

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEG-
KÓRTAN Babarczy Schwartzter 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.

Engel Károly: Közlés a báró Korányi Frigyes dr. nyilvános rendes egyetemi tanár vezetése alatt állott belorvostani klinikáról. Haematologiai tanulmányok. 623. lap.

Benczúr Gyula: Közlés a berlini kir. tud.-egyet. II. sz. belorvostani klinikájáról. (Igazgató: Prof. Kraus E.) Az intramuscularisan befecskendett húgysav kiválasztása köszvényes betegen. 626. lap.

Sellei József: Közlés az egyetemi bőrkórtani klinikáról. (Nékám Lajos dr., egyetemi rk. tanár.) Psoriasis-betegeken észlelt anaphylaxia. 627. lap.

Bakay Lajos: A „Fehér-Kereszt Gyermekkórház” sebészeti osztályáról. Igazgató-főorvos: Szemere Béla dr. A Deschamps-féle módosítása. 628. lap.

A XVI. nemzetközi orvosi congressus. 628. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. A brünni kertületi betegsegélyző-pénztár évi jelentése 1908-ról. — Lapszemle. Általános kórtan. Busch: A tüdőverőérembolia esetén ajánlott Trendelenburg-féle műtét javalata. — Belorvostan. Luciano: A

chinin hatékonysága pertussisban. — Umberto Bartera: Kocsányacsavarodott, teljesen elhalt lép esete. — Mouisset és Chahier: Vesegyulladás pneumoniában. — Hoesslin: A fehérjével és a vizelet savanyúsága közti összefüggés. — Sebészeti. Bonasni és Müller: A forró lég alkalmazása a sebészeten. — William Levy: A könyökizület osteoplastikai resectiójának új módja. — Szizemsky: Az ureterek implantációjának technikája. — Borkórtan. Kienböck: A radiotherapia eredményei. — Venereus bántalmak. Bayet: A nemi betegségek elterjedése Brüsszelben. — Fizikai gyógyításmódok. Schnee: Gyógykezelés meleg áramló levegővel. — Joachim: Az alopeciának ultravioleta-fénnyel való kezelése. — Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra. Crämer: Extractum cannabis indicae butyricum. — Liachenko: Szer számarhurut ellen. — Fish: Szer vérképzés ellen. — Buccante: Az irógörres megszüntetése passiv hyperaemiával. — Datché: Szer pruritus vulvae ellen. 631—634. lap.

Magyar orvosi irodalom. Magyar orvosi archivum. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 634. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 634. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 635—638. lap.

Melléklet. Gynaecologia. 2—3. szám. Szerkeszti: Tóth István egyetemi tanár.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a báró Korányi Frigyes dr. nyilvános rendes egyetemi tanár vezetése alatt állott belorvostani klinikáról.

Haematologiai tanulmányok.

Írta: Engel Károly dr. klinikai tanársegéd.

Pseudoleukaemia myeloidea.

J. L. 55 éves, ügynök, felvétel 1907 december 18.-án. Állítólag 15 év óta van lépdeganatja, a nélkül, hogy bármiféle kellemetlenséget okozott volna neki. Jelen baja 6 hét előtt rosszulléttel, ájulásszerű állapottal vette kezdetét. Azóta fokozatosan gyengül, az utolsó időben alig tud már járni. Az erősen lesoványodott férfitbeteg rendkívül halvány, kissé sárgás árnyalattal. A mellkasi szervek épek. A lép aláfelé a köldököt három ujjnyira meghaladja, befelé a középvonalig ér, tömött, nyomásra nem érzékeny. A máj három ujjnyira haladja meg a bordaívét, kissé legömbölyített szélű. A vizeletlelet normális.

Vörösvérsejtek száma.	2.600,000
Fehérvérsejtek	6,000
Haemoglobin	7.6%

Kisfokú poikilocytosis, magvas vérsejtek nincsenek.

Polynucleáris leukocyta.	84%
Lymphocyta	7%
Myelocyta	5%
Eosinophil sejt	4%

Mivel a beteg gyorsan támadó gyomor- és bélzavarok miatt az arsent nem tűri, 15 centigrammos chininum ferroicitricum porokat kap háromszor naponta.

Január 6. Subfebrilis. A bélsárban állandóan vér mutatható ki.

Polynucleáris	82%
Lymphocyta	10%
Myelocyta	7%
Eosinophil	1%

Január 10. Arsicodyl-injectiót kísértünk meg, a rövidesen keletkező hányásinger, diarrhoea miatt azonban elhagyjuk. A beteg a klinikáról távozik. Újból felvétel 1908 márczius 5.-én.

A status változatlan.

Vörösvérsejtek	4.000,000
Fehérvérsejtek	13,400
Haemoglobin	9.6%
Polynucleáris	79%
Lymphocyta	14%
Myelocyta	2%
Eosinophil	5%

Poikilocytosis, anisocytosis, polychromatophilia, kevés normoblast. Röntgenezést kísértünk meg. Naponta 10 percen át röntgenezzük a lépét.

Márczius 26. Összbesugárzás 130 perc. A közérzet jobb. A lép kifejezetten kisebb, kevésbé tömeges.

Vörösvérsejt.	4.050,000
Fehérvérsejt.	9,900
Polynucleáris	80.6%
Lymphocyta	9.3%
Eosinophil	2.3%
Eosinophil-myelocyta	0.2%
Myelocyta	2.6%
Basophil sejt	3%
Nagy mononucleáris	2%

Néhány normoblast. Poikilocytosis, anisocytosis, feltűnő azonban, hogy kifejezett megalocyta nincsen, polychromatophilia.

Április 3. Több napig tartó profus melaena. Vörösvérsejt 688,000, fehérvérsejt 6100.

Április 13. Vörösvérsejt 1.520,000, fehérvérsejt 4400.

Április 21. Újból röntgenezzük. Vörösvérsejt 2.200,000, fehérvérsejt 5700.

Április 28. Összbesugárzás 80 perc. A közérzet, az erőbeli állapot elég jó, a lép kisebbéde megállapítható, vörösvérsejt 2.900,000, fehérvérsejt 5600.

Elhagyja a klinikát. Otthon állandóan ágyban fekszik. Gyakori véres szék. Júniusban általános vizenyő mutatkozik, az ascites gyorsan fokozódik, szeptember elején beáll a halál.

A beteg ezen szerint előrehaladó súlyos anaemia volt jelen, gyakran ismétlődő heves bélvérzésekkel. Kétségtelen, hogy az elsődleges bántalom a vérnek, illetve a vértképző szerveknek a megbetegedése és hogy a vérszegénység nem a bélvérzéseknek a következménye, noha természetesen az anaemia a bélvérzések folytán jelentősen fokozódott, hisz egy alkalommal a beteg szinte az acut elvérzés határán állott. Semmi támpont sem állott rendelkezésünkre, hogy elsődleges bélvérzést vegyünk fel. A gyomor secretiók viszonyai normálisak voltak, beldaganatot kitapintani nem lehetett, haemorrhoidális csomó nem volt, arteriosclerosisnak semmi tünete. Haemorrhagiás (Maixner-féle) májcirrhosisnak a megbetegedést semmiképpen sem lehetett tekinteni, ellene szólt a lép daganat igen jelentékeny foka, rendkívül hosszú ideig való fennállása, a vérelváltozás, mely kifejezetten a vértképző szervek megbetegedésére utalt. A bélvérzéseket tehát kétségen kívül másodlagosnak, a vérszegénység által feltételezettnek kellett felvennünk.

A bántalom diagnózisára vonatkozólag legegyszerűbb volna az anaemia splenica felvétele. Az anaemia splenica azonban nem önálló megbetegedés, hanem tünetes csoport, mely számos megbetegedés körén belül nyilvánulhat meg, úgy hogy teljességében el kell fogadnunk Naegeli álláspontját, ki az anaemia splenica körjelzést véglegesen kiküszöbölendőnek véleményezi. Ha pontosabb differentialdiagnózis szempontjából végigtekintünk az ide tartozó megbetegedéseken, akkor mindenekelőtt két betegséget kell kizárnunk: az anaemia perniciosus essentialist és a Banti-kórt. Az anaemia perniciosus ellen szól az egyes vörösvérsejteknek normális, sőt ennél kisebb haemoglobintartalma (Färbeindex egynél kisebb), megaloblastok, megalocyták teljes hiánya, a normális fehérvérsejtszám, a polynucleáris leukocytáknak normális, sőt a normálisnál nagyobb arányszáma, a lép daganatnak túlságos nagy volta. Ez utóbbi körülmény inkább Banti-kór mellett szólana, hasonlóképpen a lép daganatnak igen hosszú ideig való fennállása, azonban a Banti-kórban leukopenia mellett relativ lymphocytosis van jelen és a lép daganatnak a Röntgen-sugarakkal szemben való biológiai viselkedése is teljesen más volt, mint a Banti-kórban lenni szokott. A Banti-kórban ugyanis a Röntgen-besugárzás, mint arról két típusos esetben alkalmunk volt meggyőződni, a lépre semmi befolyással sincsen, a mi eleve is valószínű, tekintve, hogy Banti-kórban túlnyomóan kötőszöveti túltengésről van szó, melyre a Röntgen-sugaraknak hatásuk nincsen. Ez esetben pedig a Röntgen-besugárzásoknak a lépre kétségtelen megkisebbitő hatásuk volt.

Váltóláza a betegnek nem volt, a lépnek álképlet, echinococcus, tuberculosis stb. által való megnagyobbodása ellen szólt a bántalomnak rendkívül hosszú időn át való fennállása mellett a májnak is mérsékelt megnagyobbodása, valamint a vérlelet, nevezetesen a myelocyták jelenléte, mely kifejezetten a csontvelő megbetegedésére utalt.

Anaemiás külső mellett ily nagyfokú lép daganat fennállása esetén első kérdés, hogy nincs-e leukaemia jelen. A vérvizsgálat kimutatta azt, hogy a fehérvérsejtek száma normális, egyszer (I. 10) mutatkozott csekély leukocytosis 13,400 fehérvérsejttel. A fehérvérsejtek vizsgálata azonban kimutatta azt, hogy ha quantitativ leukaemiás fehérvérsejtelváltozás nincs is, mégis oly elváltozások állapíthatók meg, melyek első sorban a myeloid leukaemiára jellegzők, tudniillik a neutrophil myelocyták jelenléte. Számuk sohasem volt nagy, 2—5%, a legnagyobb megfigyelt szám 7% volt. Hasonlóképpen ezen körbe tartozik, hogy egy ízben eosinophil myelocytát és a basophil sejtek erős megszaporodását is lehetett észlelni (3%). Egyszóval submyelaemiás vérelváltozás volt jelen, még pedig állandóan, hosszabb időn keresztül. A submyelaemiás vértképzés ritka, sokkal gyakoribb a sublymphaeamiás, normális vagy kissé megnövekedett fehérvérsejtszám mellett relativ lymphocytosis. Pincus szerint a sublymphaeamiás vértképzés jellegző a lymphaticus pseudoleukaemiára. Ennek analógiáján a submyelaemiás vérelváltozást a myeloid pseudoleukaemiára jellegzőnek kellene tartani.

A pseudoleukaemiának mint önálló megbetegedésnek kérdése a haematológiában az utolsó években rendkívül beható tárgyalásnak és vitatkozásnak volt az anyaga. A pseudoleukaemia legtöbb esetben nemcsak makroszkopice, de göreső alatt is teljesen a

leukaemiával megegyező elváltozásokat tüntet fel úgy a lépben és mirigyekben, mint a csontvelőben. Tekintve ezen körülményt, valamint, hogy a leukaemiás és subleukaemiás vér, nevezetesen a fehérvérsejtek számát illető elváltozás közötti határ felvétele teljesen az önkénytől függ, tekintve továbbá azon körülményt, hogy kivált a lymphaticus rendszer megbetegedésében a leukaemiás vérelváltozásnak subleukaemiásba való átmenetele, valamint a fordítottja is, gyakran észlelhető, a pseudoleukaemiának, mint önálló, élesen elhatárolt megbetegedésnek létezése nagyon kérdéses. Természetes, hogy a leukaemiás vérelváltozás a megbetegedés kezdetén, ha csak rövid időn keresztül is, mindig subleukaemiás. Ennek alapján az a kérdés támad, hogy vajon minden pseudoleukaemia nem csak a megfelelő leukaemia első szakasza-e? Ezen felvétel számos esetben helyén való, nem lehet találni azonban azon esetekben, a melyekben hosszú időn keresztül, éveken át a vérelváltozás subleukaemiás jellegű marad és nem megy át leukaemiásba még akkor sem, ha a halált nem közbejövő vagy komplikáló betegség okozta, hanem az elsődleges megbetegedés maga. A pseudoleukaemia lefolyhat tehát mint önálló megbetegedés a nélkül, hogy közte és a leukaemia között éles határt vonni lehetne. Ugyanazon bonczolástani elváltozás mellett kell még valami tényezőnek szerepelnie, mely a leukaemiás illetve pseudoleukaemiás hyperplasiát fokozott sejt-képzésre bírja, illetve ezen sejteknek a véráramba való bevitelét okozza. Ezen eddig ismeretlen tényezőnek, mely lehet tisztán functionális ingerhatás is, a pseudoleukaemiás elváltozáshoz való hozzájárása hozza létre a leukaemiát és ugyanezen tényezőnek gyógyszeres befolyásolás (arsen, Röntgen) útján való ideiglenes megszüntetése hozza létre az ideiglenes pseudoleukaemiát. Ily értelemben önálló megbetegedésnek vehetjük a pseudoleukaemiát, annak elismerése mellett, hogy a pseudoleukaemia nemcsak a leukaemiához hasonló betegség, mint a hogyan a név jelzi, hanem hozzá pathogenesist, jelentőségét, lefolyását illetőleg rendkívül közel álló betegség.

E szerint esetünkben myeloid pseudoleukaemia forgott fenn. Bonczolást végezni nem lehetett és ily módon kórszövettani adatok rendelkezésre nem állnak. Kétségkívül myeloid hyperplasia volt jelen a csontvelőben és nagy valószínűséggel a lépben is. E mellett szólt, mint már a Banti-kórral szemben való megkülönböztető körjelzés tárgyalásakor kiemelttem, hogy Röntgen-besugárzás segítségével a lép könnyen és tetemesen volt megkisebbithető, tökéletesen olyan módon, mint azt a myeloid leukaemiában látjuk.

Leukaemia myeloidea acuta.

B. Sz., 43 éves, hivatalnok. Felvétetett 1908 május 2-án. 20 év előtt luesos fertőzést szenvedett, mely után secundaer tünetek mutatkoztak az ajkon és a torokban, melyek ellen 6 hétig bedörzsöléses kénosokúrárt használt. A bedörzsöléseket 10 év előtt, valamint 6 év előtt ugyancsak 6 héten keresztül ismételte, a nélkül, hogy betegségének tünetei jelentkeztek volna. E mellett hosszabb időn keresztül jodkaliumot is használt.

Jelen baja folyó év márczius végén vette kezdetét, több napon át egymásután jelentkező rázóhideggel. Azóta állandóan lázas. Három hét előtt bal bordaíve alatt feszülő fájdalmak mellett daganat fejlődött ki, ugyanakkor a jobb hónaljárokban és a nyak jobb felén fájdalmatlan kis mirigyduzzanatok képződtek. Öt hét alatt becslése szerint 20 kgm.-ot fogyott.

Az erősen lesoványodott beteg hőmérséke 38.5°C, a pulsus 88, a légzés 20. A mellkasi szervek eltérést nem mutatnak. A lép mintegy 3 ujjnyira haladja meg a bordaívet, puha, nyomásra érzékeny, a máj mintegy 2 ujjnyira terjed a bordaíven túl. A vizelet napi mennyisége 1300 cm³, nyomokban tartalmaz fehérvért. A vörösvérsejtek száma 5,010,000, a fehéreké 15,000. A fehérvérsejtek számaránya:

Polynucleáris leukocytá	74%
Lymphocytá	15%
Polynucleáris eosinophil	5%
Basophil sejt	1%
Myelocytá	5%

Elég sok normoblast, mérsékelt polychromatophilia.

Therapia: Pyramidon 1.5 gm. 150 gm. vízre, két óránként egy evőkanállal.

Május 9. A pyramidon ellenére a láz változatlanul fennáll, bár nem magas, reggel 37·5, este 38·5 körül van. A máj, a lép kifejezetten nagybodlik. A vizelet sötétebb sárgás-vörös, Gmelin-reactio negativ.

Május 12. Kifejezett icterus, a vizeletben positiv Gmelin-reactio, a szék világos-sárgás. A máj egész a köldökig ér, nyomásra érzékeny.

Vörösvérsejtek száma	4.000,000
Fehérvérsejtek „	28,800
Polynucleáris	78·10/0
Lymphocyt	5·50/0
Eosinophil	6·80/0
Nagy mononucleáris	2·80/0
Myelocyt	6·80/0

1 mm³-ben 20,000 normoblast és 1600 megaloblast. Kifejezett anisocytosis megalocytákkal, csekély polychromatophilia. Atoxylt adagolunk subcutan injectio alakjában, 5, majd 10 centigrammot naponta.

Május 16. Bokavizenyő. A sárgaság mind erősebb és kifejezettebb.

Vörösvérsejtek száma	2.960,000
Fehérvérsejtek „	18,400
Haemoglobin	7·5 gm.
A vérsavó fénytörése	1·3451
Polynucleáris	78·80/0
Lymphocyt	6·20/0
Myelocyt	12·80/0
Nagy mononucleáris	1·00/0
Eosinophil	1·20/0

A polychromatophilia igen erős, sok normoblast és megaloblast.

Május 17. Rázóhideg, utána a hőmérsék 39·7 C°. A Wassermann-reactio positiv.

Május 20. Vörösvérsejtek száma	2.160,000
Fehérvérsejtek „	12,000
Polynucleáris	74·20/0
Lymphocyt	8·20/0
Myelocyt	13·10/0
Nagy mononucleáris	0·90/0
Basophil	0·70/0
Eosinophil	2·90/0

A mirigyek növekednek, e mellett újabb mirigyek jelentkeznek mindkét oldalt a nyakon, a légycshajlatban. A hasfalán, a karok belfelületén számos lencsényi vérzés.

Május 23. A láz változatlan, a beteg gyengesége rohamosan fokozódik, a sárgaság igen erős, a szék teljesen epefestékmentes.

Vörösvérsejtek száma	1.440,000
Fehérvérsejtek „	14,000
Haemoglobin	3·9 gm.
Aladási idő Bürker szerint	2 perc
Refractio	1·3448
Polynucleáris	75·60/0
Lymphocyt	7·10/0
Myelocyt	11·50/0
Eosinophil	4·90/0
Nagy mononucleáris	0·90/0

Május 24. A sensorium zavart.

Május 26. Mély soporban exitus.

A bonczjegyzőkönyvből (Krompecher Ödön dr., egyetemi magántanár) a következőket vélem kiemelendőnek: A lép erősen megnagyobbodott, méretei 21 × 15 × 8 cm. Felülete egyenletes, sima, burka feszes, vékony és csak a felső poluson mutat mérsékelt megvastagodást. Ugy a felülete, mint a metszéslapja igen tarka, a mennyiben gyermektenyérynél élénk rózsaszínű és sötétvörös, valamint kisebb, mintegy forintnyi, kifejezetten sárga felületek váltakoznak. A metszéslapon az élénk rózsaszínű valamint fehér területek hol élesebben, hol meg kevésbé elhatárolt fehér, illetve rózsaszínű infarctusoknak bizonyultak. A pulpa könnyen kikaparható.

A máj hatalmasan megnagyobbodott, metszéslapja zöldesbarna, rajzolata eléggé kifejezett, állománya középtömött.

A periportális mirigycsomók mogorónyiak, diónyiak, élesen elhatároltak, göbös felületűek, állományuk rendkívül lágy, velőszerű. Egyik mogorónyi mirigy a ductus cysticust, egy másik, valamivel nagyobb, a ductus choledochust nyomja össze.

A csontvelő legnagyobb részét zsíros, kocsonyásan áttetsző, citromsárga színű, helyenként kevésbé élesen elhatárolt, vörös, málnafagylaltra emlékeztető, ugyancsak kocsonyásan áttetsző góczok vannak jelen.

Diagnosis: Leukaemia myeloidea. Tumor lienis subacutus cum infarctibus. Hypertrophia leucaemia glandularum periportalium. Metaplasia leucaemia medullae ossium. Infiltratio leucaemia hepatis.

A betegben ezek szerint egy acut lázas betegség volt jelen, mely nem egészen három hónap alatt halálra vezetett. A lép és máj megnagyobbodásán kívül egyéb eltérést a fizikális vizsgálat kimutatni nem tudott. A differential-diagnosis csak a bántalom kezdetén okozott nagyobb nehézséget, a mikor a vörösvérsejtek száma normális volt és a leukocytosis sem ért el nagyobb fokot. Mindenekelőtt szóba jöhetett volna a májtályog septikus lépme-gnagobbodással, továbbá — tekintve a bevallott lueses fertőzést, valamint a positiv Wassermann-reactiót — a lázas visceralis lues, valamint egy általános fertőzőes állapot következményes máj- és lépme-gnagobbodással. Májtályog ellen szolt azon körülmény, hogy a lépme-gnagobbodás egész biztosan előbb keletkezett, mint a máj megnagobbodása, mely körülmény talán a lueses megbetegedés ellen is szolt. Az általános septikus állapot ellen szolt a negativ bakteriologiai vérvizsgálat. A vér histologiai vizsgálata pedig ezzel szemben közvetlenül a vérképző szervek megbetegedésére utalt. Mindenekelőtt feltűnő volt mindjárt az első vizsgálatkor a myelocyták jelenléte, melyeknek száma 50/0-t tett ki. Előfordul ugyan myelocyták keletkezése lobos és fertőző leukocytosisban is, felnőt-tekben azonban rendszerint csak igen magas számú fehérvérsejtek esetén, nem pedig, mint ez esetben, 15 ezer fehérvérsejt mellett. A myelocytákon kívül mindjárt kezdetben nagyszámú normoblast is volt jelen, a mi ugyancsak a csontvelő megbetegedésére utalt, még inkább persze a betegség további folyamán kimutatható megalocytá és megaloblast. A fehérvérsejtek legnagyobb száma 28 ezer volt 6·80/0 myelocytával, a myelocyták legmagasabb arány-száma azonban 12·80/0 volt 18,400, illetve 13·10/0 12,000 fehérvérsejt mellett. A myelocyták mellett számba vehető volt az eosinophil sejteknek is egy ízben (V. 12) kimutatható nagy száma, 28,800 fehérvérsejt mellett 6·80/0. Mindezen észleletek acut leukaemia folyamat jelenlétének felvételére jogosítottak, melyet megerősített a vörösvérsejtek rohamos csökkenése, leginkább pedig a jobb hónaljárokban és a nyak jobb felén levő mirigyek, melyeknek növekedése a megfigyelés idején biztosan meg volt állapítható. Éppen ezen körülmény periportális mirigymegnagobbodás felvételére és a sárgaságnak ily módon való létrejövésére nyújtott támpontokat. Mindezeknek tekintetbe vételével a klinikai diagnosis acut myeloid leukaemia volt, a mit a sectio teljességében megerősített.

Az acut myeloid leukaemia kórképét csak az utolsó években nyílt alkalom észlelni és leírni. Még 1901-ben Pinkus irodalmi tanulmányai alapján tagadta az acut myeloid leukaemia létezését, azóta azonban több olyan esetet irtak le, melyben az acut myeloid leukaemia diagnosa kétségtelen. Nägeli könyvében 11 esetet ír le. A megbetegedés-időtartam ezen esetekben négy héttől egész három hónapig terjed. Ugyiszlóval valamennyi esetben vérzések mutatkoznak, e mellett igen gyakori a fekélyesedő szájlob, sőt a bélben is keletkezhettek fekélyek (Hirschfeld II. esete). Az esetek egy részében mirigymegnagobbodás nincsen, és vannak olyan esetek is, a melyekben a lépduzzanat hiányzik. A mi a vérvizsgálatot illeti, a fehérvérsejtek száma rendszerint nem olyan nagy, mint a chronikus leukaemiában (százezeren alul marad), bár a Billings-Capps esetben 540,000 volt a fehérvérsejtek száma. Jellegző, éppen úgy mint az acut lymphatikus leukaemiában, a sejtek atypusos volta. Az egyre szaporodó myelocyták mellett sok a myeloblast, valamint a myeloblast és a myelocyt között levő átmeneti alak, melyet Nägeli legjellemzőbbnek és legbizonyítóbbnak tart.

Meyer-Heineke esetében 400/0 ilyen sejt volt jelen. Eosinophil és hízósejtek rendszerint hiányoznak.

Ha ezen irodalmi adatok után saját esetünket tekintjük végig, akkor mindenekelőtt feltűnik az atypusosságnak, a myeloblastoknak teljes hiánya. A fehérvérsejtek legnagyobb száma idején sem lehetett

a vérben myeloblastot kimutatni. A leukaemiás burjánzás tehát nem tünteti fel azon histologiai rosszindulatúságot, mely rendszerint a vérpályának egészen éretlen, nem differenciálódott sejtekkel való elárasztásában nyilatkozik meg. Az acut lefolyás mellett a leukaemiás szövet térfoglalása nem rohamos, innen van, hogy a vörösvérsejtek száma még a megbetegedés második hónapjában is normális, úgy hogy a később gyorsan fokozódó oligocythaemiát nemcsak mechanikai eredetűnek, hanem haemolytikus alapon létrejötnék is kell tartanunk.

(Folytatása következik.)

Közlés a berlini kir. tud.-egyet. II. sz. belorvostani klinikájáról. (Igazgató: Prof. Kraus F.)

Az intramuscularisan befecskendett húgysav kiválasztása köszvényes betegen.

Irta: *Benczúr Gyula dr.*

Ama kérdésre, vajjon tud-e az emberi szervezet húgysavat fel bontani, mai ismereteink alapján igennel felelhetünk. *Wiechowski* kísérletei szerint ugyan az ember a bőr alá fecskendett húgysavnak jóval kisebb részét bontja el, mint például a kutya. Az ember vizeletében e szerző szerint úgyszólván semmi allantoin (a húgysav bomlásterméke) sem található. Eme tények, valamint az, hogy az emberi májban és vesében uricolytikus fermentet kimutatni nem sikerült, a mellett látszanak szólni, hogy az ember húgysavbontó képességgel nem bír; mégis ha nem akarunk a purinoknak húgysavvá, illetőleg húgyanyaggá való átváltozására vonatkozó ismereteinket illetőleg elképzelhetetlen eredményekre jutni, kénytelenek vagyunk az emberben is ily húgysavbontó képességet feltételezni. Így például azt kellene felvennünk, hogy egészséges ember, ha bizonyos mennyiségű purint etetünk vele, e mennyiségnek 50%-át visszatartja szervezetében. A köszvényes bántalmat illetőleg *Brugsch* és *Schittenhelm* kísérletei bizonyítják, hogy e bántalomban nem húgysavretentióval van dolgunk. Eme szerzők bizonyítékai azonban nem közvetlenek és ezért kíváncsok, hogy módot találjunk, hogy ama kérdésre, vajjon visszatart-e a köszvényes beteg húgysavat, avagy nem, közvetlenül megfelelhessünk.

Brugsch és *Schittenhelm* húgysavat és purinbasisokat etettek köszvényes beteggel. De e kísérletek alapján nem igen felelhetünk meg a kérdésre, mennyiben tartja vissza ezen betegek szervezete a húgysavat, mert egyrészt a húgysav igen rosszul szívódik fel a bélben, másrészt még ha fel is szívódik, nem zárható ki a bélben lefolyó bakteriumok okozta bomlás.

Az egyedüli mód, melylyel eldönthetjük, visszatart-e a köszvényes szervezete húgysavat avagy nem, tehát az, ha a betegnek subcutan fecskendünk be húgysavat és ezután megvizsgáljuk, mennyiben választódik ez ki a vizelettel. Alkalmam volt ily vizsgálatot *Brugsch* Th. magántanár felszólítására megejteni.

A húgysavnak bőr alá való fecskendezése az illetőre nézve nemcsak felette kellemetlen, de talán nem is egészen közömbös. Ez magyarázza, hogy ily fajta kísérleteket eddig betegen egyáltalában nem, egészségesen is csak kis számban végeztek. Az irodalomban hat kísérlet van közölve, melyek közül kettőt *Burian* és *Schur*¹, kettőt *Ibrahim* és *Soetbeer*,² kettőt pedig *Wiechowski*³ végezték.

Minthogy mind eme kísérletet egészséges embereken végezték, én nem ismételtam meg a kísérletet egészséges emberen, hanem kontroll gyanánt az irodalomban leközölt eme eseteket használtam fel.

Burian és *Schur* első kísérletében a subcutan bevitt 1.0 gm. húgysav 49.85%-a választódott ki a vizelettel, még pedig a befecskendezést követő első napon. A második kísérletben a befecskendett 1.32 gm. húgysav 47.95%-a küszöböltetett ki a vizelettel két nap alatt. A kísérleti személy mindkét esetben vegyes étrenddel élt.

Ibrahim és *Soetbeer* purinmentes étrenden tartott egyénen

¹ *Burian* u. *Schur*: Pflügers Archiv, 87. kötet.

² *Ibrahim* u. *Soetbeer*: Zeitschrift für physiol. Chemie, 35. kötet, 1—7. füzet.

³ *Wiechowski*: Beiträge zur chem. Phys. u. Path. 1907. és Archiv für exp. Path. 60. kötet, 3. füzet.

azt tapasztalta, hogy a befecskendett 0.86 gm. húgysav 75%-a küszöböltetett ki, még pedig a bevitel utáni első napon; a második kísérletben (az illető vegyes kosztott kapott) a bevitt 1.26 gm. húgysav 98%-a választódott ki 2 nap alatt.

Wiechowski kimutatta, hogy vegyes étrenden tartott személy-nél 0.99 gm. húgysav befecskendezése után, ennek 82%-a jelent meg a vizeletben 3 nap alatt; második kísérletében pedig (az illető purinmentes ételeket kapott) a befecskendett 0.44 gm. húgysav 61.3%-a küszöböltetett ki, még pedig 2 nap alatt.

Mind eme szerzők azt tapasztalták, hogy a befecskendezést egy vagy több napig tartó általános rosszullét, a befecskendezés helyén pedig helybeli fájdalommaság követi.

A subcutan befecskendezés után kiürített húgysav a bevitt mennyiség 50—99%-ának felel meg; tehát látjuk, hogy egészséges emberen meglehetősen bő határok között mozog. Megjegyzendő még, hogy *Ibrahim* és *Soetbeer* második kísérletükben még a harmadik naptól bezárólag az ötödik napig a húgysavkiválasztásnak fokozódását napi 0.1173 gm.-mal észlelték, úgy hogy a befecskendezés után mint többlet kiválasztott húgysav a bevitt mennyiségnek több mint 100%-át teszi ki. A szerzők e jelenséget úgy magyarázzák, hogy a húgysavbefecskendés a szervezetre mérő gyanánt hat, és fokozott húgysavképződést és kiválasztást idéz elő. Az összes többi kísérletben e jelenséget nem észlelték. Ezen egyedül álló megfigyelésből ezért messzebbmenő következtetéseket nem vonhatunk.

Ezen egészséges embereken végzett kísérletekkel állítom szembe köszvényes betegen hasonlóképpen végzett kísérletemet. Noha megfigyelésem csak egy esetre szorítkozik, mégis jogosultnak tartom ezen pontosan végzett kísérlet közlését, egyrészt mert fontossággal bírhat a köszvény lényegére vonatkozó felfogásunkra, másrészt, mert a kísérleti személyre nézve járó kellemetlenségek folytán az e fajta kísérlet csak ritkán végezhető.

B. K. 50 éves, 6 év óta időnként ismétlődő szaggatásban szenved a lábtő-, térd- és néha a könyökizületben is. 1908 karácsony óta ismételt izületi fájdalmak és gyomorfájdalmak támadnak. A lábtőizületek megdagadtak. A mellett alkoholos delirium is jelentkezett. 1909 január 12.-én a klinikára vététt fel. A jobb lábtőizület fájdalmas, mozgása korlátozott, hasonlóképpen a bal lábtő- és a bal könyökizület. A szív és tüdő normális, a máj kissé megnagyobbodott. A vizelet napi mennyisége átlag 2000 cm³. Fajsúlya 1015. Fehérje nincs benne. 100 cm³ vérben purinmentes étrend mellett néhány milligramm húgysav mutatható ki. Diagnosis: Delirium alcoholicum. *Köszvény*.

Minthogy a beteg már több napja purinmentes étrendet folytatott, következő kísérletet végeztem rajta:

Datum	Vizelet- mennyiség	Húgysav a vizeletben gm.-ban	A húgysav átlagos mennyisége egy nap	A húgysav több- lete befecskende- zés után gm.-ban	%-ban
Február 14—15	2400	0.1188	0.2101	—	—
" 15—16	2130	0.2608		—	—
" 16—17	1850	0.2312		—	—
" 17—18	1600	0.3200		—	—
" 18—19	2000	0.1200		—	—
Február 19.-én 0.5 húgysavat fecskendeztem be 10 cm ³ vízben + 2 gm. piperazinben oldva. A befecskendés intramusculárisan történt a glutaeá- lis tájon.					
Február 19—20	2280	0.3534	2021	0.1433	28.6
" 20—21	880	0.4752		0.2651	53.0
" 21—22	1005	0.1306		—	—
" 22—23	1440	0.2736		—	—
				0.4084	81.6

A befecskendezés után 2—3 napig az injectio helye fájdalmas és lobos volt. A beteg közérzete rosszabbodott. Az étvágy igen rossz volt. Feje fájt. Míg a beteg a kísérlet előtt láztalan volt, addig hőfoka a befecskendezés után február 19.-én 38.4 C⁰-ra, 20.-án 38.8 C⁰-ra szállt fel. 21.-én a maximum 37.1 C⁰ volt. Ezután láztalan. Február 24.-én egy-egy napig tartó köszvényes roham jelentkezett, jelentékenyebb hőemelkedés nélkül.

Hogy esetünkben valódi köszvényes beteggel volt dolgunk, azt egyrészt a klinikai tünetek igazolják. Bizonyítja a mellett a húgysavnak a vérben való kimutathatósága purinmentes étrend mellett, valamint a csekély endogen húgysavérték, mely mellékesen

megjegyezve a befecskendezés előtti napokban a normálisnál valamivel erősebben ingadozott, a mi, a mint *Brugsch* vizsgálataiból tudjuk, az idült közhvényes betegen úgy szokott lenni.

A mi az exogen húgysavértéket illeti, a befecskendezést követő 2 első napon 0.4084 húgysavtöbbletet mutattam ki, úgy hogy a befecskendett húgysav 81.6%-a küszöbötletett ki a vizelettel. Valószínű, hogy e többletet nem egyedül a bevitt húgysav okozta. A beteg a kísérlet után rosszul érezte magát és lázas volt. Valószínű tehát, hogy a húgysavtöbblet egy része fokozott fehérvérsejtszétválás következménye. Ez azonban minden esetre csak a jelentékenyen kisebb része a többletnak. Az is valószínű, hogy az egészségeseken eddig végzett kísérletekben ezen tényező szintén szerepelt, minthogy valamennyi szerző a húgysavbefecskendezést követő rosszullétről tesz említést.

Kísérletem tehát azt mutatja, hogy közhvényes betegből az intramusculárisan, illetőleg subcutan befecskendezett húgysav éppen úgy küszöbötletett ki a vizelettel, mint a hogy ezt mások egészséges embereken találták. A közhvényes uricaemiáját tehát semmiesetre sem magyarázza egyszerűen a húgysav retentiója. A közhvény valószínűleg a purinanyagcsere komplikáltabb zavara.

Közlés az egyetemi bőrkórtani klinikáról. (Nékám Lajos dr. egyetemi rk. tanár.)

Psoriasis-betegeken észlelt anaphylaxia.

Irta: *Sellei József* dr.

Ha psoriasis vulgarisban szenvedő betegnek bőre alá saját psoriasisából előállított emulsiót fecskendezük, olyan anaphylaxiás, túlérzékenységi jelenségeket észlelhetünk, mint a minőket eddig különböző, biztosan parasítás eredetű betegségeken észlelhetünk.

I. eset. *M. János* 24 éves, lakatos, 12 év óta szenved psoriasisban. Jelentkezése napján általános, generalizált psoriasis van jelen, a mely bár kátrányfürdőkre és arsenre javul, időközönként azonban újra exacerbál, miért is a beteg foglalkozását sem folytathatja. Május hó elején állapota ismét javul; psoriasis visszafejlődik. A karokon, a mellen, és a has bőrén tenyérynél barnás pigmentált plaqueok láthatók, szétszórtan itt-ott kisebb és nagyobb pikkelyekkel sűrűn borított psoriasisiskivirágzásokkal.

Két, körülbelül fillérnagyságú psoriasisplaque-ot alkoholaetherrel és xylollal megmosva, május 22.-én excindáltam és a kimetszett bőrdarabokat vastag üvegcsejében, a melybe 4 cm³ physiologiai ClNa-oldatot öntöttem, finoman összevagdaltam. A keveréket thermostatba helyeztem, a hol másnapig teljesen beszáradt. A száraz bőrdarabokat az üveg faláról sterilizált eszközzel leválasztottam és vastag üvegrúddal összedörzsöltem. Egy óráig tartó dörzsölés után teljesen finom fehér por képződött, a melyet 10 cm³ physiologiai ClNa oldatban emulgeáltam. A fehér, szinte tejszíni emulsiót most a rázókészülékbe helyeztem egy órára, majd carbolizáltam 1/2 0/0-ig és ismét thermostatba tettem. 24 óra múlva az oldatot csiramentességére megvizsgáltam s miután élő bakteriumoktól mentesnek találtam, kísérleteimhez felhasználtam. Nem szenvedhet kétséget, hogy a rázás, valamint a thermostatban végbemenő autolysis következtében a psoriasisisszövetből hatékony kivonatanyagok, illetve sejtelemek jutottak a folyadékba és ezek idézték elő a következőkben leírandó tüneteket.

Május 27.-én a saját psoriasisplaquejaiból előállított emulsióból — a melyet ezentúl ebben és a következő esetekben „vaccin”-nak nevezek el — 0.10 cm³ mennyiséget fecskendezek bal karjának bőre alá. Néhány óra múlva a szúrás helye piros, fájdalmas; este a beteg lázas.

Másnap a mellen, karokon friss psoriasis-exanthema támad. Höemelkedés, egész nap subfebrilis.

Június 1. Az egész köztakarón kölesnyi papulák láthatók. A friss papulák főleg a pigmentált foltok szélein találhatók. A foltokon szétszórtan ugyancsak néhány friss psoriasispapula látható. A vörös-barna papulák és a barna pigmentfoltok közti szinkülönbség élénken tarkított képet nyújt.

Június 2. A papulák szaporodnak.

Június 3. A pigmentfoltok szélén fejlődő papulák összefolynak, pikkelyekkel borítottak. A foltok közepén is részint újabb papulákat lehet látni, másrészt a régebbiek egymással összefolynak.

Június 4. A papulák pikkelyképződése erősebb. A hőmérséklet nappal 38—38.2°.

Június 7. Az exanthema elérte tetőpontját. Délelőtt 10 órakor a hőmérséklet 37.3°.

Június 11. A beteg újra 0.20 cm³ vaccint kap subcutan befecskendezve. Már három óra múlva erős helybeli izgalom. A hőmérséklet 38° fölé.

A betegen még két ízben, 3—4 heti szünet után, lehet ilyen, az első eruptióhoz hasonló erős exanthemat észlelni. Az új eruptiót igen kis mennyiségű vaccin (0.10—0.20 cm³) váltotta ki.

II. eset. *Sz. Ilona*. Fél év óta beteg. Psoriasisstelepek a szokványos helyeken.

Vaccin készítése mint az első esetben.

Június 11.-én kap 0.20 cm³-t subcutan befecskendezve; hat óra múlva az injectio helye erősen lobos, duzzadt, fájdalmas. A hőmérséklet 37.2 és több.

Június 14.-én 0.35 cm³ vaccin. Lokális reactio. Néhány új papula jelentkezik.

Június 17.-én 0.30 cm³ vaccin. Lokális reactio gyorsabban támad; igen fájdalmas. Hőmérséklet 37.6°.

III. eset. *V. Mária*. A könyökön, a térdeken, a karok és láb-száraz fesztő oldalán néhány psoriasisstelepek.

Június 11.-én 0.20 cm³ vaccin subcutan befecskendezve. Néhány óra múlva erős lokális pir és duzzanat. Höemelkedésre a beteget nem vizsgálhattuk. A beteg kórházba kerül, a hol antipsoriaticumokkal és fürdőkkel kezelik, június 15.-én elhagyja a kórházat. Július 15.-én, tehát egy hónap múlva újra kap vaccint (1 cm³), erre három nap múlva új exanthemat kap mindkét karon. Az injectio helye lobos, duzzadt.

IV. eset. *Sz. Emília*; psoriasis a typusos helyeken.

Június 15. Kap 0.20 cm³ vaccint, a mire lokális pir és duzzanat következik. Höemelkedés.

Június 16. Újra kap 0.20 cm³ vaccint. Lokális pir és duzzanat már néhány óra múlva jelentkezik. A beteget még ötször oltjuk (0.25—1.0 cm³). Új eruptiót eddig nem láthattunk.

V. eset. *K. Ödön*. Psoriasis universalis, a mely most helyenként visszafejlődőben van (mint az I. esetben).

Július 6.-án saját vaccinból 0.20 cm³-t fecskendezek bal karjába. Négy óra múlva heves lokális reactio. Höemelkedés.

Július 8. Az előbb már visszafejlődött psoriasisstelepek szélein, mint az I. esetben, új papulák fejlődnek. A köztakarón másutt is szétszórtan új papulák képződnek.

Július 10. Még mindig fejlődnek új papulák.

VI. eset. *M. S.* A könyökön és a tibiák táján néhány psoriasisstelep. Június 26.-án 0.30 cm³ vaccint kap. Lokális reactio csekély. Következő injectiók június 30.-án, július 3.-án, 10.-én és 20.-án (0.5—1.0 cm³-ig). Az utolsó injectio után erős lokális reactio. Höemelkedés 37.6. A következő két injectio után még rövidebb idő (néhány óra) múlva erősebb lokális reactio látható. Új eruptiót eddig nem észlelhettem.

VII. eset. *Z. Lajos*. Psoriasis diffusa.

Első injectio június 7.-én; ezt követi tenyérynagyságú helybeli lob, infiltratio és höemelkedés. A beteg június 19.-éig még három injectiót kap a 0.30 cm³ lokális reactio nem észlelhető. Ezután 4 hétig szünetel a vaccinatiós kezelés; július 16.-án, tehát körülbelül négy hét múlva 0.5 cm³ vaccint fecskendezünk be. Már négy óra múlva a szúrás helyén erős reactio támad. Hőmérséklet 38° és több. A beteg az éjszakát nyugtalanul tölti, nem alszik; még július 20.-án is subfebrilis. Július 21.-én újra 0.5 cm³-es injectio. Este erős lokális reactio. Hőmérséklet 37.3. Július 22.-én még mindig erős a lokális reactio. Hőmérséklet 37°.

VIII. eset. *R. József*. A typusos helyeken psoriasis.

Június 7.-én 0.15 cm³ vaccint kap, erre másnap erős lokális reactio jelenik meg. Még két injectio 0.20 és 0.35 cm³-rel.

Június 16. 0.35 cm³ vaccin. Már két óra múlva lokális reactio és június 18.-án a karokon és os sacrumon új eruptio.

Egészséges egyén bőréből is excindálok és abból olyan emulsiót készíték mint az I. esetben. Az emulsióból két, eddig nem kezelt psoriasisos betegnek egyenkint felmenőleg 0.10, 0.20 és 0.30 cm³-t fecskendezek be. Az injectio helye másnap kissé érzékeny; nagyobb reactio azonban nem látható. Új eruptiót az injectiók nem váltottak ki.

Ha e vizsgálatok eredményeit összefoglaljuk, a következő conclusiókhoz jutunk: Ha psoriasisos beteget saját psoriasisának kivonati anyagával, illetve szövetelemeivel subcutan oltunk, akkor a befecskendezés helyén a legtöbb esetben igen erős lokális reactio támad.

A lokális reactio annál gyorsabban és erősebben jelentkezik, minél többször alkalmaztuk a befecskendezést.

Már az első, igen csekély mennyiségű ($0.10-0.20\text{ cm}^3$) injectio után a legtöbb esetben hőemelkedés észlelhető ($38-38.6^\circ$ -ig). Az injectiók után új psoriasiseruptio támadhat (8 eset közül kétszer igen erős, négyszer gyengébb). Legfeltűnőbb az exanthema olyan esetekben, a melyekben az általános psoriasis már visszafejlődőben van. Úgy látszik, hogy az ilyen esetekben a psoriasisos szervezet különösen érzékeny, anaphylaxiás (túlérzékeny).

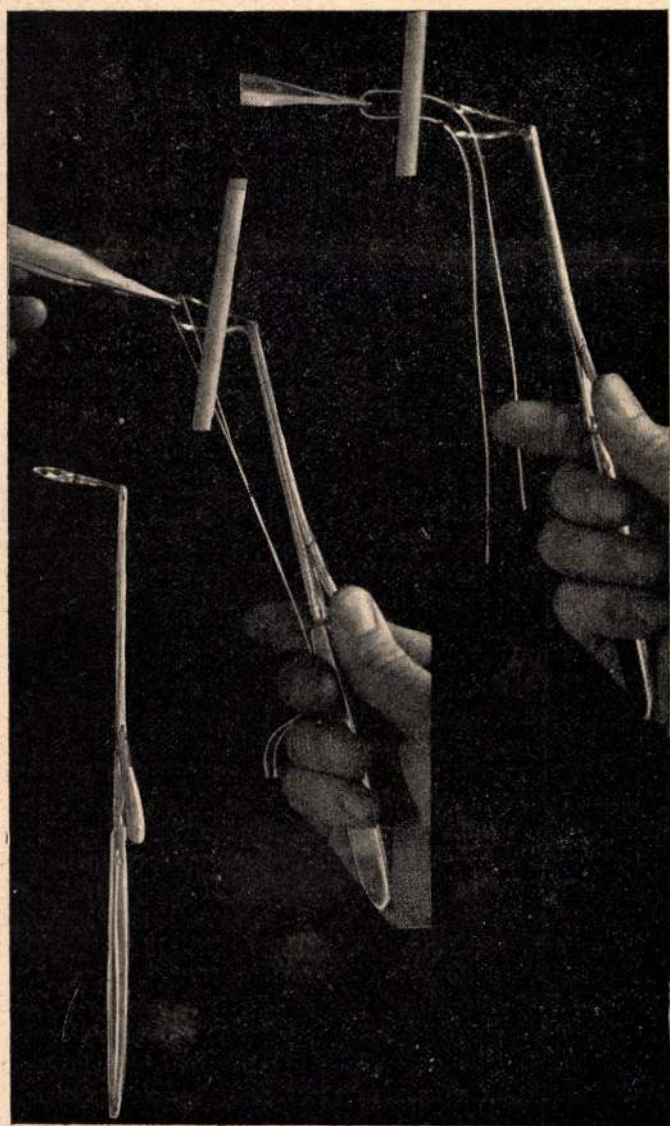
A psoriasis-szövet, vagyis a psoriasis-szövetelemek és kivonati anyagok a már beteg szervezetben anaphylaxiát válthatnak ki.

A „Fehér-Kereszt Gyermekórház” sebészeti osztályáról. Igazgató-főorvos: Szemere Béla dr.

A Deschamp-féle tű módosítása.

Irta: Bakay Lajos dr.

A fenti cím alatt a „Zentralblatt f. Chirurgie” 1909. 17. számában Ruediger klinikájáról Malanink dr. egy új Deschamp-tűről számolt be. Érdekes, hogy az eszmemenet, a mely szerint



haladva Malanink ezt az eszközt konstruálta, teljesen ugyanaz, mint a mely engemet körülbelül egy éve a fentihez igen hasonló műszer megszerkesztésére ösztönzött. Az alább leírt eszközt egy év óta használjuk teljes megelégedéssel osztályunkon és vele véle-

ményem szerint műtét közben a következő kellemetlen eshetőségeket lehet elkerülni: 1. Bármilyen mélyen fekvő vérzés vagy ereket tartalmazó szövetköteg alá vezetjük is a módosított eszközt, a fonalat mégis könnyen meg tudjuk csipő segítségével fogni, a mennyiben a szétnyúló két szár a fonalat kifeszíti. 2. Ha az eszközt előírás szerint használjuk, sohasem adhatja elő magát az a kellemetlen körülmény, hogy az összesodródott fonalkacsok közül próbálgatásokkal találgatni kelljen a felelkező száracat. Így tehát rövid gyakorlat után az eljárás igen gyors, mert a műtő és segéd egyidőben, minden akadály nélkül esomózhatja a két fonalat. A mint az ábrán látható, az egész eszköz karesú, hasonlít a Deschamp-tűhöz, a tűrészen azonban két nyílás van, mindenik nyílás külön karon van s a karok a rugó megnyomására széjjel válnak. Műtétkor tehát úgy járunk el, hogy csukott állapotban a lekötendő érnyaláb alá vezetjük az eszközt, mikor azt megkerültük, a karokat széjjelnyitjuk s a segéd a kifeszülő fonalat csipővel megfogja, előhúzza, elvágja és fogva tartja; ugyanakkor a műtő a rugó elengedésével az eszköz szárait összeereszti, az eszközt visszahúzza, s a túloldalalon a rugó megnyomásával ismét szétárja, így a fonalak összecserélése teljesen ki van kerülve.

Hogy úgy Malanink, mint én, a Deschamp-tű ugyanazt a két kellemetlen tulajdonságát iparkodtunk kikerülni egymástól függetlenül, teljesen hasonló módon, bizonyítja, hogy jó nyomon jártunk.¹

A XVI. nemzetközi orvosi congressus.

Magyarország orvosi történelmének krónikása jelentősegteljes hét eseményeit jegyzi fel könyvébe. Összegyűltek fővárosunkban a világ legnevesebb orvosai, úgyszólván valamennyien szakmájuknak elsőrangú művelői, hogy beszámoljanak azokról a tudományos eredményekről, a melyeket a kutatás a legutóbbi congressus óta felmutathat; szünetelnek egy időre a laboratóriumok fáradhatatlan vizsgálódásai s a munkások megállnak a kérdés előtt: Helyese az út, melyen járunk? Az egyes szaktudományok eredményei a legkitűnőbb férfiak kritikáján át megszűrve kerülnek elénk s általános érdekű, korszerű témák (rák aetiologiája, immunitástan stb.) megvitatásából oly irányító elvek kristályosodnak ki, a melyek a még mindig tapogatózó vizsgálódást mindinkább ezeltudatos, exact kutatássá alakítják át. Hogy a magyar állam, a székesfőváros s a magyar orvosi kar tudatában volt ezen napok messze kiható jelentőségének, fényesen bizonyítják a nagyarányú, felségesen komoly megnyitó ünnepélyen, az ülések tartalmában rendkívül gazdag programján kívül a kiválóan sikerült estélyek és egyéb intézkedések, melyekkel a congressus fáradhatatlan szervező bizottsága törekedett kellemessé tenni külföldi vendégeink itt tartózkodását.

A congressusnak hivatalosan ugyan nem első ténye, de méltó praeludiuma volt az augusztus 28.-án a Műcsarnok termeiben tartott ismerkedési estély. Mint orvosi szaklapnak nem lehet ezünk a napi lapoktól az estélyek leírásában megszokott frázisokat hangoztatni; csak azt akarjuk kutatni, hogy az estély mennyiben felelt meg feladatának, az ismerkedésnek. A hivatalos ismerkedési összejöveteleknek megszokott hibája, hogy csak a régi jó ismerősök találják meg egymást. Az a benyomásunk, hogy ez valóban ismerkedési estély volt, hála a congressus fáradhatatlan elnöke újításának, hogy minden szakosztálynak külön helyiséget jelölt ki, a hol a szakosztályelnökök várták és mutatták be egymásnak a szaktudósokat. Az est különben rendkívül élénk és tarka képet nyújtott úgy a szemlélő, mint a hallgató megfigyelő számára, nemzetközi jellegének bizonyosságául. A kupolateremben gazdag buffet várta a vendégeket, a kik a Mollinár-vezred zenekarának hangjai mellett kedélyes csevegésben töltve pár órát, éjfél felé bizonyára nagyon kellemes emlékekkel távoztak.

A congressus fénypontja mégis az augusztus 29.-én, a vigadóban tartott nagyarányú, külsőségeiben színdús, lényegében felemelő és fenséges megnyitó ülés volt. Az orvosi tudomány önértékes tüntetésének és a világ összes művelt államai által való hódolatteljes elismerésének ünnepe volt ez. Az elsőnek bizonyossága több ezer külföldi és magyar orvos jelenléte, a másoknak szószólói az érdemjelekkel ellátott vagy nemzeti díszükbe öltözött kormánykiküldöttek.

¹ Az eszközt a Garay és Társa műszerész-cég készíti kifogástalanul.

A terem nagy estradeje előtt felállított emelvény közepén elhelyezett asztalnál foglaltak helyet a congressus vezetősége s a hivatalos kiküldöttek, ettől kétoldalt a különböző államok képviselői számára tartottak fenn külön üléseket. 11 órakor megérkezett József főherceg, ő Felségének a királynak, a congressus védnökének helyettese, a kit a kormány kiküldötte, gróf Apponyi Albert, a congressus vezetősége részéről pedig Grósz Emil dr. főtitkár üdvözölt. Zajos éljenzés fogadta ő Fenségét, a ki mindjárt elfoglalta helyét az emelvényen. Megkezdődött az ünnepély a nálunk hagyományos módon, a Hymnus elénekülésével. Utána báró Korányi Frigyes, a congressus tiszteletbeli elnöke emelkedett szólásra. Rögtönzött rövid beszédében tudatta, hogy Müller Kálmán tanár, a congressus elnöke, hirtelen közbejött gyengélkedése miatt nem jelenhetett meg, azért neki jutott a megtisztelő feladat, hogy a XVI. nemzetközi congressust megnyissa s az egybesereglett orvosokat üdvözölje.

A megnyitó után József főherceg francia nyelvű, gondolatokban rendkívül gazdag beszédben a király nevében üdvözölte a congressust. A beszéd alapgondolata az, hogy az embernek joga van a boldogsághoz, boldogságának alapja pedig az egészséges, megelégedett és hosszú élet. Teljes elismeréssel kell adózunk az orvosoknak, a kik tudományuk segítségével igyekeznek az egyesek s így az államok számára is megszerezni ezt a boldogságot az által, hogy rámutatnak az életet és egészséget károsító veszélyekre, a kik ezenkívül a legnemesebb humanismust is szolgálják, mert a szenvedőknek minden szavukkal és tettükkel segítségére vannak. Ő Felsége nevében azon reményben nyitja meg a congressust, hogy ez a congressus is hozzá fog járulni az orvosi tudomány fejlesztéséhez.

A riadó éljenzéssel és zajos tapsal fogadott beszéd után Apponyi Albert gróf emelkedett szólásra. A kormány és a magyar nemzet nevében köszönti az orvosokat. Bámulattal tölti el az a befolyás, melyet az orvosi tudomány a népek sorsára gyakorol. A mint régente a hadakozásban való jártasság, úgy ma a közegészségügy fejlettsége szerint lehetne osztályozni a népeket, nagyobbak mondva azt a népet, a mely minél több emberéletet minél hosszabb időn keresztül biztosít magának. Sokkal észszerűbb és emberesebb volna — a mire az orvosi tudomány tanít —, ha a nemzetek abban versengének, hogy minél több harczost őrizzenek meg táborukban. Úgy látja, hogy a tudomány bajnokait áldásos munkájukban a szeretet hatalma vezette; a világosság és az igazság szeretete, a titkok kutatására, az emberiség szenvedéseinek enyhítésére kényszerítő vágyakozás az, a mely az orvosok erélyét tette váltja, a mely őket munkájukban buzdítja, a mely őket bölcsökké, fáradhatatlannak, s gyakran a vértanúsáig hőssé avatja. Meghatva azon nemes eszméktől, a melyek ezt az egyesülést mozgatják, a nemzeti lélek egész melegével üdvözli a congressust.

A zajos éljenzés és taps által többször félbeszakított magas szárnyalású beszéd után Fülepp Kálmán főpolgármester a székesfőváros nevében üdvözölte a congressust. Büszkeség tölti el, hogy e congressus mostani összejövetelének színhelyül Budapestet választotta; biztosítja a congressus tagjait, hogy sehol őszintébb és melegebb szívességgel nem fogadták.

Majd Grósz Emil dr. főtitkár terjesztette elő jelentését a congressus előmunkálatairól. Rámutat arra, hogy Tóth Lajos dr., min. tanácsost illeti a kezdeményezés, a congressus elnökét pedig az előmunkálatok vezetésének érdeme. A congressus szervezete — úgy mond — megfelelt az előző congressusokénak. A szervezőbizottság megállapította az alapszabályokat, megalakította a különböző (végrehajtó, fogadó, pénzügyi, hölgy) bizottságokat, a 21 szakosztályt. A munkában támogatták a külföldi szervezetek: a 38 nemzeti bizottság, melyek tagjainak száma meghaladja a 800-at. Nekik köszönhető egyúttal, hogy a congressust a szó szoros értelmében nemzetközinek mondhatjuk, a mennyiben az 1995 külföldi tag közül: Argentína 37, Ausztria 235, Belgium 47, Bosznia-Hercegovina 9, Brazília 25, Bulgária 18, Chile 4, Cuba 6, Dánia 10, Egyiptom 21, Északamerikai Egyesült-Államok 202, Franciaország 281, Görögország 19, Japán 48, Mexico 3, Monaco 2, Nagybritannia, Írország és gyarmatai 97, Németbirodalom 288, Németalföld 33, Norvégia 2, Olaszország 180, Oroszország 228, Portugália 32, Románia 10, Spanyolország 67, Szerbia 7, Svédország 5, Svájc 27, Törökország 22, Uruguay 3 taggal van képviselve. Az 1436 magyar taggal együtt

a tagok száma augusztus 28.-án 3432, a kiket 900 családtag kísér. A congressus látogatott volta (az első nemzetközi congressuson Párisban 333 francia és 589 külföldi vett részt, az utolsó lissaboni congressusnak 1762 tagja volt) eléggé bizonyítja az intézmény életképességét, a melynek forrása nyilvánvalóan szigorúan tudományos célja. Az a meggyőződése, hogy ez a talaj, melyen a congressus üléseit tartja, alkalmas a zavartalan és sikeres munkára, alkalmas arra, hogy a nyugati nagy nemzetek munkáját befogadja és fejlessze. Jelentésének befejezésében kiemeli, hogy a tudomány felemelő, megnyugtató, kibékítő erejére soha nagyobb szüksége nem volt az emberiségnek, mint most, midőn a nemzetiségek elkeseredett harcra világszerte folyik. A tudományos munka s különösen az orvosi tudomány, a mely kizárólag a humanismus szolgálatában áll, legalkalmasabb az ellentétek kiegyenlítésére, az egyesítésre az emberiség javának érdekében. Szívből kívánja, hogy ez a congressus is évtizedes hagyományához hű maradjon.

Most a külföldi államok képviselői üdvözölték a congressust és köszönetet mondtak a lelkes fogadtatásért. A kiküldöttek név szerint a következők: Németbirodalom: Uthoff tanár, titkos orvosi tanácsos; Ausztria: R. v. Haberler, az osztrák belügyministerium egészségügyi főnöke; Belgium: Desguin, az antwerpeni orvosi akadémia elnöke; Bulgária: M. Iwanow, a bakteriologiai intézet igazgatója; Chile: Alejandro del Rio, a santiago egyetem tanára; Dánia: Salomonsen tanár; Spanyolország: Antonio de Simonena, madridi tanár; Franciaország: Landouzy párisi egyetemi tanár; Északamerikai Egyesült-Államok: A. D. Bevan chicagói egyetemi tanár; Nagybritannia és Írország: Pavy; Görögország: Kallionzis atheni tanár; Olaszország: Guido Baccelli római egyetemi tanár, volt olasz kultusminister; Japán: Kitasato tanár; Monaco: E. Cailand; Nicaragua: L. H. Bebayle; Norvégia: V. C. Uehermann; Németalföld: Wenkebach tanár; Oroszország: Dimitrio O. de Ott, a császári klinikák igazgatója; Szerbia: Popovics egészségügyi főnök; Svédország: Henschen stockholmi tanár; Svájc: Feurer tanár; Törökország: Zoëros vezértörzsorvos; Uruguay: Maggiolo montevidoi tanár; angol egyetemek: W. Osler oxfordi és W. J. Sinclair manchesteri tanár. Különös tetszéssel fogadták Landouzy és Baccelli beszédét.

Landouzy mint a Bichet, Corvisart, Dupuytren, Bonnet, Bretonneau, Cl. Bernard, Villemin, Pasteur és Curie hazájának képviselője mutatja be a francia orvosok hódolatát a XVI. nemzetközi congressus védnökének és elismerését a magyar közegészségügy munkásainak. Franciaország orvosai — úgy mond — nemcsak Magyarország természeti szépségeinek és történelmi nevezetességeinek megtekintése végett önlöttek ide, hanem első sorban azért, hogy megbámulják azokat az intézményeket, melyek a magyar orvosi tudományos működés, a közegészségügy, az emberbaráti szeretet szolgálatában állnak, s a melyeknek szervezete igazán alkalmas arra, hogy a tudatlanság és nyomor ellen eredményesen küzdjön, s minden tekintetben érdemes arra, hogy a külföld tanulmányozza. Elismeréssel szól arról a haladásról, mely Magyarországon az utolsó évtizedben a gyermekvédelem és a tuberculos elleni védekezés terén tapasztalható. Kívánja, hogy ez a congressus az emberiség közjava szempontjából ugyanolyan fényt vessen Budapestre, mint a VIII. nemzetközi hygieni és demographiai congressus.

Baccelli latin beszédében mint a testvérm nemzet küldötte üdvözölte Magyarországot és a congressust. Dícsérettel emlékezik meg a magyar egyetemről, a melyre ráillik a latin közmondás: „A kiváló, a természet szorgalmas és éleseszü megfigyelése folytán keletkezett művet nem egyetlen kiváló szellem, hanem az összes tudósok bölcs együttműködése tartja fenn.” Az a véleménye, hogy a nemzetközi összejövetelek céljuknak akkor fognak igazán megfelelni, ha az emberiség s különösen a betegek java szempontjából megegyező nézetekre jutnak. Ez azonban még távol van tőlünk; addig az a legkiválóbb orvos, a ki legkevesebbet téved.

A Szózat elénekülésével 1 óra tájban véget ért az impozáns ünnepély.

A congressus alkalmából a congressus elnöke és főtitkára hódoló táviratot küldött ő Felségének, a congressus védnökének, melyben a congressus legmélyebb tiszteletét és háláját fejezik ki azért, hogy a védnökséget elfogadni kegyeskedett. Egy másik táviratot intéztek I. Manuel portugál királyhoz, köszönetet mondván azon szíves fogadtatásért, melyben elődje a XV. nemzetközi con-

gressus tagjait részesítette. Táviratot intéztek a congressus vezetőségéhez Darányi földművelési miniszter és Berzeviczy Albert, az akadémia elnöke. Kimentik elmaradásukat és sikeres működést kívánnak.

A megnyitó ülés után közzétették a tiszteletbeli elnökök névsorát. Uhthoff, Musser, v. Haberler, v. Kratzschmer, Pirquet, Salomonsen, Simonena, Callea y Sanchez, Landouzy, Pavy, Baccelli, Homboe, Dominguez d'Oliveira, Alemao, v. Rhein, Henschen, Zoëros, Bourget, Fourier, Waldeyer, v. Eiselsberg báró, Desguin, Wenckebach, Bloch, Kitasato, Uehermann, Pol, de Ott, Zambaco, T. Kocher.

A congressus keretén belül folyt le ugyanaz nap délután 3 órakor a magyar közegészségügy első apostolának, Fodor Józsefnek a Sándor-téren közadakozásból emelt mellszobrának leleplezése. A külföldi tudósvilág előkelőségeinek nagy számban való megjelenése fényesen bizonyította, hogy az Országos közegészségügyi egyesület ünneplése egyúttal az egész orvosvilágé. A téren összegyűlekezett ünnepelő közönséghez először Pártos Gyula műépítész, a szoborbizottság helyettes elnöke szólt, röviden vázolta a szobor létrejöttének történetét. Utána Ilosvay Lajos tanár, udvari tanácsos, az Országos közegészségügyi egyesület elnöke mondotta el ünnepi beszédét. Francia nyelven néhány szóval méltatta Fodor Józsefnek a tudomány és különösen a közegészségügy haladására tett nagy befolyását. Magyar nyelven ismertette Fodor munkásságát és műveit, végül Bárczy István polgármesterhez fordulva, az egyesület halálját fejezte ki azért, hogy a szobor létesíthetőségének és elhelyezésének ügyét elősegítette és biztosította; arra kérte, hogy a szobrot a város nevében gondozásba venni kegyeskedjék. A lelkesedéssel fogadott beszéd közben lehullott a nemzeti színű lepel a szoborműről, a mely ifj. Vastagh György alkotása.

Erre Bárczy István dr. polgármester tartalmas beszéd kíséretében ünnepélyesen átvette a szobrot, melyre azután számos koszorút helyeztek el: a budapesti orvoskari tanártestület, a kir. magyar tudományos akadémia, az országos közegészségügyi tanács, az iskolaorvosok és egészségügy-tanárok szakbizottsága, Lakócsa községe (Fodor szülőfaluja), az Egészség szerkesztősége, a Budapesti kir. orvosegyesület, a Budapesti orvosi kaszinó és mások.

Bár a congressus érdemleges munkája csak hétfőn, augusztus 30.-án kezdődött, vasárnap délután is hallgathattunk már két általános érdekű, tartalmas előadást. Délután 4 órakor Kutner tanár (Berlin) tartott előadást „Az orvosi továbbképzésről” a Nemzeti Múzeum dísztermében. Különös részletességgel ismertette az orvosi továbbképzés szervezetét Németországban, a hol jelenleg 48 városban áll fenn ilyen célú intézmény. Felhívta a figyelmet különösen a berlini „Kaiserin-Friedrich-Haus“-ra, a mely e szempontból mintaintézet. Ezután sorban méltatta az orvosi továbbképzés tényezőit az Északamerikai Egyesült-Államokban, Magyarországon, Ausztriában, Oroszországban, Olaszországban, Franciaországban, Angliában, Belgiumban, Hollandiában és Svédországban. Fejtegetésének resuméje a következő: Az orvosi kiképzés nem érhet véget az egyetemi tanítással, a tudomány állandó haladásával lépést kell tartania a gyakorlati orvosnak. Azonban lehetővé kell tenni, hogy ezt nagy anyagi áldozatok nélkül lehessen meg. Ezért az ezen célúnak szolgáló intézmények ingyenesek legyenek (az illető ország orvosai számára), ne legyenek messze az orvosok lakóhelyétől, az orvosokra nézve legkedvesebb időben legyenek használhatók. A nagyobb városokban tudományos központokat kell létesíteni, az esetleg meglevő kórházak igénybevételével, a hol tanításra képesített orvosok mint tanárok működjenek. A tanítás anyaga ölelje fel az összes klinikai és elméleti tudományokat, nemkülönben a modern orvostan határterületeit (socialis orvostan stb.). A jövőben oda kell törekedni, hogy minél több oly intézet létesüljön, mely kizárólag az orvosi továbbképzés szolgálatában áll. Ezután indítványozza egy nemzetközi orvosi továbbképző bizottság szervezését. Ez a bizottság másnap déli 12 órakor meg is alakult.

Orvostörténelmi előadást tartott ugyancsak a Múzeum dísztermében vasárnap délután 6 órakor Holländer tanár (Berlin) „Krankheitsdarstellungen aus der vorkolumbischen Epoche” czímen. A szerző az inkák törzsének fazekasművészetét tanulmányozta orvosi szempontból. A korsókon levő festmények és domborművek alakjai oly kóros elváltozásokat mutatnak (az arc és végtagok mutilációja), melyekből azt következtették, hogy lepra, lues vagy lupus létez-

hetett az inkáknál. Minthogy azonban a Kolumbus előtti időkből syphilises csontokat nem találtak, a Kolumbus előtti luest kizártnak tartják. Egyesek valami különös betegség ábrázolásának tekintették az említett elváltozásokat. Ezt a betegséget „uta” vagy peruviai lupus néven emlegetik. Nem zárható ki, hogy egyes domborművek ezt a betegséget tüntetik fel, de sokkal valószínűbb, hogy az említett ábrázolások (besüppedt orr, nyitott száj, elvékonyodott ajkak) nem egyebek, mint mumiákon létrejövő elváltozások. Holländer ezen felfogását pszichológiai úton világítja meg. Az inkák művészetén, mely az életet a születéstől a halálig minden örömeivel és szenvedésével együtt tükrözteti vissza, az epikureusi alap gondolat vonul végig: vigadjatok addig, míg egészségesek vagytok s olyanok nem lesztetek a romboló betegségek hatása alatt, mint a mumiák. A szerző az inka művészet számos maradványának vetített fényképével bizonyította nézetének helyességét. Felemlíti még, hogy a fazekas-szobrászathoz kitűnik, hogy az amputatio az inkák előtt ismeretes volt.

Másnap, augusztus 31.-én 9 órakor kezdődött meg a szakosztályok munkája, melyek mindegyikéről külön-külön fogunk beszámolni, itt csak az általános érdekű mozzanatokat akarjuk rögzíteni. Figyelemre kell méltatnunk azokat a törekvéseket, melyek az esperantónak nemzetközi tudományos nyelvvé való alakítására irányulnak. Hétfőn délelőtt 10 órakor tartottak ülést az esperanto orvosok a Nemzeti Múzeum dísztermében. Az ülést Schwartz dr., a budapesti esperantista csoport vezetője a közönség üdvözlésével és azon indítvánnyal nyitotta meg, hogy Schatz dr.-t válaszsák meg elnöknek. Schatz dr. elfogadván az elnökséget, francia majd esperanto nyelven méltatta a nemzetközi nyelv fontosságát orvosi szempontból. Utána többen esperanto nyelven orvostudományi előadásokat tartottak annak bebizonyítása végett, hogy az esperanto igenis alkalmas az orvosi tudomány művelésére.

Érdekes előadást tartott délután 5 órakor Guido Baccelli (Róma) a Nemzeti Múzeum zsúfolásig megtelt dísztermében, a hol többek közt Apponyi Albert gróf és a meggyógyult congressusi elnök, Müller Kálmán tanár is megjelent. Az előadás címe: „Erős hatású gyógyszerek befeeszkendezése gyűjtőerekbe”. Baccelli már negyven évvel ezelőtt, a malaria aetiologiájának ismerete előtt tapasztalta, hogy ez a betegség a vörösvérsejteket és a ganglionokat támadja meg. Már akkor az a gondolata támadt, hogy a malaria specificumát, a chinint a gyűjtőerekbe fecskendezze. A serológiai vizsgálatok, majd a malaria kórszarmazásának megvilágítása a módszer észszerű voltát igazolták és arra indították az előadót, hogy az erős hatású gyógyszerek gyűjtőeres alkalmazását általános orvoslási rendszerré dolgozza ki. A módszer gyakorlati használhatóságát bizonyítják azok a nagyszerű eredmények, a melyekről annak idején a berlini congressuson számolt be. Az orvosok legnagyobb része azonban, köztük Nothnagel is, kételkedéssel fogadta az új eljárást, ma azonban már hála a sok fényes eredménynek, a kétségek eloszoltak. Az eljárást nemcsak malariában, hanem egyéb lázas betegségekben is alkalmazta (sublimat- és egyéb erős hatású szerek befeeszkendezése alakjában), milyen a meningitis cerebrospinalis, polyarthrits rheumatica, septicæmia, továbbá ismeretlen aetiologiájú betegségekben, a milyen a tachycardia paroxysmalis (strophantin-befeeszkendezés). A gyógyszer hatása néha oly frappáns, hogy a haldokló beteget életre kelti és esetleg véglegesen meggyógyítja.

A hétfő este ismét zajos ünnepség keretében folyt le. A székesfőváros tartotta 9 órakor fogadó estélyét a Fővárosi Vigadóban, a melyre minden congressusi tag hivatalos volt. Ugyanaz az embertömeg, mely előző nap komoly esendben szemlélte végig az ünnepélyes megnyitót, ma kedélyes eszmécserebe merülve hullámozott fel és alá. A társalgás kellemes zsibaja alig engedte érvényre jutni a művészi programot, melylyel a főváros vendégeit mulattatni igyekezett. Az emelvényen elhelyezett zenekar, Marschalko kisasszony, Durigo asszony, Venczell és Környei operanékesek versenyeztek egymással felváltva az estének kellemessé tételében. Nem is kell említenünk, hogy a főváros gazdag buffetről is gondoskodott.

