodott, a községi és körorvosi állások száma pedig maradt a régiben. Mivel pedig a községekben más, mint községi vagy körorvos meg nem élhet, az orvosok száma a községekben a lakosokéhoz viszonyítva mindig kisebb lesz. Ezért kénytelenek az orvosok a városokban összezsúfolva élni, a községekbe pedig nem jut elegendő orvos. A törvény megkívánja, hogy minden ötezer lakossal bíró község külön orvost tartson, de azt megengedi, hogy a kisebb községek együttesen csak minden tizenöt, esetleg még több ezer lakos után alkalmazzanak egy orvost. Már pedig ötezer lakos után sokkal könnyebb a teendőket egy községben elvégezni, mint esetleg négyben, ötben vagy még többen. Sokkal inkább volna tehát a kisebb községeknek szükségük arra, hogy minden ötezer lakosra külön orvost kapjanak.

Legfőbb szükség volna tehát a községi és körorvosi állások szaporítására és pedig olyan irányban, hogy jövőben minden nagy-község és minden körjegyzőség külön orvost kapjon. Egyelőre a földműves betegsegítő pénztárak felállításával kapcsolatban elég volna az állásokat annyira szaporítani, hogy legalább minden két jegyzőség területére jusson egy orvos. Ez körülbelül 500 állás, a melynek rendszeresítése egy millió korona terhet jelentene az államra nézve. Ezután az állásokat fokozatosan lehetne szaporítani évente ötven-hatvannal, míg az összes jegyzőségek külön orvoshoz nem jutnak. Az orvosok jövedelmét pedig mindenütt a földművespénztár egészítené ki, mert ez esetben a látogatási díjak elmaradnának.

Az ország egészségét csak ezzel az intézkedéssel lehet biztosítani, a mi ránk nézve annál fontosabb, mert az a két hatalmas állam, a mely közé Ausztriával együtt be vagyunk ékelve, tudniillik Németország és Oroszország, bennünket a természetes szaporodásban túlszárnnyal. Sőt utolért már bennünket e téren maga Ausztria is, a melynek szaporodása a mienknél annival jobb, mert emelkedőben van. Idehaza pedig a magyarság szaporodási fölényét minden áron biztosítani kell, mert különben túlszárnnyalnak bennünket a nemzetiségek. S mindezt meg lehet csinálni egy jó törvény-nyel, és aránylag kevés kiadással.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Nervosität und Erziehung. Ein Vortrag für Erzieher, Ärzte und Nervöse von Prof. Dr. A. v. Strümpell. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel. 1908. 34 lap 8°. Ára 1 márka 50.

Strümpell ebben a kitünően megírt előadásban kifejti, hogy az ideges constitutióknak lényege a fokozott psychés ingerlékeny-

ség, a mely nem áll helyes arányban az okozó képzetekkel és a mely az ellenkező irányú képzeteket elnyomja. Minthogy ez a constitutio szellemi sajátossága az illető egyénnek, a nevelés csak bizonyos mértékig tudja azt befolyásolni, de erre mégis képes, mert ez a szellemi sajátosság nem teljes kifejlődésben van meg elejétől fogva. A kisfokú idegességnek jó oldala, hogy sokszor szellemi kiválósággal jár.

Kollarits Jenő dr.

Lehrbuch und Atlas der Zahnkrankheiten mit Einschluss der Mundkrankheiten von med. et phil. Dr. Gustav Preiswerk. München, J. F. Lehman. 1908.

E mű, melynek első kiadását a magyar orvosi könyvkiadó társulat áldozatkészsége Szabó József dr. sikerült fordításában tette hozzáférhetővé hazai szaktársaink számára, immár 2. német kiadásában fekszik előttünk. Bátran mondhatom, hogy a mű nemcsak köntöst cserélt, de lényeges belső változtatásokon is ment keresztül. Ama szédületes lendületnek, mely szakmánk haladásában a legutolsó pár év alatt tapasztalható volt, továbbá az újabb idők mind hatalmasabban kialakuló stomatológiai irányzatának megfelelően, a szerző belátta, hogy immár lehetetlen az első kiadás anyagát ugyanazon terjedelemben tárgyalni és nagyon helyesen kettéválasztotta azt. Az első kiadás konservatív és operatív anyagának elhagyásával sokkal kimerítőbb tárgyalásban részesíti a szájszervek megbetegedésének aetiológiáját, pathológiáját, mi által a mű kifejezetten stomatológiai jellegűt nyert. A szerző igen jól érezte, hogy a pathológiai konservatív és operatív részek ily szűk keretben együtt csak egymás csönkítésével volnának tárgyalhatók. Épen ezért az utóbbi kettőnek külön kötetet szánt és ezen helynyereséget arra használta fel, hogy a régiiek iránt való pietás érvényre juttatása mellett, a legújabb feltalások, eszmék és vívmányok is kellő méltányolásban részesüljenek. Szinte bámulatos az a tömörség, a melylyel a szerző majdnem az egész irodalmat felölelni tudja.

Régebbi fejezeteknek bővebb mederben való tárgyalása, új fejezeteknek beillesztése által, bátran mondhatom, hogy sikerült a szerzőnek nemcsak az első kiadás hiányait pótolni, de egy minden tekintetben tartalmas, átnézetes, a legújabb igényeknek megfelelő tanácsadóval ellátni a fiatal stomatologus kartársakat.

Bővebb tárgyalásban részesültek az első kiadásnak következő fejezetei: pyorrhoea alveolaris, az állcsonttörések (számos új ábrával), a fogszú, a pulpa-kórok pathológiája, terapiája és diagnosztikája, továbbá a periodontitis fejezete.

Egészen új fejezeteket szánt a leukoplakiának, az iny sarjadzásainak, az állcsont nekrosisának, az epulisoknak, a fogtöréseknek és a trigeminusneuralgiának. Külön fejezetben tárgyalja a fogszú prophylaxisát is.

Felcsendes mondanom, hogy úgy a régi, valamint az új fejezetek a mai irodalom magaslatán állanak és a fontosabb fejezetek végén az irányadó, vezető férfiak nevei is említést nyernek.

A szöveget rendkívül világos és gyönyörű kivitellű, színes és fekete képek magyarázzák, a melyek szintén értékes gyarapodást tüntetnek fel az első kiadáshoz képest. A ki Preiswerk első kiadását ismeri, annak nem kell külön megemlítenem, hogy a 2. kiadás nyelvezete is bár tömör, mégis könnyű és világos.

A szerző valamint az első kiadást, a másodikat is Árkövy József dr. egyet. tanárnak dedikálta. Ez különben nemcsak külső megnyilatkozása azon elismerésnek, melylyel a szerző Árkövy iránt viseltetik, hanem egyszersmind kifejezése azon szellemnek, melyben a könyv írva van. A munkában teljes elismerésre jutnak azok az érdemek, a melyeket Árkövy szakmánknak rendszerbe öntése körül szerzett. A pulpitisek és periodontitisek tárgyalása teljesen Árkövy diagnosztikájának alapján áll.

A munka becses gyarapodást jelent a szakirodalomra nézve, és rövidege, átnézetes volta miatt továbbra is kincse marad a kezdő stomatologusnak.

Sturm dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A hámlásról a typhusban értekezik Benó Cicaterri, Ascoli tanár osztályán észlelt 200 eset kapcsán. Eddig csak igen ritkán észlelték a typhus abdominalis vége felé jelentkező hámlást, például

Remlinger a typhus eseteknek csak 0-84%-ában. A szerzőnek ellenben az esetek felében sikerült gondos megfigyeléssel hámlást kimutatni. A hámlás nem mindig általános és gyakran gyorsan múló. Leggyakrabban észlelhető a hámlásnak furfuraceus, morbilliform, ritkábban apró lemezes, s aránylag igen ritkán nagy lemezes, scarlatiniform alakja.

Gyermekeken a hámlás gyakrabban fordul elő, mint felnőtteken. Marfan szerint a súlyosabb typhusnak kiterjedt, korai, lemezes, és hosszantartó hámlás felel meg, míg az enyhén lefolyt typhusnak könnyű, korpázó és késői hámlás.

A hámlás okát sokan a hydriatikus kezelésben keresték, míg mások — így Comby és Marfan — a sudamenek eruptiójával hozták kapcsolatba. Vergely a hámlást a typhusbacillus által termelt toxinok hatásának tulajdonította; szerinte a hámló typhusos beteg által kézmosásra használt víz elegendő a typhus-bakteriumok agglutinálására. A szerzőnek ezirányú kísérletei mindig negatívak maradtak, s azért nem tartja helyesnek a postscarlatinás nephritis s a posttyphosus desquamatio analogiáját. Sereni a bőrön át kijutó toxinok okozta trophikus zavar eredményének mondja a hámlást.

A szerző azt hiszi, hogy a bakteriumok anyagcseretermékei a vérkeringésbe jutva, a bőrerek összehúzódását, s így a bőr anaemiáját okozzák; a bőr hiányos tápláltatása a haj hullásával analogiában a bőr hámlását eredményezi.

A hámlás rendszerint a tenyeren s talpon kezdődik, de sokszor — különösen a generalizált alakban — a törzsön, a nyakon, néha az arcon. A hámlás szaka a lázas időszak legvégén, vagy a reconvalescens időszak első napjaiban kezdődik. Ha könnyebb recidiva kezdődik, a hámlás tovább áll fenn; míg súlyosabb recidiva esetén a hámlás megszűnik, de az újbóli reconvalescencia alatt újra jelentkezik. A hámlás 1—2 naptól 1 hónapig is eltarthat. A hámlásból postnositikai következtetést nem lehet vonni a lefolyt typhusra nézve, de prognostice értékesíthető a hámlás, mert megjelenése jó prognosira enged következtetni. (Il Policlinico, 1908. Sezione pratica, fasc. 3.)

Az appendicitis-szel összetéveszthető betegségek közül a pneumoniára és a purpurára hívja fel a figyelmet Brelet. A mi a pneumoniát illeti: különösen a gyermekkorban fordul elő a jobb oldali pneumonia összetévesztése appendicitis-szel, a mennyiben a haj hányással és a jobb oldali fossa iliaca fájdalmasságával kezdődhetik; csak hogy ilyenkor ritkán szorítkozik a fájdalom a Mc Burney-pontra, nem nagyfokú és csak kivételesen jár izomcontracturával és bőrhyperaesthesiával; végül már másnap tetemesen csökkennek a hastünetek. Ha ezenkívül a pneumonia helyi tüneteit is kimutathatjuk, biztos a diagnosis. A purpura csaknem mindig gyomor-bélzavarokkal jár: émelygés, hányás, fájdalom az epigastriumban, kólika és hasmenés úgyszólván állandóan van. Ha ezek a tünetek az előtérben vannak s a purpura nem kifejezett, az appendicitis gyanúja támad, annál inkább, mert sokszor a Mc Burney-pont a legfájdalmasabb. A legtöbb esetben ugyan a helyes útra terel a véres hasmenés; ez azonban néha nincs meg, sőt ellenkezőleg constipatio van jelen. (Gaz. méd. de Nantes, 1908 szeptember 26.)

A duodenum-fekély diagnosisa nagyon nehéz, többnyire csak valószínűséggel állapítható meg. Sohlern ezért érdemesnek tartja felemlíteni egy esetet, a melyben a duodenum-fekély glykosuriával (0.2—0.4%) járt. Tekintettel arra, hogy állatkísérletek szerint a duodenumnak natronlúggal edzésével kutyán is sikerült előidézni glykosuriát: a szerző nem tartja lehetetlennek, hogy a glykosuriának hasznát lehet majd venni a duodenum-fekély felismerésében. (Medizinische Klinik, 1908. 51. szám.)

A cerebrospinalis meningitis következményeiről ír Cohn. Gyógyulással végződött 27 esetnek megvizsgálása alapján a következőkben összegezi a véleményét: 1. Valamennyi könnyű esetben klinikai értelemben teljes gyógyulás következett be. 2. Súlyosabb és nagyon súlyos esetekben sincs kizárva a teljes gyógyulás; ennek a valószínűsége gyermekeken nagyobb, mint felnőtteken; az utóbbiakon még 2½ év múlva is mutakozhatnak a betegségnek következményei. 3. Négy hetes látszólagos reconvalescencia után is támadhat még hydrocephalus. 4. A szövödmények közül leginkább a süketiségtől kell tartani; a hűdéstünetek visszafejlődhetnek, a pangásos papilla is rendbejöhethet, a süketiség azonban megmarad. 5.

A meningitis cerebrospinalisban szenvedett egyének vérsavója még két év múlva is agglutinálhatja a meningococcusokat. (Berliner klinische Wochenschrift, 1909. 2. szám.)

Idegkórtan.

Az iszákosság gyógyításáról Weber professor (Göttinga) klinikai előadást tartott. Ebből a következőket adjuk kivonatban. Ma már a laikus közönség is tudja, hogy az iszákosság betegségek és így az antialkoholista mozgalom a nagyközönséget is csatasorba állította a sokakra végzetes nyavalya ellen. Így a baj megelőzése meg van könnyítve. A megelőzés sikerre tarthat számot fiatal embereken (endogen hereditás esetekor is) és olyanokon, a kiket külső körülmények tesznek praedisponálttá. Tudjuk ma, hogy a növekedőfélben levő szervezet semmi erősbödést sem várhat a szesztől és hogy a szénhidrátok és zsírok helyettesítése szeszszel, fehérjekímélés céljából, az idegrendszeren áll boszút. Szűkvérű, elégtelenül táplált vagy lázas gyermekek azelőtt erősítés céljából délvidéki bort vagy tokajit kaptak. Ma ez a rendelés hasonló esetben Weber szerint műhiba. A háziorvos gondoskodik arról, hogy gyermek a pubertás előtt rendszeresen szeszest italt még kis mennyiségben se fogyasztson. Ezt helyesen csak úgy lehet elérni, ha gyermeknek még kivételesen sem adunk szeszest italt. Nem lehet pontosan megállapítani, hogy hány éves korig kell a teljes alkoholelvonást keresztülvinni. Attól nem kell félni, hogy az, a ki a szeszt meg nem szokta, később, ha megkóstolta, nehezebben fog ellentállani, sem attól, hogy a tartózkodó intolerans lesz, ha egyszer szeszivók közé keveredik. Ha tekintetbe vesszük, hogy az alkoholisták legnagyobb része degenerált és épen degeneráltsága folytán esett alkoholismusba, azt kell következtetnünk, hogy mindenkit, a kin degeneratiót lehet megállapítani, már ezért egész életére alkoholabstinentiában kell nevelnünk. Hogy felnőtt ember orvosi tanácsból folyólag ne essék alkoholismusba, a szesznek rendelését pontos javallatokhoz kell kötni. Ilyen a hevenyész szívgyengeség, a lázas bajok, a hol az anyagcserenövelő és testfehérjekímélő hatása érvényesül. Rosszul evő, kimerült, gyenge, fájdalmakkal és álmatlansággal küzdő, kedvetlen, egyéb testi bajokban szenvedő betegek is rászorulnak helylyel-közzel a szesz euphoriás hatására. De ott, a hol idült, nem gyógyíthatatlan bajról van szó, többet ér más szívszer, táplálószer, gyomorjavító vagy narcoticum. Fiatal sápadt leányokat ne gyógyítsunk vörösbórral, szoptatóasszonynak nem kell sok sört innia, sőt a *vinum lac senium* is már elvesztette értékét.

Az iszákosság gyógyításának két feladata van. 1. Az iszákos embert az önkéntes önmegtartózkodásra kell nevelni, azaz annyira le kell őt szoktatni az itálról, hogy később a maga akarataiból is ellen tudjon állani. 2. A szesztől eredő testi és psychés elváltozásokat kezelni és gyógyítani kell. Teljes gyógyulásra még súlyos esetekben is van kilátás, de csak megfelelő intézetekben. Minden intézetben kívüli kísérlet csak idővesztés és pénzkidobás. Az intézeti kezelés szükséges volta nem az elfogyasztott szesz mennyiségétől, hanem az általa okozott psychés elváltozástól függ, a mikor a szellemi munka és a kedélyállapot szenved, vagy ha valami szeszből származó szervi baj állapítható meg a belső szervekben vagy idegrendszeren, vagy ha a beteg környezete figyelmeztet nagyobb alkoholfogyasztásra. Arról nem is kell szólni, hogy a psychosis intézeti kezelésre szorul. Az intézetnek zártnak kell lennie, tehát nyílt idegsanatorium, hidegvízgyógyintézet erre semmiképpen sem alkalmas. Könnyű esetek iszákosaslumba valók, de mert ilyen nincsen elég, elme-kórházban is kezelhetők. Súlyos eseteket lehet iszákosság miatt kiskorusítani és azután a gyám kívánságára a beteg akarata ellenére elme-kórházban kezelni.

Ha a beteg az intézetben kellő felügyelet alatt van, az alkoholt egyszerre elvonhatjuk még a legsúlyosabb esetekben is. Az abstinentiás delirium a legnagyobb ritkaság. Atropin-strychnin-befecskendésre a leszoktatás közben intézetben nincs szükség, intézetben kívül ez a szer pedig nem használ. Ugyanez áll azokra a kúrákra is, a melyek utatlatot akarnak kelteni az alkohol iránt, valamint a hypnózisra is. Narcoticumokat ne adjunk, mert a beteg azután ezekkel fog visszaélni. A leszoktatást megkönnyíti sok, kissé megsavanyított folyadék és gyümölcs adása, a nehéz, füszeres ételek kerülése. Az alkoholt még a delirium tremensben is egyszerre vonhatjuk el, az ellenkező eljárás csak pneumoniában jogosult. A

motoros nyugtalanság ellen a felügyeleten kívül hydrotherapiás eljárás ajánlatos. A betegnek ilyenkor is jól tesz a sok mozgás. Elkülönítés csak külön ápoló állandó felügyelete mellett vehető igénybe, narcoticumokkal a szív állapota miatt óvatosan kell bánnunk. A collapsus veszedelme miatt deliriumokban digitalist adjunk.

A csak időnként előtörő dipsomániában otthon is lehet néha eredményt elérni. Ez esetekben teljes abstinenciát kell követelnünk. Ha epilepsia kimutatható, adjunk bromot és tápláljuk jól a beteget. A hirtelen leszokás után az abstinencia megszokása következik. Erre 1—1½ évi intézeti kezelésre van szükség. Nehéz a beteget, a ki egészségesnek és munkaképesnek érzi magát, erre rávenni. Pedig, ha ilyenkor kiengedjük őt, a visszaesés számtani pontossággal bekövetkezik. A nem kiskorúsított beteget nincs hatalmunk erőszakkal visszatartani, itt személyes befolyásoló képességünket kell reá érvényesíteni és a hozzátartozók rábeszélő tehetségét igénybe venni.

A leszoktatásban leginkább psychés tényezők járnak közre; az orvos suggeráló befolyása, az abstinens környezet példája, a rendes élet és a testi munka. A szabad mozgás fontos. Később kísérletképp egy-egy kimenőt is meg lehet engedni, megfigyelve, hogy ilyenkor nem iszik-e a beteg, ha csak keveset is. A visszaesést a beteg psychés magatartásának megváltozása elárulja. Az idült alkoholista eléggé vezethető erélyes, de jóakaró módon, de vigyázni kell, hogy az intézetben vele együtt levő elégedetlen, hysteriás vagy gyengeelméjű betegek ne gyakoroljanak reá rossz befolyást. Ezekről el kell őket különíteni.

A szeszmergezés testi és psychés következményei az abstinencia alatt bámulatosan gyorsan engednek, a Korsakow-psychosis, a neuritises izomsorvadások szépen javulnak. A megjegyzés- és tájékozódásképeséget rendszeres gyakorlatokkal nagyon meg lehet javítani, az affectivitás is javul. Minél jobban fejlődnek vissza ezek a tünetek, annál biztosabban lehet számítani tartós gyógyulásra. De ez csak akkor marad állandó, ha a beteg továbbra is teljesen tartózkodik minden szeszest italtól. Az iszákos számára nem létezik mérsékelt élvezet. A családba való visszatéréskor a házi orvos feladata lesz a felügyelet és a környezet tanítása. A gyógyult alkoholista lépjen be valamely abstinens egyesületbe, például a Good Templar-rendbe, mert a társak suggeráló befolyása jó vezető és a betegre bizonyos megtartóztatást erőszakol. Ma a jobb társadalmi körök megértése is haladt már annyira, hogy a szeszest italtól való tartózkodás nem zavarja meg az illető társadalmi életét. A jötevő egyesületeknek annyiban is hálás szerepük lehet, hogy a szeszivót elviszi attól a foglalkozástól, a mely a szeszszel kapcsolatos, a lakást, a családi állapotot, a gazdasági viszonyokat javítja, a nők gyári munkaidejét korlátozza, háztartásiskolákat szervez, alkoholmentes vendéglőket alapít stb. (Deutsche med. Wochenschrift, 1909. 7. sz.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

A sepsises megbetegedéseknek collargol-klysmákkal való gyógykezeléséről ír Seidel. (Dresden). 100-nál több esetben alkalmazott collargol-klysmákat, melyeknek technikája a következő: a beteg végfelét először szobahőmérsékletű szappanos vagy tiszta vízzel megtisztítjuk, ezután 0.5—1 liter 10/0-os melegített konyhasó-vagy szóda-oldattal óvatosan kiöblítjük; ez öblítés rendkívül fontos, mert csak úgy távolíthatjuk el a bél nyálkáját, mely különben a collargol kicsapódása miatt ennek felszívódását lehetetlenné teszi. Majd 10—15 perc múlva közönséges glycerin-fecskendővel beadjuk a klysmát. Seidel az esetek súlyossága szerint adagolta a collargolt: súlyos akut esetekben 50—100 gm. 50/0-os oldatot, könnyű vagy chronikus esetekben 50—100 gm. 1—20/0-os oldatot alkalmazott eleinte naponta kétszer, majd a javulás beállta után egyszer, de legalább 8—14 napon keresztül. Tenesmus esetén Seidel 8—12 csepp tinctura opii simplexet adott a klysmához, vagy pedig a napi adagot több kisebb részletben alkalmazta.

Tapasztalatait a következőkben összegezhetjük: A collargol-klysmá adagolása után 1—5 óra múlva igen gyakran borzongás, majd erős izzadás vagy nagy hőérzés keletkezik; már az első napokban javul a közérzet, leesik a hőmérsék, eszik a pulusszám, az étvágy és álom visszatér, a baj lokalizálódik. A szervezetnek ezen „mérgetelenítése” után a sebészi lokális beavatkozás következik.

Seidel nemcsak a szoros értelemben vett sepsises megbetegedésekben ajánlja a collargol-klysmák alkalmazását, hanem más

fertőző betegségekből és vegyes fertőzésekben is, mint a milyen a rheumatismus, pneumonia, typhus abdominalis, scarlatina, diphtheria, anthrax, lepra, meningitis cerebrospinalis epidemica, dysenteria, gastroenteritis infectiosa, phlegmone, erysipelas stb. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 31. sz.)

Tóthfalussy.

A laphámrákok kezeléséről ír E. Rehn (Königsberg). Tulajképen csak az arcz laphám-rákjának kezelését öleli fel munkájában és ismerteti Lexer klinikájának álláspontját. Lexer klinikájának tapasztalatai nem igazolják teljesen Clairmont (Bécs) felfogását a basalsejtű ráknak abszolút jóindulatúságáról; Rehn szerint a basalsejtű rák az x-sugarak hatása alatt azért gyógyul gyorsan, mivel ezen rák egyáltalán könnyen hajlik a hegesezésre, a mint azt a thermocauter, kenőcsök vagy maró folyadékok alkalmazásakor, sőt spontán is észleljük. Lexer szerint az x-sugaras therapia csak azon operabilis daganatokban engedhető meg, melyek bizton basalsejtű rákok és melyek nyirokmirigymetasztasist még nem okoztak. De ekkor is bizonytalan a gyógyeredmény. Először, mivel a hegeképzés az x-sugaras therapia nyomán még nem biztosít bennünket a recidiva ellen; másodsor, mivel régi egyszerű eljárásunkkal, a rákos gócz kiirtásával 100 eset közül 96-ban biztosan, a recidiva veszélye nélkül gyógyítjuk meg betegünket. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 4. szám.)

Gergő.

A túlnyomású és alacsony nyomású (Ueber- und Unterdruck) eljárás viszonyát a légzéshez, az arteriosus és venosus vérnyomáshoz és a mellkas állásához vizsgálták L. Dreyer és K. Spornan (Breslau) experimentálisan a legkülönbözőbben felvett kísérleti berendezés mellett. Azon eredményre jutottak, hogy az új és tökéletes berendezések igénybevételével a túlnyomású és alacsony nyomású eljárások között physiologice azoknak a szervezetre való hatásában különbség nincsen. A gyakorlatban a breslauer klinika tapasztalatai szerint (Prof. Küttner) a túlnyomású eljárás az ajánlatosabb. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie, 60. k. 1—2. f.)

Gyermekorvostan.

Thymus-hypertrophia folytán hirtelen beállott halál esetét mutatta be a párisi „Société de pédiatrie” 1908 december 15.-i ülésén Guinon és Simon. A jól fejlett és jól táplált 8½ hónapos leánygyermek (7900 gm.) halála előtt körülbelül 3 héttel fuladás-rohamokat kapott. Rachitise nem volt, a peribronchiális mirigy-túlnagyulás kizárható volt. Nyugalomban a légzés tökéletes, a gyermek nem „húzó”. Siráskor éles stridoros hang hallatszik és mély behúzóadás támad a mellkas alapján. Légzési hiányt, cyanosist nem észleltek a bemutatók. A mint a gyermek megnyugodott, megszűnt a stridor. A gyermeket 3 napi kórházi észlelés után hazavitte anyja, s ez után két napra a gyermek hirtelen meghalt egy fuladás-roham közben.

Bonczoláskor kiderült, hogy a thymus igen nagy volt, felülete 6 × 7 cm., súlya 30 gm. s mint egy harmadik tüdőnek tetsző képlet feküdt a sternum alatt. A pericardium-nak nagy részét fedte, jobb- és baloldalt a tüdők alá terjedt, a vena cava sup.-ra közvetlenül ráfeküdt, és széleivel a két nervus phrenicust 4—6 cm.-nyi darabon kísérte. E nagy thymus az életben a fej és nyak mozgásai, légzési erőlködések, sirás közben bizonyára nyomást gyakorolt mindenre, a mit körülvevett, így a tracheára, nagy erekre, szívre, s a nervus phrenicosokat is nyomta. Úgy látszik, hogy ez utóbbiakra gyakorolt intermittáló nyomás miatt állottak elő a fuldoklás-rohamok, majd a halál. A bemutatók hasonló esetekben a thymus műtéti eltávolítását ajánlják.

Marfan hozzászólva ez esethez, úgy találja, hogy a stridor inspir. cong.-esetek legtöbbször oka a nagy thymus. A nélkül, hogy tagadná más előidéző ok lehetőségét, felveti a kérdést, hogy azon esetekben, a melyekben a larynx bemeneti nyílásának deformációját látták mint a stridor insp. cong. okát, ezen elváltozás nem egyszerű következménye-e a chronikus dyspnoének, mely a nem ellenálló szövetekre hatva, azokat esetleg deformálja. (Bulletin de la société de Pédiatrie de Paris, 1908.)

Koós dr.

Igen hosszú lefolyású s végül gyógyult cerebrospinalis meningitis-esetet mutatott be Debré a párisi „Société de Pédiatrie” decemberi ülésén. A 8 éves lány hirtelen hányással betegedett meg, erős fejfájás, tarkómerevség és magas láz követte

csakhamar a kezdeti tüneteket. Nehány nap alatt tökéletes sükettség fejlődött ki. A betegség magas lázak kíséretében több ízben kiújult, míg 11 hónapi lefolyás után a beteg meggyógyult, sőt hallását is jórészt visszanyerte. A beteg 3 ízben végeztek lumbalpunctiót, s az utolsó alkalmával 10 cm³ collargolt fecskendeztek a gerinczsátornába. A bemutató észlelései szerint ily elhúzódó cerebros spinalis meningitis-esetek nem ritkák. Ezekben gyakoriak a hosszabb láztalan, javulást mutató időszakok. A betegség folyamán igen nagyfokú a test lesoványodása. A szövödmények sokszor már a betegség heveny időszakában jelentkeznek, de gyógyulhatnak, sőt határozott hajlamuk van a gyógyulásra, a mint azt a bemutatott eset is bizonyítja. (Bulletin de la Société de la Pédiatrie de Paris, 1908.)

Koós Aurél dr.

Fizikai gyógyításmódok.

Forró fürdőnek az olyat nevezi *Baelz* (Stuttgart-Tokio), a melynek hőfoka a vér hőmérsékénél, tehát 37 C⁰-nál magasabb. Tapasztalása szerint forró fürdőkkel azonban csak akkor érünk el teljes hatást, ha 40 foknál melegebbek és ha tartamukat fokozatosan 10—30 perczre növeljük. Japánban szerinte naponként átlag félmillió ember fürdik 42—45 fokos vízben. Európai embernek ez eleinte rettenetesnek tűnik, de azért Kusatsu kén- és sósavas forró fürdőit számos európai is látogatja. Az ezen helyen divó kúra nagyon megerőltető és néhány hét alatt az egész testen genyes kiütést okoz. Említi, hogy egy leprás amerikai nő ezen 45 fokos fürdőkben, melyeknek mindegyikében 600 gm. szabad só- és kénsav van, 100 nap alatt — igaz, hogy mindig csak 3—3 perczig — 600-szor fürdött és baja ezek után néhány hét alatt lényegesen megjavult.

40 fokos 15 perczig tartó fürdőben az ember élénken érzi a forróságot, feje izzadni kezd, a vér hőmérséke körülbelül 1 fokkal emelkedik, az érelkések száma 90—100, a pulsus telt s a verőerek hűdöttek. A sphygmomanometer ilyenkor meredek görbét rajzol, mely gyakran dicot jellegű, s a melyen az ér falainak rugalmasság okozta kilengései hiányzanak. A légzés valamivel szaporább lesz, az egyes lélekzetvételek pedig mélyebbé válnak.

Igen forró, 42 C⁰-nál melegebb fürdőbe lépve, az érzés az első pillanatokban olyan, mintha hideg vízbe lépnénk, a bőr eleinte elhalványul, lúdbőr képződik, az érelkés és a légzés ritkul. Rövid idővel erre forróság érzése mutatkozik s a vér hőmérséke gyorsan emelkedik. (Egy japáninak hőmérséke 48 fokos fürdőben 7 percz alatt 37-ről 40.7-re emelkedett.) Az érelkések száma 100—120-ra emelkedik. A pulsus telt, hulláma magas, a halánték verőerei megduzzadnak és kanyargóssá válnak. A légzés mellkasi jelleget ölt és fokozatosan erőltetettebbé válik. A bőr élénk piros s a fürdő befejezése után, mely hőmérsékéhez képest 3—10 perczig tart, skarlátvörös szokott lenni. Ekkor bőséges, kellemes izzadás indul meg és a vér hőmérséke, mely a fürdő befejezése után rövid ideig még továbbemelkedik, az izzadás megindulásával süllyedni kezd és 1/2—1 óra alatt eredeti fokát éri el.

Baelz azt tanácsolja, hogy a fürdőhelyiséget folyton szellőztetni kell és hogy a fejre csak akkor rakjunk hűvös borogatást, ha a fejben kellemetlen nyomó érzés és forróság mutatkozik. A fej lehűtését a fürdés kezdetén ártalmasnak mondja, sőt ellenkezőleg azt tanácsolja, hogy a fejet a fürdés előtt annál inkább kell forró vízzel locsolgatni, minél melegebbnek készül a fürdő, mert a fejben azzal, hogy a test többi részét forró víz éri, nem vérbőség, hanem anaemia keletkezik. A bőr és a végtagok véreire tudniillik a forró víz hatására gyorsan kitágulnak s a belső szervek vértartalma ennek következtében csekélyebb lesz: a has körfogata megkisebbedik, a czomboké pedig nagyobb lesz, a vizen kívül maradó fej pedig még többet szenved a véreloszlás gyors változásától, mint a vízben elmerült mélyen fekvő szervek. De ezt megelőzhetjük azzal, hogy a koponya véreire már a fürdés előtt kitágítjuk. Japánban a fürdőmester senkit sem ereszt a fürdőbe, ki fejére 100 merítőkanál forró vizet nem öntött. Azt, ki ezt megteszi, sohasem környékezi a fürdőben ájulás vagy szédülés. Felemlíti még, hogy a forró fürdőt ülve jobban és hosszabban lehet elviselni, mint fekve és hogy a vízből kijövet a vérnek a test mélyebb részeibe való süllyedése következtében esetleg mutatózó gyengeséget vagy szédülést merev hátrahajlással gyorsan megszüntethetjük. Ilyenkor kellemes és üdítő, ha a testet hideg vízzel öntözik. Attól nem kell tartanunk,

hogy forró fürdő után meghűlhetünk, mert a bőr véreire ilyenkor hűdöttek és hideg ingerre nem tudnak reagálni. Testünk a forró fürdő után csak némi idővel jut olyan állapotba, a melyben meleg fürdő után van, hogy felületes véreire tudniillik nem hűdöttek, hanem csak elernyedtek. Ilyenkor ezek már összehúzódhatnak, ha a bőrt hideg éri, tehát ekkor már nem vagyunk a meghűlés ellen védve. Majd minden embernek van ugyanis az izomzatában, a savós vagy nyálkahártyáin valamely e tekintetben érzékeny része, mely hirtelen keletkező vérkeringési zavar következtében megbetegedhetik.

