56. évfolyam. 5. szám. Budapest, 1912 február 4.

ORVOSI HETILAP

Alapitotta: 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.

Dollinger Gyula; A rákstatisztikák eredményei. 79. lap.

Zwilinger Hugó: Közlemény a magy. kir. tudományegyetem I. számú bonczolástani intézetéből. (Igazg.: Lenhossék Mihály dr., egyetemi nyilv. r. tanár.) Az orrüreg felső szakaszának nyirokpályáiról és azok viszonyáról az agykörüli nyirokürökhöz. 83. lap.

Gózony Lajos: Közlés a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bakteriologiai intézetéből. (Igazgató-tanár: Preisz Hugó dr.) Az infectio kapui a spirochaetás megbetegedésekben és a szervezet védekezése. 87. lap.

Keviczky Lajos: A vörheny ragályossága. 89. lap.

Manninger Vilmos: Schmid Hugó †. 90. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Emil Schütz*: Die Methoden der Untersuchung des Magens. — *J. K. Proksch:* Paracelsus als medizinischer Schriftsteller. — *Lapszemle. Belorvostan. Noorden* és *Falta*: Nagy adag radiumemanatio alkalmazása. — *Sebészet. Czerny*: A rákdaganatok gyógyitása. — *Idegkórtan. Nonne*: Reflexes pupillamerevség idősült alkoholismusban. — *Gyermekorvostan. Hamburger*: Idősebb gyermekek sóoedemája. — *Chatin* és *Rendu*: A tej bőr alá fecskendésének (Wolf-féle módszer) állitólagos galactogen hatása. — *Börkórtan. Joseph* és *Siebert*: A Röntgen-kezelés alkalmazása a dermatologiában. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Hoffmann*: A műtét területének fertőtlenitése thymol-spiritus-szal. — *Levy-Dorn*: Sarcoma. — *Sternberg*: Az alkoholtartalmú italoknak használata hypnoticum gyanánt. 91—93. lap.

Magyar orvosi irodalom. — Gyógyászat. — Klinikai füzetek — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 93. lap.

Vegyes hirek. 94. lap.

Tudományos társulatok. 95—96. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A rákstatisztikák eredményei.

A II. nemzetközi rákértekezlet referatuma.

Irta: ***Dollinger Gyula*** dr., egyetemi tanár Budapesten.

A rákkutatás nemzetközi egyesületének II. congressusa megbízott, hogy a rákstatisztikák eredményeiről beszámoljak. Ezen megbizatásomnak a következőkben teszek eleget:

1. *A rákstatisztikák.* A számomra megszabott szük tér arra kényszerit, hogy egész röviden, csupán a főeredményekre szoritkozzam és csak a legfontosabb kérdéseket taglaljam.

A rákbetegség elterjedésére vonatkozó gyüjtőkutatások élén a Practitioner 1899. évi áprilisi füzetében közölt gyüjtőkutatás áll. Ezt követte közvetlenül Németország gyüjtőkutatása, melyhez Hollandia csatlakozott. 1902-ben Spanyolországban kisérelték meg. Ehhez sorakozott Magyarországnak 1904. évi rákstatisztikája. 1907-ben megjelent Németország rákstatisztikájának egy kiegészitése. 1908-ban csinálták meg a rákbetegek franczia halálozási statisztikáját; azután következtek Svédország, Norvégia, Portugália és az Egyesült Államok statisztikái. Az 1909. évben következett Görög- és Finnország, 1910-ben Dánia. Ezeken kívül 1904-ben Stuttgartnak és Helgolandnak, 1909-ben Hamburgnak a rákstatisztikája jelent meg.

Az angol és német statisztikák gyüjtőkutatások voltak, a magyar, a gyüjtőmunkálatok eredményein kívül, 4 évnek a halálozási anyagát is feldolgozta és a két statisztika eredményeit az összehasonlitás kedvéért egymás mellé állitotta. A többi statisztika részben a gyüjtőkutatások eredményeit, részben a halálozási statisztikát tárgyalja; részint pedig mindkettőt feldolgozza.

A német gyüjtőkutatás az egy napon kezelt rákos betegekre szoritkozik, a magyar azokat is összegyüjti, a kikről a jelentő orvos biztosan tudja, hogy életben vannak, bár a gyüjtés napján nem kezeltettek. Ezáltal az anyag több mint felével gyarapodott, mert míg kezelt beteg 1633 volt, addig a rákos betegek száma, kikről az orvosnak tudomása volt, bár a gyüjtés napján nem kezeltettek, 1937-et tett ki. Ebből látható, hogy az egy napon kezeltek pillanatfelvételének módszere a rákos betegek számának csupán egy töredékét tünteti fel.

Ezért ezt a módszert később el is hagyták. A vizsgálati idő mindinkább hosszabb lesz, igy pl. Dániában és Hamburgban is nem elégszenek meg többé a kérdőivek szétküldésével és a beérkező válaszok feldolgozásával, hanem a statisztika teljességének érdekében az orvosokkal még sokáig levelezésben állanak, sőt a rákos betegekről folytatólagos névsort vezetnek és ezáltal remélik a rákos betegek igazi számát megtudhatni. Más oldalról viszont *(A. Wolff, Marklissa)* felmerült az a kivánság, hogy a rákos betegek bejelentése kötelező legyen.

2. *A hibaforrások.* A rákos betegekre vonatkozó gyüjtőmunkálatok útjába sok akadály vetődött.

Az adatokat csakis orvosok szolgáltathatják, ezek azonban az adatgyüjtésben nem vesznek egyenlően részt. Résztvételük Spanyolországban 4%, Németországban 42%, Hollandiában 60%, Portugáliában 75%, Magyarországon 96%, Svédországban 97%, Dániában 99% volt. De még ezek a számok sem nyujtanak igazi képet, mert a résztvevő orvosoknak egy tekintélyes része téves adatokat szolgáltat. Egy részüknél kényelmi okok szerepelnek, más részük az orvosi titoktartás kötelezettségét úgy értelmezi, hogy betegeiről még csak a kezdőbetűkkel megjelölt jelentést sem hajlandó beküldeni.

Az orvosi gyüjtőszervezetnek az egyenlőtlen működése két szomszédos ország rákos betegeinek számában nagy különbségeket idéz elő. Az egyik országban 100.000 emberre 96 rákos beteg esik, a szomszédosban pedig 9.

Véleményünk szerint hasonló okokra kell visszavezetnünk azokat a nagyon nagy különbségeket, melyek ugyanazon állam két, egyébként teljesen hasonló gyüjtőkerületében a rákban elhaltak és az élve bejelentettek száma között fennállanak. Igy pl. az egyik kerületben a rákos betegek, az ugyan-

azon kerületben rákban elhaltaknak 55%-át alkották és a másikban 5%-át; továbbá az egyik városban 88·9%-ot, egy másikban 4·3%-ot.

Ehhez járul még némely esetben a diagnosis bizonytalansága. Bujakóros fekélyeknek laphámrákkal való összetévesztése is előfordul. Még gyakrabban vannak a gyakorló orvosnak kételyei az iránt, hogy carcinomával vagy sarcomával van-e dolga.

Ha a daganat felületes, akkor a szövettani vizsgálat van hivatva dönteni. Tudtommal azonban csak a dán rákstatisztika végeztetett nagyobb számmal (85%) szövettani vizsgálatot. A belső szervek rákjainál a diagnostikai hibaforrások még gyakoriabbak.

De ezidőszerint még a betegek nemtörődömsége is gátját veti a realis rákstatisztika létrejöttének. Erre vonatkozólag klinikámon 414 rákos beteget vizsgáltattam meg és ebből az derült ki, hogy úgy a vidéken, mint a fővárosban lakóknak a fele egy évnél később — sőt 33 személy csak 3 év elteltével — jelentkezett először orvosnál a betegségével; az utóbbiak közül 20 egyénnek a rákja testének valamely feltünő részén volt, úgy hogy a betegséget mindenki könnyen észrevehette. A betegek közül többen a fővárosban éltek, körülvéve orvosoktól és kórházaktól, és mégis ily sokáig nem törődtek bajukkal, sőt egyesek 6—8—10 évig sem.

Ebből látható, hogy egyes rákos betegekről nem az orvos, hanem csak a halottkém szerez tudomást és ezért azt hiszszük, hogy jelenleg a rákbetegség elterjedéséről a halálozási statisztikák sokkal pontosabb adatokat tartalmaznak, mint az összeíráson alapuló rákstatisztikák és erre a meggyőződésre jutott *Weinberg* (Stuttgart) is.

De a halálozási statisztikákban is találunk hibaforrásokat. Csak néhányat akarok hangsúlyozni. Itt van mindjárt a biztos diagnosis hiánya. A felületesen fekvő rákokat rendszerint felismerik, míg a belső szervek rákjának alig $^1/_4$ részét ismerik fel biztosan a halál előtt és bonczolás nélkül.

Azonkívül pedig számos művelt államban a távolabbi és szegényebb vidékeken a halottlevelet nem orvos, hanem laikus állítja ki.

A mennyire az említett viszonyok javulni fognak, a mennyire az orvosok és a közönség a rákbetegségről felvilágosíttatik, annyira válnak majd a rákstatisztikák adatai megbízhatóbbá és ehhez fog még járulni a rákstatisztika technikájának fejlődése. Egyelőre teljesen lehetetlen a különböző rákstatisztikák anyagát egységesen feldolgozni és ilyen módon a különböző statisztikákban összehordott anyag felhasználásával a számos kérdésre megfelelni.

Hiszen az egész lakosságnak és a rákos betegeknek egymáshoz való viszonyát is különböző elvek szerint számították ki. *Hirschberg* a német rákstatisztikában arra mutat rá, hogy a rákesetek számát nem az egész lakosságéval, hanem csak a felnőttekével kell összehasonlítani. Mi Magyarországon ezen követelménynek eleget tettünk és a mi rákeseteink száma mindig 100.000, 15 éven felüli lakosra vonatkozik. Másutt ez különböző okokból nem történt meg. A szervcsoportok is különbözőképpen állíttattak össze, éppúgy a korcsoportok.

Hogy a különböző rákstatisztikák anyaga összegezhető legyen, annak alapfeltétele az, hogy az egységes rákstatisztikára vonatkozólag nemzetközi megegyezés történjék. Ez a megegyezés nem szorítkozhatik csak az egységes kérdőívekre, hanem ki kell, hogy terjeszkedjék az anyag feldolgozásának számos technikai kérdésére is.

Legczélszerűbbnek tartanám, ha egy statisztikusokból és orvosokból álló, nem nagyon nagy, nemzetközi állandó bizottság neveztetnék ki, mely a congressusok közötti időtartamban felmerülő összes kérdésekben döntene, munkálatait főképpen a rákfolyóiratokban közölné és tevékenységéről a legközelebbi congressuson beszámolna.

Egyelőre mindaddig, míg ezen jámbor óhajunk az egységes nemzetközi rákstatisztikára vonatkozólag nem teljesül, kénytelen vagyok a következőkben arra szorítkozni, hogy nem teljesen egyenértékű adatokat helyezek egymás mellé.

A különféle szempontok, melyek egy rákstatisztika felállítása alkalmával tekintetbe jönnek, azt mutatják, hogy csak orvosok és statisztikusok együttes munkálkodással hozhatnak jó művet létre és még ebben az esetben is, az ilyen módon keletkezett táblázatokból való következtetésekben is szüksége van a statisztikusnak az orvosi tudomány segítségére.

3. *Az egyes országok rákos betegeinek száma.* Dániának a folyó évben közölt rákstatisztikája egy táblázatot tartalmaz, melyben 6 állam rákos betegeinek száma foglaltatik.

Dániában	42·8
Svédországban	35·3
Hollandiában	28·6
Portugáliában	21·9
Németországban	21·5
Magyarországon	18·5

minden 100.000 lakosra.

A számokban való eltérés legalább is olyan mérvben okoztatik a statisztikai anyag különböző tökéletessége által, mint a mennyire azt a rákbetegség támadásában való tényleges különbség okozza. Hogy valóban megbízható összehasonlításokat lehessen tenni a rákbetegségnek az egyes országokban való gyakoriságára nézve, messzemenő részletes vizsgálatot kellene végezni a beszerzett anyagra vonatkozólag abban az irányban, hogy az illető anyag miképpen gyüjtetett.

Meg kellene vizsgálni, hogy különösen a ráktól megtámadott életkorok miképpen aránylanak a lakosság összességéhez; hogy vajjon az egyik országban az egyes életkorok nincsenek-e nagyobb számmal képviselve, mint a másikban; hogy az egyik ország városi lakosságát nem támadja-e meg nagyobb mértékben a rák, mint a másikét. Mivel azonban a közölt adatok sem a legfontosabb hibaforrásoknak, sem az anyag tökéletlenségének beható megvizsgálását nem engedik meg, a részletes átvizsgálás csak hiányos lehetne.

A halálozási statisztikák általában sokkal nagyobb számokat adnak. A következő táblázathoz *A. Neves*-nek (Portugália) rákstatisztikájáról szóló jelentéséből veszem az adatokat, de máris meg kell jegyeznem, hogy a különböző országokban különböző alapon végezték a számításokat és éppen ezen körülmény a 100.000 lakosra vonatkozó rákos betegek számában különbséget okoz. Igy pl., hogy csak egy körülményt említsek meg, Francziaországban csak a több mint 5000 lakossal biró városok rákos betegeit vették számításba és minthogy a városokban a rákos betegek száma nagyobb, ez a körülmény természetesen növeli a rákos betegek arányszámát.

A különböző országokban 100.000 lakos közül a rákban elhaltak száma:

Ország	A számlálás éve	A rákos betegek arányszáma
Brazilia	1894—5	4·1
Portugália	1902—4	21·8
Egyesült-Államok	1890	34·0
Uj-Seeland	1891	44·0
Ausztria	1887	48·0
Tasmania	1891	50·0
Olaszország	1888	61·0
Hollandia	1888	65·0
Szászország	1876—85	69·0
Angolország	1896	76·0
Svédország	1887	95·0
Magyarország	1901—4	95·0
Francziaország	1895—1904	98·0

Szászországban az 1893—1903. évek halálozási statisztikája folytonos emelkedést tüntet fel: minden 100.000 lakosra 86—91 rákos halál jut, míg Francziaországban az 5000-nél több lakossal biró városokban számuk az 1901—1906. években lassanként 90-ről 115-re emelkedett.

Rákstatisztikáinkkal még nem tartunk ott, hogy belőlük az *éghajlat befolyására* következtethetnénk. A forró égövi országokban az orvosi szolgálat majdnem mindenütt rendezetlen eddig, tehát az adatgyüjtés is alig végezhető.

Egyes tropusos országokban a rák határozottan nagyon ritka, mert az emberek rendszerint alig érik el a rákra hajlamosító kort.

Az évenként rákban elhaltak nagy számának bebizonyítására a szász halálozási statisztika hangsúlyozza, hogy Szászországban az 1903. évben diphtheria, pertussis, morbilli, scarlatina, typhus és más fertőző betegség következtében csak 3097 személy halt meg, mig rákban 3370, tehát 273-mal több, mint az említett betegségekben együttvéve.

4. *A rákbetegség elosztódása a férfi- és nőnem között* az egyes országok statisztikai kimutatásaiban majdnem egyenlő. Itt-ott különbségeket okoz a számítási mód. Igy mi Magyarországon 100.000, 50 éven felüli lakosra vonatkoztattuk eseteinket, más országok viszont a kor tekintetbe vétele nélkül, általában 100.000 lakosra.

A gyüjtőszámítások azt mutatták, hogy a megszámláltaknak 38—39·9%-a a férfinemre, ellenben 60—62%-a a női nemre esik.

100.000 lakoshoz viszonyítva, a gyüjtőmunka eredménye a következő:

Ország	Férfi	Nő
Németország	16·0	26·9
Portugália	20·8	26·3
Magyarország	28·0	35·0
Svédország	26·74	39·22
Dánia	34·0	51·0

A halálozási statisztikák 100.000 egyénre vonatkozólag a következő eredményt adják:

Ország	Férfi	Nő
Portugália	20·6	25·9
Svédország	75·0	85·0
Magyarország	83·0	107·0

J. Fibiger és *S. v. Trier* a rákos betegek nemére vonatkozólag a dán statisztikában arra a következtetésre jutnak, hogy a rákbetegség a 35—55. életév között sokkal gyakoribb a nőkben mint a férfiakban, a mi annak a körülménynek tudandó be, hogy ebben a korban nőkben a méh- és emlőrák fordul elő leggyakrabban.

Ezen esetektől eltekintve, az 55 éves korban a rák gyakorisága férfiakban és nőkben körülbelül egyforma, míg a magasabb életkorban férfiaknál valamivel gyakrabban fordul elő, mint nőkben. Az emlő- és méhrákok a nőkben előforduló összes rákos megbetegedéseknek körülbelül felét teszik ki, tehát, ha ezen megbetegedésektől eltekintünk, az összes életkorra minden 100.000 nő közül 25—26, minden 100.000 férfire 35 rákos beteg esik.

5. *Az eloszlás város és vidék között.* Városokban a rákos betegek arányszáma általában nagyobb, mint a vidéken. Ez a viszony már a német gyüjtőkutatásból is kiviláglik és a többi következő statisztika megerősíti ezt. Magyarországon a városi rákos betegek arányszáma, a körülvevő kerületek rákos betegek arányszámának rendszerint három-négyszerese. A következő táblázat tünteti fel ezt a viszonyt:

Törvényhatóság	A 100.000 15 éven felüli lakosra számított rákos betegek száma	1901—6. években rákban elhaltak száma 100.000 lakosra számítva
Pozsony város	76	110
„ „ körzete	30	126
Baja város	99	134
„ „ körzete	36	78
Budapest főváros	59	121
„ „ körzete	39	89
Kassa város	63	87
„ „ körzete	26	95
Arad város	45	133
„ „ körzete	17	70
Marosvásárhely város	86	114
„ „ körzete	19	78

Dániában a következő eloszlást találjuk:

Kopenhágában 54 esik 100.000 lakosra
A többi városban 47 „ „ „
A vidéki kerületekben 38 „ „ „

Főképpen a városokban tűnik ki, hogy milyen egyenlőtlenül oszlik meg a rák a férfi- és női nem között. Igy Magyarországon 100.000 15 éven felüli lakosra általában 23 férfi és 35 nő jut. Az egyes városokban a következőképpen viszonylanak egymáshoz:

A város neve	Minden 100.000 15 éven felüli lakosra jut rákos beteg férfi	nő
Kassa	7	124
Budapest	28	88
Pécs	32	93
Temesvár	47	95
Pozsony	38	103

Dániában a következő a viszony:

	Férfi	Nő	Férfi és nő
Kopenhágában	34	75	54
A többi városban	35	58	47
A városokban együttesen	34	65	51
A vidéki kerületekben	34	41	48
Az egész országban	34	51	43

Portugáliában az arányszám a következő:

Kerületek	A rákos betegek száma 100.000 lakosra viszonyítva férfi	nő	összesen
Lissabon város	20·8	26·3	23·7
A királyság	13·5	16·8	15·4
Porto kerület	27·3	84·1	62·0
Porto város	22·3	28·4	25·2
Lissabon kerület	73·5	91·7	82·8

A halálozási statisztikák a következő viszonyokat tüntetik fel. Francziaországban minden 100.000 lakosra esik:

Párisban	100
A legalább 100.000 lakossal biró városokban	122
80—100.000 lakosú városokban	109
20—30.000 „ „	97
10—20.000 „ „	85
5—10.000 „ „	66

Az egyes helyek nagyságának növekedésével nő a rákos halálesetek száma is.

A magyar rákstatisztikának fent közölt táblázata mutatja, hogy a mi rákstatisztikánk is nagyobb számú rákos beteget tüntet fel az egyes városokban, mint az őket környező vidéki kerületekben.

Dániában kizárólag az okozza a városoknak rákesetekben való túlsúlyát, hogy városokban sokkal több a rákbeteg nő, mint a vidéki kerületekben, míg a férfiak száma mindenütt egyforma. Magyarországon azonban a városokban a rákos férfiak száma is nagyobb, mint a környező vidéki kerületekben, a nők száma pedig a férfiakénak a két- vagy háromszorosa.

Radestock a szász halálozási statisztikában kételkedik abban, hogy a városokban nagyobb volna a rákos betegek száma, mint a vidéki kerületekben. Azt hiszi, hogy azért találhatók nagyobb számban a városokban rákos betegek, mert itt könnyebben van kéznél orvos, mint vidéken és elhalálozás esetén a halottkémlést orvos, nem pedig halottas asszony végzi, mint vidéken, a hol, különösen öreg embereknél, gyakran aggkori gyengeség szerepel halálok gyanánt. Még más argumentumokat is említ és hangsúlyozza, hogy az arányszámok kiszámítása alkalmával mindig figyelembe kell venni a lakosság összetételét. Példaképp felemlíti egy szomszédos iparűző város nyaralótelepét, melyen több rák-

beteg van, mint a városban; a magyarázatot az adja meg, hogy a kétféle lakosságban különböző a korbeli elrendeződés. A nyaralótelepen főleg kevés gyermekkel biró öregebb tőkepénzesek és nyugdíjasok laknak, míg a városban sok gyermekkel ellátott, főleg fiatalabb munkáslakosság van.

Ha ezek az okok csakugyan szerepet játszanak, akkor számíthatunk rá, hogy a mily mérvben a vidékre is lassanként kellő számú jó orvos megy, ugyanolyan arányban szaporodik a felismert rákos betegek száma.

Vajjon a női nemnek túlnyomó hajlamossága mellett, a női rákos betegeknek a városokban észlelhető nagy száma megmagyarázható-e csupán az orvosi segítség könnyebb hozzáférhetőségéből?

6. *A rákbetegség terjedése.* Némely statisztikus azt állítja, csupán a táblázatokból ítélve, hogy a rákbetegség csakugyan terjed, ez azonban a gyüjtőívek jelenlegi alakja mellett nem deríthető ki. Előbb néhány olyan hibaforrásra mutattam rá, mely minden rákstatisztikára nézve fennáll.

Ha az ugyanazon területen végzett gyüjtőkutatás megismétlése alkalmával ezen hibaforrások közül néhány megcsökken, akkor a rákos betegek száma nő, mert úgy látszik, hogy az eddigi kutatási módszerek még mindig kevesebb rákesetet mutatnak ki, mint a mennyi valóban van. Ugy hogy biztosan számíthatunk rá, hogy a statisztikai megkeresések és számítások tökéletesítése a kimutatott rákesetek szaporodását fogja eredményezni.

A következő táblázat egyes államok halálozási statisztikáinak adatait tartalmazza 100.000 lakosra vonatkoztatva. Ezen adatokat *Vargha Gy.* ministeri tanácsos úrnak a magyar rákstatisztikához írt előszavából veszem át.

Állam	A kiszámítás éve	Arányszám	A kiszámítás éve	Arányszám
Angolország --- --- ---	1883	53	1903	85
Norvégia --- --- --- ---	1883	50	1903	93
Ausztria --- --- --- ---	1883	44	1902	74
Hollandia --- --- --- ---	1883	58	1903	99
Svájcz --- --- --- --- ---	1883	102	1903	131
Németország --- --- ---	1893	59	1903	73
Olaszország --- --- ---	1888	42	1903	54
Magyarország --- ---	1898	29	1903	39

Ez a táblázat magában véve mindenesetre a mellett szól, hogy a rákos betegség minden országban nagyon erősen terjed.

Itt azonban ismételten figyelmeztetnem kell arra, hogy számos országban a halottkémlést laikusok, sokban az ú. n. halottas asszonyok végzik, a mire *Radestock* a szász rákhalálozásban felhívja a figyelmünket és hogy a vidéken, a hol sok ember orvosi gyógykezelés nélkül hal meg, a diagnosis és így a halálozási statisztika alapja megbízhatatlan. A mily mértékben váltják fel orvosok ezen laikusokat, ugyanolyan mértékben lesz a diagnosis megállapítása szabatosabb és az öregkori gyengeség helyét sok esetben a „rákdiagnosis“ fogja elfoglalni.

Ehhez járul még, hogy a kórházakba mindig többen vétetnek fel, hogy orvosok és laikusok fokozott figyelemmel kisérik a rákot, hogy a belső szervek rákjának felismerésében mindinkább előrehaladunk, hogy a klinikákon és kórházakban folyton szaporodó bonczolások révén a bizonytalan esetek megerősítést nyernek. *Körber E.* mondja, hogy a hamburgi rákkutatás eredményei szerint ott az 1900—1908. évek alatt a rákhalálozás arányszáma, 100.000 lakosra vonatkoztatva, 10·1-ről 11·0-re emelkedett, a mi az összes haláleseteket véve, a rákhalálozásnak 5·8%-ról 7·28%-ra való emelkedését jelentené. *Körber* ebből a rákbetegségnek egészen lassú terjedésére következtet, de ez a terjedés a fentemlített körülményeknek bár egészen lassú, de állandó befolyására is visszavezethető volna.

Megállapítható tehát, hogy a rákos betegeknek statisztikailag kimutatott száma szintén növekszik, sőt számos ok szól a mellett, hogy a rákbetegségnek ezen statisztikai szaporodása csakis annak a következménye, hogy a rákbetegséget mostan nagyobb figyelemre méltatjuk és hogy ezen a téren úgy a tudományos, mint a társadalmi haladás állandó.

7. *A sebészi gyógykezelés hatása a rákstatisztikára.* Az 1904. évi magyar rákstatisztika, mely a magyar kiadással egyidejűleg németül és franciául is megjelent, statisztikai szempontból rendkivül érdekes eredményt tüntet fel. 3570 rákos beteg iratott össze, míg a hasonló módon feldolgozott 1901—04. évi halálozási statisztika ezen 4 év alatt 26.912 rákhalálozást tüntetett fel. A két statisztika adatainak összehasonlításából kiderült, hogy a rákban elhaltak száma az összeirottak számát az egyes szervekre nézve különböző arányban mulja fölül. Igy a májra, gyomorra, vesére nézve 31—49-szer, a gégére, nyelőcsőre, bélre nézve 12—16-szor, a méhre, a szájra nézve 5—6-szor, míg az emlőmirigyrákra 1·8-szer és a bőrrákra nézve csak 1·5-szer; az ajakráknál pedig megfordított viszony áll fenn, a mennyiben 454 összeirottra csak 207 halott esik, azaz a 4 év alatt ajakrákban elhaltak száma 2·1-szer kevesebb mint az 1904 október 15.-én összeirottaké.

Az emlőrákról tudott dolog, hogy nagyon gyakran okoz áttételeket a belső szervekben. Meg vagyok győződve róla, hogy azoknak egy része, kik a mi statisztikánk szerint májvagy csontrákban haltak el, elsődlegesen emlőrákban betegedtek meg. De a bőrrákok, különösen a fejen, továbbá az ajakrákok belső szervekben csak ritkán okoznak áttételeket. Helybeli, mélyreható pusztítások, a környéki nyirokcsomókra való reáterjedés, elgenyedés stb. által ölik meg a beteget. A saját 4 éves halálozási statisztikánkban 207 ajakrákban elhalt mellett még 94 nyak-nyirokmirigyrák és 125 alsó állkapocsrák is szerepel. A nyak-nyirokmirigyek rákja közül bizonyára csak egy csekély töredék elsődleges rák, míg a legtöbb valószínűleg a fejbőr, az ajak, a nyelv stb. rákjának áttételi gócza volt. Épp így a 125 alsó állkapocsrákot az ajak, nyelv, gyomor stb. rákjának az alsó állkapocsra való helybeli továterjedésének kell tartanunk. De még ha valamennyit is úgy tekintjük, mint ajakrákok áttételét és az ajakrákok számával összesítjük, akkor sem érik el (426 lévén) az 1904 október 15.-én összeirott (454) ajakrákok számát.

Feltünő jelenség, hogy ez a csekély különbség az összeirottak és a halálozási statisztika száma között, továbbá a halálozási statisztika alacsony száma az élők magas számához képest az arcz bőrének rákjainál, továbbá az ajak- és emlőráknál, tehát éppen azon rákoknál fordul elő, melyek legkönnyebben ismerhetők fel és a leggyakrabban és a legjobb eredménynyel operáltatnak. Sebészi tevékenységünk az utóbbi években a nyirokutak és nyirokcsomók anatomiájára vonatkozó újabb vivmányok kiaknázása következtében és műtéti technikánk tökéletesedése folytán éppen ezen rákalakoknál jelentékenyen eredményesebbé vált. A vezetésem alatt álló egyetemi klinika rákanyagában (l. *Steiner P.* jelentését erről a Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1906, LXXXII. kötetének 4—6. füzetében) 3 évi kiújulás-mentességet gyógyulásnak tekintve, az arcz bőrrákjainál 38·4%, az emlőráknál 43·7%, az ajakráknál 70·45% gyógyulást értünk el. Azt hiszem, hogy azon sebészek eredményei, a kik a gyökeres rákműtétek technikáját gyakorolják, nem maradnak mögötte a mi eredményeinknek.

Minthogy a 4 éves halálozási statisztika számai a gyüjtőkutatás számait a többi szervre nézve oly rengeteg módon meghaladják és minthogy tudjuk, hogy a rák csak kivételesen ritkán gyógyul meg magától, úgy látszik, mintha az a körülmény, hogy a bőr és emlő rákjaira vonatkozólag a halálozási statisztika számai oly kevéssel haladják meg a gyüjtőkutatás számait, sőt az ajakrákra nézve fordított viszony áll fenn, tehát a halálozási statisztika ezen alacsony számai máris a modern sebészi gyógyítás eredményeinek hű tükrét adnák.

Ennek a következtetésnek azonban csak akkor volna meg a teljes jogosultsága, ha más rákstatisztika is hasonló eredményt tüntetne fel. A német 1900. évi rákstatisz-

tika csak az október 15.-i gyüjtőkutatás anyagára szorítkozik. A német szövetséges államok halálozási statisztikájának anyaga az egyes szervek rákjára vonatkozólag, tudtommal eddig még nincsen feldolgozva. Mivel pedig a magyar rákstatisztika fenti eredménye, ha a többi állam rákstatisztikáiban is ismétlődik, úgy gyakorlati, mint tudományos jelentőségű volna és mivel a rákbetegség halálozási statisztikájának feldolgozása a gyüjtőkutatás eredményeit kiegészíti és bizonyos mértékben ellenőrzi, azt hiszem, hogy ebből a szempontból fontos volna, ha összejövetelünknek sikerülne egységes tervezetet kidolgozni, a mely szerint az összes államok rákhalálozási statisztikája évenként közzéteendő volna.

A mint ezen referatumom kidolgozásakor éppen látom, *Weinberg* és *Gastpar* szerint a stuttgarti statisztikában feltűnt, hogy a nőknek újképletek, úgymint emlő- és méhrák következtében való halálozása némiképpen csökkent és a szerzők felvetik a kérdést, hogy vajjon a műtétek szaporodása okozza-e, hogy a halálozási statisztika az emlőráknál körülbelül 13 és a méhráknál 20% csökkenést tüntet fel.

Az emlőrákot illetőleg erre a kérdésre mindenesetre igennel felelhetünk. Azáltal, hogy a gyanus mirigyeket és izmokat fokozottabb alapossággal távolítjuk el, a tartós gyógyulás prognosisa jelentékenyen megjavult. Az ajakrákok, a fej, az arcz és többi testrész bőrének rákjai következtében beállott halálozások számottevő csökkenése *Weinberg* és *Gastpar* statisztikájában még nem jut kifejezésre. A magyarban ez egész határozottsággal érvényre jut és minél nagyobb lépésekkel haladunk előre a rákbetegség kezelésében, annál inkább fog ez kiviláglani az összes országok jövendőbeli statisztikáiból is.

8. A kor. Első pillanatra azt lehetne hinni, hogy a gyüjtőkutatások adataiból vagy a halálozási statisztikákból könnyen megállapítható az a kor, a melyben az emberi szervezet leggyakrabban esik a rák áldozatául. Azonban az abszolut számoknak oszlopokba való sorakoztatása és a minden egyes korra vonatkozó százalékok kiszámítása tévedésekhez vezet. Hogy helyes adatokat kapjunk, ki kell számítanunk a lakosság korbeli megoszlását minden egyes korosztályra vonatkozólag és az illető korosztályban lévő 100.000 élő egyénre vonatkozólag, azután a rákos betegek absolut számát.

A fenti hibás számításból azt következtették, hogy a rákbetegség a magasabb korban ritkábbá válik, mert az előrehaladott kor kevésbé hajlamosít a rákra. Holott az újabb statisztikák azt mutatják, hogy a rákbetegségre való hajlamosság a legmagasabb korig folytonosan növekedik.

Angliában egy millió lakosra jutott:

Nem	0—5 év	5—10	10—15	15—20	20—25	25—35	35—45	45—55	55—65	65—75 és több
férfi	32	18	18	32	49	98	386	1282	3050	5436
nő	26	12	12	25	39	180	918	2328	4045	6135

Az 1901—1905. évi franczia halálozási statisztika is ezen felvétel mellett szól, a mennyiben a halálesetek összességének több mint a fele a 60. éven fölüli korosztályra esik és a bajor rákstatisztika eredményei *Kolb K.*-t arra a következtetésre juttatják, hogy az angol bizottság ama kijelentésével, mely szerint „a rák a 70 éves korban tízszer gyakoribb mint a 30 éves korban", a hajlamosságnak a korral való folytonos növekedése még nem jut teljesen kifejezésre. A bajor statisztika szerint ugyanis 30—50-szer nagyobb. Csak a legmagasabb, a 70—75 éven fölüli életkorra nézve lehetséges, hogy a hajlamosság — különösen a férfiaknál — valamivel csökken. E mellett szól az angol és a porosz statisztika. Ezen kivétel, valamint az a körülmény, hogy magasabb korban az uterus és ovarium megbetegedése csökken, azt bizonyítja, hogy a rákbetegség nem lehet egyszerűen az öregség következménye, mert akkor az volna várható, hogy kivétel nélkül, mindig a korral gyakoribbá válnék.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kir. magy. tudományegyetem I. számú bonczolástani intézetéből. (Igazg.: Lenhossék Mihály dr., egyetemi nyilv. r. tanár.)

Az orrüreg felső szakaszának nyirokpályáiról és azok viszonyáról az agykörüli nyirokürökhöz.*

Irta: *Zwilinger Hugó* dr.

Szándékom a következőkben az orrüreg felső szakaszának nyirokpályáit és azok viszonyát az agykörüli nyirokürökhöz saját, emberen végzett vizsgálataim alapján leírni. Vizsgálataimmal azt a czélt követtem, hogy megállapítsam azon összeköttetéseket, melyek a központi idegrendszer nyiroküregei és az orrnyálkahártya nyirokpályái között állanak fenn az emberen és felderítsem azon út egyik részét, melyen át az orrüreg nevezett részében végrehajtott operativ beavatkozások folytán meningealis szövődmények keletkezhetnek. Ezen nyirokpályák pontos ismerete a nevezett beavatkozások eredményeinek biztosítása szempontjából épp oly fontos, mint ez utóbbiak helyes végrehajtása és a postoperativ cautelák megfelelő módon való alkalmazása. Azon discussio folyamán, mely az 1909-ben megtartott nemzetközi orvosi congressus orr- és gégegyógyászati szakosztálya V. ülésén „Az orrmelléküregek megbetegedéseinek intracranialis és cerebralis complicatióiról" és „Az orrmelléküregek genyedéseinek kezeléséről" czímű referatumaihoz, melyek közül az előbbit *Ónodi*, az utóbbit *Hajek* tartotta, csatlakozott, azt mondotta *Killian*, midőn az idült melléküreggenyedések radicalis műtéteinek rossz kimeneteléről, azokat követő halálesetekről nyilatkozott, hogy az esetek egyik részében már a beavatkozás előtt intracranialis processusok voltak folyamatban, melyek semmiféle, vagy csekély, nem eléggé értékelt tüneteket okoztak; a halálesetek egy része azonban, daczára a minden kétséget kizáróan kifogástalanul végrehajtott operatiónak, ez utóbbi által lett okozva; ez esetekben behatóbb klinikai megfigyelés, tapasztalat és pontos bonczolásleletek kell, hogy magyarázatot nyujtsanak. *Killian* óva int az orrnyálkahártya azon részének eltávolításától, melyben az olfactoriusrostok elágazódnak, mivel ezek a subarachnoidealis ürrel közvetlenül összefüggő nyirokpályák által vannak körülvéve; ha ezen pályákba pathogen csírák kerülnek, akkor a gyorsan ölő meningitis keletkezése majdnem bizonyos, itt a gyors beavatkozás is rendesen elkésik. A *Marschik* által leirt esetben is túlnagy része lett eltávolítva a veszélyes nyálkahártyának. Hasonló esetet figyelt meg *Killian*: a bonczoláskor egy idegrost mentén genysávot lehetett látni, a mint azt a cavum craniiba követte. Egy nemrégen közölt előadásában azt mondja *Killian* ezen esetekre nézve: „Nem kiméltek a fila olfactoriát, ami okvetlen szükséges, mert az olfactoriusrostok nyirokburkok által vannak körülvéve, melyek a subduralis üreggel közvetlenül összefüggnek: a rendesen virulens geny könnyen fertőzi a megnyitott burkokat, genyes agyhártyalob gyorsan fejlődik".

Az orrnyálkahártya nyirokpályáit tekintve, azt találja *Paul Bartels*, *Most*-hoz hasonlóan, kit idéz, hogy ezek az alsó és középső orrkagylón és az orrüreg padlóján sűrű fonatokban, a sövényen és a felső orrkagyló táján, továbbá a rostacsont vidékén finomabb fonatokban erednek. Törzsekké egyesülnek, melyek részben előre, az arcz nyirokmirigyeihez, részben hátra, a torok mirigyeihez vezetnek. Az orr melléküregeinek nyirokpályái még kevésbé ismeretesek, részben a vizsgálat azon technikai nehézségei miatt, melyek felnőttön fennállanak, továbbá azért, mert újszülöttön ezen üregek kevéssé fejlettek még. *Most* a sinus frontal. vidékéről a lymphogland. retropharyng. lateral., néha más mirigyek injectióját érte el. *Schweitzer* vizsgálatai a sinus maxillaris nyirokereire vonatkoznak. Megemlítendők még *Grünwald* és *Marc André* vizsgálatai, továbbá *Falcone-éi*, ki a sinus front. nyirokpályáinak összefüggéséről a pericerebralis üregekkel beszél.

Ezen az agyat körülvevő üregek a subduralis, a sub-

* Előadatott a Berlinben 1911-ben megtartott III. nemzetközi laryngo-rhinologiai congressuson.

arachnoidealis, az interpialis és az epiduralis üreg. A subarachnoidealis üreg összefügg az agy kamaráival, a subduralis üreg a subarachnoidealis üregtől és az alsó pályáktól el van választva, csak peripheriáján függ velük össze, mivel más lefolyásai vannak.

Klinikai tapasztalatok tették valószínűvé azt, hogy az orr és talán a torok és ezen üregek között bizonyos viszonylatok állanak fenn. *Schwalbe* elvitázhatlan érdeme, hogy erre nézve mint első megteremtette a bonczolástani bizonyítékot, a mennyiben sikerült neki 1869-ben állaton a subduralis üregből az orrnyálkahártya nyirokpályáit injiciálni. *Key* és *Retzius* házinyúlon és kutyán a subduralis ür injiciálása következtében az orrnyálkahártya nyirokereit látta megtelni; hosszúra nyujtott, többé-kevésbé párhuzamos, egyenes, egészben véve azonban a lamina cribrosából sugárszerűen kiinduló hengeralakú injiciált tubusok voltak jelen, a nervus olfactorius rostjai; ezen idegrostoknak a lamina cribrosán át burokszerű injectiója jött létre, peripheriás idegágak perineuralis injectiója keletkezett. Ezen kisérletek folyamán az injectiónak egy másik neme is volt megfigyelhető: finomabb, különböző irányban lefutó és különféle módon anastomozáló menetek hálója lett láthatóvá. Ezen háló, mely a lamina cribrosa közelében jelent meg és belőle kisugárzott, kisebb és nagyobb, a rostokkal párhuzamos szemek alakjában átszövi a nyálkahártyát; ezen szemek, melyekben egyes helyeken góczpontok láthatók, keresztezik néhol a rostokat. Ezen háló gyakran mélyen belenyúlt a membrana olfactoriába és az orrnyálkahártya egyéb részeibe is. A háló alakja magában véve már bizonyossá tette azt, hogy a nyirokérrendszerhez tartozik, de lehetséges volna, hogy a gyüjtőérrendszerrel függ össze. Bizonyításul a vérérrendszer lett injiciálva, s *Key* és *Retzius* ezáltal bizonyságát nyerték annak, hogy a subduralis ürből injiciált erek a vérerektől tökéletesen függetlenek és hogy ezek a torok felé lefutó törzsekben egyesülnek, melyek a garat igazi nyirokmirigyeiben találkoznak. Hogy a subarachnoidealis ürből való injectio a lamina cribrosán át történik, az nyilvánvaló, még pedig az idegrostok perineuralis injectiója közvetítésével, vagy függetlenül ettől, különálló befolyás által, vagy mindkét módon.

Gyakran az injectio mindkét módjával találkoztak, sohasem látták azt, hogy a háló az idegburkokból indult volna ki. Hogy ezen nyirokpályák függetlenül a perineuralis injectiótól megtölthetők, be van bizonyítva azáltal, hogy bőven megtölthetők a perineuralis burkok injectiója nélkül, épp úgy, mint a hogy ezek a nyirokpályák megtöltése nélkül injiciálhatók. Eme nyirokpályák tehát kell hogy független összeköttetésben álljanak a serosus üregekkel. A lamina cribrosa vizsgálatakor azt látta *Key* és *Retzius*, hogy az idegcsatornákon kívül más csatornák is vannak jelen, melyekbe az agyhártyák vékony nyúlványokat küldenek. Felvehető volt tehát, hogy épp ezen helyek azok, melyek a subarachnoidealis folyadék lefolyásának útjait alkotják az orrnyálkahártya nyirokpályái felé. Kis csatornácskákat ír le *Key* és *Retzius*, melyek a nyirokerekkel direct összeköttetésben, ezek útján megtölthetők; látható volt, hogy az injiciált folyadék a felhámban létező csatornácskák útján egészen a felszínig terjed. Azon tény lett nyilvánvalóvá, hogy a subarachnoidealis üregből végzett injectio által a szaglónyálkahártya nyirokpályáinak közvetítésével ennek nedvpályái töltetnek meg és hogy ezeken keresztül a felhámban létező külön csatornákon át történik a lefolyás a felszínre.

Nyílt összeköttetése van tehát a központi idegrendszer subarachnoidealis üregeinek a külvilággal. Az injectio és eredményei a subduralis és a subarachnoidealis ürből egyformák.

Emberen *Key* és *Retzius* kisérletei sohasem eredményezték a nevezett nyirokpályák megtelődését, csak néha a perineuralis idegburkok tökéletlen injiciálását. *Key* és *Retzius* kisérleteinek eredményeit, melyek állatra vonatkoznak, úgy methodikájuk, mint végkövetkeztetéseik tekintetében, melyek ezen nyirokpályák összeköttetéseit illetik, saját, az emberen végzett kisérleteim részére is alapvetőknek tekintem. Összeköttetésében az orrnyálkahártyával talált még *Michel Flatau, Fischer F.* és *Marc André*.

A szaglóideg rostjainak eloszlása tekintetében *Kallius* adatai oda irányulnak, hogy a regio olfactoria az orr gerinczétől számítva 8—10 mm.-nyire lefelé terjed, úgy hogy a felső kagyló alsó szélét nem éri el; a középső kagyló tája egészen mentes szaglónyálkahártyától, ez utóbbi 1—4 mm.-nyire nyúlik hátrafelé az ikcsont elülső szélétől. Felnőttnél eme regiónak soha sincsenek egyenes határai, a mennyiben félszigetalakú nyúlványok terjednek le a respirationalis nyálkahártyába és szaglónyálkahártyából álló izolált szigetek észlelhetők a respirationalis nyálkahártya sok helyén, épp úgy, mint a respirationalis nyálkahártyából álló szigetek a szaglónyálkahártyában. A regio olfactoria terjedelmét illetve, nem egybehangzók a szerzők adatai: némely boncztani kézikönyvben még azon adattal találkozunk, hogy a szaglónyálkahártya a középső kagylóig terjed le; *Kallius*-on kivül már *Schultze* is azt találja, hogy az olfactorius-rostok nem érik el a felső kagyló alsó szélét és hogy az orrsövényen is csak ezen magasságig terjednek. *Brunn* pontos vizsgálatai alapján kimutatta, hogy a regio olfactoria a felső kagyló középső részére és ennek megfelelően az orrsövény átellenben fekvő szakaszára szorítkozik, hátulsó széle az orrüreg hátulsó falától, melylyel párhuzamosan fut, 5 mm.-nyire marad távol, elülső falától pedig 10 mm.-nyire, alsó és elülső széle meglehetősen szabálytalan, csillóhámból álló számos sáv és folt látható elszórva a szaglóhám kellő közepén. Hasonlók voltak a viszonyok egy másik, ugyanezen szerző által vizsgált esetben, ki megjegyzi, hogy az egyéni ingadozások gyakoriak.

Az orrnyálkahártya nyirokpályáinak megtöltése a subarachnoidealis ürből frissen leölt házinyúlon és kutyán jól sikerül, úgy hogy nemcsak az olfactoriusrostok perineuralis burkai telődnek meg, hanem oly nyirokérhálózatok is, melyek magában a nyálkahártyában húzódnak el és a perineuralis burkoktól teljesen függetlenek; ezek tehát, mint azt *Key* és *Retzius* megállapította, egészen önállóan függnek össze a subarachnoidealis üreggel.

Igen nevezetes a szintén már említett, ezen búvárok által megfigyelt tény, hogy az injectiós anyag a felhámon keresztül annak felületére kerül oly kis csatornácskák közvetítésével, melyek subepithelialisan nedvcsatornahálózatot alkotnak. Ezen hálózat újabb leírója, *Schiefferdecker*, *Key* és *Retzius* ellenében azt mondja, hogy nem bizonyos az, hogy ezen háló a nyirokpályákkal nyilt összeköttetésben van, sőt ez szerinte valószínűtlen, mert ezen csatornácskák külön megtöltése eddig nem sikerült.

A szaglónyálkahártya nyirokérrendszere, mely a felhámon keresztül hatol, nagyban különbözik a respirationalis nyálkahártya említett nedvpályarendszerétől. Idézett munkájában az orrnyálkahártya nyirokpályáinak összefüggését a perimeningealis nyirokűregekkel tárgyalva, azt írja *Marc André*, hogy *Key* és *Retzius* vizsgálatai eredményeinek közlése óta az anatomusok, kik ezen kérdéssel foglalkoztak, avval elégedtek meg, hogy ezen búvárok eredményeit ismételték. A központi idegrendszer nyirokűreinek összefüggése az általános nyirokrendszerrel anatomiai szempontból oly rendkivüli dolog, hogy indíttatva érezte magát arra, hogy *Key* és *Retzius* vizsgálatait új módszer segítségével ismét felvegye, a mennyiben a *Richardson*-féle kék festék helyett, melyet ezen autorok használtak, a sokkal áthatolóbb *Gerota*-féle masszával dolgozott; az injectiókat rendesen egy fönt elzárt, lent csővel ellátott, egyszerű tartály segítségével eszközölte úgy, hogy a cső végén alkalmazott fémcanul szolgált az injectióra; a lefolyás megakasztására nyomót alkalmazott. A tartály elővigyázatosan másfél méter magasságig emeltetett, így vált lehetségessé az, hogy a fecskendők használatánál elkerülhetetlen beszakadások elkerültessenek. Frissen leölt állaton, nyúlon és kutyán könnyen sikerül a nyirokerek injectiója, ha a meningealis injectio a nervi olfactorii közvetlen közelében eszközöltetik, a mikor a föltételek a legkedvezőbbek. A trepanatiót nem szabad pontosan a középvonalban eszközölni, hanem oly közel hozzá, a mennyire csak lehetséges, úgy hogy közvetlenül az elülső

koponyaárok alapján lehessen behatolni; az injectiós massa a homloklebeny elülső részét felemeli és azt a lamina cribrosától eltávolítván, hozzáférhetőbbé teszi. Házinyúlon az injiciált háló az orrsövény majdnem egész felületét és a lateralis fal egy részét foglalja el, kutyán az injiciált rész terjedelme csekélyebb, az injectio maga nehezebben kivihető. Mint már *Key* és *Retzius* látta, ezen háló közvetlenül megtölthető és nem a szaglóidegrostok közvetítésével, a szaglóidegrostok directe injiciálhatók a nélkül, hogy ezen háló megtelne és ezen háló megtölthető a nélkül, hogy a rostok megjelennének. Végre lehetséges a nyomás fokozásával meningealis úton vagy közvetlen injiciálása által a rostoknak e hálót feltüntetni. Ezen esetekben a falak beszakadása által keletkezett műtermékekről van szó. Bebizonyítottnak tekinthető tehát, hogy a perimeningealis nyirokürök összeköttetése egyrészt az orrnyálkahártya nyirokpályáival, másrészt különálló utak közvetítésével történik és hogy a perineuralis nyirokürök a nyálkahártya nyirokérhálózatától teljen függetlenek.

Szövettani vizsgálattal ki volt mutatható, hogy itt az injiciált nyirokutak teljesen zárt rendszert alkotnak. *Key* és *Retzius*-nak nem sikerült emberen ezen nyirokérrendszert injiciálni; négy emberen, kiknek kora 1—4 hónap között változott, *André*-nek sikerült subarachnoidealis injectio útján ezen rendszert feltüntetni.

A kérdéses háló lymphás természete iránt a legcsekélyebb kétség sem maradhatott meg; histologiai vizsgálat bizonyítja, hogy az a nyirokerek minden tulajdonával bír. Ellenpróbául a juxtaponált vérerek természetes vagy mesterséges injectiója szolgál, mely azután minden kétséget kizár. Azonos korú egyénekben beszúrás által végzett injectio mutatja a meningealis injectio által feltüntetett azonos hálót. Az orrsövény nyálkahártyájának injiciált darabjai mikroskop alatt vizsgálva, a *Gerota*-féle anyaggal megtöltött nyirokérrendszer számos felületesen fekvő szemét mutatják, ezen szemek egyenetlen kaliberűek, a mennyiben egyes helyeken tágultak, kis ampullákkal birnak; a kis csatornácskákon szabálytalanul elosztva kis kinövések láthatók; azon helyeken, melyeken a kanálisok összeérnek, kis tágult helyek, nodositasok észlelhetők. A legnagyobb csatornák valamivel mélyebben fekszenek, általában azonban még a tágabb, hosszabb és egyenletesebb szemekkel biró capillaris vérérhálózat fölött. Látható, hogy a nyirokérhálózat a szaglóideg rostjai fölött oszlik el; ha függőleges metszeten hasonlítjuk össze ezen adatokat, megerősítve találjuk ezeket. Közvetlenül a felhám alatt nyirokerek keresztmetszetei láthatók, mélyebben nagyobb nyirokcsatornák metszetei, ugyane szinben vagy mélyebben capillarisok keresztmetszetei, végre egy szaglóidegátmetszet szintjében annak kékkel megfestett egyik rostját lehet látni és az ezt fedő nyálkahártya igen kicsiny részében keresztmetszetét egynéhány nyirokérnek, ugyanazoknak, melyek a rostot hosszmetszetében keresztezik.

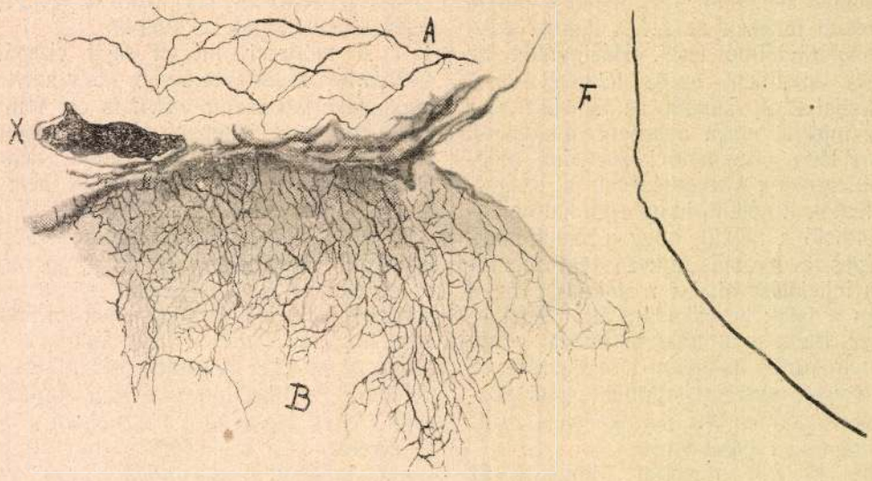
Az állaton és emberen végzett kisérletek eredményeinek összehasonlítása nagy érdekkel bir, mert megállapítható, hogy az injiciált nyirokutak kizárólag, vagy majdnem kizárólag a szagló-sphaerában oszlanak el. Ezen naso-meningealis összeköttetések hasonlóak azokhoz, melyek a pericerebralis ürök és a periocularis és perilabyrinthusos üregek között fennállanak. Ezek után bebizonyítottnak tekinthető a meningealis úton injiciált nyirokutak függetlensége a respirationalis nyálkahártya nyirokérhálózatától. A perimeningealisan injiciálható térfogat nagyobb az állatban, mely nagyobb szaglósphaerával bir mint az ember. Ezen hálózat kisebbedése haladó a korral, hasonlóan a szaglómező csökkenéséhez. *Most* legújabb, a fej és nyak nyirokér-hálózatát tárgyaló munkájában az orrüreg nyirokutairól értekezvén, az orrüreg nyálkahártyáját bőségesebb nyirokércapillarisokkal találja ellátottnak, melyek leginkább az alsó kagylón és a choanalis részen sűrűek, a sövény és fölfelé a rostacsont táján finomabbak. Az orrnyálkahártya regio olfactoriájában a nyirokutakon kívül a szaglóideg nyirokburkai léteznek még. Vannak ezenkívül még nyirokutak, melyek az olfactorius burkaitól függetlenül, az arachnoidealis ürből injiciálhatók és a regio olfactoriában ágaznak el. Ily módon tehát az agynak bizonyos összefüggése az orrüreg belsejével fennállónak tekintendő.

A módszer, melyet saját vizsgálataimkor használtam, *Gerota* ismert módszere volt, mely a nyirokutak injectióját, ezen utak gyakorlati szempontból is oly fontos érzékelhetőséget oly tökélyben teszi lehetővé. Ezen módszer abban áll, hogy egy terpentinben és aetherben oldott, vízben és alkoholban nem oldható anyag, mely a szövetekbe nem szívódik, csekély nyomással injiciáltatik a nyirokerekbe.

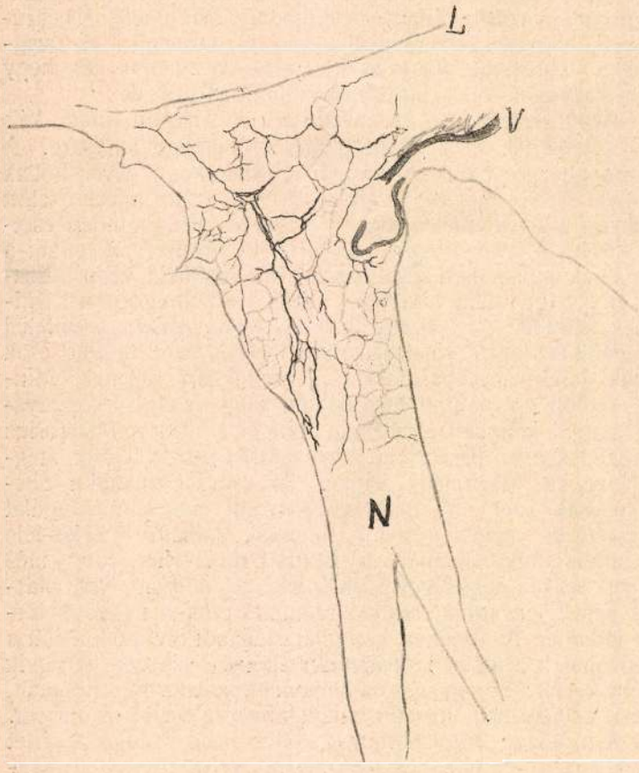
A *Gerota* ajánlotta festékek közül, mint czéljainknak leginkább megfelelőt, az ú. n. porosz-kéket választottam; az oldatot az utasítás szerint készítettem el, a szarvasbőrön keresztül való szűrésre figyelmet fordítva; igen fontos vigyázni arra, hogy az aether ne párologjon el, ha az oldat besűrűsödik, a mi csak hosszabb idő mulva történik, aether utána töltendő. Az injectióhoz a *Paul Altmann*-nál Berlinben kapható eredeti fecskendőt használtam, mely megfelelő módon felszerelve és a szükséges számú üvegből készült, egész vékonyra kihúzott üvegkanüllel ellátva kerül forgalomba, a mi a munkát nagyon megkönnyíti. Az *André* ajánlotta módját az injectiónak, mely egyszerű tartály segítségével úgy történik, hogy a tartályon megerősített draincsőre alkalmazott fémből készült kanül segítségével szúrunk be, s azután a tartályt lassan emeljük, szintén alkalmaztam; a nyomás ily módon jól szabályozható, a vékony érfalak beszakadása elkerülhető. A beszúrás kell, hogy magába a nyálkahártyába történjék; ha üvegkanüllel dolgozunk, akkor az utat úgy készíthetjük elő, hogy előbb valamivel vastagabb fémkanüllel szúrunk be.

Azon esetben, ha az injectio sikerül, rögtön finom kék háló keletkezik; ha a nyomás túlerős, suffusio jön létre. A legjobb anyagot fiatal, sovány, friss állapotban lévő hullák alkotják. Azon ajánlatot, hogy a készítmény az injectio előtt bizonyos időn át meleg vízben tartassék, nem minden esetben követtem. *Pólya* azon adata, hogy konzervált hullák a nyirokerek injectiójára alkalmasak, megerősíthető, azon hozzáadással, hogy nem szabad, sokáig alkoholgőzöknek kitettnek lenniök. Az injectio kivihetőségére nézve tekintettel kell lennünk egyéni sajátosságokra melyek nem mindig csak a nyirokerek kevésbé-többé tág voltukban rejlenek. Minden esetben oly módon trepanáltam, hogy az elülső koponyaárok alapját könnyen elérhettem, ezután a nervus olfactorius szomszédságában beszúrtam, a beszúrást egyszer-kétszer megismételve, a készítmény ezután 24 órára formalinba tétetett és csak ezen idő után vizsgáltatott meg. A vizsgálat *Pólya* szerint nem egyszerű lupe-val, hanem a Zeiss-féle binocularis mikroskoppal, a Braus-Drüner-féle, vagy más hasonló eszköz segítségével történjék; ily módon éles, plastikus képeket nyerünk, szabad szemmel csak a nagyobb törzsök láthatók. A koponya vizsgálat czéljából oly módon lett a középvonal közelében szétválasztva, hogy a sövény az egyik oldalra került; ez nem csak a subarachnoidealis injectio után, hanem a közvetlen injectio megkönnyítése végett is történt.

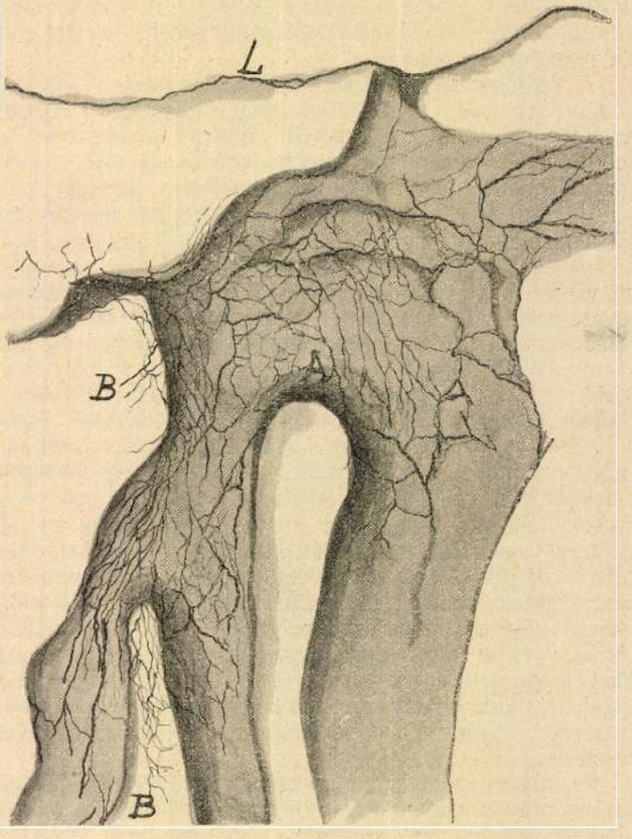
A módszer begyakorlása, állaton való számos kisérlet után sikerült, két hónapos gyermeken, az orrsövény nyálkahártyájában a subarachonidealis ürből egy hálózatot megtölteni, melynek főbb, tágabb kaliberű csatornái részben függőleges irányban lefutva, finom szemekből álló hálót alkotnak, mely szemek szabálytalanul néhol tágabbak, néhol pedig szűkebbek. Azon helyek, a hol a finom csatornák egymással összekötvék, kissé megvastagodottnak látszanak. A megtöltött hálózat az orrsövény legfelsőbb negyedét fedi. Az I. ábrán *x*-nél a beszúrás helye látható, *A*-nál a meningealis nyirokpályák egy része, *B*-nél a leirt hálózat, mely a lamina cribrosán át megtöltöttnek látszik, és mint azt *André* bebizonyította, a respirationalis nyálkahártya nyirokérhálózatától független, ennek útján nehezen, vagy sehogysem tölthető meg és más nyirokmirigyekbe szájadzik. Egy a subarachnoidealis ürből közvetlenül megtölthető nyirokérhálózatáról az orrsövény-nyálkahártyának van tehát itt dolgunk. Ezen hálózat természetét illetően, megtölthetésének módja nem enged kétséget, elegendő a szövettani bizonyíték, a vérerek megtöltése e czélból szükségtelen. Egy másik, hároméves gyermektől szár-



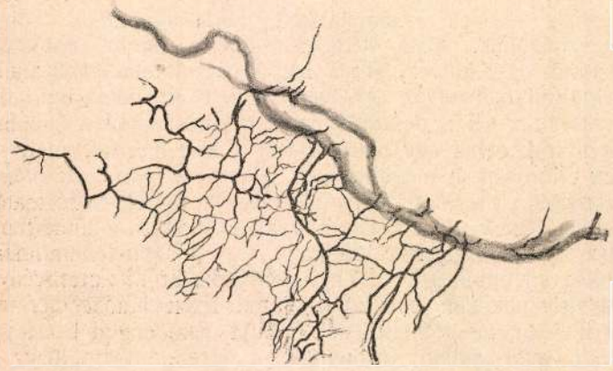
1. ábra.



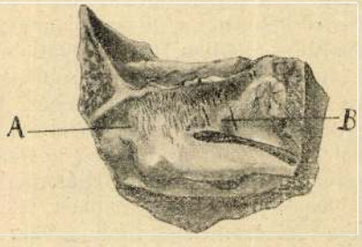
2. ábra.



3. ábra.



4. ábra.



5. ábra.

mazó készítményen egy olfactiariusrost perineuralis burkán látható injiciáltan a nyirokérhálózat.

Az injectio ez esetben is a subarachnoidealis ürből történt. A 2. ábrán látható *N*-nél az elágazó szaglóidegrost, a mint *L*-nél a lamina cribrosán keresztül halad; a nevezett nyirokutak részben jól meg vannak töltve. A subarachnoidealis ürből történő megtöltése a szaglóidegrostok perineuralis nyirokutainak analog bizonyítéka az orrüregnyálkahártya felső szakasza nyirokpályái közvetlen összefüggésének a praemeningealis nyirokürökkel, mint az orrsövény leirt nyirokhálózatának összefüggése a nevezett üregekkel. Az orrsövényen látható finom nyirokérhálózathoz egészen hasonló hálózat fedi a lateralis fal legfelsőbb részét is. Mint a 2. ábrából kitűnik, melynek készítménye e helyről való, a hálózat viszonya a szaglóidegrostokhoz olyan, hogy az utóbbiaknak burkait finom ágaival fedve a mélybe hatol és az egész nyálkahártyán áthalad. A 3. ábrán erősebb nagyításnál láthatók az e helyen elágazó idegrostok és az ezeket fedő és közöttük elhaladó finom nyirokérhálózat. Ezen készítmény egy éves gyermektől származik és szintén a subarachnoidealis ürből van injiciálva. A 4. ábrán szintén a subarachnoidealis ürből megtöltött hálózata az orrsövény nyálkahártyájának látható, itt a törzsök vastagabbak, az elágazás kevésbé finom és kevésbé sűrű, mint az az első ábrán észlelhető, egy helyen a lamina cribrosán át való összefüggés különösen feltünő. A készítmény hároméves gyermektől származik és a septum legfelsőbb részének felel meg; nagyítás 12:1.

Vizsgálataimat lupéval és a *Greenew*-féle binocularis mikroskop segítségével végeztem, a rajzok a *Reichert*-féle rajzolókészülékkel készíttettek. A felhám elővigyázatos eltávolítása után jobban vált láthatóvá a felületes hálózat, mely alatt a szaglóidegrostok bukkantak elő; egy esetben még a csonthártya injiciált nyirokpályáit is lehetett látni. A leírt nyirokérhálózat közvetlenül a felhám alatt fekszik, finomabb erei felületesebben vannak, erre a vérerek capillaris hálója következik és alatta a szaglóidegrostok láthatók saját nyirokérhálózatukkal. Az 5. ábra végre újszülöttől származó készítményt mutat természetes nagyságban és direct injectióban; szabad szemmel is jól láthatók, a lamina cribrosán átlépő idegrostok között egyes helyeken jól injiciált nyirokerek; *B*-nél nagyobb suffundált hely.

Bonczolástanilag bebizonyíttatott tehát, hogy az orrüregnyálkahártya felső szakaszának nyirokérhálózata és a perimeningealis nyirokűregek között az emberben is van összefüggés, hogy a finom hálózat és a perineuralis burkok között összefüggés nincs, hogy a burkok injiciálhatók a nélkül, hogy a hálózat megjelenne, hogy a háló megtölthető, a nélkül, hogy a burkok láthatóvá válnának, továbbá, hogy a burkok direct injectiója a hálót nem tölti meg; ellenben egy esetemben, mely felnőtt egyént illetett, a tburkok injectiója után a hálózat kis részét megtöltöttnek, találtam, amit azonban minthogy az injectio fecskendő segítségével történt, túlságosan erős nyomás következtében keletkezett műterméknek tartok.

Mindezekből kitűnik, hogy a praeparálás és injiciálás leirt módszere segítségével sikerült négy esetben (egy újszülöttön, egy kéthónapos, egy egyéves és egy hároméves gyermeken) a subarachnoidealis ürből a nevezett nyirokutak megtöltése által az orrnyálkahártya nyirokérhálózatának összefüggését a központi idegrendszer nyirokűregeivel emberen is kimutatni. Ezen vizsgálataim alapján, melyeket a budapesti kir. tudományegyetem I. számú bonczolástani intézetében végeztem, a következő végeredményhez jutottam:

1. Az orrüreg felső szakasza nyirokutainak összefüggése a központi idegrendszer nyirokűregeivel az emberen bonczolástanilag bebizonyított tény.

2. Van egy felületes, a szaglóideg perineuralis nyirokutaitól független nyirokérhálózat az orrüreg felső szakaszában. Ezen hálózat, úgy a perineuralis nyirokutak összefüggése a perimeningealis nyirokürökkel megállapíttatott.

3. Azon utak, melyek közvetítésével postoperativ és egyébfajta meningealis és cerebralis szövődmények az orrüregből kiindulhatnak, a vérutakon kívül az orrüreg felső szakaszának nyirokutai, melyek a perimeningealis nyirokürökkel közvetlen összeköttetésben állanak.

Irodalom: Compte Rendu XVI. congrès internat. II. kötet, 61—62. lap. — Deutsche med. Wochenschr., 1911 április 20. — *Bartels:* Das Lymphgefäßsystem. Jena, 1909. — *Most:* Ueber den Lymphapparat von Nase und Rachen. Archiv f. Anatomie u. Physiologie, 1901. — *Falcone Rob.*: Comunicazioni lymphatiche dirette, tra le cavita periencephaliche e la mucosa del sino frontale. Nota prev. Tommasi 1907, anno II. No. 24. — *Axel Key und Gustav Retzius:* Studium in der Anatomie des Nervensystems und Bindegeweb. I. Hälfte, pag. 217. Stockholm, 1875. — *Schwalbe G.*: Arachnoidealraum. Med. Zentralblatt, 1869. — *Bardeleben*: Handbuch der Anatomie. Sinnesorgane. — *Kallius*: Geruchsorgan und Geschmackorgan. Jena, 1905. — *André*: Contribution à l'étude des lymphatiques du nez. Paris, Steinheil, 1905. — *Fischer F.*: Untersuchungen über die Lymphbahnen des Zentralnervensystems. Diss. Bonn. — *Michel S.*: Zur näheren Kenntnis der Blut- und Lymphbahnen der Dura mater cerebralis. Leipzig, 1872. — *Gerota*: Zur Technik der Lymphgefässinjection. Anat. Anzeiger, 1896. XII. pag. 216. — Magyar Orvosi Archivum, III. kötet, 270. old. — *Most*: Der Lymphgefässapparat des Kopfes und des Halses. Handbuch der speziellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege. Würzburg, Kurt Kabitzsch, 1911. I. kötet 270. old.

Közlés a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bakteriologiai intézetéből. (Igazgató-tanár: Preisz Hugó dr.)

Az infectio kapui a spirochaetás megbetegedésekben és a szervezet védekezése.

Irta: ***Gózony Lajos*** dr., tanársegéd.

(Vége.)

Arra a kérdésre, hogy mi okozza a spirochaeták elpusztulását, nem igen ad feleletet a kisérlet. A nyúlon észleltem, hogy a fonal nedvdúsabb, mint az egérben, másrészt úgy a galambban, mint a nyúlban azt találjuk, hogy a spirochaeták elpusztulásával egyidejűleg megjelennek az eosinophil leukocyták. Ugyanezt a cytologiai leletet kaptam tasakkisérletekben is, hol a fonal izgató hatását akartam kizárni, valamint ugyanezt a képet láttam, mikor üvegcapillarisban vittem galamb bőre alá a spirochaetákat és vizsgáltam a szervezet védekezését. A cytologiai lelet előidézésében részük van az idegen vörös vérsejteknek is, azonban tisztán egérvérsejttel itatott fonalra nem annyira az eosinophil sejtek, mint inkább az egymagvú sejtek jelennek meg és sohasem oly korán és oly nagy számmal, mint a spirochaetás fonalbevitel alkalmával.

Egyébként igyekeztem a vörös vérsejteket eltávolítani és tiszta spirochaetás anyaggal végezni a kisérletet. Ezt úgy véltem elérni, hogy az oxalattal felfogott és azután mosással ettől megszabadított egérvért 1‰ saponint tartalmazó NaCl-oldattal feloldottam, centrifugáltam. A centrifugatum ilyenkor tisztán spirochaetákból állott, a stroma a NaCl-oldatban nehezen centrifugálható. Az üledéket még egyszer NaCl-mal mostam, azután körülbelül négyszer annyi NaCl-mal emulgeáltam és a fonalakat beleáztattam. A fonalból készült praeparatum igen sűrűn tartalmazza a spirochaetákat. 5—5 fonalat helyezek galamb, nyúl, tengeri malacz és egér bőre alá.

A III. táblázatból látható, hogy a spirochaeták pusztulásakor mindig jelen vannak az eosinophil granulatiójú leukocyták. Mindenesetre érdekelt, bár a természetes infectióhoz semmi köze, hogy a hasürbe vitt spirochaetáknak mi a sorsa, azért spirochaetát tartalmazó vért fecskendeztem patkány, tengeri malacz és galamb hasürébe és időközönként vizsgáltam.

A hasüri kisérletben szintén látjuk, hogy az eosinophil leukocyták megjelenése együtt jár a spirochaeták elpusztulásával. Feltünő volt, hogy phagocytosist soha sem láttam, úgy hogy a leukocyták más szerepére kellett gondolnom.

Közelfekvő volt, hogy az exsudatum folyadéka öli meg a spirochaetákat, annál is inkább, mert az immunsavónak ilyen bactericid képessége ki van mutatva. E végből különféle fogékony állatok savójával hoztam össze a spirochaetákat és vizsgáltam előbb függő cseppben, hogy mi történik velük: a mozgásukat $1^1/_2$ óra mulva beszüntették a spiro-

III. táblázat.

Idő	Galamb	Nyúl	Tengeri malacz	Egér
2 óra	Az egész praeparatumban 2 ép spirochaeta, sok igen halványan, szakaszonkint festődő spirochaeta, egyesekben (a Much-féle granulákhoz hasonló) granulák láthatók, melyek sötétkéken festődnek. Kevés eosinophil granula	Spirochaeta nem látható, sok eosinszemcse és leukocyta	1—2 ép spirochaeta mellett, sok spirochaetaroncs, duzzadt lysises alak. Eosinophil szemcsék	Teljesen ép spirochaeták mellett egy-két duzzadt alak látható
3 óra	Spirochaeta nem látható. Igen sok eosinophil leukocyta és szabad köszörűkő alakú eosinophil szemcse	Ép spirochaeta nem látható, egy-két lysises alak. Sok eosinophil leukocyta és szemcse	Ép spirochaeta nem található, eosinophil leukocyták és szemcsék	Több spirochaeta, mint 2 óra mulva, oszló alakok, egy-két duzzadt képlet, 1—2 polynuclearis eosinophil leukocyta
24 óra	Igen sok eosinophil szemcse és leukocyta	Sök eosinophil leukocyta és szabad eosinophil szemcse	Sok eosinophil leukocyta és szemcse	1—2 neutrophil leukocyta

IV. táblázat.

Idő	Patkány	Tengeri malaez	Galamb
$^1/_2$ óra	Számos, teljesen ép spirochaeta, melyek helyenkint agglutinálva vannak; kevés leukocyta	Kevés spirochaeta, köztük akárhány ép; egynéhány duzzadt lysises. Sok eosinophil leukocyta	Elég sok ép, rendes hullámos alak mellett egynéhány elnyúlt alak. Kevés leukocyta
1 óra	Spirochaeták száma valamivel csökkent. Itt-ott szakaszosan festődő spirochaeták láthatók. Több leukocyta	Ugyanaz mint fent	Ugyanaz
2 óra	Spirochaeták nagyobb számmal láthatók	Ugyanaz	A spirochaeták nagyobb része megnyúlt, csak kevés hullámos látható, kevés leukocyta és eosinophil granula
4 óra	Leukocyták száma erősen megszaporodott, a spirochaeták száma csökkent. 1—1 lysises alak látható	Igen sok lysises alak. Jól festődő részek váltakoznak halvány részekkel. Ép alig látható. Sok, főleg eosinophil leukocyta.	Kevés ép spirochaeta, sok lysises alak. Igen sok eosinophil leukocyta és granula.
5 óra	Ugyanaz. Eosinophil sejt nem látható	Ugyanaz	Ép spirochaeta egyáltalán nem látható A praeparatum zsufolva van eosinophil leukocytákkal és szemcsékkel
24 óra	Sok leukocyta. Spirochaeta nem látható. Jegyzet. 2 nap mulva vérben spirochaeta	Spirochaeta nem látható. Sok eosinophil leukocyta.	Ugyanaz

chaeták, azonban ugyanennyi idő alatt a NaCl-os controllban is, azonban mikor más látóteret állítottam be, akkor elég jól mozgó spirochaetákat leltem, úgy hogy ezt a bactericidiát a fény javára kellett írnom. A fény hatását vizsgálva ezután a spirochaetákra, úgy találtam, hogy 2 mm. vastag vérrétegben a napfény hatására csak 30′ mulva pusztulnak el, bár 20′ alatt is jelentékenyen sérülnek, a mit az egérben enyhén lefolyt infectio mutatott, míg 5′ és 10′ alatt alig változtak meg, a mit viszont az egér erős infectiója jelzett.

Kémcsőben vizsgálva a serumnak csíraölő hatását, mindig egéroltással, arra az eredményre jutottam, hogy sem a fogékony, sem a mentes állat (ló, galamb) savója nem öli a spirochaetát, az ilyen keverékkel oltott egerek mind megbetegedtek. Ezzel a leletemmel megegyeznek *Massaglia*-nak trypanosomákkal végzett kisérleti eredményei, melyek szerint a refractaer állatok savója nem öli a trypanosomákat.

Minthogy úgy láttam, hogy a mentes állatok savója nem öli a recurrens-spirochaetát, de az állati szervezetbe jutva, mégis elpusztul, másrészt a cytologiai lelet útmutatást nyujtott arra, hogy a leukocytáknak van itt szerepe: vizsgáltam, hogy vajjon miképp nyilvánul ez meg.

Bouillont fecskendeztem tengeri malacz, patkány és egér hasürébe, exsudatumot idézve így elő; 12 óra mulva az állatokat elvéreztettem, a hasürt oxalattal kimostam, a mosófolyadékot centrifugáltam. Az üledéket ismételten mostam NaCl-oldattal, majd az így kimosott leukocytákat $^1/_2$ cm³ NaCl-mal emulgeáltam és mindegyik kémlőcsőbe 2—2 csepp spirochaetás egérvért cseppentettem; controllképpen mindegyik állat savójának $^1/_2$ cm³-ébe szintén 2—2 csepp spirochaetát tartalmazó vért cseppentettem. 3 órai thermostatban való állás után mikroskop alatt vizsgáltam az egyes kémlőcsöveket és a mikroskopi leletet egéroltással ellenőriztem.

V. táblázat.

	3 óra mulva mikroskop alatt	Az oltott egérben 2 nap mulva	Az oltott egérben 3 nap mulva
Patkánysavó + spirochaeta	mozgó spirochaeták	vérben spirochaeta	vérben spirochaeta
Patkányleukocyta + spirochaeta	mozdulatlan spirochaeták	—	—
Egérleukocyta + spirochaeta	mozdulatlan spirochaeták	—	—
Tengerimalacz-savó + spirochaeta	élénken mozgó spirochaeták	—	vérben spirochaeta
Tengerimalacz-leukocyta + spirochaeta	mozdulatlan spirochaeták	—	—

Ugyanígy összehoztam galambleukocytákat, activ és inactiv galambserumot és $4^1/_2$ óra mulva egeret oltva mindhárom keverékkel: az activ és inactiv serumos egerek fertőződtek, míg a galambleukocyta + spirochaetával oltott egér ép maradt.

Mikroskopi festett praeparatumban phagocytosist egyáltalán nem láttam. Tehát nem phagocytosis útján pusztulnak el a spirochaeták, hanem a leukocyták elválasztanak egy anyagot a spirochaeta ingerére, mely azután halálukat okozza. Azonban a fenti kisérlet nem volt teljesen kifogástalan. Ugyanis a spirochaeták NaCl-oldatban thermostatban 4 óra alatt elpusztulnak. Igaz ugyan, hogy 2—3 óra mulva egy részük még életben van, de ilyen kevéssé jól adagolható anyagban, mint a spirochaeta, kis quantitativ különbségek nem észlelhetők pontosan és a parasiticidia vizsgálata alkalmával az egéroltással csak azt tudjuk eldönteni, hogy valamely anyag teljesen ölt-e vagy nem. A NaCl-nak ezen bactericid hatása bacteriumokkal szemben is megnyilvánul, azonban azonnal elveszti ezen képességét, ha 1 csepp bouillont adunk a NaCl-hoz. Sajnos, a spirochaeta a bouillonban

is elpusztul és így más anyagot kellett keresnem, mely felfüggeszti a NaCl parasiticidiáját és úgy találtam, hogyha 2 csepp serumot adok a NaCl-oldat $^1/_2$ cm^3-éhez, akkor még egy nap mulva is életben vannak a spirochaeták. További kisérleteimben tehát az egyes anyagok $^1/_2$ cm^3-nyi mennyiségéhez még 2—2 csepp savót is adtam.

VI. táblázat.

	1 óra	2 óra	5 óra	24 óra	Oltott egér
	thermostat		jégszekrény		
Patkányleukocyta + 2 csepp savó + $^1/_2$ NaCl + spirochaeta	Kevés mozgó spirochaeta	Csakis mozdulatlan	Ugyanaz	Ugyanaz	Egér él
Tengerimalaccz-leukocyta + 2 csepp savó + $^1/_2$ NaCl + spirochaeta	Kevés élő	Mozdulatlan megnyúlt alakok	Ugyanaz	Ugyanaz	Egérben 4 nap mulva kevés spirochaeta, de él
Patkánysavó ($^1/_2$ cm^3)	Élénken mozgó sp.	Élénken mozgó sp.	Ugyanaz	Ugyanaz	—
Tengerimalaczsavó ($^1/_2$ cm^3)	Ugyanaz	Ugyanaz	Ugyanaz	Ugyanaz	—
$^1/_2$ cm^3 NaCl + 2 csepp savó	Ugyanaz	Ugyanaz	Ugyanaz	Ugyanaz	—

Látjuk tehát, hogy a leukocyták csakugyan tartalmaznak egy anyagot, mely a spirochaetákat ölni tudja. Hogy vajjon áll-e ez a többi protozoonra, arra vonatkozólag a következő kisérleteket végeztem trypanosoma equiperdummal.

Tengerimalacz-leukocytákkal, savóval és NaCl-mal hoztam össze egérből származó trypanosomákat; mindegyik kémlőcsőbe 2—2 csepp savót adtam, hogy a NaCl bactericidiáját felfüggeszszem.

VII. táblázat.

	2 óra thermostat után	24 óra jégszekrény után
Tengerimalacz-leukocyta + 2 csepp savó + trypanosoma	Mozdulatlan trypanosomák	Trypanosomák egyáltalán nem láthatók
Tengerimalacz-savó + trypanosoma	Élénken mozgó tr.	Élénken mozgó tr.
$^1/_2$ cm^3 NaCl + 2 csepp savó + trypanosoma	Élénken mozgó tr.	Renyhén mozgó tr.

A mi a spirochaetákra állt, úgy látszik, még inkább áll a trypanosomákra. 24 óra mulva a leukocyták teljesen elpusztítják a trypanosomákat, úgy hogy festett praeparatumban még roncsok is alig láthatók.

Hogy vajjon ezek az anyagok, melyek itt a parasiticidiában szerepelnek, készen vannak-e a leukocytákban és így megfelelnek-e a *Petterson* által bacteriumokban leírt endolysiseknek, vagy pedig csak a protozoon ingerére választatnak el a *Weil*-féle aphagocidiás leukotaxisos bactericidiának megfelelően, azt a következő kisérlettel igyekeztem eldönteni.