A keddi nap eseményei közül felemlítendő, hogy a kérdés fontossága miatt a III., IV. és XVIII. szakosztály elhatározta, hogy az immunitást tárgyaló előadásokat kedden és szerdán délelőtt a Nemzeti Múzeum dísztermében együttes ülésben tartja meg.

Az érdekes tárgyalást külön fogjuk ismertetni. A délután 5 órakor tartott együttes ülésen *Bashford*, a londoni állami rák-intézet igazgatója „A rák emberben és állatban” czímen a rák-kérdés mai állását ismertette, számos vetített képpel kísérve az előadást. A rák előfordulhat az összes emberfajokban és összes gerincezős állatokban még akkor is, ha természetes körülmények között élnek. A rák átvitele ma még a laboratóriumi technika tárgya. A rák úgy klinikai, mint anatómiai lefolyásában hasonló alakban mutatkozik a különböző emberfajokban és állatokban, oly értelemben, hogy az illető állatfajra jellegző életkor vége felé jelentkezik. A biológiai és összehasonlító kutatások nem igazolták azt a felfogást, hogy a rák gyakorisága növekedőben van. Hogy a rák a különböző emberfajokban s ugyanazon emberfaj férfi- és nőtagjaiban más-más testrészeket támad meg, összefüggésben van az illetőket érő ingerek különböző voltával. A kísérletek a ráksejtek végtelen sokszerűségével ismertettek meg bennünket, melyek valamennyien normális sejtekből származva néha átmennek egymásba, máskor megtartják tulajdonságukat, akárhányszor viszzük át a rákot az egyik állatról a másikra. A nagyszámú vizsgálat határozottan ellene szól a rák fertőző voltának. További vizsgálatok a rákkal szemben való immunitásra vonatkoztak. Kiderült, hogy az egyik állatfaj rákja sem nem nő a másikban, sem nem védelmezi meg azt a saját rákja ellen. (Patkány vagy macska rákjával beoltott egér nem lesz immunis az egér rákjának későbbi beoltása ellen.) Ezzel szemben azonban egér daganatának előzetes átültetése az egérre megvédelmezi azt ugyanazon vagy másfajta egérbeli daganat átoltása ellen. A daganat szövetehez hasonló szövete az egyik egérnek a másik egérre átültetve megvédi azt az illető daganat ellen (bőrszövet bőrrák ellen). Az immunitás ezen érdekes fajtája azon alapul, hogy az immunis állatok kötőszöve oly módon változott meg, hogy nem nyújthatja azt a támasztószövetet, melyre a ráksejteknek növekedésükhöz szükségük van. Ez magyarázza meg azt a körülményt, hogy rákserumot előállítani mindeddig nem sikerült, az immunitás ugyanis nem a sejtek vegyi összetételén, hanem élettani tulajdonságain alapul. Ezek az eredmények ma még biológiai értékűek, de mindenesetre a rák-kérdést új, a kutatásnak inkább hozzáférhető alakba öltöztették.

Ugyanott tartotta 6 órakor *Doyen* tanár előadását „A rák orvoslásáról”. Jelengi felfogásunkkal merőben ellenkező nézeteket hirdet. Az a véleménye, hogy oltási módszerével a rák orvoslásának kérdését megoldotta. Fermentjeinek beoltásával számtalan esetben látta a rák növekedésének megállapodását vagy meggyógyulását. Azt hangoztatja, hogy ne operáljunk, mielőtt a rák elleni védőoltást nem alkalmaztuk. Ez által a műtét területén a rákos sejtek burjánzásával szemben bizonyos immunitást teremtünk. A műtétet tehát ezen orvoslás kiegészítő részeként tekinti s csak a daganat helyi kiirtására szorítja. Ha a daganat felületes, a kiirtást elektrokauter segítségével végezhetjük, mely eljárás mellett legkisebb a vérzés. Különösen alkalmas ez a módszer a bőr, ajak és nyelv felületes rákjainak kiirtására.

A napot méltóan zárta be a hölgybizottságnak a Mezőgazdasági Múzeumban tartott estélye, a mely a congressus ünnepei közül talán a leghangulatosabb volt úgy a történelmi színezetű környezetnél fogva, melyben lefolyt, mint leleményes rendezése miatt. Megemlítjük még a congressus első két napjának eseményeiből, hogy az állami kiküldöttekből és a congressus végrehajtó bizottságából alakult jury az augusztus 30.-án és 31.-én délután 6 órakor tartott ülésen a párisi díjat Bordet-gandí tanárnak, a moszkvai díjat pedig O. Hertwig berlini tanárnak ítélte oda.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A brünni kerületi betegsegélyző-pénztár évi jelentése 1908-ról. 134 negyedréte lap. Öt táblázattal és 22 egész lapra terjedő fotocinkografált képpel.

A mi e terjedelmes füzetet a betegsegélyző pénztárak évi jelentéseinek megszokott sorából kiemeli, tartalmasságán kívül azon

fáradtságot és költséget nem kimélő buzgalom, mely a közegészségügy érdekében a munkások lakásviszonyainak ismertetését tűzte ki egyik céljául. A füzethez mellékelt öt táblázat 179 munkáslakásnak 21 rovatba osztott leírását foglalja magában; ezen kívül 22 táblán ugyanannyi munkáslakásnak fotografiai képe is be van mutatva. Az egész összeállításból azon szomorú eredményre jutunk, hogy a 179 lakás közül, igen szerény mértéket alkalmazva, 103 egészségi szempontból kifogás alá esik. Pedig ezek a lakások valahogyan még csak elfogadhatók volnának azon odúkhöz képest, a melyekben hazai munkásaink egy része meghúzódní kénytelen. Elsőrangú vállalataink munkástelepein is van akárhány hely, a hol a lakásban egy közép-magasságú ember csak lehorgasztott fejjel és meghajolt derékkal állhat fel; a hol az egyetlen helyiség lakószobának, konyhának, éléskamrának és ólnak szolgál egyaránt; a hol a padlásokon uralkodó hőséghez csak a velencei ólmokamaraké lehetett hasonló; a hol a padlónak hírét sem ismerik; a hol a tisztaság legelemibb követelményeivel sem törődnek; a hol a betegek egy vacokban fekszenek az egészségesekkel; a hol a köhögők a falra köpködnek; a hol a hatóság mindezekkel szemben nem tud, vagy nem mer intézkedni, ha pedig maga az orvos emel szót, mint a társulat érdeke ellen működöt, kiteszik az állásából. Aktuálisá válnak e pontok nálunk is azon alkalomból, midőn a kormány, a főváros, az államvasutak, továbbá egyes nagyobb vállalatok és gyárak munkáslakásokat kezdenek építeni. Valóban itt az ideje, hogy az e részben eddig fennálló szegényletes állapotok valahára véget érjenek és mód adassék arra, hogy munkásnépünk emberhez méltó lakóhelyhez jusson.

Minden visszaélés megszüntetése végett pedig kiváló figyelmébe ajánlunk az állami ellenőrző hatalomnak bizonyos magánvállalatokat, a melyek munkástelepek létesítésén fáradoznak. Tudvalevő ugyanis, hogy némely vállalat tisztán üzletre spekuláló intézmény, s mint ilyen, kiváló mester abban, hogy a kedvezőbb látszat leple alatt, a vele viszonyban állók kihasználása céljából, ha lehet, még az eddiginél is rosszabb helyzetet teremtsen.

Erdős János dr.

Lapszemle.

Általános körtan.

A tüdőverőérembolia esetén ajánlott Trendelenburg-féle műtét javallatáról nyilatkozik *Busch* (Berlin) hirtelen halálesetek tanulmányozása alapján. A műtét a tüdőverőérbeli thrombus eltávolításában áll. Trendelenburg és tanítványai sokszor megkísérelték, sikerrel eddig csak Riedel végezte egy esetben. Az a kérdés, hogy az embolia kórjelzése mennyiben lehetséges, s a szóba kerülő esetek mennyiben nyújtanak kilátást eredményes beavatkozásra, tudniillik az alvadék tökéletes eltávolítására.

A szerző ezen szempontból az Urban-kórház sebészeti osztályán 1905 január 1.-től 1909 január 1.-ig történt 878 halálesetet vizsgálta át. Ezek közül 22 esetben a halál törés vagy jól kiállott műtét után hirtelen oly tünetek között állott be, a melyek tüdőverőérembolia kórjelzésére kényszerítettek. 12 esetben a halál oly gyorsan következett be, hogy a műtét szóba sem jöhetett s egyébként is a tünetek alapján éppen úgy lehetett synkopés halálra, mint tüdőemboliára gondolni. A hátralevő 10 eset 50—70 év közti emberekre vonatkozik, a kik a megfigyelés ideje alatt a szív részéről semmiféle jelenséget sem mutattak, s a kikben a halálos roham minden megelőző tünet nélkül teljesen a tüdőembolia képe alatt mutatkozott: hirtelen támadó nagyfokú légszomj, hirtelen collapsus, nagyfokú pulusszaporulat, halotthalványság, hideg verejték, oppressió érzés. Ennek ellenére a boncolás csak hat esetben igazolta a kórjelzést, míg a hátralevő négy esetben a szív barna sorvadása vagy zsíros elfajulása volt a halál oka. Ha hozzáveszszük még, hogy az esetek felerésében tüdőembolia volt a halál oka az említett 12 esetben is, a melyekben már klinikailag sem lehetett az embolia és szívgyengeség közt különbséget tenni, beláthatjuk, hogy a tüdőverőérembolia kórjelzése meglehetősen bizonytalan. Az említett hat eset közül ötben az alvadék műtét útján könnyen eltávolítható lett volna. A szerzőnek az utóbbi időben alkalma volt három oly esetet megfigyelni, a melyben az embolia típusos jelenségei támadtak, a melyben tehát a műtét szóba jöhetett volna. Mind a három esetben azonban a rohamot morphin és szivtonicumok befeccskendezésével

meg lehetett szüntetni; két beteg teljesen meggyógyult, a harmadik azonban néhány nap múlva tüdőgangraenában elpusztult. Az első két beteget a műtéttel nagy életveszedelembe döntöttük volna, míg a harmadik esetben az első tünetek jelentkezése alkalmával azonnal végrehajtott műtéttel a tüdőgangraenát megakadályozhattuk volna, feltéve, hogy a rendkívül leromlott beteg a műtétet kibírta volna.

Ezek szerint adott esetben csak nagyon nehezen határozhatjuk el magunkat a Trendelenburg-féle műtetre. Az első nehézség abban áll, hogy az embolia elkülönítése a szívizom elfajulása miatt támadó szívgyengeségtől sok esetben teljesen lehetetlen. Ezenkívül az embolus egyes esetekben olyan kiterjedésű (a kisebb ágakba is belelyúl, mint az említett 6 eset közül egyben), hogy tökéletes eltávolítására nem lehet kilátásunk. Hozzájárul még ezekhez, hogy a beteg morphin és szivtonicumok segítségével megbirkózhatik az emboliás insultussal.

Körte álláspontja a következő: Beállott embolia esetén az izgatott légzés csillapítására adjunk morphint, a szív erősítésére digalént. Közben készítsünk elő mindent a műtéthez s ezt hajtsuk végre azonnal, ha nem javul az állapot. Sepsises megbetegedés, kifejezett érelmeszesedés, súlyos cachexia esetén azonban ne operáljunk. (Deutsche med. Wochenschrift, 1909. 29. sz.)

Belorvostan.

Pertussisban a chinin hatékonyságát vizsgálta Luciano Andalo igen kiterjedt epidemia alkalmával. Néhány napi adagolás után rohamos javulás, sőt egyes esetekben teljes gyógyulás állott be; míg a szokásos többi enyhítő szer (brom, bromoform, codein, belladonna) adása után csak a rohamok számának és súlyosságának csökkenése mutatkozott, de teljes megszűnése sohasem volt észlelhető, és e sedatív szerek használatának beszüntetése, vagy ezen szereknek a megszokása a köhögéshozamoknak erőteljes kiújulását eredményezte. A chinin kezdetben, ellentétben a többi sedatív szerrel, a köhögés intenzitásában csak kevés javulást eredményez, de azért a kúrát abbahagyni nem szabad, mert rövidesen mégis teljes eredményre szokott vezetni. A chinin a pertussisban nem is sedativumként jön szóba, hanem mint antiparasiticum; Baginski is a chinint a pertussis legfontosabb antizymotikus szerének tartja. Ezen felvétel helyességét megerősíteni látszik az, hogy csakis nagy adagok hatásosak, s a hatás aránylag lassan és későn fejlődik ki, mikor már a szer antiparasita hatását kifejtette. Hogy a chinin antispasmusos hatását kifejtse, ahhoz nagy adagok kellenek. A chinin alkalmazásának első szószólói: Binz, Steffen, Heim, Keating, Ungar, Krämer a chininum sulfuricumból 4 éven aluli gyermekeknek 20—40 centigrammos napi dosist ajánlottak. Svoboda az aristochint már 1 gm. napi mennyiségben adta gyermekeknek. Még tovább ment Baginski, a ki napjában 3-szor $\frac{1}{2}$ gm. chinint adott.

Általában a gyermekeknek nagy a chinin-toleranciájuk. Egy éves gyermekek jól tűnnek el $\frac{1}{2}$ gm. chinint 24 óra alatt, akár a szájon át, akár a bőr alá fecskendve. Minél előbb — a betegség korai szakában — kell megkezdeni a chinin használatát, főleg mielőtt még a köhögést kísérő hányás jelentkezett. Ilyenkor az adagolás a szájon át történik. Ha a gyakori hányás miatt a chinin nem marad a gyomorban, a bőr alul vagy a végbélben át alkalmazhatjuk. A köhögés megszűnte után is még napokon át kell adni a szert. A gyógyulás körülbelül 8—10 nap alatt következik be. (Il Policlinico, Sez. prat., 1909. Fasc. 27.)

Galambos Arnold dr.

Kocsányacsavarodott, teljesen elhalt lép esetét észlelte Umberto Bartera. Az in vivo megállapított körjelzést a boncolás beigazolta. Az eset 34 éves asszonyra vonatkozik, a ki gyermekora óta gyakran szenvedett malariában, egyéb betegsége sohasem volt. A lép kocsányacsavarodásának tünetei teljesen hasonlóak egyéb kocsányos szervek (petefészektoimló) torsiójának tüneteinek. A klinikai kép a peritoneális shocké. A beteg hirtelen — munkaközben — összeesett, főképpen a has bal felébe lokalizált heves fájdalmak kíséretében, areza halvány, a szeméi beesettek, a légzése szapora, felületes, az érverése szapora, rossz, a hőmérsék kissé emelkedett, meteorismus, a normális léptompulat hiányzott, helyette a bal csipő-tányér felett volt a megnagyobbodott lép. A kocsányacsavarodás után körülbelül 1 héttel a beteg meghalt. A boncolás alkalmával a lép kocsányát 30 cm.-nyinek találták, hossz tengelye körül kétszer

esavarodott volt; a lép súlya 4 kgm., méretei $28 \times 18 \times 9$ cm. A lép szövete alig volt felismerhető a nekrosis miatt. A kocsányacsavarodás előfordul acut és chronikus alakban. Ez utóbbi esetben a symptomatologia is homályos és bizonytalan. A hirtelen létrejött kocsányacsavarodás néha differentiaaldiagnostikai szempontból nehézséget támaszt a béloclusióval, vagy néha az infarctus splenicussal (vándorlóp lép esetén) szemben.

Hasonló eseteket, azonban a nélkül, hogy az élőben diagnosztizálták volna, Marchiafava és Bignami, Dionisi, Quinquerez, Cabrolus is közölt.

A lép kocsányacsavarodásának megértéséhez szükséges tudni azt, hogy a lép hilusa, a függesztő szalagoknak a tapadáshelye a lép hossz tengelyének az alsó harmadában van, és így, ha a lép tömege megnő, a szalagjai meglazulnak s a lépsúlyedés bármi okból létrejön, akkor a lép legvoluminosusabb, legsúlyosabb felső része egyszerűen a gravitatio törvényénél fogva a legmélyebb helyet igyekszik elfoglalni; innen van, hogy az esetek legnagyobb részében a kocsányacsavarodás felülről le, s balról jobbra történik. (Il Policlinico, Sez. prat., 1909. Fasc. 30.) Galambos Arnold dr.

A vesegyuladással pneumoniában ir Mouisset és Chalié.

Két csoportja az eseteknek különböztethető meg: az egyikben az előzőleg egészséges vesék betegszenek meg a pneumonia lefolyásában; a másikban a latens nephritis lobban fel a pneumococcus befolyására. A prognózis eltérő e két csoportban: az elsőben a vesegyulladás többnyire meggyógyul vagy legalább idült állapotba megy át; a másodikban ellenben rendkívül nagy a halálozás százaléka. (Lyon médical, 1909. május 23.)

A fehérjevizelés és a vizelet savanyúsága közti összefüggésre hívja fel a figyelmet Hoesslin. Több esetet észlelt, a melyben az albuminuria és a cylindruria határozott összefüggésben volt a vizelet savanyúságával. Ez utóbbinak csökkentésével natrium bicarbonicum adása útján az albuminuria és cylindruria csökkent vagy megszűnt. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 33. szám.)

Sebészet.

A forró lég alkalmazásáról a sebészetben ir Bonasny és Müller. Kétféle forró légdouchet alkalmaznak, mérsékelt hőmérsékűt, körülbelül 80° -osat, és igen magas hőmérsékűt, mely egész 800° -ig megy. A meleg léghany alkalmazása nem fájdalmas, sőt kellemes érzéssel jár, hyperaemiát okoz, melyet részben fájdalomcsillapításra (neuritis, ischias), részben renyhe sebek vérbővé tételére, részben bőven genyedő sebek szárítására alkalmaznak; a magas hőmérsékű légdouche fájdalmas, behatása elpörkösíti a szövetet, ez azonban körülírt, könnyen leöklődik, s a helyén támadt hegcszövet puha, sima, a normális szövetre emlékeztető, olyan mint a radium okozta heg. Alkalmazását a következő betegségekben próbálták ki:

1. Inficiált üregek, tályoggyök, furunculus, anthrax, decubitusok eseteiben jó eredményt láttak.
2. Lupus, bőrtuberculosis esetében jelentékeny javulást láttak, de teljes gyógyulást nem.
3. Torpid tuberculosus bőrfekély eseteiben teljes gyógyulást is tapasztaltak.
4. Varicosus ulcus, chronikus eczema esetében gyors javulást tapasztaltak, sőt egy ízben tetoválást, egyszer pedig leukoplakia buccalist sikerült teljesen eltüntetni ily módon.
5. Nagyon szép eredményeket értek el diabeteses gangraena eseteiben. 7 esetet kezeltek ily módon, valamennyi meggyógyult, a gangraenás részek szépen leöklődtek s helyükön szép heg képződött.
6. Rák esetében részben a rák véres kiirtása után támadt sebfelület égetésére, részben rákos fekélyek elpörkösítésére használták. Az eredménynyel meg vannak elégedve, sokszor láttak javulást és bőrrák eseteiben többször gyógyulást is, bár e gyógyulások az észlelés rövid ideje miatt nem lehet vélegesnek tekinteni. Az égetés helyén keletkezett heg kozmetice igen kielégítő.
7. Csontgyulladások alkalmával is előnyösnek tartják a feltárt csonttűregnek több ízben való kiégetését ilyen forró levegővel. (Paris chirurgical, 1909. 3. füzet.)

P.

A könyökizület osteoplastikai resectiójának új módját ajánlotta *William Levy* (Berlin). A könyökizület resectiójakor jelenleg nem az anchylosis a kizárólagos célunk, hanem a műtét után számos oly módszerrel is találkozunk, mely normális határok között mozgékony izületre törekszik. Ezen cél szolgálja *Levy* módszere is, az olecranon temporae osteoplastikus resectiója.

A módszer phasisai a következők: A tompaszög alatt behajlított könyök feszítő oldalán nyelvalakú lágyrészelebe nyit készítenek, melynek bázisa az izület fölé, csúcsa pedig az előkarra kerül. A metszést egészen a periosteumig viszzük. E közben kiméljük a nervus ulnarist és median felé húzzuk; majd lepraeparáljuk a muse. flex. carpi ulnarist az olecranonról és az ulnának szomszédos dorsalis felszínéről. Most a felkarsontnak periosteumát elevatoriummal lefejtjük és a lecupaszított epicondylus internust vésővel eltávolítjuk. A radiális oldalon mélyítjük a metszést; a muse. anconaeus quartus és az extensorok között behatolunk a tokszálalagig, azt megnyitjuk, a fossa sigmoidea olecranin harántul Gigli-féle fűrészt vezetünk át és az olecranont az ulnának distális harmadával együtt ferdén lefűrészeljük.

Következik az izület kitakarítása. Ha a kórosan elváltozott részeket mind eltávolítottuk, a csontbőrlebe nyit ismét helyére hajtjuk és az olecranont vagy visszaszögezzük, vagy mély lágyrészarrrattal rögzítjük eredeti helyéhez. A könyököt tompaszög alatt kötjük. Az utókezelést úgy activ mint passiv mozgásokkal korán kell kezdenünk. Gyakorlati tapasztalatról *Levy* nem számol be. (Centralblatt f. Chirurgie, 1909. 18. szám.) *Gergő.*

Az ureterek implantációjának technikáját hullákon tanulmányozta *Sszizemsky* (Moskva) és a következő eljárást ajánlja. Az ureter kifejtésekor az ureter körül a peritoneumot és a subperitoneális szövetet körülbelül 6—7 cm.-nyi hosszban és szélességben az ureterrel együtt fejtjük ki. Az uretert körülbelül 1.5 cm.-nyire sülyesztjük a colonba és a besülyesztett ureter felett s a körül a kifejtett peritoneumot a bél serosájához varrjuk. Magát az uretert pusztán két oldalsó varrattal rögzítjük a bélhez. A peritoneumnak hiányát a lebe ny készítése helyén tova futó varrattal zárjuk. *Sszizemsky* ezen eljárást főleg azon esetekben ajánlja, midőn az ureterimplantációt igen egyszerűen akarjuk végezni, a nélkül, hogy a következményes pyelonephritis elkerülésére komplikáltabb művi eljárásokat alkalmaznánk. Pusztán arra kell vigyáznunk, hogy az ureternek ferde lefutását biztosítsuk, azaz ügyelnünk kell arra, hogy az ureternek vége a bél lumenében lefelé nézzen. (Centralblatt f. Chirurgie, 1909. 20. szám.) *Gergő.*

Bőrkórtan.

A radiotherapia eredményeiről tartott előadást *Kienböck* (Wien). Tapasztalás szerint a Röntgen-sugarak gátló hatást fejtenek ki a sejtműködésre és különösen a sejtproliferációra. A radiotherapiás behatás minden nagyobb subjectiv érzés vagy fájdalom nélkül megy végbe. Aránylag csekélyek és rövid ideig tartók azok az általános közérzeti zavarok is, a melyek nagyobb tumoroknak gyors elmulása alkalmával keletkeznek. A bőrnek nagyobb fokú gyuladása elkerülhető, ha a testrészekhez és a beteg korához mért „normál dosisokat” alkalmazunk. A felszínesen fekvő kezelt testrészek könnyen kapnak túlnagy dosisokat, s viszont a mélyen fekvők rendszerint nagyon gyenge adagban részesülnek. Abból a célból, hogy nagy adagokat a mélyebb rétegekbe vigyünk, legalkalmasabb, ha kemény lámpát és sugárszűrőt használunk, szükséges továbbá ilyenkor, hogy a sugarazást több oldalról végezzük. Az előadó tapasztalása szerint a következő betegségek alkalmasak a radiotherapiára: 1. Bőrbajok. Mindenekelőtt a női hypertrichosis faciei esetei. Helyes adagolással véleménye szerint sikerrel lehet bajt eltávolítani. A reakciónak nem szabad az erythemás stadiumot túllépnie. A szőrszálak ilyenkor a 2—3. héten kihullnak. A végleges eredmény 1½ éves kezelést vesz igénybe. Alopecia areata eseteiben a siker nem szokott feltűnő lenni. Ninesen azonban jobb eljárás, mint a Röntgen-sugarazás a favus és a herpes tonsurans ellenében. Jó eredménnyel jár a sycosis és az akneloid gyógyítása is. Prurigo és pruritus eseteiben a kezelés megszünteti a viszketést. A psoriasisnak Röntgen-kezelése nem jár jó eredménnyel, szintúgy a lupus vulgaris és a leprás csomók gyógyítása sem eredményes. 2. Az epitheliomának sugaras kezelése

igen jó eredményt nyújt. A gyógyulás 50—80%-ban észlelhető. Szükséges, hogy mindig nagy adagokkal dolgozzunk. Rossz prognosztis nyujtanak azok az epitheliomák, a melyek már recidiváltak, avagy a mélybe burjánzanak. A Röntgen-sugarak tönkreteszik a carcinomás szövetet, de ez a hatás rendszerint csak a felszínes rétegekre vonatkozik. Fontos, hogy az operabilis eseteket már eleve a sebész gyógyítására bizzuk. Az inoperabilis és a felszínre törekvő carcinomák azonban alkalmasak a radiotherapiára. Nem egyforma a Röntgen-kezelés hatása a sarcomákkal szemben. A fekélyesedést és a fájdalmakat azonban rendszeren meg szokta szüntetni. A daganat kisebbedése különösen azon esetekben tapasztalható, a melyekben a sarcoma a bőrből vagy a nyirokesomókból indul ki. Ugyanaz észlelhető recidiváló és gyorsan növekvő daganat eseteiben is. 3. A leukaemiás betegség 70—90%-ban befolyásolható a kezelés által, de az acut alakja a betegségnek a kezelés ellenére is gyors halálos kimenetelhez vezet. A leukaemia kezelésekor gyakran tapasztalható, hogy a léptumor és a mirigydaganatok kisebbednek s hogy a leukocytosis visszafejlődik. Veszedelem csak a toxaemiás jelenségek okozhatnak, melyek a tumorok széteséséből származnak. A kezelés az életet megnyújthatja ugyan, de a bajt nem tudja meggyógyítani. (80. Versammlung Deutscher Naturforscher u. Ärzte in Cöln. Wiener mediz. Wochenschrift, 1909. 31. sz.) *Guszman.*

Venereás bántalmak.

A nemi betegségek elterjedése Brüsszelben czímen közöl érdekes socialhygienés tanulmányt *Bayet*. A szerző tanulmányát meglehetősen homogen emberanyagon, a brüsszeli munkásosztályon végezte. Négy év alatt 2250 kórházi syphilis esetet észlelt. A legtöbb eset (82%) friss infectióra vonatkozott. A férfibetegeknek több mint a fele (52.5%) a 20. és a 30. életév között szerezte a syphilit. Hasonló a viszonyok a nők között is, ezek ugyanazon időben 55.3%-ban szereztek a syphilis betegségeket. A syphilis Brüsszelben *Bayet* tapasztalása szerint igen elterjedt betegség. Kiszámítja, hogy a munkásosztályban több mint 11,000-re tehető a syphilis egyének száma. Számítása szerint Brüsszelnek mintegy 600,000 lakója közül a syphilis egyének teljes száma legalább 30,000-re tehető. E számítás értelmében a lakosságnak tehát mintegy 5%-a volna syphilis. A syphilis infectio legfőbb forrását a szerző természetesen szintén a prostitutióban találja. Ezt három csoportra osztja: a felügyelet alatt álló, a titkos és az alkalmi prostitúcióra. A három közül Brüsszelben csak a két utóbbinak van nagy fontossága. 746 férfinak ugyanis 75%-a a titkos és az alkalmi prostitúció útján acquirálta a syphilisét. A felügyelet alatt álló prostitúció e statistikában csak 6.7%-kal szerepel. Ezek az adatok azok, melyek erős fegyvert látszanak adni a reglementatio híveinek a kezébe. Maga *Bayet* azonban erős híve az aboliciónak. Szerinte a prostitúciót az erkölcsi színvonal emelésével kell csökkenteni, ezt administratív eljárásokkal és a reglementációval elérni nem lehet. A felügyelet alatt álló prostitúció Brüsszelben azért látszik aránylag veszélytelenebbnek, mert úgyszólván nem is létezik. Hisszen a 600,000 lakosságú városban mindössze csak 176 a bejegyzett prostituáltaknak a száma. A szerző vizsgálata folyamán a férjes nők között előforduló syphilis eseteket is kutatta. Ismeretes, hogy ezzel a témával 3 év előtt már *Fournier* foglalkozott a párisi viszonyokra nézve. *Fournier* a polgári osztályokra vonatkozólag azt találta, hogy 100 syphilis nő közül 20 férjezett. *Bayet* a brüsszeli munkásosztályban még szomorubb adatokat talált. Kimutatja, hogy a lueses nőknek 36%-a a házasságon belül szerezte baját. 640 friss luesben szenvedő férfi közül 195 volt nős. Ezeknek legnagyobb része a syphilis prostituált nőtől szerezte. Minthogy pedig úgyszólván bizonyos, hogy a munkás friss syphilisével fertőzni fogja a feleségét, nyilvánvaló, hogy mily mértékben terjed a házasságon is a betegség. (Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, 1909. VIII. kötet, 11. füzet.) *Guszman.*

Fizikai gyógyításmódok.

Meleg áramló levegővel gyógykezelt *Schnee* 123 beteget. Ezeknek több mint fele izom- vagy ízületi csúszban szenvedett, de volt köztük több olyan is, a kinek köszvénye, ischiass, lumbagója, neuralgiája, neuritise, furunculosisa vagy abscessusa volt. A meleg

áramló levegővel való kezelés az eseteknek több mint 70%-ában teljesen eredményes volt és különösen azzal tünt ki, hogy a fájdalmakat gyorsan csillapította. Erélyesebb hatás czéljából a meleg levegő a skót-zuhany módjára hideggel változtatva is becsátható a beteg testrészeire. Ezen eljárás kivált azon esetekben ajánlatos, a melyekben el akarjuk kerülni azt, hogy a bőr megnedvesedjék. A kezelés ezen módját az említett betegségekben számos neves orvos, köztük például Leyden és Lazarus is sikerrel alkalmazta. A levegő áramlására igen alkalmas eszközt gyárt a berlini Sanitas-társaság; az eszköz „Fön“ név alatt van forgalomban. (Zeitschrift f. phys. u. diät. Therapie, 1909. 4. füzet.)
Lenkei V. D. dr.

Az alopeciának ultraibolya-fénnyel való kezelésével a berlini Finsen-klinikán szép eredményeket értek el. Joachim, ki a kezelésnek ezen módját ismerteti, azt írja, hogy az alopeciát a legbiztosabban azzal gyógyították, hogy a megbetegedett részeket a Nagelschmidt által módosított Heräus- (quarz-) lámpával világították meg. A közölt esetekből kitűnik, hogy a kezelésnek ezen módja oly esetekben is sikerrel járt, a melyekben más eljárásokkal hónapokon át eredmény nélkül kísérleteztek. Azt tapasztalták, hogy a kezelés csak akkor volt ilyen sikeres, ha a meg-sugárzást erélyesen alkalmazták és addig ismételték, míg az alopecia fészkeinek minden nyoma eltűnt.

Nagelschmidt annyiban módosította a Kromeyer-féle quartz-lámpát, hogy az azt komplikáló és megrágitó vízhűtést elhagyta és a lámpa szekrényét oly módon szerkesztette meg, hogy vele nemcsak oldalvást, hanem lefelé is nagy területet lehet egyszerre megvilágítani. (Deutsche med. Woch., 1909. 19. szám.)
Lenkei V. D. dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az extractum cannabis indicae butyricum Crämer (München) szerint jó eredménnyel használható különböző ideges állapotokban, fájdalmak ellen, melyek nem objective kimutatható elváltozások által feltételezettek, a bélatonniára jellemző némely tünet ellen, valamint Basedow-kór egyik-másik esetében. Következő módon rendelhető: Rp. Extr. cannabis ind. butyr. 0.75; Aether. 10.0. M. D. S. 3-szor naponként 10 csepp veendő be megnedvesített czukron. (Klin.-therap. Wochenschrift, 1909. 23. szám.)

Szamárhurut, valamint a légzőutaknak különböző bajai ellen jó eredménnyel használja Liachenko az antispasmodicum gyanánt régebben sokat adott herba serpylli-t (thymus serpyllum). Két éves gyermeknek következőképpen rendelhető: Rp. Herbae serpylli 5.0; inf. aqu. destill. 100.0; colaturae adde Natrii bromati 2.0; Aqu. amygdal. amar. 1.5; Syr. althaeae 30.0. M. D. S. 2 óránként kávéskanálnyit. (Ref. Mediz. Klinik, 1909. 32. sz.)

Vérköpés ellen Fish a chloroformot használja, mint a mely a vérnyomást rendkívül erősen csökkenti, a szívösszehúzóerő erejét mérsékli, a légzést megnyugtató és a vér alvadéskéességét is fokozza. A félig fekvő helyzetben lévő beteggel 2—4 cm³ chloroformot lélegeztet be, s azután még minden órában 15—20 cseppet. E mellett 4 óránként ammonium-chlorür is ad kevés codeinnel, az előbbi az expectoratio könnyítése, az utóbbit a köhögéssinger mérséklése czéljából. Czélyszerű még naponként 3-szor egy-egy kávéskanálnyi magnesiumsulfatot is adni a bélbeli pangás és felszívódás megelőzése végett, mint a melyek vasomotorius izgatás útján a vérnyomást fokozhatják. (Ref. La semaine médicale, 1909. 26. szám.)

Az irógöres megszüntetése passív hyperaemiával. Hartenberg néhány évvel ezelőtt irógöres esetét ismertette, a melyben a Bier-kezeléssel igen kedvező hatást ért el (a kart reggel és este 20 percig leszorította rugalmas esővel). Újabban Bucciante ismeret hasonló esetet; rugalmas kötőnek reggel és este félóraig alkalmazása után 20 nappal teljes gyógyulás állott be. (Ref. La semaine médicale, 1909. 26. szám.)

Pruritus vulvae ellen Dalché a következő összetételű kenőcsöt használja: Rp. Mentholi 0.45; Guajacoli 0.25; Zinci oxydati 10.0; Ol. vaselin. 35.0. (Journ. de méd. de Paris, 1909 június 26.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archívum, 1909. 4. füzet. Györy Tibor: A magyar orvosi irodalom 1908-ban.

Gyógyászat, 1909. 35. szám. Szilárd Béla: Az ásványvizek meg a levegő radioaktivitásáról és jelentőségéről.

Orvosok lapja, 1909. 36. szám. Szana Sándor: A züllött gyermek socialhygiénéjének magyar rendszere.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 35. szám. Torday Árpád: Az antitrypsin-reactio klinikai jelentősége.

Vegyes hírek.

Kinevezés. Werner Sándor dr.-t a székesfővárosi kórházakhoz segédorvossá. — Marton Jenő dr.-t a székesfehérvári szent György-kórházhoz és Vulkán Kornél dr.-t a nagytapolcsányi közpórházhoz alorvossá nevezték ki.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület július hóban 1154 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 699 szállítást végzett, 153 esetben mint mozgóórság működött és 27-szer vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A július havi működési főösszeg tehát 2033.

Meghalt. Hellai Manó dr. székesfővárosi gyakorlóorvos 49 éves korában augusztus 30. án.

Kisebb hírek külföldről. A. Politzer dr., a bécsi egyetemen a fülörvostan nyugalmazott rendes tanára, e hóban ünnepli 50 éves orvosdoktori jubileumát. Politzer magyar származású és október 1.-én tölti be 74. életévét. — A. Jolles dr. Bécsben a tanári címet kapta.

Az elmebetegek száma Angolországban ez év elején 128,787 volt, a mi az 50 év előtti számhoz képest 250% emelkedés, noha a népesség csak 81.6%-kal szaporodott. Érdekes, hogy a tanítók között aránylag kevés az elmebeteg. Papok közt 10,000-re 10.7, jogászok közt 16.7, orvosok közt 14.2, építésszek és művészek közt 25.2, technikusok és mérnökök közt 49.8 elmebeteg található. Feltűnő az elmebetegségek gyakorisága némelyik alsórendű foglalkozás-ágban; így például 10,000 kiskereskedő és házaló közt 40.3, 10,000 fém munkás közt pedig 51 volt elmebajos.

A cholera Rotterdamban (Hollandia) kiütött, ez ideig körülbelül 30 eset fordult elő. Legújabb hírek szerint 1—2 belga községben is észleltek már cholera-esetet.

Az opiummal visszaélés korlátozásának tárgyalása czéljából legközelebb congressust tartanak Shanghaiban, az Egyesült Államok volt elnökének, Rooseweltnak, kezdeményezésére. A congressust mindenesetre indokoltnak mondhatjuk, ha meggondoljuk, hogy Chinában évenként 1/2 millió ember öli meg magát opiummal és hogy ugyanott az évenként opiumra kiadott összeg 200 millió dollárt tesz.

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

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Múzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javalatok: Idült gyomorbelatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegszabák (ischias sth.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fényfürdővel), neurasthenia, bémulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgörcsök.

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

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

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.

Orvosi laboratórium és cukorbeteg tolerantiájának meghatározása Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd, Andrassy-út 50 (Oktogen-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.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai. 635. l. — Közkórházi Orvostársulat. (VII. bemutató ülés 1909. május 19.-én.). 637. l. — Az Országos Orvos-Szövetség Máramarosi Fiókszövetsége. (Június hó 5.-én tartott szakülés.). 638. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 638. l.

A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai.¹

I. szakosztály: *Boneztan, szövettan és fejlődés.*

Legkimagaslóbb mozzanat *Waldeyer* tanár (Berlin) referatuma volt a *neuron* mai állásáról. Az agg tudós, a ki tudvalevőleg a „neuron” szó megteremtője, egybevetve az utóbbi évek irodalmát, határozottan a mellett foglalt állást, hogy a neuronon ma szilárdabban áll, mint valaha. Hasonló értelemben nyilatkozott *Obersteiner* (Bécs) és *Lenhossék*, utóbbi különösen az idegelemek fejlődésének alapján. *Donaggio* (Bologna) és *Apáthy* közt a neurofibrillumok festésére és lefutására nézve folyt érdekes vitatkozás. *Apáthy* külön előadásban azt igyekezett bebizonyítani, hogy az úgynevezett Held-Auerbach-féle végbunkócskák műtermékek. — A tárgyalások második érdekes témája a thymus szerkezete, fejlődése és működése volt, melyről a tárgynak két leghirnevesebb kutatója, *Hammer* (Upsala) és *Maximow* (Szent-Pétervár) foglalkozott. A két előadó teljesen egybehangzó eredményre jött. A thymus szövettani és működésbeli tekintetben úgy fogható fel, mint két szervnek a kombinációja. Az eredeti hámeredű thymus maradványai, melyek a Hassal-testeken kívül a velőállomány epitheloid sejtjeiben s a reticulumsejtekben vannak képviselve, belső elválasztó mirigy jelentőségével bírnak, míg a kéregállomány lymphocytái, a melyek kívülről vándoroltak be a thymus telepébe, összeségükben lymphoid, fehérvérsejtképző szervet alkotnak. Volt ezenkívül még sok érdekes referaturn és előadás, mint például *Huntington* (New-York) előadása a nyirokér-törzsek fejlődéséről, melyet igen szép modellek bemutatásával illusztrált.

II. szakosztály: *Élettan.*

Az anyagforgalmi előadások kerültek először sorra. *Albertoni* és *Tullio* (Bologna) referaturnát *Lussana* (Bologna) ismertette. A referensek arra az eredményre jutottak, hogy generációkon keresztül tisztán növényi táplálékkal élő egének egyes táplálkozásra a táplálékot sokkal jobban használják ki, súlyban gyarapodnak stb. és ennek kapcsán utalnak annak fontosságára, hogy a különböző társadalmi rétegek táplálkozásmódja rendszeres vizsgálat tárgyává tétetett, a mit *de Souza* (Rio de Janeiro) is helyeselt. *Boldyreff* (Szent-Pétervár) referaturnát a *Pawlow*-féle iskolának a gyomor-bélesatorna működésére vonatkozó vizsgálatainak újabb eredményeiről *London* (Szent-Pétervár) adta elő. Majd *Körösy* (Budapest) ismertette kivonatosa referaturnát, melyben a fehérje sorsát követve a szervezeten keresztül, összeállította a fehérjeanyagforgalmat tárgyaló újabb irodalom kísérleti eredményeit. *Reinhold* (Kolozsvár) felszólalásában a fehérjefelszívódás vizsgálatának methodikájáról szólt, *London* ugyanerről, különösen pedig a gyomorból történő fehérjefelszívódás kérdéséről.

Az első gyűlés második felében előadások következtek. Először *Pi y Suner* (Barcelona) adott elő a pankreas kiirtása után támadó cukorbetegségről, majd *Schloutzoff* (Szent-Pétervár) a haltáplálkozás előnyös voltáról. Ezután *Mandel* (New-York) ismertette a tehéntej-mirigy nucleoproteidjének hasadástermékeit, melyek sok tekintetben megegyeznek a caseinével.

III. szakosztály: *Általános és kísérletező kórtan.*

Prof. *Garré* (Bonn): *Ér- és szervátültetés.* Az érátültetés elengedhetetlen előfeltétele a biztos és kifogástalan érvarrat. A Carrel-féle javított érvarrat teljesen megfelelő: biztosít az utóvérzés ellen, nem vezet stenosisra vagy thrombosisra. A varrat helye az

ér lumene felé 10 nap múlva oly sima, hogy szabad szemmel alig ismerhető meg. Aneurysmák tárgulat a varrat helyén évek után sem támad. 6—7 cm. hosszú verő- és gyűjtőérdarabok is szigorú asepsis mellett könnyen odagyógyulnak ugyanazon fajta állat erein (homoeoplastika). De azért a másfajta állatokra átültetés (heteroplastika) is sikerül, csak hogy a tartós eredménye bizonytalanabb, a mennyiben néhány hét múlva degeneratív változások támadnak az ér falzatán. Legjobb körülbelül egyforma lumenű ereket egyesíteni, de azért kisebb ereket is lehet nagyobbakra átültetni; ilyenkor az átültetendő kis ér tövén a főérből egy kis lebenyt veszünk hozzá és ezzel ültetjük át a nagyobb érbe. Az átültetés még akkor is sikerül, ha a kivágott érdarab több órán át physiologiai konyhasóoldatban volt, sőt több héten át 0°-on asepsisesen tartott érdarabot is át lehetett még ültetni. Verőérhiányoknak gyűjtőérdarabakkal fedése is sikerült. Egy ilyen esetben a 409 nappal utóbb megejtett vizsgálat alkalmával kiderült, hogy az átültetett, már eleve vékonyabb gyűjtőérdarab helyén nem állott be kitágulás, hanem ez a hely megvastagodott, még pedig nem az izomrétegnek, hanem az intimának tetemes megerősödése útján.

Az érátültetés technikájának javulásával természetesen a megvalósíthatás szakába jött a szervátültetés kérdése is. Az előadó tanítványainak sikerült a kutyából eltávolított pajzsmirigyet ugyanazon kutyába ismét visszaültetni (reimplantatio), a más állatra való átültetés azonban mindeztideig még eredménytelen maradt. Sikerült nekik továbbá egy vesét is reimplantálni, a mely azután rögtön újból megkezdte a működését. A lép, a bél, sőt egész végtagok átültetését is megkísérelték már, többé-kevésbé biztató eredménnyel.

Prof. *Roger* (Paris): *Az emésztőcsatorna ép- és kórélettana.* Először is az oesophago-salivatiós reflexről emlékezik meg, a mely akkor támad bőséges nyáladzás alakjában, ha valami idegen test akad meg a bázsingban. Egy további reflex, a gastro-salivatiós reflex, hypersecretio acida eseteiben fordul elő: a bőven elválasztott nyál alkaliságával közömbösíteni igyekszik a gyomornedvet. Mindkét reflex a n. vagus útján jó létre; ezen ideg átmetésére megszűnik. Érdekes, hogy fertőzött kutyákon savnak a gyomorba vitele nem áll be reflexnyáladzás.

Az előadó további kísérletei a bélmozgásra vonatkoznak, főleg bélelzáródás alkalmával. Ha házinyúlón az ileumot lekötjük, 24 óra alatt a lekötés helye fölött tetemes mennyiségű folyadék gyűlik meg s a bevezetett jelzőkészülék nagy peristaltikás hullámokat ír, a melyek 3—4 percenként ismétlődnek. Antiperistaltikás mozgásokat az előadó sohasem észlelt. A bélsárhányás nem ilyen visszafelé haladó összehúzóadásoknak az eredménye, hanem — a mint már Van Swieten gondolta — a diaphragmának és a hasfalzatnak a folyadékkal telt, elzáródott bélkaesra gyakorolt nyomása folytán jön létre.

Annak rövid jelzése után, hogy házinyúlón sikerült kísérleti úton appendicitist előidéznie, az enteritis muco-membranaceára vonatkozó kísérletező vizsgálatait ismerteti. Házinyúlón négy módon sikerült a bajt előidéznie: mechanikai izgatással, idegizgatással (a jobboldali n. vagus nyakrésztetének faradozása néhány perczig), fertőzéssel és dyskrasiás úton, a vér chemiai összetételének módosításával (legjobb erre a ezélra a natriumurat és natriumoxalat). Egyéb-ként a nyálka kétféle alakú lehet: híg és megalvad. A megalvadást egy fermentum, a mucinase okozza. Normális egének serumum nem tartalmaz mucinasét, enteritis mucosában szenvedők serumum ellenben megalvasztja a nyálkát. Az epében olyan anyagok vannak, a melyek a mucinasét hatásában megakadályozzák. Ezt a kísérleti tapasztalatot a gyógyításban is már igénybe vették: marhaepe-kivonatot adtak a colitis membranaceában szenvedőknek azzal az eredménnyel, hogy az alvadé nyálka megkevesedett, vagyis a hártypépződés csökkent és a fájdalmak mérséklődtek.

Az emésztőszervek váladékai zymostheniás szerepet is visznek, azaz növelik azon fermentumok hatását, a melyekkel érintkezés-

¹ A gynaekologiai, szemészeti, elmekörtani és urológiai szakosztályok tárgyalásait megfelelő mellékleteink fogják ismertetni.

ben vannak. A zymostheniás hatás független a fermenthatástól, a mi kitűnik abból, hogy a magas hőmérsék nem bántja. Így például, ha a nyálát 85—100°-ra hevítéssel fermenthatásától megfosztjuk, a zymostheniás hatása még megmarad. A gyomornedvvel érintkező nyál is elveszti amylolysises hatását, a pankreasnedvre gyakorolt zymostheniás hatása azonban megmarad. Érdekes az előadónak az a tapasztalata, hogy bizonyos tápanyagok (főleg a tojássárga) fokozák a nyálka amylolysises hatását.

Nagyon érdekesek végül az előadónak azon kísérletei, a melyeket az emésztőszervekben képződő mérgekre vonatkozólag végzett. Azt találta, hogy a gyomortartalom nagyon kevés méregző; a duodenum tartalma már nagyon kis mennyiségben is erősen mérgező hatású; innen lefelé fokozatosan csökken a mérgező hatás, legrohamosabban a vastagbélben, noha a rothadás lefelé mind erősebben fokozódik. Ebből kitetszik, hogy a bélbakteriumok (rothadás) termelte mérgek nem azonosak azokkal a mérgekkel, a melyek a bélsárban vannak és az auto-intoxicatiót okozzák. Összhangzásban van ezzel a bélelzáródás eseteiben észlelhető az a körülmény, hogy a betegség lefolyása annál rohamosabb, minél magasabban van az elzáródás helye. Végeredményben oda következtet tehát az előadó, hogy a bélelzáródásban található kóros állapot nem bakterium termelte mérgek felszívódásán alapszik, hanem a bél funkcionális elégtelensége okozta olyasféle auto-intoxicatió, mint a milyen a máj-, vese-, mellékvese-, pajzsmirigy-eredetű auto-intoxicatio.

IV. szakosztály *Bakteriologia. Kórboncztan.*

Prof. Baumgarten (Tübingen): *Mely fertőzésmód játszsza az emberi gümőkórban a legfontosabb szerepet.* A terjedelmes referatumban felöleli a fertőzés összes lehetőségeit: a bőrön át, a légutakon, a bélsáton át való fertőzést s részletesen foglalkozik a veszélyes gümőkór kérdésével. Baumgarten az aërogen-fertőzést nem tartja olyan nagy jelentőségűnek, mint azt általában felveszik, a statisztikai adatok s az eddig végzett kísérletek egyáltalában nem elégségesek annak bizonyítására, hogy ez a fertőzésmód játszaná jóformán a kizárólagos szerepet a gümőkór továtérjedésében. Ugyanígy elégtelen az enterogen-fertőzés is a tuberculosis nagy gyakoriságának megmagyarázására. Mind több és több adat szól ellenben a gennaeogenesis, a veszélyes fertőzés mellett. Bár ennek megállapítása igen nagy akadályokba ütközik, számos észlelet bizonyítja e fertőzésmód nagy jelentőségét s Baumgarten úgy véli, hogy mellette a két előbbi rövid idő alatt háttérbe fog szorulni.

Az érdekes fejtegetések után élénk vita fejlődött ki. Pfeiffer túlzottnak tartja Baumgarten állításait: míg a gennaeogen-fertőzést túlbecsüli, nem tulajdonít kellő jelentőséget az aërogen-fertőzésnek, mely Pfeiffer szerint nagyon is fontos szerepet játszik. Ehhez a felfogáshoz csatlakozik Wyssokovicz is s Heymann-nal együtt a para-fertőzés (Tröpfcheninfection) fontosságát hangsúlyozza. Ugyanő, továbbá Salomonsen, Gruber is az epidemiológiai megfigyelésekre hivatkozik, melyek mind az aërogen-fertőzést támogatják. Generisch felemlíti a berlini X. nemzetközi congressuson tartott előadását, melyen ő ugyancsak epidemiológiai tapasztalatok alapján a gyöngykór és tuberculosis azonosságának megvitatásakor a bovin-fertőzés s így az enterogen-infectio alárendelt voltát hangsúlyozta. Határozottan az aërogen-fertőzésnek tulajdonítja a legnagyobb jelentőséget. Hutya szerint a szarvasmarhákban tett tapasztalatok egyáltalán nem bizonyítják a gennaeogen-fertőzés lehetőségét, mert kellő prophylaxissal a gyöngykóros marhák borjain majdnem kivétel nélkül mindig sikerül a gyöngykór kitörését megakadályozni.

Kitasato „A tuberculosis Japánban” című rendkívül rövid és tömör referatumban beszámol azon vizsgálatokról, melyeket Koch felszólítására Japánban végzett. E vizsgálatok epidemiológiai szempontból a Japánban uralkodó s az európai viszonyoktól teljesen eltérő körülmények miatt érdemelnek nagy figyelmet, a mit Heymann is hangsúlyozott hozzászólásában.

Strössner és Szabóky: *A complement-eltérítés diagnosztikai értékéről a tuberculosisban.* Calmette észleleteivel egybehangzóan azt találták, hogy a gümőkór kezdeti szakában gyakrabban positiv a cobrareactio, mint a complement-eltérítés, míg előrehaladott tuberculosisban a complement-eltérítés ad megbízhatóbb eredménye-

ket. A Calmette-féle reactio azonban a tuberculosis korai diagnózisában fontosabb szerepet játszik s azért ezt az eljárást további kísérletezésre ajánlják.

Jancsó és Elfer a Kolozsvárt végzett tuberculosis-vizsgálataikról két előadásban szólnak. Az első a bovin-bacillus előfordulásáról szól az emberi tuberculosis megbetegedésekben. 94 gümőkóros egyénből kitenyészett 134 tuberculosis-bacillustörzs mindegyike human typusnak bizonyult, bovinus egy sem tenyésztett s madárgümő is csak egy. A bovin-typus tehát az emberi gümőkór előidézésében nagyon alárendelt jelentőségű.

Második előadásuk a tuberculosisbacillus virulentiájának mesterséges fokozásával foglalkozik. E. B. dr.

VI. szakosztály: *Belorvostan.*

Prof. Pel (Amsterdam): *A tüdőgümőkór tuberculinkezeléséről.* A tuberculinkezelés elméleti megokolását észszerűnek tartja, mert antitestek fokozott termelése révén activ immunitásra törekszik. Azonban még sok akadályt kell leküzdeni. Ha az oltások valóságos értékét akarjuk megítélni, előrehaladott eseteket kellene tuberculinnal kezelni, mert a könnyű esetek maguktól is meggyógyulhatnak. A Wright-féle opsonin-eljárás igénybevételét nem ajánlja. Tuberculinnal csak az kezeljen, a ki tökéletesen ismeri e kezelésmód technikáját s gondosan megfigyelheti a beteget. Ellenkező esetben többet ártunk, mint használunk. Kezdjük a kezelést minimális mennyiséggel s kerüljünk általános és helyi reakciókat. Az anaphylaxia lehetőségét tartsuk szem előtt s a praeparatum megválasztására nézve tapogatódzunk. Nem tagadhatja azon benyomását, hogy a tuberculin befecskendése haemoptoét okozhat. Ne hanyagoljuk el a régi bevált hygienés-diaetás gyógymódokat. Míg nem lesznek megbízható, pontos javak s részletes tapasztalatok a befecskendések előnyeiről és hátrányairól, tekintsük a tuberculin veszélyes barátnak, különösen olyanok kezében, a kik az eljárást nem tudják tökéletesen alkalmazni. Ha használata már most átmenne az általános orvosgyakorlatba, többet ártana, mint használna.

Hofbauer (Wien) a tuberculinkezelést már azért is kétséges értékűnek tartja, mert a különböző tuberculosisbacillustörzsek különböző hatásaiak lehetnek s a beteg köpetéből a tenyésztés csak előrehaladott esetekben lehetséges. A légzőgymnastikával specifikus autotuberculinkezelést tart lehetőnek. Általa a gümős gőcz szélein levő tuberculin a nyirokáramlásba jut, ezzel egyidőben a tüdő jobban táplálódik. Ebben leli magyarázatát a „munkadyspnoé” és a „Lungensaugmaske”-kezelés jó eredménye is. A kezelést azonban csak akkor szabad folytatni, ha súlyos autotuberculisatio (láz, soványodás) nincsen; ily esetekben a tüdő nyugalombahelyezése javalt mesterséges thorax létesítése útján. Ország.

XI. szakosztály. *Idegbajok.*

Oppenheim (Berlin): *A gerincvelődaganatok körjelzéséről és kezeléséről.* Referatumban kiegészíti régebbi ismertetéseit az utolsó 2—3 év anyagával. A meningeális és gerincszopldaganatok körjelző biztonságát nem nyert az utóbbi időben. Az extra- és intramedulláris daganat megkülönböztetésében legtöbbet ér a felső polus tüneteinek állandó volta, de ezeket a meningitis serosa circumscripta és a liquor felgyülemzése a daganat fölött elmoshatja. A gliosis a gerincvelődaganattól sokszor nem különböztethető meg. A pseudotumor medullae létezése nincs bebizonyítva. A daganat felső szélének meghatározásában a reflexfokozódás nagyon segíthet. 25 műtött esete közül 13 gyógyult. Az előadáshoz szólott: Muskens, Böttiger.

Frankl v. Hochwart (Bécs): *A hypophysis-daganatok.* Azon esetekről szolt, a melyek nem jártak akromegáliával, 155 irodalmi és egyenlő számú saját esete alapján. Feltűnő tünetek: álomság, bitemporális hemianopsia, neuritis opt., polyuria, polydipsia, hőzavarok, a sella tureica tágulása a Röntgen-képen. Sok beteg kicsi marad, impotens lesz vagy hőszámhiányba esik. Fiatal egyének elhíjasodnak és nemi szerveik a fejlődésben elmaradnak. Ez a degeneratio adiposogenitalis (Fröhlich). A baj tartama egyenlő számú hónap és 30 év közt változik. Az előadáshoz szolt: Henschen, figyelmeztetve a bitemporális scotomára, mint korai tünetre, továbbá Biró, Levi, Cushing, Oppenheim.

XIII. szakosztály: Bőr- és vénereás betegségek.

Az angioneurosisok és a haematogen gyulladások. Ismeretes, hogy a haematogen gyulladások tana Philippson és Török alapvető munkálatai folytán a dermatológiának egyik legérdekesebb fejezete és egyre több követőre tesz szert. A kérdés referálását a szakosztály Kreibich-re, Philippson-ra, Török-re és Rosenthal-ra bízta.

Kreibich (Prága) az angioneurosisos elmélet híve. Szerinte az urticaria és a hozzá közel álló gyulladásos természetű bajok ideges úton jönnek létre. Az inger, mely a reflexet létrehozza, a legkülönbözőbb lehet és eredményképpen a gyulladások változó alakjai keletkezhetnek. A reflexhatás legtöbbször központi eredetű. A reflexív labilitása és érzékenysége lehet átöröklött, veleszületett és szerzett.

Teljesen ellenkező állásponton van Philippson és Török. Philippson (Palermo) nézete szerint minden erythema lobos természetű s különböző fokozatú lehet. Az erythemák aetiológiájára nézve állítja, hogy a bőrváltozásokban, a gyulladás fajtája szerint, hol mikroorganizmusok, hol pedig gyógyszeres anyagok mutathatók ki. Az erythemák tehát nem ideges természetű bajok, angioneurosisok, hanem haematogen gyulladások. Az urticaria ismert anyagokkal (pl. pepton, morphium) kísérletileg is létesíthető a kutyán, és pedig akkor is, ha a vasomotoros és sensibilis idegek működését kirekesztjük. Ezek a kísérletek variálhatók és emberen is sikerrel végezhetők. Az urticaria is lobos jelenség, ezt bizonyítja a vegyi vizsgálat (az urticariás serum fehérjében gazdagabb, mint a transsudatumok), továbbá a mikroszkopi vizsgálat, mely lobos állapotot mutat.

Török L. (Budapest) szerint az angioneurosisos gyulladás tana nincsen kellően megokolva s így azt a szükséges adatok hiányán vissza kell utasítani. Helyette a belső okokból származó bőrgyulladások esetében egyedül a haematogen létrejövételnek a tana állhat meg. Ezek a gyulladások tehát a központi idegrendszer közvetítése nélkül, egyedül helybeli ingerek nyomán jönnek létre, a melyek a vérárammal jutnak a bőrbe. Azok a bőrbántalmak, a melyek a legutóbbi időig az angioneurosisokhoz soroltattak, tehát különösen az erythemák és az urticaria, a mikroszkopi, bakteriologiai, kémiai és kísérleti vizsgálatok alapján haematogen bőrgyulladásoknak bizonyultak. Az idegrendszer vasomotoros elemeinek közvetítő szerepe ezekben a bajokban mindeddig sem kísérletesen, sem anatómiai úton bebizonyítva nincsen. Az angioneurosisos gyulladás elmélete döntő adatok hiányán tovább fenn nem állhat.

Rosenthal (Berlin) véleménye a kérdésben kevésbé határozott. Bizonyos átmeneti módozatokat említ az angioneurosisos és a haematogen gyulladás között. Nézete szerint az urticariás serum vegyi vizsgálata nem nyújt határozott adatot arra nézve, hogy exsudatos természetű-e, avagy transsudatos.

Kiegészítésképpen az angioneurosisok kérdéséhez Róna (Budapest) is nyilatkozott egy előadás keretében. Véleménye szerint az állítólag spontan létrejövő úgynevezett herpes zoster hystericus gangraenosusról beszélni nem jogosult, mert a legtöbbször kimutatható a reactiót létrehozó, külsőleg szereplő vegyi anyag.

Az angioneurosisos és haematogen gyulladások kérdésének tárgyalását nagyobb vita követte, a melyben Nobl (Wien), Ehrmann (Wien), Saalfeld (Berlin), Unna (Hamburg), Justus (Budapest) és Ullmann (Wien) vett részt.

Kartulis (Alexandria): Új bőr-blastomykosis. Az előadó, mint a bántalom első leírója, a bajnak a „gluteitis blastomycotica fistulosa” elnevezést adta. Ez a bőrbaj az egyiptomi benszültöttek között fordul elő elsősorban és Kartulis körülbelül száz esetben észlelte. A betegség székhelye a fartájék. Apró csomók támadnak, a melyek elpuhulnak, szétesnek, a miáltal járatok keletkeznek. Magától ez a baj sohasem gyógyul, hanem évek múltán, anaemia és lesoványodás kapesán, halálra vezet. A műtét azonban segít. Az előadó jelenti, hogy 14 esetben pontos szövettani és bakteriologiai vizsgálatot végzett, a mely egy blastomycetának a megállapítására vezetett. Ez a beteg bőrfelületen néha csaknem tiszta tenyészetben található és úgy látszik, hogy a saccharo-myceták osztályába tartozik. Burgonyán tenyészthető.

Brocq és Pautrier (Páris): A lichenificatio némely sajátosság formájáról. A lichenificatio gyakoribb alakjait Brocq már régen ismertette. A most leírt alakok a következők: 1. Hypertrophiás kóralak. Ez néha 1 cm.-nyi magasságban is kiemelkedhetik a bőr

felszínéről, a mikor a mykosis fungoidesre emlékeztethet. 2. Hyperkeratosisos alakok. Főleg a végtagokon fejlődnek ki, elég ritkák, jellemző rájuk az erős viszketés. 3. Az arcz diffúz lichenificatioja. 4. A fej hajás részének lichenificatioja. 5. A tenyér lichenificatioja. Ez sokban hasonlíthat az essentialis keratodermiához.

Az előadáshoz hozzászól Kreibich.

A következő előadást „L'angio-lupoide” ezímen szintén Brocq és Pautrier tartotta. Az előadók e sajátosságos bántalomnak, mely némileg a lupus erythematodes tumidushoz hasonlít, hat esetét észlelték, a melyeknek részletes leírását adják.

Az előadáshoz fűződő discussióban Ehrmann, Hoffmann, Kreibich és Brocq vett részt.

Nobl (Wien) a trichophytiasis változatairól tartott előadást, a mit demonstrációkkal tett szemléltetővé.

Merk (Innsbruck): A pyaemidek. Az előadó a pyaemidek csoportjába azokat a bőrkiütéseket sorolja, a melyek a vérben keringő pyaemiás productumok által jönnek létre. Ez a definitio kizárja azokat a bőrbajokat, a melyek külső infectio útján hatnak a bőrre. A pyaemidek több alakban jelentkezhetnek: 1. Egyszerű erythema. 2. Purpura, mely olykor papulás lehet. Ez az alak a gyakoribb. 3. Erythema papulosum, mely néha utánozza az erythema nodosumot. 4. A pustulás pyaemid, mely néha lehese-nagyságig is megnőhet. 5. A vesiculo-pustulás pyaemid. A pyaemidek diagnostikai lehetősége nem nagyon ritka. Leginkább égések és nagy, genyedő sebfelületek nyomán látjuk létrejönni. Guszman.

XVIII. szakosztály: Hygiene és immunitástan.

Prof. Ludwig (Bécs): Mesterséges festőanyagok használata tápszerre és italok festésére. A festett élelmiszerek ellen foglal energikusan állást. Régebben igen könnyelműen használták a mérges festékeket is azok festésére. A piros színű czukorneműek és egyéb élelmiszerek majdnem mindig arséntartalmú fuchsinnal voltak festve. A szépen és erősen festő kátrányfestékek felhasználása nagyon is csábító volt. A kávészemeket indigo és mérges ólom-chromát keverékével festették, sőt egy észlelte esetben a rendkívül mérges schweinfurtti zölddel is. Ma már, hála a szigorú törvényes intézkedéseknek, mérges festékeket nem igen használnak. De az egészségre különben ártalmatlan festőanyagok használata ellen is határozottan állást kell foglalnunk, mert a festés is hamisítás számba megy, hiszen majdnem mindig romlott, vagy legalább is silányabb minőségű és kisebb értékű élelmiszereken és italokon alkalmazzák hátrányos tulajdonságaik leplezésére.

Celebrini (Trieszt): A malaria elleni védekezés az osztrák tengerparton. Röviden vázolja azokat a tudományos elveket és gyakorlati eljárásokat, melyek segítségével az osztrák tengerpart malariától súlyosan sújtott vidékeit csaknem teljesen malariamentessé sikerült tenni. A malariát terjesztő anopheles-szúnyogok irtása, tenyészőhelyeik elárastása petroleummal leküzdhetlen nehézségekbe ütközik. Az egyes embereket a szunyogcsípés ellen megvédeni szintén nehéz. A sűrű dróthálók (szunyogháló), fátöl és keztyű, a mi mechanikai védelmet nyújt s a mitől az istriai államvasúti vonal mentén szép eredményt láttak, költséges. A fősúlyt azért — a malariás vidékek assanálása mellett — az egész lakosság chininezésére fektette. A malariaidény alatt (juni—október) a váltólázás vidékeken minden beteget vagy gyanús egyént chininnel kezelt, sőt itt-ott prophylactice az egészségeseknek is adott chinint. A gyermekek lehetőleg iztelen alakban kapták (chin. tannicum, aristochin). Az orvosságot az állam ingyen adta. Az utolsó hat év alatt 21,270 beteg állt rendszeres chininkezelés alatt.

Közkórházi Orvostársulat.

(VII. bemutató ülés 1909 május 19.-én.)

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

(Folytatás.)

Az erythema nodosum Hebra-t teljesen utánzó bromexanthema.

Alt Egon: T. J. 49 éves özvegyasszony február 16-án vétetett fel epilepsiás görcsök miatt a szent István-kórház idegbeteg-osztályára.

Február 27.-én kapott legelőször brómot, azóta állandóan szedte ezt a szert.

Márczius 17.-én jött Róna tanár osztályára a következő állapottal: mindkét lábszárán köröskörül részben kendermagnyi, lencsényi foltok a papillaris rétegben, részben borsónyi és nagyobb infiltratumok a reticuláris rétegben, részben mogorónyi egész diónyi infiltratumok a cutisban és subcutisban igen nagy számmal, mely utóbbiak semmiben sem különböztek az erythema nodosum Hebra-tól, a köztakaró többi része teljesen mentes volt. Minthogy a beteg brómot vett és minthogy az erythema tuberculatum és nodosum mellett kendermagnyi infiltratumok is voltak nagy számmal, a milyenek a Hebra-féle típusnál szokatlanok, e bőrelváltozásokat valószínűséggel bromexanthemának tartottuk. Azonban az a körülmény, hogy a beteg állandóan lázas volt és pedig észlelésünk napjától fogva még egy hétig, a hőmérséklet egyes napokon 39° felett is volt és így a betegség valamely általános infectiosus betegség képét mutatta, a főnti érvek daczára is arra kellett gondolnunk, hogy az idegbeteg, ki bromot is szed, véletlenül egybeesik az erythema nodosum H. keletkezése.

Ezért azt ajánlottuk, hogy a bromot hagyják ki teljesen, azonban a teljes gyógyulás után adagolják újra.

Erre május 8.-ika táján újra kifejlődött a már gyógyult helyeken a fenti kórkép és a folytonos bromadagolásra fokozatosan mind jobban és jobban terjedt, úgy hogy semmi kétség sincs az iránt, hogy a bőrelváltozásokat a véráram útján a bőr különböző rétegeibe jutott bromkali okozta sérelem váltotta ki.

Ez alkalommal megemlítjük, hogy hasonló, az erythema nodosum Hebra-nak még inkább megfelelő exanthemát láttunk hasonló körülmények között keletkezni ugyancsak az idegostályról szintén magas lázzal, azonban azzal a különbséggel, hogy a czombokon, de különösen a segpfőkon is láttunk mély infiltratumokat. Bár ezen esetben a brompróbát nem ejtettük meg, mégis a ma bemutatott eset alapján szintén feltétlenül bromexanthemának kell tartanunk.

Az esetet a gyakorlat szempontjából tartottam érdemesnek bemutatni.

(Folytatása következik.)

Az Országos Orvos-Szövetség Máramarosi Fiókszövetsége.

(Junius hó 5.-én tartott szakülés.)

Elnök: Kozma Sándor.

Lengyel Soma: Két nőt beteget mutat be, kiken parametritis exsudativa puerperalis miatt subperitoneális hasmetszést végzett Pozzi szerint. Ezen betegbemutatás kapcsán előadást tart a gyermekági lázról. Ismerteti különböző anatómiai, bakteriologiai alakjait, a gyermekági láz pathológiáját s modern gyógykezelését. Kimerítően tárgyalja a gyermekági láz serotherapiáját és azon sebészeti eljárásokat, melyek a gyermekági láz kapcsán származó megbetegedésekben végezhetők.

Lengyel Soma bemutat 50 éves beteget, kin hónapok óta fennállott bélsipoly miatt bélresectiót végzett. A bemutatott beteg vidéki kartárs kizárt lágyéksérvtől miatt sérvműtétet végzett. Minthogy a kizárt vékonybélrészlet el volt üszkösödve, azt kivarrta, s a beteget a kórházba küldötte. 1907 február 22.-én került a beteg bélsipollyal a bemutató osztályára.

1907 május 1.-én előzetesen plasztikával kísérelte meg a bélsipoly elzárását. Minthogy ez eredményre nem vezetett, május 27.-én hasmetszést végzett, a sipolyhoz vezető vékonybélkacsot reszekálta, a csontokat pedig körkörös bélvarrattal egyesítette. Negyednapra spontán szék, per primam gyógyulás.

Lengyel Soma bemutat 8 éves fiúgyermeket, kin hólyagkő miatt magas hólyagmetszést végzett. 15 gm. súlyú oxalsavas kő volt, melynek eltávolítása igen nehezen ment, mivel a trigonum táján diverticulumban feküdt. A hólyag sebét egyesítette. Per primam gyógyulás.

Nádor Henrik a M.-Szigeten uralkodó parotitis epidemica járvány alkalmával szerzett tapasztalatairól számol be. Néhány rendellenes lefolyású eset kapcsán ismerteti a lobos folyamatnak a submaxillarisban vagy a sublingualisban való elsődleges localitóját; esetet említ, melyet újszülöttnél észlelt és kimerítően tárgyalja azon szövödményeket, melyek a parotitis lefolyását igen súlyossá tehetik.

Személyvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A pajzsmirigy teljes kiirtása után beálló súlyos állapot megelőzéséről tartott előadást Frouin a párisi „Académie des sciences” június 3.-i ülésén. Azt találta, hogy az olyan állatok, melyeknek pajzsmirigyét teljesen eltávolította s a melyeken a tetania tünetei már megjelentek, calciumchlorür etetésével (5—10 gramm 10 kilogramm súlyú kutyának) jó állapotban tarthatók, míg a kontroll-állatok 4—6 nap alatt elpusztulnak. Ha elég hosszú ideig folytattuk ezt a kezelést (például három hónapig), abba is hagyhatjuk, a nélkül, hogy tetania vagy cachexia következne be. A calciumlactattal és a magnesiumchlorürrel ugyanilyen eredmény érhető el; a strontiumchlorür ellenben hatástalan. A calcium- és magnesiumsóknak említett hatását a carbaminsav közömbösítésével és kiürülésének gyorsulásával magyarázza az előadó.

A czukorkimutatásról a vizeletben orthonitrophenyl-propionsavval értekezett Bottu a párisi „Société de biologie” június 12.-én tartott ülésén. A reagens következő módon készül: 3.5 gramm orthonitrophenylpropionsavat feloldunk 5 cm³ frissen készített 10%-os natriumhydroxyd-oldatban s azután annyi hideg párolt vizet adunk hozzá, hogy az egésznek a mennyisége 1 litert tegyen. Ebből a reagensből kémlőcsőbe mintegy 8 cm³-t öntünk és 20—25 csepp vizeletet adunk hozzá; összerázás után a folyadék felső részét melegítjük, míg forrni kezd s ekkor cseppenként még 1 cm³ vizeletet adunk hozzá; ilyenkor czukor jelenléte esetén felülről lefelé terjedően a czukor mennyisége szerint többé-kevésbé gyorsan kék színeződés áll be. A kreatinin és a különböző xanthohúgyanyagok nem zavarják a reactiót, a mi nagy előny a Fehling-oldattal szemben. Ha a kék színeződés vizeletnek újból hozzáadása nélkül is beáll, 1%-nál nagyobb czukortartalomra következtethetünk.

PÁLYÁZATOK.

A pécsi állami gyermekmenhely másodorvosi állása betöltendő. Javadvázás: 1200 korona évi tiszteletdíj, lakás, fűtés, világítás és élelmezés. A helygymenisterhez címzett kérvények szeptember 15.-éig küldendők be a pécsi állami gyermekmenhely igazgatóságának.

4—3

63/909. sz.