A forró fürdők szívbaj, vérelermeszesedés, igen ingerlékeny idegrendszer, szervi idegbaj, lázas betegség, tuberculosis és diabetes eseteiben nem tesznek jót. Scrophulosis esetén a tengeri, tó- és napfürdők szerinte kedvezőbben hatnak, mint a forró fürdők. Ellenben heveny és meghűlés — izom- vagy ízületfájdalmak, nátha, torokhurut, bronchitis és diarrhoea — eseteiben a forró fürdés igen eredményes. Kivált, ha az izzadást a fürdő után pokróczozással is elősegítjük, sőt azt még 1/2—1 gramm aspirinnal is fokozzuk.

Igen jó hatású a forró fürdő kivált esűz, köszvény, lues, továbbá pseudocroup, emphysema, idült bronchitis, asthma, acut vesegyulladás, idült izzadmányok eseteiben és menstruációs fájdalmak ellen. Ezen fürdők a szerző tapasztalása szerint gyermekek capillaris bronchitise és bronchopneumoniája esetén meglepő kedvező hatásúak. Nem ismer — úgy mond — olyan gyógyító eljárást, a mely ezen esetekben hasonló jó hatású volna, mint a forró fürdő, a melyet ezen bántalmak esetén a láz daczára is alkalmazott. Ez esetekben egy-két 3—10 perczes fürdő rendszeren elég ahhoz, hogy a kívánt eredményt elérjük. Legjobb, ha a fürdőt ez esetekben 38 C fokosnak készítjük és a hőmérsékét fokozatosan 40—42 fokra emeljük. A gyermeket félig ülőhelyzetben tartjuk a vízben, úgy, hogy a tarkó és a mellkas elülső része ne merüljön el. Ezeket a részeket mély belégzés kiváltása céljából hideg vízzel locsoljuk s a beteget, a mint a vízbe merült testrészek bőre élénkpírossá válik, a fürdőből kiveszszük. Az a körülmény, hogy az ilyen betegek érverése esetleg gyatra és hogy bőrük szederjes, nem tiltja a forró fürdők alkalmazását, sőt azokat még annál is inkább ajánlatossá teszi, mert a fürdő ezen fajtája eme jelenségekre is kedvező hatást gyakorol s a láz is csökkenni szokott a fürdő után. (Monatsschrift für physik.-diät. Heilmethode, 1909. 1. szám.)

Lenkei V. D. dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A serumbetegség (exanthema, mirigymegnagyobbodás, láz stb.) ellen *Gewin* a chlorcalciumot ajánlja. 20 cm³ serum befecskendezésekor 1, 10 cm³ befecskendezésekor pedig 1/2 gramm chlorcalciumot ad a szájon át. Tapasztalatai szerint ezzel az eseteknek többségében megakadályozható a serumbetegség jelentkezése; ha pedig mégis beállanak e betegség jelei, sokkal enyhébbek. A hatás-módot értelmezni nem tudja. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 51. szám.)

Nátha ellen *Schmidt Chr.* a coryzol nevű szert ajánlja, a mely tulajdonképpen nem egyéb, mint a formalin és az eucalyptusolaj elegyítése útján nyert és bizonyos módon állandóvá tett emulsió. Ebből 15—20 csepp öntendő zsebkezdőre és a felszálló gőzök mélyen belégzendők naponként többször. Nem csupán egészen friss, kezdődő, hanem már teljesen kifejlődött esetekben is eredményes ezen eljárás. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 52. szám.)

Tabeses krízis ellen *Röhmer* adrenalin használt 5 esetben, a melyek közül 3 gyomorkrízis volt, 1 végbélkrízis és 1 gégekrízis gyomorkrízissel szövődve. 1⁰/₁₀₀ adrenalin-oldathól 4—6 cseppet adott 20 cm³ vízben, és pedig a gyomorkrízises esetekben a szájon át, a végbélkrízis-esetben pedig klysma alakjában, a végbélnek előzetes kimosása után. Az 5 eset közül 4-ben a fájdalom, az égés és a hányás 15—30 percz alatt megszűnt és több órán át nem is jelentkezett újból; az adrenalinak naponként 3-szor adása esetén véglegesen megszűnt a roham. Az 5. esetben szintén csökkent a fájdalom, csak hogy az illető beteg mégis csak inkább a subcutan adott morphiumpot kérte, mert a kedvező hatásáról előző tapasztalatai alapján erősen meg volt győződve. (Ref. La semaine médicale, 1909. 2. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 11. szám. *Salgó Jakab*: A terjedő hűdéses elmezavar lefolyási módjai. *Fürész Jenő*: Erdekesebb esetek a syphilidologia köréből.

Orvosok lapja, 1909. 11. szám. *Hausner József*: Az ulcus ventriculi rotundum, különös tekintettel az újabb kezelésmódokra.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 10. szám. *Brezovszky Emil*: A luesnek kénesóval való belső orvoslásához. *Kalmár Ármán*: A has- és méhfal átszúrt sebzése a méhmagzat szűrt sérülésével; gyógyulás. „Urologia” melléklet, 1. szám. *Blum Viktor*: A hólyagdaganatok kör- és gyógytanáról. *Remete Jenő*: Tapasztalataim a prostata-hypertrophia operatív orvoslása terén. *Weisz Ferencz*: A vizeletretentiónak ritkább esete.

Vegyes hírek.

Mann Jakab dr., a szegedi bábaképző intézet igazgató-tanára, a napokban töltötte be igazgatói működésének 25. évét. Ezen alkalomból ő felsége az udvari tanácsosi címmel tüntette ki.

Plichta Soma dr. királyi tanácsos, tiszteletbeli megyei főorvos 50 éves orvosi jubileumát április hó 4-én tartják Losonczen.

Kinevezés. *Munk Béla* dr.-t Nagyváradon a magyar államvasutak igazgatósága orvosi tanácsadójává nevezte ki. — A somogy megyei kaposvári központi szemészeti osztályának vezető orvosává *Schäffer Károly* dr.-t nevezték ki.

Választás. *Székelty László* dr.-t Czibakházán községi orvossá választották.

Egyetemi alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán. Az I. sz. sebklínikához: *Mező Béla* dr. díjazott műtőnövédeknek. A II. sz. sebklínikához: *Obál Ferencz* dr. második tanársegédnek, *Fonyó János* dr. díjazott műtőnövédeknek. Az I. sz. nőklínikához: *Szénágy József* dr. díjas gyakornoknak. A II. sz. nőklínikához: *Tóth István* dr. magántanár adjunktusnak és *Balogh Andor* dr. díjas gyakornoknak (mindkettő meghosszabbítás). A törvényszéki orvostani intézetbe: *Gyulay Elemér* dr. I. tanársegédnek (meghosszabbítás). A II. sz. anatómiai intézetbe: *Tóth Zsigmond* dr. I. tanársegédnek és *Hets Endre* díjas gyakornoknak (mindkettő meghosszabbítás). A közegészségügyi intézetbe: ifj. *Fillingner Ferencz* dr. díjas gyakornoknak (meghosszabbítás) és *Dienes Lajos* dr. díjas gyakornoknak. Az I. sz. kórboneczolástani intézetbe: *Neuber Ernő* díjas gyakornoknak. Az általános kórtani intézetbe: *Hári Pál* dr. magántanár I. tanársegédnek (meghosszabbítás). A gyógyszerintézetbe: *Probstner Arthur* és *Hamburger Erzsébet* díjtalan gyakornoknak. A bőrkórtani intézetbe: *Levitzky Károly* dr. díjtalan gyakornoknak. A stomatológiai klinikához: *Salamon Henrik* dr. I. tanársegédnek (meghosszabbítás) és *Faiszl Ferencz* díjas gyakornoknak.

Az Orvosi Kör országos segélyegyesületébe befolyt összegek. Alapítványt tettek: Novotny Lajos dr., kir. tanácsos 100 koronát, Lövy Ede 50 koronát. Tagsági díj címén fizettek az 1906—8. évre 12 koronát: Czako Zsigmond, Mészáros Gábor, Király István. Az 1907—9. évre 12 koronát fizettek: Brunner Lajos, Thassy Gábor. Az 1907—8. évre 8 koronát fizettek: Duschnitz Emil, Keith Károly, Löte Lajos, Halász István. Az 1909—10. évre 8 koronát fizetett: Kotucs János. Az 1907. évre 4 koronát fizettek: Hörli Péter, Duchon János, Adler Béla, Borlován Péter.

Az 1908. évre 4 koronát fizettek: Strelinger Sámuel, Sternberg Géza, Bakesy Domokos, Mosánszky Titusz, Csáp N., Cseresnyés Emil, Czukor Lajos, Bruch Ferencz, Buday Kálmán, Bertalan Pál, Breuer Sándor, Dragits Imre, Décsi Mór, Dabasi Márton, Dabasi Ödön, Clementis Géza, Schmidt László, Szalay Béla, Szél Manó, Sulkovszky József, Mór Mihály, Hieronymi Géza, Göbl József, Erényi Béla, Bradách Antal, Andreánszky Jenő, Bernolák József, Velits Antal, Zsigmondy Zoltán, Maszák Elemér, Ludvik Endre, Kácsor Károly, Holländer Hugó, Hints Henrik, Fay Aladár, Dóczy Imre, Diescher Ferencz, Bolgár Béla, Klár Manó, Mauks Károly, Lányi Izsó, Khoór Dezső, Balásfy Géza, Austerveil László, Fehér Henrik, Chudovszky Móricz, Fekete József, Fodor Ignác, Glücksthal Adolf, Genersich Antal, Gellényi Miksa, Gröner Adolf, Adler Jakab, Hering Miklós, Heinrich Adolf, Szilágyi János, Jankura Iván, Unger Mátyás. *Katona József* dr.

A budapesti VI. kerületi orvostársaság a napokban tartotta meg rendes évi közgyűlését *Demkő Béla* dr. tisztiorvos elnöke alatt. A titkári jelentésből kitűnt, hogy az orvostársaság hathatós tevékenységet fejtett ki úgy a közegészségügyi, mint az orvostársadalmi kérdések terén. Azonkívül jelentékenyebb segélyt szavazott meg a budapesti orvosok segélyező egyesületének és az Országos Orvos-Szövetség özvegy- és árvasegítő alapjának. Programjába felvette a fővárosi fűrdőügyi politikájának hathatós támogatását és az öszre tervezett nemzetközi orvosi congressus ügyének felkarolását.

Meghalt. *Berkovics Miklós* dr., a nagyváradai orvosi kar egyik kitűnőse, hosszas betegség után e hó 12. én. — *Náray Pál* dr., körorvos Pécsváradon 79 éves korában. — *Steer Miklós* dr., kassai orvos 66 éves korában. — *Th. Wakley* dr., a *Lancet* kiadója és tulajdonosa, Londonban, 57 éves korában, márczius 13. án. — *A. Boursier*, a nőorvos tanára Bordeauxban. — *H. F. Routh*, hírneves gynaekologus 87 éves korában Londonban. Az elhunyt egyike volt az elsőnek, a kik Semmelweis tanát felkarolták.

Kisebb hírek külföldről. *Hoffmann* dr., a törvényszéki orvostan tanára a müncheni egyetemen, állásáról lemondott. — *Lukjanov* tanárt, az ismert szt. pétervári pathologust, a szent synodus főprokurátorává nevezték ki. — A palermói egyetemen a szemészeti tanszéket *G. Lodato* dr. sienai rendkívüli tanárral töltötték be. — *H. Noesske* kieli docenst (sebészet) a tanári címmel tüntették ki.

A német ideggyógyosok társulata harmadik összejövetelét Bécsben tartja szeptember 17-én és 18-án. Discussióra a következő két kérdést tűzték ki: 1. A szívinferosok tana; referensek: *Romberg* (Tübingen) és *A. Hoffmann* (Düsseldorf). 2. Idült organikus agy- és gerincvelőbajok trauma után; referens: *Schultze* (Bonn).

A berlini egyetemen megváltoztatták az orvosdoktori felavatás eddigi rendjét s teljesen kiküszöbölték belőle az elavult régi formákat. Az eddigi felavatási ünnepélyesség valóban nem volt teljesen hiány a komikumnak s így csakugyan reá szorult a reformra. Különösen komikus volt az úgynevezett disputatio, a mely abban állott, hogy a felavatandó három vagy több általa megjelölt tudományos tétel megvédésére késznek nyilatkozott. Eredetileg minden egyetemi polgárnak jogában állott ebben a szellemi párbajban részt venni s a felavatandó tudását kérdéseivel és ellenvetéseivel próbára tenni, de ez a szabadság gyakran igen kényelmetlen helyzetbe hozta a candidatum s ezért hovatovább az a szokás kapott lábra, hogy a felavatandó pár barátját kérte fel opponenseknek, a kikkel már jó eleve megbeszélte a teendő ellenvetéseket s a reá adandó feleleteket. Pár percz múlva az opponensek teljesen legyőzöttek jelentették ki magukat, mire a dékán latin beszéd kíséretében doktorrá avatta a candidatum. Nem egyszer történt meg, hogy a felavatandó azzal tréfálta meg a barátait, hogy előre meg nem állapított súlyos természetű ellenvetésekkel és fogós kérdésekkel hozták zavarba. Ilyen esetekben rendesen a dékán játszotta a gondviselés szerepét, a mennyiben a sarokba szorított jelölt bajának azzal vetett véget, hogy a disputatiót befejezettnek nyilvánította. Az új szabályzatban a disputatiót teljesen kihagyták, a felavatás nem is az aulában, hanem a tanácssteremben megy végbe s a dékán többé nem jelenik meg talárban, hanem csak feketében. A doktori eskü új szövege a következő: „Fogadom és ígérem, hogy az orvostudományt mindig becsülni fogom s erőmhöz képest elő fogom mozdítani, s hogy kötelességemet úgy a betegekkel mint kartársaimmal szemben humánus érzülettel, híven és lelkiismeretesen teljesíteni fogom.” Együttal leszállították a promotiós díjakat 440 márkáról 300-ra, illetőleg (a külföldiekre nézve) 600 márkáról 500-ra.

A lecithin-készítmények leginkább kielégítik a szervezet természetes phosphorszükségletét. Normaliter elég az organismusnak annyi phosphor, a mennyit a felvett növényi és állati tápszerek lecithinből áthasonít. Ellenben neurastheniában, hysteriában nagy a phosphorvesztés (phosphaturia), scrophulosiban, rhachitisben, tuberculosisban szintén hiány van phosphorban. Ilyenkor alkalmazandó a tojássárgájából előállított glycerophosphat (a lecithin), a mely mint lecithines csukamájolaj (Ol. Jecoris Asell. c. Lecithino s. Richter), mint „Lecithine granulée Richter”, mint Lactolecithin R., Lecithinol (injection) és tablettákban rendelkezhető. A lecithinek a testsúlyt gyorsan növelik. Újabban a Richter-féle bromlecithin-tabletták neurastheniában és anaemiában kittingően válnak be. A jodlecithin alkalmazása főleg ott indokolt, a hol jod hosszabb ideig adagolandó.

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

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

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

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete.

Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógymódok.

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

Elektromágneses intézet Budapest, VII., Városligeti Fásor 15. sz. Gyógytényezők: D'Arsonval-, Elektromágnes-, Sinusoidal-, Galvan-, Farad-, Franklin-, Leduc-áram. 4 cellás villanyfürdő. V. forróleghűs. Vibr. massage. Prospectus. Vezető orvos: **REH BÉLA** dr.

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

Orvosi laboratórium és cukorbeteg toleranciájának meghatározása Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktoyon-tér). Telefon 26-96.

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. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1909 márczius 15.-én.) 229. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (IX. rendes tudományos ülés 1909 márczius 6.-án.) 229. l. — Közkórházi Orvostársulat. (I. bemutató ülés 1909 január 27.-én.) 230. l. — A budapesti kir. orvosegyesület dermatológiai és urológiai szakosztályának ülései. (Rendes ülés 1908 február hó 24.-én.) 232. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

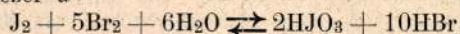
(III. osztály ülése 1909 márczius 15.-én.)

Elnök: Entz Géza. Titkár: König Gyula.

Orvosi érdekű értekezés volt a következő:

Bugarszky István 1. tag és **Horváth Béla**: A jodidok és a szín-jod mennyiségi meghatározásának új módja. Az új eljárással rendkívül kicsiny jodmennyiségeket lehet chloridok és bromidok jelenlétében igen egyszerűen meghatározni.

E módszer a



reversibilis reakción alapszik. A tömeghatás törvénye szerint, ha gondoskodunk arról, hogy a bromnak koncentrációja a jod koncentrációjához képest igen nagy (legalább 200-szor nagyobb) legyen, a jod abszolút koncentrációja pedig elég kicsiny (nem nagyobb 0.0005 molnál literenként), akkor a folyamat a felső nyíl irányában gyakorlatilag teljesen lefolyik. Ha a reactio-elegyből egy óráig tartó 100°-on való állás után a bromot forralással teljesen elűzzük, akkor jodkalium hozzáadására és kénsavval való megsavanyítás után az eredeti jodmennyiségnek hatszorosra válik ki, a melyet natriumthiosulfat-oldattal megtrálunk.

Eljárásuknak az eddig kidolgozott és használatban levő eljárásokkal szemben érzékenységen kívül az is az egyik nagy előnye, hogy segélyével ivóvizekben, ásványvizekben és tengervízben a jodmennyiség közvetlenül meghatározható és az illető víznek a vizsgálat megejtése céljából való előkészítése teljesen fölösleges. Eljárásukkal a szerzők meghatározták néhány ismertebb ásványvíznek a jodtartalmát. A málnási Mária-forrás nevű vízben 770/0-át, a csizi vízben 630/0-át találták meg annak a jodmennyiségnek, a melynek a palaczk jelzése szerint jelen kellene lenni. Ellenben a lipiki vízben csak 30/0-a van jelen az ígért jodmennyiségnek. Módszerük segélyével a Quarnero vízének a jodtartalmát is meghatározták és 1 liter tengervízben kerekén 7 századmiliigrammnyi jodot találtak. A tengervíz jodtartalma tehát rendkívül csekély s az egész vízmennyiségnek csak mintegy 7 századmiliomod részét teszi ki; míg ehhez képest a chlornak mennyisége, koncentrációja milliószor nagyobb.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(IX. rendes tudományos ülés 1909 márczius 6.-án.)

Elnök: Preisz Hugó. Jegyző: Entz Béla.

Cukorvizeléssel járó csecsemőkori eczema.

Berend Miklós: Anyatejtáplálás mellett támadt idült általános eczémának hirtelen gyógyult esetét ismerteti; a felvételnél szívgyöngöség és cukorvizelés volt kimutatható.

Már másodszor észleli osztályán, hogy lactosuria volt idült eczema mellett. Első ilyen betege az eczema elég hirtelen meggyógyulása után váratlanul halt el.

Ma már nem tekintjük a csecsemők constitutionális eczémáját lokális bajnak, tudjuk, hogy veleszületett rendellenességen alapszik, vagy a táplálkozás rendellenességére vezethető vissza.

Az eczema kórtanát még sok homály borítja, különösen rejtélyes volt eddig az úgynevezett eczemahalál, vagyis az, mikor egész hirtelen és váratlanul hal el az eczemas gyermek, akárhányszor kezelés közben, a mi megindokolja a nép félelmét az ótvár kezelésétől.

Az ilyen halálesetek egy részében (Bernheim, Czerny) indokolt annak a felvétele, hogy ha hirtelen teljesen záró védőköttessel borítjuk az ótváros területet, a nyílt sebet zárttá alakítjuk át, s így toxikus termékek hirtelen felszívódása folytán állhat be a halál.

Más esetekben valószínű a sepsis felvétele. Feer, a ki az

ilyen esetekkel legtöbbet foglalkozott, az ú. n. status lymphaticusnak tudja be az eseteket; az előadó nem találja bebizonyítotttnak e nézetet.

Tudva, hogy a csecsemőkori lactosuria akárhányszor a leg súlyosabb intermediaer anyagcsere-zavar jele, tekintetbe véve a bemutatott esetben fennállott szívgyöngöséget, igen valószínűnek tartja, hogy az eczemahalálesetek egy része ilyen lactosuriával és vér-gyöngöséggel járó, tehát az anyagcsere kóros elváltozásán alapuló folyamat.

A mellkasi aorta aneurysmájának perforációja a vena cava superiorba.

Engel Károly: A 44 éves férfibeteg egy hét előtt egy éjjel igen megduzzadt az arc, a nyak, a mellkas és mindkét felső végtag, kivált a jobb. Ugyanakkor kellemetlen feszülési érzés jelentkezett fejében és nyakában, majd légzési nehézség is mutatkozott.

A beteg mellkasi aneurysma tünetei mellett (intenzív tom-pulat a szegycsont markolatának megfelelőleg és kétoldalt, főleg jobb felé, e tájéknak lüktetése kivált előrehajlaskor, hosszú, lassú systolés zöreje az aorta hallgatódzshelyének megfelelőleg; Röntgen-átvilágításkor a középárnyék erős kiszélesbedése jobb felé éles ívszerű szélel) az arcnak, a nyaknak, a mellkasnak cyanosisa és vizenyője van jelen. A mellkason és a háton számos kanyargó gyűjtőér. Két kórfolyamatról lehet szó: 1. a vena cava superior compressió thrombosisáról és 2. aneurysmának perforációjáról a vena cava superiorba. Az utóbbi mellett szól a pangásos tüneteknek hirtelen létrejötte, nagy foka, valamint egy a nyak jobb felén levő, egészen felületen gyűjtőérnek systolés lüktetése.

A tüdőgümőkór fizikai diagnostikájáról. II. Percussio és auscultatio, különös tekintettel a korai diagnózisra.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: Az előadó ez alkalommal folytatta a kir. Orvosegyesület f. é. január 9.-i ülésén megkezdett fejtegetéseit a tüdőgümőkór finomabb fizikai diagnostikájáról. Elmondotta, mily tarthatlan manapság már az az álláspont, mely a kezdődő gümös tüdőbajt a pozitív bacilláris lelet konstatálásával akarja diagnostizálni. Ez alapon legtöbbször már nem a bántalom valódi kezdetét fedezi fel a vizsgálat, a mi természetes, mert a Koch-bacillus megjelenése a köpetben tüdőváladékot tételez fel, a mi a betegség kezdetén sokáig hiányozhatik, s mi több, olyan tüdőváladékot, melyhez elfolyósodott sejtrészek keveredtek. A colliquatiós nekrosis pedig már szövetroncsolás eredménye.

Más utak kellene tehát a tüdőgümőkór valóban korai felfedezésére s ezek között legbiztosabb és mai finomsága mellett már nagyon érzékeny a fizikai diagnostika, nevezetesen első sorban a megfelelő percussio.

Részletesen kifejti ezután a gyöngye és halk kopogtatás előnyeit, főleg a subtilis tüdőcsúcs-vizsgálatkor. Ismerteti Krönig és Goldscheider tanárok módszereit, foglalkozik a Plesch-féle ujjtartással, az ujjhegy-percussióval, a palpatorius (érzési) és respiratorius kopogtatással stb. Leírja a Krönig-féle csúcskopogtatási leleteket, a Goldscheider-féle pontszerű kopogtatással (ujjal ujjon vagy ujjal üvegboton perkutálva) elérhető csúcskörvonaloazást, kimutatja, hogy e két nagy hive a halk kopogtatásnak, bár látszólag különböző, lényegileg mégis megegyező eredményre jutott, mert methodikájuk alapelve egyformán helyes volt.

Képét adja azután az egészen kezdeti kopogtatási tüneteknek, anatómiai és pathologiai indokoló magyarázatokkal kísérvé fejtegetéseit. Majd áttér a korai diagnózisban is szereplő activ mobilitásbeli változások tárgyalására, a Korányi-féle gerincoszlop-kopogtatás hasznára tüdőgümőkórban s végül a trigonum paravertebrale percussió tünetét ismerteti, beleszöve mindenütt saját észleleteinek és tapasztalásainak eredményét.

Az auscultatio fejezetében mindenekelőtt az ép és kóros zörejek fizikájának újabbnál haladásával s ezek keretében *Marek* budapesti állatorvosi főiskolai tanár kísérleti eredményeivel foglalkozik. Utóbb az auscultatio methodikáját és az egészen initiaális hallgatási tüneteket taglalja tüdőgümőkórban. Kifejti a gyöngült légzés, a normálisnál élesebb, érdes légzés, a saccadált lélekzés s a megnyúlt kilégzési zörejt jelentőségét s a franczia álláspontra helyezkedik, mely szerint az inspirium külön beható megfigyelése a legkezdetibb auscultatiós tünetek fölfedezésének az alapja. A jelzett initiaális symptomák fizikai magyarázatát is törekszik megadni.

Végül a tüdőcsúcsi hangzásnak, a közönséges és suttogó beszédhang mellkasfali hallgatásának jelentőségével foglalkozik úgy a kezdeti, mint a gyógyuló tüdőgümőkór eseteiben.

Az előadást számos kép vetítése kísérte, melyekkel az előadó a mondottakat részben neves külföldi és hazai szerzők, részben saját tapasztalatai alapján demonstrálta.

Terray Pál: A phthisis kezdeti szakának diagnosisa néha nehéz, mert a csúcs tünetek kezdetben nem kifejezettek. Ezért a fizikai vizsgálatok maguk nem is elegendők és kénytelenek vagyunk segítségül venni más diagnostikai segédeszközöket is. Nehéz kezdetben a diagnózis azért is, mert néha más kezdő tünetek (dyspepsia) leplezik, úgy hogy az orvos észlelésképtességétől, észlelésétől, gyakorlottságától függ, milyen gyorsan ismeri fel a lappangó gümőkört. Minthogy sokszor köpet nem áll rendelkezésre, vagy a lelet negatív, és mivel Röntgen-kép készítésére, tuberculin-injectióra nincs mód és alkalom, az orvos legtöbbször arra van utalva, hogy a körelőzmények alapján és fizikai vizsgálattal döntse el, van-e fertőző tüdőbaj vagy nincs. Különös technikára van szükség, hogy az orvos fellelje, percipálja és értékesítse a tüneteket és a technikát jól be kell gyakorolni.

Melyik tüdőcsúcsban kezdődik a gümőkór? A kórboneczolók sem tudták eldönteni. Többet ér a klinikai észlelés. A szülő azt találta, hogy a gümőkór gyakrabban és korábban támadja meg a jobb csúcsot mint a bal. Hamarabb ismerhető fel a csúcs hurut hallgatódzással, mint kopogtatással. A sipolás vagy nyikorgás a kulcsfeletti árokban és a tövis felett, ha állandó, egyoldali s különösen ha a belégzés tetőfokán hallható legjobban, fontos és korai tünet. A ropogó szörtyzörejek percipálása nehéz, mert igen gyérek. Továbbá a belégzésnek érdekesebb válása, a kilégzésnek hangosabb és nyújtott volta is jellemző. Az érdes belégzést kórosnak tartják. A szülő is nagy jelentőséget tulajdonít neki, de egyedül nem tartja bizonyítónak a tüdőcsúcs gümőkóros tömörülésére, mert más is okozhatja, pl. porbelégzés. Ha más jelenségek is kapcsolódnak hozzá (hangos, megnyúlt kilégzés), már inkább bizonyít.

Gondolni kell azonban azon lehetőségre, hogy ezen tünetek visszafejlődő hörgőhurut maradványai lehetnek. Saját tapasztalatai alapján kiemeli a szülő, hogy influenzában gyakoriak a felső lebeny hurutjai, melyek visszafejlődnek; ennek számbavétele megmenthet a diagnostikai tévedéstől.

A gyengült légzés a csúcsban már akkor észlelhető, a mikor a kopogtatási hang megváltozása még nem konstatalható.

Szabályank tartja a szülő, hogy ha a belégzés gyengült, akkor a kilégzés is gyengült szokott lenni, annyira, hogy alig hallunk valamit. A szakadozott légzés, ha állandó, a tüdőcsúcs hurut tünete. Csak az fogja felismerni korán a gümőkört, a ki gondosan vizsgálja mindkét tüdőcsúcsot és szimmetriásan percipál és auscultál. A betegség kezdetben egyoldali és a két oldal összehasonlítása által módunkban van a kórosat elkülöníteni a normálistól. Az idült gümőkórban a tüdőcsúcs retractiója folytán mélyebben áll.

Ha a beteg fekszik, emelkedettebb helyzetben, ha fennjár, ülő helyzetben és mindig szimmetriásan kell kopogtatni. Legfontosabb, hogy lehetőleg halkan kopogtassunk és a percussió lökéseket lokalizáljuk. A Plesch-féle ujjtámas a legegyszerűbb, de a begyakorlása nehéz és fárasztó. Módosítva a szülő is alkalmazza. Kopogtatáskor a szomszéd tüdőrészelek hangja zavarólag hat, ezért a mélyebb elváltozásokat sem szabad erősen kopogtatni, csak valamivel erősebben. A mélyebben fekvő tomputatok az Epstein-féle percussióval deríthetők ki. Pontos összehasonlítás nélkül kis differenciákat nem lehet felismerni. Ne siessünk, kimérten, egyformán, egyenlő időközökben kopogtassunk, mert így az eredményt könnyebben percipáljuk.

Krönig hossz- és harántirányban iparkodott a tomputat kiterjedését megállapítani az ő módszerével, melyet előtérbe helyez és azt mondja, hogy a régi módon üzött kopogtatás megbízhatatlan. Krönig módszere nagyon subjectív. A felső tüdőhatárok megállapítása igen nehéz, a tüdőcsúcsok keskeny nyúlványok, melyek vastag izomrétegtől vannak fedve és közvetlen szomszédságukban van a trachea is, mely szintén könnyen rezeg. A miliáris gümőkór rendszeren nem ad tomputatot, csak akkor, ha a közel egymás mellett álló gümők összefolytak, a mikor bronchopneumoniával téveszthető össze. A repedt fazékhang mellette szól. Tomputat infiltratio mellett szól, de kisebb gyakorlat kimutatása nagy gyakorlatot tételez fel, ép úgy mint az auscultatiós tünetek percipálása.

A kopogtatás vagy a hallgatódzás az értékesebb methodus-e? Fialat embernek jobb oldali csúcs hurutjáról bizonyítványt adott ki egy orvos. A jobb oldali csúcs feletti árok mélyebb volt, a kopogtatási hang erősebb, de ezt a kulcscent rendellenességének kellett tulajdonítani, mely domborabb és vastagabb volt. Csukott szájjal lélekzette nem

lehetett zörejt hallani, míg nyitott szájjal érdes volt a légzés. A szülő nem tartotta gümőkórnak a bajt s a Röntgen-átvilágítás is ép tüdőszövetet mutatott.

A gümőkór néha nem a tüdőcsúcsba, hanem a középső vagy alsó lebenybe lokalizálódik. Ezért pontosan kell átkopogtatni az egész tüdőt és így nem fogja elkerülni figyelmünket az acut vagy subacut sajtos pneumonia sem, mely pneumonia crouposával volna összetéveszthető: bő crepitatio, apró hólyagos szörtyzörejek, néha minden tomputat nélkül.

Kétes esetekben, mikor sem a kopogtatás, sem a hallgatódzás nem ad felvilágosítást, reá vagyunk utalva a hereditásra, a kísértő tünetekre. Ha ezek sem igazítanak el, nyúlunk a Calmette- vagy Pirquet-eljáráshoz, vagy a probatorius tuberculin-injectióhoz, továbbá a Röntgen-átvilágításhoz és fotografáláshoz.

Kéty László: Csatlakozik Terray véleményéhez, hogy a gümőkór korai diagnosisa a hallgatódzás előbbre való mint a kopogtatás. Épen a nagyon gyakori izomkülönbségek a jobb és bal csúcs között könnyen tévedést okozhatnak. Veszélytett izomgyöngöség is okot adhat tévedésre. Kifejezett tomputatok mellett a resistentia és auscultatio igazít útba. Az ujjon ujjal való kopogtatás a fontos, mert az ellenállás is sokszor útbaigazít, a mit sem a plessimeter, sem a kalapács nem nyújt.

Fialat leány tüdőcsúcsán abszolút tomputatot kaptunk a csúcs felett, alatt és hátul; láz, haemoptoe mellett nagy resistentia volt, erősebb mint gümőkórban, de légzési zörejt nem volt hallható. És ez a hiány hívta fel a figyelmet arra, hogy nem gümőkórral van dolgunk. Csakugyan a már cachexiássá lett betegnek echinococcus tört át és ekkor derült ki, hogy ez adta a tomputatot. A korai diagnózis végett ezélszerű a betegeket ágyban reggel vizsgálni és nem napközben, mert ekkor már alig találunk eltérést.