Galamb-, tengerimalacz- és egérleukocytákat mostam (hogy a leukocyták a többszöri mosást minden károsodás nélkül kibirják, azt *Lambolle* vizsgálataiból tudjuk), a leukocytákat azután 3-szor annyi NaCl-mal emulgeáltam és *Buchner* fagyasztási módszerével extraháltam, 3-szori fagyasztás és fölengedés után kicentrifugáltam és úgy a felül meggyülemlő folyadékot, mint a leukocytaüledéket 2 annyi NaCl-mal emulgeálva vizsgáltam parasiticid hatására, 2—2 csepp savót adva hozzájuk, hogy a NaCl-bactericidiát kirekeszszem. Vizsgáltam 2 órai thermostatban való állás után és azután 5 órai és 24 órai jégszekrényben való állás után.

VIII. táblázat.

	2 óra	5 óra	24 óra
Galambleukocyta-üledék + spirochaeta	mozdulatlan spirochaeta	ugyanaz	mozdulatlan és alig látható spirochaeta
Galambleukocyta-extractum + spirochaeta	mozgó spirochaeta	ugyanaz	renyhén mozgó spirochaeta
Egérleukocyta-üledék + spirochaeta	kevés mozdulatlan, sok mozgó spirochaeta	ugyanaz	több mozdulatlan, 1—2 mozgó spirochaeta
Egérleukocyta-extractum + spirochaeta	mozgó spirochaeta	ugyanaz	renyhén mozgó spirochaeta
Tengerimalacz-leukocyta-üledék + spirochaeta	kevés mozdulatlan, több mozgó spirochaeta	ugyanaz	jórészt mozgó, kevés mozdulatlan spirochaeta
Tengerimalacz-leukocyta-extractum + spirochaeta	élénken mozgó spirochaeta	ugyanaz	élénken mozgó spirochaeta
NaCl + spirochaeta	élénken mozgó spirochaeta	ugyanaz	élénken mozgó spirochaeta

A mint a fenti táblázatból látható, a parasiticid anyag a sejtekhez van kötve, az extraháló folyadékba nem megy át és csakis a spirochaeta ingerére választatik el. E táblázatban némi különbségek láthatók az egyes állatfajok közt, látjuk, hogy a leggyorsabban a nem fogékony galambleukocyták ölik a spirochaetákat.

Úgy látszik, a mentességnek főtényezői a leukocyták, és pedig a mint a fonalkisérletekből látszik, az eosinophil granulatiójú sejtek szerepelnek főleg a szervezet védekezésében. A ki az eosinophil granulákkal ellepett praeparatumot látja, akaratlanul is gondol arra, hogy a leukocytáknak az aphagocidiás bactericidiában ható anyagait nem a granulák szállítják-e.

Hogy a leukocytáknak a recurrens-láz leküzdése alkalmával szerepe van, arra a fenti kisérleteken kívül a polynuclearis leukocyták szaporodása mutat a lázroham alatt és után (*Roos*).

A syphilis gyógyulásában, a spirochaeta pallida elpusztításában a legnagyobb valószínűséggel nagy szerepet játszanak a leukocyták.

Dohi kimutatta, hogy a kéneső-inunctiók vagy injectiók erős leukocytosist idéznek elő és szerinte így idézik elő a gyógyulást. A parasiticid arsenpraeparatumok és különösen a 606-os praeparatum *Neisser* szerint óriásira fokozza a leukocyták számát. A recurrensben e szer tökéletesen bevált, mert ott hozzáférhető a szernek az összes spirochaeta, hiszen a recurrens-spirochaeta kizárólag vérparasita; a syphilis spirochaetája inkább szöveti parasita és a hova nem férkőzhet a sterilisans magna therapia arsenje, ott talán a szer által előidézett leukocytosis parasiticid anyagai lesznek segítségére a chemotherapiának a spirochaeta pallida elpusztításában és a szervezet gyógyításában.

A vörheny ragályossága.

Irta: ***Keviczky Lajos*** dr. Bakabányán.

Az „Orvosi Hetilap“ f. évi 3. számában „A vörheny-problema további kérdései“ czímmel megjelent közlemény nagyon meglepett, mert ebből tudtam meg, hogy vannak kiváló szakértők, a kik tagadják a vörheny fertőzéses voltát. Ez az

állítás annál érthetetlenebb előttem, mert én minden egyes esetben ki tudtam mutatni a ragályozás útját. A kérdéses czikkben jelzett szakértők felfogását csak úgy tudom magyarázni, hogy kivétel nélkül óriási városban folytattak gyakorlatot, a hol, mondhatnám, lehetetlen figyelemmel kisérni a betegség terjedését, mert ehhez az kell, hogy az ember az egész város viszonyait pontosan ismerje, a mi pedig nyilván lehetetlen. Hozzá kell vennünk azt is, hogy a nagy városban kérlelhetetlenül végrehajtják a laikusokra nézve nem kellemes fertőtlenítést s azért a hol csak lehet, eltitkolják a ragályos betegséget. De azonkivül van számos olyan vörhenyeset, a mely nagyon enyhe lefolyású, mint egyszerű toroklobnak minősített betegség folyik le 3—4 nap alatt és sem a beteg, sem a hozzátartozók nem is gondolnak arra, hogy vörhenynyel van dolguk. Ezek azok az esetek, a melyek észrevétlenül terjesztik a vörhenyt. Különösen ha kis gyermeken fordul elő az ilyen könnyű lefolyású eset, még torokfájósnak sem tekintik a gyermeket, mert hiszen nem panaszkodik a torkára és a szülők gyomorbajnak minősítik a baját. Az ilyen gyereket 4 nap mulva elviszik egy másik családhoz, vagy hozzájuk jön látogatóba rokon vagy ismerős család gyermekeivel, a kiken néhány nap mulva kitör a typusos vörheny. „Hol kapták?“ kérdezik a szülők, hiszen ők nem voltak sehol, csak a komáéknál, azoknak a gyermekei pedig nem voltak betegek, az egyik ugyan 3—4 nappal azelőtt, hogy náluk voltak, elrontotta a gyomrát, de akkor már semmi baja sem volt. És még jó, ha ilyen részletesen meg tudják jelölni a közelmultban történt látogatásokat, a legtöbbször azonban semmi útbaigazítással sem segítik a kérdező orvost. És az orvos feljegyzi az esetet, mint ismeretlen ok miatt beállott fertőzést. Különben a szülő ha pontosan tudja is a fertőzés forrását, sokszor nem árulja el, mert akkor őt vádolnák, hogy miért vitte oda a gyerekét.

Vidéken mindenesetre könnyebb kimutatni a ragályozás útját. Én legalább csaknem minden esetben ki tudtam mutatni. Igy például 1908-ban Salgótarjánban erősen dühöngött a vörheny, ezért a két órányira fekvő Salgó-bányatelepnek a munkásait szigorúan eltiltották a salgótarjániakkal való érintkezéstől. Ezt könnyen lehetett keresztülvinni, mert a bányatelepen csak egy igazgatósághoz tartozó munkások laktak, a kik nagyon féltek a büntetéstől. És csakugyan hetekig nem is mutatkozott Salgón a vörheny. Ekkor történt, hogy orvosi tanácsra felvittek Salgótarjánból Salgóra egy még teljesen egészségesnek látszó gyermeket, hogy ne kapja meg a vörhenyt; csakhogy ez a gyerek 3 nap mulva Salgón vörhenyben megbetegedett és nemsokára megbetegedtek annak a családnak a gyermekei is, a melyben a salgótarjáni gyerek tarózkodott. Ezután a salgói fertőzött ház zár alá helyeztetett és több vörheny-eset azóta Salgó-bányatelepen nem is fordult elő.

Még ennél is világosabban bizonyítja a contagiositást a következő eset: Almás községben csaknem minden gyermek vörhenyben feküdt a mult évben. Ugyanekkor történt, hogy egy almási legény az Almás községből 12 km.-nyire fekvő Felsőbaka községből nősült. A vőlegény egyik testvére vörhenyben feküdt Almás községben, a másik testvérét, a ki akkor még egészségesnek látszott, a szülők a tilalom daczára elvitték Felsőbakára a lakziba. Felsőbakán a lakzi után az ott volt mind a három gyermek (egy odavitt almási és két felsőbakai) vörhenyben megbetegedett.

Még számos ilyen esetet lehetne felhozni, hogy a vörheny contagiosus betegség. Azt én is tapasztaltam, hogy harmadik személy vagy tárgy nem közvetíti a fertőzést, legalább én nem vettem észre. Minden esetben vagy a beteget vitték el egészséges házba, vagy az egészségesek több ideig tartózkodtak a beteg szobájában.

Az a kijelentés, hogy a vörheny nem contagiosus betegség, nagyon alkalmas arra, hogy az óvóintézkedéseket, különösen vidéken, még lanyhábban vigyék keresztül.

Schmid Hugó †

(1852—1912).

„Das Mandarinat von bloss an den Universitäten residierenden Chirurgen hat aufgehört, und die Dezentralisation der chirurgischen Arbeit ist ein Merkmal unserer Zeit geworden“.

Ernst von Bergmann.

A mult hét végén rövid háromsoros hír adta tudtul az országnak, hogy „*Schmid Hugó* dr. királyi tanácsos, a pozsonyi állami közkórház sebész-főorvosa, v. egyetemi magántanár, meghalt Pozsonyban, 60 éves korában“. A temetéséről megjelent értesítés felsorolta mindazok nevét, a kik az „általános nagy részvét“ mellett lefolyt gyászpompán részt vettek, de egy szó sem esett arról, hogy ki volt *Schmid Hugó* a magyar kulturmunkában. Pedig érdemes volna élettörténetéről elmélkedni mindazoknak, a kik a magyar kultura harczosainak vallják magukat és megírni ennek a gracilis, alacsony embernek élete folyását, buzdításul azoknak, a kik vele egy pályán haladnak, okulásul a kezdőknek, vigasztalásul a magyar kultura jövőjében csüggedőknek.

Pedig élete, közelről nézve, szürke egyformaságnak látszik. De távolabbról, magasabbról tekintve, ő egyike azon keveseknek, a kiknek törpe alakja a távolsággal nő, nagygyá, hatalmassá válik.

1852-ben Gödöllőn született. Apja ott uradalmi orvos volt. Tanulmányait itt végezte Budapesten azzal a páratlan szorgalommal, kitartással, szívósággal, mely egész pályáját jellemzi. Atyja kívánságát és majd hajlamát követve, gyermekorvosnak készült. Már a tanársegédi állás elnyeréséhez áll közel, a mikor — így regéli a fáma — apró incidens a sebészetre tereli a pályáját.

Nagyobb műtét közben, melyen mint néző vesz részt, hatalmas verőeres vérzés keletkezik. Sem a műtő, sem segédje nem tud annak urává lenni. *Schmid* hirtelen eltökéléssel megragad egy odakészített érfogót és egy fogással betömi az életet fenyegető vérzés forrását.

Lumniczer, a ki e jelenetnek tanuja, fölismeri a fiatal orvosban a sebészetre való rátermettséget, a gyors elhatározó képesség és a biztos kéz kettős adományát és felszólítja, lépjen be osztályára. Mestere csakhamar nemcsak bizalmával, de meleg barátságával ajándékozza meg. 1880-tól az I. tanársegéd felelősségteljes tisztét tölti be. 1883-ban adja ki műtéttanát, mely 29 év óta neveli medikusainkat a sebészeti technika elemeire. Ez a könyv teszi ismertté országszerte nevét az orvosok körében. Ugyane tanévben habilitál. 1884 végén a pozsonyi kórház sebészeti osztályának főorvosa lesz.

E minőségben működött egész haláláig. Érdemei elismeréséül nyerte a királyi tanácsosi czimet.

Ez egyszerű, szűk keretekben folyt le élete. Annak minden napját kitölti a fáradhatatlan, lelket, testet őrlő munka, melynek legnagyobb része a kórházban folyik. A szabad órákat kiterjedt magángyakorlatának szentelte. Ez a mindennapos megfeszített munka őrölte meg gracilis szervezetét. A morbus chirurgorum et medicorum, az arteriosclerosis oltotta ki életét, hosszú, évekig húzódó szenvedést mérve szervezetére.

Ha csak a száraz adatokat nézzük, élete sorában alig akadunk oly mozzanatra, mely azt annyi sok kartársunké fölé emelné, hacsak azt nem veszszük, hogy kötelességtudása, feddhetetlen jelleme, collegialis, ethikus érzése a jó orvos mintaképévé avatta. De *Schmid Hugó* életében én más, magasabb szemhatárt látok. Ő volt az első, a ki meglátta nálunk azt a nagy változást, melyet a modern, nagy sebészet megszületése a sebészet gyakorlati kivitelére jelentett. Merész, hirtelen lendülettel itt hagyja a nagy reményekre jogosító tudományos pályát, itt meginduló magángyakorlatát, hogy a magyar kultura végvárába, legveszedelmesebb pontjára sies-

sen, hogy ott hódítson talajt a magyar sebészet számára és a nagy chirurgia áldásaiban részeltesse a centrumtól távol fekvő provinciát.

Helyzete Pozsonyban kezdetben igen nehéz volt. Küzdenie kellett a világhírű, akkor még fénykorának nimbusától övezett bécsi iskolával, küzdenie a pozsonyiak conservativismusával, a melyet ez iskolának megszokott híre vonzott a császárváros felé. De még a pozsonyi localpatriotismussal is akadhatott volna baja, ha collegájának, *Dobrovits Mátyás*nak férfias föllépése a talajt nem egyengeti számára.

A sebész-főorvosi állás megüresedésével ugyanis küldöttség járt a belügyministernél, a mely sürgetően kérte ez állásnak *Dobrovics*-csal való betöltését. Annyira ment a buzgó támogatás, hogy a ministert még azzal is fenyegették, ha nem az ő jelöltjüket nevezné ki a minister, a város kormánypárti képviselők helyett a közelgő választásokon három ellenzékit küld a parlamentbe. A minister csakugyan *Dobrovics*-ot nevezte ki a kórház sebészévé, a ki azonban elhárította magától e tisztségét és a bőr- és bujakóros osztály vezetését vállalta el.

E nehéz küzdelmet ennyi sok akadálylyal *Schmid* emberül állta. Ő lett a győztes. A bécsiek, a kik eleinte hideg közönynyel nézték ez apró, mindig udvarias, mindig előzékeny, de kérlelhetetlenül erélyes magyar orvos működését, később kénytelenek voltak előtte az elismerés zászlaját meghajtani. Az első, a ki tüntetően tisztelte meg bizalmával, barátságával, *Billroth* volt, a ki már Budapesten, *Lumniczer* klinikáján ismerte föl értékét. De a mai nemzedék is — saját tapasztalatból tudom — ismerte s mi több, elismerte *Schmid* működését. Könnyebb volt a pozsonyiak bizalmát megnyerni. Pontos, szabatos munkája, elegáns, minden kicsinyes, anyagias érdektől ment modora, főleg pedig jóságos szíve csakhamar megtörte a „magyar chirurgia“ iránt érzett közönyös magatartásukat. Még pesti tanársegédsége idejéből mesélik barátai, hogy akárhányszor a magáéból födözte szegény betegeinek ápolási költségeit, egyéb kiadásait. Pedig akkor még a rókusi alorvos jövedelmére nem nagyon illett a „dat Galenus opes“ szállóigéje. Nem csoda ezek után, hogy a szegények nemcsak megmentőjüket, de jóltevőjüket is látták benne. De meghódította egyéniségével a társadalom minden rétegéből — föl a legmagasabbig — való klienseit.

Mint ember is kiváló volt. Végtelen szerénysége mellett igen határozott egyéniség lakott benne. Megalkuvást nem ismert. Finom, mesterére, *Lumniczer*-re hasonlító modora nem szerette a heves vitát. Ha lehetett, kitért az összeütközés elől. De ha az igazát kellett védeni, lelkesedéssel szált síkra érette.

Nehéz hivatása mellett ifjúsága első ideáljáról, a tudományos dolgozásról sem feledkezett meg. Már beteg testtel, lankadó lélekkel irta meg 1907-ben a féregnyulványgyuladásról szóló monographiáját, a magyar sebésztársaság első nagygyűlésére. Lelkesedését, törhetetlen kötelességérzését jellemzik azok a levelek, melyekben betegágyáról (súlyos tüdőgyuladásban betegedett meg munka közben) értesített azokról a nehézségekről, a melyekkel küzdenie kellett, hogy kimerítő forrásmunkáktól távol esve, megírhassa ez utolsó munkáját.

A magyar sebésztársaság bölcsőjénél ott volt. Mint referense, igazgatósági tagja, meleg érdeklődéssel, derekas munkával vitte előre e társaság érdekeit.

Midőn tavaly, érdemei elismeréséül, szolgálatai jutalmául a társaság fölajánlotta neki a legnagyobb tisztséget, a mi magyar sebészt érhet és elnökévé akarta választani: elhárította magától e megtiszteltetést azzal, hogy akkori egészségi állapota az azzal járó izgalmakat nem birná. „Majd később, majd máskor!“ Nem úgy lett. Meghalt szegényen, 1912 január 25.-én, sok évi betegeskedés, féléves kínos szenvedés után.

Manninger Vilmos dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Emil Schütz: Die Methoden der Untersuchung des Magens. Berlin-Wien, 1911. VIII + 240 nagy 8⁰ oldal.

A gyomorvizsgáló módszerek összefoglalását és kritikai méltatását minden nagyobb kézikönyvben, — hogy csak *Boas* könyvének legutolsó kiadását, valamint *Achard* munkáját említsem — megtalálhatja az olvasó; de ha hézagot nem is pótol, mégis élénkebb érdeklődésre tarthat számot egy olyan szerző könyve, kinek neve éppen a gyomorpathologiai irodalom terén számottevő s ki 30 évi tudományos kutatásának és gyakorlati megfigyelésének szerez munkájában érvényt.

Schütz könyvének első fejezete a gyomorbeteg anamnesisével foglalkozik; talán ez a munka legtöbbet érő s legalaposabban megirt része, melynek, tekintve a kórelőzmények pontos felvételének fontosságát, a helyes diagnosis megállapításánál igen jó hasznát fogja venni a gyakorló orvos. A gyomor physikai vizsgáló módszereiről irott fejezetben melegen ajánlja a *Plönies*-féle „percussiós érzékenység“ felhasználását carcinomára és ulcusra gyanus esetekben a fájdalmasság pontos lokalizálására. A *Hausmann*-féle palpatióval a szerző normalis viszonyok között sohasem észlelt tartós pylorusösszehúzódást, csak organikus elváltozásoknál. A gyomorkopogtatás ismertetését kissé rövidre fogta *Schütz*; hasonlóképp nagyon mostohán bánt a gastroskopiával is s különösen nagy kár, hogy *Elsner* eljárását, mely joggal tarthat igényt a legszélesebb körű érdeklődésre, bővebben nem méltatja. A gyomortartalom nyeréséről és vizsgálatáról irott rész elég kimerítő, de újat nem mond benne a szerző. Jól megírott s részletesebb fejezete *Schütz* munkájának a röntgenologiai rész, melyben a penetráló gyomorfekély röntgenoskopiás felismerésének jelentőségére méltán hívja fel a figyelmet. A munkát a rák diagnosisának biologiai methodusaival fejezi be, melyeknek praktikus becsük ugyan ma még nincs, de nem lehetetlen, hogy már a közel jövőben lesz gyakorlati jelentőségük is. *Halász Aladár.*

J. K. Proksch: Paracelsus als medizinischer Schriftsteller. Wien u. Leipzig. Josef Safár.

A mióta *Sudhoff* kiadta a hatalmas terjedelmű és értékű *Paracelsus*-bibliographiát és kéziratokat, melyek áttanulmányozására és revisiójára mintegy húsz esztendőt szentelt, azóta és csakis azóta tudjuk valóban *Paracelsus*-t értékelni, azóta vagyunk — hogy úgy mondjam — tisztában vele. Érthető kíváncsisággal — ha tán nem is ugyanannyi érdeklődéssel — fogadtatott *Proksch* bécsi seborvos ezen 86 lapnyi könyvecskéje; vajjon lesz-e új mondanivalója *Paracelsus*-ról? Mert *Proksch* több jeles munkának a szerzője és multjánál fogva figyelmet érdemel. Könyvecskéje szakmák szerint csoportosítva tárgyalja *Paracelsus* működését és tudományos felfogását, a miben elég gyakran szembe kerül *Sudhoff* nézeteivel (a mit egy pár helyén a könyvnek, még a motto megválogatásában is, egészen szokatlan stylusban tesz). A *Sudhoff* által kiadott *Paracelsus*-kéziratokat sehol sem veszi figyelembe, holott ezek figyelembevétele nélkül lehetetlenség *Paracelsus* működéséről tárgyilagos birálatot mondani. Ha pedig a „Paragranum“-ról azt mondja, hogy nem biztos annak paracelsusi eredete, akkor olyat mond, mintha valaki a Goethe szerzőségét vonná kétségbe a Faustra vonatkozólag.

A kis munka lehangolt valamennyiünket, a kik Karlsruheban az orvostörténelmi társulat congressusán együtt voltunk: *Sudhoff* miatt, a kinek első sorban *Paracelsus* körül kifejtett szélesmedrű úttörő munkásságát kivétel nélkül minden szakember a legmagasabbra becsüli és — *Proksch* miatt, a ki több komoly munka után most, aggastyán korában, vett fel olyan, sehol meg nem szokott tonust, hogy a saját komolyságát is majdnem koczkára tette. *Győry.*

Lapszemle.

Belorvostan.

Nagy adag radiumemanatio alkalmazásának physiologiás és therapiás hatásáról értekezik *Noorden* és *Falta*. Míg az eddigi emanatoriumokban rendszerint 2—4 M. E.-t alkalmaztak literenkint s az inhalatio tartama 2 óra volt, addig a szerzők literenkint 22·5—67·5 M. E.-t tartalmazó concentratióban alkalmazták a radiumemanatiót s a behatás idejét akár 17 órára kitolták. 75 kezelt esetről számolnak be. 10 polyarthritis rheumatica acuta eset közül 8-ban jó hatást értek el, míg 2 — salicyl iránt is refractaer viselkedő — esetben a radium is hatástalannak bizonyult. Nagy adag antipyrinre gyógyulás állott be. Minthogy a radium- és salicylhatás közt bizonyos parallelismus áll fenn, a radium alkalmazását főleg azon esetekben tartják indokoltnak, a mikor a salicyl adagolásának valamely contraindicatiója áll fenn. Gonorrhoeás polyarthritisben a radium hatástalan maradt. Chronikus polyarthritis 13 esete közül a hatás csak kettőben maradt ki. A hatás főleg azon esetekben volt prompt, a hol a kis izületek affectiója állott előtérben. Változó eredményeket értek el a szerzők rheumás polyneuritis, ischias, tabes eseteiben; míg asthma bronchiale és morbus Basedowi eseteiben a hatás kimaradt.

A radium physiologiai hatását a vörös vérsejteknek időleges csökkenésében észlelték, a mit a vérerek hypotoniájából magyaráznak, főleg azonban a fehér vérsejtek quantitativ és qualitativ viszonyainak megváltozásában. Az első ülés alatt múló jellegű, de kifejezett hyperleukocytosis volt észlelhető, a mononuclearis elemeknek kisfokú megszaporodásával.

A radiumkezelés után hosszabb idő mulva relativ mononucleosisos jellegű leukopenia volt észlelhető. A pathologiás leukocytosis eseteiben rendszerint a normalis értékre esett le a fehérvérsejtszám, vagy akár leukopenia fejlődött ki mononucleosissal. Leukaemiában a fehérvérsejtszám inkább fokozódott. Minden radiumkúra alatt a húgysav mennyisége jelentékenyen megszaporodott a vizeletben, a minek okát a fehérvérsejtek fokozottabb mértékű szétesésében találják. A hol a fehér vérsejtszám a vérben mégis szaporodott, ott a radiumnak a leukocytákra történő chemotaxisos hatása nagyobb, mint a leukocytákat destruáló hatása.

A destruáló hatás elsősorban a polynuclearis elemekre vonatkozik. Ennek eredménye az, hogy a radium hatása alatt keletkező leukopeniánál egyszersmind relativ lymphocytosis is van; ezenkívül gyakran fejlődik hypereosinophilia is. Egyéb mellékhatása a radiumnak az álomhozó, obstipatiót szüntető, vérzést és haemoptoët kiváltó hatás. (Medizinische Klinik, 1911. 39. sz.) *Galambos* dr.

Sebészet.

A rákdaganatok gyógyításáról értekezik *Czerny V.* Lassankint az a vélemény terjed el, hogy a véres műtét egymagában nem elegendő, sok esetben a rák therapiája más szerekkel való kiegészítésre szorul, mely a végleges gyógyulás bizonyosságát fokozza. Azt a tételt, hogy minden rosszindulatú, gyökeresen el nem távolított daganat könyörtelenül tovább növekszik és halált okoz, physicalis vagy vegytani módon pedig megállapodásra vagy visszafejlődésre nem bírható, megdöntötték az állatokon észlelt daganatokon szerzett tapasztalatok.

Miután sikerült állatokat megfelelő előzetes kezeléssel a beoltással szemben fogékotlanná változtatni, közelfekvő volt a gondolat, hogy az emberben is a daganat kiirtása után sterilezett tumorrészletek implantálásával immunitást lehet létesíteni és a recidiva veszélyét ily módon elkerülni.

A ráktherapián lendített az a körülmény is, hogy a tapasztalat szerint némely daganatra jótékony hatással vannak az X-sugarak, valamint a radioactiv anyagok. A daganatnak a radiotherapia alkalmazása utáni kisebbedése olykor gyuladás, nekrosis, elfolyósodás és felszívódás révén történik, vagy pedig a szervezetre káros felpuhult szétesési termékek mesterséges eltávolításáról kell gondoskodni.

A radiotherapia methodikája most van fejlődőben és nehéz feladat elé állítja az orvost. Az alkalmazott sugarak minősége is már nagyon különböző. Még az is eldöntetlen, hogy czélszerűbb-e hosszú időközökben erős dosisok alkalmazása, vagy pedig gyakrabban középerős és kisebb adagoké. Olykor nagy tumorok (lymphomák, kereksejtes, orsósejtes sarcomák) a vajhoz hasonlóan megolvadnak, máskor pedig oly carcinomákkal áll szemben az orvos, melyekre ilymódon semmiféle hatást sem tud kifejteni. Végleges gyógyulás rosszindulatú daganat eseteiben a leggondosabb Röntgen-kezeléssel is csak igen ritkán érhető el.

Ugyanez vonatkozik a radioactiv anyagokkal végzett kezelésre is. Az eddig alkalmazott radium, thorium és aktinium közül a radium-kezelést tanulmányozták a legalaposabban. A szerző azt találja, hogy általában a radiotherapia, az eset kellő megválasztását és óvatos alkalmazást feltételezve, a betegre nézve nagyobb koczkázat nélkül haszonnal jár.

A salvarsan újabb lendületet adott a rosszindulatú daganatok chemotherapiájának. Alkalmazására az indította a szerzőt, hogy némely rákbeteg lueses előzmények nélkül positiv Wassermann-reactiót mutat. Egyébként is az arsenicum egyike a legrégibb és leghatásosabb gyógyszereknek lapos hámrák, valamint malignus lymphoma eseteiben. A natrium kakodylicum a rákcachexiában csodálatosan élesztő hatással bir. A szerző a salvarsan intravenosus alkalmazásakor a tumorok csökkenését és teljes eltűnését látta, intratumoralis befecskendezés alkalmával elfolyósodást és nekrosist; valódi carcinoma eseteiben az utóbbi módot választja.

A szerző szerint arra kell súlyt helyezni, hogy az operativ módszereket tökéletesítsük. Azt véli, hogy a fulguratio és elektrocauterisatio, a melyek a véres exstirpatiót vannak hivatva helyettesíteni, ha ez már nem hajtható végre, kellő esetekben alkalmazva, a betegnek hasznára válhatik. (Münchener med. Wochenschrift, 1911, 36. szám.) Ifj. *Hähn Dezső* dr.

Idegkórtan.

Reflexes pupillamerevséget idősült alkoholismus is okozhat *Nonne* vizsgálatai szerint. A pupilla fényreactiójának renyhesége gyakori alkoholistákon, mindazonáltal még nyilt kérdés, vajjon állandó teljes reflexes pupillamerevség is előfordul-e, a nélkül, hogy syphilis előrement volna, vagy pedig a tabes többi tünete később csatlakozott volna. A szerző esetében a tabest anatomiai vizsgálattal ki lehetett zárni; lueses fertőzés ellen szólt a Wassermann-reactió s a cerebrospinalis folyadék megfelelő rectióinak negativ volta. Elméletben könnyen érthető, hogy az alkohol utánozhatja a tabes tüneteit; tabesben jelenlegi felfogásunk szerint a degeneratio a reflexívnek azon helyén indul meg s lokalizálódik főképpen, a hol a centripetalis idegek collateralisai a motoros sejtek körül felágasodnak. A sensibilis collateralisok degeneratóját glia-túltengés követi. Alkoholismusban az agyvelőben szintén nagy glia-szaporodást találunk; ha ez ismeretlen okból kiválóan a musculus sphincter pupillae magva körül megy végbe, hol a nervus opticus megfelelő tengelyszálai végződnek, reflexes pupillamerevség jöhet létre. (Neurologisches Centralblatt 1912, 1. sz.) *L.*

Gyermekorvostan.

Idősebb gyermekek só-oedemájáról ír *Hamburger* (Wien). Már régóta ismerik, hogy mily fontos hatást gyakorol az oedemára a diaeta konyhasó-tartalma. Vesegyuladásban és inkompenzált szívbajokban konyhasónak fokozottabb bevitelével oedemát idézünk elő, vagy a már meglevőt növeljük, míg a konyhasó megvonásával az oedemát megszüntethetjük. Továbbá ismeretes, hogy ép szívvel és vesével biró csecsemőkön ugyanezt tapasztalhatjuk, különösen ha akár chronikus, akár acut táplálkozás-zavarok vannak jelen.

Azonban tudomása szerint ismeretlen dologra hívja fel a figyelmet azon észleletével, hogy idősebb gyermekeken is, bár szívük és veséjük ép, konyhasónak fokozott bevitelére oedemák keletkeznek, melyek aztán konyhasó-megvonásra ismét eltűnnek. Tapasztalatai szerint lesoványodott, rachitises egyéneken fordul elő ez rendesen.

Első esete, melyben ezen só-oedemát észlelte, öt éves gyermek volt, ki emésztés-zavarokban és neurastheniában szenvedett. Környezetváltozást és karlsbadi kúrát rendelt, melyre a gyermek állapota javult. Azonban 9 nap mulva általános oedema fejlődött ki s ezen rövid idő alatt 3 kg.-ot hízott. Vizelete tiszta volt, a szív felett időnként halk systolés zörej volt hallható, de cyanosis és minden egyéb pangástünet nélkül. Az anya állítása szerint a gyermek napjában kétszer rendkivül sós, húskivonatból készült levest kapott. Konyhasószegény diaetára azután az oedemák visszafejlődtek 3 nap alatt, a gyermek fogyott $2^1/_4$ kg.-ot. Megfelelő kezelésre emésztési zavarai is megszűntek s teljesen egészséges lett.

Ezután még több esetben tapasztalta ezen jelenséget. Ezen észlelés, melynek diagnostikai, prognostikai és therapeutikai értéke van, úgy látszik következtetést enged a cachexiás oedemák keletkezésére is. Ugyanis feltehetjük, hogy nemcsak csecsemőkön, hanem idősebb gyermekeken, sőt felnőtteken is, ha só-anyagcseréjüket valamely chronikusan ható ártalom megzavarta, sógazdag táplálásra oedemák keletkeznek ép vesék mellett is. (Münch. med. Woch. 1911, 47. sz.)

Ujj dr.

A tej bőr alá fecskendésének (Wolf-féle módszer) állitólagos galactogen hatásáról ir *P. Chatin* és *R. Rendu* (Lyon). *Wolf* (Liége) nyolcz esetben asszonyi tejnek a bőr alá fecskendése után a tejelválasztás fokozódását észlelte, mely változás igen rövid idő multán állott be és igen tartós volt, némelykor a tej mennyisége megkétszereződött. A szerzők tizenhárom esetben kisérelték meg e módot, de minden eredmény nélkül. Három nőnek a tejmennyisége valamelyest csökkent; öt esetben semmi változást sem észleltek. A többi nő teje valamelyest megszaporodott, de ezt a szerzők egyéb körülményeknek tudják be, igy pl. a szoptatott csecsemők számbeli növekedésének, a szoptató nő diaetamegváltozásának stb.

Wolf feltevését a szerzők a jó eredmények helytelen magyarázatával hozzák kapcsolatba, a mennyiben *Wolf* nem vette figyelembe a különböző physiologiás és pathologiás okokat, melyek egymaguk is fokozni tudják a tejelválasztást. (La clinique infantile, 1912, 1. sz.) *Gara* dr.

Bőrkórtan.

A Röntgen-kezelésnek a dermatologiában alkalmazásáról ir *M. Joseph* és *C. Siebert* (Berlin). A két szerző a kérdést teljesen objectiv szempontból itéli meg. Minthogy kétségtelen, hzgy a Röntgen-kezelés olykor bizonyos veszedelemmel járhat, csakis akkor ajánlatos az eljárást alkalmazni, a mikor más módon sehogy sem lehet czélhoz jutni. Tehát lehetőleg szigorú indicatiók alapján fogjunk csak a Röntgenkezeléshez, mely olykor kiváló eredményre vezet. Kellő óvatosság és szakavatottság a legtöbb kellemetlen mellékhatást tökéletesen kizárja.

A Röntgen-sugarak gyógyító hatását a szerzők elsősorban psoriasisos eseteken próbálták ki és igen jó eredményt értek el. Főként a friss „psoriasis punctata"-esetek kezelése igen hálás beavatkozás. Igen jók az eredmények olykor inveterált plaque-ok esetében is, a mikor kenőcsös kezeléssel már nem megyünk semmire. A psoriasison kivül jó eredménynyel alkalmazható a sugaras gyógyítás makacs eczemák esetén is. Ajánlatos a kezelés a szerzők tapasztalása szerint erős viszketéssel, nedvezéssel s hámlással együttjáró ipari eczema eseteiben. Ily esetekben olykor a hatás és a javulás föltünő gyors, a nagy mennyiségű kenőcs pedig mellőzhető. Ugyancsak igen alkalmas a Röntgen-kezelésre az ú. n. lichen simplex chronicus, mely az idősült eczemához amúgy is közel áll. A sycosis ellenében alkalmazva az eljárást, a jó hatás már nem bizonyos.

Mindenesetre azt lehet állítani, hogy a mely esetben a gyönge, epilatiót még létre nem hozó Röntgen-adagok sikerrel nem járnak, ott az erősebb dosisok sem segítenek. A gombás eredetű sycosisok ellenében a hatás jobb. Tudnivaló ugyan, hogy a Röntgen-sugarak a parasitákat nem tudják megölni, de bizonyos, hogy életképességüket a sugarak megtámadják. A kezelési eljárást a szerzők nagyobb beszűrődésekkel járó acne vulg. esetekben is ajánlják. A pruritus universalis gyógyításában a Röntgen-kezelés még ma is az eljárások élén halad, bár sajnosan be kell vallani, hogy a viszketés csillapodása rendszerint csak múló jelenség.

A bőrtuberculosis ellenében a Röntgen-kezelés indicatiója ma már szűkebb körre terelődött, mint annak előtte. Ha pl. a lupus vulgarist sugarazással akarjuk meggyógyítani, oly erős dosist kell alkalmazni, mely a bőrt már igen jelentékenyen károsítja. Ezek az ártalmak azután legtöbbször nagyobb bajt okoznak a betegnek, mint maga a lupus. Bizonyos lupusesetekben (lupus tumidus) azonban a Röntgen-kezelés igen jó eredményt adhat.

Epitheliomák a Röntgen-sugarazásra általában jól reagálnak. A beszűrődés lelapul, a fekély behámosodik. De bizonyos, hogy sokszor ez még nem jelenti a végleges gyógyulást, mert a peripherián újabb epitheliomás beszűrődés jelentkezik. Könnyen hozzáférhető helyen ezért mégis legjobb a sebészi excisio s a Röntgen-kezelés indicatiója inkább ott áll fönn, a hol a sebészeti beavatkozás nehezebben vihető ki (szemzug stb.).

Technikai szempontból kiemelik a szerzők, hogy főként *Bürger*-féle csövekkel dolgoznak. Ezek a csövecskék kicsinyek és olcsók (25 márka). Rendszerint csak relative kemény csövekkel dolgoznak. Az adagolást a *Sabouraud-Noiré*-féle tablettákkal végzik. (Deutsche med. Wochenschr. 1912, 2. sz.)

Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A műtét területének fertőtlenítése thymol-spiritus-szal. *Hoffmann* a greifswaldi sebklinikáról kisérleti és klinikai adatokat ismertet, a melyek szerint a thymol-spiritusszal bedörzsölés éppen olyan jó, mint a jodkezelés, a nélkül, hogy ez utóbbinak hátrányaival (barnára színezés, bőrizgatás) birna. Legjobb az 5%-os thymol-spiritus, melylyel a bőr az arczon, a fejen és a nyakon egyszer, más testrészeken kétszer dörzsölendő be. (Beitr. z. klin. Chirurgie, 76. kötet, 2. füzet.)

Sarcoma két esetét (lymphosarcoma colli és a czomb periostalis sarcomája) ismerteti *Levy-Dorn* tanár. Mindkét esetben Röntgen-kezelésre most már több év óta tartó gyógyulás következett be. Mindkét esetben teljesen biztos volt a diagnosis. Az egyik esetben egyidejűleg arsent is kapott a beteg. (Berliner klinische Wochenschrift, 1912, 1. szám.)

Az alkoholtartalmú italoknak hypnoticum gyanánt használata eléggé elterjedt, igy például idegbeteg-sanatoriumokban sokszor használják a sört álmatlanság ellen. Kevésbé ismeretes azonban az a körülmény, a melyre újabban *Sternberg* hívta fel a figyelmet, hogy különböző alkoholos italok keveréke fokozott mértékben bir hypnotikus hatással. (Therapie der Gegenwart, 1911, 12. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 4. szám. *Kovács Bertalan*: Chronikus pneumoniák a gyermekkorban. *Fischer Ernő*: Más irányzatok a csontsérülések kezelésében.

Klinikai füzetek, 1912, 1. füzet. *Konrád Jenő:* Lehet-e és kell-e a magánjogban egy a korlátozott beszámíthatóságnak megfelelő fogalmat alkotni?

Orvosok lapja, 1912, 5. szám. *Porosz Mór:* Hogyan kezelje a gyakorló orvos a syphilist?

Budapesti orvosi ujság, 1912, 4. szám. *Wiener Imre*: Proctitis gonorrhoica kapcsán kifejlődött gonococcus-septicopyaemia esetei. „Szülészet és nőgyógyászat" melléklet, 1. szám. *Rotter Henrik*: A klimakterium betegségei.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Balogh K. Oszkár* dr.-t a budapesti Pasteur-intézethez és kórházhoz főorvossá, *Kaveczky Béla* dr.-t és *Leviczky Károly* dr.-t a budapesti államrendőrséghez fizetésnélküli rendőrorvossá, *Obál Ferencz* dr.-t a fővárosi háztartástanfolyam és cselédképző intézet orvosává, *Remisovszky János* dr.-t a tekei járás orvosává, *Lindner Imre* dr.-t a székesfővárosi jobbparti kórházakhoz segédorvossá, *Berentés István* dr.-t a gyulai közkórházhoz alorvossá, *Kun Andor* dr.-t ugyanoda segédorvossá nevezték ki.

Választás. *Egyed László* dr.-t Kenesén körorvossá, *Schlégl László* dr.-t Jászladány község ügyvezető orvosává, *Holz Antal* dr.-t Ujaradon községi orvossá választották.

Tisztiorvosi vizsgáló-bizottsági kinevezések. A belügyminister kinevezte a tisztiorvosi vizsgák budapesti és kolozsvári országos bizottságának elnökévé *Bölcs Gyula* belügyministeriumi ministeri tanácsost s egyszersmind mindkét bizottságba az „egészségügyi törvényekből és rendeletek"-ből vizsgáló taggá, továbbá *báró Babarczi Schwartzer Ottó* dr. udvari tanácsos, főrendiházi tagot a budapesti bizottság alelnökévé s egyszersmind ugyanezen bizottságba az „elmekórtan"-ból vizsgáló taggá, *Grósz Emil* dr. udvari tanácsos, egyetemi tanárt a budapesti bizottságba a „trachomaügy"-ből vizsgáló taggá, *Frank Ödön* dr. közegészségi főfelügyelő, egyetemi magántanárt a budapesti bizottságba a „közegészségtan"-ból vizsgáló taggá, *Vámossy Zoltán* dr. rendkivüli tanárt a budapesti bizottságba a „gyógyszerisme és méregtan"-ból vizsgáló taggá, *Hajdu Imre* dr. közegészségi segédfelügyelőt a budapesti bizottság jegyzőjévé, *Purjesz Zeigmond* dr. udvari tanácsos, nyugalmazott egyetemi tanárt a kolozsvári bizottság alelnökévé s egyszersmind ezen bizottságba a „közegészségtan"-ból vizsgáló taggá, *Lechner Károly* dr. udvari tanácsos, egyetemi tanárt a kolozsvári bizottságba az „elmekórtan"-ból vizsgáló taggá, *Lőte József* dr. egyetemi tanárt a kolozsvári bizottságba a „gyógyszerisme és méregtan" ból vizsgáló taggá, *Imre József* dr. egyetemi tanárt a kolozsvári bizottságba a „trachomaügy"-ből vizsgáló taggá és végül *Engel Gábor* dr. egyetemi magántanárt a kolozsvári bizottság jegyzőjévé. Az összes kinevezések az 1912—1914. évig terjedő időre szólanak.

A tisztiorvosi vizsgák Budapesten április 10.-én kezdődnek. A felszerelt kérvényeket (keresztlevél, oklevél-másolat, önéletrajz, honossági, illetőségi és erkölcsi bizonyítvány) február hó folyamán kell *Bölcs Gyula* m n. tanácsos, a 60 korona vizsgadíjat pedig *Hajdu Imre* dr. közegészségi segédfelügyelő címére (Belügyministerium) beküldeni. Az előkészítő tanfolyam márczius hó 11.-én kezdődik. Felvilágosítással szolgál *Kaiser Károly* dr., belügyministerium.

Meghalt. *Popper Alajos* dr. 85 éves korában január 30.-án Debreczenben. — *Gily Alajos* dr. körorvos 58 éves korában Vágsellyén. — *H. J Billeter* dr., a fogászat rendkivüli tanára a zürichi egyetemen, 77 éves korában.

Apróságok az orvostudomány köréből. *Rossztermészetű daganatok* ellen a heidelbergi rákintézetben a crotalinnal (egy mérges kigyo toxinja) kisérleteznek biztató eredménynyel, a mint ez *Dungern*-nek a heidelbergi orvosegyletben deczember 12.-én tartott előadásából kitűnik. — *A typhusellenes védőoltásokról* ir *Metschnikoff* az „Annales de l'Institut Pasteur" deczemberi füzetében. Kisérleteit simpánzokon végezte, a melyek fogékonynak bizonyultak a typhusra. Elölt bacillusok vagy autolysatumok nem voltak védőhatásúak. Paratyphus-bacillusok nagy mennyisége a táplálócsatornába juttatva, gyengén immunizáló hatásúnak bizonyult. Az élő typhus-bacillusok a bőr alá vive erős hatásúak voltak ugyan, a beállott helybeli és általános reactio azonban túlságosan erős volt. Erős hatásúak voltak az élő sensibilizált (typhusserummal kezelt) bacillusok, a nélkül, hogy erősebb reactiót okoztak volna. Az ilyen sensibilizált bacillusok az emberen sem létesítenek erős reactiót. Érdekes a szerzőnek az a tapasztalata, hogy egy úgynevezett bacillusgazdából eredt typhusbacillusokkal nem sikerült simpánzokat fertőzni és hogy ezek a simpánzok később nem mutatkoztak immunisnak a teljesen virulens typhusbacillusokkal fertőzés iránt. — *A tüdővész sanatoriumi kezelésének késői eredményére* vonatkozó statisztikai adatokat közöl *Reiche* (München. med. Wochenschrift, 1911, 1719. l.) A Hanza-városok munkásbiztosító intézete 1895-től 1904-ig 1095 férfit és 771 nőt helyezett el sanatoriumokban javarészt kezdődő tüdőgümőkór miatt. A sanatoriumi kezelés legalább 4 hétig tartott. Utána 6—15 évvel a férfiaknak 54·1, a nőknek pedig 64·7%-a még teljesen munkabiró volt.

Személyi hirek külföldről. *W. Rosenthal* dr. (Göttingen, közegészségtan) és *M. Kochmann* (Greifswald, gyógyszertan) magántanárok tanári czimet nyertek. — A groningeni egyetemen a *Wenckebach* tanár távozásával megüresedett belorvostani tanszékre *A. A. Hijmans van den Bergh* dr.-t nevezték ki Rotterdamból.

Hirek külföldről. A párizsi egyetem orvosi karán az első és másodévesek részére az első félévet idő előtt berekesztették s a félévet érvénytelenitették. Oka ennek a szigorú intézkedésnek a hallgatók állandó zavargása *Nicolas* tanárnak, az anatomia tanárának az előadásán. — Berlinben a mentőegyesületet a város veszi át kezelésébe. — Ugyancsak Berlinben urologiai társulat alakult. Elnöke *Posner* tanár, alelnöke *Casper* tanár, jegyzője *Kuttner* dr.

Megjelent

Magyarország Orvosainak Évkönyve és czímtárának

XXII. évfolyama.

Tartalmazza megyék szerinti beosztással **Magyarország orvosainak pontos lakczímeit**, a gyógyfürdők, klinikák, kórházak stb. jegyzékét.

Ára portomentes küldéssel 7 kor. 10 fill.

„PETŐFI" irodalmi vállalat Budapest, VII., Kertész-utcza 16. szám.

A fővárosi és vidéki előfizetőknek az „Évkönyv" február hó 2.-án szétküldetett. Budapesten a kézbesítés február hó 2.-án megkezdődött.

Lapunk mai számához *Dr. Weiss J.* Nürnberg **„A Saint Raphaelbor"** czimű czikkének különlenyomata van mellékelve. Főraktár: Apotheke zum Heil. Geist, Wien I., Operngasse 16.

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

Dr. Doctor Kossuth Lajos-utcza 3. sz. (Telefon 697.) **Orvosi laboratoriumában** az összes diagn. vizsgálatokon kivül **autovaccin** előállításával is foglalkozik.

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA

belbetegek — **spec. szivbetegek** és üdülők részére.

Tengeri sanatorium gyermekek és felnőttek részére Portoré

(Kraljevica) Fiume mellett. Modern intézet 10 ágygyal, villamos világítás, gőzfütés tengerivíztherapia, gyönyörü fekvés, kitünő ellátás, mérsékelt árak, két orvos.

Kérdezősködések csakis az igazgatósághoz kéretnek.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) **Telefon 81—01.**

Legmodernebbül berendezett magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati, belés idegbetegek részére.** Igazgató-főorvos: **dapsai Dapsy Viktor dr., operateur.**

ORVOSI LABORATORIUM **Dr. MÁTRAI GÁBOR** és **Dr. SAS BERNÁT** Telefon 26—96. **VI., Ó-uteza 39. sz.**

Vizsgálati tárgyak: Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.

Ujtátrafüred Sanatorium

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

Orvosi laboratorium: **Dr. SZILI SÁNDOR**, v. egy. tanársegéd. **VII., Király-utcza 51.** **Telefon 157—71.**

Dr. GÁMÁN BÉLA Diaetás Intézete Volosca-Abbaziában

gyomor- bélbetegek, vesebajosok, czukorbetegek, vérszegények, lesoványodottak, lábbadozók, ideggyöngék, kimerültek számára.

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.

Dr. Stein Adolf **RÖNTGEN-LABORATORIUMA.** **VII., Rákóczi-út 26. fldsz. 1. Telefon 112—95.**

San Remo téli klimás gyógyhely az olasz Rivierán. A „Grand Hotel de Nice"-ben fekvőcsarnok, magyar ápolónő, magyar konyha, a „Continental Palace"-szálló minden emeletén meleg tengeri fürdő és magyar fürdős-ápolónő; a Grand Hotel Belle-Vue-ben diaet. konyha, „Villa Olympia" magyar ház, kellemes otthon fiatal leányok és egyedül utazó hölgyeknek. Felvilágosítást készséggel nyujt **Czirfusz Dezső** dr. kir. tanácsos.

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

Dr. GARA GÉZA, Meran. **Sanatorium.** Ujonnan átalakítva. **Prospectus.**

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK fürdőkhöz.

:: LÁPSÓ :: száraz kivonat ládákban à 1 kiló

LÁPLÚG folyékony kivonat üvegekben à 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat (XVIII. évi közgyűlés 1911 deczember 30.-án.) 95. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 96. l.

Közkórházi Orvostársulat.

(XVIII. évi közgyűlés 1911 deczember 30.-án.)

Elnök: **Ángyán Béla.** Jegyző: **Pólya Jenő.**

Az elnök megnyitójában a Közkórházi Orvostársulat czéljával foglalkozik: „a fővárosi kórházak által szolgáltatott gazdag anyagnak beható tanulmányozása és tudományos értékesítése"; ez minden kórházi orvosnak kötelessége. Részt vesz a közkórház az orvosi továbbképzésben; referáló előadások és demonstratiók, betegbemutatások szolgálják a czélt.

Pólya Jenő titkár jelentése szerint 13 ülésen 32 előadó 67 előadással, illetve bemutatással szerepelt. A bemutatások fele sebészeti volt. Panaszkodik a titkári jelentés az ülésterem alkalmatlan volta miatt. Az előadók egy részét elvonják az Orvosegyesület és szakosztályai, a hallgatók pedig részint a sokféle előadás, részint a praxis által vonatnak el a Közkórházi Orvostársulat látogatásától. Ezek a külső okok. Belső oka a kevesebb demonstratiónak a szigorúbb önkritika, továbbá az orvosi közönségnek nagyobb érdeklődése a nagyobb tapasztalatokból levonható előadások iránt. Ezért tartatja az igazgatótanács a sorozatos előadásokat az idén a syphilisről, még pedig demonstratiókkal egybekötve. Az érdeklődés ezen előadások iránt óriási. Az orvos továbbképzésében is tevékeny részt vesz a Közkórházi Orvostársulat.

Ezután az elhunytakról emlékezik meg: *Hirschler Ágoston*-ról és *Barbás József*-ről. A kültagok közül elhunytak: *Kosztka Emil, Rózsaffy Alajos, Apatitzky Sándor, Lindner Sándor, Petsits Márk, Reiner Gyula.* 12 tagot töröltek, 13 új tagot felvettek. A tagok száma 371.

Megemlékezik a titkári jelentés *Müller Kálmán* báró kórházi igazgató, a Közkórházi Orvostársulat első elnöke és megalapítója távozásáról, a kinek érdemeit a Közkórházi Orvostársulat 1909-ben méltányolta, a mikor díszelnökévé választotta meg.

Az igazgatótanács új tagjai lettek: *Benedict Henrik, Kovács József, Winternitz Arnold, Furka Sándor, Ritoók Zsigmond.*

A tisztikart az igazgatótanács a következőképp alakította meg: elnök: *Ángyán Béla,* alelnök: *Szontágh Félix,* titkár: *Pólya Jenő.*

Marsovszky Pál pénztáros jelentése szerint bevétel 3032 K 74 fill., kiadás 1250 K 16 fill., marad 1782 K 58 fill.

Az elnök ezután elrendeli a választást. Megválasztották ülés-elnökké *Fauser Árpád*-ot és *Körmöczi Emil*-t. Külső titkárrá: *Szinnyei József*-et, pénztárossá: *Marsovszky Pál*-t.

A mai szülészet.

Tóth István: Az orvosi foglalkozások között nálunk a szülészet maradt legtovább avatatlanok kezében s általánosan még ma sincs az orvosok kezében, sőt az országban sok helyütt még bába sincs. A közönség a szülést olyan természetes folyamatnak tekinti, a melyhez nem kell orvos, az orvosok pedig nem szívesen foglalkoznak a szülészettel, mert minden orvosi foglalkozás között a legnagyobb felelősséggel jár, a legtöbb időt követeli, a legjobban leköti az orvost. Sok a szülés súlyos szövődménye és sok olyan dologért visel felelősséget az orvos a szülésnél, a mely nem áll mindig hatalmában. Előadásában néhány képben a mai szülészet állását akarja bemutatni, leírva az eredményeket, törekvéseket, s jelezve az eldöntetlen vitás kérdéseket.

Az elmult évtizedek socialis kérdései között dominál az „emberanyag" kérdése s ezzel együtt a „gyermek-kérdés"; a mai tudományos szülészet is ez irányban hajtotta legszebb ágait; a mai szülészetet jellemzi a „gyermekmentés" tökéletesítése.

A szűkmedenczés szülés vezetésében a magzat életét feláldozó műtétek helyét a magzat életét respektáló eljárások foglalják el, egyrészt a prophylaxisos eljárások (mesterséges koraszülés, prophylaxisos fordítás, részben a relativ indicatióból végzett császármetszés); másrészt a várakozás sikertelensége esetén a szülés olyatén való befejezése, hogy a magzat is megmenthető: magas fogó, császármetszés, hebosteotomia, legújabban az extraperitonealis császármetszés.

Statisztikai adatok alapján birálja az egyes eljárásokat s a szűkmedenczés szülés vezetésében ma a prophylaxisos eljárásoknál sikeresebbnek tartja a conservativ, várakozó eljárást, mivel e mellett 80%-ában a szűk medenczéknek spontán folyik le a szülés, ha pedig megakad, a mai sebészeti eljárásokban olyan fegyverünk van, a melylyel mindkét élet a legtöbbször megtartható. Mindennek feltétele azonban, hogy a szűkmedenczés nő szülőintézetben szüljön. A nagy gyakorlatban, de szülőintézetekben is fertőzött lázas szülőnőn ma sem kerülhető el az élő magzat perforálása.

Második themája a *placenta praevia* kezelése. Itt a tamponade mellett a burokrepesztés, a *Braxton-Hicks*-féle kombinált fordítás, a peteürbe helyezett ballonnal való tamponálás s egyszersmind a szülés siettetése, majd a vaginalis császármetszés, legújabban a klasszikus s az extraperitonealis császármetszés a művelt s ajánlott eljárások. Végigbirálja a régibb és az újabb eljárásokat s a következő conclusióra jut:

1. a hol mód van rá, az első vérzésroham után a placenta praeviás szülőnő intézetbe szállítandó;

2. a tamponálás a fertőzés szempontjából veszedelmes, therapeutice kevés értékű, tehát csak szükségből s akkor is a legnagyobb asepsises kautelák mellett végzendő;

3. placenta praevia lateralis eseteiben kedvező körülmények között elégséges a burokrepesztés a vérzés megszüntetésére;

4. különben vagy a kombinált fordítás vagy a hysteuresis végzendő; az előbbi egyszerűbb, ennélfogva a nagy gyakorlatra alkalmasabb, az utóbbi inkább biztosítja a magzat életét s ezért szülőházakban, különösen életképes magzat mellett a magángyakorlatban is lehetőleg ez művelendő;

5. kivételesen placenta praevia centralis eseteiben rigid lágyszülőutak mellett, szűkebb medenczénél, szóval összetett indicatio alapján végezhető a klasszikus császármetszés.

Harmadik themája az *eklampsia.*

Aetiologiája ma is homályos, igen sok theoriát állítottak fel megfejtésére, egyik-másik tetszetős, de általánosan egy sem fogadható el. Innen van azután, hogy az eklampsia therapiája is folyton változó, nem egységes.

Azon tapasztalat, hogy az eklampsia a szülés lefolyása után igen gyakran megszűnik, mindinkább támogatta azon therapiát, a mely a szülés mielőbbi befejezésében, a méh gyors kiürítésében látta az eklampsia legsikeresebb gyógyítását; támogatta az eljárást azon tetszetős theoria is, hogy az eklampsia kórokozója a magzat anyagforgalmából eredő bomlástermék, toxinfelhalmozódás. És kapóra jött a szülést gyorsan befejező eljárásoknak egész sorozata: a *Bossi*-féle műszerrel, ballonnal való tágítás, a vaginalis sectio caesarea, az extraperitonealis császármetszés; való igaz, hogy a szülés gyors befejezésével javult az eklampsia mortalitása. Legújabban *Stroganoff* ismét a narcoticumokkal való régi kezeléssel ért el kiváló eredményeket. Bármelyiket kövessük, legjobb a szülőnőt súlyos betegségével intézetbe szállíttatni. A nagy gyakorlat számára *Stroganoff* eljárása látszik alkalmasabbnak.

Negyedik thema *a rendes szülés után benmaradt lepényrészlet eltávolításának s ezzel együtt a lázas abortusok kezelésének nagy kérdése.*

Régi therapiánkat látszik felforgatni *Winter* tanárnak a strassburgi gynaekologiai congressuson nagy tanulmányon alapuló azon kijelentése, hogy lázas gyermekágyason veszedelmesebb a benmaradt lepényrészletet eltávolítani, mint továbbra is benhagyni, majd azon tanácsa, hogy lázas abortusnál, ha streptococcus mutatható ki, igen veszedelmes a méhür kitakarítása. E meglepő kijelentése a komoly tudósnak nagy mozgalmat, munkásságot indított meg. Klinikai és bakteriologiai megfigyelések ma már kimutatták, hogy *Winter* aggodalma túlzott ugyan, de mindenesetre értékes „memento“ a gyermekágyban eddig sok helyen követett polypragmasiával szemben; másrészt azonban éppen a lázas abortusok kezelését illetőleg éppen az előadó bő statisztikai adatai alapján nincs okunk a régi activ eljárástól eltérni, de mindenesetre a befejezés legenyhébb módja választandó. Ez irányban értékes adatokat találhatni *Mihálkovics Elemér*-nek a „Gynaekologia“ 1911. évi 4. számában az előadó osztályáról megjelent dolgozatában.

Előadása utolsó fejezetében ismételten hangsúlyozza az előadó, hogy a szülés vezetése hozzáértő orvos kezében legyen, s miuthogy ezt a mi anyagi és socialis viszonyaink között a magánlakás nem nyujthatja, javasolja, hogy a főváros, melynek mindenben jó példával kell előljárnia, építsen a közkórházaktól külön szülőházat, gyermekágyas otthont, a melyben megtalálja helyét éppúgy a legszegényebb néposztály, mint a főváros legnagyobb, legértékesebb elemét tevő középosztály is, a hová nemcsak mindennemű rendellenesség beszállítható legyen, hanem a hol intelligentiájának megfelelő elhelyezést nyerjen a középosztály minden olyan szülőnője, a kinek otthona nem nyujtja azon feltételeket, viszonyokat, a melyek a szülés legkedvezőbb lefolyására, vezetésére alkalmasak.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A pruritus ani kezeléséről folyt a vita a „Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins“, deczember 11.-én tartott ülésén. *Rotter* 10 esetet kezelt Röntgen-sugarakkal és 8 esetben gyógyulást ért el; körülbelül egy hónapi időközökben alkalmazta a Röntgen-fényt; az eredmény néha már egynéhány besugárzásra megvolt, máskor azonban egy évig is tartott a kezelés. *Olshausen* a mesotantól látott jó eredményt. *Sonnenburg* szerint főleg fiatal embereken nem szabad figyelmen kívül hagyni a Röntgen-fény károsító hatását a potentiára; a kék és vörös fény használatát ajánlja. *Israel* szintén jó hatását látta a Röntgen-sugaraknak. *Körte* több súlyos esetben gyökeres kimetszést végzett, főleg ha haemorrhoidákkal társult a baj.

PÁLYÁZATOK.

201/1912 ikt. sz.

Szeged szab. kir. város közkórházánál lemondás folytán megüresedett **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom ennélfogva mindazon nőtlen orvos urakat, kik ezen 1200 korona évi fizetéssel s a közkórházban egy bútorozott szobából álló természetbeni lakással, fűtéssel és világítással és I. osztályú élelmezéssel egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy kellően fölszerelt kérvényeiket Szeged szab. kir. város polgármesteri hivatalához czímezve **1912. évi február hó 17. napjának** déli 12 órájáig nyujtsák be.

Szeged, 1912 január 27.-én.

Dr. Boros József, igazgató-főorvos.

A hernádvölgyi magyar vasipar részvénytársaság korompai gyártelepén egy **kórházi alorvosi állás** megüresedvén, pályázat hirdettetik.

Az állás javadalmazása: 200 korona havi fizetés, a kórházban egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés és világítás. Élelmezést a helybeni tiszti kaszinóban havi 40 koronáért kaphatni.

Pályázhatnak nőtlen orvosdoktorok és orvosnők, kik gyakorlati évüknek már birtokában vannak. Sebészeti gyakorlat kimutatása előnyel bir. Az alorvos magángyakorlatot nem folytathat.

Pályázati kérvények a hernádvölgyi magyar vasipar részvénytársaság nagytekintetű vezérigazgatóságához (Budapest, V., Nádor-utcza 36 II. emelet) czímezve, **Korompai Vasgyárra a kórházvezetőségnek február hó 25.-éig** beküldendők.

Korompai vasgyár, 1912 január 24. *Kórházvezetőség.*

345/1912, sz.

Bokszeg község székhelylyel rendszeresített **körorvosi állásra** pályázatot nyitok és felhivom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvostudori oklevéllel eddigi szolgálatukat, vagy gyakorlatukat igazoló bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket hozzám **1912 márczius 1.-éig** nyujtsák be.

Az állás javadalmazása:

1. Az 1908: XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 korona törzsfizetés, négy izben ismétlődő 200—200 kor. korpótlékkal.
2. 400 korona lakbér.
3. Szabályrendeletileg megállapított látogatási és halottkémi díjak.

Hatóságilag igazolt szegények díjtalanul kezelendők.

A körhöz Bokszeg község székhelylyel Repszeg, Monyoró, továbbá a barzai körjegyzőségben levő Barza, Áldófalva és Kőrösvajda községek tartoznak.

A választást a bokszegi körjegyzői irodában később meghatározandó napon fogom megtartani.

Borosjenő, 1912. évi január hó 29.-én.

Borsos Géza, főszolgabiró.

Az I. cs. kir. szab. Dunagőzhajózási társaság bányaművein a Mecsekszabolcs **kerületi bányaorvos állása** 1912. évi junius hó 1.-étől kezdve a következő feltételek alatt betöltendő:

A felvétel egy próbaévre történik 2400 korona évi fizetéssel természetbeni lakással, fa- és szénilletménynyel és villamos ingyenvilágitással a megszabott mennyiségig.

Kielégítő próbaév után az alkalmazás véglegesen történik a társasági nyugdíjalapba való felvétel mellett, a mikor a fizetés egyidejüleg 2800 koronára emeltetik.

További fizetésemelések négy évi időközökben kielégítő szolgálattétel mellett 4000 korona legmagasabb fizetésig történnek.

Magángyakorlatnak folytatása meg van engedve, a mennyiben a bányaorvosi szolgálat ez által nem szenved.

Meg nem felelő szolgálatteljesítés esetében az igazgatóság fentartja azon jogát, hogy a szolgálatot bármikor három hóra felmondhassa.

Pályázók, kik a magyar és német nyelvet bírják, a szokásos okmányokkal és rövid curriculum vitae-val ellátott ajánlataikat legkésőbben folyó évi **márczius hó 15.-éig** alulirott bányaigazgatósághoz nyujtsák be.

Pécs, 1912. évi január hó 29.-én.

Az első cs. kir. szab. Dunagőzhajózási társaság bányaigazgatósága Pécsett.

A Temesvári Kerületi Munkásbiztosító Pénztár igazgatósága pályázatot hirdet *egy évi 2600 korona kezdőfizetéssel javadalmazott* **belgyógyász rendelőintézeti** és *egy évi 2600 korona kezdőfizetéssel javadalmazott* **fogorvosi állásra.**

A sajátkezűleg irt pályázati kérvények a pénztár igazgatóságához czímezve, zárt borítékban, „Ajánlat orvosi állásra“ felirattal ellátva, jelen pályázati hirdetménynek a Munkásbiztosítási Közlönyben való megjelenésétől számított **15. napnak déli 12 órájáig** nyujthatók be.

A pályázók magyar állampolgárságukat, továbbá azon körülményt, hogy oklevelüket valamely hazai törvényhatóság beiktatta és kihirdette, beigazolni kötelesek. Azon pályázók, a kik sikeres pénztárorvosi szolgálatot tudnak igazolni, előnyben részesülnek.

Ha a megválasztott orvos csőd vagy gondnokság alatt áll, vagy hivatalvesztés vagy politikai jogainak felfüggesztésére szóló itélet hatálya alatt áll, továbbá, ha nyereségvágyból elkövetett vétség vagy bűntett miatt jogerős bírói itélettel elmarasztaltatott, megválasztása semmisnek tekintetik.

A belgyógyász rendelőintézeti orvos tartozik a pénztár központi rendelőintézetében, a főorvos által megállapitandó munkakört, ezen felül pedig a sebészi sanatorium fekvő betegeinek gyógykezelése körül felmerülő éjjeli inspectiós szolgálatot, a bennlakó alorvossal vagy orvosgyakornokkal felváltva végezni.

A fogorvos pedig tartozik a pénztár központi rendelő intézetében, a főorvos által megállapitandó 3 órán át rendelni, ezen idő alatt az összes fogorvosi teendőket végezni, ha a rendelés ideje erre elégségesnek nem mutatkoznék, a fogtechnikus által is végezhető teendőket, felügyelete mellett, az általa alkalmazandó fogtechnikus bevonásával is végezheti.

A drog a pénztár által természetben szereztetik be, megjegyeztetik azonban, hogy a mennyiben a műfogak természetbeni beszerzése akadályokba ütközik, ezek a fogorvos tulajdonát képező készletből használhatók úgy, hogy a pénztár az ilyképp felhasznált műfogak beszerzési árát a fogorvosnak, havonként beterjesztendő eredeti számlájára, megtéríti.

A választás ideiglenes és csak egy év mulva válik jogerős határozattal véglegessé. Az ideiglenes alkalmaztatás tartama alatt a szolgálati viszony 3 havi felmondással kölcsönösen felbontható.

A megválasztatt orvos alkalmaztatása állásának tényleges elfoglalása napjától veszi kezdetét és szerződés megkötésével történik.

Kelt Temesvárott, a pénztár igazgatóságának 1912. évi január 24.-én tartott üléséből.

Ludvig Jakab s. k. ügyvivő igazgató. — *Dr. Aczél Rezső* s. k. elnök.

56. évfolyam. **6. szám.** *Budapest, 1912 február 11.*

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.

Kétly Károly: A bénult arczideg párosítása a nyelvalatti ideggel. 97. lap.

Rejtő Sándor: A hurut okozta középfülelváltozásokról. 99. lap.

Dollinger Gyula: A rákstatisztikák eredményei. 100. lap.

Ország Oszkár: A gümőkórellenes küzdelem a drezdai közegészségi kiállításon. 105. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Ibrányi Alice*: Német és angol ápolónők. — *Max Goldzieher*: Die Nebennieren. — *Lapszemle. Belorvostan. Oppenheimer*: Az állatoltás útján történő gyorsított tuberculosis-kimutatás. — *Révész Vidor*: A „thorax phthisicus és thorax asthenicus". — *Sebészet. B. Baisch*: A tuberculosisos lymphomák Röntgen-kezelése. — *Gyermekorvostan. St. Rygier*: A kis leányok gonorrhoeás vulvovaginitisének arthigonnal való kezelése. — *Bőrkórtan. I. Simon*: A venaesectio és konyhasóinfusio dermatotherapiás alkalmazása. — *Venereás betegségek. Kochmann*: A salvarsan toxicitásának vizsgálata állatkisérletekkel. — *Húgyszervi betegségek. I. Duhot*: A nem gümőkóros prostatagenyedésekről. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Nerking*: Eurespiran. — *Hoesslin*: Oxygenfürdő. 107—110. lap.

Magyar orvosi irodalom. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 110. lap.

Vegyes hirek. 110. lap.

Tudományos társulatok. 112—118. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A bénult arczideg párosítása a nyelvalatti ideggel.*

Kétly Károly-tól.

A most 19 éves leány beteg lett 1909 májusban, a klinikára fölvétetett 1911 november 28.-án.

Atyja alkoholista, delirium tremens miatt elmegyógyintézetben volt; anyja ideges, ingerlékeny, jelenleg tüdőtuberculosis miatt sanatoriumban van. Egy testvére él és egészséges.

Négy éves korában súlyos lázas betegség (állitólag szamárhurut, vörheny), melynek folyamán fülfolyása támadt. 14 éves korában typhus abdominalis s újból fülfolyás.

A menstruatiója 11 éves korában jelentkezett. Rendetlen, hosszantartó erős vérzések.

Mostani betegsége 1909-ben kezdődött. Fülbaja kiújult, majd (1909 május 22.-én) heves fejfájás, szédülés lepte meg; fültöve gyuladtan megdagadt, nehezen nyelt.

1909 május 25.-én gyökeres műtét. A műtét után bal arczfele ferdén állott, bal szeméből könye csurgott. Nyeléskor a víz az orrába került. Selypítve beszélt. A nyála kicsordult. Az ételek ízét nem érezte.

Négy héttel később, 1909 junius 28.-án facialis-hypoglossus-egyesítést végeztek rajta, a facialis distalis felét a kettémetszett hypoglossus centralis végével egyesítve. A műtét után két hétig nem tudott nyelni, beszéd közben nyelve megbicsaklott, elfordult úgy, hogy nyelvét megharapta.

Ez időtől fogva állapota javul. 1909 deczemberében elmarad a nyálfolyás, később a könycsurgás. Egy év óta szemét kissé tudja hunyorgatni s arcza sem oly ferde s mozdulatlan.

Jelenleg is arczának ferdeségéről s hiányos mozgásáról panaszkodik. Időnként arczában villanó fájdalmat, zsibbadást, összerándulást érez. Gyöngének érzi magát és ideges; gyomra gyakran rossz.

Jelen állapot: Gyengén fejlett, mérsékelten táplált leány. A mellkas és a has szervei épek. A gyomortáj nyomásra érzékeny. Kisfokú anaemia.

A bal fül mögött a gégefő bal hátulsó nyúlványáig terjedő linearis hegvonal látható. A bal vállon neurodermia.

Az idegrendszer és érzékszervek vizsgálata. A beteg igen értelmes, élénk, de kedélye labilis, depressióra hajló, érzékeny. Beteges elváltozást csak az arczon és a fültövön találunk.

A bal arczfél petyhüdtebb, kifejezéstelenebb mint a jobb. A homlok baloldalt síma, a sulcus naso-labialis elmosódottabb. A bal szemrés tágabb a jobbnál. A felső szemhéj a szemet lefelé nézéskor elég jól követi, de szemhunyáskor a zárás nem tökéletes. Ilyenkor a szemgolyó fölfelé fordul. Fölszólítva, hogy szemét erőteljesen hunyja, a beteg a szemrést teljesen zárja. Hogy ezt elérje, nem a szemhunyást kell gondolnia és akarnia, hanem nyelvét kell bal szájfalához szorítania. Bal szemét külön hunyni nem tudja. Alvás közben bal szeme nem teljesen csukott, hanem késhátnyi rész szabad marad.

Az orr kissé jobbra görbült, a bal orrszárny lélegzéskor nem mozog.

A beteg homlokát sem hosszában, sem keresztben nem tudja ránczolni s némi mozgás csak akkor sikerül, ha nyelvét mozditja.

A szájzug baloldalt mélyebben van, mint jobboldalt, az egész száj kissé jobbra húzódott, különösen fogai mutatásakor. Arcza felfúvásakor a levegő baloldalt kitör; fütyülni nem tud, gyengén fujni igen.

Beszéd közben nyelve néha elakad, néha selypítve mond egy-egy szót. A falatot mindig jobboldalt rágja s állitólag csak szája jobb feléből tud nyelni. A musculus subcutaneus colli bal oldalon gyengén működik.

* Előadás betegbemutatással a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1912 január 20.-i r. ülésén.

A száj nyugodt kinyitásakor a nyelv jobb oldalon fekvőnek látszik, kiöltéskor erősen balra hajlik. A nyelv bal fele elülső $^2/_3$-ában erősen sorvadt, sokkal kisebb a jobb félnél, ránczos, rajta fibrillaris rángások láthatók.

A bal garatív lejebb áll, mozgatáskor kissé elmarad. Az uvula jobbfelé eltolódott és jobbfelé görbült.

A nyelv bal felének elülső kétharmadán ízérzés nincs, de a tapintás-, fájdalom- és hőérzés megvan.

Nyugalomban.

Alvás idején.

Jobb szem behunyása.

Bal szem behunyása.

Nyelv-kinyujtás.

A beteg oldalon a facialis reflex nem váltható ki, míg az ép oldalon jelen van. A villamos ingerlékenység a beteg arczfélen is megvan, de az izmok mozgásai renyhébbek s az ingerléshez, úgy közvetett, mint közvetlen izgatáskor, úgy galvános, mint farados árammal valami kevéssel erősebb áram kell, mint a jobb oldalon. Másfél hónapi rendszeres villamozás után a beteg oldal ingerlékenysége nőtt, különösen az indirect galvános izgatás kathod-zárási rángása lett könnyebben elérhető.

A fül vizsgálata (*Udvarhelyi* dr.). A mélyhangú hangvillát baloldalt alig, jobboldalt kelleténél gyengébben hallja, a magashangút baloldalt kevéssé, jobboldalt elég jól hallja. A sugóbeszédet mindkét oldalt $1^1/_2$ m. távolból hallja. *Weber* középen, *Rinne* baloldalt negativ, jobboldalt gyöngén positiv.

A gyógyítás a bénult arczfél naponkénti, majd másodnaponkénti villamozásából s az arczmozgatás gyakorlatozásából, roborans kezelésből s a felmerült tünetek (menorrhagia, ideges gyomorpanaszok stb.) csillapításából állott.

Az alkalmazott villamozás: kombinált áram. Galvan-kathod 5—6 M. A. Farad: secundaer tekercs, az ingerküszöbnél valamivel erősebb áram. 10 cm²-es elektrod a beteg arczfélen mozgatva. Egy-egy villamozás tartama 5—6 percz.

Összefoglalás. Az arczidegbénulás sebészi kezeléséről saját tapasztalásaink és az irodalomban közölt adatok alapján a következő véleményt mondhatjuk.

Ha a bénulás oka az ideg elmetszése — műtét közben vagy sérülés folytán —, lehetőleg megkisérlendő az ideg metszésvégeinek egyesítése, még pedig minél előbb.

Ha ez nem lehetséges, akár a bénulás oka, akár a sérülés természete miatt, elsősorban az idegorvosi kezeléssel kell kisérletet tenni. Legalább 1 évi kitartó és rendszeres gyógyítás (villamozás) kisérlete jogosíthat csak arra, hogy az ilymódú törekvést reménytelennek mondhassuk. A tartós kezelés néha kétségbeejtően csökönyösnek látszó esetekben is győzedelmeskedik.

Az idegbeültetéssel úgy sem kell sietni, mert egyrészt igen régi és elhanyagolt esetekben is elértek eredményt, néha jobbat, mint friss bénulás esetén, másrészt nem ritka tapasztalás, hogy az idegágak és az izmok ingerlékenysége még nagyon idősült esetekben sem vész el egészen. (Talán az ép oldal arczidegének befolyása, mint *Bossi* és *Jordini* esetében.)

Ha már műtétre kerül a sor, a legjobbnak látszik a hypoglossus-szal egyesítés.

Az accessorius nem jó alany, mert még ha csak egyes ágait használjuk is, elkerülhetetlen a feltünő és torzító együttmozgások megjelenése és a sterno-cleido-mastoideus atrophiája.

Együttmozgásokat okoz a nyelvalatti ideg használata is, de ezek kevésbé feltünőek s kevésbé terhesek. A beteg arcza mozdulni fog, valahányszor a nyelve mozdul, de ez úgyis elég gyakran együtt jár. A hypoglossus elmetszését követő sorvadás és mozgás-zavar titkolható és érzékeny hiányosságot nem okoz; az accessorius felhasználása kellemetlenebb következményekkel jár.

Az arczideg a műtét után sem lesz oly használható, mint ép korában volt. Nem várhatunk mást, mint az arczizmok tonusának emelkedését, az izmok atrophiája elmarad s villamos ingerlékenységük legfeljebb quantitative változik meg, de elfajulási reactio nem áll be, minek következtében a nyugodt arcz symmetriája úgy a hogy visszatér s arczmozgáskor az ép arczfél mozgása nem fog oly ellenállás nélküli félrehúzódásokat okozni, mint azelőtt. Maga a beteg arczfél azonban nem úgy mozog, mint ép állapotban. Az arczjáték szabálytalan; vannak ugyan mozdulások — ha a nyelv is mozog —, de valódi arczjáték nincsen. A beteg most is torzkép, csakhogy másmilyen, talán kevésbé kínos.

A beteg tudja mozgatni arczát, de csak a maga egészében, minden izmot dolgoztatva. Arczának egyes részeit mozgatni, a mozgásokba számos árnyalatot és combinatiót hozni képtelen.

A beteg arczmozdulása sohasem olyan igazi önkéntelen arczmozgás, mint az ép emberé. Van akaratlan arczmozdulása, mikor voltaképpen nyelvét akarja — talán önkéntelenül — mozgatni, s van akaratlagos arczmozgása, de ez mindig annak a megtanult ténynek átgondolásával jár, hogy az ő arcza akkor mozog, ha nyelvét akarja mozgatni. Megengedhető, hogy talán hosszas gyakorlattal automatismus fejlődhetik ki, de az igazi „önkéntelenség“ sohasem fejlődhetik ki.

Jellemző az is, hogy a beteg, ki szemét hunyni jól tudja, mégsem alszik csukott szemmel. A lagophthalmus csak annyira szűnik, a mennyire az izompetyhüdtség megszűnése javított a helyzeten. Még a rágásban és a falatnak a szájban megdolgozásában sem működik az operált oldal arczidege. Itt a nyelvmozgással párosultság inkább aggat, minthogy segítene. A falatgyúrás nem akarattal elemzett mozgás, tehát nem is ér benne az új facialis többet, mint a mennyit a tonusjavítás révén használt. Valóban számottevő haszon a könycsurgás megszűnése.

Hypoglossusba ültetés esetén a felsorolt előnyökkel és eredményekkel szemben áll a nyelvfél sorvadása, a beszéd csekély zavara s a nyelés tökéletlensége.

Mint látjuk, nem a hátrányok nagyok, hanem az előnyök kicsinyek s ha lelkiismeretesen mérlegeljük a dolgot, bizony kevés esetben fogják specialis mellékszempontok a mérleget a műtét javára billenteni.

Végül utalnom kell azon kisérletekre, melyeket sebészek[1] és [2] izomplastikával végeztek a bénult izmok javítására. A szomszéd rágó- vagy halántékizom nyalábjait a szem-, illetőleg szájzughoz erősítik, ezáltal az arcz asymmetriája nyugalmi helyzetben javul, a mennyiben a lelógó ajkszöglet emeltebb lesz, a lagophthalmus javul és talán a rágási viszonyok is kedvezőbbé válnak. Mimika alkalmával azonban a torzulás még szembeötlőbb, mint operatio nélkül.

Kötelességem felemlíteni, hogy körülbelül 3 év előtt *Bakay Lajos* tagtárs itt az orvosegyesületben ugyancsak egy hasonló műtéti esetet mutatott be; az eredmény, mint hallom, elég kedvező.

A hurut okozta középfülelváltozásokról.*

(Idösült középfülhurut.)

Irta: ***Rejtő Sándor*** dr. fülorvos

A milyen egységes ezen leggyakoribb fülbajnak tünetcsoportja, olyan változatos a pathologiai képe. A lefolyt hurutnak mindenféle következménye szerepelhet, de tulajdonképeni hurutot nem találunk s azért találóan nevezi *Politzer* ezen bajt a heveny középfülhuruttal szemben igy: „katarrhalische Adhäsivprozesse im Mittelohre“, a mit fordításban „hurut okozta középfül-elváltozások“-nak fogok nevezni. A bántalom kezdete mindig heveny tuba- vagy dobüreghurut, esetleg mind a kettő.

Ha az orrgaratüregből behatoló kórokozó megtámadja a tuba és a dobüreg nyálkahártyáját, mely megduzzad, vérbő lesz s a vérkeringés részéről savós exsudatum, a nyálkahártya részéről pedig — különösen a tubában — fokozott nyálkaelválasztás áll elő, akkor a catarrhus acutus exsudativus képét ismerhetjük fel sokszor a dobhártyán keresztül is. Ha azonban a bántalom csak a tuba egy részére terjed s a tuba megduzzadt nyálkahártyája megszűkíti vagy elzárja a levegő útját, akkor a dobüreg levegője (részben felszívódván) megritkul, a dobhártyát a külső légnyomás benyomja és ezen mechanikai hatás okozza a heveny hurut tüneteit.

A mint a tuba-passage a hurut megszünésével helyreáll s az esetleges exsudatum felszívódik, megszűnnek a hurut tünetei; teljes gyógyulás áll be. Teljesen ép orr-garatüreg mellett, ha az infectio nem volt nagyon virulens, gyakran látjuk a baj ilyen gyógyulását, melyet egy pár *Politzer*-féle befúvással siettethetünk. Azon esetekben azonban, a melyekben az orr-garatüreg idősült hurutja miatt a fülhurut elhúzódik, lassan gyógyul, vagy pedig gyors egymásutánban kikiújul (adenoid vegetatio), pathologiai eltérések állhatnak elő a középfülben.

Az erősen behúzódott dobhártya erei megtöretvén, ennek táplálkozása zavart szenved és ily módon atrophiás lesz: meglazul, megvékonyodik. A kalapácsmarkolat behúzódása zavarja a hallócsontocskák izületeinek mozgását, különösen ha összenövés jön létre a kalapácsmarkolat és promontorium között. Más esetben, különösen az exsudativ hurutok után, lerakodások és megvastagodások állnak elő a dobhártyán, a dobüreg membranáin és szalagjain, a hallócsontocskák izületeiben és a kengyeltalp körül.

Minthogy pedig ezen sokféle pathologiai elváltozás mind a hangvezető apparatusban jön létre, azért úgy az objectiv tünetek mint a subjectiv panaszok általában függetlenek lesznek a finomabb pathologiai képtől és csakis nagyjában jelzik, hogy a bántalom helye a hangvezető készülékben van.

A beteg panasza: nagyothallás és fülzúgás. A vizsgálat eredménye: a normalistól eltérő dobhártyakép, szűkült tuba, negativ Rinne, a mély hangok kiesése ép vagy meghosszabbodott csontvezetés mellett. A mint látjuk, sem a panaszok, sem a tünetek nem igazítanak útba a baj lényegére nézve s igy természetes, hogy nehéz dolog a helyes therapiát megtalálnunk. Ezért van olyan sok gyógyító eljárásunk s oly kevés eredményünk.

