

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiades Elemér szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Hollós József: A lappangó gümőkór és diagnosisa. 335. lap.

Weisz Ede: Közlemény a dr. Weisz Ede-féle pöstyéni gyógyintézetből. A rheumatismus tuberculosisáról. 341. lap.

Benedict Henrik és Róth Miklós: Közlemény a budapesti tudományegyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr. ny. r. egyet. tanár.) A gomorműködés befolyása a fehérvérjéssimulációra. 342. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Gesammelte Werke von Robert Koch. — Lapszemle. Belorvosstan. R. Kraus: A Shiga-Krause-féle dysenteria gyógyítása antitoxikus serum-

mal. — *Sebészet.* Lehmann: A vesedecapsulatio jevalatai. — *Elmekörtan.* N. A. Jurmann: A terjedő hűdéses elmezavar kezelése natrium nucleicummal. — *Gyermekorvosstan.* Mayerhofer és Pribram: Konzervált női tejjel táplálással szerzett gyakorlati eredmények. — *Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra.* Barcanovich: Argentarsyl. — Robinson: Pollutio. — Becker: A bromural a fogorvosi gyakorlatban. — Schäfer: Bromural. 344–346. lap.

Magyar orvosi irodalom. — Gyógyászat. — Klinikai füzetek. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság 346. lap.

Vegyes hírek. 347. lap.

Tudományos társulatok. 348–349. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A lappangó gümőkór és diagnosisa.

Írta: Hollós József dr. (Szeged).

A tuberculosis meggyógyításának legfontosabb előfeltétele eddig is a betegség minél korábbi megállapítása volt. Manapság azonban, a mikor egyrészt a gyógyítás eszközeit a specifikus therapia kiépítése által nemcsak szaporítottuk, de a tömegkezelés számára jobban hozzáférhetővé is tettük, másrészt a tuberculosis legkorábbi diagnosisának felállítását a régi módszerekhez képest igen nagy tökélyre emeltük: a korai diagnosis lehetősége nemcsak a gümőkóros beteg meggyógyításában, de a tüdővész leküzdésében is jelentős tényezőként működhet közre. Ma már nem kell bevárunk diagnosisunk biztosításához, míg a tuberculosis az ismert jelenségekkel (láz, vércöpés, köhögés, bacilluslelet, physikai kimutathatóság) manifestálódik, megállapíthatjuk a megtörtént fertőzést már a lappangási időszakban is. Ezáltal a gyógyításra irányuló beavatkozásokat már oly időben foganatosíthatjuk, a mikor a gümős sarjszövet még aránylag fiatal, regresszív elváltozásokkal kevésbé komplikált és főképpen kicsiny terjedelmű, szóval, a mikor a betegség kiküszöbölése sokkal könnyebben bekövetkezhetik. Sajnos, egyrészt a tuberculosisnak rendkívül nagy elterjedtsége, másrészt a társadalmi viszonyok lehetetlenné teszik, hogy a legkorábbi diagnosis felállításának lehetősége által a fertőzötteket és nem fertőzötteket elkülönítsük és ezáltal abba az irányba tereljük az emberi tuberculosis leküzdését is, a mint azt Bang Dániában az erősen fertőzött szarvasmarhaállományon kiváló eredménnyel véghezvitte; mégis felmerült már egy bizonyos fokú izolálás szükségessége a legkorábbi diagnosis lehetősége kapcsán. Calmette¹ szerint időszakonként meg kell ejteni minden gyermekben a különböző specifikus diagnostikai eljárásokat, hogy ezáltal a gümős fertőzést már kezdetekor felfedezzük. A fertőzött gyermekeket szerinte izolálni kell a környezetüktől,

hogy ismételt fertőzésektől, melyek leginkább okai a betegség súlyosbodásának, távoltartsuk s így végleges gyógyulásukat elősegítsük.

De nemcsak a gyógyulásra irányuló intézkedések legkorábbi alkalmazásának lehetősége miatt vált fontossá a korai diagnosis megejtése, hanem azért is, mert a lappangó tuberculosis különböző klinikai tüneteinek megismerése által aetiológiai alapon egységesíthetünk olyan tüneteket és betegségformákat, a melyeket eddig jórészt csak symptomologiai alapon csoportosítottunk.

Mindenekelőtt állapítsuk meg a *lappangó tuberculosis fogalmát*. Tulajdonképpen nehéz megmondani, hol kezdődik és hol végződik a latentia? Experimentalis szempontból nézve, a *latentia kezdetét* a bacillusbehatolás idejére kellene tennünk, ez azonban az emberen a legtöbb esetben nem állapítható meg. Különben is bacillusok bejuthatnak a szervezetbe a nélkül, hogy betegséget idéznének elő. Valójában latens tuberculosisról csak attól az időtől kezdve beszélhetünk, a midőn ez részint specifikus diagnostikai módszerekkel megállapítható, részint bizonyos tünetek jelentkezése által kimutatható. Az infectio megtörténtétől addig az időig, a míg az allergia mutatkozik, illetőleg a szervezet reactiója bekövetkezik s így specifikus úton megállapíthatóvá válik, bizonyos idő telik el, a mely idő kétségkívül a kor, a dispositio, a fertőző anyag virulentiája vagy mennyisége szerint változó. Ezen idő alatt latens tuberculosisról még nem beszélhetünk. A *latentia végződését* sem tudjuk éles határral megjelölni. A legtöbb esetben nem tudjuk megállapítani azt az időpontot, a midőn egy eddig latens állapotban volt tuberculosis manifest tuberculosisba megy át. Mindenesetre vannak bizonyos klinikai tünetek, a melyek jelentkezése a tuberculosis manifestálódásának kétségtelen jelei, a melyeknek a láz, vércöpés, köhögés, physikai kimutathatóság és bacilluslelet. De ezek a tünetek sem fedik élesen a manifestatio fogalmát; jelentkezhetnek egyenként, vagy összesen is, de ismét el is tűnhetnek hosszabb vagy rövidebb időre, akár spontán, akár megfelelő beavatkozásokra, s így a *manifest tuberculosis latens időszaka-*

kóttól lehet megszakítva. Kítűnő analogiája ennek a syphilis lefolyása.

A lappangó tuberculosis anatómiája.

Leggyakrabban az egyik vagy másik tüdőcsúcsban, vagy a hilus környékén, továbbá a peribronchialis mirigyekben keletkeznek tuberculomok, melyek gyakran kisebb vagy nagyobb terjedelmű gümős sarjszövetet, daganatot alkotnak. A tüdőbeli folyamat a legkisebb hörgők nyálkahártyáján, illetőleg magukban az alveolusokban, vagy a hörgők körüli nyirokutakban indul meg. Ezek tovaterjednek s a mennyiben egyrészt az infectio kevés számú és nem túlvirulens bacillussal történt, másrészt valamelyes immunitással már bíró egyént ért, a folyamat bizonyos terjedelem elérése után megállapodik, avagy csak igen lassan terjed tovább. Intercurrens betegségben vagy szerencsétlenség folytán elhaltak bonczolásakor igen gyakran, talán az esetek felében megtalálhatók e góczok és pedig 1. teljesen gyógyult állapotban, elhegesedett tuberculomok, vagy elmeszesedett kicsiny góczok alakjában, 2. betokolt nagyobb sajtos góczok alakjában, melyek tovaterjedést már nem mutatnak, s 3. részben gyógyult vagy betokolt, részben azonban lassú tovaterjedést, friss tuberculomok képződését mutató területek alakjában. Ugyancsak gyakran találhatók a peribronchialis mirigyek lefolyt, gyógyult (elmeszesedett vagy hegesedett), avagy még folyamatban lévő affectiói.

Úgy a hegesen betokolt, mint az elmeszesedett sajtos góczok még igen gyakran tartalmaznak élő bacillusokat, miként ezt *Lubarsch*² kísérletei és *Krompacher* régebbi vizsgálatai bizonyítják. Mindazonáltal lappangó tuberculosisról nem beszélhetünk teljesen betokolt, akár hegesen elzárt, akár elmeszesedett góczok esetén még akkor sem, ha ezen góczokban a megejtett állatoltás élő bacillusok jelenlétét mutatja ki. A betegséget ily esetekben *gyógyultnak* kell nyilvánítanunk, mert a hegesen elzárt, betokolt vagy elmeszesedett tuberculomokból sem bacillusok, sem toxinok nem juthatnak ki s így nincs, a mi betegségi tüneteket váltson ki. Mindenesetre az ilyen egyén átesett az *activ latentia* stadiumnán, a mely megfelelő klinikai, bár esetleg félreismert vagy észre nem vett tünetekkel járt, de jelen stadiumában nem lappangó, hanem gyógyult tuberculosisról kell beszélnünk. A lefolyt infectio azonban bizonyos fokú immunitást eredményezett s így nem nyom nélkül kuszábólódott ki a szervezetből, eltekintve itt az anatómiai nyomtól. Ezen relativ immunitás már jelentékenyen befolyásolja a következő fertőzést, a mely míg egyrészt anatómiailag csak lassabban haladhat előre, másrészt a már fennálló bizonyos fokú mérgezőérzékenység következtében inkább fog kiváltani általános tüneteket. Minél lassabban haladhat előre a gümőkóros folyamat, annál inkább van módja a szervezetnek specifikus védő anyagait kifejleszteni, s így annál hosszabb marad a tuberculosis lappangási ideje. A *hosszú lappangási idő tehát magával az immunitással s így a kifejlesztett mérgezőérzékenységgel is szoros kapcsolatban áll.* Úgy a klinikai vizsgálatok, mint a bonczolások bizonyítják, hogy igen sok egyént ér a gümőkóros fertőzés s fejlődik ki kisebb fokú tuberculosis a tüdejükben vagy a peribronchialis mirigyekben a nélkül, hogy a betegség manifest tuberculosisba menne át, a kikben tehát a gümőkór kizárólag a lappangási stadiumban marad meg.

A lappangás alatt keletkezett védőanyagok a szervezet mérgezőérzékenységét váltják ki, a melynek külső megnyilvánulása a *Pirquet-féle allergia*. Ez *C. Spengler*³ vizsgálatai szerint nem egyéb, mint egy fennálló lyseses immunitásnak a jele. Ultramikroszkopos vizsgálatai szerint a tuberculosismérgek finom suspensióknak bizonyulnak, melyek telve vannak valószínűleg a bacillustestből származó finom szemecskével.

Szerinte könnyen elképzelhetjük, hogy a lysesesen immun szervezetben ezen részecskék a lysis folytán erősen mérgező hatást fejtenek ki, míg lysineket nem tartalmazó szervezetre ugyanazon adag hatástalan.

A legtöbb vizsgáló szerint, minél nagyobb valakinek az immunitása, annál kifejezettebb az allergiája. Már *Wolff-*

*Eisner*⁴ (1908) kimutatja, hogy a gyanus esetek, a hol manifest tünetek még nincsenek, adják a legerősebb tuberculin-reactiót úgy a bőrön, mint a conjunctiván, vagyis ezeknek az allergiája a legnagyobb. A tuberculosis előrehaladtával arányosan csökken a reactio. E túlérzékenységet a szervezet bizonyos fokú immunitásával hozza kapcsolatba és így a reactio lefolyásából fontos prognostikai következtetéseket von le. Ugyanezen időben tőle függetlenül *Paul Römer*⁵ állatkísérletekkel vizsgálta e kérdést s ugyancsak arra az eredményre jutott, hogy a túlérzékenység és immunitás egymással szoros összefüggésben áll. *Franz Hamburger*⁶ (Wien) szerint bizonyos fokú specifikus tuberculosis-allergiája minden egyének van, a ki valaha tuberculosissal inficiálódott. Ennek megbízható indicatora a tuberculinreactio. A kinek allergiája van, valószínűleg kevésbé hajlamos újabb infectióra.

Legújabb vizsgálatok kétségbevonják a Pirquet-allergia teoriáját, illetőleg a tuberculin-reactio specifikus voltát. Így *J. Sörgo*⁷ vizsgálatai szerint a tuberculin-érzékenység csak részjelensége az általános toxinérzékenységnek, a melynek az immunitási folyamatokhoz nincs köze. Ugyanezt találja *Tezner*⁸ (Budapest), a ki szerint a *Pirquet-féle* reactióban nem specifikus allergia nyilvánul meg, hanem a szervezet általános reakcióképessége mérges anyagokkal szemben, a melyekkel a szervezet valaha inficiálva volt.

Nem lehet azonban kétségbe vonni, hogy lefolyt, illetőleg lappangó fertőzések bizonyos fokú immunitást eredményeznek, a melylyel több-kevesebb mérgezőérzékenység jár, ha ez utóbbi a bőrreakciókkal nem is korrespondál minden esetben pontosan.

Arra nézve, hogy mennyi idő szükséges a megtörtént fertőzéstől addig a pontig, a míg az a szervezetben olyan elváltozást idéz elő, hogy tuberculinnal kimutatható, csak kevésszámú vizsgálat áll emberen rendelkezésre, főképpen azért, mert az infectio megtörténtének pontos ideje többnyire nem állapítható meg. *Hamburger*⁹ kis gyermeket figyelt meg, ki a kórházban fertőződött tuberculosissal s kiből a tuberculin-érzékenység lassan emelkedett és végre oly fokot ért el, mely a positiv cutanreactióhoz szükséges. Saját idevágó észleletem szerint egy 20 éves teljesen egészséges és tuberculin-reactiót nem adott férfi fél év múlva rendkívül erős tuberculin-reactiót mutatott, miután közben 3 hónapig egy tüdővésztes egyénnel együtt lakott. Ugyancsak *Hamburger és Toyofoku*¹⁰ experimentálisan kimutatta, hogy a tuberculin-érzékenység tengeri malacokban az infectio után csak napokkal kezdődik és csak 6—7 nap múlva válik bizonyossá.

A lappangó tuberculosis klinikai tüneteivel

Általában keveset foglalkoznak. Már elméleti megfontolások alapján is a priori valószínű, hogy a lappangó és activ góczok, a melyek egyrészt állandó toxin-productióval járnak, másrészt a szervezet mérgezőérzékenységét ezen toxinokkal szemben kiváltják, különböző általános tünetek kifejlődésére adhatnak alkalmat. Ezen általános tünetek közül főleg az *anaemia* és a *labilis* s többnyire kissé emelkedett *temperatura* már régebben figyelmeztető jel volt rejtett tuberculosis jelenlétére. Már *Trousseau* figyelmeztet az általa pseudo-chlorosisnak nevezett betegségre, a melyet a tuberculosis előfutárjának tekint. E körképet *A. Sokolowski*¹¹ (1890) részletesebben körülírja, szerinte a halvány bőrszín, szívdobogás és szapor pulsus, emésztési és menstruációs zavarok, lesóványodás tartoznak bele s a fennállási ideje egészen addig az ideig, a míg a tuberculosis manifestálódik, különböző, többnyire azonban évekig eltartó. Az anaemia gyakran csak látványos, a bőr s főleg az arc halvány színe vasomotoros zavar eredménye, máskor viszont a haemoglobin csökkenése s ritkábban a vörös vérszövetek fogyása is kimutatható.

A hőmérséklet labilitásának jelentőségére már *Penzoldt* utalt. Egyének, a kikben a hőmérséklet a rendesnél nagyobb kilengéseket avagy fordított typust mutat, egyének, a kikben egy kicsiny séta már elegendő a hőmérsékletnek kisebb vagy nagyobb fölszállására, föltétlenül gyanusak lappangó tuberculosis jelenlétére. *Wunderlich* szerint a normalis hőmér-

séklet 36,2—37,5 között ingadozik hónaljmerések alkalmával s még ma is sokan a 37 feletti, egy-két tized hőemelkedést normalisnak tekintik. E feltevés téves voltát leginkább azok az úgynevezett immun-görbék bizonyítják, a melyek tuberculin- vagy I. K.-kezelés kapcsán mutatkoznak olyan suspect egyéneken, kiknek eddigi hőmenete bár többé-kevésbé szabálytalan, de még sok orvos által normalisnak tartott határok között mozgott. Ilyen immun-görbék alapján azt kell megállapítanunk, hogy a normalis temperatura állandóan (nyelvalatti mérések alkalmával) 37° alatt marad s naponként 2—5 tizedfok kilengésnél nagyobbat rendes körülmények között nem igen végez. E. Junker¹² (Cottbus) szerint az éjjeli hőmérséklet komolyabban mérlegelendő, mint a nappali, s főképpen olyan esetben ajánlja az éjjeli hőmérését, midőn klinikai tünetekkel nem magyarázható lesóványodás vagy éjjeli izzadás lappangó tuberculosis gyanújára utal.

Engländer¹³ kimutatta, hogy tuberculosisra gyanus egyéneken, kiknek azonban objectív tünetek még nem mutathatók ki, különbség van a test és a vizelet hőmérséklete között s ilyeneken a frissen bocsátott vizelet kifejezett subfebrilis értékeit kapta. Az illetőket gyógyintézetekben megfigyelte s később objectív tünetek is kimutathatók voltak.

A szabálytalan, gyorsan ingadozó s többnyire néhány tizedfok emelkedést mutató hőmérséklet hónapokig, sőt évekig is fennállhat a nélkül, hogy bármely manifest tünet elárulná a tuberculosis fennállását. Ezen úgynevezett praetuberculosis hőemelkedések igen gyakori kísérői a lappangó gümőkórnak s Köhler¹⁴ a toxinoknak a központi idegrendszer hőcentrumára gyakorolt izgó hatásának tulajdonítja. Ugyanezen állásponton van Cornet¹⁵ is.

Nemcsak a hőcentrum, de a vasomotoros centrum is kifejezett izgalmi stadiumban van igen sok esetben lappangó tuberculosisban. Vasomotoros zavarnak kell tekintenünk az arcz halványságát is, a mennyiben azt anaemiás vérlelet nem igazolja. Az úgynevezett gümőkórra hajlamosak (a mely elnevezés alatt ma már kétségkívül lappangó tuberculosisban szenvedőket értünk) gyors elpirulása és elsápadása közismert. De nemcsak az arczon, a test más részein is könnyen jelentkeznek piros foltok, a melyek csakhamar eltűnnek. Ide vonatkozó tünetek továbbá: a hideg kéz és láb, a fázékony-ság és az izzadásra való nagy hajlamosság. Utóbbi Köhler szintén centraltoxikus jelenségnek tekinti és megállapítja, hogy az izzadás intenzitása és a betegség foka között nincs parallelismus. Szintúgy nincs összefüggés a hőemelkedés és izzadás között. A latentia stadiumában meglehetősen gyakori tünet a profus izzadás, a mely néha minden kisebb vagy nagyobb testi munkát kísér, hol kizárólag nappal, máskor éjjel, néha meg éjjel-nappal jelentkezik, s néha csak egyes testrészekre (például hónalj, kéz és láb, homlok) lokalizálódik. Az állandóan nyirkos és hideg kéz már magában véve gyanus jel lappangó tuberculosis jelenlétére.

Hogy ezen tünetekben a sympathicus-idegrendszer mennyiben van érdekelve, az nehezen dönthető el. Mindenesetre az idegrendszernek nagyszámú zavara állapítható meg. Ide kell sorolnunk elsősorban a gyors kifáradást, nagy fáradtság-érzést és reggeli fáradtságot.

A latentia stadiumában ezek a tünetek rendkívül gyakran jelentkeznek, azonban általában neurastheniás jelenségnek tulajdoníthatnak.

A fáradtságérzés néha oly nagyfokú, hogy a beteg munkára alig képes. Gyakran a fáradtság csak a reggeli órákban mutatkozik s órákig eltart, a míg a beteg rendes munkaképességét visszanyeri. Néha egész csekély testi munka, pl. séta a legnagyobb fokú kimerülést, elfáradást eredményezi. Megtörténik, hogy a nagy fáradtságból származó folytonos tétlenség miatt az illetők nagyon elhízhatnak és így annál kevésbé válnak tuberculosisra gyanussá. Gyakran a szellemi munkaképesség is csökken, az illetők izgékonyak, kimerültek. Az ingerlékenység, gyors megijedés, szóval az úgynevezett idegesség szintén elég gyakori kísérője ezen jelenségnek.

Ebbe a csoportba tartozik egyébként az alvás zavara is, mely egészen ellentétes tünetekben nyilvánul meg. Hol

nagy álmatlanság gyötri a beteget, a mely vagy állandó, vagy csak időszakonként jelentkező; az illető nehezen alszik el, avagy könnyen felébred s nem tud ismét elaludni. Máskor viszont a betegek igen hosszú ideig, 10—12 óráig is egyfolytában és igen mélyen tudnak aludni s e mellett nappal is rendkívül álmosak, néha szinte elaluszhatnak, a mint megpihennek. Az idegrendszer toxikus izgalmanak kell tulajdonítanunk az alvást nem ritkán zavaró izgatott, ijesztő álmoképeket. Ezzel lehet összefüggésben a gyermekek lappangó tuberculosis alatt nem ritkán észlelhető nyugtalan alvás és alvás közben való felkiáltás. Kisebb gyermekeken ezen idegesség hol bágyadtságban, kedvetlenségben, hol megkötődésben nyilvánul.

Az anyagcsere zavarai is beállhatnak és pedig elsősorban lesóványodás alakjában.

Ez utóbbi részint a lappangó tuberculosisra velejáró gyomor-zavarok következménye, részint azonban ezek nélkül is bekövetkezik és gyakran az első feltűnő jelensége a megtörtént, de még nem manifestálódott gümőkóros fertőzésnek. Nem ritkán a lesóványodás egy bizonyos fokon megállapodik s noha az egyén jól, sőt fokozottan táplálkozik, eredeti testsúlyát nem, vagy alig tudja visszanyerni.

Ezen thermikus, vasomotoros és ideges jelenségeken és anyagcserezavarokon kívül egész sereg legkülönbözőbb tünet fejlődik ki a latentia időszakában, a melyek részint subjectív jellegűek, részint egyes szervek működési zavaraira vonatkoznak.

A subjectív tünetek közül a mellkasfájdalmak már régebben is felhívták a figyelmet a tuberculosis gyanújára. Turban a mellkasi fájdalmat a tuberculosis első jelének tekinti. Franke¹⁶ 200 tüdővészteszt közül 155-ben talált kóros nyomási fájdalmat és ezeknek több mint 4/5 része kezdődő esetekre vonatkozott. F. L. Baumann¹⁷ e nyomási fájdalomnak kezdődő tuberculosisban diagnostikai fontosságot hajlandó tulajdonítani.

A fejfájás, mint a tuberculosis egyik kísérő jelensége, régóta ismert tünet, azonban nem nagy jelentőséget tulajdonítanak neki s inkább másodlagos vérszegénység következményének tekintik.

A lappangási időszakban igen gyakran jelenlevő s néha kínzó tünetként jelentkező fejfájás semmi esetre sem áll vérszegénységgel összefüggésben, hanem kizárólag toxikus jelenség s talán az agyhártyákon kifejlődő vasomotoros zavar eredménye. Ugyanilyen eredetűnek kell felfognunk a lappangás szakában gyakran jelentkező kisebb-nagyobb szédülést is, a mely hol csak kivételesen, hol naponként is jelentkezik, többnyire fölkeléskor, lehajláskor s néha oly mérvet ölt, hogy a beteg majdnem elesik. A fejfájás vagy az egész fejre, vagy a homlokra, avagy a tarkóra lokalizálódik, néha mint féloldali fejfájás jelentkezik.

Az egyes szervek működési zavarai közül rendkívül gyakran és nem ritkán mint legelső tünettel találkozunk a gyomor és bél működési zavaraival. Klemperer¹⁸ a tuberculosis kezdeti stadiumában az esetek 50%-ában talált megváltozott gyomornedv-elválasztást, részint hyperaciditas, részint hypaciditas, sőt anaciditas alakjában. A működési zavar egyik igen gyakori tünete a változó étvágy, mely néha makacs étvágytalanságig, sőt bizonyos ételektől való undorodásig is fokozódik. Néha ideges éhség lepi meg az illetőt, a mely azonban néhány falat után eltűnik. Előfordul a hányásinger, a felbőfögés, sőt a hányás is, igen gyakori tünet a gyomor-fájdalom, a mely hol étkezés előtt, hol étkezés után jelentkezik, hol semmiféle szabályt sem mutat. Az ugyancsak toxikus alapon fennálló ideges tünetek tekintetbevételével az ilyen betegeken gyakori az ideges gyomor-baj téves diagnózis. Valószínű egyébként, hogy ezen megváltozott gyomor-működés, legalább részben, idegrendszerbeli zavar eredménye, melynek oka azonban a tuberculosis-toxin.

A lappangó tuberculosisnak a bélre kifejtett hatása kétféle alakban nyilvánulhat. És pedig: hasmenés alakjában, a mely időnkint be-beáll, minden kimutatható ok nélkül; sokkal gyakoribb azonban a toxikus eredetű székszorulás

Nem ritkán ez a legelső klinikai tünete a gümőkóros fertőzésnek. Akárhányszor már a gyermekkorban jelentkezik s évtizedekig megmaradhat.

Főntebb már megemlékeztünk a vasomotoros zavarok gyakoriságáról, külön kell azonban foglalkoznunk a szív viselkedésével. A tachycardiának gyakoriságát a tuberculosis korai tünetei között általában elismerik s már régóta megfigyelik a gümőkórosok szapora pulsusát. Számos szerző ezt direct vagy indirect mechanikai okokból magyarázza, előbbi a tüdőbeli vérkeringés zavara, utóbbi a csökkent vérnyomás alapján. E magyarázatoknak teljesen ellentmond, hogy latens esetekben gyakran nagyobb mértékben van jelen, mint kiterjedt tüdővész esetében és épp ezért csakis toxikus hatásnak tulajdoníthatjuk, a mint azt számos szerző fel is veszi. Ezek közül vannak, a kik szerint a toxinok inkább a bulbaris centrumra hatnak (*Faisan*), mások, a kik a peripheriás idegekre, vagy a szív symphaticus-rostjaira való hatásnak tulajdonítják. A szapora pulsus a hőmérséklettől meglehetősen független s bár számos vélemény szerint a tuberculosis előhaladtával párhuzamosan halad, kétségtelen, hogy ez a tétel lappangó esetekre nem vonatkozik. Itt a tuberculosisban minden objectiv jelenség nélkül találkozhatunk 120—140-es, sőt ezt a számot meg is haladó pulsuszámmal. *Sokolowski* „pseudocardialis alak” neve alatt ismerteti a larvált tuberculosis azon alakját, melynek kimagasló tünetei éppen a vérkeringési rendszerre vonatkoznak.

Nemcsak a pulsus szaporasága, hanem a labilitása is szembeötlő. A pulsusszám szaporodását már a legkisebb kedély- vagy testi emotio kiváltja s többnyire együttjár egyéb vasomotoros zavarokkal. A szívdobogás csaknem állandó kísérő jelensége e tüneteknek, de nem mindig párhuzamos a szapora pulussal, néha 120-on felüli pulsuszámmal mellett is hiányzik, vagy alig van jelen a szívdobogás érzése, máskor a betegnek jóval kisebb pulsuszáma mellett is a szívdobogás egyik legfőbb panasza.

Mint hogy ezen szívbeli functionalis zavarok a dolog természetéből kifolyólag más ideges tünetekkel is szövődnek, igen közel áll ily betegek az ideges szívbjaj diagnózisának felvétele s kétségtelen, hogy ezen diagnózis éppúgy, mint az ideges gyomorhaj diagnózis, nagyon sok esetben lappangó tuberculosis képét takarja. *Fränz*¹⁹ is figyelmeztet arra, hogy számos szívneurosisban diagnostikai tuberculininjectio által lappangó tuberculosis tudott kimutatni.

*Julius Fürbringer*²⁰ szerint a gümőkóros intoxicatióknak legfontosabb szerepük van a látszólag tisztán ideges szívbetegségek aetiologiájában.

A gümőkóros toxinoknak a szívre kifejtett ezen hatása alapján közelfekvő a gondolat, hogy a *Basedow*-kór jelenségeit szintén ezen aetiologiai alapon vizsgáljuk. Valóban az úgynevezett „Kropfherz” tünetei teljesen megegyeznek a gümőkóros intoxicatio által előidézett szívbeli zavarokkal: szapora pulsus s a pulsus nagy labilitása, szívdobogás, különböző vasomotoros zavarok, a melyhez még ugyanazok az általános tünetek is járulnak, melyeket főntebb részleteztünk: lesóványodás, erős izzadás, fáradtságérzés, gyors kimerülés, ingerlékenység, a kezek reszketése, a gyomor és bél functionalis zavarai, a később részletezendő menstruációs zavarok s különböző más kellemetlenségek. A szerzők egy része e tüneteket hyperthyreoidisatióból magyarázza. Feltűnő azonban egyrészt, mily gyakran kombinálódik a *Basedow*-kór tuberculosisal, másrészt az úgynevezett „forme fruste” mily gyakran kísérfje a kezdődő tuberculosisnak.

Kisebfbokú pajzsmirigymegnagyobbodás lappangó tuberculosis jelenlétében, főképpen nőkn, többektől megfigyelt jelenség. A két betegség közti aetiologiai összefüggést, nevezetesen, hogy a gümőkóros toxinok okozzák a pajzsmirigy hypertrophiáját és fokozott, illetőleg kóros működését, főképpen franczia orvosok állapították meg. *Roger* és *Garnier* 1900-ban ismertetik a pajzsmirigy sclerosisos folyamatait gümőkórosokban. *Poncet* és *Leriche*²¹ úgy klinikai, mint pathologiai vizsgálatokkal kimutatja, hogy a pajzsmirigy úgy a bacillusok toxinja, mint attenuált tuberculosis-virus követ-

keztében állandó izgalomba jön és ezáltal részben sclerotizálódik, részben túlteng.

Poncet szerint idült gyuladással állapot fejlődik ki, melyet ő „tuberculose inflammatoire”-nak nevez (e kórképre később még visszatérünk), miáltal a pajzsmirigy megnagyobbodik, működése fokozódik vagy kórosan megváltozik. Ezáltal a tuberculosis-toxinok miatt úgyis jelenlévő általános tünetek természetesen még inkább fokozódnak, esetleg újakkal is tetéződnak. *Bialokur*²² szerint is a *Basedow*-tünetek igen gyakran gümőkóros fertőzés kifejezői s a *Basedow*-betegség lappangó tuberculosis jele lehet.

Saját idevágó vizsgálataim szerint²³ úgy forme fruste eseteiben, mint számos kifejezett *Basedow*-kórban szenvedő betegen immuntestkezelés segítségével sikerült a *Basedow*-kór összes tüneteit részint véglegesen, részint időlegesen eltüntetni. Legújában mások is tapasztalták a tuberculinnal a *Basedow*-ra kifejtett gyógyító hatását, így *Mac Watters*²⁴ ismertet egy tuberculinnal meggyított *Basedow*-esetet. *Poenaru Caplescu*²⁴ (Románia) szintén összefüggést talált a tuberculosis és a pajzsmirigy-hypertrophiák között. A *Basedow*-kórban kétségkívül jelenlévő izgalmi tünetek éppen úgy megtalálhatók *Basedow* nélkül is tiszta gümőkóros intoxicatio eseteiben.

A lappangó tuberculosis klinikai tünetei között igen jelentős szerepe van a menstruációs zavaroknak. E zavarok vagy már a első menstruatiótól kezdve mutatkoznak, vagy csak későbbben jelentkeznek, a szerint, a mint a fertőzés a serdülés előtt vagy után keletkezett. A túlkorán (10—12. évben), vagy túlkésőn (16. éven felül) kezdődő menstruatiók már gyanusak tuberculosis jelenlétére. E zavarok a legkülönbözőbb alakban nyilvánulhatnak; és pedig jelen lehet a rendesnél gyakrabban vagy ritkábban jelentkező vérzések, elhúzódó vagy igen rövid ideig tartó s végre fájdalmas vérzések formájában. A dysmenorrhoea és amenorrhoea úgy saját, több száz esetre vonatkozó megfigyeléseim, mint *Eisenstein*²⁵ észleletei szerint az esetek túlnyomó részében gümőkóros eredetűnek bizonyult. *Gräfenberg*²⁶ szerint — a ki eredményeket kevesebb eset kapcsán utánvizsgálta — csak az elsőleges dysmenorrhoea tekinthető gümőkóros eredetűnek, a mi azonban úgy tuberculinnal, mint immuntesttel igen nagyszámú esetben végzett therapeutikai megfigyeléseim alapján tévesnek tekintendő. Újában *Macht*²⁷ is kiemeli a menstruatio-typus megváltozásának kiváló diagnostikai jelentőségét.

Poncet és *Leriche* részint klinikai, részint pathologiai megfigyelések alapján szintén arra a következtetésre jut, hogy a menstruációs zavarok aetiologiájában a gümőkórnak van a vezető szerepe. Ők mindezen esetekben a genitáliák helybeli elváltozásait is megállapíthatták, ugyancsak a *Poncet*-féle gyuladással tuberculosis alakjában.

Ezen „tuberculose inflammatoire”-nak különösen nagy szerep jut azon betegségformában, a melyet *Poncet* és iskolája „rhumatisme tuberculeux” név alatt foglal össze, a mely vizsgálatok új területet nyitottak a lappangó és álcázott gümőkór megismerésében. Ezen elnevezés alatt a betegség tüneteknek azon csoportját értjük, melyeket általában rheumatismus név alatt szoktak összefoglalni, a melyeknek az eredete azonban a gümöbacillus, illetőleg annak toxinja. *Poncet* és *Leriche*²⁸ szerint az izületek rheumás affectiói a latens gümőkóros fertőzés első klinikai megnyilvánulásai lehetnek. Ezen jelenségek többnyire toxikus eredetűek; legenyhébb formájukban egyszerűen mint közönséges arthralgia nyilvánulnak, mely objectiv jelenségek nélkül folyik le; súlyosabb esetekben egy vagy több izületre lokalizálódó, objectiv elváltozásokkal járó gyuladások, melyeket a gümőkóros intoxicatióknak egyéb általános tünetei kísérnek. Mindezen affectiók többé-kevésbé visszafejlődnek, ha a tüdőtuberculosis manifestálódik. Ezen jelenségnek magyarázatát későbbben fogom megadni.

A „tuberculose inflammatoire” elnevezés alatt *Poncet* és iskolája idősült lobos elváltozásokat ismertet, a melyek ugyan gümőkóros eredetűek, de a gümőkórra jellemző sem makro-, sem mikroskopos specifikus elváltozásokat nem mutatnak. *Poncet* szerint részint a vérkeringésbe bejutó attenuált tuberculosis-bacillusok, részint a bacillusok toxinjai állandó lobos izgal-

mat fejtenek ki a különböző szervek szöveteiben, azoknak idősült gyuladással elváltozásait okozva. Ezen elváltozásokat ki lehet mutatni: a gyomorban, a pajzsmirigyben, a genitáliákban, az ízületekben és izmokban, az idegrendszerben, a bőrben, a szívben, a mi által a gümőkóros intoxicatio tüneteinak anatómiai substratumát is föllelhetjük.

A gümőkóros intoxicatio klinikai kórképének összefoglalásakor feltűnő jelenség, hogy ezen toxikus eredetűnek tekinthető tünetek inkább vannak jelen lappangó tuberculosis eseteiben, míg manifest tuberculosisban vagy teljesen hiányoznak, vagy jelentékenyen kevesebb számmal, kisebb mértékben konstatalhatók.

Főntebb kiemeltük Römer, Hamburger, C. Spengler és mások vizsgálatai kapcsán, hogy a tuberculosis-immunitási jelenségek párhuzamosan haladnak a mérgezőérkenységgel. Minél lassabban halad előre a tuberculosis, annál jobban fejlődik ki egy bizonyos fokú lyses immunitás, a melynek következménye a szervezet nagyfokú mérgezőérkenysége a toxinok iránt. Minél mérgezőérkenyebb a beteg, annál inkább számíthatunk újabb fertőzéssel szemben való resistenciájára, de annál hevesebben is reagál éppúgy az újabb bacillusbehatalással, mint a saját toxinjaival szemben. Minthogy pedig e toxinok a latens góczokból időnként vagy állandóan a szervezetbe kerülnek, a szervezet ezen izgalomra a legkülönbözőbb reakciókkal felel, a melyek a főnt részletezett functionális zavarok kifejlődését okozzák. A betegekben talán veleszületett hajlam, talán más ok következtében, hol inkább az egyik, hol a másikfajta tünet vagy tünetcsoport fejlődik ki, néha csak egyetlen vagy néhány tünet dominál, néha pedig az intoxicatiós jelenségeknek összes tünetei is kisebb-nagyobb mértékben kifejlődhetnek. Mindenesetre egy neuropathias egyénben inkább jelentkeznek az idegrendszer részéről kiváltott tünetek s általában az intoxicationak a neurastheniához, hysteriához, neurosisokhoz hasonlatos tünetei valódi neurastheniával, hysteriával vagy neurosisokkal komplikálódhatnak. A milyen mértékben ellenben, akár újabb fertőzések, akár antihygiene körülmények vagy más külső okok miatt (terhesség, influenza, kanyaró stb.), az immunitás csökken és ezáltal az eddig lappangó tuberculosis manifestálódik, olyan mértékben csökken a mérgezőérkenység is és tűnnek el részben vagy teljesen is ez intoxicatiós tünetek. Ebből következik, hogy minél inkább jelentkezik a tuberculosis manifest tünetekkel s minél kevésbé kísérik vagy előzik meg a manifestatiót az intoxicatio tünetei, annál kevésbé számíthatunk az autoimmunitás kifejlődésére s így e körülmény a prognos mérlegetésekor döntő szereppel bír. Viszont minél kifejezettebbek az intoxicatio tünetei s minél hosszabb ideig tart a tuberculosis latenciája, annál kevésbé válik manifestté, illetőleg annál inkább javítja e körülmény a bekövetkezett manifestatio prognosist. Vannak esetek, a hol a tuberculosis tisztán intoxicatiós stadiumban marad meg és mint ilyen évtizedekig is elkínózhatja a beteget, s hosszabb vagy rövidebb ideig való fennállás után átmehet teljes gyógyulásba. Ezen esetekben a latens tuberculosis meggyógyul a nélkül, hogy manifestálódott volna.

Vannak családok, melyeknek jóformán minden egyes tagja a lappangó tuberculosis legkülönbözőbb alakjait mutatja, míg a manifest tüdővész csak a nagyszülőknél vagy oldalági rokonokon mutatható ki. A betegség generációról-generációra attenuálódik azáltal, hogy a gümőkórosok leszármazottjai bizonyos fokú immunitást örökölnek. E. Rosencrantz²⁹ legújabbban a Bordet-Gengou-reactio segítségével újszülöttek véré vizsgáta és 100 eset közül 31-ben találta meg a tuberculosis antitestjeit. Vizsgálataim azt bizonyítják, hogy a gümőkórtól mentes család tagjain jelentkező fertőzés eseteiben a lappangási idő rövidebb, intoxicatiós tünetektől kevésbé kísért és éppen ezért általában rosszindulatúbb. Leginkább áll ez azonban a gümőkórtól mentes és iszákos szülők gyermekeire nézve, a kiknek tuberculosis mindíg a legrosszabb indulatú, mert ezekben, miként azt Laitinen állatkísérletei is igazolják, az immunizálódás képessége jelentékenyen csökkent.

A lappangó tuberculosis diagnosisa.

Az elmondottakból következik, hogy a gümőkóros intoxicatiók klinikai tüneteinek szemmel tartása a lappangó tuberculosis megítélésének egyik legfontosabb eszköze. A rendkívül pontosan felvett anamnesis tehát, a melyben különös figyelmet kell fordítanunk az elsorolt subjectiv és functionalis zavarok pontos kikérdezésére, a diagnos felállításában alapvető fontosságú. Ezek szemmel tartása mellett számos olyan esetben is gyaníthatjuk lappangó tuberculosis jelenlétét, a melyben ezen tünetek mérlegetése nélkül tuberculosis fenforgására nem is gondolnánk. Az anamnesist pontos hőmérőzés egészíti ki, a melyet naponta legalább négyszer és szükség esetén éjjel is kell végezni, s a melynek labilitása, a rendszerenél nagyobb kilengése szintén egyik értékes adata a diagnos felállításának.

A toxikus tünetek mérlegetésével a diagnos felállításakor egyenrangú tényezők: 1. a beteg physicalis vizsgálata, 2. a specifikus diagnostikai módszerek.

A physikai vizsgálati módszerek újabbban jelentékenyen gyarapodtak finomabb kopogtatási eljárásokkal, nevezetesen Krönig,³⁰ Goldscheider³¹ és Plesch³² módszereivel, a melyek eredményeit értékesen egészíti ki a tüdő Röntgen-vizsgálata. A tüdőcsúcsok percussiója, miként azt Klopstock³³ megállapítja, az esetek legnagyobb részében még mindig a legbecsesebb eszköz a tüdőtuberculosis kezdeti stádiumának a megismerésére. A halk, inkább tapintó kopogtatás segítségével valóban egészen kicsiny — cseresznyenagyságú — góczokat több-kevesebb biztossággal a csúcsban kimutathatunk. Cornet³⁴ összehasonlítja a Goldscheider-féle kopogtatást a Röntgen-képpel s egyoldalú megbetegedés eseteiben teljes megegyezést talál. Ő a Goldscheider-féle kopogtatásnak az auscultationál nagyobb diagnostikai jelentőséget tulajdonít, míg a Röntgen a physikai vizsgálat értékes kiegészítője.

A Röntgen-átvilágítás jelentőségét legelőször Bouchard hangoztatta 1906-ban. Kiseb elváltozások felismerésére a röntgenogramm nem nélkülözhető. O. Ziegler és P. Krause³⁵ szerint a Röntgen-photogramot úgy lehet tekinteni, mint összekötő kapcsot a vizsgálati lelet és a bonczoláslelet között. Szerintük egy vizsgálati módszerrel sem lehet a beteg tüdő anatómiai elváltozásait úgy megismerni, mint Röntgen segítségével. H. Rieder³⁶ szerint a csúcsban a legkisebb góczocskák is többnyire felismerhetők, nem ritkán a nyirokutaknak megfelelő peribronchialis árnyékok alakjában. A Röntgen-kép megerősíti, hogy az idősült tüdőtuberculosis úgy felnöttekben mint gyermekekben a hilusban kezdődik. Az ittlévő sokféle árnyék azonban a felismerés számára nehezebb viszonyokat teremt, mint a tüdő többi részében. Rieder szerint a tüdő Röntgen-vizsgálata exact diagnostikai módszernek tekintendő, a mely a többi vizsgálati módszerrel egyenértékű.

H. Grau³⁷ a hilus-árnyékok megismerésében óvatosságra int. Szerinte a Röntgennek is ugyanaz a sorsa, mint a többi vizsgálati módszernek, hogy magukban véve nem elegendők a diagnos biztosságára. Legújabbban M. Cohn³⁸ arra figyelmeztet, hogy egészséges tüdejű hullák Röntgen-átvilágításakor az erek árnyékai kóros folyamatnak értelmezettek, tehát nem szabad a Röntgen-diagnostikát túlbecsülni és pontos klinikai vizsgálatokkal kell ellenőrizni.

Értékes diagnostikai módszerhez jutottunk F. M. Pottinger³⁹ tapintási eljárásával a tüdőcsúcsban és annak környékén. Megfigyelte, hogy activ lappangó góczok felett egyes izmok kisebb-nagyobb spasmus fejlődik ki. Egyoldali megbetegedés esetén e spasmus már a megtekintéskor is szembeötlő és enyhe tapintással még inkább konstatalható. Ha a laesio a csúcs elülső részén van, akkor a sternocleidomastoideus, scalenusok, pectoralis és intercostalis izmok, ha hátulsó részén, akkor a trapezius, levator anguli scapulae és rhomboidei spasmusos összehúzódása taláható. Wolff-Eisner⁴⁰ szerint e módszer diagnostikailag fontos, főképpen az activ és inactiv folyamatok megkülönböztetésére. Tulajdonképpen a Krönig-féle csúcskopogtatás is jórészt enyhe tapintáson alapszik.

A *Kuthy-féle*⁴¹ acromialis tünet, melyet ő a beteg oldalon 96%-ban megtalált, szerinte a legkezdetibb esetekben is előfordul. Tulajdonképp ugyanolyan jelentőségű, mint a *Pottenger-féle* tünet, a mennyiben ez is azon alapul, hogy a lobos folyamat miatt a szervezet az illető oldalt kiméli s ezáltal a csúcs kilengése csökken. Utóbbit az acromion mozdulatlan-ságán megállapíthatjuk.

A *specifikus diagnostikai* módszerek a tuberculin helybeli vagy általános hatásainak kimutatásán, vagy pedig serológiai vizsgálatokon alapulnak.

A *Pirquet-féle* oltás diagnostikai értékére vonatkozólag a szerzők általában megegyeznek abban, hogy kis gyermek tuberculosisanak felderítésére teljesen megbízható. A megbízhatóság ettől kezdve mindinkább csökken, mert a lefolyt, de teljesen gyógyult tuberculosisek esetében is a reactio többnyire kimutatható, másrészt negatív cutan-oltás esetében is lehet tuberculosisek jelen. *E. Feer*⁴² több mint 2000 gyermeknél végezte a cutan-tuberculinoltást; klinikai tuberculosistól mentes gyermekeken féléves korig a reactio mindig negatív volt. Ezentúl a serdülésig állandóan fokozódott a pozitív reactio egész 38%-ig. Szerinte a cutan-reactio negatív lehet, noha a tuberculin-injectióval még lehet kiváltani reactiót.

A *Moro-féle* percutan módszer csecsemőkön és kis gyermekeken egyenértékű a *Pirquet*-vel, a gyakorlatban, egyszerűsége miatt, főleg tömegvizsgálatok céljára alkalmasabb. A *Mousson* és *Mantoux* (Franciaország) és *F. Mendel* (Essen) által egyidőben ismertett intracutan reactio annyiban tökéletesebb, mert ennél pontosan meghatározott mennyiségű tuberculinnal dolgozhatunk. A reactio kiváltásához elegendő $\frac{1}{100}$ milligramm a bőr rétegei közé. Ha nincs pozitív eredmény, akkor a koncentrációt fokozhatjuk. Az injectio helyén 5–24 óra múlva kis piros papula képződik, mely lassan növekedve, a *Pirquet-féle* papulához lesz hasonlóvá. *St. Engel*⁴³ szerint e reactio alkalmas arra, hogy oly esetekben is még fölvilágosítást nyújtson, hol a *Pirquet-féle* reactio már elérte a megítélés határát.

*P. Römer*⁴⁴ marhákon végezte a kísérleteket és subcutan oltásokkal ellenőrizte. Minden subcutan reagáló állat intracutan reactiót is adott, míg az intracutan nem reagáló subcutan sem reagáltak. Ő is jobb eljárásnak tartja a *Pirquet*-nél, a melynél nem lehet ellenőrizni, mennyi szívódik fel a tuberculinnal.

Ezekkel szemben *M. Péhu*⁴⁵ 500 eset kapcsán csak két éves korig tartja a reactiót abszolút megbízhatónak, ezentúl a pozitív reactio oly gyakori, hogy diagnosis-ra nem használható.

Úgy ezen intracutan, mint az *Escherich-féle* „Stich“-reactio éppen úgy a bőr allergiás érzékenységén alapul, mint a *Pirquet-féle*. A Stich-reactio tulajdonképpen ugyanolyan elbírálás alá esik, mint az intracutan reactio, azonban mégsem olyan finom vizsgálati módszer. *Schütz* és *Vidéki*⁴⁶ a *Pirquet-féle* módszert és a Stich-reactiót 100 gyermekben összehasonlítólólag vizsgálta s ez utóbbinak nagyobb megbízhatósága mellett foglal állást. A mennyiben az injiciált tuberculinmennyiség általános reactiót is váltana ki, ez a diagnosis felállítását csak megkönnyíti.

*Detre*⁴⁷ differentialdiagnostikai célból a *Pirquet-féle* reactionnak human és bovin filtratummal egy időben való kiváltását ajánlja. Differentialis szempontból is sokkal előnyösebb az intracutan vagy Stich-reactio, a mely pontosabb adagolást tesz lehetővé. Stich-reactiókkal több száz esetben magam is meggyőződtem, hogy mindkét típusú tuberculin alkalmazása a diagnosis lehetőségét számos esetben elősegíti.

A *Calmette*- és *Wolff-Eisner-féle* ophthalmoreactio tulajdonképpen ugyanolyan elbírálás alá esik, mint a *Pirquet-féle*. *Maragliano* és *Romanelli* kísérleti úton igyekezett az ophthalmoreactio lényegét megállapítani; eredményeik alapján skepsissel viseltetnek a reactio megbízhatósága felől.

Oly esetekben, midőn a fentebbi reactiók biztos diagnosis-ra nem vezetnek, eredménnyel végezhetjük a *Koch-féle* subcutan injectiót általános és góczreactio kiváltása végett. A szerzők általában szabályul állítják, hogy egy-két tized-

milligrammnál ne legyen nagyobb a kezdeti adag, a melyet *C. Spengler* — ki ezt először ajánlotta *Koch* egy milligrammos kezdődő adagával szemben — „Reizdose“-nak nevez s a melyet pár nap múlva követ egy milligramm tuberculin injectiója. *Bandelier* és *Roepke*⁴⁸ tankönyve alapján a „Grenzdose“ 10 milligramm, a melyet azonban túlnagynak kell tekintenünk.

A góczreactio megítélésében *Romberg*⁴⁹ nagyobb súlyt helyez a percussióra, *Walterhöfer*⁵⁰ viszont az auscultatiós tünetek jelentkezésére. Utóbbi szerint a kopogtatási hang rövidülése nehezebben, eseteinek csak 8%-ában volt kimutatható, míg szörtyözrejek jelentkezését eseteinek 91%-ában konstataálta. *Romberg* ellenben 221 eset közül az esetek $\frac{1}{3}$ részében találta a tompulat beálltát vagy megerősödését és csak $\frac{1}{4}$ részében nyilvánult meg a góczreactio kizárólag auscultatiós tünetekben.

A tuberculosisek serumreactióját agglutinatio segítségével 1908-ban *Arloing* és *Courmont* ajánlotta. Szerintük a tuberculinnal kezelt nyulak, valamint a gümőkóros emberek vérsavója a homogenizált bacillusokat agglutinálja. *O. Grüner*⁵¹ szerint ez theoretikai érdekességű, de gyakorlati jelentősége a tuberculosisek diagnostikájában alig van. *Dieudonné*, *Rabinovitsch*, *C. Fränkel* szerint sem megbízható. Ugyanez áll a complementkötési és a *Calmette-féle* kobraméreg aktiválási módszerre is. *Roepke*⁵² szerint egyik sem megbízható ezek közül és nem specifikus abban az értelemben, hogy gümőkórosokban állandóan pozitív és nem gümőkórosokban állandóan negatív volna.

Hogy bizonyos klinikai tünetek lappangó gümőkórtól erednek-e, vagy nem, arra nézve mindezen elsorolt diagnostikai módszerek semmi biztos fölvilágosítást sem nyújtanak. Ellenben nagyon gyakran eldöntheti e kérdést maga a specifikus kezelés akár tuberculinnal, akár antitoxikus szerekkel. Több mint ezer lappangó gümőkóros esetnek részint tuberculinnal, nagyobbbrészt pedig immuntesttel való kezelése kapcsán ily módon jutottam reá egész sereg intoxicatiós tünet felismerésére, a melyek mint ilyenek egyrészt új megállapítások, másrészt *Poncet* tanainak megerősítésére szolgáltak. Számos esetben tehát a kísérleti specifikus kezelés utólag döntheti el a tuberculosisek betegség fenforgását vagy hiányát, gyakran sokkal biztosabban, mint bármely diagnostikai módszer. Ugyanezen álláspontot képviseli újabban *Wein Manó*,⁵³ ki a specifikus antitoxikus szerrel való kezelés nagy diagnostikai jelentőségét hangsúlyozta úgy a csecsemő- és gyermekkorban, mint felnőtteken. A lappangó tuberculosisek rendkívül változatos és jórészt még ismeretlen klinikai képének végleges földerítésében véleményem szerint ezen módszer segítségével még sokat remélhetünk.

Irodalom. ¹ *Calmette*: Neue Methoden zur Frühdiagnose der Tuberkulose. Deutsche med. Woch. 1908, 40. sz. — ² *O. Lubarsch*: Zur vergleichenden Pathologie der Tuberkulose. Deutsche med. Woch., 1908, 45. sz. — ³ *C. Spengler*: Tuberkulose-Immunsierung und Tuberkulose-Immunblut. Tuberkulose- und Syphilisarbeiten. 1911, Erfurt-Davos. — ⁴ *Wolff-Eisner*: Ophthalmo- und Kutan-Diagnose der Tuberkulose. Brauer's Beiträge, IX. k. — ⁵ *P. Römer*: Spezifische Ueberempfindlichkeit und Tuberkulose-Immunität. Brauer's Beiträge XI. — ⁶ *Hamburger*: Ueber Tuberkulose-Immunität. Brauer's Beitr. XII. — ⁷ *J. Sörgo*: Ueber Tuberkulinwirkung und die Spezifität der Tuberkulinreaktion. I. österr. Tuberk.-Tag, Wien, 1911 — Die Toxinempfindlichkeit der Haut des tuberkulös infizierten Menschen. Deutsche med. Woch. 1911, 22. sz. — ⁸ *K. Tezner*: Mennyiben specifikus a *Pirquet-féle* reactio. Orvosi Hetilap, 1911, 14. szám. — ⁹ *F. Hamburger*: Ueber die Entwicklung der Tuberkulinempfindlichkeit beim Kind. Brauer's Beiträge, XIII. — ¹⁰ *Hamburger und Toyofoku*: Ueber das zeitliche Auftreten der Tuberkulinempfindlichkeit. Brauer's Beiträge XVII. — ¹¹ *A. Sokolowsky*: Ueber die larvirten Formen der Lungentuberkulose. Klinische Zeit- und Streitfragen, 1890, IV. k. W. Braumüller, Wien. — ¹² *K. Junker*: Ergebnisse nächtlicher Temperaturmessungen bei Tuberkulösen. Brauer's Beiträge XVI. — ¹³ *Engländer*: Die subfebrilen Temperaturen in der Diagnostik und Therapie der Tuberkulose. — ¹⁴ *F. Köhler*: Zur Lehre von den Sympathicusaffektionen bei Lungentuberkulose. Brauer's Beiträge, V. — ¹⁵ *Cornet*: Die Tuberkulose, 1899. — ¹⁶ *Franke*: Der krankhafte Druckschmerz, ein Erkennungsmittel der beginnenden Schwindsucht. Brauer's Beiträge, X. — ¹⁷ *F. L. Baumann*: Kritische Betrachtungen über Symptome der Lungentuberkulose. Brauer's Beiträge, XIV. — ¹⁸ *Klempner*: Ueber die Dyspepsie der Phthisiker. Berl. klin. Wochenschrift, 1899, 11. sz. — ¹⁹ *Franz*: Beziehungen der Lungentuberkulose zu funktionellen Störungen der Herztätigkeit, vornehmlich bei Soldaten. Wiener med. Wochenschrift, 1908, 15. sz. — ²⁰ *J. Fürbringer*: Zur Frage des Verhaltens des Her-

zens bei Lungentuberkulose. Brauer's Beiträge, XVIII. — ³¹ A. Poncet et R. Leriche: Tuberculose inflammatoire et corps thyroïde. Gazette des Hôpitaux, 1909, 148. sz. — ³² Bialokur: Basedow-Symptome als Zeichen tuberkulöser Infektion. Zeitschr. für Tuberkulose, XVI. — ³³ J. Hollós: Les intoxications tuberculeuses. Paris, 1910, Masson et Co. — Symptomatologie und Therapie der latenten und larvierten Tuberkulose. Wiesbaden, 1911, J. F. Bergmann. — ³⁴ Poenaru-Caplescu: Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Schilddrüse. Spitalul, 1912, 14. sz. Refer. Münchener med. Wochenschrift, 1912, 4. sz. — ³⁵ Eisenstein und J. Hollós: Tuberkulose und Menstruation. Zentralblatt für Gynäkologie, 1908, 44. sz. — ³⁶ E. Gräfenberg: Dysmenorrhoe und Tuberkulose. Münchener med. Wochenschr., 1910, 10. sz. — ³⁷ J. Machi: Tuberkulose und Menstruation. Americ. Journal of the med. Sciences, 1910. — ³⁸ A. Poncet et R. Leriche: Le rhumatisme tuberculeux. Paris, 1909, O. Doin. — ³⁹ K. Rosencrantz: Réaction de Bordet-Gengou dans la tuberculose chez les nouveaux-nés. Bull. de la Soc. de Biologie, 1911. — ⁴⁰ Krönig: Berliner klin. Wochenschrift, 1889, 37. sz. — ⁴¹ Goldscheider: Berliner klin. Wochenschrift, 1907. — ⁴² Plesch: Eine neue Methode zur Perkussion der Lungenspitze. Deutsche med. Woch. 1911, 18. sz. — ⁴³ F. Klopstock: Zur Perkussion der Lungenspitzen. Deutsche med. Wochenschrift, 1910, 19. sz. — ⁴⁴ H. Cornet: Ueber die Goldscheider'sche Lungenspitzenperkussion. Zeitschrift für klin. Medizin, 70. k. — ⁴⁵ O. Ziegler und P. Krause: Röntgenatlas der Lungentuberkulose. Brauer's Beiträge, 1910. — ⁴⁶ H. Rieder: Zur Röntgendiagnostik bei Anfangstuberkulose der Lungen. Brauer's Beiträge, XII. — ⁴⁷ H. Grau: Lokalisation der beginnenden Lungentuberkulose im Röntgenbilde. Med. Klin., 1910, 20. sz. — ⁴⁸ M. Cohn: Die anatomische Grundlage der Lungenröntgenogramme. Berl. klin. Wochenschrift, 1911, 1. sz. — ⁴⁹ F. M. Pottenger: Rigidität der Muskeln und die leichte Tastpalpation etc. Deutsche med. Wochenschrift, 1910, 6. sz. — ⁵⁰ Wolff-Eisner: Die Pottenger'sche Tastpalpation. Ugyanott. — ⁵¹ Kuthy: Budapesti Orvosi Ujság 1909. — ⁵² E. Feer: Ueber den Wert der kutanen und konjunktivalen Tuberkulinprobe etc. Brauer's Beitr., XVIII. — ⁵³ St. Engel: Beiträge zur Tuberkulose-Diagnose im Kindesalter. Deutsche med. Wochenschrift, 1911, 36. sz. — ⁵⁴ P. Römer: Ueber intrakutane Tuberkulinanwendung zu diagnostischen Zwecken. Brauer's Beiträge, XII. — ⁵⁵ A. Schütz und R. Vidéky: Ueber den Zusammenhang der exsudativen Augenerkrankung und der Tuberkulose etc. Wiener klin. Wochenschrift, 1908, 37. sz. — ⁵⁶ M. Pehu: Resultats de 500 intradermoreactions. Province Médicale, 1911, 36. sz. — ⁵⁷ L. Detre: Wiener Klin. 1908, 6. sz. — ⁵⁸ Bandelier und Roepke: Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie. Würzburg, 1911, C. Kabitzsch. — ⁵⁹ Romberg: Verhandlungen des deutschen Kongresses für innere Medizin. Wiesbaden, 1910. — ⁶⁰ Walterhöfer: Zur Frühdiagnose der Lungentuberkulose. Brauer's Beiträge, XXI. — ⁶¹ O. Grüner: Ueber Agglutination tuberkulöser Kinder. Brauer's Beiträge, XIV. — ⁶² Roepke: Beiträge zur serologischen Diagnostik der Lungentuberkulose. — ⁶³ Em. Wein: Bestimmung und Behandlung der tuberkulösen Infektion mittels antitoxischer Mittel. Wiener klin. Wochenschr., 1912, 3. sz.

Közlemény a dr. Weisz Ede-féle pöstyéni gyógyintézetből.

A rheumatismus tuberculosusról.

A XXII. balneologiai congressuson előadta Weisz Ede dr. (Pöstyén).

Tisztelt uraim! A francziák, kiket a német tudomány alaposágával szemben az ötletesség, az intuitio vezet sokszor az igazság útja felé, az ízületi betegségek számára bizonyos veleszületett, illetve örökölt alkatot vesznek fel, melyet „arthritisme“ névvel jeleznek. Értik alatta bizonyos szervek működési hiányát, a minnek következménye lehet: csúz, köszvény, elhárjasodás, epe- és vesekő, zsába stb. Az ízületi megbetegedésekben tehát bizonyos alkati stigmát látnak.

Való, hogy az ízületi megbetegedés ritkán bír kizárólag localis jelentőséggel. Majdnem minden heveny fertőző betegséghez egyidejű vagy utólagos szövődmenyként egyik-másik ízületnek megbetegedése társulhat, hol a fertőző csírák közvetlen behatolása következtében, hol pedig intoxicatio folytán, a mennyiben az ízületi izzadmányok vizsgálata bakteriologiai tekintetben nemleges eredménnyel is járhat. Az ízületeket kibélelő felületek vegyi tekintetben is rendkívül érzékeny szövetek, mint azt köszvényben a húgysavas lerakódások, fém-mérgezésben az ízületi lobok mutatják.

A serologia is érdekes színben tünteti föl az ízületek mivoltát. Méltóztatnak tudni, hogy az emberi szervezet minden fajidegen fehérjével szemben rendkívül érzékeny, úgy hogy ismételt seruminjectiókra az anaphylaxia tünetcsoportjával, az úgynevezett serumbetegséggel felel. Nos uraim, meglepő,

hogy ezen serumbetegség egyik elég gyakori tünetét az ízületeknek megbetegedése, lobos megduzzadása alkotja.

Hueter az ízületi betegségekről szóló, a hetvenes években megjelent nagy munkájában „secretorius metastasis“-ról beszél. Valóban úgy látszik, mintha az ízületek a mikrobabeli metastasisokon kívül a káros vegyi anyagok leszűrésére is volnának berendezve, mint azt Hueter sejtette és találón kifejezte a secretorius metastasis kifejezésével. Az ízületek olyformán bizonyos reservoárszerű jelleggel bírnak, a hova a szervezet holmi tisztulási folyamat módjára mindenféle, a szervezetbe nem való káros alkali és vegyi elemet lerak.

Az ízületek természetesen ennek kárát vallják, megbetegszenek ők maguk. A szervezeti életnek mindennapi példája, hogy az egyik szerv önfeláldozása árán igyekszik az egész szervezetet menteni.

Ilyen szempontból fogom fel, tisztelt uraim, azt, a mit a francziák arthritisme névvel jeleznek. És ilyen szempontból fogjuk talán legkönnyebben megérteni azt az érdekes megbetegedést, melyet ugyancsak francia szerzők irtak le rheumatismus tuberculosus elnevezés alatt. (A prioritást most olasz részről proklamálják.)

A rheumatismus tág fogalom. A typhus, vörheny stb. kapcsán beálló ízületi megbetegedéseket „rheumatoid“ elnevezéssel illetnek. A polyarthrititis rheumatica acutára nézve úgy áll a dolog, hogy minden valószínűség szerint többféle streptococcus okozhatja, a melyek számos időszult esetnek is alkotják háttérét.

Ennyiben talán elfogadható dolog, ha az ízületi csúzhhoz külsőleg hasonló eseteket, melyeket azonban gümős természetű intoxicatio látszik okozni, kettős vonatkozású néven rheumatismus tuberculosusnak neveznek.

Ezen elnevezés alatt mindennemű heveny és időszult ízületi megbetegedést írnak le, hasonló klinikai jelenségekkel és bonczolástani elváltozásokkal, minőket az ízületi csúzban megszoktunk.

Poncet és Leriche könyvében a legkülönfélébb ilyenemű eseteket találjuk, a hol a gümős természethez való vonatkozás néha csak annyiból áll, hogy az illető egyén más tekintetben gümőkóros, illetőleg gümőkóros volt, vagy pedig családlilag terhelt stb. A szerzők felemlítik, hogy csak kivételesen sikerült az ízületi anyaggal kísérleti gümőkórt előidézni. Ellenben említenek egyes eseteket, a hol ép ízületű betegek diagnostikai célból tuberculinnal beoltva, ízületi megbetegedést kaptak.

Nem csoda, ha másutt, nevezetesen Németországban, a hol a gümőkórnak Koch-féle szigorú definitiójához vannak szokva, nehezen tudnak ezen, egyenes bizonyítékokkal gyengén támogatott tanhoz hozzájárulni, mint erre Laub is utal. Különösen azt emelik ki, hogy nem sikerül sem heveny, sem időszult csúzos esetekben genyedést, a gümőkór egyébként mindennapi jelenségét találni. Az ízületi váladékkal való oltási kísérleteknek is tulajdonképpen sokkal gyakrabban positiv eredménnyel kellene járniók, mint azt pl. a typosus ízületi gümőkórban megszoktuk.

Ily módon ezidőszert még nagyon kevesen csatlakoztak a francia felfogáshoz. Nem lehet e helyen a pro- és contra-érveket kimerítően tárgyalnom. Csupán néhány adattal óhajtanék a Poncet-féle felfogás támogatásához hozzájárulni.

1. Többször volt alkalmam oly eseteket kezelni, a hol különféle ízületeken az időszult csúz különböző jelenségei fennállottak. Több éves észlelés folyamán, gyakran több éves relativ jólét után megesezt, hogy egyik vagy másik ilyen ízület végre rendes ízületi fungusnak esett áldozatul.

2. Az ízületi betegségek egy másik idetartozó csoportja a következő: A betegek a tudónek tárgyilag is kimutatható súlyos gümős megbetegedésében szenvednek. A mellett az ízületek különféle, itt-ott az arthrititis deformans fokáig terjedő elváltozásokat mutatnak.

3. Az esetek egy csoportjában évek óta csekély, de makacs köhécseles áll fenn, a melyet a betegek jóformán észre sem vesznek. Más, a tüdőre vonatkozó, akár alanyi, akár tárgyi lelet sincsen. A betegek csupán izületi bajokról panaszkodnak, mely ellen Pöstyénbe jöttek gyógyulást keresni. Ilyen betegen többször fordulnak elő lényegesebb súlyvesztések, olykor subfebrilis hőemelkedés kíséretében.

A betegek ezen utolsó csoportjában a rendes kezeléssel felül specifikus gümőkórelenes kezelést is végeztem, azon eredmények alapján, melyeket *Jordán* osztályán *Spengler-féle* I. K.-rel hasonló esetekben elérték és a melyekről egyik orvos-egyesületi discussio alkalmával *Biró* beszámolt.

Megfelelő eseteimben is hasonló elvek szerint jártam el, és sikerült, különösen fiatalabb egyénekben, rendszerint meglepő eredményeket elérnem. A fájdalmak és izzadmányok többnyire gyorsan fejlődtek vissza, a subfebrilis hőemelkedések megszűntek, a testsúly rendszeren gyorsan növekedett és a köhécseles is alábbhagyott.

Ezen tapasztalatok nem elegendők ahhoz, hogy *Poncet* szélső álláspontjára helyezkedjünk, de kell, hogy gondolkodóba ejtve, azon következtetésre vezessenek, hogy lehetnek a csúzhoz sok tekintetben hasonló esetek, melyek néha gümős intoxicatióval látszanak összefüggni.

Azon ellenvetés, hogy nem sikerül az izületek tartalmában bacillusokat kimutatni, nem jelent sokat. Tudvalevőleg gonorrhoeában sem sikerül sok esetben az izületi savóban gonococcust találni. Ugyanez áll a strepto- és más coccusokra nézve. Különben a heveny sokizületi csúz, a polyarthritus rheumatica aetiologiája sem volna annyira vitás terület.

Az anaphylaxia jelenségei, nevezetesen az izületek megduzzadása seruminjectio kapcsán eléggé bizonyítják, hogy fajidegen fehérjéanyagok, illetve toxinok egyedül is tudnak az izületekben jelentékeny elváltozásokat előidézni.

A mi a kérdéses esetekben a genyedés hiányát illeti, abban sem lehet a megbetegedés gümős természete ellen határozott érvet keresni. Hiszen tudjuk, hogy kifejezetten gümős természetű hydrarthrosban is a genyedés minden nyoma hiányzik és többnyire spontán gyógyulás áll be. Másfelől látjuk, ha a tipusos izületi tuberculosis fejlődését észleljük, hogy a genyedés szerencsére hónapokig és évekig várhat magára és hogy sok esetben nem is jelentkezik. Más tekintetben minden gyuladás jár tulajdonképpen fehér vérszövetek kivándorlásával is, úgy hogy a geny képződése mennyileges fokozást jelent, nem pedig elvi különbséget.

Utalunk végre a savós természetű pleuritiszes izzadmányra, mely gyakran kifejezetten gümős természet mellett sem bacillust, sem genyt nem tartalmaz.

Ezen irányban még nagyon érdekesek a *Poncet* által említett kísérletek, melyeket a gümösbacillus különböző kivonataival végeztek. Az aetheres kivonattal történt injectio sajtosodást vont maga után, míg ellenben a chloroformos kivonat a szöveteknek sclerosisával járt.

A mi a therapiát illeti, ezen gümős intoxicatióra gyanus esetekben természetesen nagy súlyt kell helyezni a szervezet erősítésére. Ha a szokott gyógymódok nem járnak kívánt eredménnyel, a specifikus gümösellenes therapiával kell szerencsét próbálnunk. Valószínű, hogy a *Spengler-féle* I. K.-en kívül a különféle tuberculin-készítmények is szóba jöhetnek.

Diagnostikai tekintetben a *Pirquet-féle* cutanreactiót hívhatjuk némi segítségül, esetleg pedig a tuberculinnal való próbaoltást. Ha utóbbira az izületek állapota is rosszabbodik, vagyis az általános reactióhoz a helybeli visszahatás is járul, a megbetegedés gümős természete jóformán bizonyos.

Mint méltóztattak látni, nem vagyok azon helyzetben, hogy a rheumatismus tuberculosust mint teljesen tisztázott kórképet állítsam be; előadásom célja csak az volt, hogy becses figyelmüket az érdekes kérdésre fölhívjam.

Közlemény a budapesti tudományegyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr. ny. r. egyet. tanár.)

A gyomorműködés befolyása a fehérjedissimilatióra.

Irta: *Benedict Henrik* dr. egyet. magántanár és *Róth Miklós* dr.

(Vége.)

Egészen jellegzetes viszonyokat találtunk anaciditások eseteinkben. Ezek megválasztásakor nagyon ügyeltünk arra, hogy carcinoma felvételére semmi alapunk ne legyen. Tapintható daganatok, faecesben positiv *Weber*, positiv antitrypsin-reactio eleve kizárta azt, hogy az ilyen eseteket kísérleteinkre felhasználjuk.

Ezen eseteinket demonstrálandó, először két olyat mutatunk be, melyeknek motilitása normalis volt, hármát olyat, hol hypomotilitás volt jelen, egyet pedig, hol hypermotilitás kombinálta a kórképet.

X. eset. M. H. 47 éves. Gyomornyomás, étvágytalanság miatt kereste fel a klinikát. A gyomorhatárok normalisak, 50 gr. bismuthum carbonicum 5 óra múlva a vékonybelekben. Jó peristaltika. A próbareggeli teljes sósavhiányt mutat, nyálka, tejsav, vér hiányzik. Hosszú bacillusok nincsenek. Brieger negativ. A faecesben diastase *Wohlgemuth* szerint 594. Vizsgálat:

X. eset.

Óra	Vizelet cm ³	N- tartalom gr.	Megfelelő fehérje gr.	A bevitt fehérje %
I.	111	0.27	1.69	3.19
II.	121	0.30	1.88	3.55
III.	111	0.32	1.99	3.76
IV.	73	0.32	1.99	3.76
V.	68	0.35	2.19	4.16
VI.	61	0.17	1.06	2.01
VII.	65	0.26	1.63	3.08
VIII.	64	0.20	1.25	2.06
	674	2.19	13.68	25.85

XI. eset. S. E. 38 éves. Megelőzően sokat ivott. Kora reggel nyálkás hányadék. A gyomor alsó határa a köldökvonásban. A bismutpép 6 óra alatt hagyja el teljesen a gyomrot. A próbareggeli 110 cm³, rosszul emésztett zsemlyedarabkákat és sok nyálkát tartalmaz. Szabad HCl 4. Vér negativ. Brieger negativ. Diastase-érték 498.

XI. eset.

Óra	Vizelet cm ³	N- tartalom gr.	Megfelelő fehérje gr.	A bevitt fehérje %
I.	124	0.33	2.06	3.89
II.	118	0.41	2.56	4.84
III.	87	0.31	1.94	3.67
IV.	82	0.30	1.88	3.55
V.	71	0.23	1.44	2.72
VI.	49	0.39	2.44	4.61
VII.	44	0.25	1.56	2.95
VIII.	39	0.26	1.63	3.08
	614	2.48	15.51	29.31

XII. eset. S. D. 44 éves. A beteg a megelőző napról származó ételmaradékokat hány. A gyomor alsó határa 3 ujjal a köldök alatt. A bismut 7 óra múlva még kimutatható a gyomorban. A próbareggeli 200 cm³ sok rosszul emésztett szilárd részt tartalmaz (daczára a megelőző gyomormosásnak). Szabad HCl = 0, összaciditás 5, tejsav, vér nincsen. A mikroszkop alatt hosszú bacillusok. A faecesben vér nem mutatható ki. Brieger negativ. Diastase *Wohlgemuth* szerint 345.

XIII. eset. J. G.-né, 34 éves. Gyomornyomás, étvágytalanság, szagatlan felbőfögés, nem hány. A gyomorhatár normalis, a bismut azonban csak a hetedik órában távozik a gyomorból. Probareggeli után 100 cm³ rosszul emésztett zsemlyedarabokat tartalmazó gyomortartalom. Szabad HCl = 0, összaciditás 14. Tejsav nyomokban, vér negativ. Boas-Oppler-bacillusok. Brieger, faecesben *Weber* negativ. Diastase 454.

XII. eset

Óra	Vizelet cm ³	N- tartalom gr.	Megfelelő fehérje gr.	A bevitt fehérje ‰
I.	98	0.31	1.94	3.67
II.	80	0.37	2.31	4.37
III.	71	0.33	2.06	3.89
IV.	74	0.33	2.06	3.89
V.	77	0.33	2.06	3.89
VI.	73	0.39	2.44	4.61
VII.	64	0.29	1.81	3.42
VIII.	62	0.26	1.63	3.08
	599	2.61	16.31	30.82

XIII. eset.

Óra	Vizelet cm ³	N- tartalom gr.	Megfelelő fehérje gr.	A bevitt fehérje ‰
I.	78	0.20	1.25	3.36
II.	65	0.29	1.81	3.42
III.	53	0.20	1.25	2.36
IV.	55	0.24	1.50	2.83
V.	25	0.25	1.56	2.95
VI.	33	0.28	1.75	3.31
VII.	38	0.31	1.94	3.67
VIII.	34	0.28	1.75	3.31
	361	2.05	12.81	24.24

XIV. eset. B. H.-né, 38 éves. Étvágytalanság, hányásinger, gyomornyomás. Az alsó gyomorhatár 2 ujjal a köldök alatt. A bismut az ötödik órában hagyja el a gyomrot. Functionalis vizsgálat: 95 cm³ jól emésztett gyomortartalom, szabad HCl 0, összaciditás 20, tejsavnyomok, faecesben vér, Brieger negatív. A faeces diastase-tartalma 498

XIV. eset.

Óra	Vizelet cm ³	N- tartalom gr.	Megfelelő fehérje gr.	A bevitt fehérje ‰
I.	93	0.41	2.57	4.8
II.	91	0.38	1.88	3.5
III.	84	0.31	1.94	3.6
IV.	79	0.32	2.00	3.7
V.	78	0.31	1.94	3.6
VI.	77	0.34	2.13	4.0
VII.	69	0.29	1.81	3.4
VIII.	51	0.27	1.69	3.0
	622	2.63	15.96	29.6

Mind az öt eset jellegzetes képet mutat. A N-kiválasztás ellaposodott, nyoma sincsen azon emelkedéseknek, a melyeket normalis és hyperacid eseteinkben láhattunk. Következik ebből, hogy hasonló anomaliák mellett nyolcz órával a fehérjetáplálék felvétele után a fehérjedissimilációnak nagyon csekély fokozódása van jelen, vagy pedig az egyáltalában nem mutatható ki. AN-kiválasztás átlaga az 5 esetben 2.39 gr., a kiválasztotté a bevitthez képest átlagban nagyon alacsony, 27.98‰.

Ezen eltérő viszonyok mutatják, hogy az óránkénti N-kiválasztás figyelemmel kísérése a fehérjeemésztés lefolyását éppen oly élesen állítja szemünk elé, mint a hogyan azt egy fibrincafátnak kémlecsőben emésztésekor kísérhetjük figyelemmel.

Az utóbbi kísérleteknek egyforma eredménye azonban természetesen nem szól a mellett, hogy a fehérjefeldolgozás a sósavhiány minden esetében ily sokat szenved, s hogy a jellegzetes N-kiválasztás minden ily esetben hiányzik. Erre már a priori nem gondolhatunk, hiszen experimentalis állatkísérletekből s embereken végzett vizsgálatokból tudjuk, hogy

a sósavhiány gyakorta fokozott pankreasnedvelválasztással jár együtt, a mely a hiányos gyomorfunctiót teljesen kompenzálni tudja, bár a mi kísérleteinkben a kísérleti berendezés folytán a pankreas ezen vikariáló hatása kevésbé jöhet szóba. Schmidt vizsgálataiból tudjuk, hogy a sonka megemésztéséhez a gyomor sósavpepsinjének kötőszövetoldó hatása szükséges, hogy a pankreas-, illetve bélnedv kifejthesse hatását. Próbareggelink fehérjének nagy része pedig a sonkától származik.

Csakugyan anaciditások következő esetünkben a N-kiválasztás lényeges emelkedést mutat az előzőkhez képest. Itt azonban hypermotilitás is kombinálta a kórképet, a minek jele gyanánt a bismutpép már 1½ óra múlva elhagyta a gyomrot.

Az eset a következő:

XV. eset. J. M. 42 éves. Neurastheniás panaszokkal keresi fel a klinikát. Normalis gyomorhatárok. Próbareggeli: kevés gyomortartalom, a mely kevés folyékony részből és sok rosszul emésztett zsemlyedarabkból áll. Szabad HCl 0, összaciditás 3, tejsav nyomokban, vér 0. Brieger negatív. Diastase 415. Vizsgálati eredmény:

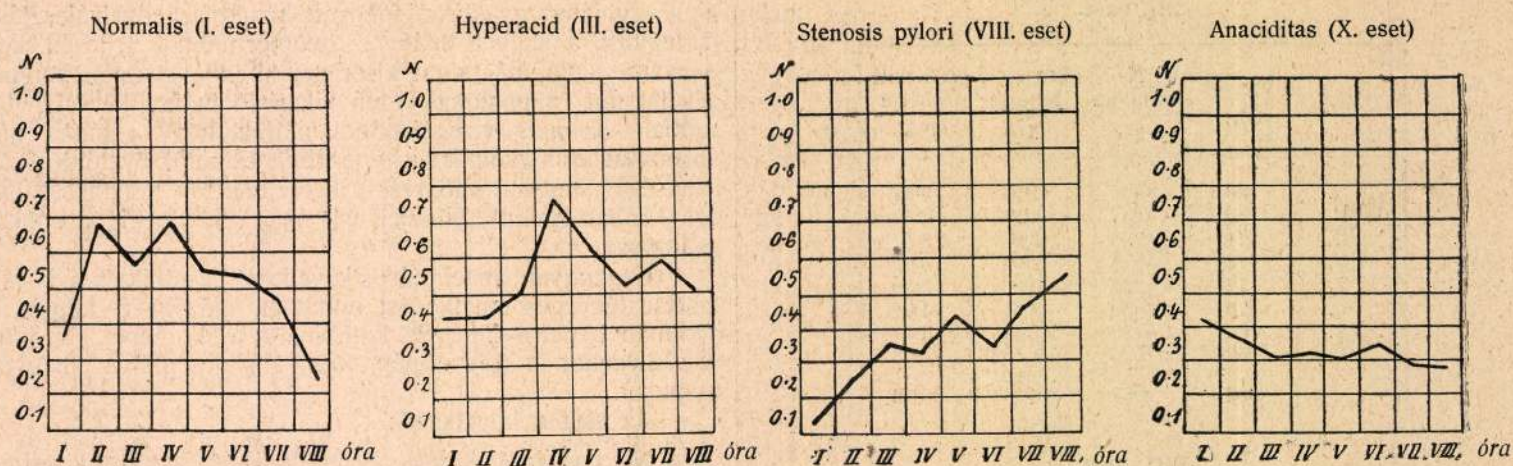
XV. eset.

Óra	Vizelet cm ³	N- tartalom gr.	Megfelelő fehérje gr.	A bevitt fehérje ‰
I.	142	0.40	2.50	4.73
II.	57	0.51	3.19	6.03
III.	65	0.56	3.50	6.62
IV.	42	0.39	2.44	4.61
V.	42	0.33	2.06	3.89
VI.	49	0.43	2.69	5.01
VII.	69	0.61	3.81	7.20
VIII.	29	0.27	1.69	3.19
	495	3.50	21.88	41.28

Ezen esetben, mint a táblázatból látható, az összes kiválasztott N 3.5 gr., a bontott fehérje a bevittnek 41.28‰-a, tehát több, mint normalisan és hyperacid eseteinkben, de nagyobb, mint a többi anaciditások esetében. A kísérleti egyén neurastheniásnak benyomását keltette s nincsen kizárva, hogy a mi, az étvágyat jobban ingerlő próbareggelink nagyobb HCl-elválasztásra vezetett, mint az Ewald-féle. Újabb klinikai vizsgálatokból különben is tudjuk, hogy a sósavválasztást psychés ingerek mennyire befolyásolják. Éppen ezen okból szóba jöhet módszerünk, mely más úton, mint a gyomorszonda útján ad felvilágosítást a fehérjeemésztés sufficiens vagy insufficiens voltáról.

A táblázatokból rekonstruálható görbék közül a következőkben négy görbét közlünk, egy normalis, egy hyperaciditások, egy stenosis pylori s egy anaciditások eset görbét, a melyek élénken demonstrálják az előzőkben elmondottakat.

Az anaciditással járó gyomorbajokban található N-kiválasztási görbe viselkedését különösen ki akarjuk emelni, mert ezt vizsgálataink legkiemelkedőbb részének tartjuk. Magyarázata mindenképpen szerint az, hogy a gyomor sósavhiánya mellett a fehérje a vékonybél és vastagbél elülső részeiben, a hová az első 8 órában jut, még nincsen annyira előrehaladva, hogy felszívódása és a szervezetben való felbomlása a N-kiválasztásban kifejezésre juthasson. Az emésztés első láncszemeinek hiánya mellett a pankreas- és bélfehérjebontó enzimek nem tudják ezt a hiányt pótolni. Vizsgálati berendezésünk ezt annál élesebben tüntette ki, mert a fehérje nagy része kötőszövetben bővelkedő, nem főtt húsrá esik. Tudjuk pedig azt, hogy a gyomoremésztés feladata éppen a kötőszövet emésztése. Fel kell tehát vennünk, hogy a fehérje elsődleges bomlástermékei a bélben keletkezve, ott hosszabb ideig időznek; minthogy azonban tudjuk, hogy sósavhiány mellett a fehérje végleges felszívódása a székletét N-tartalmából mérve, nem sokkal kisebb a rendesnél, következtethetjük, hogy anaciditással járó eseteinkben a fehérjeemésztés legnagyobb része a vastagbélben megy végbe. A



vastagbélnek ezen túlterhelése magyarázza azután anaciditással bíró betegekben az igen erős fehérjerothadást és a vastagbélhurutokra, sőt a vastagbél ulcerosus folyamataira való nagy hajlamosságot, a melyeket sósav adásával akárhány-szor rendbe is hozhatunk.

A dissimilációs görbe alacsonyágához anaciditások esetekben még az is hozzájárulhat, hogy anacid betegekben a fehérjeemésztés és felszívódás lassúbb lévén, mint normalisan, ők abban a helyzetben vannak, mintha állandóan fractionálva tápláltatnának. *Adrian, Gebhardt* és *Krummacher* vizsgálataiból tudjuk, hogy fractionált fehérjetáplálás mellett a fehérje appositója könnyebben következik be, mintha ugyanezen fehérjemennyiséget egyszerre adagoljuk. Ezen appositio azután természetesen a N-kiválasztás rovására esik. Normalis és hyperacid esetekben az emésztés- és felszívódás-viszonyok megfelelnek annak, a mikor egyszerre nagyobb fehérjemennyiséget adagolunk, míg anaciditások esetén a fractionált fehérjetáplálás viszonyait utánozzák.

Visszatérve hyperacid eseteinkre, még pár szót akarok róluk szólani. Feltűnő, hogy hyperacid eseteinkben a fehérjebontás legmagasabb értékeit találtuk. Hogy ennek esetleg az anyagcsere fokozott volta az oka, arra a tervbe vett s a gyomor pathologiai vizsgálatai alkalmával végzett gázcserevizsgálatoktól remélünk felvilágosítást kapni. E tekintetben legyen szabad gondolatmenetünket röviden vázolni.

A klinikusnak nagyon gyakran van alkalma tapasztalni, hogy a hyperacid betegek, dacára az egészen jó táplálkozási viszonyoknak, a hyperaciditás idejében súlyukból veszítenek. Számos klinikus, így közöttük *Stiller*, az asthenia universalis congenitáról írt ismeretes monographiájában felveti a kérdést, vajjon hyperaciditás esetén az anyagcsere-folyamatok nem fokozódtak-e. Ismeretes, hogy hyperacid egyénekben az emésztés ideje alatt mindazon subjectív és objectív zavarok jelentkeznek, a melyeket a régiek mint emésztési lázat írtak le: szapora pulsus, az arc kipirultsága, melegézés, fénylő szemek, fejfájás, és pedig jóval kifejezettebben, mint egészségeseken és anacid egyénekben, kiken a depressív tünetek lépnek előtérbe.

Gondolhatunk tehát arra, hogy bizonyos emésztési fermentumok fokozott mértékben való termelődése, akár az idegpályák útján (vago-toniás befolyás pl.), akár a vér útján (hormonok) azon enzymák fokozott productiójára vezet, a melyek az intracelluláris anyagcsereben a bevitt tápanyagok fokozottabb és gyorsabb felbomlását és elégését eredményezik. Teleologiai szempontból ezen berendezés czélszerűsége nagyon könnyen érthető.

Megemlítettük ezt a hypothesis-t, mert kísérleteinkben feltűnő, hogy a fehérjebomlás legmagasabb értékeit hyperacid eseteinkben találtuk. Messzire menő következtetéseket azonban nem akarunk ezen pozitív leletből levonni.

A pozitív adatok, a melyeket vizsgálataink eddig kiderítettek, a következők:

1. Az erősen fehérjetartalmú étkezést követő 8 órában a N jellegzetes görbe alakjában választódik ki.
2. Hyperaciditás esetén a görbe magasabb, magasságát

azonban későbbben éri el, mint normalis esetekben. Minél rosszabb a motilitás, annál későbbben következik be a görbe maximuma. Legkésőbbben pedig organikus pylorus-szűkület eseteiben.

3. Anaciditások eseteiben, egyetlen egy hypermotilitással kombinált esetet leszámítva, a N-görbe az első 8 órában kifejezett emelkedést nem mutat.

Eredményeink tehát feltevésünket, hogy a gyomor-zavarok a fehérjedissimilációra lényeges befolyást gyakorolnak, beigazolták. Láttuk, miként változtatják meg azok a fehérjedissimilációs görbe alakját. Lehetséges, hogy további vizsgálatok alapján diagnostikai célokra is felhasználhatjuk eredményeinket. Lehetséges, hogy ha nem is az óránként felfogott, de a 8 órán át gyűjtött vizelet N-meghatározásából — ismert próbaátkezés mellett — úgy fogunk következtetni a fehérjepepsiára vagy eupepsiára, a mint a *Schmidt*-próbából a szénhydrat-emésztés sufficiens vagy insufficiens voltára következtetünk.

Irodalom: *Rubner*: Die Gesetze des Energieverbrauches und der Ernährung. Leipzig, 1902. — *Aberhalden*: Lehrbuch der physiologischen Chemie. Berlin, 1906. — *Voit*: Physiologische Untersuchungen. Augsburg, 1887. — *Feder*: Zeitschrift für Biologie, 1881, Band 16. — *Gruber*: Zeitschrift für Biologie, 1902, Band 42. — *Hämäläinen und Helme*: Skandinavisches Archiv für Physiologie, 1907. — *Falta*: Deutsches Archiv für klinische Medizin, Band 36. — *Forster*: Zeitschrift für Biologie, 1873, Band 9. Seite 383. — *Oppenheim*: Archiv für die gesamte Physiologie, 1880, Band 23. Seite 461. — *Sonden und Tigerstedt*: Skandinavisches Archiv für Physiologie, 1885, Band 6. Seite 151. — *Tschlenoff*: Skandinavisches Archiv für Physiologie, 1886, Band 7. Seite 75. — *Landergras*: Korrespondenzblatt f. Schweizer Aerzte, 1896, Nr. 65. — *Veraguth*: Journal of Physiol., 1897, Vol. 21. pag. 112. — *Rosemann*: Archiv für die gesamte Physiologie, 1897, Band 65. Seite 343. — *Tangwell*: Tigerstedt's Lehrbuch der Physiologie, 1897, Band 1. Seite 90. — *Hopkins und Hope*: Journal of Physiol., 1898, Vol. 23. pag. 270. — *Haas*: Biochemische Zeitschrift, 1908, Band 12. Seite 203. — *Magnus-Levy*: Noorden's Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels, Band 1. Seite 227. — *Stiller*: Die asthenische Konstitutionskrankheit, 1907.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Gesammelte Werke von Robert Koch. Unter Mitwirkung von Prof. G. Gaffky und Prof. E. Pfuhl herausgegeben von Prof. J. Schwalbe. Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1912. Ara 80 márka.