A kezdeti szakban, mikor a csúcsban gyengült a légzés és az erősebb légzés miatt épen az ép csúcsban veszik fel a megbetegedést, ki lehet mutatni a gyenge légzés oldalán a Lungenrandgeräusch-t vagyis az alsó tüdőszélek felett subcrepitatio hallható, mely onnan származik, hogy az egész tüdő kevésbé tágul, atelectasia támad és így jön létre az alveolusok szétválásakor a érepatatio.

Kovács József: Arra a kérdésre tesz megjegyzést, hogy helyesen járunk-e el akkor, midőn a methodikánk által megállapított fizikai jeleket diagnostikai jelentőségre nézve osztályozzuk. Ezt a felfogást 1901-ben a szülő képviselte egy dolgozatában, azóta azonban arról győződött meg, hogy ez a kérdés nem dönthető el olyan egyszerűen. Szem előtt tartja azon tapasztalatát, hogy az egyik csúcs felett plessimeternyi területen crepitatiót hallott ismételt vizsgálat alkalmával. Subcrepitatio, szörtyzörejek voltak hallhatóak. A betegnek éveken át tartó megfigyelése azt bizonyította, hogy a diagnosisa tévedett. De a gyengült belégzés, a megnyúlt hangos, határozatlan kilégzés sem tekinthető a tüdőcsúcs-affectio biztos jelének. A kopogtatási tünetekre is áll ez. Való azonban, hogy a tüdőgümőkór korai szakában gyakrabban fogunk a hallgatódzással jeleket találni.

A gümőkór korai diagnosisa egyike a legnehezebb orvosi problémáknak; megoldására nem elég az egyszeri vizsgálat, hanem hosszas észlelet szükséges, csak ez menthet meg a tévedéstől.

A szülő tapasztalata szerint férfiakban a jobb csúcsban, nőkben a bal csúcsban kezdődik gyakrabban a folyamat.

Az eredetire nézve akár aërogen, akár haematogen úton történt az infectio, nem a csúcsra lokalizálódik tisztán, hanem eljut a tüdőnek más részébe is és ott kötőszöveti túltengést produkáló folyamatot idéz elő, állhártyák keletkeznek, melyek a két pleurát összekötik és előidézik a mobilitásra vonatkozó fizikai jeleket.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: Jamin erlangeni tanár azt mondotta, hogy a fizikai vizsgálatok semmiféle része sem fog szabadulni tudni bizonyos individualismustól és ez még nemzetek szerint is mutatkozik. A francziák az auscultatiót, a németek a percussiót fejlesztették. Az auscultatio a tubularis alakban, a percussio a superficialis alakban jut érvényre. Kétynek megjegyzi, hogy eszéágában sem volt az auscultatiót mellőzni. Az ujjal ujjon való kopogtatást mindennek kiemelte.

Közkórházi Orvostársulat.

(I. bemutató ülés 1909 január 27.-én.)

Elnök: Weisz G. Jegyző: Kőrmöczy Emil.

(Folytatás.)

Veseresectio vesesarcoma miatt.

Herezel Manó: B. Józsefné, 49 éves nő, ki egyébként mostani bajáig mindig egészséges volt, 6 hó óta a bal ágyéktájáról néha a mell, néha a has felé kisugárzó fájdalmakat és ugyanott daganatot érez. Vizelete sohasem, széke betegsége óta egyszer volt véres. Láztalan. Felvételekor a bal ágyéktéren nagy férfikölyvi, elmosódott határu, a légzőmozgásokat nem követő daganat tapintható. A két vese külön felfogott vizeletében semmi rendellenes alkotórészt nem találtak, a vesék jól működnek.

Tekintettel ezen leletre, az 1908 július 25.-én történt műtét alkalmával a behatolás a bal mesogastriumban, a rectus-szélről kifelé haladó harántmetszéssel történt; a praepéritoneális zsírszövet szabaddá tétele után a colon mögött retroperitoneálisan érzett egy

nagy hosszúságú vesealakú daganatot előre álló hilussal, miért is a bőrmetszést a lumbális tájra a XII. borda alá hosszabbította meg. A daganat alsó része rugalmas tapintatú, kissé lebonyozott vese benyomását tette, mely fölfelé egy nagy, ökölnyi, taplószerű, mozgathatatlan, retroperitoneálisan rögzített, dudoros felszínű daganatba ment át; ez a bordaív alatt veszett el. A vese zsíros tokjának felső része szakadékonny, kevésbé vérző, taplószerű, szürkés-sárgás tömeggé alakult át, melyben sárgás-fehér, besűrűsödött genyesikok láthatók. A vese saját tokja is beszűrődött, felhasítása után a vese felső polusában körülbelül almanagyságú, elődomborodó, barna színű területet találtak, mely hullámzott; punctio útján belőle sárga, sűrű, kissé káposztalészagú genyet nyertek. A legnagyobb domborúlaton bemetszve, a fél centimeter vastag tályogfalán át pyogen hártával fedett, almányi tályogüregebe jutottak, mely a vesemedencével nem közlekedett. A veseállomány tályogfallá alakult részét, úgyszintén az elváltozott zsírtokrészletet reszekálták. E helyet steril gaze-zel tamponálva, a seb többi részét rétegesen zárták.

Makroszkopice nem volt eldönthető, vajjon lobos eredetű daganattal (staphylococcus) és a parenchymában ülő periferiás vesetályoggal, vagy széteső, rosszindulatú újképlettel állanak-e szemben.

A szövettani vizsgálat vegyessejtű sarcomát derített ki, mely, tekintettel arra, hogy a genyből bakt. coli tiszta kulturája tenyésztett ki s hogy a tályog fala sima felületű volt, nyilván a vastagbél útján fertőzött, a vese felső polusában ülő cystosarcoma.

A zavartalanul gyógyult beteget megfigyelés alatt tartják, hogy kiújulás esetén esetleg eltávolítsák a vesét.

Vesekiirtás elsődleges sajtos vesegümőkór miatt.

Herczel Manó: L. Ernesztin, 26 éves leány. 16 éves korában mindkét oldali tüdőcsúcsurult. Egy év előtt nyaka bal oldalán lymphomáit operálták. Fél év óta a bal ágyéktájáról a hólyag felé kisugárzó fájdalmakat vesz észre. Gyakori vizeletürítései és vizelet közben fájdalmai vannak. Vizelete ezen idő óta zavaros, genyes.

Az elég jól fejlett nőbeteg mindkét tüdőcsúcsában hurut. A hasban semmiféle rendellenesség vagy resistentia nem tapintható.

A bal vesetáj nyomásra kissé érzékeny, a vese nem palpálható. A vizeletben geny, vér és sok bakterium, köztük néhány sav- és alkoholálló, mindenek szerint gümöbacillus.

Cystoskoppal a hólyagban a bal ureter benyúlásának helye körül három körkörös, piros, közepén halvány fekély látható. A bal ureter-szájadék duzzadt, belövelt. A functiós vesevizsgálat alkalmával a jobb veséből ürült vizelet tiszta, fagyáspontja 2-02, a balé 0-4, genyes. Hígítás után jobboldalt a fagyáspont csökkenése 1-17, a bal vese nem hígít.

Kórjelzés: A bal vese haematogen úton létrejött gümőkórja. A jobb vese ép.

Therapia: a bal vese kiirtása. Műtét 1909 január 17.-én. Az alig megnagyobbodott vese környezetével összenőtt, kihámozáskor mérsékelten vérzik. Az ereket és az uretert külön kipraeparáljuk és lekötjük a vesét, az ureter 10 cm. hosszú részével együtt eltávolítjuk. A műtét sebet 3 étegen nagyreszt zárjuk.

Teljesen láztalan lefolyás. A vizelet napi mennyisége 1000—1100 cm³. Fajsúly 1026—1024.

A kiirtott vese 11 1/2 cm. hosszú, 5 cm. széles, tokja nehezen vonható le. A vese felső polusának corticalisában lefelé terjedő, sőt a vesemedencébe is folytatódó, confláló sajtos gócz van. Ezenkívül több kisebb, tűszúrásnyi sajtos gócz látható a veseállományban.

Tekintettel arra, hogy a folyamat még csak rövid idő óta áll fenn és hogy a másik vesében ez idő szerint klinikailag a tuberculosisnak semmiféle jele sem mutatható ki, továbbá, hogy a subjectív tünetek (tenesmus, gyakori vizeletürítései) a műtét óta lényegesen javultak, remélhető, hogy a másodlagos gümőkóros hólyagfekélyek is nemsokára — talán spontán — meggyógyulnak és a beteg teljesen egészséges lesz.

Pyonephrosis tuberculosa.

Herczel Manó: L. Erzsi 16 éves leányt 1908 január 4-én vették fel. Jelen baján kívül mindig egészséges volt. Körülbelül egy év óta 4 hetenként rendszeren menstruál, de december 15.-ére várt havi baja (már betegsége idején) nem jelentkezett.

Összesen négy hó óta érzi magát betegnek. Baloldali ágyéktáji fájdalmai támadtak, melyek a bal czombra kisugároztak. Borzongása, láza nem volt, gümőkóros családi terheltség nincs, ő maga nem köhögött, vért nem köpött, éjjel nem izzad. Belklinikán egy hónapig feküdt, itt sem volt láza, csak egyszer emelkedett tuberculin-injectio után 38-2^o-ra a hőmérséke.

A vizelet rendben, az étvágy jó, keveset soványodott.

Jelenállapot: Ép mellkasi szervek. A hasban a bal bordaív alatt jól tapintható a bal nagy vese alsó polusa, a mely nem érzékeny.

A hólyagból katheterrel nyert vizeletben sok geny, a szűrt részben 1/2^o/100 fehérje. Mikroszkop alatt sok genyesejt, vesekehelysejtek. Gümöbacillus-festéssel látóterenként 30—100, sőt több bacillus. Az ureter-katheterezés a jobb vese épsége mellett a balnak tuberculosist állapította meg bő genytartalommal, számos bacillussal.

Műtét január 11.-én. Behatolás 18 cm.-es ferde lumbális metszéssel. A 3 ökölnyi vese szabaddá tétele után a hullámzó alsó polust megpungáljuk; belőle pár száz cm³ geny ürül. A felső polus kiszabadításakor a vese megnyílik s az előzetesen jól körül-tamponált területet előnti a geny. Igen tág ureter; a mennyit lehet, reszekálunk belőle. A seb legnagyobb részét egyesítjük, a sebet egy helyen dráinezük.

A lefolyás, noha a sebürege fertőződött, láztalan, az egyesített sebvonal per primam gyógyult, a tamponált sebür azonban csak lassan telődik. A jobb vese kitünően működik, eleinte 4—500, utóbb 1300—1600 cm³ vizeletet választ el 1010—1020 fajsúlylyal.

A leány január 22.-én, a reconvalescencia 12. napján jó erőben távozik, ambulans kezelésre bejár. Azóta meghízott, kis fistulája még van, de ez alig genyed.

Tehát míg az első eset a vese elsődleges gümőkóros megbetegedésének kezdetleges formáját mutatja a gümös gócz sajtos szétesésével, addig a 2. esetben a hasonló módon kezdődő gümös megbetegedés gümőkóros ureterszűkülettel párosulva a vesekelyhek nagyfokú tágulását, tályogüregekké átalakulását és gümös szétesés következtében a parenchyma teljes elpusztulását hozta létre.

Az arteria coronaria ventriculi lekötése gyomorvérzés esetében.

Herczel Manó: Az ulcusbetegnek öt százaléka elvérzik! Hogy mégis oly ritkán avatkozunk be acut erős vérzés eseteiben (Lieblein az egész irodalomból alig tudott egy tuczet műtétet összegyűjteni), annak az oka a rossz prognózisban, és ezé viszont abban rejlik, hogy a fekély rendszeren kedvezőtlen helyen: a pankreas felé fekszik; a hasnyálmirigy szövetében fekvő nagyobb ereket nagyon nehéz lekötni vagy körülölni.

Könnyebb a helyzetünk, ha a kis görbületen a cardia felé van a vérző fekély. Ilyenkor az art. coronaria lekötése vagy ezzel együtt az ulcus kimetszése gyógyító hatású lehet. Mikulicz közölt ilyen esetet. Ehhez hasonló a következő:

D. Kristóf 56 éves gazdász másfél év óta szenved a gyomrával (gyomorégés, böfögés, fájdalmak), 2 hó óta véres szék, azóta majdnem naponta profus véres hányás, az utóbbi napokban állítólag egyszer kb. 4 liter (?) vért hányt.

Felvételkor a teljesen kivérzett halvány férfi epigastriumában homályos fájdalmas resistentia érezhető. A gyomornedv sósavat tartalmaz, daczára a vér jelenlétének.

Laparotomia. Aethermorphin. A kis görbületen, közelebb a a cardiához, az omentum minus beszűrődésével összefüggőleg kissé dudoros, lapos, féltényérnyi, a pankreasról elég jól leemelhető hosszúságú daganat elmosódott szélekkel. A beszűrődés a gyomor hátulsó falára is ráterjed. Az egész daganat a máj alatt foglal helyet. Tekintettel a beteg elesettségére és a tumor kiterjedésére, nem lehet gyökeres műtétet végezni, a pars pylorica tág, szabad, a gastroenterostomia nem javalt. A hatalmas állandó vérzés megszüntetése céljából az art. coronaria ventric. dextr. sup.-t és sinistra sup.-t 1—2 ujjnyira a daganattól kettős ligatúrával lekötjük. A cardia felőli ág lekötése sokkal nehezebben megy, pulsatiója kevésbé jól érezhető.

A lefolyás teljesen normális, láztalan, csupán kiscsök bronchitistól volt megzavarva; a hányás egy csapásra megszűnt, ép úgy a vérzés. A székletében vér nem mutatható ki. A beteg gyorsan összeszedte magát, súlyban gyarapszik.

(Folyt. következik.)

A budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urológiai szakosztályának ülései.

(Rendes ülés 1908 február hó 24.-én.)

Elnök: **Basch J.** Jegyző: **Roth A.**

1. Remete Jenő: Többszörös húgyesősipoly esete. A húgyesőszűkület következményei sorában a periurethrális tályogképződésre és a vizeletbeszűrődésre kívánok mint olyan jelenségekre rámutatni, a melyek a beteget igen válságos helyzetbe sodorhatják. Beteget óhajtok bemutatni, a kin a húgyesősipolyoknak a multiplicitásából és az igen változatos szövödmények lefolyásából sok tanulságot vonhatunk le a húgyinfiltrációk kóroktanát illetőleg. Az eset a következő:

A degenerált külsejű és gyenge elméjű 52 éves beteg 18 éves korában kankót szerzett, a melynek folyamán periurethritis és chorda venerea támadt. Később egyéb complicációk is társultak a kankóhoz és a mióta a szegényházban van, több ízben húgyinfiltratio is jelentkezett s lassanként kialakult az első húgyutaknak mostani igen változatos körképe. Osztályomra a következő *status praesens* került a beteg:

Erős láz, félénk arc kifejezés; a hólyag a symphysis felett áll, a herezacskó, a gát és a penis vizelettel beszűrődött. A symphysis körül, a herezacskón, a monyon és a czombok belfelületén részben heges behúzódnások, részben tasakszerű, anyaghiányos párosult rések láthatók, a melyek valamennyien a bőr, illetőleg a tunica dartos alatt a legkülönbözőbb irányban a húgyeső felé húzódnak. Az összes elváltozások és anyaghiányok régen lezajlott és részben sebészileg kezelt húgybeszűrődésekből származnak. A húgyeső több helyen, főleg a pars bulbosában olyan szűk, hogy ezen a részen még a legvékonyabb filiform-bougie is alig hatol át. A vizelet zavaros, bűzös és genyes.

A beteget azonnal meg kellett operálni. Bemetszés a gáton a callosus húgyesőig; urethrotomia externa, hólyagdrainezés és párákötés. Harmadnapra, a mikor a beteg már láztalan, a vizeletbeszűrődés visszafejlődött és a seb feltisztult, *Schleich*-féle local-anaesthesiában folytatódó mûtét: a callus kimetszése és a szűkült rész feltárása. A húgyesőnek ezen a részén temérdek gerendára, tasakra és álútra bukkantunk, a melyek a legkülönbözőbb irányok felé vezettek. Hólyag-drainezés a húgyesővön végig, új párákötés.

Normális seblefolyás; a húgyesőseb 14 nap alatt záródott, de a sarjadzás olyan lassan haladt előre, hogy a seb már behamodott, még mielőtt a sebüreget egészen betelődött és az új hám a bőr magasságát elérte. A megfelelő utókezelés folyamán a purulens cystitis feltűnő gyorsan javult és a retentio 40 gm.-ra szállott alá. A beteg azóta erős sugárban vizek, újabb húgyinfiltratio nem jelentkezett, néha azonban apróbb tályogok még keletkeznek, a melyek bizonyára az említett árutakból erednek.

Az a temérdek húgyesősipoly, a mely a periurethrális tályogokból és a húgyinfiltrációkból származott és a mûtét után többé-kevésbé mind begyógyult, igen érdekessé és tanulságossá teszi ezt az esetet nemcsak a klinika szempontjából, hanem anatómiailag is, mert élénken demonstrálja a fasciáknak a vizeletbeszűrődést akadályozó értékét.

2. Spitzer Gyula: Tumor testis esete. N. N. hivatal-szolga, 30 éves, nős, két gyermek atyja; szülei, testvérei és gyermekei egészségesek. Öt év előtt a bal heréje hirtelen megnagyobbodott, nagyon fájt és punctióra körülbelül 150 gm. tiszta savós folyadék ürült ki belőle. A csapolás után a fájdalom csökkent, de a daganat megmaradt. A poliklinika húgyszervi osztályára a következő *jelenállapottal* vettette fel magát: A 35 cm. hosszú és 30 cm. körfogatú bal here alsó polusán fájdalmas dudorodás észlelhető. A here egyenletesen tömött, feszes tapintatú és a mellékheréktől sehol sincs elkülönítve; az utóbbi erősen megvastagodott. Az átvilágítás kevés folyadékot mutat. A funiculus vastag, tömött; a prostata ép.

Tekintettel arra, hogy a betegnek sohasem volt kankója vagy syphilis és hogy gümőkórra sincs gyanú, legvalószínűbb, hogy ebben az esetben rosszindulatú álképlettel, sarkomával van dolgunk. Más therapia itt szóba sem kerülhet, mint a semicastratio, bár számolnunk kell azzal a tapasztalattal is, hogy a heresarkoma kiirtása után a belszervekben keletkező metastasisok igen gyakran siettetik az exitust.

3. Beck Soma: Koch-féle altuberculinallal kezelt tuberculosus ulcerosa cutis esete. A bemutatott kis leánygyermeknek jobb lábán és külső bokája körül a kórházba való felvételkor tenyérszerű, kifeléyesedett, bűzös genyt elválasztó, egyenetlen felszíni, granulomás jellegű laesiója volt, mely az alatta levő megvastagodott csontthártyával elmozdíthatatlanul összefüggött. A tuberc. ulcerosa cutis klinikai diagnózisát a göröcsői vizsgálat is megerősítette. Felvételkor a baj már körülbelül egy év óta áll fenn, a bemutatáskor a gyermek már 13 hónapot töltött kórházi ápolásban. A helyi kezelés kizárólag indifferens kenőcsökkel történt, a tulajdonképeni gyógykezelés Koch-féle altuberculin befeccskendéséből állott. Miután az $\frac{1}{10}$ mgm.-nyi diagnosztikai dosisra pontosan bekövetkezett a fejfájással, hányóingerrel és lázzal jelentkező általános reactio, $\frac{1}{100}$ mgm.-nyi adaggal kezdtük meg a gyógyító eljárást. 13 hónap alatt mintegy 120 befeccskendést kapott a leányka s ez idő alatt sikerült az adagoknak fokozatos emelésével a tuberculin-immunitásnak példátlanul álló fokát elérnünk. A kis beteg t. i. 0.3 cm^3 tuberculin minden reactio nélkül tár el, sőt egy ízben 0.6 cm^3 -ig emeltük az adagot, ez azonban már a rendesen tapasztalt általános reactiót váltotta ki.

A tuberculin-kezelés hatása alatt a bokatáji exulcerált tuberculosus-folyamat gyönyörű gyógyulásnak indult, úgy hogy most már alig borsónyi beszűrődés van, közepén gombostűfejnyi, sekély sipolylyal, míg a kiterjedt laesio túlnyomó nagy részét csupán egy pigmentált udvartól környezett sima, vékony, recidivamentes heg jelöli. Említésre méltó, hogy a tuberculinkezelés alatt a boka-körüli folyamat rohamos gyógyulása közben támadt a jobb lágyék-tájon egy specifikus jellegű mirigydaganat, a mely szétesett, elgenyvedt és sebészi beavatkozást igényelt. A mirigy eltávolítása után (*Alapy*) jodiformos kötés alatt a gyógyulás zavartalanul folyt le.

Schein Mór: Tekintettel arra, hogy a tuberculin utáni reactio annyira specifikusnak bizonyosodott, közelfekvő volt a gondolat, hogy az ember megkísérelje a tuberculinoltásokat magába a szövetbe is.

Ezt már mások is megtették és azt találták, hogy a tuberculinnek a kóros szövetbe beoltása óriási reactiót idéz elő. A szövet túlérzékenynek bizonyul a reactióval szemben és szétesik. Ennek folytán therapiás célokra és kísérletekre legfeljebb olyan esetek alkalmasak, melyekben a reactio igen enyhe és a szövet a külső behatások számára nehezen közelíthető meg.

Epen ezeket a helyeket fogjuk találni a tuberculosus verrucosa cutisban. Próbaképen ilyen oltásokat végeztem tuberculosus verrucosa cutis két ilyen esetében, a minék az volt a következménye, hogy az egész képlet genyes nekrosist mutatott, genyesen szétesett s csakhamar egészen lelködött. Utána granulomás szövet képződött, mely két-három hét lefolyása alatt meggyógyult. Ezek után az illetőket, kiket a munkáspénztár betegállományába vettem föl, teljesen gyógyultnak elbocsátottam. Beigazolódott tehát, hogy a hasonló esetek alkalmasak a tuberculinallal való direct szövetoltásra, mivel a kóros szövet épen túlérzékenysége folytán gyorsan szétesik és eltűnik.

4. Róth Alfréd: Leiomyoma multiplex dorsii esete. A bemutatandó beteg 1907 december havában jelentkezett a Munkásbiztosító Pénztár bürocsatályán a hátán támadt újképződmények által okozott fájdalmak miatt, melyek őt munkaképtelenné tették. Igen tisztelt főnököm, Török Lajos dr. már a klinikai képből — a mint később a körleírásban jelezni fogom — és az anamnesisből (rohamszerűen jelentkező spontán fájdalmak, valamint érintésre mutakozó fájdalmak) állította fel a myoma valószínűségi diagnózisát, a mit később a histologiai vizsgálat is igazolt.

A beteg 24 éves, kocsivezető, különben egészséges; állítása szerint sem nála, sem családjában bőrbetegség nem fordult elő. Bajára vonatkozólag előadja, hogy a hátán levő kiemelkedő daganatok észrevétel nélkül képződtek néhány (4) évvel ezelőtt. Vajjon egyszerre, vagy egymásután támadtak-e, erre nézve felvilágosítást adni nem tud. Csak a midőn néhány hónappal azelőtt ezen a tájon fájdalmat érzett, s a midőn ezen daganatok érintésre is érzékenynyé váltak, fordult orvoshoz.

A VII. bal bordaív alsó szélétől a XI. bordaívig terjedőleg a hátán a gerincoszloptól 8 cm.-nyire egészen a hátulsó hónalj-vonalig terjedő területen számos tömött tapintatú daganatoscska látható, melyek az irhában foglalnak helyet és részben a bőr niveauja fölé kissé kiemelkednek. Ezek kékespirosak és legnagyobb számban vannak jelen, kölesnyi-lencsenagyságúak. Vannak ezeknél nagyobbak, körülbelül borsónagyságúak, melyek a bőr niveauján jobban emelkednek ki, a bőrön mintegy domboszerűen ülnek, a bőr gyengén hyperaemiás. Ezek száma 8. Végül vannak még nagyobbak

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Wenczel Tivadar: Közlés a budapesti egyetemi I. sz. női klinikáról. (Tanár: Bársony János dr.) A méhrepedések konzervatív kezeléséről. 234. lap.

Jacobi József: Közlés a budapesti poliklinika mellkasi szervek betegségeinek osztályáról. (Főorvos: Terray Pál dr., egyet. ny. rk. tanár.) Összehasonlító fizikai és Röntgen-vizsgálatok tüdőtuberculosisban. Egyszersmind a Calmette-féle ophthalmoreactióról Röntgen-vizsgálatokkal kapcsolatban. 235. lap.

Balás Dezső: Közlés a szt. István-kórház III. sebészeti osztályáról. (Főorvos: Janny Gyula dr., egyetemi rk. tanár.) Casuistikus esetek. 238. lap.

Arany S. Zsigmond: A diabetes kezelése. 240. lap.

Thanhoffer Lajos †. 242. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Szana Sándor: Az új ipartörvény közegészségügyi szempontból. — Lapszemle. Belorvosan. Eichhorst: Tartarus depuratus-

szal gyógyított májcirrhosis-esetek. — Treupel: Az asthma bronchiale kezelése. — Idegkórtan. Köster: A chorea kezelése. — Sebészet. G. Achausen: Az úgynevezett postoperatív heveny gyomortágulás kérdése. — Heile: A hydrocephalus kezelésének újabb módszere. — F. Sauerbruch: Angiomák kezelése megfagyott szénsavval. — Venerés bántalmak. Neisser: Jáva szigetén végzett kísérletes syphilis-kutatások. — Orr-, torok- és gégebetegségei. Menzel: Az orrűreg kemény sankerének esete. — Lipmann-Wulf: A szájnyalakalártya izolált lichen-jének esete. — Szendiak: A gégerák gyökeres gyógyításának eredményei. — Jacob: Löffler-bacillus nélküli krupos laryngotracheitis esete. — Kisebb közlések az orvostudományról. Sahli: Pantopon. — Sonnenkalb: A bromural. — G. Müller: Szer spondylarthrititis deformans ellen. 243—247. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 247. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 247. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 248—251. lap.

Melléklet. Szemézet 1—2. szám. Szerkeszti: Grósz Emil dr. egyetemi tanár.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti egyetemi I. sz. női klinikáról. (Tanár: Bársony János dr.)

A méhrepedések konzervatív kezeléséről.

Irta: **Wenczel Tivadar** dr. I. tanársegéd.

Fritsch szerint senki sem lehet olyan szerencsés vagy szerencsétlen, hogy a saját gazdag casuistikája alapján alkothassa meg a véleményét a méhrepedésről; a legtöbben, főképen a therapia kérdésében, a mások statisztikai adataira is rászorulnak. Ezért azt hiszem, a méhrepedések mindegyik szakszerűen végigszlelt esete többé-kevésbé használható alkotórészt tesz annak a statisztikának, a melyre Fritsch a fent idézett mondásában célozott. Eme körülmény adja meg nekem most az impulsust arra, hogy ezt a cikket közöljem.

Szabályaink azt kívánják, hogy a méhrepedések után a szülést mielőbb fejezzük be; ezt általában per vias naturales az anyára nézve a legkiméletesebb műtét segítségével igyekszünk teljesíteni. Abszolút medenczeszűkületeknél természetesen mindig, más esetekben pedig akkor, a midőn a magzat vagy a lepény a has üregébe a belek közé becsúszott, sokszor kénytelenek vagyunk laparotomiát végezni. A szülésnek a hüvelyen át teljesített befejezése után mi, több aktiv irányú szülésnek az operatív terapiájával ellentétben, úgy az incomplet, mint a complet méhrepedéseket is rendszeren konzervatív módon látjuk el és csak ha csillapíthatatlan vérzéssel találjuk magunkat szemben, határozzuk el magunkat laparotomiára. Konzervatív gyógyításunk abban áll, hogy előbb a méh üregét, majd a repedés területét steril jodoform gaze-zel tamponáljuk és az anteflexióba hozott méhre a hasfalán át szorító kötést teszünk. Ezt a szorító kötést a 2. napon jégtömlővel váltjuk fel, a tampont pedig, ha csak láz, peritonitis tünetei nem indikálják annak gyorsabb eltávolítását, az 5. napon távolítjuk el, tehát körülbelül akkor, a midőn a tampon ingere által megindított reactiv gyulladás produkálta lögát a has üregéből már kirekesztette a repe-

dés területét. Ha azonban emelkedő hőmérsék mellett a peritonitis tünetei fejlődnek, a tampont korábban kihúzzuk és szükség esetén az inficiált területet óvatosan öblítgetjük is.

Ezek szerint az elvek szerint jártunk el a mult esztendei poliklinikai gyakorlatunkban akkor, a midőn az évi anyagnak (1204 eset) két complet méhruptura esetét gyógyítottuk. Ezek az esetek a következők:

I. P. J.-né 32 éves, kőműves neje, első havi baját 16 éves korában kapta meg; a havi baj rendszeren jelentkezett négyhetenként három napi tartammal. Utolsó menstruációja kilencz hónap előtt volt. Most hatodszor szül; előző szülései rendszeren folytak le, a gyermekágyak is. Fájdásai 23 óra előtt kezdődtek, a burok 12 órája repedt meg. A fájdások egy óra óta teljesen szünetelnek, ezen időtől fogva szédül, ájuldozik és keveset vérzik. Piszkos bábája sokszor vizsgálgatta belsőleg. A poliklinikai orvos megérkezésekor a status praesens a következő volt: A hőmérsék 37.1, az érverés perczenként 120, üres; a nő collapsusban, fájdások nincsenek. A medence méretei: sp. ant. sup. 27 cm., cristák 29 cm., conj. ext. 21 cm., sp. post. 10 cm. A magzat II. harántfekvésben 1. állásban, részei közvetlenül a hasfalak alatt tapinthatók, szívhangok nem hallhatók. A hüvelyből csekély vérszivárgás, a méhszáj eltűnt, a méh elülső falán annak egész szélességében harántul futó repedés, a repedés fölött a jól contrahálódott activ méhszakasz tapintható. A repedésen át nagy részével a hasüregbe becsúszott magzat harántul fekszik. Két lábra fordítás, extractio, a lepényt a hasüregből hozzuk ki; a magzat halott, érett, fiú. Vérzés nem lévén, a repedésen át a hüvelybe lecsúszott csepleszrészlet visszahelyezése után előbb a méh üregét, majd a passiv méhszakasznak egész elülső falát harántul szelő repedést tamponáljuk és a hasra nyomókörtést teszünk, e mellett a collapsus ellen is folyton nagy igyekezettel küzdünk, a mely olyan súlyos, hogy csak másfél órai erős munkánk után kezdi az asszony magát kissé összeszedni. A gyermekágy első hetében 38.1—39.0 C° között változnak a rendetlen lázak, a pulsus 120—132 között ingadozik; a has erősen puffadt, csuklás, bőfűgés, hányás. Táplálni a beteget csak a végében keresztül és a bőrön át tudjuk; sennás beöntésekre székkel, és szelek is bőven távoznak; jég a hasra. Harmadik napon az

emelkedő lázak miatt a tampont eltávolítjuk, utána gyenge sugárral naponta kétszer 1 : 2000 kalium permanganicum-oldattal öblítjük a hüvelyt. A lázak a második hét alatt sem csökkennek, a pulsus is 120—132 marad, a has puffadása azonban enged, a csuklás, böfögés, hányás pedig egészen szűnik; a szájon át a táplálás mindjobban sikerül, az általános erőbeli állapot négy hét alatt annyira javul, hogy a tökéletlenül ápolt beteget ekkor már kényelmetlen kis lakásból a klinikára hozhattuk. A méh eddig már szépen visszafejlődött, csupán a repedés helyén tapintunk galambtojásnyi sarjadzó üreget, a méh környezete is szabad és nem érzékeny; a beállítást után két hétre azonban minden valószínűség szerint a sepsis következményeként pneumonia, majd mania szövődik a bántalomhoz. A pneumonia gondos ápolásra javul, de a mania annyira fokozódik, hogy a beteget kénytelenek vagyunk ezért elmeorvosintézetbe szállítani. Egy év múlva az asszony ép elmével, meghízva, viruló színben, jó egészséggel jelentkezett a klinikán és elmondja, hogy az intézetünkből távozása után még öt hónapig gyengélkedett, azóta azonban egészen jól van, egészséges. A genitális állapota ekkor a következő volt: A portio vaginalis elülső ajka elsimult, kissé behúzódtott, a hátulsó ajka 0.5 cm., a méhszáj ujjhegynyi harántirás. A méhtest rendes nagyságú, mobilis retroflexióban, nem érzékeny, környezete szabad, ugyancsak nem érzékeny.