A gyógyító eljárások három czélt szolgálnak:

1. A tuba átjárhatóságának javítását. (*Politzer*-féle befúvások. Katheter. Bougie.)

2. A középfül mobilizálásának fokozását. (Katheter. Massage. Villanyozás. Műtétek.)

3. A lerakodások felszívódását. (Villanyozás. Massage. Ivókúrák. Izzasztó kúrák.)

A sablónos vagy ötletszerűen elővett gyógykezelés csakis a gyógyító módok hitelét ássa alá; csakis pontosan felállított diagnosis alapján kezdett czélirányos, individualizáló kezeléssel érhetünk el eredményt. Csakhogy ennek a pontos diagnosisnak a felállítása sokszor nehéz, nem ritkán lehetetlen. Az esetek egy részében az ú. n. otosclerosissal téveszthetjük össze a bajt, más esetben ismét komplikálva lehet a baj a hangfelfogó készülék megbetegedésével. A finomabb hangvilla-vizsgálatokkal sokszor kimutathatjuk a labyrinthus bántalmazottságát is, a mi egyes vizsgálókat arra a gondolatra vezetett, hogy téves irányban dolgozunk, a mikor itt csakis a középfület gyógyítjuk, mert „ezen esetben a hallás-zavar nem felel meg tisztán középfülhurutból eredő nagyothallásnak, hanem a labyrinthus bántalmazottságára enged következtetést vonni“.

Ezt az elvet vallja *Török Béla* dr. másfél év előtt megjelent dolgozatában,* s elvének helyességét számos sikeresen gyógyított esettel igyekszik bebizonyítani, mely esetekben a középfül kezelése nélkül csakis a labyrinthust gyógyította. Ha a hurut okozta középfülelváltozásoknál csakugyan egy labyrinthitis serosával állhatunk szemben — a mint ezt *Török* dr. állítja —, akkor az „idült középfülhurutok“ therapiájában határkőhöz érkeztünk, mely új irányt jelez.

Lássuk, hogyan építi fel tételét *Török* dr. fenn említett czikkében:

„Ugy a klinikai megfigyelések, valamint a kórbonczolástani vizsgálatok a mellett szólanak, hogy a középső fül gyuladásos megbetegedéséből indukált oly enyhe alakja létezik a labyrinthus-gyuladásnak, melyben a labyrinthusfalon való áttörés nélkül áll be lobos visszahatás annak belsejére, minek folytán ott lobos transsudatio s igy az endolabyrinthalis

[1] *A. Jianu*: Die chirurg. Behandlung der Facialislähmung. Deutsche Zeitschr. für Chirurgie CII. H. 4—6. S. 377.

[2] *Momburg*: Die kosmetische Behandlung der Facialislähmung nach *Busch*. Berliner klin. Wochenschrift, 1910. 24. sz.

* Előadás a Budapesti Kir. Orvosegyesület otologiai szakosztályának 1912 jan. 26.-án tartott ülésén.

* *Török Béla* dr., közkórházi rendelőorvos: A labyrinthitis serosáról. Orvosi Hetilap, 1910. 28., 29. és 30. sz.

nyomás megnövekedése jön létre.“ Legtöbbször ezen kórképre az *Alexander* által felvetett *labyrinthitis serosa* elnevezést találjuk alkalmazva.

„Ha lehetséges, hogy középfülgenyedés kapcsán savós gyülem támadjon a labyrinthusban, pathologiás-anatomiai szempontból a genyes gyuladás és a catarrhalis gyuladás között csak gradualis különbség lévén, semmi sem szól ellene, hogy a középfül hurutos megbetegedése esetén a labyrinthus belsejében hasonló elváltozás ne mehessen végbe.

Azon feltevésből indulva ki, hogy serosus exsudatióról lévén szó a labyrinthusban, a felszívódás lehető gyorsítása jótékony hatással kell hogy legyen egy oly módfelett érzékeny szervben, mint a labyrinthus s főleg annak csigai része, a felszívódást elősegítő kezelést foganatosítottam.“

Ezen az alapon adja *Török* dr. a pilocarpin-injectiókat.

Ha ezek után végigvizsgáljuk azon gyógyult eseteket, melyeknek pontos kórleirását közli tanulmányában, azt látjuk, hogy ezek legnagyobb része hurut okozta középfülelváltozás (13 eset), régi, 1—20 éves bajok, nem hurutok, semmiképpen sem gyuladások és így elesik az a kétségtelenül szellemes analogia, melyet a szerző a fül genyes és catarrhalis gyuladása között esetei alapján felállitott. Nem lévén gyuladás a középfülben, nincsen semmi, a mi gyuladást indukálhatna a labyrinthusban.

De nemcsak ezen hurut okozta középfülelváltozásokra, hanem a valódi középfülhurutokra nézve sem fogadhatjuk el ezen analogiát, mert azon tétel, hogy „genyes gyuladás és catarrhalis gyuladás között csak gradualis különbség van“, mindig csak egy bizonyos nézőpontból mondható.

Szövettanilag szóról-szóra igaz ez. Mind a két esetben ugyanazon elváltozásokkal találkozunk: az epithel degeneratiója, oedema s leukocyta-infiltratio megvan úgy a genyes, mint a catarrhalis gyuladásban, csakis gradualis a különbség. De más nézőpontok is szerepelnek a labyrinthitisben, annál inkább, mert a labyrinthitis serosát nagyon sok szakember toxinhatás eredményének tartja.

Ha pedig bakteriologiai szempontból nézzük a kérdést, akkor qualitativ különbséget kell feltételeznünk, a mint qualitativ különbség van a közönséges bélhurut s a cholera között, melyek szövettanilag csak gradualis különbséget mutatnak.

A hurut okozta középfülelváltozások mellett nem fogadván el labyrinthitis serosa jelentkezését, hogyan magyarázhatók meg az ilyen esetekben már említettem hangvilla-tünetek, melyek a hangfelfogó készülék megbetegedését jelzik?

Ez a labyrinthus-affectio az alapbajtól függetlenül is fennállhat, de lehet ennek következménye is. Függetlenek elsősorban a lues, nicotin, alkohol, scarlatina, nephritis stb. kapcsán elég gyakran jelentkező toxikus labyrinthus-bántalmak. *Politzer, Manasse, Habermann* stb. vizsgálatai a hurut okozta középfülelváltozások mellett néha az otosclerosishoz hasonló elváltozást találtak a labyrinthus-tokban; ezt az eredményt is azon labyrinthus-bántalmakhoz számítom, melyek a hurutos eltérésektől függetlenül jelentkeztek.

A hurut okozta középfülelváltozások nézetem szerint csakis úgy okozhatnak labyrinthus-bántalmat, hogy a középfül functióját csökkentve, megakadályozzák az ingerek továbbjutását s ezáltal a felfogókészülék tétlenségi degeneratióját okozzák, a mint ezt *Heiman* az otosclerosisnál magyarázza. Különösen azon hurut okozta középfülelváltozásokban találjuk ezt, a melyekben — analog az otosclerosissal — lerakodások miatt a kengyel elveszíti mozgékonyságát, a kerek ablak betömül és ily módon leginkább akadályozott a hanghullámok továbbjutása.

Azon betegek tehát, a kik „végigjárták a specialisták egész sorát, hogy mindenütt nagyrészt ugyanazon középfülkezelésben részesüljenek és hallásuk e közben romlott“, nem azért javulnak vagy gyógyulnak meg a pilocarpin-befecskendezésekre, mert ezáltal „labyrinthitis serosájuk“ gyógyul meg, hanem mert középfülbajuk megfelelő kezelésben részesül. A középfülben lévő lerakodások és megvastagodások szívódtak föl vagy lazultak meg és ezáltal javulhattak a secundaer labyrinthus-tünetek is.

És itt van *Török* dr. vizsgálatainak érdeme: ha nem is mutatott új utat, de felhívta figyelmünket egy eddigelé elhanyagolt gyógyító módra: a pilocarpin-injectiókra. Nem új dolog a therapia ezen útja, de a míg a tankönyvekben csak úgy általánosságban olvashatjuk, hogy „néha az izzasztószerek, különösen a pilocarpin-injectiók jó eredményt mutatnak“: *Török* dr. vizsgálatai alapján már nem mondjuk, hogy „néha“, hanem a hurut okozta középfülelváltozásoknak szabatosan meghatározható eseteiben kell a pilocarpin-injectio kúra javalatát felállítanunk.

A hurut okozta középfülelváltozásoknak gyógyítása tehát továbbra is a középfül viszonyainak javításában fog kimerülni; nem szabad azonban szemünk elől veszítenünk e bántalom ellenében legeredményesebb tevékenységünket: a prophylaxist.

Ne engedjük, hogy a középfülhurutból, mely mindig gyógyítható, nehezen vagy alig javítható hurut okozta középfülelváltozások jöjjenek létre. *Sargent Snow* (Syracuse N. Y.) a fülorvosok utolsó congressusán a siketséget okozó hurutos elváltozásokról szólva, mintegy új irányt mutatott, mondván, hogy a XX. évszázad fülorvosának főképpen a hurutos fülbántalmak megelőzésére kell törekednie.

Ebben az irányban azonban csakis a gyakorló orvosok, különösen a gyermekgyógyászok, azonkívül a paedagogusok segítségével haladhatunk.

A rákstatisztikák eredményei.

A II. nemzetközi rákértekezlet referatuma.

Irta: ***Dollinger Gyula*** dr., egyetemi tanár Budapesten.

(Vége.)

9. *Az egyes szervekre való eloszlás. Kolb Károly* a ráknak a különböző szervekre való eloszlásáról szóló, a mult évben megjelent tanulmányában a következő táblázatokban állította össze áttekinthetően Bajorország és a többi ország erre vonatkozó összehasonlító anyagát:

A rák legfontosabb eloszlása az egyes országokban.

	Bajorország	Svájcz	Anglia	Magyarország	Olaszország	Egyes.-Áll.	Svédország
Férfiak:							
Ajak, nyelv, száj és nyálmirigyek	1·9	2·3	9·8	6·8	13·0	9·5	9·3
Nyelőcső	4·7	12·8	6·3	2·9		?	4·6
Összesen	6·6	15·1	16·1	9·7		—	13·9
Máj, gyomor, pankreas	65·4	65·5	36·7	65·5		57·6	61·5
Bél	5·7	3·6	7·3	6·7	71·5	?	9·4
Végbél	5·7	2·6	10·2	2·2		5·5	
Többi emésztőszerv	0·4	2·4	0·2	—		—	—
Összesen	77·2	74·1	54·4	74·4		—	—
Hashártya, has, cseplesz	2·1	1·4	2·5	0·2		9·2	—
Összesen	85·9	90·6	73·0	84·3	3·9	—	84·8
Nők:							
Ajak-, nyelv-, száj- és nyálmirigyek	0·7	0·4	1·2	0·7		1·7	2·2
Nyelőcső	1·3	2·7	1·5	0·4		?	2·1
Összesen	2·0	3·1	2·7	1·1	49·5	—	4·5
Máj, gyomor, pankreas	48·8	50·1	28·7	45·4		37·1	34·2
Bél	4·9	3·9	6·8	6·4		?	7·8
Végbél	2·9	2·1	5·9	1·5		3·5	
Többi emésztőszerv	0·9	0·1	0·2	0·1		—	—
Összesen	57·5	56·2	41·6	53·4		—	—
Hashártya, has	5·1	3·1	3·6	0·5		7·7	—
Összesen	64·6	72·4	47·9	55·0	—	—	—
Női nemi szervek (méh, petefészek, hüvely)	19·5	22·7	24·9	33·1	29·4	29·3	21·4
Emlő	8·1	10·0	16·6	6·6	10·8	15·8	23·9
Összesen	27·6	32·7	41·5	39·7	40·2	45·1	45·3

Ezen táblázatból látható, hogy a rák férfiaknál leggyakrabban az emésztőrendszerben foglal helyet.

A legtöbb halálozási statisztikában 84·4—90, azaz az összes halálesetnek 6%-át teszi ki. Nőkben is az emésztőszervek rákja van előtérben, de százalékszámát lényegesen leszállítja a női nemi szervek rákjának gyakorisága. Mindazonáltal oly nagy a gyakorisága az emésztőrendszerben is, hogy joggal mondhatjuk, hogy a rák elsősorban az emésztőcsatorna megbetegedése (*Kolb*).

A következő táblázat *Kolb K.*-nak egy összeállítása kórbonczolástani intézetek kimutatásairól, a bonczolással beigazolt esetekről:

	Kórbonczolástani intézetek									
	Berlin									
	Rieck	Redlich	Feilchenfeld	Riechelmann	Kolozsvár Buday 1889/05	Rieck	Redlich	Feilchenfeld	Riechelmann	Buday
	Férfiak					Nők				
Ajak, száj, nyelv, nyálmirigyek	5.1	4·9	3·6	1·8	13·4	0·8	1·0	—	—	1·4
Nyelőcső	6·5	17·3	21·3	20·0	6·7	0·7	2·8	1·6	1·4	—
Összesen	11·6	22·2	24·9	21·8	20·1	1·5	3·8	1·6	1·4	1·4
Gyomor, máj, pankreas	47·3	43·5	44·7	50·0	42·0	28·7	31·4	28·4	37·0	22·5
Bél	8·1	4·5	5·5	4·3	6·7	3·4	7·0	5·0	4·5	2·0
Végbél	9·4	6·7	5·1	5 1	6·7	5 3	5·6	5 5	2·3	1·0
Többi emésztőszerv	1·6	3·5	1 2	3·9	0·8	1·2	10·8	9·1	9·5	3·9
Összesen	66·4	58·2	56·5	63·3	56·2	38·6	54·8	48·5	52·3	29 4
Hashártya, cseplesz	0·9	—	—	—	1·7	1·9	—	—	—	—
Összesen	78·9	—	—	—	78·0	—	—	—	—	—
Méh	—	—	—	—	—	32·7	17·4	20·5	24·6	34·3
Petefészek	—	—	—	—	—	4·3	5·6	4·7	4·0	22·5
Hüvely	—	—	—	—	—	2·5	1·4	4·4	1·4	2 9
Összesen	—	—	—	—	—	39·4	24 4	29·6	30·0	59·7
Emlő	—	—	—	—	—	11·6	12·2	12·6	8·3	7·0

Itt is az emésztőrendszer és peritoneum rákja Münchenben 78·9, Kolozsváron 78·0, Berlinben 80·4 és 85·1%-ot tesz ki.

Az egyes szervekre való elosztódásra vonatkozólag közlöm a magyar rákstatisztika halálozási statisztikájának és a gyüjtőkutatásnak eredményeit.

A rák gyakoriságának táblázata a férfi és női szervrendszerekre megosztva, az 1904. évi rákstatisztika szerint:

1. **Férfiak.**

Szervrendszerek	Az esetek száma	%
a) Emésztőszervek az ajkak nélkül 542 = 39·3%		
b) Emésztőszervek: alsó és felső ajak 415 = 30·1%		
c) Emésztőszervek az ajkakkal	957	69·4
Fej- és arczbőr	243	17·6
Csontrendszer	44	3·2
Egyéb bőr	38	2·7
Nemi szervek	35	2·5
Légző szervek	27	2·0
Húgyszervek	14	1·0
Mirigyek	13	1·0
Emlők	6	0·5
Idegrendszer	1	0·1
	1378	100·0

2. **Nők.**

Szervrendszerek	Az esetek száma	%
a) Emésztőszervek az ajkak nélkül 333 = 15·3%		
b) Emésztőszervek: alsó és felső ajak 39 = 1·8%		
c) Emésztőszervek az ajkakkal	372	17·1
Fej- és arczbőr	245	11·2
Egyéb bőr	46	2·1
Csontrendszer	21	1·0
Húgyszervek	11	0·5
Mirigyek	10	0·4
Légzőszervek	6	0·3
	2179	100·0

A rák gyakoriságának táblázata a férfi- és női szervrendszerekre megosztva, az 1901—1904. évi halálozási statisztika szerint:

3. **Férfiak.**

Szervrendszerek	Az esetek száma	%
a) Emésztőszervek az ajkak nélkül 9319 = 82·8%		
b) Emésztőszervek: alsó és felső ajak 178 = 1·6%		
c) Emésztőszervek az ajkakkal	9498	84·4
Húgyszervek	496	4·4
Fej- és arczbőr	435	3·8
Légzőszervek	413	3·7
Mirigyek	125	1·1
Csontrendszer	115	1·0
Egyéb bőr	89	0·8
Nemi szervek	66	0·6
Idegrendszer	11	0·1
Emlők	8	0·1
	11256	100·0

4. **Nők.**

Szervrendszerek	Az esetek száma	%
a) Emésztőszervek az ajkak nélkül 7995 = 54·9%		
b) Emésztőszervek: az alsó és felső ajak 28 = 0·2%		
c) Emésztőszervek az ajkakkal	7823	55·1
Nemi szervek	4692	53·1
Emlők	934	6·6
Fej- és arczbőr	282	2·0
Húgyszervek	176	1·2
Légzőszervek	106	0·7
Mirigyek	65	0·5
Egyéb bőr	61	0·4
Csontrendszer	41	0·3
Idegrendszer	10	0·1
	14191	100·0

Részletes magyarázat az idevágó műben található. Referátumomnak, sajnos, nagyon szűkre szabott keretei nem engedik meg, hogy itt adjam elő őket.

10. A *kor és a szervek.* A magyar rákstatisztikában minden egyes szervre nézve táblázatokban tüntettük fel az eseteknek a különböző életkorokra eső absolut számát gyüjtőkutatásunk és halálozási statisztikánk alapján. E számadatok az eredetiben megtalálhatók.

A svájczi és angol statisztikákban ezen absolut számok az illető korosztály egy millió élő egyénére vannak vonatkoztatva. *Kolb K.* művéből közlöm az idevágó két táblázatot.

Svájczban egy millió különböző korú lakosra eső rákesetek száma:

	0—30 éves	30—40 éves	40—50 éves	50—60 éves	60—70 éves	70 év. fölül	összesen
	Férfiak						
Gyomor, máj, pankreas	5	125	696	2045	4015	5473	652
Bél	4	17	31	91	219	241	36
Végbél	0·2	9	20	66	160	241	26
	Nők						
Gyomor, máj, pankreas	5	101	504	1386	2750	3404	488
Bél	4	16	38	103	183	301	38
Végbél	0·1	8	23	42	113	161	20
Méh, petefészek, hüvely	5	152	477	762	781	655	221
Emlők	1	42	140	308	424	559	97

Angliában 1 millió különböző korú lakosra eső rákesetek száma:

	25—35 éves	35—45 éves	45—55 éves	55—65 éves	65—75 éves	75—85 éves	85 év. fölül	Összesen
	Férfiak							
Nyelőcső	2	22	125	293	2390	358	190	47
Gyomor, máj, pankreas	28	154	555	1505	671	2696	1725	272
Bél	10	32	103	277	542	631	312	55
Végbél	12	36	143	404	748	852	673	75
	Nők							
Nyelőcső	5	14	33	57	117	135	105	15
Gyomor, máj, pankreas	23	154	574	1464	2505	2636	1775	294
Bél	9	36	128	324	609	698	557	70
Végbél	12	38	124	282	467	561	387	61
Méh, petefészek, hüvely	71	372	827	1081	1134	1508	2182	255
Emlők	21	173	469	720	1002	1443	2123	170

A gyomor, bél, végbél, valamint máj és pankreas rákjában mindkét nemre nézve, a svájczi statisztika szerint 70 éven fölülig, az angol szerint 85 éven fölülig, állandó a szaporodás. Egyetlen kivétel az angol statisztikában a végbélrák, mely a 85. életéven fölüli korosztályban valamivel kisebb számmal szerepel.

Az angol statisztikában ez a folytonos szaporodás a magasabb életkorban a női nemi szervekre nézve is érvényben van, ú. m. a méhre, petefészekre, hüvelyre és ezektől különállóan az emlőkre, míg a svájczi statisztikában ez csak az emlőrákra áll, míg a méh-, petefészek- és hüvelyrák a 70. évig folytonosan szaporodik, ezenfölül kissé csökken a számuk.

11. *A foglalkozás és a társadalmi állás.* Majdnem minden statisztika tekintettel van a rák és a foglalkozás közötti viszonyra. Ezen vizsgálatokat azonban számos statisztika-technikai akadály nehezíti meg.

A különböző országok erre vonatkozó statisztikai eredményei egyelőre még nem hasonlíthatók össze, mert a foglalkozáságak csoportosítása és az egyes csoportokba való beosztás rendszerint különbözőképpen történik.

Behla R. behatóan tanulmányozta ezen tárgyat és a következő adatok az ő munkájából valók. *Behla* következtetéseit a porosz, svéd és magyar statisztikából vonja le. Különösen a két utóbbit méltányolja, mert ezekhez halálozási statisztika is van mellékelve.

Ezen statisztikák vizsgálatából arra az eredményre jut, hogy vannak rákban szegény és rákban gazdag foglalkozások.

A hivatalos porosz statisztikából következik, hogy az alábbi foglalkozási ágak rákban gazdagok: házi szolgálatok, ruhaneműkészítés, mező- és erdőgazdaság, fa- és szövőipar, vendéglő- és korcsmaipar, kereskedelem és forgalom, építőipar, boltosipar, élelmiszerkészítés.

Rákban szegény foglalkozások: hadsereg és tengerészet, bányászat, kohászat és sóművek, nyomdászipar, kő- és földmunka, chemiai és mechanikai ipar, erdészeti melléktermékek ipara, biztosító üzlet stb.

A svéd kimutatás szerint rákban gazdag csoportok: földbirtokosok, erdészek, bérlők, földmívesek, fa- és fűrészmunkások, szénégetők, erdőőrök, kézművesek és azok munkásai, kereskedők, vendéglősök, bizonytalan foglalkozású munkások.

Rákban szegények a következő csoportok: kőtörők, bánya- és kohómunkások, altisztek és katonák stb.

A magyar jelentés adatai ebben a tekintetben megegyeznek a poroszéival.

Az összehasonlításra további anyagot szolgáltatnak még: *Rosenfeld R.*, Ausztria rákstatisztikája; *Newsholme* a Practitioner gyüjtőkutatásában; *Butlin*, *Mc. Connel*, A rákbetegség az Északamerikai Egyesült Államokban; *Aschoff*, A rák elterjedése Berlinben; *Gibson E.*, The etiology and nature of carcinoma disease, etc. Ezen anyag alapján *Behla* arra a végkövetkeztetésre jut, hogy szó sem lehet arról, hogy a rák az egyes foglalkozásokban egyenletesen van elterjedve, mert teljes joggal beszélhetünk rákban gazdag és rákban szegény foglalkozásokról.

Mint rákban gazdagok kitűnnek: gazdálkodók, kertészek, építőipar, fa-, szövő-, ruházkodási, tisztítási iparok, vendéglősök és korcsmárosok, kőművesek, ácsok, kovácsok, kéményseprők, légszeszmunkások, fűtők, szénhordók, kárpitosok stb.

Rákban szegény foglalkozások: bányászati, kő-, föld-, chemiai, fémipar, nyomdászat, biztosítási iparág, katonaság és tengerészet, könyvnyomdászok, vésnökök, betüszedők, üvegesek, kőfaragók.

Azonkívül régóta általánosan ismeretesek a különleges foglalkozási rákok. Ezek: a kéményseprőrák, a kátrány- és paraffinrák, továbbá a brikett-, anilin-, naphtalinmunkások rákja, a sötét olajokkal foglalkozó munkásokban, fémmunkásokban, sodronykészítőkben, szivarkészítőkben, arsenicummal foglalkozókban előforduló rák és ezekhez csatlakozott legújabban a Röntgen-rák.

Némely foglalkozásban a rák bizonyos szervekre lokalizálódik, ú. m. kéményseprőkben a scrotumra, kátrány- és paraffinmunkásokban a kézbőrre, fém-, szövőgyári, téglagyári munkásokban a légzőszervekre, a schneebergi arsenicumbányákban dolgozó bányászokban a tüdőkre, anilinmunkásokban a hólyagra, pinczérnőkben és cselédleányokban a nemi szervekre. A mi a bőrrákokat illeti, ezekre vonatkozólag *Meller A.* tanulmánya azt fűzi hozzá, hogy különösen a kertészettel és állattenyésztéssel foglalkozókat sujtja, míg a jobbmódú osztályokat többé-kevésbé megkiméli a bőrrák.

Weinberg és *Gastpard* a stuttgarti rákstatisztikában arra a hibára mutat rá, hogy az élőknek foglalkozás szerint való megszámlálása tökéletes beosztást nem enged meg, úgy hogy nincsen kizárva, hogy az eddiginél jobb társadalmi tagolódás után a szegényeknek rákban való elhalálozása lényegesen gyakoribbnak fog mutatkozni, mint a jómódúaké.

A mi a társadalmi állásnak a rákbetegség kifejlődésére vonatkozó befolyását illeti, a számos részletstatisztika azt mutatja, hogy a méhrák inkább a szegényebbekben, az emlőrák inkább a tőkepénzes nőkben, a nyelvrák a jómódúakban, a bélrák inkább a magasabb állásúakban, a bőrrák inkább az alacsonyabb rendűekben, az arczrák a parasztokban fordul elő.

Behla a következő conclusiókhoz jut:

„Ha ezen csoportok sajátosságait közelebbről megvizsgáljuk, az a különbség derül ki, hogy a rákban szegény csoportokban, hogy úgy mondjuk, inkább tiszta, a rákban gazdagokban inkább tisztátlan foglalkozás-ágakkal állunk szemben, vagy más kifejezéssel élve, az egyik foglalkozás-csoportnak főképpen szervetlen anyagokkal, a másik foglalkozás-csoportnak szerves, bomlékony, rothadó, penészes vagy piszkos anyagokkal van dolga.“ *Behla* a statisztika révén ezen a módon remél a rákszerű megbetegedések okára vonatkozólag új támaszpontokat és bizonyítékokat nyerhetni és a rák

kórokának egy oly gombát tekint, a melynek a megélhetésére és gyarapodására nézve a nedvesség fontos szerepet játszik.

12. *A faj.* Eddig meglehetősen kevés olyan anyaggal rendelkezünk, a mely megbízható módon igazolná egyes fajok hajlamosságát. Az európai fajok keveredése folytán ilyen anyag nehezen is lesz található. Magyarországon megkíséreltem, hogy a halálozási statisztikából állapítsam meg a faj befolyását a rákra való hajlamosságra nézve, de positiv eredményt nem kaptam. A kutatás anyaga a magyar rákstatisztikában közöltetett. A faj és a vallás leginkább a zsidóknál egyezik meg és mivel az a gyanu mondatott ki, hogy a zsidó lakosság a rákra különösen hajlamos, mivel az ilyen bajjal terhelt zsidók nagyon gyakran veszik igénybe a kórházak és orvosok segítségét, tehát Budapest és Békésvármegye halálozási statisztikáinak rákanyagát erre vonatkozólag megvizsgáltam.

Budapest székesfőváros rákesetei az egyes vallások szerint az 1901—1904. évek halálozási statisztikája alapján, a 15 éven fölüliek számához viszonyítva és 100.000 hasonló vallásút véve.

Vallás	a 15 éven fölüli lakosok száma	az 1901—1904. években rákban meghaltak 1 évi átlaga	10.000 lélekre jut rákban elhalt
	Férfiak		
Római katholikus	154.005	165·25	10·73
Evangelikus református	26.566	26·25	9·99
Ágostai hitv. evangelikus	15.149	14·25	9·40
Izraelita	62.962	57·75	9·17
Görög katholikus	2.887	2·25	7·79
Unitárius	418	0·25	5·98
Görög keleti	2.989	1·50	5·02
Egyéb és ismeretlen	586	—	—
Összesen	265.562	267·50	10·07
	Nők		
Görög keleti	953	2·25	23·61
Görög katholikus	2.158	3·50	16·22
Ágostai hitv. evangelikus	14.613	21·50	15·40
Római katholikus	175.746	258·50	14·71
Evangelikus református	25.685	36·00	14·02
Egyéb és ismeretlen	201	0·25	12·44
Izraelita	56.772	69·00	12·15
Unitárius	450	—	—
Összesen	276.578	391·00	14·14

Ugyanazon számok Békés vármegyében :

Vallás	a 15 éven fölüli lakosok száma	az 1901—1904. években rákban meghaltak 1 évi átlaga	10.000 lélekre jut rákban elhalt
	Férfiak		
Egyéb és ismeretlen	306	0·56	16·34
Izraelita	2.269	2·75	12·12
Görög keleti	2.723	3·00	11·02
Unitárius	228	0·25	10·96
Ágostai hitv. evangelikus	32.154	29·75	9·25
Római katholikus	20.807	18·75	9·01
Evangelikus református	31.312	25·75	8·22
Görög katholikus	305	0·25	8·20
Összesen	90.104	81·00	8·99
	Nők		
Görög katholikus	216	0·75	34·72
Evangelikus református	30.790	29·75	9·66
Görög keleti	2.335	2·25	9·64
Ágostai hitv. evangelikus	31.198	30·00	9·62
Római katholikus	20.872	20·00	9·58
Izraelita	2·455	2·25	9·28
Egyéb és ismeretlen	365	0·25	6·85
Unitárius	180	—	—
Összesen	88.411	85·25	9·64

Ezen táblázatokból látható, hogy a budapestiben az izraelita férfiak a negyedik, az izraelita nők azonban az utolsó helyet foglalják el. Vidéken, ú. m. Békésvármegyében, ellenben az izraelita férfiak a második, az izraelita nők azonban itt is az utolsó helyen állanak.

Az a nézet tehát, hogy az izraeliták a rákbetegségre hajlamosabbak, a mi vizsgálatunkkal semmi támasztékot sem nyer; sőt az következik belőle, hogy az izraelita nők kevésbé vannak kitéve a rákos megbetegedésnek, mint a többi faj női.

Az Egyesült Államokra vonatkozólag az volt a nézet, hogy a mely államban nagyobb számú európai kivándorló telepszik meg, abban a rákhalálozás nagyobb.

Mc Connel G. az Északamerikai Egyesült Államok rákstatisztikájában statisztikai anyaga alapján ezen állítást megczáfolja.

Neves A. a portugál rákstatisztikában azt állítja, hogy az Egyesült Államokban 100.000 fehérre 27, míg ugyanennyi négerre csak 12 rákeset jut. *Mc Connel G.* a négerekre vonatkozólag a következőket mondja:

„A déli államokban, a hol a színes lakosság nagyon nagy, az átlagos rákgyakoriság a legkisebb. Ez várható is, ha ismerjük ezen faj csekély rákhalandóságát. Egy újabban megjelent munkájában *Hyde* azt következteti, hogy látszólag a bőr physiologiai festékessége okozza ezen szervnek a rák ellen való viszonylagos immunitását és azt, hogy a színes fajok szemlátomást kevésbé betegszenek meg más szervek rákjában is, mint a fehérek. Lehetséges, hogy ez a viszonylagos immunitás a köztakaró festékének a fény hatékony sugarai ellen való védelmében rejlik.“

13. *Az öröklékenység.* Egyenes öröklésről csak ott lehet szó, a hol a rákbeteg olyan szülőktől vagy nagyszülőktől származik, a kiknek rákjuk volt. A rák gyakoriságánál azonban még ilyen esetekben sem mutatható ki az egyenes öröklés. Sőt nagyobb számú ilyen eset sem bizonyít önmagában véve semmit. Először az illető foglalkozás-, szerv- stb. csoport korbeli megoszlásának segélyével ki kellene számítani, hogy az illető egyénekben a rákbetegség átöröklés nélkül hány esetben volna várható. És csak akkor beszélhetünk az átöröklésről mint okozati tényezőről, ha azon esetek tényleges száma, a melyekben öröklékenységet gyanítunk, lényegesen meghaladja ezen számot.

Eddig azon statisztikák közül, a melyek ilyen irányú vizsgálatokat végeztek, egy sem rendezte az anyagát olyan módon, hogy belőle helytálló következtetést lehetne vonni.

A hamburgi, valamint a magyar rákstatisztikában az anya gyakrabban szerepel rákos ősként, mint az apa. Ennek az a valószínű magyarázata, hogy a rák gyakoribb a női nemben.

Ezen tény következtében a legújabb statisztikák is tartózkodnak az ítélettől. A statisztika mindenesetre hivatva van ennek a kérdésnek a megoldására. Ehhez azonban az szükséges, hogy minden egyes eset pontosan megvizsgáltassék és minden rákos családnak a családfája elkészíttessék, hasonlóan azokhoz, a melyeket a német birodalmi rákgyüjtőkutatás kiegészítésében néhány esetre vonatkozólag készítettek. Ha ezen feljegyzések egységes tervezet szerint készülnének, akkor ezek alkotnák egy idevágó statisztikai kutatás alapját. Az eddigi statisztikai anyagból nem kapunk erre az annyira fontos kérdésre érvényes választ.

14. *A fertőzés.* A fertőzés lehetősége a német gyüjtőkutatás szerint 14·3%-ban volt meg.

A dán statisztika egy táblázatot közöl, a melyből az derül ki, hogy mindkét betegben a rák ugyanazon szervben keletkezett. Legkifejezettebb ez a viszony a gyomorrákos betegekben. A fertőzöttek száma lényegesen meghaladja azt, a mely a számítások szerint várható lett volna.

Hogy vajjon a lakosság korbeli megoszlását tekintetbe vették-e, az nincs megmondva. *Fibiger J.* és *S. v. Trier* azt hiszi, hogy nincsen absolut biztossággal eldöntve, hogy az emésztőszervek rákja az itt jelzett viszonylatban különleges helyzetet foglal el. A számok szerint ez a felvétel a gyo-

morrákban látszik legjogosabbnak és hogy ez a felvétel helyes, az annál valószínűbb, mert a svéd statisztika számai szerint is a rákbetegségre hasonló viszony áll fönn a gyomorrákban szenvedők közeli és távoli rokonságában. A kérdés csak nagyarányú részletvizsgálatokkal dönthető el végérvényesen.

A házasságban való rákos fertőzésre nézve *Körber* a következőleg teszi fel a kérdést: Huzamosabb időn keresztül észlelve nagyobb-e a rákos halálozás és megbetegedés özvegyeknél, illetőleg rákban elhalt házaspároknál, mint az általános rákhalálozás abban a korosztályban, melybe a házastársak tartoztak.

A hamburgi rákstatisztika szerint a másik házaspár az esetek 3·9%-ában, a stuttgarti szerint 5%-ában, és a német rákstatisztika szerint 8%-ában betegedett meg rákban.

A stuttgarti statisztika ezt a themát következő kijelentéssel fejezi be: A házaspárok rákhalálozása a kor tekintetbe vétele nélkül, a mennyiben a rákos betegek halála után megfigyeltetett, 48 : 12.043 = 39·59‰ volt, míg a rákos összhalálozás 3149 : 4,103.670 = 7‰-t tüntetett fel. Az előbbi tehát 52-szer nagyobb volt, mint az átlagos rákhalálozás. A kor tekintetbe vételekor azonban ez a különbség semmivé vált.

Néhány statisztika az állatokkal való közlekedés útján terjedő fertőzésre nézve tett fel kérdéseket. A beérkezett adatok azonban rendszerint csak egyes esetekre vonatkoztak, úgy hogy statisztikailag nem voltak értékesíthetők.

15. *A lakás.* Hamburg és Stuttgart városok rákstatisztikái foglalkoztak ezzel a kérdéssel az utóbbi időben. Mindkettő hangsúlyozza azokat a különös nehézségeket, a melyek ezen kérdés realis statisztikai vizsgálata alkalmával felmerülnek. Először is kikutatandó az a lakás, melyben a rák keletkezett. Azután néhány évig figyelni kell azokra az egyénekre, a kik abban a lakásban tartózkodnak, a melyben a rákbeteg élt és meghalt. Ha egy házban gyakrabban keletkezik rák, akkor *Weinberg* és *Gastpar* szerint elsősorban azt kell figyelembe venni, hogy „többszörös rákkeletkezés tisztán mathematikai szükségszerűség, a nélkül, hogy a rák oka a házban vagy az egy épületben lakók együttélésében volna keresendő".

Kifogástalan eredményt csak akkor érhetünk el, ha az úgynevezett rákos házakban való halálozást az egész lakosságéval hasonlítjuk össze. A rákhalálozás kiszámításához szükség van arra, hogy az egyes házak lakóinak korbeli megoszlását is ismerjük.

Weinberg és *Gastpar* leírják azt a módszert, melynek segélyével igyekeztek a lakás befolyásának a rákbetegség keletkezésére vonatkozó kérdését a megoldáshoz közelíteni és hangsúlyozzák egy ilyen exact módszeren alapuló vizsgálat szükségét. A módszer az eredetiben olvasandó el. Vizsgálataikból kiderül, hogy ezen kérdés eldöntése alkalmával nem lehet mellőzni a rákra gyanus házak lakóinak korbeli megoszlását; azonkívül megfigyelendő a haláleset alkalmával a házban lakó egyének sorsa 5 évig az eset után a költözés figyelembevételével és az előforduló rákesetek feljegyzendők. A szerzők azon a nézeten vannak, hogy ha minden egyes eset ilyen módon vizsgáltatik, meglehetős nagy valószínűséggel semmivé válik az a befolyás, melyet a rákos betegekkel való együttélés az egészségesekre gyakorol.

A mi azt a befolyást illeti, melyet a lakás hygienéje gyakorol a rák kifejlődésére, erre vonatkozólag *Körber* a hamburgi statisztikában arra az eredményre jut, hogy azok a hygienés tényezők, a melyek a szó legtágabb értelmében a lakásviszonyok befolyása révén az általános halálozást befolyásolják és különösen a tuberculosis veszélyét növelik, a rákra nézve egyáltalában nem nyomnak oly sokat a latban.

16. *Alkohol, dohány. Syphilis. Fekélyek.* Az erős szeszes italok és a dohány, különösen a táplálék és levegő bemeneti kapujánál, főképpen férfiakban, fontos kórokozó szereppel birnak. Bujakóros vagy más természetű fekélyek a klinikusok előtt régóta ismeretesek és ezek eddig ismeretlen okok folytán rákká alakulhatnak át. Az epekőtrauma befolyása az epehólyagrák keletkezésére, a gyomorfekély mint kórokozó tényező a gyomorrákra nézve stb. a klinikusok részéről régóta ismeretes tények. Nőorvosok behatóan tanulmányozták a gyakori szüléseknek a méhrák, a szoptatásnak az emlőrák kifejlődésére gyakorolt hatását. Mindezen kérdések pontosan megvizsgáltattak, mindamellett a nyert absolut számok semmit sem bizonyítanak, mert tekintetbe veendő az egyes egyének életkorának szakszerű statisztikai feldolgozása és az illető lakosság korbeli megoszlása. Ilyen anyag az eddigi statisztikák egyikében sincs, de dicséretükre legyen mondva, hogy ezen kérdésekre vonatkozólag vagy tartózkodnak az ítélettől, vagy nagyon óvatosan nyilatkoznak és adataik elégtelenségére utalnak.

Mindezen behatások különben csak mint hajlamosító tényezők szerepelhetnek. A rák igazi okát kikutatni nem a statisztika feladata. Ez a kórtan és szövettan szakmájába tartozik.

Összefoglalás.

1. *A rákstatisztikák.* A Practitionernek 1899. évi gyüjtőkutatása óta megjelentek Németország, Hollandia, Spanyolország, Magyarország, Svédország, Norvégia, Portugália, az Egyesült-Államok, Görögország, Finnország és Dánia rákstatisztikái, azonkívül Stuttgart és Hamburg statisztikái.

Ezek közül némelyik gyüjtőkutatás volt, mások halálozási statisztikák, míg egyesek a gyüjtőkutatás és halálozás eredményeit kölcsönös kiegészítés czéljából egymással szembeállították.

Az első statisztikák pillanatfelvételek voltak és az egy napon kezelés alatt állókat írták össze. Később a gyüjtőkutatások hosszabb időre is kiterjedtek, míg most már a rákosok jegyzékének folytatólagos vezetését és a bejelentési kötelezettséget is követelik.

2. *A gyüjtőkutatások hibaforrásait* az orvosok egyenlőtlen résztvétele, a diagnosis bizonytalansága különösen a belső szervek rákjaiban, kényelmi szempontok, a beteg nemtörődömsége alkotják. A halálozási statisztikák hibaforrásai az orvosi halottkémlés hiánya és ennek következtében megbízhatatlan diagnosisok és az anyagnak a statisztikai hivatalok részéről való egyenlőtlen feldolgozása. Ennek az a következménye, hogy a különböző statisztikák eredményei nem szolgáltatnak egyenértékű adatokat és nem lehet őket általánosan összehasonlítólag felhasználni. Azonkívül a rákstatisztikák mindig orvosok és statisztikusok által együttesen dolgozandók fel.

3. *A rákos betegek száma az egyes országokban.* Az egyes országok gyüjtőkutatásai nagyon eltérő számokkal zárulnak. A rákos betegek száma 100.000 lakosra számítva 18·5—42·5 között ingadozik. A halálozási statisztika számai 4·1—21·8—98·0 között váltakoznak. Ezen nagy különbségek okát, főképpen a hol két szomszédos ország tüntet fel nagy számbeli eltérést, az anyag egyenlőtlen kezelésében és a gyüjtőkutatás többé vagy kevésbé szorgos voltában kell keresnünk.

A halálozási statisztikában a halottkémlést végző orvosok száma nagy szerepet játszik. Azonkívül azon fordul meg a dolog, hogy az absolut számok az összlakosságra vagy csak a 15 éven felüliekre számíttatnak ki.

4. *A nem.* A gyüjtőkutatások szerint az összes összeírott rákos betegeknek átlag 33—38·9%-a férfi, 60·1—62%-a nő. 100.000 lakosra számítva, a különböző gyüjtőkutatásokban 16—34·0 férfi és 26·9—51 nő szerepel.

A halálozási statisztikákban 100.000 lakosra 75—85·0 férfi és 85—107·0 nő jut. A férfiak és nők rákjának száma közötti nagy különbséget a méh- és emlőrák gyakorisága okozza főképpen.

5. *Az eloszlás város és vidék között.* A rákok száma úgy a gyüjtőkutatások, mint a halálozási statisztikák szerint a városokban nagyobb, mint a vidéki kerületekben. Némely városban számuk a határos környékét 3—4-szeresen is meghaladja.

Másrészről tagadják, hogy a városok és a vidék rákjainak száma között igazi különbség volna és ezt diagnostikai, valamint statisztika-technikai okokra vezetik vissza.

6. *A rákbetegség terjedése.* Tény, hogy a rákos betegek statisztikailag kimutatott száma folytonosan nő, de az eddig rendelkezésre álló anyagból nem lehet biztosan bebizonyítani, hogy a rákos betegek igazi száma is nő-e; sok ok szól a mellett, hogy a ráknak statisztikai szaporulata csupán a nagyobb fokú figyelem következménye, a melylyel most a rákot követjük, valamint annak a tudományos és társadalmi haladásnak, a melyet ezen a téren állandóan teszünk.

7. *A sebészi gyógykezelés befolyása a rákstatisztikára.* Magyarország gyüjtőkutatásának és a halálozási statisztikának összehasonlításából kiderül, hogy az utóbbi bizonyos szervekre vonatkozólag a gyüjtőkutatáshoz képest kevesebb esetet tüntet fel, mint a mennyi a többi szerv számához viszonyítva várható volna. Feltűnően alacsony a bőr-, ajak- és az emlőrákok száma, melyeknek összessége különben igen nagy és a melyek sebészileg a legjobb eredménynyel kezelhetők. Ezt a körülményt a sikeres sebészi gyógykezelés következményének vagyok hajlandó betudni. Egy város halálozási statisztikája feltünően kevés emlőrákot tüntet fel és itt ugyanazon gyanunak adnak kifejezést.

8. *A kor.* Minden korosztálynak a rákbetegségben való részesedése, absolut számokban kifejezve, téves következtetésekre adott alkalmat. Minden korosztály rákeseteinek számát a lakosok egyes korosztályainak számához kell viszonyítani.

Ezen pontosabb számítás alkalmával kiderült, hogy a rákbetegségre való hajlamosság a korral nő.

9. *Az egyes szervekre való eloszlás.* Férfiakban a rák leggyakrabban az emésztőszervekben fordul elő. A legtöbb statisztikában 84·3—90·6%-ot tesz ki. Nőkben is az emésztőszervek rákja áll előtérben, de százalékszámát a női nemi szervek rákjának gyakorisága jelentékenyen leszállítja. Mindazonáltal a nők emésztőrendszerében is oly gyakori, hogy joggal mondhatjuk a rákot elsősorban az emésztőrendszer megbetegedésének. A ráknak az egyes szervekre való eloszlása táblázatokban közöltetik.

10. *A kor és a szervek.* A gyomor, bél, végbél, máj és pankreas rákjának száma a legmagasabb korig, csekély kivétellel, mindkét nemben folytonosan nő. Ugyanezt a viszonyt tünteti fel a méh, a petefészek és a hüvely rákja, míg az emlő az egyik statisztika szerint szintén nem tesz ez alól kivételt, a másik szerint ellenben a 70. éven túl csökken az emlőrák száma.

11. *A foglalkozás és a társadalmi állás.* Megkisérelték a foglalkozásokat rákban gazdagokra és rákban szegényekre osztályozni. A rákban szegény csoportok inkább tiszták, a melyek inkább szervetlen anyagokkal dolgoznak, a rákban gazdagok azok, a melyek inkább tisztátalanabb és szerves, bomlékony, piszkos anyagokkal foglalkoznak.

Azonkívül vannak hivatás-rákok, a melyek közül némelyik a foglalkozás szerint bizonyos szervekben helyezkedik el.

A társadalmi helyzet tekintetében a méhrák inkább a szegényekben, az emlőrák inkább tőkepénzes nőkben, a nyelvrák gazdagokban, a bélrák magasabb állásúakban, a bőrrák inkább az alacsonyabb rendűeken, az arcz rákja túlnyomóan a paraszt lakosságban fordul elő. A hivatások szerint való számlálás azonban eddig nem vezetett szegény és gazdag közötti teljes szétválasztáshoz; ha ez megtörténne, akkor lehet, hogy a szegények rákhalandósága meghaladná a gazdagokét.

A szegény népességnek méhrák következtében való viszonylagos nagyobb halandósága máris valószínű.

12. *A faj.* Európa fajkeveredése miatt nem igen alkalmas ilynemű tanulmányok végzésére. Vizsgálatok végeztettek annak a gyanunak a tisztázása végett, hogy a zsidók fogékonyabbak-e a rák iránt és a közölt táblázatok azt bizonyítják, hogy ez a feltevés téves, sőt a zsidó nők ritkábban betegszenek meg méhrákban, mint más faj női. A fekete fajok állítólag kevésbé hajlamosak a rákra.

13. *Az öröklékenység.* Hogy ezen kérdésre vonatkozólag reális statisztikai anyagot lehessen gyüjteni, szükséges volna minden egyes esetben az egyes foglalkozások, szervek stb. korbeli megoszlásának segítségével kiszámítani, hogy mekkora a valószínűsége annak, hogy az illető egyének átöröklés nélkül is megbetegednének rákban és ha a tényleges szám a várhatót lényegesen fölülmulná, akkor lehetne csak joggal öröklékenységre következtetni.

Ilyen irányban feldolgozott anyag nem áll rendelkezésre ezideig és éppen ezért a legtöbb statisztika tartózkodik az itélettől.

14. *A fertőzés.* Felmerült a gyanu, hogy a tápláló csatorna rákjában a fertőzésnek is van szerepe. A gyanus esetekben azonban szintén tekintetbe kellene venni a lakosság korbeli megoszlását. A végleges döntéshez még nagyon pontos részletkutatások végzendők. Ugyanígy áll a dolog a házastársak rákjára vonatkozólag. A mi a rákbeteg állatok útján történt fertőzést illeti, az eddigi anyag csupán néhány mikroskopice be nem bizonyított szórványos esetre vonatkozik. Bűnbakot kerestek és kiválasztottak erre a czélra valamilyen állatot, a melynek valamilyen daganata vagy keményedése volt.

15. *A lakás.* A vizsgálatokból az következik, hogy ezen kérdés végleges elintézésekor nem szabad figyelmen kivül hagyni ezen gyanus rákosházak lakóinak korbeli megoszlását. Azonkivül rákhalálozás vagy rákeset után a haláleset idejében az ugyanazon lakásban tartózkodók további sorsa figyelemmel volna kisérendő.

Az egyik statisztika azon gyanujának ad kifejezést, hogy ha ez megtörténnék, akkor a rákos betegekkel való együttélés befolyásából bizonyára nem maradna semmi. Mostanáig nincs módunkban biztos következtetést vonni arra nézve, hogy a rákos betegekkel egy lakásban való együttélés hatással van-e addig egészséges egyénen a rákbetegség kifejlődésére. Az egyes esetek a rákbetegség gyakorisága mellett számosak. Ezek azonban a modern statisztikai kutatás megvilágításában nem alkalmasak arra, hogy belőlük következtetéseket vonhassunk.

16. *Az alkohol, a dohány, a syphilis, a fekélyek, a traumák, a szülések, a szoptatás stb.* Ezen hatások egyikemásika a szervekre való hatásában mint hajlamosító körülmény a rákbetegség kifejlődésére kétségtelenül nagy befolyással van. Részletesebb megállapításuk általános rákstatisztikák keretén belül nem történhetik meg. Ez a statisztikai részletkutatásnak tartatik fenn, mely azonban csak akkor nyujt összehasonlításra alkalmas anyagot, mely végső következtetések levonására is használható lesz, ha a modern statisztikai tudomány segítségét igénybe veszi.

A gümőkórellenes küzdelem a drezdai közegészségi kiállításon.

Ismerteti: ***Ország Oszkár*** dr., osztályos főorvos.

A drezdai kiállítás komoly, tudományos rendezése lehetővé tette az ember egész lényének, fejlődésének, életkörülményeinek népszerű ismertetését, a tárgyak megválasztása, elhelyezése és magyarázata pedig oly kiváló volt, hogy a szemlélő igen sokat tanulhatott megtekintésekor. Megtanulhatta: milyen az emberi test, milyen a helyes életmód, minő ártalmaktól tartózkodjék s hogyan védekezhetik a fertőző betegségek ellen. Láthatta viszont azt is, mit tesznek egyes népek hygienéjük érdekében.

A kiállítás minden részében megtalálta a szemlélő azt a gondot és törekvést, a melylyel az a gümőkór kártevéseit, óriási pusztításait, a fertőzés keletkezésmódjait, az ellene való védekezést, tudományos tanulmányozását és gyógyítását ismertette.

A „Der Mensch“ nevű gyüjteményben látható volt, miként kell élni, hogy a fertőzés ne fejleszszen betegséget a szervezetben. Miként kell testünket edzeni és melyek azok a rossz szokások, a melyek közben fertőződhetünk, hogyan védekezzünk a por és a piszok ellen. Igen tanulságos az a

táblázat, a mely London, Berlin és Párisra nézve megállapítja, mily összefüggés áll fenn a megbetegedések száma s a be nem épített területek, kertek nagysága között. A megbetegedések száma legkisebb Londonban, melyben az építkezés nem oly sűrű, mint Berlinben. A legkedvezőtlenebbek az építési viszonyok Párisban és itt még több a tüdőbajos. A levegő szerepén kívül e táblázat a lakásviszonyok fontosságát is mutatja. Igy Németországban 1908-ban 10.000 halálesetre számítva a 40.000-nél nagyobb számú lakosságú városokban 16·85 egyén halt meg, míg a jelzettnél kevésbé lakott városokban csak 15·02. Minél kisebb lakást bérelnek a lakók, annál sűrűbb a megbetegedés. Igy az a statisztika, a mely emeletek szerint mutatja be a gümőkór-halálozást, kideríti, hogy Lipcsében annál több az elhaltak száma, minél magasabban lévő emeleten állítjuk össze a számadatainkat. A vagyonosabb egyének ugyanis ott is főleg a földszinten, illetve az I. emeleten laknak. A rossz lakásviszonyok, mint a fertőzés fontos előidéző körülménye mellett szól *Moeller*-nek 200 betegre vonatkozó statisztikája is. E szerint 114 beteg a családban lakóhelyén fertőződött; 14-et egyéb lakótársai, 50-et munkástársai fertőztek. Németországban a megbetegedés legnagyobb számmal a kő- és fém-, szűcs-, asztalos-, porczellán- és dohánygyári munkások között észlelhető, tehát oly foglalkozási ágakban, melyekben a munka poros környezetben végeztetik.

Hogy a gümőkór nagyobb számban a szegény néposztályban jelentkezik, szintén statisztikai táblázat bizonyítja. Érdekesek azok a táblák, melyek a köhögés hatását szemléltetik, hogy különböző távolságból köhögve reá egy papirlapra, hány cseppecske juthat arra a köpetből. A vizsgálatok szerint egy méter távolból a köhögés még mindig fertőző lehet.

A levegő és életmód fontosságát mutatja az a táblázat is, mely szerint Németországban a 20—25 életév között álló nők közül 100.000-re számítva 15·5 olyan halt meg, a ki földmíveléssel, kertészettel foglalkozott, míg az iparosok közül 33·1. A férfimunkásokra vonatkozó megfelelő számok 21·7, illetve 41·7.

A Kaiserl. Gesundheitsamt szemléltetve mutatta be a gümőkóros fertőzés útjait s a kisérletes állatfertőzés készítményeit. A gümőbacillusok mellett bemutatta a rokon saválló bacillusokat, azok tenyésztését s kimutatását a legújabb módszerekkel. A Virchow-kórház bemutatta a Röntgen-diagnostika értékét a tüdőgümőkór megállapításában. Láthatók voltak az összes tuberculinkészítmények s miként alkalmazásuk diagnostikai és gyógytani célokra.

Elszomorító reánk nézve az az összehasonlító táblázat, a melyből látható, hogy Magyarország a 3. helyet foglalja el a gümőkórtól sujtott államok sorában. Az első helyen Oroszország, a másodikon Ausztria, a negyediken Franciaország áll.

A számos németországi statisztika közül ismertetjük azt is, a mely a halálozás csökkenését mutatja. Igy 15 évnél fiatalabb egyének 1893-ban 10.000-re számítva 6·6 halálozási számot mutatnak. 1908-ban e szám már csak 3·9. A 15. és 60. életév között elhaltak száma 31·2-ről 20·8-re esett, a hatvanon túl lévőké 45·5-ről 22·2-re. E gyönyörű eredmény kétségtelenül a német birodalom bámulatos gümőkórellenes szervezetének és intézményeinek köszönhető. A sanatoriumok és dispensaire-ek százain kívül erdei otthonok, iskolák és üdülőtelepek létesültek.

A sanatoriumok fekvését és berendezését úgy a betegápolásnak, mint a gümőkór-muzeumnak csoportjában, valamint a munkásbiztosítás és munkásjólét kiállítási csarnokában láthattuk. A sanatoriumok e nagy számban való kiállítása is mutatja, mily nagy jelentőséget tulajdonítanak nekik Németország közegészségügyében.

A munkáspénztárak versengnek a betegség leküzdésében. A lakosság felvilágosításában nagy szerepük van a vándormuzeumoknak. Egy ilyent külön barakkban állított ki a német központi bizottság. Látható benne mindaz, a miből a laikus a gümőkórt s a védekezés módjait megismerheti. E muzeumokkal bejárják az egész birodalmat s népszerű előadásokban ismertetik a kiállított tárgyakat. A szemléltetés a legjobb oktató módszer lévén, sikerül általa a gümőkórellenes tanok népszerűsítése.

Európa többi nagyobb államában nem mutatható ki a gümőkór oly nagymérvű csökkenése, mint Németországban. Gümőkórellenes intézményeik sem elég nagyszámúak. A kiállításban megtekinthettük Svájcz, Franczia ország, Ausztria, Magyarország, Oroszország és Olaszország pavillonját. China hygienéjének fogyatékosságát iparművészeti tárgyak kiállításával iparkodott palástolni; a gümőkórellenes védekezésből látszólag semmit sem produkált. Japán egyébként érdekes és fejlett hygienét mutató kiállításában a gümőkórt illetőleg néhány statisztikai adat kivételével mitsem találunk. Anglia, Brazilia és Spanyolország kiállítása látogatásom idején még nem készült el. Amsterdam városa pedig pusztán canalisatióját ismerteti. A többi nemzet az idő rövidsége miatt nem határozhatta el magát a kiállításon való részvételre.

Kétségtelenül érdekes a kis Svájcznak kiállítása. A jellegzetes kis svájczi stylusban épült házban az ország gümőkórellenes ügyének nagy fejlettségét láthatjuk. Ennek az eredménye, hogy a városi lakók között 10.000-re számítva 1891-től 1908-ig 26-ról 22-re esett a halálozási szám. A vidéken 19-ről 17-re csökkenés állott be. A gümőkórellenes harcz irányítója egy központi bizottság. Igen sokat tesznek a nőegyletek. A törvényhozás is nagy gonddal foglalkozik a fertőzés megakadályozásának kérdésével. Egész sorát láthatjuk a rendeleteknek, illetve törvényeknek. Svájcz fejlett gümőkórellenes küzdelmének példájaként ideiktatjuk Zürich városának, illetve kantonjának védekezését. A kantonban 500.000 lakos van, a kantonalis liga 14.000 tagot számlál, a kik fejenként egy franc tagsági díjat fizetnek. A ligának kanton-bizottságai, ennek viszont kerületi bizottságai vannak, a melyek jótékony egyletekkel s az orvosokkal karöltve külön községi bizottságot alakítanak. Ennek feladatai közé községi dispensairek szervezése és vezetése, továbbá a gyüjtés tartozik. Zürichnek 3 dispensaireje van, holott lakóinak száma csak 190.000. A kantonban 35 létesült. Sanatoriumai gyönyörű és kedvező fekvésű épületek. Nagyszámú fényképen vannak a nép- és magánsanatoriumok ismertetve, igy különösen Davos, valamint Arosa és Leysin sanatoriumai. S holott a svájczi klima már magában véve is alkalmassá tesz egyes vidékeket tüdőbetegek elhelyezésére, mégis látható, mily súlyt helyeznek ez országban arra, hogy a szegény betegeket is sanatoriumban helyezzék el. E czélt számos intézmény szolgálja, igen szépek többek közt a wallenstadti és a davosi „Basler Heilstätte".

Figyelemreméltó volt a franczia pavillon, a melyet az ismert franczia ízlés jellemez. Francziaországban a gümőkór szintén nagy pusztításokat okoz, Páris és a többi nagyobb város a gümőkórhalálozás összehasonlító statisztikájában az elsők között foglal helyet. Intézményeinek száma nem közelíti meg Németországéiét, mindazonáltal jelentékenynek mondható. A tengerparton 27 népsanatorium van, tisztán felnőtteknek 19 dispensaire áll rendelkezésre. Igen szép a martignyi sanat. familiaire és a sanat. de Bligny, a melyek mintája ki volt állítva.

E gyógyintézet volt és jelenlegi betegei egy „société amicale de Bligny"-t alapítottak, a melynek feladata a szegénysorsú betegek segélyezése. Lapjuk, a mely a gümőkórellenes harcz és az egyesület tagjai közti érintkezés szócsöve, a „Bulletins des amis du grand air" (a levegő barátainak lapja), valamint az egyesület kétségtelenül nagy hasznára van a sanatoriumi mozgalomnak, egyrészt az intézmény népszerűsítése, másrészt a jótékonyság gyakorlása által. Az egyesület az intézet ápoltjait összefűzi s a kúra tartamát részükre kellemesebbé teszi.

Táblázatokon van feltüntetve a *Gräncher* nevéhez fűződő gyermekellátási rendszer. E rendszer tudvalevőleg abból áll, hogy Francziaországban a tüdőbajos szülők gyermekeit falun helyezik el, hogy megvédjék őket a fertőzéstől. Egy gyermek ellátása átlag 400 francba került. A gyermekek 3—13. életévükig kapnak ellátást, tehát abban az időben, mely a legveszedelmesebb a lappangó fertőzés létrejövetele szem-

pontjából. 1904-ben még csak 27 gyermeket tudtak így elhelyezni, 1911-ben azonban már 500-at. A franczia gyermekvédelemnek e módja kétségtelenül egyik legértékesebb és legészszerűbb eljárás arra, hogy a gümőkór terjedésének gátat vessünk. Igen hálás működési teret szolgáltatna gyermekvédelmet intéző köreinknek.

Olaszország kiállitása igen szerény. A jubiláris esztendő kiállításai ugyanis annyira igénybe vették Olaszország erejét, hogy a drezdai kiállításra alig készülhetett. Gümőkór-statisztikája kedvező: 10.000 lakos közül 12 hal meg e betegségben. Néhány nem éppen sikerült fényképen bemutat tüdőkórházakat. a melyeknek sem fekvése, sem építkezése nem látszik czélszerűnek.

Ausztria gümőkórellenes küzdelmét igen szegényesen mutatta be. Allandi sanatoriumát számos képben s tervrajzban, azonkívül néhány statisztikai adatban ismerteti. Általában Ausztria nem sokat produkált a gümőkórellenes harczban, az allandin kívül mindössze csak még egy említésre méltó sanatoriuma van.

Oroszország szép, szláv stylusban épült pavillonjában a gümőkórellenes védekezés csoportjára a kettős vörös kereszt nemzetközi jelvénye hívja föl a figyelmet. Oroszországban legnagyobb a gümőkór pusztítása s ennek tudatára ébredve, iparkodnak vele megküzdeni. Különösen szépek gyermeksanatoriumaik. A felnőttek javátszolgálók azonban többnyire kicsinyek és kezdetlegesek. Kivétel ez alól a taitzyi sanatorium, mely monumentalis alkotás. Külön sanatoriumokat épitettek a zemstvok és a hadsereg. Pétervárott és Moszkvában dispensaire-ek működnek. Mindinkább nagyobb propagandát fejtenek ki a gümőkórügy népszerűsítésében. E czélból nyomtatványokat osztogatnak s ismertetik annak módját, miként rendezhető be a beteg otthona mintegy sanatoriummá. Az orosz tüdővészgyógykezelésre jellemző kumys-gyógyintézetek szintén ismertetve vannak.

Magyarország tuberculosis-ügye méltóan képviselt. Az izléses pavillonban a sikerült kiállítás *Grósz Emil* érdeme, a ki oly rövid idő alatt össze tudta gyüjteni a kulturánk nagy haladását feltüntető kiállítást. A mi specialisan gümőkórügyünket illeti, a kiállításnak az a hátránya, hogy az arra vonatkozó tárgyak nem lévén csoportosítva, a felületes szemlélő nem talál meg mindent. Gazdagságánál fogva is legkimagaslóbb a sanatorium-egyesület gyüjteménye. *Korányi Frigyes* báró arczképe bemutatja a hazai gümőkórellenes védekezés kezdeményezőjét és a sanatorium-egyesület megalapítóját, a kinek érdemei a gümőkórellenes harczban a legnagyobbak. Fölötte s mellette láthatjuk az Erzsébet-sanatorium nagy színes fényképeit s terveit. Külön állványon voltak láthatók a sanatorium új szárnyának sikerült fényképfölvételei, a melyek közül az egyik éppen egy *Brauer*-féle műtét végzése közben mutatja be az intézet műtőtermét. E kép mintegy jelképezni akarta, hogy a legújabb gyógymódok is alkalmazásba jutnak a sanatoriumban. Számos statisztikai tábla részben *Okolicsányi-Kuthy*, részben a jelenlegi igazgató, *Scharl* összeállításában mutatja a sanatorium betegeinek minőségét foglalkozás szerint, anyagi viszonyait s mennyi időn át várakoznak, míg a sanatoriumba bejuthatnak, állapotát s a gyógyítás eredményeit.

A belügyministerium közegészségügyi osztálya (*Fay* dr.) statisztikai táblázataiban mutatja be a gümőkór pusztítását hazánkban. A „Statistisches über die sanitären Verhältnisse in Ungarn“ czímű füzetéből látható, mily gondot fordít e betegség leküzdésére. Bár a halálozás még mindig nagy, fokozatosan javulás észlelhető. A csökkenés a nagyobb városokban látható leginkább. A gümőkór leküzdésére 9 sanatorium (két nagyobb), 21 kórházi sanatoriumi osztály, 20 dispensaire, 1 üdülőhely, 1 erdei iskola szolgál. Évenként mintegy 100.000 példányban népszerű ismertetések osztatnak szét és előadások tartatnak. Hazánkban tizennyolcz társadalmi egyesület küzd a gümőkór ellen, az állami költségvetésbe 500.000 korona van fölvéve. Ez adatok kétségtelenül haladásról tanuskodnak. Igen nagy azonban az a munka, a mely még elvégzésre vár.

A kereskedelmi minister által alapított társadalmi muzeum néhány képet állított ki budapesti muzeumából, a melyek a gümőkórellenes védekezés ügyét hivatottak népszerűsíteni. Az algyógyi munkás-sanatorium fényképekben s ismertető füzetekben van bemutatva.

A föntebbiekben röviden iparkodtam vázolni a Drezdában látottakat. A kiállítás csonka ugyan, mert nem minden nemzet van benne képviselve. Az érdeklődő azonban oly sok értékeset talált benne, a mennyit együtt eddig sehol sem láthatott. A gümőkórellenes küzdelem a gyakorlatban nemzetközi, közös vonásokat mutat. A fölvilágosításban s a hygiene tanításának megismertetésén kivül a sanatoriumok, dispensairek azok az intézmények, a melyek mindenütt elfogadottak. Ezekhez járulnak az üdülőhelyek s erdei iskolák. A lakás desinfectiója, sajnos, még nem mindenütt kötelező. Ezeken kivül bizonyos specialis vonásokat is láttunk, ilyen például Oroszországban a kumys-kezelés, Franciaországban a *Grancher*-féle rendszer. Ez utóbbinak nemzetközi elterjedése igen kivánatos volna.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Ibrányi Alice: Német és angol ápolónők. Előszóval ellátta: *Farkas László*. 106 lap. *Ferenczi B.* könyvkiadó, Miskolcz, 1911.

Ennek a könyvnek e sorok írója egy felejthetetlen Sylvester-délutánt köszön. Egykedvűen vette a kezébe mint recensiós példányt és *végigolvasva*, mint olyan könyvtől vált meg tőle, a melyet könyvszekrényünk legkedvesebb helyén szoktunk elszállásolni, ott, a hol sokszor látjuk és ahonnan könnyen előszólíthatjuk. *Ibrányi Alice*, a magyar vöröskereszt-egylet ápolónőinek főnökasszonya számol be benne hosszas külföldi tanulmányútjáról. Komoly tanulmány tárgyává tette ez alatt mindama kórházakat (három drezdai, két kieli, öt londoni, valamint a bécsi kórházat), illetve az azokban divó ápolónői rendszereket, a melyekben megfordult. Ezeket itt rekapitulálni nem lehet czélom. Itt arra kivánnék rámutatni, hogy mindazt, a mit látott, éles megfigyelőképességgel és nem csekélyebb judiciummal látta és vette szemügyre. E tekintetben az irónő munkája semmivel sem áll mögötte bármely íróénak. A mi azonban a férfiak munkái *fölé* tudja helyezni a könyvet, az az, a mi *női* benne: egy csipkeszövet finomságú lelkület szakadatlan megnyilvánulása. De vannak más erényei is. Elsősorban a magyarsága. Kevés könyvet olvastam, mely tartalom tekintetében ennyire megütvén az európai internationalis mértéket, viszont tonusára és felfogására oly színmagyar volna, mint ez a könyv. Meg nem állom, hogy példával ne illusztráljam.

Ibrányi Alice-nak a drezdai Diakonissen-Anstaltban eltöltött tanulmányi szolgálata közben történt a dolog. Egy „kis Lotte“-t, a ki a *Volkmann*-féle nyujtókészüléket s a vele járó fájdalmakat nagyon rosszul tűrte, hosszasan tartogatott szóval és a mikor már-már minden tárgyból kifogyott, belefogott egy régi német mesébe: „Volt egyszer egy leány, nagyon rest, ki fonni nem akart“ stb. És a mese végével a jelenvolt diakonissa-nővér megkérdezte, hogy — „mi a mese tanulsága?“ És mivel csakugyan nem volt benne „tanulság“, elgondolhatjuk mi is, hogy *Ibrányi Alice* mekkora bajba került. Ime a különbség a race-ok közt. A német nővér menten a tanulság után érdeklődik, a magyar úri leány „beéri“ azzal, hogy egy szerencsétlen kis teremtést sikerült egy tanulság nélkül való mese elmondásával kiragadnia a fájdalom és várakozás türelmetlenségéből.

Magyar benne az előadás stylusa is; nem oktat, hanem közöl, elbeszél, előad. Elgondoltam, mily idealis szárazsággal lehetne mindezt megírni, a mit *Ibrányi Alice* oly élvezetes stylusban tár elénk. Nyelvészeti szempontból sem találhatna benne sem a „Magyar Nyelvőr“, sem a „Magyar Nyelv“ kivetni valót, egy betünyit se. Csak arra kérem az érdemes irónőt, ne mondjon le a magyar nyelvkincsnek legkisebb darab-

kájáról se. Ne írjon, a mikor magyarul és magyaroknak ír, Dresdent és Wient, hiszen Arany János se úgy írta, hogy „nyögte Mátyás bús hadát Wiennek büszke vára".

Legfontosabb azonban nézetem szerint e könyvben az, hogy rendkívül nagy nevelőerő nyugszik benne, melyet jó lenne eleven erővé átalakítani. Sehol a világon nem oly nagy a kenyérkereső nők százalékszáma (45·10%), mint éppen hazánkban s helyesen jegyzi meg *Farkas László* a könyvhöz írt előszavában, hogy az volna *Ibrányi Alice* munkája elterjedésének egyik óhajtandó hatása, hogy a női foglalkozási forma hazánkban is a betegápolás felé terelődnék.

Nagyon szeretném *Ibrányi Alice* könyvét minden középső és felsőbb leányiskolába kötelés olvasmányul ajánlani. A leánynövendékek egyik része könnyen kedvet kapna tőle, hogy az ápolónői pályát válaszsza; egy másik részében felébredne legalább is az a kötelés tisztelet, melylyel a művelt ember e pályának tartozik; valamennyiökre azonban végtelenül felemelő és lélekfinomító hatással volna *Ibrányi Alice* ismeret-, tapasztalat-, gondolat- és érzelem-világának megismerése. *Győry.*

Max Goldzieher: Die Nebennieren. 1911. VIII + 154 old. és 9 tábla rajz.

Aránylag fiatal szerző s máris elismerésre méltó búvár foglalja össze a fenti czím alatt a mellékvese fejlődéséről, normalis anatomiájáról, működéséről, kóros elváltozásairól és kóros működéséről szóló ismereteinket. Majd mindegyik fejezetben találunk valami újat, a mit a szerző kisérleti vizsgálódásai hoztak felszínre: így pl. a mellékvesék functiójáról irott fejezetben a szerző kisérleteiből tudjuk meg, hogy az izomzat működése közben valóban képződnek oly anyagok, melyek az adrenalin elválasztását, vegyi ingerként hatva, fokozzák. Mégsem merném állítani, hogy az állandó izommunka csak hyperadrenalinaemia révén vezet a bal szív túltengéséhez: a munkásosztály számtalan példáját szolgáltatja az izomzat fokozott igénybevételének éveken át s az ilyen szívtúltengés mégis oly ritka. Érdekesek a szerzőnek a mellékvesekéreg cholinsecretiójára vonatkozó kisérletei is: a szerző szerint minden izgalom, mely a sympathicust és a phaeochromrendszert éri, gátolja a cholin elválasztását, s viszont a mi a phaeochrom-sejtek működését gátolja, fokozza a cholinsecretiót.

A mellékveseműködés és a köztakaró pigmentatiója között a szerző érdekes összefüggést vél felfedezhetni s a bőr erősebb pigmentatióját a sympathicus-tonus csökkenésével magyarázza (pl. a napfény behatására támadó festékességet), szemben a hyperadrenalinaemiás állapotokban (pl. nephritisben) észlelhető halványságával a bőrnek. A referens mégis azt hinné, hogy az utóbbit, tudniillik a bőr halványságát nephritisekben a bőr ereinek fokozott tonusa is magyarázza.

A mellékvesék elváltozásait a vesegyuladás és érelmeszesedés kapcsán számos obductiós és mikroskopi vizsgálattal demonstrálja s szerinte idült vesegyuladás esetében a mellékvesék úgy a kéreg-, mint a velős állomány (állandóbb jellegű) túltengése következtében nagyobbak a rendesnél.

Az arteriosclerosis és hyperadrenalinaemia egymáshoz való viszonyát illetőleg azt tartja a szerző, hogy a fokozott adrenalintermelés közvetlenül kórosan hat az erek falára: a kóros hatást a fokozott vérnyomás csak növeli.

Könyvének egyik fejezete a csökkent mellékveseműködéssel és az *Addison*-kórral foglalkozik s végül a belső secretiós szervek egymáshoz való viszonyát tárgyalja a szerző.

A mű végén nagyobb irodalmi összefoglalást találunk, a szöveg megértésében s igazolásában pedig a szép mikroskopi ábrák vannak segítségünkre.

A ki ismeri az elméleti tanársegéd elfoglaltságát, lekötöttségét, az csak a legnagyobb elismeréssel adózhatik a szerzőnek, ki ilyen viszonyok között aránylag rövid idő alatt ennyit dolgozott.

Halász Aladár.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az állatoltás útján történő gyorsított tuberculosis-kimutatás új módját írja le *R. Oppenheimer* (Frankfurt a/M.). Az oltás a máj szövetébe történik, mint olyan szervébe, melynek sima barna állományában a szürke tuberculumok jól tűnnek fel s mely bő vértartalmánál fogva jó táptalajul szolgál a tuberculum gyors fejlődésére. Az intrahepatikus oltást megkönnyíti a máj ama anatomiai sajátsága a tengeri malaczon, hogy az egész epigastriumot kitölti. A sternum alatt merőlegesen tartott tűvel $1^1/_4$ cm. mélyen beszúrunk jobb- s mellette még egyszer balfelé. Positiv lelet esetén rendszerint 16 nap mulva, virulens s nagyszámú bacterium jelenlétében azonban néha már 5 nap mulva konstatálható volt a máj és lép miliartuberculosisa. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1911, 41. sz.)

Galambos dr.

„A thorax phthisicus és thorax asthenicus" czímmel közöl tanulmányt *Révész Vidor* a budapesti egyetem Röntgen-intézetéből. Röntgen-vizsgálatok alapján kimutatja, hogy az első bordaporcz korai elmeszesedése és a tüdőtuberculosis között van ugyan összefüggés, de ez nem olyan, a milyennek *Freund* nyomán eddig gondolták, hogy t. i. az első bordaporcz korai elmeszesedése folytán áll be a tüdőcsúcs hajlamossága a tuberculosisra. Éppen ellenkezőleg áll a dolog: a tüdő tuberculosisa folytán áll be túlkorán az első bordaporcz csontosodása. Ennek következtében ezen korai elmeszesedés hatásának műtét útján megszüntetésétől nem várható eredmény a tüdő gümőkórjában. Lehetséges, hogy a gümőkór toxinjának hatása következtében áll be ez a korai elmeszesedés; e tekintetben érdekes *Alexander* azon észlelete, hogy tuberculosus egyéneken a dia- és epiphysisek közötti elcsontosodás is korábban következik be. Az újabb Röntgen-vizsgálatok mind nagyobb számmal utalnak arra, hogy a tüdőtuberculosis nem — mint a hogyan eddig hittük — a tüdőcsúcsban, hanem a hilus-tájon kezdődik; az itt termelődő toxin hatása folytán áll be úgy látszik az első bordaporcz korai elmeszesedése és ennek folytán a tüdőcsúcs hajlamosítottsága a tuberculosisra. Azt mindenesetre állíthatjuk, hogy az első bordaporcz korai elmeszesedése biztos jele a tüdő tuberculosisának. (Gyógyászat, 1912, 5. sz.)

Sebészet.

A tuberculosisos lymphomák Röntgen-kezeléséről ír *B. Baisch*. A kezelés módja és a végleges eredmények szempontjából 3 csoportba oszthatjuk a lymphomákat: 1. az egyszerű nem genyes, 2. a részben genyes vagy sajtos, 3. a kifekélyesedett, már sipolyjárattal biró formákra.

Az első csoportba tartozó lymphomák gyógyítására elegendő csak a Röntgen-kezelés. Az első napokban a mirigyek megnagyobbodását tapasztaljuk, a mely a sugárzás okozta gyuladás következtében keletkezik. Majd a mirigycsomók lelohadása következik, mely rendszerint már a 8. napon észlelhető és néha a mirigy teljes eltűnésével végződik. Máskor azonban a többszörös sugárzás daczára a mirigy csak bizonyos fokig kisebbedik és ha ilyenkor exstirpáljuk, sajtos tömeg alkotja a mirigy közepét s ezt vastag kötőszövet veszi körül. A legjobb eredményt a 2. csoportba tartozó mirigypaquettekkel érhetjük el. Az excochleatio és néhány Röntgenkezelés után alig látható linearis heget kapunk. Néha kisebb sipolyjáratok keletkeznek, melyek a sugárzás hatása alatt bezáródnak. Különösen a kozmetikai eredményt emeli itt ki a szerző, mely oly esetekben, a hol nagy területre kiterjedő lymphomákról van szó, igen fontos. Kisebb hajlamot mutatnak a gyógyulásra a 3. csoportba tartozó mirigyek, a minek oka részben a másodlagos fertőzés, másrészről pedig az eczemás, ulcerosus bőr, melyet nem tehetünk ki elég ideig a Röntgen-kezelésnek.

Heinecke kisérleteiből tudjuk, hogy a Röntgen-therapia először a lymphocyták rohamos szétesését hozza létre, a mit a fibroblastok nagy számban való jelentkezése követ. Kiemelendő a Röntgen-therapiának a műtéti felett való az az előnye is, hogy az utóbbi esetben a nagyszámú mirigy eltávolításával a szervezetet az újabb infectióval szemben fontos védekező berendezéstől fosztjuk meg. Jó eredményeket látott a szerző a különböző izületek fungusos megbetegedéseiben, az ínhüvely tuberculosisos folyamataiban, a hol a conservativ sebészi kezelés nem sok reményt nyujt. (Berliner klin. Wochenschrift, 1911, 44. sz.) Ifj. *Háhn Dezső* dr.

Gyermekorvostan.

A kis leányok gonorrhoeás vulvovaginitisének arthigonnal való kezeléséről ir *St. Rygier* (Breslau). Elsősorban kiemeli a helyi kezelés nehézségét, mely egyrészt a helyi viszonyokban leli magyarázatát, t. i. a nemi részek legtöbbnyire oly fejletlenek, hogy valamely szernek helybeli alkalmazása nagy nehézségekbe ütközik.

Minden szerző más és más szer alkalmazását ajánlja, mely körülmény azt mutatja, hogy egyiknek a hatása sem biztos. Az utóbbi években amerikai orvosok ajánlatára mind gyakrabban alkalmazzák a serum- és vaccina-therapiát, mely utóbbit Németországban *Bruck* vezette be az általa ajánlott arthigonnal (*E. Schering* vegyészeti gyár, Charlottenburg).

A gonococcus-vaccina — hatásmódja hasonló a tuberculinéhoz — a legjobb eredményeket a zárt gonorrhoeás góczokon adja, míg a többi folyamatban az eredmény változó. A szerző kezelte 4 beteg közül kettő 8—10 arthigoninjectio után 3—4 hét alatt teljesen meggyógyult és a további körülbelül három havi ellenőrzés alatt a folyamat nem újult ki. A másik két beteg külső okok miatt jóval a megengedett legmagasabb adag elérése előtt távozott a klinikáról és azért az eredmény véglegesnek nem vehető. Kellemetlen mellékhatásokat az arthigon alkalmazásakor nem észlelt.

Megfigyelései alapján a szerző véleménye szerint a vaccina-kezelés a gonorrhoeás vulvovaginitist specifikusan befolyásolja és gyógyítja, sokkal biztosabban, mint bármely más mód és ezért minden esetben kivánatosnak tartja a teljesen veszélytelen gonococcus-vaccina alkalmazását, esetleg helyi kezeléssel kapcsolatban. (Deutsche med. Wochenschr., 1911, 50. sz.) *Gara* dr.

Bőrkórtan.

A venaesectio és konyhasó-infusio dermatotherapiás alkalmazását kisérelte meg *I. Simon* (Heidelberg). A régi orvosok theoriája a romlott nedvekről az újabb dermatologiában fontos szerepet vivő „toxicodermiák“ tanában némileg ismét új életre kel. A toxicodermiák csoportjába a bőrbajok elég jelentékeny része tartozik s valószínű, hogy idővel a bőrbajok még nagyobb számát kell majd idesorolnunk. E bajok kezelésében szóba jöhet olykor a sepsis, uraemia és eclampsia eseteiben már régebben alkalmazott azon eljárás jogosultsága, melyet *Sahli* a szervezet kimosásának nevez. A vérvételnek a konyhasós infusióval való kombinálását a dermatologiában *Brück* alkalmazta először, még pedig toxicodermiák ellenében feltünő jó eredménynyel. A szerző most ezeket a kisérleteket mintegy 100 esetben kipróbálás alá fogta. Az eljárás abban állott, hogy venaepunctióval 100—200 cm^3 vért bocsátott s egyben mindjárt ugyanazon kanülön keresztül 300—700 cm^3 0·90%-os steril konyhasó-oldatot infundált.

Az eljárás szükség szerint 3—6-szor ismételhető 5—6 napi időközökben. Kellemetlenséget ez sohasem okoz, szintúgy hőemelkedést sem. Ily módon kezelt pruritus universalis, lokalizált pruritus, pruritus senilis, különböző fajú urticaria, oedema fugax, idősült eczema eseteket s még néhány más bajt. A legjobb eredményt a pruritusok kezelése adta. Valamennyi ilyen esetben a viszketésnek feltünő csökkenése mindjárt az eljárás nyomán állott be. Ez a javulás eleinte nem volt tartós, de az eljárás többszörös ismétlése után a viszketés olykor teljesen s úgy látszik véglegesen elmult. A kezelésmód sikerét a szerző véleménye szerint a psychés behatás nem okozhatta, mert a betegeknek tudomásuk sem volt az eljárás czéljáról. Elég jó sikerrel járt még néhány urticaria-eset is, szintúgy egyik-másik eczema-eset. A psoriasist ellenben nem sikerült ezzel a kezeléssel befolyásolni. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1911, 48. sz.) *Guszman.*

Venereás betegségek.