Koch összegyűjtött munkáinak kiadása nem csupán a kegyelet lerovásának jelentőségével bir, hanem határozottan szükségletet elégít ki. Mert egyrészt csak így jutottunk abba a helyzetbe, hogy a maga teljességében ismerjük meg e nagy szellemet az orvostudományjal való vonatkozásaiban, hiszen akárhány hivatalos jelentés, a melyet *Koch* szerkesztett s a melynek messzeható jelentősége volt és van fontos közegészségügyi és orvostudományi kérdésekben, ezen kötetekben lát először napvilágot. Másrészt pedig így összegyűjtve könnyen hozzáférhetővé váltak örökbecsű dolgozatai, a melyeket minden idők orvosának ismernie kell, hacsak némileg is számot

tart arra, hogy ne tekintsék nem is mesterembernek, hanem csak kiskereskedőnek. De ha ez a kijelentésünk némelyek szerint talán túlzott is: azt senkisésem fogja kétségbe vonni, hogy Koch munkái örökké fényes példái maradnak annak, hogy miképpen kell az orvostudomány terén dolgozni, nemkülönben annak is, hogy miképpen kell e dolgozás eredményét papírra vetni. Alig van nemcsak az orvosi, de az egész irodalomban még egy-két szerző, a kinek munkái a gondolatmenet világossága és a kifejezésmód tisztasága folytán annyira ajánlhatók volnának a jól írás művészetének elsajátítására, mint éppen Koch, a kinek egyik-másik munkáját tudunkkal csakugyan nem orvosok is használják a jól írás tanításának terén.

Koch munkái két hatalmas kötetet tesznek. Bennük az egyes dolgozatok nem időrendben követik egymást, hanem az együvé tartozó kérdésekre vonatkozók vannak csoportosítva. Így az első kötet a lépfene és a sebfertőző betegségek aetiológiájára, továbbá a fertőtlenítésre és végül a tuberculosisa vonatkozó dolgozatokat öleli fel. A második kötet első fele a cholera-ról, a malariáról és a tropusi betegségekről írt munkákat tartalmazza, második felében pedig két ifjúkori dolgozaton (ganglionsejtek a méh idegein, a borostyánkősav képződése az ember szervezetében) kívül megtaláljuk a különböző jelentéseket, véleményeket és beszédeket, a melyeket hosszú munkássága alatt készített s a melyekből leginkább kitűnik, hogy e nagy elme nemcsak a fertőző betegségek terén volt otthonos, hanem mint általános higienikus is elsőrendűt alkotott, a mint ezt a himlő-oltásról, a csatornázásról, a vízellátásról, a gyermekhalandóságról, a vágóhidakról stb. írt jelentései bizonyítják.

Gaffky tanár emlékbeszéde vezet be a méltó köntösben megjelent, számos táblával és rajzzal díszített örökbecsű munkát.

Lapszemle.

Belorvostan.

A Shiga-Kruse-féle dysenteria gyógyításáról anti-toxikus serummal ír R. Kraus. Az 1911. év nyarán és őszén Galicziában és Bukovinában észlelt súlyos dysenteria-járvány alkalmával szerzett tapasztalatok szerint az eredmények igen jók voltak. Így pl. Galicziában 1420 kezelt esetből 137 (9.65%) halt meg, míg 6914 nem kezeltből 1321 (19.1%) . Bukovinában teljesen hasonlóak voltak az eredmények. A dysenteria-bacterium toxinja nyúlón, kutyán, majmon a bélben az emberi megbetegedéshez teljesen hasonló anatómiai elváltozásokat idéz elő. Az ezen toxinból nyert antitoxin csak kis fokban bactericid, de annál nagyobb mértékben antitoxikus hatású, s az emberi dysenteriában igen hatásosnak bizonyul. A serum korai alkalmazásakor a betegség tünetei órák alatt javultak, a betegség coupirozódott. De a későbbben injiciált esetek jótékony befolyásoltatása is kétségen felüli. Lehet, hogy a prophylaxisos alkalmazott serum is hasznosnak fog bizonyulni. Az antitoxikus dysenteriaserum aetiologiai gyógyszer, mely hatás tekintetében a diphtheriaserummal egyenrangú. (Deutsche med. Wochenschrift 1912, 10. sz.) Galambos dr.

Sebészet.

A vesedecapsulatio javalatairól tartott előadást Lehmann. Harrison londoni sebész volt az első, a ki rámutatott arra, hogy az albuminuria és a cylindruria bizonyos esetekben a capsula propria punctiójára vagy incisiójára meggyógyulhat. Téves diagnózisok kapcsán jutott ezen meggyőződésre, a mennyiben azt tapasztalta, hogy ha például vesekő vagy genyedésre való gyanu miatt végezte a bemetszést és ezen kóros elváltozásokat nem is találta, a beteg kellemetlenségei lényegesen javultak, a fehérje eltűnt, a diuresis pedig jelentékenyen növekedett. Később Israel az esetek egész sorával mutatta ki a vesetok felhasításának az egyoldali vesekölikákra, a vesevérzésekre, az úgynevezett nephralgiákra és angioneurosisos vesevérzésekre való jó hatását.

Ugyancsak azt találta, hogy az egyidejűleg jelenvolt nephritiszes elváltozások is lényegesen javultak. Míg Israel csak az említett tünetek esetén állította fel ezen műtét javalatát, Edebohls minden fajta nephritist a decapsulatioval igyekezett gyógyítani. Későbbben a decapsulatio javalatát mindjobban kiterjesztették és anuriában, uraemiában, acut és idősült nephritisben, végül eclampsiában is alkalmazták.

A szerző egyrészt a decapsulatio-ra vonatkozó állatkísérleteket ismertetve, másrészt pedig megoperált eseteinek eredményét összefoglalva, a következő conclusióra jut: Az Edebohls-féle propositio hamis feltételekből indul ki. A kísérletezők nagy része tudniillik azt találta ugyan, hogy decapsulatio után a vese tokját már két-három hét múlva új kötőszöveti burok veszi körül, a mely a normális capsula propriát vastagságban és feszességben messze fölülmulja, ezenkívül kezdetben elég véreduz; azonban az újonnan képződött vérereknek a vesébe való benövését és a hiluserekkel való anastomosist, a melyre Edebohls-nak theoriája a nephritis gyógyítására vonatkozólag alapított, a szerzők legnagyobb része nem találta. Ezért az Edebohls felállította elv: a nephritis bármely fajtájának műtéttel való gyógyítása, elvetendő. Javaltnak tartja azonban a szerző az úgynevezett nephralgiák és angioneurosisos vesevérzések esetén.

Életmentőleg hat a decapsulatio anuriában és különösen acut nephritis következtében beállott uraemia esetén. Az utóbbi esetben a betegség meggyógyulását jelentékenyen elősegíti. Idősült vesegyulladás kapcsán beállott húgyvérűség ellen csak akkor javult a műtét, ha a betegségnek acut exacerbatiója jelentkezett. A genyes vesegyulladás esetén a decapsulatio bizonyos körülmények mellett a vesemedence drainezésével együtt végzendő, ha egyáltalán nem a nephrotomia javult. Eklampsia esetében a szerző a decapsulatioval jó eredményt ért el. Mindezen esetekben a műtét és hatása a vese fesztelenítésén és tehermentesítésén alapszik és ennek következtében a vérkeringési viszonyoknak megjavításán, a minek legelső megnyilvánulása a diuresis hathatós előmozdítása lesz.

Idősült veselobban csak a közérzet javításával segíthet. A nephritiszes folyamatra nem hat vagy legalább is nem állandóan.

A discussióban Aschfelemlítette, hogy eclampsia hat esetében végezvén a decapsulatiót, 4 esetben az eclampsia a szülés után állott be. Mind a négy esetben a rohamok megszűntek a decapsulatio után és a szülőnők meggyógyultak. Egy esetben szülés előtt állott be, szülés után megszűnt és rövid idővel utána ismét jelentkezett és csak decapsulatio-ra gyógyult. A 6. esetben már beteg veséknél voltak kénytelenek eclampsia végett decapsulatiót végezni, a mi azonban nem javult sikerrel. A szerző véleménye szerint a decapsulatio a vese fesztelenítésével hat és a hatás sokkal gyorsabban jön létre, semhogy új vérképződésre és ennek jótékony hatására gondolni lehetne. Szerinte az eclampsiában a decapsulatio, miként a spontán vagy művi úton előidézett szülés, nem feltétlenül gyógyító hatású, azonban úgy az egyik, mint a másik módszer alkalmazásától jó eredményeket lehet látni.

Willy Hirt ellene van a decapsulatio és az egyidejűleg végzett nephrotomia műtétjének inficiált vese esetén. (Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 4. sz.) Ifj. Háhn Dezső dr.

Elmekórtan.

A terjedő hűdéses elmezavar kezelése natrium nucleinicummal című alatti ismerteti N. A. Jurmann azon eredményeket, melyeket 1910 júniusától 1911 júniusáig a szt.-pétervári Nikolai-katonakórház idegosztályán 17 paralytikuson natrium nucleinicum-injectiókkal elért. A kezdeti dosis 1.0 volt, majd fokozatosan emelkedett 2.0, egyes esetekben 2.5-ig. A 17 beteg közül 4 meghalt, 6 betegen javulás nem volt megállapítható, 7 betegen kisebb vagy nagyobb fokú javulás állott be.

A 4 meghalt beteg kórtörténetéből kiderül, hogy az injectiókat a betegségnek már igen előrehaladott szakában

kezdették meg; az egyik beteg azonkívül tuberculosisban is szenvedett. Azon 6 beteg közül, a kiken az injectiók látszólag eredmény nélkül maradtak, 4 beteg a par. progr. terminalis szakában volt, 2 betegen az intelligentia-defectus aránylag csekélynek mutatkozott, a melancholiás hangulat dominált. Pontosabban átvizsgálva ezen 6 kórtörténetet, a natrium nucleicum-injectiók kedvező befolyása mégis félreismertetlen. 1 esetben határozott késleltetés volt észlelhető a betegség lefolyásában; egy másik beteg nyugodtabb lett, a hallucinációk eltűntek és a téveszmék rikáiban jelentkeztek; ezzel egyidejűleg testsúlyban lényegesen gyarapodtak a betegek (egy esetben 51.3 kilóról 60.4 kilóra). A kedvező sikerrel gyógykezelt 7 beteg testsúlya emelkedett, egy esetben 23 kilóval. A javulás foka a psyche szempontjából változó volt: 1 esetben a javulás oly határozott alakban jelentkezett, hogy a beteg ismét szolgálatba léphetett és csupán csak a megfigyelés rövid tartama nem engedi meg, hogy teljes gyógyulásról szóljunk; hasonló *eclatáns* hatás mutatkozott 2 másik betegen; a többi 4 betegen szintén rendkívüli javulás állott be, de az intelligentia némi defectusa visszamaradt, főleg az átszenvedett betegség és különösen az előbbi téveszmék nem teljes kritikai méltatása tekintetében. A betegség objectiv tünetekre vonatkozólag megjegyzendő, hogy azok *valamennyien* egyetlen egy esetben sem tűntek el teljesen; igen érdekes volt 3 esetben a beszédzavar teljes eltűnése; 1 esetben az írásképeség lényegesen javult; ugyanebben az esetben eltűntek az injectio után az azelőtt igen élénk térdreflexek, 1 esetben viszont visszatértek a térdreflexek; 1 esetben eltűnt a *Romberg-tünet*. A szerző határozottan utal arra, hogy az esetek többségében (7 közül 5-ben), a melyekben az injectiókra javulás mutatkozott, objectiv tabestünetek is fennállottak; ezek tehát *taboparalys*-esetek voltak.

A mi az injectiók hatását a testhőmérsékre illeti, az nagyon változónak bizonyult: néhány esetben az adagok fokozatos emelése daczára sem lehetett nagyobb hőemelkedést elérni; más esetekben a temperatura felszállott 39, sőt 40^o-ra már kisebb és közepes adagokra is. A hőmérsék emelkedése az injectio utáni 1., 2., ritkábban 3. napon észleltetett. A lázas reactio nem állott viszonyban a natrium nucleicumnak a betegség lefolyására gyakorolt kedvező vagy indifferens hatásával. Az esetek többségében a lázas reactio egyenlő adagok folytatólagos befecskendezésére fokozatosan csökkent. A leukocytosis az injectiók után nem volt oly kifejezett, mint *Donath* eseteiben. Az egyes jelenségek közül, melyek az injectiók után egyik-másik esetben mutatkoztak, a következők érdemelnek említést: egyes betegeken az injectio utáni 1. nap folyamán gyakori vizelés észleltetett; 2 betegen az injectio utáni estén és éjjelen izgalmi állapot jelentkezett, mely másnapra eltűnt; egy esetben, mely a későbbi lefolyásban *eclatáns* javulást tüntetett fel, 2 ízben rosszabbodott az injectio után a beszédzavar, mely azonban 2 nap mulva teljesen eltűnt; ugyanezen betegen néhány injectio után fájdalmak állottak be a végtagokban, különösen az ízületekben és mindkét lábszár hegeiben. Genyedés az injectio helyén csupán 1 ízben jelentkezett. (Russki Vratch, 1911, 46. és 47. sz.)

Giese Ernő dr. (Szent-Pétervár).

Gyermekorvostan.

Konzervált női tejjel táplálással szerzett gyakorlati eredményeikről számolnak be *Mayerhofer* és *Pribram*. (Wien). Már három év óta fáradoznak azon, hogy egy kevés dajkával rendelkező csecsemő-osztályon konzervált női tejet alkalmazzassanak a csecsemőtáplálás céljából. Ezen három év alatt szerzett tapasztalat megmutatta, hogy a *Budde-féle* eljárásnak általuk ajánlott átvitele a női tejre a kórházi üzemből jól keresztülvihető. Tekintettel a női tejnek azon tulajdonságára, hogy magasabb katalase-tartalmánál fogva hydrogen-superoxydot gyorsabban bont el, mint a tehéntej, az eredeti *Budde-féle* eljárást (mely igen kis mennyiségű hydrogen-superoxydnak egyszeri hozzátételéből áll) oda módosították, hogy nagyobb mennyiségű hydrogen-superoxydot alkalmaz-

tak és az eljárást szükség szerint hétről-hétre megismételték. Ha a női tej már kissé savanyú volt, calciumsuperoxydot (calcodat) használtak egyedül, vagy hydrogen-superoxyddal együtt.

Ily módon nem túlságosan csíradús női tejjel teljes sterilizációt értek el, csíradúsabb női tejben pedig a csírák száma annyira megkevesbedett, hogy csaknem minden esetben a női tejet hosszabb időn át lehetett eltartani és felhasználni. Ezen kívül zsírtalanított női tejből porkészítményt állítottak elő, mely tiszteres vízzel keverve, csecsemőtáplálásra felhasználható. Ezen nőtej-porot még tovább lehet eltartani (körülbelül félévig), mint a folyékony, konzervált női tejet.

A szerzők a nőtej-conservet 100 klinikailag pontosan észlelt esetben alkalmazták. Eredményeket értek el a legfontosabb, a csecsemőosztályon figyelembe jövő esetekben. A 100 kísérlet közül 80-ban a folyékony konzervált női tejet adták, ezek közül 63 esetben a táplálási eredmény kielégítő volt, 17 esetben azonban nem jutottak célhoz, de ezek mind igen súlyos táplálkozási zavarok voltak, a melyeket valószínűleg a mellen sem lehetett volna megmenteni. Egy esetben sem tapasztalták, hogy a tejhez kevert hydrogen-superoxyd vagy calcium-superoxyd káros hatást fejtett volna ki. A többi 20 nőtej-porral táplált csecsemőn 15 esetben láttak jó eredményt, öt esetben nem volt javulás.

A konzervált női tej mint gyógyító táplálék javalt mindazon esetekben, a melyekben női tejet kellene alkalmaznunk. Különösen javalt olyan csecsemők számára, kik szopásra képtelenek és bujakórosak számára, kiket mellre tennünk nem lehet. Tapasztalataik szerint a táplálásnak ezen módja fontos olyan csecsemőosztályokon, hol a női tej időnként fölöslegesen sok, időnként azonban rendkívül kevés. A közvetlenül mellen való táplálást természetesen előnyben kell részesítenünk, a konzervált női tejjel való táplálás mindamellett oly pótló eljárást képvisel, a mely a mellen való tápláláshoz gyógyító eredményeit illetően is a legközelebb áll. (Zeitschr. f. Kinderhk., 1912, 3. kötet, 5. és 6. füzet.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az argentsaryl nevű új arsenezüstkészítményt *Barcanovich* nagyon jó eredménnyel használja malaria ellen. 10 cm³ fecskendezendő a bőr alá. (Münchener med. Wochenschrift, 1912, 11. szám.)

Pollutio ellen *Robinson* a többi között a következő összetételű pilulákat is ajánlja: Rp. Extr. secal. cornuti 4.0; Styptoli 1.0. Fiant pil. No. XXX. S. Naponként egy veendő be. (Journal of urology, 1912, február.)

A bromural a fogorvosi gyakorlatban is jó szolgálatokat tesz *Becker* szerint, erősen megnyugtató hatása miatt. Felnötteknek 2, gyermekeknek 1 tablettát adandó 1/2 órával a fogászati kezelés előtt. Az utófájdalmaknak csökkentésére is jó ez a szer, a mely bátran adható a betegek kezébe, mert teljesen veszélytelen. (Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde, 1912, 3. füzet.)

A bromuralt *Schäfer* kiterjedten használja a gyermekgyakorlatban. Gyermekkori hystéria, álmatlanság, pavor nocturnus, tic convulsif több esetét közli, a melyben nagyon jó eredményt látott a bromural-tabletták használatától. (Therapie der Gegenwart, 1912, 3. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 17. szám. *Lévy Lajos*: Megjegyzések a gynomnedv-hypersecretio körjelző jelentőségéről. *Weisz Ede*: A luetikus izületi bántalmakról.

Klinikai füzetek, 1912, 4. füzet. *Schulhof Vilmos*: A radioaktivitás a fürdőgyógyászat szempontjából. *Weiss Emil*: A tüdővész, a gyermekhalandóság, általában a járványok elleni küzdelem egy újabb actiójáról Magyarországon.

Orvosok lapja, 1912, 18. szám. *Cukor Miklós*: A normalis hüvelyváladék bakteriumölő képességéről.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 18. sz. *Basch Imre*: A syphilitis therapiája. „Sebészet” melléklet, 2. szám. *Herczel Manó*: A gyomor-actinomycosisról. *Szili Jenő*: Adnex- és coecum-tuberculosis. Méh- és adnexkiirtás coecum-resectióval. *Simkó Lajos*: Orrkő esete.

Vegyes hírek.

Tangl Ferencz dr. budapesti egyetemi tanárnak a király az udvari tanácsosi címet adományozta.

A M T. Akadémia új tagjai. *Preisz Hugó* dr. budapesti egyetemi tanárt levelező taggá, *Zuntz Náthán* dr. berlini physiologust pedig külső taggá választotta az Akadémia III. osztálya.

Kinevezés. *Korányi Sándor* dr.-t sárrét-udvari járásorvossá, *Fölser István* dr.-t Palicsra fürdőorvossá, *Fodor Lajos* dr.-t és *Szücs Sándor* dr.-t az újvidéki kórházhoz másodorvossá nevezték ki.

Választás. *Bánfi István* dr.-t Szászabányán, *Komesz József* dr.-t Mezőrúcsön körorvossá választották.

A magyar orvosi szaklapok egyesülete részéről a következő nyilatkozatot vették: „A magyar orvosi szaklapok egyesülete 1912 április 22.-én tartott ülésén tárgyalás alá vette *Flesch Nándor* dr. egyesületi tag beadványát, melyben a *Walkó Rezső* dr. egyesületi tag által külföldi hirdetőkhöz és hirdetési irodákhoz küldött átiratnak olyan passusait és kitételeit kifogásolja és nehézményezi, melyek a *Flesch Nándor* dr. által szerkesztett és képviselt „Orvosi Hetiszemlé“-t és „Országos Orvosszövetség“-et zuglapanak és kizárólag hirdetési ügynökök lapjának minősíti, melyeknek erkölcsi értékük nincs. *Walkó Rezső* dr. előzetesen kijelentette, hogy ő a köriratában nehézményezett kitételeket nem vonatkoztatta a *Flesch Nándor* dr. által képviselt lapokra. Az egyesület helyteleníti *Walkó Rezső* dr. köriratának fogalmazását, mely valóban arra a feltevésre szolgáltat alapot, mintha a szóbanforgó két lap a, sajnos, valóban létező és orvosi szaklap nevét bitorló, hirdetési ügynökök által szerkesztett sajtótermékekkel volna egy sorba állítható. Az egyesület kijelenti, hogy a *Flesch Nándor* dr. által szerkesztett „Orvosi Hetiszemlé“-t és „Országos Orvosszövetség“-et kifogástalan orvosi szaklapnak tekinti. Kelt Budapesten, 1912 április 22.-én. *Lenhossék Mihály* dr. s. k. elnök, *Győry Tibor* dr. s. k. ügyvezető titkár.“

Meghalt. *Singer Jakab* dr., fővárosi gyakorló orvos 72 éves korában. — *Mátrai Gábor* dr. fővárosi orvos 53 éves korában. — *Schreter Gyula* dr. 62 éves korában április 25.-én Lőcsén. — *Máthé Szabó Károly* dr. Bikfalván. — *Dombóri Kornéli Dénes* dr. szurdoki körorvos 46 éves korában április 23.-án. — *M. O. Londé*, a törvényszéki orvos-tanára a bordeaux-i egyetemen. — *Unverricht* dr., valaha a bel-orvostan tanára Dorpatban, április 22.-én. — *A. Seligmüller*, az idegkór-tan rendkívüli tanára a hallei egyetemen, 75 éves korában.

Tisztiorvosi vizsgák. Az 1912 április hó 9.-étől 20.-áig Budapesten megtartott tisztiorvosi vizsgák alkalmával képesítést kaptak: *Bakody Aurél* gyak. orvos, Budapest, *Berényi István* bábaképzései tanársegéd, Debreczen, *Berkovits Henrik* közkórházi s.-orvos, Budapest, *Blum János* közkórházi s.-orvos, Budapest, *Csulák Sámuel* közkórházi s.-orvos, Budapest, *Fillinger Ferencz* egyet. tanársegéd, Budapest, *Fischl Manó* községi orvos, Bácsszentiván, *Gajzágó Tibor* gyak. orvos, Szolnok, *Gottlieb Márkus* ker. betegs. pénztári orvos, Gyula, *Grodkovszky Gusztáv* városi t. orvos, Leibic, *Groszmann Dezső Dávid* tb. járásorvos, Bártfa, *Hausz Ede* cs. és kir. főorvos, Budapest, *Kardos Jenő* közkórházi s.-orvos, Budapest, *Kárnik József* gyak. orvos, Székesfehérvár, *Kaufmann Pál* közkórházi s.-orvos, Budapest, *Kenyeres Gyula* gyak. orvos, Budapest, *Kopp Sámuel* járásorvos, Héthárs, *Korányi Sándor* járásorvos, Biharnagybajom, *Koronka Gábor* gyak. orvos, Pomáz, *Löke Lajos* klin. gyakornok, Budapest, *Markovits Miklós* klin. gyakornok, Budapest, *Messinger Gyula* közkórh. s.-orvos, Budapest, *Mezey János* bányatársaspénztári kórh. orvos, Tatabánya, *Sajgó Gusztáv* körorvos, tb. járásorvos, Adony, *Sánta Péter* gyak. orvos, Karczag, *Sebestyén Arthur* közkórházi alorvos, Budapest, *Seemann Dezső* klin. gyakornok, Budapest, *Singer Lipót* közkórházi s. orvos, Budapest, *Spitzer István* községi orvos, Kerény, *Stauber Andor* ker. t. orvos, Arad, *Stefunkó Lipót* városi orvos, Nagyszombat, *Steiner Gyula* gyak. orvos, Budapest, *Táby József* városi t. orvos, Kiskunfélegyháza, *Teichner Lipót* városi t. orvos, Késmárk, *Tóth Zsigmond* ideiglenes hat. orvos, Budapest, *Ungár Géza* ker. t. orvos, Kaposvár, *Varga Kálmán* klin. gyakornok, Budapest, *Waller Soma* közkórházi s.-orvos, Budapest, *Weinberger Sámuel* gyak. orvos, Máramarosziget, *Weisz Bertalan* közkórházi alorvos, Sátoraljaújhegy, *Wildmann Géza* gyak. orvos, Budapest.

A szegénysorsú tüdőbetegek sanatorium-egyesülete április 28.-án tartotta évi közgyűlését. A titkári jelentésből kiemeljük, hogy a lefolyt évben 944 beteget vettek fel az Erzsébet királyné-sanatoriumba és ezek közül 170-et kezeltek ingyen. Az elbocsátott betegek 70%-a végezte a kúrát eredménnyel és ezek nagy része munkabírását teljesen visszanyerte. Az egyesület vezetése alatt álló tüdőbeteg-gondozóban az elmúlt évben kb. 17.000 beteg jelentkezett. Az egyesület anyagi viszonyai, sajnos, nem kedvezők; az Erzsébet királyné-sanatorium közel 16.000 korona hiánnyal zárta le múlt évi működését.

A Roth dr. Stefánia-úti sanatoriumának cukor- és diaetás osztálya feletti főfelügyeletet *Mátrai Gábor* dr. elhunytá folytán *Szerb Zsigmond* dr. kórházi főorvos teljesíti mint consiliarius.

Bakó Sándor dr. egyetemi magántanár, kórházi főorvos lakását IV., Calvin-tér 4. szám alá tette át.

Congressus. Az első nemzetközi összehasonlító-pathologiai congressust Párisban fogják tartani ez év október 17–23.-áig, *Roger* tanárnak, a párisi egyetemen a kísérleti kórtan tanárának elnöklésével. A congressus titkárai *Garnier* és *M. Grollet*.

Személyi hírek külföldről. *Neusser* tanár Bécsben betegsége miatt a jelen nyári félévben sem tart előadást; helyettese *W. Türk* czimz. rendkívüli tanár. — A baseli gyermekklinika igazgatójává *E. Wieland* dr.-t nevezték ki, rendkívüli tanári minőségben. — Moszkvában *J. Chr Dzirne* magántanárt a sebészet tanárává nevezték ki. — *O. Fragnito*-t, az elmekórtan tanárát a sassari-i egyetemen, Sienába helyezték át. — *A. Kühn* (Rostock, belorvostan) és *D. Tabora* (Strassburg, belorvostan) magántanárok tanári címet kapott.

Hírek külföldről. Márczius 24.-én mult 30 éve, hogy *Koch Robert* a gümőkór bacillusára vonatkozó korszakos felfedezését előadta a berlini physiologiai társulatban. Ennek emlékére a német császár elrendelte, hogy a berlini „Institut für Infektionskrankheiten“ a párisi Pasteur-intézet és a londoni Lister-intézet mintájára *Koch Robert* nevét viselje.

Lapunk mai számához *Dr. Weiss J.*, Nürnberg „Saint Raphael-bor“ című cikkének különnyomata van mellékelve. Főraktár: Apotheke zum Heil. Geist, Wien I., Operngasse 16.

Mai számunkhoz *Duret és Raby* Marly-Le-Roi-i czég „Thaloxine“ című prospectusa van mellékelve.

Tátrafüred

gyógyfürdő, magaslati gyógyhely (1020 m.) Villanyozások, massageok, stb. stb. Diaetás konyha 3 vendéglőben. Ideg- és belbetegeknek. Vezető orvos: **Dr. Groó Béla.**

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA

belbetegek — spec. szívbetegek és tüdőlk részére.

Dr. Doctor

Kossuth Lajos-utca 3. sz. (Telefon 697.) **Orvosi laboratoriumában** az összes diagn. vizsgálatokon kívül **autovaccin** előállításával is foglalkozik.

Ujtátrafüred Sanatorium

légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: **Szontagh Miklós dr.** Egész éven át nyitva.

Orvosi laboratorium

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

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81–01. Legmodernebbül berendezett magángyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati, bel- és idegbetegek részére. Igazgató-főorvos: **dapsai Dapsy Viktor dr., operateur.**

Orvosi laboratorium:

Dr. SZILI SÁNDOR, v. egy.tanársegéd. VII., Király-utca 51. Telefon 157–71.

Epileptikus betegek intézete

BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál **Wosinski István dr.**, igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

ORVOSI LABORATORIUM

Dr. MÁTRAI GÁBOR és **Dr. SAS BERNÁT** Telefon 26–96.

VI., Ó-utca 39. sz. **Vizsgálati tárgyak:** Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.

Kopits Jenő dr.

orthopaediai intézetét VII., Nyár-u. 22. sz. alá (a Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

REINIGER, GEBBERT és SCHALL r.-t. Budapest, Rákóczi-út 19.

Villamos orvosi készülékek. Radium-emanatorium-berendezések.

Városmajor sanatórium és vízgyógyintézet

Budapest, Városmajor-utca 64. — Telefon 88–99.

Emésztő szervek betegségei, anyagcserebántalmak, cukorbetegség, máj-, epekö-, vesebajok, neurasthenia, hátergicsorvadás ellen, soványító- és hizlalókurák esetére. — Felvétel a sanatóriumban egész nap. — Igazgató-főorvos: **csernyefalvi dr. Kozmutza Béla**

Dr. RÉH

Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. Az összes modern villamos gyógy módok. Röntgen-laboratorium. Álmatlanság, neurosisok, neuralgiák, arteriosclerosis stb. ellen

ERDEY Dr. sanatoriuma.

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



Védjegy.

Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legjobb sárvkötők, haskötők, összes betegápolási tárgyak és gummiárúk elsőrendű minőségben jutányosan kaphatók:

POLGÁR SÁNDOR, Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50.

— Legújabb nagy képes főárjegyzék bérmentve. — Javításokat elfogad. (Alapítva 1892.) Telefon 583.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: XXII magyar balneologiai congressus (I. ülés 1912 április 19-én) 348. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (I. ülés 1912 márczius 15.-én.) 349. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 349. l.

XXII. magyar balneologiai congressus.

I. ülés 1912 április 19.-én d. u. 5 orakor.

Elnök: Bókay Árpád.

Jegyző: Vámosy Zoltán.

Az elnök a következő megnyitót mondja:

Tisztelt Uraim! Mindinkább rájönnek az emberek, hogy a szabad természet cultusa a legszebb, legegészségesebb, legemberibb cultus. Aesthetikai érzékünk ott leli meg a folyton folyó teremtés legfölemelőbb megnyilvánulásait; az élet izgalmában kifáradt idegeink ott szerzik meg legbiztosabban a nyugalmat adó egyensúlyt; legemberibb érzésünk, a szabadságérzet is a szabad ég alatt, a természetben éled föl bennünk legerősebben, a hol nemcsak lélegzetünk szabadabb, nemcsak szívverésünk élénkebb, hanem gondolataink is magasabban szárnyalnak. A természet a mi legjobb iskolánk, legokosabb nevelőnk, legrationalisabb orvosunk. Ez a belátás hozta létre a modern turistikát, az utazásokat minden évszakban, a camping divatját, az erdei iskolákat, a szabadban tanítást, a tengeri utazásokat, a szabadban sportolást az év minden szakában. Menekülünk, a mint csak lehet, a négy fal szűk és nyomasztó légköréből, a nagyvárosi utcák izgató zajából, kényelmetlen tolongásából, utálatos porából és füstjéből. Ezen irányba életünk beosztásának, megszámlált napjaik felhasználásának rendkívül kiterjesztette a balneologia körét is úgy, hogy a neve már rég nem fűdi azt, a mit alatta értünk. Nemcsak fürdőkről, nemcsak ásványvizekről van már szó, ha balneológiáról beszélünk, hanem a szabad természetéről, melyet egész pompájával, téli fehér, tavaszi zöld, nyári virágos és őszi aranyos köntösében, minden szépségével, erejével, napsugarával, szellőjével, bocsátunk mi, a balneologia érdekeltjei és munkásai a beteg vagy munkában fáradt emberiség szolgálatára. A balneologia fogalmának ez a szélesebb alapokra való kiterjedése csak örvendetes, de az, hogy évről-évre nagyobb arányokban növekszik a szabad természetbe igyekvők száma, nagyobb földadatok elé is állít mindnyájunkat, mert ez a nagyobb tömeg ember érezve erejét többet is követel. Ezzel a több követeléssel lépést kell tartanunk, mert nem szabad elfelednünk, hogy az az ásványvíz, mely valakinek tulajdona s mely egy-egy fürdőhely keletkezésének basisa volt, az ezen helyet felkeresők nagy részének ma már gyakran valóban csak mellékes érték, a fő a kényelem, az olcsóság, általában mindaz, a mit a fürdő nyújt, s a concurrentia ezt jól megérezvén, gyorsan ki tudja használni a helyzetet. Különös figyelmet kell fordítanunk az ú. n. kisemberek gondozására. Ma már ezek alkotják a fürdőhelyekre áramló közönség nagy tömegét; ezek között is sok a beteg, ezek is fáradtak, ezek is jogot tartanak arra, hogy gyógyuljanak, sőt arra is, hogy üdüljenek és pihenjenek. A munkások betegpénztárának tagjai s a közoktatás munkásai, társadalmunk e mostoha gyermekei már megtették az első lépéseket Önöknél, hogy méltányos egészség alapján nekik is lehetővé váljék az, a mit a gazdagok oly könnyen megszerezhetnek maguknak: a szabad természet erőinek egészségük javára fordítása. A kezdet kezdetén állunk a kisember ellátását illetőleg fürdőinkben, de nagy figyelemmel kell foglalkoznunk a kérdéssel, mert sokkal nagyobb annak a socialis jelentősége, mint azt némelyek első pillanatra látják. És rosszul teszik azok: úgy a régi közönséghez szokottak, mint a fürdőtulajdonosok, ha panaszkodnak, hogy egy-egy fürdőhely vagy üdülhely látogatóinak úgynevezett kvalitása csökkent, a mi alatt azt értik, hogy megnőtt a szerényebb társadalmi állású, kevésbé pénzes vendégek száma, szemben a gazdagokkal. Egészséges socialis érzésű embernek csak örülnie kellene azon, hogy a kis existenciák is felismerik már az élet igazi szépségeit s erejük is van már részt követelni

maguknak azokból. Lehet, hogy az ilyen kis existenciák még nem mindig tudnak alkalmazkodni a környezethez s ezért néha talán alkalmatlanok is a régi törzsközönség zömének, de higgyék el, hogy nem alkalmatlanabbak, mint a születési és pénzelőkelőség exclusiv, követőldöző, mindenkit lenéző, minden jót a maguk számára lefoglalni óhajtó tagjai.

Utolsó együttlétünk óta nagyobb jelentőségű eseményről kevésről emlékezhetünk meg; a mi fontosabb előfordult, arról közgyűlésünkön igen érdemes főtítkáruk lesz hivatva beszámolni. Most csak azt említhetem meg mint örvendetes eseményt, hogy a tátrai villamos körvasutat, a Tátra barátjainak ezt a régi óhajtását, az idén már megvalósulva fogjuk látni; hogy testvér-egyesületünk, a Balatoni Egyesület, nagy erővel és fáradhatatlanul dolgozik, hogy a balatonparti fürdő- és üdülhelyek fejlődése ne csak extensiv, hanem intensív irányban is haladjon; hogy megépült a párját ritkító pöstyéni új hotel. Mint nem örvendetes momentumokról meg kell emlékeznem arról, hogy politikai életünk szomorú ziláltsága miatt még mindig nem jött létre a fürdőtörvény, hogy a földművelésügyi kormány még mindig ábrándozik arról a mesebeli svájci pénzcsoportról, mely az állami fürdőket bérbe venni lenne hivatva, a helyett, hogy a magyar vállalkozó kedvet igyekeznék alkalmas módon felkölteni, hogy itthon maradjon a haszon s ne úgy történjék, mint a Margitszigetet illetőleg alighanem már meg is történt, hogy adófizetőjévé lesz egész fővárosunk a külföldi tőkének, mely cerclejével, baccarat- és rouletasztalával még jobban demoralizálja majd társadalmunkat, mint a hogyan azt már úgyis megtette a sok kártyázó club.

Congressusunknak az idén is gazdag a tárgysorozata; régi kipróbált munkásaink mellett újak is fognak előadásztalunknál megjelenni, hogy tapasztalataikat közöljék velünk s gondolatokat ébreszsenek bennünk. Köszönet előre is buzgóságukért.

Midőn szívesen üdvözlöm megjelent tagtársainkat s házigazdáinknak, a budapesti kir. orvosegyesületnek tagjait, valamint az érdeklődő vendégeket, megnyitom a XXII. magyar balneologiai congressus tanácskozásait.

Weisz Ede: A rheumatismus tuberculosus. Eredeti közléseink között egész terjedelmében hozzuk.

Bosányi Béla: A rheumatismus tuberculosus felvétele hibás. Lehet rheuma gümökös egyénben. Húsz év előtt egy angol szerző megmondotta már, hogy a rheumatismus lefolyása attól függ, milyen talajba jut. Ha gümökös talajba jut, lefolyása módosul. Hogy mennyire igaz ez, bizonyítja a rheumatismus lefolyása az öregkorban. A rheuma, azt hisszük, attenuált sepsis, mely a garatból ered, de lehet, hogy a gyomor-béltractusban, vagy egyébütt van az oka.

Egy esettel illusztrálhatom a rheumatismus különböző lefolyását ugyanazon egyéneken különböző körülmények között. A 20 éves jogász angina után typosus polyarthritist kapott, mely végig vándorolt rajta. Meggyógyult. Három év múlva újra rheumával jelentkezett, de ízületei most dudorosak voltak, a lefolyás atypusos. Előadta, hogy első rheumája óta ismételtelen szenvedett vérköpésben és a budakeszi sanatoriumban is kezelték. Ugyanakkor anginában is szenvedett és a rheumatismus lefolyása más volt. Semmiféle thermalis kúrának nem vettem alá, hanem sanatoriumba küldtem és ott kedvezően folyt le a betegsége.

Azt hiszem, más rheumának is sokszor megtaláljuk az okát, csak keresni kell, de az elemzés néha nehéz. A thermalis kezelést perhorreskálom, a hol gümökörra van gyanú.

Okolicsányi-Kuthy Dézso: Szemben *Bosányi* kartárs felfogásával, az előadó nézetéhez csatlakozik, a ki a rheumatismus tuberculosust hajlandó tuberculosus körképnek elismerni. Az, hogy bonczoláskor a megbetegedett ízületben gümő vagy sajtosodás rendszerint nem mutatható ki, nem szól a tuberculosus jelleg ellen, mert ez a franciák által „tuberculose inflammatoire“-nak nevezett gümős lóbfolyamatokban — s ide sorolandó a tuberculosus rheumatismus is — többnyire így van. Az sem ellenérv a *Poncet* által hangoztatott és az előadó által elfogadott tuberculosus rheumatismussal szemben, hogy más gümős localisatiót az illető egyénben sokszor nem sikerül physicalisan kimutatni, s a vérvizsgálatkor is a *Koch*-bacillust eddig csupán egy esetben találták meg, annyival kevésbé, mert a rheumatisme tuberculeuse ren-

desen enyhe gümőkóros fertőzés eredménye és vagy kevés, vagy győn-
gített vírus behatolásából származott. Ellenben a szóban forgó körkép
létezése mellett szűl az a körülmény, hogy a diagnosztikai célból
alkalmazott tuberculin kis adagjaira is láthatunk már a gyanus izületen
kifejezett helyi reakciók tüneteket, és az, a mit az előadó említett, hogy az
ily rheumatismusok jodkalival kezelésre feltűnő javulást mutattak

Minthogy a *Spengler*-féle „Immun-Körper“-nek bizonyos specifi-
kus hatását eltagadni annak, aki e szerrel sokat dolgozott, lehetetlen-
ség, az előadó kedvező tapasztalatai ez activ-passiv immunisatiós anyag-
gal csak még jobban megerősítik a hozzászólót abban, hogy a gümös
rheumatismus létezését megállapítottak fogadja el.

Schulhof Vilmos: Sok évig a *Bosányi*-iskolában tanulva, *Bosányi*
álláspontján voltam, de magam is láttam a budapesti kerületi pénztár
egyik osztályán eseteket, melyek klinikailag mint rheumatismus szere-
peltek és ezek *Spengler*-féle Immunkörper-t kapva, erre reagáltak;
eleinte hevesebb volt a fájdalom, de utóbb gyönyörűen gyógyultak
Ezek azt a meggyőződést érezték meg bennem, hogy *Poncet*-nek bizo-
nyos fokig igaza van. Hogy tisztán gümőkóros fertőzés-e vagy tuber-
culosus egyénben levő fertőzés, nem döntő, de hogy ezen állapotot
lehet rheumatismus tuberculosusnak mondani, az bizonyos.

Palotay Andor: A rheumatismus tuberculosus körképének fel-
állításában a prioritás *Brocco*-t illeti meg, mert már 1892-ben írta le
először. Nagyon valószínű, hogy a polyarthrit is olyan bántalom, mely
toxin-eredetű és így a gümőkór toxinja is okozhat rheumatismust. A
diagnózisra nézve az a fontos, hogy ezek az esetek salicylra nem
reagálnak, a fájdalmak éjjel jelentkeznek és az illetőknek gümőkóros
habitusuk van. *Bosányi*-val egyetértek, hogy a thermalis kezelés hátrá-
nyos és a gümőkór kezelése a fontos.

Kéty Karoly: Mindnyájan tudjuk, hogy van egy peritonitis tuber-
culosa és egy tuberculosus peritonei és hogy a kettő között van különbség.
Bosányi felfogása egyoldalú, azt mondja rheuma van in individuo tuber-
culoso. *Weisz* önálló rheumatismus tuberculosust vesz fel, de nem
tagadja, hogy létezik rheumatismus in individuo tuberculoso.

Weisz Ede: Felfogásom az, hogy izületi megbetegedés nemcsak
bacillaris invasiótól keletkezhetik, hanem bacillus-toxin folytán is. *Bosányi*
eltérő felfogását meg lehet érteni, mert úgy vagyunk szokva és nevelve,
hogy csak bacillusok alapján tudunk elképzelni valami bajt. Itt nincs
bacillus és csak impressiónkra vagyunk utalva.

(Folytatása következik.)

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szak- osztálya.

(I. ülés 1912 márczius 15.-én.)

Elnök: **Kuzmík Pál.**

Jegyző: **Lobmayer Géza.**

(Folytatás.)

Idősült orbitalis phlegmone esete.

Pólya Jenő: Az 52 éves pálinkamérőt 1911 december
28.-án vették fel. Állítólag 3 év óta nem bírja jól nyitni a
száját; ezt a szájjárt arra vezeti vissza, hogy léghuzamban
állott. Fogfájása ez időben nem volt, fogát ezen időtáiban
nem húzták. 1911 szept.-ben látása a jobb szemén romlani
kezdett, három hét múlva szaggató fájdalmi támadtak jobb
szemében és a feje jobb felében. A szeme mindinkább ki-
dülte. E miatt egy szemészeti osztályhoz fordult, a honnan
papillitis et tumor retrobulbaris o. d. diagnosissal küldték
osztályomra. Luest tagad, semmiféle nemi betegsége, bő-
kiütése nem volt. Erős exophthalmus a jobb szemén, az alsó
szemhéj kifordult, a szem mögött kőkemény tömeg érezhető,
a szemet reponálni nem lehet, a szemgolyó sem active, sem
passive nem mozgatható. A jobb halántéktáj kidomborodó;
a beteg igen rosszul nyitja a száját, a két metszőfog közé
legfeljebb kanál nyelét lehet betolni.

Műtét december 30.-án. Typusos behatolás *Krönlein*
szerint, azzal a különbséggel, hogy a csontot eltávolítjuk. Az
orbita és temporalis árok egyetlen kemény, szürkés-fehér
tömeeggel kitöltött. Ebből egy részletet szövettani vizsgálatra
kimetszünk. Az alsó sebzugba vékony jodoform-csíkot helyezve,
a sebet bevarrjuk.

A kimetszett szövetdarab histológiai vizsgálata durva
rostos kötőszövetet mutat daganatra és luesre jellegzetes el-
változások nélkül. A negatív anamnesis-adatak daczára első-
sorban luesra gyanakodtunk és ezért a műtét után jodkálit
adagoltunk, de ez nem javított az állapotban és ezért tekintet-
tel arra, hogy a histológiai vizsgálat szerint egyszerű heg-
szövettel állunk szemben: fibrolysin-injectiókat adtunk (eddig
6-ot kapott), a mire az állapot lényegesen javult, az exoph-

thalmus jelentékenyen kisebbedett, a szájjár pedig annyira
elmúlt, hogy a beteg jelenleg annyira tudja tátani a száját,
hogy metszőfogai egymástól 4 cm. távolságban vannak. Ezért
a fibrolysin-injectiókat tovább szándékozunk folytatni. A mi
nem javult meg, az egyfelől a szem merevsége (nyilván az
a kérges kötőszövet, mely kitölti az egész orbitát, elpuszti-
totta, vagy legalább is teljesen rögzítette a szemizmokat),
másképp a látás, mely annyira csökkent, hogy jelenleg
1 méterről olvas ujjakat.

Az eset kór- és gyógytani szempontból érdekes. Kór-
tani szempontból azért, mert nyilván a retromaxillaris tájon
keletkezett s innen a temporalis tájra és az orbitára terjedő
chronikus, soha acut szakot nem mutató kötőszöveti gyula-
dásról van szó. Gyógytani szempontból pedig azért, mert arra
vall, hogy a fibrolysin-től hasonló esetekben bizonyos sikert
lehet várni.

Mohr Mihály: Kérde, lues nem szerepel-e? Felelmi egy 35 éves
ügyvéd esetét, kinek anamnesisében lues szerepel és a kinek jobb szem-
tekéje két éve protrudált. E miatt Bécsben *Fuchs* Krönlein-műtétét vég-
zett rajta és a daganatot a szemteke mögül eltávolította, de a daganat
csak „Schwarte“-nek bizonyult. A szemteke később panophthalmitisben
elpusztult. A lefolyt nyáron a bal szeme kezdett kidülni és a látása
romlani. Mivel a lues biztos volt, a *Wassermann*-reactio is pozitív, előbb
Zittmann-főzetet kapott, melyre javult a látása. De őszre megint rom-
lott, daczára a *Zittmann*-főzetnek, Hg-nak, salvarsannak. A szemfenéki
lelet folyton negatív volt, csupán 4 hét előtt lehetett az ereken finom
kötőszövet-képződést kimutatni. A beteget 4 hét óta nem látta, megint
Bécsben van, pedig a bemutatott eset tanúsága szerint a fibrolysin hasz-
nálata talán sikerrel járna.

Dollinger Gyula: Az orbitában genyedés nélkül fejlődő hegek
nagy része lueses eredetű. 3 szemüreg-luest kezelte operative a klinikán,
a mely esetekben sarkomára állott fenn gyanu. Az egyik esetben az
egész szemüreg periosteuma lueses folyamat folytán 1½—2 mm.-nyire
meg volt vastagodva és exophthalmust okozott. A hozzászóló az egész
periosteumot kiirtotta, mire a szemüreg tartalma megfért a szemüreg-
ben. Újabb ismét operált egy beteget, a kinek a szemüregét szabad
szemmel sarkomához hasonló kötőszövet vette körül, a mely a beteg
megvakulására vezetett. Ezen szövetet kimetszette és a szemet kozme-
tikai szempontból megtartotta. Utólag derült ki, hogy lueses tophussal
volt dolga.

Kovács József vizsgálta a *Dollinger* által említett esetet. Az
opticus mellett volt a daganat, mely gummának bizonyult s a mely el
volt sajtosodva. Harántcsíkolat izomrostokat is lehetett benne találni
jelölül annak, hogy izomból indult ki.

Pólya Jenő: Luesre én is gyanakodtam, de az anamnesis, a
szövetani lelet és a jodkáli hatástalansága ellene szölt e felvételnek.
Wassermann-reactiót nem végeztem, mert ennek sem negatív, sem pozitív
irányban való eldőlése nem állapítaná meg biztosan az orbitalis elvál-
tozás eredetét. Azon körülmény, hogy a szájjár megelőzte az exophthal-
must, még pedig évekkkel, a mellett szól, hogy a bántalom valahogyan
a retromaxillaris vagy temporalis tájból indult ki. *Mohr* esetével kap-
csolatban egy régebbi esetét említi, melyben egy callusos falú kis orbi-
talis tályog idézte elő a retrobulbaris tumor typusos tüneteit.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A **parotitisről** a párisi „Académie de médecine“ egyik
utóbbi ülésén tartott előadásában *Teissier* felemlítette, hogy
a szóban levő bajban elég gyakori a bradycardia, de nem
nagyfokú, az érverés száma nem szokott kevesebb lenni
50—40-nél. Láztalan, vagy csak mérsékelt lázzal járt esetek-
ben korán és nagyobb fokban jelentkezik ez a zavar, erő-
sebben lázas betegeken pedig csak akkor, a mikor a láz
már csökken; ilyenkor azonban többnyire nagyon makacs.
Febrilis orchitis fejlődésekor néha megszűnt a bradycardia.

A **végbél átfűródésének esetét rectoskopia alkal-
mával** ismertette *A. Schmidt* a müncheni orvosegyesület már-
czius 20.-án tartott ülésén. Érdekes, hogy az átfűródés az
obductio alkalmával is épnek bizonyult helyen következett
be, nem pedig a 10 filléresnyi fekély területén. A tüstént
végzett laparotomia daczára mégis halálosan végződött az
eset. A végbél átfűródésének eshetősége miatt azonban nem
szabad adott esetben mellőzni a rectoskopiát. Hasonló át-
fűródás klymsa adása, a végbélben hőmérőzés esetén is elő-
fordult már.

PÁLYÁZATOK.

A Iosonci kerületi munkásbiztosító pénztár igazgatósága Salgótarján székhellyel, lemondás folytán megüresedett **pénztári orvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az állás 2600 korona évi fizetés, 286 korona fuvardíj és az illetményszabályzatban megállapított fokozatos előléptetéssel járó korpótlékokból álló javadalmazással van egybekötve.

A megválasztott orvos az állást **folyó évi június hó 1.-én, legkésőbb június hó 15.-én** elfoglalni tartozik, a többi pénztári orvosokra nézve fennálló szolgálati, fegyelmi és illetményszabályzatokat magára nézve kötelezőnek elismerni.

Bővebb felvilágosítást a pénztár főorvosa nyújt.

Az igazgatóság.

2052/1912. eln.

A városi „Erzsébet” kórház szemészeti osztályán megüresedett **alorvosi állásra** 1912. évi március hó 20.-i kelettel 1451/1912. eln. sz. a kibocsátott pályázati hirdetmény határidejét **1912. évi május hó 20. napjának délutáni 5 órájáig** meghosszabbított.

Tájékoztul ez alkalommal is közlöm, hogy ezen állás — mely ideiglenes jellegű s a kinevezés egyelőre 2 évi időtartamra szól — évi 1500 korona fizetéssel, I. oszt. kórházi étellemezéssel s egy elő-, egy fürdő- és egy lakosztóból álló természetbeni lakás, továbbá fűtés és világítással van egybekötve.

Hódmezővásárhelyen, 1912. évi április hó 26.-án.

Juhász, kir. tanácsos, polgármester.

296/912. sz.

Alsófehér vármegye alvinczi járásban, Alvincz székhellyel bíró közegészségügyi körben üresedésben levő **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek.

A kör a következő községekből áll: Alvincz, Alsócsóra, Alsó-tatár-laka, Maroskarna, Akmár, Szarakszó, Rakató, Borsómező, Poklos és Oláhdálya.

A körorvos javadalmazása:

1. 1600 korona évi fizetés (1908. évi XXXVIII. t.-cz.), 2. 500 korona évi lakbér; 3. 600 korona évi útiutalány; 4. 1000 korona helyi pótlék; 5. vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

A körorvos köteles összes községeit havonta kétszer előre megállapított napokon meglátogatni és a kör szegényeit ingyen gyógykezeltetni.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám f. év május hó 31.-éig nyújtsák be, mert a későbbben érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

A választás napját később fogom kitűzni.

A megválasztott körorvos köteles állását megválasztása esetén azonnal elfoglalni.

Alvincz, 1912. április 16.

Pongrácz, főszolgabíró.

2411/1912. eln. szám.

Szeged szab. kir. város törvényhatóságánál áthelyezés folytán megüresedett s a folyó évi május havi közgyűlésen választás útján betöltendő **két külterületi kerületi tisztii orvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Ezen állások mindegyikével évi 2000 korona törzsfizetés, 800 kor. napidíj és fuvarutalány, 4 szoba, előszoba és mellékhelyiségekből álló természetbeni lakás, istálló, kocsiszin és 2 hold föld használata, valamint magángyakorlattal való jogosultsággal van egybekötve.

A 2000 korona törzsfizetés 5 évenként a törzsfizetés 10%-ával emelkedik mindaddig, míg ezen emelkedés a törzsfizetés 400%-át el nem éri. Ezen emelkedés a nyugdíjszabásnál figyelembe vétetik.

A megválasztandó külterületi kerületi orvosok tartoznak a szegény betegeket díjlanul gyógykezeltetni, ellenben a fizetőképes betegektől a 132/1891. számú közgyűlési határozattal alkotott s kormányhatóságilag jóváhagyott szabályrendeletben megállapított díjakat szedni, jogosultak nevezetesen: a beteg lakásán tett látogatásért nappal 2 koronát, éjjel 4 koronát, az orvos lakásán eszközölt gyógykezelésnél nappal 80 fillért, éjjel 1 korona 60 fillért. Hét éven alóli gyermekek kezeléséért a fenti díjak fele jár.

Megjegyeztetik, hogy a kerületi orvosok részére szervezetileg megállapított 2000 kor. évi fizetés — az államségélyből a város részére juttatott, illetve juttatandó segélyből — az állami IX. fizetési osztály javadalmazásának megfelelő összegre, vagyis 2600 koronára kiegészítetik, hogy továbbá ezen külterületi ker. orvosok székhelye nem a városban, hanem a város belterületétől több kilométer távolságban levő tanyaokon szétszórtan élő tanyai lakosság közt van.

Az állás **legkésőbb folyó évi június hó 15.-én** elfoglalandó.

Felhívom ennek folytán mindazokat, kik ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. által előírt tisztii orvosi minősítettségüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérelmüket hivatalomhoz **folyó évi május hó 4. napjának délutáni 1 órájáig** nyújtsák be. Ezen határidő után elkövetve érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Szeged, 1912. április 15.

Lázár György dr., polgármester.

1912/186. sz.

A nagyszombeni m. k. bábaképző intézetnél a **második tanársegédi állás** betöltendő, mely 1000 korona évi fizetéssel 400 korona személyi pótlékkal és egyelőre az új intézet felépítéséig 640 korona évi lakpénzzel és 45 korona havi étellemezési díjjal van javadalmazva. Eddigi tanulmányait igazoló irataikat a pályázók mielőbb küldjék be. Előnyben részesülnek azok, kik a szakmával már foglalkoztak és a román nyelvben jártassággal bírnak.

Dr. Süßmann Frigyes, bábaképezdei igazgató-tanár.

1106/1912. szám.

A megüresedett ratkói **körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az állás javadalmazása:

1. évi 1600 korona törzsfizetés, ötödévenként 200 korona nyugdíjba beszámítandó korpótlék;

2. 1000 korona helyi pótlék;

3. 450 korona lakáspénz (a körorvosi lak építésének ügye folyamatban van s ideiglenes lakásról gondoskodás történt);

4. 700 korona fuvarutalány;

5. a halottkémlésért Ratkó nagyközségtől 16 m³ tűzifa házhoz szállítva, a mit azonban a nagyközség kívánatra pénzben megvált;

6. a trachomásoknak kezeléséért évi 400 korona.

A körhöz 21 község tartozik, székhelye Ratkó, mely egyszersmind járási székhely is.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy pályázati kérvényüket kellőleg felszerelve hozzám **május hó 30.-áig** adják be, mivel elkészen érkezett pályázatokot el nem fogadok.

A választás mezejítésére határidőt később fogok kitűzni.

Ratkó, 1912. április 17.

Madarassy Iván, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

:: **ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL** ::

Vesebajoknál, húgyhólyag - bántalmaknál és köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmú GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikkerrel használtatik. Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Húgyhajtó hatása.

Kelelmes ízű. Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes. Állandó összetételű.

Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik ülő életmódjuk folytán **aranyeres bántalmakban, hasi vérbőségben, máj- és veseizgalomban vagy húgysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek.**

Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,
BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

Dr. Br. Alexander, Berlin

füldörvosi gyakorlatát **Bad REICHENHALL**-ban ismét megkezdette.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiades Elemér szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Verebély Tibor: A Basedow-betegség kórtana. 351. lap.

Bálint Rezső: A Basedow-kór létrejöttének, tünettanának és belorvostani gyógyításának néhány kérdéséről. 355. lap.

Manninger Vilmos: A thyreosisok (Basedow-kór) kezelése. 358. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés: Szécsi: Beitrag zur Geschichte der Moral insanity. — Lapszemle. Belorvostan. V. Rubow és C. Sonne: Az általános fényerythema befolyása a szivbajosok respirációjára. — Sebészet. V. Lieblein: A lymphás pseudoappendicitis. — Idegkórtan. H. Neumann: A facialis-tünet jelentősége. — Elmekórtan. L.

Marchand és H. Nouet: A presbyophrenia anatómiai és klinikai kórképe. — Mingazzini: A lencse-mag megbetegedésének tünetcsoportja. — P. L. Ladame: Az öngyilkosság és a Huntington-chorea összefüggése. — Nőorvostan. Kelen: A metritis chronicának Röntgen-besugárzással kezelésével elért eredmények. — Gyermekorvostan. Spérk: A diphtheria alatt jelentkező valódi bradycardia. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Nerking: Lecithin. — Radesky: A morphium leszoktatása. — Fellenberg: Fibrolysin. 367–369. lap.

Magyar orvosi irodalom. — Gyógyászat. — Magyar orvosi archívum. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság 369. lap.

Vegyes hírek. 369–370. lap.

Tudományos társulatok. 371–376. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A Basedow-betegség kórtana.¹

Írta: Verebély Tibor dr., egyetemi magántanár.

Az az alap, a melyen az egész modern Basedow-tan felépült, Moebius-nak ismert tétele, hogy a Basedow-betegség lényegében a pajzsmirigy betegsége. A thyreoideának elsődleges elváltozása indítja meg mint másodlagos tünetcsoportot azt a triast: az exophthalmust, tachycardiát és strumát, a mely már a laikusok szemében is oly ismeretté teszi a kórképet. Ez a bebizonyítottan vett tétel volt a kiindulási pontja minden klinikai és kísérleti vizsgálatnak s ebből fejlődött ki a betegségnek modern sikeres sebészi kezelése is. Az a vita, mely éppen az operatív beavatkozás javallata körül megindult, emelte az érdeklődés központjába az egész kórképet éppúgy, mint azt annyi más betegségnek története — hogy csak az appendicitist és cholelithiasist említsem — bizonyítja. A czélból, hogy a műtét jogosultságát igazoljuk, hogy a műtéti beavatkozás idejének megszabására valamely irányelvet nyerjünk, hogy a műtéti kezelés változó sikerének s bizonyos műtéti baleseteknek magyarázatát adjuk, a legszélesebb mederben folyik a munka minden oldalról, belgyógyászok, pathologusok, sebészek részéről egyaránt. A klinikai kép részletei mindjobban kidomborodnak. Az ú. n. merseburgi triashoz negyediknek sorakozik mint cardinalis tünet a reszketés, s e tünetek mindegyike valóságos tünetcsoporttá növekszik meg. Hogy csak a szemsyndromát említsem, az eredetileg jellemzetesnek gondolt exophthalmus mellé sorakoznak: a szemrés tágassága (*Dalrymple*), a ritka pislogás (*Stellweg*), a szem- és szemhéjmozgások hiányos együtessége lefelé (*Graefe*) és felfelé (*Kocher*) nézéskor s végre a tökéletlen convergentia (*Moebius*). A négy alapjelenség mellett mindinkább figyelemben részesülnek az anyagcsere, a psychés élet zavarai, a bőrtáplálkozás sajátos viszonyai,

továbbá bizonyos vérelváltozások is, a mely tüneteknek értelmezése, beillesztése a thyreogen elméletbe sokszor nem kis nehézséggel jár. A kísérleti kórtan viszont az úgynevezett belső secretiós vagy vérmirigyek közt oly szoros vonatkozást, oly sokszoros correlatiót ismertetett időközben, hogy a pajzsmirigynek mint primum movensnek a szerepe, jelentősége a kórképben megrendült. Éppen ezért gondoltuk érdemesnek a kérdés néhány vitás pontját az orvosegyetem elé hozni, hogy az ellenvéleményeket meghallgatva s megvitatva, mi is hozzájáruljunk ezen a gyakorló orvosra oly nagyfontosságú kórkép megvilágításához.

Énnekem bevezetésül a kórbonczolástan jutott, a hol minden elméleti előítélet, elfogultság nélkül azokat a tényeket kívánom röviden összegezni, a melyeket a Basedow-kórról ismerünk. Készséggel vállalkoztam a thema ezen részének elmondására, nemcsak mert kórbonczolástani tapasztalataim a *Langhans-Kocher*-féle anyag egy részének feldolgozása révén magamnak is vannak, de mert berni időzésem alatt kísérletileg is foglalkoztam a hyperthyreosis problémáival. A műtéti kezelésben, bevallom, dilettánsnak érzem magam. Igaz, hogy az utolsó 3 év alatt 96 golyvaműtétem közül 11 Basedowos volt s a többi 85 közül is 25-ben volt a toxicosisnak valamelyes tünete; az is igaz, hogy mind a 11 eset quoad Basedow igen szépen gyógyult; gyógyult pedig a szegény osztályból mint munkaképes s rövidesen munkába álló egyén. De mi ez azon számokhoz képest, a melyeket *Kocher* statisztikája ad, a melyben 4500 golyvakiirtásra 721 Basedow-műtét esik; oly óriási anyag, a melynek bizonyító erejét akkor is komolyan kellene vennem, ha nem ismerném azt a bámulatosan pontos, lelkiismeretes, mondhatnám tökéletes feldolgozást, a mely *Kocher* anyagát mintaszerűvé teszi. Ha mind a 11 esetem rosszul végződött volna, akkor is magamban keresném az okot s kötelességemnek tartanám az objectiv továbbvizsgálást.

Az első vitás pont az egész Basedow-kérdésben a betegség határainak megvonása, fogalmának megállapítása. Ez a fogalom eredetileg tisztán klinikai volt. A kidülledő, nagy, fénylő szemek, az általános idegességgel egybekötött

¹ Előadás a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1912 márczius 2.-án tartott ülésén.

remegés, izzadás és szívdobogás, a nyak megvastagodása s a lesoványodás valósággal klasszikus kórképpé egyesülnek, melynek felismerése semmi nehézséggel sem jár. Természetes azonban, hogy ott, a hol e kórkép felépítésében oly nagyszámú tünet szövődik egybe, hogy ott, a hol a betegség egyszerű hirtelen, máskor lappangva kezdődik, egyszer rohamosan, csaknem napok alatt, máskor lassan, éveken át fejlődik, javul, megállapodik, rosszabbodik, a betegség valamely adott pillanatában a kép felette változatos lehet. Változatos pedig vagy azért, mert a tünetek egy része még nem jelent meg, illetve már lezajlott, vagy mert bizonyos szervezeti alkot, constitutio folytán bizonyos tünetek inkább előtérbe nyomulnak, illetve elmosódnak. Természetes tehát, hogy a klasszikus kép szemben már a tisztán klinikai észlelés szakában is ott találjuk a tökéletlen, tünetekben szegény azon alakokat, melyeket *Trousseau* óta a *formes frustes* néven szokás összefoglalni. A golyva az esetek 4%-ában, az exophthalmus 23%-ban hiányzik s ha a tachycardiát és a remegést csak elvéve nélkülözzük is, a többi tünet jelenléte felette ingadozó. A tünetek csoportosulása rendkívül tarka. A klasszikus képtől alig eltérő s viszont a csak néhány jelenséget mutató alakok közt fokozatos az átmenet. Az alsó határ megvonása, annak megállapítása tehát, hogy mit számíthatunk még a Basedowhoz, tisztán klinice igen bajos.

A kifejezett Basedow-esetek ezen fokozati különbözőségein kívül még egy körülményben mutatnak eltérést. Ismeretes dolog, hogy a Basedow-tünetek néha oly egyénben fejlődnek, a ki hosszú idő óta szenved stationær vagy lassan növő, diffus vagy göbös, esetleg cystás golyvában, a kiben tehát egy eladdig ártatlan golyvához társulnak a Basedow-kór tünetei, a kiben tehát basedowossá lesz az egyszerű golyva; ez a *másodlagos Basedow-kór, struma basedowifcata*. Máskor a golyva megjelenésével egyidőben tűnnek fel s annak növekedésével arányosan fokozódnak a Basedow-tünetek: *elsődleges Basedow-kór, struma basedowiana*. Mindkét esetben persze maga a Basedow-kór lehet complet vagy incomplet.

A fruste-alakok pontos tanulmányozása alkalmával kiderült, hogy a tünetek bizonyos csoportosulásai olyannyira jellemzetesek, hogy a complet Basedow-kórral szemben önálló klinikai jelentőséget igényelhetnek. Ilyen mindenekelőtt azon esetek csoportja, a melyeket *Kraus* elnevezése szerint *golyvás szív* (*Kropfherz*) néven foglalunk össze. A golyva — mondja *Kraus* — kétféleképpen befolyásolhatja a szívet. Az egyik a tisztán mechanikai hatás; vagy azáltal, hogy a légutakat megszükiti, ilymódon légzési nehézségeket, majd emphysemát okoz, a mely viszont a jobb szív tágulását vonja maga után: ez a *dyspnoés golyvás szív*; vagy pedig azáltal, hogy a mellkas bemenetében a nyakon összenyomja a nagy gyűjtőeres törzseket, pangást okoz a nagy vérkörben s így nagyobb munkát ró a bal szívre: ez a pangásos, *cyano-sisos golyvás szív*. A befolyásolás másik módja az, ha a pajzsmirigy minden mechanikai zavar nélkül azáltal izgatja a szívet, hogy bizonyos szív mérgező anyagokat bocsát a véráramba: *thyreotoxikus golyvás szív*. Az ilyen toxikus golyvák, legyenek azok diffus vagy göbös megnagyobbodások, többnyire bőven evezettek; a mérgezést magát pedig az érelőkés ingatag gyorsulása, időszakos szívdobogás, megismétlődő cardialis dyspnoé, izzadás, reszketés, szédülés, izgékony-ság és a szemek sajátos fénylése jelzi. Ha hozzátesszük, hogy a golyvának belsőleg előidézett megkisebbedése, a jodkezelés többnyire kedvezően befolyásolja a mérgezés tüneteit is, hogy a thyreotoxikus golyvás szív, ellentétben a Basedow-kórral, gyakori az endemiás golyvák otthonában s végre, hogy a baj többnyire sokáig stationær marad, elég indokot nyertünk *Kraus* szerint a klinikai önállóság felvételére. Hogyha a szív és idegrendszer teljesen analog működési zavarai kifejezett golyva nélkül jelentkeznek, a kórképet *Chvostek* ajánlatára *neurosis cardiovascularisnak* nevezhetjük.

Igen, de ha azt halljuk, hogy *Kraus* a jellemző golyvás szívei közé olyanokat is sorol, a hol az exophthalmus, sőt az anyagcsere jellemző elváltozásai, tehát fokozott nitro-

gen- és phosphorforgalom, alimentaris glykosuria is szerepelnek; ha eseteket látunk, a melyek hosszabb-rövidebb tartam után minden ok nélkül vagy valamely kiváltó tényező hatására, tüneteik fokozódása közben jellemző Basedow-kórrá alakulnak; ha *Chvostek* esetei közt nem egy van, a mely klinice golyvával társult; ha azt látjuk, hogy úgy a golyvás szív, mint a cardiovascularis a kifejezetten thyreopathiás családokban Basedow-kórral vegyesen fordul elő, akkor azt kell mondani, hogy a Basedow-kór incomplet alakjai és a toxikus golyvás szív, illetve neurosis cardiovascularis közt klinice is csak fokozati a különbség.

Sőt tovább is mehetünk; éppúgy a hogyan a minden toxikus tünet nélküli golyva és a thyreotoxikus golyvás szív közt megvan a fokozatos átmenet, éppúgy a mechanikai golyvás szívtől is megtaláljuk az átvezető eseteket a mechanotoxikus alakokhoz. S érdekes, hogy éppen ezen átmeneti alakok számára megtaláljuk a kísérleti beigazolást. A pangásos vérbőség a pajzsmirigyben, mint azt egy *Kocher*-nél készült kísérleti dolgozatomban bebizonyítottam, nemcsak abban nyilvánul, hogy az erek duzzadásig megtelnek vérrrel, vérezések láthatók az interstitiumban és a folliculusokban, hogy megszaporodik és hyalinós lesz a kötőszövet, hanem abban is, hogy idővel átalakul, teljesen átförmálódik a szöveti kép is oly értelemben, a mint azt Basedow-kórral találjuk: finom, szemcsés, halványan festődő lesz a colloid, megnyúlnak, hengeresek lesznek a hámsejtek, kitágulnak a folliculusok s szemölcsökbe vetődik a hámbélésük.

Az eseteknek egy másik csoportjában az ideges tünetek nyomulnak előtérbe, a melyeket *Stern* tanulmányozott behatóan. Ő azt mondja, hogy a pajzsmirigy elváltozásai az egyes egyénekben a szerint váltanak ki különböző tüneteket, a mint az illető idegrendszer e méreg iránt fogékonyabb, vagy nem. Kétségtelenül idegesen terhelt, neuropathiás egyénekben nemcsak a Basedow-betegség mutatkozik sajátosan módosult, ú. n. *degenerált Basedow-kór* képében, hanem az egyszerű *Kraus*-féle golyvás szív is oly kifejezett ideges jelenségekkel társulhat, hogy valódi Basedow-kórt utánoz. Ez a *basedowoid* tehát nem egyéb, mint neuropathiás egyénben kifejlődött golyvás szív. A basedowoid és a golyvás szív nevezhető együtt *ál-Basedow-nak* is, szemben a valódi Basedow-kórral.

Ugyancsak az ideges tünetek alapján írta körül *Buschan* a *pseudobasedow* fogalmát is. Nagy, tömött golyvák szerinte azáltal okoznak szív- és ideges tüneteket, hogy a nyaksympathicust és a vagust nyomják; ez a nyomás a nervus laryngeus közvetítésével idegesen terhelt egyénekben reflectorikusan oly súlyos vasomotoros tüneteket válthat ki, hogy a valódi Basedow-kórhoz teljesen hasonló kórképet teremt.

Mig így a klinikai megfigyelés az eredetileg egységesnek vélt Basedow-kórképet lassanként feldarabolta, addig a kísérleti-sebészeti eredmények s más irányú klinikai tapasztalatok ismét az egységes, szélesebb körű felfogásnak vetették meg az alapját. Kitént elsősorban, hogy a tüneteknek e sajátos társulása csaknem pontról-pontra ellentéte, tökéletes antagonistája annak a tünetcsoportnak, a melyet *cachexia strumipriva*, thyreopriva, illetve myxoedema és cretinismus néven szokás összefoglalni s a melynek okául a bonczolástani és klinikai vizsgálat egyaránt a pajzsmirigy csökkent vagy hiányzó működését, az athyreosist, illetve hypothyreosist tüntette fel. Oly kórkepek ezek, melyekben olykor csak egy-egy tünet utal a fennálló hiányra, máskor pedig a közismert cretin valósággal különálló nosologiai egységet alkot. Kiderült továbbá, hogy a pajzsmirigy-kivonatok huzamosabb adagolásával egyébként egészséges egyéneken is kiváltható, ha mindjárt átmenetileg is a cardiovascularis, a thyreotoxikus golyvás szív, sőt a jellegzetes Basedow-kór tünetei is; hogy a fentemlített kóralakok valamennyien rohamosan fokozódnak, ha a beteggel thyreoida-készítményeket szedetünk, s hogy viszont a tünetek visszafejlődnek, enyhülnek, ha a pajzsmirigyet valamely módon sorvadásra bírjuk, megkisebbitjük. Kiderült egy szóval, hogy az összes kórkepek központjában, éppúgy, mint a hypothyreoidismnál, a pajzsmirigy áll az ő szövevényes működésé-

vel. De míg ott a működés hiánya váltja ki a tüneteket, addig itt ez a működés egészében vagy részleteiben fokozott, megváltozott. Hogy egy a pajzsmirigyben lerakódott anyag kerül-e nagyobb mennyiségben a vérbe, vagy hogy egy más eredetű anyagot bocsát-e át a thyreoidea tökéletlenül feldolgozva, nem kellően méregtelenítve — erősebben jodozva, mint azt Kocher gondolja — a szervezetbe, hogy tehát hyperthyreosis vagy dysthyreosis forog-e fenn, azt ma, mikor a physiologiai működés elemeit sem ismerjük még, eldönteni nem lehet. Czélszerű az athyreosissal szemben álló klinikai körképeket egy név alatt összefoglalni, a mely összefoglalás — s ezt hangsúlyozni kell — nem aetiologiai, hanem tisztán pathogenetikus jelentőségű. S czélszerű erre oly nevet használni, a mely a pajzsmirigy működésének jelentőségére, de nem minőségére utal. Használjuk tehát a Kocher ajánlotta *thyreotoxicosist*, vagy a rövidebb *thyreoidosist*, *thyreosist*. Ne az legyen a kérdés, hogy valamely kórforma Basedow-e vagy nem, hanem az, hogy thyreosissal van-e dolgunk, vagy nem. A Basedow egy tünetcsoport, a thyreosis functionalis betegség. A thyreosissal csupán egyes alakjai a golyvás szív, a cardiovascularis, a basedowoid, a pseudobasedow és a Basedow-kór maga, a melyek a tünetek csoportosulásában s fokozatban különböznek. Azt gondolom, czélszerűbb volna mindezen elnevezések helyett a thyreosisokat általában *complet* és *incomplet* csoportba osztani, a mely utóbbiban *cardiopathiás*, *neuropathiás*, esetleg *psychopathiás* és *ophthalmopathiás* típusokat különböztethetünk meg a túlsúlyra jutott, előtérben álló tünetek szerint. Ugyanezen árnyalatok persze magában a complet thyreosisban is érvényesülhetnek.

A thyreosisok kapcsán leírt *bonczolástani elváltozások* általában a túltengések, az elfajulások és sorvadások csoportjából kerülnek ki. Túltengés a pajzsmirigyben, a nyirokrendszerben és a vérben, elfajulás a szívben, az idegrendszerben, az izomzatban és a parenchymás szervekben, sorvadás pedig a chromaffin rendszerben mutatható ki.

A pajzsmirigy elváltozásainak csupán egy részét szokás specifikusan a thyreosis rovására írni, míg másik részük látszólag egyszerű kísérője, szövödménye a functionalis zavarnak.

A specifikus elváltozások nagyjából a következők: a) Módosul a pajzsmirigy hámsejtjeinek *morphológiája*; a sejtek, melyek az ép thyreoideában inkább laposak vagy alacsony köbösök, élénken festődő, tömött plasmával és sötét, csaknem piknotikus maggal bírnak, ezek a sejtek megnyúlnak, magas köbhámmá, kifejezett hengersejteké lesznek. b) A hámsejtek élénk *burjánzásban* vannak, a minek kettős következménye van. Egyrészt az egyébként kicsiny, szabályosan kerek folliculusok kitágulnak, szabálytalan körvonalúak lesznek, a mennyiben üregük az egyik helyen kiöblösödik, a másik helyen pedig szemölcsös, papillaris dudorokban emelkednek be a sejtek az ürcsébe. Másrészt a szaporodó hámsejtek az ürcsék faláról leválnak, desquamálnak úgy, hogy helyenként nagy mennyiségben töltik meg az üröket. c) Megváltozik a *colloid* minősége. Ez a sajátos extracellularis hyalin, mint ismeretes, teljesen egynemű, néhol berepedezett, élénken narancssárgára festődő töltelék a folliculusoknak. A thyreosisokban ez az anyag finoman szemcsés, halványan, vagy egyáltalában nem festődővé lesz, mondjuk felhígul, sőt egyes folliculusokban teljesen hiányzik, mert kifolyik. d) Végre a pajzsmirigyben kisebb-nagyobb *gömbsejtes felhalmozódások* mutathatók ki. Majd a lebenykék választófalait felduzzasztó, az interfollicularis sötétyekbe behúzódó, elmosódott határu beszűrődések; majd a folliculusok helyét elfoglaló, azokat teljesen elfedő szigetecskék ezek, melyek csaknem kizárólag lymphocytákból, mononuclearisokból és plasmasejtekből állanak, s melyekben itt-ott nyiroktüszőkre emlékeztető elrendeződés mutatható ki. Kétségtelenül nem lobos beszűrődések, hanem lymphocytás burjánzások, a melyek morphologice vonatkozásban állanak az alább említendő status thymico-lymphaticussal.

Igaz, hogy mindezen elváltozásokat nem sikerül jellegzetesen a thyreosis minden esetében kimutatni, s igaz, hogy teljesen atoxikus golyvákban is megtalálható hol az egyik, hol

a másik elváltozásnak a nyoma. De viszont igaz az is, hogy teljesen ép thyreoidea a thyreosisok súlyosabb eseteiben, tehát pl. Basedow-kórosokban nem található. Kétségtelen, hogy valamennyi elváltozás a pajzsmirigy rendellenes működésével áll vonatkozásban. Az első háromra: az alaki elváltozásra, a proliferációra és a colloid elfolyósodására vonatkozólag ez kísérletileg is beigazolható. Nemcsak a pangásos vérbőség okozta analog elváltozások, nemcsak *Edmunds* kísérletei alapján, a ki részleges thyreoidectomia után a csonkban talált reparatióra valló s az itt elmondottakhoz hasonló elváltozásokat, hanem saját vizsgálataimmal is, a melyek kutyákon előidézt, anatomicus jellemző Basedow-golyváról számolnak be. Sikerült pedig ez azáltal, hogy először az állaton mindkét oldalon lekötöttem az összes thyreoidealis gyűjtőereket, 6 héttel utóbb kivettem az egyik thyreoidea-felet, majd újabb 4 hét múlva a benmaradt félnek lekötöttem a thyreoidea superiorját. Az ilyen fokozatosan végzett műtétek hatása az, hogy a gyűjtőerek átmeneti keringési zavart okoz erős pericapsularis collateralis hálózat kifejlődésével; a féloldali kiirtás folytán a benmaradt fél hyperfunctióra van szorítva, a verőér lekötése pedig megszünteti a rendes verőeres nyomást s így állandó keringési zavart eredményez. A megváltozott keringési viszonyokra s a működési túlterhelésre a pajzsmirigy histologiai képének olyan átalakulásával felelt, mely megegyezik a struma basedowiana képével.

A golyva lymphocytás göczainak jelentősége és fejlődése nehezebben értelmezhető. *Gierke* a kísérő status thymico-lymphaticus egyik jelenségének tartja; *Simmonds* viszont a pajzsmirigy rendellenes váladékának intraglandularis izgató hatására vezeti vissza, s e véleményében hivatkozik *Hedinger*-re, a ki joddal huzamosabban kezelt golyvákban talált ilyen lymphocytás göczokat.

A nem specifikus pajzsmirigy-elváltozások közé soroljuk mindazon kóros thyreoidea-folyamatokat, a melyekben a thyreosis a pajzsmirigynek valamely mástermészetű megbetegedéséhez csatlakozik. Az érdekes lehetőségeknek egész sorát találjuk itt.

A másodlagos Basedow-kórt, a *Kraus*-féle golyvás szívet, a *Buschan*-féle pseudobasedowot, a *Stern*-féle basedowoidot, mint a melyekben állítólag egyszerű, ártatlan, diffus, göbös vagy vegyes golyvához csatlakoznak a thyreosis tünetei, már említettük. Ide sorolhatjuk a *struma maligna* folyamán fejlődő thyreosisokat; Basedow-kórt például, a mely akkor kezdődik, a mikor egy emlőrák áttételei a pajzsmirigyben megjelennek, vagy a mely a pajzsmirigy elsődleges carcinomáját, sarkomáját kíséri. Ide tartoznak a *thyreoiditis és strumitis* kapcsán kifejlődő Basedow-kórok, a melyeket *de Quervain* szép tanulmányából ismerünk. Ő mutatta ki azt a meglepő tényt, hogy az ilyen toxikus vagy infectiosus — scarlatinás, typhusos, lueses, gümös és egyéb — thyreoiditis után az esetek egy részében athyreosis jelenségei, tehát myxoedema, sőt cretinismus, máskor viszont thyreosis tünetei, olykor jellemző Basedow-kór mutatkoznak. Sőt ismeretesek körképek, melyekben a lefolyt thyreoiditis kapcsán vegyesen mutatkoznak a myxoedema és athyreosis jelenségei. Oly tény, melyet *Bircher* mint megdönthetetlen bizonyítékot hoz fel a pajzsmirigy szerepe ellen, lehetetlennek tartván, hogy egy és ugyanazon ok egyszer hypo-, máskor hyperthyreosist váltson ki. Ide tartoznak továbbá az atoxikus *golyvaműtétek* kapcsán beálló thyreosisok, a melyekre magamnak is volt igen szép példám. Fiatal, 18 éves leányon igen nagy vegyes golyvát operáltam féloldali kimetszéssel; a műtét után 1/2 évre a visszamaradt fél jelentékeny duzzadása közben thyreosis jelenségei mutatkoztak csaknem complet Basedow-kór képében. A tünetek újabb fél-kiirtásra nyom nélkül visszafejlődtek. Itt említendő meg végre azok a *medicamentosus* Basedow-kórok, a melyek helytelenül javalt s helytelenül adagolt jod- vagy thyreoidin-kezelés után jelentkeznek azelőtt ép, egészséges, avagy golyvás egyéneken.

Hogyan okozhatnak e különböző megbetegedések egytől-egyig thyreosist? Lehetséges-e az, hogy egy gyuladás, a mely a pajzsmirigy legnagyobb részét elpusztítja, vagy egy

daganat, a mely a pajzsmirigyet infiltrálja, vagy egy műtét, a mely annak egy darabját eltávolítja, ugyanazt a functionalis zavart idézi elő? Lehetséges-e az, a mikor a pajzsmirigyből a thyreosis miatt kiirtott részlet egyszer ártatlan, obsolet cysta, máskor sarkoma vagy carcinoma? Az eddigi vizsgálatok szerény véleményem szerint nem adnak feleletet, nem pedig azért, mert ez irányban kétségtelenül hiányosak. Valamennyi elősorolt eshetőségnek úgy gondolom pathologiai szempontból egy közös vonása van, az, hogy a pajzsmirigynek kisebb-nagyobb részlete elpusztul valamely okból. Nem ebben a pusztuló, esetleg kiirtott részben kell keresni a thyreosis szöveti jeleit, mint az eddig történt, hanem abban a részben, a mely a pusztulástól ment marad. Mert kétségtelen, hogy a pusztuló rész pótlására mindenkor megindul a regeneratio, lett légyen a pusztulás oka valamely gyulladás, struma, daganat, műtét vagy gyógyszer. Ez a regeneratio termel olyatén elemeket, melyek hyper- vagy dysfunctióra hajlamosak. Ismerjük ezt jól más szervek pathológiájából is: az a cirrhosis hepatitis, melyben a májsejtek egytől-egyig elpusztultak, s az, a melyben nodosus túltengés, sokszoros adenoma és carcinoma ül a májban, nem egyazon oknak következménye-e? S nem egyedül a szervezetnek reparatív képességén múlik-e az, hogy egyszer ez, más-kor amaz az okozat?

A nyirokrendszer túltengése a thyreosisoknak második jellemző elváltozása. Kisebb jelentőségű ezen csoportból a regionalis nyirokcsomóknak, illetve a szervezet összes nyirokmirigyének megnagyobbodása és a lépduzzanat, a melyek az esetek egy részében találhatók. Az érdeklődés az újabb vizsgálatok folytán a thymus felé fordul, a mely a bonczolásra került Basedow-kór-esetek 40%-ában mutatja a lymphaticus túltengés szembeszökő jeleit. Oly arányszám, a mely a véletlen társulást kizárja s valamelyes mélyebb vonatkozásra utal. Ez a vonatkozás kétségtelenül nem olyatén regionalis méreghatás, mint azt *Hansemann* gondolja a nyaki mirigycsomók duzzadásának képére, s nem is az egyszerű világra hozott status lymphaticusnak, egy véletlen szövődésnek a kifejezője, mint *Simmonds* mondja. A thymus szerepének megítélésében ugyanis három tényre kell számolnunk, a melyeket a legújabb vizsgálatok tártak elénk. Először is tény, hogy a műtéti Basedow-halálok 95%-ában jelen van a thymus persistens, a mi a mellett szól, hogy éppen a thymusnak jut ebben a halálban valamelyes szerep. Másodsor *Garré* bizonyos elméleti okoskodásból kiindulva a Basedow-kór azon eseteiben, a hol a sympathicotoniás jelenségek állottak előtérben, a thymectomiát végezte épp oly jó eredménnyel, mint egyébként a thyreoidectomiát. S végre harmadsor *Bircher* néhány hét előtt oly kísérletekről számolt be, a melyek a Basedow-thymus nagy jelentőségére utalnak a kórkép létesítésében: frissen kiszedett emberi Basedow-thymust bevart kutyák hasüregébe s így sikerült neki teljesen jellemző Basedow-kórt előidézni reszketéssel, szívdobogással, exophthalmussal és golyvával.

A kérdések, melyeket ezen tények szükség szerint felvetnek, a következők. Van-e valóban mérgező hatása a thymusnak olyan értelemben, mint azt *Bircher* kísérletei bizonyítják, s ha igen, van-e az ép, vagy csupán a Basedow-thymusnak, a melylyel a kísérletek történtek? Milyen vonatkozásban áll ez a mérgezés a pajzsmirigyhatással; egyszerűen hozzáadódik-e a thyreoidea mérgehez, úgy hogy az ilyen thymusos Basedow-kórosban kétféle méreggel állunk szemben? Avagy correlatio áll-e fenn a két anyag közt, a mikor is kérdéses, hogy a correlatio egyszerűen pótló, vagy ellenható, antagonistikus-e? A thymus persistens váltja-e ki a thyreoidea elváltozását, vagy fordítva a pajzsmirigy-elváltozás kompenzálására teng-e túl a thymus? S ha ezek a kérdések beigazoltatnának, nem kell-e a thyreosisok között a thymogen alakokat mint kórtani, pathogenetikai csoportot különválasztani a thyrogen formáktól? avagy csupán a tünetek alapján klinice is felismerhető sympathicotoniás és vago-toniás alakoknak bonczolástani különbségével van itt dol-gunk?

A harmadik szerv, melyben a thyreosisokban a túltengés jelei mutathatók ki: a vér. *Kocher* hívta fel erre először a figyelmet s azóta a klinikai vizsgálok egész sora foglalkozott a kérdéssel. Kiderült, hogy a vörös vérszámoknak normalis száma mellett a haemoglobin-tartalom csökken; a neutrophil polynuclearisok száma 75%-ról 35%-ra süllyed, míg a lymphocytáké 25%-ról 57%-ra emelkedik s e mellett szaporodhatnak a mononuclearisok és olykor az eosinophilok is. Más szóval: leukopenia és lymphocytosis jelentkezik, olykor mononucleosisal és eosinophiliával. Ez a vérkép nemcsak a baj súlyosságának volna a mértéke, hanem a műtét eredményének is az indicatora, a mennyiben a sikeres műtét tapasztalat szerint a vérképét a normalisra tereli vissza. Ez a vérelváltozás továbbá nemcsak a complet Basedow-kórban, hanem a baj incomplet alakjaiban is, a basedowoidban és a thyreotoxikus szívnél is megtalálható lévén, a thyreosisok általános elhatárolásában is segédeszközül alkalmazható. Minthogy azonban az atoxikus golyvák egy részében is megvan a lymphocytosis, még pedig elég nagy értékekkel, kétségtelen, hogy a vérkép jelentősége, legalább egymagában, nem absolut. Talán emelni fogja az értékét az a tapasztalat, hogy míg a thyreosisok vérképében a leukopeniás-lymphocytás eltolódás jelentékenyen fokozható thyreoidin-adagolással, addig az atoxikus és hypothyreosisos illetén vérképben ez a reactio hiányzik.