II. W. F.-né 27 éves, asztalos neje, első havi baját 15 éves korában kapta meg; a vérzés azóta 4-hetenként 3 napi tartammal jelentkezett. Utolsó menstruációja kilencz hónap előtt volt. Most negyedszer szül, előző szülései rendesen folytak le, a gyermekágyak is. Tizenkét órája vajudik, a burok három óra előtt repedt meg. Fájszai 1½ óra óta teljesen szűnetelnek, ezen időtől fogva szédül, ájlik. Megbizhatatlan baba öt is többször vizsgálta belsőleg. A poliklinikai orvos a következőket találja: hőmérséklet 35.6°, a pulsus alig tapintható, nem számlálható. Az asszony collapsusban. Fájszok nincsenek, a medenczemeretek rendesek, a magzat feje kórosan nagy, magasan a medenczebemenet fölött mozgatható, szívhangok nem hallhatók. A méhszáj összeesett, az elülső hüvelyboltozatból harántirányú ökönyi repedés vezet a hasüregbe; hydrocephalus. A fejnek a punctiója után belőle 1 liternyi folyadékot bocsátunk ki, majd a magzatot kranioklással extraháljuk (érett, 52 cm. hosszú, leány). A lepény közvetlenül a magzat után spontán születik meg. Vérzés nem lévén, előbb a méh üregét, majd a hüvelyboltozat repedését tamponáljuk, a hasra pedig nyomókötést teszünk; a collapsus igen makacs, és minden törekvésünk ellenére is csak 2 óra múlva kezd mulni. A szülés utáni héten a maximális hőmérsék 38.0, a pulsus 109; a has az egész idő alatt lapos, alig érzékeny. Táplálni per os a beteget igen jól lehet, jég a hasra; sennas beöntésekre bő székürülések vannak. Ötödik napon a tampont eltávolítjuk, ezután naponként kétszer kalium permanganicum hüvelyöblítések. Az asszony olyan gyorsan szedi össze magát, hogy hat hét múlva felkel, fél év múlva pedig teljes egészséggel jelentkezik a klinikán, midőn az elülső hüvelyboltozatban tapintható harántirányú éles hegvonalon kívül a genitáliákon semmi más kóros elváltozást nem találtunk.

A méhrepedések a klinikai forgalomban mind ritkábban találhatók szövődmények. Ezek a gyakorlati complicatiók, a melyekkel ma már rendszerint a gyakorló orvos is mint a baba vagy a környezet mulasztása és hanyagsága végeredményével találja szembe magát. Épen erre való tekintetből különösen értékes a klinikáknak mindinkább és mind több oldalról megnyilatkozó az a tapasztalás, hogy a konzervatív kezeléssel, ha az elégséges, többre mehetünk, mint az operációval; több asszony marad életben a méh megrepedése ellenére is, ha nem nyitjuk meg a hasat, hanem csak tamponáljuk a repedt területet, mintha operálnánk, vagyis hogyha directe akarjuk a sérült területet sebészmodra ellátni, vagy a megsérült szervet részben vagy egészben eltávolítani. Azok a repedések, melyek a méh elülső vagy hátulsó falán haladnak keresztül, ugyan rendszerint megnyitják a has üregét s e miatt az infectio tekintetében nehéz betegségek, de tamponaddal majdnem mindig elláthatók. Azok meg, melyek a méh oldalait szakítják meg, bár rendszerint nem penetrálóak, mégis veszélyesek, mert az arteria uterina ágait is elszakítják s ennek folytán inkább a vérzéssel fenyegetik az asszony életét, mint a fertőzéssel. Ez utóbbiakban is gyakran célt érhetünk a tamponaddal és felülről alkalmazott nyomókötéssel. A hol nem érünk célt ekként, ott bele vagyunk kényszerítve az operációba

s ezek azok az esetek, a melyeknek a klinikai tapasztalások szerint a legrosszabb a prognosisa s a legnagyobb a halálozási százaléka. Ilyen repedéseknél tehát a vérzés kényszerít bele az operációba. Ezek szerint ma már a klinika is csak kényszerhelyzetben nyúl az operációhoz, mert az egyszerű tamponaddal jobb eredményt lát. A jövő kérdése, hogy ez a kényszer nem fog-e elesni, ha a Homburg-féle compressióval csakugyan sikerül a test alsó feléből származó vérzéseket gyorsan megszüntetni; ez még kísérletek tárgya. Nekünk sikerült a fenti két esetben tamponnal célt érni, igaz, hogy a repedések az elülső falat érték. Tanulságos a két eset még kiváltképpen azért, mert nem kényelmes klinikán kezeltük, hanem a poliklinikai városi gyakorlatunk közben szűk, dohos, piszkos szobáskában, a lehető legkedvezőtlenebb sociális és hygienikus viszonyok kellő közepében, a mikor a jövőbe vetett bizalmunkat az a körülmény is nagyon lefokozta, hogy mind a két asszonyt rendetlen, tudatlan, piszkos bábák többször is vizsgálták; s ők mégis meggyógyultak.

Közlés a budapesti poliklinika mellkasi szervek betegségeinek osztályáról. (Főorvos: Terray Pál dr., egyet. ny. rk. tanár.)

Összehasonlító fizikai és Röntgen-vizsgálatok tüdőtuberculosisban. Egyszersmind a Calmette-féle ophthalmoreactióról Röntgen-vizsgálatokkal kapcsolatban.¹

Irta: **Jacobi József** dr. v. klinikai tanársegéd.

Egyik legfontosabb tényező a tuberculosis elleni küzdelemben a betegség minél korábban való felismerése. Egyaránt fontos ez a bántalom terjedésének megállítására, mint annak gyógyítására irányuló törekvésekben, s így nem csodálkozhatunk azon, hogy az újabb időben ezen betegség korai felismerésére ajánlott és kiviteliükben annyira egyszerű módszerek oly fokban keltették fel az érdeklődést, miszerint bátran merném állítani, hogy egy-két év óta nem volt actualisabb tárgya az orvosi irodalomnak, mint a *Pirquet* és *Calmette*-féle reactio. Aránylag keveset foglalkozik azonban a szakirodalom egy másik eljárással, mely ugyanezen célt szolgálja, s mely bár nem specifikus ismertetője a tuberculosisnak, mint a minek az előbbieket ajánlották, mégis a klinikus kezében úgy látszik értékes diagnostikai segédeszköznek bizonyul, s ez a tüdő Röntgen-vizsgálata.

Közlésem főcélja beszámolni azon eredményekről, melyeket a tüdő fizikális és Röntgen-vizsgálati leleteinek egymással való összehasonlítása által nyertem. Kiterjesztettem azonban vizsgálataimat a *Calmette*-féle ophthalmo-reactióra is, s azt az említett vizsgálati módszerekkel párhuzamosan ugyanazon egyének nagy részében szintén végeztem. Vizsgálataim ilyen kombinálására a következő gondolatmenet vezetett. A tüdő Röntgen-vizsgálatát illetőleg az tűnik ki az irodalmi adatokból, hogy ezen eljárás segítségével elváltozások mutathatók ki némely esetben a tüdőben, midőn azok fizikális vizsgálati módszereinkkel nem árulják el magukat. A *Calmette*-féle reactióról pedig megállapítottunk tekinthetünk annyit, hogy ez legtöbbször tuberculosisokon található meg, csekélyebb számban azonban oly egyénekben is, kikben tuberculosis felvételére fizikális vizsgálat alapján jogunk egyáltalán nincsen. A mennyiben tehát a Röntgen-vizsgálat némely esetben többet árulna el, mint a többi módszer, úgy helyesnek találtam vele kapcsolatosan végezni a *Calmette*-reactio-vizsgálatokat.

Azonban nem csupán a Röntgen-vizsgálatokból a *Calmette*-féle reactióra véltem felvilágosítást nyerhetni, hanem megfordítva az ophthalmoreactióból a Röntgen-vizsgálatokra is, a mint az a továbbiakból ki fog tűnni.

* * *

Röntgen-vizsgálatokat tüdőtuberculosisban először Franciaországban végeztek, még pedig mintegy 10 évvel ezelőtt. Majd német és angol szerzők is többszörösen foglalkoztak e kérdéssel. Hazánk-

¹ Előadatott a budapesti kir. Orvosegyesület 1908 május 16-án tartott rendes ülésén.

ban azonban, legalább az irodalmi adatok után ítélve, eddig ezen vizsgálati eljárást nem alkalmazták.

A tüdő *Röntgen*-vizsgálatára úgy az átvilágítást, mint a fotografálást használják. A mi ezen eljárások kivételét illeti, az nagyjában ugyanaz, mint egyéb szervek *Röntgen*-vizsgálatában, s így csak néhány szem előtt tartandó dologra térek ki röviden.

Átvilágításkor leghelyesebb előbb az egész tüdőt egyszerre áttekinteni, s azután az esetleg talált homályokat szűkebb diaphragma mellett behatóbban megvizsgálni. Épületi viszonyok mellett ugyanis, eltekintve a mellkas csontos vázától, a szív, nagyerek és egyéb mediastinális képletektől, valamint az úgynevezett hilusárnyékoktól — melyek a nagyobb tüdőbeli vérereknek felelnek meg — és nőkön az emlőktől, a tüdők az egyén izomzatától és zsírpárnájától függően különböző intenzitású világos képet adnak, úgy hogy ha a helyesen végzett *Röntgen*-vizsgálat azok területében homályokat, foltokat derít ki, úgy a tüdők megbetegedésére kell gondolnunk. A tüdők *Röntgen*-képén látható homályok azonban tuberculosisra specifikusan nem jellegzők, mert mindazon elváltozások, melyek a teljes éles kopogtatási hangot módosítani tudják, létrehozhatják azokat, s így annak eldöntése, hogy milyen természetű bántalommal állunk szemben, csakis a fizikális vizsgálati módszerek, a klinikai tünetek, s esetleg a betegség lefolyása alapján dönthető és döntendő el.

Az átvilágítást minden esetben legalább is két irányban végezzük, s pedig elülről és hátulról. Mindazon elváltozások ugyanis, melyek a mellkas elülső falához közelebb fekszenek, élesebben, néha meg épen csakis dorsoventrális átvilágításnál (fényernyő a melli felületen) láthatók és megfordítva. Kivételes esetekben egyik-másik ferde síkban való átvilágítás is szükségessé válhatik.

A tüdők egészben való átvilágításakor fordítsuk figyelmünket esetleg jelenlevő homályokra, foltokra. Hasonlítsuk össze a két mellkasfél nagyságát s tekintsük meg a gerincoszlop és bordák lefutását. Ez utóbbiak részéről is látunk ugyanis némely esetben oly elváltozásokat, melyek külső megtekintésre nem ötlenek szembe. Értem ez alatt az egyik mellkasfél csekély fokú zsugorodását, mely részben annak kisebb volta által, részben a bordák merőlegesebb lefutása, s illetve azoknak egymáshoz, valamint a gerincoszlophoz való közeledése által árulja el magát a *Röntgen*-képén. Figyeljük meg összehasonlítólá a két mellkasfél tágulását s a bordák emelkedését, a rekesz mozgását, valamint a szív nagyságát és helyzetét. Vizsgálat közben szólítsuk fel a beteget mély légvételekre, és pedig egyrészt azon okból, mivel a bordák emelkedése, valamint a rekesz működése ilyenkor jobban megfigyelhető, másrészt mivel néha azt tapasztalhatjuk, hogy ilyenkor csekélyebb homályok feltisztulnak, sőt némely esetben az egész kép kevésbé világosabb lesz. Ugyanezt tapasztalhatjuk néha köhögés közben is. Nőkön ezélszerű az emlőket fel- és oldal felé emeltetni, hogy az azok által fedett területeket is áttekinthessük.

Minden esetben állítsuk be kisebb diaphragma mellett a csücsöket, s pedig összehasonlítás végett mindkettőt egyszerre. Épen oly fontos ugyanis az összehasonlítás a *Röntgen*-vizsgálatokban, mint a fizikai eljárásokban. Szenteljünk továbbá nagyobb figyelmet a hilustájnak az ott lévő mirigyek miatt.

Az instrumentariumot illetőleg igen fontos az, hogy a *Röntgen*-eső vizsgálat közben feltölthető és lebozatható legyen. Különösen fontos ez a csücsök átvilágításakor, mivel a bordák és kulcsesont néha olyformán fedik e területet, hogy a csőnek bizonyos magasságú beállítása mellett azok egészen homályosnak tűnnek fel. Megtaláljuk azonban a csőnek mozgatása által azon legalkalmasabb beállítást, melyben a sugarak a csontos képletek között utat találva, a csücsök átlátszósága felől is sikerül tájékozódunk.

Durvább elváltozások eseteiben rendszerint beérhetjük az átvilágítással, ha azonban ez úton biztos tájékozást a tüdők állapotáról nem nyerhetünk, avagy ha az eljárás negatív eredményt ad, gyanunk azonban a tuberculosisra mindamellett fennáll, a fotografáláshoz folyamodunk.

A felvételeket manapság már általában 10—15 másodpercnyi expositióval lélekzési szünetben végzik. A belélekzés után visszatartva a légzést, általában legélesebb képeket sikerül nyernünk, egyrészt mivel a beteg a belélekzési szünetet hosszabb ideig és nyugodtabban elbíri, mint a kilélekzési szünetet, másrészt mert

a bordaközök ilyenkor szélesebbek. Az átvilágításokat álló, míg a felvételeket rendszerint fekvő helyzetben végzik.

A tüdőcsücsök lefényképezésekor egyesek a melli, mások a háti felvételeket tartják előnyösebbnek. Így Adam¹ a ventrodorsális felvételeknek ad előnyt, mert bár a legfelsőbb bordák hátul nagy részben fedik a csücsöket, mégis jobbnak véli ezen módszert, mivel a lemez ezen helyzetben jobban közelíthető a mellkashoz, s mivel úgy tapasztalta, hogy a csücsöbéli homályok a bordák árnyékain keresztül is megláthatók. Rieder² ellenkezőleg előnyösebbnek tartja a csücsök dorsoventrális lefotografálását, s pedig egyrészt azon okból, mivel ez irányban a lapoczkacsontok árnyékai kevésbé hatnak zavarólag a képen, főképen azonban a miatt, mivel úgy találta, hogy a tarkó erősebb izomzata a kép tisztaságát inkább befolyásolja, mint a nyak elülső részének gyengébb izomkötegei. Mi felvételeinket majd az egyik, majd a másik irányban végeztük, azok száma azonban idő és anyagi eszközök hiányában egyelőre igen csekély ahhoz, hogy azok alapján a kérdéshez hozzászólhatnánk.

Áttértek ezek után azon elváltozások rövid felsorolására, melyeket tüdőtuberculosishoz szenvedőkön, valamint arra gyanus egyéneken a *Röntgen*-átvilágítás feltűntet. Az elváltozások általában árnyékoltságban mutatkoznak, melyek azonban intenzitásra, kiterjedésre és elhelyeződésre nézve oly sokfélék, hogy csak pár vázlatos vonásban említhetem fel őket. A legkezdetelegesebb stádiumban a tünetek rendszerint a csücsökre vonatkoznak, melyek egyike avagy mindkettő néha csak elülről, máskor csak hátulról, esetleg mindkét irányban való megtekintéskor kevésbé világosnak, némelykor egyszerűsmind rövidebbnek látszik. A bántalom kiterjedtsége szerint az árnyékoltság leterjedhet a kulcsesontok alatti részre, egy vagy több lebeny kisebb-nagyobb részére, vagy egész területére. Került vizsgálatunk alá oly eset is, melyben az egyik tüdő teljesen árnyékol volt, míg a másik normális képet mutatott. A *Röntgen*-képén látható elváltozás intenzitása csekély árnyékoltság és teljes sötétség között ingadozhatik. A kóros rész lehet egész kiterjedésében egyöntetűen árnyékol, avagy foltos, helyenként világosabb, helyenként sötétebb. Több oly észleletünk is volt, melyben az egész tüdő kisebb-nagyobb foltoktól volt tarkított, úgy hogy a közbeeső több-kevesebb világos részszel mintegy márványozottnak tűnt fel. Egy esetünkben az elváltozás csak az egyik alsó lebenyre szorítkozott. Pár észleletünkben pedig a hilustájnak megfelelőleg láttunk kiterjedtebb árnyékoltságot, mely nézetünk szerint nem csupán megnagyobbodott mirigyektől, hanem a tüdőszövet szomszédos részének infiltrációjától származhatott, míg egy pár másik esetben a hilustáji különálló sötét ovális foltokból mirigybeszűrődésre következtethettünk.

Cavernák bizonyos körülmények között szintén felismerhetők a *Röntgen*-képén. Ha a tüdők felsőbb részeiben sötét környezetben többé-kevésbé ovális, élesszélű, világos területeket látunk, alig fogunk tévedni, ha cavernákat tételezünk fel. A cavernáknak *Röntgen*-átvilágítás által való felismerésére tehát az szükséges, hogy légtelen tüdőszövetben feküdjének, önmaguk azonban légtartalmúak legyenek. A caverna nagysága kevésbé fontos a *Röntgen* által való körjelzés, mint a fizikális vizsgálat által való felismerés szempontjából. Biztosabban körjelvezhetők azonban, ha a mellkas falához közel fekszenek, mert annál világosabb és élesebb képet adnak.

Mellhártyaizgadmány eseteiben állászatlan sötét képet kapunk, míg a lefolyt lob után visszamaradt mellhártyamegvastagodás elmosódottá, homályossá teszi a képet. Kötőszöveti megvastagodások leggyakrabban a lebenyek közötti határon láthatók mint igen sötét, mintegy ujjnyi széles sávok. A rekeszszel való összenövés pedig abból ismerhetők fel, hogy a diaphragma domború hullámzásában szögyszerű megtörést okoznak. Mindezen említett elváltozásokat több esetben volt alkalmunk megfigyelni, a mint azt az esetek ismertetésekor fel fogom említeni.

Pyopneumothorax átvilágítására alkalmunk nem volt. Jellemzőnek írják le erre azt, hogy az exsudatum által szolgáltatott, alól helyet foglaló intenzív sötétséggel szemben igen nagy ellentétben áll a felső részek erősen világos képe. Bédère³ épen ezen nagy ellentét alapján félig telt tintásüveghez hasonlítja annak képét.

¹ Adam: Fortschritte der Röntgenstrahlen, X. kötet, 182. oldal.

² Rieder: Fortschritte der Röntgenstrahlen, VII. kötet, 1. oldal.

³ Bédère: Münchener med. Wochenschrift, 1905. Ref.

Még egy tünetről kell itt még megemlékezni, mely szintén a Röntgen-vizsgálat által ismerhető fel és melyet egyesek a tuberculosis kezdeti szakára jellegzőnek tartanak. Ez a Williams-féle tünet. Williams ugyanis azt találta, hogy egyoldali csúcsbeli tuberculosis esetében már a kezdeti szakban a kóros oldalon a rekesz kisebb kitéréseket végez, mint az egészséges oldalon. Egyesek meglehetősen állandónak írják le e tünetet, mások az eseteknek csak igen kis százalékában észlelték. Részünkről kezdetleges esetekben csak néhányszor találtuk meg, bár minden egyes vizsgálatunkor figyeltünk rá.

A tüdő Röntgen-vizsgálatának klinikai és diagnostikai értékét illetőleg következőket említhetünk fel. Általában megegyeznek a vizsgálok¹ abban, s magunk is úgy találtuk, hogy klinice körjelezhető tüdőtuberculosis csaknem minden esetében a Röntgen-vizsgálat szintén kimutatja az elváltozást, s hogy az esetek nagy számában a Röntgen által kimutatott kóros terület nagyobb, mint a minőt a fizikális vizsgálat elárult. Hulláról felvett Röntgen-képnek a sectio leletével való összehasonlítása által is be van bizonyítva (Schubert és Hartung),² hogy a Röntgen által kimutatott elváltozás sokkal inkább fedi a bántalom kórbonczolástani kiterjedését, mint a fizikális lelet. Centrális góczok, cavernák, pleurális megvastagodások, megnagyobbodott hilusmirigyek, retractsók pedig aránylag gyakran körjelezhetők általa oly esetekben, melyekben azok felvételére a fizikális vizsgálat támpontot nem nyújt.

Eltérők azonban a nézetek arról, hogy van-e diagnostikai értéke a Röntgen-vizsgálatnak tüdőtuberculosis esetén. Ertem ez alatt azt, hogy felismerhetők-e általa elváltozások a tüdőben a tuberculosis oly korai stadiumában, melyben azok a régebbi eljárásokkal (eltekintve a diagnostikai tuberculin-injectiótól) kimutathatók nem voltak.

Hildebrand³ azt állítja, hogy az oly kiterjedésű elváltozás, mely a nyaki izomzat mellett árnyékot tud létrehozni, már auscultatióval és percussióval is kimutatható. Schubert és Hartung szerint igen csekély homályok diagnostikailag nem értékesíthetők. Többen említik, hogy a csúcsok normális viszonyok között is kissé sötétebbek lehetnek. Beschoner szerint pedig a jobb tüdőcsúcs gyakran kissé sötétebb, mint a bal. A legutóbbi évek vizsgálatai azonban nagyobbára megegyeznek Albers-Schönberg nézetével, ki Adam-mal⁴ végzett vizsgálatait abban összegezi, hogy a catarrhus ugyan nem mutatható ki Röntgen-nel, kicsiny infiltrátumok azonban már olyankor is felismerhetők, midőn klinice még egyáltalában nem árulják el magukat.

Vizsgálataink alapján e tekintetben nyert saját nézetünket egy későbbi helyen fogjuk kifejteni.

* * *

A másik vizsgálati módszer, melyről saját tapasztalataink alapján akartunk nézetet alkotni, mint már említettem, a Calmette által ajánlott ophthalmoreactio volt. Ennek mibenlétét felemlíteni feleslegesnek tartom, mivel alig hiszem, hogy volna orvos, kinek figyelmét a reactio még ne költötte volna fel, s így csak annyit kívánok megjegyezni, hogy a szembecseppentéseket az állami bakteriologiai intézetből kapott régi tuberculin 1%-os oldatával végeztük.

* * *

Áttérek ezek után vizsgálataink részletezésére és a belőlük levonható következtetésekre. Összesen 145 betegen végeztünk vizsgálatokat, és pedig átvilágítottunk 123 egyént 146 esetben. Calmette-féle reactiót végeztünk 130 egyénen 157 ízben. Úgy a Röntgen-vizsgálatokra, mint az ophthalmoreactióra vonatkozólag 109 egyénről van feljegyzésünk. Utóbbiak közül 18 beteget diagnostikai tuberculin-oltás céljából a poliklinika fekvőbetegosztályára vettünk fel,

¹ Az idevonatkozó irodalom jegyzéke legközelebb Schellenberg és Scherer (Beiträge zur Klinik der Tuberculose, III. kötet 123. l.), valamint Pförringer és Bunz (Münchener med. Wochenschrift, 1907. 66. l.) munkáiban található meg.

² Schubert és Hartung: Münchener med. Wochenschrift, 1908. 586. lap.

³ Hildebrand: Münch. med. Woch., 1901. 49. sz.

⁴ Adam: Fortschritte der Röntgenstrahlen, X. köt. 182. old.

oltást azonban csak 13-on végeztünk, mivel a másik öt beteg lázasnak bizonyult. Végül 12 esetben fotografiákat is készítettünk.

A betegeket Terray tanár volt szíves legnagyobb készséggel rendelkezésemre bocsátani. A Röntgen-vizsgálatokat Török tanár Röntgen-laboratóriumában végeztük, míg a köpetvizsgálatokat Vas Bernát tanár volt szíves végeztetni. Fogadják mindnyájan legmélyebb köszönetemet.

Külön köszönettel tartozom Terray tanárnak azért is, hogy a vizsgálat alá vett betegeket többszörösen is volt szíves a fizikális lelet szempontjából átvizsgálni, az oltásra jelentkezett betegeken pedig az oltást végeztetni s a reactiót ellenőrizni.

Végül őszinte köszönetet mondok Karácsonyi Mihály dr.-nak, ki szíves volt az átvilágításokat vezetni, a Röntgen-leletet megállapítani, valamint a fotografálásokat végezni.

Az eseteket a könnyebb áttekinthetőség szempontjából 6 csoportba osztottam be, és pedig az anamnesis és a fizikális lelet alapján.

1. Tuberculosisra egyáltalában nem gyanusak.
2. Negatív fizikális lelet ellenére tuberculosisra gyanusak vérköpés, családi terheltség vagy scrophulosis miatt.
3. Tuberculosisra gyanusak a (bizonytalan) fizikális lelet alapján. (Terheltséggel és vérköppéssel, avagy a nélkül.)
4. I. stadiumbeli tuberculosusak.
5. II. stadiumbeli tuberculosusak.
6. III. stadiumbeli tuberculosusak.

Az első csoportba 25 egyén tartozik, kik közül többen diffus hurutban szenvedtek. Ezek közül átvilágítottunk 23-at. 21-ben nem találtunk elváltozást, két esetben árnyékoltságot láttunk a csúcsokban.

A Calmette-féle reactiót ezen csoport esetei közül 19-ben végeztünk, és pedig 16-ban negatív, 3-ban pozitív eredményt kaptunk.

Úgy Röntgen-vizsgálatot, mint szembecseppentést 17 egyénen végeztünk. Ezek következő megoszlást tüntetnek fel:

R — C —	R + C +	R + C —	R — C +	összesen
13	1	1	2	17

Vagyis 13 esetben mindkét vizsgálat negatív eredménnyel járt. Egy esetben az átvilágítás homályt mutatott ki, a Calmette-féle reactio pedig pozitív volt. Egy másikban csekély árnyékoltságot találtunk a csúcsokban, ophthalmoreactio azonban nem jelentkezett. Végül két esetben tiszta tüdők mellett Calmette-reactiót kaptunk.

Arra engednének tehát az elmondottak következtetni, a mit az irodalom alapján különben is bebizonyítottak tekinthetünk, hogy az ép tüdő Röntgen-átvilágításakor rendszerint teljesen világos képet ad, valamint arra, hogy diffus hurutok a tüdő szövetének bántalmazottsága nélkül a Röntgen-képet nem homályosítják.

A Calmette-reactiót illetőleg pedig azt mutatják vizsgálataink, a mit a legtöbb vizsgáló szintén elfogad, hogy tuberculosisra nem gyanus esetekben a Calmette-féle reactio legtöbbször nem következik be.

Ki kell itt pár szóval térnem azon négy esetre, melyekben egyik vagy másik vizsgálati módszerrel, illetve mindkettővel pozitív eredményt kaptunk. Azon egyén, kin a Röntgen homályt derített ki, a Calmette-reactio pedig pozitív eredményt adott, néhány hét múlva súlyos haemoptoét állott ki. Azon egyének egyike pedig, kin a Calmette-reactio volt pozitív, míg az átvilágítás negatív eredményt adott, lázasnak bizonyult a későbbi észlelés folyamán. A másik két esetben további észlelésre nem nyílt alkalmunk.

A második csoportban 44 eset szerepel. Fizikális vizsgálattal, mint már említém, eltérést a tüdők fölött ezen esetekben sem találtunk, gyanusak voltak azonban ezek tuberculosisra részben hereditás, részben vérköpés, néhányan pedig scrophulosis miatt.

Ezen 44 eset közül átvilágítást végeztünk 38-ban. Elváltozást mutatott ki a Röntgen 20 betegen; homályokat nem találtunk 18-ban. Jóval nagyobb arányban találtunk tehát ezen csoport eseteiben a Röntgen-vizsgálattal elváltozást, mint az első csoport esetei között. Az átvilágított 38 egyén közül 17-en jegyezhetünk fel haemoptoét, kik közül ötön negatív volt a Röntgen-vizsgálat eredménye, a többi 12-n homályokat találtunk a tüdőben. Vagyis a vérköpet átszenvedett, de fizikális vizsgálattal eltérést nem mutató

egyének több mint két harmadában árnyékokat találtunk az átvilágításkor.

Calmette-reakciót ezen csoportban 41 egyénen végeztem. 23-on nem kaptam reakciót, 18-on igen. E 41 egyén közül haemoptoëban szenvedett 20, kik közül pozitív volt a *Calmette*-féle reakció 11-en, kilenczen pedig kimaradt az.

Hasonlítsuk össze ezek után a *Röntgen*- és az ophthalmoreactio-vizsgálatok eredményeit. Ezen szempontból csupán 35 eset jöhet szóba a 2. csoportból, mivel mindkét módszerrel együttesen csak annyi esetet vizsgáltunk meg.

R—C—	R+C+	R+C—	R—C+	összesen
14	14	6	1	35

Vagyis 14 esetben mind a kétféle vizsgálat negatív eredményt adott, ugyancsak 14-ben mindkettő pozitív. Összesen tehát 28 esetben egyezett a két vizsgálat eredménye. A többi 7 esetben eltérő eredményt kaptam, és pedig hatszor homályokat az átvilágításkor, bár az ophthalmoreactio kimaradt, egy esetben pedig pozitív *Calmette*-reakció mellett a *Röntgen*-vizsgálattal nem találtunk elváltozást a tüdőkben.

Ennyit e helyen a 2. csoport vizsgálati eredményeiről, visszatérve azonban még ezekre a további vizsgálatok (köpetvizsgálat, hőmérőzés, diagnoszt. tuberculinoltás) megbeszélésekor. Ezekről a 3. csoportnak ily irányokban tovább vizsgált eseteivel együtt fogok megemlékezni.

A mi ezen csoport eseteiben a *Röntgen* által kimutatott elváltozást illeti, az legtöbbször a csúcsokra vonatkozott és általában csak kis kiterjedésű volt; mindamellett akadt közöttük pár oly eset is, melyben az árnyékoltság nagyobb (II. szaknak megfelelő) területet foglalt el, sőt egy betegben az egyik tüdőfél egész terjedelmében sötét foltoktól volt tarkított, a negatív fizikális lelet ellenére.

Felemlítendőnek tartom még a következő *Röntgen*-leleteket. Két esetben elmeszesedett góczokat véltünk a tüdőcsúcsokban körjelezhetni. Két esetben beszűrődött peribronchiális mirigyeket vetünk fel a *Röntgen*-kép elemzése alapján. Több ízben igen erős hilusárnyékokat találtunk. Egy esetben, melyben exsudatum pleuritici ment előre, a megfelelő részt egyenmően elmosódottnak találtuk. Három betegben az árnyék a hilustájon foglalt el nagyobb kiterjedést, s ezek közül kettőn a csúcsok tisztának látszottak.

A harmadik csoportba 24 eset tartozik, melyek közül 17-ben csak az egyik csúcsbeli légzés keltett gyanút tuberculosissra, 7-ben mindkét csúcsbeli; a kopogtatás azonban, mint említettem, nem mutatott eltérést.

Ezen 24 eset közül 23 esetben végeztünk átvilágítást. 10 esetben nem találtunk homályokat, 13-ban igen.

Összevetve a *Röntgen*-vizsgálat leleteit a fizikális viszonyokkal, azt találjuk, hogy az esetek egy részében nem találtunk a hallgatódzás alapján gyanuba fogott csúcs felett elváltozást, máskor igen; ismét másokban ott is, vagy éppen csak ott láttunk homályt, hol azt a fizikális vizsgálat alapján következtetve nem vártuk. Sok esetben az árnyékoltság lejjebb terjedt a csúcsoknál, egyik-másikban pedig szétszórtan az egész tüdő felett voltak nagy sötét foltok láthatók, úgy hogy a *Röntgen*-vizsgálat alapján ezek a III. szakbeli tuberculosisek közé lettek volna sorolandók.

Érdekesnek, s a *Röntgen*-vizsgálatok értékének elbírálására nézve fontosnak tartom megemlíteni azt, hogy ezen esetekben a tüdők egyáltalán nagyon foltosak, márványozottak voltak, míg a fizikális vizsgálat alapján III. szakba tartozó esetekben a homály rendszerint jóval összefüggőbb, egyöntetűbb volt. Látható ebből, hogy mily kiterjedt disseminált elváltozások állhatnak fenn a tüdőkben, a nélkül, hogy azok a fizikális vizsgálatnak hozzáférhetőek volnának.

Calmette-féle reakciót a 3. csoport esetei közül 21-ben végeztünk, és pedig 13-ban negatív, 8-ban pozitív eredménnyel.

Mindkét vizsgálatról 20 esetben van feljegyzésünk, s ezek közül:

R—C—	R+C+	R+C—	R—C+	összesen
7	7	5	1	20

vagyis mindkét vizsgálati módszerrel negatív eredményt kaptam 7, pozitívot ugyancsak 7 esetben. 14 esetben egyezett tehát a két

vizsgálat eredménye, hatban pedig eltérő volt. Az utóbbiak közül 5-ben a *Röntgen* mutatott homályt, míg egy esetben a szembe-esseppentésre reactio támadt, bár az átvilágítás tiszta tüdőt mutatott.

* * *

(Vége következik.)

Közlés a szt. István-kórház III. sebészeti osztályáról.
(Főorvos: Janny Gyula dr., egyetemi rk. tanár.)

Casuistikus esetek.

Irta: Balás Dezső dr., műtőorvos.

(Vége.)