A salvarsan toxicitását vizsgálta állatkisérletekkel *M. Kochmann* (Greifswald). A salvarsan irodalma ma már föltünő nagyságot ért el s ezért szinte csodálatos, hogy mégis mily csekély a száma a szerre vonatkozó méregtani kisérleteknek. A szerző kutyákon és házinyulakon kisérletezett. Általában az *Ehrlich*-féle utasítás szerint járt el s a szert intravenásan a vena jugularis ext.-n keresztül alkalmazta. Első kisérleti sorozata 14 nyúlra vonatkozik. Kiderül ebből, hogy 1 kg.-nyi testsúlyra vonatkoztatva 0·003—0·005 gr. még semmiféle hatást sem fejt ki. 6—40 mgr.-nyi adag gyakran meglehetősen jelentékeny testsúlyemelkedésre vezet. 50 mgr.-tól kezdve a salvarsan átmenetileg (2 napig) a vesét bántalmazza, a mi fehérjevizelésben nyilvánul. Ez az állapot nem szokta a testsúlyt befolyásolni. 70 mgr. a salvarsanból a vesének már erősebb és tartósabb elváltozását okozza s a fehérjén kívül szőllőczukor is jelenik meg a vizeletben. A dosis letalis 100 mgr.-ra tehető. A bonczolási lelet ilyenkor a béltractusnak gyuladásos és vérzéses elváltozásában áll. 200 mgr. az állatot már a legrövidebb idő alatt megöli, úgy hogy anatomiai elváltozást a bonczolás ki sem tud mutatni. Az a vizsgálati sorozat, mely kutyákra vonatkozott, azt mutatja, hogy ezek az állatok a salvarsannal szemben jóval érzékenyebbek, mint a házinyulak. Albuminuria, glykosuria, továbbá bélvérzés és gyomorfekélykék aránylag már kisebb adagokra szoktak beállani. Mindezek a tünetek a szerző véleménye szerint typusos arsenmérgezési tünetek. Azok a kisérleti vizsgálatok, melyek a salvarsannak a kalium arsenicosummal való összehasonlítására vonatkoztak, azt bizonyítják, hogy a két készítmény arsentartalmát véve, a kalium arsenicosum hét és félszer mérgezőbb, mint a salvarsan. (Münchener med. Wochenschr. 1912, 1. sz.) *Guszman.*

Húgyszervi betegségek.

A nem gümőkóros prostatagenyedésekről ir *I. Duhot.* Prostatatályog alatt anatomiailag a prostata tokján belül összegyűlt s a szövetek beolvadásából keletkezett genyedést értünk. De az anatomiai és klinikai felfogás között annyiban lehet eltérés, hogy elég gyakoriak az olyan pseudoabscessusok, azaz genyfelhalmozódások a praeformált mirigyüregekben, melyeket sokszor nem tudunk klinikailag a valódi tályogtól megkülönböztetni. Leggyakoribb a prostata-abscessus középkorú egyénekben. Mint okozati momentum első helyen áll a gonorrhoea; a fertőzés lefolyása a következő: a hátulsó húgycsőből a gonococcusok a ductus prostatici mentén a prostatába kerülnek s itt a legenyhébb esetben csak degenerativ desquamatiót, tehát csekély genyedéssel járó lobot idéznek elő. Ha a nyálkahártya nagyon megdagad, a prostata kivezető csövei eldugulnak, ekkor a váladék és a geny a mirigyüregekben gyűlik össze és létrejön a *prostatitis follicularis. A prostatitis parenchymatosa* már egészen másképp képződik: a szövetek savós átivódása és a kissejtes beszűrődés következtében a prostata diffuse megdagad s megkeményedik.

A gonococcuson kívül mint kórokozó elég gyakori a bacterium coli is; ilyenkor a végbélfekély vagy a fissura ani az a kapu, melyen át a prostata fertőződik. Hogy a nyirokpályán keresztül a genyokozók alig szállnak le a prostatába, azt már *Motz* is hangsúlyozta, de ez nem is valószínű, mert különben a végbélcarcinoma gyakran terjedne át a prostatára s viszont. A haematogen prostatatályog nem igen gyakori, bár ilyet már a legkülönbözőbb — főleg fer-

tőző — betegségek (influenza, scarlatina, typhus abdominalis, parotitis) kapcsán észleltek. *Frisch* két esetet említ, a hol sepsises eredetű általános megbetegedés (súlyos alkarphlegmone és angina phlegmonosa) mellett keletkezett prostatatályog.

A leggyakoribb kórokozó mégis a *trauma*, mely a hátulsó húgycsőrészt éri. A mirigyet magát ugyan a mély fekvése megvédi a közvetlen erőművi behatások ellen, de az instrumentumos kezelés, máskor meg egy hólyagkő eltávolodása közben támadt húgycsősérülés is provokálhat a mélyben genyedést. A külső behatások (ütés, esés, lovaglás, kerékpározás) legfeljebb közvetítő momentumok ott, a hol a prostata már azelőtt is beteg volt.

Jó sokáig az a tévhit uralkodott, hogy asepsises fertőzés is létezik s ide sorozták a prostatahypertrophiában keletkezett genyedést is. De ha meggondoljuk, hogy a prostatitisesek elég nagy százalékában, ha nincs is telfes retentio, de cystitis van s hogy ezen betegek legtöbbje a saját maga által s nem mindig asepsises módon végzett csapolásra van utalva, a túltengett prostatatának ilyetén való fertőzésén nem fogunk csodálkozni.

A prostatagenyedés tünetei igen különbözők, sokszor meg olyan kevéssé jellegzetesek, hogy figyelmen kívül is maradnak. Az acut kankó folyamán jellentkező genyedés nem ad mindjárt az elején életjelt magáról, mert a gonorrhoea hevesebb tünetei ilyenkor még praeponderálnak; később azonban a betegnek subjectiv panaszai már a prostatatüneteket — tompa ütésre sokszor tűrhetlen fájdalom a gáton s a végbélben, nehéz s kínos defaecatio, végtelenül kínzó s nagyon erőltetett vizelés — mindjobban kidomborítják. Sokszor bizony acut retentio is bekövetkezik, a mikor azután az abscessus az urethra vagy a végbél felé kifakad; ilyenkor a súlyos subjectiv jelenségek hirtelen enyhülése és az a körülmény, hogy az említett csatornákon geny ürül ki, az orvost útbaigazítja.

Idősült kankó eseteiben a betegektől gyakran hallunk olyan panaszokat, melyek már egyenesen a prostatára utalnak: idegességet s tartós fáradtságot, égés s nyomás érzését a végbélben, továbbá mint különösen jellemzőt azt a megfigyelést, hogy főleg nehéz székelés után a külső húgycsőnyíláson genycsepp mutatkozik.

Fertőzésen alapuló általános betegségben a helyi tünetek sokszor egészen hiányoznak s ilyenkor a diagnosis már azért is nagyon nehéz, mert a prostatatályog a test hőmérsékét alig befolyásolja. A prostatatályog kórképét utánozhatják mindazok a genyedések, melyek a medenczében s az abdomen alsó részében keletkeztek, de különösen az appendicitis, mely néha hólyagzavarokkal is járhat. Az olyan genyedést, mely a túltengett prostatában keletkezett, csak a nagyon begyakorolt ujj fogja kitapintani. A prostata-abscessus complicatiói közül a legveszedelmesebb a medenczephlegmone s még inkább az általános sepsis. Tekintve az anatomiai viszonyokat, valóban csodálatos, hogy ez a súlyos complicatio nem fordul elő gyakrabban. A prostatát ugyanis egy sűrű gyűjtőérháló, a plexus prostaticus veszi körül, könnyen létrejöhet tehát genyes phlebitis, mely thrombusokat küld a vérpályába s így általános sepsist idéz elő. Prostatatályog esetén az egyedüli helyes therapia az incisio; a műtét helye tekintetében azonban — ellentétben a franczia urologusok óriási többségével, kik a párisi urologiai congressuson a perinealis műtét mellett törtek lándzsát —, a szerző *a végbélen keresztül eszközölt tályognyitást propagálja*. (Revue des malad. des org. génito-urinaires 1911, II. kötet.) *Drucker.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Eurespiran. Asthma bronchiale ellen már régóta jó eredménynyel használják a tinctura lobeliae-t, de azért mégsem tudott ez a szer eléggé elterjedni, mert egyrészt a hatása megbízhatatlannak mutatkozott, a mennyiben csak a friss növényből készült tinctura fejt ki kellő hatást, másrészt pedig a gyomorra és a bélre káros hatást fejt ki. Ezen hátrányokon a frankfurti *Weil*-czég úgy segített, hogy a teljesen friss anyagot tabletták alakjában hozza forgalomba, még pedig a gyomorra és bélre gyakorolt káros hatás ellensúlyozása végett erythraea centauriummal és gentiana luteával együtt. A felnőttek számára való tabletták (egyszerűen eurespiran jelzéssel) egyenként 0·02 gramm lobelia inflatát tartalmaznak, a gyermekek számára valók (eurespiran pro infantibus jelzéssel) félannyit. Naponként 3—4-szer adandó egy-egy tabletta 8—10 napon át, majd 3—4 napi szünet után még egy ideig naponként 3 tabletta. *Nerking* tapasztalatai szerint az eredmények ezen használatmód mellett nagyon jók. (Zentralblatt für die gesamte Therapie, 1911. 8. füzet.)

Oxygenfürdő olcsó előállítására *Hoesslin* a marburgi Behring-gyár előállította hepint (májkatalase) ajánlja, a mely hydrogensuperoxydból szabaddá teszi az oxygent. Egy csövecske hepint $^1/_4$ vízzel felerősztve összekeverünk a fürdő vizével, a melybe előzően egy liter 3%-os hydrogensuperoxydot tettünk. 10—15 percz mulva már annyi oxygen képződött, hogy a fürdő használható. Egy fürdő költsége mintegy 40 német fillér. (München. medizinische Wochenschrift, 1911. 47. szám.)

A chinin helyi érzéstelenítésre nagyon jól használható *Schepelmann* szerint a következő összetételben: Rp. Chinini muriatici, Antipyrini aa 0·3; Aquae destill. ad 10·0. Az érzéstelenítendő terület nagysága szerint $^1/_4$—2 cm³ fecskendezendő a bőr alá. (Therapie der Gegenwart, 1911, deczember.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 5. szám. *Rèvész Vidor*: A thorax phthisicus és thorax asthenicus. *Brenner József*: Adatok a psychosisok analysiséhez.

Orvosok lapja, 1912, 6. szám. *Sellei József*: Adatok a pruritus gyógykezeléséhez.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 6. szám. *Szabóky János*: A tüdőgümőkóros betegek köpetvizsgálatának prognostikai értékéről.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Süssmann Frigyes* dr.-t a nagyszebeni bábaképző igazgató-tanárává, *Genersich Andor* dr.-t állami vasgyári orvossá, *Herman Károly* dr.-t és *Kabdebó György* dr.-t Aradon pályaorvossá nevezték ki.

Választás. *Sarló Alfréd* dr.-t egercsehi-i körorvossá választották.

Uj magántanárok. A vallás- és közoktatásügyi minister *Entz Béla* dr.-nak a csecsemőkori betegségek kórbonczolástanából és *Frigyesi József* dr.-nak a nőgyógyászati műtéttanból a budapesti egyetem orvosi karán magántanárrá történt képesítését megerősítette.

Pólya Jenő dr. budapesti egyetemi magántanár képesítésének a hassebészet tanára kiterjesztését a vallás- és közoktatásügyi minister megerősítette

A Magyar Orvosi Szaklapok Egyesülete f. évi február 1.-én tartott évi közgyűlésén több ügyre vonatkozólag foglalt állást. Az Országos Közegészségügyi Tanács hivatalos lapjaként megjelenő „Közegészségügy"-re vonatkozólag elhatározta, hogy átír az Országos Közegészségügyi Tanácshoz és megkéri, hogy a mennyiben a Tanács tárgyalásait a jövőben is külön lapban akarja nyilvánosság elé vinni, az e czélra szolgáló hivatalos organuma csakugyan az legyen és ne a hivatalos jelleggel bizonyos, éppen nem hivatalos előnyöket élvező és kereső nyomdaproductum. Elhatározta továbbá a szaksajtó-egyesület, hogy az Orvos-Szövetség által orvosérdekelleneseknek jelzett állások hirdetése nem vehető fel az egyesület kötelékébe tartozó lapokba, nehogy az orvosok némelyike jóhiszeműleg olvasva azt, végül is existentialis érdekében támadtassék meg. Végül elhatározta az egyesület, hogy felkéri a Budapesti Királyi Orvosegyesület elnökségét, hogy hetenként megjelenő „Értesítő"-jében mellőzze a hirdetéseket. A közgyűlés a tisztújítást is megejtette s újra megválasztotta elnökké *Lenhossék Mihály* dr.-t, ügyvezető titkárrá *Győry Tibor* dr.-t.

A tiszti orvosi vizsgára előkészitő tanfolyam Kolozsvárt márczius hó 20.-án kezdődik. Cursus a vizsga minden tárgyából lesz. Bővebb felvilágosítást ad *Jakabházy Zsigmond* dr. gyógyszertani intézeti adjunctus (Kolozsvár, Trefort-utcza 8).

A budapesti egyetem I. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika januárban 114 esetben nyujtott segítséget; a műtétek száma 101 volt.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét januárban 114 esetben vették igénybe; a műtétek száma 97 volt.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület deczemberben 1259 esetben nyujtott segítséget; ezenkivül 892 szállítást végzett, 212-szer

mint mozgóőrség szerepelt és 21-szer téves jelentés folytán vonult ki. A deczember havi működési főösszeg tehát 2384. Az 1911. évi összes működés 31.038. Az egyesületet fennállása (1887 május 8) óta 338.301 esetben vették igénybe.

Meghalt. *Mangold Henrik* dr. királyi tanácsos, volt balatonfüredi fürdőorvos 84 éves korában február 5.-én. Az elhunyt, a ki 52 évig működött Balatonfüreden, irodalmi közlései révén is nagyon sokat tett nemcsak e fürdő, hanem általában a Balaton föllendítése érdekében. — *Mestrics Mátyás* dr. muracsányi körorvos 74 éves korában február 3.-án. — *Czobos Károly* dr. gyakorló orvos 59 éves korában, február 6.-án Kiskúnfélegyházán. — *Mintsek Gáspár* 66 éves korában, e hó 3.-án Rimaszombatban. — *Nagy Zoltán* dr. 48 éves korában január 30.-án Técsőn. — *J. Pagel* dr. magántanár és czímzetes tanár a berlini egyetemen, az orvostörténelem jeles irodalmi munkása, január 31.-én, 61 éves korában. — *M. Jastrowitz* dr., a lankwitzi elmekórház főorvosa, ismert nevű idegorvos, január 26.-án, 72 éves korában. — *Sir H. T. Butlin*, kiváló sebész, még röviddel ezelőtt a Royal College of Surgeons elnöke, Londonban, január 24.-én, 66 éves korában. — *P. D. Hughes*, a sebészet tanára Kansas City-ben (Amerika).

Apróságok az orvostudomány köréből. *A bél fertőtlenítésére A. Schmidt* közvetetlenül a duodenumba visz be O_2-t az *Einhorn*-féle duodenumcsővel egybekötött oxygen-bomba segítségével. 2—4 literrel nagyobb mennyiségű O_2 bevitele veszedelmes lehet, mert az erős feszülés folytán O_2 préselthetik be a bélfalazat hajszálereibe s ily módon levegő-embolia állhat be a tüdőben. (Zentralbl. f. innere Med., 1902, 1. szám.) — *A czukor hashártyagyuladás ellen* nagyon kedvezően hat *Kuhn* szerint, a mennyiben a hasüregbe juttatva késlelteti a fibrinmegalvadást, akadályozza a másodlagos bomlásfolyamatokat és kiméli az endothelt; tömény czukoroldatnak a hasüregben visszahagyása különösen a már kissé megkésve végzett laparotomiák után ajánlatos. (Arch. f. klin. Chirurgie, 96. k., 3. és 4. f.) — *Typhus* átállása után 38 évvel találtak az Eiselsberg-klinika egy betegének epéjében typhus-bacillusokat; de vannak az irodalomban esetek, a melyekben még több idő telt el a typhus átállása és a bacillusoknak kimutatása között; így *Jundell* esetében 50, *Gregg* esetében 52 év. (Wiener klin. Wochenschrift, 1911, 52. szám.) — *A salvarsan nagyon kis adagjának használát* látta *Waelsch* tanár egy betegen, a ki nagyon súlyos ulcerosus-gummosus syphilisben szenvedett s a kénesőt egyrészt rosszul tűrte, de másrészt refractaer is volt a kénesővel szemben. Néhány napos időközökben 0·05 grammos adagokban intramuscularisan befecskendezett salvarsanra a fekélyek 14 nap alatt begyógyultak s az általános állapot is tetemesen javult. (München. med. Wochenschrift, 1911, 47. sz.)

Sokòdu a neve egy betegségnek, a mely főleg Japánban otthonos, de a melyet elszórtan Amerikában is észleltek már s a melynek egy egészen typusos esetét *Frugoni* tanár közli most a florenzi belklinikáról. Minthogy nem lehetetlen, hogy ezzel a betegséggel nálunk is fogunk találkozni: nem fölösleges felhívni reá röviden a figyelmet. A szóban levő betegséget protozoonok okozzák, a melyek patkánymarás útján jutnak a szervezetbe. 1—3 hetes incubatio után, a mely azonban kivételesen hónapokig is tarthat, hidegrázás, láz, fejfájás, émelygés és hányásinger kíséretében a már behegedt maráshelyen gyuladásos tünetek mutatkoznak: pirosság, duzzadás, fájdalmasság, hólyagcsák, később kis fekélyek; a regionarius nyirokmirigyek megduzzadnak, de sohasem genyednek el, a lép nem nagyobbodik meg. *Ogata* szerint jellemzők még a test különböző részein megjelenő változó nagyságú sötétvörös vagy ibolyaszínű kerek foltok. Ha a halál nem következik be (10% halálozás), látszólagos gyógyulás áll be, de rövidebb-hosszabb időközökkel újabb lázas szakok mutatkoznak a nyirokrendszernek többékevésbé általános résztvételével és újabb bőrtünetekkel. Ily módon évekig elhúzódik a betegség, míg végre teljes gyógyulás következik be. Megjegyzendő, hogy a *Frugoni* közölte eset az első Európában és egy toskánai parasztra vonatkozik, a ki otthonától távolabb sohasem volt. (Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 6. sz.)

Személyi hírek külföldről. A berlini egyetem orvosi fakultása a szemészeti tanszék betöltése ügyében már a harmadik kosarat kapta: *Axenfeld* freiburgi tanár sem fogadta el a meghívást. Így most *Krückmann* königsbergi tanárt hívták meg. — A freiburgi egyetem rhinolaryngologiai tanszékére, mely *Killian* tanárnak Berlinbe költözésével üresedett meg, *O. Kahler* bécsi magántanárt nevezték ki. — Rendes tanárok lettek: *G. Caruso* Cataniában (nőorvostan), *P. Baiardi* Genovában (szemészet), *L. Usskow* Odessában (belorvostan).

Hirek külföldről. A most lezajlott német választások alkalmával mindössze csak két orvos került be a parlamentbe, fél annyi, mint a mult választások során. A német orvosi lapok elégületlenségüket fejezik ki, hogy az orvosi rend számbelileg oly gyengén van képviselve a törvényhozásban. — A berlini Langenbeck-Haus, melyet a német sebészeti congressus czéljaira építettek, máris szűknek bizonyult az utolsó congressus alkalmával, úgy hogy az ez idei congressust, mely április 11—13.-áig lesz, már a philharmonia Beethoven-termében fogják tartani. — A boroszlói egyetem felsőbb éves orvostanhallgatói kimondották a sztrájkot *Hasse* dr., az anatomia tanárának tájbonczolástani előadásaira nézve. *Hasse* tanár ellen már évtizedek óta napirenden vannak a panaszok szerencsétlen modora miatt, mely nagyon emlékeztet arra a modorra, a melyet a porosz altisztek alkalmaznak a közlegények betanításakor. Az orvosi fakultás már 20 év előtt kénytelen volt őt a szigorlatok tartása alól felmenteni; később úgy látszik, ismét megkapta a szigorlatokat, mert három év előtt újra kizárták őt az examináló bizottságból. A német orvosi lapok a sztrájkoló orvostanhallgatók pártját fogják.

Mai számunkhoz *Balla Sándor* „**Anorrhal**“ és „**Tabulae ferri peptonati bromati Balla**“ czímű prospektusa van mellékelve.

Lapunk mai számához „**Dr. Hajós gyógyintézete, Cigale, Lussinszigeten**“ czímű prospectusa van mellékelve.

Mai számunkhoz a *Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. Leverkusen a. Rh.* és a *Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning Höchst a. Main* „**Sajodin Sabromin**“ czímű prospectusa van mellékelve.

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA
belbetegek — **spec. szívbetegek** és üdülők részére.

ORVOSI LABORATORIUM **Dr. MÁTRAI GÁBOR** és **Dr. SAS BERNÁT** Telefon 26—96. **VI., Ó-uteza 39. sz.**
Vizsgálati tárgyak: Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.

István úti 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 Vezető: **Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika.** Szövetség-utcza 14—16. Telefon 90—46.

Dr. GÁMÁN BÉLA Diaetás Intézete Volosca-Abbaziában
gyomor- bélbetegek, vesebajosok, czukorbetegek, vérszegények, lesoványodottak, lábbadozók, ideggyöngék, kimerültek részére. **Diät. és physik. kezelés. Radiuminhalatorium.**

Orvosi laboratorium: **Dr. SZILI SÁNDOR,** v. egy. tanársegéd. **VII., Király-utcza 51. Telefon 157—71.**

Dr. Widder Bertalan operateur testegyenesítő (orthopädia) intézete csont- és izület- (tuberculotikus, angolkóros, rheumás, elgörbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utcza 19. Magyar-utcza sarok. Rendel: d. e. 11—12-ig, d. u. 3—5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

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.

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

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

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.**

Tengeri sanatorium gyermekek és felnőttek részére Portoré
(Kraljevica) Fiume mellett. Modern intézet 10 ágygyal, villamos világítás, gőzfűtés tengerivíztherapia, gyönyörű fekvés, kitünő ellátás, mérsékelt árak, két orvos.
Kérdezősködések csakis az igazgatósághoz kéretnek.

San Remo téli klimás gyógyhely az olasz Rivierán. A „Grand Hotel de Nice“-ben fekvőcsarnok, magyar ápolónő, magyar konyha, a „Continental Palace“-szálló minden emeletén meleg tengeri fürdő és magyar fürdős-ápolónő; a Grand Hotel Belle-Vue-ben diaet. konyha, „Villa Olympia“ magyar ház, kellemes otthon fiatal leányok és egyedül utazó hölgyeknek. Felvilágosítást készséggel nyujt **Czirfusz Dezső** dr. kir. tanácsos.

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

Városmajor szanatórium és vízgyógyintézet
Budapest, Városmajor-utcza 74. — Telefon 88—99.
Emésztő szervek betegségei, anyagcserebántalmak, czukorbetegség, máj-, epekő-, vesebajok, neurasthenia, hátgerinczsorvadás ellen, soványító- és hízlalókúrák esetére. — Felvétel a szanatóriumban egész nap. — Igazgató-főorvos: **csernyefalvi dr. Kozmutza Béla**

Dr. GARA GÉZA, Meran. **Sanatorium. Ujonnan átalakítva. Prospectus.**

Dr. RÉH **Elektromágneses gyógyintézete. VII., Városligeti fasor 15** Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, arteriosclerosis stb. ellen

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 **főárjegyzék** bérmentve. —
Javitásokat elfogad. (Alapitva 1892.) Telefon 583.
Védjegy.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (Pótlás az 1911 decz. 2.-án tartott üléshez és I. rendes tudományos ülés 1912 január 13.-án.) 112. l. — Budapesti Orvosi Kör (I. havi ülés 1912 január 8.-án.) 117. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészi szakosztálya (IV. ülés 1911 nov. 9.-én.) 117. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(Pótlás az 1911 decz. 2.-án tartott ülésről szóló tudósításhoz.)

Hasüri echinococcus esete.

Verebély Tibor: A 6 éves leány április első napjaiban került a Stefánia-gyermekkórházba, a hol nagyfokú hastágulással társult peritonitis tuberculosát állapítottunk meg, a melynek kórképébe csupán a lumbalis tájak hatalmas elődomborodása s a belek sajátos elhelyeződése nem volt kellően beilleszthető. A műtét alkalmával az össze-vissza nőtt belek között három, egyenkint gyermekfejnyi echinococcus-hólyagot találtunk a hasürben, a mely hólyagok közt nagymennyiségű fibrin vonta be a savós felszíneket. Oly kép, a melyet helyesen peritonitis echinococcica-nak lehetne nevezni. A hasüreget három irányban bőven tamponáltuk, a mely tamponoknak megfelelően bőséges genyedés indult meg, úgy hogy csak 6 hónapos kezeléssel sikerült a gyermeket életben tartani. Szeptember elején bocsátottuk haza, abban a tudatban, hogy sem a betegség keletkezését nem tudtuk megmagyarázni, sem a végleges gyógyulást megigérni. 10 nappal ezelőtt hozta vissza atyja, a köldöktájon gyermekfejnyi kiújulással és jelentékeny hasfal-sérvvel. A műtétkor meglepő képet találtunk, mely klasszikus példa a szervezet reparatiós képességének erejére. A hasüregben, melybe az első műtétkor alig sikerült behatolni, a melynek egész savós belszínén vastagon szervült a fibrin, a mely 5 hónapig nyitva volt, egyetlen összenövés vagy vastagodás sem jelezte a lefolyt küzdelmet. A látszólagos recidiva a tágult húgyhólyag volt, a melyet férfiökölnyi echinococcus-hólyag emelt ki a kis medenczéből. Az utóbbit egy a csepleszben fekvő obsolet hólyaggal együtt kiirtottuk. A kis beteg véglegesen gyógyultnak tekinthető, a mennyiben e második műtétkor a hasüreg pontosan át volt tekinthető. A baj eredetileg mint csepleszbeli echinococcus kezdődött s ennek megpukkadásából származott a szabad hasüri echinococcus.

Medenczebeli dermoid.

Verebély Tibor: A 12 éves leánykán anyja már röviddel a születése után a végbél mögött sajátságos daganatot vett észre, a mely azonban utóbb eltűnt. 10 éves korában a daganat helyén súlyos gyuladás támadt, a mely miatt meg is operálták. A gátmetszésből állandóan genyedő sipoly maradt vissza, a melynek kapcsán utóbb egyre fokozódó vizelési és defaecatiós zavarok mutatkoztak. A gyermek csontig és bőrig lesoványodva, súlyos cachexiával került a Stefánia-gyermekkórházba, a hol július elején megoperálták. A medenczét teljesen kitöltötte, abból csaknem a köldökig kiemelkedett egy hullámzó, feszes, legömbölyített daganat, a mely a végbél mögött feküdt. A daganatot a keresztcsont resectiójával sikerült alulról extraperitonealisan kifejteni, miközben a bal ureter lepraeparálása járt sok nehézséggel. A gyógyulás zavartalan volt, a gyermek hamar összeszedte magát, a végbél hamarosan letapadt a keresztcsont vájulatába és semminemű működési zavart sem mutat.

A kiirtott daganat lipodermoid jellegű teratoid volt, hátul két ökölnyi zsíros részlettel, elül gyermekfejnyi, szőrrel telt üreggel. Oly daganat tehát, a mely a végbél táján előforduló teratoidok és teratomák jól körülírt csoportjába tartozik s ezideig 32 esetben van leírva. Keletkezésük még nincs teljesen tisztázva.

Korai fanosodással járó petefészek-daganat.

Verebély Tibor: A hat éves kis leány azzal az anamnesissel került *Szontagh* tanár osztályára, hogy 5 éves koráig teljesen normalisan fejlődött, ekkor azonban hónaponkint ismétlődő genitalis vérzések lepték meg, majd mikor néhány hónappal utóbb hasa növekedni kezdett, a nőiesség egyéb tünetei is mutatkoztak. A mikor a beteget felvettük, minden tekintetben fejlett, miniatür hajadon állott előttünk. A normalis gyermek átlagánál 10 cm.-rel magasabb leányka emlői czitrommekkoraságúak, mirigyesek s kiemelkedő pigmentált bimbóval birnak. Elég dús hónalji, bőséges, sűrű, hosszú genitalis szőrzet, duzzadt, vaskos festékes szeméremajkak, tág hüvely, a melynek körkörös hymenén át a digitalis vizsgálat könnyen végezhető. Mély hang, sajátos viselkedés, a melyben az ivarérett nő kaczérsága a gyermek esetlen ügyetlenségével társult. Menstruatiója elég bőséges vérzéssel jár. Az elődomborodó hasban gyermekfejnyi, szabadon mozgatható, dudoros, lelapult daganat volt tapintható, a mely a méh bal sarkával függött össze. A műtét baloldali tömör petefészek-sarcomát derített ki igen dús erezettel, a méh olyan nagy volt, mint egy 18—19 éves nőé, a jobb petefészek ép volt. A salpingoovariectomia óta, a mely simán folyt le, fél esztendő mult el s ezen idő alatt a hajadonból újra gyermek lett, a vérzései elmaradtak, szőrei kihullottak, emlői lelapultak, s nem maradt más vissza, mint a mély hang.

A menstruatio praecox azon ritka esetével van dolgunk, a melyben a nemi működés megindulása s a másodlagos nemi tünetek megjelenése ovarium-daganattal van összefüggésben. A pubertas bekövetkezett, a mikor a petefészek-daganat fejlődni kezdett; az infantilitas visszatért, a szervezet ezen tévedését, elhamarkodott fejlődését kijavította, a mikor a daganattól megszabadítottuk. Az eddig mindkét nemben 126 esetben észlelt pubertas praecox között 5 esetben találtak genitalis daganatot s ezek közül 2 leányon észleltek az itt elmondotthoz hasonló átalakulást.

(I. rendes tudományos ülés 1912 január 13.-án.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Fáykiss Ferencz.**

A vaccinatiós gyógyításról.

Detre László: A vaccinatiós gyógyítás a fajlagos vaccinatión alapul. A szervezetbe beviszszük az antigen csírát vagy annak termékeit, azon czélból, hogy a betegséget kedvezően befolyásoljuk.

A vaccinatiós kezelés legegyszerűbb formája a megelőző, a praeventiv vaccinálás. Az antigen bevitelére megindul a szervezetben az a revolutio, a mely a cellularis és humoralis immunitásnak kifejlődésére vezet; a cellularis immunitás a szervezetet mérgek ellen teszi ellentállóvá, a humoralis immunitás az ellenanyagok útján a csírákat teszi ártalmatlanná. A praeventiv vaccinálás főbb tételei ezek:

1. Az antigennek első bevitele után a szervezet ellentálló ereje néhány napra tetemesen megcsökken. Ezen *Wright*-féle negativ phasis alatt át nem hasonított antigen kering a szervezetben, a mit először *Detre* mutatott ki 1889-ben retrospectiv agglutinatiós módszerével.

2. A negativ phasis elmultával következik a positiv (immunitásos) phasis, a melynek folyamán az immunanyagok megjelennek a vérsavóban. Mennyiségük a 10.—15. napig nő, majd csökken. Az immunanyagok ⌒-alakú görbében jelentkeznek, a melynek értékei függnek az antigen fajától, mennyiségétől, a melyet a reactioképesség gyüjtőfogalma alatt szoktunk összefoglalni.

3. Minden a positiv phasisban bekövetkező injectio 1—2 napra lenyomja a vérsavó immun-titerét; az azután beálló emelkedés túlkompenzálja a csökkenést. Ha az injectio a szervezetet a negativ phasisban éri (*Wright*), a két negativ phasis összeadódik és a positiv phasis vagy kimarad, vagy kisebbedik. Többszöri reinjectio után felfelé haladó csipkés görbe jön létre, melynek negativ phasisai egyre rövidebb tartamúak. Itt már a szervezet reactioképességének

allergiás gyorsulása (*Pirquet*) szerepel: az a szervezet, mely az antigent többször elszenvedte, gyorsabban reagál, mint a „szűz“ organismus. Kétségtelen, hogy a vaccinatiós immunitásban ez a gyorsított reactioképesség is szerepel, mely képesíti a szervezetet, hogy már olyan korán reagáljon valamelyes kórcsíra ellen, a mikor a fertőző anyag még nem szaporodott el túlságosan.

A praeventiv vaccinatiót a — főleg az állatgyógyászatban elterjedt — védőoltások formájában rendkívül sokszor veszszük igénybe (lépfene, sertésorbáncz, üszök, juhhimlő stb.).

Az emberi pathologiában szerepe — eltekintve a himlőoltástól — csekélyebb, mivel a csirák természetének pontos ismerete mellett egyéb általános prophylaxisos eljárásaink biztosabban vezetnek czélhoz.

Ellentétben a vaccinatiós prophylaxisnak úgyszólván mathematikailag ismeretes viszonyaival, a vaccinatiós gyógyítás ma még sok tekintetben nyílt problemákat tár elénk. *Petruschky*-nak és másoknak előzetes kisérletei után főleg *Wright* mutatta meg, hogy a vaccinatióval *chronikus* bacteriumos megbetegedésekben sikereket lehet elérni. Chronikusnak nevezzük azt az infectiót, a melyben a szervezet és a bacterium, a két szereplő tényező, bizonyos tekintetben egyensúlyban van. A chronicitást véleményem szerint az „egymásmellettiség“ jellemzi, melynek tényezői korántsem ismeretesek tökéletesen.

A szervezet részéről a *szöveti immunitásnak* egy fajtája szerepel, a mely — bármily paradoxnak látszik is e kijelentés — a fertőzmény megtámadtatását megakadályozza. A szervezet sejtjei a bacteriumok támadó mérgei ellenében érzéstelenek lévén, a reactio — a mely a bacteriumot támadja — kimarad. Ez a helyzet röviden a „bacillusgazdák“ esetében. E mellett szerepel a bacteriumoknak „szövetellenes immunitása“, miként ezt más helyen kifejtettem: a beteg egyén tulajdon bacillusai részben immunissá válnak az egyén nedveivel szemben.

Wright követői a vaccinás eljárásokban oly módszert látnak, a melylyel a szövetnedvek immunanyagtartalma növelhető. Szerintük ezek a felszaporodott bacteriumellenes anyagok pusztítják el a fertőzményt és gyógyítják meg a szervezetet. A kérdés alaposabb tanulmányozása azonban a theoriának számos homályos pontjára utal: mert hiszen számos betegség folyamata alatt találhatók meg a már spontán keletkezett immunanyagok és ezektől függetlenül ugyanazon szervezetben szaporodnak a bacillusok. Így pl. a typhusban a vérsavó rendkívül erős immunanyagtartalma mellett a betegség akadálytalanul megy a maga útján.

Igaz ugyan, hogy a chronikus fertőzések alatt ellenanyagok nem szoktak jelentkezni és éppen *Wright* mutatta ki, hogy a vaccinatiós kezelésnek hozzáférhető betegségekben a nedvek immunanyagtartalma csökkent szokott lenni és ilyenkor — a humoralis theoria szempontjából — jogos volna a vér immunanyagtartalmát növelni. Azonban kérdés, hogy ezekben az esetekben miért nem termel a szervezet spontán módon ellenanyagokat, ugyanaz a szervezet, a mely vaccinás beavatkozásunkra igenis készít ilyeneket? Elsősorban tekintetbe kell venni a mennyiségi viszonyokat. Az immunitás eléréséhez az antigen bizonyos mennyiségének kell a szervezetbe behatolnia; ha ennél kevesebb jut be, immunitás nem fejlődik ki. Érthető ebből, hogy ha az antigennek felszívódása gátolt, a védettség is csekély lesz. Csakugyan tudjuk más példákból, hogy a kötőszöveti tokokba zárt pathologiás termékek ki vannak zárva az általános nedvkeringésből. Ezt legszebben az *echinococcus*-tömlők esete bizonyítja, a melyekből fajlagos idegen fehérjék alig szívódnak fel. Elég azonban a próbapunctiós finom nyíláson kiserkenő kis mennyiség, hogy a legerősebb anaphylaxiás shock keletkezzék. A chronikus fertőzéseket körülvevő lobgát assimiláló, vegyi szűrőként szerepel, a mely megakadályozza az antigennek kijutását.

A chronikus fertőzést körülvevő lobos udvarban rendkívül élénk munka folyik; az itt székelő sejtek nemcsak a mérgeket kötik meg, de egyenest az ellenanyagok productiója is feladatuk közé tartozik. Azt hiszem, hogy minden helyhez kötött chronikus fertőzés *csakis* a fertőzéses szövetek assimilatorius tevékenysége útján gyógyulhat meg. Ebből azonban az következik, hogy *a szervezet általános immunitása nem egyedüli, nem is legfontosabb tényezője a gyógyulásnak*. Ez a tétel — ellentétben *Wright* nézetével — más szóval annyit jelent, hogy a szövetnedvek immunanyagtartalma nem fedi a szövetek immunitásos állapotát. Hiszen előfordul például (saját észlelésem), hogy sertésorbáncz ellen hyperimmunizált lovak, melyek vérének kis mennyisége biztos immunizáló hatással van és melynek 20 cm^3-e a beteg sertést meggyógyítja, akárhányszor *nem immunisak* az orbáncz virusa ellen.

A tuberculosis specifikus kezelésében sem az immunitás az, a mi gyógyít. Számos esetben láttam, hogy sikeres kúra daczára a szervezet tuberculinérzékenysége hajszálnyira sem változik. Ellenkezőleg a tuberculin ellen hyperimmunizált egyének, a kik a tuberculin ellenében teljesen érzéstelenné válnak, nem gyógyulnak meg, hanem átalakulnak — miként 1908-ban ismertettem — gümőbacillusgazdákká, a kik teljes jólét mellett a bacillusok myriádjait ürítik. Kapcsolatos ezzel *Behring* egy régebbi észlelete, a mely szerint a tuberculin ellenében természettől fogva érzéstelen fehér egérben a tuberculosisbacillus gümőket nem okoz, hanem elszaporodik, *a nélkül, hogy az egér kárát vallaná*. Hasonló tünemények észlelhetők az egértyphus ellen per os immunizált egereken, továbbá számos protozoonos (trypanosoma, piroplasma) megbetegedésben.

Láttuk tehát, hogy 1. a hyperimmunizált állatok a kúra hatása alatt megbetegedhetnek és

2. a csíra fehérjés mérge irányában immunis vagy immunizált, továbbá a bacillus ellen oralis úton immunizált, végül a betegséget átszenvedett szervezetben nem pusztul el a bacillus, hanem az egymásmellettiség állapotába kerül az ép vagy kevéssé szenvedő szervezettel.

E tételekből merem következtetni, hogy *Wright*-nek opsoninos therapiája hibás és káros. Hibás, mert gondolkodásunkat helytelen, bizonytalan irányba vitte, káros, mert laboratoriumba utasította az orvost, a klinikai észlelés helyett. Hangsúlyozom, hogy a kezelés sikerei el nem vitathatók, azonban a sikerek nem alapulnak az immunitástan tételein.

Véleményem szerint a vaccinatiós kezelés lényege: *a beteg szövetek reactiójának* kiváltása. A bőr staphylomykosisainak vaccinás kezelésekor lehet leginkább tapasztalni, hogy csakis azok az injectiók hatékonyak, a melyek bizonyos — *közepes* — reactiót hoznak létre, a mely reactio helybeli és általános tünetekben nyilvánul meg. Az antigen hatása alatt a chronikus gyuladás — ha csak rövid időre is — acuttá válik; ezalatt az érzékenység újra jelentkezik és a lobnak üdvös hatása érvényesül. (Ugyanezen, az „affluxus“ elvén alapul különben a jequirity-kezelés, a forrólég-kezelés, a peritonitis tuberculosának laparotomiás kezelése stb.) Esetünkben a reactio teljesen analog az ismert tuberculin-reactióval: miként ebben, szintén a szöveti allergia szerepel. E „megbolygatást“ idegen antigen is létrehozhatja: ide tartozik az egyik antigen (pl. orbáncz-vaccin) bevitele után a szervezetben kitörésre kerülő más eredésű (pl. sertésvész) betegség.

A vaccinatiós eredményeket tehát *nem a positiv*, hanem a *negativ phasis hozza létre*, nem az immunanyagok fölhalmozódása, hanem a lobos reactio. Ebből azután az is következik, hogy a specificitás szerepe kisebb, mint hitték. Így érthető pl. a Coley-folyadéknak hatása egyes sarcomákra, talán az antimeristemé is. A heterolog antigenek azonban csakis általános mérgezés esetén hatnak és ezért a homolog antigeneket nem szoríthatják ki a gyakorlatból, a melyek a szervezetnek egyébként sértetlenül hagyása mellett specifikusan hatnak a kóros szövetekre. És ezért kell mindig a szövetekből kitenyésztett csírákkal és sohasem idegen eredésű antigenekkel dolgozunk.

Ezek után áttérhetek az ú. n. „opsonin“-kezelés kritikájára. Opsoninoknak nevezte *Wright* a szövetnedvek azon

anyagait, a melyek a kis csírákat a phagocytosis számára könnyebben hozzáférhetővé teszik. Már a normalis szervezet is tartalmaz úgynevezett normalis opsoninokat; az immunizálás alatt keletkeznek az ú. n. immunopsoninok, a melyek valószínűleg amboceptor jellegű ellenanyagok. *Wright* és iskolája évek óta igyekezett kimutatni, hogy a vaccinás gyógyulás a vérsavó opsoninos erejének határozott emelkedésével megy párhuzamosan. Ők az opsoninos erőt az ú. n. opsonin-index útján mérik. *Wright* módszerében 3 anyagnak egymásra való hatását méri meg, ezek 1. a beteg vérsavója, 2. élő friss fehér vérsejtek, 3. a szóban levő bacterium emulsiója. A vérsavóban levő opsoninok hatásaként több vagy kevesebb bacterium vétetik fel a leukocyták által; ennek absolut mértéke a *Wright*-féle *„absolut phagocytaszám“*, mely megadja, hogy 100—200 leukocytában hány phagocytált bacterium foglal helyet. E szám függ *a)* a bacterium-emulsio minőségétől, *b)* a phagocyták vitalitásától, *c)* az opsoninoktól. Minél fogva megbízható értékeket akkor kapunk, ha *Wright* szerint összehasonlítjuk a kérdéses egyén absolut opsoninos számát egy másik — biztosan ép — egyén opsoninos számával. Az így nyert két érték hányadosa az ú. n. *relativ opsonin-érték* vagy *opsonin-index*. Az opsonin-index meghatározása azonban egyrészt nem megbízható és nehézkes, másrészt fölösleges. Egyrészt a számlálás nem ad absolut értékeket, másrészt a bacteriumokról egyáltalán nehéz eldönteni, vajjon izoláltak-e vagy csoportosak, végre azonban a normalis egyének kiszemelése is gyakran ütközik legyőzhetlen akadályokba. De ha mindezek a nehézségek le is győzhetők, nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy az opsoninos erő növekedése nem jelent szükségképpen gyógyulást; a mint hogy számos észlelet bizonyítja, hogy az opsonin-érték és a gyógyulás előhaladása között *nem* áll fenn szükségképpen kapcsolat.

Az opsonin-tan csakis arra volt jó, hogy tudományos mezbe öltöztette és theoriás magyarázatát adta a vaccinás gyógyítás azon alapelveinek, a melyeket egy más vaccinás kezelés, a tuberculin-kezelés hivei már jóval *Wright* előtt vallottak. A magam gyakorlatában a következő alapelvek szerint járok el. Először is kitenyésztem a kórokozót avagy kórokozókat, ha több ilyen van. Staphylomykosis eseteiben, továbbá coli-, gonococcus-fertőzésben ez könnyű; nehezebb és esetleg csak többszöri próbára sikerült egyes arthritisekben, továbbá a kryptogenesises, pl. anginás sepsisben. A színtenyészetből ismert erősségű emulsiót állítok elő 1%-os ClNa-oldattal, melyet hevítéssel (pl. 60° ½—¾ órán át) elölök és 0·65%-os carbollal konzerválok. A csíraszám meghatározása nem okvetlen szükséges. Minthogy kifejtett elméletem szerint az *apró reactióktól* várom a hatást, azt az adagot kell megállapítani, a melyre a szervezet már reagál. Kis gyakorlattal ezt az adagolást eléggé elsajátíthatjuk. Kétes esetben a próba vezet eredményre. A reactiók helybeliek (az injectio helyének pírja) és általánosak, mely utóbbiak thermikus, organikus és topikus reactiók képében jelentkeznek. A topikus — a laesio helyén megjelenő — reactiók néha régen lezajlott és máskülönben fel nem ismerhető régi localisatiókat tárnak elénk (arthritis-esetek), sőt a bántalom primaer góczaira is ráutalnak (anginaarthritis-esetekben mint topikus gócz-reactio). Minden következő adag akkor adassék, a mikor az előző okozta reactio teljesen elmult, nehogy két negativ phasis összeadódván, túlerős reactio álljon be; két injectio közé 5—10—14 nap essék. A következő adag jóval nagyobb, ha az előzőre reactio *nem* mutatkozott; mérsékelten nagyobb, ha a reactio közepes (pl. 2—3 nap alatt elmúló) volt és végezetül azonos vagy kisebb, ha túlléptük a megengedett ingerküszöböt (4—5 napos rosszabbodással járó reactio). Utóbbi esetben legalább 8—10 napig kell várnunk. A kezelést befejezettnek tekintem, ha a laesiók eltűntek; esetleges recidivák esetén, melyek ½—1 éven belül jelentkeznek, utókezelés szükséges.

Végül rövid összefoglalásban adom eredményeimet:

1. Tiszta staphylomykosisok. *a)* 6 sykosis-eset. Állandó gyógyulás mind a 6 esetben. *b)* 2 multiplex bőrtályog-eset. Mindkettő meggyógyult.

2. Vegyes staphylomykosisok. Ezek közül 1 staphylostreptococcusos multiplex tályog 3 injectióra gyógyult. Sykosis 2 esete: corynebacterium + staphylococcus: mindkettő gyógyult. 2 inguinalis mirigycsomag fistulás genyedése (staphylococcus + diphtheroid): az egyik egy év mulva recidivált, a másik egészséges.

3. Gonorrhoeás infectiók. Gonococcus-sepsis egy esete: halála előtt két nappal alkalmaztuk az autovaccinát, persze eredmény nélkül. Egy kézizületi gonococcusos-gyuladás: teljes eredmény. 4 chronikus prostatitis: 2 lényegesen javult.

4. Coli-infectiók. Ezekről *Boross* tagtárs fog referálni.

5. Diplostreptococcus-infectiók. Ezek közül 3 arthritis subacuta; az egyikben kb. 2 havi kezelés után lényeges javulás, 2-ben megszakadt a kezelés. Egy anginából kiinduló rendkívül súlyos sepsis, melyet, miután az alkalmazott összes sepsis-ellenes gyógyszerek sikerre nem vezettek, autovaccinatióval 2 hónap alatt meggyógyítottunk.

Végezetül egy orrüreg-eredésű, súlyos bronchialis asthma, mely kb. 5 heti kezelés alatt fokozatosan tűnt el. ½ év után recidiva, mely miatt a kezelés újra indokolttá vált.

Összesen 24 végig kezelt esetemből az a végső tanulság szűrődik le, hogy az autovaccinás eljárással, ha pontos klinikai észlelés kapcsán alkalmazzuk, olyan fertőzéses esetek is meggyógyíthatók, melyekkel szemben eddig kellő eredményt nem, vagy legalább is nem mindig tudtunk elérni.

Picker Rezső: Több ízben mutattam be beteget kryptogenesises sepsissel, oly izületi megbetegedéseket, melyeknek okát nem tudtuk adni. És itt a pontos anamnesis vezetett reá a baj kútforrására. A helyi kezeléssel, a sepsis forrásának kiürítésével a pontos reactio: hőemelkedés, régi izületi fájdalmak kiújulása, beállott és a beteg gócz kiürítésével a betegeket meggyógyítottam.

A vaccinás gyógyeljárást oly eseteknek tartanám fenn, a melyekben a nyálkahártya retentiós góczai nem szűnnek meg maguktól a sepsis góczpontja lenni. A tonsillákat exstirpálni lehet, az urogenitalis góczokat meg lehet nyitni, a fül melléküregeit fel lehet tárni, a bacteriumtelep megszüntethető. A hol meg nem szüntethető, *a hol minden eljárással daczol a bántalom, ott jogosultnak tartom a vaccinás kezelést.*

A colifertőzés ellen a vaccinás kezelést már régen próbálták, de újabban elítélik, mert a bacteriuria és cystitis nem mult el. Az angolok, amerikaiak gonorrhoeás megbetegedésekben kisérleteznek vele.

Boross Ernő: 1909-ben kisérleteztem az autovaccinával a vesemedencze és hólyag idült colifertőzéses megbetegedéseiben; tapasztalataimat az Orvosi Hetilapban akkoriban közöltem.

Azóta 19 olyan esetben végeztem autovaccinatiót, a melyekben belső antisepticumokkal, helybeli vesemedencze-mosásokkal czélt nem értem, a betegek pedig a folytonos vizelés-ingertől kínozva lefogytak és kimerültek annyira, akár a hólyagvesegümőkórban szenvedők. Ezen desperatus esetek bátoritottak arra, eleinte bár némi aggódó és kétkedő érzelemmel, hogy saját vizeletük üledékéből *Detre* methodusa szerint előállított vaccinával kezeljem őket.

Midőn meggyőződtem, hogy az egyes oltásokat alig követi nagyobb reactio (legmagasabb hőmérséklet 37·6— 37·8° C), sőt a betegek rossz közérzete az első oltások után megjavult, többszörös oltás után pedig súlyban gyarapodtak, az oltásokat mind bátrabban és nagyobb adagokkal végeztem a positiv phasisokban, 5 naponkint ⅒ - ⅗ cm³-rel emelkedőleg. A jobb közérzet daczára a vizeletben úgy genysejteket, mint colibacillust állandóan találtam, ezért az oltásokat helybeli vesemedencze-mosásokkal kötöttem egybe.

Ezen kombinált eljárás a következő eredményt adta: Egy esetben az ureterkatheter útján nyert vizelet steril. Tizenháromban lényegesen megjavult közérzet, súlygyarapodás mellett a vizeletben coli és genysejt állandóan.

Négy esetben semmi eredmény; ezek közül kettőben tuberculosis lappangott, egy esetben a coli a vese tökéletes destructióját okozta, egyben vesemedenczekő volt jelen. Ezekben pyelonephrotomiát, illetve nephrectomiát végeztem.

Ugy vélem, hogy a vaccina sem a vizeletet nem változtatja bacteriumpusztító közeggé, sem a nyálkahártyák felületén székelő bacteriumokra nem hat, hanem az autovaccinatio folytán a szövetek válnak ellentállóbbá a fertőzéssel szemben oly módon, hogy a szövetek vérbősége fokozódik. Az autovaccinatio a therapiában mindenesetre olyan mező, a mely kiaknázandó, mert kincseket rejthet magában.

Detre László: Azok a typusos reactiók, a melyeket *Picker* észlelt, teljes analogonjai az én reactiós góczjelenségeimnek, a melyek egyaránt jelentkeznek, akár vaccin alakjában viszszük be az antigent, akár — miként *Picker* esetében — massage útján jutnak be a nedvkeringésbe valamelyik localis góczból. Természetes, hogy ha a lokalis gócz fellelhető, a

melyből a folyamat kiindult, senki sem fog vaccinálni, hanem kiirtja a góczot; de a primaer gócz akárhányszor már régen kialudt és csakis általános fertőzés képében folyik le a sepsis, ilyenkor absolute javalt a vaccinatio.

Boross coli-vaccinás esetei az eljárásnak további tanulmányozására kell hogy indítsanak a rendes kezelés hozzá nem férhető coli-infectiókban.

Elmeszesedett hydronephrosis kiirtása és a keletkezett rekeszhiány plastikai pótlása.

Dollinger Gyula: A 20 éves férfibeteg, a ki 7 éves korában a bal hypochondriumában súlyos sérülést szenvedett, 2 év mulva a hasa bal oldalában daganatot vett észre, a mely 2 év alatt férfifejmekkoraságot ért el s azóta megállapodott. A műtét 1911 november 21.-én történt. A daganat körülbelül 3 liter kissé zöldessárga folyadékot tartalmazó tömlőnek bizonyult, a melynek külső falazatát 1—2 mm. vastag kötőszövet, belső falazatát pedig 1—3 mm. vastag mészlemezek alkották. Az utólag megejtett vizsgálat kimutatta, hogy hydronephrosis okozta tömlővel van dolgunk, a melynek fala elmeszesedett. A lerakodott mész vegyi vizsgálata szénsavas meszet mutatott. Idősült pyelitis eseteiben észleltek ugyan már némi mészlerakodást a vesemedencze falában, de olyan eset, a hol a hydronephrosisos tömlő fala egész terjedelmében elmeszesedett, az irodalomban nincsen följegyezve.

A leválasztás a peritoneumról könnyen történt. Operativ szempontból legérdekesebb volt a daganat leválasztása a rekeszről, a melylyel olyan bensőleg összeforrt, hogy eltávolítása csak a rekesz egy részével volt lehetséges, úgy, hogy e helyen a rekeszen nagyobb rés keletkezett. Ekkor a *Tiegel*-féle magas légnyomású légzőkészüléket alkalmaztuk és a beteget ennek segélyével altattuk tovább. A nyilt mellkas daczára a bal tüdő is jól légzett tovább. A rekeszen keletkezett hiányt a sebszélek összehúzásával igyekeztünk elzárni, de mintegy 16 cm. hosszú és 4—5 cm. széles területen, a rekesz ágyéki részében, a crus laterale és az arcus lumbocostalis medialis és lateralis között ez nem volt lehetséges és ezért a szomszéd musculus quadratus lumborumnak egy megfelelő darabját lebeny alakjában fölfejtettük és köröskörül a rekesz anyaghiányába belevarrtuk. A lebeny alapja az arcus lumbocostalis mellett feküdt. A sebet nyíltan kezeltük, az zavartalanul gyógyult és jelenleg csupán kis sarjadzó hely van még.

A műtét előtt Röntgen-képet készítettünk, a mely igen szépen mutatja az elmeszesedett hydronephrosist.

Idegen test az orrban.

Herzog Miksa: Röviden ismerteti az orrba jutott idegen testek által okozott tüneteket és a therapiát, valamint azon körülményt is, hogy a tankönyvekben ugyan általánosságban el van fogadva, hogy a növényi magvak X-sugarakkal való átvilágítással fel nem ismerhetők, mégis *Alexander* szívessége folytán közölheti az előadó, hogy sikerült egy borjú orrlikába mesterségesen bevitt kukoricza- és egyéb növényi magvakat X-sugarakkal pontosan felismerni.

A bemutatott eset kórtörténete röviden a következő:

A férfibeteg 3 év előtt verekedés közben elesett — állítólag teljesen józan állapotban volt — és orrának bal felén megsérült. A sérülés vérzéssel járt. Nagyobb fájdalmat nem érzett. Egy társa a verekedés közben pipaszárát eltörte s a száj-részét nem találta meg. A beteg azt gondolta, hogy orrát ezzel az eltörött pipaszárral sértette meg. A beteg a bal orrfelében ujjával tapintva egy mozgatható tárgyat érzett, miről azt hitte, hogy törött csont. Orrszárnya körülbelül 2 hó alatt meggyógyult. Ezen időtől kezdve többször szédült s baloldali főfájást s nehézlégzést érzett. 1911 október elején katonai szolgálatra vonult be s az újonczkiképzést végigcsinálta. 1911 november végén baloldali fülzúgás miatt beteget jelentett s így a XVII. számú helyőrségi kórházba, osztályomra került.

Jelen állapot: A bal fülben zsírdugasz, melynek eltávolítása után a fülben kóros elváltozás nem észlelhető. Az orrsövényen deviatio balra. A bal orrbemenettől befelé körülbelül 2 cm.-re közvetlenül a septumon egy fekete, körülbelül babnagyságú, szabálytalan alakú, felhányt szélű kiemelkedés látszott, mely szondával mozgatható volt. Rajta szorosan tapadó pörkök voltak, úgy hogy széteső gumma látszatát keltette. Jobboldalt a septum ennek megfelelően előtüremkedett. Az orrlégzés jobboldalt kis fokban, baloldalt nagy fokban akadályozott. A fekete pörköket eltávolítva, cocainozás után a szondával megmozgathatóvá vált idegen test láthatóvá lett. Erős orrcsípővel elég könnyen ki lehetett húzni egy 7 cm. hosszú s 6—7 mm. átméretű fapipaszár-darabot. Az eltávolítás után vérzés nem volt, másnap a beteg teljesen jól érezte magát. Most láthatóvá váltak az orrbeli elváltozások, melyek a következők:

Baloldalt a septumon a bemenettől körülbelül 2 cm.-re, a kemény szájpadtól 1 cm.-re egy körülbelül 6—7 mm. átméretű kerekded nyílás, mely felemelve jobboldalt a septum nyálkahártyáját, az alatt folytatódik a jobb orrfélen keresztül. E nyíláson keresztül az epipharynx jobboldali nyálkahártyája a jobboldali ostium pharyngeum tubae-val egyetemben igen jól látható. A jobb orrfélben az alsó orrkagyló s a septum hegesen összenőtt s e miatt a jobb orrjárat hátulsó felében levő esetleges elváltozások nem észlelhetők. Ezen összenövés a sebzés okozta reactiv lob következménye volt. Rhinoskopia posteriorral látjuk, hogy a choanáknak megfelelően a septum megvastagodott, mely megvastagodás miatt a jobboldali choana sokkal kisebb a baloldalinál.

Az eset tanulságos egyrészt azért, mert láthatjuk, hogy egy földmíves nehéz munkáját s a katonai újoncz-kiképzés első nehéz heteit ily rossz orrlégzés mellett panasz nélkül kiállotta. Nem tehető fel, hogy a légzés a pipaszáron keresztül történt, mert hisz az rövid idő alatt orrváladékkal eltömődött. Másrészt érdekes az eset ritkasága s létrejöttének szinte teljesen tudatlan és tünet nélküli volta.

Ritka nagyságú májeredésű echinococcus gyógyult esete.

Fáykiss Ferencz: A 36 éves földmíves előadja, hogy 1911 márczius havában jobb bordaíve alatt heves fájdalmak jelentkeztek, melyek néhány nap alatt teljesen megszűntek. Hasa ezen időtől kezdve rohamosan nőni kezdett, úgy hogy nemsokára már a munkában is akadályozta, majd pedig légzési nehézségek is jelentkeztek. Előbb az 1. sz. belklinikára vétette fel magát, a hol a két ízben végzett próbapunctiókor epés folyadékot kaptak, melyben horgokat nem találtak; az ugyanakkor végzett serologiai vizsgálatkor az echinococcus-complementkötés azonban positivnek bizonyult. 1911 november hó 4.-én a 2. sz. sebészeti klinikára tétetett át a beteg, a ki már nagyfokú légszomjban szenvedett; szívműködése nagyon silány volt, hasa hordószerűleg megnagyobbodott, felette a kopogtatáshang mindenütt tompa, kivéve a hátulsó hónaljvonalban a csípőtaraj felett egy tenyérnyi területet, a hol dobos volt a hang. A has mindenütt hullámzást mutatott.

A műtétet 1911 nov. hó 7.-én chloroform-narcosisban hajtjuk végre. A behatolás a köldök felett a középvonalban történik. Kitűnik, hogy a peritoneum a hasüreget teljesen kitöltő cystás daganattal összenőtt. Kellő izolálás után a tömlőt megnyitjuk, sok echinococcus-fiókhólyag és epés folyadék ürül rendkívül nagy nyomás mellett. A tömlőt kifejtjük a hasüregből, a mi meglehetős hosszadalmas munka, mivel a tömlő az egész elülső hasfali peritoneummal, a húgyhólyaggal, számos vékonybélkacscsal, a colon transversummal, a gyomor elülső felszínével, a pancreassal, a duodenummal, epehólyaggal és rekeszdomborulattal összenőtt. A tömlőt egészben kiirtjuk, csupán a rekesz kúpjában és a májállományban helyet foglaló kb. kétökölnyi felső részletet hagyjuk vissza, a melyet azután a laparotomiás seb felső zugába rögzítünk. A hasüreget még egyszer átvizsgálva, a rekesz és a lép között még egy kb. két ökölnyi echinococcus-tömlőt találtunk, mely a nagy tömlővel semmi összefüggésben sincsen. Ennek kiirtására a beteg állapota miatt a hosszan elhúzódó műtét következtében nem vállalkozhatunk s ezért e tömlőt a bal bordaívvel párhuzamosan vezetett metszésbe kivarrjuk, megnyitjuk és

kiürítjük. A median laparotomiás nyílás felől e tömlő alá Mikulicz-tampont helyezünk. A seb többi részét bevarrjuk.

Teljesen láztalan lefolyás. A varrott rész per primam gyógyult. A Mikulicz-tampont a 10. napon eltávolítottuk s a léptáji tömlő alsó pólusát a tampon helye felől is megnyitottuk, hogy így két felől drainezve, gyorsabban gyógyuljon. A tömlőüröket alkoholos tamponokkal kezeljük, majd a gyors sarjadzás előmozdítása czéljából bórvaselines tamponokat helyezünk a tömlőüregekbe. Az üregek kitelődése oly gyorsan következik be, hogy öt héttel a műtét után a léptáji üreg teljesen besarjadzott, a májban lévő üreg helyén pedig jelenleg alig 2 cm. mély járat van.

Az echinococcus-complementkötés öt héttel a műtét után még gyengén positiv, jelenleg teljesen negativ. Érdekes, hogy daczára annak, hogy egy epeút a tömlőbe betört volt, a gyógyulás alatt epefolyás egyáltalán nem volt észlelhető.

Furunculosis után támadt corticalis vesetályog (metastasisos vesecarbunculus, Israel) veseresectióval gyógyítva.

Rihmer Béla: A 25 éves ügyvédjelölt 1911 szeptember hó 3.-án vétetett fel a Szt. Margit-kórházba. Felvételekor előadja, hogy miután a nyáron át arczán és nyakán furunculusokban szenvedett, augusztus hó 21.-én hirtelen heves vesetáji fájdalmak lepték meg. Később a fájdalmak elmultak, de lázai nem, sőt erősödtek. Erre felvétette magát a kórházba. Felvételekor (délben) az elég jól táplált beteg 38·9 C hőmérsékű, pulsusa 90. Mellkasi szervei épek, azonban a bal tüdőn hátul a scapularis vonalban a tizedik bordán tompulat kezdődik, a mely mélyebb légvételre feltisztul. A has mérsékelten elődomborodó, a vesék nem tapinthatók, ellenben a bal hypochondriumban kis défense van. Vizelete tiszta, borsárga, sem albument, sem genyet nem tartalmaz és ezt később sem találtunk. Három napi megfigyelés alatt reggeli hőmérsékei 37·7—37·9, az esteliek 39 körül ingadoztak. A láz nem járt rázóhideggel.

Összefoglalva ez adatokat a talált jelekkel: a furuncolosis után támadt heves bal vesetáji fájdalmak, a persistáló genyedésre utaló lázak, a bal vese megnagyobbodása felfelé ép vizelet mellett: a vese kéregállományában fészkelő genyedésre, esetleg kezdődő perinephritisre utaltak és ezen megfontolás alapján szeptember hó 7.-én feltártuk a bal vesét. Úgy az izomréteget, mint a zsíros tokot épnek találtuk, oedema, infiltratio nem mutatkozott. Feltünt azonban, hogy a zsíros tok a legnagyobb convexitáson a vesével összenőtt. Az összenövés szétválasztása után a vese könnyen kigördíthető. Hosszabb, a közepe táján kissé vastagabb, itt az összenövés helye látható, körülötte a rostos tok fénytelen, vastagabb, egyebütt síma. Ezen a helyen a convexitás irányában bemetszszük a tokot és jobbra-balra letoljuk; alatta a vese legnagyobb domborulatán egy körülbelül koronányi, szürkésen elszínesedett, élesen határolt, nem kiemelkedő foltot találunk, a melyet bemetszve, geny ürül (két gyűszűnyi); kis tályogüregbe jutunk, a melynek egyik oldalfaláról diónyi, szürkés, porhanyós veseszövet domborodik be, ezt reszekáljuk. Most decortikáljuk a vesét, szorgosan megnézve a felületet; minthogy több gyanus hely nincs, a tályogüreget lazán kitömjük és a gaze végét a felső sebzugba helyezve, a hasfalat egészen a gaze-csíkig elzárjuk.

A sebgyógyulás, a fonalkörüli genyedést leszámítva, gyorsan és simán ment végbe, de a harmadik napon a jobb tüdőben bronchopneumonia fejlődött és a megújuló góczok még pár hétig lázassá tették. Végül is a pneumonia és a kisérő bronchitis lefolyt és október 16.-án a beteg gyógyultan távozott.

A vese haematogen infectiója régen ismeretes mint sepsises folyamatokhoz társuló jelenség, és mint ilyent kétoldali folyamatnak ismerték. Az, hogy haematogen úton egyoldali és még azon az oldalon is körülírt területre szorítkozó vesegenyedés állhat be, az újabb tapasztalatok állapították meg. Esetünket úgy kell értelmezni, hogy az infectio kapuja a furunculus volt, innen futott a vérpályába a genyesztő bacterium, mely az egyik vese egyik végverőerébe került és ennek területén vezetett genyedésre. A reszekált vesedarab töméntelen apró tályogból állott és az egész kép nagyon hasonlított a carbunculus képéhez. *Israel* és nálunk *Herczel* utalt az ilyen corticalis tályogok jelentőségére a genyes paranephritis kifejlődésében. Magára hagyatva a corticalis tályog betör a vese zsíros környezetébe, összefolyó genyedéses tályogot idézve elő.

Az ilyen esetek, mert nem gondolnak a pathologiai folyamatra, sokszor későn kerülnek műtétre. Láttam oly esetet, hogy a kifejlődött psoascontractura jelezte már a tályog sülyedését és még akkor is gipszkötést akartak adni.

Minden genyedés, furunculus, tonsillitis, panaritium után beálló heves vesetáji fájdalom, majd láz vesebeli áttétre gyanus. Erre akartam a figyelmet felhívni.

A mediastinumba törő s a mindkétoldali mellhártyára s a szívburokra ráterjedő szegycsontsarkoma teljes kiirtása a Shoemaker-féle készülék segélyével.

Makai Endre: A mai mellüri sebészet eseteinek legnagyobb részét curiositások vagy vakmerő koczkáztatások teszik. Míg a hasüri sebészet alig néhány év alatt teljesen közkincscsé lett s a hasüri beavatkozások specialis jelentőséggel már alig birnak, addig a mellüri sebészet a sokoldalú, lázas munkálkodás daczára csak nagyon is kisszámú, különleges esetek megoldására mer vállalkozni. A szív s a tüdők közvetlen közelében, sőt az azokon való dolgozás idegessé kell, hogy tegyen minden jóérzésű sebészt, mert eszközeink és készülékeink gyarlósága s a physiologiai ismereteknek még mindig érezhető hiányossága miatt minden pillanatban kitéve érzi magát annak, hogy betegét a műtőasztalon, a beavatkozás közvetlen okozataként veszti el. Ezért kell gyüjtenünk minden olyan adatot, mely a közvetlen műtéti eredményen kívül arra is szolgál, hogy megmutassa, mit és mennyit szabad tennünk akkor, mikor a mellkasürben dolgozunk. Ez jogosít fel a következő eset ismertetésére:

A 42 éves fodrász neje azzal a panaszszal kereste fel a Szent Rókus-kórháznak *Herczel* tanár vezetése alatt álló I. sebészeti osztályát, hogy körülbelül három év óta rendetlenül, sokszor 2—3 hétig tartó metrorrhagiája van s ugyanez idő óta mellcsontján egy daganat nő, mely azonban két év óta nem nagyobbodik és a menstruatiós idő alatt érezhető erős feszülésen kívül semmi nehézséget sem okoz. Három év óta lényegesen halványabb ugyan, de nem soványodott, nem is gyengült. 1911 november 14.-én felvételekor a halvány, gyenge nőbetegen a szegycsonttest fölött másfél férfiökölnyi, kissé laposdad, kemény, szétterülő daganat ül, mely fölött a hatalmasan tágult gyüjtőeres hálozatú bőr eltolható. A méh gyermekfőnyi, nagyjában gömbölyű daganatba vész el, melynek felső határa a hason át éppen kitapintható, mozgathatása kissé korlátozott.

Diagnosis: Myoma uteri; sarkoma sterni. A Röntgenátvilágítás a mediastinumot szabadnak mutatta. Műtéti terv: először a sternum kiirtása, azután Chrobak-műtét. A műtétet *Herczel* tanár szíves megbizásából 1911 november 17.-én végeztem felületes aethernarcosisban, a műtéti területnek kizárólag jodtincturával való előkészítésével. A középvonalban, az incisura jugularis s a kardnyúlvány közt vezetett bemetszésre igen erős vérzés a tág gyüjtőerekből. A bőrt kétoldalt lepraeparálva a tumorról, kiderül, hogy az a sternum testét teljesen elpusztította s a mélybe, a mediastinumba s mindkét mellürbe betört. Gyökeres műtétre szánjuk el magunkat s a Shoemaker-féle készüléket hozzuk alkalmazásba.. E készülék lényege egy a villanyos szellőztető készülékeknek megfelelő propeller-csavarrendszer, melynek gyors mozgása egy dobban komprimálja a levegőt. A sűrített levegő egy csövön át kerül a maszkba; közbeiktatva van egy manometer, mely a légnyomást vízoszlop-cm.-ekben mutatja. Egy mellékcsövön át a narcoticumot kényelmesen bejuttathatjuk a komprimált légáramba. A mellkasür megnyitása után a tüdőkbe 8—10 cm. vízoszlop nyomásának megfelelő levegőt juttatunk s a maszkot perczenkint 16—20-szor pár másodperczre leveszszük. Ekkor a tüdők kollabálnak s a kilégzésnek megfelelő szakaszt létesítünk. A II—VI. bor-

dát mindkét oldalt mindenütt az épben átvágjuk, körülbelül három ujjnyira a sternum szélétől. Most szabadon van a pericardium s mindkét tüdő úgy, mint bonczoláskor. Kiderül, hogy a daganat belül, a külsőleg látható határt jóval túlhaladva, szőlőfürtszerű propagatióval ráterjed a pericardiumra s mindkét oldalt, főleg balfelé, a pleurára. Előbb a sternum testét irtjuk ki akként, hogy az I. borda tapadása alatt az ép csontot harántul átvéssük, azután az egészet lefelé hajtva, a VII. borda tapadása fölött közvetlenül csontollóval átvágjuk. Majd a propagált tumort irtjuk ki az épben mindkét pleuráról s a pericardiumról s az utóbbit egy-két csomós varrattal összevarrjuk. A pleurán több mind két tenyérnyi defectus. Most a légnyomást 15 cm. vízoszlop-nyomásra emelve, a tüdőket felfújjuk annyira, hogy egészen a bőr színéig tolulnak elő. Elül a mellkas-hiánynak megfelelő lágyrészlebenyeket taréjszerűen előhúzzuk s ötrétegű catgutcsomósvarratokkal egyesítjük, a mi által a szétterülni akaró mellkasnak támaszt nyujtottunk s teljesen légmentesen zárást biztosítottunk. Tovafutó selyembőrvarrat, collodiumcsík. A műtét után az első két napon a beteg igen gyenge, pulsusa 110, filiformis, légzése 38; kisfokú dyspnoë. Hypodermoklysis, coffein, digalen, Katzenstein-féle proctoclysis tej és thea keverékével. Az egész lefolyás alatt a beteg teljesen láztalan, az első héten kevés szúró érzés és fájdalom a mellkasban A tizedik napon fonaleltávolítás, per primam egyesülés. Mérsékelt eczema a seb körül, mely néhány nap alatt gyógyul. Ez volt a jodtinctura-desinfectio egyetlen hátránya, mely azonban eltörpül az absolut sterilitással szemben, mely az oly érzékeny pleuralis beavatkozásnál is tökéletesnek bizonyult. A kiirtott daganat kis gömbsejtes sarkoma volt

A beteg rohamosan összeszedte magát, de még mindig anaemiás volt, metrorrhagiája továbbra is fennállott. Ezért s mivel jogosult az a gyanu, hogy talán a méhdaganat is rosszindulatú, esetleg egy sternalis metastasisnak primaer gócza, 1911 decz. 19.-én, ötödfél héttel az első műtét után felületes aethernarcosisban kiirtottam Chrobak szerint supravaginalis amputatióval a jókora férfiökölnyi myomás méhet a lenőtt és fixált adnexumokkal. Teljesen zavartalan lefolyás, prima gyógyulás. A beteg jelenleg jól van, súlyban és erőben lényegesen gyarapodott.

(Vége következik.)

Budapesti Orvosi Kör.

(I. havi ülés 1912 január 8.-án.)

Elnök: **Papp Samu.** Jegyző: **Mohr Mihály.**

Mai irányzatok a csontsérülések kezelésében és utókezelésében.

Fischer Ernő: A csontsérülések kezelését jelenleg a megbizható balesetbiztosítók statisztikái és a Röntgen-ellenőrzés irányítják. Azok a kezelés-módok fognak megmaradni és fejlődni, melyek e két tényező útmutatása alapján a legjobbnak bizonyulnak. A mai irányzat az, hogy dislocatio nélküli törés eseteiben a kötések alkalmazása a minimumra szorítandó, dislocatióval járó esetekben pedig semiflexiós extensiót teljesítő oly kötések alkalmazandók, melyek lehetővé teszik a végtag izmainak és izületeinek már a kötésben való mozgatását. Ily kötések azonban még nem minden törésformára kaphatók készen, a közel jövő feladata a kidolgozásuk.

Az izület- és izom-massagenak a tulajdonképpeni kezelés ideje alatt, azaz a sérüléstől a consolidatióig, semmi szerepe se legyen; a periostmassageban azonban erélyes eszközünk van a callusképződés előmozdítására és igy a consolidatio siettetésére; de óvatosan kerülendő ezen massage is az izületek közelében.

Az utókezelésben sincs a massagenak az a szerepe, melyet neki azelőtt tulajdonítottunk; fődolog itt is a mozgás, melyet passiv és activ torna alakjában alkalmazunk. A passiv tornát csak e czélra készült gépek tudják megbizhatóan eszközölni, pl. a Zander-gépek; ilyen gépeket azonban többnyire improvizálni is lehet; ezen gépek a végtag mozgatását pontosan előirt irányban, szögben és intenzitásban végezzék, lassankint fokozódó kilengéssel és az activ mozgásokat is pontosan adagolható módon vezessék be.

Lévai József elismeri a methodus jóságát, de hangsúlyozza, hogy gipszsínek felrakásával és időnként való mobilizálással szintén jó eredményeket lehet elérni. Olyan methodus kell, mely a gyakorló orvos kezébe adható. Az Országos munkásbetegsegélyző- és balesetbiztosítópénztár által felállítandó baleseti klinika alkalmas hely lesz az orvosok gyakorlására a csonttörések kezelésében.

Fischer Ernő szerint az általa ismertetett eljárás jobb a gipszsíneknél, a gyakorló orvos könnyen megtanulhatja azt.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészi szakosztálya.

(IV. ülés. 1911 nov. 9.-én.)

Elnök: **Illyés Géza.** Jegyző: **Lobmayer Géza.**

Spondylitis ankylopoëtica esete.

Dollinger Béla: A 49 éves férfibeteg kyphosisa oly nagyfokú, hogy a sternum processus xiphoideusa és a bordaiv benyomódik a hasüregbe. Az idegrendszer ép. A Röntgen-kép a III.—VI. nyakcsigolya izület-összecsontosodását mutatja. E kórképpel főleg *Bechterew*, *Strümpel* és *Pierre Marie* foglalkozott. Különböző typusát mindegyik sui generis kórképnek fogta fel. Ma tudjuk, hogy ezekben az esetekben egy betegségről, a spondylitis ankylopoëticáról van szó.

A bemutatott eset a *Bechterew*-typushoz hasonló. A gyógykezelás nagy nehézségekbe ütközik, az eddig használt gyógyító módok eredménytelennek bizonyultak.

A bemutató redresszáló gipszkötéssel fog kisérletet tenni.

Myositis ossificans vértelen úton helyretett könyökficzamodás után; az újonnan fejlődött csont eltávolítása.

Dollinger Gyula: A 26 éves férfi negyedév előtt baloldalt könyökficzamodást szenvedett, melyet azonnal helyrettettek. A klinikára 90° alatt merev könyökkel vétette fel magát.

A felvett Röntgen-kép mutatja, hogy a bal könyökhajlatban mintegy 4 cm. vastag, 50 cm. kosszú csontcallus foglal helyet, a mely a felkarcsontot az alkarcsontokkal összeköti. Azonkívül egy másik csontlécz van a könyök hátulsó oldalán, mely az olecranon csúcsából indul ki s mintegy 6 cm. hosszúságban emelkedik fel a felkar hátulsó oldalán. Ez esetben tehát, noha a könyököt azonnal helyretették, myositis ossificans folytán merevség fejlődött.

A beteget ezelőtt egy hónappal megoperálták, a nagy callustömeget eltávolitották. Ez a musculus brachialis helyén feküdt, a mely a ficzamodás alkalmával elszakadt. A callus kiválasztása 2 hónappal a ficzamodás után könnyen történhetett meg.

Gyógyulás per primam. Egy hónappal a műtét után a beteg a karját 90 foktól mintegy 80—100 foknyira hajlítja és nyujtja. A supinatio még tökéletlen.

Véres úton helyretett idősült oldalsó könyökficzamodás.

Dollinger Gyula: A 20 éves beteg $^1/_4$ év előtt szenvedett bal könyökficzamodást.

A műtét 1911 október 9.-én történt. Az izület kitárásakor kitűnik, hogy a ligamentum laterale externum az epicondylus externust leszakitotta s hogy az alkar radialis irányban van először hátra és azután oldalt ficzamodva. Az incisura semilunaris olecrani, a fovea coronoidea és olecrani heges kötőszövettel volt kitöltve. Ezek eltávolítása után a helyretevés könnyen sikerült.

Gyógyulás per primam. Egy hónap mulva a beteg könyökét 105 fokig nyujtja és 75 fokig hajlítja; teljesen supinálja és pronálja.

Fél év óta fennálló idősült hátulsó könyökficzamodás, resectio.

Dollinger Gyula. A 26 éves férfi fél év előtt ficzamította ki könyökét.

A Röntgen-kép a musculus brachialis helyén mintegy 7 cm. hosszú, újonnan képződött callust mutat, azonkívül csontsarkantyút a radius fejecse felett.

Behatolás a külső oldalról. A musculus brachialis helyén 7 cm. hosszú, 3 cm. széles, ívszerűen meghajlott callustömeget talál. Ezt, valamint a csont hátulsó falán lévő sarkantyút eltávolítják. A felkarcsont izületi végének porczborítéka nagyrészt hiányzik, s azért ezen izületi véget reszekálta. A ligamentum laterale externumot visszavarta a helyére. Gyógyulás per primam.

Veleszületett csípőizületi ficzamodás vértelen úton való sikertelen helyretevése; helyretevés véres úton.

Dollinger Gyula: A 4 éves gyermeken másutt több sikertelen helyretevési kisérletet végeztek. Ezek után a gyermek járni egyáltalán nem tudott, mert járáskor a kificzamodott végtagja extrem abductióba helyezkedett, a fejecs a foramen obturatorium előtt foglalt helyet.

Vértelen úton lehetetlen lévén a helyretevés, a bemutató hátulsó metszéssel behatolt s konstatálta, hogy a tokszalag homokóraszerűleg van kihúzva és hogy a fejecs és acetabulum közötti tág tokszalagrészek között csupán mintegy mm.-nyi átmérőjű nyílás áll fenn, a melyet a hosszúra kinyujtott ligamentum teres tölt ki. A tokszalag ezen szűkülete akadályozta a helyretevést. A tokszalag bemetszése után a helyretevés akadálytalanul sikerült. Gyógyulás per primam.

Kopits Jenő: A bemutatott eset a legrosszabb esetem. A gyermeknek 1909 október 7.-én reponáltam a csípőizületét, a mi könnyen ment és minden klinikai jele megvolt a jó repositiónak Az acetabulum rossz volt, könnyen reluxált a fejecs. Gipszkötés, melyet két hó mulva revideáltam. 4 hó mulva erős contracturát találtam, a kötést eltávolítottam. Az abductio megmaradt, a fejecs kitapintható volt. Egy hónap mulva teljes reluxatio a gluteus alatt. Reponáltam, egy hónap mulva megint ott volt. Protrahált fixatiót kiséreltem meg bőrtokkal, hogy a fejecs a helyén maradjon. A reluxatio ismét megtörtént. Ilyen körülmények között a transpositio jött szóba. 1910 elején narcosisban sikerült luxatio pubicát létrehozni. Két hónap mulva, mikor a gyermek kötés nélkül mozgatta a lábát, kijött a helyéből az acetabulum alá és innen nem is lehetett kimozdítani. A véres műtétet indikáltam. A kezelés alatt semmi jel sem mutatott arra, hogy a fejecs folytonos reluxálódásának a tokszalag anatomiai elváltozásában van az oka, inkább a tokszalag erős kibővülését vettem fel okul. Véleményem szerint az ilyen esetekben, ha a tokszalag isthmusa a repositiót nem akadályozza, csak a fejecs helybenmaradását teszi lehetetlenné, a műtét indicatiója mindig csak a vértelen eljárás eredménytelensége után fog beállani.

Horváth Mihály: Teljesen egyetértek *Kopits*-sal. Mikor a vissza nem helyezhetőség gyanuja felvetődik, javalt az operálás.

Egy esetben 9 éves gyermeken az arthrectomia végzésekor isthmust találtunk a tokszalagon, melynek feltárása után sikerült a repositio.

Ha az elsődleges állásban felvett Röntgen-képen az acetabulum üre és a czombfej között nagy a távolság, mely akkor sem kisebbedik, a mikor az abdukált czombra az acetabulum felé nyomást gyakorolunk, felvetődhetik a gyanu, hogy isthmussal s a tokszalag interpositiójával van dolgunk.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

Az I. cs. kir. szab. Dunagőzhajózási társaság bányaművein a Mecsekszabolcs **kerületi bányaorvos állása** 1912. évi junius hó 1.-étől kezdve a következő feltételek alatt betöltendő:

A felvétel egy próbaévre történik 2400 korona évi fizetéssel természetbeni lakással, fa- és szénilletménynyel és villamos ingyenvilágítással a megszabott mennyiségig

Kielégítő próbaév után az alkalmazás véglegesen történik a társasági nyugdíjalapba való felvétel mellett, a mikor a fizetés egyidejűleg 2800 koronára emeltetik.

További fizetésemelések négy évi időközökben kielégítő szolgálattétel mellett 4000 korona legmagasabb fizetésig történnek.

Magángyakorlatnak folytatása meg van engedve, a mennyiben a bányaorvosi szolgálat ez által nem szenved.

Meg nem felelő szolgálatteljesítés esetében az igazgatóság fentartja azon jogát, hogy a szolgálatot bármikor három hóra felmondhassa.

Pályázók, kik a magyar és német nyelvet bírják, a szokásos okmányokkal és rövid curriculum vitae-val ellátott ajánlataikat legkésőbben folyó évi **március hó 15.-éig** alulirott bányaigazgatósághoz nyujtsák be.