Mindenesetre a vérelváltozás értékelésében új perspektívát nyit az a két újabb methodus, mely a vérképét *Kostlivy* szerint az adrenalinaemiával, *Kottmann* nyomán pedig az alvadékonyság módosulásával, nevezetesen az elhúzódó megalvadással, mint a thyreosis egy jelenségével hozza vonatkozásba. Az előbbi alapján a sympathicotoniás és vago-toniás alakok klinikai megkülönböztetésére kapunk eszközt, az utóbbi viszont a thyreosisok anyagcseréjének mechanizmusába nyújt bepillantást. Valószínű, hogy pontos illetén vérvizsgálatok idővel a diagnostikában is értékesíthetők lesznek.

A degeneratív elváltozások közül a szívizomzat parenchymás elfajulása, a harántcsíkolt izomzat lipomatosus sorvadása, mint azt *Askanazy* leírja, a vese- és májsejtek pusztulása, mint másodlagos toxikus jelenségek csekélyebb fontosságúak. Érdekesek azonban az idegrendszer elváltozásai, a melyeknek ismerete igen hiányos ugyan, de sok megfontolandót nyújt. Az elváltozások egy része körzeti idegekre, nevezetesen a sympathicusra esik, a hol kivált a ganglionsejtek mutatnak elváltozást, vacuolisatiót, zsugorodást, karyolysist, az intracellularis neurofibrillumok szemcsés szétesését, megvastagodását. Az eltérések másik része az agyat illeti, a melyben, leggyakrabban a nyúltagyban, a corpora restiformia-ban, a IV. agykamarában találtak vérzéseket, elfajulásos góczokat. Érdekesek ez utóbbiak azért, mert éppen a corpora restiformia sebzésével kísérletileg is sikerült nyulakon Basedow-kórt előidézni. Ennek a centralis Basedow-kórnak a keletkezését elősegíti az, ha pikrinsavbefecskendéssel a pajzsmirigybe, vagy thyreoideaectetással az állatban előzőleg hyperthyreosist indítunk meg; viszont meggátolja a fejlődést a pajzsmirigy előzetes kiirtása; ha pedig a baj már kifejlődött, a Basedow-kór a thyreoidectomiával meggyógyítható. Ha nem is igazolják e leletek, melyeket csak igen elvéve találunk, hogy a Basedow-kór, mint azt *Bircher* gondolja, mindenkor neurogen eredetű, de mindenesetre azt bizonyítják, hogy a correlativ viszonylatban az idegrendszer is részt vesz.

*Hypoplasia*t találtak, mint említettem, a chromaffin rendszerben, a mely sorvadásnak a jelentősége azonban nem ismeretes. Az anatómiai ismeretek e téren még igen kezdetlegesek, de a biologiai vizsgálatokat sem mondhatjuk befejezetteknek; hiszen az eddig kétségtelennek gondolt adrenalinaemiáról is azt állítja csak legutóbb is *O'Connor*, hogy ez voltaképpen csak adrenalinszerű anyagoknak felhalmozódása a vérben s a Basedow-kórosok adrenalin-tünetei abból származnak, hogy az ilyen egyének a vér rendes adrenalin-tartalmával szemben is érzékenyebbek, sensibilizáltak. Való az, hogy az adrenalinnak, mint a pajzsmirigyet fokozott

működésre ingerlő anyagnak, a Basedow-betegség fejlődésében nagy szerep jut.

A kórbonczolástani elváltozások elmondott tarkaságát, az egyes elváltozások sajátos csoportulását véve alapul, nagyjából a következőkben vázolhatjuk a kórbonczolástan szempontjából a thyreosisok pathogenesisét.

Az összes klinikai tünetek hátterében a pajzsmirigy áll felette változatos anatómiai elváltozásaival, a melyek mind valamelyes hyperfunctióra utalnak. Azon sokszoros vonatkozás alapján, melyben a pajzsmirigy correlatiós szerveivel áll, a klinikai tüneteket részben közvetlenül, részben közvetve ezen szervek útján válthatja ki. Ez utóbbi viszonylatban tekintetbe veendő, hogy egyrészt a correlatiós szervek érzékenysége a thyrogen ingerek számára ingadozó, másrészt, hogy a kiváltott szervi reakciók ismét a pajzsmirigyre lehetnek közvetve vagy közvetlenül visszahatással. Az ilyen szervi elváltozások, legyenek azok thyrogen eredetűek, vagy elsődlegesek, idővel bizonyos önállóságra tehetnek szert a kórkép megteremtésében, a mi a kezelés prognózisára nézve elvi jelentőségű.

A correlatiók jelentősége azonban a kiváltó okok szempontjából is fontos. Kétségtelen, hogy a megindító okok közvetlenül érhetik magát a pajzsmirigyet, a mire csak a tumoros, mütéti, thyreoiditises, toxikus alakokat hozom fel például; de az is bizonyos, hogy a correlatív szervek valamelyikének, a thymusnak, a mellékvesének, a pancreasnak, az idegrendszernek valamelyes elváltozása is megindíthatja a pajzsmirigy azon sajátos működési zavarát, mely utóbb a thyreosisban nyer kifejezést.

A pajzsmirigy kétségtelenül az a kapocs, melyben a kiváltó ok és a correlatiós szervek jelentősége egyfelől, a klinikai tünetek változatai másfelől összefutnak. Oly felfogás, a mely egyrészt a correlatiós viszonyok nagy jelentőségét helyezi kellő világításba, másrészt irányadó kell, hogy legyen a betegség gyógyításában is.

A Basedow-kór létrejöttének, tünettanának és belorvostani gyógyításának néhány kérdéséről.¹

Irta: *Bálint Rezső* dr., egyetemi magántanár.

Tisztelt Uraim! A belső secretiók jelentőségének felismerése a tudományos érdeklődés és kutatás középpontjába helyezte a Basedow-kórt. E kutatás alapján a betegség tünetana gyorsan nyert lényeges kibővülést, a csonka kórképek és rokon megbetegedések, mint basedowoid, golyvaszív stb. viszonya a teljes — a merseburgi trias által karakterizált — kórképhez tisztázódott, úgy hogy ma már a Basedow-kórról mint a thyreotoxiciosisok egyik alakjáról beszélünk. A betegség fejlődésének régibb elméletei a betegség okát tisztán az idegrendszerben keresték, még pedig részben a nyúltagyban, s a pajzsmirigy duzzanata csak a többi tünettől egyenlő értékű és jelentőségű tünetként szerepelt. A belső secretio tanának intenzív fejlődése azonban rámutatott egyrészt azon kórképre, a Basedow-kórral való hasonlatosságára, a mely pajzsmirigyetetés után emberben, valamint állatban létrejön, s főleg azon ellentétre, mely a pajzsmirigy megnagyobbodásával járó Basedow-kór és a pajzsmirigy sorvadása vagy hiánya okozta myxoedema közt fennáll. S e hasonlatosság, illetve ellentét volt az, a mely a pajzsmirigy szerepét a Basedow-kór pathológiájában előtérbe állította s a minek alapján *Gautier*, majd *Moebius* és utána mások a Basedow-kór thyrogen teoriáját alapították meg. A thyreoidea szerepének e jelentőségét azután lényegesen megerősítették, s a therapia szempontjából is nagy horderejűvé tették azok a gyógyeredmények, a melyeket a pajzsmirigy részleges eltávolítása útján értek el Basedow-kóros betegeken.

A kutatók nagy része azonban a Basedow-kórnak tisztán thyrogen eredetében teljesen megnyugodni nem tudott. S ha a Basedow-kór pathológiájának egyes jelenségeit közelebbről vesszük figyelembe, csakugyan az az impressiónk

támad, hogy a Basedow-kór létrejöttében a primum movens nem a thyreoideában, annak hyper- vagy dysfunctiójában keresendő, hanem az idegrendszerben, a melynek megbetegedése hozza létre a pajzsmirigy funkciójának megváltozását s részben ezáltal a betegség egyéb tüneteit. A megijedés s más lelki emóciók folytán létrejött s a Basedow-kór képéhez hasonló, de rövid ideig tartó tünetcsoportok, a valóságos Basedow-kór kifejlődése ilyen lelki emóciók után, a kedélyváltozások befolyása a kórképre, az öröklött ideges terheltség praedisponáló befolyása s viszont a kedvező psychés befolyásoknak therapeutikai jó hatása a Basedow-kóros betegekre indokoltá teszik azok felfogását, a kik a Basedow-kórt neurosisnak tartják, a mely neurosisnak csak egyik fegyvere a thyreoidea, melynek fokozott vagy megváltozott elválasztása az idegingerek megváltozásának következménye. Mégis azt kell mondanunk, hogy úgy látszik, a Basedow-kór nem tekinthető önálló neurosisnak, a mely bármely egyéneken minden belső secretió praedispositio nélkül jelentkezhet. Erre vallanak mindenekelőtt bizonyos tapasztalatok, a melyek a Basedow-kór elterjedését illetik.

Megbízható statisztikák szólnak a mellett, hogy a Basedow-kór és a rokon kórfarmák, a melyeket a thyreotoxiciosisok csoportjában foglalhatunk össze, gyakrabban fordulnak elő bizonyos vidékeken, a hol a strumák is nagyobb számmal találhatók. Nem terjeszkedhetem ki bővebben e statisztikákra s így csak néhányat akarok felemlíteni. Így *Mathes*, továbbá *Uphoff* adatai szerint Thüningiában és Hessenben a struma sokkal gyakoribb, mint Észak-Németországban, s ugyanott a Basedow-kór is jóval nagyobb százalékát teszi ki a megbetegedéseknek. *Maude* Anglia egy kis körülírt helyén talált sok strumás beteget, a kiknek meglehetősen nagy százalékában talált kifejezett Basedow-kórt. *Holmgren* közlései szerint Svédország egyetlen helyén, a hol a struma endemián mutatkozik (Dalarneban) gyakoriak a Basedow-kóros és más thyreotoxikus kórképek. Az utolsó karlsruhei congressuson *Starck* emelte ki, hogy Baden egyes vidékein, a mely vidékek mint golyvás vidékek ismeretesek, a Basedow-kór is mily gyakori megbetegedés. Igaz ugyan, hogy ezzel szemben ismeretes az is, hogy éppen bizonyos golyvavidékeken a Basedow-kór sokkal ritkább, mint másokon, a hol golyva nem fordul elő, de viszont az egyes golyvavidékek strumái nagyon különbözők s e tekintetben nagyon érdekesek *Hofmeister* adatai, a ki azt találta, hogy azon strumás betegeken, kik Stuttgart északkeleti környékéről, a Rems és Murr vidékéről jönnek, gyakoriak a thyreotoxikus tünetek, míg a Schwarzwald keleti részéről származó strumás betegeken ily tünetek a ritkaságok közé tartoznak. S e különbséget megmagyarázza az, hogy az előbbi vidék strumái parenchymás, bővéru strumák degeneratiós jelenségek nélkül, míg az utóbbiéi degeneratiót, cystaképződést, elmeszesedést mutatnak.

Ezek az adatok tehát arra látszanak mutatni, hogy a Basedow-kór egyik fontos praedisponáló momentuma a belső secretio bizonyos megváltozott volta, a mely a pajzsmirigynek bizonyos fajtájú elváltozásával jár. De úgy látszik a belső secretio nem normalis voltának még más tényezői is szerepelnek e kérdésben. S ez a thymus persistálása, a mi a Basedow-kóros egyének oly nagy számában található meg. A thymus szerepével, mint annyi más belső secretió viszonylatlaltal is, még nem vagyunk tisztában; de ha eltekintünk is azoktól a vizsgálatoktól, melyeket legújabbban *Bircher* közölt, a melyek szerint ő frissen kivett thymusnak állatba való implantálásával Basedow-kóros tüneteket tudott létrehozni, a mely kísérletek azonban még megerősítésre szorulnak: maga az a tény, hogy a Basedow-kór oly gyakran fejlődik status thymico-lymphaticusban szenvedő egyéneken, a kikben a belső secretió egyensúly bizonyos megváltozását kell feltételeznünk, ez a tény szintén a mellett bizonyít, hogy a Basedow-kór létrejöttének alapfeltételei közt bizonyos belső secretió eltolódások fontos szerepet játszanak. E mellett szólnak azok az észleletek is, melyek a menstruatio idejében jelentkező s esetleg rövid ideig tartó Basedow-kóros tüneteket, valamint a terhességnek egyes esetekben való gyógyító hatását stb.

¹ Előadás a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1912. márczius 2.-án tartott ülésén.

illetik. Ha még hozzáveszszük azt, hogy minden neurosisos befolyás nélkül, infectiós alapon is létrejöhetnek thyreotoxikus tüneteket produkáló strumák, valamint, hogy a pajzsmirigy daganatai is létrehozhatják a Basedow-kór tünetcsoportját, akkor azt kell mondanunk, hogy a Basedow-kór nem lehet egyszerű neurosis, a melynek egyik következménye a pajzsmirigy megnagyobbodása.

Kocher, a Basedow-kór egyik legalaposabb ismerője, Basedow-dispositióról beszél. E dispositio a pajzsmirigy rendellenes szövettani viselkedésével jár s oly egyénekben van meg, a kiket köznapi nyelven sanguinikusoknak nevezünk. Mozgékony, nyugtalan individuumok, kiknek vére könnyen a fejükbe száll, kiknek szeme fénylik, könnyen izzadnak és reszketnek, s kiken kis okok erős psychés reakciókat váltanak ki. Ezeket az egyéneket ideges egyéneknek nevezzük, de tekintve pajzsmirigyük sajátos alkatát, s tekintve, hogy e tünetek a belső secretio változásaiban oly gyakoriak, nem valószínű-e, hogy már e dispositio is a belső secretiók egyensúlyának eltolódásában gyökeredzik. Igaz az, hogy a Basedow-kórt gyakran váltják ki vagy befolyásolják az idegélet változásai, de nincs-e számos más oly megbetegedés, a melyre ezen változások hasonló befolyást gyakorolnak, a nélkül, hogy azokat neurosisoknak nevezhetnők? Csak a diabetest akarom felemlíteni, még pedig főleg azért, mert mindenképpen ez is a belső secretiók megváltozása által okoztatik.

T. uraim! A belső secretiók szervek működéséről csak halvány ismereteink vannak, azoknak egymáshoz való viszonyát sejtjük, e működések feltételeit s létrejöttük módját azonban nem ismerjük, s ezért, ha összevetjük mindazt, a mit elmondottam, azt kell következtetnünk, hogy a „neurosis“ kifejezés csak szó, a mely jelen esetben egy ismeretlen fogalmat takar, a mely szóval illetjük azt az ismeretlen okot, a mely a belső secretiók működési egyensúlyát — többnyire erre alkotott egyénekben — bizonyos módon megbontja, a minek következménye a pajzsmirigy hyperfunctiója útján a thyreotoxikus tünetcsoport, esetleg a Basedow-kór kifejlődése lehet.

A Basedow-kór tüneteinek pathogenesisében tehát a pajzsmirigy elválasztásának megváltozása a középpontban áll. Pajzsmirigyetetés után Basedow-kóros tünetek jönnek létre, pajzsmirigykiirtás vagy sorvadás után ellentétes tünetek, s Basedow-kóros betegek pajzsmirigyeinek operatív kisebbitése után a Basedow-kóros tünetek eltűnnek. Az embereken és állatokon végzett kísérletek azonban azt bizonyítják, hogy a pajzsmirigyváladék e tüneteket nemcsak közvetlenül, hanem más belső secretumok segítségével hozza létre. A pajzsmirigy váladékát chemiailag kimutatni nem tudjuk. Bizonyos biológiai alapot azonban adtak a pajzsmirigy váladékának kimutatására *Reid Hunt* vizsgálatai. *Reid Hunt* azt találta, hogy a pajzsmirigyvel etetett egerek az acetonitrit igen nagy dosisait bírják el, a mit annak tulajdonít, hogy az acetonitrit bomlását — a mi mérgező hatásának előfeltétele — megakadályozza, illetve lassítja. Ugyancsak pajzsmirigyvel etetett állatoknak morphinál szemben mutatkozó kisebb toleranciáját is észlelte, a mi ugyancsak arra vezethető vissza, hogy a pajzsmirigy a morphin bomlását s így a szervezet mérgegtelenedését gátolja. A pajzsmirigyéhez hasonló hatást látott *Reid Hunt* mindkét méreggel szemben Basedow-kórosok serumától is, a mi tehát biológiai úton mutatná azt, hogy a Basedow-kórosok serumában a pajzsmirigy váladékainak fokozott mennyisége van jelen. E kísérletek, melyeket, ha nem is minden irányban, de nagyjában mások is, így *Gottlieb* intézetében is beigazoltak, azt mutatják, hogy a thyreoideának a szervezetben lefolyó bomlási processzusokra közvetlen befolyása van, a mi némi következtetést enged abban az irányban, hogy a Basedow-kóros anyagcserében a pajzsmirigy secretuma közvetlen szerepet játszik. A különböző tünetek létrejöttének magyarázata azonban nem egészen egyszerű. A Basedow-kór tünetei nagyrészt a vegetatív idegrendszer területén játszódhatnak le, s ez volt az ok, a mely miatt a Basedow-kórt általában a sympathicus-idegrendszer neurosisának tartották. A kísérletes vizsgálatok kimutatták már most azt, hogy Basedow-betegek

vérében az adrenalin mennyisége megszorodott, a minek jelentőségét részint megadja az a kísérleti tapasztalat, hogy pajzsmirigynek állati szervezetbe való bevitele az állat vérének adrenalintartalmát fokozza; a vér adrenalintartalmának fokozódása tehát a pajzsmirigy-túlműködés következményének tekinthető. Az adrenalinnak, mint a sympathicus-idegrendszerre ható hormonnak megszorodása a vérben megmagyarázza azt, hogy a Basedow-beteg sympathicus-idegrendszere egyrészt emelkedett tonust, másrészt izgalmi tüneteket mutat. Az emelkedett tonus megnyilatkozik pl. a *Löwi*-féle reakcióban, a mi abban áll, hogy adrenalinnak a szembe való csepegtetése után mydriasis áll be, a mi normalis sympathicus-tonus mellett nem szokott bekövetkezni; vagy pl. a Basedow-kórosoknak az adrenalin-befecskendezéssel szemben mutatkozó intoleranciájában. Viszont a sympathicus-rendszer izgalmi tüneteként fogható fel a Basedow-kór számos tünete: mint a tachycardia, a protrusio bulborum, a glykosuria, a hőemelkedések stb., a melyek közt tehát a Basedow-trias két tünete is helyet foglal.

E tüneteknek a pajzsmirigyelválasztás megváltozásával való közvetett összefüggését a kísérleti pathologia eléggé exacte bizonyította be. Igaz ugyan, hogy *O'Connor* kimutatta azt, hogy az adrenalin a Basedow-kórosok vérében nem szaporodik meg, csak biológiai hatása fokozódik, a mit *Gottlieb* annak tulajdonít, hogy a thyreoidea secretuma a sympathicus-idegrendszert sensibilizálja az adrenalinnal szemben; mindennek dacára a sympathicus-idegrendszer területén létrejövő tüneteknek adrenalin-eredetéhez ma már alig fér szó. Sokkal nehezebb azonban a pathologia helyzete a Basedow-kór egyéb tüneteivel szemben, melyek ugyancsak a vegetatív idegrendszer területén jönnek létre, de nem a sympathicus-, hanem az autonom idegrendszer izgalma folytán. Ilyenek: az izzadás és az ezzel kapcsolatos *Vigouroux*-féle tünet, az erek lazasága és kitágulása stb.

A sympathicus- és autonom idegrendszer működésében bizonyos antagonizmust mutat, a kettő tonusának egyensúlya a physiologiai életműködés egyik feltétele.

A sympathicus-idegrendszer hormonja az adrenalin, az autonom idegrendszerét nem ismerjük; lehet, hogy a mint a múlt évben *Molnár Béli*-val tartott előadásunkban kifejtettük: a pankreas belső secretuma az autonom hormon, de lehet, hogy más. Az autonom idegrendszer izgalma folytán létrejövő tünetek közvetlen okát — tehát úgy mint a sympathicus-tünetekét az adrenalinban — kimutatni nem tudjuk, annak jelenlétét csak sejtjük. Ismerve azonban a belső secretiók productumok egymásra való kölcsönhatását, nehezen megoldható kérdés az, hogy ugyanaz a pajzsmirigysecretum hogyan hozhatja létre egyrészt a sympathicus-rendszert, másrészt az autonom rendszert egymással antagonista hatású izgalmat. *Kraus* polyvalensnek tartja a thyreoidea secretumát s hasonló eredményre jut vizsgálatai alapján *Kostlivi* is. Utóbbi szerint a thyreoideának kétféle hyperfunctiója van; a sympathicus-tonust fokozó és az autonom tonust fokozó, melyek közül a sympathicus az elsődleges, míg az autonom csak másodlagos compensációs folyamatként jelentkezik és néha túlszárnyalja az előbbit. Ennél sokkal könnyebben volna érthető *Gottlieb* magyarázata, a ki azt mondja, hogy a thyreoidea nemcsak a sympathicus-idegrendszert sensibilizálja az adrenalinnal szemben, hanem talán az autonom rendszert is ismeretlen hormonjaival szemben.

E felfogás helyességét látszanak bizonyítani *Eppinger* és *Hess* észleletei. *Eppinger* és *Hess* általában azt találták, hogy az egyének nagy részében vagy a sympathicus-, vagy az autonom-, vagy mint ők nevezik, a vagus-rendszer tonusa dominál. E tonusfokozódás kimutatható az illető idegrendszerre ható szerek adagolása útján. Azokon, a kikben a sympathicus-rendszer tonusa fokozott, a befecskendezett adrenalinnak erős hatása konstatalható, míg pl. a pilocarpinnak mint autonom-méregnek semmi, vagy kevés hatása van; viszont a vagotoniásokra a pilocarpinnak van erős hatása s az adrenalinnak gyenge.

Szerintük tehát vannak sympathicotoniás és vagotoniás

egyének s ezek a thyreoidea-elválasztás fokozódásával szemben is különbözőképpen viselkednek. Így ők kétféle Basedow-kóros typust észleltek, az egyikben a sympathicus-idegrendszer, a másokban az autonom idegrendszer izgalma dominál, de vannak vegyes alakok is. E különböző típusoknak ilyen constitutionalis alapon való fejlődését tehát *Gottlieb* magyarázata érthetővé tenné, mert a thyreoidea mindkét rendszerre kiható sensibilizáló hatása folytán a fokozott tonust mutató rendszer területén jönnének létre az izgalmi tünetek. Hogy e kérdéshez hozzászólhassunk, a III. sz. belklinikán az utolsó évben ápolat 16 Basedow-kóros betegen *Molnár Bélé*-vel együtt részletes vizsgálatokat végeztünk oly irányban, hogy a tüneteknek ilyen constitutiós alapon való csoportosulása milyen terjedelemben található meg. E vizsgálatok részletes adatairól most nem számolhatok be, annyit azonban mint e vizsgálatok egyik eredményét elmondhatok, hogy az *Eppinger* és *Hess* értelmében vett tisztán sympathicotoniás illetve vagotoniás Basedow-typusokat felfedezni nem tudtuk, sőt azt mondhatjuk, hogy a mi eseteink mind vegyesen mutatták a sympathicus- és autonom tüneteket. Azon esetekben, a hol a sympathicus-tonus fokozódását nemcsak a tünetek, mint tachycardia, exophthalmus, alimentaris glykosuria stb. bizonyították, hanem az adrenalin biológiai reakciói is, mint az *Ehrmann*-reactio, a *Löwi*-féle tünet stb., kifejezett autonom tünetekkel is találkoztunk, mint laza pulussal, bő izzadással, *Graefe*-tünettel stb., és viszont sympathicus-izgalomra valló tünetek mellett a sympathicus-tonus általános fokozódását akárhányszor nem tudtuk konstatálni. A tünetek megjelenésében mégis bizonyos szabályszerűséget véltünk felfedezhetni s ez abban állott, hogy 1. ha a tachycardia kifejezett volt, akkor rendszeren a pulsus lazasága is nagy mértékben volt jelen, viszont ha a szív működés nem volt szapora, a pulsus is nagyobb feszességet mutatott; 2. a betegek bőrének fokozott nedvessége ugyan majdnem minden esetben konstatálható volt, de mégis leginkább ott, hol a betegek hőmérséke emelkedésre hajlott. S ebből a szabályszerűségről valamit következtethetni vélek. A tachycardia s az érlazulás antagonistá hatások alapján jön létre, de hatásában egymást kompenzálja.

A sympathicus-izgalom folytán létrejött tachycardia egyrészt a vérnyomást emeli, másrészt a szívet gyöngíti, s ekkor beáll a pulsus lazasága, a mely a vérnyomást csökkenti s a vérkeringést könnyíti. Ugyanígy kompenzálja az autonom eredetű bővebb izzadás a sympathicus-eredetű hőmérsék-emelkedést. E szabályszerűség a tünetek jelentkezésében tehát arra látszik utalni, hogy a sympathicus-rendszer izgalma mintegy kiváltja a kompenzáló autonom izgalmat, a melynek az autonom rendszer egyéb tereire való áttérjedése más autonom tüneteket is hozhat létre, a mi megmagyarázza egyszerűsmind a myxoedema és Basedow-kór hasonló tüneteinek létrejövés-módját is.

Ezek után áttérek már most a Basedow-kór terapiájának néhány kérdésére. Belső secretiós megbetegedéssel lévén dolgunk, első kérdésünk az kell hogy legyen, vajjon van-e a Basedow-kórnak specifikus organotherapiás gyógyítása.

Ballet és *Enriquez*, majd később *Möbius* azon felvételtől indult ki, hogy a Basedow-kórosok vérében jelenlevő fölösleges thyreoidea-secretum megköthető oly állatok vérében levő mérgekkel, melyeknek pajzsmirigye kiirtatott, s így elvonatik azon szervektől, a melyekre a pajzsmirigy-váladék káros befolyást gyakorol. Azt gondolták továbbá, különösen *Lenz*, hogy a pajzsmirigyüktől megfosztott állatok vérében felhalmozódott kártékony anyagok a tejbe is átmennek. Így jött létre a gyógyítás azon módja, mely pajzsmirigyüktől megfosztott állatok vérserumának (anti-thyreoidin-serum) illetve tejének — a melynek szárított készítménye a rhodagen — a Basedow-kóros szervezetébe való bevitelében áll. E terapiának várt sikere azonban elmaradt. Eleinte ugyan — mint minden therapeutikai módszernél — jelentettek gyógyulásokat, később azonban e szerek alkalmazása mindinkább szűk térre szorult. Klinikai észleleteink szintén nem voltak kedvezők e gyógymódokra nézve. Egy másik specifikus gyógyító

módja a Basedow-kórnak, a mely azonban szintén nem volt hosszú életű: a struma röntgenezése. A strumák kisebbedtek ugyan, és sok esetben a Basedow-tünetek javulását is látták, de viszont a Röntgen-fény a strumában és környékén olyan elváltozásokat hozott létre, a melyek egy későbbi operatív beavatkozás elé igen jelentékeny, sőt súlyos akadályokat górdítottak. *Eiselsberg*-nek ezirányú felszólalása óta ez a therapia is alig kerül alkalmazásba. Nálunk *Manninger* tárgyalta nemrégben e kérdést hasonló értelemben.

Melyek tehát a belgyógyász eszközei a Basedow-kórral szemben?

Az első és legfontosabb teendőnek tartom a betegnek lehetőleg teljes lelki és testi nyugalomba való helyezését. A Basedow-beteg ingerlékeny természetű, psychéje nyugtalan, kis okokra nagy reakciókkal felelő, a kit a szokásos környezettel való érintkezés legapróbb súrlódásai is bántanak, s azért legjobb az ilyen beteget környezetéből lehetőleg eltávolítani. Viszont a Basedow-beteg fáradékony, a legcsekélyebb testi munka is fokozhatja palpitióját, melegségérzetét, izzadását s egyéb kellemetlen tüneteit, s azért a teljes nyugalom, a fekvés rendszeren igen jó befolyással van a betegre. A nyugalom különben talán azért is jó hatással van a basedowos szervezetre, mert mint a kísérleti pathologia kimutatta, a testi munka a chromaffin rendszer fokozott működését váltja ki, a mi, tekintve a Basedow-tünetek egy részének adrenalin-eredetét, a betegre nézve irrelevans nem lehet. Bőséges klinikai tapasztalatok mutatják, hogy akárhány Basedow-beteg, kikerülve környezetéből, a klinika egyhangú ágynyugalomban minden gyógykezelés nélkül is lényeges és gyors javulást, sőt gyógyulást mutat.

Lényegesen előmozdíthatja e gyógytényezők hatását, ha a beteget klimatikus gyógyhelyre küldhetjük. *Stiller* volt az első, a ki hangoztatta azt, hogy a Basedow-kórosokra kitünő hatással van a magaslati klíma; kb. 1000 méter magasságú hely az, a mely e czélra leginkább megfelel, nálunk nevezetesen a Tátra, a hol csakugyan a Basedow-kórosok nagy serege nyer enyhülést. *Stiller* óta a magaslati helyek kedvező befolyását mások, így különösen *Erb* és *Kocher*, is hangoztatják. A magaslati gyógyhelynek talán egyetlen contraindicatiója a szívnek nagyobb fokú insufficienciája. Mindennek dacára sematizálnunk nem szabad s fogunk akadni olyan Basedow-kóros betegre is, a kire a magaslati klíma nem gyakorol kedvező befolyást, a ki viszont a tenger mellett érzi jól magát. E klimás befolyások természetesen összekötendők a betegnek több óra hosszat a szabadban való fektetésével, valamint hydrotherapiás beavatkozásokkal. Egyszerű langyos, nagyobb izgatottság esetében protrahált fürdők azok, melyek az ilyen betegre jó hatást gyakorolnak. A betegnek nagyfokú melegségérzésére néha a hűvösebb fürdők hatnak kedvezően. Erős palpitiatio esetén napközben többször szívhűtő alkalmazható.

Mindezeket a gyógytényezőket meg lehet toldani a nyaki sympathicus galvános kezelésével, a mitől néha szintén jó eredményeket látunk.

Igen nagy jelentőséget tulajdonítanak a diéta gyógyításnak. A Basedow-beteg anyagcsereje lényegesen megváltozott, a miben a pajzsmirigy fokozott secretiójának van fontos szerepe.

A fehérjék és zsírok szétesése fokozódik, míg a szénhidratok bomlása inkább kífokú lassúbbodást szenved. Az anyagcsere, az oxydatio e fokozott volta az, a mi a betegek gyors lesoványodását okozza s a mi ellen diaeteticus küzde-nünk kell.

Fokozódik ezenkívül a phosphor kiválasztása is. Az ily módon létrejött deficitet bőséges fehérje- és zsíradagolással pótolhatjuk. Kérdés azonban, hogy mindenféle fehérje egyformán jó befolyással van-e az ilyen betegre.

Néhány évvel ezelőtt *Alt* hívta fel a figyelmet a Basedow-kórosok diéta kezelésére. Az ő betegei nagyobb részét súlyos esetek voltak, rendszeren szív- és veseinsufficienciával, oedemákkal. *Alt* e betegeken pontos anyagcsere-vizsgálatok alapján a fentnevezett ismeretes anyagcsere-anomáliákon kí-

vül konyhasó-retentiót is konstatált. S ezért betegeinek olyan diatétát rendelt, a mely konyhasómentes volt, ellenben bőségesen tartalmazott fehérjét, zsírt és phosphort. Diatétája a beteg szénhydrat-tolerantiájához mért mennyiségű, sótalanul készült főzelékből, főleg rizsből, sok vajból, tejből és tejfölből áll, a mihez egy bő phosphortartalmú növényi fehérjét: protylint adott. Eredményei — a melyeket photographiák is illusztrálnak — frappánsak voltak. Az oedemák eltűntek, a beteg hízni kezdett s általános állapota lényeges javulást mutatott.

A diatétának ezen összeállítását a III. belklinikán az utóbbi években kiterjedten alkalmaztuk s tapasztalataink alapján megerősíthetjük az *Alt* által mondottakat.

Csontig és bőrig soványodott betegek hirtelenül hízni kezdtek, úgy hogy néha hetenként 2 kilós hízásokat is regisztrálhattunk s a betegek állapota egyébként is lényeges javulást mutatott. E lactovegetabilis diatétának sótalan voltát *Alt* tisztán az ő betegein jelenlevő veseinsufficienciára visszavezetett sóretentio szempontjából tartotta indikálnak. Ugy látszik azonban, hogy a konyhasómegvonás jó hatásának másféle jelentősége is van. *Korányi Sándor* megbízásából *Schrank* néhány év előtt kísérleteket végzett a klinikán oly irányban, hogy a calcium miképpen befolyásolja az adrenalin hatását s azt találta, hogy a calcium az adrenalin hatását meggátolja vagy gyöngíti. Hasontó eredményre jutott újabban *Chiari* és *Fröhllich*, a kik ellenkezőleg azt mutatták ki, hogy oly mérgek, melyek a szövetekből calciumot vonnak el, az illető szöveteket sensibilizálják az adrenalinnal szemben. *Loeb* vizsgálatai kimutatták már most azt, hogy a calciumchlorid és natriumchlorid közt biológiai antagonizmus uralkodik, a mi megnyilatkozott *Maccallum* bélkísérleteiben s főleg *Fischer* kísérleteiben is, a ki a natriumchlorid okozta glykosuriát calciumchlorid egyidejű alkalmazásával csökkenteni vagy megszüntetni tudta. Ezen antagonizmusból az következik, hogy ha a calcium megvonása sensibilizál az adrenalin ellen, akkor valószínűleg ugyanezen hatással van a natriumsó felhalmozódása is; a konyhasó megvonása tehát egyértelmű volna a szervezet adrenalinérzékenységének csökkentésével, a minek a Basedow-kór terapiájában nagy értéket és jelentőséget kell tulajdonítanunk. A konyhasómentes diatéta tehát, a mely főleg lactovegetabilis regime által érhető el, a Basedow-kór terapiájában nemcsak konyhasóretentio esetében, hanem általános indicatióval is bír, a mint hogy a klinikán észlelt, veseinsufficiencia nélküli esetekben is kitűnő eredményt járt.

A Basedow-beteg táplálkozását lényegesen zavarhatja a hányás és főleg a hasmenés, mely utóbbi tünet különösen gyakran jelentkezik a Basedow-kórban szenvedő betegeken. A hányás nyugalomra és általános hygienés kezelésre gyakran magától is megszűnik, egyebekben pedig a rendes tüneti kezelésre szorul. Nem egészen így áll a dolog a hasmenésekkel. A basedowos hasmenés gyakori bőséges székletetek ürítésében áll, a mely székletetek rendszerint bő zsírtartalmat mutatnak, tehát hasonlóak azokhoz, a melyeket a pankreas-insufficienciában szenvedők szoktak üríteni. Tekintve az egyes belső secretiók szervek működési antagonizmusát, sokan csakugyan azt hitték, hogy a basedowos hasmenés pankreas-insufficiencián alapszik. Megerősítette ezt a felvételt *Korányi Sándor*nak s tőle függetlenül *Noorden*-nek az a tapasztalata, hogy a hasmenéseket pankreos adagolásával épp oly kedvezően lehet befolyásolni, mint a pankreas-insufficiencia következtében keletkezőket. *Molnár Bélá*-val együtt végzett vizsgálataim azonban azt mutatták, hogy a Basedow-betegek székletéte legalább annyi, de sok esetben sokszorosan több fermentet tartalmaz, mint az egészséges emberé s így pankreas-insufficienciáról szó sem lehet. Hogy a pankreos ez esetekben mégis jól hat, azt *Korányi* úgy magyarázza, hogy a pankreos a hyperthyreoidismus hatását a bélre ellensúlyozza.

A Basedow-kórosok egyéb gyógyszeres terapiájáról — a gyógyszerek közül főleg a brom, az arsen, a chinin, szívgyengeség esetén a cardiacumok, esetleg diureticumok szerepelnek — bővebben szólanom nem kell s ezért előadásom

utolsó pontjaként még csak arról akarok néhány szóval megemlékezni, hogy mi lehet és mi legyen a belorvos álláspontja a műtéti beavatkozás indicatióinak felállításában.

Egészen kétségtelennek kell elfogadnunk azt, hogy a műtéti beavatkozás a Basedow-kórosok nagy részét meggyógyítja, egy részének állapotát lényegesen javítja, s csak kevés számú beteg nem látja semmi hasznát a végzett műtétnek. Ezzel szemben azonban kétségtelen az is, hogy a belorvostani kezelésre az esetek nagy száma szintén meggyógyul, illetve megjavul. A kérdés már most az volna, hogy melyik kezelésmód biztosít több gyógyulást és kevesebb veszélyt. A kérdés első részének eldöntése igen nagy nehézségekbe ütközik, még pedig két okból. Az egyik az, hogy a sebészek statisztikájával szemben nincs megbízható belgyógyászati statisztika. Az operált beteggel a sebész inkább rendelkezik, mint a belorvos a gyógyult betegeivel, a kiket akár hányszor nem is lát többé. A másik nehézség abban rejlik, hogy mit nevezünk gyógyulásnak? A sebészek 60—80% gyógyulásról számolnak be a belgyógyászati statisztikák 50—60%-ával szemben, de a mint pl. *Rehn* utolsó karlsruhei statisztikájából kitűnik, gyógyulnának neveznek olyan beteget is, kinek szem-, szív- és egyéb tünetei még vannak! Hogy állunk a kérdés második részével? *Rehn* említett utolsó statisztikájának műtéti mortalitása 13·1%. Igaz ugyan, hogy *Rehn* statisztikája régebbi időben kezdődik, a mikor még majdnem kizárólagosan súlyosabb betegeket operáltak, a halálozások azonban éppen az utolsó 8 évben operáltak közt fordultak elő. *Kocher* statisztikájában, a melyben a legnagyobb, a mortalitás csak 5%, viszont azonban *Kocher* a korai műtétnek híve, tehát oly betegeket operál, kiknek nagy része műtét nélkül is hajlamos a gyógyulásra. Ha ezzel szemben a nem operált Basedow-betegek mortalitását nézzük, akkor ez *Sattler* utolsó összeállítására szerint minden hibaforrás tekintetbevétele mellett középszámban 11%-ra tehető, vagyis kb. annyi beteg hal meg a műtét következtében, mint a mennyi meghalna műtét nélkül esetleg évek múltán.

Nagy jelentőséggel kell, hogy bírjon a műtéti indicatio felállításában a beteg anyagi helyzetének. A Basedow-kór terapiájának tárgyalásakor kiemelttem azt, hogy mily fontos szerepet játszik a gyógyításban az abszolút nyugalom, a klímaváltoztatás stb. Mindezt természetesen csak vagyonosabb embernek ajánlhatjuk s nem olyannak, a ki kezemunkájával keresi saját és esetleg családja kenyerét. Tekintve ezt, valamint az előbb elmondottakat, álláspontunkat a műtéti indicatio felállításában a következőkben körvonalazhatnám: 1. Nem vagyunk azon az állásponton, hogy a Basedow-kórt korai stadiumban okvetlenül meg kell operálni, viszont nem szabad kitolni a műtét idejét oly időszakra, a mikor a beteg leromlott volta, esetleg szívgyöngesége a műtét esélyeit súlyossá teszi. A Basedow-beteg belorvostanilag kezelendő, s csak ha a belorvostani kezelés 1/2—1 év alatt nem vezet lényeges eredményre, vagy a beteg állapota belorvosi gyógyítás dacára is gyors rosszabbodást mutat, csak akkor ajánljuk a betegnek a műtéti beavatkozást. 2. Feltétlenül ajánljuk a műtétet az olyan betegnek, a ki a belorvosi terapia eszközeit magának megszerezni socialis viszonyainál fogva nem tudja.

Ha ezen a középúton járunk, azt hiszem, nem igen lesz alkalmunk a betegnek adott tanácsunkat megbánni.

A thyreosisok (Basedow-kór) kezelése.¹

Irta: *Manninger Vilmos* dr.

Alig van a kórtannak fejezete, melyre a kutatók az utolsó két évtizedben annyi munkát fordítottak, mint a Basedow-kórnak pathogenesise. Ha ennek dacára ma is még van nem egy pont, melyet teljesen tisztán nem látunk, ezt nemcsak e baj fejlődésének rendkívül bonyolódott voltában, de

¹ Kivonatossan előadta a Budapesti Kir. Orvosegyesületnek 1912 márczius hó 2-án tartott VIII. ülésén.

abban is kereshetjük, hogy a kutatásra reánehazodott a Basedow-kór neurogen elméletének terhe. Az a kölcsönhatás, mely a pajzsmirigy működése és az idegrendszer között kétségtelenül megvan, továbbá a thyreosisok ideges vonatkozásai új meg új táplálékot adtak ez elméletnek. Ez az oka annak, hogy az egységes, thyreogen elmélet oly nehezen tudott utat törni magának. Ez az ok, hogy különösen a bel-orvosok körében még ma is egyre kísért a *neurosis* fogalma. Pedig a kezelésnek alapfeltétele, hogy a kórfejlődésnek ezen alapvető tételével leszámoljunk, mert csakis a thyreogen elmélet indokolhatja a pajzsmirigyen végzett beavatkozásokat. Az elméleti alappal együtt megdőlt a sebészeti beavatkozás jogosultsága. Theoriát és praxist elválasztani ez esetben nem szabad.

Szerencsére a gyakorlat a természettudományi kísérlet pontosságával beigazolta az elméleti felvétel helyes voltát. A logikus deductio bizonyítékai mellé (a hová számítom a hypo- és athyreosisokkal szemben meglevő teljes antagonizmust) emberen végzett farmakológiai és chirurgiai kísérletek egész sorával bizonyította a thyreogen elméletnek helyességét.

Talán fölösleges volna e kérdésekkel való foglalkozás és beérhetném azzal, hogy a statisztika száraz adataival bizonyítom a thyreosisok kezelésének eredményeit, ha épp a mi legkiválóbb szakembereink sorában is nem akadna a thyreogen elméletnek és ezzel a pajzsmirigy befolyásának oly ellenfele, a ki nagyon szellemes okfejtésével kötelelességemmé ne tenné az elmélet terére való lépést. *Jendrassik* dr. néhány év előtt az orvosegyletben lefolyt vitában „óva intett“ a Basedow-kór operatív kezelésétől. A kezelés legfontosabb tényezőjéül a *helyváltotatást* állította előtérbe, sőt annyira ment, hogy a sebészeti osztályokon észlelt gyógyulásokat és javulásokat a betegnek a sebészeti osztályokra való áttevésének akarta betudni. Dialektikájának káprázatos fénye azokra, a kik a ma már rendelkezésünkre álló kórtörténetanyag nagy tömegébe be nem hatolhattak, oly meggyőző hatással lehet, hogy éppen ezért kötelelességünk mindazt a bizonyító anyagot összehordani, a melylyel a thyreogen elméletet támogathatjuk. Igaz, hogy ma már ő is látszólag enyhített évek előtt kifejtett álláspontjának merevségén; de kiinduló pontja, „hogy a gyógyítást a theoretikai fejtegetésekre“ (értsd thyreogen elméletre) távolról sem alapíthatjuk, ma is még a régi állásponthoz való ragaszkodását bizonyítja.

Épp ezért a kezelés különböző módjainak tárgyalása előtt ki kell fejtenem azt az elméleti alapot, melyet a Basedow-kórnak (mint a thyreosisok legkifejezettebb alakjának) fejlődéséről irodalmi és személyes tanulmányok alapján magamban megalkottam.

A Basedow-kór fejlődésének legfontosabb tényezője a *pajzsmirigy működésének meglibbent egyensúlya*. Adataink ma még elégtelenek annak eldöntésére, hogy csak *fokozatbeli* (quantitativ) vagy egyúttal *minőleges* (qualitativ) különbségek mutatkoznak-e e meglibbent egyensúlyhelyzetben. Az újabb, különösen kísérleti adatok valószínűvé teszik az utóbbi lehetőségét (*dysthyreosis*).

A tényezők, melyek a pajzsmirigy működését a thyreosis értelmében befolyásolják, nem egységesek. Egy részüket ma már ismerjük. Ilyenek:

a) *A trauma*. A) *Psychés trauma* (ijedés, gondok stb.) Az út a középponti idegrendszer és a pajzsmirigy között valószínűleg a nervus laryngeus superioron át vezet. (*Asher*, *Crile* és *Cyon* kísérletei.)

B) *Somatikus trauma*. Valószínű, hogy itt is az idegrendszerre való közvetett hatás szerepel.

b) *Fertőzés*. (Az acutak közül főleg angina, polyarthritus acuta, influenza, typhus; a chronikusak közül lues, tuberculosis.)

A fertőző betegségek hatását két formában képzelhetjük. *De Quervain* a legkülönbözőbb fertőző betegségek során észlelt a pajzsmirigyen oly nem genyes, gömbsejtes beszűrődéssel járó gyuladásokat (thyreoiditiseket), a melyek szövettani képe nagyon hasonlít a Basedow-strumáéhoz. Ez esetek

némelyikében a thyreosisok csökevényes alakját (*forme fruste*) is látta a klinikai képben.

A kórfejlődés másik útja a fertőzés termelte méreg hatásában kereshető (toxikus hatás).

Hogy a fertőzés kiválthat thyreosist, azt oly esetek jól észlelt sorozata bizonyítja, a melyekben addig teljesen egészséges szervezetben a klinikai észlelés ideje alatt fejlődött ki thyreosis a fertőző betegség alatt vagy közvetlenül nyomában. De bizonyítja e behatást a statisztikák anyaga is. Igy *Robinson* Basedow-kórosok anamnesisében 18%-ban talált polyarthritist acutát, 19%-ban anginát, mely közvetlenül megelőzte a haj kitorését. *Landström* 52 esetből 21-ben talált acut fertőző betegséget. *Vincent* fertőző betegségek során 65%-ban talált thyreosisra valló jeleket.

A *chronikus* fertőzések közül a gümős mérgezés befolyását különösen *Hollós* hangsúlyozza. Mellette *Bialokur* 15 éves észlelések eredményeképpen azt találta, hogy a Basedow-kórral egyidejűleg gyakran találunk gümős fertőzést. A gümőkór javulásával egy időben a thyreosis tünetei is múlnak. Az összefüggés bizonyítása ez esetekben sokkal nehezebb. A gümős fertőzés nagy elterjedettsége mellett ugyanis nehéz kizárni, hogy a Basedow-kórral együtt járó általános leromlás nem tett-e manifestté egy addig lappangó gümős gócot; más szóval, nem a gümőkórnak fellobbanása-e az okozat, a következmény.

c) *A thyreoidea megbetegedései*. (Főleg strumitis, tumor, és pedig primær vagy metastasisos.)

Ide sorolhatjuk a thyreoideán végzett mechanikai beavatkozásokat is, a melyek nyomán Basedow-kór fejlődött.

Főleg az utóbbiak birnak az emberen végzett öntudatlan, nem szándékolt kísérlet bizonyító erejével és ezzel egyúttal a thyreogen elmélet legerősebb támasztói sorába kerülnek.

I. táblázat. (Sattler adataiból.)

A thyreoideára közvetlenül beható okok mint a thyreosis (Basedow) kiváltói.

Röser: Setaceumnak golyvacystába való behúzása, tipusos Basedow 8 nap alatt.

Kocher: Struma punctiója után közvetlenül Basedow-tünetek néhány hétig. Strumektomia után gyógyulás.

Thévenot: Intraglandularis enucleatio (rendes struma) után „basedowisme“.

Brieger: Vibrációs massage után (kuruzsló végezte) 4 hét alatt tipusos Basedow.

Kienböck: Röntgenkezelés (struma simplex) után 4 nap múlva Basedow.

Chvostek: Régi struma Röntgen-kezelése (igen nagy adag) tipusos Basedowot vált ki.

d) *Enterogen intoxicatio*. (Főleg obstipatio nyomán. *Ebstein* és *Federn* észlelései.)

Ebstein és *Federn* évekig észlelt eseteket ismertettek, a melyekben a bélműködés rendezésével visszafejlődtek a tipusos Basedow-tünetek. Az obstipatio kórokozó hatását különösen az az észlelésük támogatná, hogy a Basedow-kórosok hasmenését leginkább a paradoxnak látszó hashajtó-therapiával (olajbeöntésekkel, massage-zsal, diatás kezeléssel) lehet leküzdeni (?).

e) *Jod és jodkészítmények*. A jodnak és a pajzsmirigy-kivonatoknak kiváltó hatását bizonyítja a II., III. és IV. táblázat.

II. táblázat. (Sattler adataiból.)

Thyreoidea-készítményekre beállott Basedow.

Béclère: 92 gm. ürüthyreoidea megevése (11 nap alatt), tipusos Basedow (*glykosuriával*, polyuriával).

Baldwin: 10 éves fiú; 6 éves korától Basedow. 10 éves korától myxoedema. Tablettákra Basedow.

Morrow: 45 éves asszonyon szülés után myxoedema. Thyreoidea-tablettákra Basedow.

Ewald: Myxoedemas asszony, thyreoidea-tablettákra Basedow.

Ulrich: 46 éves asszony; 10 éve myxoedemas; thyreoidea-tablettákra tipusos Basedow.

Notthafft: 5 héten át 1000 tablettá után Basedow + *glykosuria* és polyuria; 6 hónap alatt gyógyul.

Boinet: 8 napon át naponként 6–9 thyreoideát (ürüből) fogyaszt. Base-

dow + psychosis. Gyógyulás. *A medicatio megismétlésére súlyos Basedow.

Stegmann: 1½ tableta több héten át. Basedow. Többszöri röntgenezés után 4 hónap múlva gyógyul.

Kocher: 10 napig 2 gm. thyrein (Beyer). Acut Basedow, a szer megvonása után 14 nap alatt gyógyul.

Elliot: 4 hét alatt 200 tableta (angol). Basedow. A szer elvonása után lassú gyógyulás.

Golyvások aránylag jól tűrik a tablettákat:

v. Bruns 350 golyvák közül csak néhányon látott thyreosist.

Zum Busch 68 esetből 4-ben látott thyreosist.

Különösen érdekes e táblázatból Baldwin, Morrow, Ewald és Ulrich észlelése. Ez esetekben myxoedemás betegekben a túlzott thyreoidea-therapia váltott ki Basedow-tüneteket.

III. táblázat. (Sattler adataiból.)

Jodkészítmények befolyása a thyreosistra. Jodtúlérzékenység.

Chvostek: Nem terhelt beteg. Antilueses jodhasználatra Basedow, jod-elvonásra gyógyulás.

Kocher: 80 esetből 4-ben látott thyreosist fejlődni.

Warschauer: 4 hét alatt 72 gm. jodkali használata után Basedow 30 kgm. súlyfogyással. Hosszú idő után gyógyulás.

Holzknicht: Strumának jodkezelése után 2 esetben látott thyreosist.

1. 3 hónap alatt súlyos Basedow. Röntgenre javulás.

2. 1 évi jodhasználás után acut Basedow. Röntgenre javulás.

Cereoli: 1. 15 gm. jodkali (tévedésből egyszerre való) bevétele után acut Basedow.

2. Jodkali után súlyos Basedow; elvonása után több hónap múlva gyógyulás.

Short: Jodoform-mérgezés után 1 évig tartó Basedow.

IV. táblázat. (Saját gyűjtés.)

Jodkészítmények befolyása a thyreosistra. Túlérzékenység.

Pineles: 6 nőbetegen észlelt strumának jodkezelése után thyreosist.

A napi adag 0.1–0.33 gm. jodnatrium volt.

Az elfogyasztott összes J Na maximuma 45 nap alatt 6.75 gm.

„ minimuma 10 „ „ 1 gm.

„ betegek „ diabeteses „ basedowos családokból származtak (dispositio).

Pineles szerint Rendu, Jaunin, Gautier és Breuer irt le hasonló eseteket.

Kocher: Jodos kenőcs 3 hetes alkalmazása után látott súlyos Basedowot. Kímetszés után gyógyulás. Könnyebb Basedowot, de különösen golyvás-szívet (Kropfherz) gyakran észlelt jodhasználás után. Jodmegvonásra gyógyulás.

Ewald: 1. 6 tableta thyreoiodid után 4 hónapos Basedow.

2. Jodoformsuppositorium használata után (többször 0.1 gm.) thyreosis.

3. Jod belső adagolására (kis adag) több hónapos thyreosis.

A basedowos túlérzékenység kísérleti kimutatása:

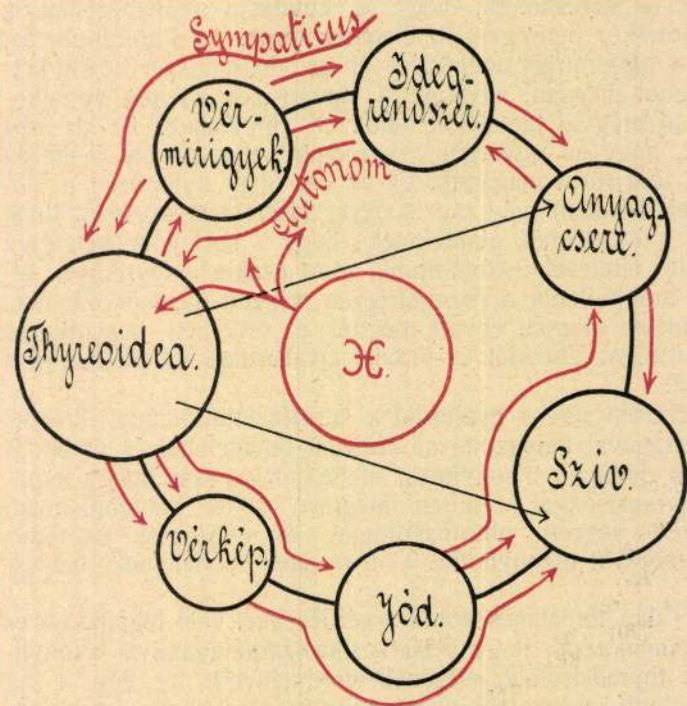
Wolfsohn: Basedowosok serumának tengerimalaczbba való befecskendése után 24 órára nem toxicus jodoformolaj-befecskendés. 17 állatból 8 súlyos anaphylaxiás shockot (részben halálosat) mutatott. A legsúlyosabb tünetek a súlyos basedowosok serumára fejlődtek.

A IV. táblázatból főleg Pineles és Kocher kórtörténeteire hívom fel a figyelmet. Ez esetekben oly csekély jod-adagok váltottak ki thyreosist, hogy csakis jod-túlérzékenységgel magyarázhatjuk a jelenségeket. E túlérzékenység kísérleti bizonyítása (Wolfsohn) arra utal, hogy a Basedow-kórosok vérsavója a jodnak szerves összeköttetéseit (például a jodoformot) gyorsabban bontja szét a rendszerrel. Az így felszabaduló anorganikus jod, főleg pedig a fehérje-bomlástermékek magyarázhatják a Basedow-kórosok toxikus jelenségeit.

* * *

Valószínű, hogy a felsorolt tényezőkön kívül a további kutatás ki fog deríteni még oly okokat, melyek a pajzsmirigy működésének egyensúlyát megzavarhatják és így a thyreosisok kiváltóivá válhatnak. Ezért jelöltem a sémán e kiváltó okokat a kör középpontjába helyezett x-szel.

E kiváltó tényezők egynéhányra közvetlenül hat a pajzsmirigyre (c, e). Egy részük (a) az idegrendszer közvetítésével befolyásolja a thyreoidea működését. A b és d alatt felsorolt tényezők hatásának útját nem ismerjük (talán via belső secretio).



Kétségtelen, hogy e kiváltó tényezők csakis hajlamos egyénekben okoznak thyreosist. E hajlamosságnak külső, somatikus jeleit ismerjük. Kocher szerint a régiek „sanguinicus temperamentuma“ az, a mi Basedow-kórra hajlamosít (l. Verebély dolgozatát). E temperamentum finomabb okai ma még homályosak. Valószínűnek látszik, hogy a belső secretióval bíró azon mirigyecsoportok fokozott működésében kell e hajlam végső okát keresnünk, a melyek a dissimilációs anyagcsere-hormonokat termelik (a thyreoidea mellett a hypophysis infundibularis része, a chromaffin rendszer, a thymus hámeredettű magja, az ivarmirigyek stb.).

E hypothesis mellett szól a familiaris dispositio, és pedig abban a formában, hogy nemcsak tiszta Basedow-családok ismeretesek, de igen gyakoriak az oly családok is, a melyekben a család több thyreosisban szenvedő tagja mellett van több diabeteses, esetleg e kettő combinációja. (A dissimilációs csoport antagonizmusa az assimilációs csoporttal — pankreas + interrenal rendszerrel —, az utóbbiak hypofunkciója.)

A vérmirigyek illetően szerepe közvetve hat az idegrendszerre (vago-toniás, sympathicotoniás typos), a mely az antagonisták ingere folytán compensációs jelenségekre adhat alkalmat. (L. a sémában az idegrendszerre, a vérmirigyekre és közöttük a thyreoideára való kölcsönhatást, melyet a nyílak iránya jelöl.)

Nem térhetek ki e rendkívül érdekes, de igen sok pontban homályos és bonyolult hatások részleteire. De szükségesnek láttam az utalást e pontokra, mert ebben rejlik a kulcsa a thyrogen és a neurogen elmélet áthidalásának. A lényeges pont az, hogy az idegrendszer megváltozott működése, mely a thyreosisok körképében sokszor teljesen uralkodik, legtöbb összetevőjében csak következmény, mely megszűnik, ha a thyreosisok circulus vitiosusát a támadási pontban, a pajzsmirigyben, megszakítjuk.

A thyreosisok tünettanáának nagyon változatos képét magyarázza az a hatás, melyet a thyreosis mérge az idegrendszerre, az anyagcsere-re, a szívre, továbbá a vérmirigyek működésére kifej. E hatások irányát szemlélteti a mellékelt séma. A kölcsönhatások folytán valószínűs circulus vitiosus fejlődik.

A thyreosis kezelésének célja, hogy e kört valamely fontos támadási pontján megszakítsa.

A kiváltó okok, tényezők elhárítására sokat nem tehetünk. Csak a c—e pontok alatt ismertetett hatásokat befolyásolhatjuk azzal, hogy az okot eltávolítjuk.

Nem tudjuk befolyásolni a hajlamosító tényezőket sem. Kezelésünk fegyvereit ezért elsősorban magára a pajzsmirigyre kell irányítanunk.

A pajzsmirigy fokozott működésére befolyhatunk nem sebészeti és sebészeti eszközökkel.

a) A nem sebészeti eljárások sorából a hatás gyorsasága tekintetében első helyen áll a Röntgen-kezelés. Ideiktatok néhány észlelőnek adataiból oly számokat, melyek a kedvező befolyást bizonyíthatják. A kérdés fontosságára való tekintettel az ősz folyamán a budapesti röntgenológusokhoz körkérdezt intéztem, hogy személyes tapasztalataikról képet alkothassak magamban. A legtöbbben lekötözött szívességgel választottak, de csak az V. táblázatban felsorolt adatok voltak értékesíthetők.

V. táblázat. (Saját gyűjtés.)

A Röntgen-kezelés befolyása a thyreosisra.

Clarke: 7 eset, amelyben a Moebius-serum hatástalan volt. 3 esetben a struma kisebbedett, a szív javult.
Cook: 5 eset. 4 javulás. Struma, exophthalmus, érverés, ideges tünetek javultak.
Beck: 8 eset. 7 javulás (részben műtéttel kombinálva).
Maragliano: Basedow-strumára jó eredményt látott.
Schwarz: 40. eset. Az ideges jelek minden esetben, a tachykardia 90%-ban, a testsúly 65%-ban (6—8 kgm. hízás), az exophthalmus 37.5%-ban, a struma 20%-ban mutatott javulást.

* * *

Eiselsberg: 3 esetben semmi javulás. Műtétkor erős összenövéseket, az erek szakadékonyságát találta. A struma szövetében sok haemorrhagia.

* * *

Budapesti esetek. (Körkérdés eredménye.)

Fischer Ernő: 3 eset. 2 csak 2—3 besugárzást kapott. Eredmény: 1 esetben a struma alig, a szív működés lényegesen javult; a tremor, hasmenés megszűnt; a súly valamit nőtt; az exophthalmus lényegesen csökkent. Adag 6 E. D. 6 hónapon át.
Babó Samu: 14 eset. A struma 82%-ban kisebbedett (nem lényegesen). Az érverés a kezelés előtt is 5 esetben rendes volt; 9 esetben javult; az ideges tünetek 50%-ban, a testsúly 28%-ban, az exophthalmus csak 1 esetben javultak. Átlag 10 besugárzás, 1/2—2 HD pro dosi.

E táblázat adatai, összevetve a Röntgen-irodalomban található casuistikai közlésekkel, azt bizonyítják, hogy a Röntgen-kezelésre a thyreosis tünetei közül leggyorsabban és legpontosabban múlnak el az ideges és a szívtünetek; elég jól befolyásolható az anyagcsere is. Alig vagy egyáltalán nem javul az exophthalmus.

A hatás hasonlít ahhoz, melyet a pajzsmirigy sebészeti befolyásával (érlekötéssel és kisebbítéssel) elérhetünk. Ez bizonyítja, hogy specifikusnak kell tartanunk. Azok a szövettani vizsgálatok, melyeket a normalis (állati) és megnagyobbodott (colloid-strumás) Röntgen-sugárral kezelt pajzsmirigyen végeztek, azt bizonyítják, hogy a normalis vagy strumás mirigyhámra az X-sugárnak hatása nincsen. Fel kell tehát tételeznünk, hogy az X-sugarak csakis a specifikus Basedow-szigetekre vannak befolyással. Ez a felfogás egyezik azzal a biológiai törvénnyel, mely szerint az X-sugarak elsősorban a fiatal, fejlődő sejtekre hatnak, míg az öregebb, már differenciált sejtekre csak csekély hatással bírnak.

E kedvező hatások mellett azonban nem szabad szemelt hűnyünk ama kedvezőtlen mellékhatások előtt, melyek thyreosisoknál a röntgenkezeléssel járnak. Ezek:

1. összenövések a pajzsmirigy és tokja között. E körülményre Eiselsberg hívta fel a figyelmet, a ki három esetben a röntgenezett mirigy kifejtésekor igen nagy nehézségeket tapasztalt e miatt;

2. a Basedow-kórosok amúgy is szakadékonny ereinek elfajulása (l. a szerző bemutatását az orvosegyletben*);

3. annak a lehetősége, hogy nem kellő adagú Röntgen-kezelés a thyreosist még fokozhatja (l. I. táblázat: Kienböck és Chvostek esete).

Az elmondottak alapján a Röntgen-kezelést egyelőre — míg végső eredményekről, a Röntgen-kezeléssel kezelt

thyreosisok végleges sorsáról kellő számú adattal nem rendelkezünk — csak oly esetekre korlátozom, a hol a belső kezelés egyéb, kevésbé kétélű fegyverei elégtelennek bizonyulnának, a sebészeti beavatkozás elé pedig el nem hárítható akadályok gördülnek (complicatiók a szív vagy a vese részéről, az operációhoz való beleegyezés megtagadása).

E korlátozást azért tartom szükségesnek, mert addig, míg az Eiselsberg-féle adatokat meg nem czáfolják újabb észlelések, a műtét nehézségeinek fokozását és ezzel az eredmények romlását ama végső eredményeiben még fel nem becsülhető eljárással kockáztatni nem tartom megengedhetőnek.

A pajzsmirigy működését szabályozó egyéb eljárások értékére néhány szóval szintén ki kell térnem; főleg azért, mert az esetben is, a mikor ezek egymagukban elégtelenné váltak és a sebészeti kezelésre szorulnak, ez eljárásokkal az operatio eredményeit támogathatjuk (előkészítés a műtetre, utókezelés).

b) Az anyagcsereinek, főleg a táplálkozásnak szabályozása a pajzsmirigy működését csökkentheti. Pontos anyagcsere-vizsgálatok (Noorden és iskolája: Mayerle, Voit, Schöndorff, Magnus Levy) kimutatták, hogy a thyreosisban szenvedők fokozott dissimilációját szénhidrátoknak és zsírnak bő adagolásával ellensúlyozhatjuk; míg állati fehérjéknek adása a fehérjebomlást még növeli. E paradoxnak látszó észlelés abban leli magyarázatát, hogy a húsevés, Rottmann szerint, munkatöbbletet ró a pajzsmirigyre. Kísérleti úton ezt Chalmers mutatta ki. Ő zsírtalan marhahússal etetett fiatal szárnyasokat. Az ellenőrző állatokéval szemben az így etetett állatok pajzsmirigyének súlya amazokénak nyolczszorosa volt.

Ezen elméleti okoskodással teljesen egyezik a gyakorló orvosoknak az a régi tapasztalata, hogy a húsevés ártalmas a Basedow-kórosokra.

Bókay Árpád a referatuma követő vita folyamán utalt a tápláló anyagokban foglalt jodra és hangsúlyozta a húsnak, mint jodban szegény anyagnak fontosságát a Basedow-kórosok táplálásában. A mennyire termékenynek hiszem magát a kiinduló pontot (a jodmegvonást a táplálékban), annyira nem merném belőle a hús ajánlásának következtetését levonni. A fentebb mondottak alapján ugyanis elmélet és gyakorlat egyaránt a pajzsmirigy kiméltetését mutatja ki a hús megvonása mellett. A pajzsmirigy csökkent jodthyrintartalma pedig húsdiéta mellett nem azt bizonyítja, hogy kevesebb jod van a szervezetben, hanem azt, hogy a pajzsmirigy nem tudja eléggé lekötni a jodot jodothyrin (vagy helyesebben jodthyreo-globulin) alakjában és a jod szerves vagy szervetlen sók alakjában fokozott mértékben marad meg a keringésben.

Cyon kísérletei szerint a vénába fecskendezett thyreojodin biológiai antagonistája a jod szervetlen sóinak.

c) A pajzsmirigy váladékának felszívódását csökkenthetjük a nyakra huzamosan alkalmazott jégtömlővel vagy a Leiter-féle hűtőkészülékkel. Fekvőkúrával összekötve, az ideges tüneteknek és a szív működésnek feltűnő megcsillapodását tapasztalhatjuk.

d) A nyak-sympathicusnak régen bevált galvános kezelését nálunk Kétyl Károly, a bécsi iskolából Chvostek melegen pártolja. Hasonló irányban nyilatkoznak azok is, a kik magaslati helyeken sokat foglalkoztak gyakorlatilag a thyreosisok kezelésével. (Szóbeli közlések.)

e) A specifikus (Moebius) serum, pajzsmirigyüktől megfosztott kecskéi teje, vagy ennek beszárított kivonata (rhodagen) hatásában alig ítéhető meg. Lelkes dicséretnek mellett az a körülmény, hogy irodalomban, gyakorlatban is az utóbbi években csak igen elvétve hangzik el ajánló szó, a mellett szól, hogy e készítmények értéke legalább is kétséges.

Hatásuknak elméleti alapja is eléggé kalandos. Moebius szerint az az anyag, mely a thyreosist okozza (a pajzsmirigy fokozott váladéka), antitoxin természetével bír. A pajzsmirigyüktől megfosztott állatok savójában, tejében ezzel ellentétben toxinok volnának. E toxinok a Basedow-kórosok vérében főlösen keringő antitoxint megkötnék.

* A budapesti kir. orvosegylet 1911. évi évkönyve. 173. l.

Az említett eljárások, melyek a pajzsmirigyváladék készítésének vagy felszívódásának csökkentésére irányulnak, egyenként elégtelenek a thyreosis gyógyítására. Segítségül kell vennünk azokat az eljárásokat, a melyek a kór másodlagosan fontos tényezői ellen irányulnak.

a) Az idegrendszer megnyugtatótát legjobban az izolálással, a megszokott környezetből való eltávolítással érhetjük el. *Stiller* ajánlotta először a magaslati klímát, a Tátrát. A legtöbb tapasztalt belorvos e javaslatot elfogadja. Vannak kétségtelenül oly esetek, a melyek épp oly gyors és jó hatást mutatnak tengeri klímában is. Sőt a kórházba való felvétel, a házi gondoktól való elvonás egymagában is néha igen jó hatású. Nem ritkán azonban ellenkező hatást látunk az utóbbiakról, míg a magaslati klíma kevés kivétellel jóhatású az idegrendszerre. Az alvás javul, a rendkívül kínzó izzadás csökken stb.

b) A magaslati klíma a *vérvépre* is hat. A vérvépet egyébként mindazok a tényezők, melyek neutrophil polynucleosist okoznak, befolyásolják. Ezek némelyikétől a thyreosis is javulást mutathat. Így ismeretesek oly esetek, a melyekben a szervezetet egyébként erősen lerontó fertőzések lezajlása után meggyógyult a Basedow-kór. Talán a parenterikusan adagolt serum jó hatása is innen ered.

c) A szívre cardiotonicumokkal alig hathatunk. Közülök még leghatásosabbnak a digalént mondják. A testi és lelki nyugalom mellett a szívhűtő, de elsősorban a szívizgatók (tea, kávé, dohányzás) kerülése hathat kedvezően a szív működésére.

d) A *vérmirigyek* működését ezideig alig tudjuk befolyásolni, de meg a kompenzáló kölcsönhatások miatt ez kétélű fegyver is. A pankreas-kivonatok adagolása rationalisnak látszik (*Korányi Sándor*).

Nagyon kényes és nehéz a nemi functiók, különösen a terhesség befolyásának kérdése a thyreosisokra. Kétségtelen, hogy néha a terhesség alatt a thyreosis gyógyul. Ez vezette *Charcot-t* arra az ajánlásra, hogy a Basedow-kórosoknak a férjhezmenetelt ajánlotta mint gyógyító tényezőt. De épp úgy kétségtelen, hogy a férjhezmenés, a terhesség, de különösen a szülés izgalma nem egyszer váltott ki thyreosist vagy fokozta az addig lappangott Basedow-kór tüneteit. Ez irányban csak pontosabb észlelés, bővebb kórtörténetanyag fogja meghozni a feleletet.

Uterusmyomák eltávolítása nem egyszer kedvezően befolyásolta a thyreosis tüneteit (l. *Sattler* adatait).

e) Orrműtétek nem egyszer kiváltottak Basedow-tüneteket (l. *Sattler*). De épp úgy kétségtelen, hogy a csökkent orrlégzés felszabadítása (rendesen kagylóresectióval vagy edzéssel) nem egy esetben kedvezően befolyásolta a Basedow-tüneteket. Feltűnő, hogy első sorban az exophthalmus javult. Ez támogatja *Sattler* azon nézetét, mely szerint a szem kiüledését oedema (és nem, ahogyan eddig hittük, a *Landström*-féle izomnak tonusos összehúzódása) okozza.

* * *

Az eredményekről, melyeket az említett, nem sebészi eljárásoktól várhatunk, a kezelés javalatainak megbeszélésekor fogok tárgyalni. Mielőtt tárgyalunk e legfontosabb részére térek, még két kérdést kell elintézni: a thymusnak szerepét és a thymushalálnak kérdését kell megállapítani.

Bircher ez évben közölt kísérleteket, melyek szerint thymus- és narcosis-halálban elpusztultak friss thymusával kutyákon hetekig tartó typosos Basedow-kórt tudott előidézni. *Garré* pedig, kiindulva azon észlelésből, hogy az operált Basedow-kórosok közül elhaltak sorában 95%-ban találtak thymus persistens, hogy tehát a Basedow-kór és a thymus között valamely nexusnak kell lennie, egy esetben thymektomiát végzett thyreosisban szenvedőn. A műtét eredménye az volt, hogy az általános kép javult. A struma és az exophthalmus azonban nem változott.

Ez észlelések arra köteleznek, hogy a thymus szerepével, a thymushalál kérdésével és a thymektómia javalatával foglalkozzam.

A thymus biológiájáról a legtöbb adat annyira új

keletű, oly kevésé ellenőrzött, hogy csak feltételesen építhetünk ez alapra. A ma ismeretes adatok azonban jó összhangban vannak azokkal az ismeretekkel, melyekkel a többi vérmirigyről rendelkezünk. Ez adatok a következők:

A thymus működő magja tisztán hám eredésű. Eltávolítása *egész fiatal* szervezetben hasonló elváltozást indít meg, mint a pajzsmirigy eltávolítása. (Cachexia thymipriva.) A csontok hosszúnövése visszamarad, az állat elhízik, majd cachexiássá válik. Ellenálló képessége csökken, majd ideges jelenségek, végül kimerülés jelei mutatkoznak és 1 éven belül a szervezet elpusztul.

Mindez csak kis mértékben vagy igen elmosódó formában jelentkezik, ha a thymektomiát később (a 10. nap után, az élet 3—4. hetében) végezzük. Ilyenkor a lép veszi át a thymus szerepét. A teljesen egészségesnek látszó állat hirtelen, 3—4 hét alatt cachexiássá válik és elpusztul, ha a lépét is eltávolítjuk.

Hasonló módon hyperthropiát mutat a többi vérmirigy a thymusától későbbi időben megfosztott állatban. Így *Klose* és *Vogt* adataiból — a kinek dolgozata sok új és érdekes adatot szolgáltat egyébként is a thymus élettanához — a következő számokat közlöm:

	Kontrollállatban		Thymustalan állatban	
a lép	súlya	21 gr.	28 gr.	
a pajzsmirigy	"	2.50 "	2.80 "	"
a pankreas	"	21 "	48 "	"
az ovarium	"	12 "	22 "	"
a here	"	2.5 "	6 "	"

volt átlagban, több kísérleti mérés szerint.

(A kísérletek mindig egy anyaállattól származó, együtt nevelt, egyenlő súlyú kutyákon történtek.)

A későbbi élet folyamán a thymusnak hámeredésű része hátrébe sorul és a szervet egymagvá, a lymphocytákhoz hasonló sejtek foglalják el. Ezekről a legújabb vizsgálatok kiderítették, hogy *nem* a thymushámsejtek átalakulásából származnak, hanem valóságos *fehér véresejtek*, melyeket mintegy odavonz, raktároz a thymus. Ezeknek teendője, hogy a szervezetben képződő bomlástermékeket, főleg savakat megkössék. E méregraktározást bizonyítja, hogy a cachexia thymipriva kezdeti szakában thymus-présnedvnek vagy kivonatanyagoknak befecskendése a mérgezés tüneteit fokozza. Ideiglenesen javít a helyzeten friss thymuszövetnek implantálása. Az implantatio kedvező hatása megszűnik, a mint a beültetett szerv felszívódott.

A *thymus persistens* kiirtása a későbbi életkorban semmiféle kiesési tünetet sem okoz (Állatkísérletek; emberen végzett thymektómia 8 esete 1910-ig, egy saját észlelés.)

Ezek az adatok a mellett szólnak, hogy a thymusnak két teljesen ellentétes működést tulajdonítsunk. Az egyik a test hosszúnövésének és az anyagcsere dissimilációs komponensének fokozása. Ennek szerepe megszűnik az élet első heteiben. A másik tényező, a méregtelenítés (savmegkötés) közös tulajdonsága e szervnek a léppel (és talán egyéb vérmirigyekkel). Bizonyos kor elérése után a lép compensációs működése átveheti a thymus szerepét. A thymus kiirtása tüneteket nem okoz, vagy csak igen csekély fokban. E tünetek hirtelen mutatkoznak, amint a lépét is kiirtjuk.

Az említett észlelések, összevetve a kórboncolástan adataival, a mellett szólnak, hogy a thymus persistens nagysága a chronikus mérgek megkötésére szolgáló védekezés mértékéül szolgálhat, de nem oly értelemben, mintha a thymus készítené a megkötő fehér véresejteket. A thymus csak adsorbeáló, raktározó szerv. E tekintetben *Goldzieher Miksa* teljesen félreértette thesisimnek 9. pontját, melyben a hely szűke miatt igen aphoristikusan kellett összefoglalnom a thymus szerepéről alkotott nézetemet.

E tétel így hangzik: „A thymus megnyobbodása valószínűleg kompenzáló szerepnek, a *szervezet* védekezésének *eredménye és fokmutatója*.” Nem beszéltem tehát a thymus *túl-tengéséről*. A thymus nagyságát analogonnak tartom a vérvépre megváltozásának fokával.

Minél tovább áll fenn a thyreosis és minél nagyobb a foka, annál nagyobb thymust fogunk találni és relative annál nagyobb lesz a mononucleosis és a leukopenia is. Operált Basedow-kórosok 95%-ában mutatott ki a sectio thymus persistens, nem operált, intercurrents betegségben elhalt Basedow-kórosoknak csak 45%-ában.

Ezt csak úgy értelmezhetjük, ha felveszszük, hogy az intercurrents betegség korábbi stadiumokban is ölt meg Basedow-kórosokat, míg az operációra kerülők többnyire a baj igen előrehaladott stadiumában voltak. Minden tapasztalt operateur hangsúlyozza, hogy főleg az igen régi keletű és a foudroyans lefolyású esetek életét veszélyezteti a műtét.

Kétségtelen, hogy a thymus persistens magában is fokozza a műtét veszélyeit. Az igazi thymus-halál analogonja a mechanikai golyvás szív kimerülésének. A thymusnedv rendes körülmények között nem fejt ki mérgező hatást. (Gebele kísérletei.) Beteg szervezet megnagyobbodott thymusa fejt ki mérgezési tüneteket. (Bircher kísérletei.) Hasonlót bizonyít *Svehla*, a ki vérnyomás-csökkenést és szopora szív-működést talált thymusnedv-befecskendésre (talán cholin-hatás).

E méreghatás azonban teljesen háttérbe szorul a szívre és a tüdő vérkeringésére kifejtett azon mechanikai hatás mögött, mely teljesen egyezik hatásában a mechanikai golyvás szívével.

Végső elemzésben tehát a thymushalál is *szív-halál*; a hogy a tiszta Basedow-halál is a szív elégtelenségének következménye. Az igen gyakran észlelhető intercurrents betegségek (főleg infectiók) a szervezet csökkent ellenállásának, talán a vérkép megváltozásának eredményei.

Az elmondottak alapján addig is, míg a thymus specifikus hámelemeinek a thyreoideával synergiás hypertrophiáját ki nem mutatják, a thymektomiát, mint a thyreoideán végzendő beavatkozások pótlóját vagy helyettesítőjét el nem fogadhatjuk. A thymektómia kedvező hatását egyrészt a szívre, a vérkeringésre való kedvező befolyásból, másrészt a thymushoz kötött mérge eltávolításából lehet magyarázni. Oly esetekben, a mikor nagy thymus klinice is vált ki tünetet, eltávolítása a thyreoideán végzendő alapműtét mellett szóba jöhet. Az így kombinált műtét a mortalitást növelni fogja kétségtelenül, hisz a nagy thymussal bíró Basedow-kóros nem azért hal meg, mert thymusát nem távolítottuk el, hanem mert a szíve a Basedow-mérge + thymus mechanikai hatása folytán már kimerült. A kombinált műtét azonban valószínűleg növelni fogja a gyógyulási arányszámot, mert a szív munkájának lényeges kiméletét jelenti a mellkasbemenetet ventiliserően elzáró akadálynak eltávolítása. A thymektómia a jugulumon át oly egyszerű és gyors műtét, hogy csak kevésbé komplikálja a sokkal kényesebb Basedow-kóros golyvaműtéteket.

A thyreosisok kezelésének javalatai és eredményei.

A thyreosisok, közöttük a legkifejettebb alak, a tipusos Basedow-kór kezelésének javalatait a következő alapkérdésekre való felelet szabja meg:

1. Milyen a thyreosis lefolyása és mortalitása kezelés nélkül?

2. Milyen a lefolyás megfelelő, nem sebészeti kezeléssel?

3. Milyen a lefolyás és a mortalitás műtéti kezelés mellett?

4. Milyen befolyással van a műtét módja (technikája, ideje stb.) az eredményekre?

Ad 1. és 2. Milyen a thyreosis lefolyása és mortalitása kezelés nélkül? és milyen megfelelő belgyógyászati kezeléssel?

E két kérdést együtt kell tárgyalnunk, mert nincs olyan megbízható statisztikánk, mely évekig pontosan észlelt esetekre a nem sebészeti eljárások különböző formáinak hatását számszerű adatokkal kimutatná.

A thyreosisokat lefolyásuk szerint czélszerű két csoportba osztani. Az acut, hirtelen keletkező, gyorsan az összes klini-

kai jeleket mutató forma mellett megkülönböztethetünk chronikus lefolyású eseteket, a melyek néha végig csak egyes tüneteket mutatnak. Ez utóbbi csoportba tartozik a forme fruste-ök jó része. Pontos határt szabni a két alak között nem lehet, a hogy egyáltalán sémákat a természet nem ismer. Nagyjában azonban azért czélszerű e két alak megkülönböztetése, mert a kezelés javalatait ehhez kell mérnünk.

Az acut alak többnyire gyorsan ér el ijesztő méreteket. Nagy ritkán ép oly hirtelen szűnik meg, mint a milyen váratlan volt a beköszönése. A nyomán fejlődő gyors leromlás kifejezésre jut az aránylag magas mortalitásban, mely hozzávetőleges pontossággal 25—30%-ban állapítható meg.

VI. táblázat. (Sattler adataiból.)

A Basedow mortalitása sebészeti kezelés nélkül:

Acut, súlyos és közepesúlyos esetekben:

Mackenzie: 30%	Syllaba: 26%
Charcot: 25%	Stern: 25%

* * *

Acut és chronikus esetekben összesen:

Graefe: 12%	Mackenzie: 12.5%
Dusch: 12.5%	" 11.5%
Gaill: 21.3%	Clarke: 11.9%
Bellingham: 18.2%	Thompson: 10%
Cheadle: 16.67%	Buschan: 11.67%
" 9.67%	Röper: 12.3%
West: 7.9%	Syllaba: 18%
Williamson: 12%	Stern: 8.15%
Átlag: 12.8%	

NB. Az összeállítások legtöbbjében a bruttóból leszámították az intercurrents betegségben elhaltak számát.

Ezzel szemben a chronikus lefolyású esetek mortalitása jóval csekélyebb (kb. 12.8%); még csekélyebb lesz e szám, ha beszámítjuk a régebben kevésbé ismeretes forme fruste-öket és kedvezőbb lesz e szám, ha csak a magángyakorlat anyagát tekintjük. Így pl. *Eulenburg* kb. 400 esetből csak egy halálesetet észlelt, *Saenger* 70 esetből egyet sem. Valószínű, hogy e kedvezőbb arányszámba bejátszik az a körülmény is, hogy a magángyakorlat betegek költséges és rendszeren éveket igénybe vevő kezelésben részesültek, míg a szegényebb betegek kezelése jóformán csak abból állott, hogy a teljes munkaképtelenség beköszöntésével befeküdtek valamely kórházba, klinikára, a honnét újra visszakerültek rövidebb, hosszabb idei pihenés után a kenyérkereső foglalkozásukba.

A 12.8%, a mely számból le van vonva az intercurrents betegségben elhaltak százaléka, nagyjában a szegény ember thyreosis mortalitását mutatja tehát. Acut erősen mérgező esetekben a socialis differentia jóval csekélyebb. Ezekre a fent adott számok nagyjában megfelelnek.

A második (idősült lefolyású) csoportba tartozó esetek lefolyása eminenter chronikus, úgy hogy rendszeren évek és évtizedek kellenek, míg a meg-megújuló exacerbatiók hatása alatt a szív teljesen kimerül. Innen megmagyarázható *Syllaba*-nak az adata, hogy a Basedow-kórosok átlagos életkora nem lényegesen rövidebb az életbiztosítási skálák nyomán megállapított átlaghoz képest. De *Syllaba* is 26%-ban állapítja meg az acut, tipusos Basedow-kór mortalitását és ezeket az eseteket (az elhaltakat) kizárja az átlagos életkor megállapításakor. Így tehát az ő adatait bátran fogadhatjuk el basisul, a nélkül, hogy a túlsötét látásnak veszélyébe kerülnénk. Fontosabb a mortalitásnál a gyógyulási arányszám megállapítása. Ez azonban még nehezebb kérdés, mert a gyógyulás, javulás, rosszabbodás megítélése az észlelőnek subjectiv benyomására van bízva.

Hogy az elfogultság vádja ne illethesse statisztikámat, csakis *belorvosok* statisztikáját állítottam össze a VII. sz. táblázatban. Ha kivesszük *Jackson* adatait, a ki chinin-kezelésével 75% gyógyulást ért el, a többi rovat szemmel tartása mellett a régi (*Graefe*, *Dusch*) és az újabb adatok (*White*, *Williamson*, *Mackenzie*, *Murray*) között valami feltűnő különbséget nem találunk, ha nem a gyógyulás és javulás ro-

vatát nézzük külön-külön, de a jó és rossz eredményeket tekintjük nagyjában. Ez már azért is ajánlatos, mert teljes gyógyulás a nem sebészeti kezelés mellett ritka. Elég tekintélyes neveket említhetnek.

VII. táblázat. (Sattler adataiból.)

A gyógyulási arányszám sebészeti kezelés nélkül.

	Gyógyulás	Javulás	Változatlan	Meghalt
Graefe:	20 ⁰ / ₀	30 ⁰ / ₀	38 ⁰ / ₀	12 ⁰ / ₀
v. Dusch:	25 ⁰ / ₀	46 ⁰ / ₀	7 ⁰ / ₀	22 ⁰ / ₀
Syllaba:	26 ⁰ / ₀	36 ⁰ / ₀	12 ⁰ / ₀	12 ⁰ / ₀
Müller:	22 ⁰ / ₀	—	—	—
Hill Griffith:	25 ⁰ / ₀	75 ⁰ / ₀		—
Hale White:	16 ⁰ / ₀	25 ⁰ / ₀	—	—
Gowers:	25 ⁰ / ₀	(csak relativ gyógyulás; a teljes ritka.)		
Williamson:	15·6 ⁰ / ₀	37·47 ⁰ / ₀	21·87 ⁰ / ₀	25 ⁰ / ₀
			(interc. † 13 ⁰ / ₀)	
Mackenzie:	50 ⁰ / ₀		26 ⁰ / ₀	24 ⁰ / ₀
			(fele interc. †)	
Murray:	77·5 ⁰ / ₀		22·5 ⁰ / ₀	
Clarke:	42·8 ⁰ / ₀	35 ⁰ / ₀	22·2 ⁰ / ₀	
Jackson:	75 ⁰ / ₀	12·5 ⁰ / ₀	7·14 ⁰ / ₀	5·35 ⁰ / ₀

(chininkezelés)

Teljes, tartós gyógyulást igen ritkán vagy sohasem látott: Ballet, Eulenburg, Kraus, Strümpell, Eichhorst, Kroug, Rehn, Kocher, Dumontpellier, Saundby, Maude, Newton Pitt, Gowers.

Biztos, tartós gyógyulást látott 1-2 esetben:

Kroug, Stern, Hale White, Williamson, Teissier, Cheadle, Pfribram, Oppenheim.

Sohasem vagy csak igen ritkán láttak teljes gyógyulást: Ballet, Eulenburg, Kraus, Strümpell, Eichhorst, Kroug, Rehn, Kocher, Dumontpellier, Saundby, Maude, Newton Pitt, Gowers. Bizonyítottabbá válik e névsor, ha fölemlítem, hogy azokból csak kettő sebész, a többi belorvos.

Igy csoportosítva a kérdést, az eredmény a következő:

Jó eredményt látott: Graefe 50⁰/₀-ban, Dusch 71⁰/₀-ban, Syllaba 62⁰/₀-ban, Withe 41⁰/₀-ban, Williamson 52·47⁰/₀-ban, Mackenzie 50⁰/₀-ban, Murray 77·5⁰/₀-ban, Clarke 77·8⁰/₀-ban. Az átlag 60⁰/₀.

Ezt az eredményt rendszeren évekig tartó, következetes kezelés, minden erőltetéstől, életörömről való lemondás árán érik el a thyreosisban szenvedők.

Szomorúbb képet kapunk, ha csak a szegény ember gyógyulási arányszámait tekintjük. Így Schlössing a breslaui kerület munkásbiztosító pénztárának aktáiból a munkaképtelenné vált Basedow-kórosok adatait állította össze. 11 esetből csak 3 javulást látott. A többi 8-ra több évi észlelés után ki kellett mondani a teljes munkaképtelenséget (invaliditást).

VIII. táblázat. (Schlössing adatai.)

Schlössing: Basedow okozta munkaképtelenség.

11 eset.

munka- képtelen	1. eset: munkaképtelenség.
	2. " " " " 2 évig járadék, semmi javulás.
	3. " " " " 1907-ben járadék, 1910-ben semmi javulás.
	4. " " " " 5 év alatt semmi javulás.
	5. " " " " 1 év alatt teljes munkaképtelenség.
javulás	6. Subjectív javulás, Levico után 3½ kgm. hízás; exophthalmus, struma idem.
	7. Struma kisebbedett, pulsus javult. 75 ⁰ / ₀ -ig félig munkaképes.
	8. Némi javulás. 90 ⁰ / ₀ -ig félig munkaképes.
teljes és mara- dandó munka- képtelenség	9. Teljes munkaképtelenség súlyos anatómiás elváltozások alapján.
	10. Teljes munkaképtelenség, Basedow + neurosis (hysteria).
	11. Teljes munkaképtelenség. 1906-1909-ig 5 bíróság előtt tárgyalva.