4. Primaer gyomorrák korai diagnosisának ritkább esete.¹

A gyomorrák korai diagnosisának ritkább volta korántsem róható fel diagnostikai tudásunk hiányos vagy elégtelen voltának, inkább annak tulajdonítható, hogy a beteg baját egyszerű „gyomorrontásnak” tartva, vagy csak későn kéri ki az orvos tanácsát, vagy ha elég korán keresi is fel az orvost, turbulens tünetek hiányában nem veti magát alá ama functionális és vegyi gyomorvizsgálatoknak, melyek alapján a fejlődő carcinoma jelenléte konstataható volna. Természetesen ennek tulajdonítható, hogy gyomorcarcinoma kezdeti stádiumában radikális sebészi beavatkozás csak ritkán eszközölhető, s így reális alapon várható végleges gyógyulást is csak az esetek elenyésző kis számában remélhetünk.

A gyomorrák elhelyeződésének és korai diagnosisának egy ritkább esetét legyen szabad a következőkben ismertetnem.

K. Péter 68 éves napszámos 1906 évi márczius 14.-én vétetett fel Janny tanár osztályára azzal a panaszszal, hogy körülbelül 5 hó óta emésztési zavarokban szenved, minek következtében erősen lesóványodott és elgyengült. Étvágytalan, étkezés után néha savanyú felbőfögései vannak, de sohasem hányt.

A lesóványodott és elgyengült beteg vizsgálatok a gyomortáj behúzódtott, az alhas táj mérsékeltelen elődomborodó. A gyomortáj nyomásra seholsem fájdalmas, tapintási és kopogtatási eltérés gyomorfelfúváskor sem található.

A beteg márczius 15.-én próbareggelit kapott; egy óra múlva a gyomortartalmat kivéve, a residuum 50 cm³, melyben teljesen emésztetlen zsemlyedarabok találhatók, erős savreactiót ad, szabad sósav negatív, tejsav erősen pozitív.

Márczius 17.-én előzetes gyomormosás után megismételjük a próbareggelit, midőn a residuum 80 cm³, teljesen emésztetlen zsemlyedarabokból áll, gyenge savreactiót mutat. Sósav újból negatív, tejsav gyengén pozitív.

Bár tapintás és kopogtatás útján a gyomortáj elváltozás nem volt kimutatható, a beteg egyszer sem hányt; tekintettel a gyomortartalom vegyi vizsgálatára, carcinoma ventriculira állítottuk fel a diagnoszt.

A műtétet előzetes gyomormosás után 1906 márczius 24.-én végeztem, tekintettel a beteg korára és gyöngeségére, kombinált chloroform-aether-narcosisban. A has bemetszése és az erősen sorvadott gyomor előhúzása után a gyomor fundusa táján, a kis curvatura közelében és a hátulsó falból kiinduló, a gyomorür felől igen könnyen mozgatható, első pillantásra polypusnak imponáló, körülbelül kisdiónyi nagyságú, puha daganatot találtam. A daganathoz csak oly módon tudtam hozzáférni, hogy a colon transversumot felesapva, a ligamentum gastro-colicumot bemetsztem, s az így támadt résen át a gyomor hátulsó falát kibuktattam.

A daganat mozgékonyasága s alig koronányi tapadó felülete miatt a daganat kiindulása pontját csak úgy tudtam meghatározni, hogy a sorvadott gyomrot a daganat felett megfeszítettem, midőn a kóros résznek megfelelően a gyomron köldökszerű behúzódnak jött létre, s ekkor kitért, hogy a daganat a kis curvaturára is ráterjed.

Mínthogy a gyomron egyéb elváltozás, s metastasisnak még csak nyoma sem volt kimutatható, a daganat radikális exstirpációját határoztuk el. A gyomor resectióját, mínthogy előzőleg a gyomor és az omentum minus ereit gondosan lekötöttem, a daganattól jó

¹ A beteget a kir. orvosegyesület sebészi szakosztályának 1906 évi egyik ülésén mutattam be.

két harántujnyi távolságban, teljesen ép szövetben, nagyobb nehézség nélkül végezhettem. A gyomor sebét a szokásos módon, előbb egész falán áthatoló, majd seromusculáris tova futó selyemvarratokkal egyesítettem. A lig. gastro-colicum sebét ellátva, a hasfalat etage-varratokkal zártam.

A kiirtott daganat alig bir koronányi tapadó felülettel, bolyhos felületű, dúsán erezett, sötétvörös színű. A daganat a *Generisich tanár* intézetében végzett kórszövettani vizsgálattal carcinoma villosumnak bizonyult.

A gyógyulás per primam intentionem folyt le. A beteg három napig per os csak cognacos teát kapott és per rectum lett táplálva, a negyedik naptól fokozatosan térünk át a kompaktabb táplálékra.

A 68 éves beteg távozásakor, 1906 április 30.-án jelentékenyen megerősödött, jó étvágya van és jól emészt. A próbareggeli után vett 15–20 cm³-nyi residuumban a szabad sósav positiv, tejsav negativ.

Közleményem irásakor a beteg kérdezősködésekre válaszolt: kitűnő egészségnek örvend, gyomorpanaszai absolute nincsenek, „megemészté még a követ is”.

Esetemben eléggé tanulságos és a gyomortartalom vegyvizsgálatának értékét még csak növeli az a tény, hogy a carcinomás daganat ily kezdetleges stadiumában is teljesen hiányozhatik már a szabad sósav, míg az erjedési savak, főleg a tejsav jelenléte már diagnostikai értékkel bírhat; másrészt ily korai stadiumban történt radikális művi beavatkozás után joggal remélhető a teljes gyógyulás és a recidiva kimaradása.

5. Tuberculosis és carcinomás vakbél tumor korai resectiója.¹

1. K. Istvánné, 25 éves, asztalos neje 1906 július 30.-án tétetett át műtét céljából Hirschler tanár osztályáról Janny tanár sebészeti osztályára.

A beteg előadja, hogy 1905 októberében lett először hirtelen rosszul, midőn hányás kíséretében az ileocecalis táján hirtelen kólikás fájdalmak lepték meg, melyek azóta többször ismétlődtek s állandó székrekedésben szenved.

A jól fejlett és táplált nőbeteg vizsgálatakor a mellkasi szervek épek. A has mérsékeltén elődomborodó, a coecalis tájon némi resistentia tapintható, bélszűkületi jelenségek nem válthatók ki.

Chronikus appendicitisre állítva a diagnosist, a műtétet 1906 augusztus 5.-én végeztem chloroform-narcosisban. Appendicularis metszéssel behatolva, a vakbél falát csaknem circulárisan tetemesen megvastagodottnak találtam; a féregnyúlvány csaknem kisujnyi vastag és merev volt. Tekintettel a beteg fiatal korára, tuberculosis tumorra gondoltam, s minthogy sem disseminatio, sem egyebütt bélszűkület nem volt, a coecumot az épben reszekáltam, az ileum és colon lumenét elzártam és latero-anastomosist létesítettem.

A gyógyulás per primam folyt le és a beteg 1906 augusztus 26.-án meghízva gyógyultan távozott.

A beteg közlésem irásakor (értesítése alapján) él és egészséges.

A kórszövettani vizsgálatot Entz tanársegéd végezte, melynek eredménye a következő: „A vizsgálatra küldött bélrészlet, melyet már felmetszett állapotban, formolban konzerválva kaptunk meg, körülbelül 20 cm. hosszú vékonybél darab, továbbá a vakbélnek mintegy 9 cm.-nyi részlete a kisujj vastag, körülbelül 4–5 cm. hosszú féregnyúlvánnyal.

A bél nyálkahártyáján a szórt tüszők jól láthatók, a vékonybél legalsó, mintegy 2 cm. hosszú részletén a nyálkahártya kissé megvastagodott, göcsös. A vakbél kezdeti részében a nyálkahártyán szintén kendermag—lencsényi rendetlen csomós megvastagodások vannak. A legszembeötlőbb változás az, hogy a megszükkült vakbél körülötti kötőszövet és zsírszövet kissé elkérgesedett, és itt a zsírszövetben, a mint a bél átmetszésekor kitűnt, több mákszem—köles nagyságú, meglehetősen tömött, fehéres csomócska van, ugyanilyenek láthatók a megvastagodott bélfalban is, nagyobb számban a vakbél nyálkahártyája alatti kötőszövetben s a féregnyúlvány falában.

A vakbél körötti csomón keresztül készített göcsői metszeten kitűnik, hogy a vékonybél nyálkahártyája, de a vakbél nyálka-

hártyája is ép, a bennök levő mirigyeket szabályosan egymás mellé sorakozott elnyálkásodó hengerhámsejtek bélelik. Rosszindulatú hámburjánzás sem a nyálkahártya alatti kötőszövetben, sem egyebütt nem mutatható ki. A nyálkahártya alatti kötőszövet, főleg a vastagbélén, dúsán át van hatva részint egymagvú, protoplasmában dús, részint többmagvú gömbsejtekkel. Ezenkívül a nyálkahártya alatti szövetben meglehetősen nagyszámú körülírt, kerek sejtfészkeket találunk, melyek részint hámszerű elrendeződésben levő nagy, plasmadús, halvány-szürkére festődő epitheloidsejtekből, részint egymagvú gömbsejtekből állanak. E sejtfészkek belsejében számos otromba testű nyúlványos óriássejt ül, melyeknek nagyszámú magva koszorú- vagy félholdalakban rendeződött el (Langhans-féle óriássejtek).

Diagnosis: Tuberculosis intestini coeci et ilei cum induratione et sclerosi.

2. F. Ignác 46 éves napszámos 1906 szeptember 6.-án vétetett fel Janny tanár osztályára.

A beteg állítólag 13 hó előtt hirtelen rosszul lett, a coecum táján görcsös fájdalmait jelentkeztek szék- és szélrekedéssel, s 4 hétig feküdt ágyban. Ezután állandó székrekedése maradt vissza. A beteg felvétele előtt 1 héttel újra rosszul lett az előbbiekhöz hasonló tünetekkel, s ezért osztályunkra vétette fel magát.

A jól táplált, erősen köhögő emphysemás beteg vizsgálatakor a has mérsékeltén elődomborodó, a coecalis táj nyomásra kissé fájdalmas, s erős laxatio után csekély resistentia is tapintható.

Chronikus appendicitisre állítottuk a diagnosist. A műtétet 1906 szeptember 18.-án végeztem chloroformnarcosisban. Appendicularis metszéssel behatolva, a vakbél falát itt is circulárisan tetemesen megvastagodottnak találtam a lumen nagyobb szűkülése nélkül.

A beteg erősen köhögött; sem disseminatio, sem mesenterialis mirigyek nem voltak találhatók; az egyén idősebb korú. A betegség mineműsége tehát meghatározható nem volt, de minthogy evidens volt a vakbél daganatos jellege, a vakbél reszekáltam, s az ileum és colon elzárása után latero-anastomosist létesítettem.

A sebgyógyulás per primam folyt le; a beteg jobb oldalt phlegmasia alba dolensit kapott, s e miatt a teljes gyógyulás csak 1906 november 12.-én következett be.

Közleményem irásakor a beteg (értesítése alapján) teljesen egészségesnek érzi magát.

A kórszövettani vizsgálatot Entz tanársegéd végezte; ritka és igen érdekes eredményét a következőkben adhatom:

„Az összetüremlett vékonybél nyálkahártyájában a mirigyek mindenütt egészen szabályosan, körülbelül egyforma távolságokban fekszenek egymás mellett. A mirigyesöveket s a sok helyen ferdén, vagy a rendetlen betüremlések miatt harántul átmetszett bolyhokat szabályos elnyálkásodó hengerhám borítja. A hengerhámsejtek egyforma nagyok, majdnem mindenütt nagy nyálkacseppekkel teltek, a melyek a sejtmagot a sejt alapjához szorították. A hám sehol tömör sejtmeneteket nem alkot, sem többszörös hámmal bélelt mirigyesövek nincsenek benne. A hám a környező kötőszövettől mindenütt élesen el van különítve.

A nyálkahártya izomrétegében, de a bél saját izomzatában, az adventitiális szövetben sem látszik számbavehető eltérés. A nyálkahártyában fekvő solitáris tüszők szabályos szerkezetűek, itt-ott szépen csiragocskokkal. E szabályos szerkezetű, egymásba gyűrt vékonybélkacsok mellett, látszólag a vékonybél izomrétegében, legnagyobb valószínűséggel a vastagbélből kiinduló körülírt daganat-csomót találunk, mely egyrészt kötőszövetből, másrészt hámból áll. A hámmeneteket elválasztó kötőszövet nagybára sejtszegény rostokból áll. A hám hol egészen tömör, egymással rendetlen recézett alakjában összefüggő bunkós meneteket alkot, hol egészen szabályos, mirigyekre emlékeztető hosszú csöveket vagy kisebb-nagyobb tág üröket bélel. Ezen rendetlen rekeszes ürök hámbélése azonban nem szabályos egyrétegű hengerhám, mint az ép bélmirigyeké, hanem többretegű hengerhám; a sejteken az elnyálkásodás nem látható olyan szépen, mint a bélmirigyek sejtjein. De hogy a sejtek nagy mennyiségű nyálkát választanak el, az kitűnik abból, hogy a sok helyt nagy mértékben, mintegy cystásan kitágult mirigymenetek mindenütt telve vannak üvegszerűen áttűnő kocsonyaszerű anyaggal; ebbe a tömegbe itt-ott akár apró csoportokban levált hámsejtek vannak betemetve.

A meneteket bélelő sejtek nagyok, ritkán hengeresek, inkább

¹ A közlés tárgyát tevő két beteget a közközházi orvostársulat 1907 évi IV. szakülésén mutattam be.

rendetlen sokszögűek, széles protoplasmarétegük elég intenzíven festődik, finoman szemcsés, magjuk meglehetősen nagy, hol a sejt közepén, hol inkább a szél felé fekszik.

Ezek a szabálytalan hámmenetek rendetlen csapok vagy nyúlványok alakjában a bél izomrétegébe is betörnek, sőt azt áthaladják; néhol körülötte gömbsejtes beszűrődés van.

Minthogy a daganat a physiologiai szövetrétegeket nem respektálva a mélységbe tör, a szövetburjánzást gonoszindulatának kell tartanunk, s valószínűleg a vakbélből indul ki.

Diagnosis: „Adenocarcinoma mucosum coeci.“

Mindkét esetben chronikus appendicitisre állítottuk a diagnoszt. Mindkét esetben a betegség huzamos lefolyású volt — 10 és 13 hó óta állott fenn —, a betegeken kimutatható tuberculosis és carcinomás affectio hiányzott, s az ileo-coecális tájon időnként rohamszerűen jelentkező, székrekedéstől kísért kólikás fájdalmat leszámítva, erős hashajtás után is csak némi resistentia volt tapintható.

Úgy a tuberculosus, mint a carcinomás coecális tumor csak a tumor tapinthatósága és kifejezett bélszűkületi tünetek alapján diagnosztizálható. A bélsár vizsgálata sem nyújt útbaigazítást. *Conrath* 85 tuberculosus tumor-eset közül 5-ször talált vérzést, *de Bovis* statisztikai kimutatása szerint 271 carcinomás eset közül 1-szer erősebb, 58-szor csekélyebb vérzés volt jelen. A székletét genyes volta pedig nem jellegzetes.

Épen ily nehéz a betegség kezdeti szakában, általános tünetek nélkül a két tumor jellegének egymástól való megkülönböztetése is.

Érthető tehát, hogy a két megbetegedés kezdeti szakában chronikus appendicitissel összetéveszthető.

Úgy tuberculosus, mint carcinomás coecális tumor eseteiben egyedül a gyökeres exstirpatio tekinthető helyes gyógy módnak. Igaz ugyan, hogy a tuberculosus coecális tumor néha egyszerű enterocolostomiával, s így a vakbél nyugalomba helyezésével spontán is meggyógyulhat, de így egyrészt egy nagy primaer tuberculosus gócot hagyunk vissza a szervezetben, másrészt tapasztalat szerint, a nagyobb műtéti beavatkozás ellenére, az exstirpatio után a betegek egészségi állapota rohamosabban javul.

A prognosztis illetőleg úgy a tuberculosus, mint a carcinomás coecális tumor, viszonyítva a test egyéb részein előforduló hasonló megbetegedéshez, aránylag jónak mondható. Mindkettő lassan fejlődik, a tuberculosis későn disseminálódik, s a carcinoma későn okoz metastasist. *Conrath* 30 radikálisan operált tuberculosus esete közül 7 év múlva 16-ot talált recidivamentesen. *Körte* kimutatása szerint 24 radikálisan operált coecum-carcinoma közül 9, tehát 37.5% 9¹/₄ év múlva recidivamentes.

A betegség korai szakában történt gyökeres műtéti beavatkozás esetén tehát mindkét megbetegedésben joggal várható a teljes gyógyulás.

A diabetes kezelése.

Irtá: *Arany S. Zsigmond* dr. Karlsbad-London.

(Vége.)

A fentiekből mindenki belátja, hogy a diéta eljárás a súlyos diabetesben nem oly egyszerű, mint a hogyan a legtöbb tankönyv feltünteti, és nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy eljárásunknak semmi szín alatt sem szabad sablonosnak lennie, hanem mindig az eset természetéhez kell alkalmazkodnia. A lelkiismeretes orvos, ha betege szénhydratmentes diéta mellett sem lett cukorkomentessé, kutatni fogja, vajjon a glykosuria nem túltáplálásnak a folyománya-e. Mint már előbb említettük, az egészséges és nem túltáplált egyén táplálékszükséglete 35—40 caloria egy kiló testsúlyra, és ugyanolyan mennyiséget kíván a diabeteses szervezet is. Ezen nézetet nem osztják a szerzők általánosan és *Noorden* (l. c.) azt hiszi, hogy a diabeteses szükséglete nagyobb az egészséges egyénénél, mivel az előbbtől bizonyos mennyiségű caloria cukor és acetontestek alakjában hagyja el a szervezetet és így nem fordítatik a javára.

Ezen nézettel ellentétben *Kolisch* (l. c.) és *W. Schlesinger*¹

a rendes caloria-mennyiség reductiója mellett foglalt állást, a mennyiben tapasztalatuk szerint 20 caloria egy kiló testsúlyra nemcsak elegendőnek bizonyult a diabeteses beteg fenntartására, hanem az étrend gondos megválasztása mellett még testsúlynövekedést is eredményezett. *Noorden* nagyon helyesen jegyzi meg, hogy *Kolisch* és *Schlesinger* betegek csupán azért hizhattak meg ily csekély caloriájú diéta mellett, mert nagyon lesóványodott és huzamosabb ideig diéta nélkül táplált egyénekről volt szó, és ezeknek táplálékbeli szükséglete csakugyan nem haladja túl *Kolisch* számait, de a test tápláltságának emelkedésével a táplálékbeli szükséglet is növekszik és ha meg akarjuk akadályozni, hogy a beteg saját szöveteit emészsze, pótolnunk kell azon caloriákat, melyek nem a test táplálására, hanem cukor és acetontestek képzésére fordítatnak a beteg által asszimilálható táplálékkal.

Lássuk most, hogy mit ért *Kolisch* helyesen megválasztott étrend alatt; idő és hely megtakarítása céljából *Kolisch* étlapjaiból csupán a leggazdagabbat fogom idézni.

7 órákor reggel: Áfonyatea.

9 órákor: Kávé, 2 tojás.

Ebéd: Cardi olajjal vagy vajjal, paraj egy tükörtojással, saláta, 1 alma, tészta, mely áll tehénturóból, rhabarbarából, lisztből, vajból és saccharinból.

Uzsonna: Kávé, tejjel és mandulakenyér.

Vacsora: Articsóka, káposzta, paradicsomsaláta, dió, mandula és egy narancs.

Minthogy a főzelékek mennyiségét nem említi a szerző, nem lehet megállapítani, hogy hány caloriát fogyasztottak el betegek, de feltéve, hogy ad libitum fogyasztottak belőlük, akkor sem érhetők el azon caloria-állapot, melyet a diabeteses szervezet megkövetel. *Kolisch* nem ajánlja a fenti étrendet átmeneti vagy időleges diétának, hanem megkívánja betegeitől, hogy állandóan ezen kosztón éljenek. Tagadhatatlan, hogy a diabeteses szervezet jobban tűri a növényfehérjét mint az állati és a caseint, a mely tényre *Bouchardat*¹ már 3 évtized előtt felhívta a szerzők figyelmét és mit okkalmóddal gyógytényezőnek fel is lehet használni; de nagy tévedés volna *Kolisch* diétáját állandó étrendnek elfogadni, mivel nemcsak nagyfokú lesóványodást, hanem ennél is veszélyesebb glykosuriát idézne elő, mivel rosszul táplált egyént érne.

Ezen állításom helyességét két különösen érdekes esettel igazolhatom. Az egyikben 60 éves férfiról van szó, a ki 9 év óta szenved diabetesben és kit házi orvosa egy közismert németországi vegetarianus-sanatoriumba küldött. A beteg 3 hónapot töltött a sanatoriumban és étrendje alig különbözött az említettől. Az első 2 hónapban a beteg elég jól érezte magát, a 3. hónapban azonban észrevette, hogy egyre fogy és hogy diabeteses tünetek is jelentkeznek, a mi arra indította, hogy a sanatoriumot elhagyja és engemet konzultáljon. A beteg vizeletét megvizsgálván, 3% cukrot és acetonyomokat találtam, noha a sanatoriumban azt mondták neki, hogy cukorkomentes. A beteget körülbelül 35 caloriának megfelelő állati és növényi táplálékot, valamint 200 gm. szénhydratot tartalmazó diétára fogtam, mire 2 hét múlva azt találtam, hogy a cukor mennyisége 0.5% -ra süllyedt és a beteg testsúlya 3 kilóval gyarapodott.

A második eset 42 éves egyénre vonatkozik, ki két év óta cukorbeteg s azért kérte ki tanácsomat, mert egy francia előkelő orvos által rendelt növényi diéta nem javította meg az állapotát, noha félévig élt ezen a kosztón. Súlya állandóan fogyott és a cukor sohasem tűnt el a vizeletéből. A vizelet vizsgálatakor azt találtam, hogy 2.5% cukrot és nagymennyiségű acetontestet tartalmaz, mire elhatároztam, hogy hús- és főzelék-diétát adok a testsúlynak megfelelő caloriákban és egyúttal kismennyiségű szénhydratot is. Egy hónap alatt az illető 6 kilóval gyarapodott és a vizelete cukorkomentes lett. Utoljára 4 hónap előtt kaptam értesítést a betegről, mely szerint úgy erőben, mint súlyban gyarapodott és a vizelete csak elenyészően kevés cukrot tartalmazott.

Ilyen eseteket mindenki észlelhetett, a kinek nagyszámú diabetesessel volt dolga, és belőlük az alábbi következtetést vonhatjuk le: Noha a növényi fehérjét a diabeteses szervezet jobban tűri mint az állati táplálékot, a betegek nem tudnak belőle annyit elfogyasztani, a mennyi szervezetük caloria-szükségletének megfelel.

¹ *W. Schlesinger*: Über das Nahrungsbedürfniss der Diabetiker. Zeitschrift für diät. u. phys. Therapie, 1903.

¹ *Bouchardat*: La glycosurie ou la diabète sucré.

Kitűnik továbbá az is, hogy a növényi diaeta nem tudja a beteget tartósan megóvni a cukorkiválasztástól, mivel rövidebb vagy hosszabb idő után toleranciája ezen ételekkel szemben is csökken.

Mint előbb említettük, azon tény, hogy a diabeteses szervezet a növényi fehérjét jobban tűri mint az állati, felhasználható gyógyeszközü. Ha azt tapasztaljuk, hogy egy diabeteses nem veszi el cukrát azon diaeta mellett, melyet kezdő diatának ajánlottam, tanácsos meggyőződést szerezni arról, vajjon a glykosuria nem túltáplálkozásnak az eredménye-e. Nagyon sok esetben azt fogjuk találni, hogy, ha a beteg caloriaszükségletéhez mérten rendezzük az étrendet, a cukor eltűnik. Más esetekben ezen megszorítás a cukormennyiséget erősen (0.5—10%) csökkenti, ilyenkor meg kell elégednünk az elért eredménnyel és meg kell kísérlenünk, hogy kis mennyiségű szénhydratnak hozzátétele megszorítja-e a cukrot. A legtöbb esetben azt fogjuk találni hogy bizonyos mennyiségű szénhydrat nem növeli a glykosuriát, ellenben elősegíti a diabetes legkellemetlenebb kísérőinek, az acetontesteknek eltűnését. Nagyon természetes, hogy a szénhydratoknak ezen hozzátétele a rendes kozthoz nagy óvatosságot igényel és mindig csak feltételes alakban végzendő, tudniillik úgy, hogy csak addig növeljük adagolásukat, a míg a glykosuria nem fokozódik, nehogy tönkretessük a betegnek nagynehezen visszaszerzett toleranciáját a szénhydratokkal szemben.

Végül vannak oly esetek is, melyekben a szénhydratmentes diaeta alig változtat a glykosurián és ilyenkor van a növényi diatának létjogosultsága, de semmi esetre sem azon értelemben, mint azt *Kolisch* és *W. Schlesinger* ajánlja, mert még ezen diatának első ajánlója, *Bouchardat* sem ragaszkodhatott hozzá sablonosan. A mi eljárásunk az, hogy az eset természete szerint a betegnek 2—8 napra a következő étrendet írjuk elő:

Reggeli: Tea tejföllel, 2 tükörtojás, 25 gm. szalonna, mandulakenyér 20 gm. vajjal.

Ebéd: Beef-tea tojással, paraj 25 gm. zsirral és 2 tojással, spárga 25 gm. vajjal, kávé tejföllel.

Uzsonna: Tea tejföllel.

Vacsora: Kelvirág 25 gm. vajjal, saláta 20 gm. olajjal; 2 kemény tojás vagy omlette.

Ezen diaeta nagy zsirtartalma miatt körülbelül 2000 caloriának felel meg, ha a beteg 600—700 gm. főzeléket fogyaszt, és néhány napra nem elviselhetetlen a betegnek. Ezen diaeta segítségével nagyon gyakran 1—2 nap alatt cukormentesítettem a beteget, és azután a főzelékek és zsírok egy részét kis mennyiségű hússal és még kisebb mennyiségű szénhydrattal helyettesítve, azt találtam, hogy a növényi diaeta nemcsak a hús iránti toleranciát, hanem egyszersmind a szénhydratok irántit is megjavította.

Más esetekben a növényi diatát 5—6 napig kell folytatni; de akármilyen is az eredmény, nem tanácsos a beteget 8 napnál tovább ezen kozton tartani. Még ha azt tapasztaljuk is, hogy a növényi diaeta hatására a beteg toleranciája az állati táplálék iránt elérte a normális fokot, akkor sem tanácsos a beteg szervezete által megkivánt caloria-mennyiséget túlhaladni, mivel a legkisebb többlet is csak ártalmára válhat a regenerált anyagcserének. A növényi diaeta azonban nemcsak az állati fehérje, de a szénhydratok anyagcseréjét is megjavítja és azt tapasztaljuk, hogy azon beteg, a ki a növényi diaeta előtt szénhydratmentes diaeta mellett is cukrot választott ki, a növényi diatának néhány napig alkalmazása után nemcsak rendes mennyiségű állati táplálékot, hanem 100—150 gm. szénhydratot is tud assimilálni.

Hogy hány napig alkalmazandó a növényi diaeta, az tisztán az eset természetétől függ; ettől függ az elért gyógyeredmény tartama is. Némely esetben hónapokra terjed ki a hatása, más esetben csak néhány hétre és a kezelő orvos feladata meghatározni, mily időközökben ismételve meg a beteg a növényi diatát.

Vannak makacs esetek is, a melyekben semminemű diatával sem tudjuk a beteget cukormentesíteni; ilyenkor leghelyesebben úgy járunk el, ha a beteget időközönként böjtöltetjük. A böjt 24 óráig tart; rendesen táplált egyének nem tűrik rosszul, különösen ha megengedjük nekik, hogy saccharinnal édesített teát tetszésük szerint ihatnak. A böjtnek rendszerint feltűnő hatása van, a meny nyiben a beteget nem csak a böjtöt követő napon, de némely esetben jó hosszú időre cukormentessé teszi.

A diabetesnek diatás kezelésében nem szabad megelégednünk az acidosisról sem, mely cukor kíséretében, de a nélkül is jelentkezhetik és mindig a coma előfutárának tekintendő. Azért minden igyekecsünknek oda kell irányulnia, hogy az acetontestek képződését megakadályozzuk, illetőleg mérsékeljük, a mit a legtöbb esetben széndhidratoknak engedélyezésével el is érünk; ez ugyan gyakran a glykosuria javára történik, de tapasztalni fogjuk, hogy sok beteg jobban viseli el a nagyobb mennyiségű cukrot, mint az acetont nyomot kevés cukorral. Más esetekben a szénhydrat-hozzáátétel nemcsak hogy megszünteti az acidosist, de nem is növeli a cukor mennyiségét; ezt rendszeren oly betegeken tapasztaljuk, a kik állandóan kiválasztanak kis mennyiségű cukrot, még akkor is, ha a szénhydratokat teljesen megvonjuk.

Meg kell még emlékeznünk az úgynevezett acut esetekről, melyek legjobban bizonyítják a baj toxikus voltát. Rendszerint fiatal egyéneket illetnek, és minden kezelés ellenére halállal végződnek néhány hónap, sőt néha néhány hét alatt.

A mondottakból kitűnik, hogy teljesen lehetetlen az egyik diabetesest ugyanolyan módon kezelni mint a másikat és hogy nagyfontosságú a gyógyításban az eseteknek helyes elkülönítése. De még egy és ugyanazon esetben sem lehet az eljárásunk egyöntetű, az étrendet annyiszor kell megváltoztatnunk, a hányszor a beteg állapotában változás áll be. Még az évszakok is nagyban befolyásolják a diabetes lefolyását; én¹ voltam az első, a ki felhívtam a figyelmet azon körülményre, hogy úgy a glykosuria, mint az acidosis nagyobb mérvet ölt a hideg évszakokban, a mi úgy magyarázható, hogy a hőveszteség, mely úgy az egészséges, mint a diabeteses egyénben télen nagyobb hőtermelést igényel, a mit az egészséges egyén könnyen megtesz, de nem úgy a diabeteses. Ez utóbbi, kinek hőtermelése bajának természete miatt is kisebb, mint a normális egyéné, a nagyobb hőveszteség megkivánta nagyobb hőtermelést részben a felvett táplálékból, részben azonban saját szöveteiből végzi, a mi a glykosuria és az acidosis növekedését vonja maga után. Azt is találtam, hogy a beteg assimiláló képessége télen lefokozódik és némely esetben majdnem semmi. Ebből azután levonhatjuk a következtetést, hogy azon étrend, mely a beteg bajának nyáron megfelel, még nem felel meg szükségképpen télen, és azért a megváltozott viszonyokhoz mérten változtatandó. Kórházi betegeken a nyár és tél közti különbség nem oly szembeötlő, mivel a betegek ágyban vagy legalább is szobában tartatnak és így nincsenek nagyobb hőveszteségnek kitéve.

Észleleteimből tehát az alábbi következtetéseket lehet levonni:

1. A hidegebb évszakokban a beteg toleranciáját úgy a szénhydratokkal, mint a fehérjékkel szemben újra meg kell állapítanunk; nagyon tanácsos a diatát nagyobb mennyiségű zsirral gazdagítani, mivel ezt legkönnyebben változtatja át a szervezet a megkivánt caloria-többletté. Az alkohollal, melyet sohasem vonok meg a betegről (noha oly betegnek, ki nem szokta meg, sohasem ajánlanék alkoholt), szintén liberálisabban járhatunk el télen mint nyáron és legcélszerűbben ezukormentes bor alakjában adhatjuk a betegnek.

2. A beteget meg kell védenünk nagyobb hőveszteségtől, a mit azonban semmi esetre sem érhetünk el úgy, hogy a szobában tartjuk, mivel a legtöbb betegnek életének fenntarthatása végett teendői is vannak, meg azután célszerűtlen volna tőle a szabadban sétálást megvonni; mert hogy mennyire fokozza ez utóbbi a vérkeringést és ezzel a hőtermelést, szükségtelen bővebben kifejteni. A hőveszteséget legerélyesebben megakadályozza a célszerű alsóruha, még pedig legajánlatosabb ezen célra a gyapjú és selyem kombinációjából készült alsóruha, mely jobban simul a testhez és jobban védi meg azt, mint a túlságosan nehéz felső kabát, mely már rövid séta után is kifárasztja viselőjét, pedig tudjuk, hogy a fáradtság szövetbomlással is jár, a mitől pedig első sorban óvnunk kell a diabetesest. Oly betegeket, kiknek vagyoni viszonyai megengedik, legcélszerűbb délvidékre küldeni és ezen célra első sorban tekintetbeveendő a Rivierának csendesebb helyei, mint San Remo, Cannes és Grasse; Algir szintén nagyon alkalmas, míg Egyiptom száraz klímáját kevésbé jól tűrik a diabeteses betegek.

Értekezésem teljességén esnék csorba, ha nem emlékezném meg a diabetesnek gyógyszeres kezeléséről; de másfelől időpazarlás

¹ S. A. Arany: Some points in Diabetes. The Lancet, London. 1907 február és március.

volna, ha felsorolnám mindazon gyógyszereket, melyeket a diabetes gyógyítására ajánlottak, mivel 1—2 kivétellel semmi befolyásuk sincs a bajra. Azon pár szer, mely a diabetes kezelésében tekintetbe jöhet: az opium, a natrium salicylicum és a salol.