A kassai m. kir. állami bábaképző intézetnél megüresedett díjazott gyakornok (alorvos) állásra ezennel pályázat hirdettetik.

Nöten orvosok részéről a kellően felszerelt folyamodványok az eddigi esetleges kórházi szolgálatukat igazoló bizonyítványokkal felszerelten f. évi szeptember hó 20.-áig alólított igazgatósághoz nyújtandók be.

Az állás október hó 1.-én elfoglalandó.

Javadvázom évi 1000 korona fizetés, havi előleges részletekben, természetbeni lakás és I. osztályú teljes ellátás.

Kassa, 1909. évi augusztus hó 30.-án.

M. kir. állami bábaképző intézet.

1274/1909. sz.

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

Csorvás, 1909. évi szeptember 2.-án.

7—1

Szabó, kasznár.

HIRDETÉSEK.

Hyperaciditás ellen gyomornál alkalikus vizek „Rohitschi Styria-forrás” minden előtt sikerrel rendelhető.

7784



A Budai Szent-Lukácsfürdő

Nagy-szállodájában és Thermal-szállodájában lakás teljes ellátással naponként 10 K-tól feljebb. Minden szoba kílátással a Dunára. Kénes iszapfürdők és iszapborogatások.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Szontagh Felix: A vörheny contagiositásának kérdéséhez. 639. lap.

Baumgarten Egmont: A hangszalagmegvastagodásnak műtéttel való gyógyításáról. 642. lap.

Engel Károly: Közlés a báró Korányi Frigyes dr. nyilvános rendes egyetemi tanár vezetése alatt állott belorvostani klinikáról. Haematológiai tanulmányok. 643. lap.

A XVI. nemzetközi orvosi congressus. 635. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Carl Rabl: Geschichte der Anatomie an der

Universität Leipzig. — Lapszemle. Belorvostan. C. Brunetti: A pankreatitisre vonatkozó ismereteink. — Sebészet. Rebland: A tuberositás tibiae tökéletlen lerakódása. — W. Denslow: A tabes sebészi kezelése. — Bőrkórtan. A. Jungmann: Az operatív-plasztikai lupus kezelés értéke és jelentősége. — E. Biszozero: Kísérletes tanulmány a keratohyalinról, az elejdiről és parakeratosisról. — Veneréus bántalmak. R. Eichhorn: A végbélkánkó ismerete. — Kisebbségi közlések az orvostudományról. John: Súlyos szív- és ércollapsus. — Müller: A tabes néhány tünete. 647—650. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 650. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 651—656. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A vörheny contagiositásának kérdéséhez.¹

Írta: Szontagh Felix dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

Preisich-nak az orvosegyesületben „Vörhenyből gyógyult egyének által okozott fertőzések” címén tartott előadásához fűződött eszmecsereben (l. Orvosi Hetilap, 1909. 21. sz.) az én felszólalásom a hallgató kartársak egy részének — úgy véltem láthatni — helyesléssel találkozott; másik része állításaimat kissé kételkedve fogadta, Preisich és Berend pedig azoknak egyikét-másikát cáfolni igyekezett. A tárgy kiváló nagy gyakorlati hordereje miatt még egyszer reátekintek e kérdésnek, még pedig ezúttal tüzetesebb, megbeszélésére.

Nem vélek csalódnai, ha mondom, hogy a gyakorló kartársak közül azok, kik a vörhenynyel hosszabb idő óta és behatódobban foglalkoznak, fel kell hogy ismerték legyen, hogy a vörhenynek klinice megállapítható contagiositása és endemiás illetőleg epidemiás elterjedése között nem éppen könnyen áthidalható disharmoniát állapíthatunk meg.

Innen ered azután, hogy hypothesisekhez folyamodtak, tétéleket, mi több, dogmákat állítottak fel, melyek a vörheny mérgének elhurezolhatását és így a betegség elterjesztésének a lehetőségét a contagiositás direct útjának a megkerülésével is hivatva volnának magyarázni, illetőleg bizonyítani.

De ha elfogulatlanul akarunk ítélkezni, őszintén meg kell vallanunk, hogy ebben a kérdésben is csakúgy, mint a vörheny kóroktanának egyéb kérdéseiben, ingó talajon állunk.

Mert azok a különféle hypothesisek, melyeket a vörheny terjedésének magyarázatául felállítottak, a klinikai tapasztalatokkal vajmi nehezen egyeztetethetők össze, mert önkényes suppositiók, melyeknek vajmi kevés reális alapjuk van. Így azoknak a példának is, melyek illusztrálnák, hogy a vörheny mérgének nem ritkán mily csodás, mily kalandos útát kellett megtennie, hogy egy

bizonyos gyermekhez eljuthatott és ezt megbetegíthette, a legtöbb esetben a legkisebb bizonyító erőt sem lehet tulajdonítani. És ne feledjük, hogy a véletlen mennyire közrejátszhatik abban, hogy megtevesztessünk. Ezt egyszerű példával világítom meg. Egy napon vörhenyben beteg fiúcskát küldtek az osztályomra, kinek nővérét ugyancsak vörheny ellen gyógyítottuk és az nap haza készültünk bocsátani. Ha ezt a leánykát 3—4 nappal előbb hazadtuk volna, nagyon valószínűnek, de azért még távolról sem látott volna biztosnak, hogy a kórházból kibocsátott leányka fertőzte testvérét. Szántsándékkal választottam ezt a példát, mely rövid idővel ezelőtt a valóságban meg is esett, mert újabb időben a kórházból gyógyultan kibocsátott reconvalescenceket vádolják a vörheny mérgének terjesztésével.

Itt megjegyzem, hogy vörhenybetegünk a fertőzőpavillon azon részében nyertek elhelyezést, mely délre tekint, tehát reggeltől estig az insolatio áldásában részesül. Elvből vörhenybeteg 6 hét előtt haza nem engedünk, de ha csak lehetséges, már az 5. hét elejétől kezdve szorgalmasan levegőre küldünk.

A gyakorló kartársak legtöbbje, ki vörhenynyel sokat foglalkozik, bizonyára már a saját tapasztalata alapján is kénytelen elismerni, hogy a vörhenynek távolról sem tulajdoníthatjuk azt a contagiositást, melyet más contagiosus bajoknak, például a kanyarónak, a bárányhimlőnek tulajdonítanunk kell. Nyugodt lélekkel merem állítani, hogy immár hosszú évekre terjedő magánygyógykezelésben mindenkor sikerült a vörhenyben beteg gyermek alapos elkülönítésével a testvéreit a fertőzés veszélyétől megóvni. Ellenkezőleg a kanyaróban! Itt úgy szólva sohasem jutunk célhoz.

S vajjon kórházi gyakorlatomban mit tapasztaltam? Eltekintve attól, hogy a vörheny a nem fertőző bántalmakban szenvedő gyermekek pavillonjában tulajdonképpen aránylag ritkán fordul elő, még akkor is, a mikor a városban erős járvány uralkodik, a vörhenyben beteg gyermek idejekorán történt eltávolításával és ágyának és ágyneműjének lelkiismeretes fertőtlenítésével úgyszólván rendszerint sikerül a kórterem többi lakóját a betegség elharapódzásának veszélyétől megóvni.

Sors bona, nihil aliud — lehetne az ellenvetés.

¹ Minden jog fentartva.

Legyen; bizonyos fokig megengedem ennek az ellenvetésnek a jogosultságát, bár nem osztom. Viszont azonban nyomatékosan hangsúlyozom, hogy annak az öröndetes ténynek a magyarázatánál, hogy a nem fertőző gyermekbetegek pavillonjában a vörheny aránylag ritka vendég, ennek a pavillonnak szerencsés sajátlagos berendezkedési viszonyaitól eltekintve nagyon is latba esnek azok a szerfelett kedvező hygienés tényezők általában, melyek kórházunk valamennyi osztályának javára vannak. Jó egészség s jó egészségügyi viszonyok, a vörheny elleni küzdelemben főbb fegyvereink. A tapasztalat, legalább engem, erre tanított meg.

Végül még valami! Időről időre heveny vérzéses vesegyuladásban szenvedő gyermekeket, a megfigyelő-osztályban eltöltött bizonyos idő után, a nem fertőző gyermekek pavillonjába kell helyeznünk, mert sem az előzményben, sem a beteg vizsgálatakor nem találunk vörhenyre gyanus jelt vagy tünetet. Pedig azt tartom, hogy ilyen esetekben a vesegyuladásnak vörhenyes eredete nemesak hogy ki nem zárható, hanem igenis nagyon valószínű. S még soha sem tapasztaltam, hogy az ilyen, vörhenyre szerfelett gyanus vesegyuladással beteg a társait vörhenynyel fertőzte volna. S még akkor sem fertőzte, ha a gondosan megejtett vizsgálatkor utólag felfedezett igen csekély fokú hámlás a vörheny diagnózisát bizonyossá tette.

Minthogy a vörheny járványos elterjedésének magyarázatához ennek a betegségnek klinice megállapítható contagiositása határozottan elégtelennek bizonyul, már régebben, de ma is még, hypothesisekhez folyamodnak, a melyeknek értelmében a vörheny mérge tárgyakon (pl. játékszereken) tapadhat, avagy élelmiszerekben (például tejben) lehet és eképpen elhurezolható és általuk a betegség terjeszthető. Ezt a hypothesisist nem tudjuk cáfolni, de nem is tudjuk bizonyítani. Ebben a kérdésben nagyon megszívlelendőnek vélem *Bohn*¹ szavait, miért is egész terjedelmükben idézem: „Annak a lehetőségét, hogy a vörheny a egészséges személyek és tárgyak által átvihető, nem lehet tagadni, miért az okosság és humanitás lelkiismeretes elővigyázatra és gondos szigorra kell hogy intsen minket minden irányban, a mikor a contagium elhurezolása csak képzelhető is. De viszont egészen bizonyos, hogy ezen a téren rendkívül sok, s mindennek, csak nem tudományosnak mondható túlzással találkozunk. A legkalandosabb combinációknak és hypothesiseknek engedjük át magunkat, mit sem törődve a nagyszámú ellenkező tapasztalattal... A vörhenymérge szerfelett könnyű elhurekolásának és nagy makacsságának semmiképpen sem kedvező azon tapasztalatokról, melyek a kisemberek körében és a proletariatusban gyűjthetők, hallgatni akarok és csakis az orvosokról emlékezem meg, kik leginkább volnának vádolhatók a contagium elhurekolásával, ha ez a kabátjukkal oly könnyen elvihető volna, a mire példák nagyon gyéren hozhatók fel. Ezek az ellenkező tapasztalatok sürgősebben szorulnak felvilágosításra, mintsem az izoláltan előforduló nagyszámú megbetegedések; és ha a contagium lényegét és tulajdonságait illető teljes tájékozatlanságunk a legnagyobb óvatosságra kényszerít bennünket, úgy másrészt megint nem szabad, hogy fantáziánkat csapongó és önkényes konjectívák felé terelje.”

A vörhenymérge makacsságának hypothesisise mellett egyik másik tapasztalati tény értékesíthető volna. Így a látszat a mellett szól, hogy a fertőzött lakásban a mérge sokáig megmaradhat és ebből a legszorgosabb fertőtlenítéssel is nehezen irtható ki. De ezt nagyon nehezen tudjuk megérteni. *Max Neisser*² vizsgálatai értelmében mindössze a staphylococcus pyogenes aureus volna porlasztatható, azaz fertőzés a levegő porának révén csakis ezzel a mikro-organismussal volna képzelhető. *Walther*³ a staphylococcus-endemiákat angina-lakásokban ezen az úton véli megmagyarázhatni. Részemről nem tartom kizártnak, hogy a vörheny mérge a lakásban feltételezett makacssága csak látszólagos. Lehetséges ugyanis, hogy ilyen fertőzöttnek gondolt lakásban illetőleg lakókban összejátszanak azok a tényezők, melyek megbetegedésre vezetnek. Vagyis a lakókban volnának keresendők és talán meg is találhatók, ha ismeretek volnának, azok a feltételek, melyek a vörheny fejlődését megengedik.

A vörhenynek nemcsak kórszármazásában, de contagiositásának kérdésében is sajnálatosnak kell mondanunk, hogy okozóját biztossággal nem ismerjük. Eltérők a vélemények még abban a kérdésben is, hogy a vörheny a szervezetben magában tulajdonképpen hol is zajlik le. Részemről nagyon rokonszenvezek *Róna*⁴ felfogásával, a ki ebben a kérdésben a következőképpen nyilat-

kozik: „A vérbe hatoló streptococcus eredményezi a puerperális sepsist, a scarlatinát (?), a savós hárták gyuladást stb. mindig megfelelő szervezeti dispositióval egyetemben.”

Róna az ő hypothesisét a vörhenyre vonatkozólag fenntartással teszi meg; de kétségtelenül igaza van akkor, a mikor a szervezet dispositióját hangsúlyozza.

Ebben a cikkben a vörheny kórokozójának illetve a mérge természetének kérdéséhez a mindennapi életben és a betegágyon tett tapasztalataim alapján kívánok hozzászólni. Mert kétségtelen, hogy a gyakorlati és klinikai megfigyelések megengednek következtetéseket a vörheny mérge természetére és tulajdonságaira.

Való-e az, hogy a vörheny az egész pathologiában egyedül álló betegség oly értelemben, hogy nem volna hozzája hasonló? Bizonyára nem! Törekedjünk tehát a betegágyon tett tapasztalatok, és más fertőző bántalmak analogiája alapján a vörheny lényegébe behatolni és azt a mystikus fátyolt, mely ennek a betegségnek igazi mivoltát látásunk elől elburkolja, kissé fellebbenteni. Hiszem, hogy ez a iparkodásunk, legalább bizonyos fokig, lehetővé válik.

Mi hát a vörheny? *A vörheny oly fertőző bántalom, mely mindenkor általános megbetegedés képében, még pedig nagyobb részt a többé-kevésbé könnyű illetve súlyos, de jóindulatú, ritkábban azonban leküzdhetetlen vészes sepsis (toxinaemia), kisebb részt a pyaemia avagy septico-pyaemia (bakteriaemia) alakjában zajlik le.*

Azt hiszem, minden klinikus egyetért velem, ha mondom, hogy a vörheny sok tekintetben analogiát tüntet fel az orbánczszal, genyedéses torokgyuladással és gyermekági lázzal. Mindezen bántalmaknak sok rokon vonásuk van. Jogosult-e ez a kijelentés, vagy sem?

Az orbáncztól eltekintek és csak a genyedéses torokgyuladással és gyermekági lázzal foglalkozom.

Immár hosszú időre terjedő megfigyeléseim alapján következő tapasztaltam:

1. *A genyedéses mandulagyulladás nem ritkán járványosan jelentkezik, bizonyára gyakrabban, mintsem a tan- és kézikönyvekben olvasni lehet.* 2. *A genyedéses mandulagyulladás járványos jelentkezése nem ritkán a vörheny epidemias elterjedésével egybeesik.*

A mi az első pontot illeti, erre vonatkozólag az irodalomban valóban nem sokat találunk; a régebbiben alig valamit, az újabb keletűben azonban már többet. *Kotbs*⁵ a tonsillitisről azt írja, hogy elvéve epidemias jelentkezését láthatni. *Irsai*⁶ a következőket mondja: „Az angina lacunarisról tudjuk, hogy időnként a mellett, hogy egyszerre tömegesen jelentkezik, egyszersmind a megbetegedések egymásutánját is lehet egyes családokban észlelni és pedig azon családtagokon, kik a beteg körül foglalatostkodtak azt, ápolták.” *Irsai* véleményéhez, a mennyiben megállapítja, hogy ez a bántalom, mely igen gyakran az általános fertőzés képében zajlik le, családokban endemiásan és ezenkívül epidemias elterjedésben is jelentkezhet, bátran csatlakozhatunk. Ilyen következtetéshez jutottam el én is, még pedig egyes egyedül saját tapasztalataim alapján. Mindenesetre feltűnő, hogy *Mosse*⁷, a ki pedig „az angináról mint fertőző betegségről” ennek a bántalomnak kitűnőnek mondható monografiáját írta meg, nem említi epidemias jelentkezését, s csak azt mondja róla, hogy néhány nap alatt a családnak valamennyi tagja megbetegedhetik benne, miért is fertőző és contagiosus betegségnek minősíti, de fertőzéses természetét — bármennyire nagy értéket tulajdonít a bakteriologiai vizsgálatoknak — klinikai lefolyásából egyedül is megállapíthatónak véli.

*Finkelstein*⁸ hangsúlyozza, hogy az angina (tonsillitis follicularis és angina lacunaris), tekintve elterjedésének módját, nagyon hasonlít a gyermekkor ismert, jól jellegzett fertőző bántalmához. Az esetek időről időre halmazódnak, epidemias okoznak. Ismeretese családai, házi és intézeti epidemias. Vannak észleletek, melyek a mellett szólnak, hogy az angina mérge miazma módjára intézetekben, kórházakban, árvaházakban, internatusokban kisebb-nagyobb időközökben endemiákat okoz. Erre nézve saját tapasztalataimból a következő példát hozom fel. Egy árvaházban, melynek egészségügyét gondozom, az 1905. évben ez a betegség következőképpen jelentkezett: január 6.-án 1, 31.-én 1, szeptember 16.-án 1, október 20.-án 1, 27.-én 1, 28.-án 2, november 2.-án 1, 3.-án 1, 4.-én 1, november 5.-én 3, 6.-án 1, 8.-án 2, 10.-én 1, 12.-én 2, 15.-én 1, 18.-án 1, 25.-én 1, 26.-án 2, 27.-én 2, december 3.-án 1, 6.-án 2, 8.-án 1, 9.-én 1, 12.-én 2 eset, összesen tehát 33 eset. 100 növendéke lévén az

fennállása idejében rendelt salicylkészítmények valóban tudják-e a rheumás utóbántalmakat megelőzni, persze nem tudom eldönteni. De rendelésük észszerű és jogosult annyiban, a mennyiben a sok-izületi csúzt magát rendszerint meggyógyítják.

Az endocarditis tapasztalataim értelmében ritkább a vörheny, mint a tonsillitis után. De már nem oly ritkák az izületgyuladások, bár gyakoriságuk a különböző járványok alkalmával nem egyforma. De hogy félreértések elkerültesse, nyomatékosan hangsúlyozom, hogy a sokizületi csúzzal csakis a vörhenyre jellegzetes, általam késői izületgyuladásoknak elnevezett izületi affectiók hozhatók analógiába, nem pedig a vörheny korai, gyakran még az exanthema virágzási szakában jelentkező és a késői alakkal szemben mulékony természetű izületi affectiók, melyek, mint ismeretes, előszeretettel a kéztőizületet támadják meg. Csak érintem, mert nem tartozik ide szorosán, hogy a késői izületgyuladások pathogenesise is mindenek szerint egészen másutt keresendő, mint a korai szakban támadó izületi affectiók pathogenesise.

A késői, bár sokszor igen súlyos alakban, továbbá hosszantartó igen magas lázak kíséretében lefolyó, de mindenkor teljes gyógyulással végződő vörhenyes izületgyuladások nem tévesztendőek össze a genyedéses izületgyuladásokkal sem, melyek megint úgy a vörheny, mind a tonsillitis folyamán jelentkezhetnek akkor, ha ez a két bántalom a pyaemia képében zajlik le.

De lefolyhatik mindkét bántalom a vészes sepsis képében is, a vörheny — fájdalom — aránylag gyakran, a genyedéses mandulagyulladás ellenben ritkán.

A vörhenyes és a rheumás izületgyuladások között annyiban is mutatkozik hasonlatosság, a mennyiben aránylag későn, hetek múlva az alapbántalom lezajlása után jelentkeznek. Különbőség abban mutatkozik, hogy a vörhenyes izületgyuladások nagyobb fixitást mutatnak és tapasztalataim értelmében az antirheumás gyógyító szerekekkel nem befolyásolhatók, nemkülönben, hogy endocarditissal szerfelett ritkán kombinálódnak.

A vörhenyre annyira jellegzetes heveny vérzéses vesegyulladás közönséges tonsillitis után is kifejlődhetik. Különbösen ismeretes, hogy a vörhenyes vesegyulladás gyakorisága, csakúgy mint az izületgyuladásoké, az egyes járványokban nem egyforma. Ennek megállapítása, mint majd látni fogjuk, fontos következtetéshez vezet el bennünket.

Végül még egy nevezetes körülményre kell a figyelmet felhívni. Mint magam, úgy bizonyára mások is tapasztalhatták, hogy a szülők, kik vörhenyben beteg gyermeküket ápolják, nem is nagyon ritkán tonsillitis follicularisban avagy lacunarisban betegszenek meg, melynek vörhenyes eredetét lehetetlen meg nem engedni. Ezt különben már Graves is észlelte és le is írta, a mint Trousseau-nál⁹ olvashatjuk:

„Master O. hasonlóképpen vörhenynyel jött vissza az iskolából. A míg ő beteg volt, két nővére és fivére hasonlóképpen vörhenytől tamadtattak meg. Mindhármukon ez a betegség csak diskrét exanthemában nyilvánult, mely a bőrön mindössze néhány foltot alkotott. Ugyanebben az időben a komorna és inas nagyon heves torokgyulladásban szenvedett, napokig tartó magas lázzal, de minden nyoma nélkül valamely exanthemának.”

Ezek a tonsillitisek valóban megérdemlik a Trousseau-tól származó *scarlatine fruste* elnevezést; de abban is igaza van Trousseau-nak, hogy a tapasztalt orvosnak egyetlen egy kóros jelenségből is tudnia kell az egész betegséget megállapítani.

Graves pedig észleléséhez a következő megjegyzést fűzi: „Az olyan esetek, mint a fentemlített, pathologiai szempontból szerfelett érdekesek, mert bizonyítják, hogy ragályozással szerzett betegségek nem mutatják minden esetben az őket rendszerint jellegző tünetek egész sorozatát.”

Megjegyzem végül, hogy úgy Graves, mint Trousseau is abból a körülményből, hogy megállapítottnak tekintik a primaer anasarca lehetőségét, a *latens* vörheny fogalmához jutnak el, azaz megengednek oly vörhenyt is, mely lezajlik exanthema, enanthema és angina nélkül. Ezt a két klinikust idáig is követem.

A tonsillitis follicularis és a vörheny mérge tehát ha nem is egy és ugyanaz, de bizonyára nagyon közeli rokonságban van egymással. Ez a rokonság nyilvánul e két bántalom egész pathológiájában, de nyilvánul abban is, hogy ugyanazok a tényezők, a

melyek az egyik betegség járványos jelentkezésének kedveznek, kedveznek a másik bántalom járványos elterjedésének is.

Amde a tonsillitis follicularis aetiologiája nem egységes; nincsen kizárva, hogy a vörheny sem az. Ha erre az álláspontra helyezkedünk, sok jelenséget könnyebben fejthetünk meg, mint az úgynevezett *genius epidemicus* feltételezésével. A *genius epidemicus* rendkívül tág és ruganyos fogalom; sokat szeretünk alája foglalni, mit máskülönben magyarázni alig tudnánk. De nem tudjuk, hogy lényege micsoda, mi lehet az anyagi substrátuma, hogyan volna praecise definiálható? Az úgynevezett *genius epidemicus* elvégre megmagyarázhatná, hogy miért enyhébb az egyik járvány mint a másik, de aligha tudja megmagyarázni azt az óriásinak mondható változatosságot, melyet a vörheny egész pathológiája felmutat.

(Vége következik.)

A hangszalagmegvastagodásnak műtéttel való gyógyításáról.

Irta: *Baumgarten Egmont* dr. egyet. magántanár.

Az irodalomban a hangszalagmegvastagodásról kevés adatot találunk, a nagy tan- és kézikönyvek mint az idült hurutok eredményét említik meg, de sem a keletkezési lehetőségekről, sem pedig a kezelés mikéntjéről nem szólnak. Évek előtt egy ilyen egyoldali hangszalagmegvastagodást észleltem és általam kiesztelt műtéttel sikerült végre a megvastagodás folytán éveken át tartó rekedtséget véglegesen meggyógyítanom, de ismét éveken át vártam hasonló esetre, míg végre ismét alkalmam volt ilyen egyéneket észlelni és az általam először alkalmazott műtét eljárását sikerrel foganatosítani, úgy hogy végre ezen eljárásomat az ilyen kivételes esetekre leírni és ajánlani merem.

Első esetem egy 50 éves képviselőt illet, a ki azelőtt nagy hangja miatt a parlamentben mint közbeszóló volt ismeretes. Csikorgó hidegben egy czélesztás alkalmával a szabadban tartott beszéde után hirtelen teljesen elvesztette hangját, minthogy már előzőleg községről községre járva sokat ivott és már egy tucsat beszédet tartott. Egy ideig kezelték eredmény nélkül és midőn a beteget először láttam, hangja olyan volt, mint a repedt fazéké, mint ezt ő és barátai legjobban jelezték, és midőn hangosabban akart beszélni, teljesen felmondotta hangja a szolgálatot. A gégevizsgálatkor mindkét hangszalag vörös volt, az egész gége pedig igen bővérű. Egy-két hétig mindig erősebb *argentum nitricum*-oldattal ecseteltem, de hangja csak kevésbé javult. A tükörképben akkor a gége vérbősége visszafejlődöttnek látszott, a bal hangszalag rendes lett, de a jobb hangszalag sokkal vastagabbnak tűnt fel, mint a baloldali, és hangoztatásnál láttam, hogy nem feszül meg teljesen és különösen magasabb hangnál a hangszalag felülete redős marad. Ilyenkor a kórkép emlékeztetett arra, a melyet a *cricothyreoides* hűdésében észlelünk.

Elhatároztam tehát, hogy a jobb hangszalagot, minthogy eredményt akartam elérni, tömény lapissal többször étetni fogom. E célból a géget jól becocainoztam és midőn a gégekutaszszal, még mielőtt a lapisgyöngyöt reáforrasztottam volna, a hangszalagot érintettem a czélből, hogy meggyőződjem, vajjon teljes-e már az érzéketlenség és hogy eléggé hosszú-e a kutasz, azt vettem észre, hogy a hangszalag felületét ide-oda tolhatom és hogy nem függ feszesen össze az alappal. Rögtön elhatároztam, hogy a hangszalag ezen eltolható felületét eltávolítom és egy éles gégecsipeszszel ezt meg is tettem. A hangszalag felső redőjét közel az elülső eresztéknél megfogom, felemelem és mint egy keztyűujjat lehúzhatom egészen a *processus vocalis*ig egy darabban. Az elülső szögletben és a *processus vocalis* táján egy-két még kiálló maradványt szintén egyenként eltávolítok. Vérzés nem volt. A hangszalag felülete már a műtét után nem kelti azt a benyomást, mintha sebes volna, hanem mintha már új réteggel bírna. Nyolcz napon belül a hurut teljesen elmúlt, a hangszalag felszíne oly fehér mint a másiké és a betegnek ismét oly hangja volt, mint az előbbi években, az eredmény fényes volt. A tükörvizsgálatkor már néhány nap múlva a hangszalagon a műtét beavatkozás nyoma sem látszott.

A második esetben egy ügyvédnél lassan rekedtség állott be, míg végre egészen elvesztette hangját. A gégevizsgálatkor látni,

hogyan a jobb hangszalag egyenetlen és több kisebb és egy nagyobb polypust mutat. Ezek eltávolítása igen nehéz, mert a betegnek roppant vastag és rövid nyelve volt és a gégefödő alig emelkedett, úgy hogy minden polypus kivételkor az epiglottist is előre kellett húznom. Minden beavatkozás után 5—6 napig a hangtalanság teljes volt. Végre, midőn a jobb hangszalag sima volt, a hang mégsem tisztult meg teljesen, mert a másik hangszalag olyan megvastagodást mutatott, mint az előbbi esetben, csak nem oly feltűnő redőkkel. Kellő cocainozás után szintén megkíséreltem a hangszalag lehamozását, a mi sikerült, de ezen esetben nem húzhattam le úgy szőlővén egy darabban, hanem több kis részletben. 14 nap múlva betegemnek ismét, 2 éves rekedtség után, csengő hangja volt. A hangszalag ezen esetben a műtét után sebesnek látszott, de már harmadnapon teljesen új hámval volt fedve.

A harmadik esetben oly jelenségek voltak láthatók, melyek tudtommal még nem közöltettek. Egy 50 éves kartársnál, ki sokat szónokol, hónapok óta a rekedtség mindig fokozódott, de nem törődött vele, míg végre a beszéd nehezebbre esett. A gége vizsgálatakor feltűnt, hogy mindkét hangszalag az előző harmadtól a hátulsó harmadig, azaz a processus vocalisig, úgy tűnt fel, mintha hólyagosan felfújódott volna. A hangszalagok vastagodást mutattak a felső rétegben és a szabad széleken rózsaszínűek voltak, és az a benyomásom volt, mintha serosus tartalma volna a kétoldali szimmetrikus megvastagodásnak. Miután argentum nitricum-ecsetelések célhoz nem vezettek, a már említett műtétet ajánlottam, mibe a kartárs úr beleegyezett. Cocainozás után a megvastagodott hangszalag felső lemezét a csipeszszel megfogtam; a lehúzás nem sikerült ugyan, de az a nyálkahártyarészlet, melyet megfogtam, finom hártya alakjában leemelhető volt és azon a helyen egy csepp nyirokszerű nedv folyt ki s a körülötte levő duzzanatot leoldott. Ezt több helyen ismételve, különösen a szabad széleken, a hangszalagok rendes alakot öltöttek és a hang szépen visszatért. Egy év múlva a hang ismét rekedt lett és akkor ugyanazon képet mutatta, de sokkal csekélyebb mértékben. A műtétet ismételttem, de csak a szabad szélekről szedtem le kis hártyákat, mire a hang ismét helyreállt.

A tankönyvekben csak az van, hogy a hangszalagmegvastagodásokról megemlítve, hogy az idült hurut eredményeképpen fordulnak elő, hogy továbbá rendszeren az egész gége kiterjed a túltengés, de a hangszalagon tűnik fel legjobban. Hangszalagmegvastagodások láthatók a laryngitis hypertrophica subcordalis vagy subglottica esetében is, mely alakot újabb tapasztalataink szerint rendszeren gégescleromának tartunk, és melyekre most nem terjeszkedhetünk ki, valamint nem a luetikus és tuberculotikus megvastagodásokra sem. A három közölt eset mutatja, hogy hangszalagmegvastagodások különféle okokból fordulhatnak elő és hogy ezen esetekben csak maga a hangszalag vastagodik meg, minek első feltűnő jelensége a rekedtség. Rendszeren ez az egyedüli jelenség és csak ritkán panaszoknak a betegek arról, hogy megerőltetés után hangtalanok és a gégeben csekély fájdalmat éreznek. Az első esetben minden valószínűséggel feltehetjük, hogy az illető beteg éjjel a programbeszédnél, miután több pezsgőt ivott, annyira kiabált, hogy a jobb hangszalagon vérömlés keletkezett, miáltal egyszerre elvesztette a hangját. Az ilyen jelenség többször is észleltetett, különösen énekesnőknél és katonatisztekben, megerőltetett éneklés vagy commandó folytán. Nem valószínű, hogy mint ezt már egy-két esetben észlelték, a hangszalag beszakadt volna, nem valószínű azért, mert a hangszalagon hegne nyoma sem látszott. A vérömlés a hangszalag submucosájában történt, miáltal a hangszalag felső lemeze felemeltetett. A vér lassan felszívódott, a hangszalag továbbá is megvastagodva maradt és a felülete nem tapadt többé az alapjához.

A második esetben a keletkezés egyszerű magyarázata az, hogy a másik hangszalagon lévő újképletek folytonos dörzsölése által a hurut mindig fokozódott és így jött létre a megvastagodás, melyet tehát egyenesen mechanikus eredetűnek tarthatunk.

Sokkal nehezebb a harmadik körkép magyarázata. Ezen esetben a megvastagodás szimmetriásan mindkét oldalon mutatkozott és nemcsak a hangszalag felülete, de a szabad széle is részt vett a folyamatban. Egyszerű hurutos megvastagodásnak nem mondhatjuk ezen leletet. A műtétkor talált jelenség, hogy minden hártya leemelésekor egy csepp savós vagy nyirokszerű folyadék ürült ki, két lehetőségre enged következtetni. Az egyik lehetőség az,

hogy *chronikus oedemával* volna dolgunk. A beteg tudtommal és tudtával nem volt soha vesebeteg, továbbá nem igen valószínű, hogy az oedema éppen csak a hangszalag középső harmadában mutatkozna és azonfelül a két hangszalagon oly teljesen egyenlően. Én inkább a második lehetőségre gondolok, hogy tudniillik *lymph-ektasiával* van dolgunk; ezek szimmetrikusak lehetnek és éveken át fennállanak. Mellette szól azon körülmény is, hogy műtét után ugyanazon képet láttam egy év lefolyása után, mint először. Továbbá az oedemában, ha beszűrünk, vagy a fedőnyálkahártyát lecsipjük, az egész tartalom azonnal lefolyik és a duzzanat lepad, itt pedig csak azon helyen folyt le, a melyen a hártyát leemeltem.

Az első esetben a lehúzott lemez egyszerű nyálkahártyának bizonyult a görösői készítményben, éppen úgy a második esetben is. A harmadik esetben lehetetlen volt a váladékot megvizsgálni, mert csak minimális volt és nem volt lehetséges felfogni. Ennek vizsgálata inkább adott volna talán némi felvilágosítást.

A műtét az első esetben könnyen sikerült, a másik kettőben fáradságosabb volt, de egyik esetben sem érzett a beteg valami kellemetlenséget. Minthogy, ha a hangszalag felső lemeze nincsen lazán összekötve az alappal, majdnem lehetetlen azt alapjáról leemelni és eltávolítani, azért ilyen hangszalagmegvastagodásoknál, ha az egyszerű kezelés, ecsetelés nem vezetne célhoz, az általam alkalmazott műtét eljárást ajánlom, mert az eredmény az egyes esetekben fényes volt. Mindenesetre még egyszer figyelmeztetek arra, hogy erőszakkal a leválást nem szabad kényszeríteni, a lemezt könnyen kell megfogni és annak azonnal engedni kell és csak annyit szabad lehúzni, a mennyi könnyen válik le, mert így semmi baj nem történhetik.

Közlés a báró Korányi Frigyes dr. nyilvános rendes egyetemi tanár vezetése alatt állott belorvostani klinikáról.

Haematologiai tanulmányok.

Irta: *Engel Károly* dr. klinikai tanársegéd.

(Folytatás.)

Leukaemia lymphatica acuta.

K. J. 15 éves, tanuló, felvétetett 1907 november 22.-én. Betegsége három hó előtt fejfájással, szédüléssel, heves száraz köhögéssel, majd nehéz légzéssel vette kezdetét. Köhögéskor mellében erős fájdalmat érez. Két hó előtt mindkét szemén vérzések támadtak, azóta homályosan lát; körülbelül ugyanezen idő óta lázas is. Jelenleg rendkívül gyenge, járáskor már néhány lépés után elfullad.

Hőmérsék 38.6 C°, pulsus 136, üres, könnyen elnyomható, légzés 28. Mindkét oldalt a nyakon, a hónaljban, a lágyékhajlatban számos mogorónyi-diónyi, mérsékeltén tömött nyirokmirigy tapintható. Kopogtatással, valamint Röntgen-átvilágítás útján rendkívül széles gátorfüri daganat mutatható ki. A has bal felét egészen kitölti az erősen megnagyobbodott lép, mely lefelé majdnem a Poupart-szalagig, előre a köldökig ér. Bokavizenyő. Mindkét oldalt a kötőhártyán vérzések, melyek a szemfenéken is fellelhetők.

Vörösvérsejtek száma	1.240,000
Fehérvérsejtek	384,000
Haemoglobin	3.1 gm.
Polynukleáris leukocyta	2.6%
Lymphocyta	96%
Eosinophilsejt	0.6%
Myelocyta	0.8%

A lymphocyták túlnyomó része kicsiny, a vörösvérsejtekénél alig nagyobb, sötét kisebb, sötét magvú, igen keskeny protoplasmájú lymphocyta, e mellett azonban számos átmeneti alak van a nagy, halványabb magvú, szélesebb protoplasmájú lymphocytaig. Azonkívül igen sok nagy, szabálytalan alakú, nyúlányos képlet látható, melyben hálószerű, ugyancsak szabálytalan alakú, sötétebb chroma, tinfestést feltűntető magszerkezet látható. Poikilocytosis, anisocytosis, kevés normoblast.

Röntgen-kezelést kísértünk meg és a nehézlégzésre való tekintettel első sorban a gátorfüri daganatot kezdjük besugározatni.

November 30. 70 percig besugárzás a beteg állapotán semmi változást sem hozott létre. A láz állandó, magas, a beteg rendkívül sokat köhög, alig táplálkozik, a nehézlégzés rendkívül kínzó. December 2-án hirtelen állott be a halál.

A bonczjegyzőkönyvből (Krompecher Ödön dr., egyetemi magántanár) a következőket vélem kiemelendőnek: Az elülső mediastinumban közvetlenül a sternum mögött egy a pericardium parietaleval, valamint a szegycsonttal erősen összenőtt daganat van, a mely mintegy 10 cm. hosszú, 4 cm. vastag és két oldalt a tüdő hilusáig terjed. Ezen daganat igen tömött, ujjnyi vastag, heges kötőszövetkeztektől átszőtt és lencsényi, borsónyi, halvány, rózsaszínű, egynemű lebenyekéből összetett. A lép méretei $14 \times 12 \times 6$, metszlapja a rendesnél jóval halványabb, rózsaszínű és helyenként sárgásfehér, elég élesen körülírt góczoktól tarkázott. Pulpája elég könnyen kikaparható, állománya puha. A máj megnagyobbodott, metszlapja feltűnően halvány, különben a rajzolat eléggé kifejezett. A vesék hőzépnyagok, feltűnő halványak, a metszslapon itt-ott lencsényi, fillérnyi, nem élesen elhatárolt fehér infiltrációs területek láthatók. A mesenterialis, retroperitoneális, inguinális nyirokesomók babnyiak, lágyak, élénk rózsaszínűek, nem összekapaszkodottak. A czomb csontvelője mindenütt málnafagylaltszerű.

Diagnosis: Leukaemia lymphatica. Tumor mediastini. Tumor lienis acutus. Lymphadenitis leukaemica glandularum inguinalium, mesentericarum et retroperitonealium. Infiltratio lymphatica renum. Ecchymoses pleurae, lienis et renum. Metaplasia leukaemica medullae ossium.

A czomb csontvelőjéből, valamint a lépből felkent készítményeken csakis egymagvú, granulation nélküli sejtek lathatók, éppen úgy, mint a vérben.

A betegnél ezek szerint egy heveny, három és fél hónap alatt halálra vezető betegség volt jelen. A megbetegedés erős lép-nagyobbodással és mirigyduzzanatokkal, vérzékenységgel járt, azonkívül az elülső gátörüregben is daganatképződést lehetett kimutatni. Hogy a lépduzzanat és a mirigydaganatok milyen jellegűek, azt eldöntötte a vérvizsgálat, mely a vörösvérsejtek nagyfokú megcsökkenése mellett a fehérvérsejtek igen jelentékeny módon való megszaporodását (384 ezerre) mutatta ki.

A fehérvérsejtek túlnyomó része, 96%, lymphocytából állott, még pedig első sorban typusos kis lymphocytából, melyek mellett nagyszámú nagy lymphocytá, valamint e kettő között átmeneti alakot képező sejtformák is voltak jelen. Érdekesekek voltak a vérben nagy számmal jelen volt és a vérvizsgálatkor leírt szabálytalan alakú nyúlványos képletek, melyek rendkívül szakadékonny és éppen ezért a felkenéskor alakváltozást szenvedő sejteknek felelnek meg (Gumprecht-féle alakok). A diagnosis ilyen körülmények között semmi-féle nehézséget sem okozott, a betegség acut lymphatikus leukaemia volt. A sectio ezt meg is erősítette, a csontvelőnek nagyfokú lymphatikus leukaemiás metaplasziája volt jelen.

Feltűnő volt azonban a gátörüregben helyet foglaló leukaemiás burjánzás viselkedése. A leukaemiás hyperplasia ugyanis nem szorított e helyen a nyirokmirigyek tokján belülre, hanem azon áttörve, rosszindulatú daganat módjára a szegycsonttal és a szív-burokkal összenőtt. Tekintve, hogy a daganat lymphatikus hyperplastikus szövetből állott, úgy viselkedett, mint azt lymphosarkoma esetén szoktuk látni. A csontvelő lymphatikus metaplasziája, a vérelet azonban kétségen kívülé teszi a lymphatikus leukaemiát és így kérdés, miképpen kell értelmeznünk a gátörüri daganat rosszindulatú burjánzását.

E kérdés tárgyalása az újabbrégi haematologia erősen vitatott fejezete. Ezen körkép (rosszindulatú daganat módjára megjelenő sejtburjánzás leukaemiás vérképpel és leukaemiás szövet-elváltozásokkal) megnevezésére a legkülönbözőbb neveket hozták forgalomba, nevezetesen leukaemia sarkomatosa, sarkoleukaemia (Pappenheim) stb.; Sternberg minden acut nagysejtű lymphatikus leukaemiát sarkomatosisnak vesz és azt leukosarkomatosisnak nevezi; természetes, hogy nomenclaturája még inkább illenék ilyen esetekre, mint az, a hol a rosszindulatú burjánzás anatomiailag ki is mutatható. Türk az ő lymphomatosis-rendszerének megalkotásakor megemlékezik ilyen esetekről, sőt a leukaemiás burjánzás heterotopias jellegét nemcsak acut lymphatikus, hanem chronikus, kis sejtű lymphaticus leukaemiában is észlelte, és éppen ezen esetek alkotják az átmenetet a lymphomatosis gyűjtőnévvel összefoglalt egyes

betegség-alakok között. Nágeli kimutatja, hogy lymphatikus leukaemia esetében göresővileg mindig kimutatható a mirigytek áttörése, pericapsuláris infiltratum, sőt a környező izomszövet infiltratiója is. Sőt Nágeli nemcsak lymphatikus, hanem myeloid leukaemia esetében is észlelte a leukaemiás burjánzásnak ilyen rosszindulatú daganat módjára való viselkedését, és éppen azért nem is talált okot arra, hogy e leukaemiaalakokat a többiektől elkülönítse.

Végeredményben azon álláspontra kell helyezkednünk, hogy a leukaemia ezen alakja nem alkot különálló betegséget, hanem fel kell vennünk, hogy a leukaemiás szövetburjánzások különös körülmények között, talán a szövetburjánzások rendkívül intenzív és gyors növekedésképeessége folytán a normális szövethatárokat át tudják törni és a szomszédsággal rosszindulatú daganat módjára összekapaszkodnak, azt infiltrálják.

Pseudoleukaemia lymphatica acuta.

A. J., 21 éves, vasúti munkás, felvétetett 1908 április 9.-én. Jelen bajáig erőteljes, egészséges ember volt, mérsékeltén élt alkohollal és dohányással. Nyolcz hét előtt meghűlés után kirázta a hideg, majd magas láz jelentkezett. A rázóhidegek azóta ismételtelen mutakoztak. A betegség kezdete óta fennálló magas láz rendkívül kimerítette, úgy hogy jelenleg alig tud fennjárni, folyton szédül. Étvágya igen rossz, széke visszatartott.

A különben jól fejlett és táplált férfibeteg rendkívül halvány, az ajkai szinte vértelenek. A hőmérsék 39.2 C°, a pulsus 96, üres, könnyen elnyomható. A szívtompulat, a tüdőhatárok rendesek, a szívesúcs felett systolés zörej, a tüdők felett sejtés légzés. A léptompulat a középső hónaljvonalon a VII. bordán kezdődik, előre meghaladja az elülső hónaljvonalat; a bordaív alatt a lép egy ujjnyira tapintható, puha, nem érzékeny. A vizelet napi mennyisége 1800 cm³, nyomokban tartalmaz fehérjét. Vérvizsgálat: vörösvérsejtek száma 904,000, fehéreké 492, haemoglobin 2.9 gramm, a vérsavó refractiója 1.3475. A vörösvérsejtek esekélyfokú poikilocytosist és anisocytosist tüntetnek fel, magvas vérsejt ninesen. A fehérvérsejsek számaránya festett vérkészítményen meghatározva a következő:

Lymphocytá	74 ⁰ / ₀
Polynucleáris	23 ⁰ / ₀
Nagy mononucleáris	3 ⁰ / ₀

A bakteriologiai vérvizsgálat negatív eredménnyel járt.

Rendelés: Elix. acid. Halleri 2:150. Kétóránként egy evőkanállal.

A beteg rendszeresen, szinte naponta végzünk vérvizsgálatot.

Április 10. Vörösvérsejtszám 730,000, fehérvérsejtszám 800.

Április 11. Vörösvérsejtszám 708,000

Fehérvérsejtszám 560

Qualitativ fehérvérsejtszám (számoló kamarában)

Lymphocytá 63⁰/₀

Polynucleáris 37⁰/₀

Április 12. Délután 6 órakor 1 gm. natrium nucleinicumot 50 cm³ folyadékban oldva a mellkas bőre alá fecskendezünk. Az injectio alig fájdalmas.

Április 13. Reggel a vörösvérsejtszám 480,000, fehérvérsejtszám 760. Délután 1/26-kor a fehérvérsejtszám 532.

Április 14.-én. Reggel a fehérvérsejtszám 400, délután 288.

Április 15. Collargolt kísértünk meg adni intravenásan, de a gyűjtőerek oly gyengén fejlettek, hogy az injectio kivihetetlen, miért is fél gramm collargolt 100 cm³ vízben klysmában adagolunk.

Április 16. A bal trochanter felett esekély decubitus. A szívtompulat balfelé a bimbóvonalig ér, jobbfelé a relativ a szegycsont jobb szélét két ujjnyira meghaladja, kiterjedt szívlüktes van jelen; a szívesúcslokésnek megfelelően systolés zörej, mely az arteria pulmonalisnak megfelelően is erős, a pulmonalis 2. hangja ékelt. A pulsus 39.7 C° mellett 125, üres, a légzés 34, felette gyenge, e mellett a közérzet jó. A collargolklysmát folytatjuk.

Vörösvérsejtszám	480,000
Fehérvérsejtszám	332
Haemoglobin	2.74 gm.

Lymphocytá	80·2%
Polynucleáris	11·4%
Mononucleáris	8·4%

Április 18. A beteg napközben aluszékony, este soporosus, éjjel 1 órakor beáll a halál.

Klinikai diagnosis: Septicaemia. Atrophia et degeneratio medullae ossium.

A bonczjegyzőkönyvből (Makai Endre dr.) a következőket emelem ki:

A szív ökölnél nagyobb, a myocardium fényvesztett, rendkívül törékeny. Az endocardium, a vitorlás és félholdképzű billentyűk, valamint az aorta intimája sima, fénylő és tükröző. A lép térfogatának háromszorosára megnagyobbodott, állománya mérsékeltten ellágyult, metszéspapja elődomborodó, sárgavörös színű, pulpája csak kis mértékben kaparható ki. A lapos csontok feltűnően kevés velőt tartalmaznak, a felfűrészelt csöves csontok veleje proximális részén halvány-barnászvörös, egybeült szintelen, nyálkás.

A szövettani vizsgálat eredménye a következő: A lapos csontokból velőt vizsgálata kizsírítani egyáltalában nem sikerül. A csontvelővel elője sejtszegénységnek mutatkozik úgy a vörös, mint a fehérvérsejteket illetőleg. A vörösvérsejtek csak igen csekély fokú poikilocytosist és anisocytosist tüntetnek fel, magvas vérsejt hosszabb keresésre sem található. A fehérvérsejtek tisztán lymphocytákból állanak, több készítmény átvizsgálásakor egyetlen granulocytá (polynucleáris vagy myelocytá) sem található. A lymphocyták különböző nagyságúak, kevés a kicsiny, erősen festődő magvú, keskeny protoplasmájú sejt (typusos kis lymphocytá), túlnyomóan nagy, halványabb magvú, széles protoplasmájú sejtek vannak, melyekben granulatióknak nyoma sincsen.

A különböző szervekből készített metszetek (Jenner-, Giemsa-festés) a következő leletet tüntették fel. A csontvelőben lymphaticus metaplasia van jelen. A metszeten sűrűn álló, többnyire nagy, egymagvú, granulatio nélküli sejtek láthatók, melyek között kevés a vörösvérsejt és csak itt-ott látható egy-egy normoblast. A diffus lymphaticus szövethyperplasiában semmiféle szerkezet sem különböztethető meg. Hasonló szövethől áll a lép is; feltűnő, hogy a Malpighi-testek inkább összenyomottak. A májban kifejezett lymphaticus beszűrődések a periportális kötőszövetben, hasonló lymphaticus góczok láthatók a vesében is.

Epicriticus végigtekintve az esetet, az egész megbetegedés egy súlyos, septikus betegség benyomását keltette. A kezdeti rázóhidegek, majd utána az állandó igen magas láz, a szívgyengeség, a szív nagyfokú parenchymás degenerációja: mind sepsis-jellegűek. Azonban mint már említettük, az in vivo eszközölt bakteriologiai érvizsgálat negatív eredményt hozott és a hulla czombgyűjtőeréből vett vérből sem sikerült bakteriumokat kitenyészteni. Az általános fertőzésnek tehát sem kórokozója, sem kiindulása kimutatható nem volt.

Legfeltűnőbb az egész kórképen a leukopenia, melynek ilyen foka az irodalomban tudtommal leírva nincsen. Már kezdetben is, a beteg felvételekor, igen kifejezett volt, a megfigyelés alatt még tovább csökkent a fehérvérsejtek száma, a legalacsonyabb érték 288 fehérvérsejt volt egy köbmillimeterben. A vörösvérsejtek számának óriási csökkenése ellenére ezen leukopenia mellett a fehér- és vörösvérsejtek számaránya 1:1600 volt. A fehérvérsejtek abszolút számának megeszkendőnél még meglepőbb a neutrophil leukocyták rendkívül alacsony száma; 288 fehérvérsejt mellett 11% volt a polynucleáris sejtek száma, úgy hogy számuk 1 mm³-ben 30 volt összesen, a normálisnak kevesebb mint századrésze. A vörösvérsejteket illetőleg ki kell emelnem azon körülményt, hogy ily nagyfokú oligocythaemia mellett a vörösvérsejtek súlyosabb degeneratiós tünetei hiányoztak, magtartalmú vérsejt pedig egyáltalán nem volt látható.

Ha a legfeltűnőbb tünetben, a leukopeniában ezen esethez hasonló eseteket végig tekintjük, akkor mindenekelőtt az irodalomban 2 esetről kell megemlékeznünk. Az első E. Schwarcz esete. Esetében általános bakterium coli-infectio mellett vesetályoz támadt, majd mirigyduzzanatok, stomatitis jelentkezett és gyorsan beállott a halál. A legkisebb fehérvérsejtszám 600 volt, a fehérvérsejtek csak lymphocytákból állottak, granulocytá nem volt látható. A másodikat Türk írta le 1907-ben. Egy gyorsan halálhoz vezető staphylococcus

sepsisben 5.245.000 vörösvérsejt és 92% haemoglobin mellett 940 volt a fehérvérsejtek száma, majd 3 nap után 1950. A fehérvérsejtek arányszáma a következő volt:

93·5% lymphocytá
4·4% nagy mononucleáris
1·5% plasmasejt
0·6% atypikus nagy egymagvú

Hosszú keresés után 8—10 polynucleárist sikerült találnia. Szövettani vizsgálatkor a csontvelő vörösvérsejtjei épnek mutatkoztak, sok erythroblast volt jelen, a fehérvérsejtek csakis lymphocyták voltak, azonban lymphomatosissnak — a klinikus felvétel acut alymphaticus lymphomatosiss volt — nyoma sem volt sehol, sehol nem mutatkozott infiltratio, mely a leukocyták elnyomásával járt volna.

Schwarcz esetében bonczolás nem történt, a sajátoságos véreletet ő vagy lymphaticus burjánzásnak vagy felette erős negativ chemotaxisnak tulajdonította. Türk esetére vonatkozólag tökéletesen fejlődött granulocytarendszert vesz fel, véleménye szerint már a megbetegedés előtt hiányosnak kellett lennie ezen rendszernek, mely e miatt a fertőzéssel szemben nem is felelhetett leukocytosissal. Az úgynevezett status lymphaticus talán mindig ilyen csekélyebb értékű granulocytá-rendszerrel jár.

Esetem Türk esetétől lényegesen eltér. Különbséget tüntet fel mindenekelőtt a vörösvérsejteknek számát illetőleg. Türk esetében a vörösvérsejtképzés teljesen normális, a vörösvérsejtszám rendes, a csontvelőben igen sok a normoblast. A fehérvérsejtek bántalmazottsága tehát teljesen egyoldalú és mivel ezek között is túlnyomóan a granulatióval ellátott sejtek a bántalmazottak, lymphaticus infiltratióknak pedig semmi nyoma nincsen, csakugyan jogosultnak kell Türk álláspontját elfogadnunk.

Jelen esetben azonban a vörösvérsejteknek is igen súlyos megfogyatkozása van jelen. Oly behatásról van tehát itt szó, mely a csontvelőben egyformán bántalmazza a vörösvérsejtképzést és a granulocyták képződését: tehát a granulocytarendszer egyoldalú hiányos fejlődésének felvételével az eset magyarázata megadva nem volna. A leglényegesebb különbséget azonban a két eset között a szervek és nevezetesen a csontvelő vizsgálata adja meg. A jelen esetben a szövettani vizsgálat a csontvelő lymphaticus metaplasiaját mutatta ki, a granulocytarendszer elnyomásával, a májnak és vesének lymphaticus infiltrációjával. A szövettani vizsgálat tehát egy lymphaticus leukaemiának megfelelő elváltozásokat eredményezett, s mivel a vérben leukaemiás elváltozás nem volt jelen, pseudoleukaemia lymphatica kórjelzést kell eze a esetre vonatkozólag felállítanunk. Azon megbetegedés forgott tehát fenn, melyet Türk saját esetére vonatkozólag vett fel: acut alymphamiás lymphomatosiss, és melynek diagnosisját esetében éppen a szövettani vizsgálat czáfolta meg. Acut lymphaticus pseudoleukaemiaeset az irodalomban több van ismertetve (Nägeli, Mosse, Oswald stb.), úgy hogy a megbetegedés kórjelzése biztossággal állapítható meg. Rendkívül érdekes ezen esetben, kivált a pontos szövettani vizsgálat mérlegelése után, a nagyfokú leukopenia kérdése. A leukaemia és pseudoleukaemia közötti viszonyt már részletesen tárgyaltuk. Láttuk, hogy az anatómiai elváltozás mindkét betegségben tökéletesen azonos, nevezetesen a csontvelő elváltozását illetőleg is. És mégis az egyik esetben óriási mennyiségű fehérvérsejt képeztetik és kerül a vérkeringésbe, a másodikban pedig a kóros szövetburjánzás ellenére a fehérvérsejtek száma szinte normális, sőt, mint esetünkben, a normálisnál jóval csekélyebb.

(Vége következik.)

A XVI. nemzetközi orvosi congressus.

(Vége.)

A szeptember 1.-én délután 5 órakor a Nemzeti Múzeum dísztermében tartott együttes ülésen Jacques Loeb, a kaliforniai Berkeley-egyetem nagynevű élettantanára „A mesterséges szűznemzés és a formativ ingerlés lényege” czimén tartott előadást.

Összefoglalva ismerteti azon az orvosi világ előtt már ismeretes kísérleteit, a melyek a pete fejlődésének mesterséges úton való megindítására s az ondószálmák a petére tett hatásának meg-

fejtésére vonatkoznak. A legújabb időkig ezen folyamatot illetőleg az volt a — nyilvánvalóan semmit mondó — magyarázatunk, hogy a petét az ondószál „formativ inger“ útján indítja fejlődésnek. Loeb vizsgálataiban egyfelől azt kutatta, hogy melyek az ondószálnak azon fizikai-kémiai tulajdonságai, a melyek hatására a pete oszlani kezd s embrióvá lesz; másfelől milyen változásokon megy át a pete az ondószál „formativ ingerlése“ következtében. Ondószál-kivonatokkal kísérletezve azt találta, hogy a kivonat csak akkor hatásos, ha idegen állatfajtól származik, analógiát mutat tehát a lysinnek. A pete változásainak tanulmányozásából kitiút, hogy az ondószál behatására az első változás az úgynevezett hártaképződés. Ha petéket tengervíz és alacsony zsírsav keverékbe teszünk, nem mutatkozik még hártaképződés, de megindul, ha azonfelül az oldatba kevés lúgot is teszünk. A hártaképződés megindulása után néhány órával a pete sejtoszlási jelenségeket mutat. Azonban a zsírsav behatása csak a fejlődés megindítására volt elegendő, a tökéletes fejlődés létrehozásához még egy befolyás szükséges, mely nélkül a zsírsavval kezelt pete tönkremegy. Ez a behatás abban áll, hogy a petéket a mesterséges hártaképződés után körülbelül 20 perccel hypertóniás oldatba, illetve oxygenmentes tengervízbe vagy oly tengervízbe hozzuk, melyhez kevés cyankálit adunk. A zsírsavakhoz hasonlóan hatnak azok az anyagok, melyekkel cytolysist tudunk előidézni: sapolin, solanin, digitalin, epesavas sók, szappanok; zsírsavak: anilin, benzol, chloroform; aether, alkoholok. Abból, hogy a cytolysis hatású anyagok a petében hártaképződést idéznek elő, azt következteti Loeb, hogy a hártaképződés nem egyéb, mint a pete külső rétegének cytolysise és ez a cytolysis a leglényesebb változás, a melyet a pete az ondószál behatása alatt mutat. Hogy a mesterséges kémiai termékenyítésben két tényezőnek kell szerepelnie, azt Loeb úgy magyarázza, hogy a sejtdő anyag befolyása alatt történő hártaképződés folyamán oly anyag termelődik, a mely a megindított fejlődést gátolja. A második tényező (hypertóniás oldat) ezt az anyagot eltávolítja vagy tönkreteszi a pete oxydálási folyamatainak megváltoztatása útján.

Loebnek sikerült kimutatnia, hogy az ondószál útján való termékenyítésben ugyanez a két tényező szerepel: az ondószállal kétféle anyag jut a petébe, egyik a pete külső rétegének cytolysist idézi elő, a másik pedig úgy hat, mint a hypertóniás oldat. E feltevés helyességét bizonyítja az, hogy az ondószál ezen két tulajdonsága szétválasztható. Fajidegen ondót használva, egyes esetekben a termékenyítési folyamatnak csak első phasisa, a hártaképződés állott be. Ugyanazon faj ondójával a kísérlet nem sikerült: az ondószálak behatolnak mindjárt a petébe s mindkét hatás egyszerre vagy legalább is gyors egymásutánban érvényesül. E kétféle ondó közötti különbség oly módon értelmezhető, hogy az ondószál cytolysises anyaga (valamilyen lysin) a külső rétegben van elhelyezve, hatása tehát már akkor érvényesülhet, ha az ondószál és pete között az érintkezés csak felületes, míg a corrigáló (a hypertóniás oldathoz hasonlóan ható) anyag az ondószál belsejében van s akkor fejt ki hatását, mikor az ondószál már behatolt a petébe.

Hogy a hártaképződést csak idegen állat vérsavója és szerveinek kivonata idézi elő, éppen azzal magyarázható, hogy lysin-szerű anyaggal van dolgunk, a mely tudvalevően csak idegen sejtekre fejt ki hatást. A pete termékenyítésének ezt a magyarázatát Loeb lysintheoriának nevezi. A lysin hatása szerinte abban áll, hogy a pete kérgi rétegében levő nyilván lipoidszerű anyagot a lysin oldja vagy kicsapja s egy fehérjeanyagot beivódásra alkalmassá tesz. Loeb jelenleg azon kérdésen dolgozik, hogy miként vezet a pete külső rétegében lefolyó oldási folyamat az egész plasma kifejlődéséhez.

* * *

A congressus előkelőbb tagjainak a szerdai napon ismét kiutott az ünnepélyes fogadtatásból, a főváros üdvözlése után az uralkodóház elismerésében és szíves vendéglátásában volt részük. 1500 személyt látott vendégül szerdán este a budai királyi várban Ő Felségének helyettese, József főherceg. A magyar kormány képviselőiben megjelent Apponyi Albert gróf és Zichy Aladár gróf minster, a congressus szervezőbizottsága részéről Müller Kálmán és Edelsheim-Gyulai gróf, a főváros képviselőiben Magyarevits Mladen tiszti főorvos, az egyetemek részéről Székely István pro-

rector, Wartha Vincze és Hutya Ferencz rectorok. A külföld kiválóbb tudósait Apponyi Albert gróf és Müller Kálmán bemutatták a főhercegnek, a ki nagy érdeklődést mutatott az illetők szakmája és a congressus munkálatai iránt. A főherceg 10 órakor visszavonult, előbb azonban háláját fejezte ki a congressus tisztikarának azért, hogy a congressus érdekében annyit fáradoztak.

A szeptember 2-i együttes ülésen (d. u. 5 órakor) Laveran, a híres párisi tanár tartott előadást „A tropusos betegségek kórtanának haladásáról“. Rámutat arra a rohamos fejlődésre, a melyen a tropusos betegségek kórtana az utolsó 30 év alatt keresztülment.

Mig 30 évvel ezelőtt ezen betegségeknek csak klinikai jelenségeit ismertük jól-rosszul, aetiologiájukat illetőleg pedig teljes homályban voltunk, addig ma már majd mindegyiknek kórokozója ismeretes valamely mikroorganizmus alakjában. A felfedezések sorozatát Laveran kezdte meg a mocsárláz kórokozójának felfedezésével. Ez a felfedezés fontos volt azon szempontból is, hogy felhívta a figyelmet a protozoák kórtani jelentőségére. A tropusos betegségek történetének fontosabb tényei: A cholera vibrio felfedezése (R. Koch) 1883-ban s az ivóvíz szerepének tisztázása a cholera terjesztésében; a dysenteria és a tropusokban előforduló májtályog amöbájának felfedezése 1885—1891 (Kartulis, Osler, Councilman, Lafleur); a maltáz mikrococcusainak és kecsketej útján való terjedésének kimutatása 1887 (Bruce); a piroplasma bigeminum, a leginkább a szarvasmarhákra megtámadó tixiasz kórokozójának felfedezése és poloskák és ixodések útján való terjedésének bebizonyítása 1893 (Smith és Kilborne); egyéb a juhban, kutyaiban, lóban előforduló piroplasmák, majd a pestis bacillusának felfedezése (Yersin 1894) s patkányok, illetve elhullott patkányokról származó bolhák útján való terjedésének kimutatása. További kutatások felderítették az anophelesek szerepét a malaria terjesztésében (1897—98 Rosz), a stegomia fasciata szerepét a sárgaláz terjesztésében (1900—02 Reed, Carrol, Agramonte, Guiteras), a filariabetegségeknek moskitók útján való terjedését (Manson, Bancroft). Ezekhez járultak az állati trypanosomiasisok: a surra, nogana, caderas-betegség kórokozójának tisztázása; a trypanosoma gambiense, az egyenlítői Afrikában előforduló rettenetes álomkór kórokozójának felfedezése (1901—03. Forde és Dutton, Castellani, Bruce) és terjedésmódjának viszonya a tssetselgyhez (glossina); a kala-azar-betegség előidézőjének felfedezése (1903 Leishman és Donovan). Ezek a nagyjelentőségű felfedezések megdöntötték azt a megrögzött nézetet, hogy a tropusos betegségek nagy része a miasmák belégzése útján keletkezik, egyúttal kiderítették a rovarok és vérszívó állatok nagy kórtani jelentőségét és lehetővé tették, hogy a régi empiriás s leggyakrabban kétes értékű helyett ma már czéltudatos és hatásos prophylaxissal küzdhetünk a tropusos betegségek ellen.

Ez a nap sem mult el fényesen sikerült fogadó-estélyek nélkül. Kedélyesebb, otthoniasabb összejövetelek voltak ezek azonban, mint az előző napokban, a mennyiben az egyes sectio-elnökök egy-egy tudományos család tagjait látták vendégül. Az elméleti szakosztályok (I—V. és XVIII.) elnökei együttesen tartották meg a fogadó-estélyt. Felemlítjük még, hogy Landouzy a francia congressusi bizottság elnöke dejeuner adott ezen a napon, a melyen különös elismeréssel és bámulattal szolt a magyar viszonyokról.

A szeptember 3-i utolsó együttes ülésen Gruber müncheni tanár tartott előadást „Öröklődés, kiválasztás és hygiene“ czímen. A természetben — mint azt Darwin fejtette ki először tudományos alakban — önző és kiméletlen harez folyik: az állat állatot öl, hogy önmagát fentartsa, az erdő hatalmas fáit egy elpusztult növényvilág romjain nőnek fel. Azonban ezen önző harcnak fenséges célja van: elpusztítani a silányabbakat s érvényesülést biztosítani az erősebbnek. Mi sem lehetünk a kiválasztásnak rideg hívei, lehetetlen és esztelen felfogásokat kellene akkor hangoztatnunk, tévedésnek kellene moadanunk a részvétet, a gyengék védelmét, a silányabbak felsegítését, mint olyan tényezőket, a melyek kárára vannak az erősebb boldogulásának. Az bizonyos, hogy az emberiségben aránylag nagy a testileg és szellemileg gyengék száma és ezek nagy terhet rónak az emberiségre. Nagyon kétséges azonban, hogy a selectio útján előállana-e valaha az az állapot, hogy az egész emberiség tökéletes egyedekből áll. Egyfelől nem bizonyos az, hogy az emberiség degenerálása növekvő felben van. Igaz ugyan, hogy érzékeink élessége, izmaink ereje tekintetben gyengébbek vagyunk a vad népeknél, de ez inkább alkalmaz-

kodás, mint elfajulás. Nem dönthető el, hogy a rövidlátás, a fogcaries gyakoribb volta, a nők szoptató képességének csökkenése a faj gyöngülésének eredménye-e. Hogy ma nagyobb az örültek száma, annak oka talán inkább a humanismus emelkedésében rejlik. A degenerálásnak ellene szól az, hogy a halandóság a művelt népeknél fogyóban van. A tulajdonságoknak a leszármazókra való átöröklését illetőleg Weismann után az a felfogásunk, hogy csak a csiraplasmák (Ahnplasma) sajátosságai öröklődnek át. A kóros sajátosságok átöröklésével nem állunk éppen olyan nagyon rosszul, rendszeren csak a fink öröklök, a leányok egészségesek maradnak, vagy legalább is lappangó marad bennük a baj.

Másfelől egészen bizonyos, hogy amphimixis (minus-variánsoknak plus-variánsokkal keveredése) útján néhány nemzedék alatt a kóros sajátosságok egészen eltűnhetnek s az illető ág egészséges marad továbbra. Ilyen módon remélhető, hogy az átöröklhető bajok: cukorbetegség, egyes bőrbajok, idegbajok, morálisan egészséges keresztezéssel leküzdhetők. A higiéné és orvoslás jogosultságának javára dönti a mérleget még az a körülmény is, hogy egészséges csiraplasmák keresztezése folytán kóros jöhet létre. Eltekintve a humanismustól, nem szabad magára hagynunk a szenvedő emberiséget, azért mert egyfelől a betegségek útján való selectio nem észszerű, a mennyiben nagyon sokszor éppen a legmunkabíróbb, legtükrösebb szervezetek pusztulnak el (heveny fertőzőbetegségek), másfelől ki merné a selectio önző karja közé taszítani a terhelt embert, mikor tudja, hogy egészséges utódai lehetnek, s viszont mit ér a gyöngéknek ily módon való kiirtása, ha az egészségesek keresztezéséből is származhatnak kóros alakok. Nem a gyengék kiirtása, hanem egészséges nemzedékek keletkezésének elősegítése legyen célunk. A higiénének a felett kell örködni, hogy a nemes fajok ki ne pusztuljanak s életerősebb fajokkal való keresztezés útján tökéletesedjenek.

A congressus társadalmi ünnepeinek méltó befejezését képezte az az estély, melyet Apponyi Albert gróf a Park-klubban adott, a melyen a congressus valamennyi hivatalos német tagja is megjelent, annak ellenére, hogy a „Wiener Verein zur Aufrechthaltung des Deutschtums in Ungarn“ körlevelet intézett hozzájuk, melyben visszatartja őket az estélyen való részvételtől. A német congressus-tagok ezen ténye fényesen bizonyítja a magyar nemzet s a magyar kormány képviselője iránti rokonszenvüket.

A congressus hivatalos befejezése volt a szeptember 4.-én délelőtt 10 órakor a Vigadóban tartott ünnepélyes záróülés. Kisebbségi és külső díszszel, mint a megnyitó, de majdnem ugyanakkora hangnemen folyt le a beszámoló, a búcsúzásnak ez az ünnepe, mely azzal vette kezdetét, hogy Müller Kálmán elnök bemutatta királyunk és Manuel portugál király táviratait, melyben válaszoltak a megnyitást alkalmával hozzájuk intézett üdvözlő-táviratokra. Ezután Grósz Emil főtitkár a pályadíjakról tett jelentést: A szemészeti pályadíjat ezúttal nem adták ki, odaitélése a legközelebbi congressus feladata lesz; a párisi díjat Bordet, a moszkvai díjat O. Hertwig tanárnak, a fülészeti díjat Grey (Boston) és Neumann (Wien) fülorvosoknak ítelték oda. Politzer 5000 koronás fülészeti pályadíjat tűzött ki, Livingston pedig 2500 K-t adott a legjobb katonai egészségügyi munka jutalmazására. Ezután tudatta, hogy a nemzetközi bizottság elfogadta Pavynek, az angol kormány képviselőjének meghívását s a XVII. nemzetközi congressus helyéül Londont, idejéről pedig — négy évi időközönként szabván a jövőben tartandó congressusokra — az 1913. évet tűzte ki. Ez alkalomból a congressus táviratot küldött VII. Edvárd angol királynak, melyben a védnökségnek elfogadását kéri. Az állandó nemzetközi bizottságot alakították meg ezután oly módon, hogy tagjai lesznek a budapesti congressus elnöke és főtitkára, a legközelebbi congressus elnöke, négy alelnöke és főtitkára, egy-egy kormányképviselő, a nemzetközi bizottságoknak egy-egy küldötte és az orvosi sajtónak egy képviselője.

A congressus elnökének, Müller Kálmán-nak záróbeszéde következett ezután. Kifejté, hogy a congressus vezetősége három éven keresztül java erejével munkálkodott a congressus ügyén, de a külföldi tudósok támogatásának köszönhető, hogy a congressus szigorúan a mai tudomány magas színvonalán állott. Azt hiszi, hogy a külföldi tudósok azzal a benyomással távoznak innen, hogy kultúránk ugyan fiatal, de át van hatva a haladásra való becsületos törekvéstől és így hazánk jogosult arra, hogy a régebbi műveltségű

államok közt helyet foglalhasson. Arra kéri a távozó orvosokat, hogy igazságosan ítéljenek meg bennünket s az itt töltött időt tartsák jó emlékezetükben.

Utána a külföldi kormányok képviselői szólaltak fel egymás után. A hála, elismerés meleg hangját tekintve, hasonlóak ezek a beszédek, legfeljebb a felszólaló szónoki tehetsége szerint és az általa képviselt kormány Magyarországhoz való viszonya szerint különböznek egymástól. A felszólalások tartalmát legfrappánsabban kifejezi az a 3 szó, melylyel Salomonsen, Dánia képviselője fejezte be beszédét: „Merci, adieu, au revoir!“

A külföldiek után Bárczy István polgármester a főváros nevében mondott búcsút az orvosoknak. Biztosította a congressus tagjait, hogy a főváros minden lakója büszke arra, hogy Budapest az elmúlt héten ilyen nagyfontosságú tudományos tanácskozásoknak volt színhelye; reméli, hogy az itt lefolyt gyűlékezés munkája előbbre vitte az emberi boldogság és jólét problémáját.

Majd Apponyi Albert gróf emelkedett szólásra, hogy rögtönzött, rendkívüli tetszéssel fogadott beszédében búcsúzzék el az egybegyűlt orvosoktól. Köszönetet mond a congressus tagjainak, az orvosi tudomány nagynevű képviselőinek, azért az eredményért, a melylyel Magyarországon bővítették ki az orvosi tudományt, azért a jótékony benyomásért, a melyet a magyar lelkekben hátrahagytak. Búcsúzáva azt kívánja, hogy ahhoz a haladáshoz, a melyet az orvosi tudomány a budapesti congressus révén elért, a sikereknek még szakadatlan láncolata fűződjék.

Az ülés ezután az elnök rövid zárószavaival véget ért.