Milyen a lefolyás és mortalitás műtéti kezelés mellett?

Ha ezzel szembeállítjuk a sebészeti kezeléssel elérhető eredményeket, a gyógyulási számok sokkal kedvezőbb alakulnak. Különösen feltűnővé válik a különbség, ha egy

klinikának anyagából állítjuk szembe a belorvosi és a sebészeti úton kezelt eseteket.

IX. táblázat. (Baruch-Küttner és Minkowski adatai.)

A sebészi és belorvosi kezelésben részesült thyreosisok végső eredményei a breslaui klinikán.

164 esetből 90 eset személyes megvizsgálása.	
51 operált	
39 konzervatív úton kezelt eset.	
101 konzervatív kezeléssel meghalt a klinikán	7 ⁰ / ₀
Bajában a klinikáról távozása után	11·8 ⁰ / ₀
Összesen	18·8 ⁰ / ₀
63 operáltból meghalt a klinikán	15·8 ⁰ / ₀
A klinikáról távozása után	0·0 ⁰ / ₀
Összesen	15·8 ⁰ / ₀

Az élők további sorsa:

	Gyógyult	Javult	Nem gyógyult	Teljesen munkaképes
Az operáltakból:	37·5 ⁰ / ₀	48 ⁰ / ₀	14·5 ⁰ / ₀	77 ⁰ / ₀
A nem operáltakból:	0 ⁰ / ₀	10 ⁰ / ₀	90 ⁰ / ₀	5·2 ⁰ / ₀

Az operáltakból recidivált: 7·5⁰/₀.

Még feltűnőbb lesz a sebészeti kezeléssel elérhető eredmények javulása, ha a régebbi és az újabb statisztikák adatait vetjük össze.

X. táblázat. (Melchior adatai 1909-ig.)

A sebészeti kezelés végeredményei:

	Gyógyulás	Javulás	Változatlan	Meghalt műtéti mortalitáson kívül
Mattiesen (117 eset):	48 ⁰ / ₀	34 ⁰ / ₀	19 ⁰ / ₀	0
Allen Starr:	39 ⁰ / ₀	24 ⁰ / ₀	15 ⁰ / ₀	12 ⁰ / ₀
Heydenreich (61 eset):	82 ⁰ / ₀	8·2 ⁰ / ₀	3·3 ⁰ / ₀	6·5 ⁰ / ₀
Schulz (128 eset):	73 ⁰ / ₀	20 ⁰ / ₀	3·5 ⁰ / ₀	3·5 ⁰ / ₀
Kinicut (187 eset):	32 ⁰ / ₀	55 ⁰ / ₀	5·9 ⁰ / ₀	6·9 ⁰ / ₀
Sorgo (174 eset):	28 ⁰ / ₀	51 ⁰ / ₀	6·9 ⁰ / ₀	14 ⁰ / ₀
Melchior (907 eset):	65-75 ⁰ / ₀	10-20 ⁰ / ₀	10 ⁰ / ₀	5 ⁰ / ₀

Különösen fontosnak tartom Kocher és Mayo statisztikáját, mely az évek szerint egyre javuló eredményeket mutatja. Ez eredmények javulását csak kis mértékben lehet a technika javulásának betudni. Merész állítás az is, hogy az eredmények azért javulnak, mert főleg könnyebb eseteket válogat ki Kocher és Mayo. A ki végig észlelhette hosszabb időn át azt a beteganyagot, a mely a berni klinikán keres gyógyulást, az tapasztalhatta csak, hogy az egyre szaporodó esetek között csak úgy megvannak a legsúlyosabbak ma is, mint voltak ezelőtt 10 évvel. A különbség az akkori és a mai állapot között csak az, hogy ma több az olyan Basedow-kóros, a ki korán jön, míg régebben a legtöbb már csak késve jött a műtetre.

Hogy a korai operációk a műtét és az eredmény szempontjából a könnyebb esetek, az kétségtelen. De épp oly kétségtelen az is, hogy e könnyű esetekből fejlődtek azelőtt idővel a súlyos esetek.

XI. táblázat. (Saját gyűjtés.)

Egyes műtők anyagának végeredménye:

	gyógyult	javult	nem javult	meghalt
Rehn (1884 óta) 298 eset:	64 ⁰ / ₀	24 ⁰ / ₀	3 ⁰ / ₀	7 ⁰ / ₀
			2 ⁰ / ₀ recidiva	
Kocher (535 eset):	76 ⁰ / ₀	20·1 ⁰ / ₀	egy részük még nem befejezett észlelés	

Az eredmények javulására jellemző, hogy:

1902-ig (52 eset)	— 6·8 ⁰ / ₀
1906-ig (108 ")	— 4·6 ⁰ / ₀
1908-ig (155 ")	— 1·3 ⁰ / ₀
1910-ig (72 ")	— 1·4 ⁰ / ₀ halálozást mutat.

Mayo: (190 eset)

	gyógyult	javult vagy még észlelésben	meghalt
	70 ⁰ / ₀	26 ⁰ / ₀	4 ⁰ / ₀

A mortalitás nála is leszállt:
 1904-ig (40 eset) 15⁰/₀ halálozást
 1908-ig (150 eset) 2·2⁰/₀ mortalitást mutat.

Eiselsberg (71 eset):

(csak a legsúlyosabbakat operálja),	abs. gyógyult	javult	nem javult	meghalt
Garré: (65 eset)	32·3	56·7%	2·7%	8·3%
Sudeck: (34 eset) ebből 18 végeredmény.	75%	12%	10%	3%
Enderlen (50 eset, 40 végeredmény.)	88%	12%	—	2·9%

a többi, be nem fejezett is mind javult.
50% 20% 5% 5%

Haláleset nélkül való sorozatok: *Klemm* 32 eset, *Haenel* 21 eset, *Sudeck* 33 eset. *Friedrich* 5 éve nem vesztett Basedow-beteget. Magyar sebészek közül tudtommal *Dollingernek*, *Winternitznek*, *Pólyának*, *Verebélynek* nem volt operációs mortalitása.

A statisztikák, a melyeket itt szembe állítottam, nem az én statisztikáim. Téved tehát *Jendrassik*, ha a belorvosok éppen nem kedvező statisztikáját az enyémmel mondja. Válogatni csak annyiban válogattam a rendelkezésemre álló anyagból, hogy csakis azokat vettem föl tabelláimba, a melyek évekig tartó észlelések és nagy anyagból készültek. Hogy lehetőleg elfogulatlan képet alkossak magamnak, a sebésziékből kizártam a rövid sorozatokat, melyek a mortalitást mindig kedvezőbbé teszik, a belorvosiba pedig bevettem minden jó statisztikát. Ha ennek dacára a mérleg a sebészeti kezelés javára billen, ennek nem az én statisztikám, hanem a sebészeti kezelés superioritása az oka. *Jendrassik* tanár „teljesen elfogadhatatlannak” mondja az én statisztikámat. Kijelenti, hogy *Kocher* „leginkább csak a kezdődő és nem a kifejezett eseteket operálja, a többi sebész minden *nyolczadik* betegét elveszti”. A fönt közölt és az előadásban vetített táblákból nem ez derül ki. Hanem az, hogy belgyógyászati kezelés dacára minden *nyolczadik* Basedow-kóros beteg meghal. (12% a belorvosok statisztikája szerint.)

1910-ig operált 907 Basedow-kóros közül a műtét folytán minden huszadik (5%) beteg halt meg. Ha számba vesszük, hogy a műtét folytán csak azoknak élete forog veszélyben, a kik későn, a baj előrehaladott szakaszában fordulnak a sebészhez segítségül, úgy hiszem, eléggé bizonyítottam a sebészeti kezelés eredményeinek javulását és ezzel a Basedow-kór thyreogen eredetének igazságát.

De nemcsak a mortalitás szempontjából javultak az eredmények, hanem a gyógyulás tökéletessége tekintetében is. Említettem már föntebb és igen tekintélyes számú és hitelfű belorvos nevét soroltam föl, a kik hosszú tapasztalás alapján kijelentették, hogy nem sebészi kezelésre elvértve láttak ugyan teljes gyógyulást, de ez a kivétel. Rendesen igen lényeges javulás a kimenetele az exspectativ therapiának. Ezzel szemben sebészeti kezeléssel az esetek felében teljes és végleges gyógyulást érhetünk el. Az igazi recidivák száma 6—8% között ingadozik.

Teljes és végleges gyógyulás alatt értem az összes Basedow-tüneteknek visszafejlődését. Ha nem ily szigorúan szabjuk meg a gyógyulás kriteriumát és a munkaképesség teljes helyreállítását vesszük alapul, a gyógyulási arányszám 75—80% közé tehető. E 25—30% alá sorozom azokat a betegeket, a kiken az exophthalmus kisebb-nagyobb mértékben megmaradt, a menstruatio idejében időszakonként ideges tünetek mutatkoznak, a kik a meleget nem bírják és a kik időről-időre szívdobogásról panaszkodnak stb.

E tünetek közül az exophthalmus megmaradása a betegre (kozmetikai, socialis szempontból) a legkellemetlenebb. Oly esetekben szokott ez megtörténni, a mikor az exophthalmus már hosszabb ideig volt meg. Ez nem csodálatos, ha *Sattler* legújabb vizsgálatai értelmében az exophthalmus okát az oedemában keressük. Ennek állandósulása csak úgy kivált szövetszaporodást, mint a hogy a lábszáron megismétlődő oedemák elephantiasishoz vezetnek. A thyreosis teljesen meggyógyulhat s a mellett az exophthalmus megmaradása mégis ront azon az örömmön, melyet beteg, orvos egyaránt a jó eredmény fölött érez. Az ily eseteket csak akkor fogjuk teljesen meggyógyítani, ha nem várjuk be az exophthalmust állandósító oedema és szövetszaporodás kifejlődését. Szóval ez a körülmény is a korai operatio mellett szól.

Épp ennyire független a tulajdonképpeni thyreosis gyógyulásától az a maradandó kór, mely a szív, a vese parenchymája részéről esetleg fönmarad. A jövőben a kellő időben végzett műtét ezeknek létrejöttét is ki fogja zárni és ezzel megszűnik a thyreosisok operálásának egyetlen komoly ellenjavallata.

Mily befolyással van a műtét módja (technikája, ideje stb.) az eredményekre?

Említettem már, hogy a műtét technikája szempontjából lényeges javításokat nem tapasztaltunk az utolsó évek folyamán.

Hosszú ideig igen fontosnak tartották az érzéketlenítés kérdését. A halált, mely nyomon követte a műtétet, a bódító szernek tulajdonították sokan. Ugy látszik, hogy e tekintetben lényeges különbség alig van azoknak eredményei között, a kik narcosisban operálnak minden Basedow-kóros, és azok között, a kik elvileg ellenségei a bódításnak.

Kétségtelen, hogy a *Braun*-féle adrenalinus novocain-anaesthesiában oly eljárás birtokába jutottunk, mely a műtét végzését teljes fájdalomtalanásban lehetővé teszi. A fájdalommasság tehát semmiképpen sem javálna a bódítást. De éppen annyira kétségtelen az is, hogy az öntudat mellett végzett műtét izgalmá nem közömbös a Basedow-kóros kimerült szívére. *Crile* kísérletei a psychés izgalom nagy befolyását kimutatták. Nem tartom azért elvetendőnek oly esetben, a mikor a psychés nyugtalanság igen nagyfokú, *Crile*-nek azt az ajánlatát, hogy ez esetekben a műtétet bódulatban végezzük. A Basedow-műtétek egy másik veszélye a *vérzékenység*, melyet egyrészt az erek bősege, az érfalak szakadékonysága, főleg pedig a Basedow-kóros vér alvadékonyságának csökkenése magyaráz meg. Ezért oly esetekben, a mikor a vérnyomás magas, a szív túlságosan nincs kimerülve (*Katzenstein*-féle kísérlet az iliacák lenyomásával), ajánlatosnak tartom a vér sequestrálását az alsó végtagokban. A legtöbb műtét alkalmával alkalmaztam: befolyása alatt a Basedow-strumák műtété alig volt *véresebb* a rendes strumáénál.

A legfontosabb haladást abban látom, hogy az igen súlyos esetekben a műtétet etappe-okban végezzük (*Kocher*). Ha a lekötés (és pedig az egész felső polus lekötése és átmetszése) elégtelen, a szív munkája nem javul, a második műtét előtt vagy helyett megkísérlendőnek tartom a Röntgenkezelést. Kedvező esetben a struma megkisebbitése adja a lekötéssel kombinálva a legjobb eredményt.

XII. táblázat.

A műtét eljárás módjának befolyása az eredményre.

Landström (38 eset végeredménye):

	Gyógyulás	Javulás	Rossz eredmény
3 verőér lekötése	50%	17%	30%
Féloldali kimetszés	37·5%	25%	37·5%
Féloldali kimetszés és a polus lekötése	80%	20%	0%

Küttner (63 esetből 51 végeredménye).

A műtét módok szerint a végeredmény:

Eset	Gyógyult	Igen jó eredmény
4 ér lekötése	2	50%
Enucleatio	8	37·5%
Féloldali resectio	4	75%
Kétoldali resectio	7	42·8%
Hemistrumektomia	13	46%
Hemistrumektomia + túloldali poluslekötés	3	75%

Könnyebb vagy középsúlyos esetben, a mikor egy ülésben végezhetjük el a beavatkozást, azt ajánlom, hogy a két felső polus és egy alsó thyreoidea lekötésén kívül távolítsunk el minél nagyobb strumarészletet. Két esetben, a melyben nem látszott túlságosan súlyosnak a kórkép, beértem a hemistrumektomiával és az egyik polus lekötésével. Bár mindkét esetben igen lényeges a javulás (12 és 18 kgr. hízás az első két hónap alatt), a szívtünetek nem múltak el teljesen, egy esetben a fél oldalon csekélyfokú exophthalmus ma-

radt vissza. A betegek az ajánlott második műtétet (a másik-oldali polus lekötését) nem fogadták el, okul adva, hogy oly jól érzik magukat az előbbi állapothoz képest, hogy munkájukat így is jól elvégezhetik. Ez esetben valószínűleg teljes gyógyulást értem volna el, ha a műtétkor többet végeztem volna. A mily fontosnak tartom tehát a legsúlyosabb esetekben az etappe-okban való műtétet, oly melegen ajánlom a legmesszebb menő radicalismust a könnyebb és közepsúlyos esetekben.

A műtét idejére és módjára nézve a következőkben foglalnám össze javalataimat:

A kezelés javalatai:

a) Legelső teendőnk a kiváltó ok eltávolítása: α) a strumitis kezelése, a tumor eltávolítása, β) az enterogen intoxicatio megszüntetése, γ) a jod megvonása, δ) az esetleg még manifest fertőzés (lues, tuberculosis) kezelése.

b) minden esetben megkísérlendő a nem sebészi kezelés.

c) Igen heves, gyors lefolyású esetekben, melyek néhány hetes észszerű kezelésre nem javulnak, a thyreoidea működésének közvetlen befolyásolása (érlekötés, kisebbítő műtét, esetleg Röntgen) javalt. A műtét módját a szív állapota szabja meg.

d) Chronikus lefolyású esetekben, ha a beteg a néha éveket igénybe vevő rendszeres kezelés költségeit elbírja, a belorvosi kezelés megkísérelhető. Teljes gyógyulást csak igen ritkán észlelünk; lényeges javulás — néha igen későn mutatkozó remissiókkal — a szabály. A javulás arányszáma 60—75%.

Szegénysorsú betegnek ez esetekben is ajánlható a korai operatio, mielőtt még a szív és az idegrendszer részéről maradandó másodlagos elváltozások mutatkoznak (socialis indicatio).

e) Acut, hypertoxikus esetekben a szakaszokban végzett műtét ajánlatos. Chronikus — de nem nagyon régi — esetekben egy ülésben a thyreoidea lehető megkisebbitése és a túldoldali sorvasztó érlekötés adja a legjobb eredményt.

f) A műtét veszélye arányos a szív munkaképességének csökkenésével. Hozzávetőlegesen mértékül a *Katzenstein*-féle kísérlet szolgálhat. Nem teljesen megbízható indicator a vérkép. Magas mononucleosis és leukopenia signum mali ominis. A thymus nagysága is rendszeren arányos a baj fokával és idejével.

g) A műtét nehézségeit az erek szakadékonysága és a vér alvadóképességének csökkenése fokozza. A hol a szív kibírja, a kisebbített vérkör (vérsquestralás) mellett való operálás célszerű.

h) Az érzéstelenítés kérdése attól függ, hogy a kísérő tünetek az idegrendszer vagy a szív részéről dominálnak-e. Acut, hypertoxikus, erős psychés alteratióval járó esetekben a *Crile* módjára végzett altatás kevésbé veszélyes a helybeli érzéstelenítés izgalmánál.

Chronikus esetekben, elégtelen tartalékerejű szív mellett a helybeli érzéstelenítés ajánlatos.

i) A műtét közvetlen mortalitása 3—5%.

k) A műtéttel járó végeredmények függenek attól, elég mennyiségű pajzsmirigyét sikerült-e kiiktatnunk a fokozott vagy megváltozott működésből. Ez adja egyúttal a belorvosi kezelés eredményének mértékét is.

Nagy anyaggal és tapasztalattal bíró észlelők adatai szerint a végeredmények a következők:

	Sebészeti kezeléssel	Nem sebészi kezeléssel
gyógyul az esetek	50 ⁰ / ₀ -a	33 ⁰ / ₀ -a
javul	45 ⁰ / ₀ -a	55 ⁰ / ₀ -a
meghal	5 ⁰ / ₀ -a	12 ⁰ / ₀ -a

l) A sebészeti kezelésnek fontos kiegészítője, előkészítője és támogatója a belorvosi kezelés. Csak e két disciplinának vállvetett munkájából várható a thyreosisok kezelése eredményeinek javulása.

Irodalom. (Az 1909. évig l. Sattler irodalmi jegyzékét: Die Basedow'sche Krankheit. I. és II. rész. Leipzig, Engelmann. 1910.) — *Aoyagi* (Tokio): Studien über die Veränderungen des sympathischen Nervensystems, insbesondere der Neurofibrillen bei Morbus Basedowi. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 42 k. 1., 2. f. — *Baruch*: Ueber Dauerresultate operativer und konservativer Therapie bei der Basedow'schen Krankheit. Bruns Beiträge, 1910. — *Beck*: Basedow u. Röntgen. Journ. d. Rad. Belge, 1909. Nov. — *Beck*: The significance of the various enlargements of the thyroid gland with special reference to Basedow's disease. New-York Med. Journ., 1910, May 7. — *Bergonié et Speder*: Radiotherapie du goitre exophtalmique. Presse Méd., 1910, p. 287. — *Berry*: Resection and excision of thyroid gland. Med. Press, 1910, p. 307. — *Bertelli, Falta und Schweeger*: Ueber Chemotaxis. Zeitschrift für klin. Medizin, 71. k. 10. szám. — *Bialokur* (Jalta): Die Symptome des Morbus Basedowi als Äußerung der Tuberkuloseinfektion und ihre Bedeutung für die Diagnose und Therapie der Lungenschwindsucht. Russky Wratsch 1911, 32. szám. — *Bielajew*: Ueber die Blutveränderungen bei der Basedow'schen Krankheit und bei Struma. Russky Wratsch, 1911, 7. szám, ref. Münch. Wochenschrift 1911, p. 1415. — *Bircher*: Experimentelle Beiträge zum Kropfherz. Medizinische Klinik, 1910, p. 391. — *Brunn*: Rost. Aerzteverein. 1910, Okt. 8. Ref. Münchener medizinische Wochenschrift, 1911, p. 167. — *Brunner*: Tumoren mit sekundären Nervenveränderungen. Korresp. für Schw. Aerzte, 1910, 15, p. 491. — *Chvostek*: Diagnose und Therapie des Morbus Basedowi. Wiener klin. Wochenschrift, 1910, p. 191. — *Crile*: Surgical aspects of Graves disease with reference to the psychic factor. Ann. of surg. 1908, p. 864. — *Davis et Gardère* (antithyreoidin-serum): Lyon méd. 1910, 37. Ref. Münchener med. Wochenschrift, 1911, 70, 717. — *Delore et Lenormant*: Traitement chirurgical du goitre exophtalmique. Rev. d. Chir. 1910, p. 1015. — *Eastman*: Polar ligation in exophtalmic goitre. Journ. of the Amer. med. ass., 1910, March. — *Ebstein*: Behandlung des Basedow. Ther. Monatshefte, 1910, p. 669. — *Enderlein*: I. Med. Klinik Umfrage. — *Engländer*: Operativ gebesserter Basedow. Wiener klinische Wochenschrift, 1910, 1731. — *Eppinger und Hess*: Zur Pathologie des vegetativen Nervensystems. Zeitschrift für klin. Medizin, 67. k. p. 345. — *Eppinger, Falta und Rudinger*: Ueber die Wechselwirkung der Drüsen mit innerer Sekretion. Zeitschrift für klin. Medizin, 66. kötet, p. 1 és 67. kötet pag. 380. — *Ewald*: Chirurgische Beobachtungen und Erfahrungen aus den Jahren 1902—1908. Wiener klin. Wochenschrift, 1910, 35—36. sz. — *Falta*: Ueber Glykoseurie und Fettstühle bei Morbus Basedowii etc. Zeitschrift für klin. Medizin, 71. kötet, 1910, p. 1. — *Federn*: Morbus Basedowi. Wiener klinische Wochenschrift, 1910, p. 580. — *Freund*: Röntgenbehandlung der Kröpfe. Wiener med. Wochenschrift, 1910, p. 1206. — *Garré*: Ueber Thymektomie bei Basedow. Verh. der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 40. Kongr. 1911. — *Gebele*: Ueber experimentelle Versuche mit Basedowthymus. Münchener med. Wochenschrift, 1911, p. 1748. — *Gebele*: Ueber die Thymus persistens bei Morbus Basedowi. Bruns Beiträge, 70. k. 1. f. p. 20. — *Gottlieb*: Morbus Basedowi. *3. Versammlung der Naturforscher und Aerzte, Karlsruhe. Ref. Münchener med. Wochenschrift 1911, p. 2189. — *Graupner*: Nierenkrankung bei Basedow'scher Krankheit. Münchener med. Wochenschrift, 1910, p. 32, 1695. — *Groves and C. Joll*: Brit. med. Journal, 1911, Dec. 24. — *Günzburg, Klose, Blum*: Aerztliche Vereinigung, Frankfurt a./M. 1595. Sitzung. Münchener med. Wochenschrift, 1911, p. 1212. — *Hackenbruch*: Kropfexzision unter Lokalanästhesie. Deutsche med. Wochenschrift, 1909, 39. sz. — *Haenel*: Chirurgische Behandlung des Morbus Basedowi. Münchener med. Wochenschrift, 1910, p. 100. — *Hart*: Thymuspersistenz und Thymushyperplasie. Zentralblatt für die Grenzgebiete, XII. kötet 1909. — *Hart und Nordmann*: Experimentelle Studien über die Bedeutung des Thymus für den thierischen Organismus. Berl. klinische Wochenschrift, 1910, 18. sz. — *Hinds*: Exophtalmic goitre. Lancet, 1910, p. 1137. — *Hoffmann*: Zeitschrift für klinische Medizin, 69, k. 3., 4. f. — *Hoffmann*: Beeinflussung des Basedow von der Nase aus. Münchener med. Wochenschrift, 1910, p. 2299. — *Holmgren*: Ueber den Einfluß der Basedow'schen Krankheit und verwandter Zustände auf das Längenwachstum nebst einigen Gesetzen der Ossifikation. Leipzig, 1909. — *Kappis*: Lymphozytose des Blutes bei Basedow und Struma. Mitteilungen aus den Grenzgebieten, 1910, 21. köt. p. 729. — *Klose*: Experimentelle Untersuchungen über die Basedow'sche Krankheit. XI. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Berlin, 1911. — *Klose und Vogt*: Klinik und Biologie der Thymusdrüse. Beiträge zur klin. Chirurgie, 1910, 69. k. p. 1—200. — *Kocher*: Surgical treatment of exophtalmic goitre. Lancet, 1910, p. 471. — *Kocher*: Behandlung der Basedow'schen Krankheit. Münchener med. Wochenschrift, 1910, p. 667. — *Kocher*: Frühdiagnose der Basedow'schen Krankheit. Korresp.-Bl. f. Schw. Aerzte, 1910, 7. szám, p. 177. — *Kocher*: Morbus Basedowi. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1911. — *Kocher*: Ueber Basedow. Archiv für klinische Chirurgie, 1911, 96. k. 2. f. — *Kocher*: Jodbasedow. Zentralblatt für Chirurgie, 1910, Beilage p. 59. — *Kosthoy*: Chronische Thyreotoxikosen. Mitteilungen aus den Grenzgebieten, 1910, 21. k. p. 671. — *Kottmann*: Beziehungen der Schilddrüse zur Blutgerinnung. Korrespondenzblatt für Schweiz. Aerzte, 1910, p. 553. — *Kottmann*: Ueber Schilddrüse und Autolyse. Zeitschrift für klinische Medizin, 1910, 7. k. p. 369. — *Krecke*: Ueber die Häufigkeit und die Diagnose der durch Hypersekretion der Schilddrüse bedingten Störungen (Thyreosen). Münchener medizinische Wochenschrift, 1911, p. 1601. — *Kroug*: Der Morbus Basedowii oder Gravesii. St.-Petersburger med. Wochenschrift, 1906. — *Kuchendorf*: Basedow durch Röntgen sehr günstig be

einflußt. Deutsche med. Wochenschrift, 1910, 21. — *Leischner und Marburg*: Chirurgische Behandlung des Morbus Basedowi. Mitteilungen aus den Grenzgebieten, 1910, 21. k. p. 761. — *Leriche*: Goitre exophthalmique. Lyon. méd. 1910, p. 299. — *Lier*: Blutuntersuchungen bei Morbus Basedowi. Bruns Beiträge, 1910, 69. k. 2. f. — *Lorenz*: Operative Behandlung schwerer Basedowfälle. Wiener klin. Wochenschrift, 1910, p. 1660. — *Maranon*: Die Leukozyten beim Hyperthyreoidismus. Ref. Münchener med. Wochenschrift, 1911, p. 1883. — *Mayerle*: Beiträge zur Kenntnis des Stoffwechsels bei künstlichem Hyperthyreoidismus. Zeitschrift für klinische Medizin, 1910, 7. kötet. — *Medizinische Klinik*: Umfrage über die chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit. 1911, 39. sz. p. 1499. Körte, Kocher, Küttner, Eichhorst, Oppenheim, Schultze, Eulenburg, de Quervain, Friedrich, Neumann, Bruswanger, Schwenkenbecher, Eiselsberg, Ortner, Krecke, Enderlen, Schloffer, Cramer nyilatkozatai. — *Michailov*: Röntgentherapie bei Basedow. Ref. Zentralblatt für Chirurgie, 1910, 30. sz. p. 1000. — *Nordmann*: Experimentelle Studien über Thymusdrüsen. Archiv für klinische Chirurgie, 1910, 92. k. 4. f. — *Noorden K. v.*: Beitrag zur Kenntnis der vagotonischen und sympathicotonischen Fälle von Morbus Basedowi. Diss. Inaug., Kiel, 1911. — *Ochsner*: Behandlung des Morbus Basedowi. Deutsche medizinische Gesellschaft Chicago, Ref. Münchener medizinische Wochenschrift, 1911, p. 826. — *Ohlemann*: Zur Jodbildung bei der Basedow'schen Krankheit. Berliner klinische Wochenschrift, 1911, 9. szám. — *Pineles*: Empfindlichkeit des Kropfes gegen Jod. Wiener klinische Wochenschrift, 1910, p. 353. — *Rochard*: Thyroidectomie partielle pour goitre exophthalmique. Bull. et mém. d. l. soc. d. chir. 1910, p. 313. — *Rogers*: The significance of thyreoidism and its relations to goitre. Ann. of surg., 1910. — *Rogers*: The results of specific remedies in diseased states accompanied by hypertrophy of the thyreoid. Ann. of surg., 1910, Febr. — *Rollet*: Des signes oculaires unilatéraux dans le goitre exophthalmique. Lyon méd., 1910, p. 569. — *Rose*: Signification nosologique des formes frustes de la maladie de Basedow. Sem. méd., 1910, p. 469. — *Roth*: Blutuntersuchungen bei Morbus Basedowi. Deutsche med. Wochenschrift, 1910, 6. sz. — *Sänger und Sudeck*: Referat über Morbus Basedowi. Aertzl. Verein, Hamburg. Münchener med. Wochenschrift, 1911, p. 165. — *Sattler*: Ueber die Natur des Exophthalmus bei Morbus Basedowi. Münchener med. Wochenschrift, 1911, p. 2307. — *Schloffer*: Kropfoperationen. Medizinische Klinik, 1909, p. 143. — *Schlössing*: Die Basedow'sche Krankheit in der Invalidenversorgung. Viertelj. für Medizin und öffentl. Sanitätswesen, XLI. k. 2. f. — *Schwarz*: Die Basedow-Debatte in der Wiener Gesellschaft der Aertze. Zeitschrift für Röntgenkunde, 1910, 12. k. 3. f. — *Schwarz*: Radiotherapie de la maladie de Basedow. Presse méd., 1910, p. 245. — *Spisharny* (Moskau): Ref. Münchener med. Wochenschrift, 1911, p. 2579. — *Sturm*: Exophthalmic goitre cured by operation. Brit. med. Journal, 1910, p. 437. — *Sudeck*: I. Sänge. Münchener med. Wochenschrift, 1911, p. 837. — *Szontagh*: Die Basedow-Krankheit und ihre erfolgreiche Behandlung in Neuschmecks. Igló, 1899. — *Tillmann*: Chirurgische Behandlung der Basedow. Ref. Münchener med. Wochenschrift, 1911, p. 2586. — *Tschikste*: Ueber die Wirkung des im Schilddrüsen-Kolloid enthaltenen Nukleoproteids bei Morbus Basedowi. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1911, 48. sz. — *Turin*: Blutveränderungen unter dem Einflusse der Schilddrüse und Schilddrüsensubstanz. Deutsche Zeitschrift für Chir., 1910, 107. k. p. 343. — *White*: Treatment and prognosis of exophthalmic goitre. Lancet, 1910, Dez. 3. p. 1599. — *Wolfsohn*: Experimente zum Wesen des Basedow. Zentralblatt für Chirurgie, 1910, p. 1009. — *Wolfsohn*: Jodüberempfindlichkeit. Verh. der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1911.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Szécsi: Beitrag zur Geschichte der Moral insanity. Prinzipielle Bemerkungen über Moral und Intelligenz. Schweighauserische Buchdruckerei, Basel, 1912. 85 oldal.

A szerző munkája két részre oszlik. Az elsőben az erkölcsi érzésről szól és végeredményben arra jut, hogy *Ziehen* szerint az ethikai érzés nem tekinthető veleszületett tulajdonságnak, hanem hosszas komplikált ontogeniás és phylogeniás fejlődés terméke. Az erkölcsi érzés biztosan nem veleszületett tulajdonság, hanem az értelem terméke, semmi más, mint conventionalis fogalom, a mely az egyes embertörvényekben különbözőképpen fejlődött ki. A gyermeknek előbb meg kell tanulnia az erkölcs tanait. Nincs sem veleszületett angyal, sem veleszületett ördög.

Eltételezve a különböző befolyásoktól, a morál fő jellemvonása az egoismus, noha az ego fogalma nem mindenkor a személyre magára, hanem az általánosságra vonatkozik. A cselekedetek, a melyeket a morál jónak jelez, főképpen, sőt úgyszólván kizárólag olyanok, melyek vagy egyes személynek, vagy a köznek hasznára válnak. Az értelem és érzés világa

a morál két főmotivuma, a hol a fősúly inkább az utóbbit illeti meg. Az érzés világa irányítja moralis életünket, de az értelem adja tudtunkra. Az emberi társadalom érdekeinek mérlegeléséből keletkeznek moralis fogalmaink és eszméink. Az önszeretet a társadalomban mások javát, az államban pedig a moralis, conventionalis cselekedeteket idézi elő.

A munka másik fele a moral insanity körképével foglalkozik, mely a szerző véleménye szerint önálló kórforma, melyre jellegző, hogy jól fejlett értelem mellett a moralis tartalmú képzetek részben hiányoznak, részben hiányosan fejlődtek. A legfontosabb jel annak megítélésére, hogy az ethikai defectus önálló betegségnek vagy pedig mellékes tünetnek tekintendő-e, az, hogy az elmebaj egyéb testi és szellemi symptomái hiányoznak-e vagy sem. A moral insanity veleszületett betegség ugyan, de többnyire az első gyermekévekben nem jó felszínre, mert ez időben még a környezet moralis követelése nagyon csekélyek arra, hogy az illető összeütközésbe kerüljön velök. Noha a normal insanity néven mai nap nagyon különböző betegségeket jelölnek, a zavar kiemelése végett még mindig helyesebb ezen elnevezést megtartani, mint a későbbben ajánlottakat és használtakat.

Goldberger Márk dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az általános fényerythema befolyása a szívbetegségekre respiratiójára volt V. Rubow és C. Sonne vizsgálatának tárgya. *Hasselbalch* észlelte először, hogy az ívfénybesugárzás az emberi testen erythemát okoz, s ezzel egyidejűleg a respiratio lassúbb és mélyebb lesz. A respiratióra való hatás napokig tarthat, tovább mint az erythema. Ezen észlelés a bőr vér- és idegrendszerre és a respiratio közti viszonyra fényes beigazolásul szolgál. Szívbetegségeken — különösen a compensatio kezdetén — sokszor a rövidlégzés, a dyspnoë az, mely a legkínzóbb tünetként a megbetegedés előterében áll. Ilyenkor nemcsak a tüdő vérkeringése zavart, hanem a szövetekben s a respiratiós centrumokban oxygenhiány is áll fenn a dyspnoë okaként. *Rubow* és *Sonne* azt tapasztalta, hogy erős ívfénybesugárzással a szívbetegségek légzésében épp oly változásokat idézhetünk elő, mint a milyeneket *Hasselbalch* egészségeseken észlelt. A dyspnoës egyén légzésében nemcsak subjectiv megkönnyebbülés áll be, hanem objectiv leletként a légzés lassúbbá és mélyebbé válása lesz konstataható. Az izommunkát jobban tűri el dyspnoë nélkül, a miről ergostonon való dolgozás útján győződhetünk meg.

Az ívfénybesugárzás nem használ minden esetben. A hol durva compensatiozavar van paroxysmosus dyspnoëval, ott előbb nyugalom, diaeta s digitalis alkalmazása van helyén, s csak ha ez bevált, alkalmazható a besugárzás, a mely az állapot javítását, s a javult állapot fentartását hathatósan fogja támogatni. A ívfénybesugárzás jó hatása a dyspnoëre oly feltűnő, a mily feltűnő hatást egyéb szerek vagy eljárások alkalmazásával elérni nem tudunk. Érzékeny egyéneken a lámpának a testtől való távolságát fokozni kell. Hatásos lehet a besugárzás még akkor is, ha az utána keletkező melegség érzése temperált, erősebb napsütésnél nem intenzívebb.

Ha valamely okból az ívfény nem okoz erythemát, a légzésre gyakorolt hatás is kimarad. Ha a hatás erősebb s az erythema igen heves, az egész testre kiterjedő viszkető érzés támad, ilyenkor a légzés-szám nem ritkul, hanem esetleg szaporodik. (Zeitschr. f. klin. Med. 1912, 75. kötet, 1. és 2. füzet.)

Galambos dr.

Sebészet.

A lymphás pseudoappendicitisről értekeznek V. Lieblein. A szerző azon esetekben is végez appendektomiát, a melyekben a műtét alkalmával az appendixen makroszkopice lényeges elváltozás nincs. Az ilyen féregnyulványok mikroszkopiképe nem mutatja sem friss gyuladásnak, sem a gyuladás maradványainak jeleit és ezen appendixek mégsem normalisak. A mi a normalistól megkülönbözteti őket, az a lymphás

apparatusnak jelentékeny hyperplasiája, mely az ilyen esetekben összefüggésbe hozható az egyúttal jelenlevő klinikai tünetekkel. A szerző eseteinek nagyobb része a gyermekkorra, kisebb része ezen koron túl lévő egyénekre vonatkozik. Egy esetében igen súlyos tünetek jelentkeztek: izomfeszülés, nyomásra érzékenység, magas láz, és ennek dacára az appendixen külsőleg lényeges elváltozás nem volt látható. A többi esete klinikai megjelenésében inkább azon appendicitisek sorába tartozott, melyekben subacut avagy idősült gyuladással járó elváltozásokat szoktunk várni. A mikroskopi vizsgálat döntötte el, hogy ezen esetek valamennyije a *Miloslavich* által leirt lymphás pseudoappendicitisek osztályába tartozik. A szerző eseteinek valamennyijében a lymphatismus többé-kevésbé ki volt fejezve. Jelen volt a bőr és a kötőhártyák halványasága, a catarrhusokra és anginákra való hajlamosság. Könnyen megérthető, hogy az olyan appendixek, a melyekben a lymphás apparatus erősen van kifejlődve, praedisponálnak a gyuladásra. Azáltal ugyanis, hogy a megnagyobbodott folliculusok a nyálkahártya felé boltosulnak, mely nyálkahártya-öblösödések képződését okozzák és ott a gyuladás kifejlődésének momentumait elősegítik. Nehezebb azonban annak a magyarázata, hogy az ilyen appendixek a gyuladásra jellemző minden elváltozás nélkül is igen kellemetlen tüneteket okozhatnak tisztán az appendix lymphás rendszerének hyperplasiája következtében. Valószínűnek kell tartanunk, hogy az ileo-coecalis tájon lévő érzékenységet a lymphás hyperplasia által az appendix izomrétegében kifejlődött nyújtás okozza. Ezért találjuk az esetek legnagyobb részében, hogy a betegség inkább az idősült avagy recidiváló appendicitis képét mutatja és legtöbbször hiányoznak azok a tünetek, melyek az acut féregnyulványlobban szoktak jelen lenni. A szerzőnek ama tapasztalata, hogy az ilyfajta appendixek eltávolítására a betegek kellemetlenségei megszűntek, jogosulttá teszi hasonló esetekben a műtét végzését. (Wiener klin. Wschrift, 1912, 15. sz.)

ifj. *Hahn Dezső* dr.

Idegkórtan.

A facialis-tünet jelentőségéről ír *H. Neumann*. A csecsemőkoron túl levő gyermekekre s fiatal lányokra vonatkozóan észleletei. A facialis-tünet tudvalevően a nervus facialis túlingerlékenységén alapszik s könnyen vizsgálható úgy, hogy az arcnak a proc. zygomat. és szájzug közti részét könnyedén ütögetjük, mikor is a facialis által beidegzett izmokban igen gyors rángások jönnek létre. A tünet nem tetaniás gyermekek vagy a csecsemőkori tetania maradványa, vagy önállóan keletkezik; mind a két esetben csak ideges gyermekeken található. Ezen körülmény, valamint az, hogy a szerző neuropathiás gyermekbetegei 51%-ában megtalálta, azon következtetésre indítja, hogy gyermekek a facialis-tünet a neuropathiás dispositio részütete, éppúgy mint pl. az asthma, hemigrania stb. A csecsemő-tetania létrejöttéhez is a táplálás befolyásán kívül neuropathiás dispositiót kell felvenni. (Deutsche med. Wochenschr., 1912, 17. sz.)

L.

Elmekórtan.

A presbyophrenia anatómiai és klinikai kórképét ismerteti *L. Marchand* és *H. Nouet*. A szerzők nézete szerint a presbyophrenia néven ismert tünetcsoport (hamis emlékezőképesség, fabulatio, tájékozatlanság, személyfélreismerés) nem tekinthető külön kórképnek, hanem az aggsági elmezavar különös alakjának, melytől legtöbbször könnyen megkülönböztethető. A presbyophrenia nevet nem tartja szerencsésnek, mert e tünetcsoport igen gyakran még az aggkor beállta előtt jelentkezik. Anatómiailag a presbyophreniát senilis tünetekkel kapcsolatosan jelentkező degeneratív atrophias elváltozások és sclerosisek jellemzik. A presbyophrenia sem klinikailag, sem anatómiailag nem tekinthető a *Korsakoff*-psychosis határformájának. (L'encephale, VII. évf. I. félév, 151. lap.)

Goldberger Márk dr.

A lencsemag megbetegedésének tünetcsoportját ismerteti *Mingazzini*. A lencsemag megbetegedése sajátos tünetcsoportot idéz elő, melyre jellegző az ellenkező oldali kisméretű facialis- és végtagparesis, az ugyanazoldali patellaris-, Achilles-, felsővégtag-reflexek kisebbfokú fokozódása, anisokoria és elvéve a végtagok sorvadása és kisméretű hyperaesthesia. Ha a laesio nem teljes és csak a bal lencsemag hátulsó $\frac{4}{5}$ részére terjed ki, akkor dysarthria mutatható ki, a mely anarthriáig fokozódhatik. Ha pedig a putamen egy része (főképpen a külső harmada) is sérül, akkor az ellenkező oldali egyik vagy másik végtag pseudomyelitis paraesthesiája csatlakozik hozzája. (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., VIII. k. 85. 1.)

Goldberger Márk dr.

Az öngyilkosság és a Huntington-chorea összefüggéséről ír *P. L. Ladame*. Az öngyilkosság és az öngyilkosság kísérlete ritkábban fordul elő choreás betegek között, mint a hogy általában gondolják. Az öngyilkosság nem tekinthető a chorea egyik jellegzetes tünetének, a mint azt némelyek képzelik. Általában a choreások csak fenyegetődznek öngyilkossággal, a mit az e betegséggel járó izgatottság tesz érthetővé. A choreás öngyilkosságot vagy kísérletet csak akkor követ el, ha e betegség mellett más komplikáló betegségben, mint alkoholizmusban, epilepsiában vagy más elmebajban is szenved. A kérdés végleges eldöntésére még több eset pontos észlelése volna szükséges. (L'encephale, VI. évf. II. félév, 422. 1.)

Goldberger Márk dr.

Nőorvostan.

A metritis chronicának Röntgen-besugárással kezelését és elért eredményeit ismerteti *Kelen* dr. a budapesti I. női klinikáról. A myomák kezelése közben azt tapasztalták, hogy a Röntgen-sugarak a myomák visszafejlődésére nemcsak indirecte hatnak az ovariumszoövet elpusztítása által, hanem a myomák szövetét direct zsugorodik e sugarak behatása alatt. Milyen nagy intenzitású lehet bizonyos körülmények között a Röntgen-sugaraknak a simaizomzatra gyakorolt hatása, arra a szerző példát hoz fel gyakorlatából. Egy beteget már két év előtt elérte a climacteriumot, úgy hogy a petefészkek functiója és azoknak besugárzás által való befolyásolása megszűnt; ennek dacára 4 heti kezelés után a majdnem a processus xiphoidesig érő myomás daganata a köldök magasságáig visszafejlődött.

38 metritisese méh állott Röntgen-kezelés alatt. (20 esetben meno- és metrorrhagia, 9 esetben genyes folyás, 5 esetben descensus uteri + vaginae voltak a szövödmények.)

A Röntgen-kezelés technikája: besugárzás fekvő helyzetben, a hasfalon keresztül, 3-4 hetenkint, olyan sugármennyiséggel, a mely az erythema-dosis alatt van valamivel. Tülszemény lámpa (11-12° Wehnelt), focus-börtávolság a beteg corpulentája szerint 25-40 cm.

A kezelés eredményei: 6 beteg nem tért vissza, 4 jelenleg is kezelés alatt áll, úgy hogy a szerző 28 esetről referálhat. Ezek közül egy esetben (metritis chr., prolapsus uteri + descensus vaginae) maradt a kezelés teljesen eredménytelen. Körülbelül 15 esetben a méh már 2-3, legkésőbb 4 besugárzás után feltűnően megkisebbedett, zsugorodott. A többi betegben az involutio lassabban ment, úgy hogy 3 beteg a kezelés $\frac{1}{2}$ esztendeig tartott. A sajátlagos alhasi tompa fájdalmak, az idegességi tünetek sokszor már az I. besugárzás után eltűntek; a betegek közérzete határozott javulást mutatott. 2 fiatalabb asszonyon 2, illetőleg 3 besugárzás után menopausa állott be; 2, illetőleg 3 hó után ismét visszatért a havi vérzés. 4 esetben volt a metrorrhagia oly nagyfokú, hogy a Röntgen-kezelés mellett egyéb segédeszköz-höz is kellett nyúlni (5-10%-os intrauterin formalin-injectio, jodinjectio, 1%-os formalinos méhüregmosás, secacornin stb.), míg végre a Röntgen-sugarak hatása állandósult.

A gonorrhoeás folyásokra a Röntgen-besugárzás nincs különösebb jó hatással; a nem gonorrhoeás természetű folyások a besugárzás hatása alatt javulnak. A gonorrhoeás folyást *Kelen* thermopenetrációval kezeli. Ezen célra külön,

hőmérővel ellátott hüvely-végbél-elektrodokat konstruált, melyekkel a hüvely hőmérsékét 45°-ra, sőt annál is magasabbra fokozhatja, a nélkül, hogy a betegnek panaszokat okozna. A thermopenetrációtól igen jó eredményeket látott.

Itt említi fel *Kelen*, hogy Röntgen-besugárzással descensus vaginae több esetében hüvelyszűkülést, zsugorodást idézett elő, a mely a colporrhaphia műtétét teljesen feleslegessé tette.

A Röntgen-kezelés mellékhatása gyanánt sterilitás áll be, mely a mai tapasztalások szerint körülbelül egy évig tart. Ezt a körülményt a Röntgen-therapia rovására írják. *Kelen* szerint a metritis kezelésében ez a körülmény hátránynak nem mondható, sőt hasznára van a betegnek, ha a kezelési idő alatt teherbe nem jut és így teljesebb lesz a degeneratio.

14 hónapi kezelés alatt 3 kisebbmértvű recidívája volt metritisben, a melyek 2—3 besugárzásra ismét javultak. (Münchener med. Wochenschrift, 1912, 14. sz.)

Scherer Sándor dr.

Gyermekorvostan.

A diphtheria alatt jelentkező valódi bradycardiáról tartott előadást *Sperk* a „Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien“ paediatricai szakosztályának 1912 január 11.-i ülésén. 3 éves kis betegről volt szó, a kit mérsékelt larynxstenosis miatt vettek fel. A felvétel napján a meglehetősen arhythmias pulsus száma 70 volt egy perc alatt. 2 nap után lezárt 60, illetve 50-re. A pulsusnak és a szív működésnek egyidejű controllja bizonyítja, hogy a pulusszám teljesen megfelelt a szívösszehúzódnak számának. Tehát valódi bradycardiáról volt szó. A valódi bradycardiának intra- és extracardialis oka lehet. Ennek eldöntése végett 0.001 mgr. atropint alkalmazott subcutan. Az atropin hatására a pulsus csak 80-ra emelkedett, holott normalis körülmények között 140—160 pulsus várhatunk.

E feltűnő bradycardia és az atropinnal szemben való ily relatív viselkedése arra készítette az előadót, hogy *Hecht* dr.-ral electrographiás vizsgálatot végeztesen. E vizsgálat kiderítette, hogy minden két pitvar-összehúzódnak egy ventricularis összehúzódnak felel meg. Az atropin hatása alatt arányosan növekedett a pitvar-, illetve a kamaraösszehúzódnak száma. Vizsgálta a digitalis és a coffein hatását is. Digitalisra arányosan csökkent. A coffein közömbös volt. A bradycardiát, illetve az atropin és digitalis hatását úgy magyarázza, hogy az adott esetben az inger vezető systemában, a mely a *Keith-Flack*-féle csomóból, a még kétes *Wenkebach*-féle kötegből, a *Tawara*-féle atrioventricularis csomóból és az ebből elágazó *His*-féle kötegekből áll, csak részleges sérülés történt. Az ép izomnyalábok pedig továbbra is a vagus hatása alatt állnak, a melynek gátló hatását az atropin csökkenti, a digitalis pedig fokozza.

E vizsgálatokból a gyakorlatra azt következteti, hogy az így megállapított ú. n. „Herzblock“ diagnosis határozott indicatio az atropin alkalmazására. (Wiener med. Wochenschrift, 1912, 6. szám.)

Reisz dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A lecithint ma már kiterjedten használják a gyógyászatban; hogy azonban a maga teljességében fejthesse ki a kedvező hatást, chemice tiszta lecithint kell használni. *Nerking* szerint a kereskedésbeli készítmények legtöbbje nem felel meg e követelménynek; legmegbízhatóbbak a *Merck*-készítmények. A lecithin-chocolate-ból felnőtteknek 3, gyermeknek 2 kávéskanálnyi, a bonbon-okból felnőtteknek 3—4, gyermeknek 2 darab adandó naponként. Bőr alá fecskendezésre kész oldatban is kapható ampullákban a lecithin; 2—5 cm³ fecskendezendő be. (Internat. Beitr. z. Path. u. Ther. d. Ernährungsstörungen, 3. kötet, 4. füzet).

A morphiuról leszoktatásra *Radesky* a dionint használja. Egy esetében, melyben az illető 6 éve volt morphinista és naponként már 72 centigramm morphiurumot használt el: a morphiurnak fokozatosan dioninnal helyettesítésével 12 nap alatt sikerült annyira menni, hogy jó közérzet mellett nem volt többé szükség morphiurumra; a dionin

adagait azután lassan csökkentették és 1½ hónap alatt teljesen elhagyták. Esténként czélszerű 0.5 gramm veronalt is adni az éjjel nyugalom biztosítására. (Mercks Archives, 1911, december.)

A fibrolysin jó eredménnyel használta *Fellenberg* egy nőn, a kinek méhe a környezettel erősen össze volt nőve s a kinek e miatt a terhességben a méhnek fokozódó megnövekedésekor oly erős fájdalmi voltak, hogy már a művi elvetelésre gondoltak. Fibrolysin használatára az összenövések annyira engedtek, hogy a fájdalmak megszűntek és a terhesség, a szülés és a gyermekágy szövödmények nélkül folyt le. (Schweizerische Rundschau für Medizin, 1912, 5. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 18. szám. *Bakody Aurél*: Pupillaris elváltozások dementiás folyamatoknál. *Sputz Gyula*: Észleletek alkáliás glaucoms és földessós ásványvizek alkalmazásáról.

Magyar orvosi archívum, 1912, 2. füzet. *Galambos Arnold*: Az eosinophil-sejtek viselkedése a vérben ép és kóros viszonyok között. *Gózonny Lajos*: Complex hatás-e a normál savó bactericidia? *Germán Tibor*: A bacteriumok kreatinin-termeléséről mint differentialis jelenségről néhány nehezen elkülöníthető bacterium között.

Orvosok lapja, 1912, 19. szám. *Weisz Ede*: Traumás esetek utógógyítása fürdőekkel. *Erdős Adolf*: Tizennyolcz havi tapasztalat salvarsannal.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 19. sz. *Lobmayer Géza*: A Brauer-féle műtét technikája. *Falta Marczel*: Salvarsanra gyógyult súlyos neurorecidiva. „Fürdő- és vízgyógyászat“ melléklet, 2. szám. *Lenkei V. Dani*: A légfürdők hatása a vizeletkiválasztásra. *Pártos Sándor*: Erőszakos kénes hévízkúrák káraitól. *Dalmady Zoltán*: Tiszta elektrod.

Vegyes hírek.

Schaffer Károly dr. budapesti egyetemi címzetes rendkívüli tanárt a király kinevezte a középponti idegrendszer ép- és kórszövet-tanának nyilvános rendkívüli tanárává.

Megbízás. Az igazságügyminister *Németh Endre* dr. dési kórházi orvost a dési törvényszéknél fölmerülő orvosi teendőknél állandó ellátásával bizta meg.

Kinevezés. *Schick Adolf* dr.-t a beszercebányai városi közkórházhoz rendelőorvossá, *Rothaus Izidor* dr.-t Simontornyán, *Gál Adolf* dr.-t Aszódon járásorvossá, *Goldstein Ede* dr., *Oedler György* dr. és *Tóth Gedeon* dr. mosonmegyei körorvosokat tiszteletbeli járásorvossá, *Fodor Lajos* dr.-t és *Szücs Sándor* dr.-t az újvidéki közkórházhoz orvossá nevezték ki.

Választás. *Stojanovics János* dr.-t Karasjeszenön körorvossá választották.

Trachomaügyi tanácskozás volt a belügyministeriumban *Bölcs Gyula* ministeri tanácsos elnöklésével, melyen a hadügyministerium, a honvéd-ministeriumok és a belügyministerium képviselői vettek részt. A tanácskozás tárgya a trachomának talált védőkötelesek gyógyításának módja volt. Ugy a véderő, mint a polgári lakosság fontos érdeke, hogy a trachomás újonczok gyógyítása biztosítva legyen. Ennek előfeltétele, hogy a trachoma ne mentesítsen többé a katonai szolgálat alól. Az új véderőtörvény erre megadja a módot s éppen arról folyt a tanácskozás, hogy az ezentúl besorozandó trachomás újonczok elhelyezéséről s sikeres gyógyításáról miképp történjék gondoskodás.

Trachoma-tanfolyamok. A trachoma kórtanából és gyógyításából az 1886. évi V. t.-cz. alapján községi, kör- és hatósági orvosok számára a belügyminister megbízásából tíz napig tartó trachoma-tanfolyamok fognak tartani és pedig: 1912 június hó 17—26.-áig bezárólag: 1. Budapesten a királyi magyar tudomány-egyetem I. sz. szemklinikáján és a budapesti m. kir. állami szemkórházban, legfeljebb 25 orvos, 2. Brassóban a m. kir. állami szemkórházban, legfeljebb 5 orvos, 3. Szegeden a m. kir. állami szemkórházban, legfeljebb 5 orvos, 4. Perlakon a m. kir. állami szemkórházban, legfeljebb 5 orvos számára. 1912 szeptember hó 11—21.-éig pedig: 5. Kolozsvárt, a magyar királyi *Ferencz József* tudomány-egyetem szemklinikáján, legfeljebb 10 orvos számára. Az indokolt jelentkezések a választott hely megjelölésével f. évi május hó 31.-éig a közigazgatási felettes hatóságok útján a m. kir. belügyministerhez intézendők, a ki a felvétel felett dönt. A résztvevő orvosok összes költségeik fedezésére egyenként 200 korona segélydíjban fognak részesülni.

Alkalmazások a kolozsvári egyetem orvosi karán. Megválasztottak: *Fekete Sándor* dr. gyakornoknak a szemészeti klinikán, *Krenrich János* dr. gyakornoknak a szülészeti klinikán és *Büchler Dezső* dr. műtőnövédeknek.

A szemészetben kiképzést nyerni akaró fiatal orvosok figyelmét felhívjuk arra, hogy a székesfővárosi szt. Rókus-kórházban egy segédorvosi állás jön üresedésbe; tudakozódni lehet ugyanott naponként délelőtt 9 és 10 óra között.

Gáger Károly dr. királyi tanácsos, fürdőorvosi gyakorlatát Bad-Gasteinben újból megkezdette.

A budapesti egyetem I. számú női klinikáján áprilisban 173 szülés folyt le (először szülő 80, többször szülő 93); a született magzatok száma 175 volt, még pedig: élő 152, halott 10, macerált 13; érett 147, kora 11, éretlen 17; fiú 95, leány 69, kérdéses nemű 11; törvényes 92, törvénytelen 83; a szülők és gyermekágyasok közül egy sem halt meg. A nőbeteg-osztályon 80 beteget ápoltak, halálozás nem fordult elő. A klinikával kapcsolatos poliklinika segélyét 112 esetben vették igénybe; a műtétek száma 104 volt.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika áprilisban 121 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 139 volt.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület márciusban 1420 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1193 szállítást végzett, 183 esetben mint mozgóórszék szerepelt és 19-szer vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A március havi működési főösszeg 2815.

Meghalt. Szabó Antal dr. nyugalmazott honvéd ezredorvos 52 éves korában Tapolykomlóson. — Ligeti Albert dr. 43 éves korában Kassán. — M. Mandelstamm, régebben a szülészet tanára a kievi egyetemen, 74 éves korában. — J. H. Musser, a belorvostan tanára a philadelphiai Pennsylvania-egyetemen, 55. évében. — Miss Clara Barton, az amerikai Vöröskereszt-egylet megalapítója, 91 éves korában. — H. Ström, a sebészet rendes tanára a christiania egyetemen. — P. T. Szadowsky, a nőorvos tanára a szent-pétervári női orvosi tanintézetben, 46 éves korában. — J. Ch. Cameron, a nő- és gyermekorvos tanára a montreali Mc Gill-egyetemen. — Th. Gies, a sebészet rendkívüli tanára Rostockban, 67 éves korában.

A budapesti egyetem orvosi fakultásának pályanyertesei a most végződő tanévben: Cserna István és Kelemen György orvostanhallgatók, a kik „a beteg vese munkájának megmérésére” vonatkozó kísérleteikről szóló dolgozatukkal nyertek pályadíjat, továbbá Rutich Jenő, Fodor Imre orvostanhallgatók, a kik az Arányi-féle pályabonczolat alkalmával tunktek ki, végül Jámhor Kálmán, Sándor Erzsébet és Rosner Izidor orvostanhallgatók, a kik a legjobb szemészeti körtörténetet nyújtották be. A Navrátil Imre-féle gégeorvostani jutalomdíjat Tury Lajos orvostanhallgató nyerte el.

Gyógyszerészeti kiállítás. A Magyarországi Gyógyszerész-Egylet elhatározta, hogy a júniusban megtartandó gyógyszerész-nagygyűléssel kapcsolatban kiállítást rendez, hol a hazai és külföldi gyógyszeripar újdonságait mutatja be. A kiállítás a Sándor-utcai régi képviselőház folyosóján lesz. A szervezést Strausz Jenő, a „Pharmacia” igazgatója és Szlávik István dr., egyleti titkár vállalta. A kiállítás jóvedelme a Gyógyszerész Nyugdíjintézet céljaira lesz fordítva.

Basedow A. Károly, a róla elnevezett betegség első leírója, 1799 március 28.-án született Dessauban. Orvosi tanulmányait főleg Halleben végezte s már 23 éves korában Merseburgban telepedett le, a hol később tisztviselő lett s a hol 1854 április 11.-én bekövetkezett haláláig működött. (Typhus exanthematicusban szenvedett egyén bonczolásakor fertőzte meg magát s ezen bajban halt meg.) Munkája, a melylyel nevét megörökítette, ezt a címet viseli: „Exophthalmus durch Hypertrophie des Zellgewebes in der Augenhöhle” és a „Casper's Wochenschrift” 1840. évfolyamában jelent meg.

A Hoffmann-La Roche baseli gyógyszergyár digalen nevű ismeretes készítményének hazánkban előfordult hamisításáról győződött meg és ez ellen, mielőtt bíróság elé vitte volna az ügyet, oltalmat kért az Országos Gyógyszerész-Egyesület központi igazgatóságától. Az igazgatóság felhaborodással értesült ezen visszaélésekről és a tárgyi bizonyítékok beszerzése után legközelebb dönt ez ügyben.

Apróbb közlések az orvostudomány köréből. **Scarlatina** 20 esetében tett kísérletet Lenzmann salvarsannal: 3—8 éves gyermekeknek 0,1, 8—15 éveseknek 0,15, 15 évesnél idősebbeknek 0,2 grammot adott intravenásan; nagyon kicsiny gyermekeken bajos percutan valamilyen venába bejutni s azért az ilyeneknek nagyon híg oldatban a bőr alá fecskendezni a salvarsant. A mi az eredményt illeti, azt hiszi a szerző, hogy sikerül e kezeléssel a súlyos scarlatinát lefolyásában erősen enyhíteni és hogy főleg a torokbéli folyamat befolyásolható kedvezően. (Mediz. Klinik, 1912, 17. szám). — Neosalvarsan néven Ehrlich egy új készítményt állított elő, a mely állítólag éppen oly hatásos, sőt talán hatásosabb, mint a salvarsan, a nélkül, hogy kellemetlen mellékhatásai volnának. Sárga, vízben jól oldódó por; a vizes oldat teljesen közömbös kémhatású. — Az alkohol használatáról pneumoniában ír A. T. Jones és ellentmond azoknak, a kik az alkohol adását a szóban levő bajban szükségesnek jelentik ki; utolsó 50 pneumoniás betegét (köztük alkoholistákat is) alkohol nélkül kezelte s eredményei jobbak voltak, mint előbb, a mikor alkoholt is adott. (Brit. med. journal, 1912, márcz. 23.) — Aorta-aneurysma eseteiben a halál aránylag ritkán következik be az aneurysma megrepedése következtében, így Baer 26 esete közül csak 4-ben; 4 beteg intercurrents bajban halt meg, 12 szívzavarok folytán és 3 tüdőtünetek között. Przygode statisztikájában még kisebb a repedések száma: 59 beteg közül csak 6 halt meg az aorta-aneurysma megrepedése következtében. (Frankf. Zeitschrift für Pathologie, 10. k., 1. f.)

Dirner Lajos dr. lakását VIII., József-utca 12. szám alá helyezte át.

Fornet Elemér dr. orvosi működését Marienbadban (Kaiserstrasse, Haus „Sanssouci”) ismét megkezdte.

Személyi hírek külföldről. J. Honl dr.-t, a bakteriologia rendkívüli tanárát a prágai cseh egyetemen, rendes tanárrá léptették elő. —

A varsói egyetem szemészeti tanszékét K. Orlow kasani magántanárral töltötték be. — A nyugalomba vonuló A. Rauber tanár helyébe a dorpai egyetem anatómiai tanszékére V. J. Rubaschkin szent-pétervári magántanárt nevezték ki. Ugyanott Shukowsk dr. a gyermekorvos tanára lett. — Moszkvában Starkow dr.-t (sebészet) valóságos rendkívüli tanárrá nevezték ki. — A san-franciscoi Leland Stanford egyetemen a nőorvostani tanszékét A. B. Spalding nyerte el.

Hírek külföldről. A római dermatologiai congressuson elhatározták, hogy nemzetközi dermatologiai társulatot alakítanak. — A végleges döntés a frankfurti egyetem ügyében megtörtént; a városi képviselőtestület 34 szavazattal 26 ellenében elfogadta a porosz közoktatásiügyi ministerium által megszabott feltételeket s megszavazta az egyetem költségeit. A socialdemokraták valamennyien az egyetem ellen szavaztak; ez a tény szomorú perspectivát nyújt arra az esetre, ha valamikor a socialdemokrata párt jutna többségre. — Április 18.-án volt 100 éve, hogy a 18. század egyik legkiválóbb szemorvosa, Artt született. Bécsben, a nagy orvos működésének helyén, emlékszóval ülték meg ez évfordulót. — A new-yorki Academy of Medicine 1911 októberében tartott ülésén igen erélyesen foglalt állást a „dichotomia” ellen; elhatározta, hogy tagjai sorából kirekeszti azt, a kiről kitudódik, hogy pénzt fogadott el olyan kollégától, a kit mint kezelő orvos ó ajánlott consiliumra vagy valamely műtét végrehajtására a betegnek.

Erényi Jenő dr., kir. tanácsos, Karlsbadban fürdőorvosi működését ismét megkezdte.

Lapunk mai számához a „Vassajodin-Csukamájolaj” és „Vassajodin Emulsió”-ról szóló prospektus van mellékelve.

Lapunk mai számához Richter Gedeon cég Tonogen suprarenale Richter című prospektusa van mellékelve.

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

Ó-Tátrafüred

magaslati gyógyhely (1020 m.). Vizgyógyintézet az összes fizikai gyógymódokkal ideg- és belbetegeknek.

Vezetőorvos: Dr. Groó Béla.

Orvosi laboratórium: Dr. SZILI SÁNDOR, v. egy. tanársegéd. VII., Király-utca 51. Telefon 157-71.

WEISZ EDE INTÉZETE
Dr. → PÖSTYÉN
Röntgen. Zander. Modern kényelem. Mérsékelt árak.

Dr. Richard Fischel rendel Bad HALL, Felső-Ausztria, Budapest szállodában.

Istvánúti sanatorium és vizgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81-01.
Legmodernebbül berendezett magángyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati, bel- és idegbetegek részére. Igazgató-őorvos: dapsai Dapsy Viktor dr., operateur.

Dr. Doctor Kossuth Lajos-utca 3. sz. (Telefon 697.) Orvosi laboratóriumában az összes diagn. vizsgálatokon kívül autovaccin előállításával is foglalkozik.

Epileptikus betegek intézete

BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál Wosinski István dr., igazgatótulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

ORVOSI LABORATORIUM Dr. MÁTRAJ GÁBOR és Dr. SAS BERNÁT
Telefon 26-96.
VI., Ó-utca 39. sz.
Vizsgálati tárgyak: Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transzudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vervizsgálat (Wassermann) stb.

Ujtátrafüred Sanatorium

Iégzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: Szontagh Miklós dr. Egész éven át nyitva.

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

MATTONI-FÉLE LAPKIVONATOK
fürdőkhoz.
:: LÁPSÓ ::
száraz kivonat
ládákban á 1 kiló
LÁPLUG
folyékony kivonat
üvegekben á 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VIII. és IX. rendes tudományos ülés 1912 márczius 2.-án és 9.-én.) 371. l. — XXII. magyar balneológiai congressus (I. ülés 1912 április 19.-én.) 375. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 376. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(VIII. rendes tudományos ülés 1912 márczius 2.-án.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Goldzieher Miksa.**

Verebély Tibor: A Basedow-kór pathológiája.

Bálint Rezső: A Basedow-kór keletkezésének, tünettanának és belorvostani kezelésének néhány kérdéséről.

Manninger Vilmos: A thyreosisok (Basedow) kezelése.

Mind a három előadást eredeti közléseink során mai számunkban egész terjedelmében hozzuk.

(IX. rendes tudományos ülés 1912 márczius 9.-én.)

Elnök: **Alapy Henrik.** Jegyző: **Fáykiss Ferencz.**

Basedow-vita.

Dollinger Gyula: A vezetése alatt álló klinikán eddig 11 Basedow-kóros beteggel foglalkoztak operative. Két esetben csupán a Basedow-kóros igen nagyfokú exophthalmus ellen irányult a műtét, minthogy ez a szemeket veszélyeztette. Az exophthalmus olyan nagy fokot érhet el, hogy a nyomában fejlődő szaruhártyafekély a szem elpusztulására vezethet. Ezen esetek elsejében mindkét szemüreg külső falát távolította el, úgy hogy a szaruhártyafekély meggyógyítása végett az ekként leszállított nyomás mellett kantorrhaphiával egyidőre zárni lehetett a szemet és ekként sikerült azt megmenteni. Ezen módszerét még egy másik esetben is megpróbálta, a melyben a beteg csak akkor került a klinikára, a mikor az egyik szeme már tönkrement. Itt a műtétet tehát csak az egyik orbitán végezte el, a melyen szaruhártyafekély volt. Ez esetben is elzárták azután Grósz tanár klinikáján a szemet és ezáltal sikerült azt megtartani. Igen gyors haladású Basedow-kór volt ez, a mely csakhamar a beteg halálára vezetett. Fenti eljárását közzétette és követésre ajánlja.

9 esetben irányult a műtét a golyva ellen. Valamennyi esetben gyermekökölönyi-két férfiökölönyi golyvák állottak fenn. A betegség fennállása 8 hónap és 5 év között váltakozott, egy esetben pedig 9 éves volt. A betegek kora 14—35 év. 8 volt köztük nő, egy férfi. A műtét 6 esetben strumectomiából állott, a felső és alsó pajzsmirigyverőerek kétoldali lekötésével kapcsolatban, több esetben különösen a felső verőerek rendes lumenüknek a négyeszeresére voltak kitágulva, falzatuk igen vékony volt, vékonyabb, mint a gyűjtőéré. 3 esetben több csupán a nevezett erek lekötésére szorított strumectomia nélkül, ezek közül két esetben csupán a felső, egyben pedig a felső és az alsó pajzsmirigyverőereket kötötte le. Ezen esetekben az eredmény éppen olyan jó volt, mint azokban, a melyekben strumectomia is történt, és minthogy ez sokkal kisebb műtéti beavatkozás, a jövőben előbb ezzel fogja beérni. A 9 beteg közül 1, a kin strumectomia történt, a műtét után teljesen jól érezte magát, de 2 órával utána hirtelen elkéült és egy-két perc alatt meghalt. A boncolás nagy thymust talált. A többi 8 beteg meggyógyult. A műtét után valamennyi igen gyorsan lényegesen javult. A hasmenés, izzadás, általános ideges tünetek elmúltak, a nyugtalan álmot mély alvás váltotta fel, a tremor csökkent és később egészen elmúlt, úgyszintén a nystagmus is és az exophthalmus — kivéve egy betegét, a kiről külön fog jelentést tenni — elmúlt. A betegek csakhamar híznak kezdtek, egy betege egy hónap alatt 11 kilót, 4 hó alatt pedig 14 kilót hizott.

Betegei mind szegény emberek, a kik a műtét után rendes munkakörükhöz tértek vissza és megczáfolták azt az ellenvetést, hogy a beteg csak addig érzi jól magát, a míg a kórházban van. A 14 éves leány tanulmányait folytatja és jelenleg, két esztendővel a műtét után, kereskedelmi és gyorsírási tanfolyamot végez; két nőbetege tisztviselő, egy férjhez ment, egy házakhoz jár varrni és reggel 8-tól este 7-ig dolgozik, egy asztalossegéd pedig, a kit szintén két esztendő előtt operált meg, azóta egész nap dolgozik, holott a műtét előtt két esztendőig egészen munkaképtelen volt. Azon betegének, a kinek 9 éves volt a baja, olyan nagy exophthalmusa volt, hogy köhögéskor mindkét szeme kiesett a szemrésből és a repositio mindig nagy fájdalommal járt. A műtét óta ez az egyik szemével történt csak meg egy ízben, egynehány nappal a műtét után, azóta 4 hónap telt el és ez a kínos előesés többé nem ismétlődött. Még most is jelentékeny exophthalmusa van, de ennek az az oka, hogy baja már 9 esztendő és az orbitalis szövet most már túltengett. Kiemeli még, hogy a műtéten kívül semminemű medicamentosus vagy klímás gyógykezelés egy esetben sem történt, a beállott gyógyulás tisztán a sebészeti beavatkozásnak a következménye, e nélkül betegei, a kik szegény emberek, ma munkaképtelenek volnának. Nem ismer más gyógyítást, a melylyel a Basedow-kóros beteg életerejét, munkaképességét ilyen rövid idő alatt ennyire lehet emelni és azért arra alkalmas esetekben a sebészeti gyógykezelést minden egyéb más gyógykezelés fölé helyezi.

Jendrassik Jenő: A Basedow-kór mostani megbeszélése alkalmával külön kell választani az elméleti fejtegetést és a gyógyítást;

távrolról sem vagyunk még annyira, hogy a gyógyítást az elméleti fejtegetésekre alapíthatnánk. Hangsúlyoznom kell a sebészek egyoldalú álláspontjával szemben, hogy abból a nagyon sok adatból, kísérletből, megfigyelésből, a mely az utóbbi időben erről a tárgyról megjelent, éppen az ellenkezőjét is lehet következtetni, és pedig igen alaposnak látszó adatok alapján, annak, hogy a Basedow-kór thyreosis, jodmérgezés, dysthyreosis volna. A kiinduló pont sem állja meg a kritikát, az igazán fajlagos, jellemző szentünetek a thyreosis-elmélettel semmiképpen sem magyarázhatók. Nagyon sok kísérlet elégtelen módon végeztetett s túlságos következtetést vontak belőlük, az ellentétes eredményeket pedig nem vették figyelembe. A thyreoidia, a jodkészítmények nemcsak, hogy nem károsak minden esetben, hanem szavahihető észlelők éppen jó eredményt is értek el velük. A mikor pedig károsnak látszottak, nem szabad elfelednünk azt a nagy érzékenységet, a melylyel a Basedow-kóros esetek sok mindenféle külső behatással, orvos-sággal szemben viseltetnek. Az álláspontok ellentétességét jól megvilágítja az utolsó sebészcongressuson *Klose* és ifj. *Kocher* munkálata: teljesen ellenkező eredményre jutottak, az egyik dysthyreosisnak, a másik hyperthyreosisnak állítja a betegségét. A belső váladékok és azok behatása az idegrendszerre olyan fejezete a pathológiának, a mely kétségtelenül sok értékes és érdekes adatot gyűjtött össze, de a mely még nagyon távol áll attól, hogy belőle gyakorlati következtetéseket vonhassunk.

A mi már most a sebészeti gyógyítást illeti, nagyon megnehezíti itéletünket az, hogy igen különböző sebészi és belorvosi eljárások után láttak kitünő eredményt s a teljesen gyógyultnak jelzett esetekben is többnyire azonnal felismerhetők a tünetek. *Mackenzie*, a kinek pedig nagy tapasztalata van e téren, állítja, hogy egy beteget sem látott meggyógyulni a sebészi beavatkozástól. *Hildebrand* eseteiben a tachycardia megmaradt. Voltaképpen csak az ideges nyugtalanság, a lesoványodás szokott gyógyulni. Kétségtelen, hogy ez idővel, beavatkozás nélkül is, sok esetben, valószínűleg a legtöbb esetben, amúgy is bekövetkezik s elég gyakran van alkalmunk gyógyult esetet látni. Sajnos, nem rendelkezünk elég belorvosi statisztikával. *Hale White* összegyűjtötte 20 évről eseteit, ezeknek mortalitása a 20 éven belül csak annyi, mint a sebészek közvetlen operatív mortalitása s *Syllaba* adatai szerint (összehasonlítva az életbiztosítási skálákkal) a Basedow-kóros beteg élete alig rövidebb általánosságban, mint a nem Basedow-kórosé, a sebészi halandóság tehát direkt veszteség. Teljesen elfogadhatatlan *Manninger* statisztikája, a ki a sebészi mortalitással szemben 12% belorvosi mortalitást jelez: a sebészi halandóság a beavatkozás direct következménye, a belorvosi nem a kezelés következménye és nem is a gyógyítás elejét jelenti. A sebészi halálozás százaléka igen különböző; *Kocher* adatai azért látszólag olyan kedvezők, mert ő leginkább csak a kezdődő és nem kifejezett eseteket operálja, a többi sebész minden *nyolczadik* betegét elveszti. Ez a szám olyan nagy, hogy igazán lelkiismeretünket terhel, főképp, ha meggondoljuk, hogy jó része azoknak, a kik így meghaltak, a belorvosi kezelésre meggyógyultak vagy megjavultak volna. *Kocher* szerint az operálás után következnek a belorvos gyógyítása; eszébe jut az embernek *Dupuytren* mondása: je vous ai opéré, que Dieu vous guérisse!

Mindezek alapján újból hangsúlyoznom kell, hogy a Basedow-kór modern teoriája és sebészi gyógyítása még távolról sem áll biztos alapon, a további tanulmányoknak kell e téren felvilágosítást adni.

Goldzieher Miksa: Boncolástani és klinikai észlelések alapján újabban mind nagyobb jelentőséget tulajdonítanak a thymusnak a Basedow-kór pathológiájában. Ez a felfogás azonban a thymus boncolástani és physiologiai jelentőségét kritikusan mérlegelők szeme előtt nem állhat meg.

A thymus nem életfontos szerv; bizonyítja ezt a pubertást követő sorvadása, valamint *Basch* számos extirpációs kísérlete. *Hatása* mindössze a fejlődő egyénen mutatható ki és pedig a csontrendszerre és az ivarmirigyekre.

A thymusból készített *présleteknek* specifikus hatásuk nincsen; intravenosus injectiójuk csak olyan tüneteket vált ki, a melyeket más szövetek présleteivel is el tudunk érni.

Igaz, hogy Basedow-kórban igen gyakran találunk thymus persistens; ez a lelet azonban máskülönbben sem ritka és állandó pl. morbus Addisoniban is, melynek pedig semmiféle közös tünete sincs a Basedow kórral!

A Basedow-kórban található thymus nem ritkán involvált, zsírszövetből áll. Máskor a normalis, gyermekkori thymusnak felel meg, de, tisztára epithelialis szerv lévén, semmiesetre sem szólhatunk lymphoid hyperplasiájáról, mint azt *Verebély* teszi, és épp oly kevéssé fogadhatjuk el *Manninger* azon hypothesisát, hogy a Basedow-kóros egyén thymusa túltengett szerv.

Ellenkezőleg ez a szerv az ebrényi, illetve gyermekkori állapotában maradt meg s jelentősége csak annyi, hogy benne egy *általános constitutionális anomalia indicatorát* láthatjuk s az egyén általánosságban csökkent ellentállóképességére következtethetünk.

A thymus specifikus szerepére a Basedow-kór pathológiájában csak *Bircher* hypothesises jellegű kísérletei utalnak, a melyekkel szemben azonban a legerősebb skepsis is indokolt.

Ha a műtéli beavatkozástól csak azt kívánjuk, hogy a beteget munkaképessé, az életet számára elviselhetővé tegye: azok után, a miket magam láttam, azt kell mondanom, hogy a helyes időben és helyesen végzett műtét révén az esetek túlnyomó többségében ezt a betegnek garantálni lehet.

Első eseteimben a nagyobb golyvafél excízióját és az ellenoldali art. thy. sup. lekötését végeztem. Utóbbi eseteimben az egyik fél excízióját és az ellenoldali art. thy. sup. lekötését kívül ezen oldalon még ékresectiót is végeztem.

Mansfeld Géza: Ismerteti röviden, hogy a vegetatív idegrendszer klinikai zavarainál a jelenségek magyarázatára felállított hypothésisek és sémák (melyeknek tarthatatlan voltáról különben *Bálint* is megemlékezett) a legújabb vizsgálatok szerint teljesen feleslegesek, mert *Cushny* legutóbbi vizsgálataiból kiderült, hogy a sympathicus és az autonom idegrendszernek gyógyszerek iránti affinitása physiologiai és pathologiai viszonyok között változik, úgy hogy pl. typosos autonom mérgek, mint a pilocarpin vagy physostigmin, terhes állatokon a mellett, hogy az összes autonom idegek izalmát is létrehozzák, a sympathicus-eredésű hypogastricus is ingerlik. Így azután mi sem áll útjában annak, hogy a Basedow-kórban észlelt sympathicus és autonom izalmakat egy és ugyanazon anyag hatásának tulajdonítsuk. A mi azt a kérdést illeti, vajjon a Basedow-kór egyszerű hypersecretiója-e a pajzsmirigynek, vagy pedig a szerv működésének kvalitatív változásai is fennforognak-e, legnagyobb figyelmet érdemlik *Klose* vizsgálatai, a ki azt tapasztalta, hogy míg a közönséges strumák nedve kutyákra teljesen hatástalan, a Basedow-strumák nedvének már igen kis adagjai a Basedow-kór összes tüneteit előidézik. Ha ezek a kísérletek megerősítést nyernek, akkor kénytelenek vagyunk felvenni azt, hogy a Basedow-kórban a pajzsmirigy funkciója nem csupán quantitative, hanem qualitative is megváltozott.

Dalmady Zoltán: Néhány év előtt kísérleteket végzett annak megállapítására, vajjon a pajzsmirigy helyén, a nyakon, a szervezetbe juttatott pajzsmirigy-kivonattal nem okoz-e más jelenségeket, mint a szervezet más pontján infundált extractum. Tudvalevő, hogy míg Basedow-struma műtét után gyakran látunk olyan tüneteket, melyek heveny Basedow-mérgezésnek tekinthetők s melyeket a struma nedvének főlészívődásával szoktak magyarázni, addig Basedow-struma-kivonattal intravenás befecskendezése semmiféle tünetet sem okoz (*Pässler, Landström*) Kutyapajzsmirigy homokkal zúzva, physiologiai sóoldattal, kutyasermummal, vagy tetaniás kutya serumával kivonva és a nyak plexusába fecskendezve, a pulsus-szám gyorsulását okozza, a vérnyomás lényeges változása nélkül. Hasonló tüneteket okoz, ha a ganglion cervicale supremum sympathicit nedvesítjük meg concentrált pajzsmirigy-kivonattal, vagy beágyazzuk megzúzott s megmetszett pajzsmirigybe. A ganglion nicotinozásának hatásán nem lehetett jól megfigyelni, mert e beavatkozás már magában véve is nagy változást okoz a vérkeringésben. A kísérletek eredménye azonban nem egyhangú, bizonytalan, úgy hogy határozott következtetésekre nem jogosít.

A mi a kérdés gyakorlati oldalát illeti, hangsúlyozza, hogy csak azt a beteget szabad gyógyulni tekinteni, a kin már nem lehet a bajt diagnoszkálni. Minden más mértéken épült statisztika megbízhatatlan.

A kezelésben hangsúlyozza a hizlalás fontosságát. A kövérség és a Basedow-kórság között szoros kapcsolat van. Jó a *Kocher* ajánlotta natrium phosphoricum és a calcium-glycerophosphat.

Torday Árpád: Az előadók fejtegetéseiből bőven kiviláglik, hogy a Basedow-betegség előidézésében milyen jelentékeny szerepe van a megnagyobbodott pajzsmirigy bő és kórosan megváltozott váladékának. A Basedow-tünetek egy részét részben ebből, részben közvetve az adrenalin sensibilizálásából vagy mobilizálásából magyarázhatjuk. A vérbe jutott adrenalin a sympathicus végkiszülékeit izgatván, idézi elő a nervi accelerantes izgalma révén a tachycardiát és az exophthalmust. Megjegyzendő, hogy a kísérletek egy része, a melyek alapján Basedow-kórban a vérben az adrenalin mennyiségének megnagyobbodását mutatták ki, nem fogadható el, mert nem vérplasmával, hanem serummal dolgoztak és így oly anyagok hatását tanulmányozták, a melyek a vérben praeformálva nincsenek, hanem csak annak megvalósulásakor jutnak a serumba. Ilyen pl. azon kísérlet, hogy a Basedow-kóros vérsavója az enucleált békaszemet kitágítja, vagy, hogy a túlélt béka vérrelumenét legkisebb mennyiségű adrenalin szűkíti. Ha ugyan-ezen kísérleteket nem vérsavóval, hanem vérplasmával végezték, akkor a normalis és Basedow-kóros egyének vére között hatás tekintetében különbség nem mutatkozott. A Basedow-kórosok serumának adrenalin-szerű anyagban való bősége valószínűleg a lymphocyták megsaporodásával függ össze. Hiányzik tehát a bizonyíték arra, hogy a pajzsmirigy anyaga az adrenalin mobilizálja, a mint hogy a legtöbb Basedow-kóros véryomása nem fokozott, noha adrenalin-szaporulatnál várunk kellene ezt. Azonban a *Hans Mayer* iskolájából kikerült újabb munkák kimutatták, hogy a sympathicus izgalmanak tünetei mégis adrenalin-tünetek. Mert a nélkül, hogy az adrenalin mennyisége a vérben megszorodott volna, a fokozott pajzsmirigyváladék a sympathicus végkiszülékeit az adrenalin physiologiai adaequat izgalmai iránt fokozza. Valószínű, hogy a pajzsmirigy váladéka a sympathicust az adrenalin iránt túlerékenyvé teszi, vagyis sensibilizálja. Azon belső összefüggés alapján, a mely a belső secretióval bíró mirigyek között van, figyelemreméltónak látszott a pankreas működését figyelemmel kísérni Basedow-kórban. Gondolni lehetett arra, hogy hyperthyreoidismus mellett a pankreas belső secretiója változik meg. *Dohn, Moritz* és *Peiser* 5 pankreas-megbetegedés közül négyben több oly tünetet talált,

a mely thyreoidismus gyanánt fogható fel. Mind az 5 esetben jelen volt a *Kocher*-féle tünet, a *Moebius*-, a *Stellwag*-féle jel, tremor, dermatographia és a phloroglucin-glykosuria fokozódása. Négy esetben volt exophthalmus, *Graefe*, pulsus-szaporulat és lymphocytá-megsaporodás a vérben (22—44%); 3 esetben szívtempulát-megnagyobbodás; 2 esetben kistokú struma. Az esetek a következők voltak: 3 pankreatitis haemorrhagica, 1 pankreatitis purulenta, 1 pankreatitis chronica. Minthogy a pajzsmirigy és a pankreas antagonista, a hyperthyreoidismust a pankreas kieséséből magyarázhatnók. Saját kísérleteim, a melyeket ezen irányban végeztem, azt mutatták, hogy a pankreas Basedow-kórosokban normalisan működik. E célból a vizelet diastase-tartalmát határoztam meg és azt találtam, hogy a diastase mennyisége csökkent. Minthogy a pankreas megbetegedésénél a diastase mennyisége fokozott, úgy hogy annak megszorodását a pankreas megbetegedésének fontos tünete gyanánt foghatjuk fel, a pankreas működését a Basedow-kórban nem mondhatjuk kórosan megváltozottnak. Ezen eredményeim megegyeznek *Bálint* és *Molnár*-éival, a kik a diastase mennyiségét a faecesben állapították meg és ennek alapján azt találták, hogy a pankreas működése nem csökkent, hanem fokozott.

A mi a Basedow-kórban szenvedők kezelését illeti, természetesen a belgyógyászati kezelésnek jut a főszerep. Hogy a betegséget sikeresen gyógykezelhessük, fontos a diagnózis megállapítása és a differentialdiagnózis tekintetében szöbajóvó betegségek (larvált gümőkör, chlorosis, neurasthenia és psychosis) kiküszöbölése. A belső kezeléstől siker csak akkor várható, ha korai szakában ismerjük fel a bajt. Ilyenkor a túlzott idegrendszer megnyugtatására törekszünk, e célból alkalmazzuk a fekvőkúrát, vagy elküldjük a beteget középmagaslatú gyógyhelyekre. A nyugalom mellett a táplálkozásra fektessünk súlyt. A belső szerek közül a phosphortól várnak eredményt, mert hosszabb időn át való adásával a pajzsmirigy-megnagyobbodás eltüntethető. A natr. phosphoricum mellett a phosphortartalmú phytin is adható. *Starck* az ovarium-készítményektől látott eredményt, ha a thyreotoxia a pubertásban vagy a climacteriumban jelentkezett. Az arsenolt is láttak javult eseteket. A serumtherapia némely esetben segít; a rodagentól az I. sz. belklinikán hatást sohasem láttunk. A digitalis a thyreotoxikus tachycardiát nem befolyásolja. A hol a digitalistól javulást láttak, ott valószínűleg myocarditis forgott fenn. Ha a belső gyógykezeléssel nem értünk el eredményt, a sebészi beavatkozásra kerül a sor. Ha az exophthalmus már kifejlődött, ez a műtét után sem fejlődik vissza és a beteget folytonos psychés ingerületben tartja. Operálandó továbbá a thyreotoxikus golyva-szív, szapora pulssal, mert ezen alak a gyógyszeres kezeléssel dacol és előbb-utóbb myocarditist szenved.

Donáth Gyula: A Basedow-kór pathogenesisére vonatkozólag már 1899-ben kísérleti tanulmányaim alapján azon álláspontot foglaltam el, hogy nem tisztán a pajzsmirigy normalis nedvének hypersecretiójáról lehet szó, mint azt *Moebius* hangoztatta, hanem kvalitatív megváltozott nedvének túlermeléséről. Kimutattam ugyanis, hogy a Basedow-betegek vizeletének 1 literében sem lehet jodot kimutatni, épp úgy, mint normalis vizeletben sem, pedig ha a pajzsmirigy nedv egyszerűen meg volna szaporodva, akkor fontos alkotórészének, a jodothyrinnek is megszorodva kellene lennie, a mi a jodnak nagyobb mennyiségben megjelenését a vizeletben vonná maga után. Megerősítést nyert ezen élet más irányban is. Basedow-pajzsmirigy kiirtott részeiben *Emden* és *Sudek* sem talált jodot. *Baumann* tanár, a kinek a hátralevő részt beküldötték, feltűnő kevés jodothyrint talált, szemben 50 más beküldött pajzsmirigyvel. *Möbius* később szintén elismerte a pajzsmirigy nedvnek kvalitatív elváltozását. Legújabbban ezen felfogás *Rehn* sebészeti klinikáján nyert támogatást. *Klose* Basedow-pajzsmirigy friss présnedvét kutyákba intravenosusan fecskendezte és már csekély mennyiségre 42^o-ú lázat, gyors, szabálytalan pulst, görcsös légzést, általános reszketést, fehérje- és cukorkiválasztást és ritka esetben exophthalmust is észlelt, tehát acut Basedow-kórt. Ha kontroll gyanánt közönséges struma préselt nedvét injiciálta nagy mennyiségben, ennek semmi hatása sem volt. *Rehn* ugyanazt következteti ebből, mint én, hogy t. i. Basedow-kórban nem hyperthyreoidismusról, hanem dysthyreoidismusról van szó. Mindamellett az egészséges pajzsmirigy glycerines kivonata nagy mennyiségben subcutan injiciálva sem közömbös, mint azt 1896-ban közzétett állatkísérleteim mutatták, a mennyiben a testsúlyt, a véréjtek számát, a vér alkáliságát erősen csökkenté, a test hőmérsékét emeli, vesegyuladást és fehérjevizeletet okoz.