Az opium, melyet *Pelham Warren* majdnem egy század előtt ajánlott először, mindenesetre enyhíti a baj legkellemetlenebb tünetét, a szomjúságot, és kétségenkívül befolyásolja valamelyes mértékben a glykosuriát is; nagy hátránya azonban, hogy csak nagy adagokban hat. Ezeket a beteg többnyire elég jól tűri ugyan, de tekintetbe kell vennünk, hogy a nagy adag csak addig nagy, a míg a beteg szervezete nem kívánczik még nagyobb adag után, és ha meggondoljuk, hogy a diabeteses szervezetet már egy toxin úgy is győzri, nem fogunk szívesen még egy másik toxint is adni.

A salicylatok adagolása sokkal ártalmatlanabb és a legtöbb esetben hatásosabb is. Az általánosan használt salicylatok, a natrium salicylicum és aspirin helyett sokkal szívesebben rendelem a salolt, mivel antisepsis hatása nagyobb; kitűnő hatását senkisémet vitathatja el. A salol kedvező hatása a diabetesre szintén bizonyítja a baj toxikus természetét és reméljük, hogy a belső antisepticumok tökéletesbedésével a diabetes ellen is többet fogunk tehetni.

Nagyon hatásos az alkaliának adagolása kiváltképen ásványvizek alakjában. *Naunyn*¹ nagy hírű tankönyvében a következőket mondja: „Nagy szerepet játszanak a diabetes therapiájában a karlsbadi és vichyi kúrák. Tudományosan ugyan még nem bizonyították be, hogy ezen kúrák specifikus hatásúak a diabetesre és azért az ember csak is saját és mások tapasztalatai szerint ítélheti meg őket. A mi Vichy-t illeti, nem mondhatok véleményt róla, mivel saját tapasztalataim nincsenek, de Karlsbadról tudom, hogy nagyon sok betegemet ezukormentessé tette, a kikkel itthon ezt az eredményt nem tudtam elérni“.

Naunyn nagyon helyesen jegyzi meg, hogy a karlsbadi vizeknek a diabetesre való hatása még ismeretlen, és ha a következőkben a saját véleményemet bátorkodom adni, nem szándékozom vele a hypothesis határát túllépni: A mint a „diabetes pathogenesisében“ kifejtettem, a baj kísérő tünete savaknak a vérben jelentkezése. Ezen savak lefokozzák a vér alkaliságát, és mint tudjuk, az anyagcsere csakis alkaliás közegben folyhat le, az említett savak jelentkezése tehát az anyagcserét részlegesen vagy teljesen megakadályozza. Azért nagyon valószínűnek találom, hogy a karlsbadi vizek hatása legfőképpen abban áll, hogy a vérben jelentkező savakat közömbösítik és azzal az anyagcserét megjavítják. Hogy mily szerep jut a karlsbadi vizek radio-aktivitásának, a jövő van hivatva megállapítani; egyelőre oly keveset tudunk a radiumról, hogy nézetet csakis hypothesis alakjában nyilváníthatunk; nem lehetetlen azonban, hogy a karlsbadi vizek radio-aktivitásuk útján baktericid hatásnak és így hatnak a diabetesre.

Karlsbadnak az utóbbi időben nagy concurrence akadt, de nem fürdő alakjában, hanem azon nézetben, hogy a diabetesnek nem Karlsbad, hanem a sanatorium való. Nem akarom elvitatni azon kedvező eredményeket, melyeket lelkiismeretes és tudományos sanatoriumi kezelés mellett elérhetni; magam is szoktam ezen sanatoriumokat ajánlani, ha tudom, hogy a betegnek nincs elég intelligenciája és akarateréje, hogy az ajánlott diaeta szerint éljen; célszerűnek látom olyankor is, ha a beteg kezelő orvosa nem ér rá vagy nem tudja megállapítani a kellő étrendet; de miért küldjük oda azon eseteket, melyekről maga *Naunyn* is azt állítja, hogy karlsbadi kúra nélkül nem megyünk velük semmire sem.

Nagyon sajnálatos, hogy a tudománynak oly hivatott hirdetője tekinteten kívül helyezi az évszázadok empiriájának eredményeit és ezzel, ha jóhiszeműleg is, megakadályozza a gyógyulni kívánókat azon hely felkeresésében, hol évente ezer meg ezer diabeteses hosszabbítja meg az életét. De még sajnálatosabb, hogy ezen felfogásnak sok nem hivatott utánpótlója akadt, a ki nem rendelkezvén személyesítője geniusával, többet árt mint használ a sanatorium ügyének. És elvégre is a sanatorium és fürdőkúra korántsem ellentétes fogalom, sőt inkább mindkettőnek az a célja, hogy kiegészítse egymást. Eltekintve a vizek specifikus hatásától, nem fél gyógyulást jelent-e, ha a beteg az élet gondjaitól megszabadulva a szabad

természetben csupán egészségének él, nem gyógyító hatású-e azon téltenség, a melyet a német oly jól fejez ki az „Ausspannen“ szóval?

Ha pedig valaki szememre veti ezen utóbbi kitérésemet, védelmemül Tolstoi szavait idézem: „Nem tudok hallgatni!“

Thanhoffer Lajos †

(1843—1909.)

Az elmúlt hét első felében gyászlobogó hirdette az egyetemi intézeteken és klinikákon, hogy az egyetemnek halottja van. Az orvostudomány tanártestület egyik nagyérdemű tagja, *Thanhoffer Lajos* költözött el az élők sorából. Halálát fájdalmas megilletődéssel vette tudomásul az elhunyt sok tisztelője és barátja, habár a vesztesség nem jött váratlanul. Hisz mindenki tudta, hogy élete az utóbbi másfél évben jóformán csak lassú haldoklás volt. Nem adatott meg neki az a szerencse, a mivel a sors a kegyeltjeit tünteti ki, hogy hirtelen, hosszas szenvedés és vergődés nélkül fejezhessen be földi pályafutását: darabokban kellett letörnie. 1904 óta, a mikor az első gutaütéses roham érte, már csak árnyéka volt a régi *Thanhoffer Lajos*nak; a halál mysteriuma, mely ezentúl szeme előtt lebegett, csendes emberré tette az egykor pezsgő-vérű, élénk, tevékeny, tréfás tanárt. Kötelességének, a míg tehetette, változatlan buzgalommal megfelelt. Másfél év előtt újabb roham érte, s ezentúl élete csak tengődés volt, melyből valódi megváltás volt a halál.

Thanhoffer Lajos pályafutásának a súlypontja, működésének az értékesebb része azokra az évekre esik, a melyeket az állatorvosi főiskolán töltött mint az élettan és szövettan tanára. Intézetében kedvére foglalkozhatott kedvencz tudományával, a szövettannal. Egyik úttörője volt e tudománynak minálunk; előtte senkisémet űzte azt rendszeresen, behatódóan. Mint autodidakta teljesen beleélte magát e tudomány szellemébe és technikájába s *Rottenbiller-utczai* intézetében egészen modern szövettani laboratóriumot rendezett be, melyet a 80-as években nagy számmal kerestek fel az orvostanhallgatók, sőt a fiatal orvosok is.

S valóban sokat is lehetett tőle tanulni, kivált a szövettani technika terén, melyhez kiváló tehetsége és lelkes vonzalma volt. Az állatorvosi főiskolán töltött évei alatt kerültek ki a tolla alól legjelesebb dolgozatai: a zsírfelszívódásról, a cornea szerkezetéről, az izomidegvégződésekről irt értekezései, a melyeket még most is idéznek. Kevésbé szerencsés volt az idegsejtek szövettana terén: egy új módszert eszelt ki, a „szétnyomási eljárást“, a mely az idegsejtek gyors előtűntetésére valóban igen alkalmas; *Thanhoffer* azonban túlságos jelentőséget tulajdonított neki s a kutatás céljaira is fel akarta használni, a mire pedig nem való. Irodalmi működése tetőpontját érte el szövettani technikai könyvében, melyet 1880-ban németül is kiadott, s mely két kiadást ért. A munkás természetű és fürgé tollú tanár buzgalma ezzel nem merült ki, hanem irt még több tankönyvet és számos népszerű cikket, a mely utóbbiak közül különösen az „Anatomia és divat“ című ügyesen megírt füzetek keltett a közönség körében nagyobb hatást.

Már javakorán túl volt, mikor az egyetemre került, mint az anatomia egyik tanára. Buzgó igyekezettel látott hozzá, hogy beleélje magát új működési körébe s csakugyan az évek során az anatomia terén is jeles tanárrá fejlődött, a miben nagy segítségére volt a rajzolásban való ügyessége s ezzel kapcsolatos plastikai érzéke. Az új épületben gyönyörűen rendezte be intézetét, felszerelve azt teljes szakértelemmel az anatómiai tanítás összes modern kellékeivel. Előadásaira szorgalmasan készült s reájok nagy gondot fordított, a gyakorlatok vezetésében lankadatlan buzgalommal vett részt, a míg tehetette. Egyáltalában kötelességtudó, tevékeny s mindenben megbízható ember volt. A mit elért az életben, azt mind szívós igyekezetének, ernyedetlen szorgalmának köszönhetette. Tehetségének mértékét buzgó iparkodással az utolsó atomig gyümölcsöztette saját érvényesülése, a közjó és hazája javára.

Impulsiv, őszinte, egyenes jelleme, szókimondó nyíltsága, derűs szeretetreméltósága sok jó barátot szerzett neki, a kikhez ő

¹ *Naunyn*: Der Diabetes melitus.

is hiven ragaszkodott. Szívjóságáért sokan áldják az emlékét, a kiket bajukban kisegített, pártfogolt, istápol. Nem sok tanár van, a kit hallgatói annyira kedveltek, mint őt, mert érezték, hogy az ifjúságnak melegsívű barátja, s tudták, hogy a szigorlaton jószívű, elnéző censora.

Lapunk is, melyet tudományos pályája során többször keresett fel cikkeivel, szeretettel fogja az elhunyt tudós emlékét megőrizni.

* * *

Thanhoffer Lajos életrajzi adatai röviden a következők. Született Nyírbátorban, Szabolcsmegyében, 1843 november 23-án. Középiskolai tanulmányait Pesten, a kegyestanítórend gymnasiumában elvégezve, az orvosi pályára lépett. Már mint ötödéves orvostanhallgató fizetéses műtőnövendék lett Balassa tanár mellett, a kinek halála után Kovács József tanár mellett működött még egy évig hasonló minőségben. 1868/69-ben tanársegéd lett a pesti egyetem élettani tanszéke mellett s még ugyanezen évben kinevezték az állatorvosi tanintézetben az élettan és szövettan rendes tanárává; itt működött 1890 közepéig; időközben 4 éven át mint helyettes igazgató vezette az állatorvosi tanintézetet. 1871/72-ben egyetemi magántanári képesítést nyert a szövettanból, 1880/81-ben pedig az egyetemi rendkívüli tanári címet kapta. 1890-ben a budapesti egyetemen megüresedett II. anatómiai tanszékre nevezték ki. Erdemei elismerésül a III. osztályú vaskoronarendet, majd az udvari tanácsosi címet kapta, a Magyar Tudományos Akadémia pedig előbb levelező, később rendes tagjává választotta.

* * *

Thanhoffer Lajos temetése e hó 24-én ment végbe a központi egyetem előcsarnokából. A végső tisztességen megjelent valamennyi tanártársa és nagyszámú tisztelője, élükön közoktatásügyünk fejével, Apponyi Albert miniszterrel. Az egyházi szertartás után Liebermann Leó orvoskari dekan a következő szavakkal búcsúzott az elhunytól az orvosi fakultás nevében:

„Meghatottan állunk ezen ravatalnál, melyen olyan ember földi maradványai nyugszanak, a milyennel csak ritkán találkozunk életünkben. A tudányszeretet, a tudomány iránti lelkesedés, az igazság tisztelte, a fáradhatlan buzgóság és szorgalom párosult benne határtalan szívjósággal, nemes áldozatkészséggel, őszinteséggel, és oly gyengéd érzéssel és szeretetreméltó kedéllyel, hogy ezen ember lelkét csak egy romlatlan, az élet szennye által sohasem érintett gyermek kristálytisza lelkéhez lehetett hasonlítani.“

„Minden cselekedete magán hordotta ezen lelki tisztaság bélyegét, s ha akárhányszor látjuk is azt, hogy az életben, akár társadalmi téren, akár a tudományok terén elért eredmények az emberek valódi lelki színvonalára nem maradnak káros hatás nélkül: Thanhoffer Lajosnál, ki mindazon kitüntetésekben részesült, melyek a jeles, fáradhatatlan és becsületes munkást, tanárt és bűvart megilletik, mindenkor azt tapasztaltuk, hogy ezek — s itt különösen a tudomány terén elért eredményeire gondolok — nem önhittséget, elbizakodást és szerénységet szültek, hanem csupán azt a megelégedést, azt a jóleső, őszinte, sohasem titkolt örömet, melynek láttára a szemlélőben nem támad más gondolat és érzés, mint az: vajha ezen gyermekiesen tiszta lelkű, szeretetreméltó ember ezentúl is mindazon boldogságban részesülhetne, melyet a többnyire oly fukar sors kedvenceinek, az annyira rövidre szabott emberi életben nyújthat.“

„Ez a fukar sors most hirtelen csakugyan ketté vágta ezt a csendes, harmonikus, boldog emberéletet s mi azzal a lesújtó érzéssel állunk itt, hogy ismét szegényebbek lettünk; szegényebbek egy kedves jóbaráttal, szegényebbek egy tiszta jellemű, becsületes emberrel, szegényebbek egy lelkiismeretes bűvással és munkás tanárral, s nem marad más, mint az emlékezet és hálaérzet, melyet szívünkben hiven meg fogunk őrizni és átadni majd azoknak, a kik utánunk következnek!“

Ezután Lenhossék Mihály a M. T. Akadémia és a Természettudományi Társulat koszorúit tette lendületes szavak kíséretében a ravatalra. Az egyetemi énekgyász dala fejezte be a megható gyászünnepeket.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Az új ipartörvény közegészségügyi szempontból. Irta Szana Sándor dr. Előadás a magyar gyáriparosok országos szövetsége temesvári fiókjának 1908 november 29.-én tartott közgyűléséből. 30 l. Budapest. Pallas r.-t. ny. 1908.

Előadásában a szerző az új ipartörvényjavaslatnak a közegészségügyet érdeklő pontjaival foglalkozik, azokat helyeslő vagy elítélő, de mindenkor figyelemre méltó megjegyzésekkel kísérve, több helyütt üdvös tanácsokat adva és hasznos indítványokat téve a szóban levő törvénytervezetnek módosítása és kiegészítése czéljából. Nagyon helyesen hangoztatja a szerző, hogy nemcsak a nemzeti és humanitikus szempontok azok, a melyek a munkások és munkaadók táborát az egészségügy terén egyesítik, hanem a rideg gazdasági szempont és a rideg gazdasági érdek is a munkaadónál és munkásnál egy, ha egészségügyi kérdésekről van szó; hogy a mit a legjobb poliklinikával el lehet érni, elenyészik ahhoz képest, a mit a rossz iparhygiénével el tudnak rontani; hogy a legjobb iparpolitika a munkát egészségessé tenni, mert a munkaadók és munkások érdekeinek harmoniája forog kérdésben, midőn az egészségügyről van szó. A mi a munka hygiénéjének egyes részeit illeti, a szerző a munkaidő rövidítése és a munka folytatásának kellő pihenéssel való megszakítása mellett érvel; még kivételesen is ellenzi a munkaidő meghosszabbítását. Nagy fájdalommal töltötte el a törvényjavaslatnak azon rendelkezése, mely a nők éjjeli munkáját megengedi. Teljesen hibásnak és következményeiben végtelenül ártalmasnak találja azt a kivételt, a mely megengedi, hogy 60 napon át, nem gyári üzemen, a 14—16 éves alkalmazottak esti 10 óráig dolgozhassanak. Megváltoztatandónak tekinti azon pontot, a melynek értelmében 14 éves munkásnők a közönség kiszolgálása körül 8 órán át, sőt esetleg azon túl is foglalkozzanak. Még inkább elítélendőnek tartja azt, hogy a törvényjavaslat a 16 éves nőknek hetenként egyszer a 18 órai munkaidőt is megengedi. Figyelmeztet, hogy a nők egyes ipari mérgezésekre különösen hajlamosak; a nők védelme kettős fontosságú az államra nézve, mert bizonyos iparágak a nők gyermekeit is fokozottabb mértékben teszik gyengévé és az ellentállásra képtelenné. Ellene van annak, hogy a 4 hetes gyermekágyas anya munkára szoríttassék.

Örömmel fogadja a tervezetnek azon intézkedését, mely az ipari munkát űző szoptató anyák védelmét célozza. Elsőrangú kötelességnek tekinti, hogy a munkásbiztosító pénztár a beteg csecsemője ápolása végett otthon maradt anyának táppénzt adjon. Kifogásolja azon szándékot, mely a gyermekmunkások korhatárát a 12. évben állapítja meg. Behatóan foglalkozik a tanonczkérdéssel, a tanonczok martiriumával és helyes módokat ajánl annak megszüntetésére, a tanonczok patronageszerű védelmével. Élesen kikel a munkaadó háztartásában élőknek a rendes munkaidőn túl való foglalkoztatása ellen, melynek borzasztó példái fordulnak elő. A munka hygiénés körülményeire áttérve, utal azon angol törvényre, hogy ha a munkás a gyárban szerzett ipari betegségben, mint ólom-, higany-, phosphor- stb. mérgezésben megbetegszik és ezek miatt foglalkozását nem folytathatja vagy meghal, úgy neki vagy hátramaradottainak ép úgy joguk van kártérítési igényüket törvényes úton érvényesíteni, mint a balesetet szenvedettnek. Ajánlja, hogy minden egyes gyárról évenként social-hygiénésen képzett orvosokból álló bizottság állapítsa meg anyagi és erkölcsi felelősség mellett, hogy a hygiénés viszonyok teljesen megfelelnek-e. (Ezen intézkedés első sorban a bányáknál volna foganatosítandó. Ref.) Kifogásolja, hogy a javaslat a munkás fekhelyére 10 m³ légtérrel állapít meg, holott Franciaországban egy fegyencz részére 30 m³ légtérrel adnak. Az egészségügyi javaslatok kivételét állami egészségügyi prémiumok útján kellene lehetővé tenni. Kárhóztatos a javaslatnak azon iránya, mely a pontosabb meghatározás helyett általánosságokban mozog és tömérdek kivételt enged meg. Szól a szellőzésről, a porkérdésről; kárhóztatja, hogy a törvényjavaslat a munkahelyiségben egy emberre 8 m³ légtérrel követel és az iparfelügyelő, évenként 60 napig, ezt is leszállíthatja 5 m³-re. A tisztaság kérdésénél felhívja a figyelmet a gyári fürdőkre, melyekről a törvényjavaslat megfeledkezett. A háziipar egészségi védelmét nem tartja kielégítőnek. Megrója, hogy az alkohol-pestis elleni

védekezésnek nem jutott elegendő tér a javaslatban. A munkás-biztosító orvosi tanácsnak meg kellene adni a jogot, hogy saját kezdeményezésére kutathassa egyes gyárakban a gyakori megbetegedések okát. Feltétlenül törleendőnek tartja azon rendelkezést, a mely szerint, ha a pénzügyminiszter a fennhatósága alá tartozó ipartelepekben az iparfelügyelők tevékenységét igénybevenni nem akarja, gondoskodni tartozik arról, hogy a jelzett telepek a pénzügyi igazgatás közegei által ellenőriztessenek. (Az eddigi mód szerint egyes vállalatok kivonhatják magukat az iparfelügyelők [gyakoribb és behatóbb] ellenőrzése alól. *Ref.*) A szerző az általa tett indítványok és módosítások megvalósítását illetőleg reménykedik azon előkelő helyről tett kijelentésben, a mely szerint: Az egészségnek és az anyaságnak tökéletes emberi védelmét követelik a gyárosok s a magyar gyári ipar az emberiségben nem marad el. (Szívből óhajtjuk, hogy e kijelentés ne maradjon szóvirág, hanem minél előbb megvalósuljon; mert a mennyire saját tapasztalatainkból ismerjük a helyzetet, e téren a legsötétebb középkori jelenségek nem tartoznak a ritkaságok közé. Itt volna az ideje, hogy ezen állapotok mielőbb véget érjenek. *Ref.*)

Erdős János dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

Tartarus depuratus-szal gyógyított májcirrhosis-esetekről számolt be *Eichhorst* tanár egy klinikai előadásában. Következő alakban használja ezt a szert, a mely úgyszólván már a feledésbe merült: Rp. Decocti radiceis althaeae c 10·0 ad 180·0; Tartari depurati 15·0; Sirupi simplicis 20·0. M. D. S. Jól felrázva 2 óránként evőkanálnyit. A hatás feltűnő volt, az illetők állapota néhány hónap alatt annyira javult, hogy úgyszólván gyógyultnak voltak tekinthetők. Lényeges, hogy az orvos ne veszítse a türelmét, mert a kedvező befolyás csak lassan, fokozatosan következik be, még pedig úgy látszik a szernek diuresis hatása folytán. A szert hosszú időn át kell adni, a mi azonban nem jár nehézséggel, mert az említett használatmód mellett semmiféle mellékhatás sem mutatkozik. Újabban savós mellhártyaizzadási eseteiben is úgyszólván kizárólagosan a tartarus depuratum adja *Eichhorst*, mert úgy tapasztalja, hogy az izzadási ezen szer használata mellett sokkal gyorsabban szívódik fel, mint más gyógyító eljárás igénybevételekor. (*Medizinische Klinik*, 1909. 11. szám.)

Az asthma bronchiale kezeléséről értekezik *Treupel*. A bronchiális asthma kezelésekor kettős feladat vár az orvosra: az egyik az asthmaroham megszüntetése, a másik a dispositio leküzdése. A mint tudjuk, asthma-ban a fizikai vizsgálat a tüdő heveny tágulását mutatja s hallgatódzás alkalmával főképen kilégzéskor búgó és fűtőhangok hallhatók. A légszomj és nehézlégzés oka pedig a finom hörgőknek vagusizgalom által kiváltott izomösszehúzódnak okozta szűkületében keresendő, ehhez járul a hörgők nyálkahártyájának értágulat által okozott duzzadása. A kísérleti úton előidézett asthma atropin adagolására megszűnik: ime ez a Trousseau által inaugurált atropin-therapia alapja; az atropin ugyanis hűdötté teszi a vagus idegvégződéseit. Újabb nehézlégzéses rohamok megelőzésére a protrahált atropin-adagolást ajánlja: naponta $\frac{1}{2}$ mgm. atropint szed a beteg, mely dosis minden harmadnap $\frac{1}{2}$ mgm.-mal emelhető; a napi maximális adag 4 mgm. atropin; az atropinkezelés tartama ily esetekben négy hét. Az asthma oka nem egyszer orrbajokban keresendő, ily esetekben természetesen az orrbaj javulásával elmaradnak a nehézlégzéses rohamok is. Therapeutikai szempontból nagyon fontos az asthma-beteg psychikai befolyásolása. Már maga a gondolat, hogy nehézlégzés lepi meg a beteget, elegendő az asthmás roham kiváltására; a psychogen momentum fontosságának bizonyítására felhossa a szerző, hogy az asthmás légzés-typus egyszerű utánzása már elegendő asthmaszerű roham kiváltására, mely utóbbinál még a szokásos hurutos tünetek is észlelhetők. A mondottak alapján érthető, mily fontos a fuladástól való félelemnek psychés befolyásolása és a lélekző mozgások szabályozása. Az elsőt illetőleg ajánlatos a betegnek suggerálni, hogy fuladástól való félelme alaptalan s a nehézlégzés ellenére is kap még mindig elég levegőt s a roham kellemetlen érzését meg

lehet szoknia. A lélekző mozgásokat szabályozandó, hangosan számoltatunk a beteggel, bizonyos ütemszerűleg visszatérő időközökben mély és nyugodt légvételre szólítjuk fel s a göresös kilégzést a mellkas manuális összenyomásával igyekszünk leküzdíteni. Ily módon a legtöbb esetben sikerülni fog a beteg túlfeszített figyelmét bajáról többé-kevésbé eltéríteni, sőt a rohamot coupírozni vagy legalább is lényegesen megrövidíteni. Így ismét urává lesz akaraterének az asthmás s könnyebben küzd le a köhögés-ingert is. Az asthmás beteget *Treupel* szerint első sorban *nevelnünk* kell: az asthmás ugyanis tulajdonképp neurastheniás s az asthma dispositiv psychoneurosis: így értelmezhető a rendszeres lélekző gyakorlatok sikere. A nehézlégzésben szenvedőnek könnyen izguló idegrendszerét egyébként a szokásos tonizáló szerekkel, hydrotherapiás eljárásokkal igyekszünk csillapítani: az intézeti kezelés asthma-ban különösen ajánlható. Ugy az egyszerű, mint a tüdőtagulással szövődött nehézlégzéses esetben jó hasznát vehetni a légzőgymnastikának: lassú és mély belégzés közben oldalt tartott karját a függőleges vonalig emeli a beteg, majd a kilégzés alatt mellén keresztbe téve, thoraxát a lehetőségig összenyomja: a légzőgymnastika tartama egy óranegyed legyen s elég, ha naponta kétszer ismétli meg a beteg. Ugyanezt könnyebben elérhetni a Zoberbier-Rossbach-féle, nemkülönben a Goldscheider-féle pelottás apparátussal, mely utóbbi rhythmusos időközökben komprimálja a beteg mellkasát. A pneumatikus kamara is sikerrel alkalmazható. Jó befolyással van a nehézlégzésben szenvedő betegre a magaslati klíma és a tenger is. A nehézlégzést kísérő bronchiolitis exsudativa ellen *Strümpell* az izzasztó kúrát és esetleg a jodkalit ajánlja. A bódító szerek különösen aut esetekben nem nélkülözhetők, de mindig ultimum refugiumként tekintendők; végleges eredményt csakis a psychés befolyástól és a rendszeres légzési gyakorlatoktól várhatunk. (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1908. 53. szám.)

Halász Aladár dr.

Idegkórtan.

A chorea kezeléséről klinikai előadást tartott *Köster* lipcei professor. Choreához hasonló mozgások a choreán kívül a hysteriában is támadnak, de az így keletkező kép csak külsőleg hasonlít a choreához és nem tartozik e baj keretébe. A valódi chorea a rheumás chorea. Ez fertőzés következménye. A *hysteriás choreaszerű mozgásokkal* szuggerrálással, valeriana-tincturával vagy villamossággal lehet megküzdeni. A *terhesek choreájában* sokszor szükséges a művi elvetélést megindítani, de a choreának fennállása magában véve erre még nem ok. Az indicatio akkor van meg, ha szívzavarok (endocarditis, bicuspidalis-elégtelenség), hyperemesis vagy nephritis szegődnek a choreához, ha a mozgások igen hevesek lesznek, vagy ha psychosis fejlődik ki. Az abortus után a chorea gyorsan gyógyul. Ha a jelzett körülmények nem forognak fenn, csillapítószerekkel, brómkészítményekkel, narcoticumokkal (opium, morphium, amylenhydrat, veronal, chloralhydrat) kell szerencsét próbálni. A *Huntington-kór*, a *prae- és posthemiplegiás mozgás-zavarok* szintén nem tartoznak a chorea körébe. A mozgások e bajokban nem egyszer olyan hevesek, hogy a betegek nyomorúságosan leromlanak, mert táplálkozásuk nagyon meg van nehezítve. E betegeket előhaladó szellemi gyengeségük, izgatottságuk és esetleges öngyilkoskísérletek miatt legjobb kórházban elhelyezni. Néha az ilyen beteg éveken keresztül hanykolódik minden oldalról kipárnázott ágyában a nélkül, hogy rajta segíteni tudnánk.

A valódi chorea a chorea minor nevét is viseli. (A minor szónak a chorea mellé tévése teljesen fölösleges, mert ma már senki sem beszél chorea major-ról.) E baj kezelése hálás feladat. Azt lehetne várni, hogy a rheumás fertőzésre való tekintettel a salicyl, aspirin, salol sikerrel kecsegtet, de a tapasztalat ezt nem igazolja. Csak azokban az esetekben, a melyekben izületgyulladás és endocarditis is van, adhatjuk e készítményeket. A *salicyl* elpusztíthatja a strepto- illetve a staphylococcusokat, de ezek anyagcseretermékeire nem lehet semmi behatással. A *bromnatrium*nak 1—3 gm.-nyi adagban a *friss esetekben* jó hatása van, ha megnyugtatóra van szükség. Ilyenkor néha kisebb veronalmennyiségek heteken át adva szintén célra vezetnek. Mindazonáltal a chorea legjobb orvossága mindeddig az *arsen*, a mely szert minden esetben alkalmazni kell. Mindenki, a ki a többi dicsért szerrel időnként próbálkozott, végül újból visszatér az arsenhez. Az arsen

esőpek alakjában vagy valamely természetes ásványvíz alakjában jobban tűri el a szervezet, mint pilulában. Gyermeknek higítva adhatjuk, harmadnaponként 1 cseppel emelkedve bizonyos mértékig, azután ugyanilyen arányban csökkentve a dosist. Így hónapokon át folytathatjuk a kezelést. Minden vigyázat dacára néha észlelünk kezdeti arsenmérgezést (étvágytalanságot, hányást, hasmenést, a köthártyák belőveltségét és bennük égő érzést). K. ilyen esetekben a szert két hétre abbahagyta és azután újból adta minden kellemetlenség nélkül. A míg a bróm csak a kezdeti szakban használ, addig az arsen a baj minden szakában hatásos szokott lenni. Ha a chorea soká tart, az arsen időnként hagyjuk el és pótoljuk egynehány héten át vassal. Az utóbbi időben az atoxylt (metaarsenicanilid) is ajánlották a chorea ellen. Ez a veszedelmes gyógyszer opticus-sorvadást okozhat és már kis adatban rövid időn át adva is mérgezhethet. Tekintve, hogy a choreások többnyire gyermekek, a kik a mérgezés iránt még fogékonyabbak, mint a felnőttek, ezt a szert csak a legnagyobb óvatossággal adhatnók. A villamárám teljesen hatástalan. Azok, a kik eredményt láttak tőle, alighanem hysteriás betegeket gyógyítottak meg szuggerralással. Köster nagyon jónak tartja a *tornagyakorlatokat*, a melyek a beteg agyveljében a rendes mozgás képzetét ébrentartják. Czélt csak úgy érhetünk velük, ha a torna intelligens vezetés mellett történik és csak addig tart, a míg fáradtságot nem okoz; ha a beteg ki van pihenve, újból folytathatjuk a gyakorlatot. Könnyű gyakorlattal kell kezdeni a munkát és csak hetek múlva lehet nehezebb dolgokra áttérni. Minden egyes beteget külön kell elővenni. Többen együtt azért nem tornáznak, mert a kifáradás más-más betegen különböző időben áll be. Choreás gyermekeket nem lehet egészségesek közé egy csapatba beosztani és velük sémás gyakorlatokat végezni. A tornaszereknek, súlyzóknak semmi célja sincs. A gyakorlat esetenként megválasztott szabadgyakorlat legyen, javuláskor ellenállás-gyakorlatokra lehet áttérni. Legjobb ezt a módszert már az ágyban fekvő kezdetni, a mikor az egyes mozgások az ataxia kezeléséhez hasonlóak lehetnek. A masszálás magában véve nem sokat ér, de a többi módszernek jó segítsége. A masszálás az anyagcserét növeli és a beteg erőállapotát jelentős módon javítja. A *hydrotherapiás* eljárások nem nélkülözhetők. Ezek között az egész test forró lemosása 35–40 C.^o meleg vízbe mártott spongyával, utána ágybanfekvéssel nagyon jó szolgálatot tesz. 30 C.^o meleg teljes fürdők 1/2–1 órai időtartással szintén ajánlhatók. A hidegvizes lemosást az amúgy is szűkvérű betegeknek a hőelvonás miatt nem lehet ajánlani. A chorea gyógyításában elsőrangú szerepe van az általános állapot javításának, annyiival is inkább, mert a legtöbb beteg lefogyott, szűkvérű és kimerült. Az erőket ezért kimélni és gyakorolni kell. Ezért a betegeket a kezelés első idejében ágyba kell fektetni. Az ágyban a mozgás csökken és a fekvés legjobban megfelel az erő kimelésének. Van különben olyan beteg is, a ki járni, állni alig tud. Így például az egyik choreás beteg magára döntötte az égő lámpát, a másik egynehány hét alatt kétszer egymás után eltörte a karját, a harmadik a koci kereke alá került. Csak jelentős javulás után lehet a betegeket az ágyból kiengedni. Nem jó őket más gyermekek gúnyjának kitenni. *Tengeri fürdő, hegyi tartózkodás* a javulás szakában igen jó, de maga a *falusi levegő* sem megvetendő néha. Olyan beteg, a kinek a gyógyszer nem volt hasznára, *tejkúra* után gyógyult meg faluhelyen. Kávét, szeszt tiltani kell, egyébként erősítő vegyes koszt van helyén. A szülőknek meg kell magyarázni, hogy a mozdulatok, a beteg siránkozása, ellenkezése a betegségnek alkotórészei és ezért kerülni kell a büntetéseket. Ugyanezért legjobb a beteget az iskolából a gyógyulás beálltaig kivenni. A choreás beteg ne tanuljon, mert a baj az agyvelő munkáját befolyásolja és így a tanulás, a figyelés meg van nehezítve. Ha a tanulást könnyű esetben megengedjük, legalább az írást tiltsuk el és az iskolai tornázás alól mentjük fel a gyermeket.