Összefoglalásunk végén nem hallgathatjuk el, hogy a congressus vezetősége és a főváros minden erejével azon volt, hogy tudományos intézeteinket, klinikáinkat, emberbaráti intézményeinket, a főváros fürdőit, nevezetességeit, természeti szépségeit a congressus tagjaival megismertesse, úgy hogy vendégeink a lehető legjobb benyomással távoztak innen.

Kora volna még ma bírálatot mondani a budapesti nemzetközi congressus eredményeiről. Hiszen a congressusok jelentősége nem abban áll, hogy új ismeretekkel gazdagítják a tudományt, hanem abban, hogy felfogások tisztázódnak, a melyek alapján a kutatás jobban körvonalazott, ezáltal biztosabb alapot nyer. Igaza van Baccellinek, hogy nemzetközi orvosi összejövetelek a betegnek javát akkor szolgálják, ha megegyező nézetekre jutnak. Ebből a szempontból ítélve, azt kell mondanunk, hogy ez a congressus is sok korszerű kérdést (például appendicitis orvoslása) hagyott meg nyitva, de kétségtelen az is, hogy egyes tudományos problémák (például a termékenyítés kérdése) és gyakorlati fontosságú kérdések mégis tisztázottabb alakban kerültek ki a tudományos vitákból.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Carl Rabl: *Geschichte der Anatomie an der Universität Leipzig*. Mit 10 Tafeln. Heft 7. der „Studien zur Geschichte der Medizin“. Leipzig 1909. J. A. Barth (IV. 126 lap).

Köztudomásúlag a lipesei egyetem nemrégiben ülte meg fél-évezredes fennállásának ünnepét. Ebből az alkalomból sorra állottak elő az egyetem történetére vonatkozó munkák. De nemcsak az egyetem maga, hanem a fakultások, és nemcsak ezek, de az egyes tanszékek külön is megírták történetüket. Az utóbbiak közé tartozik az előttünk fekvő könyv: az anatomia története a lipesei orvosi fakultásban, melynek sikeres megírására a katedra jelenlegi betöltője, Rabl tanár az egyetem orvostörténetének, Sudhoff professornak támogatásával vállalkozott.

A munka annyiban is érdekes, a mennyiben betekintést nyújt nemcsak az anatómiának a fejlődése menetébe, hanem a lipesei orvosi fakultás történetébe is. Általában a szerző a lehetőségig széles alapon nyújtja elmondandóit. Behatóan ismerteti a lipesei egyetem szervezését, a tanító személyzet beosztását, előmeneteli viszonyait, a lezkerendet, a promotio szokásokat stb.

Külön óhajtanám kiemelni a nyilvános bevezetőkat, az anatomia publica-kat, más néven a sectiones theatrales-eket a XVIII. század elején, melyekhez mindig hivatalos meghívók és programok mentek szét és a melyek külön belépti díj mellett

voltak csak látogathatók. Ezen említett programokból több példányra akadt *Rabl* s munkájában közzé is tette őket.

Az anatomia történetét végigkíséri *Rabl* a legifjabb katedratikusig: saját magáig s az ábrák is a régi theatrum anatomicumon kezdődnek és a modern épületeken végződnek.

Az orvostörténészekon kívül az anatómiai tanszemélyzetet is nagyon érdekelni fogja *Rabl* gondos munkája. *György.*

Új könyvek. *A. Knoblauch:* Klinik und Atlas der chronischen Krankheiten des Zentralnervensystems. Berlin, J. Springer. 28 m. — *E. Sauerbeck:* Die Krise in der Immunitätsforschung. Leipzig, W. Klinkhardt. 1.80 m. — *S. Jellinek:* Atlas der Elektropathologie. Wien, Urban u. Schwarzenberg. 35 m. — *J. Plesch:* Hämodynamische Studien. Berlin, A. Hirschwald. 7 m. — *Liertz:* Über die Lage des Wurmfortsatzes. Berlin, A. Hirschwald. 4 m. — *S. Jessner:* Hauttuberkulose. Würzburg, C. Kabitzsch. 1.30 m. — *Martins:* Neurasthenische Entartung einst und jetzt. Wien, F. Deuticke. 1 m. — *C. Stäubli:* Trichinosis. Wiesbaden, J. J. Bergmann. 18 m. — *G. Fischer:* Bau und Entwicklung der Mundhöhle des Menschen. Leipzig, W. Klinkhardt. 16 m. — *H. Lüdke:* Grundzüge der modernen Behandlung und Bekämpfung des Abdominaltyphus. Würzburg, C. Kabitzsch. 0.85 m. — *F. Ueber:* Lehrbuch der Ernährung und der Stoffwechselkrankheiten. Wien u. Berlin, Urban u. Schwarzenberg. 12.50

Lapszemle.

Belorvostan.

A pankreatitisre vonatkozó ismereteinket összefoglalólag tárgyalja *C. Brunetti*. A pankreatitis diagnózisát megnehezíti, hogy egyéb szomszédos, collateralis szervek (gyomor, epeutak, bél) vikiariálólág működhetnek a pankreas helyett; hogy rendszerint egy kivezető cső helyett két gyűjtőcsőve van, a mi főleg akkor hat zavarólag, a mikor — és az esetek többségében így van — nem az egész pankreas, hanem csak egy része beteg. Igen sok esetben bebizonyult (Oser, Riedel, Körte, Mayo Robson, Elsässer, Dreesman) biopsia s autopsia útján, hogy cholecystitis, cholangitis, oclusio intestini, peritonitis, ruptura graviditatis tubariae diagnosztizáltott hibásan, a midőn pankreatitis volt jelen. Robson és Moynihan megkülönböztet inflammatio catarrhalist és inflammatio parenchymatosát. Az inflammatio cat. osztályába sorozzák: a catarrhus simplex acutus et chronicus, a cat. mucopurulentus és a calciosis pankreaticát kísérő gyuladást.

Az inflammatio parenchymatosa lehet acut, subacut s chronicus. Az acut parenchymatosus gyuladáshoz tartoznak: a pankreatitis haemorrhagica, gangraenosa et purulenta diffusa. Ezek gyakran kombináltak fordulnak elő, az egyik a másiktól klinikailag nehezen különböztethető meg. Subacut formában az abscessus pankreatis szokott jelentkezni. A chronicus parenchymás pankreatitishez a pankreatitis interstitialis vagy intraacinososa és a cirrhosis pankreatis tartozik.

A kivezető csöveknek egyszerű hurutja gyakran együtt fordul elő a parenchymás gyuladással; ez a megbetegedés igen gyakran kíséri a cholangitist (Robson). A purulens gyuladás lehet körülírt és diffus. A chronicus gyuladási formákban a bélből vagy a nyirokutakból bejutó csírák csökkent virulentiájúak, mint a cirrhosis hepaticában.

A pankreatitis aetiologiájában nagy szerep jut az epeutak megbetegedésének; az esetek 62%-ában (Helly) a ductus choledochuson át terjed a fertőzés retrograd irányban a ductus Wirsungianusra, máskor meg egyszerre s egy okból betegszik meg a papilla Vateribe benyúló két fővezeték. Az esetek 50%-ában a ductus Santorini nem tudja helyettesíteni a ductus Wirsungianust, annyira szűk a nyílása, sőt sokszor teljesen obliterált (Opie). A cholelithiasis és pankreatitis igen gyakran együttesen fennáll, közös okból származó megbetegedés. A chronicus pankreatitis aetiologiájában szerepel: a lues (szerzett és veleszületett), alkoholizmus, endarteritis, keringészavarok, cirrhosis hepatis. Az acut parenchymás és haemorrhagiás pankreatitisek aetiologiája ismeretlen. Szerepet tulajdonítanak a váladékpangásnak, a fertőzésnek, a traumának, a mirigysejtek degenerációjának, a keringészavaroknak, az infarctus anaemicusnak és haemorrhagicusnak. Robson duodenalis eredetű sepsises fertőzésre gondol. Még azt sem tudjuk, hogy a vérzés vagy a gyuladás az elsődleges!

Acut haemorrhagiás pankreatitist sikerült létrehozni a ductus Wirsungianus lekötésével, vagy a pankreas véreinek lezorításával.

Guleke és Opie a ductus Wirsungianusba epét, Hess bélnedvet és oleum olivarumot, Pólya duodenumtartalmat és trypsinet fecskendezett be, hasonló eredménnyel. A gyomortartalomnak s a pepsinnek nem volt állandóan ilyen hatása. Eloesser szerint a pankreasnedv behatolásán kívül még fermentumok jelenléte is szükséges, a melyek a parenchyma sérülése folytán a mirigysejtekből szabadulnak fel.

A pankreatitis acuta klinikai lefolyása súlyos. Különböző gyomor-béltünetekkel kezdődik, azután hirtelen gastralgiaszerű colica támad, igen heves fájdalmakkal, eleinte megszakított, majd folytonos jelleggel; a fájdalmak kisugározhatnak a váll, a has, a vakbél táj, az os sacrum, a csombok felé. Palpatio alkalmával a fájdalmak punctum maximuma az epigastrium.

Ételeknek a gyomorban jelenléte fokozza a fájdalmakat, míg oldalfekvés (Gessner) és a gyomor felfűvése (Martina) csökkenti. Collapsus közben órák vagy napok alatt beáll a halál. Belsőrhányás csak peritonitissal szövődött esetekben szokott előfordulni. Ritkán vér, geny s az elpusztult mirigy roncsai távoznak a szájon és a végbélen át. A betegség végső szaka felé haemorrhagiás diathesis szokott kifejlődni, vagy a szabad pankreasnedvnek haemolysises hatása folytán, vagy septikus okokból, vagy egyidejűleg jelenlevő icterus miatt.

A pankreatitis chronicában jellemző a diarrhoea, a sokszor vese- vagy májeredetűnek vélt kólika, az icterus, az erő gyors hanyatlása; sokszor erős nyáladzás észlelhető.

Objectív vizsgálattal az acut esetekben az epigastriumban körülírt meteorismus észlelhető; a defense musculaire rendszerint teljesen hiányzik; szél- és székrekedés van, mint a béllezáráásban. Daganatot az epigastriumban rendszerint nem sikerül tapintani. A chronicus esetekben rendszerint tapintható daganat, lehet, hogy a meteorismus hiánya vagy a lesoványodás miatt.

Chronicus esetekben Walko és Robson a vérképben az anaemia perniciosára jellemző elváltozásokat észlelt; néha hyperleucocytosis van jelen léptumorról. Walko chronicus pankreatitisben a gyomor functionális elváltozásait vizsgálta s 16 eset közül 8 esetben achyliát, 3 esetben hypersecretiót, 5 esetben normális chemismust talált. Boldyreff a pankreasnedvet a gyomortartalomban megtalálta mindazon esetekben, a melyekben duodenális akadály volt a papilla Vateri alatt.

A pankreas megbetegedéseiben igen nagy fontossága van a bélsár és a vizelet vizsgálatának. A bélsárban az ismert steatorrhoea, azotorrhoea, a zsír, illetve az izmok hiányos emésztődését bizonyítja. A rossz zsíremésztés főleg icterus hiánya esetén szól pankreambetegeedés mellett. A pankreas functionális vizsgálatára szolgál a Sahli (glutoid-capsulák), a Ferreira- és a Salomon-próba.

A vizeletben gyakran van indikan, fehérség, leucin, tyrosin, megszorodott mennyiségű sulfatokkal. Gyakorlati jelentősége azonban csakis a glykosuriának van. Igen ritkán észleltek (Salkowski) maltosuriát és pentosuriát. A Cammidge-reactio értékét pankreambetegeésekben többen tagadják, vagy igen kétes értékűnek mondják.

A mi a gyógyítást illeti, régebben Körte szerint az acut pankreatitisben nem operáltak, bevárták a subacut szakot, a genyképződést; egyrészt nem akarták fokozni a collapsust, másrészt meg spontán gyógyulás is előfordulhat. (Dreesman az utolsó 10 év alatt 4 ily esetet gyűjtött össze.)

Újabban az operatiót minél sürgősebben végzik, részint a vérzéscsillapítás javulatából, részint pedig a bomló anyagok eltávolítása végett.

A pankreatitis chronicában, ha az icterus állandó, ha haemorrhagiás diathesis jelei mutatkoznak, nagy fájdalommal s gyengeséggel van, szintén javult az operatio. Robson cholecystenterostomiát végez, hogy az epének állandó lefolyását biztosítsa, a pankreas distenzióját lehetővé tegye, s egy későbbi cirrhosis esetén icterus ne keletkezhessék. Villar félti az epeutakat a bél felőli fertőzéstől s ezért e helyett choledochusdrainezést alkalmaz. A pankreas nagyfokú duzzanata esetén célszerű a peritoneális borítékot (Martina és Dreesman) vagy magát a pankreast (Dos Santos) behasítani. (Il Policlinico, Sezione Pratica, 1909. Fasc. 30.) *Galambos Arnold dr.*

Sebészeti.

A tuberositas tibiae tökéletlen lerakódásáról értekezik *Rebland*. Régebben a tuberositas tibiae lerakódását a quadriceps

femoris összehúzódása folytán csak igen ritkán észlelték. Schlatter mutatott rá 1903-ban, hogy sokkal gyakrabban fordul elő mint gondoltuk és azóta ezt több szerző megerősítette. A Röntgen előtti időkben ugyanis csak a tuberositas tibiae teljes leszakadását bírták felismerni, míg manapság a tökéletlen leválásokat is fel tudjuk ismerni. Ez a tökéletlen leválás főleg 13—15 éves gyermekeken fordul elő, kiken a tuberositas még nem nőtt oda teljesen a tibiához, míg a teljes leválások a 16. éven túl történnek, mikor az apophysis már tökéletesen odaforrott. A bántalom többnyire fiúkon és rendszerint a jobb oldalon fordul elő, az esetek nagyobb részében kifejezett trauma (térdre esés) vagy heves mozdulat (rugás, footballozás) kimutatható, az esetek egy részében azonban semmi nemű ilyenféle anamnesis adat nem szerepel. A nehézségek rendszerint nem közvetlenül a sérülés után állnak elő; a beteg legfeljebb kisebb-nagyobb, de múló fájdalmat érez s csak bizonyos idő múlva állanak be állandó nehézségek járás alkalmával. Klinice a tuberositas tibiae táján exostosisra emlékeztető duzzanatot s ugyanitt körülírt nyomási érzékenységet lehet találni. Röntgen-nel azután konstatálni lehet, hogy a tuberositas leszakadt és csak basisa táján függ össze a tibiával. A consolidatio néha gyorsan megy s minden zavar eltűnik, míg mások hónapokig elhúzódik, sőt egy esetben két évig is eltartott az elég jelentékeny alkalmatlanság, mely véres műtétet is tehet szükségessé. Schlatter szerint mindazon fájdalmas duzzanatok, melyeket régebben apophysitisnek neveztek el, a tuberositas tibiae ilyen tökéletlen leszakadására vezethetők vissza. Jacobithal és Alsberg ellenben hangsúlyozza, hogy az esetek egy részében csakugyan apophysitis vagy az apophysitis traumás vastagodása van jelen. (Paris chirurgial, I. kötet, 4. füzet.)

P.

A tabes sebészi kezeléséről ír W. Denslow. Meglehetősen valószínűtlen theoriája szerint a tabes alapját a gerinczvelő kimerülése alkotja valamely periferiás eredetű állandó idegizgalom folytán. Ezen idegizgalom kiindulhat a húgyeső, a végbél, a női nemi szervek valamely önmagában nem nagy jelentőségű laesiójából, mely különösen oly emberekben váltja ki a tabes képét, kiknek idegrendszeri ellenállóképessége egyéb okok, pl. syphilis, trauma, stb. miatt különben is esőkent. Denslow theoriája szerint már most a tabes észszerű kezelése azon kell alapuljon, hogy az állandó idegizgalomra vezető laesiót kifizűkesszük és megfelelő módon kezeljük. Akkor állítólag a tabes jellegző tünetei visszafejlődnek vagy legalább is jelentékenyen javulnak. Dolgozatában újabban észlelt 16 esetet közöl, melyekben húgyesőstricturák és erosiók megszüntetése a tabeses tüneteknek (ataxiás járás, hiányos látás, szék- és vizeletincontinentia) igen feltűnő javulására, sőt megszűnésére vezetett. Mindenesetre nagy kételyvel kell ezen meglepő gyógyulások és javulások hírét fogadnunk. (Annals of surgery, 1909. június.)

P.

Börkörtan.

Az operatív-plastikai lupuskezelés értékéről és jelentőségéről nyilatkozik A. Jungmann (Wien). A lupus vulgarisnak Finsen-féle kezelése a lupustherapiának egyik legkiválóbb eszköze. Igen nagy azoknak a betegeknek a száma, a kik a fénykezeléssel teljesen helyreállíthatók, nélküle pedig úgyszólván gyógyíthatatlanok. A lupusos betegeknek azonban egy bizonyos része teljesen alkalmatlan erre a kezelésre, ellenben az operatív-plastikai eljárással tökéletesen meggyógyítható. Ennek az eljárásnak a kiváló sikereit a szerző tekintélyes statisztikai adatokkal bizonyítja. Lang tanár osztályán, a honnan az adatok valók, mindeddig 412 lupusos betegen végezték a radikális exstirpációt.

A 412 beteg közül volt 293 nőbeteg és 119 férfibeteg. A lupusos góczok sokszor többszörűsek voltak. Ily módon a 412 betegnek összesen 702 lupusos gócza volt a kiirtás tárgya. Az operatio 239 ízben az arezon történt, ezt azért fontos kiemelnünk, mert sok dermatologus az exstirpációt kozmetikai szempontból kifogásolja. A 421 operált lupusos eset közül 291 állandó megfigyelés alatt maradt. Ezek közül 259 tökéletesen recidivamentes maradt, a mi minden esetre kiváló eredmény. Igaz ugyan, hogy mintegy 60 esetnek az észlelési ideje mindössze legfeljebb egy esztendőre terjed, de van sok gyógyult eset, a mely 4—6—10, sőt 16 esztendőre áll már megfigyelés alatt. S mégis, az operatív eljárás, a melynek érdekében Lang már évek óta harezol, alig tud elter-

jedni. Kétségtelen, hogy az exstirpációs eljárás nem minden esetben alkalmas. Fontos, hogy a lupusos gócz jól körülírt legyen. A góczok többszörös volta nem lehet contraindicatio. Az eljárás nagy előnye, hogy úgyszólván biztos hatású és gyors. A Schleich-féle helybeli anaesthesia mindig használható. Az exstirpacio helyén az anyaghiány több módon tüntethető elő. A legegyszerűbb a varrattal való összevonás. Alkalmas ezenkívül a nyeles lebeny, a Krause-féle lebeny vagy a Thiersch-féle transplantatio. A választásban mindenkor a várható functionális és kozmetikai eredmény mérlegelése lesz a döntő tényező. Bizonyos, hogy az exstirpációs gyógyításnak legfontosabb határát a lupusos gócznak a nagysága szabhatja meg. Ez különösen az arez lupusára vonatkozik. A legalkalmasabb nagyság az 5 korona nagyságig terjed, de annak kétszeres, háromszoros nagysága még nem mindenkor akadály. Mint-hogy az orvos feladata, hogy a lupust ne csak kezelje, hanem meg is gyógyítsa, a szerző még egyszer kiemeli, hogy a tapasztalás azt bizonyítja, hogy a radikális gyógyításra igazán csak két eljárás alkalmas: a fénykezelés és az exstirpációs eljárás. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 1909. 97. k., 1. f.)

Guszmán.

Kísérletes tanulmányt végzett a keratohyalinról, az eleidinről és a parakeratosissról E. Bizzozero (Torino). Úgy az egyszerű kémiai úton (jodtinctura), mint a hideg és a trauma által létrejött gyulladásos folyamatokkal szemben az ép állapotban meglevő eleidin jóval nagyobb ellenállást tud kifejezteni, mint a keratohyalin. A meddig a gyulladásos állapot kifejezetten fennáll, addig a keratohyalinnak és az eleidinnek a termelése fel van függesztve. A szarúrégnek a gyulladásos folyamatok kapcsán létrejövő regenerációjában mindig legelőször a keratohyalin képződik, majd pedig az eleidin s végül a normális szarúrég. A kóros folyamatok esetében a festhető magvak a szarúrégben mindenkor a keratohyalin és az eleidin képződésének szünetelésével járnak. A parakeratosist e két anyagnak a hiánya és a szarúrégnek festhető magvai jellemzik. Ha a keratohyalinos anyag közvetlenül a festhető magvakat tartalmazó szarúrég alatt található, felvehető, hogy a normális elszarusodás ismét megindul. Ezt csakhamar követi az eleidinnek, valamint a normális szarúrégnek a képződése. Nem valószínű, hogy a keratohyalin és az eleidin képződésének megszűnése a parakeratosissra vezető folyamatok kapcsán a fehérvérsejtkivándorlásnak volna az eredménye, mert a szerző kísérleteiben a mesterségesen előidézett parakeratosissok kapcsán gyakran hiányzott ez a kivándorlás. A parakeratosissnak nem lehet a gyulladásos folyamatok nyomán létrejövő oedema, illetőleg folyadékfelgyülemelés az oka, mert a kísérletes úton létrehozott pangásos oedema eseteiben a parakeratosiss hiányozhat. Mindamellett azonban lehetséges, hogy a hámnak a gyulladásos exsudattal való átívódása némi fontossággal bír a parakeratosiss létrejöttében. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 97. kötet, 1. füzet.)

Guszmán.

Venereás bántalmak.

A végbélkánkó ismeretéhez nyújt adatokat R. Eichhorn (Charlottenburg). Az utóbbi másfél évtized óta eléggé ismeretes, hogy a rectális gonorrhoea gyakori complicatiója a kánkónak. Ebben a legtöbb újabb szerző egyetért, s egyedül Mucha az, a ki azt állítja, hogy a rectumnak kánkója korántsem oly gyakori betegség. A szerző összesen 235 gonorrhoeás nőbetegét vizsgált a végbélnek e complicatiójára nézve. Vizsgálatai alapján kijelenti, hogy a végbél kánkója gonorrhoeás nőknél aránylag igen gyakori, mert 30-60%-ban találta a végbélnek megbetegedését. Eichhorn a végbélet úgy vizsgálta, hogy feltárta ablakos-tükörrel s a nyálkahártyáról váladékot vett platinkaecsal. A váladékot olykor éles kanállal való mekpaparással is szerezte. A készítményeket minden esetben methylenkével, illetőleg Gram szerint festette. A gonococcust sok esetben nemesak festéssel, hanem tenyésztéssel is kimutatta. Nőbeteganyagának egy része puella publikákból állott. Ez utóbbiak azonban a rectális kánkó nem hogy gyakrabban, hanem ellenkezőleg ritkábban fordul elő, mint a többi nőbeteg. A végbélkánkó legtöbbször úgy keletkezik, hogy a vulvából kiszivárgó gonococcusos geny a végbélbe jut. Sokkal ritkább aetiologiai momentum a Bartholini-mirigy abscessusának áttörése. A férfiak végbélkánkóját előidézhethi az ondóhólyagok vagy a prostata tályogjának a végbélbe való áttörése. A coitus per anum a gyakorlatban

objectív tünetek a legtöbb esetben nem jellemzők, legtöbbször nem típusos hurutos jelenségek észlelhetők. A nagyobb fokú ulceratiók aránylag ritkák, ezek azután nagyfokú szűkületekre vezethetnek. Sajátságos, hogy a végbélkankó legtöbbször alig, vagy egyáltalában nem jár kifejezettebb subjectív tünetekkel. A szerző végbélkankós eseteinek több mint két harmadában subjectív tünetek egyáltalában nem állottak fenn. Minthogy a tünetek csaknem kivétel nélkül nem jellemzők, a diagnózis mindenkor csak a pozitív gonococcuslelet alapján állítható fel. A therapia a teljes gyógyulás kérdésében nem ad mindig tökéletes eredményt. Legtöbbször érnek a szerző tapasztalása szerint az albarginos öblítések (3:1000 hígítás), továbbá suppositoriumok, a melyekben ichthyol vagy protargol van. (Dermatologische Zeitschrift, 1909. 7. f.) *Guszmán.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Súlyos szív- és ércollapsus eseteiben, a melyekben a szokásos analepticumok (strophantin, coffein, kámfor stb.) használata hatástalan, *John* szerint életmentően hathat a suprarenin intravénás befeecskendése 0.5—1.0 cm³ mennyiségben tisztán, avagy 9 cm³ physiologiai konyhasó-oldattal hígítva. (Münchener med. Wochenschrift, 1909. 24. sz.)

A tabes néhány tünete ellen jól hat *Müller* tapasztalatai szerint a thiosinamin. A következő oldatból fecskendez be minden alkalommal 1 cm³-t: Rp. Thiosinamini, Glycerini aa 10.0; Natrii salicylici 20.0; Aquae destill. ad 100.0. (Esetleges kikristályosodás esetén enyhén melegítendő.) Különösen a lancináló fájdalmakat, a bélkríziseket és a hólyagzavarokat enyhítette ez az eljárás. (Medizinische Klinik, 1909. 21. sz.)

Vegyes hírek.

A nemzetközi orvosi sajtószövetkezet IV. congressusa. Az Association Internationale de la Presse Médicale IV. congressusa augusztus 27-én és 28-án folyt le az Akadémia üléstermében. A congressus sikerét nagyban eszkéntette az a körülmény, hogy a sajtószövetkezet elnöke s mondhatjuk lelke, Posner berlini tanár, súlyosabb természetű megbetegedése miatt az utolsó pillanatban kénytelen volt távolmaradását bejelenteni. A német orvosi sajtószövetkezet négy hivatalosan bejelentett képviselője közül egy sem jelent meg a congressuson. Így is körülbelül 50 tag gyűlt össze a megnyitó ülésen, melyen a magyar orvosi sajtószövetkezet nevében *Lenhossék Mihály* egyetemi tanár, a kormány nevében *Molnár Viktor* államtitkár s a XVI. nemzetközi orvosi congressus vezetősége nevében *Müller Kálmán*, a congressus elnöke üdvözölte a megjelenteket. A congressuson Posner helyett *L. Déjace* dr., a Scalp című belga orvosi lap szerkesztője, az Association alelnöke foglalta el az elnöki széket. Megnyitó előadásában *Déjace* dr. vázlatos képét adta a szövetkezet történetének, céljának s az általa eddig elért eredményeknek.

A congressus érdemleges tárgyalásában a legnagyobb helyet az orvosi reklámzikkell elleni védekezés kérdése foglalta el. A gyűlekezetnek majdnem minden tagja hozzászólt e nagyfontosságú kérdéshez, de valamely határozatban a congressus nem tudott megállapodni, mert már a reklámzikk definíciója körül nézeteltérések merültek fel. A tárgyalások során leginkább az a nézet bontakozott ki, hogy határozatokkal, törvényes intézkedésekkel ezt a kérdést nem lehet szabályozni, hanem hogy a lapszerkesztők belátására és tisztességérzetére kell bízni a tisztességtelen, megfizetett reklámzikkell távoltartását.

Másik thema *Blondel* dr.-nak, a szövetkezet főtitkárának, az a javaslata volt, hogy köteleztessék mindenki, a ki orvosi cikket közöl valamely általánosan el nem terjedt nyelven, a minő például az orosz, a hollandi, a magyar, stb., hogy ezikke végén a dolgozat főbb eredményeiről rövid összefoglalást közöljön a nagy világnyelvek egyikén (francia, német, angol). A congressus ezt a javaslatot magáévá tette, de *Lenhossék* tanár javaslatára azzal a módosítással, hogy a sajtószövetkezet a resümé közlését nem kötelező alakban, hanem csak óhajtsásképpen fejezze ki.

Az angol orvosi sajtószövetkezet azt a javaslatot terjesztette a congressus elé, hogy alakíttassék a nemzetközi orvosi congressusok ügyében egy állandó bizottság, a mely megkönyviténé a következő congressus szervezését s átszolgáltatná annak az előző congressusok tapasztalatait és tradícióit. A gyűlekezet e javaslatot elfogadta, azzal a hozzáadással, hogy az állandó bizottságban helyet foglaljon a nemzetközi orvosi sajtószövetkezet egy képviselője is. A javaslat áttétetett a XVI. orvosi congressus intéző bizottságához, mely azt azóta el is fogadta.

Az Association tisztikara a következő öt évre következőképpen alakított meg szavazás útján: elnök: *Lucas Championnière* (Páris), alelnökök: *Déjace* (Belgium) és *Lenhossék* (Budapest), főtitkár: *Blondel* (Páris), pénztáros: *Da wson Williams* (London). Posner tanárt a congressus a szövetkezet díszelnökévé választotta meg. A jövő évi értekezlet, melyen csak a hivatalos sajtóképviselők vehetnek részt, Brüsszelben lesz, a legközelebbi, V. congressus pedig Londonban, a XVII. nemzetközi orvosi congressussal kapcsolatban.

Ime végül néhány név: olyanoknak a neve, a kik élénkebben szerepeltek a congressus tárgyalásaiban és eszmecseréiben: *Landouzy*, *Lucas-Championnière*, *Blondel*, *Desfosses*, *Foveau de Courmelle* (valamennyi Páris), *Déjace* (Belgium), *Neustädter* (Drezda), *Jaffé* (Hamburg), *Smith* (London, Lancet), *Armit* (London, British Medic. Journal), *Ascoli* (Róma), *Ceccherelli* (Parma), *Recasens* (Madrid), *Grün* (Bécs), *Wieherkiewitz* (Krakó). *Lenhossék Mihály* dr.

Nemzetközi trachoma-pályadíj. A m. kir. belügyminister 1000, azaz egyezer koronát tűz ki a trachoma aetiológiáját tárgyaló legjobb mű jutalmazására, mely önálló munkálkodás alapján készült s mely e téren értékes haladást tartalmaz. A pályamunkák 1912. évi december hó 31-ig a m. kir. belügyministerhez (Budapest, I. Vár, Belügyministerium) nyújtandók be. A pályázat nyílt s nyomtatásban megjelent dolgozattal is lehet pályázni, ha annak megjelenési ideje az 1909., 1910. és 1911. évekre esik. A munkák magyar, német, francia vagy angol nyelven adhatók be. A bíráló bizottságot a m. kir. belügyminister alakítja meg. Az eredmény a XVII. nemzetközi orvosi congressus alkalmával fog kihirdettni. (78,608/1909. B. M. sz.)

Meghalt. *M. L. Perl* dr. egyet. magántanár. Berlinben, augusztus 25-én 65 éves korában. — *E. Hafler* dr., ismert svájci orvos, a „Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte” szerkesztője, Frauenfeldben, augusztus 4-én 58 éves korában. — *A. Foxwell* dr., a belorvostan tanára Birminghamban — *C. O. Hunt* dr., a gyógyszer-tanára Bronswickban (Amerika), — *H. R. Crocker* dr., kórházi főorvos, ismert bőrgyógyász, Londonban, augusztus 22-én 63 éves korában.

Kisebb hírek külföldről. A bukaresti egyetem szemészeti tan-székét *Manolescu* dr.-ral töltötték be. — Rendes tanárok lettek: *von Rymbeck* dr. (élettan) és *de Vries* dr. (kórboneczolást) Amsterdamban, *W. Mysch* dr. (sebészet) Tomskban, *C. W. Mitchell* dr., *A. M. Shinley* dr. és *H. Adler* dr. (mindhárom belorvostan) a baltimorei Maryland-egyetemen. — *J. M. Baldwin* dr., a baltimorei Johns Hopkins-egyetemen az élettan tanára és *C. M. Murphy* dr., a nőorvostan tanára Chicagóban nyugalomba vonult.

Az osztrák egyetemek orvosi fakultásainak látogatottsága a mult nyári félévben a következő volt: Bécs 1591, Innsbruck 170, Grác 320, Prága, német egyetem 254, cseh egyetem 537, Lemberg 267, Krakó 265.

Hydropyrin vízben oldható acetylsalicyls 96 1/4% acetylsalicylsav, tartalommal. Antipyreticum, antirheumaticum és analgeticum. Könnyű oldhatóságánál fogva főzetekben, forrásokban és vizes oldatban adható. Porokban és tablettákban kerül forgalomba.

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

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

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

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

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

Széchenyi-telepi sanatorium az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál. 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

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

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

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

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

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK fürdőkhöz.

„LÁPSÓ”
száraz kivonat
ládákban á 1 kiló

LÁPLÚG
folyékony kivonat
üvegekben á 2 kiló

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai. 651. l. — Szegedi Orvosegyesület (1909. május 12.-én tartott ülés.) 655. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 656. l.

A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai.

II. szakosztály: *Élettan.*

Hétfő, augusztus 30.-i, délelőtti ülés.

(Folytatás.)

A hétfő délelőtti ülésnek két utolsó tárgya *Capobianco* (Nápoly) előadása és *Loewy Adolf* (Berlín) referatuma volt. Előbbi a gyomornedv zsírbontó fermentumáról szólott, utóbbi a *Zuntz*-féle iskola álláspontját ismertette a tüdőben lefolyó gázcsereéről. Hosszú ideig tudvalevően mint kétségtelenül megállapított tény szerepelt, hogy a tüdő gázcsereje egyszerű fizikális, diffúziós folyamat, újabban azonban *Bohr* ezt a felfogást kísérletek alapján megdönteni igyekezett és a tüdő szövetének a gázcserenél aktív, szekretorikus szerepet tulajdonított. *Loewy* alapos kritika tárgyává tette *Bohr*-nak számítás módját, valamint kísérleteit is és arra az eredményre jut, hogy *Bohr*-nak csak egy kísérlete nem magyarázható meg diffúzióval, a mi nem elegendő ok arra, hogy a normálisan lefolyó gázcseret szekretorikus folyamatnak tekintsük. *Bohr* kísérletét még kevésbé tartja döntőnek.

Hétfő délutáni ülésünk első tárgya *Kuliabko* (Tomsk) elnökle alatt *Reinbold* referatuma volt a haemoglobin szerepéről a szervezetnek oxigénnel való ellátásánál. Szerinte a különböző vérek haemoglobinja illetőleg haematinja azonos és az oxigénnel állandó súlyviszony szerint egyesül, a mi *Hüfner* felfogásának felel meg *Bohr*-éval szemben; *Hüfner*-nak az oxyhaemoglobin dissociációjára vonatkozó teoriáját azonban nem tartja teljesen bebizonyítottnak. *Reinbold* referatuma *Loewy* szövegéhez, reflectálva a referens által kritika tárgyává tett kísérleteire. *Lussana* (Bologna) előadásában azon kísérletei által igazolt felfogását ismertette, hogy az izolált szövetek gázcsereje aktív, respiratorikus folyamat. *Ellinger* (Königsberg) egy új festékesoportról adott elő, mely a fehérjének egy alkotórészéhez áll közeli rokonságban és így biochemiai jelentőséggel bír. Végül *Zwaardemaker*, majd utána *Dekhuysen* (Utrecht) ismertették közös referatumaikat és hangsúlyozták, mily fontossággal bír a fiziologiában a phasisszabály alkalinitása, melyet ők egyelőre egy egyszerűnek mutakozó esetben, a tojás sárgájánál próbáltak alkalmazni.

III. szakosztály: *Általános és kísérletező kórtan.*

Achard (Páris): *A fehérvérsejtek vitalitása, ellentállóképessége és aktivitása.*

A módszerek ismertetése után, a melyeket a fehérvérsejtek vitalitásának, ellentállóképességének és aktivitásának vizsgálatára használni lehet, az előadó áttér a vérsavónak hatására a fehérvérsejtekre. Különösen a fehérvérsejteket konzerváló és aktiváló hatásával a serumnak foglalkozott. Végül ezen vizsgálatoknak a gyakorlatban értékesíthetőségéről szólott; így például a fehérvérsejtek aktivitásából következtethetünk a betegség lefolyására, a mennyiben eléggé magas fokon megmaradása kedvező prognostikai jel, erős csökkenése pedig halálos kimenetelre enged következtetni.

Besredka: *Az anaphylaxiának praeventiv kezelése.*

A gyógyító serumoknak 56°-ra hevítésével egy órán át egy-mást követő négy napon, gyengíti az anaphylaxiás hatásukat. A narcosis aetherrel, vagy még ezélszerűbben alkohollal teljes, bár múltó mentességet létesít az anaphylaxiával szemben. 80°-ra hevített serumnak előzetes befeeszkendezésével tartós immunitás érhető el az anaphylaxiával szemben, csak hogy ez az immunitás lassan áll be. Legjobb mód az anaphylaxiás zavarok megelőzésére ugyanazon serum nagyon kis adagjának a bőr alá fecskendezése.

London (Szentpétervár): *A rádiumsugarak hatásmódja az élő szövetre.*

Schwarz volt az első, a ki arra utalt, hogy a rádiumsugarak a lecithinre gyakorolt bontás útján hatnak. Hasonló eredményre jutottak azután mások is (*Schaper*, *Werner*). Az előadó azt találta, hogy a rádiumsugaraknak kitett lecithin állapotba vive ugyanolyan hatást fejt ki, mint maga a radium. Ennek folytán az a kérdés támadt, vajjon a radium hatása nem vezethető-e vissza a lecithinből képződő termékekre (cholin, trimethylamin, phosphorsav stb.). Több rendbeli kísérlet csakugyan valószínűvé tette ezt a felvételt. Másrészt azonban vannak tapasztalatok, a melyek határozottan arra utalnak, hogy a rádiumsugaraknak chemiai hatása az élő szövetre a lecithin befolyásolásán kívül még másféle módokon is történik.

IV. szakosztály: *Bakteriologia. Kórboncztan.*

Homén (Helsingfors): *Experimentális tuberculosis egészséges és alkohollal kezelt állatok peripheriás idegeiben.* Homén naponkénti alkoholadagolás mellett házinyulak peripheriás idegeibe tuberculosis-bacillusokat oltott s azt tapasztalta, hogy a reparatorikus szövetelváltozások az alkoholizált állatokon sokkal kisebb-fokúak, mint a controll-állatokon, míg a szövetszétesés ellenkezőleg nagyobb-fokú. Állítását nagyon meggyőző pontos rajzok bemutatásával támogatta.

Panc (Napoli) rövid referatumban a mikrobák antagonizmusáról s ennek gyakorlati jelentőségéről számol be. Anthrax-bacillusok és a bacillus-pyocyaneus, illetve anthrax meg más néhány mikroba közt határozott antagonizmust talált. Legszembetűnőbb ez az antagonizmus az anthrax s a pyocyaneus között, de csak akkor, ha az anthrax-bacillust a pyocyaneussal, vagy annak előtt culturáival egyidejűleg fecskendezte bőr alá. Más kísérleteknél (pl. anthrax bőr alá, pyocyaneus intravenosusan vagy intraperitonealisán) nem befolyásolta a pyocyaneus az anthrax-fertőzést, az állat éppen úgy elpusztult, mint a controll-állatok. Felfogása szerint a pyocyaneus nem úgy hat, hogy az anthrax-bacillust megöli, hanem az állat szervezetében kifejlődő bizonyos immunitás és a bakteriumölő képesség összehatásának eredménye az antagonizmus.

Ha állatokat (nyúl) az immunizálás technikája szerint pyocyaneus és anthrax-cultura keverékével kezeljük, az így kezelt állatok utóbb súlyos anthrax-fertőzéseket is elviselnek. Ezek alapján nagyobb állatokon (juh, szarvasmarha) is ezélszerű volna kísérletezni, mert hasonló vaccinatióval talán nagyobb állatokat is meg lehetne óvni a spontán infectiótól.

D'Agata (Napoli) *Panc* intézetében végzett vaccinatiós kísérleteiről tart előadást, melyeket anthrax és pyocyaneus vegyes culturáival tett. Lényegileg *Panc* referatumaának kiegészítése a kísérletek részletes ismertetésével.

Pfeiffer (Breslau): *A bakteriumok virulentiáját befolyásoló újabb tapasztalatokról referál.*

E. B. dr.

VI. szakosztály: *Belorvostan.*

Inman (London): *Az immunitás vonatkozásai a gyakorlati orvostannál.* Szólott a vér védőanyagairól, az agglutininekról és a vér bakteriumölő képességéről s behatóan foglalkozott az opsoninek értékével s a vaccinatióval. Különösen szólott a sanatoriumi s a tuberculinkezelés folyamán az opsoninindex változásáról s részletesen fejtegette a tuberculinoltás értékét lokalizált gümös megbetegedések kezelésében. A tüdőtuberculosisban a vegyes fertőzések kérdését, továbbá a passiv immunitást tárgyalta. Végül a gyógy-savókról szólott általában s antitoxikus és antibakteriumos hatás-módjukról.

Senator (Berlin): *Polycythaemia.* Az élet- és kórtani viszonyok között jelentkező relativ és absolut polycythaemiát tárgyalta. Physiologiai polycythaemia észlelhető nagy vízvesztés és fehérjedús táplálék felvétele után, reconvalescens és anaemiás egyénekben, újszülöttekben, mesterséges dyspnoëkor és egyes állatokban téli

álmuk alatt. Kórosan cyanosiskor s különböző fertőzések vagy mérgezések okozta haemolysisben, idegbetegségekben s olykor egyes oly betegségekben is, melyekben a vérelváltozás minősége ismeretlen. Mind e megbetegedésekben a polycythaemia a vér csökkent oxygentartalmára vezethető vissza, mi által a vérképző szervek fokozott munkára kényszerülnek. A felsorolt betegségektől különálló a Vaquez-féle polycythaemia megalosplenica és a polycythaemia hypertonica (Geisböck). Mindkettőben a csontvelő elsődleges bántalmazottsága a kórokozó momentum. A Geisböck-féle kór a Vaquez-félétől a jellemző nagy vérnyomás, balszívhypertrophia és a léptumor hiánya által különböztethető meg. A vér elváltozását főleg a Vaquez-féle kórnl tanulmányozták. A viscositás és a faj-súly nagyobb, a vérsavó szárazanyagtartalma csökkent. A vörösvérsejtek tulajdonságai nem mutatnak változást. A respiratorius gázcsere több esetben feltűnő magas értéket adott. A kezelésben növényi táplálék és vérvételek bizonyultak kedvező hatásúnak. Az elsődleges polycythaemiának ezenkívül ismeretes még oly esete is, mely a két leírt csoportba nem sorolható be.

Bence (Budapest) ez előadás kapcsán a III. belorvostani klinikán előző napon elhalt hat éven át észlelt beteg bonczéletéről referál. Az összes szervekben miliáris gümőkór volt kimutatható, így a lépben is, melynek kiindulási helye a prostata. A lépelváltozás másodlagos, tehát nem függ össze okilag a polycythaemiával.

Ebstein (Göttingen) a leukaemiáról tartott előadásában utal arra, hogy e bántalom kórtanában a haematologiai ismereteknek sokkal tágabb tere van, mint a mennyire az orvosi ismereteknek szükségük van. A vérkép ismeretén alapuló specializáló kezelésnek csak akkor lesz értéke, ha a betegség kórokozója ismeretes lesz. Acut, chronikus és subacut leukaemiát különböztet meg. Az acut átlag 5—7 hétig, az idült 1—2 évig, a subacut fél évig állhat fenn. Az acut azonban rövidebb, a chronikus hosszabb lefolyást mutathat. A dispositio, symptomatologia, diagnostica, prognostica tárgyalása után a betegség lényegére tér át s valószínűnek tartja, hogy fertőző bántalom, a melynek vonatkozásai a vérképző szervekhez még nem tisztázottak. Ezután még a leukaemia viszonyát tárgyalta a terhességhez, köszvényhez, kőbántalmakhoz s a fertőző betegségekhez, különösen a tuberculosishoz.

Osborne (New-Haven): *A belső elválasztás zavarai.* A hypophysis, pajzsmirigy és ovarium által okozott betegségek ismertetése után szólt a parathyreoidea zavart működése által okozott paralysis agitansról s a mellékvesék fokozott működése által előidézt neurastheniás zavarokról. A hasi műtétek után keletkező shockot a mellékvesék elválasztásának akadályozott voltával magyarázza. Méhvérvések ellen emlőmirigyállomány adagolását ajánlja.

Noorden (Wien): *Az elhízás aetiologiája.* A legtöbb esetben hizlalásból ered a kövérség. E hizlalás egyrészt túltáplálás, másrészt lustaság, téflenség következménye. Gyakran mind a kettő együtt fordul elő, s az aetologia körülményei ez esetekben tisztázottak. Sokkal nehezebb az úgynevezett constitutionális elhízás értelmezése, a melyben a vázolt körülményeknek szerepük nincsen, s a kövérség feltartóztatlanul létrejön. Ez esetekre nézve bebizonyítottan tekinthető, hogy a szervezet csökkent oxydatiós erélyére vezethetők vissza. Az oxydatiós erély a pajzsmirigy állapotától függ, ezért a constitutionális elhízás minden alakját thyreogennek minősíti.

Ezek osztályozása a következő shémában lehetséges: a) elsődleges thyreogen elhízás, ezt okozza a pajzsmirigy önálló állapotváltozása, úgy mint atrophiaja, elfajulása, functionális gyengesége stb., b) másodlagos thyreogen elhízás, ebben a pajzsmirigy működési zavarát más szervek okozzák, mint pl. a hasnyálmirigy, a tenyészmirigyek, a hypophysis, mellékvesék, thymus s talán más szervek is. A tárgyalt aetologiai kérdéseknek a gyógyítás szempontjából is nagy fontosságot tulajdonít, mert a helyes kezelés minden esetben csak az anyagcserezavar eredetének ismerete alapján fogantatosítható.

Huchard (Páris): *Az arteriosclerosisról.* A kőrbonczolóktól eltérő véleménye miatt még mindig nem lehet a betegség pontos és észszerű definitióját adni, megfejtése kísérleti úton sem történhetik; ily módon az erekben elváltozás, de nem arteriosclerosis hozható létre. Az atheroma és arteriosclerosis nem azonos fogalmak. Az atheroma az aggkor betegsége (60—80 évig), az arteriosclerosis a 30—60

évig jó létre s a zsigerek bántalmában is nyilvánul, míg az atheroma pusztán az erekben jó létre. A Gull és Sutton által megállapított „arteriocapillaris fibrosis“ fogalma tökéletlen. Vannak ú. n. aortatypusú arteriosclerosisok is, a melyek különösen az aorta s a szívbíllentyűk megbetegedésében nyilvánulnak, bár a kisebb erek bántalmazottsága is jelen van. Nagy fontosságot tulajdonít boncz-tani, klinikai s therapiái szempontból az endocardiális és endoarteriális szívbántalmak megkülönböztetésének. Az utóbbiak legfőbb okai a köszvény, ólommérgezés, syphilis, dohányzás, szellemi túlerőltetés és czélszerűtlen táplálkozás. A szívscerosis klinikai kifejlődése 4 időszakban történik; ezek az arteriális (praescerosis) cardioarteriális, mitroarteriális és a szív kitágulásával járó időszak. A tünetek 3 csoportja (toxicus, cardioarteriális és a vesét illető) igényel speciális gyógykezelést; legnagyobb szerepük a toxikus tüneteknek van. Az arteriális kiinduló szívbántalmak korai és állandó tünete a vese elégtelensége, a mely oly esetben is jelen van, a mikor fehérje nem mutatható ki. Elősegíti toxikus anyagok visszatartását s a vérnyomás fokozódását. A gyógyításban a diaeta s a vesék kezelése mindig az első dolog; a különböző gyógyszerek használata tulajdonképpen visszaélés. Korlátozzuk az antiscleroticumnak nevezett serum, nagy frequentiájú áram, a jód és digitális, talajkúrák és ásványvizek használatát. Megemlíti ezenkívül az arteriosclerosisnak oly alakját is, a melyben csökkent verőeres nyomás van jelen s mely valószínűleg intestinális eredetű (a v. porta pangására s hypertensiójára vezethető vissza.)

Kéty Károly (Budapest): *Az arteriosclerosis.* Kiemeli, hogy a sclerosis elváltozás a vénákban és nyirokerekben is jelen lehet. A legtöbb szerző degeneratív folyamatnak tekinti s az intimát véli a betegség kiindulási helyének. Az emberiség 25%-a áldozata a betegségnek, mely azonban többnyire nem az egész vérrendszerben, hanem csak egy körülírt részében található. A syphilis által okozott aortitist önálló megbetegedésnek tekinti s teljesen elkülöníti az angiosclerosis körképétől. Az aorta tágulatai többnyire e syphilitikus elváltozásokra vezethetők vissza. Oly körülmények, melyek hosszú időtartamon át vagy gyakran ismétlődve vérnyomás-emelkedést okoznak, elősegítik az angiosclerosis kifejlődését. Valamely szervnek túlságos munkássága vagy gyakori túlerőltetése véreinek sclerosisát okozhatja. Gyakori szellemi túlerőltetés, azonkívül toxikus, esetleg infectious okok, dohány, alkohol, ólom, anyagcserebetegségek, vesebaj jelentős kórokozó szerepet játszhatnak. Lustaság, ülő életmód, különösen túltáplálással, szintén veszélyeztetetheti a véreik épségét, egyes szerzők szerint az öröklés is tekintetbe veendő.

Müller Kálmán (Budapest): *A hasi arteriosclerosisról.* Kiemeli a gyomorbél-csatorna megbetegedésének gyakoriságát. A tünetek sokfélék, bizonyos tekintetben hasonlítanak néhány szervi gyomor- és bélbántalomban észlelhetőkhöz, másrészt azokhoz, a melyek a gyomor- és bélneurosisok körképéből ismeretesek. A diagnosit megkönnyíti a szív- és vérelváltozások jelenlétének kimutathatósága. A betegség férfiakban gyakoribb mint nőkben. Nem tekinthetjük tisztázottnak, hogy a fájdalmakat vérérgöres vagy a sympathicus ideg neuralgiája okozza-e. Kedvező tüneti hatást érhetünk el azonban véreket tágító hatású gyógyszerekkel.

Ország.

VII. szakosztály: Sebészet.

A) Általános sebészet.

a) Asepsis.

Manninger (Budapest): *Asepsis és amycosis.* A műtési beavatkozások amycosisában az utóbbi évek főbb mozzanatai a következők:

I. *Az érintkezési fertőzés elkerülése.* 1. A műszerek és kötőszerek stb. fertőtlenítése kevés újítást hozott. 2. A köztakaró (kezek, műtési terület) desinfectiójának egyszerűsítésére törekedtek. A mosást szappanos vízzel elhagyják; a legtöbb sebész 5 percig alkoholban vagy alkohol-aetherben, acetonalkoholban, jodbenzinben mosakszik. Mindezen eljárások cserzik a bőrt s a csírák áthaladását gátolják; mivel azonban ez a cserző hatás mulékony, az alapos mechanikus tisztogatás elhagyását károsnak kell tekintenünk. Az egyszerűsítés másik módja, hogy mosás után szappanos forró vízben kezünk 5 percig 2‰ sublaminalkohollal, 3‰ lysoformmal.

vagy bacillol-alkohollal ledörzsöljük. Az eredmények aránylag kielégítőek, azonban ma is áll az a tétel, hogy a bőrt semmiképpen sem lehet teljesen csíráltatni, még kevésbé ily állapotban megtartani. Így tehát a gummikesztyűk fokozott alkalmazása haladásnak tekintendő. A száraz (cserzett) kézre húzott száraz gummikesztyűk, elővigyázat és megfelelő gyakorlottság a gummikesztyű hátrányait (szakadékonyság, a keztyűnedv kiszivárgása) csökkentik s határozottan javítja a sebek amycosisát. Ez áll a műtési terület gummival (gaudanin, dermagummit) való bevonására is. A kézűrniszek a keztyűnek silányabb pótszerei.

II. A léginfeció (cseppfertőzés) csökkentésére szolgálnak a megfelelő maszkok, a műtési területnek a beteg fejétől függőnyvel való elválasztása.

III. Az implantációs infectio elkerülésére mind nagyobb tért hódít a selyemnek gyenge antisepticumokkal való impraegnálása. A fonal secundaer infectiója a Lanz-féle ligaturagömbök segítségével kerülhető el. A catgut sterilizálására a legegyszerűbb módszer a Claudius-féle jodos eljárás. Az alkoholgőzökben való fertőtlenítés jó eredményeket szolgáltat ugyan, de külön eszközöket (autoclav) igényel.

Az említett módszerekkel az amycosisat igyekezünk elérni; a további asepsis nagyban függ még az egyes technikától is.

Grossich A. (Fiume): A köztakaró fertőtlenítésének egy újabb módjáról.

Az előadó már régebben észlelte, hogy műtési sebek, melyeket a köztakarónak minden előzetes mosás nélkül jodtincturával bekent területén ejtett, kivétel nélkül primára gyógyulnak. Grossich már akkor sejtette, hogy a száraz, vízzel és szappannal át nem itatott bőrbe a jodtinctura jobban penetrál. Walther és Touraine (Páris) vizsgálatai ezt világosan bebizonyították. A szövettani és bakteriologiai vizsgálat excidált bőrrészeket kimutatta, hogy csak az előzőleg meg nem mosott bőrrészek maradtak jodtinctura-kezelés után sterilek. Ha ellenben oly bőrrészekből végeztek excisiókat, melyek előzőleg vízzel, szappannal, alkohollal, aetherrel megmostak s csak azután kezelték jodtincturával, mindig számos bakteriumcolonia tenyészett ki az excidált bőrrészletből. Grossich két év óta gyakorolja e módszert és mivel eredményei mindig kifogástalanok, az eljárást mint egyszerűt és abszolút biztosat nyugodtan ajánlhatja.

Lévai (Budapest): A drainezésről. A mióta műtéseinket aseptikusan végezzük, a sebeknek prophylaktikus drainezése idejét múlta. A sebészeten mai nap általában véve csak gyógycezléből drainezünk, kétféle rendszer szerint, úgymint drainsövekkel és kötőszerekkel.

A csövekkel való drainezés csak akkor lehet czélszerű, ha a drainsövek merevek. A kötőszerekkel való drainezéshez rendszerint a gazet használjuk; a drainezés ezen módszere a capillaritas törvényeinek van alávetve. Lévai a tampondrainezést csak akkor tartja czélszerűnek, ha a tampon kúpot képez bázisával kifelé és továbbá, ha a tamponadehoz használt gazet előzőleg anti-vagy aseptikus folyadékba mártottuk és kifacsartuk. A száraz gazet a sebbe csak akkor vigyük bele, ha nem drainezni akarunk, hanem vérzést csillapítani.

A tampon drainező képessége tovább tart, ha föléje néhány réteg nedves és kifacsart gazet helyezünk és ezt gyapottal fedjük. A váladék beszáradását elkerüljük, ha a kötést impermeabilis szövetrel fedjük.

Wyllis Andrews (Chicago) elmésen szerkesztett fémkapcsokat mutat be a köztakarónak és a beleknek egyesítésére. Ezen kapesok alkalmazása a műtétek idejét nagyon megrövidíti.

Braatz (Königsberg): Haladások a gőzdesinfectio elméletében és gyakorlatában.

Braatz rossznak minősíti azon sterilisatorokat, melyeknél a kötőszereket a gőz megnedvesíti; az előzetes melegítés túlhevítés folytán a gőz hatását lerontja. Braatz azt sem tartja czélszerűnek, ha a gőz felülről kerül a sterilisatorba. Leggyorsabb a sterilizálás akkor, ha a kötőszertartóban drótbetét van és a gőz minden oldalról áramlik be a kötőszerdobozba.

*

Az asepsis kérdését tárgyaló előadások körül élénk vita indult meg; ebben részt vettek a következők:

Lucas-Championnière (Paris) azt hangoztatja, hogy neki mindig könnyen sikerült a bőr megtisztítása jó antisepticum segítségével. Ily jó antisepticum egy carbolsavas oldat; rossz antisepticum a sublimat. A carbolsav hatásának legjobb fokmérője, hogy még izületekben is nyugodtan dolgozhatunk megtisztított és carbolsavba mártott ujjainkkal a nélkül, hogy genyedetől, secundaer infectiótól kellene félnünk.

Walther (Páris): Grossich szavaira reflektál. A jod alkalmazásáról Walther és segédje Touraine f. év márczius havában a párisi Société de Chirurgie-ben közölték tapasztalataikat; kiterjedt bakteriologiai vizsgálatot végeztek és úgy találták, hogy a bőr sterilizása teljes, ha előzőleg nem mosták, ellenben ha a köztakarót előzőleg megmosták, a bőr pórusain át bakteriumok vándorolnak ki. Oszlja Grossich conclusióit és az előkészítést jodtincturával egyszerű, praktikus és abszolút biztos módszernek tartja.

Bogdán (Balassagyarmat): Mivel kételyei voltak a Grossich-féle eljárásnál a piszok visszahagyását illetőleg, mindig úgy járt el, hogy a jodtinctura alkalmazása előtt a műtési területet 1/100 jodbenzinnel ledörzsölte. A jodbenzin a zsírokat alaposabban oldja, mint az aether; a zsírok oldásával a zsírhoz tapadó piszok is leázik, e mellett a köztakaró nem lesz alkalmatlanná a jodtinctura-kezelésre, mint alkalmatlanná válik vízzel és szappannal való mosáskor.

Grossich közleménye óta körülbelül 700 esetben ily módon készítette elő a köztakarót, 80 herniotomiát és 15 laparotomiát is végzett, fertőzés nélkül. Módosítását úgy elméleti okoskodások révén, valamint gyakorlati tapasztalatai folytán igen hasznosnak tartja.

Pawlowszky (Kieff) említi, hogy Oroszországban is sokat használják a jodtincturát a bőr desinfectiójára. Pawlowszky maga contusiós sebeknél sokat alkalmazza, alkalmazta az orosz-japán háborúban áthatoló sérüléseknél is, igen jó eredménnyel.

Egyébként Pawlowszky a műtési terület és a kezek előkészítésére a mosást alkohol-sublimat-formalinnal tartja a legjobb eljárásnak.

Repetto (Buenos-Aires): Igen számos esetben kísérlette meg Grossich eljárását s az eredménnyel igen meg volt elégedve. Azon esetekben tartja az eljárást indikálnak, mikor a seb közelében a fertőzésnek valamilyen forrása illusoriussá teszi a rendes desinfectiót. Igen alkalmas még a rachianaesthesia alkalmazásakor, ilyenkor úgy beszűrés előtt, mint beszűrés után beecseteljék a szúrás helyét.

Az egyedüli kellemetlenség, melyet a jodtinctura használata után néha látott, könnyű conjunctivitis volt; létrejövetelét a joddal bekent bőr állandó gőzölgéséből magyarázza.

Colombani (Sebenico): Három év óta műtéseinek 100/100-ában per primam intentionem következik be a gyógyulás. Keztyűvel, álarczczal és sapkával operál.

A műtétet megelőző napon a beteget megfürösztí; a műtét területét szappanos vízzel lekeféli s azután sublimátos pára-kötést alkalmaz. Ezen eljárást a műtét napján korán reggel megismétli. Közvetlen a műtét előtt újból megmossa a műtét területét szappanos vízzel, aetherrel, alkohollal és steril vízzel.

A műtét alatt csak steril vizet használ a kézmosáshoz. Antisepticumokat nem alkalmaz.

Manninger (Budapest) zárszavában kiemeli, hogy a referatumanak megszerkesztésekor Grossich eljárása eléggé kitapasztalva még nem volt, ennél fogva csak reserváltan nyilatkozhatott róla. Lucas-Championnière, Walther, Bogdán, Pawlowszky és Repetto közleményei arról győzték meg, hogy az előkészítés jodtincturával kitűnő eredményeket ad.

Lucas-Championnière azon nézetét, hogy a bőr desinfectiója könnyű feladat, nem oszthatja; kiváló eredményeit Lucas-Championnière bizonyára briliáns technikájának köszöni. Végül köszönetet mond Braatz-nak, hogy a discussio folyamán elismeréssel adózott a legnagyobb magyar orvosnak, Semmelweis-nek, a ki az asepsis princípiumait először fejtette ki és valósította meg.

* * *

(Folytatása következik.)

Gergő.

X. szakosztály: Gyermekgyógyászat.

Hutinel (Páris): A rachitist dystrophiás eredetűnek tartja s párhuzamba helyezi a többi dystrophiákkal. A csecsemőkben az assimilatio zavara az összes szöveteket támadja meg s az úgynevezett teljes atrophia (athrepsia) létrehozója. Már nagyobb gyermekben az egyes szövetek ellentállóbbak s ez esetben csekélyebb horderejű hypotrophiák jönnek létre. Más egyénekben a dystrophiás folyamatok anaemiákat vagy lymphatizmust szülnek. Mindezen folyamatok az előadó szerint az angolkórral analog viszonyok közt keletkeznek s velük gyakran szövődnek.

Escherich (Wien): A görvélykört lymphatikus alapon fejlődő, úgynevezett skrofulidek által jellemzett gyermekkori gümőkórnak tartja. A lymphatikus szervezet létrejötté átöröklésen kívül más mozzanatok, mint nedves lakás, rossz táplálkozás, piszok stb. által is elősegítették. A kezelésben a jód és csukamájolaj mellett a tuberculinak is helyet kíván szorítani.

Barbier (Páris): A csecsemők gümőkórja szoros összefüggésben van a szülők, de különösen az anya hasonló megbetegedésével. Az óriási gyermekhalandóság egyik főokozója a tuberculosus. A csecsemőkori gümőkór tipikus vagy atypikus alakban jelentkezik; első esetben a jellegző bonczani elváltozások mutatkoznak, az atypikus kórformákat a szervek hiányos fejlődése vagy ezek működési zavara jellemzi.

Fischl (Prága) az orthotikus albuminuriát „Lordotische Dispositionsalbuminurie”-nak nevezi. Klinikai tapasztalatait hullá- és állatkísérletekkel egybevetve, *Jehle* közismert elméletét elfogadja, hozzátéve, hogy a fejerjevizelés létrejöttére a vesék bizonyos hajlama szükséges. Orthotikus albuminuriából fejlődhetik vesegyulladás, az ellenkező körmenet lehetőségességét az előadó tagadja.

Concetti (Róma): Csecsemőknél physiologikus hypothyreoidizmust tételez fel; a természetes táplálás és a gyermek fejlődése folyamán ez állapot enyhül, kivéve ha az anyának pajzsmirigye kóros elváltozásokat mutat. Mesterséges táplálásnál a hypothyreoidizmus ú. n. „formes frustes”-jei gyakoriak. Opothérapeutikus eredményeivel meg van elégedve.

Comby (Páris): A gyermekek periodikus hányásánál neuroarthritikus hereditást tételez fel. Az acidosis szerepét túlbecsülik, a bonczoláznál talált májsteatosis valószínűleg másodlagos. Előadó véleménye szerint az idült vakbélfolyamatok okozói ezen tüneteknek.

Baginsky (Berlin): A spirochaeta pallida és a Wassermann-reakció a lues legkülönbözőbb alakjainak pontos körjelzését teszik lehetőségessé, minek következtében a *parasyphilis* kórisme a jövőben feleslegessé válik.

Baumel (Montpellier): A fertőző megbetegedésekben szenvedők a Pasteur-kórházban bevezetett ú. n. „isolement individuel” módszer szerint helyezendők el. Elkülönítésnél emberbaráti szempontokat sem szabad elhanyagolni. A beteg látogatása kellő ellenőrzés mellett szerinte megengedhető. A betegek brutális kórházba szállítását (pl. rubeolás eltávolítása téli éjszakán!) helyteleníti.

Cardamatis (Athen): A gyermekek váltólázáról tart előadást. Veszélyetett malariát nem ismer; az anya váltóláza a foetus fejlődését nem befolyásolja; a csecsemőkön gyakran észlelhető relatív immunitás.

Deutsch Ernő.

XVII. szakosztály: Stomatologia.

Galippe (Páris) és **Zsigmondy** (Wien) mindazon tényezőket ölelik föl, a melyek az állcsontok fejlődési anomáliáira, következtetés-képpen a fogszabálytalanságokra birnak hereditaer befolyással. **Cruet** (Páris) és **Bellinzona** (Milano) a szájnyalakhártjának a különböző általános, fertőző betegségek kapcsán keletkező megbetegedéseit tárgyalták igen kimerítő, széles mederben. **Goadby** (London) némely a szájon keresztül a szervezetbe jutott fertőző betegségnek oltási eljárással való gyógykezelését ismerteti. Ez volt a szakosztálynak legkimagaslóbb tárgya, a mely ezen a téren egész új irányokat világított meg. Méltán csatlakozik ehhez **Fenchel**-nek (Hamburg) a **Deutschmann** féle serummal betegeken végzett bemutatása, a mely az acut periostitisz gyógykezelésében szintén új korszakot jelent. Igen érdekes volt **Goadby** (London) és **Sim-Wallace** (London) párhuzamos értekezése a fogszerű prophylaxisáról, a melynek kapcsán **Rozgonyi** (Budapest) azon indítványt terjesztette elő, hogy hazánkban is indíttassék actió a tüdővészések és iskolásgyermek fogának

rendszeres gyógykezelése iránt, a mint az Németország minden nagyobb városában ú. n. Schulzahnklinik-okban már is folyik. Ugyancsak nagy érdekű volt **Logan-Turner** (London) és **Waggall** (London) párhuzamos fejtegetése az állcsontból genyedéséről. A vetítéssel egybekötött előadások között első helyen említendő **Cavallaro** (Firenze) előadása, a kinek sikerült a spirochaeta pallidát a hereditaer syphilisben szenvedő csecsemők fogcsíráiban kimutatni. Továbbá **Rhein** (New-York) a gyökkezelésekről, **Turner** (London) a fogaknak normális eltolódásáról foghúzás után mutatott be rendkívül érdekes és tanulságos vetített képeket.

A XIX. szakosztály munkálkodása.

A törvényszéki orvostani szakosztály ülései annyiban meglepetéssel kezdődtek, a mennyiben a referensek és előadók közül igen sokan elmaradtak, úgy hogy a bejelentett kilencz referatumból közül kettő és 21 előadás közül csak 12 kerülhetett napirendre. Öröndetes jelenség azonban mindenesetre az, hogy a megtartott 12 előadás közül nyolczat, tehát az összes előadások 66%-át hazai szerzők tartották.

A törvényszéki orvosoknak a munkásbiztosítás körében kifejtett ténykedéséről tanuskodik **Dabout** tanár (Páris) referatuma. Az 1898.-i munkásbiztosító törvény szempontjából bírálja a munka közben beállott hirtelen haláleseteket. Tárgyalása során felsorolja azon szervi megbetegedéseket, a melyekben hirtelen halál bekövetkeztethetik. A törvény szövege szerint mérlegeli az eshetőségeket s azon véleményének ad kifejezést, hogy nemcsak azon esetekre terjesztendő ki ezen törvény, a hol munkaközben szenvedett súlyosabb természetű, fontosabb szervek működését felfüggesztő sérülések miatt áll be a halál, hanem csekélyebbnek látszó sérülések folytán beállott halálesetekre is, mivel, bár milyen csekély legyen az, a már meglevő és hirtelen halálra diszponáló kóros elváltozásokat súlyosítja és így hirtelen halálhoz vezet.

Thoinot tanár (Páris) referatumaiban azon már többször megvitatott kérdést vetette fel, vajjon vízben hosszabb ideig tartó rothadás után lehet-e a vízbefúlásra mutató s azt bizonyító jeleket a holttestben feltalálni? Erre vonatkozó vizsgálatai, mint már eleve várható volt, pozitív eredményekre nem vezettek.

E két referatumból az előadásokra került a sor. **Leers** (Berlin) az újszülöttek tüdőjének rothadásáról tartott előadást. A foetalis és légzett tüdőben a rothadás folyamán fellépett változásokat szövettanilag vizsgálta. A tüdők relative lassan rothadnak, a légtelenek hosszabban, mint a légtartalmúak. A foetalis tüdő legtöbbször gázképződés nélküli colliquáló rothadás folytán megy tönkre, bár ritkán gázképződés is jelentkezik, de csak az interstitiumban. A légzett tüdőre a gázképződés alveoláris rothadás a jellegzetes. Az előadó szerint a szövettani vizsgálat útján a légzett és légtelen tüdő között a különbség megtehető addig, míg a tüdő szövete teljesen el nem pusztul. **Rémy** (Dijon) a féloldali vakság vizsgálására, illetve a színlelés leleplezésére szolgáló elmésen szerkesztett diploscopos készüléket mutatott be. **Koda** (Újvidék) koponyarögzítőjét mutatja be és annak előnyeiről szól a koponyaúr felnyitásánál.

Rudas (Kolozsvar) érdekes előadásában a csontok halál utáni szövettani elváltozásairól értekezik, ezeket értékesíti annak megállapítására, hogy adott esetben valamely csont vagy csontváz mennyi ideje élettelen, illetve mennyi ideig feküdt a földben.

Szigeti törvényszéki orvos (Temesvár) az emberi test normális arsenartartalmáról és a vegyi elemzés értékéről beszél arsenmérgezéseknél. Értekezése során az egyes szervek normális arsenartalmát sorolja fel. Majd **Gautier** tapasztalataira tér át, az ő észleletei az előadó szerint nem hogy leszállítanak a hullarészekben kimutatható arsennek mérgezést bizonyító értékét, hanem még fokozzák a vegyi elemzésbe vetett eddigi bizalmat. Alig képzelhető el, hogy törvényszéki esetekben az emberi pajzsmirigynek elenyésző csekély és az agyvelőnek, bőrnek csak nyomokban kimutatható rendes arsen-tartalma végzetes tévedések és hibás következtetések kútforrása legyen.

Különös érdeklődést keltett **Kenyeres** tanárnak (Kolozsvar) 98 kép vetítésével kísért előadása. Az előadás egyik része kiterjedt azokra a kísérletekre, a melyeket a kolozsvári egyetem törvényszéki orvostani intézetében végeztek az anatómiai készítmények fényképezése körül. Tudvalevőleg friss hullarészek fényképezése — a mint azt újabb közlések képmellékletei is sokszor illusztrálják —

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Guszmán József: Közlés a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bőrkórtani intézetéből. (Vezető tanár: Nékám Lajos dr., egyetemi cz. rk. tanár.) További adatok a syphilises recidivák létrejöttéhez. 657. lap.

Szontagh Felix: A vörheny contagiositásának kérdéséhez. 659. lap.

Engel Károly: Közlés a báró Korányi Frigyes dr. nyilvános rendes egyetemi tanár vezetése alatt állott belorvostani klinikáról. Haematologiai tanulmányok. 661. lap.

Téglás Gábor: A municipiális orvosok képesítése, hivatalos czíme és alkalmaztatásmódja a Krisztus utáni II. és III. században Ephesusban. 664. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Karl Sudhoff: Ärztliches aus griechischen

Papyrus-Urkunden. — Lapszemle. Általános kórtan. Falta: A belső elválasztású mirigyek kölesőnhatása. — Belorvostan. Glaessner: A nem diabeteses glykosuria. — Sebészet. C. Hoffmann: A lágyéksérvek radikális műtete a bőr és a fascia harántvágásával, a medence felpofozása mellett. — A. Wittek: A talocrurális ízület arthrodesisének technikája. — Bőrkórtan. O. Rosenthal: A meleg vizes kezelésnek dermatologiai alkalmazása. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Wilczinski: A menstruatio késleltetése. — Bulling: Bőséges váladékképződéssel járó idült bronchitis gyógyítása. — Akin: Gyomorfájdalmak arteriosclerosisban kapcsolatban. 665—669. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 669. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 669. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 670—674. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

További adatok a syphilises recidivák létrejöttéhez.¹

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

A közelmúltban egy közlésben¹ kimutattuk, hogy a syphilises korai másodlagos szakában a testnek azon részeiben is sikerül a spirochaeta pallidát megtalálni, a hol klinikailag megállapítható lueses tünet már nincsen jelen, de a hol hosszabb-rövidebb idő előtt specifikus tünet volt észlelhető. Akkori vizsgálataink legnagyobb részben a tonsillákra vonatkoztak, mert kiderült, hogy azokban mutatható ki leginkább a spirochaeta pallida. A vizsgálat súlypontja tehát arra a tényre esett, hogy alkalmas viszonyok között „klinikai” tünet nélkül is sikerül a spirochaetákat kimutatni.