Pécs, 1912. évi január hó 29.-én.

Az első cs. kir. szab. Dunagőzhajózási társaság bányaigazgatósága Pécsett.

A hernádvölgyi magyar vasipar részvénytársaság korompai gyártelepén egy **kórházi alorvosi állás** megüresedvén, pályázat hirdettetik.

Az állás javadalmazása: 200 korona havi fizetés, a kórházban egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés és világítás. Élelmezést a helybeni tiszti kaszinóban havi 40 koronáért kaphatni.

Pályázhatnak nőtlen orvosdoktorok és orvosnők, kik gyakorlati évüknek már birtokában vannak. Sebészeti gyakorlat kimutatása előnyel bir. Az alorvos magángyakorlatot nem folytathat.

Pályázati kérvények a hernádvölgyi magyar vasipar részvénytársaság nagytekintetű vezérigazgatóságához (Budapest, V., Nádor-utcza 36 II. emelet) czímezve, **Korompai Vasgyárra a kórházvezetőségnek február hó 25.-éig** beküldendők.

Korompai vasgyár, 1912 január 24.

Kórházvezetőség.

501/1912.

A m. kir. belügyminister úr folyó évi január hó 15.-én 153731/1911 VII/a számú rendeletével a vármegye törvényhatóságának 149/3934/1911. sz. azon véghatározatát, melylyel Dombóvár és Ujdombóvár községeket külön orvos alkalmazására kötelezte, jóváhagyta.

Ennélfogva a lemondás folytán üresedésben levő Dombóvár, vagy az újonnan rendszeresített Ujdombóvár **községi orvosi állásokra** ezennel pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, a kik ezen orvosi állások bármelyikét elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítesüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **1912. évi február hó 18.-áig** annál is inkább nyujtsák be, mert az elkésve beérkező pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Mindkét községi orvos javadalmazása:

1. Törzsfizetés az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-ában megállapított 1600 K kezdőfizetés és esetleges korpótlék.

2. A szabályrendeletileg megállapított látogatási díj.

3. Lakbér Dombóvár községi orvos részére 300 K, Ujdombóvár községi orvos részére 600 K a község pénztárából évnegyedenként előre kifizetve.

Megjegyzem, hogy Dombóvár község orvosi lakásra is lett kötelezve, de ezen véghatározat még nem jogerős.

A választást Dombóvár községben 1912. évi február hó 19.-én, Ujdombóvár községben pedig február hó 20.-án délelőtt 10 órakor fogom megtartani.

Dombóvár, 1912 február 3.

Nagy, főszolgabíró.

478/1912.

Komáromvármegye csallóközi járásához tartozó, csallóközaranyosi orvosi körben, a melyhez Csallóközaranyos székhelyen kívül Megyercs, Keszegfalva, Örsújfalu, Ekel és Nagykeszi községek tartoznak, megüresedett **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10—23. §-a szerint megállapított 1600 korona törzsfizetés és esedékes korpótlék.

2. Természetbeni lakás és kert.

3. 600 koronával megváltható természetbeni fuvar, melyért hetenként egyszer tartozik a kör községeit látogatni.

4. Szabályrendeletszerű rendelési, beteglátogatási és halottkémlési díjak.

A körorvos kézigyógytár tartására köteles.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **folyó évi február 29.-éig** annál is inkább nyujtsák be, mert a később beérkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választási határnap kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Nemesócsa, 1912 február 3.

Dávidházy János, tb. főszolgabíró.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 3. §-a alapján rendszeresített borosjenői **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvostudori oklevéllel, eddigi szolgálatukat vagy gyakorlatukat igazoló okmánynyal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **folyó év márczius hó 1.-éig** nyujtsák be.

Az állás javadalmazása:

1. Az 1908: XXXVIII. t.-cz. 10. §-ában megállapított évi 1600 K törzsfizetés.

2. A község által előleges évnegyedes részletekben fizetendő 600 K lakbér.

3. A hivatkozott t.-cz. 15. §-a értelmében négy izben ismétlődő 200 K ötödéves korpótlék.

4. Hatóságilag megállapított látogatási díjak.

A választást Borosjenő községházánál később megállapítandó határnapon fogom megtartani.

Borosjenő, 1912. évi február hó 2.-án.

Schauer dr., tb. főszolgabíró.

56. évfolyam. **7. szám.** *Budapest, 1912 február 18.*

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.

Engel Károly: Közlés a budapesti kir. magy. tudományegyetem II. számú belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., ny. r. egyetemi tanár, udvari tanácsos) Leukaemia és myeloid metaplasia. 119. lap.

Wein Manó: A gümőkóros fertőzés megállapítása és gyógyítása antitoxikus szerekkel. 122. lap.

Verzár István: A salvarsan alkalmazásmódja és therapiai értéke a syphilis gyógykezelésében. 126. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Leopold Casper*: Handbuch éer Zystoskopie. — *Lapszemle. Belorvostan. A. Fraenkel*: Az asthma cardiale kezelése. — *Kuttner* és *Laqueur*: Mellhártyaizzadmány kezelése vörös fénnyel. — *Sebészet. H. Schmid*: Az appendicitisnek a terhességhez való viszonya. — *Idegkórtan. Fröhlich*: A dohányzás szerepe az idegbetegségek keletkezésében. — *Bonhoeffer*: A neurasthenia és endogen depressio. — *Gyermekorvostan. Laurentius*: A dajkák tejszolgáltató képessége. — *Leede*: A nephritis postscarlatinosa. — *Venereás betegségek. Dohi* és *Tanaka*: A salvarsan-kezelésre vonatkozó egyéves tapasztalás. — *Húgyszervi betegségek. H. Hohlweg* A vesegümőkór diagnosisa és therapiája. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Firth*: Enuresis. — *Podzahradski*: Utófájások. — *Hofstätter*: A pituitrin mint húgyhólyag-tonicum. — *Klotz*: A peritonitis tuberculosa gyógyítása. 128—131. lap.

Magyar orvosi irodalom. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 131. lap.

Vegyes hirek. 131—132. lap.

Tudományos társulatok. 133—136. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti kir. magy. tudományegyetem II. számú belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., ny. r. egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

Leukaemia és myeloid metaplasia.*

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

Az utolsó évek kórszövettani vizsgálatai a betegségek egész sorában egyes szervekben, elsősorban a májban és lépben vérsejtképző szövet jelentkezését mutatták ki. A betegségek egy része a hevenyés és idősült fertőző bajok csoportjából kerül ki, ilyenek a malaria, diphtheria, pneumonia, typhus, a congenitalis lues, más része pedig a vérbetegségek csoportjába tartozik, mint a milyen a vérzések utáni anaemia, az anaemia perniciosa, az anaemia pseudoleukaemica infantum, a mérgezés útján létrehozott kisérleti anaemia, a polycythaemia és elsősorban a leukaemia myeloidea. Az említett szervek, a máj, a lép a postembryonalis életben nem színhelyei a vérsejtek termelődésének, hiszen *Neumann* alapvető vizsgálatai óta vérképző szövetnek rendes viszonyok között kizárólagosan a csontvelőszövet van elismerve. Az említett kóros körülmények között mutatkozó elváltozások azok, melyeket myeloid metaplasia névvel jelölünk meg. Metaplasia alatt értjük azon kóros átalakulást, midőn teljes fejlettséget elért szövet úgy morphologice, mint functionalisan más szövet jellegét veszi fel. Fontos dolog éppen a minket érdeklő kérdés szempontjából is az, hogy a metaplasiásan elváltozott szövet az esetek túlnyomó részében az eredeti szövet ontogenetice vagy phylogenetice korábbi fejlődési alakjának felel meg. Mindjárt e helyen említhetem meg, hogy ezen szabály, mint az későbbi tárgyalásom folyamán ki fog derülni, a myeloid metaplasiára is teljes mértékben fennáll és hogy ily módon az átalakulás metaplasia elnevezése ezen szempontból is teljesen jogosult. Hogy éppen az utolsó években kezdtek ezen tárgygyal részletesen foglalkozni, annak oka a haematologiai szövettani technika sajátságos fejlődésében rejlik.

Ehrlich-nek nagyszabású vizsgálatai a vérsejtek festődési viszonyairól exact és a mellett könnyen kivihető vizsgáló módszert adtak a klinikusok kezébe és számos vizsgáló ernyedetlen szorgalmú munkássága rövidesen meg is teremtette ezen az alapon a vérbetegségek klinikáját. Ezzel szemben a pathologusok hiányos methodikája folytán messze elmaradt ezen betegségek pontos kórszövettani ismerete, hiszen ez időben a májnak, a lépnek, a csontvelőnek szövettani vizsgálatát túlnyomóan a vérvizsgálat módjára kikent készítményeken végezték. Csak az utolsó években honosult meg a vér klinikai vizsgálatával egyenrangú festési eljárás, a granulatiofestés, a kórbonczolástani szövettanban is és ezzel megindult itt is a serény munka, melynek bizonyos irányú eredményeinek említésével előadásomat megkezdettem. De még nem is maradt ezen munka a kórszövettanra korlátozódva, kiterjedt az a vérképző szervek fejlődésének részletes vizsgálatára, az összehasonlító állattan megfelelő kérdéseivel való behatóbb foglalkozásra és érdemesnek tartom megemlíteni, hogy még ezen vizsgálatok legnagyobb részét is pathologusok végezték, nyilvánvalóan azért, hogy talán ily módon sikerül a vérbetegségek, elsősorban az anaemia perniciosa és a leukaemia körébe tartozó betegségek pathogenesisére fényt deríteni.

Csak röviden fogom vázolni ezen elváltozások szövettani képét, részleteseben az elváltozások pathologiai és klinikai jelentőségével óhajtanék foglalkozni. Ki fog derülni előadásom folyamán, hogy ezen elváltozásokat minden valószínűség szerint csakugyan igazi metaplasia által létrejöttnek kell tekinteni. Annyit jelentene ez, hogy a vérképző szövet a májban, a lépben, a nyirokmirigyekben az ezen szervekben levő bizonyos elemekből keletkezik, csakúgy, mint ezt az embryonalis életre vonatkozólag felveszszük. A myeloid szövet a májban, a lépben tehát nem a csontvelőből metastasis útján odakerült elemekből fejlődik, hanem az azokban levő praefor-

* Magántanári próbaelőadás.

mált elemekből jő létre. A myeloid átalakulásnak ily szempontból való tárgyalása pedig talán fel fog jogosítani arra, hogy bizonyos egységes szempontból nézzük a különböző betegségekben észlelt vér- és szövettani elváltozások keletkezését és az ezidőszerint önálló betegségnek tartott vérbajok egynémelyikének pathogenesisét. Gyenge kisérlet ez az irányban, hogy a haematologia egyes, sajnos, nagyon is zavaros és homályos kérdéseinek tisztázását megkisértsük vagy legalább is megkezdjük; sajnos, a dolgok jelen állása mellett sokra e tekintetben még semmiképpen sem juthattunk.

Lássuk ezek után elsősorban ezen elváltozások mibenlétét és szövettani képét. Legkifejezettebbek és legkiterjedtebbek ezek a myeloid leukaemiában, miért is az ezen betegségben megjelenő máj- és lépelváltozást fogom a rövid szövettani tárgyalás alapjául venni.

Myeloid leukaemiában a májban a leukaemiás szövetszaporodásnak intraacinosus elhelyeződését figyelhetjük meg. A májsejtgerendák között a capillarisokon kívül sejtfelhalmozódást találunk rendszerint diffuse és nem góczokban, mely magvas és magnélküli vörös vérsejtekből, polynuclearis leukocytákból és myelocytákból, valamint nagy egymagvú, granulationélküli, erősen basophil protoplasmájú sejtekből, a myeloblastokból, valamint csontvelő-óriássejtekből, megakariocytákból áll. Az elváltozásnak nagy kiterjedése mellett, mint azt elsősorban a szövődménynélküli leukaemiában elhaltakban találjuk, ezen sejtek oly sűrűn vannak felhalmozódva, hogy a májsejteknek a képben háttérbe való szorulása miatt a máj szövete alig ismerhető meg. Az interacinosus kötőszövetben az elváltozás vagy hiányzik, vagy sokkal kevésbé kifejezett, mint az acinusokon belül. Igen fontos a szövetszaporodásnak a hajszálerekhez való viszonya. A myeloid szövet elsősorban extracapillaris elhelyeződésű, a capillarisok és a májsejtgerendák között foglal helyet, esetleg úgy a capillaris, mint a májsejtek felé bedomborodó módon. Ezen szövetképződés aztán intracapillarissá válik azáltal, hogy helyén a capillaris folytonossága megszakad, a myeloid szövet a capillarisba jut be, körülötte az endothel folytonossága helyreáll és a myeloid szövet sejtjeinek mitosis útján való szaporodása intracapillarisan tovább folytatódik. Ezek azon capillaris öblök, melyeket *Schmidt*, jelenleg zürichi kórbonczoló, már 1892-ben írt le és melyeknek jelentőségét akkor alig vették figyelembe.

A lépben a myeloid szövet a lép pulpájában foglal helyet és sohasem a *Malpighi*-féle testekben. A lép normalis szövettani képe kivált előbbrehaladt stadiumban a *Malpighi*-féle testek eltűnése folytán elmosódik, sokkal egyneműebbé lesz, a sejtek között sok a neutrophil és eosinophil egy- és többmagvú, a magvas vörös vérsejt. Igen kifejezett esetekben az ily módon elváltozott lép szövettani képe annyira hasonlít a leukaemiás csontvelőéhez, hogy talán csak az erősebb kötőszöveti sövények adják meg a differentialdiagnosis alapját.

Hasonló, csak rendszerint sokkal kisebb fokú myeloid szövetszaporodás található egyes nyirokmirigyekben, a vesében; ezen elváltozások okozzák ezen szerveknek a myeloid leukaemiában ismeretes megnagyobbodását.

A többi már említett betegségben, az anaemiában a myeloid elváltozás hasonló képű, persze távolról sem oly kiterjedt és jellegző, mint a leukaemiában. Fokbelileg a leukaemia után az anaemia pseudoleukaemica infantum és az anaemia perniciosa következik, a fertőző bajokban az elváltozás sokkal kisebb kiterjedésű és inkább góczokra szorítkozó, melynek legjellegzetesebb példája a congenitalis luesben elhaltak mája. Nyomatékosan kell azonban kiemelnem mindjárt e helyen egyes igen mérvadó szerzők azon állítását, hogy a myeloid átalakulás tekintetében a különbség a különböző betegségekben csak fokbeli, lényegre nézve azonban semmi különbség nincsen közöttük.

Kérdés már most, hogy ezen elváltozásoknak mi a jelentősége és mi a létrejövési módja. Kétségtelen, hogy itt működésben levő vérképző szövetről van szó, mely állításra vonatkozólag a leghatalmasabb bizonyítékot éppen azon összefüggés adja meg, mely leukaemiában az esetek túlnyomó részében a vérelváltozás foka és ezen elváltozások tömege között fennáll. A befolyásolatlan leukaemiában a fehér vérsejtek száma rendszerint egyenes arányban van a leukaemiás szövetszaporodás tömegével. A leukaemiás lépnek therapiás megkisebbítése folytán csökken a fehérvérsejtszám. De már azon körülmény, hogy az elváltozás szövettani képe teljesen a csontvelő képének felel meg, ezen szövetelváltozásnak a capillarisokhoz való viszonya, azon esetek, a midőn a csontvelőben alig van myeloid szövet és a máj, valamint a lép myeloid elváltozása mellett a vérben sok myeloid eredetű elem kering, valószínűvé teszik, hogy ezen helyeken úgy vörös, mint fehér vérsejtek termeltetnek, melyek a vérkeringésbe juthatnak. Keletkezését illetőleg a szerzők egy része, nevezetesen azok, a kik minden esetre vonatkozólag a leukaemia csontvelő-eredetét fogadják el, ezen elváltozást metastasisos eredetűnek mondja. Ilyenek *Neumann*, *Ehrlich*, *Sternberg*, *Helly*, *Grawitz*, *Ziegler* és még inkább persze azok, a kik a leukaemiában rossztermészetű, elsődlegesen a csontvelőben elhelyezkedő, majd általánosan elterjedő daganatképződést látnak, mint a milyen *Banti* és *Ribbert*. A szerzők más csoportja nem fogadja el ezen felvételt. Vannak ugyanis leukaemia-esetek, a hol kifejezett vérelváltozás mellett a csontvelő semmi elváltozást sem mutat, sőt még olyanok is, a hol a csontok sclerotizáltak annyira, hogy csontvelő úgyszólva nincsen. Ezen esetekre nem lehet jogosult az a felvétel, hogy a máj és lép leukaemiás szövetszaporodása a csontvelőből származik metastasis útján. Anaemia perniciosában, a fertőző betegségekben pedig semmiképp sem tulajdoníthatunk a sejteknek metastasist okozó képességet, de meg nem is sikerült igen sok esetben, a leggondosabb vizsgálat mellett sem az esetleges metastasist közvetítő sejteket a vérpályában kimutatni. Nehezen egyeztethető meg a metastasisos elmélettel az is, hogy ezen elváltozás rendszerint és legerősebben a májban és a lépben van csak meg, metastasis esetén sokkal nagyobb kiterjedésűnek, generalizáltnak kellene lennie. De meg a nyulakban elég gyakran előforduló csontvelő-embolusoknak a tüdőben más a sorsa, az a vérereken belül szétesik, a nélkül, hogy metastasist birna létesíteni. Habár ezen kérdést teljes biztonsággal eldöntöttnek nem is tekinthetjük, kétségtelen, hogy sokkal közelebb jutunk ezen elváltozások létrejövési módjának értelmezéséhez, ha az elváltozásokat a megfelelő szervek embryonalis állapotával vetjük egybe. Ez esetben ugyanis arra a meglepő tényre jutunk, hogy ezen elváltozás, illetve az ily módon elváltozott szervek szöveti képe teljesen megegyezik a megfelelő szervek embryonalis állapotával, úgy hogy nagyon találó *Naegeli* azon mondása, hogy ez esetben valóságos biologiai atavismusról van szó. Hogy az egybevetés az embryonalis szövettani lelettel lehető legyen: habár csak néhány szóval rá kell térnem a vér és a vérképző szervek fejlődésének vázolására. Egész röviden csak azon mozzanatokra fogok szorítkozni, melyek tárgyunk szempontjából jelentőséggel birnak.

Az első vérképződést az embryo szervei közül a májban találjuk, oly időben, a mikor sem a lépnek, sem a csontvelőnek nincsen még vérsejtképző tulajdonsága. Azon körülményt, hogy a májban olyankor lehet vérsejtképződést kimutatni, a mikor sehol a szervezetben vérsejt még nincsen, de meg a mikor a májban sincsen más sejt jelen, mint májsejt és capillaris endothel, nyomósan szól a mellett, hogy a vérsejteknek a májban levő sejtekből kell keletkezniök. *Schridde* szerint az endothelsejtből keletkeznek az első vérelemek, a megaloblastok. *Schridde* az endothelsejtnek a megaloblastba való átmenetelének kimutatását morphologiailag bebizonyítottnak tartja. A májgerendák között a capillarisokon kívül helyezkednek el a myeloid szövet egyes alkotórészei, elsősorban a megaloblastok, az erythroblastok és a megakariocyták, melyek aztán itt részben az érfalsejtből való újdonképződés, részben karyomitosis útján szaporodnak. A kép, mint ezek után könnyen belátható, úgyszólván teljesen azonos a leukaemiás máj képével. Ilyen a máj képe *Naegeli*nek egy 2·7 cm.-es embryójában is és $6^1/_2$ cm. hosszú embryóban, a mikor a csontvelőben vérsejt még nincsen, a vérben már granulált sejtek találhatók. A 3. hónapban keletkeznek

azután ugyancsak a perivenosus kötőszövetben az első myeloid elemek a lépben és a csontvelőben is. A vérsejtképzés azután ezen szervekben, kivált a májban, de a lépben is majdnem az egész embryonalis élet tartama alatt igen élénk, az utolsó hónapokban csökken ugyan, de még az újszülött májában és lépében is kimutatható. Az analogia a postembryonalis életben myeloid metaplasián átment máj és lép, meg a foetalis máj és lép között még egyes részletekben is elsősorban a myeloid szövetszaporodásnak a capillarisokhoz való viszonyában is oly feltűnő, hogy igen közelfekvő a kétféle szövetkép létrejövési módjában is fölvenni az analogiát. Ezen az állásponton van csakugyan a pathologusoknak egy része, éppen azok, a kik a kérdés embryologiai részével is foglalkoztak. Szerintök a myeloid szövet a májban, a lépben nem a csontvelőből metastasis útján elkerült myeloid elemekből keletkezik, hanem ott helyben jő létre azon sejtelemekből, melyeknek az embryonalis életben vérsejtképző tulajdonságuk volt. Ilyenek *Schridde*, *Schmidt*, *Loebenhoffer*, a kik mellett *Naegeli*, *Marchand* indifferens adventitia-sejtekből származtatja a myeloid szövetet. Az átalakulás vagy azáltal jönne létre, hogy az endothelsejtek, illetve az adventitia-sejtek között vannak olyanok, a melyek megmaradtak az embryonalis indifferens állapotban és most érvényesítik vérképző tulajdonságukat, vagy pedig úgy, hogy az endothelsejt, mely már bizonyos irányban továbbalakult, visszaalakul az eredeti indifferens sejtté és ezzel visszanyeri myeloblastos képességét, ez a szoros értelemben vett metaplasia. Lényege tehát ezen felfogásnak az, hogy a kóros körülmények között a csontvelőn kívül megjelenő myeloid szövet mindenütt az endothel-sejtből, illetve az adventitia-sejtből keletkezik, csak úgy, mint az embryonalis életben, növekedése, sejtjeinek szaporodása pedig részben ezen átalakulás továbbfolytatódása, másrészt pedig a myeloid elemeknek karyomitosis útján való oszlás révén történik. Ily körülmények között meg lehet magyarázni azon myeloid elváltozást, a mely fertőző betegségek esetén fordul elő, s melyet a metastasisos elmélet nem tudott eléggé elfogadható módon magyarázni.

A myeloid átalakulásnak ez irányban való értelmezése természetszerűen befolyásolja a különböző betegségekben előforduló elváltozások pathogenesiséről való felfogásunkat. Ez adja meg egyszersmind ezen elváltozások pathologiai és klinikai jelentőségét, a melyről összefoglalólag szeretnék még néhány szóval szólni. Myeloid metaplasia jő létre mindenekelőtt a szervezet compensatiós törekvése folytán, a mely csontvelő-elégtelenség esetén a csontvelőn kívüli szerveknek azt lehet mondani szunnyadó vérképző képességét életre kelti. Ezen eset forog fenn a vérzések utáni anaemiában. A kisérleti úton mérgezés útján létrehozott anaemiában, valamint az anaemia perniciosában e mellett szerepelhet azon körülmény, hogy az anaemiát létrehozó ok közvetlenül is hat a májban és lépben levő vérképző elemekre. A myeloid metaplasiát létrehozó inger lehet, mint már előadásom kezdetén említettem, egyes fertőző betegségek méreghatása. Ily módon jön létre azon myeloid átalakulás, mely a fertőző betegségek bizonyos eseteiben előfordul. Kivételes esetekben a fertőző betegségek egynémelyikének hatása a csontvelőre, valamint metaplasiát létrehozó hatása oly jelentékenynyé válhatik, hogy ezáltal egész sajátszerű kórkép jő létre. Le vannak írva ugyanis fertőző betegségek, ilyen *Flesch* és *Schossberger* esete, *Moravitz*, *Hirschfeld* és *Kothe* esete, a melyek a csontvelőre való hatásuk mellett oly kiterjedt myeloid metaplasiát hoztak létre, hogy leukaemiás vérkép keletkezett. *Flesch* és *Schossberger* congenitalis lues esetében 52.000 volt a fehér vérsejtek száma. A *Moravitz* közölte tonsillitis-esetben 20.000 volt a fehér vérsejtek száma, 20% neutrophil és 1% eosinophil myelocytával, sőt a *Hirschfeld* és *Kothe* közölte appendicitis gangraenosa-esetben 190.000 volt a fehér vérsejtek száma 7·5% neutrophil myelocytával és 24·66% myeloblasttal. A fertőző betegségek és a leukaemia közötti összefüggésre különben még rátérek.

Az elváltozások legnagyobb elterjedését és legnagyobb fokát a leukaemiának kórokozója hozza létre. Az acut leukaemia lefolyása, annak az idősült leukaemiához való viszonya, de meg az idősült leukaemia lefolyása is sok valószínűséget nyujt azon felvételnek, hogy a leukaemia eddig ismeretlen kórokozója fertőző tényező. Ezen fertőző tényezőnek a szervezetbe való jutása és a szervezetben való érvényesülése hozza létre a leukaemiás szövetelváltozásokat a csontvelőben, valamint a májban, a lépben, a nyirokmirigyekben és más helyeken is. Ez esetben azután a myeloid szövetnek egyoldalú továbbdifferenciálódása történik a leukoblastos képesség előtérbe való nyomulása irányában az erythroblastos képesség rovására, a mi a kétségen kívül meglevő vörösvérsejtszétesés mellett létrehozza a leukaemiás anaemiát. A leukaemiás virus pedig az esetek egy részében egyszersmind eddig ismeretlen módon igen jelentékeny fokával felruházza a sejteket azon képességgel, hogy azok a véráramba is bejuthassanak.

A myeloid leukaemiában található szövetelváltozások ezek szerint a vérképző szerveknek valamilyen fertőző kórokozó által feltételezett reactiójának felelnek meg. Ezen gondolatmenetben fejtette ki a haematohistologiai kérdésekben nagytapasztalatú és tekintélyű *Sternberg* is, a bécsi orvosegyesület nemrég mult egyik ülésén az acut myeloid leukaemia és az infectio közötti összefüggést. *Sternberg* az acut myeloid leukaemiát nem is tekinti önálló betegségnek, hanem különböző fertőző tényezők, streptococcus, pneumococcus által kiváltott syndromának, mindenesetre azonban úgy áll szerinte a dolog, hogy az általa kimutatott pl. streptococcusszal való fertőzés nem kisérője a leukaemiának, mint azt régente felvették, hanem előidézője. Ha pedig ugyanezen gondolatmenetet átviszszük az idősült leukaemiára, melynek az acut leukaemiától való éles elválasztását, mint azt *Sternberg* teszi, semmiképp sem tekinthetem jogosultnak, akkor talán itt is úgy áll a dolog — ezt persze mint lehetőséget a legnagyobb tartózkodással említhetem csak —, hogy különböző fertőzések hozhatják létre arra hajló egyénekben a leukaemiás elváltozásokat. Ily módon mindjárt magyarázatát kapnók annak, hogy miért vannak a tankönyvekben, nyilván megfigyelés alapján, a leukaemia aetiologiájában különböző fertőző betegségek, malaria, lues stb. felsorolva. Fejtegetésünk alapján gondolni lehet arra is, hogy mint már említettem, megfelelő dispositiójú egyénekben ezek direct okozói a leukaemiának. Nem czélom a leukaemia és az infectio közötti összefüggést e helyen részletesen tárgyalni, csak rá akarok utalni arra, hogy éppen a tárgyalás alapjául szolgáló myeloid metaplasia ismerete jogosít fel azon analogia felvételére, mely a fertőző betegségek és az azokban előforduló myeloid átalakulás, valamint a fertőző agens és a leukaemia között fennáll.

Teljesen hasonló módon jő létre a szövettani elváltozás és a vérkép is a *Leube* által leukanaemia neve alatt leírt és acut fertőző betegség képében lefolyt betegség esetén is. Mint syndroma megjelölés ezen elnevezés talán jogosult, azonban önálló betegségnek semmiesetre sem felel meg.

Azonban nemcsak ismert és ismeretlen fertőző tényezők hozhatják létre az elváltozások ilyen fokát és activitását, hanem más tényezők is, a melyek kivált a gyermekkorban előforduló anaemia pseudoleukaemica infantum pathogenesisében játszanak szerepet. A lues és tuberculosis mellett a rachitis, chronikus táplálkozási zavarok is myeloid metaplasiát hozhatnak létre a gyermekkorban, a mely szövetelváltozások azonban egyszersmind leukaemiaszerű sejteket a vérkeringésbe juttató activitással is bírnak. Ezen elváltozások pathologiai jelentősége igen fontos, hiszen a kórkép leukaemiához annyira hasonlíthat, hogy egyesek az ezen syndroma képében megjelenő elváltozások esetén direct leukaemiának mondják a betegséget, pedig az ezen bajban szenvedő gyermekek nagy része a leukaemiával szemben meggyógyul. Hogy ilyen különböző tényezők éppen csak a gyermekkorban, a postembryonalis élet első korszakában hozzák létre ezen elváltozást, a mely sajátságos körülményt különben *Reckzeh* fiatal állatokon végzett állatkisérleteiben is beigazolt, az valószínűleg onnan van, hogy az illető szervek, a máj, a lép haemopoësises képességüket csak éppen hogy elvesztették és így az aránylag könnyen kelthető életre.

A myeloid metaplasia igen jelentékeny foka lehet jelen a csontvelő rákos megbetegedése esetén. A csontvelő kiterjedt rákos metastasisa esetén ugyanis a metaplasia olyfokú lehet a májban és a lépben, hogy a vérkép leukaemiássá válhatik; az irodalomban több eset van leirva, a hol in vivo leukaemia volt a diagnosis és a csontvelő rákos megbetegedése csak a sectio alkalmával derült ki. Ez esetekben a metaplasia, csak úgy mint az anaemiákban, kétségtelenül kompenzáló jellegű.

Előadásom végén megemlíthetem még azt is, hogy a myeloid metaplasia ily irányú értelmezése talán betekintést enged az úgynevezett vegyes leukaemiák lényegébe is. Vegyes leukaemiának felelne meg azon megbetegedés, a midőn úgy a szövetekben, mint a vérben, úgy a myeloid, mint a lymphás leukaemiás szövetképződés elemei megvannak, azaz a vérben a lymphocyták erős megszaporodása mellett sok myelocyta is van. Ilyen látszólagos vegyes leukaemia lehet a myeloblast-leukaemia, a melyben persze az egymagvú sejtek nem lymphocyták, hanem myeloblastok. Az esetek más részének az értelmezése pedig mindaddig, a míg a myeloid és a lymphás leukaemia kórokozója ismeretessé nem válik, csak az lehet, hogy a lymphás leukaemiás szövetburjánzás anaemiát létrehozó hatása váltja ki a myeloid metaplasiát és myeloid sejteknek a véráramba való jutását csak úgy, mint azt más anaemiák és a csontvelő daganatos megbetegedései esetén is észleljük.

A gümőkóros fertőzés megállapítása és gyógyítása antitoxikus szerekkel.

Irta: ***Wein Manó*** dr.

Immár 8 éve annak, hogy *Marmorek* az ő gümőkór ellen való gyógyítóserumát először ismertette[1] és közreadta; három éve, hogy első kisérleteimről[2], a gyógyítás eredményeiről,[3] és végül két éve, hogy a Budapesten tartott XVI. nemzetközi orvoscongressuson az ugyanezen betegeken tett későbbi tapasztalatokról, betegségük további lefolyásáról és az újabban felmerült jelenségekről beszámoltam.[4]

A kérdéssel újból foglalkozni szükségesnek tartom, mert a helyzet azóta lényegesen megváltozott.

Az antitoxikus gyógyítás értékét illetőleg eddig hangoztatott meggyőződésem nem változott, csak megerősödött. De egyrészt a *Marmorek*-féle savónál sokkalta használhatóbb antitoxikus gyógyítószert nyertünk a *Spengler Károly* „*Immun-Körper*"-nek nevezett „I. K." jelzésű fluidumában, másrészt az antitoxikus gyógyítószerek hatásától a gümőkórt, különösképpen a gümőkóros fertőzést illető nézeteim több irányban bővültek.

A gümőkóros fertőzést említem, mert ez más, mint a mit gümőkóros betegségek alatt eddigelé értettek.

Gümőkórosnak eddig leginkább csak azokat a szövetváltozásokkal járó megbetegedéseket fogadták el, a melyeket a *Koch*-féle bacillus kimutatásával megállapíthattak. Kötötték magukat a *Koch*-féle bacillus jelenlétéhez olyannyira, hogy bármily súlyos jelenségek szólottak is különben gümőkóros fertőzöttség mellett, klinice a megbetegedést rendszerint csak akkor mondták gümőkórosnak, a megbetegedés aetiologiáját csak akkor tekintették tisztázottnak, ha a mikroskop vagy az oltási kisérlet a különleges bacillus jelenlétét igazolta.

Ezen a felfogáson csak keveset változtattak az isopathiás szerekkel, a tuberculinokkal végzett allergia-vizsgálatok: a *Pirquet*-féle, a *Calmette*-féle stb. reactiók. Igen sajnos, de igen természetes jelenség, hogy ámbár a tuberculin a gümőkóros fertőzöttségnek — bizonyos határok között — igen érzékeny reagense, ez a — nézetem szerint szintén — döntő jelentőségű vizsgálati mód mégsem változtatta meg a közfelfogást: az allergia-vizsgálatok nemcsak akkor positivek, ha a vizsgált egyén gümőkórosan fertőzött, hanem akkor is positivek, ha a vizsgált egyén valamikor fertőzött volt — tartja a közfelfogás.

Ennek a közfelfogásnak a folyománya, hogy az allergiás reactiók diagnostikai értékét — szerény véleményem szerint érdemtelenül — lebecsülték.

Abból indultak ki, hogy annak a szernek, a mely akkor is positiv reactiót ad, a mikor a vizsgált egyén nem beteg, illetőleg nem észlelhetők rajta olyan jelenségek, a melyeket a gümőkóros fertőzöttséggel kapcsolatba hoztak; annak a szernek csak szűkebb határok között van diagnostikai értéke, mert nem dönti el azt a kérdést, kit kell gümőkóros betegnek tekinteni, gümőkóros betegként kit kell gyógyítani.

Azokról, kik gümőkóros betegségre valló tünetek hiányában is reagáltak az allergia-vizsgálatra, egyszerűen csak annyit állapítottak meg, hogy a vizsgálat tanusága szerint egyszer gümőkórosan fertőződtek. Hogy abból a fertőzésből kigyógyultak-e vagy nem; hogy a fertőzés fennáll-e; hogy a gümőkórra eddig jellemzőnek tartott betegség tünetek nélkül, vagy esetleg olyan betegség-tünetekkel, a melyeket más aetiologiájú betegségek tüneteiként értékeltek és így hamisan értelmeztek, fennáll-e? Ezeket a kérdéseket fel nem vetették.

Hogy mindig positiv eredményt ad-e a *Pirquet*-féle allergia-vizsgálat, ha a vizsgált egyén bármikor gümőkóros fertőzést kiállott; tényleg allergiás viselkedésű-e a tuberculinnal szemben mindenki, a ki egyszer gümőkóros fertőzést kiállott; akkor is az-e, ha a fertőzésből teljesen meggyógyult — ez a döntő kérdés. A ki erre a kérdésre igennel felel, jogosnak mondhatja a közfelfogást; a ki nemmel felel, a közfelfogás jogosságát tagadja, tehát a tuberculinok diagnostikai értékét illetőleg is a közvéleménytől eltérő véleménynyel kell hogy bírjon.

Én e kérdésre határozott nemmel felelek.

Meggyőződésem szerint, a melyet számos tapasztalatomra alapítok, a gümőkóros fertőzéstől meggyógyult szervezet csak úgy, mint a sohasem fertőzött szervezet, semmiféle specifikus tuberculin-reactiót sem ad és így mindenféle allergia-vizsgálat is negativ marad.

Okadatolásul e helyen csak azt említem, hogy mindazok a betegek, a kik antitoxikus szerrel gyógyíttatnak, fokozott allergiát mutatnak, a míg meg nem gyógyultak; teljesen reactiomentesek, a mint meggyógyultak és reactiomentesek maradnak, a míg újból nem fertőződnek.

Az én nézetem szerint tehát a *Pirquet*-féle allergia-próbáról elfogadott felfogás, a mely szerint a vizsgálat akkor is positiv, ha a vizsgált egyén gümőkórosan fertőzött volt, téves. Téves annyiban, hogy akárhányszor fertőződött valaki, a *Pirquet*-féle reactio negativ, ha a vizsgált egyén a fertőzést kiállotta, abból meggyógyult.

Meggyőződésem szerint az összes tuberculin-próbák, ha positivek, azt bizonyítják, hogy a vizsgált egyén gümőkórosan fertőzött. Hogy szenvedett-e ettől a fertőzéstől vagy nem, szenved-e tőle, vagy nem? ezek más kérdések.

Ténynek tartom azt, hogy a kin a tuberculin-próbák bármelyike positiv eredményt ad, az gümőkórosan fertőzött és egy másik ténynek azt, hogy a kin a megfelelő módon végzett tuberculin-próba negativ eredményű, az nem fertőzött,

Semmi további retrospectiv és semmi prognostikai következtetésekre ez a megállapítás nem jogosít fel.

Az egyik fertőzött, a másik fertőtlen. Ennyit és csakis ennyit döntenek el a tuberculin-próbák, velök együtt a *Pirquet*-féle allergia-vizsgálatok és annak összes válfajai.

A ki az allergia-vizsgálatok jelenségeinek ilyen jelentőséget tulajdonít, az természetesen az erre vonatkozó statisztikát is másképpen értékeli.

[1] *Alexander Marmorek*: Bullet. de l'Academie de Médec. 1903, 48. és Berl. klin. Wochenschr. 1903, 48.

[2] A *Marmorek*-féle gümőkórellenes serumról. Orvosi Hetilap, 1908, 21—23.

[3] Pester med.-chir. Presse, 1909, 1—3. — Orvosi Hetilap, 1909, 6—8. — Wiener med. Wochenschrift, 1909, 10—11. — Oesterreichische Aerzte-Zeitung, 1909, 9—10. — Klinikai füzetek 1909, jul., auguszt. és októberi füzet.

[4] XVI. congressus. Budapest, Section VII. 2. kötet.

A közfelfogás a *Römer*-féle táblázat adatait, a melyeket báró *Korányi Sándor*[5] könyvéből idézek, úgy értékeli, hogy a gyermekek a kimutatott százalék szerint fertőződnek gümőkórral.

Fertőződik pedig

a második életévig	8%
a harmadik életévig	20%
a negyedik életévig	30%
az ötödik és hatodik életévig *megállapodást* mutatva	50%
a hetedik életévig	60%
a nyolczadik életévig	75%
a kilenczedik életévig visszaesést, *csökkenést* mutatva	73%
a tizedik életévig	85%
a tizenegyedik életévig	90%
a tizenkettedik életévig	95%
a tizenharmadik és tizennegyedik életévig újból *visszaesést* és a visszaesésben *megállapodást* mutatva	93%

A közfelfogás szerint a 6. év megállapodása, a 9., a 13. és 14. életév visszaesése, illetőleg a visszaesésben való megállapodása csakis statisztikai hibával vagy annak felvételével magyarázható, hogy ezekben az években a gyermekek nem fertőződnek gümőkórosan, illetőleg hogy kevésbé fertőződnek és nagyobb arányban meghalnak. Az utóbbi magyarázatokat nem hiszem, hogy bárki is elfogadhatónak tartaná és az első sem valószínű.

Az én felfogásom szerint egészen mást mutat a *Römer*-féle táblázat, azt, hogy életévek szerint hány gyermek marad fertőzött. Arra, hogy hányan fertőződtek, semmi következtetés sem vonható a táblázatból, mert a kik meggyógyultak, akárhányszor állották is ki a fertőzést, negativ eredményt adnak. Igy a táblázat megállapodásai és visszaesései csak úgy, mint nagyobb ugrásai is, a gyermekek fejlődésével és a fejlődéssel megváltozott életviszonyok befolyásával összefüggő, természetes, ellentmondás nélkül való magyarázatot nyernek.

Annak, hogy az allergia-vizsgálatok eredményeiből más — szerény nézetem szerint téves — következtetéseket is levontak, illetőleg a fertőzöttség kérdésének az eldöntését nem kellőképpen értékelték; a következménye az, hogy a gümőkóros fertőzés emberen okozott jelenségeinek tanulmányozása kellőképpen nem haladt, hogy a gümőkór ellen való specifikus harcz eredményei nem kielégítők, számba alig vehetők.

Ennek a téves felfogásnak a következménye az, hogy a klinikai felfogás sem a *Nägeli* hullaleleteivel, sem az allergia-vizsgálatok eredményeivel helyes összhangba nem hozatott, hogy ma is csak azokat gyógyítják, a kiket gümőkóros fertőzéstől betegnek tartanak és nem gyógyitják mindazokat, a kik gümőkórosan fertőzöttek.

A továbbiakban majd kiderül, hogy ezek a gyógyított gümőkóros betegek nem a gümőkórosan fertőzöttek nagy táborának, hanem a gümőkóros fertőzéstől szenvedők sokkal kisebb csoportjának mily elenyészően csekély töredékét teszik.

A gümőkóros fertőzés leggyakoribb lefolyásának természetes következménye, hogy így eljárva, rendszerint csak annyira előrehaladt kórformákat gyógyítanak, a melyek az eddigi gyógyító tényezőkkel csak hiányosan, vagy egyáltalában nem befolyásolhatók.

Ennek az eljárásnak a hiányossága még jobban kitűnik, ha azt mondom, hogy így eljárva, a gümőkóros fertőzöttséget csak akkor részesítik figyelemben, a mikor az eddigi ismereteik és az allergia-vizsgálatok eredményeiről most kifejtett felfogásuk mellett is gümőkórosnak megállapítható megbetegedéssé fokozódott. Ha pedig nem állapítható meg annak? Akkor úgy tesznek, mintha gümőkóros fertőzésre nem is gyanakodnának. A beteg lehet bármilyen beteg, specifikus gyógyításban nem részesítik, hanem kinlódnak egyes gyógyító tényezőkkel, a melyek hygienések vagy roburálók, de nem specifikusok. A specifikus gyógyításra azután csak akkor térnek át, a mikor a baj annyira haladt, hogy a tudomány eddigi szabályai szerint determinálható. Mondhatnám később, de az igazság rendszerint az, hogy későn.

Ez az oka, hogy a gümőkór ellen való specifikus therapia az isopathiás allergia-tünetek ismerete daczára sem halad. Pedig azok ismerete előtt is már egyes betegségeket illetőleg közel jutottunk az igazság felismeréséhez.

Vagy *Poncet* óta nem tudjuk-e, hogy vannak gümőkóros rheumák?

A sápkórosaknak nagy részét nem fogjuk-e gyanuba, hogy gümőkórosak, mert látjuk, hogy a sápkór makacsabb formáiból mily gyakran fejlődnek olyan kórképek, a melyeknek a gümőkóros jelleme többé nem is vitatható. A csecsemők protrahált hasmenéseiből nem látunk-e nap-nap után kórformákat kifejlődni, hogy az így megbetegedettek kisebbsége determináltan mint gümőkóros pusztul el, többsége mindenféle más, hangzatos elnevezésű betegségekben szintén elpusztul vagy tovább senyved?

Vannak azután gümőkóros fertőzésen alapuló betegségformák, a melyekről nem is sejtettük, hogy aetiologiájukban a gümőkór egyáltalában szerepet játszik.

A gyermekkor ephemaer lázainak a gümőkóros fertőzéshez való viszonyát kutatta-e valaki? Pedig ugyancsak gyakran láthattuk, hogy agyalapi lob, gümőkóros hashártyagyuladás, a miliaris tuberculosis még általánosabb formája vagy lokalizált és idült gümőkóros betegség fejlődött belőle.

De nemcsak az ephemaer lázakkal vagyunk így.

A csecsemőkor dyspepsiái és emésztési zavarai szintén idetartoznak és jelentőségüknek megfelelően tulajdonképpen első helyen említendők.

És még számos könnyebb, rendszerint spontán meggyógyuló betegséggel is így vagyunk. A fejlődési kor lázai, ideges zavarai, hyperaesthesiái, vérszegénységei, izom-, izület- és csontfájdalmai; az összes, rövidebb vagy hosszabb ideig tartó fejlődési hiányosságok és a kiderítetten más aetiologiájú betegségeknek az a légiója, a melyek nem pathogenetikájuknak megfelelően, nem mindvégig acut lefolyásúak, hanem jellemüket megváltoztatva, lefolyásukban többé-kevésbé elnyúlnak: gyanusak, hogy gümőkóros fertőzés következményei.

A gümőkóros fertőzéssel való összefüggésüket senki sem gyanította, nem is kutatta, vagy ez irányban régóta gyanusak és aetiologiájuk csak azért nem részesült kellő méltánylásban, mert rendszerint gyógyulással végződnek és csak ritkábban fejlődnek eddig is gümőkórosnak elismert kórságokká.

Eme bajoknak az aetiologiáját illetőleg megtévesztett, egyenesen megtévesztett az a tény, hogy leggyakrabban meggyógyulnak. A gümőkóros fertőzés következményeiként elismert betegségek gyógyulását illetőleg tett rossz tapasztalatoktól valósággal megrögződött az orvosokban az a hit, hogy a mely betegség spontán meggyógyul, nem is lehet gümőkóros eredetű.

Még legjobban jártak a tüdőcsúcshurut és a tüdőhurutok idősült formái.

Ezeket a betegségeket már bacillus nélkül is, az allergia-vizsgálat positiv eredménye mellett és ilyen vizsgálat nélkül is gümőkóros eredetűnek tartják. Kevesen vannak, a kik ezt a meggyőződésüket a betegnek, vagy legalább a hozzátartozóknak meg is merik mondani. Még kisebb azok száma, a kik eme merszük első helyes következéseképpen azonnal, a többi megszokott gyógyítótényező igénybevétele mellett a specifikus gyógyítást is ajánlják.

De a többi szerv ilyen hurutos, de idősült lefolyású megbetegedése milyen elbánásban részesül?

Vagy nincsen ilyen?

A bélben, a hólyagban, a szemen s a többi nyálkahártyán a gümőkóros fertőzés azonnal fekélyt okoz; a csontban tophust, osteomyelitist, szóval elhalást; az izületekben a savós hártyákon burjánzó megvastagodást, fungust vagy tuberculumokat; a kötőszövetben taplós sarjakat és szövetelhalást; a mirigyekben lymphomaszámba menő megduzza-

[5] Báró *Korányi Sándor* dr.: A tüdő tuberculosisa, 105. l.

dást és mirigyszétesést; a bőrön scrophulodermát és sinusos fekélyt.

Mert ezek és ilyenfajta változások azok, a melyeket eddig klinice gümőkórosokként megállapítani tudtak, vagy amelyekről mindenki elfogadta, hogy gümőkóros fertőzés következményei. Ezek bizonyosan gümőkóros jelleműek, de az is bizonyos, hogy a gümőkóros fertőzés nem ezekkel a szövetváltozásokkal kezdődött, mert bizonyos, hogy a gümőkóros fertőzés eme szövetváltozásokkal végződik. Ezek a változások a gümőkóros fertőzés végső jelenségei és nem kezdeti tünetei.

A syphilis-szel való analogia alapján, a mely szintén rendszerint idősült alakot öltő fertőzéses megbetegedés, állítható, hogy ezek harmadlagos változások és be kell vallani, hogy a gümőkóros fertőzésnek elsődleges és másodlagos jelenségeit nem ismerik vagy legalább is jelentőségüknek megfelelő figyelemben nem részesítik.

Milyen más a gyógyító orvos eljárása a bujakóros, mint a gümőkóros fertőzéssel szemben! Ott csak gyanus legyen az elsődleges fekély, már elmondják a betegnek a bujakór egész lefolyását. Nem törődnek a pokollal, a melyet ezzel a betegben felélesztenek. Annak a betegnek tudnia kell, hogy beteg, hogy fertőző beteg.

Tudnia kell, hogy gyógyítsa magát; tudnia kell, hogy lehetőleg ne fertőzzön másokat.

A gümőkóros fertőzéssel szemben más az álláspont. Az, ha gyanus is, csak sápkóros, lymphás, kissé hurutos tüdejű, gyenge emésztésű, hajlik a lázas állapotokra, nem ellentállásképes, mert talán vagy esetleg még nem fertőz. De a kiméletes leplezésnek a főoka nem ez, hanem elsősorban az, hogy a gümőkóros betegségeket a legtöbben — még az orvosok között is sokan — gyógyíthatatlannak tartják és ezért a gümőkór diagnosisától irtóznak, másodsorban pedig az, hogy a gümőkórért a közfelfogás szerint még mindig nem a fertőzött, hanem egyenesen a család a felelős; a gümőkórt a luessel ellentétben nem annyira a beteg, inkább a család szégyenli, restelli.

És még egy oka van annak, hogy az orvos a gümőkóros fertőzést korán megállapítani nem meri: a gümőkóros fertőzés igen gyakran, legtöbbször specifikus gyógyítás nélkül, mondhatni magától meggyógyul; látható hiány nélkül, sőt a leggyakrabban nyomtalanul meggyógyul. Persze a legtöbbször nem tudhatja az orvos, hogy melyik gyógyul meg, melyik pusztul el és ha az orvos aggodalmaskodott, a gümőkóros fertőzést megállapította vagy ily irányban való gyanuját kifejezte, a beteg pedig megfelelő gyógyítás nélkül meggyógyult, a közönség ítélete szerint — a melyet orvosok megerősíteni elég gyakran nem átallanak — bizonyos, hogy az orvos ok nélkül gyanusította még a „familiát“ és jobb lett volna nem születnie.

Egy darab középkor ez a felfogás és a mi vele összefügg, a XX. században. És ezért legnagyobbrészt az orvosok felelősek, a mennyiben nem tesznek eleget, hogy egyrészt a gümőkór öröklékenysége és öröklöttsége, a gümőkóros fertőzéssel szemben való hajlamosság körül felmerült és meggyökeredzett balhitet és az ebből levont helytelen következtetéseket kiirtsák, illetőleg azokat helyes mederbe tereljék, másrészt a gümőkór-bacillusoknak, a mi életviszonyaink között való elterjedtségét, ubiquitását, nem kellőképp hirdetik; nem eléggé hangsúlyozzák, hogy minden hajlamosságtól eltekintve, mindenki és mindenhol fertőződhetik, sőt egészen bizonyosan fertőződik, ha csak rövid pár évig él is.

Meg kell a közönségnek magyarázni, hogy a gümőkóros fertőzés csak olyan szerencsétlenség, mint a többi betegség; olyan szerencsétlenség, mint akár a bujakór. Mert csak úgy, mint a bujakór, legtöbbször szintén csak szerzett baj, a melyért a családot felelőssé tenni nem lehet, nem szabad. És meg kell magyarázni a közönségnek, hogy a gümőkóros fertőzés a leggyakrabban magától is meggyógyul és hogy ma már sikeresen gyógyítható.

Az igazságot így védve, az igazságos felfogást így terjesztve, megszabadulhat az orvostársadalom attól a félelemtől, hogy korai gümőkóros fertőzést megállapító diagnosissal bajt okozhat magának.

És csak ezen az úton juthatunk oda, hogy a korán megismert gümőkóros fertőzést, még mielőtt kórtanilag, bakteriologice vagy kórszövettanilag determinálható, esetleg irreparabilis változásokat létesített és megerősödött, specifikus, ne csak tüneti gyógyításban részesíthessük.

Így elérhetjük, hogy a gümőkóros fertőzés okozta szöveti változások nemcsak véletlenül, hanem biztosan, mondhatni kivétel nélkül, minden esetben nyomtalanul visszafejlődjenek, a beteg meggyógyuljon, mielőtt a betegség terjesztőjévé betegedett volna; meggyógyuljon tökéletesen, meggyógyuljon gyorsan. Ugyanazt a fertőzést, a melyet a szervezet helyes specifikus gyógyítással egy pár nap alatt biztosan legyőz, specifikus gyógyítás nélkül hónapok, esetleg évek leforgása alatt győzi csak le talán.

Talán! És ha nem győzi le, vagy ha nem tökéletesen győzi le?

Akkor meg van adva a lehetőség arra, hogy előbb-utóbb kifejlődjenek azok a kórformák, a melyeket ma is már gümőkórosoknak ismernek és a melyekről tudják, hogy mily nehezen gyógyulnak. Vagy nem fejlődnek ki, csak kifejlődhetnek és folyton fenyegetik a meggyógyultnak vélt testi épségét. A leghitványabb alkalmi ok elegendő arra, hogy a meggyógyultnak vélt baj kiújuljon és csak a körülményektől függ a további lefolyás. Lehet, hogy újból megnyugszik a baj, de elég gyakran olyan méreteket ölt, a melyekkel szemben tehetetlenek vagyunk ma és minden valószínűség szerint tehetetlenek leszünk a jövőben is.

Olyan perspectivák ezek, a melyeknek a betegeket csak addig volt szabad kitennünk, a míg betegségével szemben tehetetlenek voltunk.

Ezek az idők elmultak. Ma már kétségtelen, hogy a gümőkóros jellemű betegségeket a specifikus gyógyítószerekkel befolyásolni, még pedig kedvezően befolyásolni tudjuk. És én eddigi tapasztalataim alapján állítom, hogy a kezdeti betegségformák mindannyian rövid gyógyítással, kivétel nélkül, tökéletes gyógyulásra vezethetők.

Ezzel a ténynyel szemben az orvosoknak eddigi várakozó, aggodalmaskodó, a beteg vagy a beteg családja érzelmeit kímélni akaró, oly számos esetben megmérhetetlen kárt, mert pótolhatatlan mulasztást okozó viselkedésének meg kell szűnnie, és az orvosoknak törekedniök kell, hogy a gümőkóros fertőzöttséget lehetőleg már akkor felismerjék és eme megismerésüknek megfelelően specifikusan befolyásolják, a mikor még nem különleges bakteriologiai, még kevésbé kórszövettani változások, hanem csak a fertőzöttség tényét jellemző jelenségek adnak útbaigazítást.

Elsősorban tehát le kell mondanunk arról, hogy a *Koch*-féle bacillus jelenléte adjon a gümőkóros megbetegedést illetőleg útbaigazítást, mert a fertőzöttség kezdeti korszakában a kórtnemző pálczikának a kimutatása rendkívül fáradságos, a legtöbb esetben egyenesen lehetetlen.

Más, sokkal jellemzőbb, mert minden fertőzöttön egyaránt felismerhető, sokkal korábban, nem fáradságos és a fertőzöttet nem veszélyeztető, nem is zavaró eljárással észlelhető jelenségekre kell támaszkodnunk, ha a gümőkóros fertőzés — eddig olyannak fel nem ismert — elsődleges és másodlagos tüneteit, azaz, ha eddig nem gümőkórosnak tartott, de azért mégis csak gümőkóros fertőzöttség okozta betegségeket akarunk gümőkórnak felismerni, akarunk gümőkórnak megállapítani, hogy azután a megállapításnak megfelelően a szükséghez képest specifikusan gyógyíthassuk.

Ilyen, a gümőkóros fertőzöttség tényét megállapító jelenségeket adnak az antitoxikus szerek: a *Marmorek*-féle savó és a *Spengler K.* „I. K.“ jelzésű fluiduma.

Mind a kettő a fertőzöttség megállapítására egyaránt alkalmas.

Említettem, hogy nézetem szerint a tuberculinok is úgy az allergiát megállapító, mint más specifikus reactiókat is előidéző sajátságukkal erre a czélra — bár szűkebb határok

között, de lényegesen nagyobb terjedelemben, mint a milyent az orvosi közfelfogás nekik juttat — szintén alkalmasak.

Használhatóságuk határait azért mondom szűkebbnek, mert — hogy a régi nomenclaturával éljek — ex nocentibus adják meg a választ. Minden reactio, a melyet tuberculinokkal felidézünk, a betegség fokozódásán alapszik, és egészen bizonyos, hogy az így felidézett jelenségek nem mindig a gyógyulás útjait egyengetik, tehát diagnosisos értékükkel csak indirecte állanak a gyógyítás szolgálatában.

A tuberculinokkal ellentétben az antitoxikus szerek ex juvantibus adnak választ a feltett kérdésre. Mindig használnak és a diagnosisos czélzattal felidézett jelenségek mindig a gyógyulás útjait is egyengetik, tehát nemcsak közvetve diagnosisos értékükkel, hanem közvetlenül is mindig a gyógyítás szolgálatában állanak.

Nézetem szerint feltétlenül áll, hogy az antitoxikus szerek a gümőkóros fertőzöttségnek legérzékenyebb reagensei; hogy megfelelő adagban minden gümőkóros fertőzöttséget észrevehetően befolyásolnak és hogy csak a gümőkóros fertőzöttséget befolyásolják.

Csak a ki ezen tételeket felétlenül elfogadja, veheti beigazoltnak ama megállapításaimat, hogy számos olyan betegség van, a melyet aetiologice a gümőkóros fertőzöttséggel összefüggésbe nem hoztak és a mely gümőkóros fertőzöttségnek a következménye; hogy az eme bántalmaknak alapját alkotó gümőkóros fertőzés a szervezetet a legtöbb esetben a legzsengébb életévekben éri, oly megbetegedések képében éri, a melyeket eddig gümőkóros fertőzéssel összefüggésbe szintén nem hoztak; hogy tulajdonképpen ezek a gyermekbetegségek a szervezetnek a gümőkóros fertőzéssel szemben való harczának az első tünetei.

Ez a fontos, ez a lényeg.

Részletkérdésekre itt ki nem térhetek és elsősorban tárgyalom: hogyan járjunk el, hogy a gümőkóros fertőzésnek lehetőleg legelső nyilvánulásait felismerhessük?

Egész általánosságban a kérdésre a válasz az, hogy gümőkór ellen való antitoxikus szert kell adnunk. Előbbi idevágó dolgozataim csak a *Marmorek*-féle savóra vonatkoztak, de újból is kiemelem, hogy *Spengler* „I. K." jelzésű fluiduma, ha nem is ugyanazonos, de az ugyanazonossághoz igen közelállóan hasonló hatású.

A hatás sajátságait, a méregtelenítést és az automatikus reactiót illetőleg előzetes dolgozataimra utalok.

Csak azt akarom ismételni, hogy a gümőkór ellen való antitoxikus szereknek csak akkor van ilyen specifikus hatása, ha gümőkóros fertőzés okozta betegség esetén adatnak.

Ez a döntő körülmény. Ez az a sajátság, a mely eme szereket a gümőkóros fertőzés legkiválóbb reagenseivé teszi.

Hogy a feltett kérdésre válaszolhassak, elsősorban azt kell tisztázni: mikor kell antitoxikus szert diagnosisos czélzattal használni?

A semmitmondó és mégis tökéletes válasz: ha gümőkóros fertőzésre gyanakszunk.

Semmitmondónak ezt a választ azért tartom, mert nem ad felvilágosítást, hogy mikor gyanakodjunk gümőkóros fertőzésre; tökéletesnek azért, mert a gümőkóros fertőzés első jelenségei oly kevéssé ismeretesek, de igen sokszor oly kevéssé jellegzetesek, hogy egyelőre a gümőkóros fertőzésre való gyanu kell hogy általánosságban irányítson.

Azért említettem és a továbbiakban bővebben azért tárgyalom a gümőkóros fertőzés kezdeti jelenségeinek különböző csoportjait, hogy a gyanut irányítsam. Mert csak a ki az általam leírt csoportok bármely tagján antitoxikus szer segélyével törekszik bizonyosságot szerezni arról, hogy milyen fajtájú fertőzés okozta betegséggel áll szemben, fogja bizonyossággal eldönthetni, hogy mely esetben okozza gümőkóros fertőzés a betegséget.

Nincs gümőkóros fertőzésből eredő tünet, a melyet az antitoxikus szerek adagolása észrevehetően ne befolyásolna: lázakat, fájdalmakat, hurutokat, ideges tüneteket, emésztési zavarokat enyhít vagy fokoz. Enyhíti őket, ha méregtelenítő hatása érvényesül; esetleg fokozza vagy csak egyes tüneteket fokoz, ha méregtelenítő hatásán túl automatikus reactiót is kivált.

Ezek az ellentétes hatások zavarokat is okozhatnak. Tapasztalat kell a különválasztásukhoz.

Annál nehezebb a méregtelenítő hatást a reactiv hatástól különválasztani, minél előrehaladottabb gümőkóros megbetegedéssel állunk szemben.

A nehézséget itt az okozza, hogy nem tisztán egy ténynyel, a gümőkóros fertőzöttség tényével, hanem ennek a ténynek igen sok phasisával, különböző fejlettségű és így különböző sajátságú és különböző jelenségeket okozó szöveti elváltozásaival van dolgunk, a melyeket az antitoxikus szer különbözőképpen érint, különbözőképpen befolyásol és a melyeknek a szervezetre vonatkozó különböző visszahatásai is vannak.

Mindez komplikálhatja a helyzetet. Annál inkább komplikálhatja, minél komplikáltabb a kórkép; minél több különbözősége a fertőzés következményeinek van egy szervezetben felhalmozva.

Ha azonban a fertőzöttség tényével állunk szemben, ha a betegség nyilvánulásai csak arra vonatkoznak, hogy a szervezet a fertőzéssel harczban áll, akkor az antitoxikus szer hatása is szembeszökőn egységes, könnyen értelmezhető és így félre nem érthető.

Ilyenkor az antitoxikus szer első adagjára is már enyhülnek a tünetek és ha a fertőzés a lábát megvetni sehol sem tudta, más tünet fel sem merül. A tünetek enyhülnek, majd elmulnak, a gyógyulás bekövetkezik.

Más jelenségek mutatkozhatnak, ha a fertőzés a szervezet egy pontján már megerősödött, pl. valahol már localis izgatottsági tüneteket, mondjuk hurutot okozott. Ilyenkor előfordulhat, hogy az általános tünetek enyhülése mellett a helybeli tünetek fokozódnak. Itt az antitoxikus szer méregtelenítő hatása meltett a reactiv hatás is kifejeződik: a méregtelenített szervezetben a helybelileg dúló harczi lárma nő, mert a védelem erélyesebbé lett. A méregtelenített szövetek felé megindult fluxio, a szövetek fokozott bővérűségének tünetei ezek; gyorsan elmulnak, ha a fertőzés legyőzetett.

A helybeli tünetek fokozódása kifejezettebb, ha a fertőzés már szöveti laesiókat okozott.

De ilyen okú localis jelenségekből is diagnoskálhatunk, sőt a fertőzés okozta megbetegedés fokáról, kiterjedéséről stb. tájékoztatnak és a gyógyulást sem zavarják ezek a körülmények, hacsak a szöveti változások gyógyulásának nincsenek más, pl. mechanikai akadályai.

A helybeli tünetek ilyenkor egy ponton a laesiónak megfelelőleg mintegy kiélesednek, de a kiterjedtebb helybeli tünetek mégis csak megenyhülnek. Béltünetek esetén pl. a hasmenés megszűnik, a csikarás szükebb térre szorul, a kólika ritkább lesz, értelmes betegek a fájdalmakat inkább egy pontra lokalizálják, csecsemőkön és kis gyermekeken pedig a baj lokalizáltsága objectiv jelekből legtöbbször szintén kimutatható.

Tüdőzavarok esetén a köhögés és köpet kevesbedik, majd fokozódhatik, egyben a hurutos jelenségek egy helyen jobban kifejeződhetnek. Csontbántalmak, izomfájdalmak esetén a fájdalmak egyes helyeken teljesen elmulnak, szűkebb térre szorulnak, azon az egy helyen esetleg fokozottak is lehetnek.

De fordított viszonyok is felmerülhetnek: hasmenés jelentkezhetik, vagy a tüdő, a mely addig semmi változást sem mutatott, kiterjedten vagy részletesen hurutossá válik. A mirigyek egyike-másika megduzzadhat, a szemeken, az orron, a fülön, a szájban, a bőrön, az izmokban, a csontokban, az izületekben, az agyon, a pleurán, a peritoneumon, a vesékben és a hólyagban, szóval mindenütt mutatkozhatnak reactiv jelenségek, a hol a gümőkóros fertőzés megtelepülhetett.

Annál múlóbbak, annál enyhébbek lesznek ezek a jelenségek, minél kisebb szövetváltozásokat okozott a fertőzés; annál súlyosabbak, minél előrehaladottabbakat.

Mindezek daczára mindenekelőtt az általános tüne-

tek: a hőmérsék, az étvágy, a közérzés annyira javulnak, hogy a kedvező hatás kétségtelen.

Vannak viszonyok, a melyek között a gümőkóros betegeknek az antitoxikus szerekkel való gyógyításakor nagy elővigyázat szükséges, mint a hogy azt előző dolgozataimban kellőképpen kifejtettem. De diagnostikai czélzattal antitoxikus szert adni mindig lehet és mindig kell adni, ha gümőkóros fertőzöttségre gyanakszunk és mindig gyanakodjunk gümőkórra, ha a betegség aetiologiája nem tisztázott, vagy a betegség lefolyása a tisztába hozott aetiologiának meg nem felelő módon elnyúlik.

Nincsen ok, a mely a diagnostikai kisérlet megtétele ellen szólana, nincsen kor, nincs kétséges betegségforma, semmi olyan viszonylat nem képzelhető, a mely az antitoxikus szerrel való diagnostikai kérdés felvetését aggodalmassá tenné.

Ha a betegség alakja vagy lefolyása a gümőkóros fertőzést illetőleg gyanussá válik, adjunk antitoxikus szert. Kétségeink eloszlanak vagy a gyanunk megerősítést nyer és így gyorsan, a fertőzésnek már kezdeti időszakában specifikus gyógyításban részesíthetjük azt a betegséget, a melylyel szemben e nélkül tehetetlenek voltunk, vagy csak általános viszonylatainak a megjavításával segíthettünk.

Így eljárva, rögtön kiderül, hogy eddigi ismereteinktől elütőleg, a pathologiai változásoknak és jelenségeknek mily óriási complexuma van okozati összefüggésben a gümőkóros fertőzéssel; és kiderül, hogy a gümőkórnak mily nagy horderejű gyógyítószerei az antitoxikus szerek.

Egész orvosi gondolkozásunk megváltozik.

Hogy példát említsek. Így eljárva, rögtön kiderül, hogy mi okozta azt az emésztetlenséget, azt a nem jól determinálható, de valahogyan mégis csak megszokott módon osztályba sorozott kórformát, a mely az anaemiát vagy a chlorosist okozta. Kiderül, hogy ha semmi különös megállapításra szoruló előzménye nem volt az anaemiának, a chlorosisnak, miért fejeződik ki éppen akkor, a mikor a szervezet faji okokból gyorsabban fejlődnék vagy fejlődésének egy jelentősebb phasisába, pl. az ivarérés szakába lép. Kiderül, hogy miért hiányos a fejlődés évek óta. Kiderül, hogy mily rohamos változást okozhat, ha a szervezetet specifikus gyógyítóhatányokkal is támogatjuk a fertőzéssel szemben vívott makabeusi harczában. Mert olyan harcz ez, mint a milyent a hagyomány szerint a *makabeusok* vívtak az őket környező ellenséggel szemben: egyik kezükben fegyver, másik kezükben építőszerszám. Kiderül, hogy más eredménye van annak, ha hygienés vagy roboráló eljárásokkal — hogy példámnál maradjak — köveket hordunk, nyilakat faricsgálunk, csak a fegyverzetet élesítjük, vagy mondjuk a harczolónak fokozott és megfelelő táplálásáról gondoskodunk; és más eredménye van annak, ha szorongató ellenségeit az oldaláról elverjük és így arra képesítjük, hogy ne csak egy, talán éppen csak a bal kezével építhessen, hanem mind a két kezével és mindenképpen felszabadult összes képességeivel az építés czéljait szolgálhassa. Más lesz a munka; nemcsak szaporábban halad, de minőségileg is jobb lehet.

Így változik meg az a sok kórkép, a mely ide tartozik. Csodás a hatás és csodásak az eredmények!

(Folytatása következik.)

A salvarsan alkalmazásmódja és therapiai értéke a syphilis gyógykezelésében.*

Irta: ***Verzár István*** dr., Biharmegye közkórháza tb. osztályos főorvosa.

Mélyen tisztelt Orvosegyesület!

Ehrlich-et több éven át tartó munkájában azon czél vezette, hogy vénygyüjteményünket olyan szerrel szaporítsa, a mely a különböző spirillumok okozta betegségek kórokozóját, tehát a *Schaudinn*-féle spirochaeta pallidát is elölje, vagyis legyen a szer legintenzivebben spirillotrop, de e mellett legkevésbé se legyen organotrop, tehát absolute ne legyen mérgező, ne legyen a szervezetre vagy annak bármely részére káros hatású. E kivánalmak szemmeltartása mellett született meg a dioxydiamidoarsenobenzol, vagyis a salvarsan, a melyet az arsenpraeparatumok egész sorozata előzött meg.

Hogy az arsenpraeparatumok sorozatában a salvarsan az, a mely leginkább megfelelt a fönnebb említett követelményeknek, ennek bizonyítékát már abban láthatjuk, hogy a szert ez ideig már több százezer esetben alkalmazták. Más kérdés ezek után az, hogy mennyiben felelt meg a szer a hozzáfüzött reményeknek? Éppen ez az a thema, a mely most már körülbelül két éve lázas munkában tartja a syphilidologusokat; s ha egy évi munkámnak bármily kis mértékben is rész jut e kérdés megvilágításában, nem dolgoztam hiába.

A salvarsannak chemiai tulajdonságai közül az erősen savi kémhatás az, a mi legtöbb akadályt gördített a szernek úgy intramuscularis és subcutan, valamint intravenás alkalmazása elé.

A savanyú oldatra nézve maga *Hata* megjegyezte, hogy „a savanyú oldat csak igen nehezen szívódik föl, úgyannyira, hogy gyógyszempontból az oldatnak ez a formája nem használható". Savanyú oldatot éppen ezen hátrányos volta miatt sohasem alkalmaztam. A neutralis és a gyengén alkális oldatok úgy könnyebb felszívódásuk, mint fájdalmat alig okozó tulajdonságaik miatt nagyobb teret hódíthattak.

Minthogy ezen oldatok egyike sem tartós, azokat kivétel nélkül minden egyes esetben frissen, közvetlenül a szer alkalmazása előtt a következő módon készítettem: Megfelelő nagyságú porczellán-tégelybe a frissen felbontott phiola tartalmát beöntve, annak minden 0·10 gr.-jára 2—2 csepp steril glycerint adtam, vagyis 0·60 gramm salvarsanra 12 cseppet; ezt jól eldörzsölve, sárgás daraszerű massa képződött, a melyhez 4—5 köbcentimeter forró steril konyhasó-oldatot téve, azt erélyesen eldörzsöltem. Az igy elkészített emulsióhoz Merck-féle 15%-os natronlúgból cseppenkint annyit adtam, a míg lakmuszpapirral ellenőrizve a megfelelő neutralis, illetőleg gyengén lúgos kémhatású emulsio állott elő. Túl-lúgosítás esetén 1%-os acid. hydrochlor. dilut. oldatának megfelelő mennyiségét alkalmaztam. Az így elkészített élénk sárgászöldes emulsiót steril 0·9%-os konyhasó-oldattal 12 cm^3-re higítottam. Igy az oldat minden 2 cm^3-je 0·10 gr. salvarsant tartalmazott s ebből a kivánt mennyiséget egy 10 cm^3-es record-fecskendőre illesztett, megfelelő vastag és hosszú platiniridiumtű segélyével vagy az egyik, vagy mindkét oldali nates izomrétegébe fecskendeztem, ügyelve a tű hihúzásakor arra, hogy a szúrás csatornájába az oldatból lehetőleg semmi se kerüljön. Ez utóbbi körülmény látszólag jelentéktelen részletkérdése az intramuscularis fecskendezéseknek, pedig méltóztassanak elhinni, hogy az infiltratiók elkerülése szempontjából elég fontos, a mennyiben tapasztaltam, hogy azon esetekben, a hol erre nem fordítottam kellő gondot, a salvarsan-depot okozta infiltratiók mellett a szúrás csatornájának megfelelő kötegszerű beszüremkedés még hónapok multán is tapintható volt, a mi a betegnek üléskor és az alsó végtag behajlításakor igen sok kellemetlenséget okozott. A szúrás helyét steril vattával ellátott leukoplast-csikkal tapasztottam be. Oltás helyéül kivétel nélkül a mélyebben fekvő farizmokat, illetőleg ezeknek felső-külső harmadát választottam, elkerülendő ily módon a nervus ischiadicus esetleges sértését. E terület megválasztására indított még egy körülmény, t. i. részint a megjelent közlemények erre vonatkozó része, részint a más kartársak által oltott s később kezelésem alá kerülő betegek mindjobban meggyőztek azon körülményről, hogy a legnagyobb és legtartósabb infiltratio, a legtöbb abscessus és szövetnecrosis azon betegeken volt tapasztalható, a kik az oltást akár a hát, akár a mell bőre alá kapták, a hol természetesen a legtöbb oltás subcutan történhetett. E körülményt nem lehet pusztán a véletlennek betudni, magyarázatát véleményem szerint több körülményben kell keresnünk.

* Felolvasás a „Biharmegyei Orvos-, Gyógyszerész- és Természettudományi Egylet" 1911 nov. 4.-i szakülésén.

Az intramuscularis oltásra használt oldat elkészítésének fentebb leírt módjára nézve két dologra kell felhívnom a kartárs urak figyelmét; e két módosítás a salvarsannak izomközti alkalmazását úgy a localis reactiók csökkentése, mint az általános hatás tekintetében talán értékesebbé tette. A legnagyobb hiba abban rejlett, hogy nem igen sikerült a salvarsannak egyenletes elosztódást mutató emulsióját előállítani, a minek természetszerű következménye volt a szernek egyenetlen felszívódása és a kivánt hatásnak kisebb mértékben való megnyilvánulása, a mi az idealis czél, a sterilisatio magna esetleges lehetőségét nagy mértékben meggátolta. Tehát igyekezni kellett e hibákat lehetőleg korrigálni, a mit éppen a glycerin alkalmazása mellett azzal igyekeztem elérni, hogy a destillált víz helyett physiologiai konyhasóoldatot használtam. Más gyógyszer, pl. a protargol oldatának készítésekor is azt tapasztaltuk, hogy magát a protargolport előbb pár csepp glycerinnel eldörzsölve és az így nyert pépszerű massát felhigítva, egyenletesebb oldatot kapunk. Ez volt, a mi a glycerin alkalmazását indikálttá tette. A destillált vízről pedig tudjuk, hogy protoplasmaméreg lévén, a sejtekből felépített szövetek életképességét csökkenti s ezáltal az arsendepot-t magában foglaló szövetek elhalása még könnyebbé van téve, a mi mellett a szernek csak igen kis mennyisége szívódhatik fel, a mi végeredményben az általános gyógyító hatás rovására megy. A destillált víz tulajdonképpen nem más, mint közönséges kút- vagy forrásvíz elpárologtatásakor képződő gőzök mennyisége, melyek megfelelően felfogva és lehűtve, ismét cseppfolyós halmazállapotot vesznek fel. A destillált víz az aqua communisban levő legelemibb élő lények, mikroorganismusok faunájának és florájának elhalt testeit tartalmazhatja, de nem tartalmazza azon különböző sókat, a melyek a sejteknek tápláléka gyanánt szerepelnek. Ha mi most e só veszteségét megfelelő mennyiségű vegytiszta konyhasóval pótoljuk, megint megadjuk a szövetsejteknek a megfelelő táplálékot, illetőleg megszüntetjük a destillált víz protoplasmát mérgező hatását. Ez a körülmény tette szükségessé a destillált víz helyett a physiologiai konyhasóoldat használatát. Hogy e módosításokkal elértem a hozzájuk fűzött reményeket, annak legfényesebb bizonyítékát abban láttam, hogy azon esetekben, a melyekben az oldatot glycerin + konyhasóoldattal készítettem, az infiltratiók vagy egyáltalában nem, vagy jelentékenyen kisebb mértékben képződtek, a fájdalmak a minimumra szállottak s nagy általánosságban talán hatásban is felülmulták azon eseteket, a melyekben az oltást glycerin nélkül destillált vízzel készül oldattal végeztem.

Daczára mindeme módosításoknak, melyek e kezelésmód kellemetlen tüneteinek megszüntetését, illetőleg csökkentését s ezzel egyidejűleg a szernek nagyobb gyógyító hatását czélozták, mégsem lehetett a salvarsan intramuscularis, illetőleg subcutan alkalmazásánál megállani. A kezelésnek olyan formáját keresték, a melyben először az oldat elkészítése egyszerűbb legyen, másodszor ne álljanak be hetekig-hónapokig megmaradó, a beteget munkájában jelentékenyen akadályozó fájdalmak, infiltratiók, szövetelhalások, s végül — s ez volt a legkivánatosabb — a szervezetbe bevitt szer felszívódása lehetőleg teljes legyen, a mi természetszerűleg annak gyógyító hatását nagy fokban emeli. E kivánalmak szem előtt tartása mellett vezették be a salvarsannak intravenás alkalmazását. Az oldatnak elkészítését és a befecskendezés technikáját röviden a következőkben van szerencsém összefoglalni. A salvarsant csak nagy dilutiókban tudjuk a vérérrendszer valamelyik felületesen fekvő tágabb venájába befecskendezni. Itt a befecskendezendő anyag már nem emulsio, hanem aranysárga, kristálytiszta, átlátszó, gyengén lúgos kémhatású oldat, a melynek minden 50 cm^3-e 0·10 salvarsant tartalmaz, úgy hogy pl. azon esetben, a hol 0·40 gr. salvarsant akarunk a szervezetbe juttatni, 200 cm^3 folyadékot kell befecskendeznünk. Az oldat elkészítéséhez szükséges szerek és eszközök a következők: Megfelelő mennyiségű steril 0·4—0·5%-os, kemény filteren átszűrt, vegytiszta konyhasóval készült konyhasóoldat, *Merck*-féle 15%-os natronlúg, 300 cm^3-es lombik, 40—50 szem üveggyöngy, mérőhenger és 300 cm^3 ürtartalmú, legalább 10 cm^3-es beosztású üveghenger, melynek alsó részére gummicső illeszthető s ennek végére egy körülbelül 5—6 cm. hosszú, nem túlságosan kihegyezett, megfelelő lumennel biró tű; végül egy elég erős gummi- vagy mullpólya a kar lekötése czéljából.

Az oldatot a következőképpen készítettem: A steril lombikba 50 cm^3 konyhasóoldatot mérve, ebbe belehelyeztem a steril üveggyöngyöt. Ehhez folytonos és erős rázás közben apróbb részletekben hozzátettem a frissen feloldott phiola tartalmát. Az üveggyöngyök a szernek egyenletes elosztódását czélozták. Az igy elkészített oldat savi kémhatású; ehhez cseppenként *Merck*-féle 15%-os lúgot adunk. Az első pár csepp lúgra az oldat a dioxydiamidoarsenobenzol kicsapódása következtében zavarossá válik, azonban megfelelő mennyiségű lúg hozzáadására megint teljesen feltisztul. Az így nyert oldat már gyengén lúgos, teljesen tiszta, átlátszó aranysárga színű folyadék. Ezen oldatot körülbelül a vér hőmérsékletének megfelelő steril konyhasóoldattal olyan arányban higítjuk, hogy minden 50 cm^3-e 10 cgr. salvarsant tartalmazzon. S ezzel az oldat készítése be van fejezve. Most a kellően megtisztított kart a könyökhajlat felett leszorítjuk, ügyelve arra, hogy az arteria radialis pulsatióját még jól kitapinthassuk. Az oldatot a kifőzött és cm^3-ekre beosztott üveghengerbe beöntjük s ezek után hozzálátunk a szer befecskendezéséhez. A kar leszorítása folytán kitágult valamelyik venán a tű segélyével rendes venaepunctiót végzünk; a vérnek cseppekben való folyása biztosít arról, hogy a tű csakugyan a venában van s ekkor a kart a szorítás alól rögtön felszabadítva, a tűre ráillesztjük a gummicsövet, s azon keresztül a megfelelő mennyiségű oldatot a venába fecskendezzük. A kivánt mennyiséget az üveghenger cm^3-ekre való beosztása méri, illetőleg jelzi. A kivánt mennyiség befecskendezése után a tűt óvatosan kihúzzuk s a szúrás helyén kibuggyanó 1—2 csepp vér letörlése után a pontszerű sebet steril vattával ellátott leukoplast-csíkkal betapasztjuk.

Úgy az intramuscularis, mint az intravenás oltás után jelentkező ú n. „oltási reactiók“ annyira szoros összefüggésben vannak az oldat elkészítésével, hogy helyénvalónak tartom az ez irányban tett tapasztalataimról e fejezet keretében referálni. Az intramuscularis oltások utáni reactiók közül inkább a localisan, az oltás helyén jelentkezők a dominálók, míg az általánosak rendesen elenyésző csekélyek. Az intravenás oltás után ennek ellenkezőjét tapasztaltam, mert míg itt a helyi reactiók az oltás helyes kivitele mellett nullára redukálódnak, addig az általános reactiók némely esetben ijesztő mérveket öltenek. A natesekbe adott izomközti oltások után pár órával az alsó végtagokban bizonyos, a bizsergéstől egész görcsökig növekedhető érzés támadhat, a mi azonban rendesen az első 12 óra elteltével teljesen megszűnik; az oltás 3—4. napján localisan kisebb-nagyobb, dió- egész ökölnagyságú infiltratiók keletkezhetnek, a melyek különösen nyomásra igen érzékenyek. Ezen infiltratiók további sorsa vagy az, hogy pár hét, avagy hónap alatt felszívódnak, vagy pedig a depot-t környező szövetek necrosisa áll be, a mikor is a föl nem szívódott, betokolt, bizonyos vegyi átalakulást szenvedett salvarsan kiürül. Az ilyen necrosisok gyógyulási hajlama végtelen renyhe, gyógyulásuk több hónapot szokott igénybe venni. Az általános reactiók közül kisebb fokú főfájás, esetleges émelygés, hányás mellett legtartósabb a láz, a mely rendesen a 2—3. napon jelentkezik és 37·5—38·5 fok között ingadozva 3—4 napi tartammal bir. A 118 intramuscularis oltás közül csak 16 esetben érte el a láz a 39·0 fokot, a többiben mind ezen alól maradt. Ugy a localis, mint az általános tünetek legminimalisabb fokot azon esetekben mutattak, a melyekben az oltáshoz szükséges oldatot a megfelelő tisztasági cautelák betartása mellett glycerin- és konyhasóoldattal készítettem. Az intravenás oltások localis reactiót nem okoznak, kivéve azon eseteket, a hol az oldat a venát környező szövetekbe jutva, jelentéktelen gyuladást okoz, a mely azonban pár napi nedves kötésre rendesen nyom nélkül visszafejlődik. Ezzel szemben az általános tünetek, mint hi-

degrázás, 39—40 fokos láz, főfájás, szédülés, émelygés, hányás, hasmenés, légzési nehézségek, cyanosis, szapora, filiformis pulsus némely esetben úgy a beteget, mint az orvost komoly aggodalmakba ejthetik. Ezen általános reactiók okainak földerítése és azoknak kiküszöbölése igen sokat foglalkoztatta a legnagyobb syphilidologusokat. *Finger* e tüneteket a salvarsannak a véráramba jutásával igyekezett magyarázni, s részben azon biochemiai reactiótól vélte föltételezettnek, a mely a spirochaetàk elpusztulása alkalmával fölszabaduló endotoxinok fölhalmozódását jelenti. *Finger* véleményének szem előtt tartása mellett *Marschalkó* volt az első, a ki vizsgálataival bebizonyította, hogy a 0·9%-os NaCl-oldat a vérsejteket károsan befolyásolja, összezsugorítja, vagyis azoknak hypertoniáját okozza. E kisérletek alapján ajánlotta *Marschalkó* a 0·9%-os NaCl-oldat helyett a 0·4—0·5%-os oldatot. *Mayer*-nek ez irányban végzett kisérletei hasonló eredményt adtak. A salvarsannak 0·4—0·5%-os NaCl-os oldatban való föloldása nem vezetett kellő eredményre, mert bár az általános reactiók intenzitásukban bizonyos csökkenést mutattak, mégis nem egy esetben jelentkeztek rázóhidegek, 38—39 fokos hőemelkedések, főfájás, émelygés stb. Tovább kutatva, *Mayer*, *Wechselmann* és *Marschalkó* a konyhasó sterilezése alkalmával elölt legelemibb élőlények, mikroorganismusok elhalt testeinek a véráramba jutására vezették vissza ezen „oltási reactiók"-at s ezért véleményük szerint nem elég a konyhasóoldat sterilezése, hanem az oldat még kemény filteren is átszűrendő, mely eljárással az oldat a benne lévő mikroorganismusoktól megtisztítható. Saját tapasztalataim szerint e szabályok betartása sem szüntette meg teljesen, vagy legalább is nem minden esetben az oltási reactiókat, mert bár elismerem, hogy az 0·5%-os, kemény filteren átszűrt konyhasóoldatban feloldott salvarsan az esetek elég nagy mennyiségében mondhatnám csak jelentéktelen mértékben okozott reactiókat, de még mindig nagy volt azon betegeim száma, akiken pár perczig tartó hidegrázás mellett a láz 38—39 fokra szökött s émelygés, főfájás, szédülés jelentkezett.