De bármi is a Basedow-kór kiváltó oka: psychés trauma, gyuladás, infectio vagy mechanikai momentum, állandó a verőeres hyperaemia, mely akkor is megvan, ha a pajzsmirigy kifelé megnagyobbodott, mint látszik. A klinikai tünetcsoporthoz illetőleg pedig első helyen áll, mint sohasem hiányzó tünet, a tachycardia. Tachycardia nélkül nincs Basedow, a pulsusnak legalább 90-nek kell lennie. Ha valakin állandó tachycardiát konstatálunk, melyet szívbántalomra, anaemiára, neurastheniára s efélére visszavezetni nem lehet, elsősorban megkérdő Basedow-kórra kell gondolnunk, a mely körjelzés tremor és hyperidrosis hozzácsatlakozása esetén bizonyossá válik. Mindezen tünetek a dysthyreoidismus következményei. Van többek közt a Basedow-kórból tisztán belgyógyászati úton kigyógyult nöbetegem, a ki az összes Basedow-tüneteket mutatta 160—200 pulssal és kinek gyógyulását 18 év óta ellenőrzöm. Megmaradt a már organizálttá vált exophthalmus és a zsugorodott pajzsmirigy. Ezen beteget exophthalmusa miatt az első pillanatban minden orvos Basedow-kórosnak tartja, de a beteg ilyenkor oda szokta nyujtani a pulsusát, hogy az orvos meggyőződjék, hogy már kigyógyult.

A mi a therapiát illeti, én is csak addig alkalmazom a belső kezelést, a meddig javulás látható. Semmiesetre se engedjük a szívet

károsodni. Ott, a hol társadalmi okokból a munkaképesség gyors helyreállítása szükséges, ne késsünk a sebészeti beavatkozással. Ennek tagadhatatlan eredményei szintén a mellett szólnak, hogy a dysthyreoidismus a tünetek központjában áll.

Zwillinger Hugó: Bebizonyítottnak tekinthető, hogy az orrüreg bizonyos megbetegedései és a Basedow-kór között összefüggés van.

Azon megfigyelések, hogy orrműtétek után a Basedow-symptomák javultak, vagy pedig a Basedow-kór meggyógyult, mindinkább szaporodnak. All az nemcsak a „forme fruste“-ökre, mint a milyen *Rudolf Hoffmann* három esete, melyekben az ornyálkahártya felületés galvanokauterezése után az exophthalmus visszaféjtődött, a struma kisebbedett, valamint a saját megfigyelésemre, melyben a beteg légzészavarai miatt keresett fel, de egyéb alakokra is.

A gyógyítás szempontjából a sebészi beavatkozások vagy belgyógyászati eljárások mellett a Basedow-kórban szenvedők orrüregének szabaddá tétele javult.

Galambos Arnold: A mióta *Kocher* a Basedow-kórra jellemző vérelváltozásokat leírta, azóta a *Kocher*-féle vérkép nemcsak a Basedow-kór diagnózisának, hanem prognózisának felállításakor, a betegség súlyosságának megítélésakor, az operabilitás kérdésének megállapításakor is elsőrangú segédeszköz. A *Kocher*-féle vérképnek legfontosabb része a relatív vagy sok esetben akár abszolút lymphocytosis. A lymphocytosis felvétele jogosult, ha az *Ehrlich* és *Einhorn* által megállapított ú. n. normalis qualitativ vérkép, a mely szerint a polynuclearis leukocyták az összes fehér vörsejteknek 75%-át, a mononuclearis elemek pedig ezeknek 25%-át alkotják, a lymphocyták megsaporodása irányában mutat eltérést.

Az irodalom áttekintésekor alig találunk feljegyzéseket, a melyek normalis qualitativ vérképére vonatkoznak s így *Ehrlich* és *Einhorn* adatai, melyek bizonyára csak kevés esetre vonatkoznak, akadály nélkül vonulhattak be az irodalomba, a tankönyvekbe. Míg a normalis qualitativ vérképre vonatkozó vizsgálatok igen kis számúak, addig annál feltűnőbb volt az a gyakoriság, melylyel a legkülönbözőbb betegségekben, állapotokban abszolút vagy relatív lymphocytosis irtak le.

En a normalis qualitativ vérképre vonatkozólag 100 egészséges egyéneken végeztem 141 esetben vérvizsgálatot s feltűnt, hogy egészséges egyéneken mily gyakran talákoztam oly magas lymphocytá-értékekkel, a melyeneket rendszerint csak az úgynevezett lymphocytosisal járó megbetegedésekben szoktunk találni.

Míg az általános felfogás szerint a lymphocyták az összes fehér vörsejteknek 20–22%-át, az összes mononuclearis elemek 25–26%-át teszik ki, addig vizsgált eseteimben a mononuclearis elemek az összes fehér vörsejteknek 18–67,5%-át tették ki. Az arithmetikai középérték 39,5% volt (abs. érték 1300–5000, arithmetikai középérték 3006). A legfeltűnőbb, hogy a mononuclearis elemek jelentékenyen meg vannak szaporodva. De nem kisebb jelentőségű az a széles határ sem, melyben a mononuclearis elemek száma egészséges egyéneken váltakozhat, és előfordulhat normalisan ellenkező irányú eltérés is a qualitativ vérképben (a relatív értékre vonatkozóan), tehát oly kép, melyet mint polynucleosis szoktunk rendszerint megjelölni. Ennek a jelentősége annál nagyobb, mert a polynucleosis lymphocytosisal normalis értéket ad arithmetikai középérték gyanánt, tehát ha a polynucleosisal járó eseteket leszámítanók, akkor még nagyobb volna a mononuclearis elemek arithmetikai középértéke. De nemcsak különböző, hanem ugyanazon egyéneken is azonos körülmények közt akár 100%-ot kitevő ingadozásokat találunk a különböző vizsgálatok alkalmával.

Tehát normalis körülmények között is oly magas lymphocytá-értéket találtam, melynél nagyobb az úgynevezett lymphocytosisal járó megbetegedésekben sem találkoztunk. Így pl. a *Caro*, illetve *Roth* által kifejezett Basedow-kór eseteiben talált mononuclearis elemek 0%-os arányszámának arithmetikai középértéke 40, illetve 41%, a mi az általam ép egyéneken talált 39,5%-os arithmetikai középérték alig különbözik.

Hogy a lymphocytosis csakugyan nem a Basedow-kóros állapottól függ, azt *Rehn* statisztikai adatai is mutatják; operált és gyógyult esetekben, a hol a Basedow-tünetek úgyiszlán mind visszaféjtődtek, a lymphocytosis állandóan megmaradt, sohasem féjtődött vissza.

A mi a Basedow-kóros leukopeniát és eosinophiliát illeti, sem az általam vizsgált esetekben, sem az irodalmi közlések közt igazi leukopeniát vagy eosinophiliát, tehát olyat, melylyel normalisan nem találkozunk, nem találtam.

A Basedow-kórhoz hasonló megítélésben részesülnek azok a megbetegedések s állapotok is, melyekben relatív vagy abszolút lymphocytosis irtak le jellemző tünet gyanánt. Ennek részleteibe azonban ezen alkalommal nem bocsájtkozhatom, erről külön előadásban óhajtok beszámolni.

Vizsgálataim eredménye alapján tehát kétségbevonom, hogy a vérképnek a Basedow-kórban akár a betegség diagnózis vagy prognózis felállításában, akár az operabilitás kérdésének eldöntésében szerepet juttathatnánk.

Benedict Henrik: Nem akarja hozzászólása keretében a Basedow-betegség nagy elvbeli kérdéseit feszegetni. Hiszen az előadók a kérdést minden oldalról a tudomány mai állásának megfelelőleg mutatták be és ők maguk utaltak a kérdés több ingatag pontjára. Csak egy dologra akar figyelmeztetni; majdnem valamennyi előadó mint biztos dolgot emelte ki, hogy a pajzsmirigy túltevékenysége által jellemzett Basedow-betegség rendszeren a mellékvese túltevékenységével jár. Ezt, a mennyire látja, ma a Basedow-pathologia egyik alapkövének veszik. De hogy ez

is milyen kevéssé szilárd, éppen *Manninger* azon esete mutatja, melyben egy halálosan végződött Basedow-operatio után mint halálokat a boncolás alkalmával a chromaffin-rendszer kimerülését találta. Ó maga az utolsó három hónap lefolyása alatt véletlenül éppen két olyan esetet látott, melyben a Basedow-betegség és az Addison-betegség kombinációja egészen kétségtelen volt. A pajzsmirigy túltevékenysége tehát a mellékvese-functio teljes hanyatlásával is járhat és egyáltalában a pluriglandularis megbetegedések jóval több válfaja és kombinációja lehetséges, mint a hogy ez az ismeretes *Eppinger-Hess* és *Kocher*-féle sémák alapján képzelhető.

Ugyanezt bizonyítja a terhesség változó befolyása a Basedow-kór lefolyására. Vannak esetek, a melyekben a terhességgel járó belső elválasztás megváltozása a petefészkekben és a sárga testben a betegséget súlyosbítja. Jóval gyakrabban azonban azt látjuk, hogy javítólag sőt gyógyítólag hat.

Néhány apró adattal szeretne még a Basedow-betegség diagnosztikájához hozzájárulni. Nagy fejtörést okoznak néha a thyreosisok első fokán észlelhető hőemelkedések. Különösen fiatal nőknél, kik tuberculosisra gyanusak és kiken ezen hőemelkedések a havi vérzés előtt legerősebbek, néha nehéz eligazodni. Ugy tapasztalta, hogy a tisztán thyreogen hőemelkedések izommunkára nem fokozódnak. Három esetében azt tapasztalta, hogy a hónalj- és a száj-temperatura között — ellentétben a kezdődő tuberculosisist kísérő hőemelkedésekkel — semmi különbség sincs.

Nyomatékkal akar még egy igen könnyen megállapítható tünetre rámutatni, melyet *Kocher* már régen hangsúlyozott. Ez a pajzsmirigy túltevékenysége nyomásra. Ezt a túltevékenységet nemcsak ott találjuk, a hol a thyreosis a pajzsmirigy kisfokú gyuladása idézi elő, hanem tisztán functionalis, sőt reflex útján előidézett thyreosisokban is, a melyeneket rendkívül gyakran az emésztő tractusnak különösen hyperaciditással járó megbetegedéseiben látott. Ezen nyomási érzékenység, a mint ezt egy Basedow-kóros orvosbarátja jelezte, egészen specifikus, minden más fájdalomtól megkülönböztethető érzés. Specialis érzékenység ez, a milyen esetleg a here nyomási érzékenysége is lehet. Ajánlja ezt a tünetet a kartársak figyelmébe.

Ezzel azonban nem azt akarja mondani, hogy a Basedow-betegséget ma túlrítán körjelzik. Sőt vannak orvosok, a kik ezzel a körjelzéssel túlságosan bőkezűek. A gyakorlatban többnyire czélszerű a más betegségek vagy emésztési bajok kíséretében jelentkező elsőfokú thyreosisokat nem önálló megbetegedés gyanánt feltüntetni és kezelni. A közönség ma a „Basedow“ szó fogalmával rendkívül komoly képeket kapcsol össze és az orvos nem enyhít ezeken, ha a „Basedow“ szóból egy becézgető „Basedowoid“-ot vagy „forme fruste“-öt alkot. Különösen nőknél legyen óvatos, mert a terhességtől való félelem rendszeren ijesztő mértékben megszállja őket és ha a terhesség bekövetkezett, akkor ők is, a hozzátartozók is a legnagyobb erőszakossággal kívánják a terhesség megszakítását. Holott éppen ilyen könnyebb esetekben a terhesség gyógyítólag hathat.

Végére ismertet egy esetet, mely az orvosegyesület érdeklődésére biztosan számot tarthat. Egy férfiú fekszik jelenleg kórházi osztályán, kinek több mint 20 év óta nodosus strumája van. Néhány héttel ezelőtt a pajzsmirigy bal lebenye igen fájdalmassá vált, duzzadni kezdett, remittáló lázak jelentkeztek és egyszermind a hyperthyreosis kétségtelen jelei mutatkoztak: rohamos lesoványodás, reszketés, *Graefé*-tünet, lymphocytosis, tachycardia, szóval a struma basedowificata rendszer képe. Strumitis forgott fenn, mely a szeme előtt elgenyedt és midőn *Winternitz* tagtárs a tályogot megnyitotta és a genyet kórházi laboratóriumában bakteriologice megvizsgálták, meglepetésükre a typhus-bacillusok tiszta tenyésztést kapták. A beteg további kikerdezésére kitént, hogy 19 évvel ezelőtt súlyos typhusa volt, mely akkor is a már meglévő struma érzékeny duzzadásával járt, kétségtelen tehát, hogy a beteg már akkor egy nem genyes strumitist szerzett és hogy a typhus-bacillusok a strumában majdnem két évtizeden át teljes virulentiájukban megmaradtak. Tehát typhusbacillusgazda ez, a bacillusok azonban nem a béltractusban és függelékeiben, hanem a másokra nézve inoffensiv pajzsmirigyben vannak. Az eset nemcsak a typhusbacillus per-severentiáját illusztrálja, hanem fényt derít a Basedow-betegség és a pajzsmirigy-gyuladások közti gyakori összefüggésre is.

Pólya Jenő: 10 esete kapcsán a Basedow-kór sebészi kezeléséhez akar hozzászólni. Typusos Basedow-esetekben szerzett tapasztalata megegyezik a *Winternitz*-ével. Az esetek legtöbbszörében a psychés tünetek megszűnnek, a betegek meghízhatnak, munkaképességük helyreáll, de tachycardiájuk, exophthalmusuk megmarad. Ha a strumát az egyik oldalon operálta, akkor csak az operált oldalon ment vissza mulólag az exophthalmus, valószínűleg a sympathicus nyomásának megszűnése folytán. A korai esetek, a forme fruste-ök legjobban gyógyulnak a strumectomia után. Ha a thyreosis előrehaladt, az óknak eltávolítása után sem szűnnek meg a tünetek, míg a forme fruste-ökben sokat lehet a műtéttel elérni.

Korányi Sándor: Magam is meggyőződtem róla, hogy a mikor a belgyógyászati kezeléssel nem haladunk előre, a sebészi kezelésnek megvan a haszna. De mi belgyógyászok sokszor látunk olyan eseteket, melyek kezelésünk alatt meggyógyulnak és sokáig gyógyultak maradnak. Hogy mely eseteket tartok megoperálónak, erre nézve felfogásom a *Bálint*-ével azonos.

A Basedow-kór teoriáitól, melyek igen bonyodalmasak és homályosak, tartuk távol a terapiát, mert ebben is confusio lesz.

A diéta részét fontosnak tartom és melegen ajánlom. A jódszegény diétaára az a megjegyzésem, hogy a szervek az anyagokból

annyit vesznek fel, a mennyi nekik kell, a többi kiürül. Ha jodszegény diétát rendelünk, azt hiszem, a struma azt a jodmennyiséget, a melyre szüksége van, nem egy hét alatt, hanem egy hónap alatt halmozza fel. A kémiai vizsgálatok még nincsenek befejezve. Azt mondják némelyek, hogy a Basedow-struma jodtartalma nincs megszorodva.

Csak egy dolgot szeretnék még megmenteni, és ez a tengerpart. *Bókay* azt mondja, hogy a tenger rosszul hat. A gyakorlati tapasztalat azt mutatja, hogy vannak esetek, melyek a tengerpartot jól türik, mások meg szépen javulnak magaslati helyeken. *Mackenzie* legalkalmasabbnak a tengeri klímát tartja.

Verebély Tibor: Az elhangzott felszólalásokra felelendő, engedjék meg, hogy még egyszer összefoglaljam azt az álláspontot, melyet előadásainkban a thyreosisokra vonatkozólag körvonalaztunk.

A thyreosisokat általánosságban a belső secretio egyensúlyzavarának tartjuk. A zavart a belső secretió gyűrű bármely pontjának elváltozása indíthatja meg; a zavarban többé-kevésbé részt vehet valamennyi belső secretió szerv, a klinikai tünetek központjában azonban a thyreoidea áll, az ő változatos, de mindig kimutatható s mindig egyértelmű anatómiai elváltozásaival. A thyreosisokat azon betegségek közé soroljuk tehát, a melyeket *Hansemann* az altruistikus betegségek csoportjához nevez.

A thyreosisokat gyógyíthatóknak tartjuk épp úgy belgyógyászati, mint sebészeti. Belgyógyászati a bekövetkezett egyensúlyzavart iparkodunk visszabillenteni, lecsendesíteni, kompenzálni. Sebészileg pedig a kóros belső secretió gyűrűt akarjuk megszakítani. Elméletileg e megszakításra a gyűrű bármely szerve alkalmas; a sympathicus, a thymus, a pajzsmirigy egyaránt. Mint legkönnyebben hozzáférhető, a klinikai jelenségek kiváltásában legelő álló szervet ajánljuk a pajzsmirigyet, a melynek elválasztó felszínét a műtéttel: érlekedéssel, thyreoidectomiával megkisebbitjük.

A két eljárást ezidőszert egymást kiegészítő, olykor pótló beavatkozásnak tartjuk. Egymást kiegészítőnek oly értelemben, hogy a hol a belső kezelés nem eredményes, ott mindig operálunk, operálunk pedig, mielőtt a zavar irreparabilis elváltozásokat teremtett volna; de kiegészítőnek azért is, mert a hol operálunk, ott a zavar lecsendesítésében mindig segítségül kérjük a belgyógyász tapasztalatát. Pótlónak gondoljuk a két eljárást, úgy, hogy a hol a belső kezelésre szükséges anyagi és időbeli áldozatot a beteg meghozni nem tudja, ott azonnal operálunk.

Ajánlottuk ezt az együttes működést abban a tudatban, hogy a mai statisztikákból sem a magára hagyott Basedow-betegség abszolút halandósága, sem az egyes eljárásoknak értéke nem bírálható el minden kétséget kizárólag. Nevezetesen hiányosak a statisztikák egyszerűen azért, mert a gyógyulás fogalmát igen különbözőképpen szabják meg, a mi egyébként az automatikus és functionális tüneteknek ily egybeszőződésénél legkevésbé sem meglepő. Másrészt hiányosak kivált a belgyógyászati azért, mert nem emelik ki kellően azt, hogy mennyiben járt együtt a tünetek visszafejlődésével a munkaképesség helyreállása is, illetve, hogy mennyiben volt a beteg állítólagos gyógyulása után is Basedow-életre kényszerítve?

Ha ez irányban a jövőben javulás jelentkezik, valószínűnek tartjuk, hogy ezen javulatok is eltolódnak.

Műteti eredményeimben 11 complet Basedow-esetről és 25 thyreotoxicosissról számolhatok be, a mely esetek 96 golyvára estek. Az eredmények ugyanazok, mint azt sebészcollegáim részletesen vázolták. Halálesetem nem volt; a toxicosissok mind teljesen visszafejlődtek, a Basedow-kórosok mind munkaképesek lettek 4—6 héten belül. A tünetek gyógyulásában teljesen alárom *Winternitz* vázlatát, a mely egyébként is hü képe a nagy statisztikáknak. Csupán az exophthalmusra nézve kedvezőbb a tapasztalatom, mert két igen súlyos esetben annak teljes visszafejlődését is elértem, mindkét esetben előző kétoldali superiorlektetés, majd félordali golyva-kiirtás után.

A kérdés a lefolyt vitában, úgy vélem, abban csúcspontod ki, hogy jogosult-e egyáltalában a thyreoidea-műtét, mint a Basedow-kórt gyógyító tényező, azaz van-e a thyreoideának az egész kórképben olyan jelentősége, mint a hogyan mi beállítottuk?

Sebészcollegáim, kik Basedow-kór eseteiben operáltak, kétségtelenül azt bizonyítják beavatkozásukkal, hogy a műtétet jogosultnak tartják. Bármit vallanak is a részletkérdésekben, az, hogy egyáltalában operálnak, hallgatag elismerése a thyreoidea szerepének. *Dollinger* ajánlatát az exophthalmus javítására kellő elismerésben részesíti már a külföldi irodalom is; a teljes gyógyulás egyik legmakacsabb akadályát lesz hivatva ez az eljárás leküzdeni.

Nagy érdeklődéssel vártam *Jendrassik* tanár hozzászólását éppen ezen elvi szempontból, hírből ismervén ellentétes felfogását. De bármily tanulságosnak találtam is fejtegetéseit, meggyőzőttnek egyáltalában nem érzem magam. Én a thyreoidea szerepének jelentőségét tényekkel igazoltam, melyekről saját magamnak is volt alkalmam kísérletekben, pathologic is meggyőződnöm s a melyek alapján el kellett ismernem annyi mással együtt a pajzsmirigy elsőrendű jelentőségét a thyreosisokban. Elismerem, hogy a belső secretio tisztán functionális jelenségeinek magyarázata ma még igen merész vállalkozás; elismerem, hogy egyes tényeknek kiemelése és egyszemélyű értékesítése az egyik vagy másik irányban önkényes. De a felsorolt tényeknek egyikét sem látom megdőlni *Jendrassik* szellemes gondolatmenetétől.

Az athyreosis tünetana kétségtelenül negatívja a Basedow-nak, a mely összehasonlításban természetesen az athyreosisban szenvedők

felpuffadása legkevésbé sem áll szemben a Basedow-kórosok lesóványodásával. Miért találjuk meg minden thyreosissnál, nevezetesen Basedownál éppen a thyreoideában a jellemző s mindig egyértelmű elváltozásokat? Hogy a pajzsmirigy csekély jodtartalmának nagy szerep jut a szervezet háztartásában, az egyáltalában nem meglepő, mióta a 100-szor kisebb parathyreoideák életfontossága kiderült. A thyreoidea-készítmények iránt nem egyszerűen fogékonyabb a Basedow-beteg, hanem ezek csak magukat a Basedow-jelenségeket fokozzák. Hogyan magyarázható a struma basedowificata gyakorisága éppen golyvás vidékeken, oly helyeken tehát, a hol a thyreoidismus öröklött? Hogyan értelmezhető a thyreoideát érő behatásokhoz — legyen az punctio, befecskendezés, golyvaresectio, thyreoiditis — csatlakozó Basedow? Hogyan fejlődik Basedow-kór akkor, a mikor a thyreoideába egy más idegen daganat metastatizál? Miért jó hatású a thyreoidea-műtét, mert hogy gyógyít, azt nem vonhatjuk kétségbe annyi megbízható adattal szemben; legfeljebb azt kérdezhethetők, hogy tartós-e s milyen fokú ez a gyógyulás.

Az egyetlen érv, a melyet a műtét ellen felhozhatnak, a műtét halálozás aránylag nagy száma: 5%, a mivel szembe állítják azt, hogy a belgyógyászati kezelés nem öl meg senkit. Az a mortalitás, melyet a belgyógyászok 12%-ban állapítanak meg, azokra vonatkozik, a kik meghalnak a kezelés daczára; a kezelés rovására irandó ugyan ez a halálozás, de semmiesetre sem állítható szembe a sebészi 5%-kal, a mely a műtét folytán bekövetkezett halált jelenti; mennyi hal meg a műtét daczára, azt nem tudjuk. Mindezek ma még en block-számok, melyek nem hasonlíthatók össze egymással.

Mi sebészek bizonyos csekély veszedelem árán azt ígérhetjük, hogy a műtéttel gyorsan meg tudjuk állítani a bajt, vissza tudjuk adni a munkaképességet s ezt meg tudjuk tenni végleges eredménnyel. Nem tudjuk megígérni azt, hogy a már elhatalmasodott tüneteket egytől-egyig vissza is fejlesztjük. Mindenesetre elég ez arra, hogy a belgyógyászokat arra kérjük, küldjék műtétre a betegeket, ha belsőleg eredményt rövid időn belül nem tudnak felmutatni, vagy ha a beteg időbeli, anyagi viszonyai a huzamos kezelést lehetetlenné teszik. A műtét után a kezelés kétségtelenül minden esetben gyorsabb és eredményesebb lesz, mondja *Kocher*.

Bálint Rezső: Az idő rövidsége miatt csak egyes hozzászólásokra és egész röviden fog válaszolni.

Legelőször *Manninger*-rel szemben megjegyzi, hogy *Rehn* saját statisztikájának halálozási százaléka 13%, a kisebb százalék, a melyet *Manninger* említett, *Rehn* gyűjtő-statisztikájából való. A második megjegyzése *Manninger*-rel szemben, hogy az ő érvelésének egyik súlypontja: a munkásbetegség-egyző kimutatása a Basedow-kórosok munkaképességéről, nem jó összehasonlítási alap, mert ott az operáltak nem belgyógyászati kezeléssel állanak szemben, hanem nem kezeltekkel, munkásokról lévén szó, kik a belorvostani kezelés eszközeit socialis viszonyaiknál fogva nem tudják megszerezni.

Jendrassik felszólalását két részre osztja: elméleti és gyakorlati részre. Az első rész kétségtelen, hogy a belső secretio tana fiatal tan lévén, a kérdések még nem tisztázódtak. Az adatoknak oly tömkelege áll rendelkezésre, hogy csakugyan mindenféle álláspontra találhatni érvelést. Hiszen csak a Basedow-kórra vonatkozólag közel 4000 munka jelent meg. Az előadók természetesen úgy csoportosították az adatokat, a hogy az az ő felfogásuknak felel meg s a hogy azt ma már a kutatók túlnyomó része elfogadja. Ő is hangsúlyozta azt, hogy a Basedow-kórban az egész belső secretio egyensúlyának megbomlására kell gondolnunk és hogy még sok vizsgálatra lesz szükség e viszonyok tisztázása céljából.

A gyakorlati oldalát tekintve a kérdésnek azt látja, hogy *Jendrassik* radicalisabb a műtéttel szemben, mint ő, mert egyáltalán nem operált. A javulatok felállítását persze megnehezíti a jó belgyógyászati statisztikák hiánya. A meglevőket is nagy kritikával kell használnunk. Így *Hale White* 20 éves statisztikájában nem látjuk azt, hogy hány esetet észlelt 20 évig és hány esetet látott a húsz év utolsó évében először. Különbösen is azt hiszi, hogy az indicatio felállításakor nemcsak a halálozási százalék jön számba, hanem a munkaképesség kérdése is. Az olyan embernek, a ki munkájával szerzi meg a saját és családja kenyerét és socialis viszonyainál fogva belorvostanilag nem kezelhető, ajánlja a műtétet. Más betegeknél csak akkor, ha belorvosi kezelésre nem javulnak vagy rosszabbodnak.

Bókay Árpád ideáját a jodszegény táplálkozást illetőleg nagyon érdekesnek és kipróbálandónak tartja. E diéta azonban a konyhasómentes diétával együtt nem vihető keresztül, mert a hús konyhasó nélkül nem igen élvezhető. *Dalmady*-nak a diétára és phosphorra vonatkozó megjegyzéseit teljesen elfogadja, annál is inkább, mert előadásában ő is nagy súlyt fektetett mindkettőre. *Mansfeld Géza* felszólalására megjegyzi, hogy a bécsi iskola csakugyan nagyon is sematizál, s a mint előadásában is kifejtette, e sémákat a klinikai vizsgálat nem igen erősíti meg. Végre *Torday Árpád*-nak azt feleli, hogy azok az adatok, melyek a Basedow-kórosok adrenalinaemiáját illetik, *O'Connor*-tól származnak s ezeket úgy ő, mint *Verebély*, előadásukban tárgyalták. A mi *Torday*-nak azt az indicióját illeti, hogy akkor kell operálnunk, a mikor az exophthalmus ki akar fejlődni, annak nagyon nehéz eleget tenni. A betegek rendszeren exophthalmussal kerülnek hozzánk; ha pedig még nincs exophthalmus, nem tudjuk, hogy hogyan lehet megállítani azt az időpontot, a mikor az exophthalmus ki akar fejlődni.

(Folytatása következik.)

XXII. magyar balneologiai congressus.

I. ülés 1912 április 19.-én d. u. 5 órakor.

Elnök: Bókay Árpád.

Jegyző: Vámosy Zoltán.

(Folytatás.)

Schulhof Vilmos: Polyneuritis rheumatica.

Az előadó behatóan foglalkozik ezen csúzos idegbaj tüneteivel és kórokaival, főleg azon jelenségekkel, melyek észlelhetők, midőn különösen a bőridegek betegedtek meg. A bántalom nagyobb figyelemben csak az utóbbi időben részesül; a fürdőorvosi gyakorlatban elég sűrűn fordul elő, mivel könnyebb esetekben nem szünteti meg a beteg munkaképességét és ez sokszor elhanyagolja a bajt a rendes munkaidőben, míg szabadságát az ily egyén szívesen tölti oly fürdőhelyen, a hol időnkint hevesebben is jelentkező fájdalmának meggyógyulását reméli. Az előadó megerősíti egyes szerzők azon észleléseit, melyek szerint a radiumemanatiós hévvizek és radioactiv gázok belégzése ezen idegbajnak is kiváló gyógyszerei.

Safranek János: A szóban forgó bajok aetiológiájához kíván hozzájárulni. Az előadó is említette, hogy az orr- és garatürege vizsgálata is ki kell terjeszkedni. Különösen a torokmandulák és nevezetesen idősült gyuladásaik játszanak szerepet a különböző arthritisek kórtanában. Mindinkább szaporodnak azok a megfigyelések, a melyek szerint ízületi gyuladásokban, de egyéb fertőzőes folyamatokban is (kryptogen sepsis) a tonsillák az infectio behatolási kapuja. Az orvosi köztudatba azonban ez a tény és a chronikus tonsillitis kórképe még nem ment át kellőleg. Meg kell különböztetni a tonsillák egyszerű hyperplasiáját ezek chronikus gyuladásától; míg az előbbi esetben a tonsillák nagyok, sima felületűek, szűk lacunáik vannak és csupán térfogatbeli akadályt alkotnak, addig chronikus tonsillitis esetén a tonsillák nem mindig hyperplasiások, hanem lehetnek kicsinyek, a garatívek közé mélyen beágyazottak, de felületük egyenetlen, barázdált és mélybe nyúló lacunákat mutatnak, a melyek detritussal, úgynevezett csapokkal telvék, és ezek a különböző pathogen mikroorganizmusoknak valóságos kölökemenczéjét alkotják; nemcsak az említett folyamatok, de gümös fertőzés eseteiben is a tonsillák gyakran fészkei az infectiónak. Ezt a tényt a therapiában is figyelembe veszünk, a mennyiben az ilyen tonsillákat, kivált ha ezeken át már történt egyszer súlyosabb fertőzés, kiirtjuk.

Weisz Ede: Azt hiszem, a tonsillectomiának csak addig van haszna, míg a bacillaris invasio nem generalizálódott. De ha már súlyos ízületi gyuladásokat találunk, akkor már nem a tonsillák, hanem ezek a gócpontjai a betegségnek és a tonsillák kiirtása nem használ.

Bosányi Béla: Az 1911. évi fontosabb balneologiai események.

Felemlíti a francia fürdők erőltetett küzdelmét a német fürdők fölénye ellen, a mely azonban eddigelé eredménytelen maradt. Ezért elsősorban a francia fürdőkön elharapódzott hazardjátékokat kell okolni, mely a gyógyászati czéllal nem fér össze. A német forrásérdekelttség megállapodott abban, hogy az ásványvizek bármilyen megváltoztatását (szénsavval telítés stb.) nem szabad palástolni, hanem az a felírásokon és nyomtatványokon minden félrevezetést kizáró módon feltüntetendő. Hasonló intézkedés szükségére nálunk is fenforog. Végül ismerteti a múlt évi drezdai nemzetközi egészségügyi kiállítás balneologiai részét, mely a fürdőügytudomány fejlettségének feltüntetését célozta. Az előadó nézete szerint a fürdők elsősorban vannak arra hivatva, hogy a hygienés igényeket kielégítsék és a fürdők azáltal biztosíthatják jövőjüket és fennélülésüket, ha a hygiene vívmányait minél nagyobb mértékben megvalósítják. A műveltség haladásával azon fürdők lesznek győztesek, melyek a hygiene tökélyt leginkább megközelítik.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Cerebralis láz esetét ismertette Fischer docens a „Gesellschaft deutscher Aerzte in Böhmen“ márczius 22.-én tartott ülésén. A climacteriumban levő, 45 éves nőnek súlyos katatonias stupor állapotában 12 napig tartó, nagyon erős állandó izzadással járt láza volt, a mely aspirinre, migrainre, antipyrinre és chininre nem reagált, morphium-hyoscine kis adagjának bőr alá fecskendezésére azonban az izzadással egyetemben rögtön megszűnt. Somatikus baj ki volt zárható.

PÁLYÁZATOK.

4698/1912. alisp. sz.

Alsófehérvármegye verespataki járásban a járási orvosi állás üresedésben lévén, erre ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazon orvostudorokat, a kik ezen 2000 (kettőezer) K kezdőfizetéssel, 360 (háromszázhatvan) K évi lakpénzzel és 600 (hatszáz) K évi útiátalánnyal javadalmazott állást el óhajtják nyerni, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában meghatározott minősítésüket és a tisztviselői vizsga sikeres letételét igazoló okmányokkal, születési bizonyítvánnyal felszerelt kérvényüket Alsófehérvármegye alispánjához 1912. évi június hó 16.-áig bezárólag adják be.

Azok, a kik közszolgálatban állanak, hivatalfőnökük, a kik pedig nem állanak közszolgálatban, azok a lakhelyükre nézve illetékes főispán útján kötelesek pályázati kérvényeiket beküldeni.

Meg kívánom jegyezni, hogy a járási orvos eddigelé a bányatársasági orvosi állást is elnyerte, a mi tudomásom szerint 2060 K évi tiszteletdíjat jelent és valószínűnek tartom, hogy ezen uzus jövőben is fenn fog tartani.

Nagyenyeden, 1912. évi május 4.

B. Bánffy Kázmér, alispán.

1018/1912.

Biharvármegye cséffai járáshoz tartozó Geszt, Cséffa, Mezőgyán, Atyás, Marcziháza községekből alkotott geszti körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állással egybekötött javadalom a következő:

1. Az állampénzterhére utalványozandó évi 1600 K fizetés és négyszer 200 K ötödéves korpótlék.

2. Geszt községben természetben egészen újonnan épített lakás, mely áll 4 szoba, fürdőszoba, cselédszoba, konyha és kamara.

Ezenkívül e lakástól teljesen elkülönítve 1 rendelőszoba váróhelyiséggel. Nagy kert.

3. A szabályrendeletileg megállapított díjak szedése.

4. M. kir. belügyminister úr által 37664/1912. sz. a. engedélyezett évi 1200 K helyi pótlék.

A körhöz tartozó 2 uradalomtól évi 900 K tiszteletdíj.

A választást Geszt községében 1912. évi június hó 12.-én d. e. 10 órakor fogom megtartani.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket folyó évi június hó 11.-éig annál is inkább nyújtsák be hozzám, mert a később érkező kérvényeket nem veszem figyelembe.

Cséffa, 1912 május 2.

Bartos Adorján, h. főszolgabíró.

1106/1912. szám.

A megüresedett ratkói körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. évi 1600 korona törzsfizetés, ötödévenként 200 korona nyugdíjba beszámítandó korpótlék;

2. 1000 korona helyi pótlék;

3. 450 korona lakáspénz (a körorvosi lak építésének ügye folyamatban van s ideiglenes lakásról gondoskodás történt);

4. 700 korona fuvarátalány;

5. a halottkémlésért Ratkó nagyközségtől 16 m³ tűzifa házhoz szállítva, a mit azonban a nagyközség kívánatra pénzben megvált;

6. a trachomásoknak kezeléséért évi 400 korona.

A körhöz 21 község tartozik, székhelye Ratkó, mely egyszersmind járási székhely is.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy pályázati kérvényüket kellőleg felszerelve hozzám május hó 30.-áig adják be, mivel elkészen érkezett pályázatokat el nem fogadok.

A választás megejtésére határidőt később fogok kitűzni.

Ratkó, 1912 április 17.

Madarassy Iván, főszolgabíró.

22/1912.

A vezetésem alatt levő közkórházban újonnan rendszeresített egy segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A segédorvos javadalmazása évi 1200 kor. fizetés, lakás, fűtés és ételmezés.

Magánygyakorlat nincs megengedve. A kinevezés 2 évre szól, de meghosszabbítható.

Diplomás pályázó hiányában kórházi gyakorlatra utasított, vagy szigorló orvos is kinevezhető.

A folyamodványok Makfalvay Géza úrhoz, Somogyvármegye főispánjához czimezve, a kórházigazgatóhoz nyújtandók be május hó 22.-éig.

Kaposvár, 1912 május 5.

Dr. Szigethi Gyula Sándor, igazgató-főorvos.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiades Elemér szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Kétylly Károly: Hevenyész nyúltvelőbénulás esete. 377. lap.

Tornai József: Közlés a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. számú belorvostani klinikájából. (Igazgató: Kétylly Károly dr., udv. tanácsos, nyilv. r. tanár.) A „phonoskopos percussio”, új vizsgáló módszer. 378. lap.

Ország Oszkár: A tuberculosus elterjedése Magyarországon. 381. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés: A. Decastello és A. Krjukoff: Untersuchungen über die Struktur der Blutzellen. — F. Klemperer: Fortschritte der deutschen Klinik. — Új könyvek. — Lapszemle. Belorvostan. H. L. Richartz: A chlormegvonas gyógyhatása hypersecretio ventriculi eseteiben. — Sebészet. H. Finsterer: A májrepedéssel kapcsolatban beálló bradycardia. — Nőorvostan. Rosowski: Anaerob streptococcus-

törzsek előfordulása egészséges asszonyok és gyermekek hüvelyében. — *Gyermekorvostan.* Baginsky: A scarlatina fertőzőképességének tartama. — *Venerés betegségek.* J. Igersheimer: A syphilis mint megvakulást okozó tényező. — *Orthopaedia.* F. Brandenburg: Az osteotomizált angolkóros csont műtét utáni hosszönvekedése. — *Kisebb közlések az orvogyakorlatra.* Siebenrock: Digipuratum. — *Nikolskaja:* Arsenferratosse. 387—389. lap.*Magyar orvosi irodalom.* — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság 389. lap.

Vegyes hírek. 390. lap.

Tudományos társulatok. 391—393. lap.

Melléklet: Szemészet. 1-2. szám. Szerkeszti: Grósz Emil.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Hevenyész nyúltvelőbénulás esete.

(Paralysis bulbaris acuta.)*

Közli: Kétylly Károly dr., tanár.

K. S. segédgazdatisztet a klinikára 1912 április 11.-én vették fel. A 20 éves, közepesen fejlett férfibeteg egészséges családból származik. 7 éves korában vörhenye volt. 9 éves korában bal homlokudorát lórúgás érte, e miatt állítólag koponyacsonttörést szenvedett. E rúgástól ered a bal homlokudoron látható kb. 7 cm. hosszú, ívalakú heg. Jelen bajáig egyébként egészséges volt. Nemi betegségeket tagad. A Wassermann-féle sero-reactio negativ. Mérsékelt ivott és dohányzott.

Jelen bajára vonatkozólag részben orvosa, részben környezeté, részben a beteg maga kissé zavart sensoriummal előadja, hogy f. é. márczius hó 28.-án mezei munka közben általános rosszullét, gyengeség, fejfájás, szédülés és hányásinger fogta el; ezek miatt, bár nehezen, gyalog haza menve ágyba fektült, mikor is a hideg kirázta, majd forróságérzete támadt. Körülbelül 3—4 órai fekvés után föl akarván kelni, alig tudott lábán állni, bár végtagjait egészen jól tudta mozgatni. Másnap általános rosszulléte fokozódott és azt vette észre, hogy sem ételt, sem italt nem tud nyelni, hanem ezek egy része részben az orrán, részben a száján át visszafolyik. E naptól kezdve néhány napig kettős látása volt. Harmadik napon állapota annyiban súlyosbodott, hogy a teljes nyelési képtelenséghez teljes beszédhiány és hangtalanság csatlakozott. Nyelvét alig tudta mozgatni, szája balfelé húzódtott, bő nyál-folyása volt s jobb szemét becsukni nem tudta. Bár járása nehezebbre esett, gyalog tudott orvosához elmenni, a ki ismételt vizsgálat és megbetegedése hetedik napján is 39°-os

lázat állapított meg. Ekkor Trencsénmegyéből (Nemeshőr) a budapesti gégeészeti klinikára küldte be (április 8.-án), a honnan néhány napi bázisingszondán át történt táplálás után f. hó 11.-én klinikámra tették át.

Jelen állapot. A beteg megvizsgálásakor a jobb oldali arczideg külső ágai által ellátott összes izmok teljes bénulása állott fenn. A jobb garatív fonatiókor kissé elmarad. A garatreflex kiváltható. A nyelv mozgása teljesen szabad, kiöltéskor rajta időnként fibrillaris rángás. A hangszalagok fonálásakor nem zárják tökéletesen a hangrést, mély légvételkor az abductio tökéletlen.

A beszéd vontatott, dűnyögő. A nyelés nehezített; a falatot könnyebben nyeli le, mint a folyadékot. A rágás rendes.

A szemmozgások szabadok. A szentengelyek állása párhuzamos. Kettős látás nincs. A szemfenék ép. A pupillák középtágak, kerek, egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Jobbra nézéskor nystagmus mutatható ki.

A fülvizsgálat teljesen ép viszonyokat derített ki.

A jobb felső és alsó végtag mozgásai elég szabadok, izomerejük a balhoz képest csökkent. Összetett lábakkal való álláskor erős szédülés jobb felé. Csukott szemmel állni nem tud. Járása tántorgó, lassú, jobb oldal felé dűledező.

A patella-reflexek gyengén válthatók ki. Clonus, Babinski nincs. A talp- és cremaster-reflex hiányzik, a hasreflex jobb oldalt renyhébb, mint bal oldalt.

Az érzés úgy az arcon, valamint a test egyéb részein rendes. Az ízérzés rendes.

Az arc és a törzs izmain elfajulási reactio nincs. A jobb oldali arcizmokat ingerlésére valamivel nagyobb intenzitású áramra van szükség.

A tüdőnek jobb csúcsa felett rövidült a kopogtatási hang, érdes sejtés belélegzés, megnyúlt kilélegzés hallható. A szívhangok tiszták. A szív működés ritmikus, a pulsus középhullámú, könnyen elnyomható, száma percenként nyugalomban 100—120 között ingadozik. A lélekzés szapora, száma percenként 22—24, a légvételek egyenlőtlen mélység-

* Bemutatva a Budapesti Kir. Orvosegyesületnek XIV. r. tudom. ésén, 1912 április 27.-én

gűiek. A zsigeri szervek épek. A vizelet normalis. A Pirquet-reactio negativ.

Lumbal-punctiót végezve, 50 cm³ víztiszta liquor cerebros spinalis ürült magas (250 mm.) nyomás alatt. A liquorral végzett Wassermann-reactio és a Nonne-Appelt-féle reactio negativ. Pleocytosis nincs.

A beteg állapota klinikámon való 14 napos tartózkodása alatt lényegesen javult. Sensoriuma feltisztult. Úgy a falatot, mint a folyadékot egyaránt jól nyeli le. Beszéde még dünynyögő ugyan, de teljesen érthető. Intonáláskor a hangszalagok a hangrést teljesen zárják, de abductiójuk még korlátozott. Az arczideg ellátta izmok hűdésében változás nem állott be. Járáskor kevésbé szédül, a tántorgás alig csökkent. Lélekzése és pulsusa változatlan. Közérzete elég jó. Láztalan. Therapia: jod és strychnin.

Összefoglalva az észlelt tüneteket, azt látjuk, hogy betegünkön láz kíséretében néhány nap alatt kifejlődő, a jobb oldali arcizomzatra, a nyelvizomzatra, a nyelv- és a gége-, főleg a hangszalag tágitó izmaira kiterjedő hűdással állunk szemben, melyhez még a jobboldali felső és alsó végtag paresise is járult. A kórkép rövid időn belül részben visszafejlődésnek indult.

Keresve az említettem izmok hűdésének okát és góczát, a nyúltvelőben székelő facialis-, hypoglossus-, vagus- és glossopharyngeus-ideg magjainak bántalmazottságát kell felvennünk, vagyis azt a kórképet, melyet hevenyész nyúltvelő-bénulás (paralysis bulbaris acuta) névvel jelezünk.

A nyúltvelő hevenyész megbetegedése, szemben az ismert időszült progrediáló bulbaerparalysissal, egyike a ritkábban előforduló betegségeknek és többféle oka lehet: vérzés, érelzáródás, gyuladás, esetleg sérülés; ez utóbbi esetünkben már eleve kizárható. A bulbaris vérzés tünetei hirtelen, gutaütés-szerűen állnak be és vagy rögtön halálra vezetnek a lélekzés és vérkeringés középpontjának roncsolása miatt, vagy az insultus tünetei visszafejlődnek és megmaradnak az ismert kiesési tünetek. A vérzés felvételéhez szükséges azonban, hogy az ereknek megbetegedése (lueses endarteriitis, arteriosclerosis, miliaris aneurysma) vagy olyan tényezők legyenek jelen, melyek a verőeres vérnyomás növekedésével járnak (szívtúltengés, vesebaj).

Mindezek 20 éves betegünkön kizárhatók a kórtörténet adatai szerint. A Wassermann-reactio negativ, a vizeletben fehérje nincsen, a vérnyomás Riva-Rocci szerint 140 mm. maximum és 80 mm. minimum. Vérzés ellen szól továbbá, hogy a gerinczagy csapolásakor ürült liquor cerebros spinalis víztiszta volt és benne vért nyomokban sem lehetett kimutatni.

Esetünkben ugyancsak kizárható a hevenyész nyúltvelő-bénulás másik oka, az arteria basilaris illetőleg vertebralis thrombosisa vagy emboliája is, mert — mint fentebb említettük — betegünk nem szenved thrombosisot okozó érmegbetegedésben, sem pedig olyan bántalomban, a mely emboliát okozhatna.

Tekintettel arra, hogy esetünkben a kórtünetek nem egyszerre, hanem csak 3—4 nap leforgása alatt, magas láz kíséretében fejlődtek ki, és szem előtt tartva azt, hogy a bénulás oka sérülés, vérzés vagy érelzáródás nem lehet, a legnagyobb valószínűséggel azt kell felvennem, hogy a nyúltvelő idegállományának hevenyész gyuladásával — polioencephalitis acutával — állunk szemben.

Strümpell néhány ilyen megbetegedésben szenvedett és bonczolásra került esetet ír le, a melyekben a nyúltvelő már szabad szemmel kissé lágyultnak látszott, a mikroszkopi vizsgálat azonban egész határozottan jelezte a megbetegedés lobos jellegét, a mennyiben az erek körül gömbsejtes beszűrődés, az ideg állományában szemcsés degeneratio, a tengelyfonalak duzzadása és apró kis mikroszkopos vérzések voltak láthatók.

A hevenyész bénulás úgynevezett indirect tünetei a lobtermékek felszívódásával visszafejlődnek. Így esetünkben a nyelvizmok, a nyelv és gége izmai már részben visszanyerték működésüket. Hogy a direct tünetek, vagyis azok, melyek az idegállomány roncsolása által feltételeztettek, mily arányúak,

ma még nem lehet tudni; nincs kizárva, hogy még további javulás is áll be.

A hevenyész nyúltvelő-bénulásnak egy másik esetét az Orvosegyesületnek 1908 november hó 14.-én tartott rendes ülésén mutattam be. (L. O. H. 1908. évf. 50. sz.)

Közlés a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. számú belorvostani klinikájából. (Igazgató: Kétly Károly dr., udv. tanácsos, nyilv. r. tanár.)

A „phonoskopos percussio“, új vizsgáló módszer.*

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

A mikor — éppen másfél évszázaddal ezelőtt — *Auenbrugger* az ő „inventum novum“-át közreadta, bizonyára maga sem sejtette, hogy egyszerű felfedezése egy évszázadok múlva is a legáltalánosabban és legelterjedtebben alkalmazott orvosi vizsgáló módszernek vetette meg alapját. Legkevésbé sejtette pedig azt, hogy módszere számtalan módosítás és úgynevezett tökéletesítés után, hosszú évszázadok múltán is, az eredeti alakjához viszonyítva legfeljebb csak külső változást mutat, a lényege ellenben úgyszólván változatlanul a régi maradt. Mert ámbátor a percussio az orvosi világnak valóban a legáltalánosabban használt vizsgáló módszere, olyan eljárás, a melyet igazán egyetlen orvos sem nélkülözhet: mégis — ki kell mondani — ma is tökéletlen módszer.

Hogy ez így van, mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy ma a különféle újabb és legújabb módosított kopogtatás-szabályoknak és előírásoknak se szeri, se száma. Ezen újabb módszereknek hosszú sorával talán csak azon elméleteknek még hosszabb láncolata vetekedhetik, a melyek a percussiónak physikai: mechanikai, hangtani magyarázatával szórakoztatják az érdeklődőket.

Egyébiránt pedig a percussio alkalmazására határozott, egységes módszert felállítani már csak azért sem lehet, mert a kopogtatásra tudvalevőleg számtalan külső körülménynek is jelentékeny befolyása van. Hogy ne is említsek egyebet: hírneves klinikusoknak egybehangzó tapasztalása szerint még a kopogtatást végző orvos ruházatának durva vagy sima volta szerint is változhatnak a kopogtatás minősége.

Ha a percussio atyamestere, *Auenbrugger* az ő sirjából felkelne és a mai mestereket, a kik az ő becsületes vizsgáló módszerét különféle elvek szerint módosítva alkalmazzák, működésük közben láthatná, bizonyára elámulna a látványon. De csak fokozná az ámulását az, hogy a különféle vizsgálóknak a sokféle percussióval egymástól függetlenül nyert eredménye mégis mily közel jár egymáshoz, sőt sok esetben teljesen egyezik is, és az, hogy a percussióval nyert eredményt egyéb ellenőrző vizsgáló módszer is sokszor egészen pontosnak jelzi. Éppen ez azon körülmény, a mely a percussiónak, mint mindennapos vizsgáló módszernek, létjogát örök időkre biztosítja. Pedig nagyon sokszor még az olyanok eljárása is, a kik a percussiót ugyanazon bizonyos előírás szerint alkalmazzák, sok tekintetben eltér egymástól.

Ha valamely adott esetben, mondjuk: orvosi consiliumban egymásután ketten vizsgáljuk ugyanazon beteget, mind egyikünknek az a titkos gondolata támad, hogy egyikünk talán nem helyesen perkutál és sokszor öntelten, udvariatlanul és többnyire helytelenül mindjárt azt is hozzágondoljuk, hogy „azonban én mindenesetre helyesebben, pontosabban kopogtatok, mint a másik“. Nincs is nagy túlzás abban, ha azt mondjuk, hogy a percussióra csaknem minden orvosnak saját külön módszere van: azon módszer ugyanis, a melyet hosszas próbálgatás és gyakorlás alapján érzékszerveihez, leginkább pedig a hallásához (és esetleg a tapintásához) a legalkalmasabbnak talál, a melyet aztán szinte ösztönszerűen

* A Budapesti Kir. Orvosegyesületnek 1912 márczius 16.-i ülésén tartott előadása nyomán.

a saját céljára kidolgozott s a melylyel ő az ép és kóros kopogtatási viszonyokat a legjobban tudja „kihozni“.

A helyes percussio az orvos részéről nem csekély ügyességet, sőt — túlzás nélkül mondhatjuk — művészetet kíván s így annak gyakorlásában, mint minden művészetben, még egyéni sajátosságok is érvényre jutnak. Ezért nem lehet a módszer alkalmazását szigorú, határozott szabályok korlátai közé szorítani. És innen van, hogy különféle mesterek a percussio alkalmazására sokszor a legellentétebb utasításokat adják.

Tudjuk, hogy még nem is olyan régen általában az erős és túlerős, szinte brutális kopogtatás volt divatban. S vannak ma is orvosok, a kik oly vehementiával kopogtatnak, hogy még a szomszéd szobában várakozók is hallhatják. Jól emlékszem, hogy évekkel ezelőtt egy alkalommal klinikánk egyik különben athletatermetű hypochonder betege, talán nem is nagy túlzással, azt követelte tőlünk egész komolyan, hogy tiltsuk meg a visitekre járó medikusoknak, hogy a kopogtatást rajta is gyakorolják, mivelhogy legutóbb perkutálás közben egyik kulcsontját eltörték.

Ujabb időben már a klinikusoknak túlnyomó része általában inkább a gyenge percussiót fogadja el és alkalmazza. És ez helyes is, mert a gyenge percussiónak előnyeit, jogsultságát nemcsak a teoriák, physikai magyarázatok, de főképpen a mindennapos működés, általános orvosi tapasztalás igazolják. Még az olyanok is, a kik a régi iskola szerint tanultak perkutálni, az erős kopogtatásról, nehéz szívvel bár, de mégis leszoknak és lassan-lassan áttérnek a sokkal alkalmasabb és helyesebb gyenge kopogtatásra.

Az *Ewald* és *Goldscheider* ajánlotta leggyengébb kopogtatásnak, az úgynevezett küszöbérték- (*Schwellenwert*-) percussiónak mind több és több híve és követője akad és méltán, mert az ily módszerrel nyert eredmények felelnek meg leginkább a valóságnak.

Nem óhajtok hosszas, bár érdekes magyarázatokat és szabályokat recitálni, csak néhány szóval kiemelem a küszöbérték-kopogtatásnak elvét. *Goldscheider* nézete szerint ugyanis a mellkast még a leggyengébb kopogtatás okozta rezgés is teljesen átjárja s az ő módszerével nyert úgynevezett hang sugarak (*Schallstrahlen*) kicsiny keresztmetszettel bírnak és a mellkast a frontalis síkra merőlegesen átjárják; ilyenformán tehát a vizsgálat eredménye gyanánt az orthodiagrammhoz hasonló képet adnak. A küszöbérték-percussiót természetesen csak a legnagyobb csendben lehet és kell végezni, még pedig oly gyengén kopogtatva, hogy a szabad tüdő-részletek felett éppen csak hogy hallhassuk a kopogtatás hangját, a melynek azonban teljesen el kell tűnnie, mihelyt levegőt nem tartalmazó szervnek, például a szívnek területére jutunk. A küszöbérték-percussiónak tudvalevőleg éppen az a lényege, hogy csak oly gyengén szabad kopogtatnunk, hogy a köztudomás szerint egyébképpen tompulatot adó területeken a kopogtatás hangját egyáltalán ne is hallhassuk. A kopogtatást a frontalis síkra merőlegesen végezzük, azon irányban tehát, a melyben orthodiagraphálás alatt az úgynevezett középsugár a mellkast átjárja. Ezért nevezik *Goldscheider* nyomán az ilyen kopogtatást orthopercussiónak is. Hogy a kopogtatás okozta rezgést lehetőleg kicsiny területre összpontosítsuk, czélszerű a percussiót a *Plesch* ajánlotta ujjtartással vagy pedig *Goldscheider* ajánlata szerint: görbített, gummival átvont üvegpálcika közvetítésével végezni.

Az ilyen gyenge percussiónak előnye és pontossága egyéb módszerekkel szemben leginkább abból ered, hogy a kopogtatás keltette rezgés kör kiterjedése, átmetszete ilyenkor — mint mondottuk — igen kicsiny s az ilyen módon nyert orthopercussió határok meglehetősen pontosak, élesek. Ahhoz azonban, hogy a küszöbérték-percussióval megbízható adatot nyerhessünk, mint említettem, okvetlenül szükséges, hogy a kopogtatást a lehető legnagyobb csendben végezzük.

Utóbbi időben a véletlen folytán olyan percussiók módszer birtokába jutottam, a mely lehetővé teszi, hogy a kopogtatást még a küszöbérték-percussiónál is jóval gyengédebben végezhessük, tehát a percussióval nyert határvonalak

kat még biztosabban és még pontosabban megvonhassuk a nélkül, hogy e mellett hallásunkat megerőltetnők.

Hónapokkal ezelőtt ugyanis a szívrevolutio finomabb phasisainak és a circulatio egyéb jelenségeinek lefolyását biauralis auscultatio útján kezdtem tanulmányozni, még pedig nem a szokásos módon: egy közös sthetoskoppal, hanem egyidejűleg két füllel és két külön, hajlékony *sthetoskoppal*. Vizsgálataim közben, a mikor a hallgatódzásban kifáradtam, a mellkason, inkább csak időtöltésből, kopogtatni kezdtem, a nélkül, hogy a füleimről a mellkas fölé lelógó sthetoskoppokat levettem volna. Már a legelső ilyen alkalommal feltűnt, hogy ilyenkor a rendes kopogtatás hangja bámulatatosan tisztán, élesen és hatalmasan megerősödve jut a fülemben. Akaratlanul is mérsékeltem a kopogtatás erejét, mert az ily lógó sthetoskoppal felfegyverzett füllel a leggyengébb kopogtatást is tisztán, kifejezetten hallottam. Egészen pontos határvonalakat tudtam így oly gyenge kopogtatással felvenni, a mely kopogtatás hangját az ellenőrzésre felkért társaim még közel tartott füllel sem hallották.

Első vizsgálataimnak kedvező eredményei arra ösztönöztek, hogy a módszert kissé kidolgozzam és lehetőleg általános orvosi használatra alkalmassá tegyem. A kezdetleges, improvizált eszközümet kissé módosítottam, hogy az a közhasználatnak is megfelelhessen. Utasításaim szerint egy itteni műhely alkalmas „*phonoskopot*“, egy valóban egyszerű, jól használható és könnyen kezelhető eszközt (1. ábra) készített.



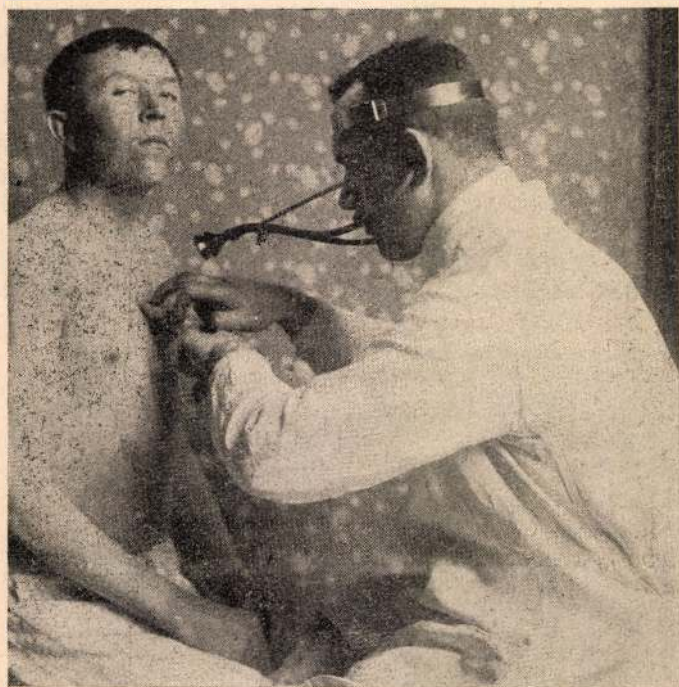
1. ábra.

Ennek legfontosabb alkotórésze két kis ebonit- vagy aluminium-tölcsérecske, melyek közül az egyiket a jobb, másikat a bal füllel egy-egy megfelelő oliva és rövid, vékony gummicső útján kötjük össze. Hogy ezen hangfelvevő kis tölcsérek a kopogtató ujjat vándorlásában lehetőleg hűen követhessék, vékony, összecukható fémpálcikához erősítettem azokat, a mely pálcika viszont a homloktükör módjára egy mindenféle állásban rögzíthető golyóizület útján megfelelő homlokövel van összekötve. A „*phonoskop*“ alkalmazásának módját a 2. ábra minden részletes leírásnál jobban és érthetőbben illusztrálja. Az eszköznek kiválóan jó hangvezető képességéről oly módon is meggyőződhetünk, hogy pl. a zsebórát a tölcsérek elé tartjuk. Ilyenkor — még ha nem is érintkezik az óra a tölcsérral — a ketyegést éppen olyan tisztán halljuk, mint mikor az órát a fülünkhöz szorítjuk. Sőt a tölcsérektől több centiméternyi távolságból is tisztán hallhatjuk az óra ketyegését.

A *phonoskop* úgy készült, hogy használata után összehajtható és megfelelő tokba téve esetleg zsebben is hordozható.

Ezen eszközöm használata mellett a következő, szintén nagyon egyszerű, túlggyenge kopogtatás-módot alkalmazom: Plessimeterül a bal mutatóujjamat használom, de csak az ujjam hegyével vagy legfeljebb körömperczével érintem a mellkast. Ezen körömpercznek izületi végét, vagy, mivel túlggyengén kopogtatok, akár magát a körömöt ütögetem az interphalangealis izületeiben behajlított jobb középső vagy mutatóujj hegyével. Az ütögetést pedig egyenletesen s csak mintegy 1 cm.-nyi magasságból, mindig ugyanazon

gyengédséggel, szinte automatásan, sűrű egymásutánban végezem úgy, hogy minden másodpercze 3–4 ütés esik. Ütötetés közben természetesen a plessimeter-ujjam helyét folyton változtatom, még pedig úgy, hogy az ujjam hegyét a mellkasról nem emelem fel, hanem bizonyos kopogtatási vonalak irányában a bőrön könnyedén, de meglehetősen sebességgel végig húzom. Hogy pedig ilyenformán a kopogtatott ujj a kopogtató elől el ne szaladjon, vagyis, hogy a bal mutatóujjam körömperczének minden helyzetváltoztatását a jobb középső vagy mutatóujjam hegye hűen követhesse: a jobb kezem tövét, a mikor lehet, az abdukált bal hüvelykujjammra, a jobb hüvelykujjamat pedig a bal kezem fejére nyugtatom. Ilyenformán aztán a bal kezem a jobbat úgyszólván magával viszi mindenhová.



2. ábra.

Egyrészt az ilyen gyors tempóban végezett, mondhatnám vibrációszerű kopogtatásnak, másrészt pedig azon körülménynek, hogy a kopogtatott ujjamat meglehetősen sebességgel húzom végig a mellkason, még azon nagyon fontos előnye is van, hogy bizonyos — másfajta kopogtatás alkalmával sokszor zavaró — autosuggestio alól is felszabadulok. Ha ugyanis valamely régebbi módszer szerint, vagy ha akár a *Goldscheider*-percussio szabályai szerint kopogtatok, akkor gyakran a legjobb akarattal sem tudom elkerülni a kopogtatás intenzitásának bizonyos ismert vagy vélt topographiai vagy pathologiai határokon való helytelen megváltoztatását. Hogyha például a szívotmpulatot akarom kikopogtatni és a tüdők felől közeledem a szív felé, akkor azon határpontok közelében, melyeken véleményem szerint a szív projectiója kezdődik, szinte akaratlanul, átmenet nélkül, egyszerre gyengébben kopogtatok. Ellenben a leirt gyors, apró kopogtatást úgyszólván automatásan végzem és mivel a plessimeter-ujjam bizonyos sebességgel siklik tova, így jóformán idő sincsen ahhoz, hogy a vélt topographiai határokon a kopogtatás intenzitását megváltoztassam. Éppen a kopogtatásnak ezen, hogy úgy mondjam egyhangúsága és a kopogtatott ujjnak gyors tovasiklása a különböző kopogtatás-viszonyokat adó területeknek a legélesebb, legpontosabb elhatárolását teszi lehetővé. Nézetem szerint ezen kopogtatás-móddal — még akkor is, ha azt nem phonoskoppal, hanem csak szabad füllel ellenőrizzük — a legrövidebb idő alatt biztosabb tájékozódást szerezhetünk, mint bármely más kopogtatással. Ha azonban phonoskopot is használunk, vizsgálatunkat jelentékenyen könnyítjük. Az ilyen túlfinom és gyors kopogtatással, főleg ha phonoskoppal kísérjük, a szerveknek megfelelő

topographiai határvonalakat a lehető legpontosabban felvehetjük. Így például nem csupán a szívnek, de az elülső mediastinum nagy ereinek projectióját is épp oly pontosan felrajzolhatjuk a mellkasra, mint akár csak orthodiagraphia útján.

Hogy a plessimeter-ujjammak könnyű tovasiklását elősegítsem, a kopogtatás megkezdése előtt ujjamat bórpuderbe, talcum venetum-ba vagy rizsporba mártottam, vagy pedig ezen porok valamelyikét a vizsgálandó bőrterületre dörzsöltem. Czélszerű ezt különösen olyan esetekben tenni, a mikor a bőr nyirkos, laza, ránczos.

A „phonoskopos percussio“ segítségével a *Krönig* leirta tüdőcsúcs-projectiók határvonalait a legnagyobb könnyűséggel kirajzolhatjuk. Esetleges kopogtatásbeli differentiák a tüdőcsúcsokon ezen módszer használatakor határozottabban feltűnők, mint más módszer alkalmazásakor. Ezen eljárással a legtöbbször könnyen kikopogtathatjuk a vesék projectióját is köröskörül, főleg, ha a belek üresek, vagy ha levegőt tartalmaznak. Sok esetben a gyomrot is elég könnyen elkülöníthetjük így a vastagbélről és ez utóbbinak egyes szakaszait a hasür többi szervétől.

Természetes, hogy mint minden új módszernek, úgy ennek elsajátítása is bizonyos gyakorlást kíván. De ezen gyakorlásra hozzáértő orvosnak, főképpen az olyanoknak, a kik különben is gyengén kopogtatnak, igazán csak nagyon rövid időt kell áldozniok. Fődolog itt is, hogy inkább gyengén mint erősen kopogtassunk: gyengén és egyformán, lehetőleg itt is szem előtt tartva *Goldscheider* elvét, hogy csak olyan területeken hallhassuk a kopogtatás hangját, a mely területeken levegőt tartalmazó szervek projectiója van; a solidabb szervek területén pedig a kopogtatás hangját nem szabad hallani. Fontos, hogy lehetőleg teljes csendben kopogtassunk.

Hogy a phonoskop zavaró mellézközejeket keltene, nem igen tapasztaltam. Hiszen, ha szigorúan vesszük, mindenféle kopogtatás alatt támadnak mellézközejek és a kopogtatás okozta hang vagy zöreje nem tisztán és kizárólag a kopogtatott szerv rezgéséből származik. De éppen abban rejlik az orvos hallásának gyakorlott volta, hogy a kapott hang- vagy zöreje-complexumból szinte ösztönszerűleg tudja kiválasztani a kiválasztandót, a lényegeset, ellenben a többit, a feleslegest a zavarót teljesen figyelmen kívül hagyja.

Talán felesleges is külön megemlíteni, hogy ezen most ismertetett vizsgáló módszeremnek: a phonoskopos percussiónak a régebbi auscultációs percussióhoz, illetve a phonendoskopos percussióhoz alig van valami köze.

Magam a phonoskopos percussiót, mesteremnek, *Kétly* tanárnak szíves engedelmével és támogatásával, az I. számú belorvostani klinika nagy és változatos beteganyagának vizsgálatakor már hónapok óta használom és részrehajlás nélkül mondhatom, hogy azt sok esetben a régebbi módszereknél megbízhatóbbnak, pontosabbnak találtam. A kopogtatási differentiákat a különböző területek között mindenkor a phonoskopos percussióval kaptam a legélesebbnek. A phonoskopos percussióval nyert eredményt teleröntgenoskopia útján többször ellenőriztem és a legtöbb esetben a kétféle vizsgálattal kapott adatok egymással teljesen megegyeztek. Meggyőződés, hogy a phonoskopos percussiót, esetleg némi lényegtelen technikai módosítások után, nyugodtan besorozhatjuk a többi használatos vizsgálati módszerünk közé. Különben pedig utóbbi időben, mint mondtam, éppen a percussióra különféle helyről már annyiféle módszert ajánlottak, hogy egygyel több vagy kevesebb: igazán nem árthat az ügynek.

Az bizonyos, hogy a percussio használatát ma már egy orvos sem nélkülözheti, viszont pedig az is bizonyos, hogy a percussio módszereivel ma még egy orvos sincs megelégedve. De azért egyikünknek sem jut eszébe: az egész percussio-ügyet e miatt sutba dobni. Hátha talán éppen a most ismertetett módosítás jelölné azon irányt, a melyen haladva esetleg mégis eljuthatunk a mai módszereknél alkalmasabb, használhatóbb percussió eljárás birtokába.

A tuberculosis elterjedése Magyarországon.

Irta: *Ország Oszkár* dr., osztályos főorvos az Erzsébet királyné-sanatoriumban.

A gümőkór elterjedéséről, a megbetegedések számának változásáról mindeztideig nem alkothattunk magunknak tiszta képet. Nem tudtuk ugyanis, mely országrészekben mutatott a gümőkóros halálozás emelkedést, melyekben csökkenést. Melyek azok a törvényhatóságok, a hol a gümőkórellenes védekezést megindítani, illetve fokozottabb mértékben vezetni kell, s melyek azok, a melyekben az eddig történtek kielégítőek voltak. Ez adatok ismeretével kapcsolatban megállapíthatók azok a körülmények és intézkedések, a melyek befolyással lehettek a gümőkórhalálozás változásaira.

Okolicsányi-Kuthy dolgozataiból ismeretes, hogy a gümőkór hazánkban főleg az alföldön a Duna-Tisza közében és a Tisza-Maros szögében van a legnagyobb mértékben elterjedve. *Kuthy* az 1895. és 1900. évről közöl adatokat a gümőkór elterjedéséről, számításait azonban az azokban levő hibaforrások miatt csak relatív értékeknek tarthatjuk, minthogy ő az 1908. évi mortalitást az 1900. évi népszámlálási adatokkal veti össze, ilyenképpen nagyobb %-os értéket kap, mert a lakosság szaporodását 8 év alatt teljesen figyelmen kívül hagyja. Az 1895. és 1908. évi statisztikát összehasonlítani nem lehet, minthogy 1897-ig a statisztikai hivatal a tüdőgümőkóra, ez évtől kezdve pedig a gümőkóra általában, tehát minden gümőkóros megbetegedésre vonatkozó halálozási adatokat állította egybe. Másrészt 1896 előtt a statisztikai évkönyv nem minden bekövetkezett halál okát ismerte, illetőleg tudta összeállítani, míg ez idő után a meghatározások nagyobb pontossággal történtek.

Igen értékes adatokat közöl *Fáy* közegészségügyi főfelügyelő a drezdai kiállítás alkalmával kiadott könyvecskéiben¹ a gümőkór elterjedéséről hazánkban. Mellékelt térképen kimutatja, hogy a gümőkór hazánkban csökkenőben van. A mi legfőképpen a tizezernél nagyobb lakosságú városokban látható, a hol a halálozási számban nemcsak a lakosok, hanem számos oly idegen illetőségű egyének is befoglaltanak, a kik kórházakban haltak meg.

Legnagyobb a gümős halálozás *Fáy* összeállítása szerint áprilisban és májusban, a legnagyobb szeptemberben, októberben és novemberben. A gümőkórhalálozás ingadozása évek és évszakok szerint egyenlő a törvényhatósági joggal felruházott, a rendezett tanácsú városokban és a tizezernél nagyobb lakosságú többi községben.

A gümőkór statisztikájával a belügyministeriumban *Fáy* behatóan foglalkozott. Vizsgálódásainak eredményei azonban részletesen közölve még nincsenek.

Tekintve a kérdés nagy fontosságát, *Korányi Frigyes* báró tanácsára magam is vizsgáltam összehasonlítólággal a gümőkórhalálozást a múltban és jelenben. Számításaim kiindulásául az 1897. évet kellett választanom, a melynek statisztikája már nem szenved a fent jelzett hibákban. A gümőkóra vonatkozó %-os szám kiszámítása nehézségekbe ütközött, a mennyiben pontos népszámlálási adatok csak minden tizedik évben gyűjtetnek egybe. 1909-ben pedig, hogy példával éljek, nem használhatjuk fel számításunk alapjául az 1909.-i népszámlálás adatait, minthogy a népesedésben 9 év alatt változások állanak be. A magyar statisztikai hivatal, melynek 1909.-i évkönyvét e dolgozat megírásakor igénybe vettem, évről-évre kiszámítja az egyes törvényhatóságok népesedési mozgalmát s a születések, halálozások és a kivándorlás tekintetbevételével megközelítő pontossággal megállapítja a lakosság számát.²

A statisztika adatait összeállítva, azokat a következő

¹ Statistisches über die sanitären Verhältnisse in Ungarn. Publ. von der hyg. Sektion des kön. ung. Ministeriums des Innern. Budapest, 1911.

² E számok használható voltát az 1910. évi, már közölt népszámlálási adatok is bizonyítják. E munka megírásakor ugyanis az 1910. évi népszámlálás és statisztika eredményei még csak részben voltak ismertek. Az 1910. évi adatok ismertetését más alkalomra tartom fenn.

kérdések szerint csoportosítottam. Mekkora az összhálaozás és a gümőkórhalálozás Magyarországon (Horvátország nélkül), miként változott a gümőkórhalálozás az országban törvényhatóságok szerint, évről-évre ellenőrizve azt és miként 10.000 lakosra átszámítva, tehát tekintettel a lakosság szaporodására. A 12 évben, 1897-től 1909-ig történt változást térképekkel is illusztráltam.

Év	Lakosság száma	Összes halálozás száma	Gümőkórhalálozások száma	Ebből nem orvoshalottkém által bejelentve	Gümőkórban 10000 lakosra számítva meghalt	Gümőkórhal. az összhál. %-ában ki-fejezve
1897	16.298,411	453,715	59,860	25,680	36.72	13.19
1898	16.487,806	456,736	59,367	26,618	36.0	13.00
1899	16.685,086	448,756	63,032	34,344	37.77	14.05
1900	16.721,574	449,749	63,809	21,444	38.15	14.08
1901	17.034,509	425,274	61,484	24,032	36.09	14.46
1902	17.216,994	460,591	64,364	25,080	37.38	13.97
1903	17.380,795	449,559	65,724	24,207	37.69	14.62
1904	17.576,378	430,760	66,515	24,043	37.78	15.45
1905	17.771,586	485,624	76,545	27,795	43.07	15.77
1906	17.876,189	438,442	67,297	23,937	37.64	15.35
1907	18.048,106	453,977	68,125	24,595	37.74	15.00
1908	18.363,184	446,516	65,694	24,098	35.77	14.72
1909	18.573,872	457,786	64,807	23,189	34.89	14.16
1910	18.264,533	426,022	61,595	22,447	33.72	14.46

Az összhálaozás a mellékelt táblázat szerint az abszolút számokban nem mutat lényeges változást. A relatív számokat véve tekintetbe, 1897-ben 1000 lakos közül 28, 1905-ben 27½ és 1910-ben 23.4 halt meg, a javulás tehát aránylag csekély, főleg akkor, ha tekintetbe vesszük, hogy ez idő alatt egész Európában lényegesen javult a halálozások száma. Rossz hygienés viszonyainkban rejlik részben az oka annak, hogy a javulás oly csekély. Azokat jellemző példaként fel-említhetem, hogy 1897-ben Magyarországon a halottak 49.55%-a nem orvoshalottkém által lett megvizsgálva, 1909-ben pedig 47.38%. Az 1909-ben elhunyt 64.807 gümőkóros halott közül 23.189-nél a halál okát nem orvos állapította meg. A vidék orvosi ellátására jellemzők a következő adatok: Árva megyében 1897-ben 12 orvos és sebész működött, 1909-ben 10, Bars megyében 39 helyett 35, míg a gazdagabb vármegyékben a szaporodás is csekélyebb fokú maradt. Nem feladatom e helyen, hogy a hygiene általános hiányaira rámutassak. Egy előbb írt dolgozatban³ rámutattunk arra, hogy maga az első vármegye, Pest megye, mily rossz példával jár elől.

Az összhálaozásra vonatkozó adatok majdnem teljes parallelismust mutatnak a gümőkórhalálozásra vonatkozókkal. Utóbbiakat csak 1897-től vettem a már jelzett okoknál fogva tekintetbe. E parallelismus teljesen érthető, ha tekintetbe vesszük, hogy az összhálaozásnak közel 1/7-e a gümőkór rovatába sorozható. Így 1909-ben 457.786 halott közül 64.807 volt gümőkóros, tehát 100 halott közül 14.16. Az összes többi fertőző betegségben elhaltak száma 44.981 volt, tehát nem érte el a gümőkór pusztítását.

A gümőkórhalálozás 1897 után állandó, bár lassú növekedést mutat. Oka lehet ennek az is, hogy hazánkban ez időben indult meg a gümőkórellenes mozgalom, *Korányi Frigyes* buzdítására lelkes férfiak hirdették mindenütt szóban és írásban a gümőkórellenes harcot, a társadalom fel lett rázva százados közönyéből s így az orvosok is nagyobb gondot fordítottak a körjelzésre, s a laikus halottképek is inkább gondoltak a gümőkór felvételére. Így 1899-ben, a sanatoriumi mozgalmat követő évben a nem orvos halottképek által bejelentett gümőkórhalálozás 26.618-ról 34.344-re emelkedett, a következő évben azoaban ismét csökkent. Az emelkedés maximumát 1905-ben érte el, a mikor 76.545-en haltak el gümőkórban. Azonban nemcsak a gümőkór, hanem más betegségek is sok áldozatot követeltek ez évben az országtól. Mióta

³ Kentzler-Ország: A tatabányai typhusjárvány. Orvosi Hetilap 1911.

Törvényhatóság	Tüdőgümőkórban meghalt					Gümőkórban meghalt														
	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	
Árva	144	265	102	144	298	281	285	282	304	292	306	279	272	257	256	265	229	254	301	
Bars	569	458	552	614	628	589	615	660	604	585	609	647	639	774	619	654	618	542	512	
Esztergom	337	363	336	369	345	335	306	346	335	338	342	345	387	412	362	351	345	326	314	
Hont	206	400	423	405	376	319	320	418	400	470	432	468	422	537	407	465	425	401	331	
Selmecz- és Bélabánya	21	46	49	81	82	85	64	108	102	98	103	95	96	99	92	82	80	74	81	
Liptó	73	69	327	345	386	347	329	367	382	355	362	356	380	406	327	305	317	286	272	
Nógrád	915	834	802	915	882	827	915	1086	935	963	913	1049	1141	1304	1029	1077	1071	1039	966	
Nyitra	1648	1440	1430	1436	1582	1668	1533	1650	1577	1453	1616	1575	1470	1723	1558	1453	1529	1430	1352	
Pozsony	1056	998	1062	1232	1075	1163	1050	1166	1116	1044	1075	1101	1101	1289	1239	1281	1138	1146	1099	
Pozsony város	254	301	231	295	278	267	265	264	245	262	299	285	311	331	340	327	339	361	334	
Trencsén	755	696	680	798	1098	1095	989	1156	1145	1182	1162	1199	1131	1357	1070	1175	1115	1126	1076	
Turóc	9	4	12	63	244	209	197	209	216	189	221	240	242	248	213	233	204	231	189	
Zólyom	659	461	488	431	463	488	486	525	540	520	568	580	510	550	502	577	504	501	492	
Duna bal part																				
Baranya	997	885	817	858	1046	909	944	1016	1001	952	967	929	1051	1193	1047	1055	981	1016	954	
Pécs	149	165	190	225	253	199	167	195	181	197	156	174	170	225	196	211	183	184	191	
Fejér	765	824	604	641	774	778	708	812	794	766	776	820	763	877	830	772	712	667	601	
Székesfehérvár	100	96	98	101	114	118	97	127	109	110	105	157	127	146	128	141	105	123	103	
Győr	356	306	278	359	434	385	419	386	418	412	446	467	430	452	331	419	369	352	303	
Győr város	108	23	102	118	128	114	86	105	82	92	107	95	123	182	146	158	173	144	137	
Komárom	632	669	598	693	627	682	598	729	616	607	632	684	694	749	635	654	673	741	573	
Komárom város	45	43	40	77	46	67	50	92	66	72	65	57	70	74	61	78	62	53	57	
Moson	487	444	381	456	358	455	385	397	418	401	453	411	405	487	414	415	331	350	306	
Somogy	1273	1047	1076	1158	1370	1502	1385	1463	1331	1425	1485	1466	1461	1723	1491	1441	1478	1347	1245	
Sopron	758	639	800	754	991	914	907	975	954	922	973	903	966	1094	956	1048	917	935	834	
Sopron város	157	120	127	124	122	122	110	114	126	134	118	111	123	119	117	128	125	105	94	
Tolna	668	570	619	654	763	788	786	822	847	889	933	787	844	1043	824	899	861	870	769	
Vas	659	1560	1304	1348	1557	1543	1597	1719	1548	1563	1598	1556	1590	1746	1607	1627	1570	1586	1431	
Veszprém	518	695	692	697	784	852	854	975	938	883	890	878	849	997	820	819	775	807	768	
Zala	992	425	874	1020	1981	1701	1596	1732	1587	1671	1821	1662	1741	1995	1738	1804	1806	1664	1502	
Duna jobb part																				
Bács-Bodrog	2355	2007	2303	2360	2198	2041	2084	2078	2290	2186	2267	2322	2408	2687	2445	2442	2426	2438	2235	
Baja	90	56	72	63	87	60	77	89	95	90	97	70	99	97	83	102	108	87	93	
Szabadka	238	202	322	311	360	300	290	358	361	385	516	454	490	605	567	485	448	485	135	
Ujvidék	130	120	117	136	116	131	99	150	142	115	121	121	157	191	160	158	127	172	462	
Zombor	116	92	107	101	93	125	123	115	110	119	122	119	143	124	128	128	111	120	153	
Csongrád	482	439	459	601	475	472	462	494	560	515	540	550	578	699	651	520	557	575	505	
Hódmezővásárhely	245	208	178	224	217	206	168	172	194	203	187	232	227	301	272	225	185	207	174	
Szeged	348	317	302	392	393	287	291	328	346	298	353	359	302	409	335	377	341	348	311	
Heves	702	618	619	1032	1117	1111	1085	1280	1157	1157	1062	1307	1157	1531	1141	1107	1092	1068	993	
Jásznagykunszolnok	1219	1260	1327	1555	1482	1275	1211	1216	1388	1309	1370	1556	1438	1822	1598	1396	1216	1328	1246	
Pestpilissoltkiskun	2212	2304	2408	2866	3274	2729	2748	3112	3178	3162	3174	3502	3664	4437	3761	3936	3708	3858	3575	
Budapest	2211	2358	2110	2230	2611	2646	2734	3095	3182	2884	3006	3051	3287	3582	3337	3490	3221	3135	3133	
Kecskemét	161	178	173	215	201	163	156	174	199	174	179	245	216	257	258	236	210	224	247	
Duna-Tisza-köz																				
Békés	1028	1075	966	1311	1141	1080	940	1100	1132	1125	1304	1358	1341	1570	1452	1333	1223	1218	1137	
Bihar	642	570	652	1355	1873	1968	2145	1958	1909	1894	1919	1868	1909	2311	2213	2074	1900	1829	1910	
Nagyvárad	175	153	163	131	163	152	152	161	197	208	230	231	199	260	228	277	247	264	267	
Hajdu	524	580	516	551	441	493	419	433	504	493	485	588	568	808	678	622	595	561	505	
Debreczen	251	237	248	236	289	240	218	293	330	355	325	331	380	401	361	332	327	329	304	
Máramaros	630	747	766	754	1212	997	934	1074	1182	1036	1217	1145	1037	1147	1082	1236	1226	1115	1123	
Szabolcs	902	934	913	1048	1071	1108	1104	1167	1083	1064	1169	1170	1236	1452	1279	1269	1243	1088	1042	
Szatmár	986	936	985	915	1057	1329	1332	1381	1327	1315	1317	1381	1335	1631	1366	1424	1369	1284	1291	
Szatmárnémeti	72	111	89	89	112	104	113	103	90	95	99	121	108	127	106	196	87	105	125	
Szilágy	518	500	592	565	705	811	792	751	716	705	748	769	771	941	688	771	725	767	781	
Ugocsa	264	217	196	211	328	305	385	341	331	316	394	372	332	382	375	364	367	355	339	
Tisza bal part																				
Abauj	486	354	582	498	593	547	560	689	600	509	601	575	601	641	558	570	543	499	485	
Kassa	113	124	119	171	153	155	157	177	145	132	149	163	151	165	145	177	172	128	144	
Bereg	540	471	591	654	702	657	660	749	693	659	735	785	762	882	723	852	793	795	771	
Borsod	664	840	921	840	1060	982	886	1075	1016	899	924	1101	1007	1200	1027	964	903	819	728	
Gömör	617	591	595	671	863	737	803	830	781	717	756	817	795	893	698	780	742	693	663	
Sáros	72	354	480	502	506	490	445	536	459	477	507	508	552	488	466	493	444	447	417	
Szepes	477	486	525	460	520	560	575	602	598	559	624	551	586	640	527	471	553	535	549	
Ung	403	635	595	439	442	474	460	531	562	473	488	568	542	634	473	529	549	526	505	
Zemplén	764	652	881	897	1008	1003	986	1178	1091	1108	1096	1172	1181	1286	1109	1232	1149	1082	1144	
Tisza jobb part																				
Arad	1032	862	662	1088	1269	1302	1485	1263	1309	1373	1401	1430	1455	1597	1496	1551	1549	1432	1366	
Arad város	243	246	238	233	227	270	229	274	267	226	262	266	285	296	295	293	247	265	277	
Csanád	598	553	489	623	632	500	508	539	596	593	649	627	612	755	688	603	617	555	494	
Krassószőrény	350	864	1083	1145	1375	1346	1439	1433	1514	1474	1499	1466	1543	1635	1480	1538	1623	1559	1555	
Temes	1394	1274	1281	1354	1394	1536	1478	1396	1454	1402	1451	1492	1531	1761	1636	1601	1629	1538	1355	
Temesvár	271	204	231	235	286	244	216	237	236	243	283	246	262	331	292	286	299	304	317	
Versecz	95	94	82	98	114	100	89	114	123	128	112	95	129	123	119	91	96	136	97	
Torontál	1037	1766	2026	2280	2293	2180	2129	2243	2556	2326	2416	2521	2709	3268	2800	27				

Törvényhatóság	Tüdőgümőkórban meghalt					Gümőkórban meghalt													
	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910
Alsófehér	164	267	339	325	806	593	697	608	585	635	587	629	623	725	652	668	676	621	630
Beszterczenaszód	295	258	290	240	288	293	278	303	323	306	327	357	314	356	310	334	307	314	293
Brassó	213	235	264	232	264	270	236	286	307	319	328	332	308	359	295	274	299	315	267
Csik	310	296	305	299	443	389	368	438	436	460	468	468	458	522	483	459	438	458	453
Fogarás	278	168	224	207	218	238	208	259	242	236	263	233	274	279	254	221	222	236	213
Háromszék	426	289	369	299	453	457	386	426	436	431	518	449	446	490	443	487	472	492	420
Hunyad	24	469	590	599	950	807	727	742	849	805	849	860	862	879	874	881	939	907	952
Kisküküllő	188	264	260	166	357	343	378	307	438	405	419	408	405	445	369	416	422	420	398
Kolozsvár	515	611	600	524	788	640	871	757	708	716	819	766	824	953	843	764	845	877	862
Marostorda	135	122	125	135	169	154	158	172	247	195	198	230	246	242	227	220	240	224	232
Marosvásárhely	562	420	439	458	640	648	707	607	690	632	738	691	727	873	756	756	723	670	721
Nagyküküllő	22	34	36	58	55	57	67	60	62	76	70	72	93	74	88	64	73	96	89
Szeben	295	238	319	338	419	443	486	418	462	454	481	504	540	569	473	521	503	528	520
Szolnokdoboka	467	665	475	408	492	524	473	462	450	459	399	462	450	469	455	522	474	484	455
Tordaaranyos	389	400	503	444	743	746	810	761	844	768	892	938	949	984	908	931	925	938	945
Udvarhely	64	165	140	597	491	569	598	508	487	526	538	559	534	665	558	583	531	556	496
Udvarhely	506	328	312	252	392	412	421	386	441	390	451	439	438	442	469	481	476	454	413
Erdély v. Királyhágón túl																			
Fiume	184	192	210	203	202	187	211	205	264	242	243	262	345	351	301	326	372	334	296
Horvátország						9235	9144	10291	9158	9247	10781	10913	11408	12575	10928	10894	11246	11147	

csak statisztikai kimutatásaink vannak, tehát 1892 óta nem volt oly nagy az összhalálozás, mint ez évben, 485.624-en haltak meg. 1905-től kezdve csökkent a halálozás, úgy hogy 1910-ben már csak 61.595-en haltak el a betegségben. Az egyes évekre vonatkozó adatok legjobban akkor hasonlíthatók össze, ha tízezer lakosra számítjuk át őket. Táblázatunkban a csökkenés 1905 óta a következő: 43·07-ről 37·64, 37·74, 35·77, 1909-ben 34·89, 1910-ben 33·72, tehát oly kis érték, a minő 1897-től számítva még sohasem volt, holott tudvalevőleg a statisztikai összeállítás pontosabbá válván, a halálozási számnak növekednie kellett volna, ha tényleges javulás nem állott volna be. A javulást tükrözi vissza az a táblázat is, mely kifejezésre juttatja, hány %-a a gümőkórhalálozás az összhalálozásnak. Így 1905-ben 15·77, 1909-ben már csak 14·16% volt.