Vizsgálatainkat folytattuk és most már nemcsak oly tonsillákat vizsgáltunk parasitologiai szempontból, a melyek előzetesen syphilises nyilvánulásoknak voltak a színhelyei, hanem olyanokat is, a melyekről állandó pontos klinikai észlelés alapján megállapíthattuk, hogy rajtuk a vizsgálat idejéig syphilises tünet még egyáltalában nem volt. E czélból oly eseteket használtunk fel, a melyek erőyes korai kezelésben részesültek s a vizsgálat idejéig semmiféle syphilises klinikai tünetet nem mutattak. A korán kezelt syphilises eseteink diagnosisa a spirochaeta pallidának a fiatal sclerosisban való kimutatásán alapult. A korai kezelés rendszeren az infectiót követő 3.—4. héten vette kezdetét és csaknem kivétel nélkül 40—50 3—4 gm.-os adagból álló kenőkrából állott. Korai antilueses kezelésben részesült esetek jelenleg már nagyobb számban vannak észlelésünk alatt. Ezek közül kiválasztottunk 5 esetet,

a melyben a tonsillás spirochaeta-vizsgálatot végeztük. Valamennyi 5 eset olyan volt, a melyben a vizsgálat idejéig, sőt egynek kivételével máig is, általános lueses tünet még nem volt észlelhető. A tonsillás vizsgálat idejében az esetek az infectio idejétől számított 3.—8. hónapban voltak. Mind az 5 esetben a tonsillákon, vagy legalább azoknak egyikén ép hámburkolat mellett bizonyos fokú rigid, tarajszerű beszűrődöttség volt található. Az előző vizsgálatainkból tudjuk, hogy ez a bizonyos fokú infiltratio eléggé megbízható jel arra nézve, hogy a tonsillák spirochaetákat rejtenek magukban. Eseteinkben a tonsillás vizsgálat 3 syphilises egyénen sikerrel járt, a mennyiben aránylag könnyen sikerült a spirochaetákat kimutatni. A 3 esetben több hét leforgása alatt több ízben — kétszer, illetőleg háromszor — sikerült a syphilis parasitájának a kimutatása.

A spirochaeta-vizsgálat technikája ugyanaz volt, mint a melyet előző közlésünkben már ismertettünk. A mandulának felületese megkarczolásakor azonban tanácsos, hogy a kiszivárgó vért némi ügyességgel az ott könnyen felszaporodó nyálkától elválasszuk. A nyálka ugyanis nagyon megnehezíti, sőt lehetetlenné teheti a készítménynek Giemsa-oldattal való festődését.

Eseteink, melyek a vizsgálat idejéig minden általános tünet, tehát tonsilláris nyilvánulás nélkül is jártak, a tonsillákban azonban mégis a spirochaeta pallidát rejtették magukban, a következők:

1. eset. X. Y., 23 éves orvos 1908 szeptember havában fertőzte magát. Október első felében, az infectio idejétől számított 3.—4. héten lencsényi erosioszerű ulceratióval jelentkezett, a melyhez már az inguinális mirigyeknek némi megduzzadása járult. Minthogy a laesióban bőségesen tudunk typusos spirochaeta pallidát kimutatni, a korai kezelést azonnal elrendeltük. Ez 50 darab 3 gm.-os adagból álló kenőkrából állott. Ezt azonban a beteg a kezelés közepén 26 kenés után külső okokból egy ízben több hétre megszakította. Egyébként a legpontosabban kezelte magát és egyáltalában nem dohányzott. A sclerosis a lokális és az általános kezelés hatása alatt igen hamar elmúlt s a mirigyek sem fejlődtek nagyobbra, sőt a kúra végén lényegesen kisebbedtek. Klinikailag általános syphilises tünet mindaddig nem volt megállapítható. 1908 november végétől kezdve a tonsillák kissé duzzadtabbak, kemények, de felszínük egészen épnek látszik és sima. A jobb-

¹ Előadva a XVI. internat. orvosi congressus XIII. szakosztályában.

² Guszmán: Adatok a syphilises recidivák létrejöttéhez. Orvosi Hetilap, 1909. 10. szám. és Wiener mediz. Wochenschrift, 1909. 33—34. sz.

oldali tonsillából vett véres kaparékban 1909 április havában és június második felében bőven tudunk *typusos spirochaetákat kimutatni*. A betegnek a kétszeri spirochaetalelet alapján 1909 június végén újabb kenőkúrát rendeltünk (30 darab 3 gm.-os higanyvasogen). A harmadik tonsillás spirochaeta-vizsgálatot július 15.-én végeztük, a mikor a beteg éppen a kúra közepén tartott. Az akkor nyert készítményben a spirochaetákat nem sikerült kimutatnunk, ámbar az infiltratio — bár kisebb — továbbra is fennáll.¹

2. eset. X. Y. 20 éves joghallgató 1909 január végén lueses infectiót szerzett. Február közepén a húgycső fossa navicularisában primaer affectio. Ezt az inguinális mirigyek csekély duzzadása kísérte. A húgycsőből vett felületi kaparékban bőséges spirochaeta pallidát találtunk. Erre 50 darabból álló kénesős kúrát rendeltünk el. A beteg a kúrát a legnagyobb gonddal végezte s ez alatt nem dohányzott. A kúra végéig klinikai vizsgálattal semmiféle általános lueses tünet nem volt észlelhető. Március hó végén a tonsillák duzzadni kezdtek, de rajtuk a hámburkolat épek látszik; subjectív tünetet sem okoznak. Az akkor végzett tonsillás spirochaeta-vizsgálat (jobb oldali mandula) nagy számban derített ki *typusos spirochaeta pallidát*. Két héttel később, április közepén végeztük a második tonsillaris vizsgálatot, az eredmény akkor is pozitív volt. Április végén, tehát két héttel később jelentkezett az első és egyetlen általános jellegű, klinikailag felismerhető syphilitikus tünet egy-egy tonsillaris plaque képében. A plaque-ok keletkezése előtt a beteg erősebben dohányzott s így valószínű, hogy ez az inger birta szaporodásra és reakcióra a tonsillában rejtőző spirochaetákat.

3. eset. X. Y. 22 éves joghallgató 1908 december elején szerezt luesét. Először december vége felé jelentkezett. Kisebbségi mirigyduzzadáson kívül a penis sulcusán lencsényi infiltrált erosiót találtunk, a melyben a spirochaeta pallidát nagy számban tudtuk kimutatni. A beteg erre azonnal kénesőkúrát kezdett, mely 30 darab 3 gm.-mos és 20 darab 4 gm.-mos adagból állott. A beteg a kúrát a legpontosabban betartotta és nem dohányzott. Általános syphilitikus tünetet mindaddig nem kapott. 1909 március elején mindkét tonsillája sima felszínű, de kissé infiltrált. Tarajszzerűen előáll. Ez az állapot egy hét múlva valamivel fokozódik. Az akkor vett (1909 március 10.-én) tonsillaris véres kaparékban nagyszámú *typusos spirochaeta pallidát* találtunk. Ugyanilyen vizsgálatot még két ízben végeztünk e hónapban (március 19.-én és 30.-án) s a lelet mind a két esetben pozitív volt. Klinikailag kimutatható syphilitikus tünet mindazonáltal sem a tonsillákon, sem egyebütt a testen nem volt található. A további tünetmentes állapotot a későbbi vizsgálatok is megállapították.

E vizsgálatok tehát első sorban azt a tényt bizonyítják, hogy a syphilis korai szakában a tonsillákban olykor akkor is kimutatható a lues parasitája, ha azokon nemcsak a vizsgálat idejében nincsen klinikai lueses tünet, hanem akkor is, ha még egyáltalában nem volt a mandulákon specifikus nyilvánulás. Miután ilyen módon a spirochaeták jelenlétét megállapítottuk a tonsillákban, kétségtelen, hogy a kezelést bármily korán kezdjük is meg, és bármint akadályozzuk is meg vele a syphilisnek rendes, első általános klinikai tünetesoportját (általános kiütés, láz, fejfájás stb.), a spirochaeták szétáradása el nem marad. Ezek letelepülnek a szokott módon és valószínűleg a szokott mennyiségben is és csak arra várnak, hogy alkalmas, előttünk részben ismert (inger, dohányzás), részben ismeretlen körülmények között klinikailag megállapítható nyilvánulásokat támaszszanak.

A nélkül, hogy ez alkalommal a korai kezelés értékelésének fejtegetésébe becsátkoznánk, csak kiemeljük, hogy a korai antilueses kúrával gyakran sikerül az első eruptiós tüneteket nemcsak időbelileg kitolni, hanem teljesen megakadályozni. Véleményünk szerint azonban valószínű, hogy ez az eredmény nem jelenti egyúttal a spirochaeták rendes szétáradásának a meggátolását. A spirochaetáknak a szervezetben való zavartalan elterjedését a fent ismertetett tonsillaris vizsgálatokon kívül klinikai tapasztalatok is bizonyítják. Sokszoros tapasztalás a korai kezelés folyamán, hogy a legerélyesebb kúra végével vagy még ez alatt a szájüregben s még inkább a torokban specifikus tünetek támadnak. E nyilvánulásokban azután a spirochaeták a legnagyobb könnyűséggel kimutat-

hatók s így haematogen odajutásuk kétségtelenül bebizonyítható. Hogy a torok- és egyéb nyálkahártyatüneteket létrehozó spirochaeták csakugyan az általános eruptio idejében jutottak oda, azt a tonsillaris spirochaeta vizsgálatainkon kívül az a klinikai tapasztalás bizonyítja, hogy a korai kezelés vége felé vagy bevégezése után keletkező esetleges syphilitikus nyálkahártyaelváltozások időbelileg gyakran egybeesnek azokkal a tünetekkel, a melyek létrejönnek, ha az úgynevezett második incubatiós szak a kezelés által nem lesz befolyásolva és az általános tünetesoport kifejlődése a maga útján haladhat.

Másként állnak a viszonyok, ha korai kezelés esetén a bőrnek viselkedését tekintjük az első általános tünetekkel szemben. Itt azonban különbséget kell tennünk a külső kenőkúra és a többi kénesős kezelésmód között. Minthogy a korai kezelés körül a kenőkúrára vonatkozólag birunk a legtöbb tapasztalással, csakis erre nézve teszünk néhány megjegyzést. A korán megindított, eléggé erősen végzett (3—4 gm.-os 30—50 adag) kenőkúra hatásáról ki kell emelnünk, hogy vele csaknem kivétel nélkül sikerül az első általános bőrkiütést megakadályoznunk. Tehát nem időbelileg kitolnunk, hanem egyenesen meggátolnunk. Minthogy pedig joggal feltehető, hogy a szervezetnek a spirochaetákkal való elárasztásakor a korai kezelés ellenére a bőrbe csakúgy jutnak a parasiták, mint a tonsillába, valószínűnek kell tartanunk, hogy a kenőkúra a bőrön lokális hatásával akadályozza meg a tünetek kifejlődését. Ezért tartjuk helyesnek Neisser-nek¹ azon kívánságát, hogy minden lueses egyén legalább egyszer végezzen erősen kenőkúrát is. Ő is tudnillik felveszi, hogy a kenőkúra ilyenkor helyi kezelésként szerepel, mely így az esetleges bőrbeli spirochaeta-gócok ellen van irányítva.

Arra nézve, hogy a bőrben mily elenyésző csekély kénesőmennyiség elegendő, hogy rajta a lueses kiütés kifejlődésre ne jusson, igen jó példát nyújt Dohi-nak a legutóbbi időben ismertetett észlelete. Ez egyúttal némi betekintést enged a kénesőnek a syphilis parasitájára való hatásába is. Dohi² esete egy az egész testen igen sűrűn taetovált japán férfira vonatkozik. A taetoválás a rajznak megfelelően tussal és cinnoberrel volt színezve. A mikor évekkel később ez az egyén syphilitist szerzett, a melynek kapcsán az egész testre kiterjedő sűrű papulás syphilidje támadt, a papulák kivétel nélkül csakis azokon a helyeken keletkeztek, a hol a bőr vagy ép volt, vagy tussal volt taetoválva. Azokon a részeken, a hol a színezés cinnoberrel történt, a papulák kiütésnek nyoma sem látszott. Ez az elrendeződés a közlést kísérő jó reprodukciónak megfigyelésekor igen élesen látható. Minthogy pedig ismeretes, hogy a cinnober a bőrben szinte változatlanul évtizedeken keresztül megmarad, mert jóformán oldhatatlan vegyület a szövetben is, könnyen belátható, mily végtelen csekély kéneső folyhatott be arra nézve, hogy annak a helyén a syphilidnek elemei ki nem fejlődhetek.

Visszatérve a fenti leletre, mely szerint tehát a spirochaeta pallida a syphilitikus egyén szöveteiben klinikai tünetek nélkül lehet jelen, könnyen találhatunk analógiát más körülmények között is. Így már több év óta ismeretes, hogy a Levaditi-féle impraegnatiós eljárással ki tudjuk mutatni a syphilitikus magzat szervezetében óriási tömegekben a spirochaetát, a nélkül, hogy azért a megfelelő szervekben mindenkor megtalálnók a reakcióképpen létrejött lényegesebb klinikai vagy pathologiai elváltozást. A különbség a spirochaeta pallida leletet illetőleg mindössze az, hogy a congenitális syphilis eseteiben klinikai tüneteket létre nem hozó spirochaeták száma aránytalanul nagyobb, mint a szerzett syphilis megfelelő eseteiben.

Vizsgálati eredményeinket tehát röviden következőképpen foglalhatjuk össze: Korai lues esetében aránylag gyakran sikerül a tonsillákban akkor is *typusos spirochaeta pallidákat* kimutatnunk, ha a vizsgálat idejében klinikailag megállapítható lueses tünetek nincsenek is jelen. Kiderült, hogy nemcsak oly syphilitikus esetekben lehetséges a spirochaeták kimutatása, a melyekben a tonsillán nem régen specifikus tünetek voltak jelen, de olyanokban is, a melyekben a korán megindított antilueses kúra következtében az általános tünetek kifejlődését s így a tonsillák specifikus megbetegedését is teljesen sikerült meggátolnunk. Ez az utóbbi tapaszt-

¹ Neisser: Bericht über die in Java angestellten experim. Syphilis-forschungen. Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. X. Congress, 1908. in Frankfurt a. M.

² Dohi: Tätowierung und Syphilis. Archiv für Dermat. u. Syph., 96. k., 1. f. 1909.

¹ Az 1909 augusztus 9.-én végzett 4. vizsgálat alkalmával a spirochaeta vizsgálat még mindig negatív eredményt adott.

találást bizonyítja, hogy az első eruptió tüneteknek erőlyes korai kezelés által való elkerülése még nem jelenti azt, hogy a spirochaeták szétáradását a szervezetben sikerült befolyásolnunk vagy megakadályoznunk. Sőt ellenkezőleg a pozitív spirochaetalelet a tonsillában más klinikai jelekkel együtt arra mutat, hogy a spirochaeták még ilyenkor is elárasztják az egész szervezetet és pedig a rendes időben és talán a rendes mennyiségben is. A spirochaeták ily körülmények között tehát ott, a hová eljutottak, klinikai reactio nélkül hosszabb-rövidebb ideig vesztegelhetnek, a míg vagy elpusztulnak, vagy bizonyos helyeken előbb-utóbb részben ismert ingerre, részben előtűnk ismeretlen okból klinikai reactiók létrejöttére (recidivákra) vezetnek. E recidivák erőlyes kenőkéra nyomán a köztakarón nehezebben jönnek létre, s így fel kell vennünk, hogy a kénesőnek lokális hatása még igen kis mennyiségben is nagy mértékben tud tünetmentes állapotot fentartani. A száj és torok nyálkahártyáján vagy egyebütt ott (végbél, genitáliák), a hol a különböző ingerek állandóan érhetik az eruptio alkalmával odajutott és ott veszteglő spirochaeták fészkeit, a recidivák sokkal könnyebben fognak létrejöhetni.

A vörheny contagiositásának kérdéséhez.

Irta: *Szontagh Felix* dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos.
(Vége.)

Forduljunk ezek után a puerperális láz felé, mely, mint mondtuk, a vörhenyhez sokban hasonló, vele rokon bántalom.

A szülészetben csak úgy mint a paediatricában különválasztják egymástól a szüléshez társuló vörhenyt (éppen úgy, mint a sebzéshez, égéshez, sérüléshez stb. társuló vörhenyt is) a vörheny képében lefolyó, avagy a vörhenyhez nagyon hasonló sepsistől. Azt is tanítják, hogy e két bántalom között a különbözőeti körjelzés, legtöbbször legalább, nem is nehéz. Így például *Herff*¹⁰ szerint nem lehet ugyan kétség az iránt, hogy a toxinaemiákban és bacteriaemiákban oly gyakran jelentkező bőrrhythemák, különösen ha nagyobb terjedelmet öltenek, a vörheny gondolatát kelthetik, és hogy összetévesztések ezzel a bántalommal a valóságban elő is fordulnak, mindazonáltal annak eldöntése, hogy adott esetben vörhenynyel avagy gyermekági lázzal, avagy e kettőnek társulásával van-e dolgunk, még azon esetben is könnyű, ha a lakóhelyen vörheny egyáltalában nem fordul elő. *Herff* a következő esetet beszéli el:

„Vidéki helyen, félreeső gyárban fogóműtét, nagyfokú gátrepedés, melyet selyemmel egyesítettek. Magas fokú láz és sebguladás következtében a fonalak a 3. napon eltávolítottak. A gát sebe vastag szürkésfehér lepedékkel bevont, bűzös gyermekági kifolyás. A 6. napon igen magas láz! A feltételezett gyermekági láz miatt tartott tanácskozás alkalmával kétségtelen vörhenyexanthema találtatott fehér szájjgyűrű, garatgyuladás és vörhenynyel mellett, miért is a gát sebének gyuladásán és az endometritisen kívül még vörheny is megállapított. Az asszony meggyógyult a bőr hámlásával, gyermekei vörhenyben betegedtek meg. Kérdéses volt legelőször is az átvitel módja, minthogy a házi- és körorvos kimondása értelmében 4—5 hónap óta messze vidéken nem fordult elő vörhenyeset s a gyár távol feküdt minden közlekedéstől. Végre kisült, hogy a házi orvos a szüléshez hivatva, nagy sietségében tévedésből azt a kabátot öltötte magára, melyet az utolsó vörhenyesetek alkalmával, melyeket hónapokkal azelőtt kezelt volt, mindig felhúzott volt, hogy a ragály elhurezolását elkerülje“.

Kérdem, nem hangzik-e kissé hihetetlennek a szülőnő vörhenymérgével való fertőzésének ez a magyarázata? Ha elejtjük a semmiképpen sem bizonyított suppositiót, hogy az orvos kabátja a nőn, kinek gátsebe fertőzött volt és endometritishez vezetett, még vörhenyt is idézett elő, előáll az eredmény, hogy a nőben a puerperális láz vörheny képében folyt le. S kérdem, nem sokkal egyszerűbb-e az a felfogás, mint az a magyarázat, hogy a puerperális sepsishez még vörhenyinfectio is társult, melyet az orvos kabátja idézett elő?

Ilyen esetet olvasva, csak megerősödik bennem az a hitem, hogy a puerperális sepsis vörheny alakjában is le tud zajlani.

Ha égéshez, sebzéshez, sérüléshez stb. vörheny társul, sokkal közelebb fekszik annak egyszerű feltételezése, hogy a sebből stb. fertőzés indult meg, mely vörheny alakjában zajlik le — hiszen

a fertőzés helyéről kiinduló nyirokérgyuladást a lymphangoitis scarlatinosa nevével jelölik —, mintsem hogy szülőnők, operált gyermekek stb. a vörheny iránt nagy hajlammal bírnak. Miért? Hiszen ezt alig lehet megérteni. Az operatív beavatkozás kiváltotta volna a vörhenyt? Nem! A sebhez társult, a seb útján történt fertőzés vörhenyt okozott, mely, mint ismeretes, már 24 óra múlva is általános tüneteket idézhet elő.

Ha ez a felfogásom helyes, jogosult kimondanunk azt is, hogy a vörhenyt okozó méreg ha nem is identikus, de bizonyára igen közeli rokonságban van azokkal a hasadó gombákkal, melyek akár puerperális lázat, akár tonsillitist, akár erysipelast, akár sepsist, akár pyaemiát tudnak okozni.

Azt kérdelem, miért folyamodjunk egy másodlagos rosszindulatú streptococcusfertőzés feltételezéséhez az esetben, ha a vörheny már 24 órán belül is a rémes sepsis képében halálra vezet? Nem sokkal természetesebb-e, nem egyszerűbb-e annak a feltételezése, hogy egy rosszindulatú streptococcusfertőzés a vészes, az annyira rettegett malignus vörheny alakjában 24 órán belül is már halálra vezet? Miért folyamodjunk ahhoz a minden pozitív támpont nélkül való hypothesishez, hogy a vörheny vírusa maga nem okoz bajt, bajt csak a másodlagos avagy egyidejű streptococcusfertőzés okozhat.

Ha a gyakorlati életben és a betegágyon tett megfigyeléseink alapján eljutottunk ahhoz a conclusióhoz, hogy a vörheny kórokozója mindezek szerint azok közé a hasadó gombák közé tartozik, avagy velük rokon, melyek genyedéses mandulagyuladást, orbanézt, gyermekági lázat, továbbá pyaemiát, sepsist stb. tudnak előidézni, el kell hogy fogadjuk azt a következtetést is, hogy a vörheny mérge mindenkiben és mindenkin jelen lehet.

A vörheny kóroktanának és prophylaxisának kérdésében ma még csak ott tartunk, a hol a szülészet a puerperális láz kérdésében Semmelweis előtt tartott. Pedig a vörheny a gyermekvilágra bir azzal a jelentőséggel, a melylyel a puerperális láz bírt a szülőnőkre. Csakhogy a gyermekvilág ezen nagy ellensége mindedig még csak várja az ő Semmelweis-ét!

Ha concedáljuk, hogy vörhenyt többféle mikroorganizmus idézhet elő s hogy ezek az organismusok ubiquitáerek lehetnek, vörhenymegbetegedés esetén a főszűly nem is annyira a fertőzésre, a contagiosításra, mint inkább a *dispositióra* helyezendő.

Mely viszonyok és körülmények tehát azok, melyek között a vírus pathogenné válik? S melyek a vörhenyfertőzés útjai rendes viszonyok között? Ritkább esetekben a vörhenyes infectio szüléshez, sebzéshez, égéshez, ecezamához stb. társul, illetőleg a méreg ezeken a forrásokon keresztül jut a szervezetbe. Az esetek nagy számában azonban a vörhenyes fertőzés kapui ki nem mutathatók. A vörheny egész lefolyása arra utal, hogy a fertőzés a garat útján jő létre. Ez ma általánosan elfogadott nézet. Ezt a felfogást vallom természetesen én is, csak megtoldanám még azzal, hogy lehetségesnek kell tartanunk, hogy más nyálkahártyák, például az orrüregé, is alkothatják a vörhenyes infectio kiinduláspontját. Én emlékezem egy kis leánybetegemre, ki hányással, rázóhideggel és a bal orrüreg nyálkahártyájának genyedéses gyuladásával betegedett meg, a nélkül, hogy a torok elváltozást mutatott volna; az orrüreg megbetegedését 36—48 óra múlva súlyos vörhenyexanthema követte. Oly esetekben, mikor a torok és az orrüreg ép marad, concedálnunk kell, hogy a vörhenyes fertőzésnek lehetségesek oly útjai is, melyek előtűnk ma még ismeretlenek.

De mint már kifejtettük, az esetek túlnyomó nagy számában a vörhenyes megbetegedés a garatban lokalizálódik első sorban; a szervezet vörhenyes fertőzése innen indul ki, csak úgy, mint a hogyan kiindul puerperális fertőzés esetében a bacteriaemia és toxinaemia a szülőcsatornából. De hogy mely momentumok azok, melyek a garat nyálkahártyáját a vörhenyes megbetegedésre praedisponálják, erre nézve semmi támpontunk sincsen. De hogy nem egyedül az infectión múlik, hogy valamelyik gyermek vörhenyben megbetegszik-e vagy sem, erre nézve a következő példát hozom fel:

A vörhenyosztályra egy fiúcska került téves diagnosissal. Itt 24 órát töltött volt; azután a megfigyelő osztályra került. Mint-hogy egészséges maradt, 10 nap múlva hazaadtuk. Három hónap múlva súlyos, még pedig sebési vörhenynyel került ismét osztályunkra. A szülők ugyanis a gyermek sérvét megoperáltatták; a vörheny a herniotomia kapcsán keletkezett.

Az analogia, melyet a vörheny és a tonsillitis epidemiái között vontunk, felhívja a figyelmünket arra, hogy ugyanazok a tényezők, melyek az egyik betegség epidemiás és endemiás elterjedésének kedveznek, kedveznek bizonyára a másik bántalom ugyanilyen elterjedésének is. De hogy mely feltételek és tényezők azok s lényegük tulajdonképpen miben is keresendő, ebben a tekintetben pozitív támpontokkal eddigelé nem rendelkezünk.

A vörheny aetiologiájával foglalkozva, mint analogonhoz a puerperális lázhoz folyamodunk. Nézzük, hogyan is állunk a puerperális láz aetiologiájának kérdésében?

Semmelweis¹¹ 1861-ben a puerperális láz definícióját következő szavakban adta meg: „A bomlott állati szerves anyag, melynek felszívódása a gyermekági lázat okozza, az esetek túlnyomó többségében kívülről jut a szervezetbe, s ez a külső fertőzés; ezek azok az esetek, melyek a gyermekági láz-járványok képében támadnak, ezek azok az esetek, melyeket el lehet hárítani.

Ritka esetekben a bomlott állati szerves anyag, melynek felszívódása a gyermekági lázat okozza, a megtámadott szervezet határain belül képződik; ezek az autoinfectio esetei és ezek az esetek nem mind háríthatók el.”

A gyermekági lázról való ismereteink lényegét Semmelweis 1861-ben leírt meghatározása teljesen kimeríti, miért is joggal csatlakozunk Herff következő szavaihoz:

„Hogy ha a bomlott állati szerves anyag helyébe hasadó gombákat (a szükséges következményekkel) tesszünk, a gyermekági láz fogalmának a magyarázata, a mint ezt a női nem nagy jótévedője megadta, még ma is megüti a lényegét és jobb definícióval nem pótolható.”

A bakteriologia is megerősítette Semmelweis felfogásának a helyességét, s lényegén mit sem tudott változtatni. És éppen a gyermekági láz bakteriologiájának a tanulmányozása bizonyítja, hogy a hasadó gombák különböző fajai által okozott megbetegedések közötti különbségek általában nagyon határozatlanok és alárendelt jelentőségűek s éppen a gyermekági lázban különféle mikroorganizmusok sokféle társulásai előszeretettel szoktak előfordulni (Herff).

A modern szülészeti kénytelen elismerni, hogy bár a gyermekági láz eseteinek legnagyobb számát kétségtelenül idegen csírák (infectio) okozzák, az esetek bizonyos számát azonban saját csírák (autoinfectio) idézik elő, mert a betegséget okozó mikroorganizmusok mindenütt megvannak, tehát a szülő nő nemzórészeiben is. Ez a Herff álláspontja, de ez az Ahlfeld-é¹² is, a mikor csak a napokban megjelent cikkében a következőket mondja: „Minden asszony, ki a nélkül, hogy érintetné, érett avagy az érettséghez közel lévő magzatját kilöki nem tudja, meghal hiábavaló szülési erőlködések után, méhrepedés bekövetkezése nélkül is, a sepsises endometritis következményeiben.”

Ezért is Ahlfeld szerint az autoinfectio megértéséhez szükséges 1. a dispositiót, 2. a hüvely bakteriumai virulentiájának fokozódását tanulmányozni.

Ugyanezt a nézetet vallja Krönig¹³ is, a mikor a közeljövő törekvéseiről szól és a következőképpen nyilatkozik: „Legerősebben hangsúlyozandó a helyi és az általános hajlamosságnak jelentősége a fertőzés keletkezésében.”

Véleményünk szerint a vörhenyben is csak úgy állunk. A helyi és az általános dispositio az a két főtenyező, a melyen a szervezet vörhenyes fertőzésének a keletkezése mulik. Hogyha arra az álláspontra helyezkedünk, hogy a vörheny mérge mindenütt meglehet, s hogy esetleg többféle mikroorganizmus az, a mely egymaga, avagy egymással társulva, vörhenyt idézhet elő, úgy a betegség endemiás és epidemiás elterjedésének a magyarázatához nem szükséges csakis a contagiositáshoz folyamodnunk, még kevésbé minden pozitív támpont nélkül való hypothesisekhez, melyeket a vírus elhúrozolhatására vonatkozólag felállítottak.

A múlt évben a berlini belorvostani társulatban az epityphlitis kóroktanának és kórszármazásának nagy themáját vitatták. Hansemann,¹⁴ Krause¹⁵ és Sonnenburg¹⁶ előadásából kitűnt, hogy az epityphlitis kóroktanában — mellesleg megjegyezem, hogy ez a betegség nem egy tekintetben analogiát tüntet fel az anginával s hogy erről a betegségről éppen úgy, mint a puerperális lázról, az látszik bebizonyosodni, hogy terjedőben van — a fertőzés momentuma egymaga nem elegendő ahhoz, hogy ezt a bántalmat létre-

hozza. Véleményem szerint különösen Hansemann világos és okos szerű fejtegetései a legnagyobb figyelemre méltók nemcsak az epityphlitis, hanem a legtöbb fertőző betegség aetiologiája szempontjából. Nincsen gondolkodó orvos, a ki meg ne szívezné Hansemann figyelmeztetését, hogy hibába esünk, ha betegség esetében csakis ennek oka után kutatunk. Nincs-e igaza akkor is, a mikor felhívja a klinikusokat arra, hogy gondolkodásuk módjában inkább az exact tudományok felé törekedjenek? Ez azt jelenti, hogy ne az ok, hanem a „feltételek” után kutassunk, melyek szükségesek ahhoz, hogy betegség keletkezhesse. Mert a betegségeknek nincsenek okaik, hanem különféle természetű feltételeknek együttes hatása eredményezi, hogy betegség támad, fejlődik.

Meggyőződésünk, hogy a gondolkodásnak az a módja, mely az exact tudományok terén honos, az orvosi tudományba is bevonul majd. Úgy látom, máris bevonul, még pedig első sorban is tudományunk leginkább exact ágába, a physiologiába. Verworn¹⁷ máris hangsúlyozza, hogy szükséges, miszerint a *causalitás* homályos fogalmát az életjelenségek megfigyeléséből csak úgy, mint tudományos gondolkodásunkból általában kiküszöböljük. Ez azt jelenti: Szokjunk hozzá, ne az élettani folyamatok *okai* után kutatni, hanem a folyamatok *feltételeit* elemezni!

Lám, a mikor bizonyos, hogy a vörheny endemiás és epidemiás elterjedését nem tudjuk e betegség contagiositásából megfejtetni, ne bocsátkozzunk hypothesisekbe, ne helyezkedjünk ingó talajra, hanem iparkodjunk megismerni, elemezni a feltételeket, melyek e betegség fejlődésének és epidemiás elterjedésének kedveznek.

Az a körülmény, hogy a vörheny vírusa még ismeretlen, és hogy természetére inkább csak következtethetünk analógiák alapján, akadályul ebben nem szolgálhat. A mi halhatatlan Semmelweis-ünk örök időkre szóló fényes példája megmutatta, hogy beható, józan, éles és elfogulatlan megfigyelés mily messzemenő, mily óriási horderejű következtetésekhez juttathat el. Az ő nagy elméje azután meg is tudta jelölni azokat az utakat és módokat, melyekkel a külső fertőzés elkerülhető. És előre látta, hogy az autoinfectio esetei nem lesznek elkerülhetők és valóban el nem kerülhetők ma sem, a a bakteriologia és az asepsis magas fejlettsége korában.

Hozzáfoghatunk, sőt fogjunk is hozzá mindannyian a vörheny aetiologiájának a tanulmányozásához és kiderítéséhez, az életben, a betegágyon megszerezhető tapasztalataink és megfigyeléseink alapján is! A bakteriologia és az immunitás tana a fertőző bántalmak aetiologiájában, pathogenesisében és prophylaxisában tagadhatatlan szép eredményeket ért el. De kérdem, nincsen-e csalódásokban is részünk? Van, főképpen a therapia terén, a hol pedig, főképpen a vérmesebb reményűket, csillogó eredmények kecsgettettek!

Haladhatunk, sőt haladjunk is karöltve a bakteriologiával, de azért a gondos megfigyelést az életben, a beteg ágyánál ne mulasztuk el ma sem! Lám Trousseau¹⁸ egyesegyedül saját megfigyelései alapján a fertőző bántalmak contagium útján való terjesztésének tanában oly következtetésekhez jutott el, melyek a mai immunitástan kritikája mellett is megállják helyüket. Megjósolva előre, hogy sikerülni fog a fertőző bántalmakat okozó csírák felfedezése, a priori is már feltételezi virulens és avirulens alakjaikat. A fertőző és contagiosus betegségekről szóló definíciója ma is megáll, mint a hogyan sziklaszilárdan megáll Semmelweis meghatározása a gyermekági lázról. Trousseau nem egyszer hangsúlyozza, hogy a ragályozás kérdésében nemcsak a contagiosus anyag, hanem a hatásához szükséges „feltételek” is fontos szereppel bírnak. Mert a pathologiai folyamatokban a szervezet speciális fogékonysága — capacitása — és a fertőző agens két oly tényező, mely egymással szemben áll. A szervezet ellentállás képességét a *receptivitás hiányából* magyarázza, a megbetegedést a *praedispositióból*. A hol a praedispositio hiányzik, ott a csírok a szervezetben „megfojtatnak, tönkretételnek.”

A Trousseau könyvéből merített eme idézetek tanúsítják, hogy ennek a nagy klinikusnak éles szeme is felismerte már, hogy egy fertőző betegség fejlődésének és epidemiás terjedésének a megfejtéséhez mily nagy horderejű volna a mérge hatásához szükséges feltételek ismerete.

Véleményünk szerint a vörhenyben a feltételek ismerete fontosabb volna, mint magának a mérgeknél a megismerése. De e tekintetben, fájdalom, ma is csak ott tartunk, a hol Trousseau tartott. És a perspectiva nem nagyon biztató. Mert ha a vörhenynek izoláltan előforduló nagyszámú esete a puerperális láz autoinfectió eseteivel

analag, úgy valóban nagyon csekély a kilátás arra, hogy az idők folyamán lehetségessé váljék a gyermekek ezen nagy veszedelmét apasztani, kivált kiirtani.

Irodalom. 1. *Bohn*: Scharlach. Handbuch der Kinderkrankheiten. Tübingen, 1877. II. kötet. — 2. *Neisser, Max*: Ueber Luftstaubinfektion. Ein Beitrag zum Stadium der Infectionswege. Zeitschrift f. Hyg., XXVII. kötet, 175. l. — 3. *M. Walther*: Spezielle Bakteriologie der puerperalen Wunderkrankungen. Handbuch d. Geburtsh., III. kötet, II. rész. Wiesbaden, 1906. — 4. *Róna*: Az erysipelas therapiájáról mintegy 5000 eset alapján. Orvosi Hetilap, 1905. 25. szám. — 5. *Kohts*: Pharyng. ac. u. Tonsillitis. Handbuch der Kinderkrankheiten. IV. kötet, II. fejezet. Tübingen, 1880. — 6. *Irsai*: Garatgyulladás. A Belgyógyászat Kézikönyve, III. kötet, Budapest, 1896. — 7. *M. Mosse*: Ueber Angina als Infectionskrankheit. Deutsche Klinik, II. kötet, 345. l. — 8. *Finkelstein*: Erkrankungen der Tonsillen, des Pharynx u. des Oesophagus. Handbuch d. Kinderheilkunde, II. kötet, I. rész. Leipzig, 1906. — 9. *Trousseau*: Scharlachfieber. Medic. Klinik des Hôtel-Dieu in Paris, I. kötet, Würzburg, 1866. — 10. *O. v. Herff*: Das Kindbettfieber. Handbuch der Geburtsh., III. kötet, II. rész. Wiesbaden, 1906. — 11. *Semmelweis*: A gyermekági láz kóroktana, fogalma és prophylaxisa. Pest, Wien és Leipzig, 1861. — 12. *Ahlfeld*: Wege und Umwege zur Erforschung der Genese des Kindbettfiebers im letzten Vierteljahrhundert. Deutsche med. Wochenschrift, 1909. 18. szám. — 13. Idézve Ahlfeldnél. — 14, 15, 16. Aetiologie und Pathogenese der Epithyphitis. I. Ref. *Hansemann*, II. Ref. *Sonnenburg*, III. Ref. *Krause*. Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 18. sz. — 17. *Max Verworn*: Die Erforschung des Lebens. Jena, 1907. — 18. *Trousseau*: Ueber Ansteckung (durch Contagium). Med. Klinik. des Hôtel-Dieu. 517. lap.

Közlés a báró Korányi Frigyes dr. nyilvános rendes egyetemi tanár vezetése alatt állott belorvostani klinikáról.

Haematologiai tanulmányok.

Irta: **Engel Károly** dr. klinikai tanársegéd.

(Vége).

A leukaemia és pseudoleukaemia egymás közötti viszonyára vonatkozólag érdekes felvilágosítást nyújt egy másik a klinikán észlelt eset, melyet e helyen azért akarok felemlíteni, mert némely tekintetben az első esetnek az analogonja.

B. B. 28 éves kertész. Felvétetett 1906 február 25.-én. Négy hét óta erős fejfájása van gyakori orrvérzéssel. Ugyanazon idő óta lázas, rohamosan gyengül, járaskor szédül. Étvágya igen rossz, széke rendetlen. Rendkívüli gyöngesége miatt vétette fel magát a klinikára.

A jobb állkapocsszöglet alatt egy borsónyi mirigy, mindkét oldalt a hónaljban számos babnyi egész kis mogorónyi mirigy. A lép két ujjnyira tapintható a bordaív alatt, nyomásra érzékeny. Mindkét lábszáron csekély oedema. A tüdők felett diffúz hurut; erős systolés zörej a szívesűcs felett, mely legerősebb a tüdőverőér hallgatódzási helyének megfelelőleg, erős dorombzörej mindkét oldalt.

Vörösvérsejtek száma . . .	1.400,000
Fehérvérsejtek . . .	27,000
Haemoglobin . . .	25% (Fleischl szerint)
Lymphocyta . . .	991·8‰
Polynukleáris . . .	6·7‰
Nagy mononuc. . .	1·5‰

A számolt sejtek száma 1467; ezek mellett 2 normoblast, 3 megaloblast, 1 myelocyta.

Márczius 1. Vörösvérsejtek száma . . .	1.040,000
Fehérvérsejtek . . .	53,000
Lymphocyta . . .	987‰
Polynukleáris . . .	13‰

Márczius 3. 39·8 C° mellett pulsus 120, légzés 40. Háton kivált baloldalt csikyszerű vérzések.

Márczius 4. Vörösvérsejtek száma . . .	850,000
Fehérvérsejtek . . .	2600
Lymphocyta . . .	84‰
Polynukleáris . . .	13‰

Este 8 órakor fehérvérsejtszám 2520.

A beteg soporosus, delirál, a bal állkapocs alatt oedemas duzzanat.

Márczius 5. Vörösvérsejtszám . . .	904,000
Fehérvérsejtszám . . .	1376
Lymphocyta . . .	91‰
Polynukleáris . . .	9‰

Délután 3 órakor exitus.

A bonczolási jegyzőkönyvből (Krompecher Ödön dr., egyet. m. tanár) a következőket emelem ki:

A szív billentyűi épek, az izomzata feltűnően halvány, eléggé tömött. A lép erősen megnagyobbodott, méretei 19×10×4. Burka feszes, metszéspapja halvány barnavörös, állománya közep-tömött, a trabekuláris rajzolat igen elmosódott. A máj mérsékelten megnagyobbodott, állománya törékeny. A mesenterialis nyirokesomók babnyiak.

A czombesont velője kifejezetten málnafagylaltszerű. A csontvelőből felkent készítményen csak lymphocyta található, granulocyta nincsen, a vörösvérsejtek száma igen csekély, magvas vörösvérsejt nem található.

Ez esetben tehát acut lymphatikus leukaemiáról van szó, a melyben a fehérvérsejtek száma 3 nap alatt 53,000-ról 2600-ra esett le. A lymphatikus hyperplasia a csontvelőben oly jelentékeny, hogy a fehérvérsejtek kezdeti erős megsaporodása ellenére a neutrophil fehérvérsejteknek igen nagyfokú csökkenése van jelen (absolut szám 700). A fehérvérsejtek rövid idő alatt való rohamos megkevesbedésében a polynukleáris sejtek is részt vesznek, márcz. 5.-én a polynukleáris sejtek absolut száma már csak 120. Rendkívül meglepő a fehérvérsejtek számának rohamos esése, okul természetesen csakis toxikus tényező szerepelhet, egy erős leukolytikus hatású ártalom, analogonja a néha tülerős Röntgen-besugárzás után jelentkező gyors fehérvérsejtpusztító hatásnak.

Ez esetben tehát a lymphatikus leukaemia szemünk láttára ment át ismeretlen tényező behatására pseudoleukaemiába, helyesebben pseudoleukaemiás állapotba. Ha csak ezen szakban került volna a beteg vizsgálatra, a sectio leletével a diagnosis csakis acut lymphatikus pseudoleukaemia lehetett volna. Ezen eset mutatja, hogy mily közel áll egymáshoz a leukaemia és pseudoleukaemia és hogy a kettő között éles elhatárolás semmi esetre sem eszközölhető, mint ezt például Grawitz óhajtaná.

Mint látjuk, az első eset hasonlatossága a másodiknak utolsó stadiumával igen nagyfokú. Súlyos, astheniás jellegű anaemia mellett septikus állapot nagy lépdaganattal, erős leukopenia relativ lymphocytosissal. Az anaemia, valamint a leukopenia az első esetben még kifejezettebb, mint a másodikban; könnyen elképzelhető azonban, hogy ha a második esetben a fehérvérsejtszétévesztést előidéző (toxikus) tényező a betegség kevésbé előrehaladt stadiumában kezdett volna érvényesülni, az elváltozások ad finem vitae éppen olyan nagyfokúak lettek volna, mint az első esetben. Ugyanez szolgálhat magyarázatul annak is, hogy a csontvelő az első esetben sejtekben szegényebbnek mutatkozott, mint a második esetben, a mely körülmény egyszersmind a csontvelő makroszkopi kinézésében való különbség okát is megadja, az első esetben sejtsejtszegénység mellett nyálkás csontvelő volt, a másodikban pedig vörös csontvelő.

Mint már említettük, az első esetben a klinikai diagnosis septicaemia, atrophía et degeneratio medullae ossium volt. Úgy képeltük el a bántalom lényegét, hogy sepsises alapon csontvelőatrophia jött létre. Az atrophizáló hatás a vörösvérsejtek mellett túlnyomóan a granulocytarendszerre hatott, melynek önállóságát, önálló módon való bántalmazhatóságát éppen *Türk* esete is bizonyítja. Toxikus alapon létrejövő csontvelőatrophiát súlyos anaemiával *Hirschfeld* irt le, a kinek sikerült typhus-toxin befeckendezése által a nyulakban rendszerint jelenlevő vörös csontvelő helyett zsiros velő keletkezésével és a lymphocytáknak a csontvelő szövetében való megsaporodásával járó atrophíát előidézni. Mint láttuk, az első esetben a csontvelő lelete közel áll ezen elváltozáshoz, annál is inkább, a mennyiben éppen typhustoxin által sikerült a csontvelőatrophiát létrehozni, typhusban ugyanis a májban egészben véve hasonló lymphomák keletkezése van leírva, mint a mi esetünkben. A csontvelőnek göreső alatt kimutatható teljes lymphatikus metaplasziája, a sejthalmazoknak a májban és vesében túlnyomóan nagy, atypusos lymphocytákból való összetevődése azonban mégis a pseudoleukaemia mellett dönt az elsődleges csontvelősorvadással szemben. Igaz, hogy a csontvelő feltűnően sejt-

szegénynek mutatkozott, nem mint a lymphatikus leukaemiás állapotokban lenni szokott. Ennek magyarázatát azonban megadja, hogy a pseudoleukaemia mellett, illetve azon kívül még egy a csontvelőre ható pusztító befolyást kell felvinnünk ezen esetekre vonatkozólag, a melynek jelenlétét és működését kétségen kívülé teszi a vörös- és fehérvérsejtek számának még az észlelés alatt megvolt, előrehaladó erős megcsökkenése. Ebből a szempontból az analogia első és második esetünk között teljes.

Még csak néhány szóval akarok megemlékezni ezen esetnek az aplastikus (astheniás, *Pappenheim*) anaemiához való viszonyáról. Ezen esetek legtöbbszörben akut, illetve subacut lázas lefolyás mellett súlyos vérszegénység tünetei voltak jelen, a vörös- és fehérvérsejtek megnyilvánuló minden regenerációs tünet nélkül (normoblastok, megaloblastok teljes hiánya). A makroszkopi bonczolási lelet, nevezetesen a csontvelőnek lelete, valamint a rövid csontokban a csontvelőnek úgyszólván teljes hiánya tekintetében ezen eset igen közel áll C. S. Engel esetéhez, valamint Hirschfeld egyik esetéhez. Az aplastikus anaemia pathogenesise meg teljesen homályos, lehet, hogy az esetek némelyikében hasonló pseudoleukaemiás elváltozás játszik szerepet, mint esetünkben és ez adná magyarázatát a két megbetegedés hasonlatosságának.

Leukaemia myeloidea chronica 2 esete; javulás; heveny rosszabbodás myeloblast leukaemiába való átmenettel.

Sch. A., 25 éves, hadnagy. Felvétetett 1907 május 31.-én. A múlt évnek ősze óta gyengül, gyakran lázas, időnként köhög is. Több hónap óta lassan növekvő daganatot vesz észre hasának bal felében, mely fennjárásakor mérsékelt fájdalmakat okoz.

Az alacsony termetű gyenge férfibeteg a lép teljesen kitölti a bal hasfalat, lefelé a medencébe nyúlik le, jobbfelé a jobb bimbóvonalon terjed túl.

Vörös- és fehérvérsejtek száma . . .	2.760,000
Fehérvérsejtek " . . .	320,000
Haemoglobin . . .	11.1 gm.
Polynucleáris sejt . . .	61.9%
Myelocyt . . .	26.7%
Eosinophil . . .	2.4%
Eosinophil myelocyt . . .	1.8%
Lymphocyt . . .	2.7%
Hízósejt . . .	4.5%

E mellett számos normoblast, mérsékelt polychromatophilia van jelen.

Rendszeres Röntgen-kezelést kísértünk meg, naponta öt, majd 10 percen át a lépét sugároztatjuk be.

Június 17. Vörös- és fehérvérsejtszám 3.200,000. Fehérvérsejtszám 300,000. A lép kisebbedik, a közérzet és az erőbeli állapot javul.

Július 15. Vörös- és fehérvérsejtszám 4.040,000. Fehérvérsejtszám 116,000, a lép alig terjed a középvonalon túl.

Július 26. 424 percznyi összbesugárzás után a beteg tetemesen javult állapotban hagyja el a klinikát. A lép sem jobbfelé, sem lefelé nem terjed a köldökön túl.

Vörös- és fehérvérsejtek száma . . .	4.200,000
Fehérvérsejtek " . . .	70,000
Polynucleáris sejt . . .	73.3%
Myelocyt . . .	22.3%
Hízósejt . . .	1.2%
Eosinophil . . .	0.9%
Eosinophil myelocyt . . .	0.3%
Lymphocyt . . .	1.3%
Myeloblast . . .	0.7%

Az augusztust a beteg fürdőhelyen töltötte.

Szeptember 1. A lép alig 3 ujjnyira terjed a bordaívén túl.

Vörös- és fehérvérsejtek száma . . .	4.700,000
Fehérvérsejtek " . . .	3,400
Polynucleáris sejt . . .	58.0%
Lymphocyt . . .	25.3%
Hízósejt . . .	8.4%
Eosinophil . . .	4.2%
Myelocyt . . .	3.2%
Myeloblast . . .	0.9%

Október 1. Igen jól néz ki, szolgálatban van, minden nehézség nélkül, könnyen tudja munkáját elvégezni. A lép alig tapintható.

Vörös- és fehérvérsejtek száma . . .	6.160,000
Fehérvérsejtek " . . .	10,800
Myelocyt . . .	14%
Myeloblast . . .	7.1%

November 8. A lép újból a köldökig ér. Vörös- és fehérvérsejtszám 4.700,000. Fehérvérsejtszám 81,600, 29% myelocytával. Újból kezdjük a röntgenkezelést.

November 28. Vörös- és fehérvérsejtszám 5,400,000. Fehérvérsejtszám 144,000.

December 5. Vörös- és fehérvérsejtszám 5,600,000. Fehérvérsejtszám 71,000.

1908 január 4. Vörös- és fehérvérsejtszám 4.590,000. Fehérvérsejtszám 77,000.

Január 24.-én a beteget rendkívül súlyos állapotban hozzák be a klinikára. Rendkívül gyenge és elesett, lázas, erős fájdalmat érez hasában. A pulsus 88, eléggé telt és feszes. A lép óriási módon megnövekedett, kitölti az egész hasat, jobbfelé a bimbóvonalon túl terjed. Nyeléskor fájdalmat érez, a garat erősen belövelt.

Vörös- és fehérvérsejtek száma . . .	2.830,000
Fehérvérsejtek " . . .	545,000

A fehérvérsejtek között rendkívül sok az igen nagy (20—25 μ) egymagvú sejt, a mag gömbölyded, myelocytamagnak megfelelő, a protoplasma basophil, benne némely sejtben durványos neutrophil és basophil granulatio, mely egyes sejtben alig jelzett, úgy hogy a protoplasma tisztán kék, másutt kifejezett átmenetet tüntet fel az ugyancsak igen nagy számban jelenlevő myelocytákhoz. A nagy egymagvúak oly nagy számmal vannak jelen, hogy egyes látóterekben a sűrűn álló fehérvérsejtek között más sejtet alig látni.

Január 25. A beteg egyáltalában nem tud táplálkozni, hány. Arca erősen kipirult, vérbő, a halántéki gyűjtőerek erősen duzzadtak.

Január 26. Reggel a beteg állapota igen rossz, eszmélete zavart, maga alá vizes. A pulsus 160, alig tapintható, az arez fel-tűnően szederjes, a pupillák szűkek. Délután coma, este exitus.

A bonczjegyzőkönyv (Krompecher dr. egyetemi m.-tanár) adatai a következők: Az erekben, de főleg a jobb kamarában foglalt vér rendkívül sűrű, pépes, piszkos rózsaszínű, némileg málnafagylaltra emlékeztető színű. Mindkét tüdőcsúcsban néhány sajtos gócz. A lép rendkívüli módon megnagyobbodott, méretei 32 $\times$ 21 $\times$ 10 cm., súlya 2740 gm. Burka mérsékeltén megvastagodott, metszéslapja elég sima, pulpája relative nehezen kaparható ki, színe némileg csokoládéra emlékeztető. Állománya elég puha, könnyen törhető. A máj hatalmasan megnagyobbodott, metszéslapja némileg a lép metszéslapjára emlékeztető, barnás árnyalatot mutat, rajzolata teljesen elmosódott, állománya igen törékeny. A csontvelő egészen terjedelmében szentes rózsaszínű, helyenként inkább a piszkosszürke szín uralkodik.

Diagnosis: Leukaemia myeloidea. Hyperaemia meningum et cerebri. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Metaplasia leukae-mica medullae ossium.

K. J. 17 éves, kereskedősegéd, felvétetett 1908 január 14.-én. Öt hó előtt egy izben fájdalmas erectioja támadt, mely néhány óráig tartott s mely három heti időközökben még kétszer ismétlődött. Január 9.-e óta a priapismus állandóan fennáll. Felvételtkor a priapismus folytán vizelni nem tud, úgy hogy kateterezésre szorult két napon át. Láztalan. A szív fölött gyenge systolés zöreje. A lép kitölti az egész bal hasfelet. Vörös- és fehérvérsejtek száma 2.500,000, fehéreké 510,000, igen sok myelocytával. Röntgen-kezelést alkalmazunk. A priapismus két hét alatt megszűnt, a vörös- és fehérvérsejtek száma emelkedett, a fehéreké csökkent, a testsúly gyarapodott.

Márczius 5. 260 percznyi összbesugárzás után a lép jelentékenyen megkisebbedett.

Vörös- és fehérvérsejtek száma . . .	4.070,000
Fehérvérsejtek " . . .	117,000
Haemoglobin . . .	12.5 gm.
Polynucleáris sejt . . .	64.6%

Myelocyt	27.6%
Lymphocyt	4.3%
Nagy mononucleáris	3.5%

Néhány normoblast.

Március 29. A beteg 10 kiló testsúlygyarapodással elhagyja a klinikát.

Vörösvérsejtek száma	4.672,000
Fehérvérsejtek	127,000
Polynucleáris sejtek	72.5%
Myelocyt	16.5%
Lymphocyt	3.3%
Basophil	4.2%
Myeloblast	2.5%
Eosinophil	0.3%
Eosinophil-myelocyt	0.7%

Április 23.-án vörösvérsejtek száma 4.800,000. Fehérvérsejtek száma 59,000.

Június 2. A lép újból nagyobbodik.

Vörösvérsejtek száma	3.045,000
Fehérvérsejtek	135,000
Polynucleáris	62.2%
Myelocyt	7.2%
Myeloblast	14.0%
Lymphocyt	5.6%
Eosinophil	3.4%
Eosinophil-myelocyt	1.0%
Basophil	6.6%

A beteg újból felvételre jelentkezik június 12.-én. Egy hét óta lázas és rendkívül szomjazik. Heves fájdalmakat érez hasának bal felében. Rendkívül gyenge, alig tud járni. A mellkas csontjai nyomásra igen érzékenyek. A lép lefelé leér a kis medenczébe, jobbfelé a középvonalon túl ér négy ujjnyira, tömött, nyomásra rendkívül érzékeny. A máj három ujjnyira haladja meg a bordaívet, nyomásra ugyancsak igen érzékeny. A vizeletben $\frac{1}{4}$ ‰ fehérje, alakelemek nélkül.

Vörösvérsejtek száma	3.340,000
Fehérvérsejtek	593,000
Polynucleáris	33.2%
Myelocyt	26.6%
Myeloblast	34.2%
Eosinophil myelocyt	2.9%
Eosinophil	1.0%
Lymphocyt	0.7%
Basophil	1.4%

Mérsékelt polychromatophilia, elég sok normoblast. Sok szakadékonyság van, kivált a nagy polynucleárisok és az eosinophil-sejtek között. A myeloblastok túlnyomóan nagy (a polynucleárisnál nagyobb) sejtek keskeny protoplasmaszegéllyel, melyen helyenként kevés számú nyúlvány van. A protoplasma basophilája erősebb mint a magé (Jenner-festés), helyenként a protoplasmában és a magban kicsiny vacuolák vannak. A myeloblastok kifejezett átmenetet tüntetnek fel a myelocyták felé. Helyenként a keskeny protoplasmának a maggal érintkező része vöröses árnyalatú. Más sejtben a mag bevágásában levő szélesebb protoplasma kifejezetten vöröses, egyébként kék. Ismét más sejtekben már szélesebb a protoplasma, vöröses vagy erősen vörös helyekkel, de a granulatio még nem kifejezett. Giemsa-festéssel a mag intenzív azúrszint vesz fel, a protoplasma basophil. Pyramin methylzölddel festve úgy a myeloblastok, mint a myelocyták protoplasmája intenzív vörös.

Június 14. A léptáji fájdalmak rendkívül hevesek, a légzés-től függetlenül állandóan fennállók, dörmögőreje nincsen. A nyelv, ajk, ny felette száraz, hőmérsék 36.8 C°, pulsus 90, üres, puha, kicsi. Este a fájdalom oly erős, hogy 1 centigm. morphiomot adunk cseppekben. 10 órakor hőmérsék 37.7 C°, pulsus 100, felette üres. 12 órakor pulsus 120, alig tapintható, Cheyne-Stokes légzés, 2 óra 15 perczkor beállott a halál.

A hőmérsék az egész észlelés alatt 38 C° alatt volt.

A bonczjegyzőkönyvből a következőket emelem ki (Krompecher dr., egyetemi m.-tanár): Az erekből, nevezetesen a vena jugularis-

ból sötétvörös, geléeszerű vér ürül. A szív izomzata feltűnően halvány, petyhüdt. A lép igen nagy, méretei 35×17×8 cm., tokja mérsékeltén megvastagodott, metszéspapja szürkés rózsaszínű, eléggé sima, a pulpa nehezebben kaparható ki. Az ileumban a solitaer tüszők gombostűfejnyire kiemelkedők, a Payer-plaque-ok 3—4 cm. hosszúak, duzzadtak, virágágszerűen kiemelkedők. A mesenterialis nyirokesomók mogorónyiak. A máj erősen megnagyobbodott, felülete és metszéspapja sima, halvány szürkésvörös, rajzolata elmosódott, állománya törékeny. A vesék kissé megnagyobbodottak, rajzolatuk elmosódott, állományuk törékeny. A czomb csontveleje mindenütt egyenletesen szürkésvörös. *Diagnosis: Leukaemia myeloidea. Tumor lienis subacutus. Intumescencia glandularum peribronchialium et mesentericarum. Hyperplasia leukaemica folliculorum intestini ilei. Infiltratio leukaemica hepatis, renum et pulmonum. Metaplasia leukaemica medullae ossium.*

Mindkét esetben szövettani vizsgálat (Giemsa-, Jenner-festés) a csontvelőnek és a lépnek myeloid hyperplasiáját derítette ki. A májban a leukaemiás beszűrődés extraacinosus, a májgerendák között helyet foglaló rendkívül erős, a periportális kötőszövetben levő kevésbé kifejezett. A leukaemiás beszűrődés nagyrészt a vér vizsgálatában leírt sejtekkel teljesen azonos nagy, egymagvú, granulatio nélküli sejtek által van feltételezve.

Mindkét esetben igen nagy lépdaganattal járó idült myeloid leukaemia volt jelen. A betegek állapota Röntgen-kezelésre jelentős mértékben megjavult. Sch. két hónapi Röntgen-kezelés után teljesen egészségesnek látszott, a lép visszafelldött annyira, hogy alig lehetett tapintani, a vörösvérsejtek száma a normális fölé emelkedett, a fehéreké a normális alá esett. A beteg testsúlyban 10 kilót gyarapodott és mint katonatiszt szolgálatának könnyen tudott eleget tenni. A másik esetben a javulás a leukaemiás folyamatot illetőleg nem volt ugyan oly nagyfokú, de 16 kiló testsúlygyarapodás mellett a vörösvérsejtek száma szinte a normálisra emelkedett, a fehéreké meg 70,000-re esett le. A javulás azonban egyik esetben sem volt tartós. Mindkét esetben rövidesen rosszabbodás állott be, majd rendkívül heveny tünetek között néhány nap alatt állott be a halál. Myeloid leukaemiában rendszerint nem ez a betegség lefolyása. A mennyiben közbejövő szövődmény, agyvérzés vagy súlyos egyéb vérzés nem vet véget a betegségnek, állandó láz, hasmenés folytán vagy ezek nélkül is beálló súlyos táplálkozás-zavar folytán legnagyobb fokú lesoványodás vagy általános vízkór tünetei között halnak meg a betegek.

A mi a vérképet illeti, régóta ismeretes, hogy a betegség vége felé gyakran jelentkeznek a vérben azon nagy egymagvú sejtek, melyek myeloblast, lymphoide Markzelle, lymphoidsejt néven ismeretesek. Éppen a myeloid leukaemiának ezen alakjai a legalkalmasabbak arra, hogy ezen sejteknek hovatartozása felől felvilágosítást nyerjünk. Ez esetek ugyanis bizonyossá teszik, hogy ezen sejtek fiatal, éretlen myelocytáknak felelnek meg és ily módon biológiai szempontból a lymphocytáktól élesen megkülönböztetendők. A granulatio nélküli, keskeny protoplasmájú nagy egymagvúaktól a típusos myelocytáig megtalálható a kórtörténetben leírt számos átmeneti alak, mely bizonyítja, hogy morfológiai tekintetben ezen két sejt-alak között szakadatlan összefüggésben levő sejt-sor van jelen. Ezen myeloblastok csekély számmal minden chronikus myeloid leukaemiában jelen vannak, nagyobb számmal való jelentkezésük minden esetben rosszabb prognosztikai jelentőséggel bír, a mennyiben a csontvelő működési elégtelenségére utal. Ugyanaz a jelentőségük azon esetben is, ha nagyobb számmal a betegség utolsó szakában jelentkeznek.

Az utolsó években több közlés jelent meg, mely myeloid leukaemiának nagyfokú javulása után rövidebb vagy hosszabb idő múlva hirtelen bekövetkező oly súlyos rosszabbodásáról szól, melynél a vérkeringésben nagyszámú granulatio nélküli egymagvú sejt jelentkezik. Ilyet ír le Türk arsenkezelés után, valamint Röntgen-kezelés után Türk, Fleisch, Königer, Lossen és Morawitz. A szerzők egy része (Türk, Fleisch) a myeloid leukaemiának lymphatikus leukaemiába való átalakulásáról szól. Nageli hevesen ellene szól ezen felfogásnak, szerinte ez esetekben csakis myeloblastokról lehet szó, a kórszövettani leletek teljesen a myeloid leukaemiában előfordulóknak felelnek meg.

A mi két esetünkben a nagy egymagvú sejtek kétségen kívül myeloblastoknak feleltek meg, a szövettani lelet pedig ugyancsak

azt bizonyította, hogy a leukaemiás beszűrődések például a májban teljesen a myeloid leukaemia típusának felelnek meg. A vérmegbetegedésnek heveny kiújulása tehát eseteinkben nem lymphatikus leukaemiába való átalakulás, hanem óriási számú myeloblastnak képződése és a vérkeringésbe való jutása által volt feltételezve.

Hogy ezen myeloblastképződésnek mi az oka, arra válaszolni ez idő szerint nem tudunk. Jelenlegi felfogásunk szerint minden leukaemia esetében fel kell vennünk egy olyan közelebből, sőt egyáltalában nem ismert tényező működését, mely okozza azt, hogy a leukaemiás sejtburjánzások által nagy mennyiségben termelt sejtek a vérkeringésbe jutnak. Ez a specifikus leukaemiás ható tényező. Úgy látszik, ennek valami módon való rendkívüli megnövekedéséről, működésének fokozódásáról lehet csak szó ezen esetekben. Azon körülmény azonban, hogy ezen sejteknek rendellenesen nagy számban való jelentkezése nemcsak a vérben, hanem magukban a leukaemiás sejtburjánzásokban is megállapítható, a mellett bizonyít, hogy a kóros inger magukra a leukaemiás szövetekre is nemcsak sejtkivándorlást létrehozó módon, hanem sejttúdonképzést okozó módon is hat. Az újonnan képzett sejtek azután a vérpályába sodortatnak fiatal, éretlen alakjukban, mielőtt átalakulásuk és fejlődésük további fokát elérhették volna.

A leukaemiában a lázat, a lesoványodást, a hasmenéseket, a szívizom elfajulását stb. a leukaemiás szövetburjánzások által termelt mérgező anyagokra kell visszavezetnünk. Ilyen mérgező anyagoknak nagy mennyiségben való keletkezését és hatásos módon való közrejátsszását kell felvennünk ezen esetekben, a mely felvételt megmagyarázza és indokoltá teszi azon hatalmas növekedés és újdonszövődés, mely a klinikai képen is megnyilvánul (máj, lép óriási heveny duzzadása). A mérgező anyag hat az idegrendszerre, első sorban azonban a szívre, melynek károsítása folytán állott be mindkét esetben a halál.

A municipiális orvosok képesítetése, hivatalos czime és alkalmaztatásmódja a Krisztus utáni II. és III. században Ephesusban.

Az osztrák archeologiai intézet vezetése alatt Ephesusban folyó ásatások rendén 1904-ben az ú. n. kettős templom romjainban szétszóródva s részben befalazottan több márványtöredékre bukkantak, melyeknek összeillesztéséből Keil J. az Asklepios papjainak részvételével évente megtartott orvosi versenyek pályanyertesek neveit deríté ki.¹ Ezek az orvosi versenyeken (agona) négyféle pályanyertesek szerepeltek, ú. m.: *συντάγματος, προβλήματος, χειρουργίας* és *ὀργάνων*. A márványfelirat bevezető sorai az évszámot tartalmazzák. Ezután a versenybiztosok, t. i. egy Asklepios pap, az orvosi egyesület elnöke és a pályabíró (agonothetes = *ἀγωνοθέτης*), a pályadíjnyertesek, a versenyzők nevei következtek az Asklepios tiszteletére szóló ünnepély leírásával.

Az egyes versenyek minőségének értelmezését az orvosi tudományban mind e mai napig használatos *χειρουργίας*-szal, a sebészettel kezdhetjük meg. Az *ὀργάνων* értelmezése sem nehéz, minthogy az orvosi irodalom *ὄργανα* szóval jelöli az orvosi műszereket, melyeknek készítése és feltalálása az ókorban sokkal inkább az orvosi karra tartozott, mint akár napjainkban. Nehezebb a *συντάγματος* és *προβλήματος* megfejtése. *Συντάττειν* egyes orvosi feljegyzések szerint az orvosi rendelést, a beteg viselkedésére, életmódjára vonatkozó utasításokat jelentette. Ebből az következnék, hogy *συνταγή* lehetett az orvosi *rendelvény* neve. Minthogy azonban ez nyilvános verseny tárgya alig lehetett, sokkal valószínűbb, hogy valamely szabadon választott tételtől szóló dolgozat, vagy éppen diagnosis-leírás volt a jutalmazás tárgya. A negyedik verseny, vagyis a *προβλήματος* mibenléte még bizonytalanabb. Caelius Aurelianus egyik orvosi könyvét *Problematica*-nak címezte. Itt tehát valamely kitűzött *pályatétel sikeres megfejtéséről* lehet csak szó. És a verseny két napján az orvosi műszerek, *chirurgiai gyakorlatok, diagnostikai leírások* nem készülhetvén el, világos, hogy az *agona*-n a pályabíró az utolsó esztendő vagy egy kijelölt cyclos legjelesebb

ilynemű pályadolgozatai felett már eleve meghozott bírálatát s azzal a pályanyertesek neveit hozta nyilvánosságra. Ezzel tehát az egész versenyeljárás fiatal, kezdő orvosok *szigorlata* lehetett s nem Ephesus város *régibb gyakorló orvosainak* pusztá mérkőzéséről volt szó. Erre mutat a győztesek közt fel-feltűnő *ἀρχιτροί* vagyis „községi“, „hatósági orvos“ kifejezés is, úgy hogy ezeket a verseny, illetőleg vizsgálat rendén *képesített községi orvosoknak* vehetjük.

Az ezen versenyekkel járó orvosi vizsgálatok intézője az ephesusi *orvosegyesület* vala, mely egy síremlék tanúsága szerint: *συνέδριον, οἱ ἐν Ἐφέσῳ, ἀπὸ τοῦ Μουσείου ἱατροῦ* címezte magát.¹ Ez a testület P. Vadius Antoninusnak, Ephesos emlékeztetés jövevényének² a második századból ismeretes emlékköve³ szerint a tudományok ápolására alapított s nyilván a hirneves *alexandriai* intézet mintájára *szervezett Museion (museum)* védőszárnyai alá helyezkedett. Alexandriában a III. században éppen orvos elnökölt a Museumban.⁴ Ephesusban tehát a *tanárok* és *orvosok* egymással karöltve fejleszték a museumban a tudományos orvosi képzést is. A két testület illetén szövetkezése éppenséggel nem példanélküli, mert a római császárok számos rendelkezése mentesíti a közterhek alól, vagy részesíti különös kedvezményekben együttes társulataikat,⁵ a mi egyúttal nagy buzdításul szolgálhatott arra nézve is, hogy az orvosok szakjukban minél alaposabb kiképzésre törekedjenek.

Az orvosok, mint mindenütt, úgy Ephesusban is Asklepiosnak, védőszentjüknek imahelyén gyülekeztek. Erről a szentélyről idáig nem sokat tudunk. Az itt megemlített papon kívül még csupán egy késő hellen dionisiusi agona versenybíróágában (a 255. szám alatt lajstromozva) találkozunk egy pap nevével: *Εὐβιος Πρέσβυρος ἱερεὺς Ἀπόλλωνος Πυθίου καὶ ἱερεὺς Ἀσκληπιοῦ πρυτανεύσας καὶ ἀγωνοθέτης τὰ Διονύσια* (sic!) *ἐκ τῶν ἰδίων*. Még csupán 1903-ban került elő egy Hygieiának szentelt oltáron a nagy könyvtár homlokzata előtt ez a *Ἐπιφανεὶ θεὰ Ὑγεία* (sic!). Minthogy pedig már 1903 előtt a kettős templom táján több orvosi vonatkozású felirat került napfényre, némi bizonyossággal arra következtethetünk, hogy ez az Asklepios-szentély ezen a tájon, sőt tán éppen az ó-keresztény templom helyén állott.

Az ephesusi legújabb márványdarabokon olvasható *ἀρχιτροῦς*⁶ (egyik töredéken *ἀρχιτροῦς*)⁷ kifejezés a Krisztus előtti második századtól kezdve hellen fejedelmek (mint IX. Antiochus Syriában és Mithridates) sebészeinek titulussal szolgált. Ezt a szót laodikesai Themison vezette be az irodalomba, a ki a Krisztus előtti század methodikus iskolájának megalapításával vált nevezetessé. Az első században Claudius császár udvari orvosa C. Stertinus Xenophon, Nero házi orvosa Andromachos és ennek az orvosi tudományok fejlesztésében szintén érdemes hasonnevű fia⁸ viselte ezt a titulust. Ez a kifejezés lassankint mind gyakoribbá válik s utóbb a császári udvarnak (*archiatri palatini*) és a városi municipiumoknak nyilvánosan alkalmazott és közpénztárból fizetett (*archiatri populares*) orvosait értették alatta. Hozzájuk csatlakoztak még az *archiatri Verbalium* és *archiatri Xysti*⁹ is. Az ephesusi márványtáblán csakis a városi tisztviselők szerepelnek, a kik a VI. századtól kezdve a kis-ázsiai görög területeken kezdtek mutatkozni a császárság idejében,

¹ Egy Wood által ismertetett orvossírkő záradékában.

² Prosopographia Imperii Romani III. 390 és 111.

³ Keil bemutatja az ephesusi leltár 392. száma alá foglalt sírkövet is felirátával:

*Οἱ περὶ Τό Μουσέιον
Παιδευταὶ Π. Οὐήδιαν
Ἀντωνείνον ἀσκήσαντες
Τὸν, ἐαντὼν ἐδεργέτην
Καὶ Κείστην τῆς πατρίδος*

⁴ Bull. hell. III. p. 470. u. 2.

⁵ Bulletines de corr. hellénistique VII. 1883. p. 359. Reinach Tivadar: Mithridate Eupator, roi du Pont. Paris 1890., illetőleg annak 1894-ben Teubnernél Götzlől megjelent javított fordítása, 281 l.

⁶ Paton Inser. of Cos n. 345: *ἀρχιτροῦς τῶν θεῶν Σεβαστῶν*. Vesd össze PIR III. 273. n. 666.

⁷ Galenus XIV. 2. Lásd Wellmann vonatkozó cikkét Pauly Wissowa, Real Lexicon I. 2153. l.

⁸ Wellmann említett cikke szerint (Pauly Wissowa I. 2154.) Keil is vitatja (Erotian X.), hogy az Erotian praefectusnál említett *ἀρχιτροῦς* *Ἀρχιτροῦς* nem azonos Nero császár udvari orvosával.

⁹ Lásd Brian, L'archiatrie Romaine ou la médecine officielle dans l'empire Romain. Paris 1877.

¹ J. Keil, *Aerzteinschriften aus Ephesus*. Jahreshefte des österreichischen archäologischen Institutes in Wien. Band VII. 1905. Erstes Heft, 128—139. pag. a, b, c, d, e, f, g, h, i márványtöredék képmásával.

s lassankint rendszeres városi intézmény¹é² nőtték ki magukat. Hogy az *archiatri* titulus mikor vált hivatalos jellegűvé, az még nem ismeretes; de Antoninus Pius császárnak a második század derekáról bizonyos decretuma (*Koivón 'Aσίας*) megengedte a városi hatóságoknak, hogy nagyságuk és vagyonuk szerint 5, 7, vagy 10 orvosi állást rendszeresíthessenek, a nélkül azonban, hogy a teljes szám betöltésére is kötelezte volna őket.³ Ime tehát az ázsiai provinciában már akkor szervezte volt a hatósági orvosi rend, a mikor magában Görögországban s a római birodalom többi részében nem is gondoltak arra. Európában Constantinus 321-i rendeletében⁴ találkoztunk először az archiatrik rendszeresítésével. A medicusokat, de kivált az archiatereket nejeikkel, gyermekeikkel s bárminemű a város területén található javaikkal mindennemű közszolgáltatástól, városi és állami megterheléstől mentesítették, fizetésüket, díjaikat pontosan szolgáltatták ki. (*Medicos et maxime archiatros vel ex archiatis . . . una cum uxoribus et filiis nec non et rebus quas in civitatibus suis possident ab omni functione omnibus inversibus civilibus vel publicis immunes esse praecipimus . . . mercedes etiam eorum (codd.) et sularia reddi iubemus, quo facilius . . . memorialis artibus multis instituant.*)

A városi köztörvényhatósági orvosok választását a császártól megszabott határok közt a képviselő (ordo) eszközölte s ugyanez jogosítva vala a képtelennek, hanyagnak bizonyult orvos elbocsátására⁵ is. A megválasztott városi orvos tisztéhez tartozott a szegények díjtalan gyógyítása⁶ és az orvosi ismeretek terjesztése, mely utóbbiért a tehermentesség mellett még díjazás is járt.⁶

S hogy nem pusztán az orvosi testület vezetőiről van ezen az ephesosi márványapon szó, hanem tényleges hatósági orvosok valának az *archiatriosok*, azt a leggyakrabban említett *II. Αἰῶνος Μένανδρος ἀρχιτρός* esete bizonyíthatja, a kit egy újabb kővön (1018 B. lett. szám) a *cretabeliek collegiuma* (collegium cretorum) hasonló minőségben említ, pedig ez a testület az orvosival semmi-féle kapcsolatban sem állott.