Körülbelül három héttel ezelőtt, az „Orvosi Hetilap" 1911. évi 42. számában *Kallós* orvosi vegyész „A salvarsan-reactiók okairól" czímű munkájában részletesen tárgyalja mindama okokat, a melyekre e reactiók visszavezethetők; munkájának végén egy még eddig alig megfigyelt körülményre hívja fel a syphilidologusok figyelmét, t. i.: „A salvarsan dioxydiamidoarsenobenzoldichlorhydrat, midőn ezt natronlúgban oldjuk, akkor elsősorban monochlorhydrat képződik, majd dioxydiamidoarsenobenzol, a mely neutralis sárga por és csak további lúg hozzáadására lesz belőle az alkális dioxydiamidoarsenobenzol natriumsója". E chemiai folyamatból láthatjuk, hogy mennyire fontos az oldathoz a megfelelő lúg hozzáadása, vagyis az oldatot kissé túl kell lúgosítanunk, hogy ezáltal a salvarsan összes savi kémhatását megkötve, csakugyan a könnyen oldodó dioxydiamidoarsenobenzol natriumsója keletkezhessék, s így ne legyünk kitéve annak, hogy a salvarsan $^1/_2$—1 órai állásánál, tehát már a véráramban kicsapódhassék. E kicsapódott salvarsan szintén jelentős momentum, a mely a reactiókat kiváltja. *Kallós* e munkájának megjelenése óta hét esetben végeztem intravenás oltást; e hét esetben szigorúan betartva az oldat túllúgosítását, továbbá mindama szabályokat, a melyeket a reactiók elkerülése czéljából föntebb említettem, csakugyan elértem a kivánt eredményt, a mennyiben a hét eset közül háromban a legmagasabb hőmérsék 36·9 fok volt, a többi négyben is csak 37·3—37·6 fokig emelkedett a láz minden más kellemetlen reactio nélkül. Ezen észleleteim, bár még csak kevés eset kapcsán, megerősitik az oldat túllúgositásának szükségességét.

Összegezve az „oltásreactiók" elkerülése körül nyert megfigyeléseimet, azok alapján úgy nyilatkozhatom, hogy a 0·4 vagy 0·5%-os, kemény filteren átszűrt, vegytiszta konyhasóval készült oldat használata mellett, kellő mennyiségű lúg hozzáadásával olyan salvarsanoldatot tudunk előállitani, a mely oldat intravenásan alkalmazva, semminemű erősebb reactiót nem okoz, s úgy a betegnek, mint az orvosnak, eltekintve az egy pár tized hőemelkedéstől, semmi kellemetlenségtől sem kell tartania.

A salvarsan alkalmazásának egy másik fontos kérdése a szer adagolása. Ez első sorban függ a beteg életkorától, testsúlyától, a syphilis fönnállásának idejétől, az előző kezeléstől, továbbá a meglévő tünetektől és azoknak súlyosságától. Az intramuscularis oltások alkalmával általában nagyobb adagokat alkalmazhatunk, mint a gyüjtőérbe fecskendezés alkalmával. Nőknek kevesebbet adunk, mint férfiaknak. Intramuscularis oltásaim alkalmával nőkön 0·30—0·50 gr.-ig, férfiakon pedig 0·40—0·60 gr.-ig mentem föl a szer adagolásával. Az intravenás oltások alkalmával átlag 0·30—0·50 gr. között váltakozott a befecskendezett szer mennyisége. 0·50 gr.-nál többet gyüjtőérbe sohasem fecskendeztem.

Körülbelül ezekben kivántam a szer alkalmazása körül szerzett megfigyeléseimről referálni, és így most áttérhetek felolvasásom második részére, azon kérdésnek tárgyalására, hogy tulajdonképpen minő értékkel bír a salvarsan a syphilis gyógykezelésében?

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Leopold Casper: Handbuch der Zystoskopie. Dritte umgearbeitete und vermehrte Auflage. 1911. G. Thieme, Leipzig.

Lényegesen megbővülve, az idevágó kutatás legújabb vívmányaival kiegészítve jelenik meg a könyvpiaczon *Casper* közismert kézikönyvének III. kiadása. Manapság a cystoskopia oly nélkülözhetetlen segédeszköze nemcsak a szakurologusnak, hanem a belgyógyásznak és sebésznek is, hogy az ezen tárgygyal foglalkozó munka méltán vonja magára a közfigyelmet, és *Casper* könyve, mely azonfelül, hogy tárgyát minden részletében felöleli, a hólyag- és vesediagnostikának legfőbb fontos vizsgáló módszereiről és azok értékéről is felvilágositást nyujt, kétszeresen megérdemli az urologián kívül álló orvosi körök figyelmét is. A munka sorjában foglalkozik a cystoskopia történetével, a modern cystoskopia instrumentariumával, részletesen ismertetve a különböző cystoskopok szerkezetét és közölve *Rohr* dr. tollából a cystoskopos kép optikai tulajságaira vonatkozó tudnivalókat is. A következő fejezet a hólyagra és húgycsőre vonatkozó, a cystoskopia szempontjából szükséges anatomiai tények leirását tartalmazza. Majd a cystoskopia technikáját, a normalis és kóros hólyag által nyujtott különféle cystokopos képeket részletezi. Azután az ureterkatheterismus történetét, instrumentariumát, technikáját, veszélyeit tárgyalja, majd fejtegeti a hólyag és vese diagnostikájának a cystoskopia és ureterkatheterismus következtében létrejött haladását, a vesemegbetegedés és vesefunctio megállapítására szolgáló eljárásokat és példákon demonstrálja, hogy miképpen lehet és kell az ezen vizsgálat által nyujtott adatokat a diagnosis szempontjából felhasználni. Végül a női hólyag egyes különös sajátságainak, a cystoskopos therapiának, a cystophotographiának és a Röntgen-sugarak diagnostikai jelentőségének a hólyag- és vesebántalmakban szentel egy-egy fejezetet. Hogy az illustris szerző, kinek épp ezen vizsgáló-eljárások kifejlesztésében valóban nagyon sokat köszönünk, tárgyát a legalaposabban, a legbehatóbban tárgyalja, könyvét nagy személyes tapasztalás és minutiosus irodalmi ismeretek alapján irta meg, azt nem is kell külön kiemelnünk. Meg kell azonban emlékeznünk arról, hogy 172 szövegábrán kivül egy 22 táblából álló gyönyörű cystoskopos atlasz van a könyvhöz mellékelve, mely úgy a banalis, mint a ritkán előforduló cystoskopos képeknek (összesen 67) igazán szép gyüjteménye. Az egyes eseteknek az atlasz két képét nyujtja, a cystophotogramm mellé állitja mindig a szinezett képet is, úgy hogy a photographiai felvétel hűségét a szines kép élénksége egészíti ki s a kettő együtt a legtanulságosabban illusztrálja a szemlélő előtt a tényleges viszonyokat.

Az igen szépen kiállított, valóban nagyon tanulságos munkát melegen ajánljuk a szakkörök figyelmébe. *P.*

Lapszemle.

Belorvostan.

Az asthma cardiale kezeléséről ír *A. Fraenkel* tanár. Először is a morphiumról szól, mint a melylyel negyon kedvező erddmény érhető el, ha nem a szájon át, hanem a bőr alól adjuk és megfelelő nagyságú adagot használunk (rendszerint 1—1½ centigrammot). A túlságosan nagy adag nem jó, mert ilyenkor túlságosan előtérbe jut az idegrendszerre és a tőle függő vegetativ működésekre gyakorolt káros hatás (a vérkeringés gyengesége, gyomor- és bélatonia), gyakran huzamosabb ideig tartó soporosus állapotba esik a beteg, a melyből csak nehezen ébreszthető fel. Ha pedig nagyon kicsiny az adag, muló megnyugtatás után fokozott izgalmi állapot következik be. Egyidejűleg a szívre ható szereket is használva, sok esetben annyira megjavul a szív ereje, hogy a tüdőbeli pangás teljesen megszűnik s így további morphiumra nincs szükség. Máskor azonban a szív ereje nem javul elég gyorsan, úgy hogy újból meg újból morphiumot kell adnunk, a mi közben csakhamar beáll ennek a kezelésnek az árnyékoldala, hogy tudniillik érzéstelenné válik a beteg a morphiummal szemben, illetve mind nagyobb morphiumadagokhoz kell folyamodnunk. Ezért a szerző a morphium helyett újabban a heroint használja, mint a melynek hatása huzamosabb használat esetén sokkal kevésbé gyorsan csökken. Óvatos használat mellett, úgy mint a morphium, a heroin sem károsítja a szívet, sőt azáltal, hogy az érverés szaporaságát némileg csökkenti, még kedvező hatású is. A sósavas sóból ½ centigrammot fecskendezünk a bőr alá és később esetleg nagyon lassan növeljük az adagot 1 centigrammig. Sok esetben jónak bizonyult a heroin és morphium együttes használata. (Rp. Morphii hydrochlor. 0·2, Heroini hydrochlorici 0·1, Aquae destill. 10 0. 1/10—5/10 cm³-nyi fecskendezendő a bőr alá; szükség szerint lassan felemelkedhetünk 1 cm³-ig.) A mi a szívre ható szereket illeti: elsősorban a digitalis jön szóba, a mely hasznosnak bizonyul mindaddig, a meddig a szívnek még van bizonyos fokú munkabirása. Kivételt csak azok az esetek tesznek, a melyekben a szív koszorú-erei tetemesebb mértékben sclerosisosak s ennek folytán a cardialis asthma rohamai angina pectoris-rohamokkal váltakoznak; ilyenkor a digitalis még fokozhatja is a nekézségeket, a coffein ellenben — mint a mely elective tágítja a szív koszorú-ereit — jó hatású szokott lenni. A coffein különben is jó szolgálatokat tesz asthma cardiale eseteiben, a mennyiben gyorsan hat a szivre és a hatása egy ideig el is tart; könnyen oldódó kettős sói 10%-os oldatából fecskendezendő be ismételten 1 cm³. Adrenalint adni tilos, mert — nem is tekintve azt, hogy a szívműködést csak nagyon múlóan fokozza — az erek tonusát fokozza, pedig ez a szóban levő bajban amúgy is fokozott. Több esetben jó hatásúnak bizonyult a vasotonin (½ ampullányi a bőr alá több napos időközökben, kedvező hatás esetén fokozva az adagot egy ampullányiig). Végül még az oxygen-belélegzés kedvező hatására hívja fel a szerző a figyelmet; különösen a *Cheyne-Stokes*-typusú nehézlégzés-rohamokban szokott ez az eljárás jó eredményű lenni. (Therapeutische Monatshefte, 1912, 1. füzet.)

Mellhártyaizzadmány kezelését vörös fénynyel kisérelte meg *Kuttner* és *Laqueur* a berlini Virchow-kórházban. Abból indultak ki, hogy a vörös fény mélyen tud behatolni s ezért a mélyebben fekvő szövetekben is bővérűséget létesít; e mellett az eljárás nagyon kiméletes, az általános állapotot és a szívműködést semmiképpen sem bántó. Az eddigi eredmények csakugyan biztatók. A mi az eljárás technikáját illeti: vagy a vörös üveggel ellátott *Minin*-féle izzófényreflectorlámpa használható, a melyet a meztelen mellkashoz annyira közelítünk, hogy a bőr még jól tűrje a hőséget, vagy pedig az izzófényvetítő vehető igénybe körülbelül 2½ m. távolságból; a parabolás tükörrel oly módon állítjuk be a fényt, hogy az egész beteg mellkas-felet kifejezetten érezhető, de nem bántó melegség érje. A naponként megismétlendő ülések tartama 20—30 percz. (Therapeutische Monatshefte, 1912, 1. füzet.)

Sebészet.

Az appendicitisnek a terhességhez való viszonyáról ír *H. Schmid* részben az Eiselsberg-klinikán észlelt esetek, részben az irodalomból összeállított 486 eset kapcsán. Ugy találta, hogy a terhesség kapcsán jelentkező appendicitis elég gyakori, a terhes nők 1‰-je szenved appendicitisben és az appendicitisben megbetegedett nők 2½%-a gravid. A terhesség maga úgy látszik nem az első impulsusa az appendicitis keletkezésének, de úgy látszik előmozdítja a lappangó folyamat fellobbanását. Enyhe appendicitisrohamok terhesség alatt úgy folynak le, mint terhesség nélkül, a súlyosakat a terhesség megszakítása (abortus, rendes szülés) sokszor deletaer módon befolyásolja. A terhességet a peritoneum gyuladása, ha nem avatkozunk be idejekorán, az esetek nagy számában megszakítja, azonfelül az involutio zavarai, adhaesioképződések, sterilitas, habitualis abortus, extrauterin graviditas, hyperemesis állhatnak be az appendicitis folyományaképpen. Az appendicitis diagnosisa a terhesség, szülés és gyermekágy folyamán sokszor igen nehéz; rupturált extrauterin graviditas, parametritis, lobos adnexumbetegségek, puerperalis sepsis, pyelitis, cholecystitis azok az állapotok, melyekkel az ilyen appendicitiseket leginkább összetévesztették; máskor viszont appendicularis eredetűnek tartottak művi abortus okozta sérülések által előidézett peritonitiseket. A graviditással szövődött appendicitis prognosisát főleg a terhesség megszakításának veszedelme és a szükséges beavatkozásnak a diagnostikai nehézségek következtében elhalasztása rontja. Egyáltalán csak könnyű eseteket szabad conservative kezelnünk, legjobb eljárás a korai operálás. Ha ennek időpontját elmulasztottuk, az intermediaer stadiumban is czélszerűbb operálni, mint a roham lezajlását bevárni, a hogy azt nem terheseken tesszük. A terhesség művi megszakításának csak akkor van értelme, ha a terhesség spontan megszakadásának előjelei mutatkoznak, vagy ha peritonitis van jelen, ilyenkor jó az appendektomia után kiüríteni forcirozott dilatatio vagy sectio caesarea vaginalis útján a méhet és csak azután elhelyezni a hasür drainage-ára szolgáló csíkokat. (Mitt. a. d. Grenzg. 23. k.) *P.*

Idegkórtan.

A dohányzás szerepe az idegbetegségek keletkezésében volt az utolsó német neurologiai congressus egyik referatuma. *Fröhlich* toxikologiai szempontból referálta e kérdést; a dohányban csupán a nicotin tekintendő a hatóanyagnak, a szénoxyd és kéksav mennyisége a füstben elenyészően csekély. Állatkisérletben a nicotin a vegetativ idegrendszer mérgének mutatkozik; az emberi pathologiára nézve különösen az fontos, hogy a sima izomzattal biró szervek különös ingere. Ebből magyarázható vasoconstrictorhatása is, pl. dohánymunkásnőknek abortusra való hajlama. *Frankl-Hochwart* a legkülönbözőbb centralis és peripheriás idegbántalmak aetiologiájában juttat szerepet a nicotinnak. Megemlítendők ezek közül a nicotin-amblyopia, pupillarenyheség, „nicotin-epilepsia“, meningitis serosa, aphasia, polyneuritis, impotentia; már régebben ismerték a nicotin okozta zavarokat a szívműködésben. Az előadó tapasztalatait főképpen egy betegségre nézve erősítették meg a hozzászólók; ez az *Erb-féle dysbasia angiosclerotica*, melyben maga *Erb* kb. 78%-ban talált mértéktelen dohányzást. (Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie, 1912, 1. sz.) *L.*

A neurasthenia és endogen depressio közötti megkülönböztetésről ír *Bonhoeffer*. A neurasthenia elnevezést a szerzett, kimerültség által okozott idegességre kivánja szorítani, a mely aránylag ritka; az idegesek túlnyomó részében endogen momentumok játszszák a főszerepet. Ezeket könnyen megtaláljuk, ha a betegnek nemcsak pillanatnyi állapotát, hanem egész életét tekintjük végig; legfontosabb közöttük

a hereditásos terheltség, a tünetek periodicitása s hirtelen, indokolatlan jelentkezése és eltűnése. Leggyakrabban a periodusos depressio jelentkezik mint „neurasthenia“ ; a legkülönbözőbb tüneteket öltheti fel (álmatlanság, ideges szívpanaszok, asthma, dyspepsia stb.), melyekről pontosabb kérdezősködésre kiderül, hogy periodusokban ismétlődnek s hogy a panaszok mögött a betegnek önönmagával való elégedetlensége és akaratgyengesége lappang. Az ilyen „neurasthenia“ prognosisában óvatosnak kell lenni, különösen ha a beteg családjában öngyilkosság már előfordult. (Berl. klin. Wochen. 1912, 1. sz.) *L.*

Gyermekorvostan.

A dajkák tejszolgáltató képességéről értekezik *Laurentius* (Leipzig) az idetartozó irodalmi adatok ismertetésével. 27 dajkát figyelt meg ebből a szempontból, kik 35—374 napig voltak mint szoptató dajkák alkalmazva a lipcsei gyermek-klinikán. A nyert dajkatej átlagos napi mennyisége egyénenként 780—2370 gr. közt ingadozott. A dajkatejet részint a csecsemő mellretételével, részint lefejés segítségével nyerte. A napi tejmennyiséget a menstruatio nem igen csökkentette, csak azon esetekben, a melyekben a menstruatio igen bő és hosszantartó volt. Daczára annak, hogy sok dajka kezdetben igen kevés tejet termelt és hogy igen sok gyenge csecsemő volt a klinikán, kik nem tudtak erőteljesen szopni s ezzel a tejelválasztásra nagyobb ingert kifejteni, mindegyik dajkán sikerült a tejelválasztást annyira növelni, hogy saját csecsemőjén kívül mindegyik legalább még egy másik csecsemőt tudott tejjel ellátni. Az egyes dajkák napi tejmennyisége különböző gyorsan emelkedett, a szerint, a mint szoptatás vagy kifejés segítségével nyerték a tejet. A legnagyobb tejmennyiség napi 3430 gr. volt. A sokszor hosszú időn át, hónapokon keresztül elválasztott nagy tejmennyiség produkálása daczára a dajkák $^2/_3$ része hízott a szoptatás ideje alatt, $^1/_3$-a fogyott, de a fogyás maximuma nem haladta meg a 3 kgr.-ot. A termelt tejmennyiség spontán sohasem csökkent, hanem mindig akaratlagosan, akkor ugyanis, mikor a szoptatást vagy fejést ritkábban végezték vagy abbahagyták. (Archiv für Kinderheilkunde, 56. kötet, IV—VI. füzet.)

A nephritis postscarlatinosáról ír *Leede*. Keletkezésének gyakorisága függ a vörheny-epidemia sajátságától s az individuumtól is. Tapasztalták, hogy van családi dispositio, a mennyiben egyazon család tagjai hajlamosak egyazon szövődményes megbetegedésre. *Leede* 857 vörhenyesetet észlelt, ezeknek egy részét diphtheria gyanuja miatt külön kellett helyezni és diphtheria-serummal oltani. 237 serummal kezelt eset között 30 nephritis volt, tehát 12·6%, míg a serum nélkül kezelt 620 között 35 vagyis 5·6%. A mint látható, nagyobb a nephritis-esetek száma a serummal kezeltek között. Minthogy azonban nem ismeretes előtte a veséknek ily gyakori és hosszantartó sérülése a diphtheria-serum alkalmazása után, azt következteti a szerző, hogy a vörhenyvesének csökkent az ellentállóképessége a diphtheria-serummal szemben. Ezzel ellentétesen hangzik *Benjamin* észlelete, mely szerint diphtheriában szenvedő gyermekek ha vörhenyt kapnak, ez enyhe lefolyású. Ez úgy magyarázható, hogy a seruminjectio folytán az egészséges vese kevésbé szenved, mintha a serum már viruló vörhenyben alkalmaztatik.

Leede még egy más észleletre is felhívja a figyelmet. Vörhenybetegek vérserumával Wassermann-reactiót végzett s az eredmény az volt, hogy még egyszer oly gyakran kapta a positiv reactiót a vörhenynephritisben szenvedő gyermekeken, mint az egyszerű vörhenyesetekben. Kizártnak tartja, hogy maga a vesegyuladás mint olyan hozta volna létre a positiv reactiót. Azt sem gondolja, hogy öröklött lues okozná, a mennyiben a positiv reactio a vörheny után 4—5 héttel eltűnik, a mit öröklött lues eseteiben nem várunk. De mégsem zárkózik el teljesen azon gondolat elől, hogy a lues által létrehozott kisebb ellentállóképessége a szerveknek az oka. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1911, 8. sz.) *Ujj* dr.

Venereás betegségek.

A salvarsan-kezelésre vonatkozó egyéves tapasztalásukról számolnak be *Dohi* és *Tanaka* (Tokio). Véleményük szerint a salvarsan hatalmas pótlószere a kénesőnek s mint olyannak számos előnye van. Egyik ilyen jó tulajdonsága, hogy a spirochaeta pallidát közvetlenül megöli s hogy valamennyi syphilid-alakot a kénesőnél gyorsabban fölszívódásra bir. Különösen áll ez a primaer-affectiós és gummás esetekről. Befolyásolja a syphilis, valamint a metasyphilis subjectiv tüneteit is. A salvarsan továbbá valódi specificuma a malignus syphilisnek. Azt is találják a szerzők, hogy a szer praeventiv kúrákra is igen jól beválik. Mindennek ellenére azonban a salvarsan távol áll attól, hogy a syphilis idealis gyógyító szerének tekintsük. Ugyanis ők is azt tapasztalták, hogy nem ritkán többszörös és elegendő dosisú injectiók sem akadályozták meg, hogy a syphilis-esetek ne recidiváljanak, néha már néhány hét multán. A Wassermann-reactio legtöbbször csak többszörös salvarsan-injectio nyomán válik negativvá, de akkor is bizonyos szünet után ismét positiv alakot ölthet. A végleges gyógyulás úgy látszik a salvarsan-kezeléssel sem érhető el gyorsabban, mini a régóta bevált kénesővel. Technikai szempontból a szerzők az intravenás eljárás mellett kardoskodnak. A legjobb és legerélyesebb antilueses kúrának azt tartják, mely a salvarsannak kénesővel való kombinálásából áll. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1911, 48. sz) *Guszman.*

Húgyszervi betegségek.

A vesegümőkór diagnosisáról és therapiájáról ír *H. Hohlweg* giesseni docens. A szerző mindenekelőtt azon régebbi és újabb eljárásokat ismerteti, melyek a vesegümőkór diagnosisa megállapítására lépten-nyomon alkalmaztatnak, és azon eredményekről referál, melyeket ő a rendelkezésére álló klinikai anyagon a diagnosis biztossága tekintetében a felsorolt eljárásokkal elérni tudott. Az egészen frissen készített 25%-os ótuberculin-oldat használata után a *Pirquet*-féle reactio 13 eset közül 6-ban erősen, 6-ban gyengén positiv, 1-ben pedig negativ eredményt adott. Látható tehát, hogy ezen eljárásnak a húgyszervi gümőkór diagnosisa tekintetében mérvadó fontosságot tulajdonítani nem lehet. Az ophthalmo-reactio 17 biztosan megállapított húgyszervi tuberculosisos beteg közül csak 4-en volt határozottan és 2-n gyengén positiv, 11 esetben pedig negativ volt. Ezen eredmények alapján tehát ezt az eljárást sem lehet a húgyszervi gümőkór diagnosisa tekintetében feltétlenül megbizhatónak mondani. Az injectiós eljárás alkalmazása után a szerző 13 eset közül 2-ben határozottan positiv, 4-ben gyengén positiv eredményt látott, míg a többi 7 esetben az általános reactio teljes hiányát tapasztalta; a beteg góczban reactio pedig csak egyetlen egy esetben következett be. Ezen a betegen ugyanis a tuberculin-injectio hatása alatt rázóhideg és 3 napig tartó nagyobb hőemelkedés után a jobb vesében s a jobb ureter mentén hevesebb fájdalom is jelentkezett. Hogy ezen adatok s *Birnbaum* eredményei között oly nagy a különbség, azt a szerző annak tulajdonítja, hogy ő a befecskendezéseket sohasem végezte 0·001 gr.-nál nagyobb ótuberculin-adaggal.

A vizeletvizsgálat 20 eset közül 10-ben adott positiv eredményt. A szerző a vizelet vizsgálására, illetőleg a gümőbacillusok kimutatására az utolsó időben csaknem kizárólag az antiformin-eljárást használja s azt tapasztalta, hogy a smegmabacillussal való összetévesztés elkerülésére legjobb, ha mindenkor csak katheter-vizeletet használunk. Kétségtelen, hogy a gümőbacillusok biztos kimutatása tekintetében a legmegfelelőbbek s legmegbízhatóbb eredményt adják az állatkisérletek. A cystoskopiának és az ureterkatheterismusnak minden betegén nagy hasznát vette a szerző és főleg az utóbbit a gümőkór helyeinek megállapítására alig tudja nélkülözni. Miután több ízben sikerült kezdő vesegümőkór esetén cystoskopiával és ureterkatheterismussal igen rövid idő alatt biztos diagnosist kapnia, a szerző is azok véleményéhez csat-

lakozik, a kik a vesegümőkór korai diagnosisa tekintetében a cystoskopiával és ureterkatheterismussal kombinált bacillusleletet tartják a legmegfelelőbb és legmegbízhatóbb eljárásnak.

A vesegümőkór gyógyítását illetőleg a szerző szintén a minél korabbi műtétet tartja a leghelyesebb therapiának. De az olyan esetekben, a mikor a beteg a műtétet visszautasítja vagy a hol előrehaladt s nagyfokú hólyagsérülésekkel súlyosbított kétoldali vesegümőkór miatt műtétről már szó sem lehet, az ilyen esetekben a szerző igen jó eredménynyel alkalmazta a tuberculinbefecskendezéseket. Ezt az eljárást mindig 0·00001 ótuberculinos adaggal kezdte meg s azt hetenként 2-szer ismételte, minden újabb befecskendezéskor az adagot $^1/_{100}$—$^1/_{10}$ mgr.-mal emelve, a míg a maximalis 1 mgr. adagig jutott. Ha az adagok hirtelen emelése következtében túlerős reactiót kapott, akkor az előző adagra tért vissza s most már a dosis növelését lassúbb tempóban folytatta. Ilyen módon 3 betegen lényeges javulást, 1-en pedig teljes gyógyulást ért el. A szerzőnek tehát ezen sikerei alapján az a véleménye, hogy az olyan betegeken, kik az előbb említett okoknál fogva műtétre nem kerülhetnek, az ótuberculintherapia nemcsak a subjectiv panaszokat csökkenti tetemesen, de az objectiv tünetek tekintetében is lényeges javulást idéz elő. Hogy igaza van-e *Karo*-nak, a ki azt állítja, hogy az ótuberculin-kezelés hivatva van vesegümőkórban a korai műtétet kiszorítani, azt csak a jövő fogja megmutatni. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1911, 51. sz.)

Drucker.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Enuresisben szenvedő 28 gyermeket kezelt *Firth* pajzsmirigykivonattal. 16 esetben kedvező volt az eredmény, 12 esetben ellenben semmi hatás sem mutatkozott. A 16 javult eset közül 12 testi és szellemi fejlődésben visszamaradt gyermekre vonatkozik. Legjobban reagáltak a pajzsmirigykezelésre azok a gyermekek, a kik már születésük óta szenvedtek enuresisben. Az esetleg jelenvolt adenoid-burjánzások eltávolítása hatástalan volt az enuresisre. A pajzsmirigykivonat adagja 0·015—0·04 gramm volt naponként, később többé-kevésbé gyorsan fokozta a szerző az adagot. A pajzsmirigykezelésre nem javult esetek közül 8-at atropinnal orvosolt; közülök 5-ben az állapot tetemesen javult.

Utófájások ellen *Podzahradski* szerint feltünő jó hatású az antipyrin 0·5—1·0 és a pyramidon 0·3 grammos adagban. (Wiener klin. Wochenschrift, 1911, 50. sz.)

A pituitrin mint húgyhólyag-tonicum. Különböző gynaekologiai műtétek után beálló anuriák és dysuriák ellen *Hofstätter* szerint nagyon jó a pituitrin 1—2 cm^3 mennyiségben a bőr alá fecskendezve. (Wiener klin. Wochenschrift, 1911, 49. sz.)

A peritonitis tuberculosa gyógyításáról ír *Klotz*. Híve a punctiós kezelésnek, a melyet javaltnak tart akkor, a mikor a napfény, az ágynyugalom, a diaeta rendezése, a sóban szegény koszt és a diureticumok használata már eredménytelen. Néha többször kell megismételni a punctiót, a míg beáll a javulás. A zeosonpastát teljesen biztosan ható védőszernek mondja a napfény-erythema ellenében. (Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 2. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 6. szám. *Pollatsek Arnold* és *Adler M.*: A húgysavoldó hatásról. *Brenner József*: Adatok a psychosisok analysiséhez.

Orvosok lapja, 1912, 7. szám. *Lukács Pál*: Néhány szó a psychoanalysis kérdéséhez.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 7. szám. *Menyhért Vilmos*: A diabetes, acetonuria és zsírvérűség kritikája. *Remete Jenő*: A húgyutak antisepsiséről. *Biró Ödön*: A jodostarinról. „Bőr- és bujakórtan" melléklet, 1. szám. *Kiss Gyula*: A salvarsankérdéshez. *Török Lajos*: A salvarsan a syphilis gyógyításában. *Fischer Aladár*: Gümős csontgócz operálása után fellépett bőrtuberculid.

Vegyes hirek.

† Lord Lister.

A modern orvostudomány három legkimagaslóbb alakjának utolsója is elköltözött az élők sorából. Semmelweist és Pasteurt a napokban követte Lister. Élete folyását és nagy jelentőségét főleg a sebészet terén a nagy halotthoz méltó toll fogja ismertetni legközelebbi számunkban.

Kitüntetés. *Grósz Emil* dr. egyetemi tanár, udvari tanácsosnak a király a Lipót-rend lovagkeresztjét adományozta.

Választás. *Viltsek Vilmos* dr.-t nagybossányi körorvossá, *Kilényi Albert* dr.-t Beodrán, *Fetter József* dr.-t Keczelen községi orvossá választották.

Megbízás. Az igazságügyminister *Fratrics Kálmán* dr.-t és *Piringer Emil* dr.-t megbízta a nyitrai törvényszék területén felmerülő törvényszéki orvosi teendőknek ellátásával.

A **Markusovszky-előadások** VI. sorozatát *Grósz Emil* dr. egyetemi tanár tartja a szemészet újabb haladásáról öt egymás után következő csütörtökön délután $^1/_2$7 órakor az egyetem I. sz. szemklinikájának tantermében. Az első előadás e hó 15.-én volt.

Egyetemi alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán. Megválasztatott: a közegészségtani intézethez: *Fillinger Ferencz* dr. első, *Diener Lajos* dr. második tanársegédnek, *Surányi Ede* dr. és *Andriska Viktor* dr. díjas gyakornoknak; a gyógyszertani intézethez: *Lipták Pál* gyakornoknak; a II. sz. belklinikához: *Herzog Ferencz* dr. egyet. magántanár adjunktusnak, *Engel Károly* dr. első, *Csiky József* dr. második tanársegédnek, *Fejes Lajos* dr. laboratoriumi tanársegédnek, *Nádor Henrik* dr., *Holitsch Rezső* dr. és *Mester Emil* dr. díjas gyakornoknak, *Ritscher József* dr. gyakornoknak; a gyermekklinikához: *Jakobovics Béla* dr. és *Winter Mária* dr. gyakornoknak; a gégeklinikához: *Safranek János* dr. első tanársegédnek, *Dörner Dezső* dr. gyakornoknak.

Meghalt. *Grünwald Mór* dr. királyi tanácsos, szliácsi fürdőorvos, 61 éves korában Budapesten e hó 7.-én. — *G. Esposito* dr., a catanai egyetemen az elmekórtan rk. tanára s a maceratai elmekórház igazgatója. Az elhunytat három intézeti ápolttal együtt a villamos áram ölte meg, mikor az elszakadt vezetékhez nyúlt. — *I. Ribera y Sanz*, a sebészet rendes tanára a madridi egyetemen.

Megjelent. *Bókay Árpád:* Ünnepi beszéd az orvosi kaszinó Semmelweis-lakomáján. Budapest, Pátria, 1912. — *Vámossy-Fenyvessy-Mansfeld:* Gyógyszertan. Második kiadás. Budapest, 1912. Mai Henrik és fia kiadása. Ára 10 korona. — *Manninger-Verebély:* A sebészet tankönyve. II. rész. A szervek sebészete. Budapest, Mai Henrik és fia kiadása. 1911. Ára 12 korona. — *Pikler J. Gyula:* Az 1911. évi budapesti lakásszámlálás főbb eredményei. Különnyomat a „Városi szemlé"-ből. Ára 80 fillér. — *Schmidt Béla*: Az élet. Bevezetés a biologiába. Marosvásárhely, Márványi Arthur könyvkereskedése, 1912. Ára 2 K 80 f.

Apróbb közlések az orvostudomány köréből. *A larvált gyomorhyperaciditásra* hívja fel a figyelmet *Friedenwald*. (Americ. journ. of the med. scienc. 1911. aug.) Ismeretes, hogy előfordulnak esetek, a melyekben a hyperchlorhydriával járni szokott tünetek vannak meg, noha a gyomornedvben a rendesnél is kevesebb a sósav; ezeket az eseteket úgy magyarázzák, hogy a gyomornyálkahártya ilyenkor túlérzékeny s ennek folytán már a normalis, sőt a subnormalis savtartalmú gyomornedv is túlságosan izgatja. Kevésbé ismeretes azonban, hogy hyperchlorhydriára utaló tünetek mellett a próbaevés után a szokásos időben vizsgálva a gyomornedvet, normalis savtartalmúnak találjuk, noha az emésztés koraibb szakaiban végezve ezt a vizsgálatot, kifejezett hyperchlorhydria lehet az eredmény; ezek azok az esetek, a melyek részére a szerző a larvált gyomorhyperaciditás elnevezést ajánlja. — *Az arsen megszokásáról* érdekes kisérleteket végzett *Cloetta*. Kutyákat lassanként hozzászoktatott az arsenhez, úgy hogy igen nagy mennyiségű arsent tűrtek el a gyomron át; ha azonban a bőr alól adta ezen mennyiségnek tört részét (egy esetben $^1/_{60}$ részét), az állatok heveny arsenmérgezésben elpusztultak. (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte, 1911. 21. szám.) — A *bakteriologiai typhusdiagnosisról* írt czikkében *Gaehtgens* megemlékezik arról is, hogy typhusbacillusok a szájüregben is előfordulhatnak, a mi jelentőséggel bírhat a typhus terjesztésében s azért a szájváladék és a köpet fertőtlenítéséről sem szabad megfeledkezni typhus eseteiben (Berliner klin. Wochenschrift, 1912. 7. szám.) — *Aorta-foltozást* végzett *A. Carrel*. Kutya has-aortáján 20 mm. hosszú és 12 mm. széles léket vágott és erre ráfoltozott egy darab vékony kaucsukot. 15 hónap mulva az aorta lumene épnek bizonyult, a működés nem volt zavart, a kaucsukot újonnan képződött adventitiába és intimába ágyazottnak találták. (The journ. of. exper. medic., 14. kötet, 2. füzet.)

A 15. nemzetközi közegészségtani és demographiai congressus szeptember 23.—28.-áig lesz Washingtonban. A congressus a következő 9 sectióból fog állani: 1. Mikrobiologia és parasitologia. 2. A táplálkozás egészségtana. 3. A gyermekkor egészségtana és iskolahygiene. 4. Ipari egészségtan s a munkásosztály hygienéje. 5. Fertőző betegségek. 6. Városi és állami egészségtan. 7. A közlekedésügy hygienéje. 8. Katonai, tengerészeti és tropusi egészségtan. 9. Demographia. — A congressussal kapcsolatban kiállítás is lesz.

A berlini egyetem látogatottsága. A berlini egyetemen a mostani félévben 9829 hallgató van beiratkozva, közöttük 845 nő. Ez a nagy szám az egyes fakultások szerint a következőképp oszlik meg: theologia 426 férfi, *1 nő*; jog 2399 férfi, 13 nő; medicina 1810 férfi, 172 nő; philosophia 5008 férfi, 659 nő.

A fertőző betegségekben szenvedőknek az iskolától távoltartásának idejére vonatkozólag a franczia közoktatásügyi minister február 3.-án új rendeletet adott ki. E szerint a távoltartás ideje az egyes fertőző bajokban a következő. *Diphtheria:* 30 nap az orvosilag bizonyított klinikai gyógyulás után; ez az idő megrövidíthető, ha 8 napos időközben végzett két bakteriologiai tenyésztés-kisérlet negativ eredményű. *Variola* és *scarlatina:* 40 nap a betegség kezdetétől számítva; e mellett orvosnak kell bizonyítania, hogy már nincsenek varok vagy pikkelyek s az illető megfürdött. *Kanyaró:* 16 nap. *Parotitis epidemica:* 21 nap. *Szamárhurut:* 30 nap a görcsös köhögésnek orvosilag bizonyított megszünte után. *Varicella* és *rubeola*: 16 nap a betegség kezdetétől számítva. *Typhus, paratyphus* és *dysenteria:* 28 nap az orvosilag bizonyított gyógyulás után. *Meningitis cerebrospinalis:* 40 nap az orvosilag bizonyított klinikai gyógyulás után; ez az idő megrövidíthető, ha a 8 napos időközben végzett két bakteriologiai vizsgálat eredménye negativ. *Poliomyelitis:* 30 nap a betegség kezdetétől számítva. *Favus, trichophytiasis* és *trachoma:* a teljes gyógyulásig. A beteg testvéreire vonatkozólag a következők mértékadók: Ha a beteg nincs elkülönítve, testvérei ugyanolyan hosszú ideig tartandók távol az iskolától, mint maga a beteg. Ha a beteg el van különítve, testvéreire nézve a következő időpontok tartandók be: *Diphtheria:* 15 nap az elkülönítés után; ez az idő megrövidíthető, ha a 8 napos időközben végzett két bakteriologiai tenyésztés-kisérlet negativ eredményű. *Variola:* 18 nap. *Scarlatina*: 8 nap. *Kanyaró:* 18 nap. *Parotitis epidemica*: 24 nap. *Szamárhurut*: 21 nap. *Varicella* és *rubeola:* 18 nap. *Typhus, paratyphus* és *dysenteria*: 21 nap. *Meningitis cerebrospinalis:* 28 nap; ez az idő megrövidíthető, ha a 8 napos időközben végzett két bakteriologiai vizsgálat negativ eredményű. *Poliomyelitis:* 28 nap. A favusban, trichophytiasisban és trachomában szenvedők testvérei nem tiltandók el az iskola látogatásától.

A cholera Olaszországban. A hivatalos kimutatás szerint Olaszországban 1911 júniusban 588 choleraeset fordult elő 167 halálesettel; júliusban 2740 (1160 h.-e.), augusztusban 7567 (2929 h.-e.), szeptemberben 3455 (1246 h.-e.), októberben 1022 (363 h.-e.). Novemberben a cholera majdnem teliesen megszünt.

Személyi hirek külföldről. *V. v. Ebner,* a bécsi egyetemen a szövettan ny. r. tanára, 70. évét betöltve s ezzel elérve a korhatárt, nyugalomba vonul. — *K. Willmanns* dr., az ideg- és elmekórtan magántanára a heidelbergi egyetemen, rendkivüli tanári czímet nyert.

Hirek külföldről. Az olasz állam Messinában biologiai állomást szervezett a nápolyi Stazione zoologica mintájára. — Olaszországban *Meli* dr. kezdésére liga alakult, mely czélul tűzte ki, hogy kiküszöböli a kézszorítást, mely terjesztője a betegségeknek.

A hermaphroditismus ritka alakja. Unicumnak minősíthető hermaphroditismus-esetet ismertetett *Magnus Hirschfeld* dr. a Deutsche medizinische Wochenschrift 1912. évi 52. számában. Az illető egyén külső megjelenése tekintetében inkább nő. Jól fejlett emlői vannak s a külső és belső nemi szervei teljesen megfelelnek a női typusnak: rendes szeméremajkai, clitorisa, húgycsőnyílása van; az érintetlen hymen mögött rendes hüvely állapítható meg, melynek a végén kitapintható és tükörrel megállapítható a méh hüvelyrésze, a méhszáj és a rendesnél valamivel kisebb, szilvanagyságú előredőlt méh. S ez a látszólagos nő mégis férfi. Havibaja sohasem volt, gyermekkora óta viseletében és hajlamaiban inkább fiúnak mutatkozott, az ivarérés idején a hangja férfiassá lett s az ajkain meg az állán bajusz és szakáll kezdett serkedni; ugyanezen időtől kezdve az orgasmus alkalmával fehéres, tejszerű váladék távozik el tőle. *Hirschfeld* dr. a lehető legnagyobb ellenőrzés mellett és a megtévesztés minden lehetőségének kizárásával megvizsgálta ezt a váladékot és élénken mozgó ondószálakat talált benne. Hogy ez a váladék hol lép ki, az nem volt megállapítható. Az illető egyén azért fordult *Hirschfeld* dr.-hoz, hogy bizonyítványt állítson ki róla, melynek alapján férfinak nyilváníttathassa magát s így elvehesse barátnőjét, a ki különben teljesen tájékozva van „vőlegény"-e nemi szerveinek a minőségéről. *Hirschfeld* dr. a kért bizonyítványt a vizsgálat alapján megadta.

Göthe szeméről. *Goethe* szobrain és egyéb képmásain feltünők a nagy költő előálló, nagy szemei; a kortársai is ezt emelik ki az arczán mint a legszembeötlőbb vonást. Ennek ösmerjük most a magyarázatát is: az oka az, hogy a költő nagy fokban, legalább 6 D erejéig, de alkalmasint még erősebben közellátó volt. *Exner,* a bécsi physiologus mutatott erre legelőször reá s most *Dimmer* gráczi tanár is megerősíti ezt. *Exner* abból következtetett a nagy költő közellátására, hogy „Farbenlehre" czímű művében egy optikai kisérletet irt le, a melyből kiderül, hogy aggkorában is, a mikor alkalmazkodása már nem lehetett, szemét élesen be tudta állítani 1 m. távolságra. Több kortársa említi, hogy még 80 éves korában is szemüveg nélkül irt és olvasott, a mi szintén biztos jele a myopiájának. Szemüveget állandóan nem viselt, sőt sajátszerű előitélete volt a szemüveg viselése ellen, olyannyira, hogy ezt éreztette is azzal, a ki pápaszemmel — a szemüveg akkori egyedüli alakjával — az orrán jelent meg előtte. Ennek az ellenszenvének kifejezést is adott titkárával, *Eckermann*-nal szemben, a kinek 1830 április 5.-én a következőket mondotta: „Mi hasznom van az olyan embertől, a kinek beszéde közben nem nézhetek a szemébe, a kin a lélek tükrét egy pár vakító üveg homályosítja el." Hanem azért alkalmilag ő is csak reászorult a szemüvegre, lorgnette alakjában. A *Goethe*-től használt üvegek most is megvannak a weimari Goethe-muzeumban; az egyik arany-nyelű egyszerű nagyítóüveg, 6 D concav, 30 mm. átmérőjű, a másik szarunyelű kettős üveg, lorgnette, az üvegek erőssége 2 D concav. Csodálatos, hogy ez a nagy elme, a ki különben sokat foglalkozott az optikával, nem ismerte fel a szemüveg nagy jelentőségét. *Goethe* myopiájával függ talán az is össze, hogy feltünő tág pupillája volt; ezért mondták sokan a szemét feketének, holott biztosan tudjuk, hogy az irise barna volt.

Lapunk mai számához a *C. Raupenstrauch* czég **„Perdynamin-készítmények"** czímű prospectusa van mellékelve.

Mai számunkhoz *Balla Sándor* **„Vaginol"** és **„Neurolin Balla"** czímű 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. — Kitünő ellátás. — Telefon. **Mérsékelt árak.** — Kívánatra prospektus.

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA
belbetegek — **spec. szivbetegek** és üdülők részére.

Orvosi laboratorium: **Dr. SZILI SÁNDOR**, v. egy.tanársegéd. VII., Király-utcza 51. Telefon 157—71.

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

Dr. Doctor Kossuth Lajos-utcza 3. sz. (Telefon 697.) **Orvosi laboratoriumában** az összes diagn. vizsgálatokon kivül **autovaccin** előállításával is foglalkozik.

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.

ORVOSI LABORATORIUM **Dr. MÁTRAI GÁBOR** és **Dr. SAS BERNÁT** Telefon 26—96. **VI., Ó-uteza 39. sz.**
Vizsgálati tárgyak: Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.

Dr. GÁMÁN BÉLA Diaetás Intézete Volosca-Abbaziában
gyomor- bélbetegek, vesebajosok, czukorbetegek, vérszegények, lesoványodottak, lábbadozók, ideggyöngék, kimerültek részére. Diät. és physik. kezelés. Radiuminhalatorium.

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. GARA GÉZA, Meran. **Sanatorium.** Ujonnan átalakítva. **Prospectus.**

Tengeri sanatorium gyermekek és felnőttek részére Portoré
(Kraljevica) Fiume mellett. Modern intézet 10 ágygyal, villamos világitás, gőzfütés tengerivíztherapia, gyönyörü fekvés, kitünő ellátás, mérsékelt árak, két orvos.
Kérdezősködések csakis az igazgatósághoz kéretnek.

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII., Rákóczi-út 26. fidsz. 1. Telefon 112—95.

San Remo téli klimás gyógyhely az olasz Rivierán. A „Grand Hotel de Nice"-ben fekvőcsarnok, magyar ápolónő, magyar konyha, a „Continental Palace"-szálló minden emeletén meleg tengeri fürdő és magyar fürdős-ápolónő; a Grand Hotel Belle-Vue-ben diaet. konyha, „Villa Olympia" magyar ház, kellemes otthon fiatal leányok és egyedül utazó hölgyeknek. Felvilágositást készséggel nyujt **Czirfusz Dezső** dr. kir. tanácsos.

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (I. rendes tudományos ülés 1912 január 13.-án.) 133. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészi szakosztálya (IV. ülés 1911 nov. 9.-én.) 134. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(I. rendes tudományos ülés 1912 január 13.-án.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Fáykiss Ferencz.**

(Vége.)

Új gége- és orrgyógyászati műszerek.

Tóvölgyi Elemér: *Anthroskop-trocar.* Egyesitése a már ismert, a Highmor-üreg belsejének áttekintésére szolgáló anthroskópnak és egy erre reáilleszthető és megfelelő hajlással biró trocarnak azon czélból, hogy a Highmor-üreg bántalmaiban az üreg nyálkahártyáját mindjárt a próbapunctio megtétele alkalmával vizsgálat alá vehessük. A műszer bevezetése a sinusba az alsó orrjáraton keresztül egészen hasonló módon történik, mint a hogy a próbapunctiókor általánosan szokásos. Minthogy a trocar az anthroskop kiszélesedő alapjához és nem annak vékony csövéhez támaszkodik, vastagabb csontfalon is át tudunk hatolni a nélkül, hogy a műszer elgörbülésétől vagy törésétől kellene félnünk. Az anthroskop ablakának a beszennyezését vagy esetleges sérülését azáltal kerüljük el, hogy az anthroskopot ablakával befelé fordítva illesztjük a trocarba és az üregbe való behatolás után a trocarból egy-két milliméternyire visszahúzzuk és ablakával kifelé forgatva, újból visszatoljuk a trocar kúpszerű bemélyedésébe. Mindössze arra kell vigyáznunk, hogy a forgatást ne végezzük túlkorán, nevezetesen addig ne, míg az anthroskop ablakos része nincs benn az üregben. Ezt pedig azzal kerüljük el, hogy a Highmor-üreg csontos falán való áthatolás után addig toljuk nagy vigyázatosan befelé a trocart, míg az üreg külső falához érünk. Az anthroskop-trocar segélyével tehát mindjárt a probapunctio alkalmával megállapíthatjuk az üreg nyálkahártyájának kisebb vagy nagyobb elváltozását, a gyuladás fokát és faját, még akkor is, a mikor exsudatum teljesen hiányzik. Ha az üreget mindjárt a próbapunctio alkalmával ki akarjuk mosni, az anthroskopot a trocarból kihúzzuk, helyére megfelelő vastagságú kathetert tolunk és ezen át végezzük a kimosást. Műszeremnek olykor kiváló hasznáról nemrég egy esetben ismételten alkalmam volt meggyőződni. Az illető betegen egy év előtt Cooper-műtét végeztetett a jobboldali maxillaris üregen. A rendszeresen végzett mosásokra a bántalom egyideig szépen javult, de utóbb sűrű zöldes, és a mi addig egyáltalán nem volt, bűzös váladék kezdett mutatkozni, sőt olykor a befecskendezett folyadék, mintha valami akadályozta volna, egyáltalán nem tudott távozni az orrüregen keresztül. Miután a Cooper-műtétkor készített alveolus-csatorna szűkebb volt, semhogy rajta az anthroskopot be lehetett volna tolni, az anthroskop-trocar segélyével az alsó orrjáraton át vizsgáltam meg az üreget, a melynek alsó részében zöldes váladékkal fedett, itt-ott véres, máshol fehéres színű tömeget fedeztem fel. Az egész veszedelmesen hasonlított váladéktól belepett vattacsomóhoz. A többszöri mosás után újból bevezetett anthroskop-trocar most már határozottan kiderítette, hogy vattacsomó került az üregbe. Ezt tehát el kellett távolítani. De hogyan?! Az üreg nyálkahártyája egyáltalán nem volt annyira elváltozva, hogy nagyobb beavatkozást, például *Luc-Caldwel*-féle eljárást követelt volna meg. Én tehát mindenek előtt azon igyekeztem, hogy valamely műszer segélyével az alveoluson át húzzam ki a vatta-tömeget. Ez végül igen könnyen sikerült a fülpolypok eltávolítására szolgáló műszerrel. Meggyőződésem, hogy az üregbe becsúszott kaucsukcsöveket szintén el lehet távolítani az alveoluson keresztül, ha pedig valamely tömörebb anyagról van szó, mint például prothesis-nyúlványokról, akkor is az alveolus-nyílás kitágítása után ez a kis műszer megkímélhet bennünket a nagyobb beavatkozástól.

Módosított Killian-féle orrtükör. A *Killian*-féle rhinoskopia mediára szolgáló és ezért hosszú karokkal biró orrtükrön végezett módosításom első sorban a műszer egyszerűsítését czélozza, a mennyiben egy és ugyanazon fogantyúra az egyszerű orrtükörszárnyak mellett a *Killian*-féle hosszú karok egész sorozatát alkalmazhatjuk. Minthogy a *Killian*-féle orrtükröknek még a gracilisebb változatai is aránylag túlságosan széles karokkal bírnak, ez utóbbiak mellé még az eredeti *Killian*-féle hosszúságban, de ennél rövidebb, mindössze egy milliméter széles karokat is készíttettem, hogy a tükör gyermekeken, avagy szűkebb orrüreggel biró egyéneken is alkalmazható legyen. Eme vékony karokkal a középső kagyló és az orr oldalsó fala avagy a túltengett bulla ethmoidalis és középső kagyló közötti szűk réseket, a felső orrjárat hátulsó részét stb. alaposan áttekinthetjük.

Új hangszálkés. Ez az új hangszálkés arra szolgál, hogy a hangszál felületén levő kis daganatokat, mint például a hangszálszemölcsöket, lehetőleg a hangszál nyálkahártyájának a megsértése nélkül eltávolíthassuk. E végből a sarlóalakú kés a lapjával vízszintes helyzetben fekszik, úgy hogy a hangszál felületéről csak azt távolítja el, a mi kiemelkedik. Főleg oly esetekben hasznos ez a műszer, a melyekben például a hangszálszemölcs rendkívül kicsiny, úgy hogy nem tudunk hozzáférni. Eddig két énekesnőn távolítottam el vele hangszálcsomót, olyan sikerrel, hogy a műtét után két nap mulva az illetők már újból működhettek. Szóval a beavatkozás oly kicsiny, hogy egyáltalán nem félhetünk a műtét következtében beálló nagyobb reactiótól. Készítettem egy verticalis irányban álló sarlókést is, ha a szemölcs inkább a hangszál szélén fekszik, ez utóbbi műszeremet azonban ezideig még nem volt alkalmam kipróbálni.

Módosításom a fogantyún abból áll, hogy az elején mindkét oldalon két félgyűrűt alkalmaztam, a melyek hajlásába a mutató- és középujj beléfekszik; a fogantyú végén lévő vályúszerű bemélyedés arra szolgál, hogy a hüvelykujj is támasztékot nyerjen. Az ily módon előálló karomszerű tartással a műszer sokkal inkább a hatalmamban van, a műtétet finomabban és nagyobb könnyedséggel vihetem véghez, mint a régi fogantyú segélyével, a melyet marokra kell fogni, és a mely a kéznek sehol sem nyujt biztos támpontot.

Orrmelléküreg-genyszívó orrtükör. Czélja az empyemák és mindenfajta orrgenyedés diagnosisának a megkönnyítése. Maga a műszer teljesen a pneumatikai fültölcsér mintájára van készítve azzal a különbséggel, hogy az orrüregbe kerülő cső ez utóbbi méreteihez alkalmazkodik. A különböző nagyságú orrnyílások miatt ezt a csövet háromféle nagyságban készíttettem. Nagy előnye a műszernek, hogy az orr melléküregeinek kiszívása közben az orrüreget szemünkkel ellenőrizhetjük és így minden esetben pontosan megállapíthatjuk, hogy az orrüreg mely részében jelentkezik a szívás alkalmával a genyes váladék. A régi methodus szerint, főleg ha a melléküregekből kifelé törekvő geny nagyobb mennyiségű volt, már a szívás pillanatában úgy ellepte a váladék az orrüreg nyálkahártyáját, hogy az utólag eszközölt orrtükrözéskor a váladék eredetét nem lehetett pontosan megállapítani. Az eljárás a következő: Mindenekelőtt a genyszívó üveglapját láng felett kellően megmelegítve, a tölcsérrel hosszabb gummicsövön összeköttetésben lévő ballont a jobb kezünkkel összenyomjuk és ezek után a tölcsért a bal kézzel a vizsgálandó orrnyílásba betoljuk annyira, hogy lehetőleg légmentesen zárjon. Ezzel egyidejűleg bal kezünk szabadon maradt három ujjával az orrhát felett átnyúlva, a másik oldali orrszárnyakat az orrsövényhez nyomjuk, hogy így az orrüreget teljesen elzárjuk. A beteget még felszólítjuk, hogy a szájon keresztül nyugodtan lélegezzen és ekkor a ballon nyomásával felhagyunk. Ha szükséges, ebben a helyzetben a ballon megnyomásával és elengedésével egymásután többször is végezhetjük a genyszívást, feltéve, hogy a tölcsér üvegablaka előzőleg eléggé meg

volt melegítve. Ellenkező esetben a reácsapódó pára akadályozza látásunkat. Hogy a műszerrel mily erős szívóhatást lehet kifejteni, azt saját magán mindenki kipróbálhatja.

Végezetül még új *mandulametsző műszeremre* hívom fel a figyelmüket. Ez a műszer oly esetekben alkalmazandó, midőn a túltengett mandulák oly alakkal bírnak, hogy a közönséges guillotinszerű tonsillotom a műtétre nem alkalmas. Előáll ez az eset akkor, ha a garatba betüremkedő mandula nem gömb-, hanem inkább hengeres vagy keskeny kúpalakú. Készültek ugyan erre a czélra már különféle mandulametszők, ám ezeknek az a közös hibájuk, hogy félköralakú metszőfelületük a függélyes és nem vízszintes irányban mozog és így működésüket a szájpadívek akadályozzák; másrészt a mandula is többnyire kicsúszik a két egymásba csapódó vágófelület közül. Az én mandulametszőmön, azzal, hogy a vágófelület elölről hátrafelé mozog és hogy ez utóbbi nem félgömb-, hanem inkább tojásalakú, ezek a hátrányok ki vannak küszöbölve.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészi szakosztálya.

(IV. ülés. 1911 nov. 9.-én.)

Elnök: **Illyés Géza.** Jegyző: **Lobmayer Géza.**

(Folytatás.)

Fél év óta fennálló csípőizületi ficzamodás helyretevése véres úton.

Dollinger Gyula: A 11 éves fiú folyó év április havában, valószínűleg osteomyelitis folytán, heveny csípőizületi gyuladást kapott, a mely spontan luxatióval végződött. Hátulsófelső ficzamodás volt jelen.

Hátulsó metszéssel hatolt be. A fejecs porczszövetének körülbelül a fele hiányzott. Az acetabulum színig ki volt töltve tömött kötőszövettel, melyet kimetszett. Ezek után a repositio circumductióval megtörtént. A seb teljesen elzáratott. Gyógyulás per primam.

Másfél éves hátulsó-felső csípőizületi ficzamodás helyretevése véres úton.

Dollinger Gyula: A 15 éves fiú 1910 november 3.-án, valószínűleg fertőző csontvelőgyuladás után, bal csípőizületi ficzamodást kapott. Műtét 1911 junius hó 21.-én. Behatolás hátulsó metszéssel. A fejecs porczborítékának elülső fele hiányzik, finom kötőszövetes hártya pótolja. Az acetabulumot heges kötőszövet tölti ki, melyet a bemutató onnan kimetsz. A repositio circumductióval történik, s nem okoz igen nagy nehézséget. A seb teljes elzárása, gipszkötés. Gyógyulás per primam.

A műtét után felvett Röntgen-kép azt mutatja, hogy a fejecs jól a helyén van. Négy és fél hónappal a műtét után a beteg czombját teljesen kinyujtja, mintegy 140 fokig behajlítja, mintegy 10—15 foknyira abdukálja, s kevéssé rotálja. Az augusztus hó 30.-án történt Röntgen-felvétel alkalmával az izület körül nem lehet látni csontképződést.

Tizenegy hetes hátulsó-felső erőművi ficzamodás helyretevése véres úton.

Dollinger Gyula: A 24 éves férfi zsákhordás közben elesett és kificzamította a jobb csípőizületét.

Műtét 1911 október 26.-án hátulsó metszéssel Az acetabulumot heges kötőszövet tölti ki, melyet elevatorral könnyen sikerül kiemelni. Utána circumductióval könnyen helyreteszszük a fejecset. A seb teljes zárása. Gyógyulás per primam.

Két héttel a műtét után eltávolítjuk a gipszkötést. A csípőizületben minden irányban csekély mozgás észlelhető.

Egy esztendős erőművi eredetű luxatio obturatoria helyretevése véres úton.

Dollinger Gyula: A 36 éves férfin a véres helyretevés 1911 év szeptember 20.-án történt hátulsó bemetszéssel. Az acetabulum körül sok letörött csontdarabka.

Az acetabulumot heges kötőszövet tölti ki, a porcz boritéka megvan. A fejecshez hátulról hozzáférni nem lehet, azért a bemutató a csont hátulsó felületén direct reámetsz, erős heges összenövéseiből kiszabaditja, azután circumductióval könnyen reponálja. A fejecs porczborítéka megvan, de a nyakat sok osteophyta borítja. A seb teljes zárása. Gyógyulás per primam. Hat héttel a műtét után a beteg bottal jár, csípőizületét teljesen kinyujtja. Csípőizülete mozgatható, de ezen mozgékonyság meglehetős csekély. A beteg még erőművi kezelés alatt áll.

Gyomorperforatio operált esete.

Dollinger Gyula: Az 54 éves férfi négy év óta szenved a gyomrára. Az utóbbi időben nyelési nehézségekről panaszkodott. Folyó év október 16.-án este hirtelen erős fájdalmakat kapott a gyomra tájékán. Műtét október 17.-én. Ekkor a gyomor kis görbületét 1—2 mm. vastag, friss fibrinosus izzadmány fedte, melyet eltávolítva, a görbület legmagasabb részén, a cardiába való átmenetel helyén a gyomor fala mintegy 4—5 cm. hosszúságban és 3 cm. szélességben üszkös. Ezen hely közepén egy kis helyen gyomornedv szivárog elő. A bemutató az üszkös részt reszekálta. Ezen helyről a cardia irányában a gyomor rétegei között phlegmone terjed fel körülbelől a diaphragmáig. Ezen phlegmonosus csíkokat sorra feltárta, a gyomor sebét bevarrta, a hasseb felső részét nyitva tartotta, s azon át a kötést naponta kétszer megváltoztatta. A beteg már a műtét előtt annyira ki volt merülve, hogy semmi gyógyhajlam sem mutatkozott, minek folytán a hasseb összevarrt része kétszer is szétvált. Minthogy az üszkös hely tájékán gyomorsipoly fejlődött, a melyen át a táplálék nagy része kifolyik, valószínűleg jejunostomiára lesz szükség.

A sigmabél resectiója átfúródó diverticulitis miatt.

Dollinger Gyula: Az 56 éves férfi hosszabb idő óta szenved csikaró fájdalmakban, a melyek részint a hólyag tájékán, részint a hasa bal felében jelentkeznek.

Folyó év október 8.-án körülirt peritonitis tüneteivel jött a klinikára.

A has középvonalában nagy érzékenység volt s itt tömött izzadmányt lehetett kitapintani.

Az október 15.-én végzett műtét kiderítette, hogy a flexura sigmoidea egyik appendix epiploicája erősen meg volt duzzadva és friss fibrinosus izzadmánynyal a vékonybélhez tapadva. Az appendix epiploica lemetszetvén, kitünt, hogy a flexura sigmoideának mintegy 2 mm. átmérőjű diverticulumja nyúlik belé. A flexura sigmoideából egy ékalakú darabot metszett ki, a melyen egymástól mintegy $^1/_2$ cm. távolságban három diverticulum foglalt helyet. Ezek közül a középsőben rejlett a perforált diverticulitis oka. Gyógyulás per primam.

Makai Endre: *Herczel* osztályáról néhány hasonló esetről számol be.

Az első esetben carcinoma sigmoideaet vettek fel s ezért történt a behatolás. Kiderült, hogy diverticulitis van jelen 40–50 borsónyi kitüremléssel. A beteg meggyógyult.

A második esetben 58 éves férfiről volt szó. Peritonitis diffusa, baloldalt különös érzékenység. Perisigmoiditis, eves tályog és még két helyen tályog. A beteg meghalt. A bonczolás kiderítette, hogy diverticulitis esete forog fenn. A harmadik eset 64 éves férfi; ez esetben tudomásom szerint először történt élőben a diverticulitis diagnosisa. Baloldalt évek óta fennálló fájdalmas daganat, mely peritonitist nem okozott. Laparotomia. Perforatióból eredő körülírt tályog. Sipolyszerű járatok a mesocolonig. A beteg pyelonephritisben halt meg. A pontos vizsgálat kiderítette, hogy mucosa-herniákkal állunk szemben, tágult nyiroküregekkel és nyirokfelhalmozódásokkal.

Néha visszafelé kell a diagnosist megcsinálni, mint egy negyedik esetben, a melyben a felvett carcinoma sigmoideae kiterjedt volta miatt lemondtunk az operálásról. Az illető még 9 évig élt, valószínűleg diverticulitis volt.

A húgycső traumás szűkületének resectióval gyógyult esete.

Dollinger Gyula: A 28 éves férfi három hónappal a műtét előtt szénakazal tetejéről a gáttájékával létra fokára esett; utána véreset vizelt, majd néhány napig vizeletrekedésben szenvedett s azóta csak cseppekben tud vizelni.

A betegnek a pars membranacea urethraejében átjárhatlan szűkülete volt. Ezen szűkület hosszúságát akként határoztuk meg, hogy bismuth-pépet fecskendeztünk be nagy

erővel és nyomással a szűkületen keresztül. Az árnyék 3 cm. hosszú szűkületet mutatott, a melyet gáttáji metszéssel kimetszettünk, s az urethra két végét finom selyemfonalakkal összevarrtuk. Gyógyulás per primam.

Állandó katheter nyolcz napig volt a hólyagban, azóta szabadon vizel.

Neuralgia brachialis nyakcsigolyagyuladás után.

Holzwarth Jenő: Az 56 éves nőbetegen 11 hónap előtt a jobb felső végtagba kisugárzó fájdalmak jelentek meg, melyek mindinkább fokozódtak, úgy hogy jobb karját e fájdalmak miatt egyáltalában nem tudta mozgatni.

A fájások szúró, szaggató jellegűek voltak és sokszor rohamok alakjában jelentkeztek. A jobb felső végtag izmai gyengültek, de különösen feltünő a gyengülés az alkar hajlító izmain és a kéz kis izmain. Az izomzat ennek megfelelően atrophiás, ingerlékenysége farádos áramra csökkent, de ezen árammal az ideg felől ingerelhető. Direct galván-áramra az összehúzódások renyhébbek. Az idegtörzsekre gyakorolt nyomáskor a nervus ulnaris és medianus mérsékelten, a nervus radialis erősen fájdalmas. Ezen tünetekből a plexus brachialisnak nyomás okozta neuralgiáját kellett felvenni s ennek oka csakugyan meg is volt található egy a nyak alsó részének jobb oldalán, közvetlen a csigolyák mellett fekvő tályog alakjában, melyből próbapunctióra híg, sok törmeléket tartalmazó geny ürült és a mely további vizsgálatkor gümősnek bizonyult.

A Röntgen-képen a legerősebb elváltozás az I. hátcsigolya proc. transversusán látható egy a csonton átvonuló hézag alakjában; egyébként az V., VI. és VII. nyakcsigolya harántnyúlványai és ívei nem oly élesek, mint az ép bal oldalon.

Ezen esetben tehát a kifejezett brachialis neuralgia oka gyanánt a gümős lobtermény okozta nyomást kellett felvenni. A brachialis neuralgiák *Oppenheim* szerint a legkülönfélébb okokból állhatnak elő. Nem tekintve az igazán ritka ú. n. idiopathiás neuralgiát, nagyon gyakran ideges vagy hysteriás alapon állanak be. Máskor bizonyos diathesisekhez (diabetes, urátos diathesis) társulnak. Sok esetben intoxicatiókra (alkohol, ólom) vagy fertőző betegségekre (typhus, malaria, influenza) vezethetők vissza. A sebészt azonban inkább azon alakok érdeklik, melyekben a plexus brachialisra gyakorolt nyomás az oka a neuralgiás fájdalomnak s ezek a lueshez, a tuberculosus csigolyagyuladáshoz, a daganatokhoz társuló neuralgiák. A bemutatott esetben, a mint a műtét is igazolta, a nyakcsigolyák ívein és harántnyujtványain székelő gümős csontgyuladás termelte exsudatum volt az oka a neuralgiás fájdalmaknak. A spondylitishez társuló ilyen ideges zavarok rendesen nyomási myelitis képében jelennek meg s ritkák azok az ideges tünetek, melyek a tályognak a gerinczcsatornán kívül okozott nyomásától állanak elő. Ez utóbbiak azonban könnyebben is gyógyíthatók, mert a geny kibocsátása után szinte egy csapásra elmulnak, mint azt az utolsó sebésztársasági nagygyűlésen *Bakay* néhány esetével demonstrálta. A bemutatott esetben a bemutató *Dollinger* tanár megbízásából a tályogot tágan feltárta, minden gümős szövet alapos eltávolítása után az üreget jodoformporral kidörzsölte és a sebet bevarrta. A seb per primam gyógyult. A neuralgiás fájdalmak rögtön a műtét után megszüntek s azóta szünetelnek, mert a még meglévő csekély fájások távolról sem oly intensivek, mint a milyenek a műtét előtt voltak.

Lobmayer Géza: A budakeszi Erzsébet-sanatoriumban egy alsóvégtagneuralgiához hívták, melynek okát nem tudták megállapítani. Szóló vizsgálata szerint a gerinczoszlop nyaki része oldalt kissé korlátoltan mozgott és a Röntgen-kép a IV. nyakcsigolya testében mogyorónyi góczot mutatott főként a canalis felé és ez chronikus meningitist okozott. Tályog a szájüreg felől nem volt tapintható. *Dollinger* tanár klinikájára felvették spondylitis cervicalis miatt, kötéssel kezelik s erre a neuralgia javul.

Bakay Lajos: Azt hiszi, hogy a neuralgiákkal járó spondylitisek eredete más, mint a közönséges spondylitiseké. Nem a csigolyatesteken, hanem a nyúlványokon keletkeznek és sokkal könnyebben gyógyulnak. Egy 6 éves fiú hátcsigolyája 4—5 helyen folyt. Szondával a harántnyúlványon és íven volt kóros elváltozás, melyet kanállal kiemelt. Süllyedéses tályog nem volt. Két hasonló esetben látott a szóló intercostalis neuralgiát.

Holzwarth Jenő: *Bakay* hozzászólására megjegyzi, hogy szintén jobbindulatunak tartja azon tuberculosus csigolyafolyamatot, mely a csigolyák függelékein (proc. transversuson, csigolyaíven stb.) jelentkezik, mint a csigolyatesteknek ilyen megbetegedését; az előbbinél a képződött tályog nem szokott sülyedni, hanem az elváltozás gócza körül gyűlik meg a geny s ez okozza az idegnyomás-tüneteket. Ebben a körülményben keresendő az oka azoknak a hirtelen javulásoknak, melyeket az ily esetekben úgyszólván rögtön a műtét után észlelünk.

Struma malignum recidivans műtett esete.

Gergő Imre: A bemutatott beteg 64 éves nő, a kinek nyakán ezelőtt 7 évvel daganatot operáltak, a mely állítólag 16 év óta lassan nőtt. Ezen műtét után 3 évvel, szóval 4 év előtt a daganat ismét nőni kezdett, sipoly is képződött, 2 év óta pedig a daganat gyorsabban fejlődött.

A beteg felvételekor az első számú sebészeti klinikára a nyaknak jobb oldalán és a középvonalban gyermekfejnyi nagyobbodás látszott. A daganat a bőrrel összenőtt; alapja a gégével, légcsővel, valamint a nyak jobb oldalának képleteivel összekapaszkodott, úgy hogy csak ezekkel együtt oldalirányban volt elmozgatható. A jobboldali valódi hangszalag nem mozgott.

A műtétet *Dollinger* tanár megbízásából a bemutató végezte 1911 október 28.-án, novocain-érzéstelenítés mellett. A sipolyt haránt ovalis metszéssel körüljárta és a gyermekfejnyi daganatot tokjával egészében kifejtette.

E czélból mindenekelőtt arra törekedett, hogy a kifelé eltolt nagy ereket, a vena jugularist, az arteria carotist a nervus vagussal együtt, úgyszintén a nervus recurrenst is a velük összekapaszkodó daganattól izolálja. A mikor ez sikerült, a nagy erek alatt kifelé és hátrafelé terjedő daganatot a nagy erek alól kibuktatta, lekötötte az arteria és vena thyreoidea superiort és inferiort, a daganattal összenőtt jobboldali glandula submaxillarist eltávolította, a daganatot a glandula thyreoidea jobb lebenyével együtt a tracheáról és larynxról lefejtette, végül pedig substernalis részét izolálta és főtömegével együtt kiirtotta. A sebet gazecsíkkal drainezte, egyébként összevarrta.

A varrat helyén a seb mindenütt per primam gyógyult, a drainezés helyén tiszta sarjadzás indult meg.

A kiirtott daganatot mindenütt szívós kérges kötőszöveti tok határolja. Ezen tokból hasonló szövetből álló nyúlványok terjednek a daganat szövetébe, a melyek a daganatot egyes szigetekre osztják; ezek nagyobbrészt morzsalékony, könnyen kikaparható, már a metszéslapon is velősnek, bolyhosnak látszó szövetből állanak. A bolyhos szövet a tokot sehol sem töri át és így a szomszédos szövetekre nem terjed.

A daganatból készült szövettani készítmény azt mutatja, hogy a tumor papilloma malignum (Langhans), még pedig ennek tömör typusa. A bolyhok felületét alacsony hengerhám, helyenként köbhám fedi, néhol a hám szabálytalanul több rétegűvé válik és a bolyhok alapszövetébe terjed. Elszórtan magoszlásalakok is látszanak.

Az eset érdekes két szempontból:

1. A struma-rák ily papillosus alakja ritkább, a mint azt különben *Verebély Tibor* a Budapesti Királyi Orvosegyesület 1909 november 6.-i ülésén egy analog eset bemutatása alkalmával hangsúlyozta. Az epithelialis struma malignának *Langhans* hét faját különbözteti meg. Ezeknek egyik legritkább faja a papilloma, a melynek ismét tömör és cystás alakját ismerjük. Az I. sz. sebészeti klinikán 1904-ben *Dollinger* tanár struma maligna esetét operálta, a melyben a szövettani lelet szintén papillomás szerkezetű carcinomát mutatott. Hozzávéve *Verebély* eseteit, az itt közölt esetet és az irodalom idevonatkozó casuistikáját, a struma tömött papilloma malignumának eddigelé összesen mintegy 20 esetét ismerjük. Cystás papillomás struma carcinomatosát eddigelé szintén körülbelül hasonló számban közöltek, egyet *Dollinger* tanár klinikáján a mult évben *Navratil Dezső* operált.

2. Ezen carcinomás, tehát szövettanilag evidensen rossz-

indulatú daganat klinice aránylag jóindulatú volt, a mennyiben az első műtét után csak hosszú időre (körülbelül 3 évre) recidivált, ekkor is csak lassan (4 év alatt) nőtt meg az ismertetett terjedelemig, ekkor sem törte át a tokot és kimutatható metastasisokat nem okozott.

Pólya Jenő: A szóló operálta 7 év előtt, de oly nagyok voltak a nehézségek, hogy abbahagyta az operálást és bevarrta. Örvend, hogy 7 év után operabilis állapotba került úgy, hogy a műtétet végre lehetett hajtani.

(Vége a jövő számban.)

PÁLYÁZATOK.

479/1912.

Komáromvármegye csallóközi járásához tartozó Kamocsa és Szimő községekből, Kamocsa székhelylyel szervezett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmazása:

1. évi 1600 korona fizetés, 5 évenként 200 korona, nyugdíjba beszámítandó korpótlék;
2. addig, a míg természetbeni lakás nem lesz, 400 korona lakbérátalány;
3. 250 koronával megváltható természetbeni fuvar, melyért hetenként kétszer a 6·31 km. távolságra levő Szimőn megjelenni tartozik;
4. vágatási és halottkémlési díjak;
5. a megállapított szabályrendeletszerű látogatási és rendelési díjak.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **folyó évi február hó 29.-éig** annál is inkább nyujtsák be, mert a később beérkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választási határnap kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Nemesócsa, 1912 február 3.

Dávidházy János, tb. főszolgabíró.

Kötelek 4000 lélekszámú nagyközség (Jász-Nagykún-Szolnokmegye) **községi orvosi állása** üresedésbe jött. Az állás **azonnal** betölthető, főszolgabíróhoz címzett pályázati kérvény az előljáróságnál benyujtható. Készpénzfizetés 2400 korona, 5 szobás új lakás, megfelelő kerttel. A megválasztandó orvosnak nagy mellékjövedelemre is van kilátása.

1146/912.

Az aradi kerületi munkásbiztosító pénztár igazgatóságának f. évi február 5.-én hozott határozata értelmében pályázatot hirdetünk a pénztárnak évi 4800 korona fizetéssel és 1280 korona lakpénzzel javadalmazott **főorvosi állására.**

Az állás a szervezésére vonatkozó határozat jóváhagyása után az igazgatóság által történő választás útján töltetik be. A megválasztott főorvos egy évi szolgálat után, a mennyiben ez három hónappal a lejárat előtt fel nem mondatnék, hivatalból véglegesíttetik és ötévenként hivatalból lép elő a 600—600 koronával magasabb fizetéssel járó fizetési fokozatba.

A pénztár igazgatóságához címzett pályázati kérvények benyujtásának határideje **1912. évi márczius hónap 10. (tizedik) napjának déli 12 órája.** A pályázati kérvényhez melléklendő az orvosi oklevél és a törvényhatósági kihirdetés igazolása, a magyar állampolgárságot igazoló születési bizonyítvány, továbbá hatósági vagy pénztárorvosi bizonyítvány arról, hogy pályázó teljesen egészséges és végül annak igazolása, hogy legalább három évet sikeresen szolgált az országos munkásbetegsegélyző és balesetbiztosító pénztárnál vagy valamely kerületi pénztárnál. Az 1907 : XIX. t.-cz. 110. §-ában vagy a pénztár orvosainak szolgálati és fegyelmi szabályzata 6. §-ában felsorolt, az alkalmazást kizáró okok fenforgása esetén a megválasztott az alkalmaztatási viszony megszüntetéséből kifolyólag a pénztárral szemben jogigényeket nem támaszthat.

A választásnál előnyben részesülnek azok, a kik az aradi pénztárnál teljesített sikeres működést igazolnak.

A megválasztott köteles a pénztár jóváhagyott szolgálati és illetményszabályzatait magára nézve kötelezőknek elismerni. Teendőinek részletes felsorolását a megalkotandó orvosi ügyrend fogja tartalmazni.

Az állás a választás jogerőre emelkedése után nyomban elfoglalandó.

Arad, az aradi kerületi munkásbiztosító pénztár igazgatóságának 1912. évi február 5.-én tartott üléséből:

Bak Sándor
ügyvezető-igazgató.

Reinhart Gyula
igazgatósági elnök.

182/912.

Békés vármegye közkórházának sebészeti osztályán egy **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

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

Folyamodni szándékozókat felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló bizonyítványokkal felszerelt kérvényeiket méltóságos *id. Kéry Gyula* úrhoz, Békés vármegye főispánjához intézve, hozzám **1912. évi február hó 29.-éig** küldjék be.

Gyula, 1912 február 12.

Békés vármegye közkórháza igazgatója.

401/912. sz.

A borosjenői községi orvosi állás betöltése végett f. évi február hó 2.-án kelt 401/912. számú pályázati hirdetmény hiányos szövegezés miatt ezennel hatályon kívül helyeztetik és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 3. §-a alapján rendszeresített borosjenői **községi orvosi állásra** jelen pályázati hirdetmény bocsáttatik ki.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvostudori oklevéllel, eddigi szolgálatukat vagy gyakorlatukat igazoló okmánynyal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **folyó év márczius hó 1.-éig** nyujtsák be.

Az állás javadalmazása:

1. Az 1908 : XXXVIII. t.-cz. 10. §-ában megállapított évi 1600 K törzsfizetés.
2. A község által előleges évnegyedes részletekben fizetendő 600 K lakbér.
3. A hivatkozott t.-cz. 15. §-a értelmében négy ízben ismétlődő 200 K ötödéves korpótlék.
4. Hatóságilag megállapított látogatási díjak.

A megválasztandó orvos az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 5. §. 2. pontja alapján Borosjenő községhez csatolt, de egészségügyi körbe be nem osztott Apatelek, Sikula, Garba, Marót és Csigérgyarmat községekben is köteles az orvosi teendők ellátására.

A választást Borosjenő községházánál később megállapítandó határnapon fogom megtartani.

Borosjenő, 1912. évi február hó 11.-én.

Borsos Géza, főszolgabíró.

478/1912.

Komáromvármegye csallóközi járásához tartozó, csallóközaranyosi orvosi körben, a melyhez Csallóközaranyos székhelyen kívül Megyercs, Keszegfalva, Örsújfalu, Ekel és Nagykeszi községek tartoznak, megüresedett **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10—23. §-a szerint megállapított 1600 korona törzsfizetés és esedékes korpótlék.
2. Természetbeni lakás és kert.
3. 600 koronával megváltható természetbeni fuvar, melyért hetenként egyszer tartozik a kör községeit látogatni.
4. Szabályrendeletszerű rendelési, beteglátogatási és halottkémlési díjak.

A körorvos kézigyógytár tartására köteles.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **folyó évi február 29.-éig** annál is inkább nyujtsák be, mert a később beérkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választási határnap kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Nemesócsa, 1912 február 3.

Dávidházy János, tb. főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

Tinctura Ferri Athenstaedt

0.2% Fe.

Tinctura Ferri Athenstaedt arsenicosa

0.2% Fe. + 0.004% As_2O_3

a legelőbb Athenstaedt által a német szabadalom szerint előállított tiszta alkalimentes vasacecharatumot tartalmazzák, nagyon könnyen rosorbeálhatók s a gyomor-béltractust absolute nem izgatják. Athenstaedt vas- és arsenvas-készítményei kellemes aromatikus ízűek és kiváló stomachikus és tonizáló hatással bírnak.

Irodalmat és díjtalan mintaadagokat készséggel küldünk az orvos uraknak.

ATHENSTAEDT & REDEKER, vegyészeti gyár.

HEMELINGEN, Bréma m.

Főraktár Magyarország részére: **Csillag gyógyszertár, Budapest, VII., Rákóczi-út 39.** (József-körút sarok.)

56. évfolyam. **8. szám.** *Budapest, 1912 február 25.*

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.

Áldor Lajos: A bélendoskopia technikájáról, indicatiójáról és az endoskopiás kezelésről. 138. lap.