Év	Összes halálozás száma	Az elhaltak %-a			
		10—14 év között	15—19 év között	20—24 év között	25—29 év között
1897	453,715	2·31	2·46	2·51	2·18
1898	456,736	2·26	2·36	2·43	2·12
1899	448,756	2·24	2·44	2·60	2·17
1900	449,742	2·22	2·65	2·77	2·25
1901	425,274	2·24	2·76	2·80	2·33
1902	460,591	2·21	2·58	2·69	2·21
1903	449,559	2·38	2·75	2·82	2·32
1904	430,760	2·47	2·95	3·11	2·54
1905	485,624	2·35	2·95	3·11	2·48
1906	438,442	2·23	2·84	3·10	2·52
1907	453,977	2·28	2·76	3·02	2·43
1908	446,516	2·29	2·68	2·99	2·53
1909	457,786	2·28	2·78	2·94	2·53
1910	426,022	2·23	2·79	2·89	2·54

Megerősíti ez adatokat a mellékelt táblázat is, mely kimutatja, mily arányban haltak el a különböző életkorú egyének az 1897—1909. évben. A 20—24. életévek, melyekben a gümőkóros halál a leggyakoribb, 1904-ig emelkedést, azontúl csökkenést mutatnak az összhalálozás %-ában, a mi a mellett szól, hogy ez időpontig tényleg emelkedés állott fenn.

Feltűnő az 1905. évi emelkedés az össz- és gümőkórhalálozásban. Ennek okát kutatva, nem annyira az 1904. évi abnormis időjárásban, mint inkább a rossz termésben sikerült megtalálnom. 1904-ben az elemi csapások és főleg az aszály 558.360 hektár vetésterületet pusztítottak el teljesen, míg 1905-ben csak 279.563-at. Az 1904.-i kár 87·58%-át az aszály okozta. 1908-ban az elpusztult terület csak 135.639 hektár volt. E pusztulás hatását a rossz termés-statisztika szemlélteti. Az 1904.-i abnormis év hatása azonban csak 1905-ben volt látható. Magyarországon az utolsó 12 évben

sohasem volt oly csekély az egyenes és fogyasztási adók bevétele, mint ez évben. Míg az 1904. évben egyenes adóban még 245,332.000 kor. folyt be, 1905-ben már csak 108,177.000 kor., 1906-ban 290,045.000. Az élelmiszerek ára 1905-ben szintén emelkedést mutat az előző évekhez képest. Az 1905. évi nagy mortalitást tehát a nagy szárazság, a velejáró porképződés és a rossz termés, a mely mezőgazdasággal foglalkozó hazánkban minden irányban nagy kárt okozott, segítette elő. E szegény országban, a melynek ipara nincsen, a melyben tehát az egyének és családok sorsa az időjárás szélségeitől függ, érthető, hogy egy rossz termés sok helyen a nyomor, nélkülözés okozójává válik, a mely a tüdővész terjedését elősegíti és gyógyulását megakadályozza.

A szárazság és a velejáró porképződés szerepe a tüdővész terjedésében ismeretes fontosságú s legutóbb *Kuthy* is rámutatott egy dolgozatában, a melyben a tuberculosis elterjedését klimás tényezőkkel, evvel kapcsolatban a porképződéssel hozza összefüggésbe. Kétségtelenül nagy fontosságuk van ezeknek, azonban a gümőkór elterjedésében annyi egyéb körülménynek is lehet szerepe, hogy mielőtt véleményt alkotnánk, szükséges az egész ország gümőkór-térképét megismernünk.

E célból a mellékelt táblázatokban összeállítottam az összes törvényhatóságok gümőkórhalálozását évenként abszolút számokban kifejezve. E számok ugyancsak azt mutatják az egyes törvényhatóságokra nézve, a mit az egész országra nézve már megállapítottunk. 1905-ig folytonosan emelkedés, azontúl csökkenés látható. A legkedvezőbb viszonyok Sáros, Szeben és Árva megyében, Sopron és Zombor városában voltak, a hol még 1905-ben is csökkenés volt látható. A többi törvényhatóság többé-kevésbé jelentékeny emelkedést mutatva a halálozásnak. Összehasonlítás céljából teljesen elégséges tehát, ha az országos gümőkórhalálozást 1897-ben, a használható statisztika első évében, 1905-ben és 1909-ben vetjük egybe. A lakosság szaporodásának tekintetbe vételével egséges alapon 10.000-re számítva találjuk a mellékelt táblázatokban a gümőkórhalálozást megállapítva.

E táblázat s a térkép azt mutatja, hogy a gümőkór 1909-ben a magyar birodalomban a legnagyobb kárt Horvátországban (41·35), a Tisza-Maros szögében (39·09) és a Duna-Tisza közében (37·19) okozta. A legkedvezőbb viszonyok a Tisza jobb partján (31·71) és Erdélyben (31·91) voltak. Középső helyet foglalt el a Tisza bal partja (34·16), a Duna bal partja (34·67) és a Duna jobb partja (35·29). A statisztikának ily rendszer szerinti összefoglalását azonban nem tarthatjuk helyesnek, mert egyes országrészekben igen súlyosan és kevésbé fertőzött törvényhatóságok fordulhatnak elő, másrészt a nagyobb városok rossz viszonyoszámai az átlagos statisztikai számokat befolyásolják s így nem eléggé

hű tükrét kapjuk a valódi viszonyoknak. Legjobb azért a törvényhatóságokat külön-külön áttekinteni. A legkedvezőbb adatokat Somogy, Szepes, Sáros, Besztercze-Naszód, Fogaras, Szeben, Hunyad és Alsó-Fehér megyében látjuk. A legkedvezőtlenebbek Komárom, Békés, Csongrád és Torontál vármegyékben gyűjtettek egybe. Kedvezőtlenebb képet adott a Dunántúl nagy része, a felvidéken Trencsén, Zólyom és Gömör, a Duna-Tisza köze többek között, mint az a táblázatokból, illetve térképből látható. A nagyobb városoknak mintegy fele nagyobb halálozással bír, mint vármegyéje. Jobb viszonyokat mutat megyéjénél Budapest, Győr, Komárom, Sopron, Zombor, Szeged, H.-M.-Vásárhely, Kecskemét, Kolozsvár, Sz.-Németi. Mint a fentebbi táblázatból látható, a legnagyobb pusztulás Fiumében van, 71-93, a melyet megközelítő az egész országban nem akad.

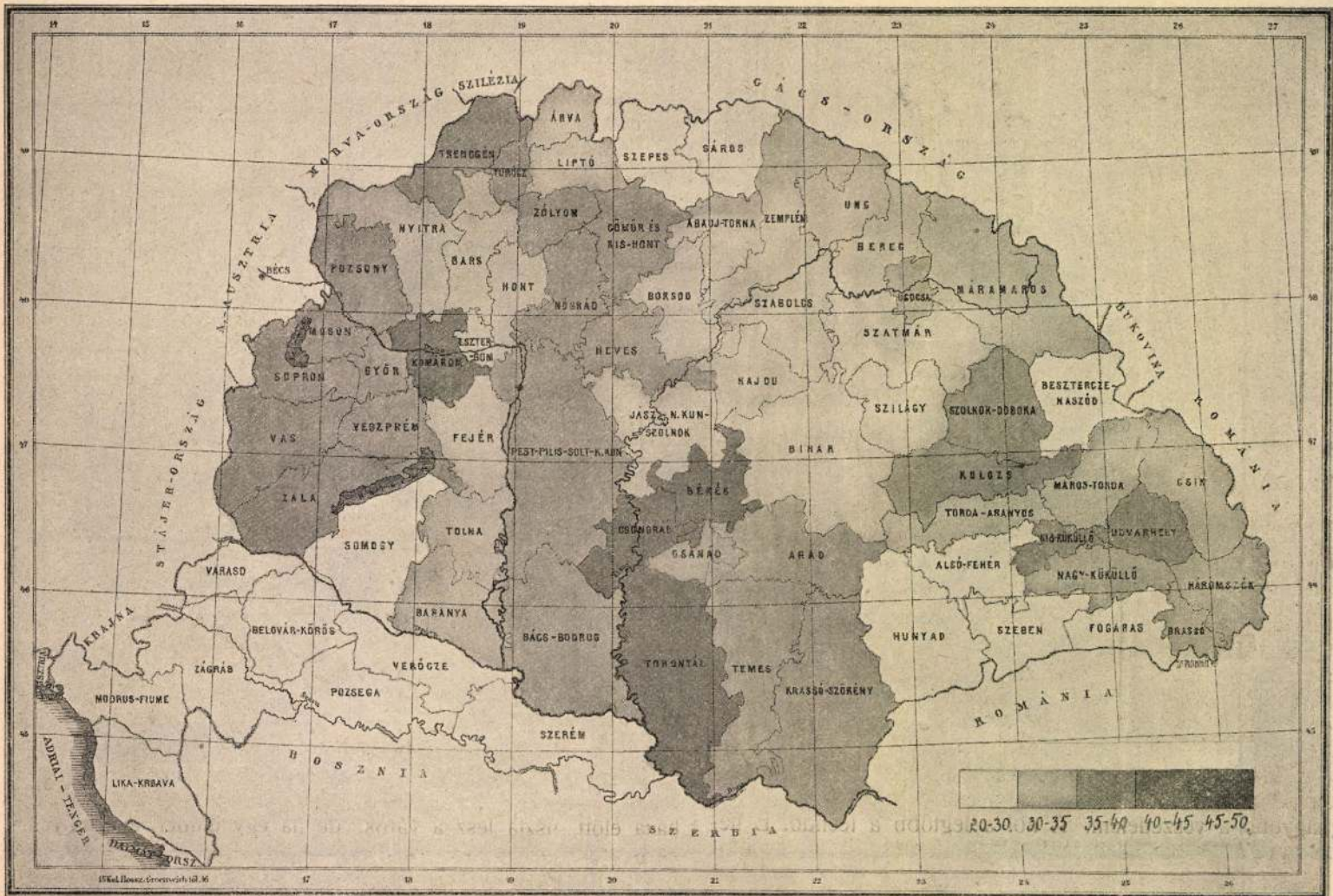
A különböző években nyert adatokat áttekintve, csak kis számmal találunk oly törvényhatóságot, melyben a javulás állandó volt s 1905-ben sem mutatkozott emelkedés. Ilyen Árva, Nyitra, Pozsony város, Pécs, Győr város, Komárom város, Sopron város, Zombor, Budapest, Kassa, Sz.-Németi, Arad város, Temesvár, Hunyad, Kolozsvár és Szeben

Törvényhatóság	Lakosság száma 1897-ben	Lakosság száma 1905-ben	Lakosság száma 1909-ben	Meghalt 10,000-re számítva 1897-ben	Meghalt 10,000-re számítva 1905-ben	Meghalt 10,000-re számítva 1909-ben	Népsűrűség 1 km ² -re számítva 1897-ben
Árva	89,775	84,582	84,467	31.44	30.38	30.07	43.0
Bars	164,619	172,736	180,552	35.78	44.80	30.01	61.6
Esztergom	84,955	92,172	96,105	39.45	44.69	33.92	75.7
Hont	114,111	117,301	120,199	27.95	45.78	33.36	44.5
Selmecz-, Bélabánya	15,798	16,934	17,413	53.80	58.46	42.49	179.5
Liptó	81,575	84,385	87,365	42.53	48.11	32.73	36.1
Nógrád	231,935	252,158	263,884	35.65	51.71	39.37	53.3
Nyitra	430,918	448,059	465,929	38.70	38.45	30.69	75.4
Pozsony	302,084	314,564	324,556	38.53	40.98	35.30	72.9
Pozsony város	52,763	71,627	76,045	50.60	46.21	47.47	703.5
Trencsén	280,931	302,979	318,686	39.01	44.78	35.33	60.8
Turóc	53,266	52,847	54,265	39.23	46.93	42.56	46.3
Zólyom	122,094	130,026	135,790	39.96	42.30	36.89	44.7
Duna bal part	2,024,424	2,140,370	2,225,253	37.89	43.39	34.67	60.3
Baranya	297,035	296,628	299,312	30.60	40.22	34.01	58.7
Pécs	33,995	48,629	51,718	58.53	46.24	35.57	478.8
Fejér	209,142	209,748	216,125	37.19	41.81	30.86	51.8
Székesfehérvár	28,984	33,852	35,253	40.71	43.13	34.89	241.5
Győr	99,339	90,742	92,820	38.75	49.81	38.24	74.4
Győr város	23,617	40,967	43,810	48.27	44.43	32.86	524.8
Komárom	156,643	168,085	176,671	43.53	44.56	41.94	53.8
Komárom város	15,225	20,910	21,761	44.00	35.39	24.35	435.0
Moson	90,862	92,602	94,869	50.07	52.58	36.89	44.5
Somogy	345,343	357,073	366,450	43.49	48.25	28.57	52.9
Sopron	251,869	264,060	260,263	36.28	43.06	35.92	79.4
Sopron város	28,787	35,663	37,379	42.36	33.37	28.09	216.4
Tolna	263,117	255,648	257,174	29.94	40.79	33.83	72.2
Vas	422,231	433,761	445,407	36.54	40.25	35.60	83.9
Veszprém	228,300	226,656	229,940	37.31	43.98	35.09	54.8
Zala	435,191	457,513	472,959	39.08	43.61	35.18	85.0
Duna jobb part	2,929,680	3,022,537	3,101,901	37.98	43.34	35.29	67.4
Bács	620,811	625,507	638,092	32.87	42.95	38.20	64.9
Baja	19,807	20,586	20,683	30.29	47.11	42.06	227.7
Szabadka	77,281	88,432	91,787	38.82	68.41	52.84	80.8
Ujvidék	25,853	31,567	33,039	50.67	60.51	52.05	162.6
Zombor	27,025	31,082	32,238	46.25	39.89	37.22	87.7
Csongrád	131,063	137,046	142,511	36.01	51.01	40.34	71.3
Hódmezővásárhely	57,905	63,170	65,283	35.57	47.64	31.70	70.1
Szeged	93,124	111,144	117,751	30.81	36.80	29.55	114.1
Heves	255,899	265,960	276,323	43.41	57.56	38.65	66.0
Jásznagykúnszolnok	343,523	366,098	381,871	37.11	49.77	34.77	63.9
Pestpilissoltskú	745,152	902,352	975,010	36.62	49.17	39.56	64.0
Budapest	534,247	847,917	935,132	49.54	42.24	33.52	2657.0
Kecskemét	52,451	62,341	66,416	31.07	41.24	33.72	60.1
Duna-Tisza-köz	2,984,141	3,553,202	3,776,136	38.69	47.12	37.19	82.1

Törvényhatóság	Lakosság száma 1897-ben	Lakosság száma 1905-ben	Lakosság száma 1909-ben	Meghalt 10,000-re számítva 1897-ben	Meghalt 10,000-re számítva 1905-ben	Meghalt 10,000-re számítva 1909-ben	Népsűrűség 1 km ² -re számítva 1897-ben
Békés	276,437	288,784	297,672	39.06	54.37	40.91	77.7
Bihar	519,981	557,833	588,094	37.84	41.42	31.06	47.6
Nagyvárad	40,100	54,674	58,162	37.90	47.55	45.39	835.4
Hajdu	146,754	155,993	163,054	33.59	51.79	34.40	61.2
Debreczen	60,671	83,014	90,808	39.55	48.31	36.23	63.4
Máramaros	300,114	331,480	354,761	33.22	34.60	31.42	29.0
Szabolcs	280,912	308,844	325,725	39.44	47.01	33.40	57.1
Szatmár	334,649	358,420	375,930	39.71	45.51	34.15	53.1
Szatmárnémeti	21,896	29,839	32,348	47.49	42.56	32.45	119.7
Szilágy	207,743	217,464	229,200	39.03	43.27	33.46	57.2
Ugocsa	83,263	88,217	92,815	36.63	43.30	38.24	69.9
Tisza bal part	2,272,520	2,474,562	2,608,569	37.78	44.57	34.16	51.1
Abauj	164,816	158,556	159,983	33.18	40.45	31.19	52.0
Kassa	30,601	44,712	48,425	50.65	36.91	26.43	329.0
Bereg	202,903	222,572	235,594	32.38	39.63	33.74	54.5
Borsod	235,948	277,246	241,792	41.61	43.28	33.87	66.8
Gömör	184,736	187,351	191,298	39.89	47.68	36.22	43.2
Sáros	186,726	176,334	178,286	26.24	27.68	25.07	48.9
Szepes	176,312	175,366	178,459	31.76	36.49	29.98	48.9
Ung	153,264	159,494	164,807	30.92	39.75	31.91	50.2
Zemplén	335,236	338,806	341,275	29.91	37.96	31.06	53.2
Tisza jobb part	1,670,542	1,740,437	1,800,163	33.55	39.23	31.71	53.1
Arad	325,287	349,639	363,362	40.02	45.67	39.40	51.4
Arad város	43,367	62,219	66,922	62.28	47.57	39.59	387.2
Csanád	141,440	145,440	148,741	35.35	51.91	37.31	87.4
Krassó-Szörény	426,186	457,516	467,808	31.58	35.73	33.32	43.7
Temes	395,593	411,914	419,118	38.82	42.75	36.69	57.5
Temesvár	39,637	58,164	62,053	61.55	56.90	48.99	1101.0
Versecz	22,487	27,116	28,298	44.47	45.36	48.05	114.1
Torontál	603,653	604,110	611,522	36.11	54.09	43.36	64.6
Pancsova	18,265	19,447	19,507	44.34	57.59	56.90	161.6
Tisza-Maros szöge	2,015,915	2,135,615	2,187,331	37.45	46.25	39.09	58.5
Alsó-Fehér	205,642	221,267	229,976	28.83	32.77	27.00	57.5
B.-Naszód	111,277	125,753	132,126	26.33	28.31	23.76	27.7
Brassó	92,448	98,257	101,218	29.25	36.53	31.12	51.3
Csik	125,421	134,593	140,906	30.22	38.79	32.49	27.9
Fogaras	94,514	94,405	96,185	25.18	29.55	24.53	50.4
Háromszék	138,649	140,045	143,772	32.96	34.99	34.22	39.0
Hunyad	278,743	324,249	339,503	28.95	27.11	26.71	40.2
K.-Küküllő	108,816	113,042	117,546	31.52	39.37	35.73	60.1
Kolozs	205,427	215,019	226,279	31.15	44.32	38.75	40.9
Kolozsvár	34,704	55,106	59,620	44.37	48.92	37.57	267.0
Marostorda	178,456	184,304	191,717	36.31	47.37	34.94	41.0
Marosvásárhely	14,519	21,390	23,049	39.25	34.59	41.65	440.0
N.-Küküllő	144,253	148,457	152,349	30.70	38.34	34.65	46.4
Szeben	157,440	174,006	180,320	32.64	26.95	26.84	47.5
Szolnok-Doboka	232,030	246,858	257,863	32.15	39.86	36.37	45.1
T.-Aranyos	159,978	168,203	175,202	35.56	39.54	31.73	47.5
Udvarhely	118,872	121,090	123,953	34.65	36.50	36.62	34.8
Erdély	2,401,189	2,586,044	2,691,614	31.53	36.06	31.91	43.0
Fiume	31,876	42,999	46,429	58.97	81.63	71.93	1593.8
Horvát Szlavonia	2,326,281	2,560,903	2,693,346	39.69	49.10	41.35	54.7

vármegye. Tehát túlnyomólag városokban mutatkozott javulás, a melyekben a közegészségügy kétségtelenül inkább javult, mint a vármegyékben s a melyekben a lakosság intelligensebb s jobban ki van oktatva. Nyitra megyében a javulás 1905-ig minimalis volt (0.25), 1909-ig azonban elég jelentékeny. Árva, Hunyad és Szeben 1897-ben is az egészségesebb vármegyék közé tartozott. A legnagyobb rosszabbodást 1905-ben Szabadka város mutatta, a melyben közel 30 volt az emelkedés. Nagyobb fokú rosszabbodás Hajdú és Torontálban (18), Hont és Baja (17), Nógrád (16), Heves, Csongrád és Békés (14), Kolozs, J.-N.-K.-Szolnok vármegyében, Pancsova és H.-M.-Vásárhely városokban volt észlelhető. A többi törvényhatóság kisebb-nagyobb rosszabbodást mutatott.

1909



Az 1905-ben megindult javulás azonban 1909-ben már oly szép eredményeket ad, a melyek nemcsak 1905-höz, hanem 1897-hez képest is javulást mutatnak a gümőkórhalálózásban.

Város neve	1897	1905	1909
Selmecz-Bélabánya	53:80	58:46	42:49
Pozsony	50:60	46:21	47:47
Pécs	58:53	46:24	35:57
Székesfehérvár	40:71	43:13	34:89
Győr	48:27	44:43	32:86
Komárom	44:00	35:39	24:35
Sopron	42:36	33:37	28:09
Baja	30:29	47:11	42:06
Szabadka	38:82	68:41	52:84
Ujvidék	50:67	60:51	52:05
Zombor	46:25	39:89	37:22
Hódmezővásárhely	35:57	47:64	31:70
Szeged	30:81	36:80	29:55
Budapest	49:54	42:24	33:52
Kecskemét	31:07	41:24	33:72
Kassa	50:65	36:91	26:43
Nagyvárad	37:90	47:55	45:39
Debreczen	39:55	48:31	36:23
Szatzmárnémeti	47:49	42:56	32:45
Arad	40:02	45:67	39:40
Temesvár	61:55	56:90	48:99
Versecz	44:47	45:36	48:05
Pancsova	44:34	57:59	56:90
Kolozsvár	44:37	43:92	37:57
Marosvásárhely	39:25	34:59	41:65
Fiume	58:97	81:63	71:93

Külön tekintve át a városokat és vármegyéket, rosszabbodást 1905-höz képest Pozsony, Nagyvárad, Versecz, Pancsova és Marosvásárhely városában látunk. 1907-hez képest a legnagyobb mértékben Fiumében mutatkozik rosszabbodás, kevésbé Baján, Szabadkán, Ujvidéken, ezek azonban 1905-höz képest javulást mutatnak fel.

A vármegyéket véve sorra, a legkifejezettebb javulás 1897-hez képest Liptó, Bars, Nyitra, Esztergom, Moson, Fehér, Somogy, Borsod, Heves, Szabolcs, Szatmár, Szilágy, Hunyad és Fogaras megyében volt látható. Javulás volt azonkívül a Dunántúl nagy részében, a felvidéken, Erdélyben, a Tisza-Maros szögében, ellenben a Duna-Tisza közén csak J.-N.-K.-Szolnok megyében. Nagy mértékben romlott Hont, Ugocsa, Bács és Torontál megye. Kevésbé romlott Turóc, Zemplén, Ung, Hajdu, Nógrád, Pest, Csongrád, Békés, Csanád, Krassó-Szörény, Tolna, Baranya, Szolnok-Doboka, Kolozs, Csík, Udvarhely, Háromszék, Brassó és Küküllő megye, mint a fenti térképekből látható. E térképek bizonyos osztályzatokon belül a gümőkór elterjedésének fokát önként megállapított határokon belül ábrázolják, kisebb javulást, illetve rosszabbodást nem tüntetnek fel.

Az a törekvés, hogy megállapíthassuk, mely körülmények az okai a gümőkórhalálózás növekedésének, csökkenésének és általában elterjedésének, nem járt minden tekintetben eredményrel. *Kuthy*-nak már említett dolgozatára támaszkodhattunk e munkában, a ki kimutatta, hogy sem a népsűrűség, sem a népfaj, a műveltség és a foglalkozás hazánkban nem látszik befolyással lenni a gümőkór elterjedésére. Kimutatható legnagyobb hatása az erdőségeknél és az éghajlatnak van. Ez utóbbi felvétel helyességét a mi adataink is bizonyítják, melyek az 1894. évi időjárás és aszály hatását szemléltetik. Kétségtelenül nagy befolyása van a gümőkór terjedésére a forgalom növekedésének is. Azok a határszéli megyék, a melyek a szomszéd országgal kevés érintkezésben állanak s főleg azok, a melyek hegységgel vannak elválasztva, a legjobb adatokat szolgáltatják. Kivétel e tekintetben a Dunántúl nyugati része és Bács, Torontál, Temes megye. Amaz élénk forgalomban áll Ausztriával, utóbbi Szerbiával, a melyben a gümőkór nagy mértékben pusztít.

S bár e körülményeket tekintetbe vettük, nem tagadható, hogy azoknak csak elősegítő szerepük van a socialis nyomorusággal együtt a gümőkórhalálozás előidézésében. A lényeg az ország szerencsétlen közegészségügyi viszonyaiban rejlik. Nemcsak a csekélyebb műveltségű parasztság, hanem sokszor a nép vezetői sem törődnek a közegészségügy követelményeivel s ez indolentia következménye a nagy halálozás. Az alföldi éghajlat, mint említettük, csak elősegítője a gümőkórnak, de okozója a sok beteg, a ki a betegség csiráinak terjesztője. A hol a védekezésre kellő súlylyal felhívták a figyelmet, ott javulás észlelhető. Esztergom, Bihar, Nyitra, Komárom, Győr, Arad, Vas, Trencsén, Somogy, Szepes, Bihar megye intelligentiája látott többek között nagyobb erélylyel hozzá a gümőkór elleni küzdelemhez s e vármegyékben csakugyan javulás állapítható meg. Így vagyunk Budapest, Szeged, Arad s Temesvár városáv l is. Csak Nagyvárad nem tudott eddig eredményt elérni. Az országos statisztika és a jelzett adatok tehát kimutatják, hogy mióta nálunk a gümőkór ellen intézkedések történtek, azóta határozottan javulás állott be, főleg ott, a hol a küzdelem fokozott mértékben történt. S e tapasztalati igazság, mely *Korányi Frigyes* báró kezdeményező munkásságának sikerét hirdeti, arra ösztönöz, s kell, hogy ösztönözze az ország minden hű fiát, hogy minden lehetőet elkövessen a kór elleni küzdelem érdekében.

E küzdelem módjai a prophylaxis és a sanatorium, a dispensaire és egyéb intézmények révén ismeretesek. A prophylaxis és a sanatoriumi mozgalom nem ellentétese egymásnak, hanem kell, hogy kiegészítse egymást. Sanatoriumok, tüdőkörházak nélkül kellő prophylaxis sem képzelhető el; a betegek gyógyítása és izolálása a legideálisabb prophylaxis. Ez intézmények létesítésekor természetesen az ország anyagi viszonyai is tekintetbe veendőek. A gümőkórellenes harcznak figyelembe kell vennie azokat a helyeket, a hol a legnagyobb a veszedelem. A hol a legtöbb a teendő. E helyek jegyzéke a mellékelt táblázatban látható. E törvényhatóságok feladata, hogy állami segítség igénybevételével mindent elkövessenek, a mi csak módjukban áll.

Város neve	1909 lakos köz. meghalt	1905-höz viszony. tendentia	1897-hez viszonyítva
Fiume	71:93	javulás	— romlott
Pancsova	56:90	„ kevés	— „
Szabadka	52:84	„	— „
Ujvidék	52:05	„	— „
Temesvár	48:99	állandó javulás	— javult
Versecz	48:05	romlik	— romlott
Pozsony	47:47	„	— javult
Nagyvárad	45:39	csekély javulás	— romlott
Selmecz-Bélabánya	42:49	javulás	— „
Marosvásárhely	41:65	romlik	— „
Baja	42:06	javul	— „
Arad	39:40	„	— javult
Kolozsvár	37:57	„	— „
Zombor	37:22	„	— „
Debreczen	36:23	„	— „
Pécs	35:57	„	— „

E törvényhatóságok kutassák ki járásaikban, községeikben azokat a részeket, melyekben a gümőkór leginkább el van terjedve, a mint azt Vas vármegye tette, midőn gümőkór-térképet állított egybe 1904-ben községeiről. *Fáy* 1906-ban vizsgálta át Moson vármegyét. S ily szempontból állítottam össze *Steinfest* dr.-ral Budakeszi község gümőkórtérképét. Ez adatok szerint a község lakossága ott mutatja be a legnagyobb pusztulást, a hol a nyaralók, többnyire tüdőbetegek bérelnek lakást s a hol a prophylactikus intézkedések teljesen el vannak hanyagolva. A tüdőbeteg-sanatoriummal leginkább érintkezésben álló, a munkásosztálytól lakott kerületekben viszont a legkisebb a halálozás. A sanatorium tehát nem fertőzi környezetét. Ellenben a községben hiányos a hygienés szabályok végrehajtása. S a térkép meg-

jelöli azt is, hol kell ezeket a legnagyobb szigorral betartani s betartásukat ellenőrizni.

Vármegye	1909 lakó közül meghalt	1905-höz viszony. tendentia	1897-hez viszonyítva
Torontál	43:36	javul	+ romlott
Turóc	42:56	„	— „
Békés	40:91	„	— „
Komárom	41:94	kevés javulás	— javult
Csongrád	40:34	javul	— romlott
Pestpilissoltkiskun	39:56	„	— „
Arad	39:40	„	— javult
Nógrád	39:37	„	— romlott
Kolozs	38:75	„	— „
Heves	38:65	„	— javult
Győr	38:24	„	— „
Ugocsa	38:24	„	+ romlott
Bács	38:20	„	+ „
Csanád	37:31	„	— „
Zólyom	36:89	„	— javult
Moson	36:89	„	— „
Temes	36:69	„	— „
Udvarhely	36:62	romlott	— romlott
Gömör	36:22	javul	— javult
Szolnokdoboka	36:37	„	— romlott
Sopron	35:92	„	— javult
Kisküküllő	35:73	„	— romlott
Pozsony	35:30	„	— javult
Trencsén	35:33	„	— „
Vas	35:60	„	— „
Zala	35:18	„	— „
Veszprém	35:09	„	— „

Korányi tanár egy beszédjéből citálok, midőn a következő sorokat iktatom ide, melyek éppen a közegészségügy szempontjából igen értékesek: „Ha minden ember seper a háza előtt, tiszta lesz a város, de ha egy ember akármilyen nagy seprével áll is a piacra, legtöbb kapu előtt ott marad a szemét. Sokak apró tevékenysége hozza létre a nagy eredményt.“ Ha minden község maga ügyelne a prophylaxisra, védné a gyermekeket a fertőzéstől, az egész törvényhatóság pedig gondoskodnék dispensairekről, a melyek felállítására sok helyen valóban csak csekély összeget igényelne, s ha minden törvényhatóság kisebb-nagyobb tüdőbeteg-kórházakat állítana fel sanatoriumi jelleggel, valamint sanatoriumokat, akkor kétségtelenül nagy lépéssel haladnánk előre a pusztító gümőkór leküzdésében. E munka a már megjelölt törvényhatóságokban volna megkezdendő. S bizton remélhetjük, hogy ily irányú munkásság mellett hazánkban a gümőkór továbbra is és nagyobb mértékben fog csökkenni s e csökkenés révén el fogja veszíteni Magyarország azt a szegényteljes helyzetet, a melyet jelenleg a világ összes nemzetei között gümőkórhalálozása miatt elfoglal.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A. Decastello und A. Krjukoff: Untersuchungen über die Struktur der Blutzellen. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg.

A bécsi tudományos akadémia anyagi támogatásával végzett tanulmányaik alapján a szerzők azt hiszik, hogy a vörsejteknek úgy a teste, mint a magja rostok gomolyából áll. A sejtprotoplasma és a sejtmag nem különálló két sejtalkotórész, hanem a legszorosabb viszonyban áll egymással, a mennyiben a magot alkotó rostok átmennek a sejttestbe és ennek részeivé válnak. A sejtgranulatiók nem váladékcseppecskéi a sejttestnek, hanem a protoplasmastoknak különbözőképpen átalakult segmentumai. A vérlemezkék a leukocyták cytoplasmájából származnak és szerkezetükben különbségeket tüntetnek fel a szerint, hogy milyen sejtfaftából eredtek. A szerzők nyolcz színes táblán mutatják be azokat a képeket, a

melyek alapján a fentebb röviden vázolt eredményekre jutottak, a melyek mindenesetre érdekesek és talán más sejtíftákra is alkalmazhatók lesznek. Nagyon valószínű azonban, hogy megtámadtatásban is lesz részük. A dolgozat az innsbrucki egyetem belklinikáján készült.

Fortschritte der deutschen Klinik in akademischen Vorlesungen. Herausgegeben von Prof. F. Klemperer. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg.

A Leyden és Klemperer által kiadott „Die deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts“ című nagy gyűjtőmunka oly nagy kedveltségre tett szert, hogy elhatározták a folytatását a fentebb jelzett címen. Úgy tervezik, hogy minden évben adnak egy kötetet, a melyben válogatott szakemberek ismertetik az orvostudomány legaktuálisabb kérdéseit. A nemrégiben megjelent terjedelmes második kötet változatos tartalma a következő: *Dubois*: Psychotherapia; *Grober*: A heveny járványos gyermekhűdés; *Determann*: A vegetarismus; *Krause*: A belső bajok Röntgen-diagnostikájának és Röntgen-therapiájának haladása; *Nobl*: A varixokról; *E. Meyer*: A diabetes insipidus; *A. Schmidt*: Diaetás konyha és mesterséges tápkészítmények; *Lüdke*: Fehérjevétel és vesegyulladás; *Wessely*: A szemészet haladása; *Hübener*: Tápszermérgezések; *H. Vogt*: Üregképződés a gyermeki tüdőben; *Clemens*: A diffus májbajok okai és alakjai; *Haike*: Az orr melléküregeinek megbetegedései; *Helbing*: Orthopaedia és idegbajok; *E. Friedberger*: Az anaphylaxia. A mint e címekből látjuk, csakugyan aktuális közleményeket nyújt ez a kötet is. A egyes dolgozatok kimerítő, némelyikük szinte monographia számba megy, így például az anaphylaxiáról szóló, a psychotherapiát tárgyaló, a tápszermérgezéseket ismertető; e mellett a tárgyalás módja olyan, hogy a gyakorló orvosnak könnyű és kellemes olvasmány a kötet, a melynek ára 30 k. 40 f.

Új könyvek:

E. Behring: Einführung in die Lehre von der Bekämpfung der Infektionskrankheiten. Berlin, A. Hirschwald. 15 m. — *H. Kaposi* und *G. Port*: Chirurgie der Mundhöhle. 2. Auflage. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 6 m. — *Orłowski*: Eindrücke und Erfahrungen über Syphilisverlauf und Behandlung. Würzburg, C. Kabitzsch. 0.85 m. — *L. M. Bossi*: Die gynäkologische Prophylaxe bei Wahnsinn. Berlin, O. Coblentz. 3 m. — *O. Dornblüth*: Die Schlaflosigkeit und ihre Behandlung. Leipzig, Veit und Comp. 2.40 m. — *M. Faulhaber*: Die Röntgendiagnostik der Magenkrankheiten. Halle, C. Marhold. 2 m. — *A. Hoffmann*: Diät-Therapie bei Herzkrankheiten. Halle, C. Marhold. 1.40 m. — *Hermann*: Das moralische Fühlen und Begreifen bei Imbezillen und bei kriminellen Degenerierten. Halle, C. Marhold. 2.10 m. — *L. Laquer*: Die Heilbarkeit nervöser Unfallsfolgen. Halle, C. Marhold. 3.50 m. — Zwei Jahre Salvarsantherapie. Herausgegeben von Ehrlich, Kraus und Wassermann. Leipzig, G. Thieme. 6.50 m. — *C. Oppenheimer*: Grundriss der Biochemie. Leipzig, G. Thieme. 9 m. — *Domarus*: Taschenbuch der klinischen Hämatologie. Leipzig, G. Thieme. 4 m. — *F. Fischer*: Ulcera varicosa. Ihre Behandlung mit Berücksichtigung der Indikationsstellungen. Leipzig, Veit und Comp. 1 m. — *Thorkild Røvsing*: Unterleibs-chirurgie. Leipzig, F. C. W. Vogel. 18 m. — *H. Arnsperger*: Die Röntgenuntersuchung des Magen-Darmkanals und ihre Ergebnisse für Physiologie und Pathologie. Leipzig, F. C. W. Vogel. 5 m. — *F. M. Groedel*: Die Magenbewegungen. Hamburg, Gräfe und Sillem. 34 m. — *Frankl-Hochwart, Noorden und Strümpell*: Die Erkrankungen des weiblichen Genitales in Beziehungen zur inneren Medizin. Bd. I. Wien, A. Hölder. 22.40 m. — *M. Joseph*: Handbuch der Kosmetik. Leipzig, Veit und Comp. 25 m. — *G. Luys*: Traité de la blennorrhagie et de ses complications. Paris, O. Doin et fils. 25 fr. — *W. Watson Cheyne*: Tuberculous diseases of bones and joints. Second edition. Oxford medical publications. 16 sh. — *J. B. Mennell*: Treatment of fractures by mobilization and massage. London, Macmillan and Co. 12 sh. — *G. Barton Cutten*: Three thousand years of mental healing. Oxford medical publications. 6 sh.

Lapszemle.

Belorvostan.

A chlormegvonás gyógyhatásáról hypersecretio ventriculi eseteiben értekeznek *H. L. Richartz*. Sómentes vagy sószegény táplálék mellett a főétkezés után kb. 2¹/₂ órával gyomormosás útján megszünteti a gyomrot tartalmától. Az így eltávolított ételeket újból pótolhatja utána a beteg újabb táplálékfelvétellel. A gyomormosás fájdalommentessé teszi a beteget. A vizelet chlorid-tartalma rövidesen

jelentékenyen leszál, így pl. egyik esetben 12.5 gr.-ról 1.5 gr.-ra. A próbareggeli sósavtartalma az első 2–3 napon változatlan maradt, a 4. naptól kezdve azonban csökkenni kezdett s e csökkenés állandóan folytatódott. A gyomormosás kihagyása után is továbbra sószegény diaetán tartjuk a beteget, míg a tartós gyógyulás bekövetkezik. *Richartz* 9 esetben alkalmazta ezen eljárást. Közülök 4-ben a hypersecretio continuus volt. Csupán 2 esetben maradt el a hatás. Minthogy ily szigorú diaeta keresztülvitele igen nagy elhatározást s akaratot követel a betegtől, azért csak a legsúlyosabb esetekben alkalmazza. A konyhasó pótlására esetleg natriumphosphatot vagy natriumbromidot lehet adagolni. Egyéb betegségekben, a hol a dechloruratio indikált, így pl. nephritisben, szintén megkísérhető a gyomormosás útján végzett sómegvonás. (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, 14. sz.)

Galambos dr.

Sebészet.

A májrepedéssel kapcsolatban beálló bradycardiáról ír *H. Finsterer*. A májsérülések exact diagnosisa sokszor igen nagy nehézségekkel jár és ezért minden olyan újabb tünet, melynek segítségével ezt megkönnyítjük, fontos-sággal bír. A szerző egy esetét ismerteti, mely 46 éves nőbetegre vonatkozik, a ki ³/₄ órával felvétele előtt hasának felső részében súlyos sérülést szenvedett. A májtájék igen érzékeny volt, reflectorius hasfali feszülés volt jelen, kicsiny pulsus, percenkint 76, a mi mellett az arcz halványsága hiányzott. A további megfigyelés alatt a pulsus száma 54-re csökkent, a mellett azonban elég erős lett, egyidőben a beteg mind halványabbá vált, szájában nagyfokú szárazságról és szeméi előtt mutatkozó elsötétedésről panaszkodott. Három órával a sérülés után a pulsus ismét 80-ig ment fel. A midőn a beteg végre beleegyezett a műtétbe, 4 órával a sérülés után, laparotomia végeztetett. Májrupturát találtak, mely kb. 6 cm. hosszú s a májon teljesen áthatoló volt. A sérülés összevarrása, a véralvadéknak a hasüregből való eltávolítása után a hasüreg elzáratott. Reactionentes gyógyulás. A műtét után már az első napon a vizeletben nagy mennyiségű epesavas sók jelenléte volt kimutatható, a második napon icterus jelentkezett.

A szerzőnek állatkísérleteiben is, a hol laparotomia alkalmával a máj egy részét összezüzta, 1–2 órával a műtét után a pulsusnak jelentékeny számbeli csökkenése volt kimutatható. *Busalla* és *Näcke*-nak ama feltevése, hogy a pulsuszám ezen csökkenése a vérnek a hasüregben való felgyülemése és reflectorius úton a vagusok izgalma következtében jön létre, nem valószínű, mert az említett tünet akkor is észlelhető volt, a midőn a vagusokat a nyakon előzőleg átmetszették.

Azon esetekben, a hol a májsérülés mellett a pulsus szaporasága áll fenn, valószínű, hogy az anaemia nagyobb-fokú, mint az epealkotórészek felszívódása, úgy hogy a pulsus szaporasága a már igen előrehaladott vérvesztés következménye. De másrésről feltehető, hogy néha az esetek oly későn jutnak megfigyelés alá, hogy a bradycardia már tachycardiába ment át. Természetesen a műtét javalatának felállításakor az említett tünet mellett is igen óvatosságnak kell lennünk, mert a májtok repedése nélkül létrejövő centralis májsérülések esetén műtétre nincs szükség, ezen sérülések spontan is meggyógyulhatnak. Ha azonban a bradycardián kívül az anaemia tünetei lépnek előtérbe, a hasfal feszessége, a hasüregben szabad folyadék jelenléte mutatható ki, akkor igen valószínű, hogy olyan májsérüléssel van dolgunk, a hol a máj tokja is megsérült és azonnali műteti beavatkozásra van szükség. (Wiener klin. Wochenschrift, 1912, 11. sz.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Nőorvostan.

Anaërob streptococcus - törzsek előfordulásáról egészséges asszonyok és gyermekek hüvelyében ír *Rosowski*. *Schottmüller* postabortiv és puerperalis sepsis eseteiben kimutatta, hogy az anaërob streptococcus ezeknek a folyamatoknak előidőzésében jelentékeny szerepet játszik;

ezen esetekben fel lehet tennünk, hogy a fertőzés autogen úton állott elő. Mert míg az aërob törzsekről, melyeket a hüvely bacteriumflorájában, meg a vérben is ki lehetett sokszor mutatni, feltételezhető volt, hogy hiányos deszficiálás következtében kívülről vándoroltak be, addig az anaërob törzsekről ez valószínűtlen és inkább felvehető, hogy ezek az anaërob törzsek már ott voltak a hüvelyben és autogen fertőzést hoztak létre. *Rosowski* kimutatja, hogy egészséges asszonyok, érintetlen gyermekek hüvelyében olyan csírák tanyáznak, melyek ott saprophyta-módon vegetálnak, de alkalomadtán (szülés, vetélés alkalmával) súlyos megbetegedést, akár halálos kimenetellel okozhatnak. Szülés alatti vizsgálódáskor, műtétek alkalmával könnyen felvihet csírokat a műtő keze s ezt a lehetőséget az intrauterin beavatkozások indicatiójának felállításakor mindig tekintetbe kell venni. (Zentralblatt f. Gynäk. 1912, 1. szám.) *Scherer dr.*

Gyermekorvostan.

A scarlatina fertőzőképességének tartamához szolgáltat adatokat *Baginsky*. Anyagából 45 olyan esetet tudott összeválogatni, a hol scarlatinából kigyógyult gyermekek a kórházból hazatérve, otthon fertőzés forrásává váltak; megjegyzendő, hogy az illetőkön a hámlás már teljesen befejeződött s egyáltalában semmiféle kóros jelenség sem volt rajtuk észlelhető. Az újabb megbetegedések nagyobb része a scarlatinában szenvedett gyermeknek a kórházból visszatérte utáni 3.—5. napon jelentkezett, a mi egyezik azzal a régi felvétellel, hogy a vörheny lappangási szaka átlag 3—5 nap; voltak azonban esetek, a melyekben jóval később, a 7., 10., sőt 25. napon fordult elő az újabb megbetegedés. A szerző azt hiszi, hogy a scarlatinából kigyógyultak egy részének nasopharynxában marad vissza a fertőző anyag és ezen úton veszélyezteti a környezetet. Érdekes még a szerzőnek következő megfigyelése: a kórház sebészeti osztályán néha egy vörheny-megbetegedés mutatkozik, a nélkül, hogy a fertőzés forrása ki volna mutatható; az idők folyamán előfordult 12 ilyen eset közül 6 olyanokra vonatkozik, a kik leforrázás következtében szenvedtek égett sérüléseket. Úgy látszik tehát, hogy az ilyenek különösen hajlamosak vörhenyre. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 16. szám.)

Venereás betegségek.

A syphilit mint megvakulást okozó tényezőt vizsgálta fiatal egyéneken *J. Igersheimer* (Halle a. S.). A szerző értékes és érdekes adatai aránylag kis anyagra — a hallei vakok intézete 187 növendékének vizsgálatára — támaszkodnak. Ez az első vizsgálat, mely a fiatalok vakosságának syphilit aetiologiáját nemcsak anamnesis-alapon, hanem a *Wassermann*-féle reactio segélyével is kutatja. Míg a gonorrhoeának szomorú szerepét a fiatalok vakosságában már régóta eléggé ismerjük, addig a syphilit alig, s az eddigi gyér adatok is fölötte eltérők egymástól. A 187 20 éven aluli vak egyén közül a syphilit 17%-ban lehetett kimutatni. A syphilit 32 beteg közül azonban több olyat kellett kirekeszteni, a kinek a vakága nem hozható szoros összefüggésbe az előző syphilittel. De gondos körületekkel még mindig maradt 8.6%, a melyben a szerző biztosan fölveszi, hogy a syphilit mint a vakágot kiváltó ok szerepelt. A 8.6%-on kívül a lues még 4.8%-ban szerepel mint a megvakulást több-kevesebb valószínűséggel előidéző tényező. Összesen tehát 13.4%-ban állapítja meg a szerző a syphilit aetiologiai szerepét. Figyelemre méltó, hogy a vakoknak ez a csoportja csaknem kivétel nélkül congenitalis luesben szenvedett. Megdöbbentő mindebből, hogy mily nagy a syphilit arányszáma, mely csak alig valamivel kisebb a gonorrhoeánál (14.4%). Valószínű azonban, hogy a szerző statisztikájában szereplő ez a föltűnő alacsonynak látszó blennorrhoeás százalék helyi és egyéb viszonyokban leli magyarázatát, mert a legtöbb szerző idevágó összeállításában a blennorrhoeás vakág jóval magasabb arányszámmal van kép-

viselve. De azért már *Igersheimer* statisztikájából is kiderül, hogy a fiatalok vakoknak közel egy harmadában (27.8%) kórokozónak a nemi bajok szerepelnek. Némileg hasonló magas arányszámban a szerző statisztikájában még csak a veleszületett anomáliák (retinitis pigmentosa, cataracta congenita stb.) fordulnak elő. A többi aetiologiai tényező (scrophulosis, diphtheria, sérülés) ezzel szemben sokkal kisebb arányban szerepel. A syphilit vakág esetei közül leginkább az opticus-atrophiák és chorioretinitisek csoportja, továbbá néhány hydrophthalmus congenitus jött tekintetbe. E bajoknak lueses eredetét a szerző részben a positiv Wassermann-reactióval állapította meg. (Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1911, XII. k. 7. f.)

Guszman.

Orthopaedia.

Az osteotomizált angolkóros csont műtét utáni hossz-növekedésről értekeznek *F. Brandenburg* (Winterthur). Angolkóros lábszárelgöbülések miatt végzett osteotomiák egész sorozatában azt észlelte, hogy 2—3 hónappal az operatio után mintegy 2—8 cm. hossz-növekedés volt konstatalható. A gyermekek 3—4 évesek s még fiatalabbak voltak a műtét idején. Noha elfogadja a Lorenz-klinika álláspontját, hogy 4—5 éves kor előtt angolkóros elgöbülések ne korrigáltassanak véres úton, mégis elkerülhetlen a műtét a lábszárcsontok alsó harmadának a szögbetörésekor, a mikor nem várható a spontan javulás, sőt rosszabbodás áll be és compensatorius elgöbülések fejlődnek ki. Bár az észlelt hossz-növekedésből pár centiméter a kiegyenesítésre számítandó, mégis a további mérések alkalmával 2—3 hónapon belül konstatalt 3—4 centiméter hosszabbodás fokozott növekedésnek tekintendő, a minek alapján a priori nem lehet kétségbe vonni, hogy az osteotomia bizonyos esetekben mesterséges növekedésre izgató beavatkozásnak tekintendő. *Kopits dr.*

Kisebb közlések az orvogyakorlatra.

A digipuratummal tett tapasztalatokat közli *Siebenrock* a Noorden-klinikáról. Mindenekelőtt kiemeli, hogy a digipuratum nem bántja a gyomrot; így egy esetben a súlyos szívinsufficienciában szenvedő beteg másodnaponként 8—8 jablettát (megtörve) vett be egyszerre 10 héten át, a nélkül, hogy bárminemű kellemetlenség mutatkozott volna. A bőr alá fecskendezés nem ajánlható, mert fájdalmas beszűródés keletkezik. A mikor gyors és tartós hatás a célunk, 4—6 cm³ digipuratum-oldat intramuscularis befecskendezése ajánlható; ez alig okoz fájdalmat, sőt ha egyidejűleg 1 milligramm morphiomot is teszünk az oldathoz, még érzékeny emberek is fájdalom nélkül tűrik. Intravenásan elég 2—3 cm³, a hatás ilyenkor úgyszólván rögtön beáll. Nagy előnye a digipuratum befecskendezésének a strophantinéval szemben, hogy a hatás sokkal tartósabb. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1912, 9. szám.)

Az arsenferratoset *Nikolskaja* általános vérszegénység, táplálkozás-zavar, idegesség és műtét utáni gyengeség eseteiben nagyon jó eredménnyel használja. Felnőtteknek 30—40 grammot, gyermekeknek 2 kávékanálnyit ad naponként. A betegek jól tűrik, csak két esetben kellett beszüntetni a használatát az előző betegség által feltételezett gyomor-bélzavarok miatt. (Terap. Obosrenie, 1912, 3. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 19. szám. *Schulhof Vilmos*: A polyneuritis rheumaticáról. *Balás Dezső*: Esetek a gyermekkor sebészetének köréből.

Orvosok lapja, 1912, 20. szám. *Verebély Tibor*: A bőr fertőzőes betegségei. *Erdős Adolf*: Tizenhét havi tapasztalat a salvarsannal.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 20. szám. *Lenkei V. D.*: A balneologiai szempontból fontos és szükséges meteorologiai megfigyelések. *Kovács Bertalan*: Csecsemők kanyarójáról. „Bőr- és bujakortan” melléklet, 2. szám. *Schein Mór*: A hajszálak növeése. *Deutsch Artur*: Bőr- ipari munkások bőrbetegségeiről. *Weinberger Miksa*: A keloidos hegek gyógyítása.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. *Hainiss Géza* dr. egyetemi magántanárnak és köz-kórházi főorvosnak, valamint *Morelli Károly* dr. egyetemi magántanárnak és kórházi rendelő főorvosnak az udvari tanácsosi, *Királyfi Armin* dr. székesfővárosi gyakorló orvosnak a királyi tanácsosi címet, *Balogh Elek* dr.-nak, Nagyszalonta orvosának pedig a Ferencz József-rend lovageresztjét adományozta a király.

Kinevezés. *Fischl Manó* dr. baccscentiváni községi orvost tiszteletbeli járásorvossá nevezték ki.

Alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán. Megválasztották az I. sz. nőklinika: *Tassy Zoltán* dr. díjas gyakornoknak, *Komássi Mihály* dr. és *Csákányi Győző* dr. gyakornoknak; a II. sz. nőklinika: *Schmidlechner Károly* dr. tanársegédnek (meghosszabbítás); az ideg- és elmekértani klinikához: *Bakody Aurél* dr. és *Vértés Lajos* dr. díjas gyakornoknak (meghosszabbítás); a szemészeti klinikához: *Alexander Erzsébet* dr. gyakornoknak; a Röntgen-intézet: *Szabó Ince* tanársegédnek. — A *Wagner*-féle utaztató ösztöndíjat a tanártestület *Hruby Ede* dr.-nak ítélte oda.

Tiszti orvosi vizsgák. A Kolozsvárt legutóbb tartott vizsgák alkalmával képesítést kapott: *Acs Sándor*, egyetemi tanársegéd, Kolozsvár; *Elthes Béla*, járásorvos, Csíkszereda; *Gergely Endre*, egyetemi tanársegéd, Kolozsvár; *Jaeger Kálmán*, gyakorló orvos, Szatmár; *Krenrich János*, klinikai gyakornok, Kolozsvár; *Mátyás Mátyás*, klinikai gyakornok, Kolozsvár; *Rucska Mihály*, gyakorló orvos, Kolozsvár; *Sajó Lajos*, klinikai gyakornok, Kolozsvár; *Tóth Ödön*, körorvos, Garádna (Abaujmege).

Magyarország szemorvosainak egyesülete május hó 25.-én és 26.-án tartja VIII. közgyűlését a budapesti egyetem I. számú szemklinikájának tantermében. Az első ülés, a melyen a *Schulek*-előadást *id. Imre József* dr. tartja „A felemás fénytörésű (anisometriás) szemek sorsáról”, május 25.-én d. u. 1/2 óra, a második ülés pedig május 26.-án d. e. 9 óra kezdődik.

Az orvosi továbbképzés tanfolyamának Temesvárott is megalakulása alkalmával az országos központi bizottság részéről megjelent *Tóth Lajos* dr. elnök, továbbá *Grósz Emil* dr. és báró *Korányi Sándor* dr. Ez utóbbi a városháza tanácstermében előadást tartott a szívgyengeség gyógyításáról.

A budapesti poliklinika rendelése in áprilisban 4249 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 12881 volt.

Meghalt. *Rajner Géza* dr. tiszteletbeli megyei főorvos és törvényszéki orvos 65 éves korában május 11.-én Ipolyáságon. — *Fornet Elemér* dr. marienbadi fürdőorvos 48 éves korában május 9.-én. — *Marc Sée*, ismert sebész, az Académie de Médecine tagja Párisban. — *J. Bauer* dr., a belorvostan tanára Münchenben, 68 éves korában május 9.-én.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület áprilisban 1373 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 971 szállítást végzett, 177-szer mint mozgóórszék szerepelt és 19-szer vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. Az április havi működési főösszeg tehát 2540.

A fürdő-album néhány száz példánya még rendelkezésre áll azon orvos uraknak, kik esetleg még nincsenek birtokában és 80 fillért küldenek be bélyegben (postaköltség) az Orsz. Balneologiai Egyesülethez (VIII., Üllői-út 26). *Pártoljuk a hazai fürdőket és ásványvizeket.*

Kiseb közlések az orvostudomány köréből. A *pituitrin* használatát illetőleg némi óvatosságot ajánl *Rieck*. Egy esetében ugyanis a szülőfájások előidézése céljából két ízben fecskendezve be pituitrint, a méh tartós összehúzódása állott be, úgy hogy a szükségessé vált fordítás nagy nehézséggel járt. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 15. szám.) — *Leukaemia* néhány esetében *Falta*, *Krieser* és *Ziner* is jó eredményt ért el thoriummal, a melyet részben a szájon át, részben a bőr alá adtak. (K. k. Ges. der Ärzte zu Wien, 1912, márczius 15.-én tartott ülés.) — A valódi, epidémiás *scarlatina* mellett *Pierce* szerint egy sporadikus *scarlatina* is létezik, a melyet streptococcusok idéznek elő s a mely az előbbtől klinice nem különböztethető meg; ezen második alak állása nem mentesít az első ellenében; a sporadikus *scarlatina* is ragályos, de kisebb mértékben mint az epidémiás. (Lancet, 1911 okt. 28.)

Stossmann Rezső dr. lakását VI., Andrassy-út 52. szám alá tette át.

Turán Bódog dr. gyakorlatát Franzensbadban (Parkstrasse, „Prinz Wales“) ismét megkezdette.

Személyi hírek külföldről. *Vogt* dr. magántanár (Strassburg) tanári címet kapott.

Hírek külföldről. A berlini methylalkohol-pörben, hosszas tárgyalás után, május 4.-én hozták meg az ítéletet. A fővádlottat, azt a gyárost, a ki a methylalkoholos pálinkát gyártotta, öt évi börtönrre és 2000 márka pénzbüntetésre ítélték, a többi négy vádlott közül egyre hat hónapi, kettőre két hónapi börtönbüntetést róttak, egyet pedig felmentettek. Az elítéltek felebbezést jelentettek be.

Különös testalkatú embert bonczolt *Klippel* és *Teil* Párisban. Az illető egyénnek csak 12 csigolyája volt: négy ágyék- és 8 hát-csigolyája. A 4 felső hát- és 7 nyak-csigolyát egy 6 cm. hosszú csontos tömeg helyettesítette, melyen a 12 pár borda közül a 4 felső volt megérősítve. A bordák mindjárt a fej alatt kezdődtek, nyaknak nyoma se volt. Az egyén 48 évet ért.

A budapesti orvosi kör országos segély-egyletében befizettek: Sommer Adolf, Schön Hugó, Schulhof János, Stein Ferencz, Steiner Ignác, Stumpf Lajos, Szontag Miklós, Szahender Ferencz, Stahovszky Antal, Stappai József, Tauszig Izidor, Vadas Vilmos, Varga Samu, Vargjas Mór, Wenczel József, Völgyi Elemér, Valovics Gyula, Tarnói Emil, Weisz Adolf, Weltmann Sándor, Tóth Imre, Wollner Miksa, Zemplényi Dezső, Porubi József, Olariu Valér, Petz Lajos, Király István, Steller Ferencz, Wachsmann Oszkár, Horváth József, Popper Sándor, Lechner Antal, Tordai Béla, Mladin Péter, Hugel József, Tenner Vilmos, Mály Antal, Schiller Károly, Weisz Jakab, Borsodi Miksa, Kácsér Mór, Kornigut József, Rosenberg Jenő, Genersich Antal, Dadai Vilmos, Ferenczi Ignác, Molnár Vilmos, Adoni Gyula, Auerbach Lajos, Barta Sándor, Goldner Jenő, Hochstein Mór, Hafl Dezső, Korányi Sándor, Lengyel Samu, Muhi Zsigmond, Stampel István, Vas Jakab, Weil Dávid, Balogh Ernő, Bokor Emil, Asztalos Kálmán, Baross Károly, Gerő Adolf, Földi Adolf, Fried Samu, Klein Zsigmond, Klein Eberhard, Alföldi Béla 4—4 koronát. *Katona József* dr. pénztáros.

Dr. Szigeti Márton Abbáziából *Gleichenbergbe* érkezett és megkezdte fürdőorvosi működését.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81—01. Legmodernebbül berendezett magángyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati, bel- és idegbetegek részére. Igazgató-főorvos: *dapsai Dapsy Viktor* dr., operateur.

Dr. Doctor Kossuth Lajos-utca 3. sz. (Telefon 697.) **Orvosi laboratóriumában** az összes diagn. vizsgálatokon kívül autovaccin előállításával is foglalkozik.

Ó-Tátrafüred magaslati gyógyhely (1020 m.). Vízgyógyintézet az összes fizikai gyógy módokkal ideg-, Basedow- és belbetegeknek. Vezetőorvos: **Dr. Groó Béla.**

Ujtátrafüred Sanatorium

légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: *Szontagh Miklós* dr. Egész éven át nyitva.

ORVOSI LABORATORIUM

Dr. MÁTRAI GÁBOR és **Dr. SAS BERNÁT** Telefon 26—96. VI., Ó-utca 39. sz. **Vizsgálati tárgyak:** Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transzudátumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.

Orvosi laboratórium: **Dr. SZILI SÁNDOR**, v. egy. tanársegéd. VII., Király-utca 51. Telefon 157—71.

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

Városmajor sanatórium és vízgyógyintézet

Budapest, Városmajor-utca 64. — Telefon 88—99. Emésztő szervek betegségei, anyagcserebántalmak, czukorbetegség, máj-, epekő-, vesebajok, neurasthenia, hátgerincszorvadás ellen, soványító- és hizlalókúrák esetére. — Felvétel a sanatóriumban egész nap. — Igazgató-főorvos: *csernyefalvi dr. Kozmutza Béla*

Dr. RÉH Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratórium. Álmatlanság, neurosisok, neuralgiák, arteriosclerosis stb. ellen

Epileptikus betegek intézete

BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál *Wosinski István* dr., igazg.-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézetét VII., Nyár-u. 22. sz. alá (a Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

WEISZ EDE INTÉZETE **PÖSTYÉN** Röntgen. Zander. Modern kényelem. Mérsékelt árak.

BAD HALL Felső-Ausztria **Dr. RICHARD FISCHEL** rendel Budapest szállodában.

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



Vétegye.

Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legjobb sérvkötők, haskötők, összes betegápolási tárgyak és **gummiárúk** elsőrendű minőségben jutányosan kaphatók:

POLGÁR SÁNDOR, Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50.

— Legújabb nagy képes főarjegyzék bérmentve. — Javításokat elfogad. (Alapítva 1892.) Telefon 583.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: XXII magyar balneológiai congressus (I. ülés 1912 április 19.-én.) 391. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (I. ülés 1912 március 15.-én.) 392. l. — A Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya (VII. ülés 1911 október 24.-én.) 394. l.

XXII. magyar balneológiai congressus.

I. ülés 1912 április 19.-én d. u. 5 órákor.

Elnök: **Bókay Árpád.**

Jegyző: **Vámossy Zoltán.**

(Folytatás.)

Reichart Aladár: Az Irma-fürdő és a Thermia-hotel sanatoriuma Pöstyénben.

A kor színvonalán álló gyógyfürdők továbbfejlődésében három főirányt látunk:

Az első a téli kúráknak létesítése a fürdőkkel organikus kapcsolatban levő téli szállóknak létesítése által; a második a gyógyvizek hatásának a kombinálása a pharmacoterapia, de különösen a physiotherapia összes bevált tényezőivel; a harmadik a sanatoriumoknak elterjedése a fürdőhelyeken.

Ez utóbbiak ugyan rendszeres magánintézetek, de kívánatos, hogy a nagy fürdőhelyek is létesítsenek nyilvános, jól felszerelt sanatoriumokat, melyekben bármely orvos kezelheti betegeit.

Ezen három szempont vezetett a budapesti új fürdő-építkezéseknél is és ezek lettek megvalósítva a pöstyéni Thermia-Hotel sanatoriumában és az Irma-fürdőben is. A fürdőépület közvetlenül a forrásterületre van építve, a forrásoknak egy része a természetes alappal biró iszapmedenczébe nyílik. Közvetlenül mellette és vele zárt folyosókkal összekapcsolva emelkedik a szálloda. Ugy a szálloda, mint a fürdő összes folyosói szobahőmérsékletűek. A fürdőépület, mely a Pöstyénben alkalmazott összes kezelési módzatokra be van rendezve, a tervek alapján Weisz Ede dr. ismertette a Zeitschrift für Balneologie, Klimatologie und Kurorhygiene III. évfolyamának 18. számában, miért is e helyen erre utalunk.

Weisz cikkében fel vannak sorolva a fürdő és szálló helyiségeiben elhelyezett teljes fizikai gyógyberendezés összes tényezői, melyek a nap- és légfürdő kivételével egész éven át üzemben vannak. Sanatoriumi jelleget a szállónak az kölcsönöz, hogy az összes betegápolási kellékekkel el van látva, 2 orvos, valamint állandó ápoló személyzet benn lakik és konyhája orvosi felügyelet alatt áll. Az intézet orvosa felügyel arra, hogy a diéta kezelésben részesülő betegeken az orvosok utasításai pontosan végrehajtassanak.

Fürdőtechnikai szempontból érdekes az új épületben a hévvezeték fűtési célokra való felhasználása. Alkalmos készülékekben a hévvezeték melegének nagy részét leadja a központi fűtés külön zárt rendszerben keringő vizének, miáltal az eredetileg 62 fokos víz mintegy 45 fokra lehül. Ezen lehűtött thermalis víz látja el összes medenczünket és fürdőkabinjainkat. Minthogy a hévvezeték teljesen zárt rendszerben kering, gáztartalmából semmit sem veszíthet, vegyi összetétele és gyógyhatása is változatlan marad, ellenben azon előnnyel bír az eredeti hőmérsékletű hévvezeték felett, hogy a fürdőket elkészítésükkor csupán kis mennyiségű hideg thermalis vízzel kell keverni. Minthogy a thermalis víz nagy medencékben állva hűl le, lehűléséhez pedig meglehetősen hosszú időre van szüksége és ezen idő alatt emanatio-tartalmának egy része természetesen elbomlik, kívánatos, hogy egyrészt minél kevesebb hideg víz kevertessék a fürdőhöz, másrészt, hogy a víznek lehűlése minél hamarabb történjék. Ebben a tekintetben is igen előnyös, hogy a lehűtésre nem az eredeti hévvezeték, hanem a 45 fokra lehűtött vizet használhatjuk. A fürdőmedenczék, valamint a szállók nagy helyiségeinek szellőzése melegített levegővel történik. Maximalis üzemnél mintegy 23.000 hektoliter hévvezeték használatát fel óránként fűtési célra.

II. ülés 1912 április 20.-án d.-e 10 órákor.

Elnök: **Papp Samu.**

Jegyző: **Lenkei Vilmos Dani.**

Vándor Dezső: Fürdőmester-képző tanfolyam.

A budapesti sanatoriumok egyesülete tagjai közül a fizikális gyógyászattal foglalkozó szakorvosok fürdőmester-

képző tanfolyamot tartanak. A fürdő-személyzet kérdése fontos gyógytényező és eminens érdek. Megbízható, jól képzett, lelkiismeretes fürdősegédszemélyzet a gyógyeredményeket és ennek folyamánya gyanánt a fürdő- és a gyógyintézet forgalmát megsokszorozza. Legfontosabb része ezen kérdésnek a fürdős-képzés annak minden phasisával. Mérlegelni kell, hogy ki hivatott a kiképzésre és kiképeztetésre, hol történjék s mennyi idő alatt, továbbá mi legyen a gyakorlati és elméleti előadás anyaga.

Kiképzésre azon orvost tartom hivatottnak, a ki a hydro-, balneo- illetve mechanoterapiával valamely gyógyintézetben active szakszerűleg foglalkozik. A gyakorlati tanítás csak activ gyógy- vagy fürdőintézetben történjék. A jelentkezőtől megkívánom, hogy erős, absolute egészséges, intelligens egyén legyen. Előnyben részesíteném a kiszolgált katonai, továbbá kórházi ápolókat és a bábákat. A tanítás idejét 8 hétben állapítanám meg. Az elméleti tananyagot az anatomia, physiologia, physika alapelemei tennék, továbbá a gyógyintézet felszerelésének, a kiszolgáltató gyógyászatoknak ismertetése, nemkülönbben a saját, az intézet és a beteg hygienéjének megismerése. A gyakorlatban az intézet és a maga személyének tisztántartása, az orvossal és a beteggel szemben gyakorlandó modor és viselkedés, a felszerelés, a fürdőruha, a víz, iszap stb. kezelése, a gyógyászatok alkalmazása, a beteg ellátása stb. volna megtanítandó. Így akarjuk a tanítványokat kiképezni, hogy jó, becsületes, képzett és lelkiismeretes segédszemélyzetet adhassunk az országnak.

Hozzászolt: **Arányi Zsigmond, Farkas Márton és Sümegi József.**

Hankó Vilmos: Jodoform- és kénhydrogen-képződés a palaczkozott ásványvizekben.

Egyes palaczkozott ásványvizekben a jodoform- és kénhydrogen-képződés feltételeit vizsgálta, s vizsgálatai során konstataulta, hogy a jodoform-szag a leggyakrabban jódegyületeket s egy időben nitriteket, szerves anyagokat tartalmazó, szénsavhydrat-tartalmú alkális ásványvizekben jelentkezik. Arról, hogy az itt végbemenő chemiai folyamatokat mikroorganismok befolyásolják, az tanuskodik, hogy a frissen töltött palaczkokban azok sterilizálása után a jodoform képződésére kedvező feltételek mellett sem képződik jodoform. A mi a kénhydrogen képződését illeti, ez leggyakrabban a kívülről bekerülő sulfát-redukáló mikroorganismusok hatására áll be. Végül felemlíti a leghelyesebb vízkezelési módokat, melyek alkalmazásával a víz chemiai átalakulása a minimumra redukálódik.

Tuszkai Ödön: A női bajok fürdőtherapiája.

Ismerteti azon fürdőket és fürdőhatányokat, melyek szakértő nőorvos vezetése mellett megadják a fürdőhelynek a *specialis nő-fürdő* jelleget. Bármi jótételek legyenek is a természet által nyújtott gyógyító hatányok, mégis támogatni kell az ezek által elérhető eredményeket a fizikális gyógyításnak néhány kitűnően bevált módjával, ilyen a villamos kétfény-kezelés, a vibrációs massage, a galván-, farados és sinusoidalis áram, a magas feszültségű áram a thermo-penetrációs gép segítségével. Ezeken kívül pedig a hatás tartósságának elérésére, valamint a kezelés időtartamának rövidítésére a *subaqualis* (vízben való) kezeléseket, a moor-fürdőben való ellentállási gymnastikát és massaget kell alkalmazni. A fürdőhelyen működő nőorvosnak a női bajokkal szövődő általános betegségek miatt tágas körű orvosi műveltséggel kell birnia és különösen a balneochemiában és belorvosstanban kell jártasnak lennie, ha hivatásának meg akar felelni.

Palotay Andor: A patellaris reflex fontossága a thermalis fürdőgyógyomban.

A thermalis fürdők használatának ellenjavallatai között fontos helyet foglalnak el azok, melyek a centralis idegrendszer részéről adódnak. Az extrem, manifest esetek, mint pl. a typosos tabes, eléggé ismeretesek; óvatosság akkor ajánlatos, mikor anamnestikus adatok a központi megbetegedésre hiányoznak, például a neurasthenia különböző fokain. Ezért a neurasthenia megmutatói, a reflexek mindig vizsgálándók, kivált a térdreflex, mert ez különböző tulajdonságaival a neurasthenia fokáról is adhat becses felvilágosítást. Minthogy a térdreflex nagyságának változása értékes felvilágosítást adhat a neurasthenia változásairól, műszert szerkesztettem, melylyel a reflex nagyságát graphice feljegyezni és fokokban kifejezni lehet. Az ezen műszer segítségével kapott tanulságok a következők: Az egészséges idegzetű emberre a forró (iszap) fürdőknek hatása nincs. A neurastheniák közül a szerzett neurasthenia azon formája, mely az alapbetegséggel van kapcsolatban, ennek gyógyulásával javul; a térdreflexnek állandó és összehasonlító ellenőrzése azonban itt okvetlenül szükséges. A constitutionalis neurastheniások a forró iszapfürdőkkel való kezelésből ki vannak zárva, úgyszintén azok is, kiknek térdreflexe ki nem váltható.

Schulhof Vilmos: Azzal óhajtja megpótolni az előadónak a térdreflex vizsgálatára vonatkozó tétéleit, hogy főleg az ischias és a tabes differentialediagnosissánál ne elégedjünk meg a beteg ülőhelyzetében való Westphal-vizsgálattal, hanem fektessük le a beteget és czombját pl. a bal kézzel alátámasztva, az ellazított térdizület mellett kopogtassuk meg a jobb kézzel a quadriceps inát. Ily módon sokszor fogjuk a térdreflexet kiválthatni oly esetben, midőn az ülőhelyzetben nem sikerül, a minnek az oka az, hogy egyes ischias-esetekben a Kernig-féle tünet (reflex-contractura a térdhajlítókban ülésnél) meggátolja a térdreflex létrejövését.

Mohr Mihály: A pupilareflex fontossága ismeretes. Felhívja a figyelmet arra, hogy a pupilla-reactiót ne csak nappali világításnál vizsgáljuk, hanem mesterséges világításnál is, convex 20:0 D-s lencse focalis világításában, mert a két vizsgálat kiegészíti egymást.

Györy Ilona (Bártfa): Betegvizsgálat a fürdőorvosi praxisban.

A fürdőorvos igen sokszor kerül abba a kiváltságos helyzetbe, hogy beteget a kezelőorvosától diagnosist hoz, melynek alapján a fürdőben a kezelése elrendelendő. Mint-hogy azonban a kezelőorvos levelének keltétől a betegnek a fürdőbe jöveteléig néha hónapok is eltelnek s ez idő alatt különféle elváltozások állhatnak be a betegen — miként azt az előadó példákkal illusztrálja —, azért a fürdőorvos a rendszeres vizsgálatától sohse álljon el, mert a megváltozott viszonyok más therapiát igényelnek s az esetleges súlyos következményeket a fürdőorvosnak kellene elviselni. Természetesen ezt előzetesen közölni fogja a kezelőorvossal.

Schulhof Vilmos: Vannak esetek, hol akarva, nem akarva meg kell vizsgálni a beteget, mert a fürdőbe utaló orvos részéről is előfordulhat, hogy fontosabb dolgot, pl. graviditást nem vesz figyelembe. Ennek illusztrálására egy esetét mondja el.

Kallós Jenő: Az a véleményem, hogy a fürdőorvos minden beteget megvizsgálhat tüzetesen akkor is, ha kötött marsrutával jön. Különösen olyankor, ha már hosszabb idő telt el a kezelőorvos vizsgálata óta. Meg vagyok győződve, nem veszi rossz néven sem az orvos, sem a beteg. Nálunk Csizen megvan a vizsgálati kényszer és ha a beteg nem akarja magát megvizsgáltatni, nem kap fürdőt, legfőlegbb ivókúrát szolgáltatnak ki neki. Ha pedig agályosnak tűnik fel az otthoni orvos rendelése, akkor levélben értesítjük az orvost.

Tauffer Vilmos: Ha a vita azon határok között maradt volna, a melyben az előadó mozgott, hogy t. i. az orvos tapintatára legyen bízva, mely esetben végezzen genitális vizsgálatot, nem szólaltam volna fel. *Kallós* tagtárs azonban túlmént ezen és felállította a tételt, hogy a csizi kúra használatára csak az kap engedélyt, a ki teljes vizsgálatnak veti magát alá. Ha erre terjed ki a vita, ajkam nem maradhat zárva, mert ez az irányzat veszedelmes és a nőorvosok erősen tartózkodóvá válnának, ha befegek obligát genitális vizsgálatnak vettetének alá.

A nélkül, hogy ezen kérdés végtelen bonyodalmába bocsátkoznám, csak néhány megjegyzést kívánok tenni.

Különbséget kell tennünk, vajjon észlelés alatt álló beteg jön-e a fürdőbe, vagy oly beteg, a ki orvosi tanács nélkül jön oda. Mert ha orvosi megfigyelés alatt állott a beteg és orvos által küldetett a fürdőbe, ez sokszor csak azért történik, hogy pl. a nőbeteg a helyi therapiától meneküljön és genitáléja hagyassék békében. Ha most ez a beteg a

fürdőorvoshoz kerül, a kinek szakértelmét néha mégis kétségbe kell vonni és kényszeríti a beteget a vizsgálatra, esetleg a helyes therapiának ellenkezőjét fogja produkálni, mint a miért odamegy. Azután hol van annak a határa, melyik beteget vizsgálja meg, melyiket nem. Ez veszedelmes terület, mely esetleg a fürdő hírnevének is árt. Sokan és én is principiumnak tartom, hogy olyan myoma jelenlétéről, mely nem okoz tüneteket, nem szólok a betegnek, hogy a psychés depressiótól megóvjam. Elküldöm a beteget fürdőbe és ott a fürdőorvos megvizsgálja és megmondja a betegnek, hogy myomája van. És ekkor az otthoni orvos rossz hírbe jön és az asszony tudatába belevitetik a myoma, mely őt ok nélkül nyugtalanítja. Ez veszedelmes lehet és hogy jön hozzá a fürdőorvos, hogy a genitálékat vizsgálja, mikor pl. periostitis miatt megy oda a beteg? Tapintatra, emberismeretre, politikára van szüksége a fürdőorvosnak, mert néha nehéz megtalálni a helyes utat.

Barta Kornél: Mindazon esetekben, midőn a beteg szakorvos diagnosissával és esetleges utasításával jön a fürdőre, főlöleg a genitális vizsgálat, hacsak az anamnesis nem mutat esetleg fönnálló graviditásra avagy a szív vagy a tüdő komolyabb megbetegedésére — különös tekintettel a moorfürdőkre. Kérjük is a kezelő vagy konzultáló orvosokat, hogy észleleteiket lehetőleg minden esetben közöljék a fürdőorvossal, viszont azt is kérjük azonban, hogy sem a betegnek, sem a fürdőorvosnak ne adjanak részletesebb utasítást a fürdőn levő gyógytényezők használatára nézve, mert ilyen kötött marsruta ritkán lehet a beteg előnyére, minthogy alig lehet megállapítani, hogy hány s milyen természetű, főleg milyen hőmérsékű fürdőt fog használni a beteg.

Sümegei József (Balatonfüred): Nyílt gyógyhelyek diaetetikája, különös tekintettel a szívbetegekre.

A legkiválóbb természeti gyógytényezőkkel sem lehet helyes individualizáló étrend nélkül a betegeket gyógyítani. A nagy hotel-pensiók keretében ez kivihetetlen, ellenben a la carte étkezés mellett még a sómentes, purinmentes diaeta is könnyen keresztülvihető, sőt a diabeteses ellátása sem okoz különös nehézséget, mert itt is helyesebb, ha az alkális vizek ivása mellett nem használ teljesen szénhidratmentes diaetát. Szigorú elvonó kúrák csak diaetetikai sanatoriumokban használtassanak. Fődolog az, hogy a vendéglősök elsőrendű anyagot, zsirt és conserveket használjanak, kerüljék az erős fűszereket. A szívbetegnek igen mérsékeltlen egyenek. Az éjjeli nyugalom végett különösen este kerüljék a bőségesebb étkezést. A szív működés gyengülésével nemsokára jelentkezik a gyomor- és béltonia. Ennek gyógykezelésekor is igen fontos a diaeta. A has-szervek működésének rendbentartásával a betegeket igen sok, súlyos kellemetlenségtől óvhatjuk meg. A kövér szívbetegnek étrendje különös figyelmet követel. A *Karell*-kúra mindenütt könnyen keresztülvihető. Nincs balneologiai, nincs kúradiaeta, csak egyéni étrend van, ezt pedig a beteg állapota, izlése és betegsége szabja meg. Az a la carte étkezés mellett a betegek egyszerűbben, jobban, teljesen az egyéniségüknek megfelelően, és a mi a fő, olcsóbban élnek. A pensio-rendszer csak egészséges egyéneknek való.

Arányi Zsigmond: A mult congressuson azt vitattuk, hogy a pensio-rendszer előnyös, most pedig azt állítjuk, hogy az a la carte étkezés a jobb. Vagy az egyik, vagy a másik nem igaz. Sok szó fér mindkét rendszerhez, de az ellentétet le akartam szegezni, hogy szó nélkül ne maradjon.

Barta Kornél: A tudományos részhez nincs mit hozzátennem, a gazdasági részhez igen. Igazat kell adnom *Sümegei*-nek, hogy az egészségesek is okosabban teszik, ha nem esznek annyi húst, a mennyit előbök raknak. annál kevésbé a betegek és főként a szívbetegek.

A diaetás pensio kis fürdőhelyen kivihetetlen gazdasági okokból, mert ide a szegényebb publicum jön, 70-80% állami hivatalnok, tanár, tanító és ez a 4 K-s pensiót sem tudja másod- vagy harmadmagáért megfizetni. A la carte olcsóbban jön ki. Gazdag betegeknek czélszerűbb a pensio.

(Folytatása következik.)

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(I. ülés 1912 márczius 15.-én.)

Elnök: Kuzmik Pál.

Jegyző: Lobmayer Géza.

(Vége.)

Gastroenterostomia utáni passage-zavar két esete.

Pólya Jenő: A 34 éves napszámot 1906 április 27.-én vették fel a Szt. Margit-kórházba. Itt előadta, hogy 2 éve vannak gyomorfájdalmai, melyek rendszerint evés után jelentkeztek; később hányás állott be, rendszerint étkezés után,

hányadéka többször barnásfekete, kávéaljszerű volt. Ez idő óta állandóan soványodik.

Felvételkor a lesoványodott férfi gyomortája elődombo-rodó, nagy retentio; próbareggeli után egy órával a reggeli majdnem egészen visszajő, szabad sósavat tartalmaz, tejsavat nem. Az este beadott szilva másnap reggel még a gyomorban található. Pylorusstenosis diagnosissal 1906 május 8.-án megoperáltam. Gastroenterostomia retrocolica post.-t végeztem. Teljesen láztalan, sima gyógyulás, a hányás teljesen megszűnt, az illető meghízott és így hagyta el 1906 október 16.-án a kórházat.

A legutóbbi időkhöz jól érezte magát. 1911 vége óta ismét gyomorégése, savanyú felbőfögése van és egyszer-más-kor hány. Ezen panaszokkal vettük fel 1912 január 15.-én a Szent István-kórházba, a hol a próbareggeli után 1 órával 300—400 cm³ jól emésztett gyomortartalmat 11—20 szabad sósavval és 28—45 aciditással találtak. A Röntgen-vizsgálat a következőket mutatta: A középvonalban függőlegesen elhelyezett, nagy fokban ptosisos gyomor, mely az antrum táján renyhe peristaltikát mutat; a gyomor alakja nagyjában zsák-alakú, a curvatura legmélyebb pontján néha csekély bismuthpép lassú kiürülése észlelhető. Étfelvétel után 6 órával az ételpép $\frac{3}{4}$ része még a gyomorban van.

Műtét 1912 február 5.-én. Bemetszés a középvonalban. Cseplesz-adhaesiók a vékonybélben, a melyeket megoldunk. A gyomor igen tág, a curvatura minor táján az elülső hasfalhoz nőtt. A gastroenterostomia retrocolica post. helyét megtaláljuk. Odavezető kacs nincs. A jejunum hosszú darabja van odavarrva a gyomor hátulsó felületéhez, a gyomor hossz-tengelyét keresztező irányban. Ezen odavarrt béldarabnak azonban csak felső részéből tudunk a gyomorba jutni, egy az ujj számára kényelmesen átjárható nyíláson, mely azonban mintegy 4 cm.-nyivel a curvatura major felett fekszik. A gyomrot elülső felszínén közvetlen a curvatura major felett harántul megnyitva látjuk, hogy a gyomor igen hosszú nyíláson át közlekedik a béllal és hogy e nyílás közvetlen a curvatura major felett kezdődik, hogy azonban ezen nyílásnak csak felső részéből tudunk az elvezető kacsba bejutni, míg alsó részéből egy diverticulumszerű tasakba jutunk, melynek megfelelően a bélfalzat elvékonyodott, úgyannyira, hogy ujjunkkal kiboltosítva a diverticulumszerű képletet, ujjunkat a mesocolon és a lig. gastrocolicum alatt csak egy vékony szűrítés réteggel látjuk borítva, viszont a mesocolon felől boltosítva be a gyomor felé e helyet, látjuk, hogy az igen elvékonyodott, rózsaszínű, ráncztalan, de különben ép nyálkahártyával van borítva. Az elvezető kacs pontosan ott kezdődik, a hol a mesocolonhoz és a vékonybélhez van varrva. A diverticulumból az elvezető kacsba, vagy az elvezető kacsból a diverticulumba bejutni nem lehet. Gastroenterostomia antecolica anterior a gyomron ejtett nyílásnak megfelelően körülbelül 6 cm.-nyi hosszúságban, közvetlenül a nagy curvatura felett isoperistaltice, harántul. Oralisan az anastomosistól mintegy 2 cm.-nyire felfüggesztjük az odavezető kacsot a gyomorra. A stoma a vékonybélben mintegy 60 cm.-nyire van a hátulsó gastroenterostomosis helyétől, 10 cm.-nyire a gastroenteroanastomosis helye alatt. Enteroenteroanastomosis varrattal. Réteges hasfalvarrat.

A gyógyulást felületes fonálgnyedés és bronchopneumonia zavarta, a gyomorbél-functio semmi zavart sem mutatott. Jelenleg kis felületes sarjfelszín, a beteg étvágya jó, fájdalom, hányás nem jelentkezett. Röntgen-vizsgálat: A gyomor jobbfelé vongátnak látszik, kiürülés apró portiókban a nagy curvatura mentén látszik. Étfelvétel után 6 órával a gyomor nem ürül ki teljesen, benne mintegy 2 evőkanálnyi ételpép látható.

A passagezavart a gastroenterostomiás nyílásnak magasan a curvatura major felett levő helyzete idézte elő, ez pedig a leírt diverticulum kifejlődése folytán jött létre, melyet nyilván a mesocolonnak a jejunumhoz való rögzítmódja idézett elő.

II. A 43 éves hentest 1912 január 22.-én vettük fel a

Szt. István-kórházba. 7 $\frac{1}{2}$ év óta vannak gyomorfájdalmai, melyek $\frac{1}{2}$ —1 órával az étkezés után kezdődnek; gyakran hányt, rendszerint 4 órával az étkezés után: hányadékat az éppen megevett étel alkotta. 84 kilóról 47-re fogyott.

Felvételkor a lesoványodáson és a gyomortáj csekély érzékenységén kívül semmi objectiv eltérés. A próbareggeli hyperaciditást mutat; az előző estén evett mák reggel még a gyomorban található.

Diagnosis: Stenosis pylori ex ulcere.

Műtét január 25.-én. Bemetszés a középvonalban. A gyomor tágult. A pylorus kis fokban szűkült. A kis curvaturán a pylorus felett krajczárnyi callosus fekély. Ezt ékalakban kimetszszük és a defectust 2 sor varrattal harántirányban a gyomor tengelyére elzárjuk. A curvatura minoron eszközölt kimetszés folytán a pylorus és cardia igen közel kerül egymáshoz s a pylorus igen magasra jut; minthogy így a gyomor rendes kiürülése kétségesnek látszik, gastroenterostomia retrocolica posterior verticalist végzünk Mayo szerint odavezető kacs nélkül. Réteges hasfalvarrat.

Jan. 25. és 26. A lefolyás teljesen normalis, nem hány, nem csuklik, láztalan, a has puha, nem érzékeny, teát és tejet kap inni. Jan. 27.-én délelőtt egy genyecsészényi barnás-zöld folyadékot hány, erre minden italt megvonunk tőle és délután mégis újra egy genyecsészényi barnás-zöld folyadékot találunk a gyomrában. Állandó konyhasóinfusio a végbélbe, per os minden folyadékot eltiltunk, ennek dacára mégis folyton iszik, a szájomosó vizet megiszja, éjjel felkel és így szerez magának vizet. Ezért gyomra állandóan puffadt, feszes volt és naponta kétszer a gyomor-szonda levezetése alkalmával mindig $\frac{3}{4}$ —1 liternyi folyadékot találunk a gyomrában. A mikor nem ivott, dacára annak, hogy kevés szilárd táplálékot kapott, jól is érezte magát, nem hányt, gyomra nem volt puffadt, és a gyomor kiürítése sem volt szükséges. Február 2.-ára virradó éjjel azonban újra nagyobb mennyiségű vizet ivott, mire a reggeli látogatás alkalmával a gyomrot újra tetemesen tágultnak, feszültnek találtuk és szondával 1 $\frac{1}{2}$ liter epés folyadékot tudtunk eltávolítani. Ugyanez történt február 3. és 4.-én, úgy hogy már relaparotomiára gondoltunk és azt a betegnek másnapra kilátásba is helyeztük az esetre, ha állapota nem javulna meg. Ettől a beteg úgy látszik megijedt és szigorúan tartotta magát utasításainkhoz, csak kevés pépes táplálékot vett magához. 5.-én reggel a gyomortáj beesett, a gyomor szondával megvizsgálva üres. Az ekkor megejtett Röntgen-vizsgálat a következő leletet adta:

A középvonalban elhelyezett ptosisos, vízszintesen fekvő gyomor a pars mediában mérsékelt telődési hiányt mutat, a pylorustáj rigidnek látszik, itt kiürülés nem észlelhető, ellenben a curvatura major legmélyebb pontján látható a kiürülés. A felvétel után 6 órával a gyomor csaknem teljesen kiürült, a bismuthpép legnagyobb része a jobboldali csipő-tányérban látható. Február 3.-án a beteg minden rábeszélésünk dacára elhagyta a kórházat. Otthon a hányás egyszer sem ismétlődött, gyomrával teljesen rendbe jött, semminemű fájdalom, nehézsége nincs, étvágya jó, a műtét óta 5 kilót hízott.

A márczius 14.-én végzett Röntgen-átvilágítás a febr. 5.-én végzetthez hasonló viszonyokat mutat; a gyomor pars mediája és pylorus-része nem telődik, a gyomor kiürülése a curvatura major mentén látszik és e kiürülés oly gyors, hogy 2 óra múlva alig van valami a gyomorban.

Az eset igen tanulságos, mert bizonyítja, hogy anatomicamente igen tökéletes és, mint a következmények mutatták, a gyomor gyors kiürülését lehetővé tevő gastroenteroanastomosis-nyílás esetén is állhat elő súlyos passage-zavar, mely teljesen a circulus vitiosus képét kelti. E zavar sok napig elhúzódik tisztán functionalis ok: a gyomor paresise folytán, a mely paresis beállását előmozdítja és megszűnését meggátolja véleményem szerint elsősorban a bő folyadékfelvétel, melyet azért a gastroenterostomiát és általában a gyomorműtéteket követő első időben feltétlenül szigorúan korlátozandónak tartok.

Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(VII. ülés 1911 október 24.-én.)

Elnök: Ónodi Adolf.

Jegyző: Lipscher Sándor.

Polyák Lajos: Bilateralis orrműtét és egyidejűleg submucosus orrsövényresectio.

A 63 éves férfibeteg súlyos bronchialis asthmában szenved és mindkét orrfele el van dugulva. Minthogy a nagy fokban elgörbült orrsövény miatt az orrot kitöltő polypusokhoz hozzáférni nem lehetett, előbb submucosus sövényresectiót végeztem és rögtön utána mindkét oldalról az itt bemutatott nagymennyiségű polypusokat szedtem ki, miközben reszekálni kellett mindkét középső kagylót és teljesen ki kellett takarítani a polypusokat és a genynyel kitöltött rostacsontot. A műtét után nem tamponáltunk, a beteg nem vérzett; ma, a harmadik napon már fenn van és ide villamoson jött. Az esetet azért mutatom be, hogy demonstráljam, mily nagy és összetett sebészi beavatkozás végezhető minden hátrány nélkül még oly magas korú betegen is, kit a beavatkozással minden bajától egy csapásra megszabadíthatunk.

Navratil Dezső: A submucosus műtét az egyetlen asepsises műtét az orrban, ezért empyema egyidejű jelenléte esetén nem szabad végezni, mert fertőződhetné a műtét területe.

Donogány Zakariás: Minden műtétet asepsises módon lehet végezni, bár ideális sterilítást nem lehet elérni.

Zwillinger Hugó: Az egyidejű operálás kérdését nem lehet elvileg eldönteni. A betegség, a beteg constitutiója, körülményei és a műtő egyénisége döntik el.

Polyák Lajos: Szoros értelemben vett asepsises műtét az orrban nem végezhető, mert ott mindig van bacterium. De ha mindent sterilizek, mégis mondhatom, hogy asepsises műtétet végzek. *Hajak, Killian* munkáiban meg van írva, hogy acut empyema esetében, ha septumdeviatio van, előbb a septumot kell reszekálni. A betegen az asthmát a polypusok okozták, melyeknek oka, a rostacsontgyenedés, csak azután derült ki.

Baumgarten Egmont: Hydrops antri Highmori.

A 14 éves fiú jobb arcfele olyan volt, mint egy felfújott béka. A processus zygomaticus alatt nagy kitüremkedés látszott, a csont a fossa caninában pergamentszerű, az orrban semmi különös elváltozás. A műtét a régi eljárás szerint történt. A fossa caninában széles megnyitás, a serosus enyves váladék kiöblítése és az üregbe jodoformgaze-csík bevezetése, míg genyedés állott be. Ez ezen esetben 14 nap után következett be. Feltűnő ezen esetekben az, hogy míg a genyedés nem áll be, gyógyulás nem mutatkozik. Mihelyt a genyedés megindul, gyors egymásutánban lepad a kitüremkedés és csontosodás áll be, a folyamat gyógyul. Ezen régi műtési eljárás sebészeti szempontból nem ideális, de az előadó most ismét erre tért vissza, mert pl. az orr elülső oldalfalának megnyitása-kor a serosus váladék eleinte éjjel fekvéskor a garatba ömlik és a betegek fulladoznak. Az eset teljesen gyógyult, a fossa caninában kemény csont érezhető.

Kellermann Emil: Állkapocscysta operált esete.

A múlt ülésszak egyik ülésén beteget mutattam be, a ki a régi Szt. János-kórházban fogcystával jelentkezett. Az operációt *Polyák* főorvos folyó hó 21.-én végezte a következő módon:

Sleich-oldattal érzéstelenítés után a metszést az átmeneti redőn vezette és az előtűnő cystát egészében, tartalmával együtt próbálta kifejteni; midőn ez nehézségekbe ütközött, megpungálta a cystát, a melyből borostyánkőszínű, cholesterinnel és egyéb törmelékekkel vegyes váladék ürült; ezután sikerült a cysta egyik végét megfogva, az egészet egyben leválasztani a csonttól és a lágyszövetektől. Az operációt a beteg nyugodtan tűrte, vérzés nem volt. A sebszéleket varratokkal egyesítettük. Másnap a beteg teljesen láztalan volt, jól érezte magát, az arc jobb fele erősen duzzadt volt. Ez a duzzadás mintegy három napig tartott, a mikor is azt hívták, hogy haematoma keletkezett, a két sebszél között az utolsó varratnál vékony kanüllel megpungáltuk, de semmit sem ta-

láltunk. A duzzanat napról-napra apadt, a varratokat 8 nap múlva szedtük ki. A betegnek arcza jelenleg még kissé duzzadt, nyomásra kevés véres, habzó genynyel kevert savó nyomható ki.

Polyák Lajos: Egyik módja a cystaoperálásnak a *Partsch*-féle, mely csak a felét veszi ki a cystafalnak. A másik ajánlott mód az egész cystát kifejti. Az elülső Highmor-fal rendszeren uzurált; esetében a Highmor-üreg nyálkahártyája ép volt. Azt hiszi, hogy az üreg be fog sarjadzani és a váladékképződés meg fog szünni.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

1362/1912.

Hajdúvármegye központi járásához tartozó, 4800 lakosú Tiszacségye nagyközségben, melyhez 4 nagy uradalom tartozik, a megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhívom azokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. és az 1883. I. t.-cz. 9. §-ában előirt képesítésüket, továbbá eddigi alkalmzatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi június hó 15.-éig** adják be.

A megválasztandó orvos javadalmazása:

1. 1600 korona törzsfizetés, 600 korona lakbér és 800 korona helyi pótlék.

2. Orvoslátogatási díjak: az orvos lakásán nappal 1 korona, éjjel 2 korona. A beteg lakásán nappal 2 korona, éjjel 4 korona.

A megválasztandó orvos állását f. évi július hó 1.-én tartozik elfoglalni.

A választás határnapját később fogom megállapítani.

Debreczen, 1912 május hó 13.

Orosz Sándor, főszolgabíró.

1369/1912.

Az üresedésben levő és a pályázat meddősege folytán be nem tölthetett nagykamarási **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A körhöz egymástól körülbelül 2 km. távolságra eső két község tartozik. Az állás javadalmazását képezi:

1. 1600 korona törzsfizetés.

2. 800 korona személyi pótlék.

3. Természetbeni lakás avagy 400 korona lakbér.

4. A szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak és fuvarátalány.

5. A házi gyógytárból befolyó jövedelem.

Pályázni szándékozók felhívtnak, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében felszerelt kérvényeket hozzám **június hó 30.-áig** küldjék be.

Elek, 1912. évi márczius hó 11.-én.

Mladin, főszolgabíró.

4698/1912. alisp. sz.

Alsófehérvármegye verespataki járásban a **járás orvosi állás** üresedésben lévén, erre ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazon orvostudorokat, a kik ezen 2000 (kettőezer) K kezdőfizetéssel, 360 (háromszázhatvan) K évi lakpénzzel és 600 (hatszáz) K évi útiátalánnyal javadalmazott állást el óhajtják nyerni, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában meghatározott minősítésüket és a tisztí orvosi vizsga sikeres letételét igazoló okmányokkal, születési bizonyítvánnyal felszerelt kérvényüket Alsófehérvármegye alispánjához **1912. évi június hó 16.-áig** bezárólag adják be.

Azok, a kik közszolgálatban állanak, hivatalfőnökjük, a kik pedig nem állanak közszolgálatban, azok a lakhelyükre nézve illetékes főispán útján kötelesek pályázati kérvényeiket beküldeni.

Meg kívánom jegyezni, hogy a járási orvos eddigelé a bányatársaspénztári orvosi állást is elnyerte, a mi tudomásom szerint 2060 K évi tiszteletdíjat jelent és valószínűnek tartom, hogy ezen uzus jövőben is fenn fog tartatni.

Nagyenyeden, 1912. évi május 4.

B. Bánffy Kázmér, alispán.

496/1912.

Békésvármegye központi járásánál egy sebészeti és 2 belgyógyászati **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás egyenként 1200-1200 K évi fizetés, I. oszt. teljes ellátás, lakás, fűtés, világitással.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló, okmányokkal felszerelt folyamódványukat méltóságos id. *Kéry Gyula* úrhoz, Békésvármegye főispánjához intézve, **folyó évi május hó 21.-éig** hozzám küldjék be.

Gyula, 1912 május 8.

Békésvármegye központi járásának igazgatója.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusóvszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiades Elemér szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Királyfi Géza: Közlemény az egyetemi III. számú belklinikáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyetemi tanár.) Az epe bakteriologiai és chemiai vizsgálata in vivo; diagnostikai eljárás a typhus abdominalis korai felismerésére. 395. lap.

Koós Aurél: Közlemény a budapesti kir. tud.-egyetem gyermekklinikájával kapcsolatos „Stefánia“-gyermekkorházról. (Igazgató: Bókay János dr. egyet. tanár, m. kir. udv. tanácsos.) Aneurysmák a gyermekkorban. 398. lap.

Tóvölgyi Elemér: A bacillus bulgaricus mint gyógytényező a felső légutak és a hörgők bántalmaiban. 403. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Richard Lenzmann: Die Anwendung des Salvarsan (Dioxydiamidoarsenobenzol) in der ärztlichen Praxis. — **Szász Alfréd:** Bacteriumok és bacteriumtermékek mint védő- és gyógyítóanyagok. — **Lapszemle. Sebészet. C. Hen-**

schen: A végbélelőés eseteiben a fémhuzalt pótló eljárások. — **Elmekörtan. Bornstein:** A degeneráltak elmezavarai. — **Partenheimer:** Az indukált elmezavar. — **Szülé-**
szet és nőorvos. Hirsch: A pituitrinnek a szülészetben való alkalmazása. — **Herff:**
A Röntgen-castratio. — **Gyermekorvos. Salle:** A magas külső hőmérsék hatása a
gyomor elválasztó működésére. — **Venerás betegségek. B. Schreiber:** A neosalvarsannal
tett tapasztalatok. — **Orthopaedia. Gangele:** A térd- és csipőzületet fixáló gipszköté-
sek utáni gyakori csonttörések. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Ströll:** Az
arczon levő furunculások gyógyítása. — **Dojat:** Megégés. — **Gaupp:** Codeonal.
405–407. lap.

Magyar orvosi irodalom. — Gyógyászat. — Orvosoklapja. — Budapesti orvosi ujság.
407. lap.

Vegyes hírek. 408. lap.

Tudományos társulatok. 409–412. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az egyetemi III. számú belklinikáról.
(Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyetemi tanár.)

Az epe bakteriologiai és chemiai vizsgálata in vivo; diagnostikai eljárás a typhus abdominalis korai felismerésére.*

Irta: **Királyfi Géza** dr., első tanársegéd.

A cholecystitis és ezzel közvetve a cholelithiasis pathogenesisére eddigelé csupán a műteti és kórboncolástani tapasztalatok, valamint ezek alapján az experimentalis pathologia mutatott rá. Jelen dolgozatomban az epének in vivo, az élőben való vizsgálatát tűztem ki célul, hogy ilyen módon egyrészt a cholecystitis és ezzel együtt a cholelithiasis pathogenesiséhez, másrészt, ha lehetséges, ezen kórformák klinikai diagnostikájához adatokat szolgáltassak. Kiindulási pontul **Petry**-nek** egy, a múlt év nyarán megjelent dolgozata szolgált, a mely a **Boldyreff**-féle olajreggeli útján nyerhető epének mikroskopi vizsgálatával foglalkozott. **Boldyreff** tapasztalata szerint ugyanis, mint ismeretes, nagyobb mennyiségű olajnak a gyomorba való bevitelére pankreasnedvvel keverten eperegurgitatio történik, a mely a gyomortartalomban kimutatható. Azok a vizsgálatok, a melyek **Boldyreff**-nek ezen olajreggelijével történtek, nagyobbára csak a gyomor és pankreas secretió viszonyainak tanulmányozására irányultak. **Petry** végezte először az ilyen módon nyerhető epének mikroskopi vizsgálatát. Jelen kísérleteimben báró **Korányi Sándor** tanár ajánlatára az epének egyrészt bakteriologiai, másrészt chemiai vizsgálatát tűztem ki célul.

A bakteriologiai vizsgálat céljaira elsősorban olyan

* A Kir. Orvosegyesületben, 1912 április 13.-án tartott előadás

** **Petry:** Mikroskopische Untersuchung der Galle zu diagnostischen Zwecken (Wiener klin. Woch. 1911, 28. sz.)

technikáról kellett gondoskodnunk, a mely mellett az epe a gyomron át lehetőleg asepsises módon volt nyerhető. E célból természetesen az összes eszközök, a melyek úgy az olajreggeli beadásakor, valamint kivételekor szerepeltek, gondosan sterilizáltak. Az olajat reggel éhgyomorral nyújtottuk a betegnek olyképpen, hogy előzőleg gyomrát steril vízzel gyomorszondán keresztül kimostuk, azután ugyanezen tölcseren át vittük be a 250–300 cm³ steril oleum olivarumot. Az olaj kivétele 1/2 óra múlva történt. A beteget figyelmeztettük, hogy addig a netán meggyűlő köpetét — nehogy a gyomortartalomba a köpetnek másodlagos bacteriumai belejussanak — ne nyelje le, hanem köpöcsésében fogja fel. A 1/2 óra múltán steril főzőpohárba kivett olajreggeli rövid idei állás után élesen elrétegződik: felül az olaj, alul az epét tartalmazó folyadék-reteg helyeződik el. A steril pipettával jól elkülöníthető epés folyadékot azután táptalajokra, agar- és bouilloncsövekre oltjuk; az epének visszamaradó részét chemiai és mikroskopi vizsgálatra használjuk fel. A táptalajok 24 órás thermostatban való állás után vizsgáltattak tovább.

Vizsgálataimnak eredeti célja a cholecystitis esetében nyerhető epének bakteriologiai vizsgálata volt. Azonban, mivel a kérdés tanulmány tárgyául eddigelé egyáltalában nem szolgált, czélszerűnek látszott kezdetben, tapasztalatgyűjtés czéljából, a megbetegedéseknek legkülönbözőbb alakjait az ezen irányú vizsgálatnak alávetni.

Összesen 69 esetet volt alkalmam vizsgálni. Az eredményeket az I. táblázatban foglaltam össze.

A mint kiderül, e 69 eset közül 30-ban az epe bakteriologiai vizsgálata alkalmával positiv leletet kaptam, a mi megfelel 43.4%-nak. Ezzel szemben a vizsgálat negativ eredménnyel járt, illetve az epe sterilnek bizonyult 34 esetben, azaz 56.5%-ban. Mindenesetre ez a nagy arányszám a steril leleteknek az eljárás alkalmazhatósága mellett látszik szólni. A priori ugyanis aggodalmasnak látszott, vajjon sikerülni fog-e az eljárást olyképpen alkalmazni, hogy a szájüreg és számos szerző szerint a gyomor bacteriumflórája ne zavarja az eredményeket. Mindenesetre ez az aggodalmunk nekünk

I. táblázat.

Szám	Diagnózis	Bakteriológiai lelet	Fehérje	Jegyzet
1	Cholecystitis	bac. coli		
2	Cholelithiasis	0	0	
3	Gastrektasia	sarcina	0	
4	Nephrolithiasis	0	0	
5	Typhus sanat.	0	0	
6	Asthenia nerv.	0		
7	Coecalis tumor	bac. coli (nem mozog)		
8	Achylia gastrica	sarcina + hosszú bacillus		
9	Asthenia nerv.	0		
10	Tabes dorsalis	0		
11	Achylia gastrica	streptococcus (?)	0	
12	Hyperacid. ventr.	0		
13	Anaemia pernic.	coli (nem mozog)	0	
14	Cholelithiasis	coli (?) szőlőcukrot nem erjeszt	+	
15	Colitis	staphylococcus + streptococcus	++	
16	Cholelithiasis	0	0	
17	Carc. ventr.	0	nyomokb.	
18	Nephritis	0	0	
19	?	0	0	
20	Diabetes	0	0	
21	Cholelithiasis	0	nyomokb.	
22	Arthritis chron.	0	0	
23	Conus-sérülés	0	0	
24	Polyserositis	0	0	
25	Morb. Addisoni	staphylococcus	0	
26	Cholelith. (?)	staphylococcus	+	
27	Ulcus ventriculi	0	0	
28	Cholecyst. (?)	staphylococcus		
29	Colitis	0	0	
30	Lues	0	0	
31	Cholecystitis	coli (szőlőcukrot nem erjeszt)	++	
32	Exsudat. pleur.	0	0	
33	?	0	0	
34	Haemoglobinur. paroxysmalis	spórás bac. (?)	0	
35	Emphysema *	coli (szőlőcukrot nem erjeszt)	+++	
36	Myodeg. cordis	staphylococcus	0	
37	Gastroent. acuta	streptococcus + coli	0	
38	Tumor hepatis	0	0	
39	Cholecyst. acuta	streptococcus	++	mikroszkop alatt igen sok fehér vörsejt
40	?	0	0	
41	Icter. catarrhalis	0	0	
42	Asthenia nerv.	0	0	
43	Paresis n. fac.	0	0	
44	Alkohol. chron.	0	0	
45	Neurosis traum.	0	0	
46	Diabetes mellit.	0	0	
47	Tbc. renis	0	0	
48	Lues hepatis	0	0	
49	Cholecyst. (?)	0	0	
50	Icterus gravis	0	0	mikroszkop alatt 1-2 fehér vörsejt
51	Gastroent. acuta	coli (nem mozog)	0	1-2 fehér vörsejt
52	Tbc. (gyomorpanaszok)	staphylococcus	0	1-2 fehér vörsejt
53	?	0	0	1-2 fehér vörsejt
54	Tbc. (gyomorpanaszok)	staphylococcus	+++	mikroszkop alatt semmiféle alakelem
55	Carc. ventr.	coli	nyomokb.	0
56	Typhus abdom.	bac. typhi	++	0
57	Leukaemia	coli (nem mozog)	++	0
58	Carc. ventr.	0	0	sok fehér vörsejt
59	Hepatit. (Hanot)	0	0	1-2 fehér vörsejt
60	Cholecyst. (?)	staphylococcus	+	sok fehér vörsejt
61	Sepsis	coli (?)	+++	0
62	Cholecyst. acuta	coli	+	0
63	Typhus abdom.	bac. typhi	+++	0
64	Typhus abdom.	bac. typhi	+	0
65	Cholelithiasis	0	0	0
66	Icterus gravis, tbc. miliaris	0	0	
67	Cholangitis	coli	+	
68	Septicaemia	coli	+	
69	Cholelithiasis	0	0	

* Háromszor megismételt vizsgálat alkalmával ugyanazon bakteriológiai és fehérjelelet.

is megvolt, azonban, a mint a gyakorlat mutatta, azzal a methodikával és óvintézkedésekkel, a melyeket mi alkalmaztunk, ez a hibaforrás a minimumra redukálható. Természetesen bizonyos százalékában az eseteknek ezzel is számolnunk kell, különösen — a mint arra alább reátérek — a minden bakteriológiai vizsgálatkor másodlagos fertőzés gyanánt fenyegető staphylococcus-leletek alkalmával.

A mellett, hogy ezen körülmény az eljárás használhatóságát látszik bizonyítani, szól még egy más körülmény mellett is, a mely eddig, legalább hasonló viszonyok között, vizsgálat tárgyául nem szolgált, tudniillik, hogy az élőben, normalis, physiologiás körülmények mellett, a duodenum felső részlete sterilnek mondható. Ismerve a bélnek physiologiás körülmények között is rendkívül kiterjedt bacteriumfloráját, különösen a bacillus colinak állandó jelenlétét, az első pillanatra ez talán meglepőnek látszik. Pedig, alapos meggondolás után, ez a körülmény a tényekkel igen jól összhangzásba hozható. Hiszen, ha fell kellene tételeznünk azt, hogy a coli az egész béltractust ellepve, a rectumtól a pylorusig volna követhető, akkor mi sem volna természetesebb, mint hogy a pyloruson túl, tehát a gyomorban is megtaláljuk. Hiszen egy, akármilyen jól záró izomzat, különösen ha az időnként physiologiailag megnyílik, a bacteriumok számára áthidalhatatlan akadályt nem alkothat. Igaz ugyan, hogy a gyomor sósavának bizonyos fokig bactericid hatást kell tulajdonítanunk, de tudjuk azt, hogy a gyomor rendes aciditása mellett sokkal nagyobb savi concentrációjú közegben is a coli tenyészik és szaporodik. Normalis körülmények között pedig a gyomorban colibacillust sohasem találunk. Ezen eredményeim egyébként összhangzásban látszanak lenni *Kohlbrügge** tapasztalataival, a ki állatkísérleteiben szintén legtöbbször sterilnek találta a vékonybelet.

II. táblázat.

Szám	Diagnózis	Bakteriológiai lelet	Jegyzet
1	Cholecystitis chron. (1)	bac. coli	
2	Cholecystitis ? (28)	staphylococcus	
3	Cholecystitis (31)	coli	+++
4	Cholecystitis acuta (39)	streptococcus	+++
5	Cholecystitis chr. (?) (49)	0	0
6	Cholecystitis chr. (?) (60)	staphylococcus	+
7	Cholecystitis acuta (62)	coli	+
8	Cholangitis (67)	coli	+
9	Cholelithiasis (2)	0	0
10	Cholelithiasis (14)	coli (szőlőcukrot nem erjeszt)	+
11	Cholelithiasis (16)	0	0
12	Cholelithiasis (21)	0	0
13	Cholelithiasis (?) (25)	staphylococcus	+
14	Cholelithiasis (65)	0	0
15	Cholelithiasis (69)	0	0

A 69 vizsgálat közül kiválogatva az *epeutak* megbetegedésére vonatkozó eseteket, 15 ilyen észleletünk van; ezek között 8 cholecystitis, illetve cholangitis és 7 cholelithiasis szerepel.

A 8 cholecystitis közül 7 esetben (87,5%) kaptam pozitív bacteriumleletet, egy esetben az epe sterilnek bizonyult.

Ezen egy esetben azonban, úgyszintén két másik esetben, a melyben a bakteriológiai vizsgálat ugyan pozitív lelettel járt, de csupán staphylococcut eredményezett, a klinikai diagnózis is kétséges volt. Teljesen biztos cholecystitis mellett eljárásunkkal is minden esetben pozitív eredményt kaptunk, és pedig, mint a táblázat mutatja, 4 ízben bac. colit, igen hevenyen jelentkezett, magas lázakkal járt acut cholecystitis egy esetében streptococcut.

Tudjuk az eddigi műtéti és sectiós vizsgálatokból is, hogy csakugyan a cholecystitisek legtöbb esetében az előidéző mikroorganizmus a bac. coli volt. Ez a tapasztalati tény is mutatja, hogy vizsgálati eljárásunk helyes és megbízható. De viszont mutatja azt, hogy az ezen eljárással nyerhető bac.

* *Kohlbrügge*: Die Autosterilisation des Dünndarmes. (Centralbl. f. Bakteriologie, I., Band 29, No. 13.)

coli-lelet diagnostikai szempontból is értékesíthető. Hogy a colibacilluson kívül bizonyos esetekben más, sőt a legkülönbözőbb bacteriumfajok is szerepelhetnek, ezt is ismerjük a műtő- s bonczolóasztalon, valamint a laboratóriumban eszközölt vizsgálatokból. Eseteinkben a streptococcus- és talán a staphylococcus-lelet is ilyenképpen ítélandó meg.

A cholecystitisek eseteiben ugyancsak fontossággal és diagnostikai jelentőséggel bír az epének fehéjére való vizsgálata, a melyről majd az alábbiakban fogok beszámolni.

A cholecystitissel szemben, a midőn csaknem minden esetben positiv eredményt kaptunk, cholelithiasis eseteiben már aránytalanul több volt a negativ lelet. 7 cholelithiasis közül csupán kettőben volt a bakteriologiai vizsgálat positiv; ezek közül is az egyik, klinice is bizonyos fokig kétséges cholelithiasis, a bakteriologiai szempontból is kétséges, illetve a másodlagos fertőzésre gyanus staphylococcut szolgáltatta, a másikban egy és más irányban atypusos colit kaptunk, 5 esetben az oltott táptalajok steril maradtak.

Cholelithiasis eseteiben az epe steril voltának értelmezésére két magyarázatunk is van. Egyrészt talán értékesíthető e szempontból *Aschoff*-nak és újabban *Riedel*-nek is azon tapasztalata, hogy az epekőveknek jelentékeny száma nem is infectiosus alapon képződik, hanem tisztán az epe pangása útján is magyarázható; az ilyen steril epekőveknek legnagyobb része szerintük a cholesterin-kövekből kerül ki. Másrészt azonban könnyen érthető e negativ leletek akkor is, ha megmaradunk az epekőveknek infectiosus eredete mellett olyképpen, hogy az ilyen epekőves cholelithiasis-elzáródás esetén egyszerűen az epe akadálytalan lefolyásának az útja van megzavarva és így mechanice megnehezítve az esetlegesen jelenlevő bacteriumoknak a kiáramlása. Csak az elzáródás fokától függ, hogy az epének, illetve a benne foglalt bacteriumoknak a kijutása tökéletesen vagy csak részben van-e megakadályozva, és e szerint, hogy a bakteriologiai vizsgálat positiv vagy negativ eredménnyel fog-e végződni.

Ha 69 esetünkön végigtekintünk, akkor az epeutak bántalmain kívül — a mint kitűnik — másodrendben a gyomor és bél megbetegedései azok, a melyek a positiv bacteriumleleteket szolgáltatják.

III. táblázat.

Szám	Diagnosis	Bakteriologiai lelet	Fehérje
1	Gastrectasia	sarcina	
2	Coecalis tumor	coli (nem mozog)	
3	Achylia gastrica	sarcina + hosszú bac.	
4	Achylia gastrica	streptococcus (?)	0
5	Colitis	streptococcus + staphylococcus	++
6	Gastroenteritis acuta febrilis	streptococcus + coli	0
7	Gastroenteritis acuta febrilis	coli (nem mozog)	0
8	Carcinoma ventriculi	coli	nyomokb.
9	Typhus abdominalis	bac. typhi	++
10	Typhus abdominalis	bac. typhi	++
11	Typhus abdominalis	bac. typhi	+

Gyomor- és bélelváltozásoknak 11 esetében kaptunk positiv leletet; e vizsgálataink eredménye a mellékelt táblázaton látható. 4 esetben bact. coli, 3-szor streptococcus, 2 ízben sarcina és 3 esetben bac. typhi szerepelt.

A positiv leletek a gyomorelváltozások közül főképpen a hypaciditással és anaciditással járó gastrectasia és achylia eseteiben várhatók. Ulcus és hyperaciditás mellett, mint kiderült, az eredmény legtöbbször negativ. Ez a körülmény bizonyos fokig a gyomor sósavtartalmának a bacteriumokra való befolyása mellett látszik szólni. Pathologiai gyomor-bélelváltozások esetén a gyomornak pathologiai bacteriumflorája bizonyos fokig az epe bakteriologiai vizsgálatának akadályául szolgálhat, illetve ezen pathologiai gyomor-bélbacteriumok az epe bacteriumképét leplezhetik.

A bacillus coli-leletek közül ki akarnék emelni kettőt,

a mely acut lázas gastroenteritishoz társult. Mindkettő teljesen typhusos körképnek megfelelő tünetek között folyt le; az egyik rövidebb idő, néhány nap alatt, a másik két hét alatt vált láztalanná; az elsőben a coli mellett streptococcusok is voltak az epéből nyerhetők. E két eset is a mellett látszik szólni, hogy a bacillus coli, a mely a duodenum felső szakaszában, mint láttuk, rendes körülmények között nincs jelen, adandó alkalommal belejuthat a béltractus felsőbb szakaszába és ott egymagában, vagy más pathogen mikroorganizmusokkal társulva, súlyos, a régiék „typhoid“-jának megfelelő bélelváltozásokat hozhat létre.

Sajátságos, hogy a bacillus coli, a mely a gyomor- és bélmegbetegedések kapcsán vagy az epeutak lobos megbetegedéseiben is, az epe bakteriologiai vizsgálata útján ilyen módon kitenyészhető, származzék az akár a gyomorból, akár csakugyan az epéből, illetve a duodenum felső szakaszából, egyik-másik biologiai tulajdonságában eltérést mutat attól a bacillus colitól, a mely az ép béltractusnak állandó lakója. Ez az eltérés főképpen a bacillusnak mozgásképességére vonatkozik. Több ízben sikerült tiszta kulturában rövid, vastag pálczikákat kitenyésztenünk, a melyek biologiai viselkedésükben mindenben a bacillus colinak megfelelő tulajdonságokat mutatták, csupán mozgásképességük volt igen tökéletlen vagy teljesen hiányzott is. Voltaképpen ez nem is egészen új és nem is meglepő körülmény. Ismeretes, hogy a gyomorban bizonyos pathologiai körülmények között található, ú. n. „rövid bacillus“ sok vizsgáló véleménye szerint nem más, mint nem mozgó alakja, nem mozgó speciese a bacillus coli-csoportnak.

Egy másik ilyen biologiai eltérés a szőlőcukorerjesztésre vonatkozik. Két esetben, a hol a bacillus coli összes tulajdonságaival bíró pálczika tiszta tenyészeté volt nyerhető, a colinak megfelelő differential-diagnostikai kriteriumok közül csak éppen a szőlőcukorerjesztés hiányzott. Az egyik esetben, éppen szokatlanságánál fogva, a vizsgálatot három ízben megismételve, mindenkor ugyanazon megfelelő leletet kaptam.

Ez az eltérés a megszokott biologiai tulajdonságoktól úgy látszik, a milieu megváltozásának az eredménye; és az a körülmény, hogy a coli akkor, a mikor a duodenum felső szakaszában telepszik meg, ilyen biologiai eltéréseket mutat, szintén a mellett látszik bizonyítani, hogy — a mint fentebb hangoztattam — a duodenum felső szakasza csakugyan idegen milieu az ő számára és rendes körülmények között ott megtelepedni nem szokott.

Igen nagy fontosságúnak tartom azt a leletet, a mely typhusbacillus tiszta tenyészetét eredményezte typhus abdominalis három esetében. Különösen kiemelem két esetét e typhus abdominalisoknak, a melyekben úgy a vér, mint a székletét bakteriologiai vizsgálata, valamint a *Widal*-reactio is negativnak bizonyult és az aetiologiai diagnosit, a melyet a későbbi lefolyás is beigazolt, csupán az epének ilyen módon való bakteriologiai vizsgálata tette lehetővé.

Sajnos, hogy a véletlen folytán három esetről többet nem vizsgálhattam, azonban ismerve azt a szoros összefüggést, a mely a műtéti és a sectiós leletek tanúsága szerint a typhusbacillaemia és a typhusbacillusoknak az epehólyagban való localisatiója között fennáll, meg vagyok győződve arról, hogy eljárásom a typhus abdominalis legtöbb esetében positiv eredményre fog vezetni és éppen ezért meg vagyok győződve egyúttal arról, hogy a typhus abdominalis aetiologiai diagnostikájában ezen eljárásnak is feltétlenül szerep fog jutni. A történeti igazság kedvéért fel kell említenem *Weber*-nek* három év előtről származó rövid, néhány soros közleményét, a mely szerint neki ugyancsak a *Boldyreff*-féle próbaregeli kapcsán két ízben typhusbacillushordozókból (*Bacillen-träger*) a typhusbacillus kimutatása sikerült. Azóta azonban erre vonatkozólag újabb irodalmi adata nem akadtam és különösen nem találtam vizsgálatokat acut typhus abdominalis-

* *Weber*: Ueber den Nachweis von Typhusbacillen im gallenhaltigen Mageninhalt. Münchener med. Wochenschrift, 1908.

esetekre vonatkozólag, a melyek az eljárásnak ilyen értelemben bakteriologiai diagnostikai jelentőséget tulajdonítanak. Éppen azért azt hiszem, hogy ez az eljárás, mint a mely újabb bacilluslocalisatio felismerését teszi lehetővé, értékkel kell, hogy bírjon a typhus abdominalis klinikai diagnostikájában.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. tud.-egyetem gyermek-klinikájával kapcsolatos „Stefánia“-gyermekkorházból. (Igazgató: Bókay János dr. egyet. tanár, m. kir. udv. tanácsos.)

Aneurysmák a gyermekkorban.

Írta: *Koós Aurél* dr., kórh. rendelő orvos.

A verőérfalak megbetegedései s így az aneurysmák is általában a felnőttek és korosabbak bántalmi között szerepelnek, de kivételesen a gyermekkorban is előfordulnak. Az irodalomban ismertett gyermekkori aneurysma-eseteket összegyűjtve s egy saját észlelésű esetet közölve, nem találtam érdektelennek a megbetegedés kóroktani mozzanatainak összefoglalását. A gyermekkori aneurysmák közé csak a valódi verőérdaganatokat vettem fel s így a Magyarországon gyermekben észlelt egyetlen aneurysmaesetet, melyet *Stromszky*, a „Stefánia“-gyermekkorház v. segédorvosa (1877) írt le, mint-hogy az sérülés álaneurysma volt a tenyéren, mely műtét után gyógyult, itt nem szerepel. A valódi aneurysmákat, melyek értágulás folytán jönnek létre, *Kaufmann* nyomán a következőleg osztályozzuk:

aneurysma verum spontaneum (arterioscleroticum),
aneurysma verum traumaticum,
aneurysma embolicum,
aneurysma per arrosionem,
aneurysma dissecans,
aneurysma congenitum.

Ezen verőérdaganatfajták mind beletartoznak a valódi aneurysma fogalomkörébe, mely szerint az aneurysma a verőér lumenének elhatárolt kitérülése, mely az érfal egy bizonyos megbetegedése (vagy elváltozása) miatt állott elő. Az aneurysma fejlődésében különösen fontos szerepe van a tunica media, illetve az intima és az e között levő rugalmas szövetréteg megbetegedésének, mely réteg az érfal egyik leg-ellentállóbb része.

Felosztásunk, mint látjuk, az aneurysma aetiologiája szerint történt, eltekintve a congenitalis aneurysmák csoportjától, melynek bizonyos alakja, a *Thoma*-féle tractiós aneurysma, az öt első csoportba csak igen erőltetetten illeszthető be a traumás eredetű aneurysmák közé.

Hosszú ideig, a gyermekkori aneurysmaesetek kivételes megjelenése folytán, az irodalomban, a régebbi tankönyvekben még a megbetegedés felemlítését is alig találjuk. Csak az utóbbi évtizedekben, a physicalis vizsgálati módszerek fejlődésével kezdtek e kérdéssel foglalkozni részint bővebben tárgyaló összefoglaló értekezésekben, részint casuistikai leírások kapcsán. Az erre vonatkozó értekezések közül első sorban megemlíteném tartom *De la Rüe* munkáját (1903), ki „Az aorta acquirált betegségei a gyermekkorban“ című értekezésében 16 aorta-aneurysmát ismertett részint az irodalomból, részint saját észleléséből. *Feytaud* a rheumás aorta-aneurysmákról értekezett, öt esetet közöl, ezek közt három olyat, melyet *De la Rüe* már ismertett. Megemlíteném *Theodore Le Boutillier*, ki egy eset kapcsán foglalkozik e tárggyal és a húsz éven alóli egyéneken előfordult aneurysmák 60 esetét gyűjtötte össze az irodalomból. Statisztikája szerint a 60 eset közül 18 mellkasi, 5 hasi aorta-aneurysma volt, a többi eset eloszlik a végtagok, az arteria pulmonalis, az aortabillentyűk, a ductus arteriae Botalli és a szívfal közt. Az aetiológia a legtöbb esetben homályos, mint ilyen szerepelnek a trauma, megerőltetés, ízületi csúsz, s a szomszédság abscessusai. A legtöbb eset szomorú véget ér, szívrostura, acut

pericarditis, ulcerosus endocarditis, embolia volt a beállott halálnak leggyakoribb oka.

Parker 15, húsz éven alóli egyéneken előfordult aneurysmaesetet állított össze 1883-ban. Az aetiológiát illetőleg csak arra utal, hogy 8 esetben billentyűhibája is volt az egyéneknek, 2 esetben a szív ép volt, míg 5 esetben erre vonatkozó feljegyzést nem ismert.

Itt kell megemlítenem még *Ponfick* értekezését (1873), melyben beható és pontos vizsgálat után 7 bonczolt eset kapcsán az emboliás eredetű aneurysmákról ír. A hét bonczolt egyén közül 6 húsz és harmincz év közt volt. *Ponfick* mondja ki először, hogy nemcsak aneurysmák produkálnak emboliákat, a mennyiben a véráram továbbviszi az aneurysmazsákot kitöltő törmelékes alvadékot, hanem fordítva, az emboliák is okai lehetnek az aneurysma keletkezésének. Szerinte ugyanis a billentyűk széléről a véráram által elsodort rög, különösen ha kissé elmeszesedett, mintegy belefúrja magát a verőér belső falába a véráram hajtó ereje segítségével s e helyen fejlődik ki az aneurysma, így tulajdonképpen szorosan véve ez is traumás eredetű. Épp ezért ajánlta *Ponfick* az aneurysmák eddig divott anatómiai felosztása helyett az aetiológia szerint való felosztást, így:

I. az érfalon kívül fekvő okból,

II. az érfalban fekvő okból és

III. az érfalon belül fekvő okból fejlődött aneurysmák.

Az I. osztályba tartoznék tehát az aneurysma traumaticum verum és aneurysma traumaticum spurium, az aneurysma per arrosionem és a tractiós aneurysma. A II. osztályba az arteriosclerosis és endarteritis folytán keletkezett aneurysmák, míg a III. osztályba az emboliás és mycosis aneurysmák kerül-
nének.

1890-ben írja le *Thoma* mint typosus aneurysma-alakot a mellkasi aorta tractiós aneurysmáját (Tractions-Aneurysma), melyet addig a ductus art. Botalli aneurysmájának, vagy a duct. art. egyszerű nyitvamaradásának gondoltak és írtak le. Ezen aneurysma-alaknak jellegzetes tulajdonságai: a bal pulmonalis arteria és az aorta thor. közt levő nyílt összeköttetés a ductus arteriae Botalli helyén, a pulmonalis arteria lumene felé kidomborított gyűrűalakú hártya, az aorta felé egy aneurysmaszerű kitérülés, a mely nem egyéb, mint az elülső aortafal kitérülése, végül az aorta hátulsó falának aneurysmaszerű kiöblösödése az aortából eredő intercostalis arteriák fekvésének megfelelően. Osztályozását illetőleg ez aneurysmafaj a congenitalis aneurysmákhoz tartozik s létrejöttének oka a nem záródó s kissé rövidebb ductus arteriae Botalli tractiója vagy vöngálása. Innen származik a neve is. A felnőttek aneurysmáinak aetiologiájában a legfontosabb szerepet játszza az arteriosclerosis és atheromatosis. A mennyire általánosan ismert dolog ez, oly kevéssé egységes a gyermekkori aneurysmák kóroka a különböző szerzők közleményei szerint. A gyermekkori aneurysmák aetiologiái mozzanatait vizsgálva, csoportosítva akarom ezeket egymás mellé állítani, miért is röviden és vázlatosan 39 aneurysmaesetet ismertetek, 38-at az irodalomból, míg egy kórházi észlelésünkből való.

Az egyes eseteket időrend szerint összeállítva, a következőkben ismertetem:

1. *Roger H.* (1863): Mellkasi aorta-aneurysma. Tíz éves fiú. Fertőző betegségeket, chorea minor, rheumát nem említenek. 8 éves korában asphyxiás rohamok lepik meg, melyek alatt cyanosisos lesz, hűvös végtagokkal. Hosszabb idő óta hamar kifárad. 5 évig állott a beteg a szerző észlelése alatt. A rohamok mind gyakrabban jelentkeztek. Lükettő carotisok, a szegycsont jobb oldalán tompulat, az aorta fölött fúvó zöreje.

Az aetiológiára vonatkozólag a szerzőnek nincs megjegyzése.

2. *Phänomenow* (1881). Ujszülöttön a hasi aorta 10 cm. széles, 11 cm. hosszú aneurysmával bírt s ez nagysága miatt a szülést megnehezítette. Keletkezését illetőleg, tekintettel arra, hogy az aneurysmafal mindhárom rétege a mikroszkopi vizsgálat alkalmával előző lo-bos elváltozásokra következtethető képet mutatott, valószínűnek tartja a szerző, hogy az aneurysma egy az intrauterinalis életben lefolyt, ismeretlen okból fejlődött endarteritis következménye volt.

3. *Norman Moore* (1882): Aneurysma az art. iliaca ext. d. eredésénél. A hét éves gyermek hirtelen halt meg. Bonczoláskor az egyik mitralis billentyű rostonyás felrakódásokkal borított s az egyik aorta-billentyűn egy nagyobb, részben elmeszesedett felrakódás volt. Az aorta fala normalis.

4. Ugyane szerző észlelése: *Aorta-aneurysma*. 5 éves leány acut miliaris tuberculosisban hal meg. Bonczoláskor az aortabillentyű fölött $\frac{1}{4}$ hüvelyknyire aneurysmás duzzanat, mely az aorta hátulsi falának lobosodása miatt állott elő. Az aortabillentyűkön friss endocarditis ulcerosa. A szerző az aneurysmák létrejöttének okát acut endarteritisben látja, mely az endocarditissel egy időben fejlődött.

5. Parker R. W. (1883): 12 $\frac{1}{2}$ éves fiúban a bal *arteria femoralis aneurysmáját* találta, mely jól tapintható a bal lágyékhajlatban és tyúkojtásnyi nagyságot ért el. 3 héttel a kórházi felvétel előtt érzett a fiú erősebb fájdalmat bal lágyéktáján s daganat fejlődését észlelte itt. Kórházi felvételtkor az aortabillentyű elégtelenségét és szűkületét konstataálta a szerző. Tíz napi ágybanfekvés után az *arteria iliaca* externát lekötik. Műtét után 34 nappal erős orrvérzések állnak be, majd anaemia, kimerülés, halál.

Bonczoláskor az aortabillentyűk elváltozása igazolt: felrakódások voltak, melyek a lument erősen szűkítették. Hypertrophiás bal szív.

6. Sanné (1887): *Aortaiv-aneurysma, atheroma aortae*. 13 éves fiú. Hiányos kórelőzményi adatok. Gyakori erős orrvérzés. Dyspnoë, szapor légzés. Cyanosis. Asphyxiában halál.

Bonczoláskor a bal szív hypertrophiás, az aortaiv megnagyobodott, belső felszíne atheromás, az aortaiv megyorónyi aneurysma. Az aortabillentyűk kemények, plaqueokkal borítottak, elégtelenek és erős szűkületet idéztek elő.

7. Mac Keen (1889): *Aorta-aneurysma*. 4 $\frac{1}{2}$ éves leány. Fél év előtt elesett s mellét erősen megütötte. A mellkas jobb oldalán a szegycsont fölé emelkedő daganat, mely a jugulumban tapintható, erősen pulzál s fölötte surranás hallható. Meghalt pneumoniában. Nem bonczolták. A baj aetiologiájára vonatkozó megjegyzést nem találtunk, aneurysma verum traumaticumnak tekinthetjük a kórelőzmény adatai szerint.

8. Jacobi (1890): *Hasi aorta-aneurysma*. 4 éves gyermek egy év előtt súlyos jobboldali coxitisel betegedett meg. Szülei tuberculosisban haltak el. Hirtelen kólikaszerű fájdalmak jelentkeznek az epigastriumban, hol mély tapintáskor homályos duzzanat észlelhető a fájdalmas helyen; 5 nap alatt meningitis tuberculosisában hal el.

Bonczoláskor mindkét tüdőcsúciban miliaris tuberculosis. Az epigastriumban érezhető tumor hasi aorta-aneurysma.

A szerző az aneurysma okául a tuberculosis-bacillusnak a hasi aorta falába való invasióját tartja.

9. Pendlin (1890): *Az aorta ascendens aneurysmáját* találta egy 12 éves leányon. Tünetei: a sternum jobb oldalán pulzáló daganat, a radialis-pulsus erősen késik a szívcsúcslökés és a tumor fölött észlelhető lüktetéshez képest. A tumor fölött két kifejezett és erős zörejt hallható, mely a szív fölött gyengébbé változik. A baj kóroktanára vonatkozólag traumát találunk: 6 éves korában leesett az oldalára.

10. Oppe W.: *Az art. basilaris aneurysmáját* észlelte 7 éves fiún. Kevésbé kifejezett klinikai tünetek. 2 éves korában a fiú fejére esett, különben nem volt beteg. Két nappal a kórházba felvétele előtt hirtelen orrvérzést kap, soporos lesz, szabálytalan, Cheyne-Stokes-szerű légzés. Spasmusos végtagok; inreflexek nincsenek, mors. Bonczoláskor a két art. vertebralis egyesülésénél van az aneurysma az *arteria basilaris*on. Az aneurysma-zsák a falhoz rögzített coagulummal kitöltött, mely a keringést nem látszott zavarni. A ponsra támaszkodó aneurysma-falon volt a gombostüfejnyi repedés, mely az agyvérzést előidézte. Az agyállományon elváltozás nem volt. Az aneurysma fala három réteggel bírt, az izomréteg megvastagodott és erősen kötőszövetes. Ez eset az aneurysma verum traumaticum osztályába tartozik.

11. Willet (1892): *Mellkasi aorta-aneurysma* 4 éves gyermekben. Bonczoláskor az aortaiv concavitásán diónyi aneurysmát látott, mely a leírás szerint a Thoma-féle tractiós aneurysmák csoportjába tartozik.

12. Clarke (1892): *Aorta-aneurysma*. A 3 éves fiú bonczolásakor, kinek több ízben haemoptoéja volt s a ki hirtelen, vérhányás közben halt meg, a szerző peritrachealis elsaftosodott nyirokmirigyeket talált, melyek egyrészt az aorta aneurysmájába, másrészt a tracheába törtek. Az aneurysma keletkezését a szerző avval magyarázza, hogy a nyirokmirigy lobja áttért az aortára s itt az aortafal rugalmasságát elvesztve, aneurysma fejlődött. Az eset az aneurysma per arrosionem csoportjába tartozik.

13. Hofmann (1894): 10 éves leány hirtelen görcsök közt összeesik, meghal. Bonczoláskor az *arteria vertebralis* sín. orsóalakú, 2 $\frac{1}{2}$ cm. hosszú, 1.3 cm. széles megrepedt aneurysmája. A halál oka: haemorrhagia intermeningealis.

14. Hofmann (1894): 14 éves fiú. Hirtelen eszméletlenség, halál. Az *arteria vertebralis* sín. feltűnő vastag, az *arteria basilaris*ba átmenve, félborsónyi, vékonyfalú, elül megrepedt aneurysmát alkot. A mitralis billentyű endarteritisben megvastagodott. Lues nincs. Finoman szemcsezett, tokjával összenőtt vese. A kórelőzményi adatok szerint a fiú évek előtt scarlatinát állott ki.

15. Jacobson (1894): *Az arteria mesenter. sup.* kettős aneurysmája 14 éves fiúban. Polyarthrit. Endocarditis. Az alhasi tájékban fájdalmak, hányás, collapsus, halál.

Bonczoláskor az *arteria mesenterica superior* eredésénél, a pancreas alatt, a duodenum előtt tojtásnyi aneurysma, ettől lefelé, balra egy másik, mely perforálódott. A szerző az aneurysmák okát az odavitt streptococcusok által okozott endo-periarteritisben s ennek következtében az érfal tunica intimájának és mediájának meggyengülésében látja.

16. Smith (1897) 9 éves fiú mellkasi aneurysma-ését közli. A fiú, kiről semmi kórelőzményt sem ismertek, hirtelen rosszul lesz, dyspnoës s daczára a rögtöni tracheotomiának, meghal. Bonczoláskor narancsnagyságú aneurysmát találnak megrepedve, az aorta descendens hátulsi oldalán, a ductus arteriae Botallinak megfelelő helyen. A bronchusok vérrrel teltek. E leírás szerint minden valószínűség szerint tractiós aneurysma-essettel állunk szemben, mely a congenitalis aneurysmák egy fajtát alkotja.

16. De la Rüe értekezésében egy 1897-ben észlelt esetet közöl angol forrásból. (*Aneurysma arteriae iliaca*.) A hét éves leánya hirtelen meghalt, miután 6 hétig feküdt előzőleg heveny sokizületi csúzbán. Bonczoláskor hypertrophiás szív. A bal szívben a mitralis billentyűkön kis vegetatiók, az aorta-billentyűkön nagy felrakódások, részben elmeszesedve. Az aorta ép. A jobb *arteria iliaca*n megyorónyi aneurysma, az érfal endothelje infiltrált. A szerző ezt emboliás aneurysmának tartja, mely úgy fejlődött, hogy az aorta billentyűinek felrakódásából egy embolust ideszállított a véráram s itt az érfal rétegeinek lobosodása miatt az érfal ellentállóképessége csökkent.

18. Aitken (1898): 9 éves fiúban hasi aorta-aneurysma a két *arteria iliaca* elágazódásánál. Bonczoláskor aorta- és mitralis billentyű-baj. A szerző szerint az ok valószínűleg embolus. Intra vitam nem diagnoskált eset.

19. Alexejew (1898): *Aneurysma a hasi aortán*. 10 éves leányon erős hasi fájdalmak jelentkeznek az alsó végtagokba lokalizált fájdalom kíséretében. Időnként gyengeség, nem tud állni, általános depressio. Magas láz, erős lesoványodás. A köldök alatt a hasüregben egy kemény, kis almanagyságú daganat, mely pulzál és nyomásra igen fájdalmas. Az ér hullám mindkét *arteria cruralis*ban kisebb a normalisnál. 8 heti betegség után exitus. Bonczoláskor: az aneurysma a hasi aorta alsó részében volt, az *arteria iliaca* ebből eredtek, lumeneik szűkebbek voltak a rendesnél. Az aneurysma, melyben egy az érfalhoz tapadt thrombus volt, megrepedt s a retroperitonealis szövetben nagy véromlenny terjedt a kis medenczébe. A kéthegeyű billentyűn friss endocarditis verrucosa volt.

20. Masse (1898): *Aneurysma traumaticum arteriovenosum*. 7 $\frac{1}{2}$ hónapos gyermek anyjával együtt a földre esik s erősen a padlóhoz üti fejét. A tünetekből következtetve, valószínű a koponyatörés és ennek következményeképp egy arteriovenosus aneurysma a carotis interna és a sinus cavernosus közt. A gyermek felépült, csak egy sajátságos zörejt hallható fejének jobb oldalában, mely isochron a pulussal, a jobb carotisra gyakorolt nyomásra e zörejt megszünt. A gyermek 11 éves koráig különben egészséges volt.

21. Hutchinson (1898): *Mellkasi aorta-aneurysma*. A 4 éves leány acut pericarditis tüneteit közt halt meg. Aneurysmára utaló tünetek nem voltak. Bonczoláskor nagy diónagyságú aneurysma-zsák, az aorta fala az aneurysmaig ép volt. Okul egy abscessus szolgált, mely az aorta falát támadta meg. E mellett tüdőgümőkór és nagyobb tracheobronchialis mirigyek voltak találhatók.

22. S. H. Barry (1898): *Aorta-aneurysma*. 15 éves fiú cricketjáték közben hirtelen meghal. Bonczoláskor 75 gramm súlyú nagy thymus. A mellkasi aortán 3 ujjnyi széles, 4 ujjnyi hosszú orsóalakú aneurysma, mely megrepedt. Az aneurysma falán néhány kis plaque volt s ezek körül hüvelykujjnyi kiterjedésben megvastagodott a tunica media. A lezárt aorta falán hasonlóan néhány atheroscleroticus plaque. A kórelőzményben semmi adatot sem találunk luesre, sem rheumás megbetegedésre, sem megerőltető testi munkára.

23. Comby (1899): *Ectasia aortae*. 6 hónapos leány gastroenteritisben halt meg. Bonczoláskor nagy, hypertrophiás szív, az aorta erősen tágult az ascendáló részén. A kéthegeyű billentyű megvastagodott és piros (friss endocarditis a szerző szerint).

Életben a szív fölött az egész praecardialis tájékon fúvó systolés zörejt lehetett hallani, melynek punctum maximuma a szív alján volt.

24. Bertram Rogers (1900): *Aneurysma a mellkasi aortán*. 10 éves leány. Egészséges szülők. $\frac{1}{2}$ éve szív táji panaszok, magas lázak. A szívtompulat fölött hangos systolés zörejt, mely legélesebb az *arteria pulmonalis* és az aorta fölött. A szívcsúcslökés a bimbón kívül 1 haránt-ujjnyira. A halál szívgyöngeség következtében állott be. Bonczoláskor: Hypertrophiás bal szív, az aortabillentyűkön vastok vegetatiók, a jobb félholdképzű billentyű fölött diónyi, kissé hosszúkás aneurysma. Az aneurysma keletkezésének oka a szerző szerint az, hogy az aorta falát inficiálta a billentyű endocarditises felrakódása, e miatt a lobos érfal ellentállása csökkent s a vérnyomás erejének engedett.

25. P. Wulff (1906): *A carotis interna aneurysmája*. 8 éves leány tonsillitisben betegszik meg, 1 hét után a bal tonsilla mögött megyorónyi duzzanat, erős vérzés (kb. $\frac{1}{2}$ liter) a szájon keresztül a torok kezelése közben, utána a megyorónyi tumor eltűnik. 2 hét múlva ismét erős tonsillaris duzzanat, incisióra bővebb geny ürül. 1 hó múlva a bal garaton nagy diónagyságú duzzanat, mely a bal tonsillát erősen előre tolja, kifejezetten pulzál, a carotisra gyakorolt nyomás után a lüktetés megszűnik. Punctio: élénkpiros vér. A carotis communis leköttése után gyógyulás, melyet zavart az aneurysma-zsák elgyenyedése, melynek létrejöttét az infectious anyagokban bővelkedő szomszédság magyarázza. Az aneurysma keletkezését illetőleg a kérdéses eset: aneurysma per arrosionem.

26. Weill-Halle (1902): *Mellkasi aorta-aneurysma*. 12 éves leány rheumás családból eredt. 5 éves korában scarlatina, 8 és 9 éves korában gyakori rheumás fájdalmak az ízületekben. Feltűnő sápadt leánya. Kifejezett insufficiencia aortae az aorta ivének aneurysmájával. Pulzáló

tumor a nyak alsó részén a jugulumban. Tompulat a sternum bal oldala fölött. Gyakori angina pectoris-rohamok, kisugárzó fájdalom a bal karban. Az anginorohamok mind gyakoribbak lesznek s egy ily roham alatt meghalt a leányka. Sectio nem volt végezhető.

27. *Cranwell (1902)*: 14 éves fiúnak a jobb axillaris verőeren diónagyságú aneurysmája volt. Műtetre (lekötés) meggyógyult. Aetiológiájára vonatkozó megjegyzések nincsenek.

28. *Méry (1902)*: Aorta-aneurysma. 12 éves fiú. Egészséges szülők. 7 éves korban chorea minor. Izületi fájdalom, láz a felvételnél. Megnagyobbodott bal szív, a sternum jobb oldala fölött kifejezett tompulat. A szív fölött fúvó systolés zöreje, mely az aorta fölött legélesebb és legkifejezettebb, a jobb clavicula felé követhető s a jobb carotis fölött is hallható. Az 1.—2. bordaközben a sternum jobb szélénél kifejezett lüktetés látható. A jugulumban pulzáló daganat, melyre ujjunkat ráhelyezve, kifejezett surranást érzünk. A beteg 6 hónapig állott orvosi felügyelet alatt s ez idő alatt az aneurysma növekedését észlelték.

29. *Zuber (1903)*: Aneurysma fusiforme a felszálló aortán. 16 éves fiú, családjában gyakori rheumás megbetegedések. 5 éves korában jelentkezett az első sokizületi csúzroham, mely 11 éves koráig összesen 7 ízben ismétlődött, mindig igen súlyos formában. Aorta-insufficienciára utaló tünetek, e mellett a physicalis vizsgálati módszerekkel és Röntgennel is konstatait orsóalakú tágulata az aortának. Időnként jellegzetes angina pectoris-rohamok. A beteg 4 évig állott észlelés alatt s baja progrediáló jellegű volt ez idő alatt.

30. *Black (1903)*: Aneurysma art. popliteae. A 9 éves fiúnak a lues kizárható. Billentyűbántalmat konstataitak. Műtetre gyógyult (lekötés).

31. *Th. Le Boutillier (1903)*: Mellkasi aorta-aneurysma. 9 éves leány, két ízben volt pertussisa, 4 éves korában enyhe sokizületi csúz, utána endocarditis. Bemutatáskor a bal kéztőizület fájdalmas. A mellkason felületes venahálózat, a nyakon, arczon és karokon a venák erősebben tágultak. Látható pulzálás a II.—IV. bordaközben a szegycsont jobb oldalán s a jugulumban is. A jugulumban érezhető pulzáló tumor, systolés surranás. A radialis pulzusok közt időbeli eltérés. A hasi aorta pulzálása nem érezhető. A sternum felső része fölött jobboldalt kifejezett tompulat. A szív fölött hangos systolés zöreje, punctum maximuma az aorta fölött, a zöreje a jobb carotis felé követhető. Az aetiológiára vonatkozólag a szerző egyrészt a két pertussis-megbetegedés heves köhögési rohamait, mint esetlegesen az aorta mechanikai insultusát említi fel, másrészt a rheumás bántalomra gondol.

32. *A. C. Jordan (1903)*: Aneurysma a mellkasi aortán. 6 $\frac{1}{2}$ éves fiú kétoldali chronikus otitis után acut gonitist kap. Hányás, láz. Betegsége 16. napján hirtelen meghal. Bonczoláskor az aneurysmává tágult aortaív megrepedését találták. A szerző ezt acut infectiosus aneurysmának tartja, mely körülírt sepsises aortitis miatt fejlődött ki, ennek oka pyaemiás embolus lehetett. A pyaemia kiinduló pontja valószínűleg a genyes középfüllob.

33. *Rénon (1905)*: Aneurysma a mellkasi aortán. 16 éves fiú, kinek 8 év alatt 6 ízben volt sokizületi csúza. A szív fölött kettős fúvó systolés és diastolés zöreje. Az aneurysma a szerző szemei előtt fejlődött ki, szegycsont körüli fájdalom és szorongó érzés kíséretében. Ily angina pectoris-rohamok többször ismétlődnek, de utánuk rövidebb-hosszabb idő múlva a beteg ismét jól érzi magát. Typusos elődomborodás a szegycsont jobb oldalán, a II.—III. bordaközben pulzálás, fúvó systolés zöreje, mely a jobb carotisba követhető, surranás érzése stb. Hirtelen vérhányás közben hal meg. Sectio nem történt.

34. *E. Ruge (1906)*: Aneurysma art. coronariae. 12 éves fiú láb-sérülés után septico-pyaemiában betegszik meg. Bonczoláskor osteomyelitis ac. infect. femoris, pleuritis purulenta, pericarditis purulenta, aneurysma a bal arteria coronarián (4×3×3 cm). Itt a vérben levő streptococcusok valami okból az intima falára tapadtak s end-, illetve mesarteriitist okoztak, e miatt az érfal rugalmasságát elvesztve, aneurysmáson kitágult (*Eppinger*).

35. *Comby (1906)*: Aneurysma aortae. 14 éves leány. 4 év előtt polyarthriti rheumatica, utána endocarditis s következményes bicuspidalis-insufficiencia. A szívtompulat erősen megnagyobbodott, a szívcsúcslökés a VI. bordaközben a bimbóvonalon kívül. A II. bordaközben jobboldalt erős lüktetés, tompulat a jobb szegyszéltől kifelé 4—5 cm.-nyire. Feltett kézzel surranás érezhető. A szív fölött hangos, érdes, kettős zöreje, mely a bicuspidalis-insufficiencia fúvó systolés zörejét eltakarja. Enyhe incompensációs tünetek jelentkeznek, különben a közérzet elég jó. Az aorta aneurysmája jól konstataitható Röntgen-átvilágítással is.

36. *Willson-Marcy (1907)*: Mellkasi aorta-aneurysma. A 4 éves fiú hirtelen meghal. Bonczoláskor a megrepedt aorta-aneurysma fala typusos lueses elváltozásokat mutat, e mellett nagyfokú sclerosis az aortán és más verőereken is. Az elváltozások a szerzők szerint valószínűleg intrauterinálisan fejlődtek. Antilueses kezelésben a gyermek sohasem részesült.

37. *Ghon (1908)*: Az art. iliaca comm. aneurysma-jának kórczölástani készítményét mutatja be, mely gyermekben fejlődött recidiváló endocarditis után, mint infectiosus emboliás aneurysma.

38. *Baginsky (1908)*: Aneurysma aortae abd. et art. subclaviae dextr. 7 éves leányban streptococcus-infectio következtében jelentkezett arteriit és aortitis, s e miatt az arteria subclavián mogorósnyi s a hasi aortán kis alma nagyságú aneurysma fejlődött. Az igen pontosan észlelt és mintaszerűen feldolgozott eset megerősíti azt, hogy mycosis infectiók és infectiosus thrombusok az aneurysma aetiológiájában igen fontos szerepet visznek s nemcsak a kis verőerekben okoznak lobos elváltozást, hanem bizonyos körülmények közt a nagy verőerek falán is

megtapadnak e thrombusok s környéki lobosodást okozva az érfalon, ennek ellentállóképességét annyira csökkentik, hogy az érfal tágulni kénytelen a vérnyomás hatása alatt s előáll az aneurysma. Bonczoláskor a bicuspidalis billentyűn lencsényi szemölcsös felrakódás volt.

39. *Saját észlelésünk (1909)*: A bal arteria femoralis aneurysmája. 9 éves fiú. Apja 26 éves korában ismeretlen bajban halt meg. Anyja és 3 testvére él és egészséges. Luesre nincs adat a kórelőzményben. Kiállott fertőző betegségekről nincs tudomásunk. 1908 telén hetekig volt ágyban fekvő beteg, a leírás szerint sokizületi csúzban szenvedett. Izület-fájdalmi azóta többször kiújultak, gyakrabban vannak orrvérzései. Utóbbi időben erősebben lesóványodott, étvágytalan, hamar kifárad, szívdobogása és nehézlégzése van. 3 hét óta veszi észre, hogy bal lágyékhatálatában duzzanat fejlődik, mely a járaskor zavarja. E panaszai miatt a „Stefánia“-gyermekkorházban felvételre jelentkezik. Felvételnél (1909 okt. 21.) a kissé gyengén fejlett és mérsékelten lesóványodott fiú-beteg szívtájéka kissé elődomborodott. A szívcsúcslökés a IV. bordaközben a bimbóvonalban, kissé emelő. Kopogtatáskor a szívtompulat jobb felé a sternum jobb szélét kissé túlhaladja. A szív fölött hallgatódzva erősen fúvó systolés zöreje hallható, melynek punctum maximuma a szívcsúcstól van. A pulmonalis II. hangja ékelt.

A máj alsó széle a bordaív alatt két ujjnyira, a lép mély belégzés-kor tapintható.

A bal czomb elülső felszínén, közvetlen a Poupart-szalag alatt, nagy diónagyságú, orsóalakú, minden irányban lüktető, rugalmas tapintatú, ép bőrrel fedett, fájdalomtalan duzzanat van, mely nyomásra megkisebbedik, de ennek megszűntével ismét eredeti nagyságát nyeri vissza. Hallgatócsővel kifejezett surranás hallható a duzzanat fölött. A bal arteria poplitea lüktetése a jobboldalival összehasonlítva gyengébb és minimalisan késik is. A bal alsó végtag ugyanolyan hőmérsékű s nem halványabb, mint a jobb. A radialis pulsus-szám 108, kis hullámú. Testhőmérsék 37.6° C. Testsúly 18.75 kgr. A vizelet napi mennyisége 400 cm³.

Nyugalomra a diuresis emelkedik napi 1000—1200 cm³-re, a pulsus teltebb, erőteljesebb. Tekintettel az aneurysma részéről fenyegető veszélyre, műtét beavatkozást tervezünk, de a hozzátartozók ebbe nem egyeznek bele, s a fiúcskát hazaviszik.

3 hétre a beteg hazaérkezése után incompensációs tünetek, majd féloldali, eszméletlenséggel járó hűdés jelentkezett a betegen, ki röviddel e tünetek jelentkezése után meghalt. Sectio nem volt végezhető.

Az aneurysma spontán fejlődésére, valamint különösen az előző endocarditisre való tekintettel ez valószínűleg aneurysma embolicum infectiosum volt, a minek felvételében megerősíthet a lues, a heveny fertőző megbetegedések és az előző sérülés kizárása.

A közölt esetek összeállításából a következő statisztikai adatokat nyerjük:

Érdekes az aneurysma-eseteknek az angol-szász fajra eső nagy százaléka; 14 Angolországban észlelt esetet ismerünk ugyanis, mihez hozzávéve a 4 amerikai esetet, az összes leírt eseteknek csaknem felét kapjuk meg (18 : 39). E számarány tehát megfelel a felnőtteken talált számaránynak; ismeretes ugyanis, hogy az angol-szász fajban feltűnő gyakori e megbetegedés a más nemzetekben észlelt esetek számához képest.

E körülmény oka eddig ismeretlen. Tekintettel a gyermekkorban hasonló arányban előforduló aneurysmára, egyáltalán nem fogadható el azon theoria, hogy az ok a különböző sportok túlhajtásában vagy az alkoholismus nagyobb elterjedésében keresendő.

E megbetegedés gyakorisága szempontjából inkább szóba kerülhetnek az angol-szász faj öröklött(?) hajlamossága e bajiránt (praedispositio), esetleg az eltérő általános hygienés viszonyok, vagy bizonyos, e fajban gyakoribb pathológiás állapotok. A Franciaországban észlelt esetek száma 9, a többi 12 eset megoszlik Német-, Orosz-, Magyarország és Ausztria közt.

Az aneurysmák elhelyezését illetőleg a következőképpen oszlanak meg: a mellkasi aorta aneurysmája túlnyomó többségben van 20 esetével, 5 esetben a hasi aorta, 3—3 esetben az arteria iliaca és arteria basilaris, 2—2 esetben a carotis interna és arteria cruralis volt a verőerdaganat székhelye. A többi eset megoszlik az arteria coronaria, subclavia, mesenterica superior, axillaris és poplitea közt.

A nemre vonatkozólag nem találunk lényeges különbséget. A kort illetőleg 3 egy éven aluli, 7 öt éven aluli, 11 tíz éven aluli és 17 tíz éven felüli gyermekben észlelték aneurysmát. (Egy gyermeknek korát nem ismerjük a közölt esetek közt.)

A 39 eset közül 21-ben a diagnosit post mortem állították fel, 4 esetben pedig a bonczolás erősítette meg az élő-

ben megállapított kórjelzést; e 25 esetben az aneurysma fejlődésének okára vonatkozólag értékes adatokat találunk a bonczolás-jegyzőkönyvekben. A hátramaradt 14 esetben, melyek közül 10 gyógyult s 4 még észlelés alatt áll, jórészt csak hypothesisokkal és következtetésekkel volt megközelíthető az aneurysma fejlődésének oka.

Az aetiológiára vonatkozó adatokat két osztályba sorozhatjuk; az elsőbe azon adatok kerülnek, melyeket feltétlen biztossággal kórbonczolástani és kórszövettani vizsgálatok útján nyertek, a második, talán kisebb osztályba azon kóroktani adatok tartoznak, melyek egy részét csak valószínűséggel, más részét pedig a kórtörténetben, esetleg bonczolás-jegyzőkönyvben közölt megjegyzések alapján közlik az egyes szerzők.

Az aneurysma kóroktanára vonatkozólag 30 esetben találunk határozott véleményt, míg 9 esetben ez vagy igen kétséges, vagy egyáltalán hiányzik a kóroktani mozzanat felemlítése. Aetiologiai adataink különben a következők:

Az aneurysma verum spontaneum (arterioscleroticum) csoportjába 3 eset tartozik (6., 22., 36.), ezekben a baj oka chronikus endarteritis, illetve atheromatosis, e 3 közül az egyik lueses eredetű. Traumás eredetűnek 4 esetet írunk le (7., 9., 10., 20.), az aneurysma per arrosionem csoportjába 3 eset tartozik (12., 21., 25.), a melyekben a szomszédos szervek lobos, infectiosus folyamatának az érfalra való terjedése következtében fejlődött a verőérdaganat.

Az aneurysma congenitumok közé számíthatjuk a két *Thoma*-féle tractiós aneurysmát (11., 16.) s egy az intrauterinális életben, ismeretlen eredetű endarteriitis miatt fejlődött aneurysmát (2).

Legnagyobb számmal szerepelnek az endarteriitis miatt fejlődött aneurysmák. Ezek közül egyben (8.) tuberculosisbacilusoknak az érfalba történt invasiója okozta az aneurysma fejlődésére szükséges érfalmeggyengülést; négy esetben (15., 32., 34., 38.) sepsises és septicopyaemiás megbetegedés. Két esetben (4., 24.) az aneurysma fejlődését acut endocarditis-szel hoztak közvetlen kapcsolatba, mely esetekben közvetlen az infectiosus burjánzással borított billentyű fölött fejlődött ki az aneurysma; 4 esetben (17., 18., 37., 39.) endocarditis után előállt embolus volt az aneurysma fejlődésének megindítója. Ezen esetekben az infectiosus thrombusoknak a billentyűkről való leszakadása s a verőérrendszer egy más pontján való megtapadása következtében fejlődött arteriitis okozta az aneurysma létrejöttét. Ezen utóbbi 4 eset kétségtelenül az aneurysma embolicum osztályába tartozik, az ilyeneket általában mint igen ritkán előforduló aneurysmákat írják le. De ezen osztályba sorolhatjuk azon eseteket is, melyekben a pathogen mikroorganizmusok a véráram által továbbvitetnek és az érfal bizonyos helyén megakadva vagy ismeretlen okból megtapadva, továbbszaporodnak s arteriitist okoznak s az ennek következtében gyengült érfal tágulása eredményezi az aneurysmát.

Eppinger ezeket infectiosus aneurysmáknak nevezte, megkülönböztetve őket a mycosis-emboliás aneurysmáktól. Az előbbieken a legtöbbször pyaemiás megbetegedés következtében a vérben levő mikroorganizmusok, legtöbbször streptococcusok, valami okból az érfal intimájára tapadtak, itt end-, illetve mesarteriitist okoztak s e miatt az érfal rugalmasságát elvesztve, aneurysmásan tágult. A mycosis-emboliás aneurysmák fejlődése pedig a következő: a bal szív billentyűinek infectiosus-thrombosisos felrakódásaiból kis részek leszakadnak és mint embolusok kerülnek az arteriális rendszerbe. Itt elágazódásoknál, vagy nagyságuknak megfelelő ürterű arteriában megakadva, az embolustömegben levő coccusok tovább fejlődnek s ulcerosus endarteritis fejlődik. Az intimáról tovább terjed a folyamat a vasa vasorum útján a mediára, majd az adventitiára. A media ruganyos rostjai s az adventitia állnak ellent a leghosszabb ideig a lobos folyamatnak, de végre kénytelenek engedni s a verőérfal tágulása a vérnyomás hatása következtében lassan kifejlődik.

A mycosis-emboliás és az *Eppinger* által infectiosusnak nevezett aneurysmák fejlődése ezek szerint alig különbözik egymástól, lényegileg az ok mindkettőben az érfal myco-

sisos infectiója által okozott lob. Ezenkívül a vérkeringésbe jutott mikroorganizmusok vagy mikroorganizmus-csoportok is mikroszkopi mycosis embolusnak foghatók föl, melyek csupa mikrococcusból állanak s a melyek bizonyos körülmények közt az érfalhoz tapadva, ugyanolyan elváltozásokat okozhatnak az érfalban, mint egy nagyobb mycosis embolus. Hogy a mikroorganizmusoknak vagy a mycosis embolusoknak a verőérfalhoz való tapadását mi okozza, nem tudjuk, mindenestre valami alkalmi ok szerepel itt, így *Baginsky* szépen észlelt esetében lues congen. esetleges befolyásának hajlandó tulajdonítani ez alkalmi okot.

A régebbi időben hangsúlyozták, hogy ily infectiosus-emboliás aneurysmák csaknem kizárólag kis ereken, vagy ezek elágazódásain fejlődnek; evvel szemben összeállított eseteinkben gyakrabban találtuk a nagyobb erek ilyen emboliás aneurysmáit. Így két esetben az arteria iliácán (17., 37.), egy esetben a hasi aortán (18.) és art. cruralison (39.) fejlődtek ezen verőérdaganatok.

Az infectiosus eredetű aneurysmák is gyakrabban a nagyobb verőereken jelentkeztek; ezen esetekben a kórokozó mikroorganizmus csaknem mindig streptococcus volt. Egy-egy ízben az aortaív, az aorta abdominalis és az arteria subclavia volt az aneurysma székhelye (22., 28.)

A kisebb ereken fejlődött, infectiosus eredetű aneurysmák közül az arteria mesenterica superioron és az arteria coronarián fejlődötteket említjük meg (15., 34.)

Az emboliás eredetű aneurysmák másik csoportját az aneurysma embolicum simplex esetek alkotják, melyeknek fejlődése *Ponfick* teoriája szerint következőképpen történt: Idősült endocarditisben a szívbillentyűről egy kis rögöcske, mely részben elmeszesedett, leválik s a véráram hajtó ereje által sodortatva, az éles és hegyezett végű embolus mintegy belefúrja magát a verőér belső falába. E miatt vérzés áll elő az érfalban s véromlenny fejlődik, melyet újonnan képződött kötőszöveti burok vesz körül, e burok nyílt összeköttetésben van a vérrel s az aneurysma tulajdonságaival bir. A *Ponfick* által leírt ily módon fejlődő aneurysma ezek szerint szigorúan véve tulajdonképpen traumás eredetű.

Az emboliás aneurysmának ezen mechanikai alapon álló teoriáját *Thoma* megerősíti két általa vizsgált esettel (fel-nőttön), hol az agyburok verőerein talált aneurysmákban a tüskés végű embolusokat is meglelte; de mikroorganizmust nem talált (megjegyzendő, hogy csak szövettani vizsgálatot végzett). Ezzel szemben *Eppinger*, *Barlow*, *Goodhart* és mások e mechanikai teoriát elvetik s bebizonyítják, hogy az aneurysma létrejöttének oka ez esetekben is eredetileg egy mycosis embolus. Ezek szerint a *Ponfick* által 1872-ben leírt aneurysma embolicum simplex sem egyéb, mint infectiosus-emboliás aneurysma.

Külön emlitem meg a főképpen francia szerzők által hangsúlyozott rheumás eredetű aortitist, mint az aorta-aneurysma egyik gyakoribb okát. Hat ilyen esetet ismerünk (26., 28., 29., 31., 33., 35.), melyek közül kettő halállal végződött, de ezekben bonczolás nem történt s így pontosabb adataink tulajdonképpen nincsenek a feljegyzett kórelőzményi adatokon és a részletesebb physicalis vizsgálati adatokon kívül. Fontosnak tartom megemlíteni itt, a mire később még rátérek, hogy a kórtörténeti adatok szerint ezen esetek mindegyikében polyarthritiss (egy esetben chorea minor is) előzte meg a verőérdaganat kifejlődését s a bal szív endocardiumának megbetegedése volt konstatalható.

Az aortaív aneurysmáinak keletkezésére vonatkozólag *Hutinel* is leggyakoribbnak mondja a polyarthritises eredetű aortitist, a polyarthritiss mellett a heveny fertőző betegségek s a lues con genita szerepelnek mint oki momentumok. E nézetének bizonyításául hivatkozik *Roger*, *Marfan*, *Méry* és *Zuber* eseteire, melyeket kivonatossan közöltem is a kórtörténetek közt. Ha ez esetek lefolyását s a róluk készített feljegyzéseket végig tanulmányozzuk, sehol sem fogjuk bebizonyítottan találni pozitív vizsgálati adattal vagy kórbonczolási készítmény leírásával az aortitist s az aneurysma rheumás eredetét. Ellenben valamennyi ily esetben a bal szívfél endocardiumának elvál-

tozása pozitív tény, valamint az is, hogy az esetek valamennyiében sokizületi csúz-rohamok előzték meg a verőerdaganat kifejlődését. Önkéntelenül is felmerül tehát azon kérdés, vajjon nem polyarthritist után beállott endocarditissel kapcsolatban fejlődött infectiosus vagy mycosis emboliás aneurysmáknak tekinthetjük-e ezen eseteket is.

Bizonyítani ezt természetesen nem lehet, mert pontosabb vizsgálati adataink egyáltalán nincsenek erre vonatkozólag ez esetekben, minthogy sectióra egyik eset sem került, de lehetetlen a bal endocardium elváltozásának állandó jelenlétét csak egyszerű esetlegességnek venni.

Kilencz esetben végül az aetiologióra vonatkozó megjegyzések teljesen hiányoznak. Ezen esetek kórelőzményi és kórtörténeti adatai közül csak azt akarom hangsúlyozni, hogy hat esetben az előző endocarditis kétségtelen, sőt 5-ben ez bonczolással is bizonyított.

A különböző szerzők által megvilágított aetiologiai momentumokon végigtekintve, lehetetlennek találjuk ezek szerint főképpen az erek arteriosclerosisában keresni a gyermekkorban fejlődő aneurysmák okát, mert csak 3 oly esetet ismerünk, hol az erek ilyenmő elváltozását sectióval erősítették meg. Annál kevésbé tehetjük ezt, mert az arteriosclerosis okai közt főképp a chronikus alkohol- és ólommérgezés, köszvény, lues, chronikus nephritis stb. szerepel, mely okok a gyermekkorban, a luestől eltekintve, jórészt csak kivételesen fordulnak elő. A felnőttek aneurysmáinak tisztán arteriosclerosisos eredetűre vonatkozólag is kritikai megjegyzéseket olvashatunk *Thoma*-nál, ki az aneurysmákkal foglalkozó értekezésében írja, hogy gyakran találni aneurysmát különben ép érrendszerű felnőttekben s feltűnőnek találja, hogy míg a súlyos arteriosclerosisos elváltozások a magasabb korban gyakoribbak, addig az aneurysmák ennek nem megfelelően a 40-es évek körüli egyénekben a leggyakoribbak s míg az arteriosclerosis igen gyakori megbetegedés, ezzel szemben az aneurysma aránylag igen ritka. *Thoma* éppen az aneurysmák keletkezésének egyéb okait kutatva, jutott az úgynevezett tractiós, congenitalis eredetű aneurysmák létrejöttének okaira, melyek közt elsősorban szerepel a tökéletlenül köteggé váló ductus Botalli mechanikai húzó hatása az aorta falára.

A gyermekkori aneurysmák aetiologióját kutatva s az előbb felsorolt adatokat vizsgálva, feltűnőnek találjuk, hogy az endocardium megbetegedésével mily gyakran találkozunk az aneurysmás betegekben. 39 eset közül 19-ben találunk erre vonatkozó pozitív adatokat. S e 19 eset közé tartoznak azon aneurysmák, melyekben az aetiologiai ok mycosis embolus vagy sepsis megbetegedés, vagy a mely esetekben úgynevezett rheumás aortitis szerepel, végül a melyekben az aetiologióra vonatkozó megjegyzés egyáltalán hiányzik. Joggal feltűnő ez, annál is inkább, mert azon esetekben, melyekben az endocardium ép, az aetiologiai momentum majdnem minden esetben tisztázott. Ezen csoportba főleg azon észleletek tartoznak, melyekben az aetiologióban a trauma, a chronikus endarteritis szerepel; ezen csoport többi esetét a tractiós aneurysmák s az aneurysmata per arrosionem alkotják.

Az aneurysmák tünetei a gyermekkorban egyáltalán nem különböznek a felnőtteken észlelhetőktől s így ezeknek részletes leírását feleslegesnek tartom. Mindenesetre igaz azonban az, hogy gyakran teljesen észrevétlenül fejlődnek és nem okoznak sem lézési, sem vérkeringési zavart, sem a közérzetet nem befolyásolják. Különösen áll ez az aorta-aneurysmákról, melyeknél gyakori, hogy a gyermek mit sem érezve játszik, fut, ugrál, míg egyszer hirtelen, a legfenyegetőbb tünetek (hányás, dyspnoë, suffocatio) közt, legtöbbször az aneurysma megrepedése miatt következik be a halál.

Ez magyarázza meg azon körülményt is, hogy 39 esetünk közül 21-ben a halál után diagnoskálták az aneurysmát.

A diagnosis felállításakor, a mi a mellkasi aorta-aneurysmát illeti, kifejezett esetekben támogat a mellkason kiterjedt venahálózat, mely a mamma. ext. és a bordaközi ereknek felel meg, a jugulumban pulzálás, esetleg pulzáló tumor és jobboldalt a II—III. bordaközben észlelhető pulzá-

lás. A mellkasra tett kézzel systolés lökést és kifejezett surranást érzünk. Kopogtatáskor a jobb szegyszélt túlhaladó tompulatot kapunk. Hallgatódzaskor az aorta fölött systolés zörej hallható, néha sajátos surranástól kísérve, mely hang a carotisba is követhető.

Subjectív tünetek: gyakrabban vannak mellkastáji fájdalmak, melyek ritkán fejlődnek kifejezett angina pectorissá. A radioskopia és radiographia mindenesetre a diagnosis megerősítésére szolgál s adott esetben nem mulasztandó el.

A zárt üregben fekvő és nem hozzáférhető aneurysmák közül megemlítendő az agyagon levők, melyek leggyakrabban az arteria basilarisból fejlődnek. Ezeknél rendszeren rupturá következtében hirtelen áll be a halál, oka az intermeningealis haemorrhagia. Ezen aneurysmák rendszeren kicsinyek, borsó-babnagyságúak, előzőleg nem okoznak zavart.

A környéki verőereken s a jobban hozzáférhető helyeken levő aneurysmák diagnosisjának felállításakor a tapintás (surranás érzése a pulzálás mellett), hallgatódzás (zörej) s az aneurysma fölött és alatt levő verőérüktetés összehasonlítása fog tájékozódást nyújtani.

A prognosis rossz azon erek aneurysmaiban, melyek a sebészi kezelésnek hozzá nem férhető (aorta-aneurysmák, koponyaüregben levő aneurysmák).

A környéki verőerek aneurysmaiban jobb a kórjósolata, mert a mütéti beavatkozástól eredmény várható.

Az aneurysma kezelése történhetik: 1. belső kezelés segítségével, ezt csak a sebészi beavatkozás kivihetlensége esetén alkalmazzuk. Ennél a véralvadékonyság fokozása lehet a célunk, a minek elérésére első sorban a gelatina szolgál, de eredményt, fájdalom, alig ad.

A sebészi kezelés legegyszerűbb módja a verőér-törzs leszorításából áll, digitalis compressio segítségével, ennek célja az aneurysmazsákban az alvadékfejlődés előidézése. Az eljárás nem mindig sikeres (kb. 50%) s az esetleg fejlődő embolus miatt veszélyes is lehet. Természetesen csak oly aneurysma-esetekben alkalmazható, melyekben az odavezető verőértörzs könnyen hozzáférhető.

Másik módja a sebészi kezelésnek az aneurysmához vezető vagy tőle elvezető verőér-törzs lekötése. Az előbbi módszer a jobb s a collateralis vérkeringés kifejlődésére kedvezőbb, a gyógyulás százaléka 95.

A harmadik mód az aneurysma kiirtása, mely körülbelül az előbbihez hasonló gyógyulási esélyekkel bír.

Negyedik módja a sebészi kezelésnek már a modern sebészet vívmánya; a mütét az aneurysmazsák kiirtásából s a verőérnek az aneurysmafalból való újraképléséből áll. *Matas* ajánlotta e mütétet, melynek elvégzése (endoaneurysmorrhaphia) azonban sokszor elháríthatlan akadályokba ütközik.

Az ötödik mód az aneurysmás részlet resectiójából s a verőércsonkok circularis érfalvarrattal való egyesítéséből áll. E mütét kivételének első föltétele, hogy a két verőércsonk közt lehetőleg kis távolság legyen, hogy ezek könnyen legyenek közelíthetők egymáshoz. Az irodalomban közölt adatok szerint 30 esetben sikerrel végezték a mütétet (*Lexer, Lieblein*).

E két utóbbi mütéti eljárásnak, siker esetében, azon óriási előnye van, hogy a collateralis pályák kifejlődését vagy ki nem fejlődését teljesen számításán kívül hagyhatjuk, míg az egyszerű érlekötéses eljárásnál a collateralis keringés nem kielégítő módon való kifejlődése a sikeres mütét dacára is súlyos következményekkel járhat, kisebb-nagyobb necrosist, sőt esetleg egy egész végtag elhalását okozva.

A közölt esetekből levonható következtetéseket összegezve, azokat a következő pontokba foglaljuk:

1. A gyermekkorban is ugyanazon oki momentumok szerepelnek az aneurysma fejlődésében, mint a felnőtteken, de minden valószínűség szerint a mycosis infectiosus megbetegedések jóval nagyobb számarányban az okai az aneurysmának, mint a felnőtteken. (*Schrötter* a felnőttek aneurysmaibanál is a mycosis embolusok gyakoribb szerepét vitatta az aneurysmák aetiologiójában.) E pont azonban mindenesetre

még újabb bizonyításra szorul és pontosan észlelt és vizsgált esetek egész sorozatára van szükségünk, esetleg megfelelő állatkísérletek eredményeire is.

2. A gyermekkori aneurysma fejlődésének kérdésében fontos és nagyjelentőségű annak a tisztázása, hogy mi az oka annak, hogy az infectiosus thrombusok vagy mikroorganizmusok az érfalon megtapadnak? Vajjon az érfal valami okból létrejött elváltozása hozza-e ezt létre (lues cong., heveny fertőző betegségek), vagy a megtapadás az érfalak veleszületett tulajdonsága miatt áll elő, vagy bizonyos körülmények közt ép érfalon is megtapadnak thrombusok és mikroorganizmusok? E kérdés tisztázása mindenesetre fontossággal bír a prophylaxis szempontjából is.

3. A gyermekkori aneurysma sokszor lassan és észrevétlenül fejlődik ki, s gyakran nem okoz feltűnőbb kórtüneteket.

4. Kezelésük megegyezik a felnőttek hasonló nemű bántalmainak kezelésével.

Irodalom. Aitken: The Lancet, 1898, IV. — Alexejew: Revue d' russisch. med. Zeitschr., 1898. Ref. — Berny S. H.: British med. Journal, 1898. — Black: Pediatrics, 1903. — Boutillier: American Journal of the Med. Science, 1903. Ref. — Comby: Arch. de Méd. des Enfants, 1906, 544. — Cranwell: Rev. soc. med. Argentina, 1903. Ref. — Baginsky: Archiv f. Kinderheilk., 1908, XLVIII. — Clarke: The British med. Journal, 1892. — De la Rüe: Thèse de Paris, 1903 — Eppinger: Arch. f. klin. Chirurgie, Suppl. Bd. XXXV. — Feytaud: Thèse de Paris, 1907. — Ghon: Zentralbl. f. Kinderheilk., 1908. — Hofman: Wiener klin. Wochenschr., 1894, XLIV. — Hutchinson: Transactions of the path. Soc. of London, 1899 R. — Hutinel: Les maladies des enfants, 1909, IV. Jacobi: Arch. of Pediatrics, 1890. Ref. — Jacobsen: Bullet. de la soc. anatom. de Paris, 1897, XI. — Jordan: The Lancet, 1903. — Keen Mac: Medical News, 1892. Ref. — Lieblein: Beitr. zur klin. Chirurgie, 1910, Bd. 67. — Masse: Gazette hebdom. des sciences méd. de Bordeaux, 1908. Ref. — Méry: Bullet. de la Soc. de Pédiatrie, 1902, Paris. — Moore N.: The Lancet, 1882, XVI. — Oppe N.: Münchener med. Abhandl., 1892. Ref. — Pendin: Thèse de la Rüe, 1890. Ref. — Phaenomenow: Arch. f. Gynäkologie, 1881, XVII. — Ponfick: Virchow's Archiv, LVIII, 528. — Parker N. W.: The Lancet, 1883, XX. — Roger H.: Bull. de la soc. méd. des hôpitaux, 1863. Ref. — Rogers B.: Pediatrics, 1899. — Rubritius: Beitrage z. klin. Chirurgie, Bd. 76. — Ruge: Deutsche Zeitschrift f. Chir., Bd. 80. — Sanné: Revue mens. des mal. de l'enfance, 1887. Ref. — Schrötter: Spez. Path. u. Ther. Nothnagel, XV. — Smith: The British med. Journal, 1897. — Thoma R.: Virchow's Archiv, CXXII, 535. — Willet: The British med. Journal, 1892. — Willson and Marcy: Journ. Americ. Med. Associat., 1907, Ref. — Wulff: Münchener med. Wochenschr., 1900, Nr. XX. — Zuber: Bullet. de la Soc. de Pédiatr. de Paris, 1903. Ref.