És úgylátszik időszakos vala a megválasztatás, mert az egyik passzus *ἀρχιτρός τὸ δ'*, ezidőszérii archiatrost említ. Tehát az ordo nemcsak elbocsáthatta, de újra meg is választhatta orvosát a megbízatása lejártával.

Az ephesosi orvosi verseny, illetőleg tisztí szigorlat emlékéve mindenestre előbb keletkezhetett Constantinus koránál. A betűk alakja a Krisztus utáni harmadik század elejére, vagy legfeljebb a második végére minősíti s így elég régi időkből dokumentálja az ókori municipialis orvosok képzésének, hivatali rendszerének és alkalmaztatása módjának mikéntjét. (*J. Keil: Aertzteinschriften aus Ephesos. Jahreshefte des österreichischen archäologischen Instituts in Wien, Band VII. 1905. Erstes Heft 128—139. l. nyomán.*)

Téglás Gábor.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Ärztliches aus griechischen Papyrus-Urkunden. Bausteine zu einer medizinischen Kulturgeschichte des Hellenismus. Gesammelt u. bearbeitet von **Karl Sudhoff**. Mit 6 Tafeln in Lichtdruck. Leipzig, 1909. Verlag v. J. A. Barth. Heft 5—6 zu den „Studien zur Geschichte der Medizin“. (XVI + 296 lap.)

Miként a könyv címe is mutatja, nem a régi Egyptom papyrusairól van itt szó, hanem arról az időről, a mikor Egyptom már hellenizálódott. Vagyis a Ptolomaeusok koráról és a császárságéről szólnak az adatok egészen az arabs hódításig. Az anyag tehát közepes számítás szerint nyolcz évszázad idejére oszlik el. Egyptomiak, görögök, előázsiaiak és rómaiak, tarka vegyességben, ezek a szereplők, kik a mindennapi élet aprólékos megnyilvánulásában lépnek szemeink elé.

¹ Vercontre, Le médecin publique dans l'antiquité Grecque. Revue archéologique II. (1880) 39. 321. l.

² Digesta XXVII. 1, 6, 2—4 és ehhez Codex Justinian. X. 52, 5.

³ Codex Justinian. X. 52, 6. Imperator Constantinus A. ad Volusianum.

⁴ Digesta I. 9, 1.

⁵ Dig. XXVII. 1, 4 és 6.

⁶ Lompridius, Vita Alex. Severi c. 44 és Codex Justinian. XI. 52, 6.

Az okmányok pedig, melyek oly mély és alapos betekintést nyújtanak az élet ez apró mozzanataiba, bizony nem világtörténeti documentumok, nem nemzetközi egyezségek, hanem: levelek, házi feljegyzések, számlák, adócézédulák — megannyi megbízható okmányai a kultúrtörténetnek. És nem is mindig papyrusok ezek, hanem csak rövid életre szánt s mégis az idő viszontagságainak dacosan ellenálló ostrakák.

És bizonyos dolog az is, hogy az orvosi szaktörténelmet mindenütt az orvosi kultúrtörténetnek kell megelőznie. Orvosi szemmel kell végigmustrálni az élet physiologiai és pathologiai sürgésétforgását, a mint ezt könyvében Sudhoff teszi.

Másfelől e könyvet úgy is foghatjuk fel, mint az orvostörténész életjeladását. Mert a papyruskutató egyptológusok mind- eddig nem voltak, a mint hogy nem is lehettek tekintettel anyaguknak orvosi vonatkozásu részeire. Nagyon szűk kör az, melyet a laikus sua sponte az orvostörténelem territoriumának tud mindjárt fel- és elismerni. Sudhoff e munkában kijelöli a jövőre nézve mindazt, a mi bennünket is érdekel, s mi az, a miben a papyruskutató előreviheti az orvostörténelem ügyét, és az, a miben az orvostörténészhez felvilágosításért fordulhat.

Melyek tehát azok a fejezetek, melyek Sudhoff szerint orvostörténelmi vonatkozásúak, vagy más szóval: mely tárgyak, fejezetek érdekelték őt, mint orvostörténészt? honnan vet'e az anyagát?

E fejezetek, számszerint 18, a következők: Élelmiszerek, italok, élelmezési egészségtan. Olajok. Szagosítószerek és drógok. Fürdőügy. Borbélyok, hajápolás, nőgondozás. Sexualia. Házasság, elválás. Rabszolgaság. Dajkaügy. Születési jelentések. Körülmetelés. Halotti jelentések. Temetési költségek, mumiaszállítás és etiquettezés. Végrendeletek. Betegségek, okmányokban és levelekben említve. Sarapieaiák, Isieiaiák, Asklepieaiák és kórházak. Bűnügyek, törvényszéki orvostan, tanusítványok. Az orvosokról magukról.

Ezenkívül a papyrusokban előforduló orvosok neveit állította össze Sudhoff és egy görög szójegyzéket s a feldolgozott papyrusokról listát ad tájékoztatóul. A munkát hat ábrás tábla díszíti.

Az ismertetett papyrusok tömegéből csak egyet ragadok ki mutatónak s minthogy ez sexuális vonatkozású, ezért magyarázatra szorulok. Közlöm pedig éppen azért, mert ez a papyrus igen instructív. Igen elterjedt ugyanis manapság az a helytelen nézet, mely az ó-korban előfordult paederastiát mint az emberek köz-napi és természetes aktusát állítja oda s szinte perversnek mondja a mi korunkat, a miért a homosexualitást pathologiás és kriminális dolognak tartja. Lássuk csak, mit tanulunk e tekintetben a papyrus Oxyrhynchosból? Vajjon csakugyan olyan nagyon ártatlan, nem kifogásolandó dolgot látott benne az ó-kori közfelfogás? A papyrus arról szól, hogy egy magasrangú állami tisztviselőt megvádol az ügyész, hogy egy jó társaságból való szép ifjúval benső viszonyt folytat. Az ügyész beszédének néhány passzusát hadd közöljem itt magyarul:

... Miért étkezik állandóan egy 17 éves ifjú veled? Az összes tanuk, bármikor érdemesítették rá, hogy az étkezésen részt vehessenek (s e kegyet nem könnyű volt elérni, miután királyi rangot értél el), látták ez ifjút vagy apjával együtt, vagy magában, az asztalod mellett, és látták a szerelmesnek szemérmetlen tekintetét és szemérmetlen viselkedését.

... Miért látogattott az meg téged mindennap? Esküvel bizonyítják, oh uram, hogy ők, a mikor az ajtó előtt vártak, látták az ifjút a mint a hálószobából magában kijött és a gyengéd, benső érintkezés nyomait csaknem bemutatta. Mert a mikor már megszokta a szegényt, hetyke lett a szép és gazdag ifjú és annyira elbizakodott, hogy mindenki szemeláttára Eutychos-szal, az inassal, enyelgett és kezét szorongatta, és vihogott vele és hangosan nevetett a felek jelenlétében. Nem volt ő ostoba, és mégis érthetően észrevétette, hogy mi történt. Miért nem utasítottad őt a te szemérmességben és nagy komolyságodban rendre? ... Ís te a széptermetű bajszztalan ifjút megtérte mindennap a praetoriumban, és nem küldted többé az iskolába és az ifjak testgyakorlataihoz. Te bejártad ezzel az ifjúval egész Egyptomot. Nem kísért-e egy 17 éves ifjú a nyilvános bíró székhelyére? Miért volt oldalod mellett Memphisben és Pelusiumban, és mindenütt a merre csak jártál? Mi körülállottunk, egymástól elválasztva ...

Akár igaz volt a vád, akár rágalom volt, bennünket ez nem érdekel. De annyi bizonyos, hogy e beszéd eléggé bizonyítja azt,

hogy a homoszexuális viszony nem volt olyan természetes és olyan ártatlan dolog, a minőnek azt ma némelyek feltüntetni óhajtanák. Legalább is az ó-kort hagyják ki mint védelmi analógiát. Győry.

Lapszemle.

Általános kórtan.

A belső elválasztású mirigyek kölcsönhatásáról szóló dolgozatában Falta (Bécs) ezen mirigyeknek a fehérje-, zsír-, szénhidrát-, sóanyagforgalomra s a vérképző szervekre tett hatását tárgyalja, végül összehasonlítja az egyes mirigyek működését.

A fehérjeanyagforgalmat thyreoidin (általában minden pajzsmirigykészítmény) éhező kutyában fokozza, nitrogénegyensúlyban lévő kutyára ezen irányú hatása csekély vagy egyáltalában nem mutatkozik. Ebből magyarázható, hogy a thyreoidin nem fokozza valami kifejezett módon a myxoedemás betegek fehérjebontását, a kik tudvalevően nagyon csekély fehérjemennyiséggel tartják magukat nitrogénegyensúlyban. Ugyanez az oka annak, hogy soványító kurákban nitrogénegyensúlyban tudjuk tartani elhízásodott betegeinket, ha elegendő mennyiségben adunk fehérjét. Az adrenalin hatása hasonló: éhező kutyában nagymértékben fokozza a fehérjeanyagforgalmat, nitrogénegyensúlyban nem mutat hatást. Ezekkel ellentétben a hypophysis infundibulumos részéből előállított készítmény (pituitrinum infundibulare=infundibulin) a nitrogénegyensúlyban lévő kutya fehérjebontását is lényegesen fokozza s még nagy adagokban sem idéz elő mérgezési jelenségeket. A pankreasnak és az epitheltesteknek a fehérjebontástgátló hatást kell tulajdonítanunk, mert kiirtásuk után fokozódik a fehérje anyagforgalma.

A zsír anyagforgalmát a thyreoidin fokozza, a pankreas gátolja.

A szénhidrátok anyagforgalmát illetőleg az adrenalin fokozza a szénhidrátok mobilizálását és képződését a májban. Az infundibulin az adrenalin okozta cukorvizeletet fokozza, de nyilván csak húgyhajtó hatásánál fogva, mert önmagában házinyúlba fecskendezve a vér cukortartalmát nem fokozza. A thyreoidin cukorvizeletet okoz, míg a pankreas a szénhidrátok mobilizálását gátolja.

A sók anyagforgalma szempontjából Scholz kimutatta, hogy a thyreoidin a bélen keresztül a phosphorkiválasztást fokozza, Schiff pedig azt találta, hogy a hypophysis álmánya fokozza a bélen keresztül, csökkenti a vizelet útján történő phosphorkiválasztást. Régebbi kísérletekből tudjuk, hogy a bélen át történő phosphorkiválasztás fokozódásának oka az egyidejűleg fokozott, bélen keresztül való calciumkiválasztás szokott lenni, a mit erre irányuló vizsgálatokkal a thyreoidinra és infundibulinra nézve is be lehetett bizonyítani. Az adrenalin fokozza a vizelettel való phosphorkiválasztást. Még nincs eldöntve, hogy ennek oka a bélben a calciumkiválasztás csökkenése, vagy pedig a phosphortartalmú anyagok nagyobb fokú bontása. Adrenalin egyúttal a kalium és natrium kiválasztását is erősen fokozza. A pankreas kiirtása után lényegesen fokozódik az összes hamu-alkotórészek mennyisége, különösen a phosphor, kalium és natrium. Az epitheltestek kiirtása Mac Callum és Vögtlin szerint állítólag fokozza a calciumkiválasztást. A pankreas és az epitheltestek kiirtása lényegesen fokozza az éhezés idején nagyon leszállott chlorkiválasztást.

A belső elválasztású mirigyeknek a purintestek anyagforgalmára való hatásáról csak keveset tudunk. Az infundibulin a húgysav kiválasztását fokozza; ezt azonban, tekintve, hogy az allantoinkiválasztás egyúttal csökkent, úgy is magyarázhatjuk, hogy a fokozott diuresis miatt a húgysavak nagyobb mennyisége kerül el az allantoinná való oxydálást. Ezzel ellentétben az adrenalin úgy a húgysav-, mint az allantoinkiválasztást fokozza.

Az adrenalin leukocytosist idéz elő, melyet jellemez a neutrophil polynucleári sejtek szaporodása és az eosinophil sejtek megkevesedése, ellentétben a pilocarpin előidézte leukocytosissal, melyben a lymphocyták és eosinophil sejtek szaporodnak. Thyreoidinra is kisebbedik az eosinophilsejtek száma, a hatás azonban sokkal renyhébb. Infundibulin egyáltalában nem hat a vére. A pankreas és epitheltestek kiirtása után szintén eltűnnek az eosinophil sejtek.

Ezen adatokból kitűnik, hogy a belső elválasztású mirigyek két ellenkező: az anyagforgalmat fokozó és gátló hatású csoportra oszthatók. Az első csoportba tartozik a pajzsmirigy, a chromaffin

szervrendszer és a hypophysis infundibulumos része, a másikba a pankreas és az epitheltestek. A kevésbé tanulmányozott mirigyek között a nemi mirigyek és a hypophysis mirigyes része nyilván az anyagforgalmat fokozó, az epiphysis és a mellékvesekéreg nyilván a gátló csoportba tartozik.

Az egyes csoportokon belül levő mirigyek az említett közös tulajdonságon kívül azonban többé-kevésbé lényeges eltérést mutatnak működés tekintetében. Például az adrenalin és az infundibulin fokozza a vérnyomást, az infundibulin azonban fokozatosan és tartósan, az adrenalin gyorsan s rövid ideig. Az infundibulin kissé, az adrenalin erősen ritkítja a szívverést; a vagus átmetszése az infundibulin hatását nem változtatja meg, az adrenalinra megritkult pulzust ellenben erősen szaporítja. Mindkettő mydriasiszt idéz elő. Az infundibulin szűkíti, az adrenalin tágítja a szív verőereit, ellenben a vese ereit az infundibulin tágítja, a miert is diuresises hatású, az adrenalin pedig szűkíti. A thyreoidinnek a keringésre való hatását illetőleg csak annyi bizonyos, hogy szaporítja a szívverést és nem fokozza a vérnyomást.

Az anyagforgalomra való hatást illetőleg a fehérjebontást mind a három mirigy váladéka fokozza; a thyreoidin és infundibulin intenzív hatást mutat a calciumkiválasztásra, az adrenalin az alkáliákra és phosphorra. A thyreoidin és infundibulin huzamos adása nem mutat hatást az erekre, az adrenalin atheromatosiszt okoz. A szénhidrátforgalmat a thyreoidin fokozza, még nagyobb mértékben az adrenalin, az infundibulin — úgy látszik — hatástalan. Ugyanilyen fokozatot mutat a három anyagnak lázt okozó és mérgező, s az eosinophil sejtekre tett hatása is.

A gátló mirigyek közül a pankreas — úgy látszik — erősebben hat a fehérjeanyagforgalomra és a szénhidratmobilizálásra, mint az epitheltestek. A pankreas erősen gátolja a phosphortartalmú anyagok lebontását, az epitheltestek nagyobb gátló hatást mutatnak a calciumra.

Egyenes antagonismus van a chromaffinrendszer és a pankreas közt a szénhidrátforgalmat, a phosphorban és alkaliban gazdag szövetekre való hatást illetőleg; egyfelől a thyreoidin, infundibulin és másfelől az epitheltestek közt a calcium anyagforgalma tekintetében; a thyreoidin és az epitheltestek közt az idegrendszert illetőleg: míg az epitheltestek kiirtása vagy elégtelensége esetén az idegek galvánáram iránti ingerlékenysége fokozott, addig a thyreoidea kiirtása után csökkent. Ezt összefüggésbe hozzák a két mirigynek a calciumra gyakorolt ellentétes hatásával, a mennyiben a calcium tudvalevően csökkenti az ingerlékenységet. Mac Callum és Vögtlin ebben keresi a tetania tüneteinek magyarázatát.

A pankreas hyperfunktóájával magyarázzák azt a tényt, hogy pajzsmirigytől megfosztott állatban az adrenalin nem okoz cukorvizeletet. A szerző pajzsmirigytől 1—1½ év előtt megfosztott három kutya hasnyálmirigyt vizsgálva, a Langerhans-féle sejtszigetek szaporodását és túltengését mutathatta ki, a mi az előbbi nézet helyességét bizonyítja. Ugyanezt tapasztalta Lazarus hónapokig tartó phlorizin-, Dole secretinkezelés után.

A vegetatív működések teljesítésében tudvalevően antagonismus áll fenn a sympathikus és az autonóm idegrendszer között. Kérdés, hogy a belső elválasztású mirigyek közt fennálló és ezen antagonismus között van-e valami vonatkozás, oly értelemben például, hogy a gyorsító folyamatok a sympathikus, a gátlók az autonóm idegrendszer befolyása alatt állanak. Az eddigi kísérletek nem engednek még meg a döntést ebben a kérdésben. Az adrenalin ugyan tekinthető olyan tiszta hormonnak, a mely egyedül a sympathikus rendszerhez bir affinitással, míg a thyreoidin és infundibulin mindkét idegrendszerre mutat hatást. Ennek oka talán az, hogy a thyreoidin és infundibulin különböző anyagok keveréke. Több kísérleti tény, nevezetesen az adrenalinnak a szénhidrátokra tett hatása s a Claude Bernard-féle kísérlet közti analogia, másfelől az, hogy a vagus átmetszése esetén a vér cukortartalma éppen úgy fokozódik, mint a pankreas kiirtása után, mégis arra enged következtetni, hogy éppen úgy, mint a légzés és szív működés, a szerveknek cukorral való ellátása is egy nyúltagybeli centrum befolyása alatt áll, a mely a sympathicus útján a mellékvesék segítségével fokozza, az autonóm idegrendszer útján a pankreas segítségével pedig gátolja s egyensúlyban igyekszik tartani a szénhidrátok képződését és mobilizálását. (Wiener klin. Wochenschrift, 1909. 30. szám.)

Belorvostan.

A nem diabeteses glykosuriát, a cukorvizelés azon fajtát tárgyalja Glaessner (Wien), a mely nem mint a diabetes mellitus tünete mutatkozik. A szerint, a mint szőlőcukor, vagy más cukorfaj, illetve a cukorhoz közel álló anyag jelenik meg a vizeletben, szorosabb és tágabb értelemben vett nem diabetes glykosuriáról beszél.

A) A szorosabb értelemben vett glykosuriának két oka lehet: a) a vér cukortartalma meghaladja a normális értéket (0.085—0.090%): hyperglykaemia; b) a vese a vér normális cukortartalma mellett sem tudja visszatartani a cukrot: renális glykosuria vagy vesediabetes.

I. A hyperglykaemia miatt támadó cukorvizelés megkülönböztetése a diabetes mellitustól múló jellegénél fogva rendesen könnyű, sokszor azonban elég nehéz, sőt egyes esetekben éppen lehetetlen, a mennyiben a diabetesnek is vannak heveny, gyorsan múló alakjai (Naunyn). A kiváltó ok szerint ezen glykosuria lehet:

1. Alimentáris glykosuria (e saccharo), a mely egészséges emberben akkor támad, ha sok cukrot eszik meg egyszerre. A cukormennyiség (assimilatio határa cukorra nézve), a mely éppen hogy előidézi a cukorvizelést, egyénenként, de még ugyanazon egyénben is a cukorbevitel módja s a cukor fajtája szerint különböző; az édes cukrok: szőlőcukor, nádcukor, könnyebben előidézik, mint a tejezú, gyümölcszú, galactose. Az assimiláló képesség csökkenését lehet felvenni, ha 100 gm. nem éppen éhgyomorral adott szőlőcukorra mennyiségileg kimutatható cukor jelenik meg a vizeletben. Könnyen támad alimentáris glykosuria traumás neurosisokban, agy- és gerinczbajok, neurasthenia, hysteria és delirium tremens esetén. A táplálkozási cukorvizelés létrejöttelét egyesek az oxydálás csökkenésével, mások azzal magyarázzák, hogy a vena portae által cukorral túlárastott máj nem tudja mind glykogenné alakítani. Az első nézetnek ellene szól az, hogy fokozott oxydálást mutató egyénekben (láz, Basedow-kór), a másoknak pedig az, hogy éhezõ emberben is keletkezik alimentáris glykosuria. Biztosabb alapja van azon felfogásnak, hogy a cukor polymerizálása csökkent vagy a glykogen cukrosítása túlgyorsan történik.

2. Cukorvizelés támadhat különböző ártalmas behatások után a májra vagy a pankreasra. Szóba jönnek:

a) Chemiai ártalmak. Különböző savmérgezésekben fordulhat elő cukorvizelés; Zak szerint azonban csak akkor, ha a mérgezés felmaródást idézett elő a duodenumban, úgy hogy ezen cukorvizelés csak különös alakja volna a Pflüger-féle úgynevezett „duodenális glykosuriának”, a mely akkor támad, ha kiirtjuk a duodenumot, vagy átvágjuk a duodenumot a pancreassal összekötő idegeket. Állítólag több napig tartó vizelést okoz elég gyakran a sublimat gyűjtőérbe fecskendezés után. A mérgek egy csoportja asphyxia és collapsus (szövetek oxygenhiánya) útján idéz elő cukorvizelést: CO és a narcoticumok. CO-belégzésre csekély fokú, gyorsan múló fehérjevizeléssel párosult glykosuria mutatkozik, mely órák múlva egészen megszűnik. Állatkísérletekben a vérben túlsok cukrot, a vizeletben cukor mellett tejsavat is mutattak ki. Chloroform csak glukuronsavkiválasztást okoz, ezt is csak akkor, ha előzetesen szénhidratokat adtunk. Aether után elég gyakori a glykosuria (a cukor mennyisége 3—4%-ot érhet el); a narcosissal együtt megszűnik; egyidejűleg gyűjtőérbe történő oxygenbevitel megakadályozza kifejlődését, de a már kifejlődött cukorvizelést nem szünteti meg. Acetonnarcosisban hyperglykaemiával egybekötött — éhezõkben kimaradó — glykosuria támad. Az alkohollal való visszaélés szintén okozhat cukorvizelést, mely egyidejű szénhidratbevitel mellett jelentékeny lehet (az assimiláló képesség csökkenése). Ritka a glykosuria phosphor-, atropin-, copaivalabszám-, gombamérgezésben; csak elméleti jelentőségű amylnitrit-, curara- és strychninmérgezésben.

b) Hőártalmak. Cukorvizelést (úgynevezett lehülési glykosuria) találunk olyan egyénben, a ki hosszabb ideig alacsony hőmérséknek volt kitéve. A glykosuria több órával a lehülés után megszűnik, a cukor mennyisége 0.1—1.5% közt ingadozik. Hogy a lehülés az előidéző ok, azt állatkísérletekkel is lehetett igazolni. A szerző kimutatta, hogy az asphyxia és lehülés miatt támadó glykosuria esetén a szőlőcukor mellett tejsav is található mindig a vizeletben, úgy hogy a nem diabeteses glykosuria

ezen fajai ezen az alapon egészen biztosan megkülönböztethetők a diabeteses cukorvizeléstől. A tejsavkiválasztás oka nyilván a szövetek oxygenhiánya és a fokozott izomtevékenység.

c) Bakteriumos ártalmak. 2—3 napig tartó s azután nyom nélkül megszűnő glykosuriát (1—2%) találtak cholera asiatica súlyos eseteiben. Múló cukorvizelés fordul elő állítólag malariában. A typhus, morbilli, scarlatina, influenza, pertussis esetén ritkán előforduló glykosuria nyilván nem bakteriumos, hanem alimentáris eredetű. Ezekkel ellentétben nem éppen ritka a toxikus glykosuria ezen faja syphilis esetén.

A szervi glykosuriához átmenet az a glykosuria, a melyet éhezõ egyénekben, különösen leromlott, kiéhezett csavargókban tapasztalhatunk. A cukorvizelés szénhydratfelvételre eleinte fokozódik, de később teljesen megszűnik. Nyilván kimerülési állapottal van dolgunk éppen úgy, mint az aggokban elég gyakran mutatózó glykosuriában. Az éhezõk cukorvizelésének pendantja az elhújasodottaké, a melyet Wolfner a megfigyelt esetek 10%-ában tudott kimutatni.

3. A cukorvizelés egy csoportja bizonyos szerv vagy szervrendszer működésében beállott zavar eredménye: szervi glykosuria. Idetartozik első sorban a Claude Bernard-féle piquüre, a mely tudvalevően a calamus scriptorius csúcsába való beszúrás után támadó cukorvizelésben áll és kimarad, ha a máj glykogenmentes, illetve glykogenben szegény volt, vagy ha a splanchnicust előzetesen átvágtuk, a miből nyilvánvaló, hogy a nyúltagyból kiinduló, a splanchnicus útján vezetett, a máj glykogenjének elcukrosítását kiváltó ingerülettel van dolgunk. A piquüre vagy közvetlenül, vagy a pankreas illetve (a mint legújában állítják) a mellékvese közvetítésével hat a májsejtekre. Utóbbi mellett szól, hogy a piquüre és az adrenalinglykosuria közt nagy a hasonlatosság: mindkettő hatás-talan thyreoideakiirtás után, pankreasnélküli állatban mindkettő fokozza a cukorvizelést stb. A piquüre-ön kívül glykosuriát okozhat a központi és környéki (valamint a sympathicus) idegrendszer legkülönbözőbb részeinek sérülése, roncólása, izgatása, azonkívül psychés megrázkódtatások. Az emberben észlelték agyvérzés súlyos eseteiben; agylágyulásban; agydaganatok esetén, melyek a hidban, a nyúltagyban vagy kisagyban foglaltak helyet; dementia paralytica-ban; sclerosis multiplexben, ha a góczok a piquüre-centrumhoz közel voltak; ezen kívül tabes, spondylitis esetén, a vagus, sympathicus, nyaki ganglionok megbetegedései, halántéklebenytályog, ritkábban agydaganatok esetén. A glykosuria mindezen esetekben múló jellegű és nem a betegség minden esetében előforduló tünet. Előfordul a cukorvizelés (1—8 napi tartammal) más természetű, friss sérülésekkel kapcsolatban.

A pajzsmirigy hyperfunctiója (Basedow-kór) esetén előfordul spontán glykosuria, gyakori az alimentáris glykosuria. A pajzsmirigy csökkent működése esetén (myxoedema, kretinismus) az assimilatio határát kitolva találta. Összhangban van ezzel az adat, hogy a pajzsmirigykészítmények gondatlan adása glykosuriát vagy legalább is alimentáris glykosuriát von maga után, nemkülönben az a kísérleti tény, hogy pajzsmirigy kiirtása után adrenalinnal nem tudunk cukorvizelést előidézni.

A pankreasra illetőleg e mirigynek csak csekély fokú laesiója jöhet szóba, mert hiszen a pankreas nagyfokú elváltozása a valódi diabetesnek szokta alapját alkotni. Kísérletileg múló glykosuriát lehet előidézni a ductus pancreaticus lekötése vagy zsírnak beléfecskendezése útján. Az emberre nézve tudvalevően nincs bebizonyítva, hogy a pankreas megbetegedése esetén feltétlenül diabetesnek kell támadnia, s megfordítva, hogy minden diabetesben pankreaselváltozás van jelen. Sőt kétségtelennek kell tekintenünk, hogy vannak pankreas megbetegedések (pankreatitis chronica, atrophia arteriosclerotica), a melyekben múló spontán vagy könnyen előidézhető alimentáris glykosuriát találunk.

Nem egészen tisztázott még a mellékvesék szerepe a szénhidratok anyagforgalmában, bizonyos azonban az, hogy a mellékvese kipréselt nedve bőr alá és hasüregbe fecskendezve minimális mennyiségben is (1 milligramm pro kilogramm testsúly) 24 óráig tartó cukorvizelést okoz, mi mellett a vér cukortartalma nagyobb. A cukorvizelés éhezõ állatban is előáll, glykogenmentes állatban azonban — úgy látszik — kimarad. A pankreasnélküli állatban a glykosuria adrenalinra fokozódik. Az a körülmény, hogy míg a pankreas részéről a kiirtás, illetve a szövet bántalmazása, addig a mellékvese részéről a kivonat bevitele okoz cukorvizelést, másfelől,

hogy az adrenalin pankreasnedvvel egyidőben befecskendezve nem idéz elő glykosuriát, a két mirigy közt fennálló fiziológiai antagónizmusra enged következtetni, melynek további bizonyítéka az is, hogy míg pankreaskiirtás után a vér cukortartalma fokozott, addig a mellékvesék kiirtása után csökkent.

A hypophysist illetőleg, úgy látszik, a fokozott működés jár glykosuriával, a mit abból következtetnek, hogy a bonezolásra került, cukorvizezéssel járt akromegaliák minden esetében el nem fajult hypophysistumor volt jelen, míg azon hypophysistumorok, melyek mellett cukorvizezés nem támadt, az elfajulás jeleit mutatták. Ezt a nézetet támogatja az is, hogy a hypophysis nedve házi-nyúlban a befecskendezés után 2–6 óra múlva jelentkező, 24 óráig tartó cukorvizelést okoz, a mi mellett egyúttal hyperglykaemia van jelen. Az akromegaliák 40%-ában találtak glykosuriát.

Ritka a cukorvizezés gyomor- és bélbajokban. A májbajok ugyancsak ritkán idéznek elő spontán glykosuriát, de gyakran alimentáris dextrosuriát. Tapasztaltak cukorvizelést heveny epekö-roham, sárga májsorvadás és phosphormérgezés esetén. Az epeköves máj mellett fennálló, látszólag valódi diabetes az alapbántalom meggyógyulása után megszűnik.

II. Renális glykosuria. Hogy valamely cukorvizelést renális eredetűnek mondassunk, szükséges, hogy a vér cukortartalma normális vagy csökkent, a cukorvizezés pedig a táplálékfelvételtől független legyen. E feltételeknek egyedül a phloridzin-diabetes felel meg egészen. Tudjuk, hogy a phloridzin leginkább gyűjtő-eresen, kevésbé a bőr alá, legkevésbé a hasübbe fecskendezve cukorkiválasztást eredményez. A tartós phloridzindiabetesre vonatkozó kísérletekből merített ismereteink arra kényszerítenek, hogy a nagymennyiségű cukrot ezen esetekben, éppen úgy mint a valódi diabetesben, a szénhidrátokon kívül fehérjéből is származtassuk. A vese szerepét illetőleg a phloridzindiabetesen még eltérők a nézetek, egyesek szerint csak elősegítik a cukorkiválasztást, mások szerint magában a vesében képződik a cukor. Nyilván renális eredetű a nephritis chronica, vesevérzés, chyluria néhány ritka esetben észlelt cukorvizezés.

B) A tágabb értelemben vett glykosuria inkább körjelzési, mint kórtani jelentőségű.

I. Laevulosuria. Spontan nagyon ritkán fordul elő. Kis fokban előfordul diabetesben. Az alimentáris laevulosuria fontos a máj működésének vizsgálatában: ugyanis laevulose etetése után az egészséges embereknek csak 10%-a, a májbajosoknak pedig 30%-a kap laevulosuriát. A gyümölcscukorvizezés aetiológiája ismeretlen.

II. Laktosuria és galaktosuria. Spontan tejcukorvizezés előfordul a terhesség és szülők 16%-ában, a szoptatóknak 77%-ában. A laktose mennyisége ritkán több 0.3–0.5%-nál. A szoptató állatokban az emlő amputálása hyperglykaemiát és szőlőcukorvizelést okoz, az esetleg meglévő laktosuria megszünteti, illetve, ha terhesség előtt történik az emlő kiirtása, nem is fejlődik ki a tej-cukorvizezés, a miből arra következtethetünk, hogy a tejcukor az emlőben képződik. Alimentáris laktosuria fejlődhetik sok tej-cukor bekebelezése után, például csecsemőkben. Szoptató nőkben oly módon támadhat alimentáris laktosuria, hogy más szénhidrátok kisorsítják a szervezetből a tejcukrot. Az alimentáris galaktosuriát Bauer a máj működésének vizsgálatára használja: szerinte egészséges ember vizeletében 20 gm. után a galaktosének csak nyoma, 40 gm. után 1 gm.-ja mutatható ki, ezzel szemben a májbajosok 20 gm. után 1 gm.-ot, 40 gm. után 4 gm.-ot választanak ki. Újabb vizsgálatok a próba használhatóságát megdöntötték.

III. A pentosuria kórtani jelentősége csekély. Összetéveszthető esetleg diabésszel (a vizelet szintén redukál, de nem erjeszthető s optikailag inaktiv), a mennyiben évekig fennállhat s állítólag örökölhető. A pentosuria a táplálástól független. Aetiológiája ismeretlen; nem lehetetlen, hogy a pentose alapanyaga a galaktose. Alimentáris módon előfordul pentose tartalmú gyümölcs élvezete után.

IV. Glukuronsavkiválasztás. Glukuronsav szabadon nem fordul elő a vizeletben, hanem csak különböző vegyületekkel (phenol, indol, kresol, skatol stb.) glukosidszerűen egyesülve mint páros glukuronsav. Ha ezen vegyületek nagyobb mennyiségben kerülnek a szervezetbe, akkor fokozódik a páros glukuronsavak mennyisége, a mivel kapcsolatban fogy az aetherkénsavak mennyisége. Szabadon a szervezetbe vitt glukuronsavak oxálsavvá lesznek, a páros glukuronsavak mint ilyenek jelennek meg a vizeletben. A glukuronsav-

synthesis nyilván a májban megy végbe. (Wiener klinische Wochenschrift, 1909. 26. sz.)

Sebészet.

A lágyéksérvek radikális műtétéről a bőr és a fascia harántátvágásával, a medenceze felpolcolása mellett ír *C. Hoffmann*. Ismeretes, hogy a *Bassini*-műtét folyamán a belső lágyékgyűrű szabaddá tételére a can. ingu. felett a fasciát hosszában meg kell nyitnunk. De éppen oly ismeretes, hogy ezen műtét után a recidivák az által keletkeznek, hogy a funiculus spermaticus mentén a fascia hegje tágul. Ha a belső lágyékgyűrűt és a sérvtömlőt a külső fascia megtartásával hozzáférhetővé tesszük, akkor a *Bassini*-módszernek hátrányait elkerüljük, a módszernek minden előnye mellett.

Ezen elvből kiindulva, *Hoffmann* a Poupart-szalagra merőlegesen, annak középső és külső harmada között 8–10 cm. hosszú bőrmetszést ejt; a metszésnek két harmada a Poupart-szalagtól abdominális, egy harmada femorális irányban fekszik. A musc. obliquus externus fasciáját hasonló irányban vágja át, a cremaster rostjait, úgyisint a tunica vag. communist hosszirányban fejt szét. Következik a sérvtömlőnek szabaddá tévése. *Hoffmann* most a medenczét felpolcoltatja és a sérvtömlőt nem lekötéssel, hanem peritoneális varrattal zárja. A peritoneális varratokat *Hoffmann* még külön segítő varratokkal is biztosítja. A külső fasciának és bőrnek egyesítése fejezi be a műtétet. Az onózsínórak áthelyezését *Bassini* szerint *Hoffmann* anatómiai okokból irracionálisnak tartja. (Centralblatt für Chirurgie, 1909. 16. sz.) *Gergő*.

A talo-crurális ízület arthrodesisének technikájáról értekezik *A. Witte* (Grätz). Az 1908. évi orthopaed-congressuson *Bade* (Hannover) azon nézetnek adott kifejezést, hogy ellentétben más ízületekkel, az ugró ízületben célszerűbb a fibrosus egyesülés a csontos anchylosisnál. *Witte* most azon észlelések kapcsán, melyeket egy 2 éve műtött betegén tett, állást foglal *Bade* nézete ellen és kifejti, hogy a csontos anchylosis is kifogástalan functionális eredménnyel jár. *Witte* a talo-crurális ízület arthrodesisékor úgy jár el, hogy az ugró ízületet elülső ívalakú metszéssel megnyitja; a congruens porc felszínének lehámozása után, az első metszés közepére merőleges bemetszésből a tibia és fibula egymás felé néző oldalának egy darabkáját vésővel eltávolítja és azután a tibia és fibula periosteumát összevarrja. Az előbb átvágott feszítő inakat kellő feszülés mellett egyesíti, a sebet zárja és a lábat gipszkötésben rögzíti. 8 hét múlva a csontos anchylosis oly erős, hogy a beteg kötés nélkül járhat. (Centralblatt für Chirurgie, 1909. 17. szám.) *Gergő*.

Bőrkórtan.

A meleg vizes kezelésnek dermatológiai alkalmazásáról ír *O. Rosenthal* (Berlin). Ismeretes, hogy főleg *Hebra*-nak hatása alatt a bőrbajok kezelésében hosszú időn keresztül lehetőleg kerültek a vizet. Bőrbántalom és víz úgyszólván kizárta egymást. Idővel kiderült, hogy a víz sokszor igen hasznosan alkalmazható a dermatoterápiában, csak nem szabad kritika és határ nélkül használni, a hogyan azt már régóta a kuruzslók teszik. A magasabb hőfokú vízzel szemben az egyes egyének különbözőképpen viselkednek. Vannak egyének, a kiknek a 45°C-os víz még nem okoz fájdalmat, s viszont van sok ember, a ki már a 40°C-os vizet tűrhetetlennek érzi. Nagy különbség van a hőfok elviselése tekintetében annak, hogy milyen testrészen alkalmazzuk a meleg vagy forró vizet. A meleg víznek általános és helyi hatása van. A dermatoterápiában inkább erre a helybeli hatásra kell számítanunk. Ez első sorban a hámra és a rajta levő kóros termékekre irányul. Egyébként a vérkeringés élénkül a bőrben, a mirigyek erősebben működnek, a viszketési érzés pedig sok baj esetében jelentékenyen csökken. Tapasztalati tény továbbá az is, hogy a meleg víz hatása alatt a gyógyszeres erősebb hatást tudnak kifejteni. Az eczema chronicumnak vannak olyan formái, a melyek különösen alkalmasak a melegvizes füröszítésre. Ilyenek első sorban is a repedésekkel járó tenyér-eczemas esetek. A beszűrődések ily módon könnyebben szívódhatnak fel. A meleg kézfürdőt azonban csak néhány perczig szabad alkalmazni. Az által, hogy a meleg és forró víz az érző idegekre jelen-

tekenyen hat, kiváló sikert érhetünk el a melegvízes rövid fürdés-sel vagy borogatással pruritus ani, lichen ruber planus, eczema scroti et vulvae eseteiben. Fényes eredményt érhetünk el néha a körül-írt pruritus cutaneus eseteiben is. Részben egyedül, részben a többi kezeléssel egybekötve igen jó hatású a meleg víz az acne vulgaris és rosacea gyógyításában. A sycosis, különösen pedig a para-sitászycosisos bántalmakban jól alkalmazható a meleg fájdalom-csillapítónak és puhítónak. Ilyenkor a meleget hosszabb időn keresz-tül kell alkalmazni. Nem eléggé ajánlhatók továbbá a melegvízes fürdők ulcus cruris, pernio bizonyos eseteiben is. Az ulcus mollere nézve a meleg víz egyenesen baktericid hatásúnak bizonyult (Boek, Welanders és mások). Az urológiában a meleg víz szinte nélkülözhetetlen. Jó hatását különösen ki kell emelnünk a hólyag-hurut és a mellékheretegyulladás kezelésében. Periurethritises be-szűrődések, prostatitis és az ondóhólyagok lobos bajai ellenében a meleg és forró kompresszek kiváló hatásúak lehetnek. (Medizinische Klinik, 1909. 36. sz.)

Guszmán.

Kisebbségi közlések az orvostudományról.

A menstruatio késleltetése sokszor nagyon kíváncsi, így például chlorosis, kezdődő gümőkór stb. eseteiben, a mennyi-ben az ilyenkor többnyire nagyon rövid, 2 hetes időközökben jelent-kező vérzés tetemesen fokozza a gyengeséget. Ilyen esetekben Wilczinski tapasztalatai szerint nagyon jó szolgálatot tesz a lecitin 0.1—0.2 gramm adagban naponta 3-szor. 20 eset közül csak egyben (súlyos chlorosis) maradt hatástalan ez az orvoslás. (La semaine médicale, 1909. 14. szám.)

Bőséges váladékképződéssel járó idült bronchitis ese-teiben Bulling a következő keveréknek belégzését ajánlja: Rp. Mentholi, Eucalyptoli aa 2.5; Ol. terebinthinae, Ol. juniperi, Ol. pini pumil. aa 5.0. Egyszerűen úgy jár el, hogy a szobának 6—8 helyén egy-egy darabka itatópapírt helyez el és rácséppent 2—3 cseppet a fenti elegyből. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1909. 14. szám.)

A gyomor-fájdalmak arteriosclerosissal kapcsolatban Akin szerint elég gyakoriak. A mi a gyógyszerrel való kezelésüket illeti: első sorban az értágító szerekkel kell kísérletet tenni; közülük leghatásosabb a diuretin 0.5—1 gramm adagban naponta 3-szor; hatása ilyenkor annyira megbízható, hogy kétes esetekben szinte diagnosticumképpen használható. (Journ. of the Amer. med. assoc., 1909. 23. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 36. szám. *Konrád Jenő*: Az elmebetegek családi ápolása Magyarországon. *Gyárfás Leó*: Halálos vérzés a gerinczagy nyaki része körül. 37. szám. *Farkas László*: Transpleurális laparotomia mell-hasüri sérüléseknél. *Konrád Jenő*: Az elmebetegek családi ápolása Magyarországon.

Orvosok lapja, 1909. 37. és 38. szám. *Szana Sándor*: A züllött gyermek socialhygiénéjének magyar rendszere.

Budapesti orvosi újság, 1909. 36. szám. *Tyrman József*: Adat az epevezeték-hörgsipolyok ismeretéhez. 37. szám. *Halász Henrik*: Adat az iköbölbeli daganatok által létrehozott szembe-lí elváltozásokhoz.

Vegyes hírek.

Az orvostudományi tanártestület f. é. szeptember 14-én tartott rend-kívüli ülésében elhatározta, hogy Apponyi Albert gróf vallás- és köz-oktatásügyi minisztert az orvostudományi kar díszdoktorává való felava-tásra terjeszti fel az egyetemi tanácsnak. Az orvostudományi tanártestület ezzel halálját ohajtotta kifejezni közoktatásügyünk vezetőjének kiváló szerezéseiről az imént lezajlott congressus alkalmával.

Krompecher Ödön dr. budapesti egyetemi magántanárnak a király a rendkívüli tanári címet adományozta.

Kubinyi Pál dr.-nak a budapesti egyetemen a szülészeti műtéttan-ból és a gyermekágy pathológiájából magántanárrá történt kinevezését a vallás- és közoktatásügyi miniszter jóváhagyóan tudomásul vette és őt e minőségében megerősítette.

Kinevezés. *Genersich Margit* dr.-t a hódmezővásárhelyi szemkór-házhoz, *Bahula József* dr.-t pedig a pécsvárosi közpóráshoz főorvossá nevezték ki. — *Kis Béla* dr.-t Békés vármegye közpóráshoz segéd-orvossá.

Pályadíj. A XVI. nemzetközi orvosi congressussal kapcsolatos VIII. nemzetközi otológiai congressus alkalmával Cozzolino, a fül-orvostan tanára Nápolyban 1000 líra díjat tűzött ki a fül-orvostan körébe tartozó anatómiai, physiologiai vagy pathologiai jeles munka jutalmazására, melyet az 1912-ben Bostonban tartandó Otológiai Nemzetközi Congressus arra érdemesnek fog itélni.

A budapesti egyetem stomatológiai klinikáján specialistává ki-képzés céljából 6—8 orvos jelentkezhetik a klinika igazgatójánál f. évi október hó 10. éig.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülé-szeti poliklinikum augusztus hóban 104 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 90 volt.

Megjelent. *Hollós József*: A gümőkóros intoxicációk. Budapest, Franklin-Társulat. Ára 3 korona 50 fillér.

Zemplén vármegye sátorlajuhelyi „Erzsébet”-közpórásházának 1908. évi működéséről a már évek óta megszokott, utánzásra méltó módon, tudniillik a kórházi beteganyagnak tisztán orvosi szempontból méltatásával, számol be *Chudovszky Móricz* dr. igazgató. A mintaszerű kórházban 831 belbeteg, 903 sebészeti beteg, 77 szemészeti beteg, 35 fülbeteg, 83 nőbeteg, 31 szülészeti beteg és 412 ideg- és elme-beteget orvosoltak 107,205 ápolási napon. Műtétet 957 esetben végeztek.

Meghalt. *Lossen* dr., a sebészet professor honorariusza Heidelberg-ben, augusztus 27-én, 67 éves korában. — *A. Curri* dr., a gyógyszer-tan tanára Cataniában. — *S. Sirena* dr., a kórboncolóstan tanára Palermó-ban. — *E. B. Fullerton* dr., a gyógyszer-tan tanára Columbusban (Ohio).

Kisebbségi hírek külföldről. A bécsi egyetemen a szemészet ny. r. tanárává és az I. szemklinikai igazgatójává *Fr. Dimmer* dr. gráci rendes tanárt nevezték ki. — A heidelbergi egyetemen rendszeresített köz-egészségtani tanszékre *Kossel* tanárt hívták meg Giessenből, a ki a meg-hívást el is fogadta. — Az aberdeeni egyetem sebészeti tanszékét *J. Marnoch* dr. magántanár nyerte el. — A glasgowi egyetemen az anatómia rendes tanárává *Th. H. Bryce* dr. magántanárt nevezték ki a nyugalm-ba vonuló *J. Cleland* tanár helyébe. — Cagliariiban *F. A. Foderà* dr. a gyógyszer-tan rendes tanára lett. — Rendkívüli tanárok lettek: *E. Lugano* dr. Modenában (idegkórtan), *G. Pianese* dr. Nápolyban (kór-szövettan), *G. Perez* dr. Paviában (sebészet). Rendes tanár lett: *Sacer-dotti* dr. Cagliariiban (általános kórtan), *Alessandri* dr. Rómában (sebé-szet) és *Cecconi* dr. Turinban (belorvostan). — *Schellena* dr.-t Groningen-ben a gyermekorvostan rendkívüli tanárává nevezték ki. — *Rielaender* dr. Marburgban (szülész) a tanári, *Herrenknecht* dr. Freiburgban (stomatolo-gus) a rendkívüli tanári címet kapta.

A XXII. francia sebész-congressust október 4—9.ig tartják Párisban, *Richet* dr. elnöklésével. Tárgyalásra a következő kérdések vannak kitűzve: 1. A verőerek sebészete. Referensek: *Monod* (Páris) és *Vanvers* (Lille). 2. A hasi műtétek előkészítése és utókezelése. Ref. *Tuffier* (Páris) és *Girard* (Genève). 3. Sebészeti beavatkozások a gerincz-oszlop és gerinczvelő sérüléseinek esetében. Ref. *Auvret* (Páris) és *Sen-cert* (Nancy).

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

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Muzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javalkatok: Idült gyomorbélalonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegzásbák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgás-zavarok. Erlemezsedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fény-fürdővel), neurasthenia, bémulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerincz-elgömbölyödések.

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

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

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

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

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

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai. 670. l. — Közkórházi Orvostársulat. (VII. bemutató ülés 1909. május 19.-én.) 671. l. — Szegedi Orvosegyesület (1909. május 12.-én tartott ülés.) 672. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 673. l.

A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai.

II. szakosztály: Élettan.

Kedden délelőtt a szakosztály nem tartott ülést, mert Udránszky ajánlatára hétfőn délután elhatározta, hogy az anatómiai szakosztály ülésén, melyen a neuron-kérdés kerül szóba, testületileg vesz részt. Délután Loewy Adolf (Berlin) elnöklésével az első tárgya Capobianco (Nápoly) előadása volt a *kérbődzés jelentőségéről az emésztésben*. Majd Nicolaides (Athén) és Tschermak (Wien) referatuma kerültek sorra, melyekhez élénk vita fűződött Wedensky (Szent-Pétervár), Loewy Adolf és a referensek részvételével. Nicolaides szerint a lélekzési középpont refraktaer periodusa okozza azt, hogy az inger állandóságának ellenére a lélekzés periodusos folyamat. Tschermak sok klinikai vonatkozást érintő referatumaiban arra az eredményre jut, hogy az összes centrifugális idegeknek van trophiás részfunkciója; a tonusos beidegzés lényegét saját és mások kísérleteinek alapján abban látja, hogy az állandó inger változott anyagforgalmi állapotot hoz létre. Ülés után a szakosztály egy része az állatélettani és takarmányozási kísérleti állomást tekintette meg, Tanzl igazgató szíves vezetése mellett.

VI. szakosztály: Belorvostan.

Romberg (Tübingen): *A vérerek szerepe a belgyógyászati megbetegedésekben.* A szövetségek szerepéről szólva az oedemák keletkezése körül, részletesebben tárgyalta a vérerek tágasságának zavarait, az értonus változásait. Másokkal végzett vizsgálataival kimutatta, hogy a fertőző bajokban a vérkeringés gyöngesége az erek izomzatának központi bénulására vezethető vissza, a miben a szív is különböző mértékben vehet részt. A vesebetegségekre nézve felveti a kérdést, vajjon a vérnyomás fokozódása a vese hiányát akarja-e kompenzálni, avagy attól teljesen független tünet. Fontosabbnak tartja a vérnyomást fokozó hatású anyagoknak, különösen az adrenalinnek keringését a vérben. Szív- és érrendszeri zavarok működésének zavara szintén szerepet játszhatnak. Vizsgálatokat óhajt végezteni arra nézve, hogy a decompensációban észlelhető értonus-csökkenés, az arteriák falának lágyabb tapintata önálló vérerjelenség-e, avagy kevesebb vér átfolyásával magyarázható. Thacher vizsgálataira támaszkodva előadja, hogy a szívbántalmakban az abnormis véreloszlás nem egyszerű mechanikai jelenség, hanem bonyolult életfolyamatokra vezethető vissza.

Henschen (Stockholm): *A systolés functionális szívzörejek.* A keletkezésüket magyarázó számos elmélet megegyezése után saját álláspontját a következőkben körvonalozza. Minden functionális systolés zörej egyforma természetű s a vérben létrejövő örvénymozgás okozza. Jellegző tulajdonságuk: lágyak, gyakran hallhatók vérszegényekben, különösen a II. baloldali bordaközben, belégzés közben kevésbé hallhatók. A pulmonalis II. hangja nem ékelt, a jobb szívkamara nem túltengett, nem tágult. Megfigyelései szerint rendszeren a bal kamara tágulása esetén s a vérszegény vagy lázas beteg szívéen hallható a zörej, melynek erőssége arányos a szív tágulatával. A billentyűk ilyenkor nem jól záródnak, s a degenerált vagy mérgezett szívizomzat nem húzódik eléggé össze. Ha a szív tágulatát megfelelő hypertrophia követi, nem hallunk zörejt, hasonlóképpen olyankor sem, ha a dilatatio visszaféjlődik. Ország.

XIII. szakosztály: Bőr- és veneréus betegségek.

E. Hoffmann (Halle a. S.) *a syphilis aetiológiájáról* tartotta meg a referatuma. Tételei a következők: 1. Kétségtelen, hogy a spirochaeta pallida a syphilisnek az okozója. 2. Tiszta tenyésztése kifogástalanul mindeddig még nem sikerült. Mühlens és Schlerschewsky idevonatkozó kísérletei még nem tekinthetők befejezetteknek. Való-

színű, hogy a spirochaeta pallida anaërob természetű. Jóllehet, hogy kifogástalan spirochaeta pallida culturát még nem sikerült előállítani, a parasitának aetiologiás jelentősége az észleletek (szerzett, veleszületett és kísérletes syphilis esetek) egybevágó adatai alapján kétségszerűen nem vonható. 3. Azok a kifogások, a melyeket Siegel és követői egyideig a spirochaeta pallida aetiologiás jelentősége ellen emeltek, teljesen megegyezőknek tekinthetők. 4. Pathologiai szempontból fontos újabb adat, hogy Pasini a spirochaeta pallidát a fogcsírában is ki tudta mutatni. 5. A spirochaeta pallida kimutatása diagnostikai szempontból nagyjelentőségű. Különösen áll ez a fiatal primaer affectiókra és a recens syphilitikus jelenségek nagy részére. A latens szakban eredményre vezethet olykor a mirigypunctio és a tonsillavizsgálat. 6. A serodiagnostika sikerei nem tudják a spirochaetalelet értékét háttérbe szorítani, sőt ellenkezőleg, az infectio kezdetén a spirochaetavizsgálat még mindig az egyetlen biztos diagnostikai eljárás. A diagnosis ilyenkor a sötét látótér, a gyors festés (Preis) és a tuseljárás (Burri) segítségével gyorsabban ejthető meg, mint a körülményesebb vérvizsgálat a komplement-lekötés segítségével. A spirochaetavizsgálat azonfelül a helyi diagnosist is megengedi, a serodiagnostika ellenben csak arra adhat feleletet, hogy a vizsgált egyén általában magában rejtje a syphilitikus mérget. 7. A spirochaetavizsgálat és a serodiagnostika tehát nemcsak hogy le nem rontja egymást, hanem egyenesen kiegészíti egymást. A syphilis korábbi szakában inkább az előbbi, a későbbi időszakban és főleg a latens szakban pedig inkább az utóbbi eljárás az, mely jobban szolgálhat felvilágosítással. 8. A spirochaeta morfológiájának és fejlődésének az ismerete az utóbbi időben keveset haladt. 9. A szöveten belül a spirochaeta pallida rendszerint extracellularisan fekszik a nyirokerekben és a kötőszövetben. Található azonban a parenchyma- és a kötőszöveti sejtekben, valamint a leukocytaiban is. 10. A syphilis spirochaeta pusztulásában nagy fontossága van a phagocytosist. Tudnivaló azonban, hogy a spirochaetának élénk önmozgása is van s így a protoplasmába (pl. az ovulumba) aktiv módon is bejut. Több oknál fogva valószínűbb, hogy a spirochaeta pallida inkább protozoon, mint bakterium.

Hallopeau (Paris): *A syphilis tanának újabb haladásáról.* A syphilis folyamán különböző folyamatok és nyilvánulások észlelhetők, a melyek különböző tényezők eredményei. Felvehető, hogy a syphilisnek különböző nyilvánulásaiban és stádiumaiban a spirochaeta pallidának is különböző hatásai a szervezetre. Szintúgy módosulnak az általa termelt toxinok is. Vizsgálati technikánk mai hiányán mulik, hogy ezeket a változatokat nem tudjuk megállapítani. A primaer affectio képében megjelenő reactionnak az intenzitása a spirochaeta pallida aktivitásától függ. A spirochaetának a szervezetben való tovajutása és elterjedése különböző módon megy végbe. Első sorban a nyirokerek útján, a mi lymphangioitissal vagy a nélkül járhat. A spirochaeták terjedése az által is létrejön, hogy közvetlenül a véráramba törnek. További propagatio módjuk az is, hogy a primaer affectiótól lépésről lépésre tovább terjednek a kötőszövetben. A többszörös primaer affectiók nem szükségképpen egyugyanazon időből származnak, mert a syphilitikus sanker kifejlődése után még egy ideig lehetséges az autoinoculatio. A spirochaeta az egyes egyénekben más-más szövet vagy szerv iránt bir különös affinitással. A syphilis folyamán a spirochaeták működéseketten fajlagos toxinok keletkeznek, a melyek mint ú. n. antitestek a syphilitikus egyének serumában általánosságban találhatók. Az antitesteknek a kimutatása a syphilis ú. n. deuteropathiás (tabes, paralysis, aneurysma, leukoplakia) eseteiben azt bizonyítja, hogy azok a syphilissel okozati összefüggésben vannak. A syphilis előrehaladásával a spirochaeta pallida virulentiájának az intenzitása és actiója módosul.

Ehrmann (Wien) *a syphilitikus reinoculatio, superinfectio, reinfectio és immunitás* kérdéséről tartotta meg a referatuma. A kísérletes vizsgálat azt derítette ki, hogy úgy a primaer affectio

első nyilvánulása előtt, mint azután is a pozitív oltás lehetséges. Az oltás annál inkább magán viseli a primaer affectio jellemvonását, mennél közelebb esik időbelileg a tulajdonképpeni primaer affectio létrejöveteléhez. A későbbben végzett oltás eredménye már a secundaer papulához hasonló és még későbbben az oltás már eredmény nélkül végződik. Sikerül azonban néha az oltás a secundaer szakban, különösen a latens időszakban is, de az eredmény ilyenkor csak muló jellegű és általában csak akkor jön létre, ha a bőrbe egyszerre nagymennyiségű oltóanyag jut (*Finger és Landsteiner*), vagy ha sűrűn egymás után több oltás történik (*Ehrmann*). Az oltási eredmény a secundaer szakban papulához, a tertiaer stadiumban gummához hasonló. Az initális sanker környékén spontan és az exanthema kitörése előtt keletkező regionális papulák több módon jöhetnek létre. Részben azért, hogy a spirochaeták a szövetrészekben tovább vándorolnak (*Lang*), részben az által, hogy az elsődleges fekély spirochaetái külső úton újra beoltatnak a szomszédságban. A bőrnek abszolút és relatív immunitása az újraoltással szemben nagy mértékben azon alapul, hogy a szövetekbe jutott spirochaeták a phagocytosis által elpusztulnak. A reinfectio az immunitásnak váltakozó viselkedése szerinti különböző intenzitásban nyilvánul. Azon reinfectió esetekben, a melyekben az új infectio nyomán típusos primaeraffectio, majd pedig jellegzetes tájéki polyadenitis s végül kifejezett általános syphilid fejlődik ki, föl kell vennünk, hogy a szervezet valamennyi szövetének az immunitása az idő folyamán eltűnt, a minek következtében a szövetekbe jutott spirochaeták úgy reagálnak, mintha előzetesen a szervezetben sohasem lett volna a parasita. Oly esetekben, a melyekben az immunitásnak az elmulása nem tökéletes, a reinfectio annak mértéke szerint vagy csak primaer affectiót, vagy azonfelül még tájéki lymphadenitist is létesít.

Selenew (Charkow) referatuma a syphilis folyamán észlelhető superinfectióról a következőkben foglalható össze: A syphilises superinfectio létezése kétségtelenül fönnáll. Véleménye szerint több adat valószínűvé teszi, hogy a reinfectiók jó része tulajdonképpen a superinfectio csoportjába tartozik. A superinfectio azért kerül elő gyakran az orvos figyelmét, mert klinikailag nem nyilvánul mindig a tájéki polyadenitissel együtt járó típusos sclerosis képében. A superinfectio létrejöhet a syphilisnek úgy a secundaer, mint a tertiaer (gummás) szakában. Klinikai szempontból a superinfectio és a reinfectio igen különböző alakban jelentkezhet. *Selenew* tapasztalása alapján 7 alakot különböztet meg. A superinfectio kifejlődését az előzetes antilueses kúra úgy látszik nem akadályozza meg.

A syphilisre vonatkozó előadások sorozatát *Schereschewsky* (Breslau) nyitotta meg, a ki a spirochaeták tenyésztését célzó kísérleteit ismertette. *Schereschewsky*, a ki a spirochaeta pallida és dentium tenyésztését mesterséges táptalajon kísérte meg, vizsgálataiban a spirillum recurrens tenyésztésével is próbálkozott. Véleménye szerint sikerült neki lueses anyagból in vitro spirochaetákat (éles elkülönítés nélkül) kifogástalanul tenyészteni. A tenyésztett spirochaeták a spirochaeta pallidának tulajdonságait véli felismerni. A kulturák felhasználhatók a syphilis serodiagnostikájában az antigen helyett. A tenyésztett spirochaetákkal végzett állatkísérletek számba vehető eredményre vezetnek ugyan, de végleges ítéletet arra nézve még nem alkothatott magának *Schereschewsky*, hogy spirochaetái aetiológias vonatkozásban vannak-e a syphilissel. Tenyésztési eljárása alkalmas a spirochaeta dentium tenyésztésére is. A recurrens spirochaeták az előadónak táptalaján körülbelül 10 napig maradnak életben és arról sikeresen oltathók egerekbe. *Schereschewsky* eddig körülbelül 20 majmot oltott be tenyésztett spirochaetáival, de lueses elváltozás azokon nem jelentkezett, jöllehet a kísérletek már több hónap óta folynak.

Guszman (Budapest) a syphilisrecidivák pathogenesiséről beszélt.

Kanitz (Kolozsvár) vérvizsgálatairól számolt be, melyeket syphilises egyénekben végzett. Erre nézve 56 syphilises egyént vizsgált az *Arneft*-féle eljárással. Tapasztalása szerint a syphilis eléggé lényeges változást tud a neutrophil leukocyták életében előidézni. A vérképek az eltulódása aránylag már igen korán, a második incubatio vége felé jelentkeznek. *Guszman*.

XVI. szakosztály: Fülörvostan.

Neumann H. (Wien) az otogen agytályogok kórjólátáról és gyógyulásáról hosszabb előadást tart. Gyógyult és később más

ok miatt bonczolásra került eseteken demonstrálja, hogy az agytályogok a geny kiürülése után nem úgy gyógyulnak, hogy az egész üreg megtelődik neurogliaival, hanem a tömör neuroglia-szövet a tályog üregének csak mintegy felét tölti ki, míg a tályog-üreg többi részének csak a falán képződik tömör neurogliaiból álló réteg, s az így maradt üreg belsejét savós folyadék tölti ki; tehát a tályog egy részének a helyén cystaszerű képlet képződik.

G. Alexander (Wien): *A labyrinthusgenyedések kórképe és kezelése.* A referatum *Alexander*-nek saját klinikai és bonczolási eseteire támaszkodik (51 klinikai észlelés és 14 bonczolás). Tapasztalataiból *Alexander* azon fontos következtetést vonja le, hogy igaz ugyan, hogy az idült labyrinthusgenyedések típusa az egész labyrinthusra kiterjedő diffus genyedés, mégis, habár ritkán, a labyrinthgenyedés körülírt maradhat. Demonstrál egy ilyen fajta esetből vett metszet-sorozatot. Az előadó tájékoztat a laterális labyrinthusfal histopathológiájáról, a melynek ismerete a gyulladásos labyrinthmegbetegedés megértéséhez szükséges. A klinikai tünetekre nézve az először általa észlelt labyrinthitis serosából indul ki *Alexander*. Kiemeli az anamnesis felvételekor a szédüléssel rohamoknak pontos kikerdezését, továbbá a labyrinthusfunctio vizsgálatának (mechanikus, thermikus és elektrikus módszerrel) minutiosus pontosságát. Nem szabad elhanyagolni a csiga működését sem, sőt ma is a hallásra kell fektetni a fősúlyt. Az acut diffus labyrinthitis néha hirtelen, a nélkül, hogy kisebb fokú, könnyű labyrinthitis előzné meg, csatlakozik az idült középfülgenyedéshez. A gyógykezelés tekintetében *Alexander* a conservativ irány híve, sőt a fistulaképződéssel járó acut perilabyrinthitisben az antrotomiát is teljesen kielégítőnek tartja; ezen esetekben magának a labyrinthusnak sebészi megnyitása nem szükséges, a gyógyulás a labyrinthus működőképességének teljes visszatérésével szokott bekövetkezni. Az idült diffus labyrinthitisekben ellenkezőképpen a labyrinthus megnyitása van javulva, mert ezen esetekben működőképességét már a műtét előtt úgyis végképpen elveszítette, s mert a koponyaűr nagy nyirokűregeivel a zsílippek révén összefüggésben van, az életet állandóan veszélyezteti azzal, hogy agyhártyagyuladást vagy agytályogokat okoz. Ilyenkor, ha a csontos labyrinth-tok és a sziklacsont is meg van betegedve, ezen beteg csontrészek is teljesen eltávolítandók.

Spira (Krakkó): *A Bier-féle pangásos vérbőség a fülbetegségekben.* A vérpangást szívással köti össze, esetleg a csecsnylványon ejtett börmetszésre téve a szívópoharat. Az ellenszenvet ezen gyógykezelési móddal szemben indokolatlannak tartja. Ő még idült genyedések ellen is használja, ott, a hol nincs caries és nincs cholesteatoma, bár bevallja, hogy ezen esetekben nem sok haszna van. Acut esetekben, ott, a hol intracranialis szövödményekre, vagy labyrinthus-affectiókra van gyanú, vagy a hol súlyos általános fertőzés tünetei vannak jelen, ellenjavalltnak tartja. *Udvarhelyi dr.*

Közkórházi Orvostársulat.

(VII. bemutató ülés 1909 május 19.-én.)

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

(Vége.)

Achylia gastrica kapcsán támadt tetania esete.

Schönheim Lajos: W. J. 34 éves szabómester folyó évi április 8.-án vététt fel Hirschler tanár osztályára.

8 hónap óta csillapíthatatlan hasmenésekben szenved, étvágya rossz, gyomornyomása s keserű felbőgőgései vannak. Az utóbbi időben 8 kgm.-ot fogyott. Alkoholall nem él, nem dohányzik. Luese nem volt. Családjában 3 elmebetegség fordult elő.

Jelenállapot: Gyenge beteg, nyelv bevont. Mellkasi szervek épek. Has erősen puffadt, fájdalmas, feszes, dobos kopogtatási hangot ad, resistentia nem tapintható. Reflexek rendesek. Vizeletben sok indican. A gyomor funkcionális vizsgálata: Éhgyomorra üres, felfúvásnál a gyomor kicsiny, nagy görbülete a köldök felett 2 ujjnyira látható. Ewald-próbareggeli után kivett gyomortartalom mennyisége: 30 cm³. A zsemlyedarabok teljesen emésztetlenek, darabosak. Szabad sósav, tejsav nincs. Összaciditás: 15. Sósav-deficit: 13. Fermentumok ki nem mutathatók. Széklete pépes, emésztetlen, 3 napi húsmentes diéta után vért nem tartalmaz.

Góreső alatt sok harántesíktolt izomrost, kötőszövet, keményítő-szemese és bakterium.

Röntgen-vizsgálat (Fischer): A gyomor kiesiny, tülökalkakú, pylorusa a köldök felett 2 ujjnyira, jobboldalt, a nagy görbület lapos, peristaltika igen gyenge.

Ezen vizsgálat alapján a diagnosis achylia gastrica tétett, melynek aetiologiája azonban homályos.

Talán nem tévedünk, ha ideges befolyásnak minősítjük e különös secretionális zavart, mert ezt a felfogást támogatják a később bekövetkezett tetania és az anamnesisben felemlített elmebajok.

A beteg sósavat, majd acidol-pepsin tablettákat szedett s állapota valamelyest javult.

Mult hó 25.-én azonban zsidbadások támadtak végtag- és arcizmaiban, melyek fájdalommal is jártak.

Május 1.-én göresös rohamot észleltünk a betegen. Mindkét karjában tonikus göresök keletkeztek, kezei az ú. n. szülési tartást foglalták el, a göresök a lábaiban folytatódta tipikus módon, majd az arcizmai is összehúzódtak s kis trismus fejlődött ki.

E roham d. u. 3 óráig tartott. Ezóta még ötször észleltünk hasonló göresöket. Jelenleg csak zsidbadásokat érez.

A tipikus göresök tisztába hozták, hogy tetaniás megbetegedéssel állunk szemben, melynek többi tüneteit, u. m. az Erb-, Trousseau és Chvostek-jelenségeket is megtalálták a betegen.

A tetania nem a leggyakoribb betegség. Egyes vidékeken ugyan epidemiás jelleget ölthet, de rendszerint szóróványosan jelentkezik. Czipészek, szabók gyakrabban betegednek meg (Frankl-Hochwart szerint 528 esetben 223 czipész és 107 szabó volt.)

Több tény szól a mellett, hogy a tetaniának valamelyes toxikus fertőző oka lehet. Így az epidemicus jellege, fertőző betegségek után, valamint egyes mérgezések kapcsán való keletkezése és végül gyomor-béltettséggekkel való szoros kapcsolata.

Kussmaul és Fleischer irtak a dilatatio ventriculi utáni súlyos tetaniáról és a göresöket autointoxicatiós eredetűeknek mondták.

A mi esetünkben okvetlen kell, hogy összefüggés legyen az achylia gastrica és a tetania között. Az achyliával járó hasmenések, melyek az emésztetlen ételrészeknek a bélbe jutása és itten pangása, rothadása folytán jönnek létre, nagyon valószínűvé teszi a tetaniának intoxicatiós úton való létrejöttét.

Veleszületett szívbaj két esete.

Entz B. I. Stenosis coni a. pulmonalis. Defectus septi ventriculorum. A 9 éves fiúcska Hainiss tanár osztályán szívgyengeség tünetei közt halt meg. A hullában általános vízkór, a lép és vese cyanoticus induratióján és szerezendiomáján kívül többrendbeli érdekes fejlődési rendellenességet találtunk. A szív szerfelett megnagyobbodott, $10 \times 12\frac{1}{2} \times 4\frac{1}{2}$ cm. 335 gm. súlyú (a test hossza 123 cm.) széles, tompa csúcsát $\frac{2}{3}$ részben a jobb szív képezi. A jobb gyomor izomzata megvastagodott, 8—9 mm. vastag, holott a bal gyomor csak 7—8 mm. vastag. A conus art. pulmonalis tetemesen megszükkült, csak kisujjamat bocsátja át, izomfala $\frac{1}{2}$ cm. vastag, belhártyája kérgesen, fehéresen megvastagodott. Az a. pulmonalisnak csak két billentyűje van, 1 hosszabb medialis és 1 rövidebb lateralis, ezek a szegletekben összenöttek és az a. pulmonalis lumenébe tekintő tölcészerű diaphragmát alkotnak, melynek csúcsán lenesényi nyílás van. A pulmonalis és az aorta elhelyezkedése rendes.

A koszorús erek az aortába rendesen szájadzanak. A vénák beszájadása normalis. A gyomorsövényen háromszög alakú kétujjnyi nyílás van, melynek izmos szélei vannak, felül az aorta oly módon ül a hiány fölött, hogy a defectus elülső széle a jobb és bal billentyű közt éri el az aortát, hátsó széle a hátsó billentyű közepe alatt, úgy hogy az aorta mindkét gyomorból ered. Az aorta íve jobb felé fordul, a descendens a gerincz jobb oldalán halad le. A Botallo-vezeték a bal a. subclaviához tapad, elzáródott, a foramen ovale is zárt. Utolsónak csatlakozik a fejlődési rendellenességekhez, hogy az epehólyag és a ductus cysticus teljesen hiányzik.

A szíven észlelt változásokat világra hozott fejlődési rendellenességeknek kell tartanom, mert hiányzanak az endocarditis elváltozások. A gyomorsövény defectusa az ébrényi septum inferius hiányos fejlődésének következménye, míg a septum aorticum normalisan fejlett: erre utal, hogy nagyerek elhelyezkedése és billentyűi is normalisak.

II. Defectus septi ventriculorum. Aorta et arteria pulmonalis ex ventriculo dextro oriuntur. Stenosis isthmi aortae.

Az öthetes fiúsecsemő légzési nehézségekben szenvedett születése óta, bőre állandóan szederjes volt. Az epigastriális tájon systolés behúzóadás volt észlelhető, a pulmonalis második hangja ékelt. A szív nagy, $4\frac{1}{2} \times 5\frac{1}{2} \times 3\frac{1}{2}$ cm. széles, vaskos, csúcsát a bal gyomor képezi. A jobb gyomor szűk. Izomfala 4—5 mm., a tágabb bal gyomor fala 6—7 mm. A gyűjtőeres szájdák billentyűi normálisak. A pitvarokon s a gyűjtőerek beszájadásában nincs semmi szembevető eltérés. A tüdőütőer mellül és balról fekszik, billentyűi épek, az aorta hátul jobb oldalt helyezkedett el. Az aorta a jobb gyomorból ered az a. pulmonalis mögött, tőle $\frac{1}{2}$ cm. vastag izmos sövénynyel van elválasztva, benyílása a háromhegyű billentyű előtt van. A gyomorsövény felső részén lenesényi defectus van, melyen át a két gyomor egymással közlekedik. A foramen ovale nyitott, a Botallo-vezeték bonczani kutaszszal átjárható, az isthmus táján az aorta feltűnően szűk s az aorta tulajdonképpen a bal subclaviába folytatódik.