Tezner Ernő: Közlemény a budapesti Fehérkereszt-gyermekkórház belosztályából. Főorvos: Berend Miklós dr., egyet magántanár. A fájdalom a Heine-Medin-betegség (poliomyelitis acuta) kórképében. 142. lap.

Wein Manó: A gümőkóros fertőzés megállapítása és gyógyítása antitoxikus szerekkel. 143. lap.

Verzár István: A salvarsan alkalmazásmódja és therapiai értéke a syphilis gyógykezelésében. 146. lap.

Longauer Kálmán: Contagium-e a skarlát vagy nem. 148. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Franz Kuhn:* Die perorale Intubation. — Uj könyvek. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. E. Pfeiffer:* Az Esbach- és Aufrecht-féle mennyileges fehérjemeghatározás hibái. — *Marchand:* A savmérgezés kezelése. — *Belorvostan. Eichhorst:* A Werlhof-kór nephritises alakja. — *Köster:* A pleuritis és a gümőkór közötti összefüggés. — *Beltz:* A pneumonia serumtherapiája. — *Sebészet. Kocher:* A Basedow-betegség sebészi kezelése. — *Gyermekorvostan. Langstein:* A csecsemőkori táplálkozási zavarok körlényege. — *Langstein:* A vas szerepe a természetes és mesterséges csecsemőtáplálásban. — *Bőrkórtan. O. Sachs:* urotropinnak a dermatologiában való alkalmazása. — *Venereás betegségek. J. Müller:* Az antilueses therapiának befolyása a késői syphilissel kapcsolatos Wassermann-reactióra. — *Levaditi:* A Wassermann-reactio. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Bachem:* Codeonal. — *Rose:* Digitalis-készítmények. — *Rosenfeld:* Glykoheptonsavlakton. 149—152. lap.

Magyar orvosi irodalom. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 152. lap.

Vegyes hirek. 152—153. lap.

Tudományos társulatok. 154—156. lap.

Lord Joseph Lister †.

Ez év februárjának 12.-én szükszavú távirat hozta Londonból a hirt, hogy néhai *Viktória* angol királynénak hosszú éveken át volt orvosa: *Lord Joseph Lister* február 10.-én 84 éves korában meghalt.

Fényes csillag tűnt le sebészetünk egéről!

Joseph Lister az 1827. évben született Upton-Essexben London közelében, hol atyja, *Jackson J. Lister* borkereskedő volt. A trickenhami quaker-iskolában nyerte első kiképeztetését s azután orvosi tanulmányait a londoni egyetemen végezte, a hol 1852-ben orvosdoctorrá avattatott. Rövid ideig a londoni egyetemen mint tanársegéd volt alkalmazva s azután Edinburghban telepedett le, hol kezdet óta kedvelt tanulmányainak, a sebészetnek s az akkori időben nagyobb belterjességgel űzött mikroskopos vizsgálatoknak szentelte minden idejét *Syme* hírneves sebésztanár klinikáján, melynek működését és *Syme* előadásait az 1854/55. téli félévről nyomtatásban is közölte. Utóbb mint magántanár maga is tartott sebészeti előadásokat az egyetemen. Ezen időből származnak szövettani dolgozatai a szivárványhártya izomszövetéről, a bőr izomrostjairól, a simaizomelemek, az idegrostok szerkezetéről stb., melyek értéke azon időkben már méltánylásra talált az irodalomban. Az 1860. évben 33 éves korában a glasgowi sebészeti tanszékre kapott meghívást s itt végezte azon fontos tanulmányokat, melyek alapján világhírét megalapító tanait felépítette. Az 1870. évben ismét Edinburghban találjuk a sebészeti tanszéken, hol apósának, *James Syme* Esq.-nek utóda lett. Az 1877. évben a londoni Kings College sebészeti tanszékét foglalta el és azon működött az 1892. évig, mikor nyugalomba vonult s magánéletet kezdett. Magától érthető, hogy ily kiváló tevékenység mellett élete külső sikerekben sem volt szegény. 1883-ban baronet és 1887-ben lord lett. Elnöke, dísztagja, tiszteletbeli tagja volt sok tudományos társulatnak és díszdoktora sok egyetemnek, birtokosa sok magas kitüntetésnek hazája és a külföld részéről.

Legfőbb külső sikere azonban az, hogy a mai sebészet megalapítóinak egyik legkiválóbbja s az emberi nem jóltevőinek egyik legkiválóbbja, ki az emberiséget hálára kötelezte maga iránt az idők végéig.

A gyakorlati és műtősebészetnek, a sebkezelésnek azon alapos átalakulása, melyet az utolsó félszázadon át átéltünk, *Pasteur*, *Semmelweis* és *Lister* tevékenységének köszönhető.

A mit *Pasteur* laboratoriumi tanulmányai alapján a szerves chemia, a kórtani aetiologia javára tett, a mit *Semmelweis* éles megfigyelőképességével empirice az anyák javára gyümölcsöztetett, azt alkalmazta kitartó búvárkodás és gyakorlati gondolkodás által *Lister* az orvosi gyakorlat s kivált a sebek körüli elbánás terén.

Nem csodálhatjuk, ha az új sebgyógyításmód ismerete mellett *Pitha* bécsi sebészettanár úgy nyilatkozott, hogy most már a betegek vérmérgezésben nem halhatnak meg s ennélfogva milyen öröm ezentúl sebészetet űzni.

Lister érdeme — kinek kell ezt még ma felemliteni! — a sebgyógyítás mai módjának a kiképzése s ajánlása. Azon tanulmányokat, mikre az új sebgyógyítástant alapította, az 1860. és 1867. évek között végezte s 1867-ben közölte első kisérleteit a szövődményes csonttörésekről s azok genyedésének elhárításáról. Már ezen közlemény is nagy feltünést keltett s az ajánlott *karbolpasta*-val készítendő kötést a continens mohón felkarolta. Alapos átalakulást okozott azonban az 1870. évben tett közleménye: az antiseptikus sebkezelésmód hatásáról a sebészeti osztályok gyógyulási viszonyaira, mely dolgozatban methodikus eljárását a műtét és a sebkötözés körül részletesen ismertette. *Lister* sebkezelésmódja s annak alapelve oldotta meg elődjeink azon óhaját, mely eddig teljesíthetetlennek látszott, hogy a sebek gyógyulásának zavarait módunkban legyen távoltartani.

Midőn *Pasteur* kétségbevonhatatlan tanából megtudtuk azt, hogy minden erjedés, minden rothadás, a szerves anyagok minden átalakulása apró mikroorganismusok odajutása s hatása által van előidézve, csak egy lépés, egy kisérlet kellett még annak megismeréséhez, hogy a szerves anyagok bomlása lényege szerint azonos a sebek genyedésével s hogy ennélfogva mindazon zavarok, melyek a sebekben beállanak, a sebek gyógyulását s ezzel nem ritkán a műtettek és sebzettek életét is fenyegetik, szintén parányi mikroorganismusoknak a sebbe, a szervezetbe való bejutása által közvetíttetnek.

Csak módot kellett találni arra, hogy ezen kártékony mikroorganismusok, melyek minden bennünket körülvevő tárgyon, a levegőben is nagy számmal mindig jelen vannak, a sebtől, a szervezettől távoltartassanak, sőt ha bejutottak, ártalmatlanná tétessenek.

Ezen feladat megoldására mutatta meg az utat és módot *Semmelweis* az általa elrendelt kézmosásokban, melyek a *desinfectiónak*, az eredeti *Lister*-féle eljárás egyik legfontosabb mozzanatának első nyomai.

Igy épült fel *Lister* részletesen kiképzett methodikus sebkezelésmódja *Pasteur* elméletén és *Semmelweis* desinfectiós kisérletein.

Alig írható le azon lelkes fogadtatás, mely a XIX. század utolsó negyedében a *Lister*-féle sebkezelésmódot az egész világon fogadta, melynek feltünő s eléggé megbízható eredményei áldásthozók voltak műtettekre és sebzettekre egyaránt. A kik ezen korszakot átélték, emlékeznek azon élénk s ernyedetlen versengésre is, melylyel az eredeti *Lister*-féle sebkötözési módnak egyes nehézkességein segíteni, azt egyszerűsíteni, még biztosabbá tenni igyekeztek a sebészek, emlékeznek azon változásokra, melyekkel azt idővel módosították s azon nagy átalakulásra, melyből az „antiseptikus“ műtét és kötözésmód „aseptikus“ műtét- és kötözésmóddá alakult át. Lassan-lassan elhagytak a *Lister*-féle eredeti kötözésmódból egyes kézfogásokat s eljárásokat s kialakult egy negyed század alatt a mai műtétmód. *Lister* érdemeit ez nem csorbítja, hiszen az általa megpendített elv, *a tiszta operatio, a tiszta kötés* minden sebészeti ténykedésünkben győzelemre jutott! Most már a sikereket műtéteinkben és sebzetteinken részben magunknak is köszönhetjük s nem vagyunk kénytelenek betegünket *Paré A.* szavaival vigasztalni: „Je vous ai opéré, Dieu vous guérira.“

Lister sebkezelése tette lehetővé a műtéttan azon nagy — szinte hihetetlennek mondható — fejlődését, melylyel a nagy testüregek, a koponyaüreg megnyitására, az emésztő szervek műtéteire, a vese, máj, lép stb. nagy műtéteire, egész szervek eltávolítására vállalkozhatunk elég sok esetben sikerre való kilátással.

Lister-nek a sebészetnek az utolsó negyedszázad alatt történt fejlődésére nemcsak elsőrendű befolyása volt, hanem őt tekinthetjük mai sebészetünk megalapítójául s övé mindazon érdem, melyet a klinikai és mütősebészet mostani fényes eredményeivel kivív, az övé mindazon áldás, mely gyógyult súlyos operáltjaink háladatos ajkairól felhangzik.

Ő reá illik, mit *Jean Paul Fr. Richter* sírjánál *Börne* mond:

„Ein Stern ist untergangen und das Auge des Jahrhundertes wird sich schließen, bevor er wiedererscheint, denn in weiten Bahnen zieht der leuchtende Genius und erst späte Enkel heißen freudig willkommen, von dem trauernde Väter einst weinend geschieden. — Ein hoher Priester ist gestorben.“

Emléke örökké fog élni! *R. I.*

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A bélendoskopia technikájáról, indicatiójáról és az endoskopiás kezelésről.*

Irta: *Áldor Lajos* dr. Karlsbadban.

Tisztelt Uraim!

A bélendoskopia mai népszerűsége mellett fölöslegesnek tartom, hogy részletesen kitérjek ezen vizsgáló eljárás fejlődésének történetére. Önök, a kik evvel a diagnostikai eljárással már kiterjedten foglalkoznak, jól tudják, hogy a rectoromanoskopia technikájának lényeges kérdései ma már éppen úgy megoldottnak tekinthetők, mint akár a laryngoskopiáéi vagy a cystoskopiáéi és ha vannak még az eljárásnak technikai fogyatékosságai, ezek már nem érintik annak jelentékeny klinikai értékét. A mióta *Kelly*, az amerikai nőgyógyász, a magasabban fekvő bélrészletek vizsgálatára a cylinderes csövek alkalmazását javasolta, azóta a rectoromanoskopiás vizsgálatok végzésére alkalmas eszközök alakjának a kérdése megoldottnak tekinthető; a flexura vizsgálatára kizárólag cylinderalakú eszköz alkalmas és minthogy az ilyen alakú eszközök a rectum vizsgálatára is éppen teljesen megfelelők, a régi, sokféle alakú rectoskopok ideje végleg letűnt.

Egy másik, talán még ennél is fontosabb fundamentalis kérdés: a beteg elhelyezése.

Ismeretes hogy *Otis* és *Kelly* voltak az elsők, kik rámutattak a térdmellhelyzetnek a nagy jelentőségére.

Schreiber exact és alapvető vizsgálatainak köszönhetjük azonban azt, hogy ma általánosan el van ismerve, hogy az exact bélendoskopiás vizsgálatnak a térdmellhelyzet a legfontosabb előfeltétele, mert kizárólag ebben a helyzetben jön létre a rectumnak és az S romanumnak a tubus bevezetését minden mesterséges fogás alkalmazása nélkül megengedő tökéletes pneumatikai kitágulása.

A rectumnak a térdmellhelyzetben létrejövő spontan pneumatikai kitágulása az ezen helyzetben jelenlevő negativ intraabdominalis nyomás eredménye, mely miként azt *Schreiber* megállapította, —4 cm. H_2O-nak megfelelő, sőt, bár individualisan változik, igen sokszor még jelentékenyen negativabb.

Ezen tény tulajdonképpen a rectoromanoskopiának fundamentalis tétele, mert ennek következtében vált kétségtelenné az, hogy a rectoromanoskopiás vizsgálatokra az egyedüli, a physiologiai viszonyokkal számoló helyzet: a térdmellhelyzet.

Ma már az egy *Foges* kivételével mindazok, a kik a bélendoskopiával foglalkoznak, elismerik ezt és a vizsgálatokat kizárólag ebben a helyzetben is végzik. *Foges* a baloldalhelyzetet tartja a megfelelőbbnek, avval az indokolással, hogy egyrészt a nők könnyebben határozzák el magukat a vizsgálatra ebben, mint a szeméremérzésüket jobban érintő térdmellhelyzetben, másrészt szerinte a beteg az utóbbi helyzetben inkább tud abnormis vagy éppen veszélyes mozgásokat a vizsgálat tartama alatt végezni, mint oldalfekvésben. Kétségtelen, hogy a bélendoskopiának a betegre nézve legkényesebb és talán legkellemetlenebb kérdése éppen a térdmellhelyzet; én azonban egyetlen egy esetben sem találtam azon sok százra rugó vizsgálatokban, melyeket az utolsó évek folyamán végezni alkalmam volt, a nők részéről komoly ellentállásra.

* Előadás a „Section Karlsbad des Zentralvereines deutscher Ärzte in Böhmen“ 1911 szeptember 16.-án tartott ülésén.

Magától értetődik, hogy a vizsgálat előkészítésekor és annak végzésekor a nők szeméremérzése messzebbmenő, de igen könnyen ki is vihető tekintetbevételt igényel; a ki pedig az endoskopot helyesen vezeti be és a vizsgálat technikájának ura, arra nézve az eszköz irányítása és annak mozgásai teljesen függetlenek a betegtől. A bal oldalhelyzetben jelentkező intraabdominalis nyomás positiv, *Schreiber* szerint + 2·5 cm. H^2O-nak megfelelő és ennek következtében itt a bélnek kimaradó spontan pneumatikai tágulását activ légbefúvással kell pótolni; ennek következtében a *Foges* készülékén az activ felfúvásra szolgáló pneumatikai készülék lényeges és nélkülözhetetlen alkotórész.

Ezidőszerint Németországban a legismeretesebb a *Schreiber*-féle rectoromanoskop és *Strauss* proktosigmoskopja; az előbbinek a principiuma az, hogy a térdmellhelyzetben létrejövő negativ intraabdominalis nyomás mellett a bél pneumatikai tágulása spontán jön létre és így a levegő activ befúvása szükségtelen. *Strauss* eszköze pedig fel van szerelve a lég befúvására alkalmas apparatussal, mert szerinte a bél spontán kitágulására nem lehet minden esetben számítani és ezért tanácsos művileg felfujni a belet.

Egy ezen kérdéssel foglalkozó, nemrég megjelent közleményben[1] részletesen kifejtettem, hogy a levegő-befúvás éppen olyan szükségtelen, mint czélszerűtlen, és az endoskopot, melyet egyidejűleg ismertettem, mint Önök előtt talán ismeretes, nem csupán a pneumatikai készülék mellőzése jellemzi, hanem igyekeztem az egész instrumentariumot lényegesen egyszerűsíteni és a világító készüléket is az ez irányban támasztható igényeknek megfelelővé tenni. Rectoromanoskopom, melyet ez alkalommal az uraknak bemutathatok, már abban a módosításban van összeállítva, melyet említett közleményemben még csak a correctura folyamán tett rövid jegyzet alakjában jelezhettem. Sőt sikerült a jelzett bayonett-szerkezetet egy még egyszerűbb és legalább is éppen olyan biztos *rugós* szerkezettel helyettesítenem.

Rectoromanoskopom 33 cm. hosszú és 5 részből áll:

1. 3 tubusból, melyek egyenként egymásba dughatók;

2. egy minden egyes tubusra illő megvilágítási berendezésből;

3. az első tubus bevezetésére szolgáló obturatorból.

Az egyes tubusoknak egymáshoz való kapcsolása oly módon történik, hogy a már bevezetett tubusba a következőt egyszerűen betoljuk. Az egyes tubusokat egymással sem csavarszerkezet, sem bayonettzár nem tartja össze, hanem egy egyszerű, a Murphy-gomb szerkezetéhez hasonló rugóberendezés, melynek kezelése éppen olyan egyszerű, mint biztos

Tehát egy 33 cm.-ig tetszés szerint meghosszabbítható készülék áll ily módon rendelkezésünkre, mely lehetővé teszi azt, hogy egy-ugyanazon eszközzel végezzük a rectoskopiát és a romanoskopiát a nélkül, hogy az utóbbi végzése czéljából az obturator bevezetését meg kellene ismételnünk. Így tehát nemcsak az instrumentarium jelentékeny egyszerűsítése előnye az én eszközömnek, hanem az is, hogy a vizsgálattal a betegnek okozott kellemetlenségeket redukálja, mert tudvalevő, hogy az egész vizsgálatnak egyik legkellemetlenebb momentuma az obturator bevezetése.

Egy másik, talán szintén nem csekély előnye e készüléknek, hogy minden egyes vizsgálat vagy kezelés alkalmával a vizsgálandó vagy kezelendő bélrészlet localisatiójának megfelelő hosszúságban alkalmazzuk csak az egyes tubusokat és így szemünk a vizsgálati objectumhoz csupán abban a távolságban van, a mely az adott esetben éppen szükséges. Mindezideig ezen czél elérése csak egy igen komplikált és drága berendezés árán volt lehetséges.

A világító készüléket hordó toldalék egy zárt cylinderében a lámpa foglal helyet, melyet a cylinder minden tisztátlanságtól megvéd, a lámpa fénysugarai pedig a cylindernek a bél felé eső részén levő üvegablakon át jutnak a bélbe.

A vizsgálat czéljából a betegek különösebb előkészítése nem szükséges: nevezetesen tisztító klysmának a vizsgálat előtt való alkalmazása csak kivételes esetekben, főleg diarrhoeás állapotokban kívánatos. Én az első vizsgálatot mindig tisztító klysma alkalmazása nélkül végzem és csakis akkor, ha a belet nem birom olajba mártott vattatamponokkal — melyeket *Schreiber* ajánlata szerint 70—75 cm. hosszú, gombos végű vékony fémpálczákra alkalmazok — kellően kitisztítani, adatok a betegnek a vizsgálatot 8—10 órával megelőzőleg tisztító klysmát. Nem túlnagy mennyiségben jelenlevő faecaliák mellett a tubus könnyen továbbvihető és azok sem annak továbbvezetését, sem az inspectiót meg nem hiusítják.

Még fölöslegesebb a vizsgálatot megelőzőleg a végbél érzéstelenítése. A vizsgálat által okozott kellemetlenségek a minimumra redukálhatók, ha a vizsgáló a vizsgálat technikájának nemcsak teljesen ura, hanem a vizsgálat végzésekor az eszköz kiméletes kezelésére is súlyt helyez. Az obturatorral ellátott és beolajozott tubust gyöngéden, minden fölösleges erő alkalmazása nélkül kell bevezetni és nem szabad erősebb nyomást alkalmaznunk, mint a milyent az adott esetben a sphincterek ellenállása — mely egyénenként is, de még inkább pathologiai viszonyok között különböző — megkíván. Laza sphincterek mellett az eszköz bevezetése czéljából alig kell számbavehető nyomást alkalmaznunk és ezen esetekben a betegnek az nem is okoz fájdalmat; erősebben összehúzódott sphincterekнél — és erről a digitalis vizsgálat útján leszünk előre tájékoztatva, melynek minden esetben meg kell előznie az endoskopiai vizsgálatot — csak lassan fokozódó nyomást szabad kifejteni. A mint 3 cm. magasságban vagyunk, az obturatort eltávolítjuk, a tubus analis végére helyezzük a világító készüléket és ettől kezdve az eszköz továbbvezetését csakis szemünk ellenőrzése mellett szabad végezni.

A vizsgálat technikájának részleteibe belemenni meszszebbre vezetne, mint a mennyire azt ezen előadás keretei megengedik, különben is *Schreiber* kitünő monographiájában minden idevonatkozó útmutatást megtalálhatnak; azért én e helyen csupán arra szorítkozom, hogy azokra a legfontosabb szempontokra hívjam fel a figyelmüket, melyeket minden egyes vizsgálat alkalmával okvetetlen szem előtt kell tartani. Ezeket a következő 6 pontban foglalom össze:

1. a teljesen összeállított eszköz hossza 30, maximum; 35 cm. legyen, szélessége pedig 20, maximum 22 mm. ennél hosszabb eszköz alkalmazása teljesen czéltalan, mer az endoskopia számára a flexurának csupán a rectalis szára hozzáférhető; legjobb esetben a vertex flexuráig juthatunk, a hol a flexura az endoskoppal át nem hatolható hegyes szögben hajlik meg és folytatódik annak colonszárába. A vertex flexura pedig legfeljebb 35 cm. magasságban van az anustól számítva;

2. 3 cm.-nyi magasságtól felfelé az eszközt csak szemünk ellenőrzése mellett szabad továbbvezetni;

3. a tubust bal kezünk állandóan oly biztosan tartja, hogy ha a beteg bármilyen mozgást végezne a vizsgálat tartama alatt, a tubus helyzete és irányítása kizárólag a mi hatalmunkban maradjon;

4. a tubus tartásakor és továbbvezetésekor nemcsak minden fölösleges erő alkalmazása mellőzendő, hanem annak lehető kimélettel kell történnie és különösen kerülni kell a bélfalakra való erős odanyomást, valamint a bél lumenébe néző redők szélének erélyes oldalra tolását; igyekeznünk kell

[1] *Boas:* Archiv f. Verdauungskrankh. 1911.

az utóbbiak felett a tubust gyöngéden elcsusztatni, a nélkül, hogy a redők széleit fölösleges módon megfeszítenők;

5. a tubust továbbvezetni csak akkor szabad, ha annak bél-vége előtt előtt legalább 1 cm. távolságban szabad bél-lumen látható;

6. mihelyt szűkületre akadunk, ha a legcsekélyebb gyanunk van arra, hogy ez organikus természetű, a tubust továbbvezetni nem szabad; ha functionalis jellegű, a tubus bélvégével vagy még inkább olajba mártott vattatamponokkal alkalmazunk gyenge nyomást a spasmusos helyre; ha ily módon nem sikerül a spasmust eltüntetni, az eszköz továbbvezetésétől egyelőre el kell állnunk.

A bélendoskopiát azonban tisztán technikai kérdésnek tartani hiba volna, mert az szigorú anatomiai-physiologiai alapon nyugvó vizsgálati módszernek tekintendő és csak akkor fogjuk a vizsgálat kivitele ezen 6 pontban összefoglalt szabályainak hasznát látni, ha a rectum és flexura anatomiai és physiologiai viszonyait — melyekre vonatkozólag *Waldeyer*, *Otis* és *Schreiber* vizsgálatai az alapvetők — minden egyes vizsgálat alkalmával szem előtt tartjuk.

A mi ezen vizsgálati eljárás *indicatióit* illeti, természetes, hogy ezen eljárás egyikét sem pótolja a régebbi ismert és bevált klinikai eljárásainknak, azoknak egyikét sem teszi fölöslegessé; de hogy azokat értékes módon kibővíti, hogy diagnostikai eszközeinknek igen jelentékeny gazdagodását jelenti, azt ma már senki sem fogja komolyan kétségbevonhatni.

A rectoromanoskopiának klinikai értéke kétségtelenül a rectum és a flexura sigmoidea betegségeinek a felismerése terén a legjelentékenyebb és ezidőszerint csak másodsorban jönnek az endoskopiás úton végezhető therapiás beavatkozások indicatiói tekintetbe, bár ez utóbbiaknak az értékét sem lehet ma már kevésre becsülnünk.

Az eljárás diagnostikai alkalmazásának az indicatióit a következőkben foglalnám össze: minden olyan bélmegbetegedésben, melyben egyéb vizsgálati eljárásainkkal biztos diagnosist felállítani nem sikerül, illetőleg a melyben minden felmerülhető diagnostikai kétséget egyéb diagnostikai módszereink még el nem oszlattak, az endoskopiai vizsgálat alkalmazása okvetetlenül szükséges. De kívánatos és hasznos az a bél alsó részleteinek olyan megbetegedéseiben is, a melyekben nélküle is sikerül diagnosist felállítanunk. Egy a rectumban székelő carcinoma vagy polypus megállapításához például — ha nem székel magasabban, mint 10 cm.-nyi távolságban az anustól — tökéletesen elegendő a digitalis vizsgálat, de nem szenvedhet kétséget az sem, hogy az endoskopiás vizsgálat még az ilyen, klinice teljesen jellegzetes kórképekben is jelentékenyen hozzájárul kórjelzésünk exactabbá tételéhez; nemcsak a tumor által okozott szűkületet tudjuk vele pontosabban megállapítani, hanem az endoskopiás úton könnyen kivihető próbaexcisio a tumor közelebbi természetébe való betekintést is lehetővé teszi. Klinice teljesen kifejezett colitisekben is a bélendoskopia nemcsak abban az irányban ad felvilágosítást, hogy a folyamatban része van-e a rectumnak és a flexurának is, hanem azáltal, hogy a lobos folyamat egy részét szemünk számára hozzáférhetővé teszi, anatomiai diagnosis tételére képesít. Rövid idővel ezelőtt volt alkalmam *Erényi* collegával együtt egy hölgyet látni, a kin a bélendoskopiai vizsgálat mutatta meg, hogy a gyakori genyes-nyálkás székletétek proctosigmoiditis chronica suppurativának a következményei voltak. A ki azonban a bélendoskopiát rendszeresen alkalmazza, az sokszor hasznát fogja látni olyankor is, a mikor a betegnek a bél alsó részeire lokalizált panaszai minimalisak vagy ilyenek egyáltalán nincsenek, mert a rectoromanoskopia diagnostikai értékét emeli azon tapasztalati tény, hogy a rectum és a flexura megbetegedései gyakran sokáig klinice teljesen latensek, jelentékeny ideig fennállanak, a nélkül, hogy viselőjüknek bélpanaszokat okoznának. És ez nemcsak a carcinomára vonatkozik, a melyre vonatkozólag szinte szabály, hogy nemcsak a beteg, hanem igen sokszor az orvos figyelmét is a bélpanaszok a carcinomának anatomiailag már igen előrehaladott szakában hívják csak fel, hanem a flexura és a rectum jóindulatú megbetegedéseire is. *Krauss* collegával együtt volt alkalmam egy körülbelül 40 éves hölgyet észlelni, a kinek hónapokon át voltak szabálytalanul jelentkező, egészen 38° C-ig emelkedő lázai és jelentéktelen fájdalmai az alhasában; a betegnek körülírt sigmoiditise volt, melynek gyógyulásával a hőemelkedések is teljesen megszűntek.

A bélendoskopiával való kiterjedtebb foglalkozásnak egyik örvendetes következménye az, hogy már magának a rectumnak is gyakoribb a már tökéletesbített eszközeinkkel való inspectiója; ily módon a rectumnak oly chronikus megbetegedéseit is alkalmunk volt megismerni, melyek azelőtt különösebb figyelemben egyáltalán nem részesültek, és a melyek által okozott tüneteket helytelenül értelmezték. Említett közleményemben részletesen foglalkoztam a proktitisek azon chronikus haemorrhagiás alakjaival, melyeknek sokszor egyedüli, de minden esetben a legkimagaslóbb tünetei a chronikusan recidiváló, többnyire kisebbfokú, de gyakori vérzések. Ezen proktitisek viselői ma még többnyire haemorrhoidariusoknak tekintetnek és csak a bélendoskopiás vizsgálatban járatos orvos ismeri fel ez esetekben a vérzések igazi okát, mely még akkor is többnyire független a haemorrhoisoktól, ha véletlenül a betegnek egyidejűleg haemorrhoisai is vannak.

Ezen kórkép nem csupán gyakoriságánál fogva érdemli meg az Önök különös figyelmét, hanem azért is, mert főleg a magángyakorlatban és különösen Karlsbad specialis beteganyagában észlelhető igen gyakran, míg a kórházak és klinikák beteganyagában a ritkaságok közé tartozik; hiszen ezen proktitisek egyedüli tünetei legtöbbször a chronikusan recidiváló kisebb-nagyobb vérzések, melyek a beteget a kórházi kezelésre annyival kevésbé késztetik, mert a vérzéseit maga is ártatlan haemorrhoisok következményeinek tekinti. Bármennyire is csábító volna ezen fontos és eddig elhanyagolt kórképpel való részletesebb foglalkozás, e helyen csak arra szorítkozhatom, hogy felhívjam a figyelmüket arra, hogy a proktitis chronica haemorrhagica nemcsak igen elterjedt megbetegedés, hanem azoknak a mindennapi gyakorlatban oly gyakran észlelhető chronikusan recidiváló vérzéseknek, melyeket nem csekély önámítással a haemorrhoisok sérüléseiből, vagy éppen azok megrepedéséből szoktunk származtatni, az esetek többségében az egyedüli forrása is. A mióta endoskopiával foglalkozom, szinte naponta van alkalmam látni aranyeres egyéneket, kik ben a nem lobos és normalis hámboritékkal biró, tüneteket egyáltalán nem okozó haemorrhoisok mellett jelenlevő proktitis a vérzéseknek ad oculos demonstrálható forrása.

A flexura a különböző kóros elváltozásoknak egyik kedvencz helye és még azokban az esetekben is, a melyekben a jelenlevő elváltozások csupán részjelenségét teszik egy diffusabb bélmegbetegedésnek, magának a flexurának a megbetegedésben való részvéte különös figyelmet igényel; egyrészt azért, mert miként erre különösen *Rosenheim* hívta fel a figyelmet, azon különállása és physiologiai sajátossága miatt, mely a flexurát jellemzi, a legkülönbözőbb kóros elváltozások éppen itt jutnak a legcharakteristikusabban kifejezésre, és másrészt mert annak pontosabb vizsgálata útján a megbetegedés aetiologiájára vonatkozólag is értékes adatokhoz juthatunk.

A kizárólag a flexurára szorítkozó chronikus lobos megbetegedések sokkal gyakoriabbak, mint a hogyan általában felveszik, és bár igaza van *Rosenheim*-nak, hogy ezeknél gyakoriabbak azok a sigmoiditisek, a melyek egy diffus colitis részjelenségei, elég gyakoriak a körülirt chron. sigmoiditisek is és bizonyos, hogy a bélendoskopia terjedésével még gyakrabban lesznek azoknak különböző könnyű, nehéz és súlyos alakjai diagnoskálva. Ismételten volt alkalmam látni egy-egy proktitisből kiinduló sigmoiditist, melynek ascendáló jellegét az endoskopiás vizsgálat kétségtelenné tette. Akár részjelensége a sigmoiditis egy diffus bélmegbetegedésnek, akár önálló az, már maga az, hogy a flexura a megbetegedésben részt vesz, klinikailag a legmesszebbmenő figyelembevételt igényli. *Rosenheim*-nak az érdeme, hogy rámutatott arra, hogy a flexura pathologiai elváltozásaira mennyire mérvadó annak

physiologiai szerepe. A flexurában időzik a bél tartalma legtovább, itt éri el a keménységi maximumát és ezek a körülmények minden további magyarázat nélkül világot vetnek a sigmoiditiseknek úgy az aetiologiájára, mint a tünettanára és érthetővé teszik, hogy még a diffus colo- és proktosigmoiditiseknél is a flexurának a megbetegedésben való résztvevése idézi elő a legsúlyosabb klinikai tüneteket. Sigmoiditiseknél pl. a lobos folyamat sokkal gyorsabban a megbetegedés körébe vonhatja a serosát, mint a felsőbb bélrészletek lobos megbetegedéseinél, mely utóbbiaknál csak nagyon ritkán van alkalmunk kiterjedt és súlyos peritonealis jelenségeket észlelni; evvel ellentétben chronikus sigmoiditiseknél súlyos, sőt műtéti beavatkozást igénylő perisigmoiditisek éppen nem ritkák. Csak rövid idővel ezelőtt észleltem egy 52 éves férfit, ki 17 év óta szenved constipatióban. 1909 márczius óta időnként, főleg székeléskor jelentkező heves alhasi fájdalmak; 1910 nyarán észleltem először; a flexura erősen összehúzódott, nyomásra fájdalmas köteg alakjában volt tapintható; az endoskóppal csak 20 cm. magasságig lehetett jutni; a flexurabemenettől kezdve a nyálkahártya erősen duzzadt, a lument jelentékenyen szűkíti, élénk vörös és a tubussal érintésre igen fájdalmas; a beteg fájdalmai egyre fokozódtak, majd szabálytalanul jelentkező hőemelkedések jelentkeztek és kiterjedt peritonealis izgalom képe fejlődött ki; ez utóbbi 2 heti tartam után annyira visszafejlődött, hogy a beteg haza, Svédországba, volt szállítható; a régi tünetek azonban (fájdalmak, láz stb.) csakhamar recidiváltak, sőt 1911 januárjában oly súlyos peritonealis tünetek jelentkeztek ismét, hogy a műtét elkerülhetetlenné vált és a beteget *Carlson* collega Göteborgban megoperálta, felszabadítva a kiterjedt összenövéseket; a műtét után zavartalan lefolyás, de három hónap eltelte után ismét fájdalmak a régi helyen és szabálytalanul jelentkező, egész 39·6° C-ig emelkedő hőemelkedések még f. év juliusáig, azóta csak mérsékelt, főleg székeléskor jelentkező fájdalmak a has bal felében; az 1911 augusztus 16.-án megejtett endoskopiai vizsgálat egy a tavalyinál sokkal könnyebb sigmoiditis képét adja ugyan, de a tubusnak 26 cm.-ig való bevezetése a betegnek még mindig elég jelentékeny fájdalmakat okoz. A beteget 1911-ben négy héten át észleltem, mely idő alatt nyugalomra, forró beöntésekre és meleg kataplasmák alkalmazására sigmoiditise jelentékenyen javult.

Ily súlyos sigmoidalis constipatióból kiinduló sigmoiditisek és perisigmoiditisek éppen nem tartoznak a ritkaságok közé és mutatják, hogy a flexura chronikus lobos megbetegedései, akár primaerek, akár secundaerek azok, milyen souverain módon uralkodhatnak a kórképen és mily súlyos complicatiókhoz vezethetnek.

Ma már szinte szállóigévé vált, hogy a bélendoskopia diadalmenetét a flexuracarcinoma diagnostikája terén tartja. És ennek az állításnak megvan a maga teljes jogosultsága, mert ha semmi egyebet sem köszönhetnénk a rectoromanoskopiának mint azt, hogy lehetségessé vált általa a flexuracarcinomákat felismerni olyan időben, midőn azok kórjelzése semmi egyéb vizsgáló eljárással sem lehetséges, már akkor is megvan a jogosultsága annak, hogy a bélendoskopiát legértékesebb diagnostikai eljárásaink egyikének tartsuk. A rectoromanoskopia irodalmában már egész sorával találkozunk az olyan eseteknek, melyekben kizárólag a bélendoskopia tette lehetővé a helyes diagnosist, kizárólag az endoskopiás lelet alapján vált lehetővé a tartós eredménynyel járó gyökeres beavatkozás. Az az idevágó eset, melyet én a bélendoskopiával foglalkozó első közleményemben (l. c.) részletesen ismertettem, nem csupán a tartós eredmény szempontjából — a beteg a műtét után egy fél év alatt 20 kgr.-ot gyarapodott a testsúlyában — érdemli meg a figyelmet, hanem tanulságul szolgálhat abban a tekintetben is, hogy a korai diagnosis klinikai és anatomiai fogalma egyáltalán nem fedi egymást. Ebben az esetben az endoskopiás vizsgálatkor 13 cm. magasságban találtam egy kifekélyesedett, a bél lumenét gyűrűszerűleg körülvevő tumort, mely a betegnek csupán makacs, két év óta fennálló constipatiót okozott; műtétkor a flexurának igen kiterjedt carcinomás elváltozása volt található, mely kiterjedt összenövéseket hozott létre különösen a hólyaggal, az appendix-szel, pararectalis tályog képződésére vezetett és 45 cm. hosszú bélrészlet eltávolítását tette szükségessé. Ezen esetnek e helyen is felemlítését azért engedem meg magamnak, mert nyilvánvaló, hogy itt semmi esetre sem lehet anatomiai értelemben vett korai diagnosisról beszélni, ellenkezőleg a jelentékeny összenövések, a carcinomás elváltozás kiterjedt volta stb. igen súlyos és komplikált műtéti beavatkozást tettek szükségessé. Ennek daczára azonban a műtét fényes eredménye némi jogosultságot ad arra, hogy a jelen és hasonló esetekben korai diagnosisról beszélhessünk — klinikai értelemben.

Egy másik eset, melyet újabban volt alkalmam észlelni, egy kb. 54 éves férfiúra vonatkozik, a kinek szintén az egyedüli panasza az évekre visszanyúló és egy év óta súlyosbodó constipatio volt. Az endoskopiás vizsgálat alkalmával 14 cm. magasságban találtam egy vulnerabilis, részben karfiolszerűen dudoros, a bél lumenét jelentékenyen szűkítő tumort; a betegen *Herczel* tanár Budapesten 1911 májusában *Kraske*-féle műtétet végzett mintegy 23 cm. hosszú bélrészlet resectiójával, a mi — miként ő szíves volt velem közölni — a periproktitises szövet infiltratiója következtében nem csekély nehézségekbe ütközött és csak műfogásokkal sikerült a kóros részlet eltávolítása. A *Pertik* tanár (Budapest) által végzett mikroskopi vizsgálat szerint adenocarcinoma volt jelen.

Az ilyen esetek azt hiszem nemcsak tanulságosak, hanem egyenesen kötelességünkké teszik azt, hogy a férfikorban beálló makacs constipatióknál a rectoromanoskopiás vizsgálatot elvégezzük.

Csak néhány nappal ezelőtt volt alkalmam *Schermant* collegának egy nőbetegét endoskopozni; az eset azért érdemli meg a felemlítést, mert a betegben — kinek fél év óta véres hasmenései vannak — 4 cm. magasságban az anustól mogyorónyi, rövid kocsányon ülő polypust találtam; minthogy azonban az endoskopon át látható volt, hogy a vérzés magasabb helyről ered, a tubust a flexurabemenet mögé vezettem és itt 12 cm. magasságban egy a bél jobb falán félholdalakban ülő, lágy, vulnerabilis szélein szalonnaszerűen fénylő tumor, minden valószínűség szerint carcinoma medullare volt látható.

Talán elég csak egyszerűen rámutatnom arra, hogy bizonyos körülmények között milyen fontos lehet az endoskopiás vizsgálat negativ eredménye is. Fontos pedig főleg azon, az urak előtt jól ismert körülménynél fogva, hogy miként az emésztőtractus felső részeire, éppen úgy a rectumra és flexurára vonatkozólag is áll az, hogy a legkülönbözőbb megbetegedések gyakran egymáshoz igen hasonló kórképet váltanak ki. Kétségtelenül biztosabban fogják önök therapiás intézkedéseiket megtenni, ha pl. egy 70 éven felüli férfiú, miként azt nekem a mult napokban volt alkalmam látni, heves, sokszor tenesmustól kisért hasmenésekről és nyálkás székletétekről panaszkodik és az endoskopiás vizsgálat csupán intensiv proktosigmoiditist mutat és negativ eredményű éppen a carcinomára vonatkozólag, mely kórkép lehetőségére hasonló esetekben elsősorban gondolunk.

Az indicatiók között még csak a bélendoskopia differentialdiagnostikai jelentőségére óhajtanám figyelmüket felhívni azokban az esetekben, midőn bélsárvizsgálatokat végzünk és az aloin-guajak- vagy benzidin-próba positiv vérreactiót mutat. Ne értékesítsék e reactiók positiv eredményét ulcus ventriculi vagy duodeni javára addig, a míg a bélendoskopiás vizsgálattal nem szereztek bizonyosságot arról, hogy a vér nem az alsó bélrészletekből származik. Ellentétben ugyanis a gyomor egyszerű chronikus lobos folyamataival, melyek kisebb vérzéseket nem szoktak okozni, miként láttuk, egyszerű lobos proktitises folyamatoknál kisebb vérzések, nyilván mechanikai és chemiai természetű factorok következtében, mindennapos jelenségek. Azért tanácsos, hogy az occult vérzésekre való vizsgálat alkalmával a beteg necsak húsmentesen táplálkozzék 2—3 napon át, hanem

hogy endoskopiai úton kizárt legyen a vérzés proktosigmoidalis eredete is.

A mi a bélendoskopia *contraindicatióját* illeti, absolut contraindicatiónak én csupán az organikus szűkületeket, az acut periproktitises, illetőleg az acut peritonealis jelenségeket tekintem. Chronikus peri- és parametritises folyamatok csak akkor tekinthetők ellenjavalatnak, ha az eszköz bevezetésének azok mechanikai természetű akadályul szolgálnak. A kisebb vérzés semmi esetre sem ellenjavalat és súlyosabb vérzés esetén is a beteg általános állapota az irányadó. Ez utóbbiban a beteg általános állapotával összefüggő ellenjavalatok köre pedig annál szűkebb, minél jobban uralkodunk az eljárás biztos és kiméletes technikáján.

Az endoskopiai *therapia* is — bár ma még értékben mögötte áll a rectoromanoskopia diagnostikai szolgálatainak — mutat eredményeket, melyeket l.icsinyelni nem lehet.

Az irodalomban már van közölve néhány eset, melyben az endoskopiai úton kisebb sebészi beavatkozások váltak lehetségessé. Ezek főleg fekélyek kikaparására és polypusok eltávolítására vonatkoznak. Nekem is volt alkalmam egy esetben — miként azt más helyen közöltem is — egy 21 cm. magasságban ülő, chronikus vérzéseket okozó, mogyorónagyságú, hosszúnyelű polypust az endoskopon át egyszerű úton eltávolítani. Bár az endoskopiai úton végezhető sebészi beavatkozások tere nem valami nagy, ha meggondoljuk, hogy egy 18 cm. magasságban ülő polypus eltávolítása eddig csak laparotomia útján volt lehetséges, elég jelentékeny a bélendoskopia értéke ezen a téren is. Ránk nézve azonban sokkal nagyobb érdekkel bir az endoskopiai úton végezhető nem sebészi helybeli kezelés kérdése. És azon bántalmak közül, melyek ebből a szempontból szóba jöhetnek, a proktitiseknek azon chronikus haemorrhagiás alakjai érdemlik meg a figyelembe vételt, melyeknek már felismerése is — miként arra előadásom folyamán rámutattam — csak endoskopiai úton lehetséges. Ma már sok száz esetre rúgó tapasztalat alapján állíthatom — bármilyen óvatosan ítélem is meg az elért eredményeket —, hogy ezen proktitisek therapiája terén a nem endoskopiai úton végezhető kezeléssel (diaeta, szorgos végbéltoilette, klysmák, kenőcsök és suppositoriumok alkalmazása) távolról sem érhetők el oly eredmények, mint a localis kezeléssel. Ez utóbbi mindenesetre sok türelmet igényel éppen úgy a beteg, mint az orvos részéről. A nélkül, hogy az önök türelmét a részletkérdésekkel próbára tenni akarnám, egyszerűen arra szorítkozom, hogy azt a kezelési módot ismertetem, mely éppen úgy a vezetésem alatt álló gyógytelepen, mint a magángyakorlatomban az évek folyamán legeredményesebbnek mutatkozott.

Én rendszeresen kombinálom proktitis haemorrhagica chronica eseteiben a *nedves* kezelést a *szárazzal*. Az előbbivel kezdem oly módon, hogy argentum nitricum 1—5%-os oldatát alkalmazom a bemutatott fémpálcza gombos végére alkalmazott vattagomolyok útján; a kezelés megkezdése előtt, a nélkül, hogy arra a beteget más módon előkészíteném, a rectum nyálkahártyáját ugyanolyan módon, miként az argentum nitricum alkalmazása történik, olajjal jól megtisztítom a bélsártól és nyálkától és ügyelek arra, hogy úgy a tisztítást, mint a kezelést valamivel magasabban kezdjem meg, mint a milyen magasan a proktitises folyamat felső határa van. Úgy a tisztításkor, mint az argentum nitricum alkalmazásakor különös gond fordítandó arra, hogy a procedura gyengéden történjék; minden erélyesebb dörzsölése a lobos mucosának nemcsak szükségtelen, de egyenesen káros is. És csak akkor, midőn ezen nedves kezelés folyamán a mucosa vulnerabilitásának csökkenése és az erosiók kezdődő hámosodása megállapítható, megyek át a *száraz* kezelésre, a mit ugyancsak minden egyes esetben előzetesen olajjal végzett tisztítás után alkalmazok.

Sok próbálgatás után a következő porkeverék alkalmazása bizonyult nekem a legjobbnak: Rp. Renoformi pulv. (1:1000) 20 gr.; Xeroformi 15 gr., Acidi tannici 15 gr.; Magnesiae ustae 70 gr. Ezt a port éppen olyan módon alkalmazom, mint az argentum nitricumot és valósággal kipárnázom vele a rectumot; a *Rosenberg*-féle porbefúvásnál sokkal alkalmasabbnak bizonyult a pornak fémpálczikák végére alkalmazott vattagomolyokon való bevitele; a száraz kezelés után a beteg rövid ideig a hátán fekszik felhúzott czombokkal, hogy a por ne sülyedjen a rectum legalsóbb részeire; úgy a nedves, mint a száraz kezelés után, vagy azt közvetlenül megelőzőleg a beteg 12—14 csepp opium-tinctúrát kap, hogy székét huzamosabb időn át visszatartsa.

Az egyes kezelések közötti napokon pedig a beteg naponta egyszer vagy kétszer egy-egy renoformból és bismuthum salicylicumból álló suppositoriumot alkalmaz.

Ezt a kezelésmódot ajánlhatom önöknek a legjobban; nem fognak vele természetesen irreparabilis anatomiai elváltozásokat eltüntetni, de az esetek túlnyomó többségében elérhető ezzel a kezelésmóddal az, hogy a beteget leginkább molesztáló tünetek (vérzés, viszketés és sokszor proktalgia) huzamosabb időre elmaradnak.

És ez mindenesetre oly eredmény, mely nem endoskopiás kezeléssel alig érhető el.

Ezen előadás keretei tulajdonképpen csak azt tették lehetővé, hogy vázlatos képét adjam ezen vizsgáló eljárásnak, melynek értéke az urak előtt eddig sem volt ismeretlen. És hogyha én ennek daczára szivesen tettem eleget ezen egyesület vezetősége megtisztelő felhívásának, főleg arra igyekeztem, hogy rámutassak arra, hogy a rectoromanoskopiát ma már tudományosan kiépített, szigorú anatomiai-physiologiai alapon nyugvó egységes klinikai eljárásnak kell tekintenünk, melynek diagnostikai fontossága igen jelentékeny és therapiai értéke sem csekély.

Közlemény a budapesti Fehérkereszt-gyermekkórház belosztályából. Főorvos: Berend Miklós dr., egyetemi magántanár.

A fájdalom a Heine-Medin-betegség (poliomyelitis acuta) kórképében.

Irta: *Tezner Ernő* dr.

A *Heine-Medin*-betegség nagy járványa, mely az utolsó években északi Európából dél felé húzódott, elérkezett most már mi hozzánk is. Ez a tény megállapítható minden nagyobb forgalmú gyermekrendelésen, úgy hogy pl. *Bókay* a Stefánia-kórház 1911. évi anyagából decz. 1.-éig vagy 190 esetről tudott beszámolni. A Fehérkereszt-kórház rendelésén különösen az 1911. év VIII.—X. hónapjában halmozódtak ezek az esetek (23). Ismeretes, hogy a *Heine-Medin*-járványok az egyes góczpontok szerint csoportos megjelenését mutatják a különböző kezdeti typusoknak (*Wickmann, E. Müller, Krause*). *A mi járványunkat a neuritises és meningealis tünetek gyakoribb és intensivebb jelentkezése jellemzi*, a minek megállapítása két szempontból fontos. Először, mert sok homályos esetet csak ennek tudatában fogunk helyesen értelmezni; azután meg azért, mert a hasonló jellegű kórképek gyakori jelentkezése alkalmat nyujt alaposabb tanulmányozásukra. A következőkben a fájdalom-jelenségeket teszem vizsgálatom tárgyává a betegség neuritises alakjában, abban tehát, a melyben a környéki idegek gyuladására utaló tünetek állanak előtérben.

A neuritises forma megkülönböztetésének egyik oka éppen a fájdalom, mely olykor teljes határozottsággal a nagy idegekre lokalizálható. Addig tehát, a míg klinikai szempontok szerint osztályozzuk eseteinket (*Wickmann*), ezen csoport megülönböztetése keresztülvihető. Másképpen áll a dolog, ha a beosztást a lobos folyamat localisatiójára alapítjuk (*Zappert*). Az a kevés kórszövettani vizsgálat, melylyel eddig rendelkezünk, nem szolgáltat bizonyítékot a mellett, hogy a lobos folyamat a környéki idegekre is ráterjed. De éppen csekély számuknál fogva ezek a vizsgálatok nem használhatók ellenérvnek sem, különösen ha tekintetbe veszszük, hogy éppen a tiszta neuritises elváltozások legtávolabb esnek az életfontos centrumoktól és ezért legritkábban szerepelnek az ilyen esetek a bonczolási anyagban. Ha mostani hiányos aetiologiai isme-

reteink mellett meg akarjuk közelíteni ezt a kérdést, klinikai megfigyelésekre és általános neurologiai speculatiókra vagyunk utalva. Itt pedig találunk érveket *Wickmann* nézete mellett, de ellene is. Véleményem szerint azonban az előbbiek feltétlenül nyomósabbak.

Először is érthetetlen, hogy az a virus, mely különben minden idegsejtet és rostot megtámadhat, miért kimélné meg éppen csak a peripheriás neuron tengelyfonalát? Az is bizonyos, hogy a *Heine-Medin*-betegség úgy folyhat le, hogy nem különböztethető meg az acut fertőző polyneuritistől, mint azt mi is észleltük két esetben. Ezen két betegségben egyformán állanak fenn az acut fertőzés általános tünetei és ezek mellett a peripheriás neuron megbetegedésére utalók: petyhüdt bénulás, idegekre lokalizált fájdalom és az érzés zavarai, melyek — ritkán bár — de előfordulnak a *Heine-Medin*-féle betegségben. Ha ezek a zavarok akkorák, hogy mellettük a mozgás-kiesési tünetek túlsúlya elenyészik, akkor a diagnosis felállítása teljesen lehetetlen. Az initialis időszakban ez még nem baj, mert felvilágosítást várhatunk a további lefolyástól. Csakhogy egyébként typusos poliomyelitis-eseteinkben *a fájdalom hetekig is fennállott a heveny tünetek elmulása után* és hyper- meg paraesthesiát is észleltünk, mely csak a betegség 2. hónapjában mult el. Ilyenkor pedig nyoma sincs már pia-oedemának, a mivel *Wickmann* ezeket az izgalmi tüneteket magyarázza. Ezen esetekben tehát, hacsak nem akarjuk elejteni a *Heine-Medin*-betegség diagnosisát, a mi megint epidemiologiai érvekbe ütközik, kénytelenek vagyunk felvenni, hogy *ezen betegségben előfordulhatnak lobos elváltozások az idegekben, melyek hetek múlva múlnak csak el.*

A fájdalomnak diagnostikai jelentősége tehát negativ, megnehezíti a diagnosist, mert elmossa a különbséget a poliomyelitis és a polyneuritis között.

Gyakorlatilag sokkal fontosabbak a fájdalom-tünetek a *prognosis* szempontjából. Néhány esetünkben ugyanis egészen szokatlan fájdalom-jelenségeket észleltünk az acut időszak *utáni* időben. Ilyenkor spontan fájdalom már nincs; csak az idegtörzsek nyomásakor jelentkezett és azon activ vagy passiv mozgások alkalmával, melyek valamely nagy ideg megfeszítésével jártak.* Ez a fájdalmasság akkora lehet, hogy uralkodik az egész kórképen: a gyermek mereven fekszik, óvatosan kerül minden mozgást és valósággal megrémül, ha ki akarjuk mozdítani helyzetéből. Ez a fájdalom, illetőleg az ettől való félelem az oka, hogy a gyermek — a mint azt már *Zappert* is észlelte — minden megmaradt izmának felhasználásával rögzíteni próbálja izületeit. Ez által typusos helyzetek keletkeznek, a mennyiben azt a fennálló bénulások megengedik. Az alsó végtagon pl., ha volt még elegendő ép izom, rendesen a következő helyzetet találtam: csipőben fél flexio, fél abductio, térdben flexio, lábtőben equinus állás. A végtag beállítása tehát minden izületben olyan, hogy a nagy idegtörzsek lehetőleg kevéssé feszülnek, s ennélfogva kevésbé fájdalmasak is. Állandó tonusos összehúzódásuk következtében a nem bénult izmokban idővel regressiv szöveti változások állanak be (*Seligmüller*). *Az önkényes rögzítésből, a látszólagos contracturából valódi lesz.* A paralysises contractura keletkezésében ezen eddig még nem méltatott tényezőnek néha bizonyára nagy szerepe van.

Az idegfájdalmasság következményeit, a mozgástól való félelmet és az izületek akaratlagos rögzítését ismernünk kell, ha neuritises esetben a bénulások fokáról és kiterjedéséről véleményt akarunk mondani. Különben a ténylegesnél sokkal kiterjedtebb kieséseket fogunk találni a mozgási körben és sok olyan contracturát, a mely valóban nincs meg. *A látszólagos bénulások* felismerése aránylag könnyű; értelmesebb gyereket néha pár jó szóval, máskor egy kis megfenyegetéssel rábirhatunk egy-egy fájdalmasabb mozgás kivitelére, máskor meg a vizsgálat és az ezzel járó izgalom közben a kis beteg egy pillanatra megfeledkezik magáról és ekkor végez valami mozgást, melyet különben gondosan kerülni szokott. Sokkal nehezebb a *látszólagos contracturák* leleplezése, mert ez psychés befolyásolással legritkábban sikerül. Ilyenkor, de látszólagos bénulás súlyosabb eseteiben is, egy kis fogást használtam, mely majdnem mindig bevált: megismételtem a vizsgálatot, miután a gyermek fájdalomérzését egy morphininjectióval lényegesen csökkentettem. Ilyenkor az összes látszólagos contracturák eltűnnek. Pes equinus-eseteinkben pl., melyek $^1/_2$—2 hónap óta állottak fenn, a lábtőizület egy kivétellel egészen könnyen volt mozgatható $^1/_2$ órával az injectio után. Máskor ez nem elég, a fájdalmasság egy morphinadagra nem szűnik meg. Ilyenkor, nehogy contracturák fejlődjenek, amúgy is arra kell törekednünk, hogy a fájdalmakat minél hamarább megszüntessük. Kínos, de hatásos eszköz e czélra az idegnyujtás a végtagnak kézzel való mozgatása útján. E mellett — de gyors hatása és kellemesebb alkalmazása miatt magában is — nagyon ajánlatos valamely anodyngyógyszer használata. Több esetben jó eredményt láttunk a methylatropinum bromatumtól, melynek kellemetlen mellékhatását eddig nem tapasztaltuk. Végeredményben mindegy, hogy milyen szert használunk, a fontos az, hogy hasson.

Idecsatolom egyik tanulságos esetünk kórtörténet-kivonatát annak megvilágítására, hogy mekkora lehet a különbség a rendes és a csökkentett érzékenység mellett végzett vizsgálat eredménye között.

B. I. 10 éves fiú hirtelen megbetegszik magas lázzal, súlyos cerebralis és meningealis tünetekkel. A 2. napon petyhüdt bénulások találhatók a legkülönbözőbb izmokban. Ugyanakkor kezd panaszkodni a gyermek fájdalmakról, melyek a következő napokban folyton fokozódnak. A 3. héten hozzák be a Fehérkereszt-kórházba. A gyermek ekkor mozdulatlanul fekszik, a lábak az előbb leírt typusos helyzetben, a fel- és alkar a testhez odahúzva; mindenütt flexiós contracturák. Minden mozgástól fél, minden érintéskor már előre jajgat. Biztatásunk daczára és legjobb akarata mellett sem tudja még csak ujjperczeit sem mozgatni. A gyermeket napokig nem lehetett mosdatni; az etetés legyőzhetetlen nehézségekbe ütközött, úgy hogy kezelőorvosa a teljes emaciatióra való tekintettel végbélen át kezdte táplálni. Néhány napi methylatropinkezelés után kiderült, hogy contractura egyáltalában nincs, a flexio mindenütt kivihető és sok izületben még a többi mozgás is. Igaz, hogy az izomerő mindenütt csekély. A restitutio ennek megfelően sokkal gyorsabb és sokkal teljesebb volt, mint azt az első vizsgálat alapján gondoltuk. 2 hónap mulva már csak 4 izom volt, melylyel mozgás egyáltalában nem volt kivihető (a két peroneus, a jobb brachioradialis és quadriceps).

Hogy az ilyen kétségbeejtő esetben mit jelent az, ha csak valamivel jobb prognosist állíthatunk és ha pár nap alatt a mozgás terén óriási javulást tudunk elérni, azt nem kell részleteznem. *Ezért melegen ajánlom az ilyen neuritises esetekben a vizsgálat megismétlését morphinhatás alatt, a therapia terén pedig a legradikálisabb fájdalomellenes kezelést.*

* A lábakon minden neuritises esetben megtaláltam ezt a viselkedést, a karokon csak egyszer.

A gümőkóros fertőzés megállapítása és gyógyítása antitoxikus szerekkel.

Irta: ***Wein Manó*** dr.

(Folytatás.)

Én állításaim igazságáról sok száz esetben meggyőződtem és mindenkinek csak azt ajánlhatom: ne sajnáljon egy pár kisérletet tenni. Az eljárás oly egyszerű, hogy bárki is gyakorolhatja, a kérdés oly nagy horderejű, hogy a legnagyobb fáradság reáfordítását is megérdemli.

A *Marmorek*-féle savóval való gyógyítás elterjedését a szer drágasága nem kis mértékben hátráltatta. Ez az akadály megszünt. *Spengler K.* „I. K."-ja oly olcsó, hogy a szer ára szerepet nem játszhat. Nincs a patikának olyan szere vagy vivőanyaga, a destillált vizet, a rizsport és az agyagot sem véve ki, a mely a gyakorlatban oly olcsó volna, mint a milyen az „I. K."

Én itt egyes megfigyelések és a hozzáfűzött következtetések alapján csak magát a gondolatmenetet akartam kifej-

teni. A ki ezt a kérdést kimerítően tárgyalni akarja, a részletkérdések oly tömegével találkozik, hogy azok tisztázására egy ember munkája, egy ember élete nem elég; ezek tisztázása az orvosok összességét is sok évekig foglalkoztathatja.

Megfigyeléseim nem elég nagy számúak, sokban hiányosak. Egyes tényekhez messzemenő következtetéseket fűzök és ezen nem megbízható alapon építettem fel gondolatmenetemet, a mely egyes részleteket kellő figyelemben nem részesít, de a mely meggyőződésem szerint alapjában megfelel az igazságnak.

Magának a kérdésnek a tárgyalására visszatérve, elsősorban is azokat a betegségeket óhajtom tárgyalni, a melyek a gümőkóros fertőzés elsődleges betegségnyilvánulásai.

A gümőkóros fertőzés elsődleges betegségnyilvánulásai nem helyhez kötött, hanem egészen általános jellemű tünetek: láz, étvágytalanság, bágyadtság, rossz közérzet.

Olyan betegségtünetek ezek, mint a milyenekkel az összes többi heveny fertőző betegségek kezdődnek.

A gümőkóros fertőzésnek, csak úgy mint a többi fertőző betegségnek, az általános tüneteit azután még más tünetek is kiegészítik, a melyek segítségével a fertőzések korábban vagy később megkülönböztethetők egymástól.

A gümőkóros fertőzésnek eme „más“ tünetei a leggyakrabban csak igen későn jelentkeznek, de azért a fertőzés kezdetét teljesen figyelmen kívül hagyni, mint a hogy eddig történt, annál kevésbé szabad, mert ma már a gümőkóros fertőzéssel csak úgy vagyunk, mint a diphtheritisszel: antitoxikus hatású, specifikus gyógyító szerével rendelkezünk.

A gümőkóros fertőzésnek is a legkezdetibb, a heveny időszakának a tüneteit, a heveny tüneteit kell megismerni és nem szabad a másodlagos tüneteket a gümőkóros fertőzés kezdeti tüneteiként elfogadni.

A gümőkóros megbetegedésekben a kezdeti tünetek rendszerint igen kifejezettek, de nem jellegzetesek.

Ez az oka, hogy eme heveny, a betegség kezdeti időszakát jelző tüneteket félreismerték, nem a gümőkóros fertőzésre vonatkoztatták. De azért vannak nagy számmal gümőkóros fertőzések, a melyekben a kezdeti tünetek nem kifejezettek és emez okból elkerülik a figyelmet.

A gümőkóros megbetegedésekben csak úgy elkerülhetik a figyelmet, mint a scarlatinában, a fertőzés elsődleges tünetei, mert nem kifejezettek. A két betegség között különben párhuzam alig vonható. A gümőkóros megbetegedésekben ez aránytalanul gyakrabban fog megtörténhetni, mint a scarlatinában, mert a gümőkóros fertőzésnek meglehetős nagy csoportja az, a melyben az initialis heveny tünetek elmosódottak, nem szembeszökők. A scarlatina következményes vesemegbetegedéseiről azonban mindenki tudja, hogy a fertőzésnek csak másodlagos jelenségei, még akkor is, ha évekre nyúlva idősültté válnak. A gümőkóros betegségekben annyira jutottak, hogy a fertőzés első jelenségeit nem, csak a helybeli szöveti változásokat kutatják; azokat figyelmen kívül hagyják, mert egész figyelmüket ezekre fordítják. Pedig a szöveti változások még ha korán, még ha a heveny időszakban jelentkeznek is, csak másodlagos nyilvánulásai a fertőzésnek.

A gümőkóros fertőzésben az általános, a kezdeti tünetek hosszabb-rövidebb idő elmultával enyhülnek, egyszer igen gyorsan, máskor meg lassan helyreáll az illető egészsége. A gyógyulás tökéletes vagy csak tökéletesnek látszik, máskor hosszabb kórság után nyugosznak meg a tünetek, hogy végleges, esetleg szintén csak látszólagos gyógyulás következzék be; vagy súlyosbodik az állapot, hogy olyan alakot öltsön, a melyben a betegség eddig ismert jelleme mindinkább kifejeződik és a máig divó eljárásokkal is biztosan megállapíthatóvá válik.

Az eshetőségek száma légió, mert a gümőkóros fertőzés megnyilvánulásai rendkívül számosak. Hiszen az eddig gümőkórosnak felismert betegségek is igen sokfélék. Számuk és formájuk sokfélesége is mennyivel inkább kell, hogy megszaporodjék, ha olyan betegségi formák is gümőkóros eredetűnek állapíthatók meg, a melyekben a fertőzés szövetbeli változásokat még nem, vagy csak alig okozott, a melyek esetleg még nem lokalizálódtak, esetleg egyáltalában nem is lokalizálódnak, a melyek legnagyobb része végleg meggyógyul, mielőtt maradandó nyomot hagyhatna; a melyek kisebb része csak látszólag gyógyul meg, azután — esetleg egy hosszú élet minden viszontagsága daczára — a bonczoló asztalig titokban marad, vagy hosszabb-rövidebb ideig minden észlelhető jelenség nélkül lappang, esetleg valami alkalmi októl, a szervezet fejlődése közben, a szervezet erőbeli állapota egy más megváltozásától, mint újkeletű megbetegedés feléled; a melyek csak elvétve, mondhatnám kivételképp súlyosbodnak egységes kórkép alakjában annyira, hogy egy az eddigi vizsgálati módszerekkel is gümőkórosnak megállapítható kóralak kifejlődésére vezessenek.

A gümőkóros fertőzés első nyilvánulásai elsősorban a csecsemők ama táplálkozás-zavarai, a melyek legtöbbször pár héttel, sőt csak egy pár nappal a születés után támadják meg a csecsemőt.

Az első hét zavaraitól eltekintve, rendszerint az derül ki, hogy a csecsemő nem szopik, vagy csak kedvetlenül teszi ezt és hogy az emésztése rossz vagy nem kielégítő. Néha a megbetegedésnek egyáltalában nincs észlelhető tünete, de a csecsemő nem gyarapszik, nem fejlődik, vagy a fejlődése nem kielégítő.

Ennek természetesen számos oka lehet. Pl. az anya teje nem megfelelő — mondja az orvos azoknak, a kik az anyát dajkával pótolhatják. A dajka táplálékának, a szoptatás idejének és mérvének alapos szabályozása mellett a csecsemő állapota alig változik. Más dajka és újból más dajka kerül a házba. A csecsemő állapota — a széleskörű hygienés rendelkezések kedvező befolyása a gümőkóros betegségekben általában igen nagy — egyszerre csak javulni kezd és akár hatalmas fejlődésnek indul, de elég gyakran a zavarok megismétlődnek, vagy csak enyhülnek és a csecsemő továbbra is csenevész marad. Elég gyakran a csecsemő elpusztul. Ha ritkábban is, de ugyanolyan tünetek közt pusztul el, mint annak az anyának a csecsemője, a ki nem tud dajkát fogadni. Az anyatej elválasztása szenved, elvész és a gyermek mesterséges táplálék mellett egyszerre csak fejlődni kezd vagy szintén elpusztul; legtöbbször elpusztul. A bélzavarok folytatódnak, fokozódnak, a gyermek soványodik és végleg elsorvad. Ha dajkaságba adják, angyalt csinálnak belőle, ha civilizált körülmények között fonnyad el, talán gümőkórt állapítanak meg a halál okául. Legtöbbször azonban kimerülés a halálok és az előző betegség rendszerint bélhurut.

Ha a csecsemő nem jól szopik, nem gyarapszik: az anya teje nem megfelelő! A tejet megvizsgálják és általában megfelelőnek találják. De a csecsemő állapota a gyógyítástól nem javul, tehát az az általánosságban megfelelő anyatej a csecsemőnek még sem megfelelő!

Vagy túlzok?

Igenis túlzok! Mert az anya teje a hiányos szopástól elapadt vagy már megváltozott, többé általánosságban sem megfelelő és ezért: más szoptató!

Remek emberke, a kinek ugyancsak jól esett és jót tett az egészséges anyja kitűnő teje; szopott, mint egy bölény. Óra nélkül, mérleg nélkül szopott és fejlődött, gyarapodott, mint a hogy csak egészséges csecsemő tud gyarapodni. Ezt a remek emberkét, ezt a szép csecsemőt viszik a modern Taigetosba, dajkaságba, az anyját pedig szoptatónak olyan gyermek mellé, a ki a saját anyja tejétől sem tudott prosperálni.

Ennek a dajkának és még egynéhánynak a teje ugyanúgy, csak általánosságban volt megfelelő, de ama beteg csecsemő számára emészthetetlennek bizonyul. Csak úgy mint az anya tejelválasztása, a dajkák tejelválasztása is megváltozott és a tejük mégsem megfelelő. És még egynéhány csecsemőnek lesz a szerencsétlensége, hogy jól fejlődött, hogy van egészséges anyja, a kinek bőven van jó teje.

Az első csere még hagyján, még érthető. Számos olyan helyzet van, a mely okadatolttá teheti, hogy az anya ne szoptasson, vagy hogy a szoptatást, a melyet egy ideig

kielégitő eredménynyel folytatott, beszüntesse. De én nem ezekről az eshetőségekről beszélek most.

Az anya egészséges, a szülésnek, a szoptatás kezdetének minden, oly számos viszontagságát kiheverte. Teje bőven van, mert egészséges. Az anya nem változott; semmiben sem változott, még abban sem változott, hogy továbbra is szoptatni akar.

A gyermek az, a ki megváltozott.

Eleinte csak kedvtelenül szopik és emésztése is hanyatlik, majd rosszul szopik és bélműködése is rossz; a csecsemő soványodik.

Ennek az állapotnak következtében az anya és elsősorban a tejelválasztása szenved.

Ne gondolja senki sem, hogy a természet az ő czélszerűségi törekvéseivel csak odáig terjed, hogy saját elválasztásainak megfelelő megváltoztatásával, szabályozásával ártalmak ellen megvédelmezhesse magát. Ezen túl is van még czélszerűség! Van befolyás és van visszahatás, a mely a beteg szervezettől, a tőle szervesen már különválasztott, de vele a táplálkozás kérdéseiben még kapcsolatos szervekre is kihat. A hiányos emésztőképességű csecsemő azzal, hogy kevesebbet, hogy kedvtelenül, hogy szeszélyesen szopik, a szoptató tejelválasztását nemcsak mennyiségileg, de minőségében is befolyásolja. Bátran állítható, hogy bizonyos határig a czélszerűségnek megfelelően változtatja meg. Annak a beteg gyermeknek kevesebb és sóványabb táplálék kell; annak az ilyen tej megfelelő, a mely különben általánosságban már nem megfelelő, mert nem normalis, hanem beteg szervezet táplálásához alkalmazkodott.

Ez így van, ennek így kell lennie. És mert így van, a gyógyítás szempontjából ily viszonyok között a szoptató megváltoztatásánál visszásabb intézkedés alig képzelhető. Elveszszük azt a szoptatót, a kinek a tejelválasztása a beteg csecsemő szükségleteihez némelyest már alkalmazkodott és adunk helyette olyant, a ki addig a saját egészséges gyermeke igényei kielégítésére volt berendezve.

Tehát a csecsemő beteg és a tápláléka megfelelő. Elsősorban a gyermek betegségén és nem a szoptatót kell változtatni. Ilyen helyzetben ajánlom én: intézzünk kérdést a csecsemő szervezetéhez, vajjon a betegség, a mely a zavart okozza, nem gümőkóros fertőzésből ered-e?

Ilyenkor adjunk *Marmorek*-féle sávót vagy dörzsöljünk be néhány cseppet (5 csepp) az „I. K.“ III. vagy IV. dilutiójából. És ha a csecsemő hasmenése megszűnik, emésztetlensége elmúlik, frissebben, mind mohóbban kezd szopni: biztosak lehetünk abban, hogy a csecsemőbetegség jelenségei gümőkóros fertőzés következményei voltak. Ha a csecsemő megfelelően gyarapszik, biztosak lehetünk a felől, hogy gümőkóros fertőzéséből ki is gyógyult.

Ennek a betegségcsoportnak a jellemzése csak annyiban szorul kiegészítésre, hogy rendszerint a halálos kimenetelű betegségekben, a későbbi lefolyásban mondhatni mindig, nemcsak a bélcsatorna, hanem a tüdő vagy más szervek is megbetegednek. Különösen a bőr, a mirigyrendszer és a látható nyálkahártyák, elsősorban a szem és az orr is résztvesznek a megbetegedésben. De ezeknek a kórformáknak aetiologiája már inkább tisztázott és most csak azért említem, mert ezek a változások már másodlagos jelleműek és ennek megfelelően a gyógyulásuk is hosszadalmasabb.

A specifikus gyógyítással nem szabad várakozni, a míg ilyen tünetek jelentkeznek, hanem jelentkezésük előtt kell a szervezet segítségére sietni, hogy a fertőzéstől megszabadulva, a zavartalan fejlődése biztosíttassék.

Az idetartozó betegségek egy másik csoportja a gyermekkorban oly gyakori ephemaer lázak. Ezek túlnyomó többségben gümőkóros jelleműek, és ha ilyen jelleműek, a gümőkóros fertőzésnek szintén első nyilvánulásai.

Ezzel nem azt állítom, hogy minden ephemaer láz, ha gümőkóros eredetűnek bizonyul, az első gümőkóros fertőzéssel kapcsolatos. Csak azt állítom, hogy a gümőkóros fertőzésnek rendszerint első nyilvánulása. Az a gyermek, a ki ephemaer lázban szenved, már akár ismételten is lehetett gümőkórosan fertőzött és fertőzéséből teljesen vagy látszólag kigyógyult. Meggyőződésem szerint a legtöbbször tökéletesen meggyógyult és allergiavizsgálatra negativ eredményt ad. Én csak azt állítom, hogy az az ephemaer láz, a mely gümőkóros eredetűnek bizonyul, annak a gümőkóros fertőzésnek, a mely reábizonyul, legtöbbször az első, a primaer nyilvánulása.

Az ephemaer láz megjelölés a csecsemő- és gyermekkornak nem egy egységes betegségalakjára vonatkozik, hanem összefoglalása ama megbetegedéseknek, a melyeknek egyetlen jellemző sajátsága az indeterminált láz, hogy nem tudják mi a betegségnek az oka és rendszerint azt sem tudják, hogy melyik szerv betegedett meg tulajdonképpen. Fényes példája annak, mily igaza van a németek nagy bölcsész-poetájának, hogy új szóval pótoljuk a fogalom hiányát. Tapogatódzunk a sötétségben és egyes tünetek szerint változik a kétségünk: mily fertőzéssel vagy milyen szervnek a megbetegedésével állunk szemben?

Egyszer 3—4 nap alatt, másszor hosszabb idő alatt, leggyakrabban két hét alatt lezajlik a láz, a melynek okát nem tudják és a melyet épp ezért ephemaer láznak neveznek.

Elég gyakran a láz és a betegség többi tünete hosszabb ideig is eltart.

Az első időben gastrikus eredetűnek tartják. A gyomortünetek azonban háttérbe szorulnak, az általános tünetek pedig változatlanul ugyanazok. Typhusra gyanakszanak, de a kezdeti időszakban, esetleg hetekig a lép nem dagad meg jellemző módon, a béltünetek sem kifejezettek, a serologiai vizsgálat is negativ marad, az állandó láz typusa sem megfelelő. Most már typhoidot hangoztatnak, hogy valamit mondjanak. De a láz menete egészen atypusossá válik, sőt nem egyszer egy pár napig, vagy akár egy pár hétig is kifejezett szabványú, váltólázas jellemű. Váltólázat vesznek fel, de a chinin nem vágja el, csak általános hatásának megfelelően befolyásolja a lázat, és ha a chinint elhagyják, a láz fokozódik, esetleg jellemét újból és ismételten is megváltoztatja. Most már bronchitis és diffus tüdőhurut is jelentkezik; először izgatott köhögéssel, majd elég bő váladékkal. Természetesen a lélegzőszervek hurutos megbetegedéseire gyanakszanak, de igen gyakran elmulnak a tüdőbeli tünetek és bélzavarok, pl. fájdalmas hasmenések vagy ismétlődő kólikák és tenesmus másfelé terelik az orvos figyelmét. Időközben a lép és a máj is megnagyobbodott. A nyak-, lágyék-, hónalj-, sőt az összes mirigyek is kimutathatóan, rendszerint csak annyira duzzadtak, hogy jobban tapinthatók, keményebbek, talán kissé érzékenyek.

Folytassam?

Nem teszem. Hiszen a szervezet minden pontján végigkisérhetném a fertőzést, a mely mindenhol izgat, de mindenhol csak olyan változásokat okoz, a melyek vagy tökéletesen, vagy látszólag meggyógyulnak. Ennek megfelelően a localis tünetek is — az általánosak mellett — csakis a localis izgatásnak a kifejezői, illetőleg a gyors gyógyulásnak megfelelően megszűnnek vagy egyelőre tovább nem érzékelhetők.

Jellemzésül csak még annyit fűzhetnék eme leíráshoz, hogy mindezek után a beteg erősen lesoványodott, elgyengült, szegényvérű; hogy nincs gyógyszer, a mely a kórlefolyást kedvezően befolyásolta volna és hogy a tünetek egyszerre csak gyorsabban vagy vontatottabban elmúlnak; a gyógyulás bekövetkezik, vagy a beteg hiányos táplálkozása, rossz fejlődése bizonyítja, hogy nem egészséges.

Ez egy súlyosabb természetű ilyen betegségnek a leírása, de az ephemaer láz a legtöbb esetben sokkalta enyhébb, sokkal rövidebb lefolyású, nyilvánulásai is ilyenkor nem ilyen változók.

Az elmondottakból önként folyik, hogy az a leírás, a melyet az ephemaer lázról adtam, csak általánosságban jellemző, de a részleteket illetőleg, akár a sorrendre, akár a tünetek localisatiójára vonatkozóan mindenképpen semmitmondó. A sorrend lehet fordított, a tünetek egészen más szerveknek a megbetegedésére is vonatkozhatnak. Ez attól függ, hogy hol volt a fertőzés kapuja, hogy milyen sorrendben támadja meg a fertőzés az egyes szerveket, hogy milyen harczi

készséget talál az egyes szervekben, hogy ennek megfelelően a védekezés melyik formáját választhatja a szervezet, hogy teljes vagy csak látszólagos gyógyulással győzedelmeskedik-e a szervezet a fertőzésen.

Enyhébb megbetegedések esetén eleinte rendszerint náthában, a lélegző szervek hurutjaiban véljük a baj okát megtalálhatni, mert rendszerint ilyen zavarok állnak a kórkép homlokterében.

Súlyos kórformákban a fertőzést a szervezet nem győzi le.

Ha pedig a fertőzés bárhol alaposabban túlsúlyra vergődik: a localis tünetek is fokozódnak, olyan méretűek lesznek, hogy az eddig ephemaernek vélt láz magyarázatát adják; az eddig is gümőkórosnak megállapítható változások most már jellemeznék a lázat, de ilyenkor már rendszerint nem a láz a legszembeszökőbb tünete a betegségnek.

Van harmadik eshetőség is: a fertőzés mindenhol túlsúlyra vergődik, mindenhol legyőzi a szervezetet.

Láttam ephemaer lázat, a mikor ezt a diagnosist mondhatni végig fentartották, mert a láz aetiologiáját illetőleg végig kétségben voltak és végig a láz és általános tünetek dominálták a kórképet. Localis elváltozások csak olyanok voltak észlelhetők, a melyek az általános tünetek következményei lehettek és az ephemaer láz, a folyton tartó, semmi változást sem mutató, semmiképp sem befolyásolható toxaemia okát illetőleg csak akkor tudtak megállapodni, a mikor a peritonealis tuberculosis tünetei kezdtek mindinkább kifejeződni és a hasmirigyeknek, főleg a májnak és a lépnek szertelen megnagyobbodása és a vesék súlyos működés-zavara már a vég kezdetét jelezte.

Az egész betegség alig tartott hat hétig.

Ime a gyermekkor gümőkóros fertőzésének két végletét mutattam be a csecsemők emésztési zavaraiban és az ephemaer lázban, ennek különösen eme legutóbbi typusában. Az emésztési zavarokban nem a toxaemia dominál és ennek megfelelően nem a láz és a többi általános tünet, hanem rögtön a helybeli zavarok jellemzők. Ezekben egyáltalában nem kifejeződő, vagy csak alig észlelhető előzetes általános tünetek után mindjárt localis tünetek jelentkeznek, a melyek főleg az emésztőszervek megbetegedésére utalnak. A láz és a többi általános tünet eme kórformákban nem a fertőzés tényét jellemzi, inkább a localis változások nagyságától látszanak függni; ezeket mintegy kisérik és látszólag ezeknek tünetét alkotják. Az ephemaer láz legutóbbi alakjában pedig legszembeszökőbb — de minden ephemaer láznál természetszerű — hogy a gümőkóros fertőzést okozó bacterium heves toxaemiát produkál, és így a toxaemiás lázak és az általános tünetek jellemzik a fertőzésnek eme nemét. A rendes lefolyású ephemaer lázakban a szervezet marad győztes. A toxaemiás lázak megszűnnek és számottevő localis változásokat, olyanokat, a melyek számbavehető vagy maradandóbb tüneteket okozhatnának, a fertőzés nem okoz.

(Vége a jövő számban.)

A salvarsan alkalmazásmódja és therapiai értéke a syphilis gyógykezelésében.

Irta: *Verzár István* dr., Biharmegye közkórháza tb. osztályos főorvosa.

(Vége.)

A salvarsant összesen 193 betegen 247 esetben alkalmaztam; ezek közül 118 esetben intramuscularisan és 129 esetben intravenásan. Kezelés alá került primaer sclerosissal 54, másodlagos tünetekkel 172 és tertiaer tünetekkel 16 beteg, ezenkívül a parasyphilises megbetegedések közül 3 tabes dorsalis, 2 paralysis progressiva. Oltásokat csak olyan betegeken végeztem, a kiken a syphilis diagnosisa absolut bizonyossággal megállott, éppen ezért minden primaer sclerosisban szenvedőt csak positiv spirochaeta pallida-lelet mellett oltottam és azon esetekben, a hol a tünetek hiánya — pl. lues latensben — vagy azoknak kérdéses mivolta mellett a diagnosis kétes volt, minden esetben Wassermann-reactiót végeztettem s csak ennek positiv volta mellett alkalmaztam a salvarsant. Typusos másod- és harmadlagos tünetek esetén természetesen úgy a spirochaetavizsgálat, mint a Wassermann-reactio megejtése diagnostikai szempontból fölösleges lévén, ezektől eltekintettem. E diagnostikai értékkel bíró vizsgálatokon kívül pontos vizsgálat alá vettem a beteg szívét, tüdejét, vizeletét s csak ezeknek épsége mellett végeztem az oltást. A szemvizsgálatokat gyakorlat és eszközök hiányában nem magam végeztem, hanem valamelyik szemspecialistát kértem föl annak megejtésére s csak teljesen ép szemfenék mellett alkalmaztam a salvarsanbefecskendezéseket.

A betegeimről szóló följegyzéseim közül csak azon esetekről kivánok részletesebben referálni, a melyek részint súlyosságuknál, részint a syphilisnek ritkán előforduló tünetei folytán különösebb figyelmet érdemelnek; továbbá azokról, a melyek a szer prompt hatása, vagy annak rendkívül renyhe, mondhatnám hatástalan volta miatt elütnek az ú. n. sablonos salvarsanhatástól. Ezen eseteket fölolvasásom megfelelő helyein fogom részletesen ismertetni.

A salvarsan therapiai értékének megitélésekor a következő kérdésekre kell főképpen tekintettel lennünk: 1. hogyan befolyásolja a szer a meglevő tüneteket, 2. miképpen befolyásolja a syphilist a recidivák tekintetében, 3. fölébe, melléje, avagy mögéje helyezendő-e az eddig rendelkezésünkre álló, már kipróbált antisyphiliticumoknak, ú. m. a kénesőnek és jodnak; és végül, hogy vajjon az új szernek nincsenek-e káros hatásai?