A bacillus bulgaricus mint gyógytényező a felső légutak és a hörgők bántalmaiban.*

Irta: Tóvölgyi Elemér dr.

Az 1902. évben tudtommal mint első kísérletem meg az I. belgyógyászati klinika gégeészeti rendelésén a tejből kitenyészett tejsavbacteriumokat a gégetuberculosis gyógykezelésére. Tekintve ugyanis ama tényt, hogy a Krause által első ízben javasolt tejsav a gégetuberculosis gyógyításakor mennyire bevált, közelfekvő volt a gondolat, hogy a tejsavat termelő bacteriumoknak a beteg szövetekkel való közvetlen érintkezése szintén, még pedig talán fokozottabb mértékben tud gyógyító hatást kifejteni. Minthogy a bacillus bulgaricus mint legerősebben tejsavképző mikroorganizmus akkor még nem volt ismeretes, kísérleteimhez az aludttejből kitenyészett bacterium acidi lacticiit használtam fel, annyival inkább, mint-hogy ez a mozgásra képes bacteriumfaj ebbeli tulajdonságánál fogva nemcsak a vér- és nyirokárám útján, de saját erejéből is könnyebben juthat a beteg szövetek mélyebben fekvő részeibe.

A részint sterilizett tejben, részben bouillonban tenyészett bacteriumokat gégetuberculosis tíz esetében próbáltam ki. Az egyszerű ecsetelésekkel és instillációkkal semmi eredményt sem tudtam elérni, éppen úgy hiábavalónak bizonyult a tenyészetnek a gége szöveteibe Pravaz segélyével végzett közvetlen beoltása. Az igaz, hogy a bacteriumok az alkal-

mázás különféle módjai mellett teljesen ártalmatlannak bizonyultak, ám sajnos, emez ártalmatlanságuk kiterjedt magára a tuberculosis elváltozásra is. Hosszasabb kísérletezések után az egész eljárást abbahagytam és mint magától értetődik, az eredménytelen próbálkozás közlését sem tartottam helyénvalónak.

A tejsavbacteriummal való nagyarányú gyógykísérletekre Cohendy-nek az 1906. évben saját magán végzett kísérletei adták meg az indító lökést. Cohendy a Grigoroff és Massol által egy évvel előbb a bolgár yoghurtból kitenyészett bacillus bulgaricussal végezte kísérleteit. Ez a bacillus, mint azt Bertrand és Weisweiler vizsgálatai bizonyítják, az összes tejsavtermelő bacteriumok között a legnagyobb mennyiségben állítja elő a tejsavat. Erről a bacillusról tapasztalta tehát Cohendy, hogy a bélrothadást nagyban akadályozza és rövidesen utána ugyanezen eredményre jutott Pochon is. Grundzsch, Schmitz, Singer kimutatta, hogy a tejsavnak az intestinalis rothadással szemben erős gátló hatása van. Belenowsky vizsgálatai a mellett szólnak, hogy a bacillus bulgaricus rothadást csökkentő hatása nem csupán a tejsav termelésétől, hanem ugyane bacillus egy másfajta productumától is származik.

A fentebb nevezett szerzők és még mások tapasztalataira támaszkodva, E. Metschnikoff érdekes könyvében (Beitrag zu einer optimistischen Weltauffassung) ama következtetésre jut, hogy a némely vidéken lakó emberek egészséges, hosszú életüket a nagy mennyiségben élvezett savanyútejnek, az ebben lévő tejsavbacteriumoknak és nevezetesen főleg a bacillus bulgaricusnak köszönhetik. Metschnikoff ebbeli kijelentése, a kritika legenyhébb kifejezésével élve, túlmerésnek mondható. Állításának bizonyítására például ily eseteket közöl: Marie Prion kisasszony életének százötvennyolcadik évében halt meg és életének utolsó tíz évében pusztán sajttal és kecsketejjel táplálkozott. Ambroise Santet 1751-ben száztizenegy éves korában halt meg, élteme savnélküli búzakenyérből, vízből és savóból állott. A kaukázusi Thense Abalva száznyolcvan évig (?) élt, eledele búzakenyérből és tejből állott. De ez még mind csekélység ahhoz, a mit James Riley-nek 1854-ben megjelent könyvéből idéz. Ez utóbbi állítása szerint Afrika nomád életet élő arabjai között nem ritkaság a két- és háromszáz évet (!) élő öreg ember, a kik természetesen szintén csak tejjel táplálkoznak. Habár erre maga Metschnikoff is megjegyzi szerényen, hogy Riley valószínűleg túloz, hűségesen leközli és ezzel önkéntelenül is bizonyítja, hogy hű akar maradni könyvének címéhez, midőn a világot túlságosan rózsaszínű szemüvegen át vizsgálja. Mi sem természetesebb, mint hogy a Metschnikoff és társai által hangoztatott dicshymnusokra az észlelők nagy részét valóságos tejsavbacterium-láz lepte meg.

A rövidesen megejtett vizsgálatok alapján egész sereg kutató, mint Grünbaum, Vaughan, Sahli, Hertz, Tissier, Willke, Rosenthal, magyar részről Kern Tibor, ajánlotta a legkülönbözőbb bélbántalmakban a bacillus bulgaricust. Részint tejben, részint más tenyészetekben, sőt tablettákba komprimálva adagolták a betegeknek. Mikor azután egyik-másik észlelő nem kapott kielégítő eredményt, ráfogta a bacillust tartalmazó mediumra, hogy az nem czélszerű anyag a bacillus tenyésztésére és sietett egy új anyagot feltalálni, a melylyel azután kielégítő eredményeket ért el. A tablettákat egy ideig nagyon dicsérték, mígnen Bullock ki nem jelentette, hogy az általa megvizsgált húsfajta tablettá közül egyetlen egy sem tartalmazott activ bacillust és így a tabletták nem használhatók. Ez a bacillus bulgaricus körül támadt rendkívüli nagy kavargás az 1910. évi angol orvosgyűlés referálóját ama keserű megjegyzésre ragadta, hogy az a minden komoly kritikát nélkülöző „hausse“, a mi a tejsavbacteriumok körül az utóbbi időben Angliában támadt, minden eddig tapasztalt dolgot felülmúl;¹ minthogy most már minden bajt tejsavbacteriummal akarnak meggyógyítani és mindenki százötven évig fog élni, ha savanyútejjel táplálkozik. Minden-

* Előadott a gégeorvosok egyesületének márczius 12.-én tartott ülésén.

¹ Die an Kritiklosigkeit so ziemlich alles übertrifft, was man bisher erlebt hat.

esetre nem annyira keserű, mint inkább komikus hatást tesz az emberre ama londoni orvosulás, hol *Bryce* a tejsavbacteriumoknak obstipatiót okozó hatását emeli ki, *Hertz*-czel szemben, ki viszont azt állítja, hogy súlyos hasmenéseket szokott okozni és az obstipatiót igen javítja.² E tekintetben szerény magamnak is megvan a tapasztalata. A bacillus bulgaricus különböző tenyészetekben magamon próbáltam ki, de az obstipatióra a legcsekélyebb hatást sem gyakorolta. Az tény, hogy nem is növelte. Elég az hozzá, hogy a bacillus bulgaricus nem sokáig maradt a bélspecialisták féltve őrzött gyógyszerkincse, részt kértek ebből a bujakór-gyógyászok is, a kik ettől kezdve minden női és férfi gonorrhoeát rövidesen és biztosan meggyógyítottak, éppen úgy kitűnőnek találták irregularis szív működésben és bradycardiában (*Bradbury*), uraemiában, diabetesben (*Grünbaum*), typhusban kitűnő eredményt látott a tablettáktól *Gleason* és így tovább. Ily körülmények között hogyan maradhattak volna hátra az orrspecialisták. Ha valahol, úgy az orrban bőven találni putrid folyamatokat. Az észlelők közül elsőnek *Charles E. North* New-Yorkból lépett a nagy nyilvánosság elé és az általa egy különleges tápanyagban (melyről még alant szó leend) tenyésztett bacillus bulgaricusból tekintélyes számú kollegának is küldött kipróbálás végett. Ily módon sikerült neki háromszáznál több oly esetet összegyűjteni, a melyekben a bacillus bulgaricus gyógyító hatását tanulmányozták.

Eme nagyszámú esetből összállított táblázat azonban némileg ellentmond ama nagy dicséretnek, a melylyel *North* ugyanezen közlemény keretében a bacillus bulgaricus kiváló gyógyhatását ecseteli. A táblázatból ugyanis kitűnik, hogy gyógyulásról csak oly bántalmakban tudnak beszámolni, a melyek maguktól, olykor minden kezelés nélkül is meggyógyulnak, mint a frontalsinusitis, avagy a gyógyulás előbbutóbb feltétlen bekövetkezik, mint a heveny rhinitis. Viszont rhinitis atrophicans ötvenhat esete közül egyetlen egy esetben sem következett be gyógyulás, éppen úgy, mint sikertelen volt az otitis media, rhinitis chronica, Highmor-empyema, szénanátha stb. bacillus bulgaricus-szal történt kezelése is. Habár ez utóbbi bántalmakban javulás több ízben mutatkozott, ez szerintem jóformán semmivel sem jelent többet az eredménytelenségénél, minthogy e bajokban más eljárásokkal nemcsak javulást, de gyógyulást is el tudunk érni.

Goodale, a ki szintén kísérletezett a bacillus bulgaricus-szal, már nincs annyira elragadtatva az eredménytől. Annyit beismer, hogy ozaenában a varképződést csökkenti, viszont a beállott javulást nem meri véglegesnek tekinteni. Az idősült és polypokkal járó (!) melléküreggyenedésekben, mint érthető, semmi jó hatást sem látott a tejsavbacteriumoktól.

Említést érdemel továbbá *Gleason* kísérleti eredménye, a ki szintén tele van a bacillus bulgaricus dicséretével. Esetei közül az ozaenák 88%-a javult (!), úgyszintén a frontalsinusitisek nagy száma, jó hatást látott a kezeléstől ethmoiditisekben és az antrum genyedékes folyamataiban, de a legszebb eredményeket az orr és melléküreggek bántalmaival komplikált középfülgyenedésekben érte el.

A legutolsó idevágó közlemény *Strepinski*-é, a ki az előbbi szerzőktől eltérő módon, szárított tejsavfermentummal kísérletezett. Eredményei egyszerűen fényesek. Huszonhét ozaenás betege közül huszonkettő több mint egy éven át gyógyultnak volt tekinthető, ugyanilyen nagyszerű hatást tapasztalt otorrhoea 14 esetében.

A mi ezek után a saját tapasztalataimat illeti, én sajnos, több mint egy esztendei tapasztalatra támaszkodva, az említett szerzőkkel ellentétben valami kitűnő eredményekről nem számolhatok be.

Kísérleteim kezdetén szigorúan *North* utasításaihoz tartottam magamat, nehogy kitegyem magamat a kezdeményező ama gyakori vádjának, hogy az esetleges balsiker az utasítások nem pontos betartásának tudandó be. Csakis hónapok múltán, midőn úgy találtam, hogy a *North* nyomdokain haladva, semmi különösebb eredményt sem tudok fel-

mutatni, változtattam meg a kezelés módját olyképpen, a hogyan azt célravezetőbbnek gondoltam.

A bacillus bulgaricus első ízben a nálunk is kapható joghurtból igyekeztem kitenyészteni, de daczára a többszöri próbálgatásomnak, az egy ízben sem sikerült. Találtam ugyan egy tejet alvasztó és tejsavat termelő bacteriumfajt, de ez a bacillus bulgaricus-hoz semmi tekintetben sem hasonlított. Ezek után a központi tejszarnok igazgatóságának a szíveségéből ama fermentumból próbáltam a bacillust kitenyészteni, a melyből nálunk a joghurtot készítik. Ez esetben is csak a fentemlített bacteriumra akadtam. Végül is a *Thépénier*-féle bulgarin-tablettákból, a melyekkel dolgozott kísérletei alkalmával *Kern Tibor* kollegám is, sikerült a bulgaricus kitenyésztenem.³ A bacillus legjobban tenyészik a *North* által ajánlott calciumcarbonátos dextrose-bouillonban, én tehát szintén ezt a mediumot használtam fel kísérleteim céljaira. Első ízben öt ozaena-betegemen minden második napon, az orrnak alkális folyadékkal való előzetes kitisztítása után, a *North* utasítása alapján a bouillon három napos tenyésztést permeteztem a nyálkahártyára. Az ily módon végzett két hónapi kezelés alatt javulást én is észleltem, a mennyiben a varképződés csökkent, a bűz megszűnt. A mint azonban a kezelést félbeszakítottam, már egy-két hét múlva a régi állapot újból előállott. Ugyanezt az eredményt értem el az egyszerű alkális mosásokkal és a rendszeres *Gottstein*-féle tamponálással is, ezek szerint a bacillussal elért javulás eredmények semmiképpen sem nevezhető. *M. Hurel* tapasztalatai e tekintetben az enyémet teljesen fedik. Ő is úgy találta, hogy az ozaena tünetei a kezelés folyamán javulnak, de annak abbahagyása után újból előállanak.

A kezelést ezek után úgy módosítottam, hogy a permekezés mellett még a melléküregekbe is befecskendeztem a bacillus bulgaricus-t. Két betegemen sikerült mind a három melléküregbe bejutnom, három viszont csak az ikcsont- és a Highmor-üreg volt hozzáférhető. Nagyobb eredményt így sem értem el, habár négy héten át másodnaponként végeztem a kezelést. Megkísérletem azonkívül a tenyészetnek az atrophias kagyló szövetébe való befecskendezésével energikusabb hatást elérni, de a többszöri kísérletek daczára a legcsekélyebb reactiót sem tudtam kiváltani. Kísérleteimben mindig nagy figyelemmel voltam arra, hogy olyan tenyészetet vigyek az orr nyálkahártyájára, a melyben a bacillusok még igen virulensek, tehát a két-háromnapos tenyészeteket, minthogy ez idő elteltével a bacillus életképessége igen megcsökken. Végül a *North*-féle tenyészetekkel való kísérletezést teljesen abbahagytam és a tejjel próbáltam szerencsét, annyival inkább, mint-hogy az utóbbi időben egyes észlelők a *North*-féle tenyészet szintén nem találták célravezetőnek, mivel a medium a benne tenyésző bacillusok által, mielőtt a gyógyítás céljaira felhasználhatnánk, máris elhasználódott. A bulgaricus főhatása úgyis a tejsav produkálásában nyilvánul meg és ennél fogva a tejtenyészeteknek megvolna az az előnyük, hogy a tejsavtermelés a nyálkahártyán is továbbfolytatódik. Végeredményben tehát kimondhatjuk, hogy a *North*-féle medium nem alkalmas a bulgaricus tenyésztésére, a mi kissé különösen hangzik, ha meggondoljuk, hogy a bulgaricus gyógyhatásáról dicshymnusokat zengedező észlelők nagyobb része éppen ilyen tenyészetekkel dolgozott. Sajnos, be kell vallanom, hogy ozaenában a tejtenyészettel éppen úgy nem értem el eredményt, mint a *König* által ajánlott és befúvásra szolgáló száraz fermentumok is csak addig használtak, a míg alkalmaztam őket.⁴

A sok hiábavaló próbálkozás azonban még mindig nem kedvetlenített el és egy utolsó kísérletet tettem a joghurtba áztatott *Gottstein*-féle tamponokkal. Ez sem használt és en-

³ Különös, hogy az eredeti bulgaricus-tenyészetből készült joghurtnak az íze sem hasonlítható össze a nálunk árúsított joghurttal, a mi mégis azt bizonyítja, hogy ez utóbbi nem is joghurt, hanem valami másfajta aludttej.

⁴ *König* egyébként szintén úgy nyilatkozik, hogy a fermentbefúvásra az ozaena tünetei megszűnnek, a nélkül, hogy a baj meggyógyulna.

² Our London Letter. N. M. B. 1910. Szept.

nélfogva jogosítva érzem magam annak a kimondására, hogy a bacillus bulgaricus az ozaena ellenében semmiféle különösebb hatással sem bír és ama kis javulás, a mit okoz, más számtalan és kevésbé körülményes eljárással is elérhető.

Heveny rhinitisek esetén a bacillus bulgaricus-szal nem kísérleteztem, nem pedig azért, mert talán nincs oly bántalom, a hol az elért gyógyeredményekből kevésbé következethetnének az illető szer jó vagy rossz hatására, mint éppen a náthában. Ezt bizonyítja különben a szerek ama legiója, a melyeket mint mindmegannyi csálhatatlan dolgot ajánlottak a heveny rhinitis ellen. *Chappel* vizsgálatai különben is azt mutatják, hogy a yoghurt-bacillus a heveny náthára hatástalan, a mennyiben 40 idevágó esete közül 37-ben semmiféle javulás sem mutatkozott.

Highmor-kenyedés 3 esetében az üregbe másodnaponként befecskendezett bulgaricus-tenyészet legalább momentan eredményesebbnek mutatkozott, mint az antisepsises folyadékoknak magukban alkalmazása. Mind a három betegemen immár több hó óta állott fenn a baj, a nélkül, hogy a Cooper-műtét után végzett antisepsises öblítésekkel lényegesebb javulást tudtam volna elérni. Ez bekövetkezett a yoghurt-kezelés alatt, a mennyiben az egyik betegemen már a harmadik, a másik kettőn az ötödik, illetve nyolczadik kezelésre a genyes váladék csökkent, majd további kéthárom kezelésre az egyik esetben jelen volt bűz is megszűnt. A váladék teljes megszüntetése azonban nem sikerült, sőt sajnos, az előbbi súlyosabb kórkép rövidesen, egy hét leforgása után máris visszatért, ha a yoghurt-befecskendezéssel felhagytam.

Kísérleteim további tárgyai az idült bronchitisek voltak. Tudtommal ez irányban még senki sem próbálkozott meg a yoghurt-kezeléssel. A tenyészetet háromszor higitásban, az *Ephraim*-féle endobronchialis spray segítségével vittem a hörgőkbe. Négy eset közül háromban a második permetezésre az idült hörgőhurut tünetei megszűntek, még pedig a gyulladás kettőben már 5 hónap óta áll fenn, egyben 3 hét múlva recidiva állott be, a melyen a yoghurt-tenyészettel megismételt permetezés sem tudott újólágy győzedelmeskedni, végül a negyedik eset, hol három permetezést végeztem, jelentékeny javulással távozott és ez idő óta nem jelentkezett. Csakúgy, mint a novocain-tonogen-sprayre, a bulgaricus-tenyészet permetezése után is a kiköhögés megkönnyebbült, a műveletet követő napon a felhígult váladék könnyen távozott és 3—4 nap múltával teljesen megszűnt.

Végezetül még gégetuberculosis eseteiben tanulmányoztam a bacillus bulgaricus hatását. A mint már említettem, az 1902. évben tejsavbacteriummal végzett kísérleteim erre a bajra vonatkoztak és így leginkább az érdekelt, vajjon a yoghurt-bacillus erős tejsavtermelő hatásánál fogva nem gyakorol-e előnyösebb befolyást a bántalommal szemben, mint a bacillus acidi lactici.

North és társainak a kísérletei ugyanis nem terjedtek ki a gégetuberculosisra, csupán csípőizületi tuberculosisban próbálkoztak meg a tenyészetnek a beteg izületbe való befecskendezésével, de számbavehető eredményt nem tudtak felmutatni.

Kísérleteim, fájdalom, azt mutatják, hogy a gégetuberculosisban sem érhetünk el a yoghurt-bacillussal semmi néven nevezendő javulást, jóllehet a beteg szövetbe is befecskendeztem több ízben a tenyészetet, mialatt a beteg még naponta belégzés alakjában is kapta a yoghurt-bacillusokat.

Végeredményben tehát tapasztalataimra támaszkodva kijelenthetem, hogy a bacillus bulgaricus mint gyógytényező az orr- és gégegyógyászatban számításba nem jöhet, mint-hogy hatás tekintetében az eddigi kezelési módokat nem hogy felülmulná, de a legtöbb bajban teljesen indifferensnek mutatkozik. Ama számbavehető eredmény, a mit a hörgőbántalmakban a yoghurt-bacillussal elértem, nézetem szerint nem a tenyészetnek, hanem az *Ephraim*-féle spray alkalmazásának tulajdonítandó, a mennyiben hasonló jó eredményeket a novocain-tonogen-keveréknek a hörgőkbe való vitelevel szintén elérhetünk.

És ha most ezek után *Einhorn* és *Wood* közleménye szerint a yoghurt-bacillusnak a bélbántalmakra való hatásával szemben hidegebb felfogás kezd érvényesülni, a mennyiben a bacillus bulgaricus, mint nem valami ellentálló bacteriumfaj, a bélben hamar elpusztul, tehát hatást nem igen van ideje kifejteni, úgy még inkább helyénvaló, hogy ez a hidegebb felfogás a nevezett bacillussal szemben a gége- és orrbántalmakra nézve is uralomra jusson.

Irodalom. *Massol*: Revue méd. Suisse Romande, 1905. S. 716. — *Massol*: Annales de l'Institut Pasteur, 1906, 12. szám. — *Massol*: Compt. rend. de la Soc. de Biol. 1906. S. 364. — *Strzyzowski*: Ueber Yoghurt. Therapeutische Monatshefte, 1907, október. — *Löbel*: Therapie der Gegenwart, 1907, 3. szám. — *Wegele*: Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908, 1. szám. — *Cohendy*: Comptes rendus de la Soc. de Biol. 1906, 17. II. 24. III. — *E. Metschnikoff*: Beiträge zu einer optimistischen Weltauffassung, 1908. — *Lewa*: Zur Beurteilung der Wirkung des Lactobacillins und der Yoghurtmilch. Berliner klinische Wochenschrift, 1908, 19. szám. — *Kern Tibor*: Orvosi Hetilap, 1909, 23.—24. szám. — *Charles E. North*: Reports of 300 Cases Treated with a culture of Lactic Acid Bacteria. New-York Med. Rec. 1909, márczius. — *J. L. Goodale*: New-York Med. Rec. 1909, július. — *Our London Letter*, 1910 január 22 és szeptember 3. — *G. A. Pearson*: Culture of lactic acid bacillus in the treatment of chronic specific urethritis. Med. Rec. 1910, szeptember. — *Watson*: The treatment of gonorrhoeal and mixed infections of the female genital tract by lactic acid bacilli. Brit. Med. Journal, 1910, január. — 78th Annual Meeting of the British Med. Association.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Richard Lenzmann: Die Anwendung des Salvarsan (Dioxydiamidoarsenobenzol) in der ärztlichen Praxis. Eine Studie aus der Praxis für die Praxis. Mit 10 Abbildungen und 3 Kurven im Text. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1911.

A szerző e mintegy 13 ívre terjedő könyvében dicséretes munkát végzett, mert nagy szorgalommal és sok gyakorlati érzéssel összeállította benne mindazt, a mi a salvarsan-therapiára nézve fontosnak látszik. A munkát megnyitja a chemotherapiáról szóló tartalmas összefoglalás. Ezt követi a salvarsan-injectiók technikájának és alkalmazásának igen részletes, ábrákkal szemléltetővé tett ismertetése. Igen gondosan és objectiv kritikával vannak megírva a salvarsankezelés javalatai, ellenjavalatai, valamint a szernek mellékhatásai. Mindezekre nagy súlyt helyez, a mit különben azzal is bizonyít, hogy könyvének jelentős részét ezek a fejezetek töltik be. A salvarsan-therapiái alkalmazását a lues gyógyításának fejezetében tárgyalja természetszerűen a legalaposabbban, még pedig nemcsak azért, mert a salvarsan-kezelésnek legfontosabb tere éppen a syphilis, hanem azért is, mert saját tapasztalása erre a betegségre vonatkozik leginkább. A teljesség kedvéért azután a szerző mindazokat a betegségeket ismerteti, a melyeknek aetiológiájában egyéb spirochaeták szerepelnek mint kórokozók, vagy legalább is supponáltatnak (febris recurrens, framboesia, *Plaut-Vincent*-féle angina stb.). A jól összeállított és tanulságos könyvet mindenki használni olvashatja, a ki a salvarsan-kérdésben tájékozódni óhajt.

Guszman.

Bacteriumok és bacteriumtermékek mint védő- és gyógyítóanyagok. Irta: *Szász Alfréd* dr., kir. bakteriologus.

A modern therapia gyógyító eszközei közé felvette a bacteriumokat és a velük termelt immunsavókat. Ezeknek ismertetését célozza e könyv. Előszavában a szerző a gyógyszerészeknek ajánlja ugyan a művét (tartalmát jórészt elő is adta a gyógyszerész-egyesületben), azonban az egyes praeparatumok készítése módjának, alkalmazásának méltatása, hasznának kellő kritikával való ismertetése az orvosnak is nagybecsűvé teszi a könyvet. A mű két főrésze oszlik: a *vaccinek* és a *serumok* ismertetésére. A vaccineket ismét két csoportba osztva tárgyalja a szerző: a nem izolált, vagyis nem tisztán tenyésztett vírusú vaccinek (veszetség, serczegő üszög stb.) és az izolált vírusú (bacteriumos) vaccinek. A bacteriu-

mos vaccineknél külön csoportban ismerteti az élő bacteriumos és az előlt bacteriumos vaccineket. Az előbbieknél behatóan tárgyalja a szelidítés (virulentia-csökkentés) legkülönbözőbb és legújabb módjait, az utóbbiaknál pedig külön bírálja el a védő és a gyógyító praeparatumokat (*Wright*). A bacteriumos vaccinek csoportjába sorolja a therapiában és diagnostikában használatos bacteriumtermékek és kivonatok (tuberculin, mallein) ismertetését, röviden és szabatosan írva le alkalmazásuk módját. A serumokat két csoportba osztja a műszerzője: az orvosi gyakorlatban alkalmazott védő- és gyógyításavókra és a gyakorlati bakteriológiában használt diagnostikai serumokra. E serumok készítése módjának leírásakor betekintést nyújt a szerző az állami serumtermelő intézet műhelyébe. Sok tanulságos és érdekes dolgot mond el a serumok kipróbálásáról, mielőtt azok forgalomba bocsátatnának. A védő- és gyógyításavóknál külön csoportban tárgyalja az antitoxinos és külön a bacteriumellenes savókat. A diagnostikai serumoknál külön szól az agglutináló és külön a praecipitáló savókról és azok alkalmazásának módjáról, a haemolyzáló savókról azonban nincs szó, pedig az orvosok talán a kellenél is gyakrabban veszik igénybe (*Wassermann-reactio*). A fentebb elmondottakból látható, hogy a könyv, a melynek beosztása merőben új, de igen czélszerű, érthetően és röviden adja elő a tárgyat.

Lapszemle.

Sebészet.

A végbélelőesés eseteiben a fémhuzalt pótló eljárásokról értekezik *C. Henschen*. *Thiersch* volt az, a ki a végbélelőesés gyógyításának egy igen jó eredménnyel járó módját alkalmazta a sebészetben, a midőn a sphincter el-lazulása következtében megszűnt analis gyűrűt azáltal hozta ismét helyre, hogy a köré a bőr alatt egy ezüst huzalt vezetett. Az ezen műtét által alkotott bőralatti „gyűrűpessarium“ a legegyszerűbb mechanikai módon akadályozza meg a meg-lazult nyálkahártyának előesését. A fémhuzal körül bizonyos idő elteltével kötőszövet fejlődik, a mely a magától eltávolított avagy eltávolított fémgűrűt igen jól helyettesíti. Hátránya az, hogy ezen fémpessarium a patientsnek néha fájdalmat okoz úgy járáskor, mint székürítés alkalmával. Máskor meg genyedés fejlődik, sipolyok képződnek, avagy a darabokra tört ezüst az analis izomzat működésekor igen kellemetlenné válhatik. A gyűrűnek időelőtti eltávolítása következtében kötőszövet nem fejlődik, miért is a prolapsus elég gyakran kiújul. Mindezeket figyelembe véve, a szerző helyesebbnek tartja, ha a kemény fémanyag helyét puhább anyagból készült zárógyűrűt alkalmazunk, mely hasonló mechanikai eredménnyel járva, a szövetben hosszabb ideig, esetleg állandóan megmaradhat. Kitűnő anyag erre a czélra a *Gluck* által ajánlott selyem-fonát. A bőr alá vezetése teljesen *Thiersch* módszere szerint történik. Hasonló módon alkalmazhatók szabadon átültetett, lehetőleg nyúlásra alkalmas testszövetek, mint például nagyobb arteria-darabok, melyek friss hullából, indarabok, melyek frissen amputált tagokból, csonthártya, fascia, széles ínszalag, melyek a patients tibijából, fascia latajából vagy az Achilles-inából vehetők. A szerző egy 65 éves egyénen fasciát használt a prolapsus megakadályozására és a műtéttel kitűnő eredményt ért el. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1912, 3. szám.)
Ifj. Hahn Dezső dr.

Elmekórtan.

A degeneráltak elmezavarait vizsgálta *Bornstein*. Különálló psychosis degenerativa nem vehető fel, hanem ideg- vagy elmebetegség folytán terhelt egyéneknek hevenyész vagy idősült elmezsavar jelentkezhetik, mely sajátos vonásokat tüntet fel. E sajátosság főképpen abban nyilvánul, hogy az e személyekben rejtőző és praeformált állapotokat súlyosbítják, fokozzák. Így a hysteriásokon ködös állapotot, constitutionalisán izgatottakon mániás, veleszületetten bizalmatlanokon paranoid megbetegedések mátatkoznak. Jellegző, hogy ez

állapotok kombinálódhatnak és a szerint, hogy az illetőn rendszer viszonyok között melyik psychés tulajdonság volt előtérben, az egyik vagy másik nyilvánul erősebben. Mindezen elmezavarok sajátossága, hogy hosszabb-rövidebb idő múlva eltűnnek, a nélkül, hogy másodlagos elbutulásra vezettek volna. Ez elmezavarok közül egyesek, mint némely hysteriás ködös állapotok (*Ganser-tünetcsoport*) és a paranoid alakok a fogság következtében törnek elő, bár a mindennapos életviszonyok is előidézhetik. A degeneráltak elmezavarai általában e személyeknek a kedvezőtlen életviszonyok folytán előállott kóros reactiójaképpen jelentkeznek és azokkal szoros összefüggésben állnak. A jelzett sajátosságaik által megkülönböztetendők a nem terhelt egyéneknek dementia praecoxától, functionalis elmebajaitól, mániás-depressiós elmezavaraitól és a paranoia chronicától. A két utóbbi mintegy a degenerációs elmezavarok utolsó láncszemét alkotja. (*Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* VII. k. 127. l.) *Goldberger Márk dr.*

Az indukált elmezavarról ír *Partenheimer*. A szó szoros értelmében vett indukált elmezsavar nagyon ritka, ha egyáltalában nem kérdéses. Indukált elmezavarról csak akkor beszélhetünk, ha kimutathatóan nagy fokban nem terhelt, tehát elmebajra nem praedisponált személy elmebeteggel való érintkezés folytán elmebajba esik. Ez elmebetegségnek alak és tartalom tekintetében az elsődleges megbetegedettnek elmezavarával meg kell egyeznie és az elkülönítés után is meg kell tartania sajátos jellegét. Ily értelemben vett indukált elmezavarra a paranoia legalkalmasabb. (*Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych.* VI. k. 325. l.) *Goldberger Márk dr.*

Szülészet és nőorvostan.

A pituitrinnek a szülészetben való alkalmazásáról ír *Hirsch*. Tapasztalatait a következőkben foglalja össze: Egyedül csak pituitrin-adagolással abortust vagy koraszülést megindítani nem lehet, nem direct fájástkeltő szer. Ellenben a metreurysis vagy cervixtamponade által kiváltott fájások erősítésére nagyon jó szer. Ha szüléskor — különösen a tágulási szakban — gyöngék a fájások vagy talán teljesen ki is maradtak: pituitrin-adagolással hatalmasan támogathatjuk és serkenthetjük a méhmunkát; legpromptabb azonban a pituitrin hatása a kitolási szakban. Két sectio caesarea classica műtete alkalmával tett tapasztalásai alapján ajánlja a méh felvágása előtt kb. 5 percczel 0.2 pituitrin intramuscularis befecskendését; ez mindkét esetben erős contractiót váltott ki. A lepényi időszak vérzései stb. kezelésekor a pituitrinnel nem sok eredménye volt; a secacornin (*La Roche-féle készítmény*) ez esetben felülmulthatatlan. *Scherer dr.*

A Röntgen-castratiót a műtét útján való castratióval hasonlítja össze *Herff*. A Röntgen-therapia ellen egész sorozat contraindiciót hoz fel; végleges eredménye az, hogy az „Operationskastration“ mindenképpen jobb eredményeket ad. *Herff* szerint az is számításba jön, hogy a Röntgen-castratio alkalmával a kezeléssel kapcsolatban sérülések (bőryerthemák stb.) keletkeznek, sőt állandó bajok is származhatnak belőle. (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1912, 1. szám.) (A referens megjegyzése a *Zentralblatt für Röntgenstrahlen* 1912. évi 4. számában: *Herff* nem a saját tapasztalatairól beszél, mivel ezt a kezelést nem folytatta. A ki szakszerűen foglalkozik röntgenezéssel, az tudja, hogy óvatos adagolással a Röntgen-kár igen minimalis. Másrészt az is köztudomású, hogy ha az ovariumok működését Röntgen-sugarakkal befolyásoljuk, az itt-ott észlelt kiesési tünetek alig jöhetnek számba.) *Scherer dr.*

Gyermekorvostan.

A magas külső hőmérsék hatása a gyomor elválasztó működésére. *Salle* azon kérdés tisztázását tűzte ki céljául, hogy vajjon csupán a külső hőmérséknek van-e valamely befolyása a gyomor-bél működésére. Kísérleteit állatokon hajtotta végre, még pedig kutyákon. *Pawlow* szerint gyomorsipolyt készített, mely mellett a táplálék szabadon

halad a gyomorbéltractuson keresztül; ezen eljárással tiszta gyomornedvet nyerhetünk. Észleletei a következők: Normalis körülmények közt emelkedő testsúlygörbe a couveuse-ben esést mutat, a testhőmérsék kb. 1^o-kal emelkedik, a közérzés zavart, hányás, hasmenés áll be, a gyomornedv mennyisége jelentékenyen kevesbedik, kevesebbnek mutatkozott a gyomornedv mennyisége száraz melegben és több volt nedves környezetben. A hőkérdések alatt a gyomornedv fermentatív emésztő ereje és aciditása csökkent. A szerző hajlandó a gyomortevékenység zavarait a meleg következtében beállott vízvesztéssel kapcsolatba hozni és minthogy nagy külső melegben nagyobb a perspiratio útján elveszített víz mennyisége, másrészt pedig statisztikai adatok mutatják, hogy nedves nyári hónapokban kisebb a csecsemőhalálozás mint száraz melegben, fel kell vennünk, hogy a hőmérsék, a nedveség és a csecsemőhalálozás közt szoros összefüggés kell hogy legyen. Kísérletei alapján közelfekvő volt azon gondolat, hogy csecsemőn a külső hőhatás következtében beállott transspiratio illetve vízvesztés folytán az emésztőmirigyek működése csökkent, vagyis az emésztőnedv nem elegendő szokásos táplálékaink feldolgozására és a hőség illetve vízvesztés folytán nemcsak a gyomornedv mennyisége változik meg, hanem belevonatnak a pankreas működése, a pylorus-zárás és nyílás körüli zavarok is. A gyomornedv, illetve sósav kevesbedése folytán a gyomor bacteriumölő képessége is szenved, tehát az emésztőnedvek mennyiségének csökkenése, mint ez száraz melegben észlelhető, messzire menő változásokat idéz elő a csecsemőszervezet és főleg a táplálócsatorna gépezetében. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1911, 24. köt., 6. füz.)

Péteri dr.

Venereás betegségek.

A neosalvarsannal tett tapasztalatait közli E. Schreiber (Magdeburg). A salvarsanról csakhamar bebizonyosodott, hogy még mindig nem a tökéletes, ideális antisiphiliticum. Ehrlich ezért nem tartotta befejezettnek munkáját, a mikor a salvarsant általános használatra közrebocsátotta, hanem kutatásait továbbfolytatta. A cél a szernek tökéletesítése volt. A neosalvarsan a hosszú folytatólagos kísérletek eredménye; laboratóriumi száma 914. A neosalvarsan legközelebbi rokona a salvarsannak s a formaldehydsulfoxylsavas nátriumnak a salvarsannal való condensatiója által jön létre. Az új szer ugyancsak olyan sárga por, mint a salvarsan, de ettől első-sorban abban különbözik, hogy rendkívül könnyen oldódik. Nagy előnye, hogy a vizes oldata tökéletesen közömbös vegyhatású. A natronlúggal való eddigi közömbösítés tehát elmarad. Az új szer állítólag kevésbé mérgező. Hatás dolgában a régi salvarsan 10 grammjának kb. 1·5 gramm felel meg az új szerből. A szerző eddig 230 betegen próbálta ki a szert, összesen mintegy 1200 injectio alakjában. Az injectiók intramuscularisak és intravenásak voltak. Az oldat elkészítése fölötté könnyű, mert a por egyszerűen az ampullából a frissen destillált steril vízbe önthető, a mikor máris kész az oldat. Nem tanácsos a szert a vízben erőteljesen rázni, mert ezáltal könnyen állhat be oxydatio. A konyhasós oldathoz csak gyöngébb concentratio alkalmas. Schreiber tapasztalása szerint 0·4%-ig lehet menni. Erősebb concentratiójú oldatokban a szer zavarodással oldódik s úgy látszik, valamivel mérgeesebb is. Mindebből nyilván az gyanítható, hogy a neosalvarsan vegyileg nem egészen stabil készítmény. A rendszeren alkalmazott oldatok, melyekben 200—250 cm³ vízben 0·6—1·5 gramm salvarsan van oldva, hypotoniások, a minek eredményeként kísérletileg kisebbfokú haemolysis idézhető elő velük. A szerző azonban nem látott a betegágy mellett ettől káros következményeket. A legfontosabb kérdés az új szer alkalmazásakor az, hogy a klinikai eredmények ugyanazok-e, mint a régi szer használata alkalmával. Schreiber tapasztalása szerint a gyógyító eredmények legalább is olyan jók. Ugy látszik, hogy az új szerrel a mellékhatások is gyérebbek és gyöngébbek. Főként a gyomor és bél részéről ritkábbak a kellemetlen mellékhatások. Az intramuscularis in-

jectiók a neosalvarsannal alig okoznak fájdalmat, a mi a lobos reactio kisebb fokának az eredménye. Ezt a szerző állatkísérletekkel is bizonyítja. Mindezek után Schreiber az új szer előnyeit a következő pontokban foglalja össze: 1. könnyebb oldhatóság és absolut neutralis reactio; 2. a neosalvarsant jobban tűrik a betegek s ezért megfelelő nagyobb adagokban is alkalmazható; 3. a hatása legalább is oly jó, mint a régi salvarsané; 4. az intramuscularis injectiókra is alkalmasabb, mint a salvarsan. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 17. sz.)

Guszman.

Orthopaedia.

A térd- és csipőizületet fixáló gipszkötések után gyakori csonttörésekről tett megfigyeléseit közli K. Gaugele (Zwickau). Megfigyeléseivel csatlakozik Hagemann és Ehringhaus észleléséhez, a kik gümös csipőizületi ficzamosodásnak gipszkötéssel kezelése után észlelték a czombcsont condylus feletti haránt törését. Gaugele észlelése két kezelt csipőizületi ficzamosodás esetében előfordult törésre vonatkozik. (Magam három esetben észleltem, egyszer ugyanazon gyermek ugyanazon czombcsontján kétszer, világra hozott csipőizületi ficzamosodás végigkezelése után. Ref.) A törés létrehozására az alkalmat nyilván a csont atrophiaja adja meg, akár a gümőkór, akár az inaktivitás okozza azt. A csipőizületi ficzamosodás kezelése utáni időben a törést elősegítő momentum még a térdizület contracturája. (Zeitschrift für Chir. und Orthopädie. VI. köt. 2. füzet.)

Kopits dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az arczon levő furunculok gyógyítására Ströll a következő kenőcsöt ajánlja: Rp. Acid. salicylici 2·0; Mellis crud. 20·0; Extr. arnic. flor. 10·0; Farin. trit. qu. s. ut fiat unguentum. Ezt a kenőcsöt bórlintre kenve alkalmazzuk és nagy pamat Bruns-vattával fedjük. Az alkalmazás 24 óránként ismétlődő, a tisztogatás carbolos vízzel nedvesített vattával történik. A furunculok kinyomása okvetlenül kerülendő. (Münchener med. Wochenschrift, 1912, 12. szám.)

Megégés egy nagyon súlyos, a testfelület $\frac{1}{3}$ -ánál nagyobb területet elfoglaló esetében Dodal kitűnő eredményt ért el a sebeknek 6%-os perhydraulal öblögetésével. (Wiener med. Wochenschrift, 1912, 9. szám.)

A codeonal nevű újabb hypnoticumról többen nyilatkoznak kedvezően. Így Gaupp szerint biztosabban hat, mint — a morphium kivételével — többi eddigi szerünk; főleg olyan esetekben javalt a használata, a mikor fájdalom vagy valami más zavar (köhögés, nehézlégzés) az oka az álmatlanságnak. (Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 7. szám.) — Nagyjából hasonlóan nyilatkozik Beyerhaus, a ki még külön kiemeli a vérkeringésre való hatástalanságát, úgy hogy szív-bajosoknak is adható; cumulativ hatást nem látott, a szernek könnyű megszokását sem észlelte, noha néha 15—20 este egymásután adta. Csillapító szer gyanánt elmebajokban is tett e szerrel kísérletet, de nem nagy eredménnyel. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 9. szám.) — Dornblüth az álmatlanságról szóló legújabb könyvében szintén dicséri a codeonalt, mint a mely 1—2 tableta mennyiségben adva, biztosan hat és kellemetlen mellékhatásai nincsenek.

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 20. szám. Pártos Ervin: A tejszívás fontossága az emlőtályog kérdésében. Balás Dezső: Esetek a gyermekkor sebészetének köréből.

Orvosok lapja 1912, 21. szám. Verebely Tibor: A bőr fertőzőes betegségei.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 21. szám. Réczey Imre és Borzék Károly: A peptikus gyomorfekély sebészeti kezelése „Közegészségügyi és törvényszéki orvostudományi szemle”, 2. szám. Poszvek Lajos: Az alkoholizmus befolyása a vasuti balesetekre. Ardos Frigyes: Az iskolai kézügyesítő kézimunkálatok (slöjd) a hygiene szolgálatában. Porosz Mór: Az impotentia és perverzitas törvényszéki orvosi megállapítása.

Vegyes hírek.

Hoór Károly dr. budapesti egyetemi ny. r. tanárnak a király a magyar nemességet adományozta.

Kinevezés. **Braun Gyula** dr.-t a belügyministeriumhoz fizetés nélküli segédfoglalmazóvá nevezték ki. — Somogy vármegye főispánja **Csurgó Jenő** dr.-t a kaposvári közpórházhoz osztályvezető főorvossá nevezte ki és megbízta az újonnan megnyílt tüdőbeteg-pavillon vezetésével. — **Mandl Miksa** dr. resicabányai járásorvost, **Mangiuca János** dr. oravicabányai körorvost, **Roxer János** dr. berzászkai körorvost, **Pollermann Artur** dr. bajai orvost tiszteletbeli megyei főorvossá, **Fischl Manó** dr. bacsmentiváni községi orvost tiszteletbeli járásorvossá neveztek ki.

Választás. **Blau Zsigmond** dr.-t Bogácson, **Rózsa Zsigmond** dr.-t Ipolyságon körorvossá választották.

A Magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűléseinek központi választmánya még április folyamán szétküldötte a szakosztályi előadások bejelentésére szóló felhívásokat. Mivel a titkárság arról szerzett meggyőződést, hogy az expedíciójánál felmerült tévedés folytán e felhívások egy része nem jutott kézhez, ez úton kéri fel a szakosztályok működése iránt érdeklődőket, hogy előadásaik címét az orvosi szakosztály titkárnak, **Kerekes Pál** dr. közegészségügyi felügyelőnek (Budapest, belügyministerium) mennél előbb bejelenteni szíveskedjenek. A vándorgyűlés f. évi augusztus 25.—29.-én Veszprémben fog megtartatni; tagja lehet mindenki, a ki az orvos- és természettudományokat művelni vagy kedvelni és a 12 korona tagdíjat befizeti.

Meghalt. **Korbuly Nándor** dr. vallai körorvos május 13.-án Pozsonyban. — **L. Bach** dr., a szemészet ny. r. tanára a marburgi egyetemen, május 10.-én 46 éves korában. — **L. Souly** dr., a sebészet rendes tanára Jassyban.

A franciaországi orvosi fakultások látogatottsága 1912-ben a következő: Páris 4170, Lyon 1601, Bordeaux 791, Montpellier 681; Toulouse-nak, Nancy-nek, Lille-nek Algier-nak csekély számú orvostanhallgatója van. Az orvosi tanintézetek között Marseille a leglátogatottabb 240 hallgatóval; Rennes-nek 147 és Nantes-nak 116 hallgatója van, a többi 30 és 50 között ingadozik. Az orvoshallgatók száma összesen 9921, köztük 999 a nő.

Tuszkai Ödön dr. fürdőorvosi gyakorlatát Marlenbadban újból megkezdette.

Szabóky János dr. gyakorlatát Gleichenbergben ismét megkezdette.

Groó Béla dr. gyakorlatát Tátrafüreden mint hivatalos fürdőorvos megkezdette.

Személyi hírek külföldről. A köningsbergi egyetem gyógyszeriani tanszékére **A. Ellinger** cz. rendk. tanárt nevezték ki. — Madridban **T. Hernando** dr. a belorvostan tanára lett.

Hírek külföldről. A drezdai állatorvosi főiskolát mindenestől, intézetekkel, tanárokkal együtt Lipcsébe helyezik át, hol az egyetemmel hozzák szerves kapcsolatba, a stuttgartit pedig a jelen félev végével beszüntetik, mivel az idén is már csak 16 hallgatója volt s a legtöbb tanár meg se tarhatta hallgatók híján az előadását. — Németországban évenként átlag 26 138 iker születik; hármás szülés az utolsó 10 év alatt csak 232, négyes szülés 4 és ötös szülés 1 fordult elő. A szülések száma Németországban is évről-évre apad; 1886—1890-ig 1000 emberre 38 szülés esett, 20 évvel később már csak 33.

Schiller koponyájáról. A nagy német költőt 1805-ben Weimarnban történt halálakor, minthogy életében nem gondoskodott családi kriptáról, az állam költségén abba a mausoleum-szerű közös díszsírba temették, melyben az állam már előbb is számos hasonló helyzetben levő érdemes hivatalnokának adott végső nyughelyet. 1826-ban eszükbe jutott a weimariaknak, hogy talán mégis illendő volna a halhatatlan költő tetemét kiemelni e tömegsíról s külön sírba juttatni. Felbontották tehát a „Kassengewölbe“-nek nevezett sírgödört, de a jelenlevők elé valóságos chaos tárult: az egymásra halmozott koporsók a nyomás folytán széthullottak s a rothadás által lágyrészeiktől megfosztott csontok nagy összevisszaságban hevertek a sír fenekén. Három akkori weimari orvost, **Huschke**, **Froriep** és **Schwabe** doktorokat bízták meg **Schiller** koponyájának és csontvázának a kiválogatásával s a munkában részt vett a nagy költő még nagyobb barátja, **Goethe**, továbbá **Schiller**-nek sok éven át volt hűséges szolgálója is. Megállapodtak egy koponyában, hogy az **Schiller**-é; **Goethe** egy verset is irt hozzá „Bei Betrachtung von Schiller's Schädel“ czímen. A koponyát a **Schiller**-ének vélt csontvázal együtt a weimari Fürstengruftban helyezték el, a hol sok-sok éven át volt a kegyelet tárgya. 1883-ban **Welcker**-nek, a hallei egyetem anatomusának alkalmá volt a koponyát szemügyre venni s ő azonnal észrevette, hogy valami tévedés történhetett, mert a koponya nem lehet **Schiller**-é, s ezt tudára is hozta az illetékes köröknek. Az ügyben azonban mi sem történt, mert Weimarnban úgy emlékeztek, hogy az egykori Kassengewölbt már régebben kiürítették s így azt hitték, hogy az igazi **Schiller**-koponyát úgy se lehet többé megtalálni. A dolgot csak **A. Froriep** dr., a tübingeni egyetem anatomia-professora nem tudott belenyugodni. **Froriep** weimari születésű ember s unokája annak a **Froriep** dr.-nak, a ki tagja volt annak a bizonyos agnoskáló bizottságnak, a mely a hibát elkövette; szinte kötelességének érezte,

hogy jóvátegye nagyapja hibáját. Először is kutatásokat végzett a weimari levéltárban s megállapította, hogy a Kassengewölbe egykori kiürítéséről szóló hírek alaptalanok; a sírt sohasem ürítették ki, hanem 1854-ben betemették s még a nyomát is eltüntették. A helye azonban meg volt állapítható. **Froriep** vezetésével az egykori sír helyén a mult évben ásní kezdtek s már 3 méternyre a felszín alatt sok épületrészlet s korhadt koporsómaradvány között megtalálták a Kassengewölbe halottainak csontjait, természetesen nagy összevisszaságban. Meg lehetett állapítani, hogy a csontmaradványok valami 70 emberhez tartoztak; ennek a megállapítása fontos volt, mert a még meglévő temetkezési lajstrom szerint kb. ugyanennyi embert temettek el a közös sírba. Meg kellett tehát még lenni az igazi **Schiller**-koponyának is. S csakhamar reá is akadtak erre a nevezetes ereklyére. A koponya nagyjában ép, csak a felső állcsontján van hiánya, melyet reáhulló kövek okoztak. Megkerült az állkapocs is, a medrükben levő 16 ép foggal; a felső állcsontban is csak egy fog hiányzik — a bal második kis zápfog. A fogak ezen állapota meggyőző tanujele annak, hogy a koponya **Schiller**-é, mert ismeretes volt **Schiller**-ről, hogy halálakor — 46 éves korában halt meg — mind a foga megvolt még, az említett fog kivételével. De még meggyőzőbb bizonyítéka a koponya authenticitásának az, hogy pontosan beleillik a nagy költő halotti maszkjába. **Froriep** tanár a koponyát bemutatta az anatómiai társulatnak április 22.-én Münchenben tartott ülésén; a jelenlevő anatomusok az előterjesztett adatok és bizonyítékok s a koponya megtekintése alapján egyhangúlag hozzájárultak **Froriep** azon nézetéhez, hogy a bemutatott koponya valóban **Schiller**-é.

Dr. Cukor Miklós nőorvos és a szívbántalmak szakorvosa orvosi működését XI. saisonban folytatja **Franzensbadban**.

Lapunk mai számához „**Rožnau**“ klimatikus gyógyhely és vízgyógyintézet prospectusa van mellékelve.

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

Dr. SZILI SÁNDOR, v. egy.tanársegéd.
Orvosi laboratórium: VII., Király-utca 51. Telefon 157—71.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet
Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81—01.
Röntgen-laboratórium. Vezetője: **Dr. Alexander Béla**,
egyetemi magántanár.

ORVOSI LABORATORIUM **Dr. MÁTRAJ GÁBOR**
és **Dr. SAS BERNÁT**
Telefon 26—96.
VI., Ó-utca 39. sz.
Vizsgálati tárgyak: Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transzudátumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vértanulmány (Wassermann) stb.

Ó-Tátrafüred magaslati gyógyhely (1020 m.). Vízgyógyintézet az összes fizikai gyógymódokkal ideg-, Basedow- és belbetegeknek.
Vezetőorvos: **Dr. Groó Béla**.

Dr. Doctor **Kossuth Lajos-utca 3. sz.** (Telefon 697.) **Orvosi laboratóriumában** az összes diagn. vizsgálatokon kívül **autovaccin** előállításával is foglalkozik.

Dr. SIPOS DEZSŐ rendel **KARLSBADBAN** Markt „HAUS 3 RINGE“.

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

WEISZ EDE INTÉZETE
Dr. → **PÖSTYÉN**
Röntgen. Zander. Modern kényelem. Mérsékelt árak.

BAD HALL Felső-
Ausztria **Dr. RICHARD FISCHEL**
rendel Budapest szállodában.

Epileptikus betegek intézete
BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál **Wosinski István** dr., igazgató tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyministerium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK
fürdőkhoz.
:: **LÁPSÓ** :: **LÁPLÚG**
száraz kivonat folyékony kivonat
ládákban á 1 kiló üvegekben á 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (IX. rendes tudományos ülés 1912 márczius 9.-én.) 409. l. — A Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya (VII. ülés 1911 október 24.-én.) 410. l. — XXII. magyar balneológiai congressus (III ülés 1912 április 20.-án.) 410. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 411. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(IX. rendes tudományos ülés 1912 márczius 9.-én.)

Elnök: **Alapy Henrik.**

(Vége.)

Jegyző: **Fáykiss Ferencz.****Otogen tüdő-gangraena.**

Paunz Márk: Az otitis okozta pyaemia súlyosabb szövődményei közé tartozik a tüdő gangraenája. Többnyire cholesteatomával szövődött idült középfülgyulladás folytán fejlődő sinus thrombosisnak következménye és vagy egy nagyobb tüdőrésztlet üszkösödik el, vagy számos kisebb tályog képződik.

A 9 éves leányt 1911 október 5.-én vették fel a Stefánia-gyermekkorházba. Négy év óta szenved baloldali fülfolyásban. Négy nap óta magas lázak, rázóhideg, heves fültáji fájdalmak. A beteg a chronikus középfülgyulladás mellett a sinus thrombosis jellegzetes tüneteit mutatja. A felvétel után azonnal gyökeres műtétet végeztem. Cholesteatoma, perisinusos tályog; a sinus fala granulált, de nem nekrosisos; a sinus feltnek látszik. Minthogy a láz (39.5—40.0 C) nem szűnt meg, október 6.-án lekötöttem a vena jugularis int.-t és megnyitottam a sinust. Ez telve van thrombusokkal, melyek a bulbus felé bűzösen szétesek. Két napi lázmentes állapot után október 9.-én ismét hőemelkedés, nagy nyugtalansággal, nehéz légzéssel, köhögéssel. Október 12.-én kifejezetten bűzös lehelet. A physicalis vizsgálat kezdetben csak diffúz zörejeket és bizonytalan kopogtatási tüneteket mutat és csak október 19.-én vált lehetségessé a gangraenás gócz lokalizálása a bal tüdő alsó lebenyében. Október 20.-án a bal VI.—VII. borda resectiójával pneumotomia. A visceralis pleura összetapadt a parietalissal és így egyszerű bemetszéssel nyitották meg a góczot. Igen sok, rendkívül bűzös ev ömlik és az üszkös tüdőlebeny nagy része sequester alakjában kihúzható. Kezdetben a beállott pneumothorax folytán az állapot válságos volt, de később mégis kedvező fordulat állott be és a gyermek ma teljesen gyógyult, mélyen behúzódó heggel. 1912 január 5.-én a fülön secundaer plastikát végeztem; a középfülgyulladás is teljesen megszűnt.

Az otogen tüdő-tályog prognosisa komoly. Spontán gyógyulás bekövetkezik, ha a tályog valamely bronchuson át kiürül. Kisebb és mélyebben fekvő tályogok nem operálhatók, mert nem tudjuk lokalizálni. Nagyobb és felszínes fekvő tályogok a műtét számára jól hozzáférhetők és ezért tüdő-tályog esetében a gondos és gyakori vizsgálat fontos, hogy a műtét elég korán legyen végezhető.

Otogen kisagy-tályog.

Paunz Márk: Az otogen kisagy-tályog, mint az idősült középfülgyulladás szövődménye, többnyire a labyrinthus genyedésével kapcsolatosan fejlődik, ritkábban mint a sinus thrombosis közvetlen következménye.

A 13 éves leányt 1911 november 27.-én vették fel a Stefánia-gyermekkorházba, állítólag csak baloldali fülfolyással, magas lázzal, rázóhideggel. A jól fejlett leány nem tud a lábára állni, nagy fejfájásról panaszkodik, nyugtalan, rosszkedvű, fénykerülő. A bal külső hallójáratban, bűzös geny; a csecsnyujtvány tájéka rendkívül érzékeny. Részletesebb vizsgálat a beteg állapota miatt nem végezhető. Felvételkor a hőmérsék 36.2° C, az érverés 104. Tarkómerevség nincsen. A sinus thrombosis és intracranialis szövődmény valószínű lévén, először lekötöttem a vena jugularis int.-t, azután gyökeres műtétet végeztem. Az antrum mastoideum telve bűzösen szétesett cholesteatomás tömegekkel. A sinus szabadon fekszik, lepedékes; a perisinusos tályog hátrafelé a durára is ráterjed és ezért a kisagyat borító durát a sinus-szal együtt ezüstforintnál nagyobb területen szabadabbá teszem. A dura is

lepedékes, sarjaktól borított és egy kis sipolyból állandóan bűzös geny ömlik. Két centiméternyi bemetszést végeztem a sipolyon át és így a kisagy bal felében ülő igen nagy tályogot megnyitottam. Körülbelül 150 cm³ igen bűzös, szétesett, agytörmelékekkel kevert geny ürült. A tályog mintegy 4 cm. mély. Drainsövet és jodoformcsikokat vezettem be és végeztem a thrombusokkal telt sinust megnyitottam. A lefolyás teljesen zavartalan. A beteg már másnap felül az ágyban, fejfájása teljesen megszűnt, közérzete jó. A szemfenék vizsgálata mindkét oldali papillitist mutat, $\frac{5}{5}$ visus mellett. A gyógyulás igen gyorsan haladt, agyelősesítés nem keletkezett. 1912 január 12.-én másodlagos plastikát végeztem. Jelenleg a középfülgyulladás is teljesen megszűnt.

Az otogen kisagy-tályog prognosisa súlyos. A halálozás az operált esetekben 40%. Kedvezőbbek és jobban hozzáférhetők a sinus thrombosis folytán keletkező, mint a labyrinthus genyedésé következtében fejlődött tályogok.

Otogen pyaemia.

Paunz Márk: Az otogen pyaemia legsúlyosabb alakjai közé tartozik az endocarditis ulcerosa. Ez is gyakran az idősült középfülgyulladás társuló sinus thrombosis következménye.

A 8 éves fiút 1911 december 28.-án vették fel a Stefánia-gyermekkorházba. Három év óta baloldali fülfolyás. Mintegy 3 hét óta lázas, heves fültáji fájdalmak vannak és utóbb a fül mögött duzzanat is keletkezett. Igen bűzös, bőséges geny a külső hallójáratban, a sinus thrombosis jellegzetes tüneteivel. A fül mögött tenyérszerű, elmosódott, hullámzó duzzanat, mely a nyak bal felére is ráterjed. A bal kulcsfont felett, a fejbiczczentő izom mögött diónyi tályog tapintható. A hőmérsék 40.4° C, az érverés 140, igen gyenge. A gyermek nagyon bágyadt, nyelve száraz. Felvétele után azonnal gyökeres műtétet végeztem. A proc. mastoideus nekrosisos, a sinus felett 10 fillérsnyi, nekrosisos szélű átfürödés. Az antrum telve szétesett cholesteatomás tömegekkel; a sinus szabadon fekszik, sarjakkal borított. A nyak-tályogot is megnyitottam; igen bűzös, gázbuborékokkal és fekete, széteső vérrögökkel kevert eves geny ömlik belőle. Minthogy collapsus tünetei mutatkoztak, tamponáltam és hypodermoklystist adtam. Másnap nagyfokú elesettség, magas láz. December 30.-án tamponcsere; a sinus alsó része felől bőséges, vértől festékes, bűzös geny ürül. December 31.-én narkosisban a nyakon végzett metszést a fejbiczczentő izom mentén felfelé meghosszabbítottam, hogy a vena jugularis int.-t lekössem. De ez nem található; a sarjaktól borított arteria carotis a rajta fekvő vagus-szal előttünk fekszik és az egész alsó nyaktájék nagy tályoggá alakult át, melynek alsó végében megtaláljuk a vena jugularis csontját, benne széteső thrombus-szal. Nyilvánvaló volt, hogy a vena jugularis a thrombosis folytán teljesen elüszkösödve, szétesett. Tamponade. Ezután az állapot javul, a láz csökken. 1912 január 3.-án a tarkóizmok közé sülyedt tályogot nyitottam meg narkosisban. Most heteken át pyaemiás lázak jelentkeznek a szív felett hallható systolés zörejekkel, majd incompensációs tünetekkel (ascites, anasarca). Megfelelő belső kezelésre (digalen, coffein) ezen tünetek is elmúlnak és végül teljesen lázmentes állapot következik be. Plastikát a szív állapotára való tekintetből eddig nem végeztem. A gyermek, leszámítva a szív felett hallható systolés zörejt, teljesen jól van, meghízott.

Ezen esetben az idősült középfülgyulladás társult sinus thrombosis reáterjedve a vena jugularisra, ennek teljes szételését eredményezte, ezenkívül pedig súlyos endocarditis ulcerosát is okozott. Csak a gyors egymásutánban végzett műtéteknek köszönhető, hogy a súlyos bajnak további következményei nem fejlődtek.

Otogen meningitis.

Paunz Márk: Az idősült középfülgyulladás társuló meningitis vagy magából a középfülből (dobüreg, antrum, sinus), vagy a labyrinthusból indul ki.

A 10 éves fiút 1912 január 22.-én vették fel a Stefánia-gyermekkorházba, állítólag 3 hó óta tartó baloldali fülfolyással. Felvételkor nagyfokú fejfájás, tarkómerevség és a meningitis egyéb kifejezett tünetei. A bal külső hallójáratban bűzös geny és sarjadzások. A csecsnyujtvány rendkívül érzékeny. A hőmérsék 37,2° C, az érverés 84. Szemfenéki lelet: neuritis optica lat. utr. Lumbalpunkcióra erős nyomással zavaros folyadék ürül leuko- és lymphocytákkal. Bacteriumok a folyadékban nem mutathatók ki. Minthogy az állapot a második lumbalpunkcióra sem javult, 1912 január 27.-én gyökeres műtétet végeztem. A dobüreg és antrum telve genyvel és sarjakkal. A harántívjáraton ovalis (2 1/2 x 1 1/2 mm.-nyi) nyílás, melyből sarjak emelkednek ki; a bevezetett szonda nyomán a sipolyból geny ömlik. A promontoriumban is széles sipoly-nyílás és a labyrinthusban mozgatható sequester érezhető. Először az ívjáraton talált sipolyt tágitottam és a vestibulumot lehetőleg szélesen feltártam; ez telve van genyvel és sarjakkal. Ezeket kikapartam és finom vésővel az egyenetlenségeket lesimítottam. Ezen művelet közben a n. facialis megsérült. Ezután a promontoriumon levő nyíláson át a sequestert távolítottam el. A nagyon kirágott kis csont csigareszletnek látszik. Végül a műtétet plastikával fejeztem be. Este a hőmérsék 39,0° C. A következő napokon még mérsékelt hőemelkedés, de a tarkómerevség szünőben, fejfájás nincsen; a n. facialis teljesen hűdött. A beteg február 2.-ától kezdve teljesen láztalan, közérzete jó. Egy hét múlva felkel. A fülgenyedés is gyorsan javul; ma már semmi geny sincs. Hátul a seb szépen záródott.

Ezen esetben a labyrinthus nekrosisához társult a meningitis és csak a teljes feltárás vágta el az útját a végzetesnek induló bajnak.

Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(VII. ülés 1911 október 24.-én.)

Elnök: Ónodi Adolf.

Jegyző: Lipscher Sándor.
(Folytatás.)

Navratil Dezső: A mandula sebészetéről.

Az előadó a torokmandulák sebészetét klinikai alapon ismerteti. Nem tartja helyesnek, ha a mandulát tonsillotommal távolítjuk el, mivel a gyűrűkés igen gyakran sérti az arcust. Hibája továbbá ezen eljárásnak, hogy ki van szolgáltatva e műszer szeszélyének nemcsak a műtő, de maga a beteg is, mert a mandulák ilyenképp való műtévesekor a műtő nem ura sem kezének, sem annak a vágó műszernek, a melylyel a garatban, e kényes helyen dolgozik. A mandulákat késsel operálja következőképpen: előzetes érzéstelenítés nélkül tompa kettős kanállal kiemeli a mandulát az arcusok közül; majd lefejt egy-egy ollócsapással az elülső és hátsó arcust; a mandulát előhúzza és belőle annyit vág le, illetve ki, a mennyit akar. E művelet teljesen fájdalomtalan. Gyermekeken száj-tátót sem használ, hanem a fejet tartó segéd a lapoczt beereszti a nyelvgyökig, a mire a gyermek hányásingert kap, száját kinyitja s ezalatt ő a mandulát eltávolítja. Szerinte a „tonsillotomia” szó nem helyes kifejezés, mivel a sebészetben a „tom” szótag azt fejezi ki, hogy valamelyes szervbe bele-vágunk. Ha a mandulát csak az arcusokig távolítjuk el, akkor e művelet neve „resectio” vagy „decapitatio tonsillae”. Ha a mandulából jó sokat távolítunk el, akkor e művelet neve „tonsillectomia subtotalis”. A hideg és meleg kacsccsal való műtévesét a mandulának nem tartja teljesen helyénvalónak; ez utóbbi eljárás esetleg javalt, ha a beteg haemophiliára hajlamos. De ha a betegnek előzőleg lóserumot adunk, ezen eljárás feleslegessé válik és a mandula késsel is reszekálható. Ha a borsó-babnyi mandula cryptogen sepsist tart fenn

a szervezetben, teljesen eltávolítandó „tonsillectomia” útján. A morcelleur használatát ellenzi az előadó s kifejti, hogy ezen eljárással a betegnek többet árthatunk, mint használunk. Ha a szakadékony mandulát csak darabokban lehet eltávolítani, nem morcelleurral kell ezt tenni, hanem emeljük ki az eltávolítandó mandularészt tompa kettős kanállal s csak a mikor láttuk, hogy mit emeltünk ki, vágjuk le gombos késsel. E műveletet ismételjük meg mindaddig, a míg a mandula teljességében el van távolítva. Ily esetben 20%-os cocain-érezéstelenítésben dolgozzunk. A mélybe való beszúrás folytán előálló érzéstelenítésnek, illetve vértelenítésnek nem híve az előadó, mert szerinte hozzájárulhat a mandulaműtétek utáni erősebb vérzéshez. Ha szünni nem akaró erős mandulavérzéssel van dolgunk, öltük alá az arcusokat. Egy ülésben csak egy mandulát operáljunk. Ha a mélyben ülő borsó-babnyi mandula felső polusáéhoz mintegy 1—1 1/2 cm.-nyi járat vezet, a melyben a váladék pang és szájbúzt idéz elő: hasítsuk fel e járatot és varrjuk ki a mandulát a garathoz. Az intratonsillaris tályog megnyitandó s esetleg a megfelelő mandularész is reszekálendő. A peritonsillaris tályogokat akként operálja, hogy a tályog legnagyobb domborúságán hosszú hegyes tenotommal (a mélyet nem lát el sparadrap-csíkkal) beszúr; az elülső garatívet átvágja s a tonsillát felezi. Ezen eljárás sem a nyelésre, sem a hangra befolyással nem bír. E művelet neve volna „tonsillotomia”. Ha a peritonsillaris tályog e művelet dacára recidivál — a mi igen ritka eset —, tályog-nyitás után másnap, ha kereszttülvihető, az egész mandulát kihámozza fészkekből. E művelet neve: „enucleatio tonsillae”. Majd a tonsilla jó- és rossztermészetű daganatairól szól. Rossztermészetű daganat esetén gyakran kerül a műtő abba a helyzetbe, hogy gastrostomiával, illetve tracheotomiával kénytelen a beteg élete végét tűrhetővé tenni. Végül a mandulakövekről szól s felemlíti, hogy e betegség — mely előre ritkán körjelezhető — valóságban próbaköve a mandula kés-vel való műtévesének.

Tóvölgyi Elemér: Az előadó nem említette azt a tonsilla-alakot, mely sagittalis irányban megy és belenyúlik a garatürregbe. Erre a fajtára is szerkesztett műszert, a melyet bemutat. A Mathieu-féle tonsillotommal sohasem sértette meg a garatíveket, mert ezeket mindig lesimítja a tonsillotomról.

A tonsillotommal egyszerű a dolgozás, a tonsillectomiával hat-szor annyi ideig tart a dolog. Csak ha recidivál a gyulladás, kell tonsillectomiát végezni. Ilyenkor a vérzés a felső csúcshoz nagy szokott lenni. Egy esetében H₂O₂-dal tamponálással tudta csak csillapítani a vérzést. A vérzéscsillapításra a Michel-féle kapcsok jók, de fájdalmas az alkalmazásuk és nehéz az eltávolításuk.

Navratil Dezső: Kryptogen sepsis vagy recidiváló peritonsillaris gyulladás eseteiben tonsillectomiát végez.

XXII magyar balneologiai congressus.

(III. ülés 1912 április 20.-án d. u. 5 órakor.)

Elnök: Bókay Árpád.

Jegyző: Vámosy Zoltán.

(Folytatás.)

Farkas Márton: További adatok az időérzés tanához.

További adatokat nyújt az újabban általa felvetett „idő-érzés” tanához. Tárgyalja az időérzésnek a köszvényhez, a rheumához, a tabeshez, az arteriosclerosishoz és a hegekhez való vonatkozásait. Érinti e jelenség fontosságát klimatologiai és fürdőgyógyászati szempontból. Vizsgálja az időérzést az Aars „Erwartungsgefühl”-je tekintetéből. Kéri a congressus tagjait, mint erre különösen hivatott megfigyelőket, hogy az időérzés kérdését tanulmányozzák. Az észleletek igen tanulságosak. Legutóbb a berlini congressust foglalkoztatták.

Szőrényi Tivadar: Syriában a chamsin nevű déli szelet ember, állat megérzi. Fejnyomás, depressio fogja el az embert, irtózik minden munkától, hypochondriás gondolatok támadnak benne, a pulsus minimalis, alig tapintható. Nemcsak a villamosság, de a légnyomás is szerepet játszik. Északi szélnél ez nincs meg, ellenkezőleg ennél euphoria van. Bőráján vidámak a neurastheniások, míg siroconál rosszul érzik magukat és ilyenkor szaporodnak az öngyilkosságok. Tehát a szelek irányára is ügyelni kell.

Lenkei Vilmos: Az előadottak megértéséhez és magyarázásához közelebb hoznak Grabby-nek erre vonatkozó pontos észlelései, a ki azt találta, hogy bizonyos betegeknek fájdalmai olyankor szoktak foko-

zotabban mutatkozni, a mikor a levegő emanatio-tartalma a rendesnél nagyobb. *Dorno*-nak Davosban megejtett körültekintő éghajlati megfigyelései pedig azt mutatták, hogy pl. főn idején a levegő elektromos vezetőképessége és a levegő és a talaj közötti potentialis különbség növekedik, hogy ilyenkor a talajjal összeköttetésben levő ember mint egy negatív elektróssággal megtöltött test viselkedik, a melyre az emanatio szétesési (szintén radioactiv) termékei reákródnak. Ha ezeket letörléssel eltávolítjuk a testről, az időjárás okozta hatás gyengül, sőt teljesen elvész.

Sümei József: Az arteriosclerosis és a barometer közti összefüggést illetően nem ismeretlen dolog, hogy a vérnyomás emelkedik, a mikor vihar közeledik és ezért ajánlják, hogy az ilyen beteg ne mozduljon ki a szobából, tartózkodjék minden munkától, sőt czélszerű, ha ágyban marad. Pontosan és tudományosan van megállapítva a barometer és apoplexia közötti összefüggés.

Dr. Dalmady Zoltán: A fülledtség éghajlati meghatározása.

A meleg levegőhőmérséklet élettani hatása és klimatológiai jelentősége lényegesen függ a levegő nedvességétől. Az előadó szerint valamely t° C hőmérsékletű levegő a fülledtség érzését kelti, ha párányomása milliméterekben kifejezve egyenlő vagy nagyobb mint a $(28.2 - \frac{1}{2})$ kifejezés értéke.

20.6° C-nál alacsonyabb hőmérsékleten a kifejezés irreális értékeket ad, hűvösebb levegőben tehát fülledtség nem fordul elő. A számított értékek *Lancaster* és *Hann* meteorológiai följegyzéseivel, valamint *Rubner* kísérleti és empiriás adataival pontosan megegyeznek.

Klimatológiai adatsorozatok e számításal átvizsgálva, vagyis kiszámítva, hogy a hőmérséklet egyes adatainak micsoda nedvesség felelne meg mint minimalis fülledtségokozó nedvesség, s az így nyert adatokat összehasonlítva az észlelt nedvességgel, hű s a tapasztalásnak megfelelő képet kapunk arról, hogy valamely helyen mily gyakori, mily tartamú és milyen fokú a fülledtség. Tekintve a fülledtségérzés relativ mivoltát, a számítás nem akar ideális pontosságot elérni, de gyakorlatilag teljesen használható eredményeket ad.

Lenkei Vilmos: A *Dalmady*-féle képletet a fülledtségre vonatkozó régebbi feljegyzéseimre alkalmazva kitűnik, hogy a számítás útján megállapított fullasztó hőmérsék csakugyan a gyakorlati tapasztalás útján nyert adatokkal egyezik.

Lenkei Vilmos: A balneológiai szempontból fontos és kívánatos meteorológiai megfigyelések.

Az egyes éghajlati tényezők hatását vázolván, azon következtetésre jut, hogy elengedhetetlenül szükséges minden fürdőhelynek élettani éghajlatát pontosan és részletesen megismerni s hogy ezen célból minden fürdőn legalább a következő tényezőket kell rendszeresen megfigyelni: 1. a levegő ozontartalmát, 2. a felhőzet terjedelmét, 3. a napsütés erejét, 4. a levegő hőmérsékét, 5. a nedves hőmérő lehülésének fokát, 6. a szél sebességét és 7. azon érzést, melyet az időjárás a szokásos megfigyelések idején reánk gyakorol.

Gyógyfürdőkben azonban, a melyek — mivel gyengélkedők és betegek rendszeres gyógykezelésére szolgálnak — nagyobb igényeknek kell, hogy megfeleljenek, a felsorolt éghajlati tényezőket, a mennyire csak lehetséges, mind objectív pontos méréssel kell ellenőrizni s ezek mellett még 8. a szél irányát, 9. a csapadék gyakoriságát, jellegét és hozzávető mennyiségét, 10. a talaj (és a nyílt vizek) állapotát (sár, hóréteg, fagy stb.) és 11. a test hővesztését volna szükséges megállapítani.

Az éghajlatot élettani szempontból valóban pontosan és részletesen megismerni csak ezen megfigyelések útján lehet. S mivel az éghajlat az emberre jelentős hatással van, azért ennek alapos megismerése nemcsak a betegnek, a fürdőző közönségnek, hanem magának a fürdőnek is kiváló érdeke. Mennél pontosabban és megbízhatóbban ismeretes valamely fürdőnek éghajlata, annál pontosabban és megbízhatóbban állapíthatók meg a fürdőnek javalatai is és annál megfelelőbben oszlanak meg az egyes fürdőkön a gyógyulást keresők is, annál több *nekivaló* beteg is jut tehát mindegyiknek s ezáltal minden ilyen fürdőnek gyógyeredménye, tehát hírneve is annál jobb lesz.

Róna Zsigmond: Hogy a meteorológiai megfigyeléseket mennyiben értékesíthetjük az orvosi gyakorlatban, ehhez nem merek hozzászólni, de mint meteorologus kifejezést adhatok annak, hogy ezen tudományos buvárkodás általános szempontból is érdekes.

A mennyiben a megfigyelések kötelezővé tétetnének és rendszeresíttetnének, szükséges volna a megfigyelők kezébe instructiókat adni, hogy megfigyeléseiket helyesen végezzék.

Az ilyen instructiók kidolgozására a meteorológiai intézet tagjai készséggel állannának rendelkezésre.

Farkas Kálmán: A fürdők csatornázása.

A fürdőket látogató közönséget a nyújtott gyógyeszközökön kívül olyan általános egészségügyi viszonyok közé kell juttatni, a melynek a modern művelt embert megilletik. A lakás, ételmezés, vízellátás, csatornázás, világítás, stb. irányában folyton fokozódnak az igények.

A csatornázás terén még kevés történt, holott ezen a téren már sürgősen kell segíteni s ez a segítség nem kíván olyan anyagi áldozatokat, a melyek az elérhető haszonnal arányban ne állannának, a mit példákkal illusztrál. Leírja Fenyőháza, Csorbató, Vizakna, Balatonföldvár fürdők csatornázását, valamint Siófok és Hévíz csatornázási terveit, melyeknek költségeiből látható, hogy az igényelt befektetés nem követel elviselhetetlen pénzáldozatot. Jelzi, hogy a belügy-ministerium műszaki osztálya csatornázási kérdésekben szívesen és díjtalanul ad útmutatást.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Májcirrhosis operált esetét mutatta be *Kausch* a berlini orvosegyletben. A szerző azokkal az eredményekkel, melyeket Talma-műtét után látott, nem volt megegyezve, miért is a sebészeti beavatkozást egy eddig ismeretlen módon végezte. A betegen a műtét előtt már igen gyakran végeztek punctiót, az ascites azonban mindig rövidebb-hosszabb idővel a műtét után ismét meggyülemlett, a végtagoknak erős oedemája állott be, a beteg erőbeli állapota már annyira leromlott, hogy ágyon kívül nem is tartózkodhatott. Ilyen állapotban végezte a szerző a műtétet a következő módon: A laparotomia alkalmával valamennyi összenövést megszüntetett. Azután a máj convex felületét és az annak megfelelő peritoneum parietale 5%-os jodtincturával kente be. A máj alsó szélét pár catgut-varrattal a peritoneum parietalehoz erősítette, majd a cseplesz elülső felszínét jodtincturával való bekenése után az elülső hasfalhoz varrta. A szabadon hagyott alsó részét az omentumnak a fascia transversa és rectus között készített nyílásba helyezte és odaerősítette, majd pedig a hasüreget elzárta. A betegnek diuresise a műtét után megnövekedett, sem ascites, sem a végtagokon oedema nem jelentkezett. 14 nappal a műtét után a patiens már járni tudott. A szerző kizártnak tartja, hogy ily rövid idő alatt collateralisokat vivő adhaesiók fejlődhetek volna (a meglevőket elpusztította); valószínűbbnek tartja, hogy a gümőkóros peritonitis-sel analog módon a laparotomia a peritoneum felszívódási képességét annyira javította, hogy ascites nem gyülemlett össze. Jelentékenyen előmozdította pedig a resorptiót a jodtinctura alkalmazása. Az eközben kifejlődött adhaesiók, melyek a collateralisokat viszik, paralyzálják azután a májban levő vérpangást. (Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 11. sz.)

Ifj. *Hahn Dezső* dr.

PÁLYÁZATOK.

12.594/1912. kig. sz.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött 1200 korona évi fizetéssel, lakás fűtés, világítás és I. osztályú ételmezéssel javadalmazott **alorvosi állásra** pályázatot nyitok.

Folyamodni óhajtok felhivatnak, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket **legkésőbb folyó évi június hó 15. napjáig** közvetlenül a bajai közkórház igazgatóságánál nyújtsák be.

Az állás folyó évi július hó 1-én elfoglalandó.

Baja, 1912 május 23.

Polgármester helyett:
Erdélyi, főjegyző.

1303/1912. szám.

Pestpilissoltkiskún vármegye kalocsai járásbeli, mintegy 3000 lelket számláló *Bogyiszló* községben szervezett **orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában megállapított feltételeket igazoló okiratokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **folyó évi június hó 18. napjának délelőtti 11 órájáig** nyujtsák be.

A választást Bogyiszló községhezánál f. évi június hó 20.-án d. e. 11 ór. kor fogom megtartani.

Az állás javadalmazása:

1. törzsfizetés évi 1600 korona négyévenként ismétlődő 200–200 korona korpótlékkal;
 2. a m. kir. belügyminister úr 192.837/1911. sz. rendeletével engedélyezett 800 korona helyi pótlék;
 3. a modern kor igényeinek megfelelő természetbeni lakás;
 4. az 1908: XXXVIII t.-cz. 22. § a alapján törvényhatóságilag megállapítandó látogatási díjak.
- Kalocsa, 1912 május 22

A főszolgabíró.

868/1912. szám.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező „Mária Valéria“-kórházban üresedésbe jövő egy **kórházi alorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás évi 1400, azaz egyezernégyszáz korona havi előleges részletekben folyósítandó fizetéssel, lakással, fűtéssel, világítással és elsőosztályú étellel van javadalmazva.

A törvényhatósági főispán által kinevezendő alorvos köteles a kórházban lakni, magángyakorlatot, az első segélynyújtás esetét kivéve, nem folytathat s állását csakis a két hónapi felmondási idő eltelte után hagyhatja el.

Nős orvosok nem pályázhatnak.

Az állás folyó évi június hó 15.-én elfoglalandó.

Felhívom ennél fogva mindazokat, a kik ezt az állást elfoglalni óhajtják, hogy kellően okmányolt kérvényüket legkésőbb **folyó évi június hó 8. (nyolczadik) napjának déli 12 órájáig** Szabadka sz. kir. város főispánja, *Purgly Sándor* dr. úrhoz (Szabadka, Pest-szálloda épület) annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkezettek figyelembe vételre nem számíthatnak.

Megjegyzem, hogy a mennyiben az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában minősített pályázó nem jelentkeznék, az egy évi gyakorlatra utasított, esetleg szigorú orvosoknak a fenti határidőig benyújtott kérvényei esetleg szintén figyelembe fognak vétetni.

Szabadkán, 1912. évi május hó 8.-án.

A polgármester.

3421/fh. 1912.

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

1. Budapest székesfőváros VI. kerületének külső részén (a Frangepán-, a Béke-utca és a vasúti sínvonal közötti területen) évi 4000 K díjazással. (Ezen állásra megválasztott orvos a Palotai-úti munkáslakás-telepen lakó tagokat is ellátja.)

2. Dunaharaszti községben (a melyhez Taksony község is tartozik) évi 1600 K díjazással.

A pályázati kérvények, melyek oklevél-másolattal és az eddigi orvosi szolgálatot feltüntető bizonyítvánnyal szerelendők fel, **1912 május hó 31.-éig** adandók be a pénztár főorvosi hivatalához (VII., Damjanich-utca 36) czimezve, a hol az állásokra nézve részletes felvilágosítás nyerhető.

Az állásokat a pénztár igazgatósága választás útján tölti be. A megválasztott orvos a mindenkor érvényben lévő szolgálati, fegyelmi és illetmény szabályzatot magára nézve kötelezőnek ismeri el és a számára kijelölt területen tartozik lakni.

Az állások az alkalmaztatást kimondó igazgatósági határozat keltétől számított 14 napon belül foglalandók el.

Budapest, 1912 május 9.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár.

A pécsi m. kir. bábaképző-intézetben betöltendő az újonnan szervezett **III. tanársegédi állás**. Javadalma 1000 korona évi fizetés és első osztályú ellátás bentlakással az intézetben. Olyanok, kik serbül (horvátul) tudnak vagy laboratoriumi előképzettséggel rendelkeznek, a kinevezésnél előnyben részesülnek.

Doktor Sándor dr., igazgató-tanár.

2309/912.

Heves vármegye pétérvásárai járásban Recsk székhellyel 6 községből álló **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása; 1600 korona törzsfizetés korpótlékkal, 600 kor. lakbér, 400 kor. útiátalány és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

Az uradalmi orvosi állás elnyerése esetén a körorvos az uradalomtól mintegy 3000 kor. javadalmazásban részesül.

A választást **folyó évi június hó 15.-én délelőtt 10 órakor** Recsk községhezánál fogom megtartani. Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám **folyó évi június hó 12.-éig** adják be.

Pétérvására, 1912 május 17.

Drisnyey Béla, főszolgabíró.

110/1912. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban **egy másodorvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú belügyminister úrnak 1912. évi április hó 27.-én kelt 65.510/VIIb. számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom azon magyarhoni illetőségű orvos urakat, kik ezen 1600 korona fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. étellel j vadalmazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkivánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és a belügyminister úr ó nagyméltóságához címzett folyamodványait **1912. évi június hó 30.-áig** alulirothoz nyujtsák be.

Pozsony, 1912 május 20.

Pantocsek József dr., igazgató-orvos.

A pozsonyi kerületi munkásbiztosító pénztár igazgatóságának 1912. évi május hó 14.-én tartott ülésében hozott határozatából kifolyólag Pozsony város területén üresedésben lévő **két kerületi orvosi állásra** pályázatot hirdetünk.

Mindkét állás az orvoskérdés végleges rendezéséig ideiglenesen fog betöltetni.

Ezen állások mindenikével évi 3600 (háromezerhatszáz) korona fizetés és évi 600 (hatszáz) korona munkatöbblet-díj jár.

Az állásokra vonatkozó pályázati kérvények a pénztár igazgatóságához czimezve **1912. évi június hó 6.-áig** küldendők be a pénztár főorvosi hivatalához (Idb. Rakovszky-utca 1), a hol hétköznaponként déli 12—1 óráig *Glaser Károly* dr. főorvos az állásokra vonatkozóan bővebb felvilágosítást ad.

A pályázati kérvényekhez születési bizonyítvány, magyar honosságú orvosi oklevél és az eddigi orvosi működést feltüntető bizonyítványok hiteles másolatai csatolandók, megjegyezve, hogy az állások bármelyikét csak oly orvos nyerheti el, a ki legalább két évi gyakorlatot tud kimutatni.

Az állásokat a pénztár igazgatósága választás útján tölti be. A pályázók közül előnyben részesülnek azok, a kik már magánál a pénztárnál vagy más kerületi munkásbiztosító pénztárnál hosszabb idő óta sikeresen működtek.

A megválasztott orvos állását **folyó évi július 1.-én** köteles elfoglalni s a számára kijelölt területen lakni.

Pozsony, 1912 május 14.-én.

Somlyay Lajos s. k.,
igazgató.

Dworák Károly s. k.,
igazgatósági elnök.

Alulirott évi 2000, azaz kétezer korona fixum fizetéssel és a magángyakorlatban való méltányos részesedéssel **kisegítő, illetőleg helyettes orvost** keresek. Állásom a nyugdíjtörvény életbeléptetésével előreláthatólag meg fog üresedni. Tekintélyes és szép jövőt biztosíthatna magának az a kartárs, ki engemet most kisegítene, hiszen megválasztása csaknem biztosra vehető. Ajánlatokat 2 héten belül vár

Derczeny Imre dr., tb. vármegyei főorvos, körorvos.

Diósgyőr, 1912 május 23.

2033/1912. k. i. sz.

Udvarhely vármegye homoródi járáshoz tartozó X. körorvosi körben a homoródszentmártoni **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom azon okleveles orvosokat, kik ezen állást elnyerni akarják, hogy szabályszerűen felszerelt folyamodványait (oklevél vagy hiteles közjegyzői másolata, szolgálati bizonyítvány) hozzám **folyó év június hó 20.-áig** adják be.

A kör székhelye Homoródszentmárton község gyógyszerházzal. A körhöz tartoznak: Bágy, Lókod, Gyepes, Homoródrémete, Abásfalva, Homoródkeményfalva, Homoródmás, Kénos, Telekfalva, Sándortelke, Ábránfalva, Homoródszentlászló, Kányád, Jásfalva és Miklósfalva községek, összesen 16 község.

A körorvos köteles a községeket havonta egyszer beutazni, Homoródmásán, Kányádon és Telekfalván még külön rendelési napot is tartani minden hónapban egyszer.

A körorvos javadalmazása 1600 korona évi fizetés, 1000 korona évi helyi pótlék, 400 korona évi lakbér, 600 kor. évi fuvarátalány, öt-évenként 200 korona korpótlék.

Rendelési díja székhelyén és lakásán nappal 80 fillér, éjjel 1 korona 60 fillér, a községeken körútjai alkalmával 80 fillér.

Látogatási díja székhelyén és a községeken is nappal 1 korona, éjjel 2 korona; körutazáson kívül külön hívásra teljesített beteglátogatásért a látogatási díjon felül **távolsági díj** címén székhelyétől 2–4 km.-ig 2 korona, 4–8 km.-ig 4 korona, 8–12 km.-ig 6 korona és 12 kilométeren túl 8 korona illeti meg a körorvost. Ilyen alkalommal a körorvosnak a fél részéről küldendő tisztességes fuvarra, vagy ha fuvar nem ad a fél, kilométerenként 40 fillér fuvardíjra van igénye. Ha a körorvos ilyenkor több beteghez hivatik, a távolsági és fuvardíj csak egyszer és pedig azon beteggel szemben számítható fel, ki az orvost a községbe vitette.

7 éven aluli gyermekek gyógyításánál a rendelési és beteglátogatási díjnak csak a fele jár. Halottkémlés díja 2 korona, hússzemle díja 1 korona, orvosi bizonyítványokért 2 koronát számíthat fel; műtétekért az 1900. évi 13.300. B. M. rendelet IV. fokozatának legkisebb tételeit számíthatja fel.

Okland, 1912 május 13.

Szabady Tivadár, főszolgabíró.