A septum defectusa ugyanúgy magyarázható, mint az első esetben; hogy az aorta is a jobb gyomorból ered, azt talán az okozta, hogy a gyűjtőeres szájadékokat szétválasztó septum intermedium félretolta az aortát a bal kamarától.

Hainiss Géza. 9 éves fiú április 23.-án vétetett fel. 6—8 hét óta volt beteg. Felvételekor orrán, fülén, kezein, lábán cyanosis, nehéz légzés, szívműködés gyenge, szapora, a széles mellkasnak szív táji része erősen előredomborodott, szívesűcs 5—6 borda között a melső hónaljvonalban. Tompulata a II. borda alsó széléig és kifelé a szívesűcslökés helyéig, befelé a sternum jobb széléig terjed. Szívesűcslökés helyén systolés zöreje, melynek maximuma a II.—III. borda között a szegycsont bal szélén van. Erdes légzés, vegyes zörejek, a máj meg van nagyobbodva, a lép szintén, a has puffadt, szabad hasvízkór. Vizelet mennyisége 200 cm³, fehérje nincs, savi, 1020 f. s., másnap 600 cm³, cyanosis, anasarca csökken, pulsus kevesebb. Azután 25.-én 900 cm³, a beteg jól érezte magát, dypnoeja megszűnt. 26.-án collapsus, coffeinra javult, de reggel 5 órára meghalt.

Világrahozott szívbántalmat vettünk fel az óriási szívből, mert szerzett szívbántalomnál ekkora szív nem szokott lenni. A pulmonalis arteria szűkületét kellett felvenni. A többi veleszületett rendellenességet nem lehetett élőben diagnosztizálni.

Goldzieher Vilmos. Felhívja a figyelmet a veleszületett szívbajnál észlelhető tünetre, ez a retina cyanosisa, mely diagnostikai jelentőségű.

Szegedi Orvosegyesület.

(1909. május 12.-én tartott ülés.)

Elnök: Faragó Ödön. Jegyző: Berger Mór.

(Folytatás.)

2. Boros József: 79 éves nőbetegen végzett bélresectio gyógyult esete. Little-féle sérv nyolcz napos kizáródása után végzett műtét alkalmával bélgangraena miatt 20 cm. hosszú belet részekáltak. Az esetet a magas életkor dacára kifogástalanul sikerült gyógyeredmény demonstrálása czéljából mutatom be.

3. Boros József: Gégepapillomának laryngofissio útján gyógyult esete. S. J. 5 éves leánybeteg egy év óta rekedt, időnként teljesen elfulad, úgy hogy 1908. október 12.-én tracheotomia ima végeztetett rajta. Gégevizsgálat: az epiglottison, a Morgagni-tasakokon és a hangszalagokon elterülő diffus papilloma, melyet a Brünning-féle autoskopia mellett végzett próbaexcisio górcsővi vizsgálata is megerősített.

Műtét 1909 márczius 3.-án chloroform-narcosisban esüggő fejjel. A géget a ligamentum conicum, cartilage thyreoidea és a lig. thyreo-hyoideum közép vonalban való átmetszésével feltárva, a gége belsejét 20%-os cocain-adrenalinoldattal érzéstelenítjük. Majd a fentemlített helyeken lévő papillomákat ollóval, illetve az epiglottisról éles kanállal eltávolítjuk. Ezután a gégebe jodoform-tampon helyezünk, melyet a száj felé fonállal látunk el. A tampon felett a géget primaer egyesítjük. Lefolyás láztalan, tampon és varratok eltávolítása ötödik napon; gyógyulás per primam. Hatodik napon zárt canule mellett teljesen jól lélekezik, 10. napon (április 16) decanulement. Hangja kissé fátvolyozott.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEG-KÓRTAN Babarczy Schwartzer 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.

Konrádi Dániel: Közlés a kolozsvári m. kir. Ferencz József tudományegyetem általános kör- és gyógytani intézetéből. (Igazgató: Löte József dr., nyilv. r. tanár.) A veszettségelleni mentesség öröklése. 675. lap.

Zsakó István: Közlés a kolozsvári egyetem elmebeteg-klinikájáról. (Igazgató: Lechner Károly dr. ny. r. tanár.) A kolozsvári elmebeteg-klinikán észlelt pellagrás psychosisekről. 678. lap.

Müller Kálmán dr. elnöki megnyitója a XVI. nemzetközi orvosi congressuson. 683. l.

Jacobi József: Az orvosi oktatásról Svédországban. 684. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. R. Rosemann: L. Landois' Lehrbuch der Physiologie des Menschen. — Lapszemle. Belorvosstan. Tramoniti: A tüdővész

gyógyítása mesterséges pneumothorax létesítésével. — Glaserfeld: Tünetek a has részéről pneumonia kezdetén. — Hesse: A szemfenék elváltozása anaemia perniciosában. — Idegkórtan. Pelnár: Téves hysteria-diagnosisekről. — Sebészet. H. G. Paterson: A gastroenterostomiát követő ulcus jejuniról. — Ch. B. G. Nancréde: Sarcoma miatt végzett scapulakiirtás eredményei. — Quénu: Epe-utak rákjának gyökerekes műtéve. — Gyermekorvosstan. Eckert: Adrenalin használata vérnyomásnövekedés ellen diphtheriában. — Katzenstein: Csecsemő-kori anaemia. — Venereds bántalmak. Hirschberg és Biehler: Leprás esont-bajok. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Szer epilepsia ellen. — Ljaschenko: Cresostal. 686—689. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 689. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 690. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 691—692. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

A veszettségelleni mentesség öröklése.¹

Irta: Konrádi Dániel dr., egyetemi magántanár, az intézet segéde.

A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXIV. (pozsonyi) vándorgyűlésén 1907 augusztus 26.-án beszámoltam volt azokról a tapasztalatokról, melyek a veszettség ragálya elleni mentesség öröklődéséről szóltak. Ez a dolgozatom a „Klinikai füzetek” 1907 októberi és novemberi füzetében, továbbá a „Centralblatt f. Bakteriologie” XLVI. kötetében jelent meg. Mindkét helyen részletesen ismerttettem a kérdés irodalmát, miért is mostani folytatolagos közlésemben csak az azóta megjelent néhány irodalmi adat felsorolására szorítkozom.

A könnyebb áttekinthetőség kedvéért mégis szükségesnek tartom az akkor talált eredményeket újlag felemlíteni, annál inkább, mert csak így lesz ez a dolgozat az előbbinek szerves folytatása.

I. A kísérletek leírása.

Az összes kísérleteket kutyákon végeztem, a melyek mentesítése a Högyes-féle módszer szerint történt. A kísérleti terv most is az volt, hogy a mentesített állat utódai közül az elsőt a szoptatás befejezése napján oltom be, a többi azután sorrendben egymás után, hogy megállapíthassam a világrahozott mentesség tartamát.

Vizsgálódásaim folyamán kutattam egyfelől az apa, másfelől az anya szerepét a mentesség átvitelében, valamint azt is, hogy az unokákban van-e még ragályálló (Löte) képesség? Kerestem végül a világrahozott mentességet mutató utódok, továbbá a ragályálló szülők vérsavójának hatását a veszettség ragályára.

¹ A XVI. nemzetközi orvosi congressuson tartott előadás.

Első kísérleti sorozat.

Mentesítés a terhesség tartama alatt.

Egy 10 kgm.-os nőtény 1906 február 26.-tól március 11.-ig kap a megállapodott ragályból megfelelő hígításokat bőr alá. A mentesítés befejezése után 4 nappal az állat kedvetlen, sőt mogorva, alig eszik valamit. Ez az állapot három napig tart s azután tökéletesen egészséges. A mentesítés befejezése után 24 nappal: 1906 április 4.-én hat kölyköt vetett, a melyek közül egy baleset következtében elpusztult, a másik öt igen szépen fejlődött, miként ez a hetenkénti mérés adataiból is kitűnik. Az életben maradt öt kölyköt az alábbi sorrendben oltottam be.

I. számú kölyök.

Súly	4 hetes korában	1700 gramm
6	2250	„
8	2500	„
9	3350	„

Ekkor kap megállapodott ragályból 2 cm³ sűrű dörzsöléket a háti gerincoszlop mellé mélyen az izomzatba. Kilencz nap múlva kitört rajta a veszettség, a mely 24 óra alatt meg is ölte.

II. számú kölyök.

Súly	4 hetes korában	1700 gramm
6	2150	„
10	3600	„
11	4000	„

Ekkor kap megállapodott ragályból 1 cm³ sűrű dörzsöléket a háti gerincoszlop mellé mélyen az izomzatba. Semmi baja sem lett a 1½ évig tartott megfigyelése alatt, ellenben az ugyanabból az anyagból ellenőrzésül beoltott 3 kutya és egy nyúl 8—10 nap alatt megveszett.

III. számú kölyök.

Súly	4 hetes korában	1600 gramm
10	3000	„
14	5400	„

Ekkor kap megállapodott ragályból 1 cm³ sűrű dörzsöléket a háti gerincoszlop mellé mélyen az izomzatba. *Semmi baja sem lett az 1³/₄ évig tartott megfigyelése alatt*, ellenben az ellenőrzésül beoltott nyulak 8 nap alatt megvesztek.

IV. számú kölyök.

Súly	4 hetes korában	1450 gramm
"	10 "	2150 "
"	18 "	4000 "

Ekkor kap megállapodott ragályból 1 cm³ sűrű dörzsöléket a háti gerincoszlop mellé mélyen az izomzatba. *Semmi baja sem lett az 1³/₄ évig tartott megfigyelése alatt*, ellenben az ellenőrző nyulak 8 nap alatt megvesztek.

V. számú kölyök.

Súly	4 hetes korában	1200 gramm
"	16 "	5000 "
"	22 "	7500 "

Ekkor kap megállapodott ragályból agyburok alá annyit, mint az ellenőrző 3 nyúl. *Ettől a súlyos és eddig minden esetben bizonyult ragályozástól sem lett semmi baja az 1¹/₄ évig tartott megfigyelése alatt*, ellenben az ellenőrző nyulak 8 nap alatt megvesztek.

Második kísérleti sorozat.

Mentesített apa és mentesített anya utódainak ragálybirása.

Ebben a sorozatban olyan utódok ragálybirását vizsgáltam, a melyek szülei a mentességüket jóval a fogantatás előtt szerezték meg, még pedig az apa három és fél évvel, az anya ellenben a fogantatás előtt öt hónappal. Ettől a két ragályálló szülőtől 1907 márczius 23.-án hat kölyök született. Mindenik bakk. Megjegyzendő, hogy a szülés után 6 héttel mindkét szülő ragályállónak bizonyult. A kölykök az alábbi sorrendben oltattak be.

I. számú kölyök.

Súly	3 hetes korában	1000 gramm
"	5 "	1650 "
"	7 "	2350 "

Ekkor kap kóbor ragályból 1 cm³ sűrű dörzsöléket a háti gerincoszlop mellé mélyen az izomzatba. 30 nappal az oltás után kitört rajta a veszetheység, mely öt napi tartam után meg is ölte.

II. számú kölyök.

Súly	3 hetes korában	850 gramm
"	5 "	1250 "
"	8 "	2200 "

Ekkor kap kóbor ragályból 1 cm³-t mélyen a háti gerincoszlop mellé az izomzatba. *Semmi baja sem lett egy évig tartott megfigyelése alatt*, ellenben az ellenőrzésül beoltott malacz és nyúl 16—21 nap alatt megveszett.

III. számú kölyök.

Súly	3 hetes korában	1000 gramm
"	9 "	3000 "
"	12 "	5050 "

Ekkor kap kóbor ragályból 1 cm³-t mélyen a hátizomzatba. 24 nappal az oltás után kitört rajta a veszetheység, mely 48 óra alatt meg is ölte.

IV. számú kölyök.

Súly	3 hetes korában	900 gramm
"	7 "	2000 "
"	16 "	5700 "

Ekkor kap kóbor ragályból 1 cm³-t a háti gerincoszlop mellé, *semmi baja sem lett az egy évig tartott megfigyelése alatt*, holott az ellenőrző malacz és nyúl 18—25 nap alatt jellemző veszetheységben pusztult el.

V. számú kölyök.

Súly	3 hetes korában	800 gramm
"	15 "	3950 "
"	25 "	5200 "

Ekkor (1907 szeptember 11) kap kóbor veszetheységben elhullott ló nyúltagából 1 cm³ sűrű dörzsöléket a háti gerincoszlop mellé mélyen. *Semmi baja sem lett az egy évig tartott megfigyelése alatt*, ellenben a hasonló módon beoltott kutya és malacz 12, a nyúl pedig 14 nap alatt megveszett.

VI. számú kölyök.

Súly	3 hetes korában	900 gramm
"	13 "	4000 "
"	27 "	8000 "

Ekkor (1907 szeptember 25) beoltom kóbor ragályból agyburok alá. *Semmi baja sem lett az egy évig tartott megfigyelése alatt*, ellenben az ellenőrzésül izomzatba oltott kutya 15 nap alatt jellemző veszetheységben hüllott el.

Harmadik kísérleti sorozat.

Mentesített apa és mentesített anya utódainak ragálybirása.

A szülők ugyanazok, mint az előbbi kísérleti sorozatban. Mindkét szülő a fogantatás után ragályállónak bizonyult. Célom az volt, hogy 27 hetesnél idősebb korban is megvizsgálhassam az utódok esetleges ragálybirását, mert az előbbi sorozatban az utolsó tagot 27 hetes korában ragályállónak találtam.

Ezekről a szülőktől 1907 november 11.-én hat kölyök született, melyek közül egy baleset következtében elpusztult s így csak öt maradt, melyek az alábbi sorrendben oltattak be.

I. számú kölyök.

Súly	12 hetes korában	2200 gramm
"	29 "	6000 "

Ekkor kap kóbor ragályból 1 cm³ sűrű dörzsöléket a háti gerincoszlop mellé mélyen az izomzatba. *Semmi baja sem lett az egy évig tartott megfigyelése alatt*, ellenben az ellenőrző kutya 20 nap alatt jellemző veszetheységben hüllott el.

II. számú kölyök. Súly 35 hetes korában 7500 gramm. Ekkor kap kóbor ragályból 1 cm³-t ugyanoda, mint az előbbi. *Semmi baja sem lett az egy évig tartott megfigyelése alatt*, ellenben az ellenőrző malacz és nyúl 15—19 nap alatt jellemző tünetek között pusztult el.

III. számú kölyök. Súly 40 hetes korában 8000 gramm. Ekkor beoltatik ugyanúgy mint az előbbi. 16 nappal az oltás után kitört rajta a veszetheység, mely 24 óra alatt meg is ölte.

IV. számú kölyök. Súly 42 hetes korában 8200 gramm. Ekkor kap kóbor ragályból ugyanannyit, mint az előbbiek. *Semmi baja sem lett az egy évig tartott megfigyelése alatt*, ellenben az ellenőrző malacz és nyúl 14—18 nap alatt megveszett.

V. számú kölyök. Súly 44 hetes korában 6500 gramm. Ekkor kap 1 cm³-t a szokott módon a kóbor ragályból. 22 nappal az oltás után kitört rajta a veszetheység, mely 48 óra alatt meg is ölte.

Negyedik kísérleti sorozat.

Mentesített apa és világrahozott mentességgel bíró anya utódainak ragálybirása.

Ebben a sorozatban olyan utódokról van szó, a melyek szülei közül az apa a mentességét öt évvel előbb szerezte meg, mely idő alatt három ízben volt biztos veszetheégi ragálylyal agyburok alá oltva. Az anya pedig az első kísérleti sorozatban leírt II. számú kölyök, mely, miként láttuk, 11 hetes korában ragályállónak bizonyult, sőt nyolcz hónappal később (1907 április 15) még agyburok alatti oltás után sem lett semmi baja.

Ettől a két szülőtől 1907 augusztus 11.-én hat kölyök született, melyek az alábbi sorrendben oltattak be.

I. számú kölyök. Súlya 30 napos korában 1000 gramm. Ekkor kap kóbor veszettségben elhullott ló nyúltagydörzsölékéből a háti gerincoszlop mellé mélyen az izomzatba 0.5 cm³-t. 15 nappal az oltás után egy napi tünetes szak végén veszettségben hullott el.

II. számú kölyök. Súlya 43 napos korában 1500 gramm. Ekkor beoltatik 0.5 cm³ kóbor ragálylyal ugyanúgy, mint az előbbi. 10 nappal az oltás után jellemzetes veszettségben elpusztult.

III. számú kölyök. Súlya 45 napos korában 2000 gramm. Oltás mint előbb. 13 nappal később veszettségben elpusztult.

IV. számú kölyök. Súlya 10 hetes korában 3350 gramm. Ekkor beoltatik 1 cm³ kóbor ragálylyal hasonló módon, mint a testvérei. 14 nappal az oltás után kitört rajta a veszettség, mely 24 óra alatt meg is ölte.

V. számú kölyök. Súlya 14 hetes korában 2500 gramm. Ekkor 1 cm³ kóbor ragályt kap. 14 nap múltán jellemzetes veszettség, mely 48 óra alatt megölte.

VI. számú kölyök. Baleset következtében elpusztult.

Megjegyzem, hogy ezek a kölyök 45 napos korig szoptak, s így az első a beoltás után addig szopott, a míg kitört rajta a veszettség, a második a beoltás után még két napig, a harmadik pedig közvetlenül az oltás előtt választatott el. Ezek is bizonyítják, hogy a szoptatásnak nincs szerepe a mentesség átvitelében.

Ötödik kísérleti sorozat.

Mentesített apa és világrahozott mentességgel bíró anya utódainak ragálybírása.

E sorozat tagjainak az apja ugyanaz, mint az előbbi sorozatban, tehát mentességét a fogantatás előtt öt évvel szerezte meg, az anya pedig az első kísérleti sorozatban leirt III. számú kölyök, mely 14 hetes korában ragályállónak bizonyult, sőt nyolcz hónappal később (1907 április 15) még az agyburok alatti oltást is kibirta.

Ettől a két szülőtől 1907 november 17.-én hét kölyök született, melyek közül öt különböző baleset következtében idő előtt elpusztult és így csak kettő maradt meg. Ezek az alábbi korban oltattak be.

I. számú kölyök. Súlya 23 hetes korában 16.5 kgm. Ekkor kap kóbor ragályból egy-egy cm³-t a háti gerincoszlop két oldalára, mélyen az izomzatba. 11 nappal az oltás után kitört rajta a veszettség, mely 3 napi tünetes szak végén meg is ölte.

II. számú kölyök. Súlya 29 hetes korában 15.5 kgm. Ekkor kap kóbor veszettségben elhalt ember nyúltagyából beoltott és jellemző veszettségben a 20. nap elhullott nyúl nyúltagydörzsölékéből 1—1 cm³-t a háti gerincoszlop mellé két oldalt. 24 nappal az oltás után kitört rajta a veszettség, mely lefolyásában a hosszas tünetes szaka által tünt ki. Ugyanis 11 napig tartott a veszettség tünetes szaka.

Hatodik kísérleti sorozat.

Mentesített apa és nem mentesített anya utódainak ragálybírása.

Az apa ugyanaz, mint az előbbi kísérleti sorozatokban. Az anya egy egészen egészséges, nem mentesített állat.

Ezekből a szülőtől 1908 május 22.-én hat kölyök született, melyek külső tulajdonságaikra mind az anyjukra ütöttek. Beoltásuk az alábbi sorrendben történt.

I. számú kölyök. Súlya 7 hetes korában 4300 gramm. Ekkor kap kóbor ragályból 1 cm³ sűrű dörzsöléket a háti gerincoszlop mellé mélyen az izomzatba. 21 nappal az oltás után, mikor a tanúállatok megvesztek, izgatott, nyugtalan, járása kissé merev, pupillái tágak, alig eszik valamit, ez az állapot eltartott 3 napig s ezután egészen helyre jött, szépen fejlődött. Hogy meglássuk: vajjon ragályáll-e még, 1908 szeptember 10.-én, vagyis 16 hetes korában, mikor a testsúlya 9200 gramm volt, újra beoltottuk. Ekkor kapott kóbor ragályból a háti gerincoszlop két oldalára 1—1 cm³ sűrű dörzsöléket. Már-már azt hittük, hogy életben marad, mikor 1909 január 17.-én, vagyis a második oltás után 129 nappal kitört rajta a veszettség, mely két napi tünetes szak után meg is ölte. Megjegyzendő, hogy ennek a kölyöknek a második oltása alkalmával tanúképpen több állatot oltottam volt be: úgymint egy kutyát és egy malaczt az izomzatba, egy nyulat és egy agyburok alá. Előbbiek 14, utóbbiak közül a nyúl 15, a malacz ellenben 22 nap alatt veszett meg. Ezt azért tartom szükségesnek hangsúlyozni, nehogy azt gon-

dolja valaki, hogy a ragály esetleges meggyengülése az oka a hosszas lappangásnak. Ez ellen szól az a körülmény is, hogy a belőle tovább oltott állatok mind a rendes idő múlva veszték meg. Beoltottam ugyanis ebből a kölyökből két kutyát izomzatba, egy malaczt és egy nyulat agyburok alá. A kutyák közül az egyik 16, a másik 22, a nyúl 17, a malacz 21 nap múltán hullott el jellemző veszettségben. A hosszú lappangást magyarázhatjuk abból, hogy ez a kölyök az első oltás után 7 hetes korában enyhe veszettségi rohamot állott ki, a melyből kigyógyult. Ez által pedig úgynevezett activ mentességet szerzett magának bizonyos mértékben. Ez a mentesség képesítette őt arra, hogy elég hosszú ideig birkozzék az erős ragálylyal, mely a végén még is csak győzött rajta és megölte. Abból a körülményből pedig, hogy 7 hetes korában kibirta a ragályozást, arra lehetne következtetni, hogy mégis csak örökölt talán az apjától bizonyos fokú ellenállást, különben elhullott volna.

II. számú kölyök. Súlya 11 hetes korában 4450 gramm. Ekkor kap kóbor ragályból 1 cm³-t ugyanúgy, mint a testvére. 12 napra rá kitört rajta a veszettség, mely 24 óra alatt megölte.

III. számú kölyök. Súlya 11 hetes korában 6900 gramm. Kap ugyanabból a ragályból egyszerre az előbbivel. 16 nappal az oltás után kitört rajta a veszettség s 3 napi tartama után elpusztult benne.

IV. számú kölyök. Súlya 16 hetes korában 6600 gramm. Ekkor kap kóbor ragályból annyit és úgy, mint az előbbiek. 13 nappal később kitört rajta a veszettség, mely 24 óra alatt meg is ölte.

V. számú kölyök. Súlya 35 hetes korában 9.5 kgm. Ekkor kap kóbor ragályból ugyanannyit és úgy, mint az előbbiek. 12 napra rá kitört rajta a veszettség, mely 3 napi tünetes szak végén meg is ölte.

VI. számú kölyök. Súlya 35 hetes korában 14.3 kgm. Ekkor kap az V. számú testvérevel egyszerre ugyanabból a ragályból 1 cm³ sűrű dörzsöléket a háti gerincoszlop mellé mélyen az izomzatba. 19 napra rá kitört rajta a veszettség, mely 3 napos tünetes szak után megölte.

Hetedik kísérleti sorozat.

Mentesített anya és nem mentesített apa utódainak ragálybírása.

Az anya ugyanaz, mint az I. II. és III. sorozatban. Az apa egészen egészséges állat. Az anya öt héttel a szülés utánragályálló.

Ettől a két szülőtől 1908 augusztus 16.-án 6 kölyök született, melyek külső tulajdonságaikra nézve az apára ütnek. Egy közülök baleset következtében pusztult el idő előtt, a többit az alábbi sorrendben oltottam be.

I. számú kölyök. Súlya 39 napos korában, a szoptatás befejezésekor 1700 gramm. Ekkor kap kóbor ragályból 1 cm³-t a háti gerincoszlop mellé mélyen az izomzatba. *Semmi baja sem lett 9 hónapig tartott megfigyelése alatt*, ellenben az ellenőrzésül hasonló módon beoltott kutya 14 nap alatt jellemző veszettségben pusztult el.

II. számú kölyök. Súlya 16 hetes korában 7500 gramm. Ekkor kap kóbor ragályból 1—1 cm³-t a gerincoszlop két oldalára mélyen az izomzatba. *Semmi baja sem lett egy fél évig tartott megfigyelés alatt*, ellenben az ellenőrzésül hasonló módon beoltott malacz 22, a nyúl pedig 24 nap alatt jellemző veszettségben pusztult el.

III. számú kölyök. Súlya 19 hetes korában 7200 gramm. Ekkor kap kóbor ragályból 2—2 cm³-t a gerincoszlop két oldalára. *Semmi baja sem lett a fél évig tartott megfigyelése alatt*, ellenben az ellenőrzésül hasonlóan beoltott malacz és nyúl 21 nap múlva jellemző veszettségben pusztult el.

IV. számú kölyök. Súlya 22 hetes korában 7500 gramm. Ekkor kap kóbor ragályból 2—2 cm³-t ugyanúgy, mint az előbbiek. *Semmi baja sem lett a fél évig tartott megfigyelése alatt*, ellenben az ellenőrző két kutya, egy nyúl és egy malacz 16—20 nap múltán jellemző veszettségben pusztultak el.

V. számú kölyök. Súlya 44½ hetes korában (1909 július 23) 14.5 kgm. Ekkor (1909 július 23) kap kóbor ragályból 2—2 cm³-t a háti gerincoszlop mellé, mélyen az izomzatba. Még él, ellenben az ellenőrzésül 1 cm³ ragálylyal beoltott malacz a 22. napon jellemző veszettségben pusztult el.

(Folytatása következik.)

(Közlés a kolozsvári egyetem elmebeteg-klinikájáról.
Igazgató: Lechner Károly dr. ny. r. tanár.)

A kolozsvári elmebeteg-klinikán észlelt pellagrás psychosisokról.

Közli Zsakó István dr. tanársegéd.

Ezen dolgozat célja a Kolozsvár környékén, támadó pellagrás elmebajok típusára valamennyire világot vetni. Forrásként a kolozsvári elmeklinikán 1898-tól 1909 májusig észlelt pellagra-esetek kórrajzait használtam fel. Kár, hogy a társadalom azon rétegei, melyekből az esetek származnak, a műveltség azon fokán állanak, melyen csak az ön- és közveszélyes, vagy nagy fokban ügyefogyott egyéneket tartják elmeorvóintézetbeli ápolásban részesítendőkné, mivel így a kisebb fokú expansivitásnak vagy depressivitásnak csekélyebb dementiával vagy idegrendszeri tünetekkel járó esetei észlelésétől esünk.

Ilyenformán nem tudunk tökéletes képet alkotni magunknak ez érdekes psychosisok alakjairól. De valamelyes következtetést mégis szabad levonnunk. Még most sem eldöntött dolog, vajjon intoxicációs vagy infectiosus betegségnek kell-e felfognunk a pellagrát. Ámbár Cesare Lombroso és követői még állatkísérletekkel is kimutatni vélték az intoxicációs eredetet. A romlott tengerinek, illetve különböző, a tengerin élősködő gombáknak tulajdonítják legtöbbször a betegséget, de még a közelmúltban is Babes és társai annak lehetőségét hangoztatják, hogy a baj egyszersmint infectio és a trypanosomiasishoz hasonló eredetű.

Cesare Lombroso s utána sokan készítettek kivonatanyagokat romlott tengeriből s embereken, továbbá állatokon kísérleteztek. Lombroso 12 erőteljes egyénen, katonákon s munkásokon tengeriből készült tinctúrával kísérletezett s többek között testsúlycsökkenést, vizketegséget, diarrhoeát, fejfájást, ructust, szivdobogást, esőkkent, majd fokozott izomerőt, nappal aluszékonyságot, bulimiát, majd sitophobiát észlelt. Két ízben azonban semmiféle hatást sem tapasztalt. (Die Lehre von der Pellagra. Cesare Lombroso.) Zlatarovic, a ki szerint a pellagra a 42—48. szélességi fok között endemiás, contagiosus betegségnek tartja a pellagrát s erre felhívja egy elmebeteg esetét, ki egy pellagrás beteg ágyába szokott kúszni, hogy ott vele aludjék s annak acut, exsudativ erythemával s diarrhoeával jellegzett pellagráját elkapta. Felemlíti, hogy ez a beteg három hónapig a kézhátakon, arezon és nyakon kiterjedt erythemában szenvedett, térdreflexei és izomtonusa fokozottak voltak. Ő nem hisz a pellagrának tengeritől eredő származásában, mivel egy pellagrás betegéről ki tudja mutatni, hogy az illető sohasem táplálkozott tengeriből készült ételekkel. (Jahrbücher für Psych. u. Neurologie, 286, 290 és 291. lap.) Még felveti azt a kérdést, hogy a polenta készítésekor alkalmazott hő nem hathat-e sterilizálólag a pellagraparasitára? (Ugyanott 286. lap.) Némelyek hereditaer bajnak tartják a pellagrát és pedig diathesisnek. Így például Zartarian az egyébként charakteristikus erythemát erythema solarenek tartja. (Jahresbericht für Psychiatrie, VI. kötet, 527. lap.)

Cecconi a pellagrát oly tünetcomplexumnak tartja, mely előfordulhat különböző cachexiáknál.

De mégis bizonyosnak vehetjük, hogy a pellagra eredete a tengeriben rejlik. Hiszen mindenütt a legtöbb esetben az a tapasztalat, hogy főleg a romlott tengerivel táplálkozó néposztályban fordul elő e betegség. E feltevést számos vizsgálat és kísérlet bizonyítja.

Így Bonansea Mexicóban oly lovakon, melyek rothadt tengerivel táplálkoztak, diarrhoeát, szédülést és coordinációs zavarokat észlelt, melyek a tengeri megvonásával elmúltak. Jó tengeriből készült eledelkel táplálkozó népen a pellagrát ritkán találták. (Jahresbericht für Psychiatrie, V. kötet, 1285. oldal.)

Ceni és Besta vizsgálataik alapján az aspergillus fumigatusról mondják, hogy a pellagrát okozza. Minél fejlettebb a myceliuma, annál gyengébb; s minél érettebbek a spórái, annál mérgezőbb hatású. (Jahresbericht für Psych., VI. kötet, 504. lap.) Sőt Ceni egy pellagra-typhus esetében a bélmirigyekből az aspergillus fumigatus tiszta culturáját tudta előállítani. (Jahresbericht für Psych., V. kötet, 510. lap.)

Sereni kutyaon kísérletezett tengerivel s pellagra keletkezését látta. Szerinte a legjobb tengeri is előidézhethet pellagrát s fel-

veszi, hogy a növényi táplálék kizárólagos volta okozza a pellagrás zavarokat. (Jahresbericht für Psych., XI. köt., 308. lap.)

Antonini és Ferrati Gosio véleményét erősíti meg, hogy a penicillium glaucum phenolreactiójú képződményeket termel a tengerin s ez idézi elő a pellagrát. Az aspergillus fumigatus és flavescentst ártalmatlannak tartják. (Jahresbericht für Psych., VII., 508. lap.)

Sandwith az Alsó-Egyiptomban elterjedt pellagra okozójának kizárólag a tengerit tartja. (Jahresbericht für Psychiatrie VII. köt., 944. lap.)

Titsoni és Bongiovanni, kik a pellagrás betegekből izolált virusnak egyes állatokra való hatását vizsgálták, arra jönnek rá, hogy csak akkor nyilvánul a specifikus hatás, ha az állat tápláléka legnagyobb részt tengeriből áll. (Jahresbericht für Psychiatrie, XI. k., 130. lap.)

Moricheau s Beauchant a kukoriczaelmélet ellen egy tengerivel soha, csak főzelékkel táplálkozó egyént említ, ki sokáig alkoholista is volt, s a kin gastrointestinális zavarokat, erythemát észlelt, a mit pellagrának tartottak. A bonczolás semmi különösebbet sem mutatott ki.

A mi eseteinkben a tengerivel való táplálkozást kisebb-nagyobb mértékben kimutathatjuk. (Jahresbericht für Psychiatrie, VII. k., 519. lap.)

A prophylaxisra vonatkozólag az általános hygienés viszonyok javítása mellett legtöbbször a tengerire vannak tekintettel. Mi is észleltük, hogy a beteg hozzánk kerülve, gyógyszerelés nélkül is javulásnak indul, a mit megváltozott életviszonyainak tulajdonítunk.

Schreiber a hygienés és sociális viszonyokat hozza fel a pellagra okául, s azt mondja, hogy Romániában a tengeri behozatala után száz évvel keletkezett a pellagra. (Jahresbericht für Psychiatrie, III. kötet, 336. lap.)

Nálunk Takács és Major érdeme, hogy már a hetvenes évek végén felfedezték az úgynevezett fekete sárgaságot, a pellagrát a csángó telepeken (Veress dr.). Később, 1898 április 8-án Purjesz, Lechner s Marschalkó vezetése alatt kiszállott egy expedíció s Oláh Bikal községben hat pellagra esetet észlelt (Veress dr.). Itt kezdődik nálunk a pellagra elleni védekezés, mely szintén a hygienés viszonyok s sociális állapotok javítására s a romlott tengeri kiküszöbölésére irányult.

Ezek után áttérhetünk tulajdonképpen tárgyunkra. Minket az agyidegrendszeri elváltozások érdekelnek. Egyes szerzők tapasztalatai szerint túlnyomó a melancholiás, depressiós forma, mások szerint az expansiv psychosisok is gyakoriak.

Sámson szerint uralkodó kórkép a melancholia. (Jahresbericht für Psychiatrie, III. kötet, 538. lap.)

Konrád, Niedermann és Farkas szerint a dementiás és melancholiás formák a túlnyomóak. (Jahresbericht für Psychiatrie, II. kötet, 1206. lap.)

Finzi szerint a pellagrás psychosisok mindig az amentia keretébe tartoznak s a kisebb fokú zavartságtól egész az acut deliriumig találunk átmeneteket. (Jahresbericht für Psych., VI. kötet, 1133. lap.)

Mint ritkább tüneteket melancholia mellett raptusszerű félelmi állapotokat ír le Mayer Bukovinában. (Jahresbericht für Psych., IV. kötet, 676. lap.)

Mariani egy 69 éves pellagrás choreát észlelt. (Jahresbericht für Psychiatrie, III. kötet, 1132. lap.)

Gregor legtöbb esetben dementiába való átmenetet talált. Azt tartja, hogy az emlékezés gyengülése nem annyira organikus kiesés, mint inkább associációs gátlás következménye. (Jahresbericht für Psychiatrie, XI. kötet, 1171. lap.)

A pellagrás psychosisok más psychosisokkal is szövődnek, így például alkoholizmussal és haschis-mérgezéssel.

Mari szerint Egyiptomban a vidék népességének 36%-a pellagrás. Stupor van előtérben impulsivitással, azután epilepsiás és paralysses symptomák következnek. Szerinte a pellagra haschis-mérgezéssel s paralysis progressívával gyakran szövődik. (Jahresbericht für Psych., XI. k., 1172. lap.)

Az idegrendszeri tünetek között előfordulnak még Mayer és Merck szerint myelopathia, Babinski-tünet, spastikus járás, gyengeség, húzó fájdalmak s paraesthesiák az alsó végtagokon. (Jahresbericht für Psych., XI. k., 685. lap.)

Dusche szerint a pellagra régi eseteiben Babinski-tünetet lehet találni, miből azt következteti, hogy a pyramispályák változásai a betegség időtartamával arányban állanak. (Jahresbericht für Psych., VIII. k., 468. lap.)

Barabás két pellagrános ír le Erb-féle paralysis spinalis spasticát. Egyik esetben jodkali, arsen s roboransok használata után négy hónappal teljes, másik esetben csupán roborálással nyolcz hónap alatt szintén gyógyulást ért el. (Jahresbericht für Psych., VIII. kötet, 468. lap.)

Amyotrophias laterális sclerosis Testi két esetében észlelt pellagrás symptomákkal s felveszi, hogy itt a pellagratóxin is befolyásolta a bajt. (Jahresbericht für Psych., IX. kötet, 405. lap.)

Parkon és Goldstein Dupuytren fascia-contracturáját észlelték egy pellagránoson. Ők azt hiszik, hogy e contractura a központi idegrendszer anatómiai megváltozásának kifejezője. (Jahresbericht für Psych., IX. kötet, 482. lap.)

A pellagráról azt tartják, hogy az utódokban is kifejti hatását éppen úgy, mint a lues és alkoholismus stb. Az utódokra való hatását Agostini öt infantilismus esetében észlelte, hol egyúttal myxoedemás jelenségeket is talált. Szerinte a pellagraméreg a pajzsmirigyre tud hatni. (Jahresbericht für Psych., VI. kötet, 817. lap.)

Antonini 67⁰/o-ban talált a terhelt s 17-9⁰/o-ban a nem terhelt pellagrásokon degenerált caractert. (Jahresbericht für Psych., V. kötet, 934. lap.)

A pellagra kórszövettanával sokan foglalkoztak s különböző elváltozásokat találtak az agyidegrendszerben. Így Babes és Sion a hátulsó kötegek megbetegedését, a szürkeállomány megvastagodását, olykor az elülső s hátulsó szarvak gyuladása, chronikus góczait, az agyban sclerosis góczokat s kivált a nagy pyramis-sejtek rétegében a ganglionsejtek megváltozását találták. (Jahresbericht für Psych., V. kötet, 382. lap.)

Rossi a ganglionsejtek chromatolysist talált a pellagránban. A chromatinállomány partiális chromatolysistól átmenetet észlelt diffus degenerációjáig vagy teljes eltűnéséig. (Jahresbericht für Psych., I. kötet, 214. lap.)

Kotzovszky az elülső szarvak sejtjeiben pigment-lerakódásokat fedezett fel, ezekről azt tartja, hogy a pellagrás intoxicatio következtében keletkeztek. (Jahresbericht für Psych., V. kötet, 170. lap.)

Babes kifejezett elváltozásait látta a ganglionsejteknek a lobus paracentralisban. (Jahresbericht für Psych., III. kötet, 191. l.)

Righetti egy pellagrás neuritis esetében az idegyökökön elváltozásokat talált s ezeket nem azonosítja a Wallner-féle degenerációval. (Jahresbericht für Psych., III. kötet, 204. lap.)

Lukács és Fabinyi Marianival szemben tagadják az arteriosclerosis gyakori előfordulását pellagránban, ők a canalis centralis megsűkülését találták.

A gerincezvelőben található degenerációk mindenütt symmetriások. (Tuczek: Klinische und anatomische Studien über die Pellagra, 111. lap.)

A bőrtünetek s psychés elváltozások Bonseroi szerint egymáshoz fordított viszonyúak. (Jahresbericht für Psych., II. kötet, 551, 552. lap.)

Klinikánkon a pellagra-psychosisok mindenikében találtunk többé-kevésbé kifejezett bőrtüneteket, sőt mondhatni, a legsúlyosabb paralytikus formában, annak teljes hűdésekkel s marasmussal járó szakában is erős bőrefflorescentiákat észleltünk. Mindez esetekben tapasztalható volt, hogy a bőrelváltozások már nem ép, hanem már beteg bőrön keletkeztek, vagyis nem friss erythemákkal, bullákkal, hanem már atrophias bőrrészletekkel találkoztunk. Bizonyos ideig kezelt esetekben a bőrtünetek általában visszafejlődtek. Az a benyomásunk, hogy a bőrtünetek a psychosis bármely szakában előfordulhatnak s különféle intensitásúak lehetnek. A betegség recidiválását egynehány anaemestikus adatból következtetjük s egyik betegünkön mi is észleltük.

A klinikánkon észlelt 27 pellagrás psychosis rövid ismertetése:

1. M. T., 36 éves, gör.-kath., nő, földmíves, nagysomkuti lakos (Szatmár megye). Felvétetett 1898 április 19.-én. Iszákos nem volt. Tápláléka sokáig málé volt. Behozatala előtt egy évvel mutatkoztak bőrelváltozások, melyekkel kapcsolatban izgatott lett, zavartan beszélt és cselekedett, ezáltal hollyongott a mezőn.

Behozatala előtt közvetlen egy hónappal megint izgatott lett, egy héttel előbb kisebb állatok után kezdett futni, azokat tépdeste, sőt önmagát is fejbe vágta. A táplálkozási viszonyok gyengék, a reflexek kissé fokozottak voltak, a pupillák jól reagáltak. Itt benn folyton nyugtalan volt, egyik sarokból a másikba futott, társait félrelökte. Időnként félelmek jelentkeztek. Érzékesalódások bántották, olykor hallgatódzott. Bőrelváltozások az arczon, az orrbőrön, a lábakon s az alkarokon. Másfél hét alatt nyugodtabb lett, étvágya s alvása javult. 1898 augusztus 25.-én nyugodt állapotban hazabocsátott.

Diagnosis: Amentia pellagrosa.¹

2. M. F.-né, 44 éves, ev.-ref., kályhás neje, nagymási lakos (Kolozs megye). Felvétetett 1900 április 20.-án. Luest, alkoholismust környezete tagad. Behozatala előtt egy hónappal lett beteg. Fejfájásról, szédülésről, fülzúgásról panaszkodott, két hét múlva izgatottá vált, az utcán kóborolt, mindenkit megszólított, tettlegességeket követett el. Mikor zavarodott állapotban hazavitték, meg akarta ölni gyermekeit. Bőrelváltozások az orrháton, az arczbőrön, a hajzatos bőrön s a lábszárakon voltak észlelhetők. Félelmeket árult el, székét, vizeletét maga alá bocsátotta, olykor sirt, néha nevetett. Érzékesalódásai voltak, az Istent s az angyalokat látta. Egyideig teljesen tájékozatlan volt s álmatlanságban szenvedett. Két hét alatt nyugodtabb lett, de félelmei mindegyre jelentkeztek. 1900 június 21.-én javulva hazabocsátott, félelmei elmúltak, alvása, táplálkozása megjavult, csendes, nyugodt lett.

Diagnosis: Amentia pellagrosa.

3. K. J., 62 éves, gör.-kath., nő, napszámos, fejrődi lakos (Kolozs m.). Felvétetett 1902 július 6.-án. Tengeriből készült étellekkel élt. Betegsége bejövele előtt hirtelen támadt. A bőrkórtani klinikáról pellagra-diagnosissal küldték át, ott erős félelmeket árult el s azt állította, hogy betegársai őt megölni s eltemetni akarják. Az orron, az arczon, az állon s a kézháton észleltettek bőrelváltozások. Érzékesalódásai voltak. A hangulat anxiosus, teljesen tájékozatlan volt. Abstinált, mert az Isten meghagyta neki, hogy 40 napig böjtöljön. A jobb pupilla igen renyhén, a bal nem reagál. Behozatala után nemsokára összeesett s 1902 július 23.-án pneumonia gangraenosában meghalt. A sectio még leptomeningitist is konstatált.

Diagnosis: Dem. acut. post pellagram.

4. Sz. M. Gy.-né, 72 éves, ev.-ref., földmíves nő, gernyeszegi lakos (Maros-Torda m.). Felvétetett 1903 május 10. Alkoholismust concedál. Őt, majd három évvel behozatala előtt elmezavar tünetei voltak egy-egy fél évig. Behozatala előtt 6 hónappal izgatott lett, álmatlan volt, zavartan cselekedett, mindenét elajándékozta, gyujtogatni akart. Gyengén táplált, pupillái majdnem fénymerevek. Elbutult. Elmondja, hogy hallási hallucinációi voltak. Közérzete jó, tájékozódása, emlékezése elég jó. Az orrháton, az arczon és a kézhát bőrén voltak bőrelváltozások. 1903. évi június hó 22.-én nyugodt állapotban hazabocsátott. Itt alkoholismussal s dem. senilissel volt a betegség kombinálva.

Diagnosis: Dem. senil. c. dem. pellagr. et alcoholica.

5. R. Gy., 52 éves, ev.-ref., özvegy, földmíves, marosszentbenedeki lakos (Alsófehér m.). Felvétetett 1903 június 2.-án. Bejövele előtt 2 1/2 hónappal kezdődött a baja. Feje remeg, majd alsó végtagjában görcsöket érez, türelmetlen, hazulról elkóborol, szédül, gyakran el is esik, de eszméletét nem veszti el. Bejövétkor gyengén táplált volt. Bőrtünetek az arczon, a kezeken s a láb bőrén. Folytonos hanghallást, álmatlanságot, érdeklődéshiányt, tájékozatlanságot, csökkent mozgástörekvést, dementiát mutatott. A pupillák nem reagáltak. Bennléte után egy hónappal izgatott lett, visiók, illúsiók jelentkeztek. Orvosait angyaloknak véli s tőlük búfineinek bocsánatát kéri. 1903 szeptember 28.-án javulva távozott.

Diagnosis: Dement. pellagrosa.

6. K. T., 60 éves, gör.-kath., nő, napszámos, magyar-köblői lakos (Szolnok-Doboka m.). Felvétetett 1904 június 8.-án. A helybeli belklinikáról pellagra diagnosissal átvéve. Két héttel áthelyezése előtt izgatott, nyugtalan lett, tettleges, durva volt, éjjelenként nem aludt. Gyengén táplált. A kézháton, a karok feszítőoldalán, a nyakon bőrelváltozások. Demens, álmatlan, a pupillák

¹ Ez esetet Strobl Willibald dr. részletesen közölte az Erdélyi Múzeum-Egylet orv. szak. 1898. évi 20. kötetében.

tágak, differensek, renyhén reagálnak. A kezeken tremor. Az izmok durva ereje csökkent. A mély reflexek fokozottak. 1904 augusztus 5.-én dyspnoë s tonicus göresök között meghalt. A sectio eredménye: pachymeningitis haemorrhagica recens, oedema meningum, catarrhus ventriculi chronicus, fragmentatio myocardii, gangraena lobi infer. pulm. sinistri.

Diagnosis: Dem. senilis c. pellagra.

7. S. J., 50 éves, gör.-kath., nős, napszámos, mezőnylaki lakos (Kolozs m.). Felvétetett 1904 július 11.-én. Bejövetele előtt két hónappal járása nagyon megromlott, könnyen elesik, jobb keze erősen remeg, időnként beszélni képtelen. Főétpláléka tengeriből állott. A láb és kéz hát bőrén, a lábszárakon, sőt az egész bőr felületén is pellagrás bőrelváltozások találhatók. Szédül, járni alig tud. A pupillák szabálytalanok. A jobb tágabb, jól reagálnak. Az assa foetidáról nem tudja, vajjon kellemes vagy kellemetlen szagú-e? Ataxia és tremor észlelhető. Igen fokozott térd- és Achilles-in-reflexek, éppen úgy mandibuláris reflexek is. Az izomingerlékenység fokozott. Sokat alszik. Deprimált, hasmenések, flexibilis cerea voltak jelen, érzékesalódásokat nem árult el. Nyolcz hónap múlva kezdett erősödni, közérzete nemsokára kellemesebb lett, testsúlyban gyarapodott s 1905 szeptember 22.-én gyógyultan elbocsátatott.

Diagnosis: Dement. pellagrosa.

8. K. F., 62 éves, gör.-kath., nős, napszámos, maroslakai lakos (Maros-Torda megye). Felvétetett 1904 augusztus 8.-án. Atyja elmebeteg volt. Gabonapálínkával visszaélt. Tengeriből készült kenyérrel táplálkozott. Öt hónappal behozatala előtt egy perét elvesztette, azóta lehangolt. Beszállítása előtt pár héttel nyugtalan és szótlan lett, járása meggyengült, hónapokon át nem mosakodott. Nagyon lesóványodott, a kéz- és lábfejek bőrén rendes bőrtünetek. Járni, állani nem tud, a legkisebb nyomásra is suffusiók jönnek létre a bőrön. Pupillái egyenlők, jól reagálnak. Erős hasmenései vannak, inreflexei nem válthatók ki, elbutult, nyugtalan; félelmes tartalmú hallucinációi vannak. Nyelés nehezen sikerül, folyadék sokszor regurgitál. 1904 augusztus 20.-án folytonos hasmenés közt meghalt. A boncolás az oldalkamarák mérsékelt tágulását, az agy vérszegénységét, az agyalapi erek megvastagodását derítette ki.

Diagnosis: Dem. senilis c. pellagra.

9. M. J.-né, 58 éves, gör.-kath., napszámosnő, bóosi lakos (Kolozs megye). Felvétetett 1904 szeptember 13.-án. Állandóan kukoricából készült kenyérrel táplálkozott. Behozatala előtt négy hónappal lett beteg, kóborolt, félelmet nyilvánított, visiói voltak. Bőrelváltozások a lábak és kezek háti oldalán voltak találhatók. Bennléte alatt is félelmet árult el, emlékezése, tájékozódása zavaros volt, pupillái feltűnő szűkek, alig reagáltak. 1905 március 23.-án valamennyire javult állapotban dementia visszamaradásával elbocsátatott.

Diagnosis: Dem. pellagrosa.

10. M. G., 53 éves, gör.-kath., nős, napszámos, gyalú lakos (Kolozs m.). Felvétetett 1904 szeptember 7.-én. Belklinikáról áttéve zavartsága miatt pellagra diagnossal, hol tartózkodása 4. napján nyugtalan, lármás lett, az ott töltött időért fizetést követelt. Alkoholismust concedál. Bőrtünetek az alsó végtag bőrén, a térdtől lefelé, továbbá az orron. A kéz hát, ujjak pellagrás eltérést mutattak, a körömök repedezettek voltak. Testileg lesóványodott, álma felületes, feljeddéssel megszakított volt, kífokú sitophobiát, heves izgatott hangulatot, stuport, dementiát, emlékezés-hiányt, tájékozatlanságot, tremort, praxiás zavarokat árult el. Inreflexek fokozottak. Impressiói, félelmi érzései voltak. 1904 október 1.-én pneumonia haemorrhagica-ban meghalt. Sectio: atrophía cerebri, hydrocephalus chronicus internus, synechia pericardii totalis, atrophía mucosae intestinorum.

Diagnosis: Dem. pellagr. stuporosa.

11. K. M., 47 éves, gör.-kel., nős, földmives, középborgói lakos (Besztercze-Naszód m.). Felvétetett 1904 november 17.-én. Behozatala előtt hónapok óta zavartan viselkedett, fejfájásról, étvágytalanságról, álmatlanságról számoltak be hozzátartozói. Orvosi vizsgálatát szerint már három évvel ezelőtt szenvedett pellagraban. Psychikus vizsgálat álmatlanságot, a közérzet izgatottságát, hallucinációkat, figyelmetlenséget, negativismust, stereotypismust, renyhé pupilláris reactiót, fokozott térdreflexeket mutatott ki. Bennléte alatt dementiát, tremort, szaggatott kiáltásokkal, choreás hadonázásokkal járó rohamo-

kat lehetett látni, míg 1905 január 7.-én pneumonia fibrinosa következtében meghalt. A sectio hyperaemia cerebri et meningumot mutatott ki.

Diagnosis: Dement. pellagrosa.

12. P. S., 45 éves, gör.-kath., nős, napszámos, szélkúti lakos (Kisküküllő m.). Felvétetett 1909 május 6.-án. Atyja állítólag búskomorságban szenvedett. A beteg behozatala előtt egy év óta szótlan, dologtalan, álmatlan. Bőrtünetek a kezek bőrén. Gyengén táplált, petyhüdt izomzatú, kezdődő arteriosclerosis tüneteit mutató beteg. Álmatlanságot, közömbös hangulatot, gátoltságot, kisebb fokú dementiát, hiányos emlékezést, csökkent mozgástörékvést mutatott. Az alsóvégtagok reflexei élénkebbek, a lábszárak kífokú tremorral rigidebbnek mutatkoztak. 1905 június 4.-én javulva elbocsátatott. A paralysis spinalis spastica tünetei megvoltak.

Diagnosis: Dem. pellagr. c. paralys. spin. spastica.

13. D. J., 65 éves, unitárius, özvegy, földmives, mezőszabéti lakos (Maros-Torda m.). Felvétetett 1906 augusztus 18.-án. A belorvostani osztályról helyeztetett át zavartsága miatt. Kézfejek, lábhátak bőrén visszafeljődött pellagrás bőrelváltozások. Az erősen lesóványodott betegen az alsóvégtagok oedemáját, soporosus állapotot, dementiát, renyhé pupilláris reactiót, fokozott patelláris reflexeket észleltünk. 1906 augusztus 24.-én pneumonia ex aspiratione tünetei között meghalt. A sectio még pachymeningitis interna haemorrhagicát, atrophía partialis substantiae griseae cerebrit mutatott ki.

Diagnosis: Dement. pellagrosa.

14. G. L., 40 éves, gör.-kath., nős, napszámos, aranymezői lakos (Szolnok-Doboka m.). Felvétetett 1906 április 26.-án. Bőr-beteg-klinikáról pellagra diagnossal áttéve. Alkoholismust concedál. Közérzete izgatott. Viselkedéséből hallucinációkra következtethetni. A pupillák renyhén reagálnak, térdreflexek nem válthatók ki. Dementia. Két hét múlva nagyon izgatott lett, járt-kelt, hálós ágyban kellett tartani. 1906 július 8.-án meghalt. A sectio gastritis catarrhalist, bronchopneumoniát s bronchitist mutatott ki.

Diagnosis: Dement. pellagrosa.

15. Cs. D., 36 éves, gör.-kath., nős, napszámos, nagyiklodi lakos (Szolnok-Doboka m.). Felvétetett 1906 május 13.-án. Csaladjában felmenő s oldalágon egy-egy elmebeteg. Alkoholismust, nicotinismust concedál. Behozatala előtt két hónappal kezdte magát rosszul érezni, egy hete dologtalan, fenyegetőzik, tettleges. A kezek s lábak háti felületén a rendes bőrelváltozások. Az izomzat feszes. Az alvás jó. Érzékesalódásokat nem árul el. Apathiás, elbutult, tájékozatlan. Pupilláris reflexek jók, térdreflexek fokozottak. Fokozott étvágy. 1906 november 12.-én javulva elbocsátatott. 1908 január 24.-én újból behozták izgatottság, nagyzási téveszmék s hallucinációk miatt. Pár hét alatt nyugodtabb lett, 1908 június 18.-án Dicsőszentmártonba családi ápolásba áthelyeztetett. Psychikus tünet a dementia volt.

Diagnosis: Dement. pellagrosa.

16. M. M.-né, 31 éves, gör.-kath., földmives neje, záporézi lakos (Szolnok-Doboka m.). Felvétetett 1906 június 3.-án. Apja s egyik fivére iszákos. Hat héttel behozatala előtt félelmek és álmatlanság lepték meg, két héttel azelőtt bőrelváltozások keletkeztek. Ily elváltozások azelőtt egy évvel is voltak, de visszafeljődtek. Systolés, fúvózorej észlelhető a csúcs felett, valamint érzékesalódások, stupor, majd nyomott hangulat, elbutultság, tájékozatlanság. Pupillák jól reagáltak. Bal patellaris reflex fokozott volt. Egy hónap múlva lelki állapota lényegesen javul, emlékezése, tájékozódása elég jó lett. Stuporosus állapotok azonban több ízben jelentkeztek. 1906 szeptember 23.-án kisebb fokú dementia visszamaradása mellett javulva elbocsátatott.

Diagnosis: Dem. pellagr. stuporosa.

17. B. J., 42 éves, ev.-ref., nőtlen, téglagyári munkás, tordaszentlászlói lakos (Torda-aranyos m.). Felvétetett 1906 szeptember 16.-án. Belklinikáról áttéve zavartság, nyugtalanság miatt, erős hasmenéssel. Alkoholismust concedál. Orrán és arezbőrén, nyakán, kéz- és lábhátán bőrelváltozások. Állítólag 2 1/2 hónap előtt lett beteg; 1 1/2 hónap óta erős hasmenés. Nyugtalanul alszik. Depressio, dementia volt jelen, a pupillák, térdreflexek normálisak voltak. Bennléte alatt pár nap múlva nyugodtabb lett, nemsokára foglalkoztatni lehetett, de hyperaemia retinae oculi utriusque miatt abba

kellett hagynia a szabóműhelyben való foglalkozást. Pár héttel később boka- és térdizületében fájdalomról panaszkodott, melyek salicyl adagolására két hét alatt megszűntek. A szék rendes lett. 1906 november 22.-én javulva elbocsátatott.

Diagnosis: Dement. pellagrosa.

18. özv. K. Gy.-né, 50 éves, gör.-kel., napszámosnő, felső gorbói lakos (Beszterce-Naszód m.). Felvétetett 1907 január 26. 10 évig szenvedett pellagraban. Hozzá tartozói alkoholizmust bevallanak. Hat héttel behozatala előtt zavart lett, az utcán kóborolt. A kezek s lábakon bőrelváltozások. Sokat alszik, általános hypaesthesia, tompult észrevevés, apathia, dementia, rossz emlékezés, laza figyelmeztetés, elégtelen tájékozódás voltak észlelhetők. Pupillái elég jól reagáltak. Kevés mozgástörekvés volt még észlelhető. Minthogy a bőrelváltozások visszafélődtek (esupán bőrválaszokkal való bekenésre) és a betegnek sem ön- sem közveszélyessége nem forgott fenn, 1907 február 25.-én javulva elbocsátatott.

Diagnosis: Dement. pellagrosa.

19. B. L., 43 éves, r. kath., nős, ácssegéd, marosvásárhelyi lakos (Marostorda m.). Felvétetett 1907 július 5.-én. Lueszt s alkoholizmust a kórelőzményi adatokból kimutatni nem lehet. Behozatala előtt fél évvel lett beteg, izgatott, álmatlan volt, érzékesalódásokat árukt el, környezetét megtámadta. Három hét óta baja rosszabbodott. A kezek pellagrosus bőrelváltozások. Alvása elég jó, hangulata nyomott, a tudatosság ködös. Dementia, tájékozatlanság, elég jól reagáló pupillák, fokozott patelláris reflexek észleltettek. Néhány hét múlva a lelki állapot javulásnak indult, kezdett tájékozódni s környezetére iránt kissé érdeklődni, de 1907 október 13.-án tuberculos pulmonum következtében meghalt. Sectio: oedema cerebri et meningum, leptomenigitis chronica fibrosa, hydrocephalus internus levior és hyperkeratosis dorsi manus et pedis utriusque post pellagram, cavernae gangraenosae pulmonis dextri.

Diagnosis: Dem. paralyt. pellagrosa.

20. V. P., 44 éves, g.-kath., nős, napszámos, középborgói lakos (Beszterce-Naszód m.). Felvétetett 1907 március 7.-én. 10 éve máléval táplálkozik. Mérsékelt alkoholizmust concedál. Fél évvel bejövetele előtt lett rosszúl. Álmatlanságról, olykor obstipációról, fejfájásról panaszkodott. Kézhátan pellagrás bőrelváltozások; kiskókú emphysema s arteriosclerosis is volt észlelhető. Nehéz, lassú felfogás, ügyefogyottság, tájékozatlanság, hangulat közönyössége volt jelen. A pupillák egyenlők, jól reagálnak, a mély reflexek normálisak. Mivel elég nyugodtan viselkedett, 1907 március 18.-án javulva saját kívánságára kiskókú demenciával elbocsátatott.

Diagnosis: Dement. pellagrosa.

21. T. G.-né, 35 éves, gör.-kath., földmíves neje, vizilvási lakos (Szolnok-Doboka m.). Felvétetett 1907 július 9.-én. Behozatala előtt egy hónappal szótlan és nyugtalan lett, ezért bezárították. A kezek bőrelváltozás volt. A panniculus adiposus megfogyott, izmait megfeszíti. Csak hypnoticumra alszik, félelmet árukt el. Hallucinációk gyanúja, hypaesthesia, analgesia, tudatosság ködössége, dementia volt észlelhető a pupillák fénymerevsége (?) mellett. A mozgástörekvés fokozott volt. Mutismus miatt nehezen volt vizsgálható. Nyugtalanossága miatt folyton hálós ágyban kellett tartani. 1907 augusztus 7.-én pneumonia tünetei között meghalt. A boncolás inaniitót s atrophica universalist állapított meg.

Diagnosis: Dementia pellagrosa.

22. A. J., 55 éves, ev.-ref., nős, kocsis, kendilónai lakos (Szolnok-Doboka m.). Felvétetett másodízben 1907 szeptember 1.-én. Behozatala előtt pár hóval zavart lett, hallucinációkat árukt el. Bennléte alatt állatlátást, demenciát, hiányos emlékezést, renyhe pupilláris reactiót észleltünk. Három napra kivítették, de nyugtalan állapotban visszahozták, ezután 1907 október 18.-án pneumonia tünetei között meghalt. A boncolás még arteriosclerosis arteriorum basis cerebri mutatott ki.

Diagnosis: Dem. paral. alcoh. Pellagra.

23. D. M., 44 éves, unitárius, nős, napszámos, kiskendei lakos (Kisküküllő m.). Felvétetett 1907 október 21.-én. A belklinikáról áttéve pellagra és alkoholizmus diagnosissal. Pellagrás elváltozások a kéz, alkar és láb hátsó bőrére. A hangulat közömbössége, dementia, a bal pupilla renyhe reactiója volt kimutatható. A beteg atoxyl-injectiókat kapott. Hozzá tartozói óhajára 1907 október 30.-án javulatlanul bocsátatván el, tovább nem észlelhetők.

Diagnosis: Dem. pellagr. c. alcoh. chronic.

24. U. J., 60 éves, gör.-kel., nős, napszámos, bonczhidai lakos (Kolozs megye). Felvétetett 1908 január 21.-én. A kezek, lábak bőrére s a csipő táján bőrelváltozások. Hypaesthesia, hypalgnesia, izgatott közérzet, sűrű hallucinációk, felfogás lassúsága, tudatosság ködössége, tájékozatlanság, elég jó pupilláris reactio volt észlelhető. Pár hét alatt nyugodtabb lett, a bőrelváltozások javulásnak indultak, a hallucinációk mindinkább háttérbe szorultak s 1908 április 2.-án javulva elbocsátatott.

Diagnosis: Dement. pellagrosa.

25. B. V., 38 éves, g.-kath., nős, földmíves, kendilónai lakos (Szolnok-Doboka m.). Felvétetett 1908 július 4.-én. Apja iszákos volt. Lues ellen kezeltetett. 4—5 hónapja beteg. Nyugtalan, izgatottság miatt kellett bezárítani. A kezek bőrelváltozások. Álmatlanság, izgatott közérzet, anxiositás, tömeges hallucinációk, dementia voltak észlelhetők. A pupillák jól reagáltak. A beteg 1908 július 9.-én oedema pulmonum következtében meghalt. A boncolás endocarditis verrucosát, bronchitis catarrhalist, bronchopneumoniát állapított meg.

Diagnosis: Dement. pellagrosa.

26. R. J., 52 éves, r. k., széki lakos (Szolnok-Doboka m.). Felvétetett 1908 május 20.-án. Bejövetele előtt négy héttel zavart lett, nagyvási eszméket nyilvánított, éjjelenként elkóborolt, beállított valahová, onnan egyes tárgyakat elvitt. Később kést ragadott s akadályoztatása esetében fenyegette övét. Az orr bőrére számos comedo, a kezek s lábakon pellagrás bőrelváltozások voltak. A psyche részéről állandó dementia, hallucinációk s nagyvási téveszmék. Közérzete a hallucinációk kellemes vagy kellemetlen volta szerint változott. Látási s hallási hallucinációi voltak, apró állatokat látott, továbbá az előtte fekete macska képében megjelent Istent, ki azt mondta neki, hogy magyar királylyá teszi. Számos illúziót árukt el, betegtársaiban régi ismerőseket vélt felismerni. A pupillák egyenlők, középtágak, fénymerevek voltak. Hónapok óta erős kötőhártyagyulladás van, azonkívül szaruhártyafekélye is volt. Folyton maniakális volt. Keresztjén gyógyult decubitus nyoma látható. Atoxyl-injectiókat kapott. Jelenleg is intézetünkben gyógykezelés alatt áll.

Diagnosis: Dem. paralyt. pellagrosa.

27. M. V., 42 éves, gör.-kath., napszámos, katonai lakos (Kolozs m.). Felvétetett 1909 május 2.-án. Anaemnesis adatok szerint egy év óta szenved pellagraban. Két héttel behozatala előtt izgatott lett, erőszakos, támadó. Régibb idő óta olcsó tengerivel táplálkozott. A látható bőrelváltozások főleg a kezek kifejezettek, hol a csuklóizülettől lefelé a bőr száraz, megkeményedett. Az ujjakon és kézhát szélein szennyesbarna hámfelrakódások, repedések vannak, a kézhát bőre sajátságos rózsaszínű s a bőr kissé atrophizálódott. A lábak hátsó felszínén több lenesényi, egész öt koronás nagyságú, gyulladásnak indult pellagrás elváltozás látható. Az orrnyílások körül számos comedo csap van. Az orrszárnnyakon erős, nehezen leválasztható szennyes sárgás színű felrakódások láthatók. A nyelven számos apró barázda, a béltractus részéről obstipatio észlelhető. A beteg fekszik, felső végtagjait legtöbbször törzséhez közelíti, olykor hangosan lélezkedik. Szemeivel többször fixál valamely pontot s arra mereven bámul, miközben arc kifejezése legtöbbször aggodalmat árukt el. A homlok bőrére a szemöldök felett haránt redők, a szemöldök között függőleges redők láthatók. Hozzá intézett kérdésekre nem felel, figyelme alig köthető le. Hypaesthesia, hypalgnesia található az egész bőr felületén. Viselkedéséből hallucinációkra lehet következtetni. Tartalmuk kellemetlen, félelmet keltő lehet, mivel az arc kifejezése anxiositást árukt el. Az izmokban mindenütt erős feszülés észlelhető, a felső végtagok passive sokszor csak nagy erőfeszítéssel nyújthatók ki. A beteget alig lehet felültetni, mivel az izomfeszülés akadályozza a törzsnek a csipőizületekben való meghajlását. A hangulat részéről az első napokban anxiositást észleltünk, később változott az, a közérzet kellemetlensége, izgatottsága is szünni kezdett, olykor mosolyogni látszott. A tudatosság ködös, felismerése rossz, tájékozatlan volt. A fogalom és elméletalkotás, megokolás, következtetés, belátás, a betegnek csaknem teljes szótlanossága és figyelmetlensége miatt nem volt vizsgálható. A pupillák szűkek, fényre alig reagáltak, majdnem teljesen fénymerevek. A térdreflex a jobb oldalon kissé fokozott, bal oldalon normálisnak látszott. Ösztöne lomha, mozgástörekvése csekély volt. Jól kifejezett ataxiás jelenségek nem észleltettek,

a psyche részéről még abulia volt tapasztalható. Betegünk 1909 május 13.-án pneumonia következtében meghalt. A sectioletet a következő: Pigmentatio et hyperkeratosis cutis pellagrosa. Bronchopneumonia

loborum inferiorum. Atrophia brunea cordis. Cicatrices verosimiliter tuberculosae (?) ilei.

Diagnosis: Dem. paralyt. pellagrosa.

Kórformák.

Dementia paralytica pellagrosa		Dementia senilis c. pellagra		Dementia pellagrosa cum alcoholismo chron.		Dementia pellagrosa stuporosa		Amentia pellagrosa		Dementia acuta post pellagram		Dementia alcoh. paralyt. pellagrosa		Dementia pellagrosa		Dement. pellagrosa cum paralyt. spinali spastica		Dement. senilis c. pellagra et alcoholismo		Összesen	
fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő
3	—	2	—	1	—	1	1	1	1	1	—	1	—	10	3	1	—	—	1	21	6
3		2		1		2		2		1		1		13		1		1		27	

Tünetek.

Agyi elváltozások		Pupillamerevség		Renyhe pupillareactio		Anxiositás		Hallucinációk		Stupor		Anosmia		Térdreflexek hiánya		Paralysis spinalis spastica		Choreatikus rángások	
fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő
6	—	4	1	6	—	5	3	9	4	2	1	1	—	2	—	1	—	1	—
6		5		6		8		13		3		1		2		1		1	

Összegezés és százalékkimutatás.

Gyógyult		Javult		Javulatlan		Meghalt		Ápolásban maradt	
fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő
1	1	7	4	1	—	12	1	1	—
s z á z a l é k									
4:76	16:67	33:32	66:66	4:76	—	52:42	16:67	4:76	—
ö s s z e s e n									
2	11		1		13		1		
s z á z a l é k									
7:14		39:28		3:57		46:42		3:57	

Folyó évek szerinti kimutatás.

Betegek száma	
1898-ban	1
1900-ban	1
1902-ben	1
1903-ban	2
1904-ben	6
1905-ben	1
1906-ban	5
1907-ben	6
1908-ban ¹	4
1909-ben	1

Összesen: 28

¹ Egyik betegünk 1906-ban volt első ízben klinikánkon, 1908-ban recidivált; tehát kettő helyett egynek veendő.

Életkor szerinti kimutatás.

A 40. életéven alól	5
A 40. életéven felül	22

Összesen: 27

Vallás szerinti kimutatás.

Hány beteg	
Római katolikus	2
Evang.-reform.	5
Unitárius	2
Gör.-kath.	15
Gör.-keleti	3

Anyanyelv szerinti kimutatás.

Magyar	9
Román	18

Összesen: 27

Eseteinkből látható, hogy alkoholizmus 5, dementia senilis 3 egyénen komplikálta a kórképet. A kórelőzményi adatokból nem sikerült kitudni, vajjon az alkoholizmus régebbi keletű, vagy csak később társult a pellagrához. A pupillák renyhe reactióját 6, fénymerevségét 5 esetben észlelhettük. A térdreflexek hiányát 2 esetben találtuk, a többiben fokozott inreflexek voltak. Ataxiás jelenségek a járásban gyakoriak voltak. Az esetek 50%-ában, azaz 13 egyénen talákoztunk érzékesalódásokkal. Anxietás 8 esetben volt tapasztalható. Az összes észlelt pellagrás betegeken csak 2 esetben nem tudtunk kifejezett dementiát kimutatni, a többin kisebb-nagyobb mértékben megvolt. Feltűnő nagy a halálozási szám, ugyanannyi a javult s elenyésző csekély a gyógyult eset. Általában a depressziós esetek száma nagyobb. Melancholia annak típusos tüneteivel nem fordult elő. Egy esetben találtuk, hogy a beteg önmagát fejbe vágta, a mi kissé suicidiális hajlamokra mutat. Önvádlat nem fordult elő, de üldöztetési téveszmék és félelmek nagyon gyakoriak voltak. Az érzékesalódások majdnem kivétel nélkül izgatónak, kellemetlen tartalmúak voltak. Érzés-zavar, a hő-, fájdalom-, tapintás-érzés csökkenése, továbbá 1 esetben anosmia is fordult elő. Tájékozatlanság s belátás-zavar sűrűn fordult elő. Stuporosus állapotok főleg 2 esetben domináltak a kórképet. Az ösztönös cselekvéseknél általában azt tapasztaltuk, hogy a mozgástörekvés csekély.

lyebb, egy esetben sitophobiával találkoztunk. Álmatlanságot főképpen a bejövétel előtti időkre nézve találtunk, de bennlevő betegeink is több ízben csak hypnoticumra aludtak. De aluszékonyságot is észleltünk. Az izomtonus majdnem kivétel nélkül fokozott volt, némely esetben oly erősen, hogy csak nagy erőfeszítéssel lehetett leküzdeni. Egy esetünkben paralysis spinalis spasticát, másik esetben choreás tüneteket észleltünk. A gastro-intestinalis zavarok nem minden esetben voltak jelen, sőt egyik betegünkön állandó obstipatiót lehetett észlelni. Bőrtünetek minden esetben voltak. Agyi elváltozások a boncoláskor a következők észleltettek: Pachymeningitis haemorrhagica interna. Atrophia partialis substantiae griseae cerebri. Hyperaemia cerebri et meningum. Atrophia cerebri. Hydrocephalus chronicus internus. Oedema cerebri et meningum. Leptomeningitis fibrosa chronica. Sclerosis arteriarum cerebri.

A kórlefozást illetőleg azt vettük észre, hogy a hygienés és roboráló hatások magukban véve is javulást idéztek elő. Atoxylal (0.05—0.10 gm.-os injectiók) két egyént minden különösebb hatás nélkül kezeltünk, ámbár Babesék rövid időn belüli javulását találták még a psychikus-tüneteknek is az ő arsen-kezelésük után. (Orvosi Hetilap, 1909. évi 17. szám.) A bőrtünetek sokszor minden kezelés nélkül, máskor egyszerű bórsavas vaselinre javultak.