Ha a chorea szívbelhártyagyuladással szövődött, az ágybanfekvő beteg szívére jégzacskót téessünk. Adjunk az ilyen betegnek digitalist, digalent, kámfert vagy coffeint. (Deutsche med. Wochenschrift, 1909. január 7.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

Az úgynevezett postoperatív heveny gyomortágulás kérdését tanulmányozta G. Axhausen (Berlin). Az úgynevezett

heveny gyomor-dilatatio kérdése műtétek után még mindig vita tárgya; kérdés, vajjon a gyomor izomzatának bénulása vagy a duodenumnak szöglettörése alkotja-e az elsődleges mozzanatot. Az előbbi nézetet vallja Bollhardt és Kayser, míg Landau az utóbbi felfogás híve. Axhausen teljes bélelzáródás 2 esetében, midőn a bélelzáródás helye egészen közel feküdt a flexura duodenojejunalis helyéhez, heveny gyomor-dilatationak még csak a nyomát sem találta. Ezen tapasztalat valószínűtlenné teszi, hogy a heveny gyomortágulás primaer oka a duodenum elzáródása volna. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1909. 4. szám.)

Gergő.

A hydrocephalus kezelésének újabb módszerét közli Heile (Wiesbaden). Újszülöttnön spina bifidát operált; öt hónappal reá nagyfokú hydrocephalust észlelt, a melynek keletkezését a műtéttel hozta összefüggésbe. Négy ízben végzett agykamara-punctio után sem volt tartós az eredmény. Heile ekkor a spina bifida műteti hege mellett az ágyéktájon behatolt, a hasüreget megnyitotta és az előlekvő vastagbélkacsot serosájánál fogva a megnyitott dura-zsákhoz odavarrta, hogy ezáltal a liquor cerebrospinalisnak a hasürbe állandó lefolyást biztosítson; nehogy ez hirtelen történjék, műtét után a gyermek medencéjét felpolezolta.

A beteg az első órákban jól volt, de 20 óra múlva hirtelen mozgás közben meghalt. Boncoláskor a hasürben tiszta savógyülemet találtak.

Heile azon esetekben, mikor a gerincezvelő az ép esigolyák miatt nehezebben hozzáférhető, azon módosítást ajánlja, hogy az os coccygis és az alsó két keresztcsigolya resectiója után a canalis vertebrae hátulso falát az ágyéktáig vessük fel, a peritoneumot a Douglas-ürben nyissuk meg és varrjuk oda a megnyitott dura-zsákhoz. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 34. szám.)

Tóthfalussy.

Angiomák kezelése megfagyott szénsavval. F. Sauerbruch az angiomák új kezelési eljárását ismerteti, melyet A. J. és E. Oexner chicagói kórházában látott. Az eljárás technikája igen egyszerű: szén-savbombából a gázt erős sugárban egy élje tartott muldarabra bocsátjuk. A folyékony szén-sav gyors elpárolgása folytán intenzív hideg keletkezik és a szén-sav egy része 79^o-os hővé fagy meg. Egy ilyen gaze-darabkát az angiomára fektetünk s 10–20 másodpercig ott hagyunk. Az erős hideg hatása alatt az erek nagy fokban összehúzódnak, a daganat körülírt területen anaemiás lesz s ezen terület körül hyperaemiás udvar képződik. Ugyanazon ülésben 2–3 ilyen gaze-darabkát fektethetünk a tumor más-más helyére. Kötés nem szükséges. 8–10 naponként ismételjük az eljárást addig, míg a tumor teljesen eltűnt. Sauerbruch ezen eljárást utánvizsgálatok alapján mint igen egyszerű és célra vezető eljárást ajánlja; a módszer fájdalomtalan, eredményeiben az eddigi kezelési eljárások eredményeit felülmúlja. (Centralblatt für Chirurgie, 1909. 1. szám.)

Gergő.

Venereás bántalmak.

Jáva szigetén végzett kísérletes syphilis-kutatásairól számol be Neisser. Vizsgálatai igen fontos adatokat nyújtanak a syphilis pathológiájára nézve s így nem fölösleges, ha hirdetett tételei közül a legfontosabbakat ide iktatjuk. Az eddigi tapasztalatok mind megerősítik, hogy a spirochaeta pallida a syphilisnek kórokozó parazitája. Ellenére annak, hogy a házinyúlra a syphilis átvihető, kísérletes vizsgálat czéljából mégis a majmok a legalkalmasabb állatok. Ez azért állítható, mert úgy látszik, valamennyi majomfaj cutanoltásra jellegzetes primaer affectióval reagál, a melyet kimutathatólag általános syphilis követ. Disseminált másodlagos eruptiók eskis a simpánzon és a gibbonon észlelhetők típusosan, elmosódottan bizonyos páviánfajon is. A többi, alsóbb rendű fajon a syphilis eskis a gyógyuló primaer affectio körül regionalisan tovakúszó serpiginosus recidivák alakjában mutatkozik. Az állatkísérletek eredményeiből az is kideríthető, hogy az oltáshoz használt anyagok virulentiájában lényegesebb különbségek nem léteznek. Lényegileg tehát egyre megy, hogy az oltás állati vagy emberi luesből ered-e, avagy primaer, secundaer vagy tertiaer volt-e az emberi syphilisnek oltásra használt terméke. A virulentiának gyöngítése vagy erősítése kísérleti úton sem sikerül. Ez idő szerint tehát nem vagyunk arra feljogosítva, hogy a syphilisnek különböző lefolyását a virulencia különböző fokával magyarázzuk. Az incubatio

időnek tartamát a szervezetbe hatoló spirochaeták mennyiségével lehet magyarázni. A syphilis lefolyásában a sokféle eltérés mindenestre leginkább az egyes fajok és egyének különböző dispositójával magyarázható. A kísérletes állati oltások legjobban akkor sikerülnek, ha a bőrt scarificatiókkal kiadón megsértjük. De sikerülhetnek úgy is, hogy véreket meg sem nyitunk (például corneális oltások). A szervezetnek általános fertőzése már az első incubatio alatt jön létre, néha még mielőtt a primaer affectio nyilvánult volna. Ez az általános fertőzés a primaer affectio jelentkezésekor már mindig kimutatható. Az infectio nemcsak bőrbeli oltás által érhető el. Lehetséges a pozitív oltás — jöllehet csak igen kivételesen — subcutan módon is. A siker attól függ, hogy elhárítható-e mindazon tényező, a mely helybeli leukocytosist (phagocytosist?) okoz. Sokkal könnyebben érhető el pozitív eredmény intravenás vagy a herébe végzett oltás útján. Egy időben végzett cutan- és intravenás oltás esetén a typosus primaer jelenség nem marad ki. Az oltás helyének kiirtása változó eredményt adhat. Sikeres lehet az excisio alsóbbbrangú majmokon még a 16. napon is, főleg ha jodtincturával kezeljük a kimetszés sebét. Másfelől előfordul, hogy hiábavaló a kimetszés már a fertőzés utáni 8. órában. A syphilis kifejlődése nem akadályozható meg azzal, hogy az oltás helye alá kénesőt vagy atoxylt fecskendezünk.

Ismeretes, hogy *Metschnikoff* sikeresnek nyilvánította az oltás helyének desinfectióját, ha az hamarosan az oltás után végrehajtható. Ez sok esetben *Neisser* tapasztalása szerint is csakugyan lehetséges. *Metschnikoff* a desinfectio céljából 33⁰/o-os kalomellanolin-vaselines kenőcsöt ajánlott. *Neisser* ennél hatásosabbnak találta az olyan 33⁰/o-os kalomeles kenőcsöt, a mely konyhasóoldatot is tartalmazott. Megfelelő ezenkívül még a sublimatnak 2—3⁰/o-os oldata, vagy a 10⁰/o-os chinines-glycerines vizes oldat is. A mi a majomluest illeti, *Neisser* kijelenti, hogy a luesnek spontán gyógyulását alacsonyabb rendű majmokon sohasem állapíthatta meg. Nem állapítható meg továbbá a teljes gyógyulás után sem az a szorosan vett immunitás, a mely lehetetlenné teszi az újabb infectiót. Kísérleti úton megerősíthető, hogy valamennyi állat, a mely a második oltás idejében refractaernek, „immun“-nak bizonyul, azért nem reagál, mert még beteg. Mihelyt azonban az állatok kellő kezelés folytán meggyógyulnak, az újabb oltás azonnal pozitív eredménnyel jár. Mindezek a tapasztalások azt látszanak bizonyítani, hogy igazi immunitásról nem lehet beszélni, szintűgy azt is, hogy kilátás nélküli egy alkalmas passiv vagy activ immunisatiós eljárásnak a kutatása. *Neisser*-nek kísérletei azt is bizonyítják, hogy a kéneső és a legtöbb arsenes készítmény a majmok syphilisét tökéletesen meg tudja gyógyítani. Az intenzív kezelésnek teljes a hatása a latens virusra is. Ez az utóbbi tapasztalás megdönteni látszik azoknak a nézetét és érvelését, a kik az úgynevezett idült intermitáló kezelést értéktelennek tartják. Gyógyulásra vezethet a jód és a chinin is, de tudnunk kell, hogy hatásuk nem oly erőyes, mint a kéneső vagy az arsené. Mindenesetre jogosult azonban, ha a jodot a syphilisnek bármely szakában alkalmazzuk.

Praeventiv gyógyulás, a melyben a kezelés az infectio utáni 1—8. napon indult meg, csakis igen erőyes atoxylus vagy arsacetines kúrával érhető el. A kénesőnek ilyen hatása nincsen. Emberi syphilis esetében a legalkalmasabb arsenkészítménynek az arsacetin tekinthető. Hatása legalább is mérközik az atoxyléval s azonfelül sokkal kevésbé mérköző. Nagy előnye az is, hogy kiállja a főzést, tehát sterilizálható. *Neisser* az arsacetines kúrát úgy alkalmazza, hogy 25 injectiót ad a szerből; egy-egy injectio alkalmával 0.6 gm. jut a szervezetbe. Nagy hiba volna azonban a kénesőt csak némiképen is mellőzni, mert alaposan kipróbálva mégis csak ez a gyógyszer van. Leghelyesebb ezért a kezelést úgy irányítani, hogy abban úgy a kénesőnek, mint az arsacetinnak a megfelelő szerep jusson. A syphilis kezelésében az általános kúra használatát *Neisser* felfogása szerint oda kell módosítanunk, hogy az antilueses gyógyszereket minél huzamosabban és erőyesebben adjuk, tekintet nélkül arra, hogy vannak-e tünetek vagy nincsenek. Természetes azonban, hogy mindezt a szervezet károsodása nélkül szabad csak tennünk. Minthogy pedig ma már tudjuk, hogy valamennyi lueses kiütés a spirochaeták által keletkezik, s hogy azok ott helyben igen sokáig virulens állapotban megmaradhatnak, helyénvaló, hogy a lueses tünetek helybeli kezelésére is igen nagy súlyt helyezzünk. *Neisser* ezért azt ajánlja, hogy minden syphilises beteg legalább

egy kiadós, erőyes bedörzsölőkúrát végezzen. A primaer affectiót pedig, a mikor és a hol csak lehetséges, kimetszéssel vagy más módon el kell távolítanunk. (Verhandlungen der Deutschen dermat. Gesellschaft, X. Congress, 1908.)

Guszman.

Orr-, torok- és gégebagajok.

Az orrüreg kemény sankerének esetét közli *Menzel*. A bal orrszárny elülső részében koronanagyságú, halványpiros promientia van, melynek felülete sima, közepén excoriált. Furunculus ellen szolt a csekély fájdalom, rhinoskleroma ellen a gyors fejlődés (5 hét) és a felület sima volta. Megnagyobbodott, indolens submaxillaris mirigy, mirigyduzzanatok, maculosus syphilid biztosították a diagnosit; a primaer affectusban spirochaetákat találtak. Valószínűleg az inficiált ujjal jutott a virus az orrba. Ezen localisatio felette ritka; Sendziának a legrégibb időktől 1900-ig terjedő statistikája csupán 16 orrüregbeli sankert sorol fel. (Wiener mediz. Wochenschr., 1909. 7. sz.)

Safranek dr.

A szájnyalakhártya izolált lichenjének esetét demonstrálta *Lipman-Wulf* a „Hufelandische Gesellschaft“ f. é. február 11.-i ülésében. A betegség 2 hó előtt kezdődött, a beteg szájában egyenetlenségeket érzett, ajkain szürkésfehér foltok keletkeztek, fájdalmi, evéskor nehézségei nem voltak. A buccális nyálkahártyán apró, kerek, gombostüfejnű, szürkésfehér göbök láthatók, legsűrűbben a felső és alsó fogsor közti szögletben; innét a felső és alsó fogsorral párhuzamosan göbös eruptiók húzódnak az ajkakig, egymásközt hálószerűen összefonódva. Az ajkakon ezek a képletek plaqueökká folynak össze, melyek felületén kisfokú korpaserű pörkösödés van. A nyelv felületén, a nyelvgyökhöz közel, egy elül 1/2, hátul 1 cm. széles, kb. 2 1/2 cm. hosszú szürkésfehér, sima felületű plaque látható. A differentialis diagnosit stomatitis aphthosa, leukoplakia, lueses plaque irányában kellett eldönteni. (Berlin. klin. Wochenschr., 1909. 9. sz.)

Safranek dr.

A gégerák gyökeres gyógyításának eredményei az utolsó 50 évben. *Sendziak* 1002 esetet gyűjtött össze az irodalomból; ezek közül 57 endolaryngeális úton, 303 laryngofissióval, 226 részleges, 416 totális gégereseccióval operáltatott. Gyógyult 260 eset, azaz 26⁰/o; 125 beteg 3 évig, 135 pedig 1 évig volt recidivamentes. 1888 óta a gyógyulási arány 30⁰/o-nál magasabbra emelkedett. A műtét halálozás 13⁰/o, 1888 előtt 28⁰/o volt; recidiva 22⁰/o-ban, 1888 előtt 45⁰/o-ban mutatkozott. Az egyes műtét módok eredményei ezek: a laryngofissio 55⁰/o-ban, az endolaryngeális műtét 46⁰/o-ban, a részleges resectio 23⁰/o-ban, a totális 22⁰/o-ban adott jó eredményt. A recidivákat illetőleg legkedvezőbb eredményt a totális resectio adta (17⁰/o), a legkedvezőtlenebbet az endolaryngeális módszer (33⁰/o). (Wien. med. Wochenschr., 1909. 9. sz.)

Safranek dr.

Löffler-bacillus nélküli krupos laryngotracheitis esetét közli *Jacob* (Strassburg). A 33 éves grávida betegsége rekedtséggel kezdődött, állapota fokozatosan súlyosbodott, légzési nehézségek, nyelési fájdalmak, erős köhögés jelentkeztek, végül súlyos fuldoklás következett be; ez utóbbit a gégetükri lelet szerint a larynxban és tracheában levő krupos hárták okozták; ezek kiköhögése után az állapot javult. A bakteriologiai lelet diphtheria-bacillusokra teljesen negatív volt. (Münch. med. Wochenschr., 1909. 8. sz.)

Safranek dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Pantopon a neve annak az új opium-készítménynek, a melyet *Sahli* tanár utasítására a baseli Schärger-cég állít elő. És a készítmény az opiumnak valamennyi alkaloidját tartalmazza, könnyen oldódik s azért bőr alá fecskendezhető. A kapható oldat barnaszínű, jól eltartható; 1 grammja megfelel 5 gramm opiumnak vagy 0.5 gramm morphiumnak. 100⁰-on bomlás nélkül sterilizálható. A kibontott üvegecskének tartalmának konzerválására 5—10⁰/o alkoholt adunk kozzá. Rendesen 2⁰/o-os oldatot készítenek s ebből 1 cm³-t fecskendezünk be. (Therapeutische Monatshefte, 1909. 1. füzet.)

A bromuralt különösen a vérkeringésre való hatása tekintetében vizsgálta meg *Sonnenkalb*. Azt találta, hogy neurasthenia és

szívneurosis eseteiben nem csupán mint hypnoticum és megnyugtató szer tesz jó szolgálatokat a bromural 0.3—0.6 grammos adagban, hanem objective is kedvező hatása a vérkeringésre. (Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. V. kötet, 2. füzet.)

Spondylarthritis deformans súlyos esetében *G. Müller* tetemes javulást látott bekövetkezni fibrolysin-befecskendezésekre. 4 hét alatt 20 befecskendést végzett (egyenként 2.3 grammal a Merek-féle készítményből) a glutaeusokba; mellette naponként változtatva alkalmazott fényfürdőt és forró gőzzuhanyt a hátra. A befecskendezések beszüntetése után még 10 napig erélyesen masszálta az egész testet és passiv mozgásokat végzett a csípő- és vállizületben, valamint naponként 2-szer 15 percig a Glisson-féle függesztést is alkalmazta nagyon óvatosan, úgy, hogy a beteg lábujjai érték a földet. (Medizinische Klinik, 1909. 3. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 12. szám. *Fabinyi Rudolf*: A medinal. *Salgó Jakab*: A terjedő hűdéses elmezavar lefolyási módjai.

Orvosok lapja, 1909. 12. szám. *Hausner József*: Az ulcus ventriculi rotundum, különös tekintettel az újabb kezelésmódokra.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 11. szám. *Szabóky János*: Tapasztalatok a complement-kötés és egyéb vizsgálati eljárások gyakorlati értékéről a tüdőgümőkör diagnosisában.

Vegyes hírek.

Jubileum. *Lichtscheidl Ernő* dr. verseczi orvost e hó 20-án élénk ovációkban részesítették orvosi működésének 25. évfordulója alkalmából.

Kinevezés. *Dumitreanu Agoston* dr.-t a király az államrendőrség főorvosává nevezte ki. — *Szana Sándor* dr.-t, a temesvári állami gyermekmenhely igazgatóját a belügyminister a budapesti állami gyermekmenhely igazgatójává nevezte ki.

Választás. *Hajdu Lajos* dr.-t Tiszaszentmiklóson községi orvossá választották.

Az Orvosi Kör országos segélyegyesületébe befolyt összegek. Az 1908. évre 4 koronát fizettek: *Viola Vilmos*, *Úveges László*, *Lőke Mór*, *Ürmösy Boldizsár*, *Csikó Ferencz*, *Neumann Jákó*, *Varga István*, *Fáry Béla*, *Wertner Mór*, *Konrádi Dániel*, *Kanárk Jakab*, *Theil Albert*, *Komáromy Gyula*, *Engel Sándor*, *Kaufmann Henrik*, *Herverth Vilmos*, *Kronberg Adolf*, *Istók Barnabás*, *Kraemer Lipót*, *Milkó Ignác*, *Mezey Gyula*, *Kórodi Kálmán*, *Zsiga Mór*, *Molnár Vilmos*, *Mészöly József*, *Kelemen Andor*, *Mankovits Rezső*, *Kápolay Vilmos*, *Vész Ignác*, *Neumann János*, *Kálmán Ignác*, *Hering József*, *Dohány Lajos*, *Hübsch Miksa*, *Török István*, *Huszár Gyula*, *Nádaskay Béla*, *Steinfeld József*, *Sternberg Géza*, *Wappenstein Henrik*, *Szentkirályi István*, *Szabó Armin*, *Rosenberg Samu*, *Szabó Ignác*, *Pozsgay Lajos*, *Kiss Vilmos*, *Nagy Armin*, *Spuller József*, *Stehló Aurél*, *Kovács S. Endre*, *Sáska László*, *Pamer Albert*, *Schlesinger Samu*, *Porutiu Romulus*, *Kemény Gyula*, *Szántó József*, *Székely Mór*, *Szalai Jenő*, *Schöda Gergely*, *Stark Miksa*, *Skultéty Tivadar*, *Pavelka Ernő*, *Szekeress József*, *Siklósi Albert*, *Hermann Mór*, *Csajághy Szőke Károly*, *Rajner Géza*, *Stuchlik Tivadar*, *Rüll János*, *Spányi Géza*. Az 1908—9. évre 8 koronát fizetett: *Imre József*, 20 koronát fizetett *Politzer Fülöp* dr. *Katona József* dr.

Hibaigazítás. Lapunk 230. oldalán *Okolicsányi-Kuthy Dezső* zárószavában „Az auscultatio a tubuláris alakban, a percussio a superficialis alakban jut érvényre” helyett a következő olvasandó: „Az auscultatio csak a tubuláris és peritubuláris elváltozásokat juttatja érvényre, a percussio ellenben tisztán interstitiális elváltozásokat is elárulhat.”

Megjelent. *Bródy Ernő* dr.: A budapesti lakáskérdés. Különlenyomat a Városi Szemle 1909. évi 2. számából. — *Mátrai Gábor* dr.: A czukorbetegség. Budapest. 1 K 20 f.

Meghalt. *Piringer József* dr. tamási-i járásorvos e hó 18-án 63 éves korában. — *Risnyovszky Géza* dr. e hó 22-én 52 éves korában Szanyban. — *Ugolino Bosso* dr., a hirneves physiologus öccse, a genuai egyetemen a gyógyszer-tan magántanára, márczius 6-án 55 éves korában. — *Paulum* dr., a shangaii német-chinai orvosi tanintézet igazgatója. — *Renvers* dr. egyetemi rendkívüli tanár, kórházi főorvos Berlinben, márczius 22-én 55 éves korában. Az elhunyt, a ki Frigyes császárnénak is az orvosa volt, különösen Berlin közegészségügye s az orvosok továbbképzése körül szerzett magának érdemeket.

Kisebb hírek külföldről. A liverpooli egyetemen törvényszéki orvostani tanszéket szerveztek s erre *R. J. M. Buchanan* dr. magántanárt (lecturer) nevezték ki. — A greifswaldi belorvostani tanszékre, minthogy *Brauer* marburgi tanár a meghívást nem fogadta el, *Stern* boroszlói és *Geigel* würzburgi tanárok a jelöltek. — A jeni egyetem kórboneczolástani tanszékére *H. Dürck* dr. müncheni rendkívüli tanárt hívták meg.

Az „Oesterreichisch-ungarische Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde” című előkelő stomatologiai folyóirat most megjelent számával 25. évfolyamába lépett.

Az orvostanhallgatók száma az osztrák egyetemeken a jelen fél-évben a következő: Bécs: 1642 rendes és 326 rendkívüli, összesen tehát 1968 hallgató; Innsbruck: 197 orvostanhallgató (187 rendes, 10 rendkívüli); Grác: 361 hallgató (342 rendes, 19 rendkívüli); Prága, német egyetem: 344 hallgató (331 rendes, 13 rendkívüli); Prága, cseh egyetem: 631 hallgató (616 rendes, 15 rendkívüli); Lemberg: 304 hallgató (299 rendes, 5 rendkívüli); Krakó: 515 hallgató (494 rendes, 21 rendkívüli).

Brass contra Haeckel. Németországban nagy feltűnést kelt az a hirlapi harc, a mely Brass dr. és Haeckel, a világhírű jeni zoológus közt folyik. Brass dr. már évek óta hivatalos természettudományi irodalmi championja a porosz reakcionárius köröknek s nem először támadja meg Haeckelt. Most azt a vádat emelte ellene, hogy egyik legújabb népszerű cikkében (Das Menschenproblem und die Herrentiere von Linné, Frankfurt, 1907) s egyéb régebbi dolgozataiban is olyan embryo-rajzokat közöl, a melyek valóságos hamisítványok, a mennyiben egy részük egészen a képzelet szüleménye, más részük pedig más szerzők rajzainak a tudatos elferdítése. Haeckel a Berliner Volkszeitung 1908. december 29. számában nyilatkozatot közzölt, a melyben elismeri, hogy sok száz embryo-rajza közt van egy pár olyan, a melyen a fejlődési sorozat kikerekítése s az ismereteinkben levő hézagok hypothesis kitöltése kedvéért egyet-mást változtatott, de ezzel csak olyat tett, a mit a legtöbb embriológiai tan- és kézikönyv szerzője megtesz; ez megengedett sematizálás. Keibel tanár, a jeles freiburgi embriológus azonban a Deutsche Medizinische Wochenschrift-ban megjelent cikkében kimutatja, hogy az, a mit Haeckel cselekedett, már nem nevezhető sematizálásnak, hanem egész láncolata a tudományos korrektséggel ellenkező nagyfokú elferdítéseknek. Ilyen például az, hogy Haeckel Selenka cercopithecus-embryójának a farkát kissé megrövidíti s úgy mutatja be mint gibbon-embryót. Megjegyezzük, hogy Haeckelnek nem először gyűlik meg a baja ilyen miatt; már a 70-es években éles polemika volt ugyanilyen dolog miatt His-szel, a nagynevű lipesei embriológussal. Nem áll az, a mit Haeckel állít, hogy az általa követett eljárás közönséges ususa a tudományos tankönyvíróknak; ilyesmit számbavehető tudós nem engedhet és nem enged meg magának.

Másfelől azonban Keibel is kimondja, hogy ha Brass Haeckel e pongyolaságaiból érve akar kovácsolni a leszármazástan ellen, hibás úton jár. A leszármazástan ma már jóformán nem is elmélet, hanem biztosan megállapított igazság, melynek a valóságához alig férhet kétség. Haeckelnek a leszármazástan tudományos művelése és propagálása terén olyan nagy érdemei vannak, hogy a Brass által megbélyegezett és nagy dologgá felfújt gyengéi ezzel szemben alig esnek latba.

Hasonló tartalmú, de Brass szereplését még élesebben elítélő nyilatkozatot fogalmazott meg Rabl lipesei tanár, s e nyilatkozatot aláírta a legtöbb német anatomus és zoológus.

„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. — Kiváncra prospektus.

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

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

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

Orvosi laboratórium és czukorbeteg tolerantiájának meghatározása Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrásy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26—96.

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

Széchenyi-telepi sanatorium az Erzsébet királyné-úti villamos vég állomásánál. Igazgató-főorvos **Schnier György** dr. Felvételtnek ideg- és kedélybeteg, neurastheniás, hysteriás, kimerülési esetek, alkoholisták, morphinisták. — Sürgöny: Budapest. — Posta: Budapest, Széchenyi-telep. — Telefon 79—72. — Prospektus. 6318

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

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

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

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK

fürdőkhöz.

„LÁPSÓ”
száraz kivonat
ládákban á 1 kiló

LÁPLÚG
folyékony kivonat
üvegekben á 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (X. rendes tudományos ülés 1909 márczius 15.-én.) 248. l. — A budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urológiai szakosztályának ülései. (Rendes ülés 1908 február hó 24.-én.) 250. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(X. rendes tudományos ülés 1909 márczius 13.-án.)

Elnök: **Friedrich Vilmos.** Jegyző: **Rotter Henrik.**

Gégeszűkület kapcsán fejlődött tüdőtuberculosis esete.

Kovács Aladár: A bemutatásra kerülő leány mult év július havában márulugot ivott öngyilkossági szándékkal. A szt. Rókus-kórházba szállították, hol nyolcz napig eszméletlenül feküdt, a harmadik héttől kezdve nyelni nem tudott, úgy hogy gastrotomiát kellett rajta már az ötödik héten végezni. Mindjárt az öngyilkossági kísérlet után lélekzése is nehezebb lett, később pedig, a mi azelőtt sohasem fordult elő, még csak rövidebb időre sem, köhögni kezdett.

A halvány, lesóványodott beteg az állandóan a gyomorsipolyba helyezett gyomoresővön át hig és pépes ételekkel táplálkozik.

Légzése dyspnoés, mindkét tüdő a III. borda széléig beszűrődött, a tompulat felett a hörgihez közel álló légzés, nedves szörtyzörejek hallhatók, bő genyes köpetet ürít.

A gégebemenet majdnem olyan tükörképet adott, mint a portio vaginalis. A gégefédő széle a garatfalhoz tapadva alig 5—6 milliméternyi átmérőjű nyílást fogott közre, melyen hozzávetőleg egy jegyzőkönyvbe való ezeruzát lehet betolni. Ezt a szűk nyílást Pollatschek dr. azóta oldalsó bemetszéssel némiképp tágitotta.

1906-ban Kuhn, Leyden assistense, egy általa „Lungensaugmaske“-nek nevezett készüléket mutatott be, mely nem más, mint az orra és szája erősített belégző kosár; igazítható szelepekkel a beáramló levegő útja megszükhethető, míg a kilégzés akadálytalan. Célja az, hogy a belégzés alkalmával, midőn az izmok a mellkast tágitják, a levegő bejutását az álarcz tetemesen megnehezítvén, a táguló tüdőbe levegő helyett vér tóduljon a rendesnél bővebben. Az így előidézett mesterséges bővérűség, a tüdő szöveteinek vérrel bővebb átáramoltatása gyógyítólag befolyásolja a tüdőtuberculosisist.

A lefolyt három év alatt számos jelentés látott napvilágot a lapok hasábjain. Sokan jó eredményeket értek el a „Lungensaugmaske“ segítségével a tüdőtuberculosis gyógyításában, míg ugyanannyian alig láttak számbavehető eredményt.

A bemutatott betegben a tuberculosis kétségkívül a gégeszűkület beállta után fejlődött ki; a hiányos táplálkozás bizonyára nagy mértékben hozzájárult a képződéshez, az azonban bizonyos, hogy mióta a beteget megfigyeljük, azóta tuberculosisis progrediált. Ez esetben tehát a levegő beáramlásának akadályozott volta nem tudta a tüdőtuberculosisis keletkezését és előhaladását meagkadozni és e körülmény némi világot vethet a „Lungensaugmaske“ gyógyító értékére is.

Rájkai Pál: A bemutatott esetet tanulságos igazolásaként tekintem annak, hogy ha valamely szerv működésében és teljes energiájának kifejtésében huzamosabb időre vagy állandóan akadályoztatik, akkor az a szerv bizonyos mértékben veszít életrevalóságából, elsatnyul és így benne természetesen valamely kórfolyamat sokkal hálásabb táptalajra talál, mint a teljesen működésképes szervben. Ezen szempontból tehát a gégeszűkület mint határozottan praedisponáló momentum szerepel a tüdőtuberculosisis kifejlődésére. A bemutató conclusióját azonban, mely abban összpontosul, hogy a bemutatott esetet analogiába igyekszik hozni a Kuhn-féle „Lungensaugmaske“ által teremtett helyzettel és ebből kifolyólag a bemutatott eset kapcsán ezen készülékről kedvezőtlen bírálatot igyekszik mondani, a magam részéről nem fogadhatom el.

A Kuhn-féle „Lungensaugmaske“-nak, mint ismeretes, célja a tüdő vértartalmának fokozása és ezzel a Bier-féle hyperaemiás gyógyításnak kiterjesztése közvetett úton a tüdőkre. A Kuhn-féle eszköz alkalmazása következő tételeken alapszik:

1. A belégzésnek bizonyos meghatározott fokban és successive megnehezítése, ellenben a kilégzésnek teljesen szabadon hagyása.

2. Az így létrehozott vérbőségnek nem állandósítása, hanem csak aránylag rövid ideig alkalmazása, tehát szabályozása. A napi maximum két óra.

3. Általános hygienés diatésis életmód lehetősége.

Ha már most azt nézzük, hogy ezen bemutatott esetben e három feltétellel hogy állunk, azt látjuk, hogy egyik sincs meg.

1. Ugy a kilégzés, mint a belégzés egyformán meg van nehezítve. Ezt én a magam részéről határozottan károsnak tartom a tüdőre nézve, mert a tüdő erőltetett munkát kénytelen végezni úgy a belégzés, mint a kilégzés alkalmával. Pihenője egy percig sincs. Ezt semmi esetre sem cizozza a Kuhn-féle készülék. Azonkívül meg kellene állapítani azt, hogy ezen gégestenosis által a lélekző szervbe iktatott akadály nem sokkal nagyobb-e, mint a minőt a Kuhn-féle készülék a tüdőre ró, tehát nincs-e a tüdő állandóan túlherhelt munkában.

2. Ezen gégeszűkületet szabályozni és a tüdő szükségletéhez képest formálni nem lehet. Ez állandó, stabil megnehezítése az in- és expiriumnak, a mely idő tekintetében naponta 12-szerre nagyobb, mint a Kuhn-féle készülékkel célzott.