Az aetiológiára nézve azt tapasztaltuk, hogy azt majdnem mindig kapcsolatba hozhattuk a tengerivel, de csak néhány esetben jeleztük az anamnestikus adatok között. Kolozsvárra főleg Kolozs, Szolnok-Doboka, Maros-Torda megyéből kerül a beteganyag, melyen tapasztaltuk, hogy főleg a román anyanyelvű népességnél elterjedtebb a pellagra. A legtöbb beteg 40 éven felül került klinikánkra, férfiakban majdnem ötszörte gyakoribb a pellagrás psychosis.

Végleges véleményt az erdélyi pellagra-psychosisok típusáról a felsoroltakból még nem mondhatunk, de az az impressiónk, hogy elég rossz prognosist, gyakori hűdésekkel, kellemetlen tartalmú hallucinációkkal, néha előtérbe lépő félelmekkel járó, depressio felé hajló typusa van nálunk a pellagrás elmebajnak.¹

Hogy ezek a faji sajátságok a klímának a tengerire való befolyásán, vagy az itteni hygienés és sociális viszonyokon alapulnak-e, nem tudható.

Utolsó esetünkben a Wassermann-reactio végzését ajánlottam, a mi negative végződött.

Végül köszönetet kell mondanom Lechner professornak szíves útbaigazításaiért s hogy a vezetése alatt álló klinikán található pellagrás betegek kórrajzait átengedni szíveskedett.

Irodalom. Cesare Lombroso: Die Lehre von der Pellagra. — Franz Tuczek: Klinische und anatomische Studien über die Pellagra. — Veress Ferencz: A pellagráról, különös tekintettel magyarországi viszonyaira. (Purjesz-album.) — Lukács és Fabinyi: A pellagra kórbonecztanához. — Flatau, Mendel és Jacobsohn: Jahresbericht für Psychiatrie, 1898—1907. (Berlin.) — Zlatarovich: Etwas über Pellagra. (Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie, 19. kötet.)

Müller Kálmán dr. elnöki megnyitója a XVI. nemzetközi orvosi congressuson.

Császári és királyi Fenség!

Uraim!

Első szavam nem lehet más, mint a legmélyebb hála és köszönet kifejezése Ő császári és apostoli királyi Felsége iránt, hogy a végrehajtó bizottság kérésére congressusunk védnökségét legkegyelmesebben elfogadni méltóztatott, nemkülönben császári és királyi Fenségéd iránt, hogy felséges Királyunk képviselésében a congressust személyesen megnyitni méltóztatik.

Uraim!

Ha congressusunk tanulságos programján végigpillantunk, úgy első tekintetre a túlbőségnek csaknem nyomasztó benyomását

¹ A pellagrás elmebajok egyes vidékek, sőt individuumok szerint is változhatnak karakterükben. Így Páviában contracturák és mutismus, Veronában a pupillák anomáliái gyakoriak, ritka a mania. Olaszországban a köznép többféle nevet ad az egyes tünetek gyakorisága szerint: „Che tira matt” (mely megtévelyt); „she tira all' acqua” (mely a vízbe von); „che tira indré” (mely hátrafelé húz); che fa fare i pirli” (mely szédülést okoz.) (Die Lehre von der Pellagra. Cesare Lombroso.)

kapjuk. Ha azonban az egyes osztályok programját analytice és kritice nézzük végig, úgy azt látjuk, hogy a nyújtott anyag bősége talán indokoltan lett volna kifogásolható évek előtt, azon nemrég mult időben, a melynek orvosi tudását a maiéval éppen csak a történelmi folytonosság fonala kapcsolja össze, egyébként azonban — ezt nyugodtan állíthatjuk — manapság egészen új orvostudomány-nyal állunk szemben.

Az elmúlt század vége az orvostudományban igen jelentős helyet foglal el. Ennek okát pedig két körülmény magyarázza meg.

Az első azon helyes irányzat, a melylyel orvosi vizsgálódásainkban a természettudományok exact módszereit követjük, hogy tudniillik megszabadulva a bölcsészeti okoskodások kötelekeitől — a tények megfigyelésén alapuló gondolkodást vittük be az orvostudományba. Manapság nem távolodunk el a tények sziklaszilárd alapjáról, ennek következménye pedig az, hogy az elméleti orvostudomány természetkutatássá vált.

A minek ma urai vagyunk, az a természetkutatás és gyógytudomány közös munkájának az eredménye.

Az orvostudománynak eme valóban természettudományos időszakában, a melyben ismereteinket érzékeink megfigyeléseire alapítjuk, logikus gondolkodásunk érzékeink tapasztalásaira támaszkodik: vizsgáló módszereinknek szükségképpen szaporodni és tökéletesedni, vizsgáló segédeszközeinknek folytonosan javulni kellett és ekként keletkezett a mai korszak élénk munkálkodása, buzgó munkások mindig nagyobb seregének a maga körébe vonásával, és azon mértékben, a mint az anyag szaporodott, kellett, hogy az egyesek munkaköre szűkebbé, de egyszersmind mélyebbé legyen.

Ezen második körülménynek, az újonnan meghódított tág területeken végbevitt, soha nem sejtett részletmunkálkodásnak tulajdonítható, hogy ma már egyes embernek alig lehet biztos áttekintése a tömeg fölött és ezen szempontból congressusunk tudományos programja hű tükröképét nyújtja annak, a mit eddig elértünk, és annak, hogy min és milyen irányban kell tovább dolgoznunk.

Ez a kép korántsem lenne olyan hű, ha rajta hézagokat hagytunk volna.

Mintán a kórbonecztan talaján lábunk szilárdan megállott, következett a keresésnek és tapogatózásnak időszaka és a mint önök tudják: az erjedési folyamatok körül végzett vizsgálatok és ezek korszakalkotó eredményei voltak azok, a melyek egyszerűben megmutatták nekünk az utat az ígért földjére. Megszületett a bakteriologia és parasitologia, a melyeknek jelentősége és hordereje legszélsőbb következményeiben ma még nem is mértékelhető. Termékenyítőleg hatottak ezek tudományunknak majd minden ágára, általános reformmunkálkodást idéztek föl, melynek a bakteriumhatások, védő anyagok, toxinok, agglutininek, praecipitinek, opsoninok stb. ismeretét és az immunitástan nagy kérdését köszönjük.

Ugyanezen úton fejlődött ki a modern sejtkutatás, az üres életbúvárkodás mindenütt sejtbúvárkodássá mélyedt, mely megtanított bennünket arra, hogy a szervek élete a bennük felhalmozott egyes sejtek életének összege, és a mely velünk a sejtelet annyira komplikált biochemiai és biomechanikai viszonyait és továbbá praktikus következményeképpen a belső elválasztás aktuális kérdéseit megismertette.

A régi kezdetleges haematologia tízre került, minthogy ezen kutatások révén egészen új, tudományos haematologia keletkezett.

Azon körülmény helyes felismerése folytán, hogy az elektrolýs dissociação elmélete, az osmosis nyomás törvénye a szervezet physiologiai és pathologiai életfolyamataira is érvényes; hogy a fizikai és vegytani törvényeket az élet nem függeszti fel, hanem ezek csak más módokon jutnak érvényre: az orvostudományban egy új tudományág, a fizikai chemia jutott döntő szerephez, és önök bizonyára mindannyian teljes értéke szerint becsülik meg ennek legfiatalabb, hozzánk legközelebb álló hajtását, a kryoskopiát.

A különböző újabban felfedezett sugarak pontos tanulmányozása tudományunk nagy területéhez egy egészen újat kapcsolt, és e téren már máig is eddig nem sejtett tényeket állapítottunk meg, bárha tulajdonképpen egyelőre e tanoknak még csak küszöbén állunk.

Önök fognak még emlékezni amaz időre, a midőn egyéb tudományokról, mint segédtudományokról volt szó; és mégis valamint legújabb fénykorszakunknak első részében botanikusok és

zoologusok váltak a physiologusok és pathologusok tanítóivá, éppen úgy a legújabb idők vívmányait a chemiának és fizikának köszönjük.

Ma már tehát nem eshetik szó segédtudományokról, hálásan kell elismernünk, hogy minden tudás egységes.

Még nincs félszázada annak, hogy bizonyos kishitűség vett rajtunk erőt, és nem egyszer öltött ünnepi formában kifejezést az a sejtés, hogy a természet megismerésének határai meglehetősen szűkek.

És mégis! Ha visszatérünk azon hosszú és eredményekben dús útra, melyet az utolsó évtizedekben megtettünk, ha látjuk, hogy minden lépésnél, a melylyel haladtunk, újabb kép tárul fel előttünk és újabb területekre nyerünk betekintést, hogy minden egyes megállapított adat kapcsán újabb kérdések és feladatok egész raja vetődik fel, vagy ha úgy tetszik: minél előbbre halad a tudomány, annál világosabban látjuk, hogy mi mindent nem tudunk még, úgy csak örvendhetünk azon jövőbeli kilátásoknak, melyek előttünk megnyitultak, úgy mindez éppenséggel se le nem hangolhat, se el nem kedvetleníthet, hanem ellenkezőleg, mindezekből egyszerűen csak azt következtethetjük, hogy határnélküli szűz területek vannak még előttünk, de kerítést nem látunk még schol.

Uraim! Kérésünkre Önök szívesek voltak tudományunk tág mezején az utolsó időben végzett munkájuknak érett gyümölcseit hozzánk elhozni. Ezen nagy készségükért úgy én, mint hazánkbeli minden kartársam őszinte és hálás köszönettel vagyunk eltelve. Mert ha a congressus munkálatai — a mint erről már eleve meg vagyunk győződve — tudományunkban fontos haladást fognak jelenteni, úgy ezen országnak mindenkorra nagy megtiszteltetés, hogy ezen congressust annak fővárosában tartják.

Azonban! A tudás nem öncél; minden tudásnak az életben érvényesülnie kell. Miként a szén értéke csak akkor érvényesül, ha felszínre hozva az emberiség hasznára forgalomba kerül, úgy minden tudás etikai értékén felül az orvostudomány mai fokát is gyakorlati haszna szerint értékeljük. Mert hiszen fontossága és értéke egyedül és kizárólag azon hivatásban rejlik, hogy az emberiségnek hasznára váljék.

Nos hát: mindenekelőtt a gyermekágyi láz leküzdésével a halálnak egy nagy kapuját zártuk be.

Minden praeventiv intézkedésnek a hygiene tág mezején meg van a maga biztos tudományos alapja s ezen alapul az asepsis is, melynek a különféle operatív szakmákban a fényesnél fényesebb sikereket köszönhetjük, a midőn a sebészet manapság hozzámerészkedik a hypophysis cerebri megoperálásához és a legmerészebb transzplantációkhoz.

Ki tartja számon azok tömegét, a kik az oltások révén eddig is a veszettség okozta borzalmas haláltól megmenekültek?

Számolunk manapság a terhesség toxinjainak és antitoxinjainak fontosságával; a pankreas megbetegedései napról napra világosabb konturokat kapnak; a vesebetegségek functionális diagnosztikája révén világosság derült azok terapiájának eleddig oly homályos indicióira és cytologiai ismereteink napirendre tűzték a Basedow-kór operatív gyógykezelését.

A különféle sugarak felfedezése nemesak diagnostikai téren nyitotta ki szemeinket, hanem egészen új terapiát is kezdeményezett és előbb-utóbb az ásványforrások és gyógyfürdők indicióit is új és szilárdabb alapra fogja fektetni.

A syphilidologiában a complementkötés alkalmazása által egész generációk senyvedését és elfajulását meg tudjuk akadályozni.

A különféle anaesthesiák és analgesiák tökéletesítése által a humanus érzésnek eleddig nem is ismert szolgáltatokat nyújtunk.

Csak az exacte bizonyított aetiologia biztos talaján tudott a tuberculosis leküzdésére megindított nemzetközi mozgalom rendszeresen szervezkedni és szívből kívánunk a rák kikutatására és leküzdésére irányuló nagyarányú tevékenységnek éppen ily szerencsés eredményt.

Örömteljes megemlékezéssel tudok csak visszagondolni arra, hogy éppen 15 évvel ezelőtt, a VIII. hygieniai és demographiai congressus alkalmából a diphtheria serumtherapiája éppen ezen városból indult ki világhódító útjára és áldásává vált az emberiségnek, nem is szólva arról, hogy a serum- és organotherapia az igazi utat mutatta meg nekünk a vágyva-vágyott, de csaknem elérhetetlen cél: az aetiologiai therapia felé.

Ime! Elég példa és bizonyíték, hogy miként érvényesül az

igazi haladás az orvostudomány nagy és magasztos hivatásában, abban, hogy megvédje az ember legfőbb kincsét, az egészséget és életet, a beteg emberen pedig segítsen.

Uraim! Az orvostudomány a ezélszerűségek tudománya; eredett azon szükségességéből, hogy az emberi nyomort enyhítse, keletkezése pedig tiszta, nyers empiria volt. És ha látjuk, hogy ma legszigorúbb tudományos módszerekkel dolgozunk, melyek az exakt természettudományoknak rendelkezésére állanak, hogy tudományos igyekezetünkkel ma is oly eredményeket mutathatunk fel, melyeket a megvesztegethetlen statistika megerősít, ha látjuk, hogy minő fegyverekkel tudja manapság az orvostudomány az egyes ember életét és egészségét megvédeni, sőt, hogy minő fegyverzetben áll ma készen, hogy egész világrészeket járványok pusztításától megóvjon, és ha keblünket teljes joggal tölti el azon nemes öntudat, hogy egyetlen tudomány sem áll annyira kizárólag az altruismus szolgálatában, mint éppen az orvostudomány, úgy nemesak ezen nagytehtélyű gyülekezés ünnepies momentumát mondhatja velem, hanem mindnyájan: a legigénytelenebb és legszerényebb, ma még talán névtelen munkatársunk, a ki csendes laboratóriumának magányos zugában egy igazságnak fonálát, egy talány megfejtését, egy önmagának feltett kérdésre a választ keresi, mindnyájan joggal mondhatjuk: tisztesség nekünk és öröm, hogy ma lehetünk orvosok.

Alázattal kérem császári és királyi Fenségedet, méltóztassék a congressust legkegyelmesebben megnyitni.

Az orvosi oktatásról Svédországban.

A svéd orvostanulmányi rendszer több tekintetben eltérő a nálunk érvényben levőtől, s így nem találom érdektelennek főbb vonásaiban ismertetni. Egyszersmind időszerűnek is vélem azt közzétenni, mivel a múlt évvel új rendszer lépett ott életbe, mely néhány fontosabb változást rendelt el.

Svédországnak két teljes egyeteme van és pedig az egyik Upsalában, a másik Lundban, ezeken kívül egy ezekkel teljesen egyenlőrangú orvosi főiskolája, a „Karolinska mediko-kirurgiska institut” Stockholmában. E három intézetben átlag mintegy 60 jelölt nyer évenként az orvosi gyakorlatra képesítést, s pedig ezeknek együttevve csak mintegy $\frac{2}{5}$ -e az upsalai és lund egyetemen, $\frac{3}{5}$ -e pedig a stockholmi orvosi főiskolán. Upsalában és Lundban nem ritka az olyan év, melyben csak 2—10 orvos nyer képesítést.

Az orvosi gyakorlatra való jogosultság Svédországban a múlt évig 3 vizsga letételéhez volt kötve, melyek a következők voltak: 1. Medic. philosoph. examen, 2. Medic. candidat examen, és 3. Medic. licentiat examen. Az ezen három szigorlaton képesített jelölt mint „lege artis medicinae licentiat” gyakorlatot folytathatott. A doktor cím elnyerésére ezen kívül egy önálló vizsgálatokon alapuló értekezés megírása, kiadása, s annak a fakultás előtt való előadása és megvitatása szükséges. Ha az értekezést a fakultás elfogadja, csak akkor nyeri el az illető a med. doktor címet. Az összes svéd orvosoknak csak mintegy 10%-a doctor, a többi csak gyakorlatra jogosított orvos. Ha egy hallgató tanulmányi ideje alatt, vagy pedig mint végzett orvos számottevő irodalmi munkásságot fejt ki, s különösen ha doctori értekezése nagyobb irodalmi becseslést bír, úgy az a furesaság is megeshetik, a mint már meg is történt, hogy egyik nap a doctor, másnap pedig már a docens címet kapja meg. A docenturát az irodalmi működés alapján vizsga letétele nélkül adja a fakultás. Biztosan docenturát kap a jelölt, ha doctori értekezésére 3-as (legjobb) jelzést nyer, a mi azonban átlag 10 évben egyszer fordul elő. Docenssé nevezetnek ki azonban azok is, kik $2\frac{1}{2}$, sőt legtöbbször kik 2-s jelzést kapnak értekezésükre.

A doctor cím a gyakorlati állások elnyerésekor nem igen nyom a latban. A kórházi főorvosi állások legtöbbször nem doctorok kezében van. A doctor cím tulajdonképpen csak az akadémiai pályafutáshoz elengedhetetlen feltétel, míg minden egyéb állás a nélkül is elnyerhető. A legtöbb doctor az egyetemi tanársegédek-ből kerül ki, több évi assistensi szolgálat után.

Promotiót csak minden évben egyszer tartanak s pedig május havában. Minden harmadik évben pedig igen nagy ünnepély keretében tartják meg a felavatást, melyre gyakran azok is várnak, kik már 1—2 évvel azelőtt megszerezték a qualificatiót, hogy ezen ünnepélyes felavatásban legyen részük. A felavatottak doctori gyűrűt és süveget kapnak a promotio alkalmával.

Egyik legnagyobb különbség a svéd orvostanulmányi rendszer és a miénk között a tanulási idő hosszúságában van. Svédországban ugyanis a hallgatók zöme — mintegy 36%-a — az egyetemre való beiratkozás után 10—11 évvel végez. 44%-a ennél még jóval hosszabb idő alatt fejezi be tanulmányait, s csak mintegy 20%-nyer 7—9 év alatt képesítést. 12 év leforgása alatt csupán egyszer esett meg, hogy egy jelölt 6 év alatt fejezte be tanulmányait. Az alábbi számsorozat, melyet *Forssner* dr. stockholmi docens egyik munkájából vettem át, részletesen tünteti fel, hogy Svédország mindhárom főiskoláján együttesen az 1890—1901-ig terjedő 12 év alatt végzett 738 hallgató a tanulmányi idő hosszúsága szempontjából hogyan oszlott meg.

6	7	8	9	10	11	12	13	14	14-nél több
						év alatt végzett			
1	16	55	78	129	138	96	56	32	137 = 738

A tanulmányi idő hosszúságának oka egyrészt abban keresendő, hogy az elméleti tárgyakkal igen sok időt töltenek el a hallgatók s átlag tanulmányaik 5—6. évében kerülnek csak a klinikákra. Egy másik oka abban rejlik, hogy a hallgatók nagy része csak kevés számú tantárgyat hallgat egyidejűleg, a főbb klinikai tárgyak közül pedig csak egygyel foglalkoznak egyszerre, s csak ha ebből a „tentament“ — miről mindjárt szó lesz — kiállották, iratkoznak be másik tárgyra. Végül egyik fő oka annak, hogy a svéd orvostanhallgatók oly későn végeznek, az, hogy igen sokan megszakítják tanulmányaikat az utolsó szigorlat tárgyai közben s egyesek assistenseknek mennek az elméleti tanszékek mellé, mások vidékre mennek mint helyettes orvosok, ismét mások kórházaknál mint gyakornokok, egy részük pedig a katonaságnál nyer alkalmazást.

Az egész tanulmányi idő az említett három vizsga szerint azon tanulókon, kik 10—11 év alatt végeztek, körülbelül következőleg oszlott meg. Rendszerint az első év végével szerezte meg a jelölt a med. philosoph. vizsgáról a bizonyítványt, azután átlag 4—5 év alatt tette le a med. cand. exament és újabb 4—5 év alatt a med. licent. exament. Csak kevesen képessítették az egyes vizsgálatokból rövidebb, de mint láttuk, igen sokan ennél hosszabb idő alatt.

A svéd orvostanulmányi szabályzatokban három kitélt találunk a hallgatók tudásának megállapítására vonatkozólag, úgymint „slutförhör“ (Schlussverhör) „tentamen“ és „examen“.

Slutförhör (a cursus végén való kikérdezés) van előírva egyes oly tárgyakból, melyek nem szigorlati tárgyak, ezek némelyikéből azonban a slutförhörnél kapott jelzés a bizonyítványba bevezetettik. Tentamen a szigorlati tárgyak mindegyikéből kötelező. A tentamen képezi a tulajdonképpeni vizsgát, míg az examen csak formalitás, hol a tanárok a tentamen alapján adott classificatiót a kiadandó bizonyítványba nevével együtt sajátkezűleg bejegyzik. A tentament vagy az intézetben, vagy még gyakrabban a tanár lakásán tartják meg. Egyik klinikai tanársegédőtől hallottam, hogy már az is megtörtént, hogy a belorvostani tentament a vasúti kocsiban végezték. A belorvostan professorai ugyanis kiterjedt consiliarius gyakorlatot folytatnak s éppen az előre kitűzött tentamen idejében kellett az illető professornak elutaznia; magával vitte tehát a jelöltet is, s útközben kérdezte ki.

A tentamenen csakis a tanár és a tanítvány van jelen. Ha a hallgató a kapott classificatióval nincsen megelégedve, illetve azt igazságtalannak tartja, a szabályzat értelmében három napon belül joga van a tentamennek a facultás előtt való megismétlését kérni. Alig adódik elő azonban ilyen eset. Ilyen ismétlődő tentamenek a tantermekben tartatnak meg, s azokra a hallgatók is beocsátatnak. Tentament megismételni egy félév alatt csak egyszer lehet.

A classificatióknak hat fokozata van. Az egyes jelzések a kiadandó bizonyítványba tárgyaként vezetnek be s azok magyar fordításban körülbelül a következők: kitűnő (3), kiválóan dícséretes (2 $\frac{1}{2}$), dícséretes (2), nem dícséret nélküli (1 $\frac{1}{2}$), elégséges (1), elégtelen (0).

A régi szigorlati szabályzat, mint már említettem, három vizsgát írt elő, melyek tárgyai a következők voltak:

1. Medic. cand. examen: természettan, vegytan, növénytan, állattan. A vegytanból laboratoriumi munkálkodás, az állattanból pedig bonczolástani gyakorlatok is elő voltak írva. Mindezen tárgyakból egyenként 2—3 hónapi cursus volt kötelező.

2. A medic. cand. examen tárgyai következők voltak: bonczolástan, általános kórtan és bakteriologia, élettan, gyógyszer-tan, orvosi chemia, orvosi történelem; 1892 óta pedig a szövettan is mint külön vizsgatárgy szerepelt. Azt illetőleg, hogy ezen tárgyakat mennyi ideig kell hallgatni, a szigorlati szabályzat mit sem ír elő, szokásban volt azonban a következő beosztást követni: a tanulmány második évében csak anatómiát, a harmadikban anatómiát és histológiát, a negyedik és ötödik évben pedig a többi tárgyat ezen szigorlatnak.

Ezen vizsga letétele után a gyakorlati tárgyakra előkészítő 6 hónapos cursust kellett a hallgatóknak végezniök és pedig a belorvostani és sebészeti klinikai propaedeutikából. Az ennek befejeztét tanúsító igazolvány felmutatásával iratkozhatott csak be a jelölt a med. licent. examen tárgyra, melyek következők voltak: belorvostan, sebészet, szülészet és nőorvostan, gyermekorvostan, kórbonczolástan, törvényszéki orvostan és 1898 óta mint külön szigorlati tantárgy a szemészet is. Ezen vizsgatárgyakon kívül 2—2 hónapi cursus volt előírva syphilidologiából, idegkórtanból, elmekórtanból és közegészségtanból. Ezen tárgyakból azonban a hallgatók kikérdezve nem lettek.

Évek előtt indult már meg a hallgatóság körében a mozgalom a tanulmányi szabályzat megváltoztatására s főképpen a tanulási idő megrövidítésére. Ezen mozgalom eredményének tudható be azon új rendelet, mely a múlt évben lépett életbe.

Az új rendelet eltörölte a med. philosoph. exament, s így most már csak két szigorlat kell az orvosi gyakorlatra való jogosultság elnyeréséhez, míg a doctor cím ugyanazon követelményekhez van kötve, mint eddig volt. A med. philosoph. examen tárgyai közül a vegytanra vonatkozólag előírja azonban az új szigorlati szabályzat azt, hogy mielőtt a hallgatók a med. cand. examen tárgyat alkotó orvosi chemiára beiratkozhatnak, előbb az orvosi tanulmányokra előkészítő cursust kell hallgatniök az általános chemiából, felölelve a gyógyszerészeti vegytan általános alapjait is. Ezen cursus gyakorlatokkal van egybekötve és annak végén a hallgatók kikérdeztetnek (slutförhör).

A med. cand. examen tárgyai annyiban szenvedtek változást, hogy az orvosi történelem töröltetett. Ezen vizsga tárgyait úgy Stockholmban, mint Upsalában és Lundban hallgathatják a tanulók, valamint a tentament és exament is mindhárom helyen letehetik.

Az ezután következő klinikai előkészítő cursust, mint azelőtt, úgy most is csak Upsalában vagy Lundban végezhetik a hallgatók. A cursus 2 hónapi elméleti és 4 hónapi gyakorlati részből áll, s főcélját a legfontosabb klinikai vizsgálati módszereknek, az általános sebészet alapelveinek és a betegápolás technikai részének elsajátítása teszi. Ezen propaedeutikai cursus befejeztét tanúsító igazolvánnyal a hallgatók az új szabályzat szerint is mind Stockholmba mennek, mivel a klinikai tárgyak legiöbbségét csakis ottan hallgathatják. A mindjárt említendő gyakornoki szolgálatokat azonban a legtöbb tárgyból Upsalában vagy Lundban is végezhetik a hallgatók, valamint a tentament is mindhárom helyen letehetik. Az egyik főiskolán teljesített tentament a másik főiskola professora rendszerint érvényesnek ismeri el. Annak oka, hogy a hallgatóknak két helyen kell klinikai tanulmányaikat végezniök, a klinikai anyag jobb kihasználásában rejlik.

A med. licent. examen előtt következő cursusokat és gyakornoki szolgálatokat kell az új szabályzat szerint a hallgatóknak végezniök:

*Belorvostan.	4	hónapi elméleti és gyakorlati cursus
"	2	" gyakorlati szolgálat
Idegkórtan	2	" cursus
*Gyermekorvostan	4	" elméleti és gyakorlati cursus
"	2	heti gyakornoki szolgálat
*Sebészet	4	hónapi cursus
"	1	" gyakornoki szolgálat
Fül-, orr- és gégeorvostan	2	" cursus

*Szemészet	2	hónapi cursus
*Szülészet és nőorvostan	4	„ cursus
*Kórboneczolástan	4	„ cursus
„	2	„ gyakornoki szolgálat
*Törvényszéki orvostan	3	„ cursus
Elmekörtan	2	„ cursus
Syphilidologia	2	„ cursus
„	2	heti gyakornoki szolgálat
Közegészségtan	2	hónapi cursus

A med. licent. examen tárgyai nem változtak az új szigorlati szabályzat szerint, mivel csak a *-gal jellettek tentamen- illetve vizsgatárgyak. Slutförhör van azonban előírva az elmekörtanból, syphilidológiából és közegészségtanból, s az ez alkalommal kapott jelzés a szigorlati bizonyítványba is bevezetettik. Az idegkörtanból, valamint a fül-, orr- és gégeorvostanból csupán a cursus kötelező.

Azon hallgatóknak, kik nagyobb kórházaknál, vagy pedig mint helyettes orvosok vidéken önállóan hosszabb ideig működtek, joguk van a gyakorlati idő megrövidítését kérniük.

A belorvostani cursussal egyidejűleg más tárgy nem hallgatható, hasonlóképpen nem szabad a hallgatónak a sebészeti valamint a szülészeti és nőorvostani cursus alatt más tárgyra beiratkoznia. A többi tantárgy, a mennyiben az órarend megengedi, egyidejűleg hallgatható. A legtöbb tanuló azonban még a többi tárgy egy részét is külön-külön hallgatja. Általában a szokás Svédországban az, hogy a hallgató egy tárgyból az előírt cursust és a gyakornoki szolgálatot elvégzi, azután hosszabb-rövidebb ideig otthon elméletileg készül, majd pedig tentamenre jelentkezik, s csak ha azt kiállotta, iratkozik be újabb tárgyra. Ennek megfelelőleg a hallgatók a szorgalomidő alatt bármikor jelentkezhetnek tentamenre és évenként 4-szer (a régi szabályzat szerint minden hó 1.-én és 15.-én) iratkozhatnak be újabb tárgyra. A fő klinikai tantárgyakat, mint a belorvostant, sebészetet, szülészetet és nőorvostant, valamint a gyermekorvostant Stockholmban 12 hónapon keresztül, vagyis állandóan előadják. Hasonlóképpen állandóan folyik a tanítás a kórboneczolástanból is. A nyári 3 hónapi szünidő alatt a rendes professort rendkívüli tanár vagy docens helyettesíti az előadásban. A sebészetből és belorvostanból egyik nap a klinikán, másik nap a poliklinikán foglalkoztatják a hallgatókat.

A svéd tanulmányi szabályzat azt is előírja, hogy az egyes klinikai tárgyakat egyszerre hány növendék hallgathatja. Ezen szám az egyes tárgyak szerint 25 és 40 között váltakozik. Ha az előírt szám be van töltve, a hallgatónak várakoznia kell addig, míg hely ürül. Az utóbbi években, mint értesültem, a megengedett létszám sincsen betöltve, ezelőtt mintegy 20 évvel azonban az is megesezt, hogy egy teljes évig kellett a hallgatóknak várakozniuk, míg tanulmányaikat ismét folytathatták. Ezen numerus clausus által természetesen bizonyos határig szabályozódik az életbe kilépő orvosok száma.

Tandiját a svéd orvostanhallgatók nem fizetnek, kivéve a dolgozói gyakorlatokat (boncztan, szövettan, kórbonecztan, élettan, bakteriologia), melyekért bizonyos díjazás jár, a mely összesen az egész tanulmányi idő alatt körülbelül 100 svéd koronát (133 magyar korona) tesz ki. A két examenért egyenként 15 svéd korona (20 magyar korona) fizetendő.

A nálunk érvényben levő 1 évi kötelező kórházi gyakorlatnak megfelelő intézkedés is létezik Svédországban, mely kérdés azonban ott másképpen oldott meg. Meg van ugyanis engedve a med. licent. examen után a magángyakorlat üzése, minden nyilvános állás elnyeréséhez azonban — legyen az a mi körorvosi, tisztiorvosi avagy végleges kórházi állásainknak megfelelő — elengedhetetlen kellék az, hogy a pályázó felmutassa, miszerint mint segédorvos 8 hónapot kórházban töltött, s hogy ez idő felét bel- vagy sebészeti osztályon szolgálta le. A kerületi egészségügyi orvosi állásokra (körülbelül a mi megyei tisztí főorvosi állásainknak megfelelő) pedig rendszerint oly orvosok nevezetnek ki, kik bakteriológiával, törvényszéki orvostannal vagy egészséggtannal bővebben foglalkoztak.

A tanítást Stockholmban 22 professor és 30 docens, Upsalában 14 professor és 6 docens, Lundban pedig 12 tanár és 6 magántanár látja el.

Jacobi József dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

L. Landois' Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Zwölfte Auflage, bearbeitet von **R. Rosemann.** Erster Band. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg.

Az első kiadásban 30 évvel ezelőtt megjelent munka, a melyet már francia, angol, olasz, spanyol, orosz és japán nyelvre lefordítottak, az időközben megjelent sok élettani tankönyv mellett is még mindig változatlanul megtartotta vonzóerejét. Köszöni pedig ezt főleg azon, a tisztán elméleti szakemberek némelyike által ugyan kifogásolt, a dolog gyakorlati oldalát is tekintő szakemberek által azonban nagyon is nagyrabecsült tulajdonságának, hogy a normális életfolyamatok tárgyalásával kapcsolatosan vázolja ezen folyamatoknak kóros körülmények között megváltozását is és ezzel közelebbi viszonyba hozza ezt a fontos, alapvető tudományt a gyakorlati élet szükségleteihez. Az ilyen könyvet az iskola porát már régen lerázta orvos is mindenesetre szívesen olvassa és segítségével szinte szórakozva eleveníti, illetve újítja fel ismereteit az élettan köréből, a melyekre pedig minden orvosnak mulhatatlanul szüksége van. Éppen ez a körülmény az, a mely kezünkbe adta a tollat, hogy röviden felhívjuk olvasóink figyelmét az új, immár tizenkettedik kiadásra, a melyet ugyan — mint már az előzőt is — már nem maga a szerző rendezhetett sajtó alá, de a mely azért most is megmaradt az a vonzó, a gyakorlati élet követelményeit ideálisan szolgáló physiologiai tankönyv, a melyből mindig megbízható felvilágosítást kaphatunk. Az újabb kiadások feldolgozója különben hosszú éveken át tanítványa volt a szerzőnek s mint ilyen mindenben megtartotta az intencióit, e mellett azonban természetesen nagy gondnal beillesztette mindenüvé azt, a mi az utóbbi években maradó haladás volt a physiologiai tág terén. A most megjelent első kötetet, a mely összesen csak 480 lapon tárgyalja a vér, a vérkeringés, a légzés, az emésztés, a felszívódás, az anyagcsere, a kiválasztás és az állati hő physiologiáját, a kiadók ígérete szerint még ez évben követni fogja a befejező, második kötet. Egy-egy kötet ára 10 korona 80 fillér.

Lapszemle.

Belorvostan.

A tüdővész gyógyításáról mesterséges pneumothorax létesítésével közöl összefoglaló ismertetést *Tramonti*. Azon régi megfigyelés alapján, hogy pneumothorax vagy exsudatum pleuriticum alatt a tüdőfolyamatok gyorsabban gyógyulnak, mint nélkülük, Forlanini (Padua) volt az, a ki 1882-ben először ajánlotta ennek therapiás célból való felhasználását. Utána ily irányú kísérleteket Amerikában Murphy, Németországban Bräuer, Schmidt és Lexer végzett. A mesterséges pneumothorax első sorban egyoldalú megbetegedés esetén javult — tekintet nélkül a betegség szakára — szabad pleurális ürr mellett. Lefejthetetlen, kötőszöveti, kerges pleurális összenövés abszolút contraindicatiót szabnak a műtét elé; míg a laza, könnyen leválasztható összenövés — sikeres lefejtés után — a teljes gyógyulás reményét nem zárják ki. A bántalom kétoldalúsága nem abszolút contraindicatio, ha csak nem rapid lefolyású a bántalom, vagy ha nem generalizálódott a baj az egész szervezetben; máskülönben a mesterséges pneumothorax a másik tüdőben levő, kisebb kiterjedésű folyamatot kedvezően befolyásolja. Általában azt lehet mondani: hogy 1. a tüdőnek teljes immobilisatioja a destructiv folyamatot gátolja, 2. a csökkent vagy esőkkenett motilitás kedvezően befolyásolja a destructiv folyamat kifejlődését, és 3. a fokozott motilitás a destructiv folyamatot szintén gátolja. E szerint az immobilisatióknak teljesnek, megszakíthatatlannak kell lenni. A pneumothorax hatása alatt a másik, vicariálólóg működő tüdő fokozott motilitásával tehát szintén kedvezően befolyásolja az esetleg benne székelő bántalmat.

Az operatio lényege az, hogy a pleurális ürr megnyitjuk, a tüdő sértését kimélve, a pleurális ürbe indifferent gázt vezetünk; minthogy azonban a pleurális lemezek gázfelszívóképességgel bírnak, ennél fogva szükséges a felszívott gáznak az állandó pótlása, hogy az intrapleurális nyomás lehetőleg állandó és egyenletes legyen.

Forlanini a nitrogent (illetőleg az oxygenjétől megfosztott levegőt) használta erre a célra. Forlanini eszközt Saugmann tökéletesítette, a mennyiben manometerrel látta el, s így a bevezetett gáz nyomását is mérhetővé tette. A Bräuer-Murphy-féle eljárásnál a műtét-hez lokális narcosis szükséges, míg a Forlanini műtétnél felesleges ez. Schmidt három atmospheranyomásig préseli be a levegőt, Forlanini 100—300 cm³ gáz bevezetésével megelégszik, míg Saugmann 500 cm³-t vezet be azonnal. Az operációt naponta meg kell ismételni, míg csak a tüdő teljesen összenyomatott. Forlanini ennek mértékét a tüdők felett rendszerint hallható légzés-zörejeknek teljes megszűntét tekinti. A műtétet a betegek rendszerint jól tűrik, nagyobb fájdalmak csak összenövések eseteiben jelentkeznek; az előfordulható complicatiók: emphysema subcutaneum, emphysema profundum (interaponeuroticum, subpleuricum), gázembolia az agyban stb. A mi az eredményeket illeti: Saugmann Forlanini módszerével operált 13 esetben csaknem gyógyulással egyenértékű tartós javulást ért el. Az összes tünetekre való jótékony hatás mellett különösen a lázat tekinti olyannak, a melynek megszűnt a pneumothoraxtól leggyorsabban s legbiztosabban várható. Lohrich, Schmidt szintén jó eredményekről számolnak be, csak hogy ők az operációt az eseteknek csak igen korlátozott számában tartják indikálnak.

Pisani 10 előrehaladott, cavernás tüdővész-esetben alkalmazta a mesterséges pneumothoraxot; az esetek közül egyesek komplikálva voltak laryngitis és enteritis tuberculosaival. Az eredmények úgy oszlottak meg, hogy 1 esetben klinikai gyógyulást, 3 esetben jelentékeny javulást, 6 esetben muló javulást észlelt. (Il Policlinico, Sez. Prat., 20. kötet, 1909.) Galambos Arnold dr.

Tünetek a has részéről pneumonia kezdetén. Pneumonia fibrinosa két esetét ismerteti Glaserfeld. Mindkettőben heveny appendicitis tüneteivel kezdődött a betegség és csak négy, illetve kilencz nap elteltével bontakoztak ki teljességükben a pneumonia jelei. A hasban székelte fájdalmak teljesen megszűntek a tüdőbeli folyamat tetőfokán. Feltűnő, hogy mindkét esetben tüdőtályogképződéssel végződött a pneumonia. (Berliner klinische Wochenschrift, 1909. 31. szám.)

A szemfenék elváltozásai anaemia perniciosában Hesse szerint fontosak a megkülönböztető körjelzés szempontjából. A vérzés a szemfenéken ugyanis az anaemia perniciosában úgyszólván rendes állapot, míg más súlyos anaemiákban, a melyek az anaemia perniciosával összetéveszthetők (cachexiás, rák okozta anaemia), a retina-vérzés többnyire nincs meg. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1909. 32. szám.)

Idegkórtan.

Téves hysteria-diagnosisokról ír Pelnár (Prága). Saját eseteit bocsátja kritika alá. Az egyik esetben a göresök az arc de cerele typust mutatták, az egész testre kiterjedtek, a pupillák a roham alatt reagáltak, a betegnek minden alkalommal ideje volt lefeküdni a roham előtt, úgy hogy sohasem esett össze. A beteg a roham alatt sohasem harapta meg a nyelvét. A látótér szűk volt, a kedélyállapot depressziós. Tekintve, hogy a tünetesoport trauma után támadt, és hogy semmi olyan tünet nem állott fenn, a mely szervi megbetegedésre vallott volna, a körjelzés traumás hysteria volt. A beteg hazament és 14 nap múlva meghalt. Bonczoláskor kiderült, hogy tyúktójságnagyságú daganat ült a jobb halántéklebeny felett. Megjegyzendő, hogy ebben az esetben genyedő seb volt a halántékon és a belklinikára való felvétel előtt ezen a helyen trepanatio történt, a mely subdurális tályogot nyitott meg. Miután ez a seb meggyógyult és a beteget hazabocsátották a belklinikáról, a beteg egy ideig otthon volt. Ekkor támadtak a hysteria-ra valló tünetek. A történetekről a belklinikán nem volt tudomásuk, mert ha az anamnesis adatairól onnét felvilágosítást kértek volna, nem esett volna meg a hibás körjelzés. A közölt esetek közül a harmadik is érdekes. Ebben az első pillanatban nyilvánvaló volt, hogy szervi megbetegedésről van szó. A betegnek trismus volt, Jackson-rohama, 38·6° hőmérséke. A körjelzés meningitisben állapodott meg. A hőmérsék azonban rendbe jött. A még mindig mozdulatlanul fekvő beteg hirtelen felugrott és kifejezett színházi pózban felkiáltott: „meghalok”. A következő napokban javulás állott be.

Thomayer professor ekkor a leányt hysteriásan bizarr kedélyállapotban találta és egy meghívott elmeorvos psychosist állapított meg. E miatt sanatoriumba került a beteg, a hol ide-oda ugrált, ágyában körülfordult, azt mondta, hogy ő az ördög. Ekkor a láz már elmult és semmiféle szervi baj tünete sem volt található. 10 nappal ezután bal hemiplegia fejlődött ki athetosis-sal, pupilladifferentia, később paraplegia, coma. Ekkor ismét nyilvánvaló volt, hogy szervi baj van jelen, tarkómerevség nem fejlődött. A beteg meghalt, bonczolás nem történt.

Ez esetek megítélésakor Charcot tanítására kell gondolnunk, a ki arra figyelmeztetett, hogy a szervi idegbajok gyakran váltanak ki hysteriát. Nem egyszer valószínű, hogy a mikor valamely szervi idegbajban a therapia javulást hoz létre, valójában csak a szervi idegbajhoz járuló hysteria gyógyult meg. Néha a két baj véletlenül találkozhat. Az ilyen egybeesésben a hysteria elfedheti a szervi tüneteket. Pelnár az irodalomban közölt eseteket összeszedi. Így például Boisseau hysteria vérvörösségre gondolt, a mikor egy fiatal leány több ízben és mindig kedélyfelinduláskor vért köpött, pedig a tüdőcsúcsokon kimutatható szöresülés és a hőemelkedés útbaigazítható volna, mielőtt még a köpetben látott tuberculosis-bacillust. Oppenheim közölt eseteket, a melyekben hysteria hemianaesthesia eltakarta a faciális-bénulást, a mely csak akkor lett körismézhető, a mikor a hysteria tünetek elmúltak. A sclerosis polyinsularis a kezdeti szakban igen könnyen téveszthető össze hysteria-ival; a tévedés oka ilyenkor sokszor abban van, hogy az orvosok nem ismerik a sclerose en plaques ingadozó voltát a kezdeti szakban, előfordult azonban, hogy elismert ideg orvos is tévedett ebben. Berthier sinustrombosisokat ismertetett, a melyek a hysteria-hoz nagyon hasonló göresrohamokat okoztak. Bruns pia mater sarcoma egy esetében soká gondolt hysteria-ra, míg a később megjelent izomatropia és elfajulási reactio a helyes útra nem terelte. Sokszor az okozza a tévedést, hogy a tünetek izgalom után támadnak és ezért adják a hysteria benyomását, pedig érrepedés könnyen jön létre izgalom okozta vérnyomásfokozódás következtében, ha az értal már beteg. Agy- és gerinczvelődaganatokban sokszor szintén ingadoznak a tünetek, például Bruns közöl meningeális tumort, mely a beszédközpontot nyomta. Ez a beteg egyik nap alig tudott beszélni, másnap alig hibázott. Egynehány agyvelő-cysticercus eset van közölve, a melyben hysteria volt a körjelzés. Czyhlarz betege elszédült, mikor hallotta, hogy atyját szélütés érte. Azután időnként göresrohama volt eszméletlenség nélkül. Ez elmult. Három év múlva újabb göresroham és dülöngő járás, ép szemfenék. Ez is rendbe jött. Csak 18 nappal a halál előtt fejlődött pangásos papilla. Bruns agyvelő-cysticercus esetében a göresroham arc de cerele alakú volt, határozott organumos tünetek nem mutatkoztak és az egyéb nagyon bizonytalan jelenségek suggerálás után eltűntek. A beteg hirtelen halt meg.

Nevezetes az, hogy az ilyen esetekben sokszor olyan tünetek állanak fenn, a melyek a baj organumos voltának felismerése után, retrospektív módon csakugyan organumos jelenségekként ismerhetők fel, de a kétség idején mégsem voltak elégségesek arra, hogy a megfigyelőt a hysteria körjelzéstől eltérítsék. Gowers figyelmeztet, hogy agyvelődaganatokban a gyakran együttjárási hysteria tünetektől ne engedjük magunkat félrevezetni. A mondottakból látjuk, hogy a beteg színpadias viselkedése, suggerálhatósága, a göresök arc de cerele típusa, a tünetek változékonysága és sok egyéb jelenség, a melyet hysteria-nak szoktunk tartani, nem okvetlen ilyen eredetű. A hiba részben abban is rejlik, hogy a hysteria fogalma nincs jól körülírva. (Wiener med. Wochenschrift, 1909. 15—17. szám.) Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

A gastroenterostomiát követő ulcus jejunirol ír H. G. Paterson. Összesen 62 esetet gyűjtött össze; ezek közül két saját észleletét részletesen ismerteti; kettőről már régebben referált; 58-at az irodalomból gyűjtött. 10 esetben a diagnosis kétséges. Ezen állapot gyakrabban fordul elő férfiakon (78%) mint nőkön. A férfiak átlagos kora 37·6, a nők 31·3 esztendő, a betegek kora 2 hó és 58, illetve 76 év között váltakozott. A kétes eseteket nem véve tekintve, a gastroenterostomia legtöbbször pylorus-stenosis miatt végeztetett (33 eset) és csak egyetlen egyszer rák miatt. 39-szer elülső, 12-szer hátulsó, egyszer supracolicus gastroentero-

stomia történt. Az ulcus jejuni jelenségei 18-szor már az első fél-évben, 11-szer a második fél-évben, 8-szor a második, 4-szer a harmadik évben, 8-szor a harmadik év után mutatkoztak, 3 esetben az intervallum nem ismeretes. Az ulcus jejuni mortalitása az operált és nem operált esetekben összesen 42%, az operált esetekben 15%; kettő, a ki a műtétet kiállotta, utólagos operatio folytán halt el, úgy hogy a végleges halálozási arány az operált esetekben 21%.

A jejunumfekély perforációja az, mely a legnagyobb veszélyekkel fenyeget; 19 esetben a szabad hasürbe fúródott át, 28-szor az elülső hasfalba és 5-ször a colonba; a szabad hasürbe való áttörés elülső és hátulsó gastroenterostomiák után képződött jejunumfekély eseteiben körülbelül egyenlő arányban következik be (35%); az elülső gastroenterostomiák után képződött jejunumfekélyk mortalitása azonban jelentékenyen kisebb (33%), mint a hátulsó gastroenterostomiák után képződöttéké (72%). Az ulcus jejuni oki tényezői közt szerepel a hyperaciditás, 18 ily. tekintetben vizsgált eset közül 13 volt hyperacid, vagy legalább is szabad sósavban bővelkedő s csak 5-ben volt normális vagy subnormális az aciditás. Paterson különben nem magára a hyperaciditásra, hanem a szabad sósav bőségére és annak a jejunumra gyakorolt toxicitására helyez súlyt a jejunális fekély aetiológiájában. Nevezetes, hogy a fekély helye az erre nézve pontosan leírt 23 eset közül 20-ban az anastomosissal szemben vagy közvetlen az anastomosis alatt az elvezető kacsban foglalt helyet, tehát ott, a hol a gyomorból kiömlő sósav a belet a legnagyobb töménységben érte. Általában véve a gastroenterostomiáknak körülbelül 2%-ában támad ulcus jejuni; egyes ritka esetekben gastrojejunális fekély folytán a gastroenterostomia nyílása elzáródik. (Annals of surgery, 200. szám.) P.

A sarcoma miatt végzett scapulakiirtás eredményeiről számol be Ch. B. G. Naucrède. 74 esetet gyűjtött, ezek közül 65-ben csak a scapula, 9-ben a környező képletek egyike-másika is el lett távolítva. Az első csoportba tartozó 65 közül egyetlenegy gyógyult biztosan (McDonald esete, 5 éves), 6 eset 4 éven belül recidivamentes, egy esetben a felkar utólagos amputációja után 4 éves recidivamentesség észleltetett, egy eset pedig több évig recidivamentes maradt a felkarfejes utólagos eltávolítása után, de itt a diagnosis nem egész kétségtelen. 10 esetben a betegek sorsát csak rövid ideig követték (legfeljebb néhány hó). A halál 26 esetben 1 éven belül, 3-ban 1½ éven belül állott be, 2 két, 2 három, 1 öt évig élt, mielőtt a halál metastasisok folytán beállott. A második csoportba tartozó beteg közül 7 rövidesen elhalt, kettőben a diagnosis bizonytalan. (Annals of surgery, 199. szám.) P.

Az epeutak rákjának gyökeres műtéveséről ír Quénu. Epehólyagrák miatt végzett cholecystectomy 93 esete közül 18 végződött halálosan (19%). A betegek további sorsa 52 esetben ismeretes; 38 beteg a műtét után 1 éven belül meghalt. Az epevezetékek rákja miatt 18 esetben végeztek műtétet; a műtét következtében 12 beteg halt meg (66,6%); a megmaradt 6 beteg közül csak Kehr-é élt még 2½ évig; a többi esetben 4, 6, 13 és 18 hónap múlva következett be a halál; egy esetben még csak nagyon rövid idő telt el a műtét óta, úgy hogy ennek az esetben a végleges sorsáról még nem szólhatni. (Revue de chirurgie, 1909. 2. füzet.)

Gyermekorvostan.

A vérnyomásesökkenés ellen diphtheriában a berlini egyetemi gyermekklinika nagyobb mennyiségű adrenalinnak a bőr alá fecskendezésével tettek kísérleteket, a melyek eredményéről Eckert dr. számol be. Suprareninum hydrochloricum (adrenalin Höchst) 1%-os oldatából naponként 3—4-szer fecskendeztek a bőr alá a szükséghez képest 2—3 cm³-t. Ilyen módon sikerült a mérhetlenül kicsiny névű vérnyomást mérhető erősségűvé tenni. A hatás optimuma 1—2 órával a befecskendezés után áll be és órákon át megmarad. A befecskendezés fájdalmas; czélszerű gyakran változtatni nedves borogatással esökkeneni. A befecskendezés után mintegy tenyérnyi területen helybeli anaemia támad, a melyet mérsékelten piros, keskeny öv határol. Beszűrődést, tályogot avagy gangraenát sohasem láttak. A vesék károsodása nem volt kimutatható, a meglevő nephritisek zavartalanul gyógyultak. A meghalt gyermekek szívére és érrendszerére nem sikerült elváltozásokat

kimutatni, a melyeket az adrenalin hatásának lehetett volna betudni. Glykosuria a legtöbb esetben támadt, sőt ez néha igen nagy fokú volt (2,6% cukor); maximumát 1—2 órával a befecskendezés után érte el és az utolsó adrenalin-adag után 14 órával megszűnt. Az adrenalin nagy adagokban bőr alá fecskendezve mindenesetre nagyon hathatós szer a diphtheriás vérnyomásesökkenés megszüntetésére. (Therapeutische Monatshefte, 1909. 8. füzet.)

A csecsemőkori anaemiának egy alakjára hívja fel a figyelmet Kalzenstein. A baj lappangva fejlődik, a nélkül, hogy valami okát sikerülne kimutatni. Főleg jobb módú családok csecsemőin észlelhető. Az okát a szerző a túlságosan hosszú ideig folytatott kizárólagos tejdiétaiban keresi. A tej ugyanis sokkal kevesebb vasat tartalmaz, mint a legtöbb más tápszer; tehéntejnek 100 gramm szárazanyagában csak 2,3 milligramm vas van, míg a tojássárgájában 22 milligramm, a parajében 35 milligramm. A szerző tapasztalatai szerint a szopó csecsemők vérének haemoglobin-tartalma a 4—6. hónapban 90—80%-ra esökken; ennél fogva ettől a kortól számítva több vasat tartalmazó táplálékot kell adni. A szerző már a 3. hónapban ad naponként egyszer húslevest 1/2, később 1 tojássárgával; a 4—5 hónapos csecsemőknek naponként 1-szer, később 2-szer kétszersültből, vajból, tejből, sóból, cukorból és tojássárgából készült pépet rendel; a 6.—9. hónapban parajt, a 10.—11. hónapban könnyű húst is megenged, az első életév zárulásakor pedig a napi tejmennyiséget 3/4—1/2 literre esökkeníti és megkezd a vegyes kosztot. Ilyen módon eljárva, a szerzőnek mindig sikerült a csecsemőkori anaemiát megelőzni, illetve a meglevőt meggyógyítani, kivéve természetesen azokat az eseteket, a melyekben bizonyos betegségek, például syphilis, okozták az anaemiát. Még a rachitisről is azt hiszi a szerző, hogy az említett diétaival — minden gyógyszer: csukamájolaj, phosphor stb. nélkül — legjobban előzhető meg és gyógyítható. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 32. szám.)

Veneréás bántalmak.

A leprás csontbajokat tanulmányozta Hirschberg és Biehler (Riga) klinikai, röntgenológiai és kórbonezolástani alapon. A leprás csontmegbetegedésekben egyértelműen a leprának külső tüneteivel két elvi jelentőségű folyamat működik közre. A plasztikai-gyulladásos, hypertrophias folyamat és az atrophias, degeneratív-ideges. Idővel ez az utóbbi csaknem kivétel nélkül a hypertrophias folyamathoz csatlakozik. Jogosult tehát, ha tuberosus és ideges (trophoneurosis) csontbajokról beszélünk. A tuberosus leprás csontbajokhoz tartoznak a periostitisek, ostitisek, csontlepromák és az osteomyelitisek folyamatok. Mindezekben a kórformákban a lepra-bacillus nagy mennyiségben található. Az elkülönítő diagnosis szempontjából tudnivaló, hogy a csontlepromák közül a reactio határa csak igen hiányosan van kifejlődve, szemben a lueses és gümös bajjal. Lepra tuberosa eseteiben a legközönségesebb csontbetegség a periostitis. A lepra tuberosa csontelváltozásai rendszeren nem állanak arányban az eset súlyos voltával. A gyulladásos és atrophias befolyások által leprásan elváltozott csontok nagy mértékben vannak az izomzat és a szalagkészülék vongalásának kitéve. Az izomzatnak ez a húzó hatása főleg a végtagok csontjain érvényesül és pedig úgy a tubero-leprás egyénekben, mint különösen a „neuroleprásokon“. A maculás alakkal, mely a maculo-anaesthesias lepra egy abortív formájaként fogható fel, igen gyengén kifejezett periostitisek és trophoneurosisos jelenségek szoktak járni. Lepra nervorum eseteiben nagy számban mutatkoznak a csontoknak, ízületeknek és azok környékének elváltozásai. Ezek különösen régi esetekben jelentkeznek és az esetben különösen súlyos jelleget adnak. Ezek a csontelváltozások igen csekély mértékben állanak egyenes összefüggésben a bacilluslelettel. A szerzők trophoneurosisos alakjaiban ezek nem is voltak kimutathatók.

A lepra tuberosa és a lepra nervorum csontelváltozásai között a különbséget általában a bacillusok viselkedése okozza. A lepra tuberosa eseteiben a bacillusok aktivitása sokkal erősebb s így inkább megvastagodásokat, szövettúlproductiót hoznak létre. Ez a túlproductio azonban csakhamar degenerációs folyamatokkal párosul. Ezt különösen a röntgenes vizsgálatok bizonyítják. Nyilván ebből ered az is, hogy könnyebb tiszta degenerációs eseteket találni, mint tiszta

tuberosus alakokat. A csontpusztulás mindenkor a végtagok peripheriás csontjait kezdi ki. Az első pusztulásnak a lábujjak csontjai vannak alávetve. A kéz ujjai általában később pusztulnak el, mint a lábujjak csontjai. A kéztő csontjai pedig ritkábban betegszenek meg, mint a lábtő csontjai. A tibiát, fibulát, ulnát és radiust főleg a lueshez hasonló periostitis elváltozások lepik meg. Előfordul, hogy az egész csontrendszer atrophíába esik, ez főleg a neuroleprás esetekben észlelhető. A csontelváltozások, amelyek a lepra folyamán észlelhetők, rendszeren a következők: periostitisok, melyek exostosisokkal járnak, vagy azok nélkül folynak le, a mész-sók tartalmának atrophíája (halisteresis), a csontszövetnek ex- és endostális sorvadása, a velőüregek tágulása, caries, nekrosisok, melyekhez esetleg gázképződés szegődik (vegyes fertőzés), törések, mutilációk, sequesterképződés és secundaer deformációk. Előfordulhat az ízületeknek ankylosisa is. A lepra nervorum csontelváltozásai sokban hasonlítanak azokhoz, amelyek az úgynevezett systemás trophoneurosis idegbajok folyamán észlelhetők, de ezek az elváltozások a leprás egyénekben mindig sokkal kifejezettebben jelentkeznek. (Dermatologische Zeitschrift, 1909. 7. és 8. füzet.)

Guszmán.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Epilepsia eseteiben a sabrominnal tettek kiterjedtebb kísérleteket a wuhlgarteni intézetben. Kiderült, hogy 4 gramm sabrominnal ugyanolyan eredmény érhető el, mint 6 gramm bromkaliummal. E mellett feltűnő az is, hogy sabromin használata mellett sohasem betegedett meg a bőr. A sabromin $\frac{1}{2}$ grammos tablettákban is kapható. Legjobb az étkezéseket követő órában bevétetni. Az újabban erősen hirdetett epileptolról is megemlékezik a szerző; a formamidból és formaldehidből álló ezen szert tapasztalatai alapján nem ajánlja. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1909. 27. sz.)

A creosotalról nagyon dícsérően nyilatkozik Ljaschenko, a ki különösen a gyermekgyakorlatban használta ezt a szert. Nagyon jól hat bronchitis, bronchiolitis, pneumonia lobaris et lobularis, pertussis eseteiben. Különösen kanyaró eseteiben ajánlja a használatát, mint a mely betegségben többnyire a gyomor és a bél is meg van támadva, a mely szervekre nagyon jó hatású ez a szer. 1 éves korig 0.25—0.5 grammot, 1 éves gyermeknek 0.5 grammot, 2 évesnek 0.75—1.0 grammot ad naponként. Sokszor kombinálja valami aetheres olajjal, balsamicummal vagy kámmal. Például: Rp. Olei cinnamomi ceylonici 0.1; Creosotali 4.0; Olei amygdal. dulc. 15.0; Aquae destill. 200.0. M. f. emulsio. D. S. Két óránként gyermekkanállyal a 3 éves gyermeknek.

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1909. 38. szám. *Unterberg Hugó*: Urethritis non gonorrhoea. *Konrád Jenő*: Az elmebeteg családai ápolása Magyarországon.

Orvosok lapja, 1909. 39. szám. *Szana Sándor*: A züllött gyermek socialhygienéjének magyar rendszere.

Budapesti orvosi ujság, 1909. 39. szám. *Löbl Vilmos*: Toxikologiai jegyzetek a budapesti mentőegyesület 1908. évi mérgezési adatainak ismertetése kapcsán.

Vegyes hírek.

Köszönetnyilvánítás. Mindazon kartársaimnak, kik a XVI. nemzetközi orvosi congressus alkalmából azon nagy, általán meg nem érdemelt kitüntetéssel üdvözöltek, ezennel forró szíveimből eredő, hálás köszönetet mondok.

Lőri Ede dr.

Berzsenyi Zoltán dr. Selmezbányán viselt bányafőorvosi állásáról lemondott.

Kinevezés. A székes főváros főpolgármestere *Hudovernig Károly dr.* egyetemi magántanárt ideiglenes kórházi főorvossá, *Ferenczy Gábor dr.-t* pedig segédorvossá nevezte ki.

Választás. *Lakatos Mihály dr.-t* Nagybányán városi orvossá választották.

A XVI. nemzetközi orvosi congressus alkalmával a ministeriumok által kiadott könyvek közül a gyermekvédelemről szóló is elkészült s a jövő hó folyamán elhagyja a sajtót. E könyvet Bosnyák Zoltán és gróf Edelsheim-Gyulai Lipót szerkesztette s négy részre oszták. Az első részt Bosnyák Zoltán írta az elhagyott gyermek jogáról; a másodikat Szana Sándor, Ruffy Pál, Edelmann Menyhért, Bosnyák Zoltán, Turchányi Imre, Agoston Géza, Bajza Géza írta és az állami gyermekvédelem magyar-

országi rendszerét ismerteti; a harmadik részben gróf Edelsheim-Gyulai, Ruffy Pál és Karsay Sándor a társadalmi actiót írja le, míg a negyedik rész a kiskorú bűnösökkel foglalkozik s ennek mukatársai: Szilágyi Arthur Sándor, Szana Sándor, Dörning Henrik, Bakonyi Kálmán és Kun Béla. Az előszót maga Andrássy Gyula gróf minister írta. A XVI. nemzetközi orvosi congressus tagjainak a congressus munkálatai második részével együtt még ez év folyamán megküldik e nagy értékű munkát, mely betekintést enged azon nagy fontosságú gyermekvédelmi rendszerbe, melyet hazánkban Széll Kálmán alapított s melyet Andrássy Gyula gróf nagyra fejlesztett.

A budapesti egyetem I. sz. női klinikáján augusztus hóban 114 szülés folyt le. A született magzatok száma 115 volt, még pedig: élő 100, halott 11, macerált 4; érett 98, kora 12, éretlen 5; fiú 56, leány 56. Kérdéses nemű 3; törvényes 74, törvénytelen 40. A gyermekágyasok közül 3 halt meg (fertőzött beszállított esetek). A nőbetegosztályon 24 beteget ápoltak, a kik közül egy sem halt meg. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 154 esetben vették igénybe; a műtétek száma 111 volt.

A budapesti poliklinikán augusztusban 3837 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 10.050 volt.

Meghalt. *Chyzer Kornél dr.* ministeri tanácsos, a belügyministerium közegészségi ügyosztályának vezetője e hó 21.-én rövid szenvedés után 74 éves korában. Az elhunyt nevéhez és hivatalos működéséhez hazánk több jelentős közegészségi intézményének létesülése és fejlődése fűződik. Bártfán született, a hová orvosi tanulmányainak bevégezése s a Nemzeti Múzeum állattani osztályán töltött rövid szolgálata után városi és fűrdőorvossá nevezték ki. 1869-ben Zemplén vármegye tisztii főorvosa lett, 1892-ben pedig a belügyministerium közegészségügyi osztályának vezetője. Főleg fiatalabb éveiben sokat foglalkozott kiterjedt orvosi tevékenysége mellett is az állattan körébe vágó dolgozatokkal, a melyekért a M. T. Akadémia levelező tagjai közé választotta. Erdemi elismerésül régebben a Ferencz József, utóbb pedig a Lipót-rend lovagkeresztjével tüntették ki. — *L. Katz* tanár, ismert berlini főorvos, 61 éves korában. — *E. C. Hansen dr.*, az anatomia rendes tanára a kopenhágai egyetemen. — *L. Balch*, az anatomia és törvényszéki orvostan nyugalmazott tanára az Albany Medical College-en. — *Sir Stephen Mackenzie*, ismert londoni szemorvos, 65 éves korában.

Kisebb hírek külföldről. *De Vries dr.-t* Amsterdamban a kórboneczolást és törvényszéki orvostan rendes tanárává, *E. Meyer dr.-t* (München) a strassburgi egyetem belorvostani poliklinikájának vezetőjévé és rendkívüli tanárává nevezték ki. — A porosz közegészségügyi ügyosztályt a közoktatásügyi ministeriumból a belügyministeriumba tették át. — *V. Hensen* tanár, az ismert kiel physiologus, 50 éves doktori jubileumát ünnepelte.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK fürdőkhöz.

„LÁPSÓ“
száraz kivonat
ládákban a 1 kiló

LÁPLÚG
folyékony kivonat
üvegekben a 2 kiló

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai. 690. 1.

A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai.

XIII. szakosztály: Bőr- és venereás betegségek.

Róna S. (Budapest) a syphilises superinfectio kérdéséről tartott előadást, a melyben a referensek által nem érintett következő két kérdést veti fel: 1. A lueses reinoculatio azonos-e a superinfectióval? 2. Befolyásolhatja-e a superinfectio a syphilis lefolyását? A syphilis második lappangási szakában észlelt reinoculatio csakugyan superinfectiót jelenthet, a mennyiben a reinoculatiohoz a táji mirigyek duzzanata is csatlakozik (Lasch, Queyrat és Róna) és az inoculatio helyén a spirochaeták jelentékeny megszorodása kimutatható (Queyrat 1906). Azt a kérdést, hogy a superinfectio befolyásolja-e, különösen pedig súlyosítja-e a lues lefolyását, még tovább kell kutatni és pedig annál is inkább, mert az előadó egy esetében, dacára annak, hogy tuberculosis is fennforgott, 2½ évi észlelés mellett a lefolyás a rendesnél is enyhébb volt. A secundaer és tertiaer szakban emberen megfogamzott reinoculatiók (Finger, Ehrmann) ellenben nem mondhatók határozottan superinfectióknak. A szerzők adatai ilyenkor nem szólnak a táji mirigyduzzanatokról és a phagocytosis élénksége folytán a spirochaeták helyben sem szaporodhatnak meg (Ehrmann). A további lefolyásról pedig nincsen ez idő szerint adat.

A referatumokat és előadásokat követő discussióban Nobl (Wien), Petersen (Szent-Pétervár), Lang (Wien), Oppenheim (Wien), Havas (Budapest), Ullmann (Wien), Schereschensky, Hoffmann és Ehrmann vettek részt.

Marschalkó, Jancsó és Csiki (Köszvár) a Wassermann-féle syphilisreactio klinikai értékéről tartott előadást. Az előadók ritka nagy anyagon végezték vizsgálataikat. 1162 egyénen összesen 1528 vérvizsgálatot végeztek. 39 esetben az élőben nyert eredményt hullasavvizsgálattal egészítették ki. 70 esetben csak hullasavot vizsgáltak. Az előadók, a kik igen erős kontrollal dolgoztak, a serumvizsgálatokat a marhavérssystemával végezték. Antigenül syphilises emberszív alkoholos kivonata szolgált. Positiv reactióról csak akkor szólnak, ha a kérdéses serum a complement kettős titerével is teljes kötést ad. A positiv reactio a szerzők szerint majdnem biztosan a syphilisnek a jele és manifest korai tünetek kapcsán 95·3%-ban észlelhető. De a latens szakban is igen magas a positiv reactio arányszáma. Nagy számban végeztek vizsgálatokat hullasavon és pedig vérsavon kívül más savókkal is (liquor cerebrospinalis, pericardialis, pleurális folyadék, ascites, anasarcasavó). Ott, ahol a vérsavó positiv reactiót adott, ott a többi savófajta is adta a reactiót, bár általában nem oly kifejezetten. Az előadók is azt tapasztalták, hogy gümös caehias egyének savója olykor több-kevesebb kötést mutat. Hangsúlyozzák azonban, hogy teljes kötés, a haemolysis teljes megakadályozása — mint a syphilis-esetekben — ezekben sohasem fordul elő. A positiv reactio topikus körjelzésre csakis az összes klinikai tünetek gondos mérlegelése mellett használható fel, de bizonyos kivételektől eltekintve, akkor sem teljes bizonyossággal. A szerzők határozott véleménye, hogy a positiv Wassermann-reactio azt jelenti, hogy a szervezetben még aktiv syphilises virus van jelen, tehát a syphilis még fennáll. E véleményüket klinikai mérlegelésen kívül pathologiai leletekre is alapítják. Buday tapasztalásából ugyanis kiderült, hogy a positiv reactios esetek a boncolóasztalon pathologiailag is luesre valló jelenségeket adnak. A gyógykezelés végcélját az állandó negativ Wassermann-reactio elérése képezze. Szükséges ehhez a rendszeres, észszerű specifikus kezelés, melynek segítségére legyenek a hygienés és adjuvans eljárások. Ily módon kerülhetők el leginkább a tertiariusmus, továbbá a visceralis és a parasyphilises bántalmak.

A Wassermann-féle serunreactio értékéről tartott előadást Basch (Budapest), a ki Heim-mel és John-nal egyetemben mintegy 500 vérvizsgálatot végzett. Az előadó véleménye szerint fontos,

hogy a statisztikai adatok külön-külön gyűjtessenek a Hg.-vel kezelt és az azzal nem kezeltéről. 75 nem kezelt syphilises eset 98·7%-ban adott positiv reactiót, 83 nem syphilises eset ellenben 100%-ban negativ eredményt adott. A syphilis csaknem mindig positiv reactiót eredményez. Ezekkel az adatokkal szemben 197 Hg.-vel kezelt lueses egyén 37·1%-ban positiv és 62·9%-ban negativ reactiót adott. A kénésőnek tehát erős a gátló hatása a complement-kötésre. A Wassermann-reactio eredménye a Hg.-kezelésnek intenzitása szerint változik. Így kezelésben sohasem részesült 75 manifest syphilises egyén közül + reactiót adott 74, — reactiót 1, 70 hiányosan kezelt közül: + 49, — 21, 66 tüneti Hg.-kezelésben részesült beteg közül: + 18, — 48; és végül 61 chronikus intermittens módon Hg.-vel kezelt egyén közül: + 6, — 55. A Basch, Heim és John által módosított capillariseljárásnak az előadó tapasztalása szerint az az előnye, hogy csak minimális vérmennyiségre van szükség és relative gyorsan végrehajtható.

Lang (Wien) „A lupus vulgaris gyógyítása tekintettel a pathogenesisre“ czimen tartotta meg a referatúmat. Jóllehet a gümös infectio rendkívül gyakran fordul elő, a lupus mégis csak aránylag ritkán észlelhető. A bőr a gümösbacillus letelepedésével és propagatiójával szemben bizonyos immunitással bír. Valószínű az is, hogy a bőr immunitása sokkal könnyebben jön létre, mint a többi szöveté, még pedig a bacillus termékei útján a gümös infectiónak már a legelején. A lupus gyógyításában ezért szerepe lehet az immunotherapiának is. A lupusos góczok rendszeren helybeli bántalmak, a melyek vagy exogen infectio által, vagy egy mélyen fekvő gümös góczból való rétegenkénti tovaterjedés útján keletkeznek. A gümösbacillusok a nyirokerekben hosszabb ideig vesztegelhetnek a nélkül, hogy lupust létesítsenek (úgynevezett apathiás állapot). Az így veszteglő bacillusok évek után pathiásokká válhatnak, a mikor a lupus kifejlődésére vezetnek. A lupus haematogen úton is létrejöhet, de ez a létrejövési módzat ritkább. Az ezen az úton keletkezett góczok idővel szintén a helybeli góczok jellegét öltik. A lupusos betegek kezelésében az általános hygienés, diéta és gyógyszeres eljárásokon kívül a legfontosabb teendő a helybeli kezelés. Az utóbbi esztendő tapasztalása azt bizonyítja, hogy a helyi kezelés még a legkétségesettebb esetekben is jó, sőt kiváló gyógyeredményekre vezethet. Az eljárások között a leg-radikálisabb, tehát leghatásosabb egyrészt a Finsen-féle kezelés, másrészt a helyesen végzett operatív beavatkozás. Operálással gyógyított lupus-eseteinek száma most már 412-nél több. De a többi gyógyító eljárással is lehet bizonyos eredményt elérni. Így a kalium permanganicum, a pyrogallus, a resorcinus kezeléssel, továbbá a Röntgen-fénnyel, radiummal, forró levegővel és a kénésős quarezlámpával. Lang elveti mindazokat az eljárásokat, a melyek a bajt radikálisan nem gyógyítják és mégis vaskos hegesezt okoznak, így első sorban az éles kanállal való kaparást. A lupus elleni küzdelemnek nagy segítségére vannak a lupusgyógyító intézetek.

Finger-nek (Wien) a bőratrophiákról és azoknak a sclerodermiához való viszonyjáról szóló referatúmat Oppenheim olvasta fel. Finger elsőben is a bőratrophia fogalmának a definitióját adja. Kimutatja, hogy e kérdésben nagy a fogalomzavar, mert sok olyan bajt sorolnak ide, a mely csak a végkimenetben vezet atrophiára. A veleszületett kóralakok nem atrophiák, hanem aplasiák. Kirekeszti a tulajdonképpeni atrophiák csoportjából a striae et maculae distensae, az ideges esikszerű sorvadásokat, valamint az időjárás okozta atrophiákat. Finger csak három atrophialakra terjeszkedik ki. Ezek tartoznak az igazi atrophiák körébe és az által vannak jellemezve, hogy végeredményben petyhüdt atrophiába, anetodermiába mennek át s így lényegesen különböznek a sclerodermiának és a lupus erythematodesnek a végkimenetétől. A három atrophialak a következő: 1. a diffus idiopathiás bőratrophia, 2. az akrodermatitis atrophicans és 3. a foltos bőratrophia. Az előadó ezt a három körképet tüzetesen ismerteti és az aetiológiájára és histológiájára is kiterjed. Az atrophiás-lobos bőrbajoknak