3. A hygienés-diatésis életmód ezen betegen nem igen volt keresztülvihető, mert hiszen gyomorsipolyon át táplálkozott.

Nézetem szerint azonkívül igen nagy különbség van egy meglévő bajnak állandó ellenőrzés mellett való gyógyítása, és egy meg nem lévő baj kifejlődésének megakadályozása között. Az előbbi szolgálja pontosan adagolva a Kuhn-féle eszköz, ez utóbbira nézve azonban a prophylaxis tekintetében még maga Kuhn sem ajánlotta methodusát.

E két szempont közti különbség legjobban kiviláglik akkor, ha felhozom azt a körülményt, hogy az elsődleges gégetuberculosis igen ritka. Ha már most a gégestenosisal járó hyperaemiát egy kalap alá vesszük a Kuhn-féle eszköz által okozottal, akkor az előadó gondolatmenete szerint örömmel kellene üdvözlőnk minden tüdőgümőkór-esetben a stenosisal járó gégeszűkületet. A tapasztalat azonban azt mutatja, hogy mihielyt ez a szövödmény beáll, még a kezdő szakban levő, mindaddig elég jóindulatúnak mutakkozó tüdőgümőkór is a legtöbb esetben rohamosan halad a rosszabbodás felé. Nézetem szerint azért, mert a tüdőre, melyet kimélni kellene, az erőltetett állandó in- és expiriumok nagyobb munkát rónak, mint a minőt a beteg elbir.

Magányakorlatomban többször alkalmaztam a Kuhn-féle eszközt és mondhatom, hogy óvatos, észszerűen szabályozott adagolás mellett sok jót tapasztaltam: a kilégzés megszűntét, a váladék-elválasztás könnyebbédését, a köhögés csökkenését.

Mindezek ellenére nem állítom, hogy a Kuhn-féle eszköz ama sokat keresett gyógyítótényező a gümőkór terén. Az elméletek igen különböznek, hiszen épen nem régen Tendeloo azt állította, hogy a tüdőnek teljes nyugalomba helyezése a gümőkóros megbetegedés terjedését gátolja, míg a tökéletlen nyugalomba helyezés elősegíti. Ez épen ellentéte volna a Kuhn-féle theorának, úgy hogy ebből is látható, hogy ez idő szerint mily kevéssé van a tüdőgümőkór gyógyulására irányuló elméletünk megalapozva.

Kovács Aladár: Számos közlemény szerzője ép azt emeli ki, hogy a hygienés diatésis gyógymóddal egymagában mindig elérhető annyi eredmény, mint a Kuhn-féle „Lungensaugmaske“ alkalmazásával együtt. A javulás nem a készülék érdeme.

Harmadfokú égés okozta súlyos functiozavar spontan gyógyulása.

Schiller Károly: Esetemben a jobb kézhat közepétől az alkar feszítő oldalának középső harmadáig terjedő harmadfokú égési seb keletkezett. A bőrön kívül az égés következtében elpusztultak a m. extensor digitor. communis, a m. extensor indicis proprius, a m. extensor digiti minimi és a m. extensor carpi ulnaris indicis, úgy hogy azokat 14 cm., illetve 8 cm. hosszúságban reszekálni kellett.

Az in-nekrosison kívül a radius distalis végén, valamint a capitulum ulnae és a II. és III. közézközepesont bázisán lemezes csontelhalások jöttek létre.

Érdekes esetem azon körülmény miatt, mert az ujjak feszítő inainak nagy defectusa mellett a beteg a jobb kéz II—V. ujjának teljes feszítőképességével rendelkezik, a mi úgy jöhetett létre, hogy a musc. extensor digitorum communisnak periferiás insonkjai hozzá-nöttek a musculi interossei inaihoz és így az insonkok beideg-zést nyerve, lehetővé vált az ujjak feszítése.

Idült genyes középfülgyuladáshoz társult agytályog és sinusthrombosis operált esete.

Fleischmann László: A 23 éves nőbetegnek 6 éves kora óta volt kanyarótló származó baloldali fül-folyása, mely a rossz hal-

lást leszámítva, más panaszt nem okozott. Különben mindig egészséges volt. Mult év december közepén mérsékelt fájdalmak jelentkeztek bal fülében, a folyás bőséges lett és bár a fájdalmak csakhamar elmúltak, oly rosszul érezte magát, főleg forrósága és gyengesége miatt, hogy december 22.-én a szent Rókus-kórház fülbeteg-osztályára vétette fel magát.

Felvételkor a gyengén fejlett, sápadt leány súlyos beteg benyomását teszi. Arcszíne fakó, kedélye deprimált, kissé apathias, étvágya nincs, hőmérséklete 39.3° , pulsusa 140. A hasi és mellkasi szervek épek. A jobb fül ép. A bal oldalon idült genyes középfülgyulladás, teljes dobhártyahiány, sok polypus a dobüregben, melyek közül bűzös geny és szétesett cholesteatoma-részletek ürülnek ki. A csecstyútvány külsőleg ép, a koponya nyomásra és kopogtatásra sehol sem érzékeny. A bal fülön a hallésképeség 0, a labirintus vizsgálata a belső fül épségét bizonyítja. Intracranialis szövödményre irányuló vizsgálatkor a következőket találjuk:

A szemfenéken mindkét oldalon kifejezett pangásos papilla, bal oldalon kezdődő neuritis optica. A szemizmok működésében eltérés nincs, de egy hét előtt állítólag néhány napon keresztül a látás kettős volt. A Romberg-tünet pozitív. A térdreflexek fokozottak. Az izomerő csökkent, de mindkét oldalon egyenlő. Legszembetűnőbb azonban a beteg amnesiás aphasija, a mennyiben gyakran a legközönségesebb tárgyak neve sem jut eszébe vagy a helyes megnevezés helyett mást mond, de a mellett rendeltetésüket, használatukat jól ismeri. A tulajdonnevekre nagyon rosszul emlékszik, és állítólag egészen elfelejtett angolul, holott jól beszélt ezt a nyelvet. A beszéd és gondolkodás egyáltalán nehezebbre esik.

A hőmenet az első két napon a pyaemiás láz típusát mutatja rendkívül magas emelkedésekkel (41°) és naponta egy hidegrázással. Fájdalmak nincsenek, de ismét mló kettős látás jelentkezett.

Az agynyomás jelei az amnesiás aphasiaival, mint góczytünettel, a középső agygödörben lévő intracranialis szövödményt biztosan megállapíthatóvá tették, a pyaemiás láz a hidegrázásokkal pedig valószínűvé tették még egy szövödmény, a sinusthrombosis jelenlétét, mintán a lumbalpunctio segítségével a meningitist már ki lehetett zárni.

Ez alapon decz. 24.-én a beteget megoperáltam és a csecstyútvány teljes felvételkor mindenekelőtt egy szétesőfélben lévő cholesteatomára bukkantam a középfül üregeiben, mely elpusztította a tegmen antrit, úgy hogy e helyütt a középső agygödör durája fillérnyi területen szabadon feküdt és sarjakkal volt fedve. Belső felülete az agyfelszinnel volt összenőve és az egész dura erősen le volt süppedve. A halántéklebenyt ezen helyen két keresztmetszéssel incidáltam, mire erős nyomással ürült ki a rendkívül bűzös, szennyes-zöld geny a körülbelül kis tyúktójsányi halántéklebenyi tályogból. A tályoggal sima, elég feszes, úgy hogy a tályog eltököltnak látszott. Ezután feltártam a sinus transversust felső könyökétől az alsóig és azt csakugyan gyuladtnak és már széteső thrombusoktól kitöltöttnak találtam. Falát felhasítva, a thrombusokat eltávolítottam, a vérzést tamponálással csillapítottam és befejezésül a v. jugularis internát a nyakon lekötöttem.

A beteg a műtétet jól tűrte, hidegrázásai többé nem voltak, de még 2 hétig lázas volt. Ezalatt naponta kötöttem, az agytályogot mindig csak jodoformgázzal draineztam; 2 hét múlva geny már nem ömlött belőle és az agysipoly lassan bezárult. A dura természetesen megtartotta mély állását, de ez nem zavarta a gyógyulást. A teljes gyógyulás 10 hét alatt állott be. A functionális zavarok közül az amnesiás aphasija még most sem tűnt el teljesen, de fokozatosan és lényegesen javult. A beteg már beszél kissé angolul is. Közvetlenül a műtét után mintegy 3 hétig tartó paranoia hallucinatoria mutatkozott, de ez is nyomtalanul eltűnt.

A beteg megerősödött és visszanyerte munkaképességét.

Az általam észlelt 14 agytályog közül 3 volt sinusthrombosisal szövődve, de csak ezen egy eset gyógyult meg. Az egész irodalomban közölt 97 ilyen eset közül összesen csak 12 gyógyult meg.

Krepuska Géza: Az otogen agytályogok gyógyulási százaléka nagyon csekély és legtöbbször nem a művi beavatkozás mivoltától függ a beteg gyógyulása avagy halála, hanem a fertőzés súlyosságától, a tályogképződés helyétől és az egyén ellentállóképességétől. Heveny fertőző betegségek következtében támadt encephalitisek, a melyek legtöbbször a kisagy elülső részéből kiinduló phlebitisből és az összes ágaeszkák mentén tovaterjedő thrombophlebitisből fejlődnek, minden művi

beavatkozás ellenére is tovább terjednek. Tizenhat esetéből egy gyógyult csak teljesen. A mult évben észlelt egy esetet, melyben két agytályog volt jelen. Megoperált egy beteget a kisagy tályogja miatt; a beteg összeszedte magát, de pár hónap múlva boneczolásra került és kitűnt, hogy az occipitális lebenyben is volt tályogja. Volt olyan esete is, melyben az agytályog az egész temporo-sphenoidális lebenyt magába foglalta. Az amaurosis, aphasia, agraphia megvolt. A műtét után javulás állott be, midőn parotitis septica társult a megbetegedéshez és a beteget elpusztította. Látjuk tehát, hogy nem a művi beavatkozás ügyességétől függ első sorban a gyógyeredmény.

Fleischmann László: A prognosis attól függ, 1. hogy előrehaladó encephalitis létrejön-e vagy nem; 2. hogy a dura az aggyal összenőtt-e vagy nem; 3. hogy az összenövés határán belül sikerül-e a tályogot megnyitni, vagy nem.

A homosexualitás és törvényszéki orvostani szempontból való méltatása.

Fischer Ignác: A homosexualitás lényegét csak körülbelül 2—3 évtizede vizsgálják behatóan. Azért késett e rendellenes nemi állapot vizsgálata, mert régen azonosnak tartották a paederastiával, melyről azon felfogás uralkodott, hogy nem betegség vagy rendellenesség, hanem természetellenes cselekedet, melyet bűnös egyén követ el, kinek ezért bűnhődnie kell.

Ezen kérdés psychopathologiai oldalát első sorban *Casper* és *Tardieu* domborította ki; szerintük a homosexualitás többnyire veleszületett anomalia. *Westphal* „Konträre Sexualempfindung“ című munkájában azt hangoztatja, hogy ezen anomalia mint egy veleszületett kóros állapot tünete jelentkezik. *Krafft-Ebing* szerint functionális degenerációs stigma, mely egy veleszületett kóros állapot részjelensége. *Moll* degeneratív állapotot vesz fel. *Moebius* felfogása az, hogy a nemi ösztönök összes rendellenességei degenerációs jelenségek, nincs különbség, vajjon veleszületett vagy szerzett alapúak. *Forel* szerint a homosexualitás lényege abnormális sexuális psychopathiás hajlam, majdnem az összes urningok többé-kevésbé kifejezett psychopathiák. *Magnan* a contraer sexualitást az elfajultak elmebetegségeihez számítja, ezeken a nemi ösztön aberrációja már a kora ifjúságban jelentkezik. *Schrenck-Notzing* a hereditaer neuropsychopathiás terheltség felfogásának hódol, az esetek egy részében alkalmi körülményeknek is hozzá kell járulni, hogy a baj manifestté váljék. *Bloch* szerzett anomaliának nézi. *Hirschfeld*, *Magnus*, *Näcke*, *Löwenfeld*, *Merzbach* s az újabb buvárok teljes meggyőződéssel a veleszületett hajlam mellett törnek lándzsát.

Mit is értünk homosexualitás alatt? Ugyanazon nembeliek iránt megnyilvánuló nemi érzést. *Näcke* következőleg definálja: minden érzet, mely hasonnemű egyén megpillantásakor vagy megérintésekor sexuális színezetben jelentkezik, még ha nem is nyilvánul valamilyen nem cselekedetben, homosexuális. Ezen érzet speciális valami, a mit heterosexuális egyén ugyan sejtethet, de nem érezhet. Többnyire kölcsönös onaniában, a nemi szerveknek a czombokhoz dörzsölésében, a szeméremtestnek a szájbavételében, fellatióban, és csak nagyritkán paederastiában nyilvánul meg. *Hirschfeld* szerint a homosexuálisok 8 százaléka, *Merzbach* szerint 6 százaléka űzi a coitust per anum.

A homosexuálisok bizonyos somatikus, psychés és psychosexuális tulajdonságok alapján majdnem biztosan felismerhetők. A külső nemi szervek nem mutatnak rendellenességet. Jellegzetes testi tünetek férfiakon a finomabb bőr, a ritka s gyengén fejlett szőrzet, a kerekded formák, a keskeny hát, a szélesebb medenczeméret, az erősebben kiemelkedő mell és csecsmirigy, az asszonyos járás, a vékony hang, mely a mutatio után sem változik, a kicsi, vézna gégefő. Nőkön a férfias külsőre valló egyes jelenségek, mint a bajusz és szakáll, az erősebb csontok, a szögletes formák, az egyenes s biztos járás, az erősebb hang s a nagy gégefő. De nem okvetlenül szükséges, hogy ezen tulajdonságok halmozódva legyenek meg, rendszerint csak egy-két tünet mutatkozik.

A lelki tulajdonságok már a gyermekkorban feltűnnek. Az urning fiú szelid, zárkózott, a fiúk játékaiban nem vesz részt, a leányok szokásait utánozza, babákkal játszik, szeret főzni, kézimunkázik s a házkörüli teendőkhöz segédkezik. Ábrándozó, csendes, irtózik a fiúk szokásaitól, női foglalkozásokban nagy ügyességre tesz szert. Az urning leány ellenben fiú-magaviseletet tanusít, minden fiú-játékban részt vesz, csinyeket követ el. Különösen a gyermekjátékokban nyilatkozik meg az urning-vonás. A pubertas idején újlagos változás áll be, korábban lesznek megfontolók, a mellett phantasiájuk

élénkebben működik. Különös előszeretettel foglalkoznak a széptudománnyal, művészettel, zenével; az abstract tudomány iránt nincs érzékük. Sok közülük a közepesen felülemelkedik, sokan excentrikusak, melegebb ragaszkodást, melegebb érzést tanúsítanak. A férfurnung a mellett a női rossz szokásokból sokat átvesz, szeret feltűnően öltözködni, cziczomázza, festi magát, szeret trécselni, rágalmazni, féltékenykedik. A lelki sajátosságokat szépen ecseteli egyik munkájában *Moravcsik* tanár.

Ezen lelki sajátosságok egymagukban még nem jellegzetesek, mert kifejezett urnungban is alig lehetnek kifejlődve, de a többi támponttal együtt felismerésüket könnyebbé teszik.

A psychosexuális érzésnek jut a diagnosis felállításában a döntő szerep. Ez különféle árnyalatban fordulhat elő. *Löwenfeld* a következő fokozatokat állítja fel: 1. A psychosexuális hermaphrodisia állapotát, midőn a normális sexuális érzet mellett homosexuális hajlam mutatkozik. 2. Kizárólagos homosexualitás, midőn csak ugyanazon nemhez tartozó egyén tud nemi ingerületet ébreszteni. 3. A psychés állapot olyan átalakuláson mehet át, hogy az illetőnek gondolkodása, érzése, akarata teljesen urnung-típusú. Ez esetben effeminációról szólnunk.

Mi okozza a homosexualitást? Erre nézve többféle elméletet állítottak fel. A különféle magyarázatok ellenére azonban a genesiset illetőleg nem jutunk sokra, csak a valószínűség mezején mozgunk.

Már fentebb említettük, hogy *Casper*, *Tardieu*, *Westphal* szerint az inversio veleszületett hajlamon alapul. *Krafft-Ebing* is veleszületett abnormális psychosexuális hajlamot tételez fel, s degenerációs stigmának tekinti az abnormis sexuális érzetet.

A veleszületett hajlam bizonyítására a következő momentumokat sorolja fel: a nemi ösztön korai s vehemensebb megnyilvánulása, a contraer sexuális érzés feltűnő korai, a 15. év előtti bekövetkezése, továbbá több testi és lelki degenerációs stigma. A congenitális alap magyarázatul a bisexuális theoriát hozza fel. E szerint a periferiás nemi apparatus, valamint a hozzá tartozó spinális és cerebrális középpontok eredetileg bisexuálisan alkotottak. Ha már most a fejlődés közben a megfelelő centrum elsorvad, s az ellenkező nemhez tartozó erősen fejlődik ki, létrejön a homosexualitás. *Möbius* és *Forel* osztja *Krafft-Ebing* nézetét. *Bloch* szerzett anomáliának tekinti, ennek indokolására felhossa, hogy a túlélvezet, az onania, a nemi betegségektől való félelem stb. szerepel a homosexuális nemi vágyat létesítő momentum gyanánt. A suggestiv therapia sikeres hatását mint a veleszületett hajlam ellenbizonyítékát hozza fel. *Bloch* az utóbbi időben merev álláspontjából engedett s jelenleg valódi és pseudohomosexualitásról beszél. *Hirschfeld* és *Magnus* a legerősebb szószólója a homosexualitás veleszületett voltának. Szerintük a homosexualitás azon átmeneti jelenségek közé tartozik, melyek a nemi élet terén megnyilatkoznak s az emberiség bisexuális állapotával összefüggésben állanak. Jóllehet rendes viszonyok közt a külső nemi szervek állapota az egyes nemhez való tartozást biztossággal meghatározza, mégis úgy az egyes férfiban, mint az egyes nőben mindkét jellemző sajátosságok egyesítve lehetnek, melyek közül az egyik vagy másik irány dominálóvá válhatik. A sexuális hajlamok terén is lehet számos átmenet a tisztán heterosexuális ösztönöktől a homosexuális ösztönig, úgy hogy ezen utóbbi érzet a közbülső fokozatok vég-láncolata lehet. *Freud* elmélete szerint a homosexualitás tekintetében szükséges a bizonyos sexuális eseményekre való visszaemlékezésnek fokozott rögzítése. Mindezen jelenségek az egyén sajátlagos idegrendszerbeli organisációjában találják fel eredetüket. A homosexualitás ezek alapján nem betegség, nem is degenerációs stigma, hanem csak a nemi érzésnek anomáliája, mely mellett a homosexuális egyén szellemi életének birtokában lehet.

Hirschfeld és *Römer* statisztikája szerint Németország s Hollandia lakosságának 1—2%-a homosexualis.

Pseudohomosexualitás alatt azon állapotot értjük, midőn kényszerhelyzet következtében, mint hajókon, kaszárnnyakban, fogházakban, internatusokban, a libido természetellenes úton elégitte ki, történjék az mint mutuális onania, coitus inter crura vagy akár per anum. Ez csak átmeneti állapot, mert mihelyest ellenkező neművel érintkezhetik az illető, a természetes utat választja.

A homosexualitás veleszületett voltának további bizonyítására saját észleléseit hozza fel; ezekben már a kora ifjúságban, a pubertás idejében jelentkezett a contraersexuális érzet. Azon nézetet vallja,

hogy homosexuális egyén csak az lehet, ki annak születik, s ha egyszer olyan, soha többé mássá, legkevésbé heterosexuálissá nem válhatik.

Röviden tárgyalja a homosexualitás történelmi részét; ezt kimerítően *Symond* és *H. Ellis* munkái tárgyalják. A törvényszéki orvosi méltatásra áttérve, kérdés, vajjon helyes-e a törvény azon intézkedése, hogy a férfiak közt véghezvitt fajtalanság büntetettik.

Felsorolja, hogy különböző államokban miképen intézkedik a törvény.

Nálunk a 241. § szerint természet elleni fajtalanság vétsége s 1 évig terjedhető fogházzal büntetettik.

Ezen § indokolását ismerteti ezután s tarthatatlanságát bizonyítja.

Szerinte joggal csak akkor lehetne büntetni a homosexualitást, ha a közszemérmét sértené, de ez nem forog fenn, mert ép a homosexuális cselekedetek a legnagyobb titokban, közmegegyezés mellett történnek. Az sem állja meg helyét, hogy az említett törvényszakasz másokat ezen rendellenes nemi kielégítéstől visszatart. Az azonban bizonyos, hogy a zsarolásnak nagy tért nyit, jellemtelen s elzúllott egyéneknek kenyerkereseti forrást ad, kik ezen szerencsétleneket, sokszor alaptalanul is, mint ezen §. ellen vétkezőket feljelentik.

Mily álláspontot foglaljon el a szakértő a meglévő §-sal szemben?

Weygandt szerint, ha elmebetegség kifolyása a homosexualitás, a 76. § alapján történjék döntés, szintúgy ezen § vétessék igénybe, ha az inversio már a gyermekkortól fogva fennáll. *Wachenfeld* német kriminalista nemcsak a veleszületett, hanem a szerzett homosexualitásnál is a beszámíthatatlanság mellett érvel.

Weygandt szerint a férfi-prostituáltakat kell súlyosan büntetni, míg az elesábitottakat, vagy kik surrogat-homosexualitást üznek, enyhén.

Weygandt felfogását a jelenlegi törvény szempontjából méltányolni kell, ha nem is felel meg teljesen a mi felfogásunknak.

Mint hogy a törvényt nem tudjuk megváltoztatni vagy eltörölni, nekünk kötelességünk az embereket felvilágosítani, hogy a homosexualisak szellemi tekintetben, erkölcsi érzésben teljesen egyenértékűek a normális sexuális érzetű egyénnel, s megvetésre nem adnak okot, még kevésbé büntetésre.

A budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai és urológiai szakosztályának ülései.

(Rendes ülés 1908 február hó 24.-én.)

Elnök: **Basch J.** Jegyző: **Roth A.**

(Folytatás.)

Jellemzi ezen elváltozásokat kemény tapintatuk és érintésre való fájdalmasságuk. A folyamat a bőr mélyebb rétegére nem terjed ki és tisztán az epidermissel és a corium felsőbb rétegével látszik összefüggésben lenni. Ebben az esetben, mint minden myoma cutis-esetben azon kérdés támad, hogy vajjon a myoma a bőrnek mely sima izomrostjaival függ össze. Erre nézve némi útbaigazítást nyújtanak már makroszkopice azon mákszemnyi kiemelkedések, melyek a folliculusoknak felelnek meg és melyek a bőr-myomák kiindulási pontját teszik, azaz a myomák az arrector pilorum izomrostjaiból fakadnak. Az eddig elkészített histologiai készítmények közül (sorozatos metszetek) az egyik szintén ezt látszik igazolni, a mennyiben a sima izomrostok igen szorosan nyomulnak egy hajttüsző mellé. De eddig még mindig egy vékony kötőszöveti réteg volt az izomszövet és a folliculus között látható.

Therapia. Az alkalmazott Röntgen-kezelés eredménytelen volt; a myomák exstirpációját után a beteg újra munkaképes lett.

5. Basch Imre: Toxicodermia esete. T. M. 33 éves cipésznek 3 hónap előtt viszketése támadt, két hó előtt vörös pontokat vett észre a bőre különböző helyein, areza is kissé megduzzadt s akkor ment orvoshoz; rheumat kapott, de állapota nem javult s azért B. osztályára vétettefel magát.

A beteg állítólag fűszerezett bor után kapta a kiütést; 24 éves koráig egészséges volt, akkor tüdőgyuladást kapott, azóta soványodott és éjjelenként höhög. Az areza kissé duzzadt volt, rajta és az egész köztakarón, legerősebben a törzsön, részben ritkábban,

HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú
GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

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

Ulcus ventriculi Rohitsi „Styria“-forrás

200–300 gm. langymelegen éhgyomorra 1 órával a reggeli előtt beveendő.
Meglepő gyogyeredmények.

FÜRDŐORVOSI ALKALMAZÁST

hajlandó a nyári évadra egyetemi tanársegéd elfogadni. Ajánlatokat „Elsőrangú Praxis 2873“ jelige alatt Haasenstein és Vogler, Budapest, Dorottya-utca 9 továbbít. 7117

Bányaorvosi állás 5000 kor. fizetéssel, mellékjövedelemmel és szabad lakással (összesen mintegy 10,000 kor. értékben) betöltendő. Csakis nőtlen pályázók adják be részletes kérvényeiket „J. O. 2870“ jeligére Haasenstein és Voglerhez Budapest, Dorottya-utca 9. 7108

Extractum = Chinae = NANNING

Javulatok:

Vérszegények étvágytalansága.	Ideggyomorhurut.
Görvélykórosok és tüdőbajosok étvágytalansága.	Gyomoratonia.
Heveny és idült gyomorbajok.	Alkoholikusok.
Láz és sebláz betegségek.	Hyperemesis gravidarum.
	Icterus-bántalmak.
	Hg.- és Jodkali-dyspepsia.

Megbízható!

Bevált!

Olcsó!

Magán-, betegpénztári és szegénygyakorlat részére:

Dr. H. Nanning, China-művek, Den Haag, Hollandia.

Sápkórnál

Vérszegénységnél

Üdülés idején

ajánlatos a

Triferrol „Gehe“

alkalmazása.

A Triferrol a Prof. Salkowski szerint készült Triferrin aromás oldata, mely 23% vasoxydot és 2 1/2% phosphort tartalmaz.

A Triferrol „Gehe“-t a Triferrin-nek a gyomorban való oldhatatlansága folytán még gyomorhajosok is jól tűrik. Az étvágyat és a vér haemoglobintartalmát fokozza.

Adag: 1 evőkanálnyi vagy egy pálinkás pohárnyi naponta 3-szor.

Ár: 300 g-os eredeti üveg 3 korona.

Irodalom és minták ingyen.



Gehe & Co. A.-G., vegyészeti gyár, Dresden-N.

A vas-arsen gyógykezeléséhez

kitűnően alkalmas az

Arsen-Triferrol

az Arsen-Triferrin jóízű, aromás oldata.

Az Arsen-Triferrol-t szívesen veszik és jól tűrik. Az étvágyat fokozza és a közérzetet javítja.

Javulatok:

Ideggyengeségi állapotok, vérszegénység, chlorosis, reconvalescentia, bőrbajok, scrophulosis.

Adag: 3-szor naponta 1 evőkanállal vagy 1 pálinkás pohárával.

(1 evőkanálnyi: 0.05 Fe és 0.0003 As.)

Ár: 300 g-os eredeti üveg 3 korona.

Irodalom és minták ingyen.

BROMLECITHIN RICHTER A NEURASTHENIA SPECIFIKUS SZERE.
RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA BUDAPEST, X.,

Kérelem az orvos urakhoz!

A Magyar Ásványvíz Forgalmi és Kiviteli Részvénytársaság (Budapest, V., Bathory-utca 5. szám) az igen tisztelt Orvos Uraknak készséggel nyújt díjtalanul alkalmat, hogy az általa forgalomba hozott természetes, magyar gyógyásványvizeket személyes fogyasztás által megismerhessék.

Kérjük az orvos urakat, győződjenek személyesen meg arról, hogy alig van külföldi gyógyvíz, mely magyar vizeinkkel pótolható ne volna.

Díjtalan próbaküldemények nálunk megrendelendők. Azokat minden városban raktárosunk által fogjuk kiszolgáltatni. Ha valahol ásványvizeink még nem tartatnának, kérjük az orvos urakat, hogy az illető városban vagy községben nekünk egy megbízható kereskedőt, a ki vizeinket árúsítani hajlandó, megnevezni szíveskedjenek.

Egy liter víz ára Budapesten palackesere mellett:

Borszéki főkút...	28 fillér	Felsőrákosi Mária...	28 fillér
Borszéki Boldizsár-kút.	28 "	Hargitaligeti	28 "
Borszéki Kossuth-kút	28 "	Horgász	28 "
Bodoki Matild	28 "	Kászoni Salutaris	28 "
Baross	28 "	Répáti	34 "
Boholti	28 "	Székel-selters	28 "
Borhegyi	28 "	Sztojka	34 "
Előpataki	34 "		

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D^r EGGER

Indicatio: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rachitis. Kapható minden gyógyszerárban.

Természetes forró-meleg kénes forrástó a Thermál-szálloda földszintjén.
Iszaphorogatások, kő- és kádfürdők a Nagyszálloda földszintjén.

Gondos pensió. A téli fürdővadra vonatkozó felvilágosítás végett forduljon a budai Szent-Lukácsfürdő igazgatóságához.



Pezsgő oxigén-fürdők.

Hatásuk: Az ütérkövek számának és a vérnyomásnak csökkentése és szabályozása, a diuresis fokozódása. A Haemoglobintartalom fokozása. A központi és körzeti idegrendszer megnyugtatása. Az alvás megjavítása. Oxigén belégzése fürdés közben.

Javallatok: Szív- és érbetegségek. Arteriosclerosis, Nephritis. Működési és szervi idegbajok, Rheumatizmusok, Asthma, Gümőkór, Hörghurut, Szívgyengeség, heveny fertőző bántalmak után. Általános gyengeség. Klimakterius zavarok.

Megvizsgálva és ajánlva Winternitz, Senator, Brieger, Kétly, Rieder, Sommer és mások klinikáiból kikerült dolgozatok részéről.

Alkalmazás: Minden kádban a használati utasítás szerint; a dobozban lévő poroknak a fürdővízbe (kb. 34 C.) való behintése útján. 3-4-szer hetenként egy Ozetfürdő.

Ár: 3 kor. 25 fill. (6 fürdőtől kezdve). Minden gyógyszerárban és drogeriában kapható, ép úgy a főraktár útján. 10 Ozetfürdő = 1 postacsomag. Orvosoknak és intézeteknek árengedmény.

Irodalom rendelkezésre áll.

L. ELKAN, BERLIN O., Raupachstrasse 212.

ARSOJODIN Jod-Arsen-kúrák.

Csakis orvosi rendeletre, Scrophulosis, Asthma bronchiale, Psoriasis, valamint secundaer és tertiaer lues ellen.

Felvilágosítással és kimerítő irodalommal szolgál a

Magyarországi főraktár:

Zoltán Béla gyógyszerár, Budapest, V., Szabadság-tér.

MARGIT GYÓGYFORRÁS (BEREGMEGYE)

a gyomor, belek, húgyhólyag s különösen a légzőszervek hurutos bántalmainál igen jó hatású még akkor is, ha vérzések esete forog fenn.

Megrendelhető: Édeskúty L.-nál Budapesten és a forrás kezelőségénél Munkácsen.

7065



TÖBB KIÁLLÍTÁSON KITÜNTETVE.

TARTALMAZ EMULSIÓBAN 50% CSUKAMÁJOLAJAT. - SZAGA ÉS IZE KELLEMEZ, KÖNNYEN BEVEHETŐ, FELBŐFÖGÉST ÉS DIARRHOÉT NEM OKOZ.

POTIO OL. JECORIS.

KAPHATÓ AZ ÖSSZES GYÓGYSZERTÁRAKBAN. - KISÉRLETI MINTÁK DIJMENTESEN ÁLLANAK RENDELKEZÉSRE. - EGY 600 GRAMMOS ÜVEG ÁRA 4 KOR. 75 FILL., PRÓBA ÜVEG 2 KOR. 50 FILL. Készíti: Z. Nagy Albert gyógyszerész Csanádpalota.

TÖRV. VÉDVE.

Idegbetegségeknél és neurastheniánál

már 1900 óta legjobb sikerrel alkalmaztatik

Syrupus Colae compos. „Hell“.

Kiváló kolakészítmény, mely meglepő hatású működési idegbántalmak, neurasthenia és kimerültségi állapotok kezelésében; már több mint 200,000 betegnél kitűnően vált be és az összes országok orvosainál általános elismerésnek örvend.

Dr. Eulenburg titkos tanácsos cikkében „a neurasthenia kezeléséről“ a „Therapie der Gegenwart“ 1908. évi 8. számában határozottan „Syrupus Colae comp. Hell“-re történik utalás. Kimerítő klinikai értekezéseket és kb. 300 rövidebb orvosi szakvéleményt tartalmaz az 1908. évi februárjában már 2 kiadásban megjelent gyűjtőreferátum, melyet kívánatra mindenhol ingyen és bérmentve küldünk.

Diabetesesek számára a szirup helyett

Pilulae Colae comp. Hell

minden szénhidráttól menten állítatnak elő.

6295

Egy pilula egy kávéskanálnyi szirup leghatásosabb alkotórészeit tartalmazza.

Óvás! Kérjük az orvos urakat kifejezetten „Syrupus Colae comp. Hell“ rendelni, mert egyes gyógyszerárakban önkényesen összeállított szert készítenek.

Az eladás minden gyógyszerárban orvosi rendeletre történik. Nagy üveg 4 korona, kis üveg 2 korona 40 fillér. 1 doboz pilula 50 darabbal 2 korona 50 fillér.

Minták és irodalom ingyen **G. HELL & COMP. Troppau-ból.**