A primaer, exulcerált sclerosisok behámosodása körül szerzett tapasztalataim igen változók, mert a míg az esetek legnagyobb számában 5—15 napot vett igénybe a sclerosisok bebőrödzése, addig három esetben 24 órával a szer alkalmazása után már megtörtént a teljes behámosodás. A mi magát az ulcus induratióját illeti, ez tisztán csak salvarsankezelés mellett vagy egyáltalában nem, vagy csak hetek, hónapok mulva fejlődik vissza.

A másodlagos tünetek közül különösen gyors visszafejlődést mutattak a száj és torok nyálkahártyáján, úgyszintén az anus körül székelő papulák; míg a köztakaró többi részén levőket, az úgynevezett „syphilis cutanea mikro- seu makro-papulatá"-t már jelentékenyen hosszabb idő alatt tudja viszszafejlődésre bírni. A haj, szemöldök és bajusz alopeciája három esetben az oltást követő 3—5. napon teljesen megállott. Egy iritis lueticában szenvedő betegben a hetek óta fönnálló igen erős, szaggató fájdalmak a kezelés utáni 8. órában teljesen megszüntek, a nélkül, hogy azóta egyáltalán ismétlődtek volna. Ezen esetnek két körülmény nyujt különösebb érdekességet: az egyik az, hogy a beteget a fővárosban egy rheumás alapon fönnálló iritisszel már három hónapja kezelték, de a gyuladásos tünetek és fájdalmak az igen nagy mennyiségű salicyl, aspirin, pyramidon adagolására sem enyhültek; de más tekintetben érdekes az eset azért is, mert fényes példája annak, hogy lueses alapon fejlődő iritisben a salvarsan bátran és kiváló eredménynyel adagolható. A beteg részletes kórtörténete a következő:

H. L., 36 éves, nős.

Anamnesis: A fertőzés idejéről és helyéről fölvilágositást nem tud adni. Hat hónapja az alkaron, később az egész köztakarón nem viszkető, lencse-fillérnyi kiütés támadt. Három hónapja fáj a bal szeme. Négy egészséges gyermeke van; a legkisebb $1^1/_2$ éves; a felesége egészséges, sohasem abortált; atyja, ki jelenleg 62 éves, luest koncedál, de baját jelen beteg gyermekének születése után acquirálta.

Antiluetice nem kezeltetett.

Jelen állapot: Az igen jól fejlett csont- és izomrendszerrel biró férfibeteg mell- és hasüri szervei épek. A vizelet normalis. A jobb szem látása teljes, $^5/_5$, a szemfenék ép; a bal szemen iritis, lenövésekkel; erős fénykerülés. Testsúly 94 kgr.

Az 1911 julius 24.-én vett vér Wassermann reactiója erősen positiv.

Diagnosis: Syphilis cutanea papulosa. Iritis syphilitica oculi lat. sin.

A beteg 1911 július 30.-án d. u. 5 órakor 0·40 gr. salvarsant kapott intravenásan. A befecskendezést igen jól tűrte, sem hidegrázása, sem émelygése nem volt; legnagyobb hőemelkedése az oltás után 4 órával 37·4 fok.

Július 31. A beteg teljesen láztalan. A helyi reactio semmi. A szem fájdalmai teljesen megszűntek. A köztakarón lévő papulák sokat száradtak. Kenőkúrát kezd.

Augusztus 2.-án: Az iritis sokat javult. A köztakarón lévő papulák részben visszafejlődtek.

Augusztus 17.-én: A köztakarón lévő papulák teljesen visszafejlődtek, helyüket itt-ott még barnás festékfolt jelzi. A beteg tünetmentes. A kenőkúrát folytatja. Az iritis teljesen gyógyult.

A betegen az utolsó bedörzsöléstől számított három hónap multán, ha tünetmentes lesz, Wassermann-reactiót fogok végeztetni, a melynek positiv volta esetén egy második 0·40 gr. salvarsanbefecskendezést fog kapni.

Secundaer tüneteket mutató nehány betegen, ott a hol az ajkakon és keményszájpadon ülő papulák többször megismételt erélyes kénesőkúra daczára makacsul persistáltak, illetőleg recidiváltak, a tünetek 0·40 gr. salvarsannak intravenás alkalmazása után 3—7 nap alatt teljesen visszafejlődtek s ezek közül azóta csupán egy betegen észleltem recidivát, egy a felső ajkon ülő nagyobb lencsényi papulát, a mely egy újabb 0·35 gr. salvarsan intravenás befecskendezésre 24 óra alatt teljesen visszafejlődött. A lueses roseolák visszafejlődésekor általában gyorsabb hatást láttam a kénesőtől, mint a salvarsantól.

A legfrappánsabb hatást a tertiaer syphilisben észleltem, jóllehet ilyen esetekben sokszor a jod is szinte csodákat művel. Egy 54 éves nőbetegen az egész jobb mellkas külső és hátulsó felét, úgyszintén a jobb felkar felső harmadát exulcerált tubero-serpiginosus bőrsyphilid borította; az exulceratiók bár nagy adag jod használatára begyógyultak, egy-két hónapi időközökkel már negyedszer recidiváltak. A betegbe ezelőtt $3^1/_2$ hónappal 0·30 gr. salvarsant fecskendeztem intravenásan. A fillérnyi egész gyermektenyérnyi exulceratiók az 5. napon kivétel nélkül bebőrödztek és még a mai napig sem mutatkozott recidiva. A beteg testsúlya $2^1/_2$ hónap alatt $7^1/_2$ kilóval gyarapodott. A malignus eseteiben a luesnek szintén nagyon jó eredményeket láttam, de egy betegen az első izomközti oltás elég jó hatása mellett a második intramuscularis és egy harmadik intravenás oltás teljesen hatástalannak bizonyult; ez eset egyike volt a legsúlyosabb syphiliseknek, a melyeket láttam. Az eset rövid ismertetése a következő:

B. Gy., 45 éves férfibeteg, 1911 január 7.-én vétetett föl közkórházunk bőr- és bujakóros osztályába.

Anamnesis: Ezelőtt 12 évvel ulcust kapott a penisén, a mit a beteg akkor orvosnak nem mutatott meg. A közbeeső 12 év alatt soha semmi sebe, kiütése nem volt. Körülbelül 5 hete fillérnyi egész ötkoronásnyi, vastag barnás pörkkel fedett, infiltrált szélű fekélyek borítják a köztakarót, e fekélyek váladékának spirochaeta-vizsgálata positiv. Antiluetice sohasem kezeltetett.

Jelen állapot: Az elég jól fejlett csont- és izomrendszerrel biró férfibeteg mell- és hasüri szervei épek. Kisfokú arteriosclerosis. A vizelet normalis; a szemfenék ép, a látás mindkét szemen teljes, $^5/_5$.

Diagnosis: Rupia syphilitica.

1911 január 13.-án d. e. 0·50 gr. salvarsant kapott a jobboldali gluteusizmai közé.

Január 17. Az oltást jól tűrte, kisfokú hidegborzogatáson és 37·7° hőemelkedésen kívül semmi kellemetlen tünet; a befecskendezés helyén kb. nagyobb diónyi, nyomásra érzékeny infiltratio A köztakarón lévő fekélyek vastag pörkjei legnagyobbrészt leváltak, alattuk tiszta, sarjadzó sebek.

Therapia: fürdők, 5%-os merc. pp. kenőcsös kötések.

Január 25. A fekélyek egy párnak kivételével mind begyógyultak, helyüket barnás pigmentatio jelzi.

Január 30. A mellen és arczon újabb fekélyek jelentkeztek. A beteg kéneső-kenőkúrát kezd.

Február 1. A kénesőt absolute nem tűri, erős stomatitis, főfájás, hasmenés. A kéz- és lábfejek erős oedemája jelentkezett. A kéneső elmarad, jodot szed (naponta 4 gr.).

Február 22. A jod adagolása daczára a fekélyek szaporodnak, kráterszerűek, bűzös, genyes váladékot termelnek; a beteg kb. 2 hete sokat soványodott. étvágytalan. A baloldali gluteusizmok közé egy újabb 0·30 gr.-nyi salvarsanfecskendezést kapott.

Febr. 25. Az oltást jól tűrte, a helyi reactio majdnem semmi. A fekélyek állapota semmit sem javult. 10% Hg. salicylicum-oldatból $1^1/_2$ cm^3-t kapott intramuscularisan.

Febr. 29. A Hg.-injectióra megint erős stomatitis állott be, Hg elmarad, naponta 6 gr. jodot kap.

Márczius 10. A jod adagolása daczára a fekélyek, a melyek az egész köztakarót, hajzatos fejbőrt elborítják, napról-napra szaporodnak és terjednek; a fekélyek termelte genyes váladék, rendkivüi bűzös, gangraena szagú. A beteg alig táplálkozik, lesoványodott, étvágytalan. Tincturakeveréket szed. A vizelet diffuse zavaros, fs. 1020, fehérjét nyomokban tartalmaz.

Április 27. A beteg ma d. e. 0·45 gr. salvarsant kapott intravenásan. Oltás után 5 órával erős hidegrázás, hőmérsék 39·8; a pulsus szapora; kevés zöldes-sárga folyadékot hányt.

Április 28. A beteg láztalan, 36·6, subjective elég jól érzi magát; a mai nap folyamán két ízben keveset evett. A helyi reactio semmi.

Május 10. A fekélyek a salvarsannak intravenás fecskendezése daczára semmit sem javultak, sőt a végtagokon és hajzatos fejbőrön itt-ott a csontig terjedő, mély kráterszerű fekélyek oly átható, bűzös szagot terjesztenek, hogy szinte lehetetlenné teszik a beteggel való együttlétet. A beteg semmi táplálékot sem vesz magához, rendkívül erőtlen.

Május 14. A beteg általános gyengeség tünetei között meghalt.

A mint hallani méltóztattak, a tünetek makacsul fönnállottak, sőt súlyosbodtak úgy salvarsan, mint nagymennyiségű jod adagolására, a kéneső iránt pedig határozott idiosynkrasiával viseltetett a beteg, úgyannyira, hogy az 5 hónapos leglelkiismeretesebb kezelés és ápolás daczára általános gyengeség, lesoványodás és cachexia tünetei között elhalt.

A parasyphilises megbetegedések sokkal kisebb számban kerültek kezelésem alá, semhogy azokra vonatkozólag a szer hatásáról kimerítő véleményt mondhatnék. Azon három tabeses és két paralysises betegen, a kik oltás alá kerültek, a salvarsannak mondhatnám semmi hatását sem észleltem. Egy esetben talán engedett valamit az ataxia, de ez véleményem szerint suggestiv hatás volt, úgy hogy e pár eset is megerősíti a syphilidologusok azon tapasztalatát, hogy úgy tabesben, mint paralysisben, különösen ezeknek későbbi stadiumaiban a salvarsant majdnem hatástalannak mondhatjuk.

A második kérdés az, hogy hogyan befolyásolja a salvarsan a syphilist a recidivák tekintetében? A syphilisnek kénesővel és joddal kezelt eseteiben évek hosszú során szerzett tapasztalataink a következőkről győztek meg: A syphilis mondhatnám minden esetében, daczára annak, hogy már a primaer sclerosis fönnállása idején erélyes kénesőkúra alá fogtuk a beteget, mégis a fertőzés idejét követő 4—8. héten jelentkeztek a másodlagos tünetek, a mely stadium a további intermittáló kezelés daczára hol rövidebb, hol hosszabb idő elteltével megismétlődött. A recidivák száma és időbeli különbsége tekintetében semminemű szabályt sem állithatunk föl, ezek nagyon is individualisak. Ha most mi a salvarsannal kezelt betegek lueses tüneteinek recidiválásáról helyes véleményt akarnánk mondani s ezeket össze akarnánk hasonlítani a kénesővel kezelt esetekkel, akkor tulajdonképpen előre kellene tudnunk, hogy minő mértékben és milyen időközökben jelentkeztek volna a recidivák akkor, ha mi a kérdéses beteget csak kénesővel és joddal kezeltük volna. Igy tehát érthető, hogy a salvarsannal kezelt esetek recidiválásának viselkedéséről csak nagy általánosságban nyilatkozhatunk.

A mikor a salvarsant az általános praxisnak hozzáférhetővé tették, akkor a sterilisatio magna kérdése már el volt döntve, vagyis a legtekintélyesebb syphilidologusok egyöntetűen megállapodtak abban, hogy a sterilisatio magnát a salvarsannak egyszeri alkalmazásával, legyen az akár intramuscularis, akár intravenás, csak kevés esetben tudjuk elérni, vagyis igen kevés azon betegek száma, a kikben a szer egyszeri befecskendezése után több hónapi megfigyelés mellett másodlagos tünetek, illetőleg recidivák nem jelentkeztek s a Wassermann-reactio negativ volt, a mi mai fölfogásunk szerint mégis legbiztosabb kriteriuma a syphilis gyógyulásának. A sterilisatio magna kérdésének jelen kialakulása mellett érthető, hogy 193 beoltott betegemnek kb. csak $^1/_5$ része olyan, a kin a kezelést tisztán csak salvarsannal végeztem, mig a többi esetben — miután magam is meggyőződtem a sterilisatio magna kivételes voltáról — a salvarsan alkalmazása után a beteget rögtön kéneső-kúra alá vettem, a mi vagy kenőkúrából, vagy 10% Hg salicylicum-oldatnak izomközti fecskendezéséből állott. 40 beteg közül (kb. $^1/_5$ része az összes oltott betegeknek) csupán egy intramuscularisan és 3 intravenásan kezelt beteg volt olyan, a kin ez ideig nincs jogom kétségbevonni a sterilisatio magna lehetőségét. E betegek részint 3, részint 5 hónapja állanak megfigyelésem alatt, de rajtuk a másodlagos tünetek jelentkezését, illetőleg azoknak recidiválását még a mai napig sem észleltem és a beoltástól számított 3 hónap multán megejtett Wassermann-

reactio mind a 4 betegen teljesen negativ eredményt adott Ha ez esetekben a sterilisatio magna csakugyan beállott, úgy azt a fertőzés enyheségére kell visszavezetnem, a mely enyhe infectióval szemben a beadott salvarsan mennyisége az összes spirochaetákat elölte, illetőleg az ezek termelte toxinokat megkötötte. A többi betegen a salvarsannak egyszeri alkalmazása nem mutatkozott elegendőnek, a mennyiben a primaer fekélylyel kezelt betegekben megfelelő idő mulva jelentkeztek a másodlagos tünetek, illetőleg a secundaer tünetekkel biró syphiliseseken hol rövidebb, hol hosszabb idő mulva recidivák állottak be. E tapasztalaton okulva, továbbá azon megfigyelésre való tekintettel, hogy bár a salvarsankezelésre a megfelelő tünetek exulceratiói elég rövid idő alatt behámosodnak, de maguk a syphilises induratiók hetek, sőt hónapok multán is még fönnállanak, betegeimen a kombinált kezelést vezettem be, a mi abból állott, hogy a beteget a salvarsanfecskendezés után rögtön kénesőkúra alá vettem. Azt hiszem, hogy a syphilis mai modern gyógykezelésének ez a legrationalisabb és egyúttal legeredményesebb formája, a mennyiben így a salvarsan sterilező képességét a kéneső adagolásával mintegy segítjük; az induratiók, syphilises lerakódások fölszívódását pedig a régi jó kipróbált resorbeáló szerekkel, a kénesővel és joddal igyekszünk lehetővé tenni. E kombinált kezelés mellett már jelentékenyen jobb eredményeket észleltem, úgyannyira, hogy 32 esetem van olyan, a melyben a salvarsannak egyszeri alkalmazása és 8—10 kénesőbefecskendezés vagy ennek megfelelő bedörzsölő kúra után a betegen több hónapi megfigyelés mellett recidiva nem állott be és a kellő idő mulva megejtett Wassermann-reactio negativ eredményt adott. A salvarsan-befecskendezést azon esetekben, a melyekben a tünetek kiújulása vagy a Wassermann-reactio positiv volta indokolttá tette, egyszer, sőt kétszer is megismételtem; az oltások között minimum 2 hónap telt el.

A kombinált kezelés egyúttal teljesen megvilágítja azon kérdést is, hogy milyen helyet foglal el a salvarsan az antisyphiliticumok sorában. Szerény véleményem szerint sem elébe, sem mögéje nem helyezhető a kénesőnek és a jodnak. Mindenesetre óriás lépést jelent a syphilis gyógykezelésében, s azt hiszem joggal állíthatom, hogy a salvarsan a rendelkezésünkre álló többi gyógyszerrel kombinálva a syphilisnek 4—5 évi, sőt némelykor az egész életre kiterjedő tartamát jelentékenyen meg fogja rövidíteni.

Egy utolsó kérdés még, hogy van-e a szernek káros hatása a szervezetre? Bár a legnagyobb syphilidologusok észleltek és leírtak igen súlyos neuritiseket, idegatrophiákat, hűdéseket, sőt pár esetben halálos kimenetelt is, nekem tapasztalataim alapján e 247 esetre vonatkoztatva, a megfelelő adagokat alkalmazva, az oldatnak legpontosabb készítése mellett, különben egészséges szervezetű egyénen, szakember kezeiben a salvarsanról mint teljesen veszélytelen szerről kell nyilatkoznom, a mennyiben sem a föntemlített bántalmakat, sem más káros hatását a szernek egyetlen egy esetben sem észleltem. Véleményem támogatása czéljából bátor vagyok fölhívni a tisztelt kartársak figyelmét a német orvosok és természetvizsgálók legutolsó vándorgyűlésére, a hol úgy az *Ehrlich* előadásából, mint az ezt követő vitából kitűnt, hogy a salvarsan alkalmazásában nem következett be visszaesés és a hol az a nézet alakult ki, hogy a salvarsan fölötte hatásos, helyes alkalmazás mellett ártalmatlan és a mai syphilistherapiában nélkülözhetetlen szer.

Contagium-e a skarlát vagy nem.

Irta: ***Longauer Kálmán*** dr., Pannonhalma.

A *Szontágh Félix* tanár tollából *„A vörheny-problema további kérdései“* czímen e lapok hasábjain megjelent közlés arra indított, hogy 11 év óta megfigyelt és *solitaer* maradt vörheny-eseteimet s a belőlük levont következtetéseimet közreadjam.

Csekély számú, de úgy hiszem némi bizonyító erővel biró eseteim a vörheny contagiosus voltát sehogy sem támogatják.

Mindenesetre a vörheny-virus contagiositása mellett hathatós érvnek látszik a beteg hozzátartozóinak utóbb bekövetkezett fertőződése. Mit csináljunk azonban azokkal az esetekkel, a melyek solitaer maradnak s a legközvetetlenebb hozzátartozók sem a nyilt, sem az occult scarlatinának nyomát sem mutatják. Ha a vörheny virusa valóban contagium, felfoghatatlanok az ilyen esetek még azzal a látszólagosan elfogadható megokolással sem, hogy a vörheny iránti dispositio más és más.

Bármilyen behatás, mely a torokbeli képleteken — főleg a tonsillákon — catarrhalis állapotokat s általános testi kimerülést tud előidézni, alkalmas arra, hogy a szervezetben szunnyadó vörheny-virust életre keltse. Tizenegy esztendőre terjedő ezen megfigyeléseim szerint az eseteknek körülbelül 80—90%-ában megállapítható, hogy testi megerőltetés vagy egymást gyorsan felváltó hőhatások után áll be a vörheny.

Ha a skarlát aetiologiájában biztos támpontokhoz akarunk jutni, véleményem szerint nem a tömeges megbetegedések, hanem a solitaer maradt esetek alkalmasak erre. A tömegmegbetegedések a kényelemnek sokkal jobban megfelelő contagiositás dogmájához, nem pedig az ok és okozat közti összefüggés elfogulatlan birálatához vezetnek.

A solitaer maradt eseteknek nem kielégítő körültekintéssel vizsgálásában s a tömegmegbetegedésekre fordított túlságos figyelemben látom az okát annak, hogy az aetiologia kérdése még olyan homályos.

Ha egy család valamely tagja vörhenyben megbetegszik s a többi is megkapja e bajt, kéznél van a contagium, s az acta lezárul. Ha egy másik család valamely tagja vörhenybe esik, de a *többi mentes marad*, akkor sem azt az *egyet*, sem a *többit*, sem külön-külön, sem az egymáshoz való viszonylatban az előidéző okok felderítése czéljából nem méltányolják kellően, mert hiszen ott van a *dispositio*, melynél fogva annak az *egynek* kellett vörhenybe esnie, mert jobban disponált rá.

A solitaer skarlát-esetekből levont következtetéseim alapján a vörheny contagiosus voltába vetett hitem nemcsak hogy megingott, de teljesen szét is foszlott, mert éppen ezek a solitaer esetek azok, melyek úgy a contagiositást, mint a dispositiót valósággal discreditálják; mert igazán alig hihető, hogy teljes skarlátos efflorescentiában levő egyén 3—4 napig járjon embertársai között a nélkül, hogy ezek között ne akadjon csak egyre is, a kit fertőzni tudott volna.

De lássuk az eseteket:

1. L. J. 20 éves. Baját felhevült állapotban jegesvíz ivására vezeti vissza, mert utána kb. ötnegyed órával kezdett *a torka metszően égni*. Ezen torokfájással vasárnapi tánczmulatságra megy. Az átmulatott éjszaka után a késő reggeli órákban hazavetődik. Hétfőn délután nagy fej- és torokfájás, nyelni alig tud, este látja, hogy *„bőre posztóvörös“* (a mint kifejezte magát). Kedden lakodalomra hivatalos; daczára rosszullétének, mégis elmegy a lakodalmas házhoz, tánczol egész délután és egész éjjel; szerdán reggel hazaérkezik, de már alig tud járni. Lefekszik, s hálótársul bátyjának 2 éves fiúcskája csatlakozik hozzá; aluszszanak délig s még délután kb. 4 óráig, a mikor látom. Szigorú elkülönítés; másfél nap mulva általános sepsisben exitus. És ez az ember senkit sem fertőzött.

2 G. F. 23 éves czipész vasárnapi kirándulás után hirtelen *„egy pohár jeges sört iszik“*; utána kb. fél órára „karczoló, metsző érzés a jobb mandulában“; nyugtalanul alszik, reggelre fejfájás, hányásinger, meglehetősen törődött, de azért dolgához lát. Kedden reggel látja, hogy a bőre nagyon vörös, „mintha erős torma kirágta volna“. Azt gondolja, hogy „vöröse van“, majd elmúlik s dolgozik tovább, jár emberek között vendéglőben, kereskedésekben, mestere gyermekeivel játszik, együtt étkeznek s *egy* korsóból közösen vizet is isznak. Minthogy baja nem akar múlni, pénteki napon jelentkezik. Elkülönítés magánházban, a hol sokan látogatják. Mindezek ellenére senkit sem fertőz.

3. K. K. 10 éves, hosszú idei futkosás után hazakerül, kis csésze vizet megiszik, lefekszik, s két órai álom után izzadtan felébred, fáj a torka, nem tud jól nyelni. Hozzátartozói nem tulajdonítván a gyermek panaszainak nagy jelentőséget, a fiú iskolába megy, másnap egész napon át játszik iskolatársaival, mikor a vörheny nyilvánvalóvá válik. Fertőzés mégsem történik sem az iskolában, sem másutt.

4. K. S. 15 hónapos leány. Szülei egy szeles, hűvös szeptemberi napon 2 testvérével együtt kiviszik a gyümölcsösbe. Az addig egészséges gyermek este már kedvtelen, táplálékot nem vesz magához. Egész éjjel nyöszörög, nyugtalan, erősen lázas; az odanyujtott vízből akarna

nyelni, de kiköpi és sírni kezd. Reggelre a torok belövelt, a tonsillák nagyobbak, a baloldalin két kendermagnyi sárgás-fehér petty, mely le nem törülhető. Este a mellkas bőre halvány rózsaszínűen áttűnő, másnap reggelre a scarlatina teljesen kifejlett képe. A tonsillák sárgás-szürkés lepedékesek; a gyermek igen elesett, éjfél után meghal. Az *egy* szobára utalt család egyik tagja sem fertőződik, holott a gyors, halálos kimenetel hathatós virusra vall.

5. Ez az eset szoptató anyára vonatkozik, ki a gyermekágyat követő második hónapban meg nem magyarázható okból (gyermekágyi vörheny nem volt fölvehető, mert a szülés szövődményektől mentes s az asszony minden vizsgálat nélkül szülte meg gyermekét) súlyos vörhenybe esik. A csecsemőt a család hozzátartozóihoz viszik és dajkát kap. Daczára annak, hogy az anya már teljes exanthemában táplálta gyermekét, mégis úgy a gyermeket, mint a házhoz tartozókat a vörheny megkímélte.

6. F. J. családja (férj, feleség és 19 éves leány) vörhenybe esik és pedig úgy, hogy az egyik a másikon kezdi konstatálni „kivörösödött bőrét", tehát meg sem állapítható, hogy a skarlát tulajdonképpen kitől is indult ki. Torka fáj valamennyinek, de legjobban az apának, kinek tonsillái meglehetősen vaskos, szürkés lepedékkel fedettek. *A 11 éves István fiuk azonban, kinek tonsilláit másfél évvel ezelőtt kiirtottam, nem kapta a vörhenyt.*

Még hét, az elmondottakhoz többé-kevésbé hasonló solitaer esetet hozhatnék fel, de mellőzöm, mert jelentéktelen fordulatokat leszámítva, mind egyforma.

Befejezésül azonban egyet mégis említek, *a melyben a vörheny egy egyénen már négy izben zajlott le a nélkül, hogy mást megfertőzött volna.* Az első fertőzés 1899 márcziusában, a második 1900 novemberében, a harmadik 1905 deczemberében, a negyedik 1908 februárjában történt. Az eset olyan egyénre vonatkozik, ki a külvilággal jóformán alig érintkezik. Valamennyi megbetegedésében csekély megfázás és tonsillitis volt a bevezető. Igen tanulságos főleg az 1908. évi fertőzés, a mikor csak a kényelmetlen, nehezített nyelés irányította rá a figyelmet, mert a tonsillákon eleinte a legcsekélyebb elváltozás sem volt észrevehető.

Február 15.-én az esti séta alkalmával megfázik, *a vacsoránál már torokfájás*, az éjszaka némileg zavart. Február 16.-án reggel fájó érzés a garatban, kivált a jobboldali tonsillában; az esti hőmérsék 39·3°. Az éjjeli alvás nyugtalan. Február 17.-én reggel a közérzet elég jó, csak a torok „kissé fájós", az esti hő 39·1°. Február 18.-án reggel elég jó közérzet mellett a scarlatina teljes képe, mely már február 17.-én este „teljesen kivirágzott". A jobboldali tonsillán nagyobb mákszemnyi sárgás petty, a baloldali livid vöröses színű. Másnap (február 19) a jobboldali tonsillán lévő petty jóval nagyobb. Kíváncsiságból a pettynek egyik szélén bistourival bemetszést ejtek s megnyomva a tonsillát, nagy, bunkószerű sárgás csap tolul ki.

Fertőzés nem történt, jóllehet még febr. 17.-én este és 18.-án reggel a beteg teljes vörhenyexanthemával végezte teendőit s érintkezett sok házbelivel.

Az említett esetekkel szemben van elég sok más, a mely a feltételezett contagiositás mellett szól. Én azonban azt hiszem, hogy ez mégis csak látszat, mert figyelmen kívül hagyjuk *a még nem fertőzöttek testi állapotát a már fertőzött egyénnel szemben.* Ezt mondja *Trousseau* is, *Szontágh* is, talán csak más fogalmazásban.

Bármiként áll is a dolog, a felsorolt solitaer esetek kapcsán látjuk, hogy

1. a vörhenynek akár a contagiumhoz, akár a dispositio-elmélethez kötött természetét még a legnagyobb jóakarattal sem lehet kimutatni;

2. minden esetben kimutatható az ellentállást csökkentő *testi kimerülés kisebb-nagyobb foka*, melyhez majdnem minden esetben *a szélsőséges hőbefolyások* hurutokat előidéző hajlandósága társult;

3. a testi épségre többnyire nem kedvezően ható befolyások érvényesülése után igen rövid időre a még teljes egészségnek örvendő szervezet megroppan, a mi annyit jelent, hogy a vörheny-incubatio (ha annak nevezhető) csak igen rövid lehet;

4. a vörheny virusát *magunkban, tonsilláinkban* hordjuk, a honnan a fertőzés alkalmát kiváltó befolyások közrejátszásával kiindul.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Die perorale Intubation. Von Dr. *Franz Kuhn* (Kassel). Mit 22 Abbildungen. Berlin, 1911. Verlag von S. Karger.

Tekintve azon kitünő szolgálatot, a melyet a *Kuhn*-féle peroralis tubage a fej-, nyak- és mellkas sebészetében tesz, kivált pedig az orrban, ennek melléküregeiben, a száj- és garatürben végzett nagyobb műtétekkor: indokoltnak látszik a szerzőnek műve előszavában hangoztatott csodálkozása, hogy eljárása még nem örvend általános használatnak, noha az eljárás előnyeit többen méltányolták, kivált rhino-laryngologusok, a kik legelsőbben ismerték fel *Kuhn* módszerének kiváló hasznát. A szerző hasznos munkát végzett, a mikor összefoglaló módon ismertette eljárását, ennek technikáját és az indicatiókat, bőséges casuistikát is szolgáltatva.

Az 5 fejezetre osztott munka bevezető részében a szerző eljárása kifejlődését ismerteti, a melynek alapjául a fémspiralis alkalmazása szolgált, a melylyel szabadon mozgatható és mégis zárt és merev lumennel biró cső vezethető a légutakba, a mint ezt trachealis kanüljével *König* — más czélokra bár — már régebben tette. *Kuhn* állatkisérletei szerint a peroralis tubage a mellkasi sebészetben a túlnyomásos eljárás (Ueberdruckverfahren) czéljára is alkalmas. Jó szolgálatot tesz továbbá asphyxiás egyének felélesztésére, a midőn a tubus a szénsav eltávolodását a légutakból elősegíti, a légutak nyitvatartása által a szabad gázcserét biztosítja s a tubuson át alkalmazott katheteren keresztül oxygen bevezetését teszi lehetővé. Legfontosabb alkalmazása a *Kuhn*-féle eljárásnak az intubatiós narcosis, vagy mint a szerző nevezi, a pulmonalis narcosis, minthogy a narcoticum közetlenül a tüdőkbe vezettetik. Egyéb inhalatiós narkosissal szemben ez eljárás előnyei: relative csekély mennyiségű narcoticum szükségeltetik, mert közvetlenebbül vezettetik a tüdőkbe, a hol gyorsan resorbeáltatik és prompte kifejti hatását; a relative csekély mennyiségű narcoticum közvetlen hatása folytán a narcosis szabályozása könnyű, a túladagolás veszélye igen csekély; a légutak legfelső szakasza részéről egyébként beálló reflexek elesnek az olfactorius és trigeminus reflexterületének kikapcsoltsága folytán, csakúgy, mint a *Trendelenburg*-féle tamponcanule-lel való altatáskor, nevezetesen az ú. n. „Pressnarkose" tünetei: a beteg ellenkezése, az altató kosarat elhárítani akaró mozdulatai, feszítése, öklöndözése, köpködése elmaradnak, szintígy elesik a hányás, mert hiányzik ennek egyik feltétele: a glottis zárása; de a garatot, illetve oesophagus-bemenetet tamponokkal el is zárhatjuk; további igen nagy előnye a *Kuhn*-féle tubagenak, hogy a légutak szabadok, bőséges szabad levegő jut a tüdőkbe, míg az aspiratio veszélye ki van zárva. Ámbár, a mint említve volt, a mellkasban végzett műtétek esetén is — túlnyomás alkalmazásával — jól használható, legfőbb alkalmazása a peroralis intubatiónak a fej- és nyaksebészetben van, és pedig az orrban, a homlok- és állcsont-öböl, a rostacsont területén végzett műtétek esetén; a szerző szerint kényelmes utat enged a koponyaalaphoz a lágyszájpadnak a kemény szájpadhoz tapadása helyén át, az előbbinek leválasztása által, s így az ikcsontöböl, a hypophysis jól elérhető s jól áttekinthető a choanák mögötti terület; továbbá az orrgaratbeli tumorok (fibrosarkomák) kiirtásakor, állkapocsresectio esetén, nyelvcarcinomák, farkastorok-műtét és egyéb a szájüregben végzett operatiók alkalmával tesz jó szolgálatot *Kuhn* eljárása, a mennyiben a lefolyó vérrel nem kell gondolnunk, ennek aspiratiója el van kerülve, a narcosis nyugodt, egyenletes, az altató s az altató műszerek nincsenek utunkban a műtét területén. Az említetteken kívül pharyngotomia és egyes orr-, száj- és garatürbeli nagyobb vérzések esetén alkalmazható, a mikor is a száj- és garatür kitamponálása eszközölhető. Az összes felsorolt indicatiókat a szerző bőséges casuistikával támogatja, míg a mű utolsó fejezetében részletesen tárgyalja az eljárás technikáját, a függelékben pedig a perbuccalis intubatiót (a

pofán ejtett nyíláson át) ajánlja azon esetekre, a midőn a szájbemenetben vagy a szájban levő cső a műtőt zavarja.

Még az eljárásban gyakorlott is haszonnal olvashatja *Kuhn* könyvét, számos ügyes fogást, sok gyakorlati tanácsot lelhet benne. *Safranek* dr.

Új könyvek:

H. Dold: Das Bakterien-Anaphylatoxin und seine Bedeutung für die Infektion. Jena, G. Fischer. 2.80 m. — *E. Holländer:* Plastik und Medizin. Stuttgart, F. Enke. 28 m. — *Behring:* Beiträge zur experimentellen Therapie Heft 12. Meine Blutuntersuchungen. Berlin, A. Hirschwald. 6 m — *P. Strassmann:* Arznei- und Diätverordnungen für die gynäkologische Praxis. Berlin, A. Hirschwald 1·60 m. — *W. Haberling:* Sonnenbäder. Berlin, A. Hirschwald. 1.20 m. — *A. Neisser:* Über moderne Syphilistherapie, mit besonderer Berücksichtigung des Salvarsans. Halle, C. Marhold. 1·50 m. — *A. Bittorf:* Der Wasser- und Kochsalzstoffwechsel und seine Bedeutung für Pathologie und Therapie. Halle, C. Marhold. 1·50 m. — *A. Bruckner:* Nase und Auge in ihren wechselseitigen pathologischen Beziehungen. Würzburg, C. Kabitzsch. 1·70 m. — *P. Mulzer:* Praktische Anleitung zur Syphilisdiagnose auf biologischem Wege. 2. Auflage. Berlin, J. Springer. 4·80 m. — *R. Werner:* Über den Einfluß von Alter, Beruf, Familie und Wohnung auf die Häufigkeit des Krebses in Baden. Tübingen, H. Laupp. 3 m. — *J. W. Th. Lichtenbelt:* Die Ursachen des chronischen Magengeschwürs. Jena, G. Fischer. 3 m. — *A. Schüller:* Die Röntgendiagnostik und Therapie in der inneren Medizin. Teil I. Röntgendiagnostik der Erkrankungen des Kopfes. Wien, A. Hölder. 7·80 m.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Az Esbach- és Aufrecht-féle mennyileges fehérjemeghatározás hibáira hívja fel a figyelmet *E. Pfeiffer* (Wiesbaden). Igaz ugyan, hogy a szóban levő meghatározásmód ajánlói nem állították, hogy módszerükkel teljesen pontos értékeket kapunk, hanem csak megközelítő értékekről szóltak: *Pfeiffer* a súlyanalysis útján nyert és az *Esbach*-módszerrel kapott fehérjeértékek között néha túlságosan nagy eltéréseket talált; így például egy esetben súlyanalysissel 3·26, *Esbach* szerint pedig csak 1·0‰ fehérje volt kimutatható; egy másik esetben *Esbach* szerint nem volt fehérje a vizeletben, a súlyanalysis pedig 1·4‰ fehérjét adott eredményül. Általában az *Esbach*-módszer mindig kevesebb fehérjét mutatott, mint a súlyanalysis. Kedvezőtlen eredményei alapján a szerző tehát mellőzendőnek véli az *Esbach*-féle eljárást és ugyanúgy nyilatkozik *Aufrecht*-féle módosításáról is, csakhogy itt éppen ellenkezőleg nagyobbak voltak a talált értékek a súlyanalysis útján nyerteknél. A szerző még megpróbálta, nem lehetne-e az *Esbach*-módszerrel helyesebb értékeket kapni, ha a leolvasást nem 24 órai, hanem csak 12 vagy 15 órai ülepítés után végeznénk; az eredmény — sajnos — nem igazolta e feltevést. (Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 3. szám.)

A savmérgezés kezeléséhez szolgáltat adatot *Marchand* a heidelbergi belklinikáról. Minthogy savmérgezés eseteiben a halál létrehozásában lényeges szerepet visz a felszívódott sav okozta hatás, ezen felszívódott sav közömbösítésére egy esetben nagyon jó eredménynyel használta az 5%-os natriumcarbonat-oldatot, a melyből 300 cm³-t fecskendezett be intravenásan. Intravenásan azért kell adni ezt az oldatot, mert a gyomron át ellenjavalt a használata (a sav által megtámadott gyomorfalzat a képződő szénsav miatt megrepedhet), a bőr alá pedig nem fecskendezhető, mert az ilyen erős alkális oldat erősen bántja a szöveteket; ezen okból az intravenás befecskendezést is a venába bekötött kanülön át czélszerű végezni, mert már igen kis mennyisége az oldatnak, a mely egyszerű punctio végzésekor könnyen kijuthat, kellemetlen necrosist okozhat. Tekintettel kell lenni továbbá *Walter* állatkisérleti eredményére is, a mely szerint a vena jugularisba fecskendezés után sokszor halálos szívthrombosis keletkezett, lehetőleg periferiásan fekvő venákba fecskendezés után ellenben ilyen thrombosist sohasem látott. Ezért az emberen is lehetőleg periferiásan fekvő gyüjtőérbe történjék a befecskendezés. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 4. szám.)

Belorvostan.

A Werlhof-kór nephritises alakjáról ír *Eichhorst* tanár három eset kapcsán. Véleménye szerint a Werlhof-kórnak (purpura haemorrhagica) főleg azon alakjai vezetnek idősült haemorrhagiás nephritisre, a melyekben folyton megújuló bőrvérzések mutatkoznak. A nephritis az esetek egy részében interstitialis, a másikában parenchymatosus typusú. Az előben sok a vizelet és kicsiny a fajsúlya; a másodikban nagyjából normalis a vizelet mennyisége és fajsúlya. Mindkét alak rendkívül makacs szokott lenni, de ennek daczára úgy látszik nem támadják meg a szivet és az általános táplálkozást. Uraemiás jelenségeket sohasem észleltek még a nephritis ezen fajában, úgy hogy a prognosis — a mi az életet illeti — jónak mondható, a teljes gyógyulás azonban legalább is nagyon kétséges. (Medizinische Klinik, 1912, 1. sz.)

A pleuritis és a gümőkór közötti összefüggés kérdéséhez szolgáltat adatokat *Köster*. Tapasztalatai szerint a 15 éven túl levő korban az idiopathiás serosus pleuritis-eseteknek legalább felében utóbb gümőkór jelenik meg. A gyermekkorban jobb a prognosis, mert az eseteknek csak egyharmadában fejlődik később gümőkór és ez is többnyire nem oly gyors lefolyású, tehát jobb a prognosisa. A száraz pleuritis-eseteknek is mintegy 40%-ában fejlődik később gümőkór. Ugy a száraz, mint a serosus pleuritis után az eseteknek túlnyomó többségében 5 éven belül áll be a gümőkór. Meghatározott aetiologiájú (rheumatismus, nephritis, typhus) pleuritis után csak kivételesen fejlődik tuberculosis. (Zeitschrift für klinische Medizin, 73. kötet, 5. és 6. füzet.)

A pneumonia serumtherapiája még nagyon gyenge lábon áll. Az eddig megjelent közlések jó színben akarják ugyan feltüntetni az eredményeket, a közölt adatok objectiv mérlegelése azonban mást mond. A kölni orvosi akademia I. belklinikájáról *Beltz* által újabban közölt adatok sem igazolják a pneumococcus-serumnak valami jelentősebb hatását. Szembe van állítva serummal kezelt 25 eset serum nélkül kezelt ugyanennyi esettel. Mind a két csoportból 4 eset végződött halálosan, a halálozás tehát egyforma nagy (16%) volt. Lysissel végződött a betegség a serumos esetek közül 4-ben, a serum nélküliek közül 3-ban. Különbség mutatkozott azonban a krizis beállásának idejét illetőleg, a mennyiben a serummal kezelt esetekben átlagban előbb állott be a krizis, mint a serum nélkül kezeltekben. Megjegyzendő, hogy elég nagy serum-adagokat használtak (a Merck-féle készitményből 2 tubussal a kezelés kezdetén, azután másnap — esetleg még több napon át is — újból 1—2 tubussal); a serumnak a szervezetbe juttatása intravenásan történt. (Deutsche med. Wochenschr., 1912, 1. sz.)

Sebészet.

A Basedow-betegség sebészi kezelésére vonatkozólag a Medizinische Klinik kérdést intézett a nevesebb belgyógyászokhoz és sebészekhez és véleményüket az alábbiakban közli. A kérdések a következők: A Basedow-strumának mely alakjai alkalmasak műtétre? Vannak-e oly hosszabb idő óta megfigyelt eseteik, a hol a belső kezelés felmondotta a szolgálatot és műtéttel kielégitő vagy teljes gyógyulás jött létre? Milyen esetekben és mely körülmények mellett támadtak kellemetlenségek a műtétek után? A kérdezettek nagyobb része a mellett foglalt állást, hogy a Basedow-struma bármely alakjában (parenchymatosa, vasculosa, cystica és colloidea), ha hosszabb ideig tartó belső kezelés nem vezetett czélhoz, a műtét javalva van (*W. Körte, Oppenheim, Schultze, Friedrich*). Ezen véleménytől eltérő *Kocher* felfogása, szerinte az orvosokhoz felhivást kellene juttatni, hogy a gyógyszeres és diaetás kezelést hagyják a műtét utánra, mert a sebészi beavatkozásnak csak ott van jó eredménye, a hol korán végeztetik. De különösen kárhoztatja a jodkészitmények alkalmazását. Hasonló értelemben nyilatkozik *Kütt-*

ner. Eulenburg már kissé szűkebb keretek közé szorítja a Basedow-kór műtéti indicatióját. Csak azon esetekben ajánlja, hol a kellemetlenségek thyreogen eredetűek, a hol tehát a hyperthyreoidismusnak kifejezett kórképe van jelen. Ellenben olyan egyének, kik veleszületett psychopathiás constitutióval vagy az idegrendszernek kóros diopositiójával birnak, vagy a műtét prognosisát különösen rosszul befolyásoló anaemia perniciosában szenvednek vagy már kachexiásak, műtétre nem alkalmasak Általában azt mondhatjuk, hogy sok olyan eset van, a hol a belső kezelés nem használt, míg a sebészi gyógyulást vagy javulást idézett elő; nem szabad azonban ítéletünket befolyásoltatni azon eredményektől, melyeket közvetlenül a műtét után látunk, mert a hosszú ideig tartó ágyban fekvés, a czélszerűen berendezett étkezés és ápolás, másrészt a különösen Basedow-betegeken tekintbe veendő autosuggestio hatással lehet a betegekre. Előfordulnak esetek, a hol az operativ beavatkozás nem eléggé, de leginkább nem állandóan javított a betegek állapotán, a kikben a hyperthyreoidismus, a cardiovasculosus tünetek a műtét után ismét jelentkeztek. *Eichhorst* szerint is a rövid ideig tartó javulás sok esetben csak psychés hatás eredménye lehetett. Általános az a vélemény, hogy műtét utáni kellemetlenségek különösen oly esetekben jelentkeztek, a hol már előzőleg mutatkoztak a szív részéről kóros tünetek, avagy a beteget belső szerekkel annyi ideig kezelték, hogy a műtét csak ultimum refugium volt. *Eichhorst* a hasonló symptomákkal biró betegeken az eredmények különböző voltát annak tulajdonítja, hogy a pajzsmirigynek csak bizonyos része beteg és a műtét alkalmával nem a beteg rész távolíttatott el. *Friedrich* két kellemetlen esetéről referál: az egyikben thymus persistens volt jelen, a másikban tüdőtuberculosis. (Medizinische Klinik, 1911, 39. szám.)

Ifj. Hähn Dezső dr.

Gyermekorvostan.

A csecsemőkori táplálkozási zavarok kórlényegének tisztázása czéljából kiterjedt vizsgálatokat folytatnak a *Langstein* vezetése alatt álló berlini „Kaiserin Auguste Victoria-Haus"-ban. Főbb figyelmüket az alsóbb rendű szerves savak szerepére fordítják és miután azok mennyileges meghatározására pontos módszert dolgoztak ki, *Bahrdt* és *Bamberg* állatkisérletekkel tanulmányozta az alsóbbrendű zsírsavaknak a peristaltikára gyakorolt hatását.

A kiindulási pontot mindezen kisérletekben *Bókay Árpád*-nak 1888-ben közzétett kisérletes vizsgálatai adták, melyekkel kimutatta, hogy a szerves savak a bélmozgásoknak hatalmas ingerei. Ezen alapvető kisérletek egyetlen kisérleti támasza annak, hogy mekkora az illó zsírsavaknak és így a bomlott tejnek a jelentősége a csecsemők heveny táplálkozási zavaraiban. Ezért *Bardt* és *Bamberg* kutyákon a Cannon-módszerrel (Röntgen-képen) tanulmányozta a bélmozgásokat, és pedig részben tisztán tejemésztésnél, részben pedig oly módon, hogy szerves savakat tettek a tejhez, olyanokat, a minők a romlott tejben, vagy az emésztéskor az emésztőcsatornában képződhetnek, főleg tehát alacsony zsírsavakat. Meghatározták mindig az egyes szerves savak azon adagát, a mely a bélmozgásokat gyorsítani tudja, és azt, a mely hányást vagy hasmenést vált ki.

Leghatásosabbnak bizonyult az eczetsav, a többi minél magasabb rendű, annál kevésbé hatásos. Összehasonlítva a kisérletben hatásosnak talált adagokat a romlott tejben előfordulóval és azzal a mennyiséggel, a mely a normalis tejemésztéskor a gyomorban fejlődik, nem látszik valószínűnek, hogy a romlott tejben fejlődő szerves savak okoznak heveny dyspepsiákat. Valószínűbb, hogy a gyomorban fejlődő szerves savak kóros megszaporodásuk alkalmával váltanak ki heveny dyspepsiát.

Ezen vizsgálatok tehát lényegben megerősítették *Bókay Árpád* kisérleteit, csak aránylag magasabb adagokra volt szükség, mint azt várni lehetett volna. Ennek oka főleg az alkalmazott módszer különbözőségében rejlik (per os adagolták a savakat, míg *Bókay* egyenesen a bélbe fecskendezte azokat), ezért állataikban a savak erősebb pylorusreflexet váltottak ki, melynek folytán a gyomortartalom csak lassabban, fokozatosan jutott a bélbe. Ezen körülmény indította a nevezett szerzőket azután arra, hogy magasan fekvő duodenalis fistulás kutyákon tanulmányozzák ezen savaknak hatását a bélmozgásokra és a pylorusreflexre, ha közvetlenül a bélbe juttatják őket. Ekkor ők is azt találták, hogy aránylag kis adagok is gyorsítják a bélmozgásokat s egyszersmind reflexúton meghosszabbitott pylorusreflexet, tehát meglassított gyomorkiürülést váltanak ki. A pylorusreflexet tehát mintegy a bél védelmi berendezkedési eszközének kell tekintenünk a gyomorból jövő savtartalmú táplálékkal szemben. Oly kis mennyiségű eczetsav, mely per os bevezetve még nem gyorsítja a peristaltikát, már igen hatásos e tekintetben, sőt hányásra is vezet, ha egyenesen a duodenumba adjuk. Ezen kisérletek élénken mutatják a gyomor-, illetőleg pylorusműködésnek nagy jelentőségét a bélzavarok keletkezésében.

Hogy vajjon a gyomorban fejlődő alacsony zsírsavak heveny gyomorbélzavart váltanak-e ki, az függ nemcsak a képződött savak mennyiségétől, hanem attól is, hogy ezek mily gyorsan jutnak a bélbe. Mindezek még valószínűbbé teszik azon felvételt, hogy ha a gyomorban alacsonyrendű szerves savak túlnagy mennyiségben képződnek, heveny gyomorbélzavarok keletkezhetnek. (Zeitschr. f. Kinderheilk. 1911, 3. kötet, 4. f.) *Flesch.*

A vas szerepéről a természetes és mesterséges csecsemőtáplálásban ír *Langstein L.* Ujabb vizsgálatok alapján sikerült kimutatni, szemben a régiekkel, hogy a tehéntej sokkal kisebb vastartalommal bir, mint a hogyan eddig hitték: 0·3—0·4 mgr. 1 literben, azaz $^1/_3$-a az anyatej vastartalmának. A régebbi vizsgálatok azt mutatták, hogy az anyatej és tehéntej vastartalma kb. egyforma. Azok a hibák, melyek itt szerepet játszanak, a methodika következményei. A szerző is kapott sokkal magasabb, 1·7—3·0 mgr. vastartalmat, de csak olyan esetekben, a melyekben a tej a vizsgálatig nagy procedurán ment keresztül (hozzákeverődött vagy az edény faláról leolvasztott vas). Ebből az következik, hogy a mesterségesen táplált csecsemő sokkal kevesebb vasat kap, mint a szopós csecsemő; kérdés tehát, ne használjunk-e inkább piaczi tejet, melynek nagyobb a vastartalma, mint az egészen tisztán nyert tejé. A szerző véleménye szerint nem, mert a tejhez keverődött és így másképpen megkötött vas kevésbé jól lesz felhasználva. Még további kutatások feladata volna annak a kiderítése, hogy az iró mennyi vasat tartalmaz; bizonyára keveset, mert hiszen a zsír magával viszi a vasat is. A szerző az iróban nagy vastartalmat kapott, de kérdés, hogy nem az elkészítés alatt került-e ez a vastöbblet az iróba. A szokásos tejhigításokban a víz vagy a nyálkásfőzet vastartalma adja meg a hiányzó többletet. Most végeznek kutatásokat azon irányban, hogy miképpen lehetne a táplálék vastartalmát növelni úgy, hogy ez a vas a csecsemő-szervezet által ki is használtassék. (Jahrbuch f. Kinderheilk. XXIV. köt. 5. füz.) *Péteri* dr.

Bőrkórtan.

Az urotropinnak a dermatologiában való alkalmazásáról számol be *O. Sachs* (Wien). A mintegy 18 év előtt *Nicolaier* által a therapiába bevezetett urotropin (hexamethylentetramin) kezdetben csak mint húgyantisepticum került alkalmazásba. Csak jóval később derült ki, hogy a szer belső adagolása nyomán a liquor cerebrospinalisban szabad formalin található, mely ott bactericid hatást is tud kifejteni. Ezt a hatást azután therapiás czélból is felhasználták. Állítólag ilyen hatás alapján alkalmazható jó sikerrel az urotropin meningitis, genyedő középfülgyuladás, sőt coryza ellen is. A szerző vizsgálatai ezeket az adatokat más irányban is megerősítik. Ő az urotropint nagyobb adagokban (4·6—6·0 gr. pro die) belsőleg adva azt találta, hogy a herpes zoster (10 esetben) és erythema exsudativum multiforme et bullosum (5 esetben) vesiculáinak tartalmában,

továbbá az impetigo contag. crustáiban az urotropinnak hasadási terméke, a formaldehyd chemiailag kimutatható. A formaldehyd chemiai kimutatását a *Jarissen*-féle és a phenylhydrazin-próbával végezte. *Sachs* továbbá azt is megállapíthatta, hogy az urotropin használata után néhány nappal később az erythema exsudativum multiforme és a herpes zoster kiütésének gyuladásos udvara erősebben kifejezett, mint az különben lenni szokott. A formaldehyd tehát nemcsak a liquor cerebrospinalisban, hanem a vérsavóban, továbbá az ex- és transsudatumokban is kimutatható. A lobos udvar accentuálása is ezt bizonyítja. Mindezek a vizsgálatok egyelőre abból a szempontból érdekesek, hogy tudományosan indokolt lehet az urotropint therapiás czélból egyéb hólyagos kiütéses betegségek esetén (impetigo herpetiformis, dermatitis herpetiformis, pemphigus neonatorum et vulgaris, variola, varicella) kipróbálni. (Wiener klinische Wochenschrift, 1912, 4. sz.)

Guszman.

Venereás betegségek.

Az antilueses therapiának befolyását a késői syphilissel kapcsolatos positiv Wassermann-reactióra tanulmányozta *J. Müller* (Wiesbaden). A szerző azok közé tartozik, a kik a positiv Wassermann-reactiónak nemcsak diagnostikai, hanem therapiai szempontból is nagy fontosságot tulajdonítanak. Ismeretes, hogy a lues első éveiben megfelelő antilueses kezeléssel aránylag könnyen lehet negativ reactiót elérni, sőt azt állandósitani. Nem így a késői luesesetekben, tehát a 4. éven túl levő időszakban. Utóbbi esetben — akár latens a lues, akár klinikai tünetekkel kombinált — tapasztalás szerint a positiv Wassermann-reactio rendszerint igen resistens az antilueses kúrákkal szemben. A szerző ezzel szemben igen jó eredményt ért el a makacsul positive reagáló esetek kezelésében. És ezt aránylag nagy anyaggal — 57 esettel — bizonyítja. Eljárása abban állott, hogy igen erős kéneső-adagot kombinált erős jodkali-adagokkal, a mihez még az is járult, hogy a szerző az anyagcsere fokozása czéljából igen kiterjedten alkalmazta a különböző physicalis eljárásokat. Mindezt azért tehette, mert betegei, mint wiesbadeni fürdővendégek, teljesen kúrájuknak élhettek. Az erélyes kénesőkezelés hol igen erős és tartós calomel- vagy hydr. salicyl-injectiókból állott, hol pedig kiadós kenésekből. A kenések napi adagja olykor 10—12 gr.-ra emelkedett. A kúrák közül a jól végzett kenőkúrát tartja a legalkalmasabbnak. A jodkális kúrák is igen erélyelyesek voltak. 2 gr.-mal kezdte pro die s fölment napi 5—6 grammra, sőt olykor 8—10 grammra is. A jodkúra hatását véleménye szerint nem szabad kicsinyelni, hiszen *Neisser* a majomsyphilisre nézve már néhány év előtt megállapította, hogy a jod is lehet spirochaetaölő hatású. Egy-egy kúra rendszerint 35 kenésből állott, mialatt a betegek 20—25 fürdőt is használtak. Ezenkívül naponta 2—3 pohárnyit ittak a „Kochbrunnen“ vizéből.

A szerző ezzel az erős, majdnem erőszakosnak látszó kúrával, a melyhez még napi 1—2 órai izzasztás is járult, igen szép eredményt tudott elérni, a mennyiben betegeinek körülbelül 80%-a a kezelés végén seroreactiót nem adott. Az eredmény jelentőségét fokozza, hogy ez a negativ reactio a legtöbb esetben tartósnak is mutatkozott. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 6. sz.) *Guszman.*

A Wassermann-reactióra vonatkozó statisztikát közöl *Levaditi* a párisi Pasteur-intézetből. 4000 vizsgálat alapján nagyon kedvezően nyilatkozik a reactio értékéről és szinte biztosra veszi, hogy a positiv reactio annál ritkább, minél régebbi keletű a syphilises fertőzés és minél jobb volt a beteg kezelése. Többet azonban nem mondhatunk. Igy például az a kérdés sem dönthető el a Wassermann-reactio alapján, hogy kigyógyult-e az illető a syphilisből. Akárhány olyan eset van, a melyben biztos syphilis-előzmények ellenére semmiféle subjectiv vagy objectiv tünet sincs s a Wassermann-reactio mégis kifejezetten positiv. Hogy az ilyen esetben a syphilisnek még mindig fennállását vegyük-e fel s ennek folytán a gyógyítás folytatását ajánljuk; vagy pedig úgy értelmezzük a reactio positiv voltát, hogy az mintegy az immunitásnak a jele, mint a hogyan a typhusból kigyógyultaknak vére még sokáig agglutinálja a typhus-bacillust: ezt a kérdést csak a gyakorló orvosok fogják eldönthetni, a kik hosszú éveken át ellenőrizhetik a betegeiket. (Presse méd., 1911, 88. sz.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Codeonal a neve egy új narcoticumnak és hypnoticumnak, a melyet *Bachem* docens (Bonn) állított elő. Nem egyéb, mint 11·76% codeinum diaethylbarbituricum és 88·24% natrium diaethybarbituricum összeköttetése. A kereskedésbe jutó tablettákban egyenként 0·02 gramm van az első és 0·15 gramm a második sóból; vékony czukorréteggel vannak bevonva és ízjavító gyanánt némi borsos menta-olajat tartalmaznak. A codeonal használata különösen azon esetekben javalt, a melyekben köhögés vagy pedig a sympathicus által beidegzett szervekben székelő fájdalom az oka az álmatlanságnak. (Berliner klinische Wochenschrift, 1912, 6. sz.)

A glykoheptonsavlakton újfajta czukor, a mely diabetes eseteiben nem fokozza a czukorkiválasztást, sőt sokszor még csökkenti is. 2%-os oldata már kifejezetten édes ízű s az ízét némelyek kellemesebbnek mondják, mint a 2%-os szőllőczukorét. *Rosenfeld* szerint az aceton- és aceteczetsav-kiválasztást nem befolyásolja; nagyobb adagban hasmenést okozhat. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1911, 47. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 7. szám. *Wohl M.*: Az arsenobenzol és corrosol fortius combinált használata a syphilis kezelésében. *Brenner József:* Adatok a psychosisok analysiséhez.

Orvosok lapja, 1912, 8. szám. *Vidakovich Lajos*: Veszettség érdekes esete. *Chudovszky Móricz:* Sebészeti megbetegedések.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 8. szám. *Irsai Artur:* A felső légutak syphilise.

Vegyes hirek.

Kitüntetés. A király a közegészségügy terén szerzett érdemei elismeréseül *Sötér Dávid* dr. kassai járásorvos, megyei tiszteletbeli főorvosnak *szepsi* előnévvel és *Hertzka Károly* dr. budapesti gyakorló orvosnak, a közegészségügyi tanács rendkívüli tagjának *hámosfalvi* előnévvel a magyar nemességet adományozta.

Jubileum. *Tauscher Béla* dr. udvari tanácsost, Pozsony város volt tiszti főorvosát és jelenleg I. kerületének országgyűlési képviselőjét a pozsonyi orvosi kar meleg ovációkban részesítette a napokban abból az alkalomból, hogy 50. évfordulóját érte meg orvosdoktorrá avattatásának. A közegészségügy terén nagy érdemeket szerzett jubiláns ünnepléséhez mi is őszinte szívvel csatlakozunk.

Kinevezés. *Hankó Vilmos* dr. piskii orvost, *Götzl Gyula* dr. jánosházai orvost és *Ráth Imre* dr. dorogi körorvost tiszteletbeli járásorvossá nevezték ki.

Schmid Hugó dr. emlékének megörökitésére bizottság alakult, melynek alábbi felhívását kész örömest közöljük azzal a kivánsággal, hogy a bizottság működésének eredménye összhangzásban álljon az elhunyt érdemeivel. A felhívás következőképpen szól:

„A pozsonyi orvos-természettudományi egyesület kegyeletes szivvel határozta el, hogy sok éven volt szeretett elnökének és munkás tagjának *Schmid Hugó* dr. egyetemi m.-tanár, kórházi sebész-főorvosnak sírjára közadakozásból díszes síremléket állít s nevéről elnevezendő — a sebészi tudományt szolgáló — egyetemi alapítványt létesít. A magyar orvostársadalomhoz, kartársainkhoz fordulunk első sorban. Szerte az országban sokan vannak, kiket az elhunythoz meleg barátság és szeretetteljes kartársi érzés fűzött. Számosan vannak azonban olyanok is, kiknek *Schmid Hugó* dr. egyetemi és kórházi működése hosszú ideje alatt tanítójuk, mesterük volt. — Kartársak! Legyetek segitségünkre adományaitokkal és gyüjtésetekkel, hogy *Schmid Hugó* dr.-nak, a magyar orvostudomány, a magyar kultura e lelkes bajnokának Pozsonyban, sikerdús működésének helyén, méltó emléket állíthassunk. Bizalommal fordulunk azonban azokhoz is, kiket *Schmid Hugó* dr. nagy tudása, biztos keze mentett meg az életnek és aggódó családjuknak; kiknek vigasztalója volt nehéz órákban, emberszeretettől áthatott nemes szivével“ *Pantocsek József* dr. az állami kórház igazgatója, biz. elnök, *Hauer Ernő* dr., gyermekkórházi igazgató, biz. pénztáros, *Schvarcz Andor* dr., gyermekkórházi főorvos, biz. jegyző.

A budapesti poliklinika rendelésein januárban 4705 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 13.146 volt.

Alkoholellenes nap az iskolákban. A vallás- és közoktatásügyi minister elrendelte, hogy 1912-től kezdve minden elemi népiskolában, továbbá a tanító és tanítónőképző-intézetek gyakorló iskoláiban minden évben a tanfelügyelő által meghatározandó nap ünnepség keretében szenteltessék kizárólagosan arra a czélra, hogy az alkoholismus káros hatása behatóan megismertettessék. Egyidejűleg megküldötte a minister a népiskolai tanulók értelmi fokának megfelelő mintaszerű előadást valamennyi iskola részére.

Meghalt. *E. v. Stoffela d'alta Rupe,* a bécsi egyetem czímzetes tanára 77 éves korában e hó 15.-én, — *D. Finkler,* a közegészségtan nyug. tanára a bonni egyetemen, 59. évében. — *Armauer Hansen* dr., a lepra világhírű kutatója, Bergenben (Norvégia), február 12.-én 70 éves korában.

A marienbadi Orvosotthon-egyesületnek az elmult esztendőben felépült palotája havonként 43 orvosnak nyujt pompás lakást. Az egyesület megérdemli, hogy Magyarország orvosai közül is minél többen belépjenek tagul (évi tagdíj 5 K.) és mielőbb jelentkezzenek Dr. *Tuszkai Ödön*-nél (Budapest, VII, Bottenbiller-utcza 27), mint az Orvosotthon igazgatósági tagjánál, épp úgy azok is, kik az idei nyáron az Orvosotthon vendégei kivánnak lenni. Semmiféle igazolvány sem szükséges, mindenki a jelentkezés sorrendjében kap helyet, csupán az időszakot kell megjelölnie, melyet ott kiván tölteni. Orvosok feleségükkel együtt is jöhetnek, ha előre bejelentik; ez esetben 1 korona fizetendő naponként.

Apróbb közlések az orvostudomány köréből. *Halállal végződött kanyaró* két esetét ismerteti *Markouson* a moszkvai Vladimir-gyermekkórházból A szövődményektől mentes kanyarót általában jó természetű betegségnek ismerjük; a ritkán észlelhető malignus esetekben pedig hirtelen nagyon magas hőmérsékkel és vérzésekkel kezdődik a baj. A szerző két esete azonban nem sorolható ezen malignus esetek közé: a betegség első napjai semmiben sem tértek el attól, a mit rendes esetekben látni szoktunk; hyperpyrexia és haemorrhagiák nem voltak. A collapsus váratlanul következett be és megfelelő kezelés ellenére csakhamar halálra vezetett. (Prakt. Vratsch, 1911, aug. 7 és 14.) — *Skeptophylaxia* néven a szervezetnek egy új védekezésmódját írja le *Lambert, Ancel* és *Bouin* (Académie des sciences, 1912 jan. 2). Bizonyos szervek kivonata a házinyúlra már $^1/_2$ milligrammos adagban halálos intravenás befecskendezés mellett. Ha azonban ezt a halálos adagot nem egyszerre, hanem néhány percznyi időközzel fecskendezzük be, az állatnak semmi baja sem történik, sőt azután még sokkal nagyobb adagokat is elbir tartósabb káros következmény nélkül. A kis mennyiségnek védő hatása tehát szinte villámszerűen (σκηπτος) következik be, egy-két percz alatt s azért adták a szerzők e tüneménynek a skeptophylaxia nevet.

Személyi hirek külföldről. *Krückmann,* göttingeni tanár elfogadta a meghívást a berlini egyetem szemészeti tanszékére, ellenben *Cramer* tanár, a kit a megüresedett elmekórtani tanszékre hívtak meg, Göttingenben marad; helyette *Bonhöffer* boroszlói tanárral kezdték meg a tárgyalást. — *Lydia Rabinovitsch-Kempner* doktornőnek Berlinben, a ki bakteriologiai kutatásokkal foglalkozik, a tanári czímet adták. — *W. Schulthess* dr.-t, az orthopaedia magántanárát Zürichben, valóságos rendkivüli tanárrá nevezték ki. — A giesseni egyetem nőorvostani tanszékét *E. Opitz* dr.-ral, a düsseldorfi orvosi akadémia tanárával töltötték be. — *P. Colombini* dr.-t, a bőrkórtan tanárát Cagliariban, Modenába helyezték át. — A lyoni egyetemen *Ch. Lesieur* dr. magántanárt az általános kórtan rendes tanárává nevezték ki. — A saratowi egyetemen a sebészet rendes tanára *W. L. Bogoljubow* kasani magántanár lett.

Hirek külföldről. A bécsi Urániában mozgófényképekkel élénkített népszerű közegészségügyi előadásokat fognak tartani, először a tuberculosisról. A gümőkórról szóló előadás filmje 1000 m. hosszú, a képek bemutatása 1 óráig tart. — Németországban most törvényt bocsátottak ki s szigorú intézkedéseket foganatosítottak a methylalkohol élvezeti és ipari használata ellen. Míg a külföld, különösen Magyarország és Oroszország már évekkel ezelőtt felismerte a methylalkohol mérgező hatását s betiltotta e szer bárminemű alkalmazását és használatát, Németországban csak most jutottak ennyire: a mult év végén a berlini menedékhelyben előfordult tömeges mérgezés, melyben majdnem 100 ember pusztult el, kellett hozzá, hogy reátérítse a figyelmet egy olyan tényre, a melyre más országok már rég nem csak hogy reájöttek, de a melyet a tudományos irodalomban kellőképp ismertettek is. — Giessenben orvostársadalmi tanszéket állítanak fel, nagy balesetkórházzal kapcsolatban. — Jenában a városi női iskolán ezentúl egy évig tartó elméleti és gyakorlati kurzust fognak tartani oly nők számára, a kik mint orvosi laboratoriumi segédek akarják megkeresni a kenyerüket. A kurzuson a chemia, természettan, biologia, anatomia, élettan és közegészségtan elemein kivül a mikroskopozás, fényképezés, röntgenezés, radiumkezelés és bakteriologia technikáját fogják tanítani. A kurzus díja 600 márka. A vállalkozás élén *Gärtner* és *Kionka* tanárok állanak. — *Felke* tiszteletes Repelen-ben (Németország) az egyházi állását letette, hogy egészen az orvosi praxisának élhessen. A hires kuruzsló mindent agyaggal gyógyit. — Svájczban február 4.-én elfogadták az új beteg- és balesetbiztositási törvényt népszavazás útján. — A drezdai állatorvosi főiskolát, melynek ez idő szerint 250 hallgatója van, Lipcsébe szándékoznak áthelyezni s egyesíteni a lipcsei egyetemmel.

Mai számunkhoz a *Richter Gedeon* czég „**Novocol**“ és „**Hydropyrin**“ czímű prospectusa van mellékelve.

Lapunk mai számához „**Dr. Hajós gyógyintézete, Cigale, Lussinszigeten**“ czímű prospectusa van mellékelve.

A gyermekorvos-gyakorlat legnehezebb feladata a gyermek elválasztási időszakára esik. A **Phosphatine Falières** tápszerben oly készítményt birunk, a mely méltán nevezhető a legjobbnak, mert jó íze miatt teljesen vegytiszta, s calciumphosphat-tartalmánál fogva mint csontképző is elsőrangúnak nevezhető.

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA
belbetegek — **spec. szivbetegek** és üdülők részére.

Dr. Doctor Kossuth Lajos-utcza 3. sz. (Telefon 697.) **Orvosi laboratoriumában** az összes diagn. vizsgálatokon kivül **autovaccin** előállításával is foglalkozik.

Dr. GÁMÁN BÉLA Diaetás Intézete Volosca-Abbaziában
gyomor- bélbetegek, vesebajosok, czukorbetegek, vérszegények, lesoványodottak, lábbadozók, ideggyöngék, kimerültek részére. Diät. és physik. kezelés. Radiuminhalatorium.

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

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.

ORVOSI LABORATORIUM **Dr. MÁTRAI GÁBOR** és **Dr. SAS BERNÁT** Telefon 26—96. **VI., Ó-utcza 39. sz.**
Vizsgálati tárgyak: Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transsudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vérvizsgálat (Wassermann) stb.

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

Orvosi laboratorium: **Dr. SZILI SÁNDOR,** v. egy.tanársegéd. VII., Király-utcza 51. Telefon 157—71.

Városmajor szanatórium és vízgyógyintézet
Budapest, Városmajor-utcza 74. — Telefon 88—99.
Emésztő szervek betegségei, anyagcserebántalmak, czukorbetegség, máj-, epekő-, vesebajok, neurasthenia, hátgerinczsorvadás ellen, soványító- és hizlalókúrák esetére. — Felvétel a szanatóriumban egész nap. — Igazgató-főorvos: **csernyefalvi dr. Kozmutza Béla**

Dr. GARA GÉZA, Meran. **Sanatorium.** Ujonnan átalakitva. **Prospectus.**

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

Tengeri sanatorium gyermekek és felnőttek részére Portoré
(Kraljevica) Fiume mellett. Modern intézet 10 ágygyal, villamos világitás, gőzfütés tengervizztherapia, gyönyörű fekvés, kitünő ellátás, mérsékelt árak, két orvos.
Kérdezősködések csakis az igazgatósághoz kéretnek.

San Remo téli klimás gyógyhely az olasz Rivierán. A „Grand Hotel de Nice“-ben fekvőcsarnok, magyar ápolónő, magyar konyha, a „Continental Palace“-szálló minden emeletén meleg tengeri fürdő és magyar fürdőápolónő; a Grand Hotel Belle-Vue-ben diaet. konyha, „Villa Olympia“ magyar ház, kellemes otthon fiatal leányok és egyedül utazó hölgyeknek. Felvilágositást készséggel nyujt **Czirfusz Dezső** dr., kir. tanácsos.

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

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.**

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

Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legjobb **sérvkötők,** hasköték, összes betegápolási tárgyak és **gummiárúk** elsőrendű minőségben jutányosan kaphatók:
POLGÁR SÁNDOR, Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50.
— Legújabb nagy képes **főárjegyzék** bérmentve. —
Javitásokat elfogad. (Alapitva 1892.) Telefon 583.
Védjegy.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Magyar Tudományos Akadémia (III. osztály ülése 1912 február 19.-én.) 154. l. — Közkórházi Orvostársulat (I bemutató ülés 1912 január 10.-én.) 154. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészi szakosztálya (I. rendes tudományos ülés 1911 május 4.-én.) 156. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1912 február 19.-én.)

Elnök: **Entz Géza.** Jegyző: **König Gyula.**

Orvosi érdekű volt a következő előadás.

Lenhossék Mihály r. tag a hüllők **ganglion ciliaréjáról** értekezett. Az előadó vizsgálatai folytatásai azoknak a kutatásoknak, a melyeket a madár hasonló dúczán végzett. A ciliaris dúcznak a hüllőkön is csak a szemmozgató ideghez van vonatkozása; sem érző, sem sympathikus gyökeret nem kap; a maga egészében a nervus oculomotorius végződései s a belső szemizmok közé van iktatva. A dúcz idegsejtjei minden hüllőn egysarkúak, épp úgy mint a madáron; finom nyúlványuk van, mely a ciliaris idegek felé veszi az útját. A teknősbékán egyes sejtek visszaküldik a nyúlványukat a szemmozgató idegbe, a hol alkalmasint környéki irányban halad tova s valamely nervus ciliaris anterior útján hagyja el az ideget. A nervus oculomotorius végződései a sejteken különbözők a hüllők egyes osztályaiban; legegyszerűbbek a viszonyok a gyíkokon, a hol az idegrost a sejt egyik részét csészeszerű discus-szal veszi körül, bonyolultabb alakulást észlelünk a kígyókon, a hol a rost a sejt előtt néhány széjjeltérő ágra oszlik, a melyek a sejt polaris részét veszik körül, s a legszövevényesebb viselkedéssel találkozunk a teknősbékákon, a hol az idegvégződések oly bonyolult formatiója bontakozik ki, mely túltesz a madarakon észlelhető viszonyokon. A szem működésében hiába keressük a párvonalat a morphologiai haladás e sorrendjével. A teknősbékák ciliaris idegsejtjén két idegrost végződését látjuk: egy durvább főrostét s egy finomabb mellékrostét. Mind a kettő a szemmozgató idegből jön; a finomabb rost alkalmasint collateralis ága a vastagabbnak. A főrost a sejt előtt rendszerint sűrű gomolyagot alkot; a mellékrost a gomolyagon fonatszerűen kúszálódik át, vagy a főrost csavarulatait sűrű, szabályos spiralissal veszi körül. Mindkét rost szabad csúcsokkal végződik a sejt felszínén, legtöbbször a nyúlvány közelében, ritkábban oly módon, hogy a rostok elágazódása behálózza a sejt egész felszínét.

Közkórházi Orvostársulat.

(I. bemutató ülés 1912 január 10. én.)

Elnök: **Fauser Árpád.** Jegyző: **Szinnyei József.**

Felkar-osteoma sajátságos esete.

Vigyázó Gyula: A 12 éves leány bal felkarján 3 éves kora óta daganat nő, mely semmi kellemetlenséget sem okoz. A bal felkar felső és középső harmada határán a sulcus bicipitalis internusnak megfelelően csontkemény, széles alapon ülő, nem mozgatható, a csonttal összefüggő daganat tapintható, melynek két olaszmogyorónyi bunkós vége van. A két bunkó közt az art. brachialis pulsusa tapintható. A Röntgenkép szerint: a felkar-csontból kiinduló, kettős bunkóban végződő osteoma. Műtét 1911 deczember 19.-én. Aethernarcosis. Hosszanti bemetszés. A daganatról a lágyrészeket letolva kitűnik, hogy a két bunkó közti vájulatban halad az arteria és vena brachialis s a n. medianus és ulnaris, mely képletek nincsenek nyomás alatt. A daganat egyik bunkóját levésve, az ereket és idegeket a vályuból kiemelve, az osteoma többi részét is levéssük. Vérzéscsillapítás után a sebet bevarrjuk. Prima gyógyulás.

Myasthenia gravis javult esete.

Keller Kálmán: A 16 éves hajadon családjában idegbajról nem tudnak. Szülei és hat testvére egészségesek. 1910 márcziusában tüdőgyuladást kapott, sőt állítólag „szívizzadmánya“ is volt. Ezekből ugyan kigyógyult, de annyira elgyengült, hogy nem birt járni, a nagy gyengeség miatt legtöbb idejét ágyban töltötte. Már ekkor gyakran előfordult, hogy evés közben annyira elfáradt a rágásban és a nyelésben, hogy a mikor a legjobban izlett, abba kellett hagynia az evést, mert „a falat megakadt a torkán“. A beszéd oly nagy nehézségeket okozott, hogy inkább napokon át hallgatott. Négy hónap mulva került a szent István-kórház idegosztályára.

Az elég jól fejlett, kissé gracilis csontrendszerű leány izmai satnyák, de sorvadás az izmokban nem található. A pupillák fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak, a szemgolyók mozgása minden irányban jó. A homlok bőrének ránczolása kissé nehézkes, a szemcsukás lassú, renyhe, erőtlen, nyugalmi helyzetben a felső szemhéj mindkét oldalt lelóg, de tulajdonképpeni ptosisról nem beszélhetünk azért, mert a felfelé való tekintéskor a felső szemhéjakat is elég jól felemeli. Az alsó szemhéjak nyugalmi állapotban is lelógnak, a szemrés valamivel tágabbnak látszik, szemcsukáskor pedig körülbelül 2 mm.-es résen át a sclera fedetlen marad. Mindkét szájzug kissé lecsüng. Egészben véve az arcz az izmok renyhesége miatt bizonyos bágyadt, fájdalmas kifejezést ölt, mely az úgynevezett „facies myopathica“-ra jellemző. A nyelv nem sorvadt, mozgásai ügyetlenek; a lágyszájpadot eléggé emeli, a garatreflex megvan.

A felső és alsó végtagok izomereje csökkent, de bénulás nincsen. A kezek szorító ereje erősen csökkent. A járás lassu, vontatott csoszogó. A felső végtagok ín- és periostreflexei kiválthatók, elég élénkek, a térd- és Achilles-ínreflexek kiválthatók, a talpreflexek hiányoznak, *Babinski*-jel nincs. A hasreflexek csökkentek. A szív hangjai tiszták, a szívtompulat nem nagyobbodott, a pulsusszám perczenkint 116—140 között ingadozott, kis hullámú volt. A légzés-szám többször órákon át 38—40 volt, a nélkül, hogy a beteg erősebb testmozgást végzett volna. Az idegek és izmok villamos ingerlékenysége rendes.

A fárasztási kisérletek a test összes izmaiban rendkívül gyors fáradékonyságot mutattak. A szemcsukás például vontatottan és igen lassan történik, $^3/_4$ percz után csaknem teljes a kifáradás. A két alkar hajlítása és feszítése legfeljebb 26-szor sikerül, utána teljesen elfárad. A járásban pár lépés után kimerül.

Mindezek után semmi kétségünk sem volt, hogy itt a rendkívül ritka myasthenia gravissal állunk szemben. Esetünkben megvoltak a betegségnek legfontosabb tünetei, nevezetesen a végtagizmoknak, a beszéd-, nyelő- és rágóizmoknak nagyfokú gyengesége, a kétoldali ptosis lagophthalmussal szövődve, továbbá ugyanez izmoknak működés közben beálló gyors kimerülése. A tachycardia és az ok nélkül beálló dyspnoë a diagnosist elősegítette.

A beteg több hónapi gyógykezelés után az osztályt teljesen megjavulva hagyta el, izomereje visszatért, bár a kezek szorító ereje csökkent maradt és szaladni nem tud, mégis a fáradékonyság a rendes mindennapi izomtevékenység keretén belül teljesen megszünt. A kezelés enyhe galvanisatióból, langyos fürdőkből és erősítő szerek adásából állott. Meg kell itt jegyeznünk, hogy a villamozást, akár a galvános, akár a farádos kezelést, csak a legnagyobb óvatossággal végezhetjük, mert a légzőizmoknak kimerülése folytán fulladásos halálhoz is vezethet. Ugyanez áll a nyelőizmok gyengeségénél a gyomorszondán át való táplálásról is. A betegség oka ma még igen bizonytalan. Esetünkben a veleszületett hajlamra semmi támpontot sem kaptunk. A mennyiben betegünk tüdőgyuladáson és állítólagos szívizzadmányon esett át, hajlandó vagyok az egészet súlyos influenzás fertőzésből származtatni.

Rekesz-sérv bemutatása élőn Röntgen-képek demonstratiójával.

Hochhalt Károly: A rekesz-sérvek tudvalevőleg elég ritkák, *Grosse* és *Thoma* szerint eddig 500 esetet közöltek, ezek közül két harmad részben veleszületett, egy harmad részben traumás hernia találtatott. Ez utóbbiak jelentékeny hányada mint chronikus rekesz-sérv szerepelt, a melylyel a sérült egyén évek hosszú során át élt, míg végre valamely a mellürbe került hasüri szerv (gyomor, colon, vékonybelek) incarceratiója folytán ileus fejlődött. A traumák közül leggyakrabban a szúrás és lövés, továbbá a mellkasnak tompa zúzódása, földomlás, magasból lezuhanás, vasuti ütközők közé jutás stb. szerepelt.

A traumás rekesz-sérvek felismerése élőn a Röntgen-aera előtt nagy nehézséggel járt, úgy hogy a radiographia felfedezése előtt csak 6 esetben ismerték fel, míg az utolsó két évtizedben már 13 esetet ismertettek. 1874-ben egy esete kapcsán *Leichtenstern* írta le azon paradigmákat, a melyek jelenléte mellett lehetséges a kórjelzés, illetőleg a pyopneumothoraxtól való megkülönböztetés; a szíveltolódás, a plessimeter-pálczika kopogtatáskor jelentkező fémhang, a hippocratesi loccsanás stb. mindkét kóralakban előfordulhat, azonban rekesz-sérv esetén a tünetek elég gyakran változnak, sőt hiányozhatnak, a mi a mellürben elhelyezett hasi zsigerek változó teltségi viszonyaiban találja okát. Nagyon fontos és a kórjelzést elősegítő lehet az a körülmény, ha a bal mellkas felső segmentuma fölött gyomor- vagy bélzörejeket konstatálhatunk. Mindezek a physicalis jelek azonban ingatag talajon mozognak, döntő szerepet manapság csak a mellkas átvilágításának eredménye játszik, a mikor a mellürbe csúszott gyomor, esetleg colon, cseplesz stb. biztossággal felismerhető.

A bemutatott eset kórtörténete a következő: Az 54 éves szigetszentmiklósi napszámos gyermekkorában állítólag mindig egészséges volt, fiatal korában szőlőmunkával foglalkozott, sőt előmunkás volt, egész napi munka után sem érzett nehézséget. Később a csepelszigeti tölténygyárba került, hol az öntődébe osztották be. 1910 november hó 3.-án baleset érte, nehéz vasajtó esett derekára s czombjára, a hol több helyen zúzódást szenvedett, minek folytán 18 hétig feküdt; azóta a gerinczoszlop és bal lapoczka között állandóan húzó, vongáló fájdalmakat érez, gyomortája érzékeny, főleg evés után teltségi érzés és émelygés kínozza, erősebb mozgáskor nehéz légzése támad, úgy hogy azóta munkaképtelen. A beteg csont- és izomrendszere ép, rendesen fejlett, a gyomor és a bal hypochondrium tája kissé besüppedt. Alhasi légzéskor a gyomor és a bal hypochondrium fölötti izmok alig mutatnak légzési kitéréseket. A bal mellkas alsó segmentuma hasonlóan kisebb légzési mozgásokat végez. Elől baloldalt hangos dobos hang, mely megszakítás nélkül gyomorhangba megy át, hátul baloldalt alig van kopogtatási eltérés, de a hangrezgés és légzés az egész bal oldalon gyengült. Physicalis vizsgálatkor a szív helyzete megváltozottnak látszik, a mennyiben a bal szív fölött dobos hang hallható s a jobb szívhatár a jobb szegyvonalig ér. A szívhangok tiszták s rendes helyen hallhatók. A mellkas fölött hátul a bal lapoczka táján koronkint metallumos gyomorzörejek észlelhetők. Ezen gyanut keltő tünetek miatt a beteg Röntgen-vizsgálatát ejtették meg. Átvilágításkor a bal diaphragmát tenyérnyivel magasabban találták mint a jobboldalit, légzési mozgásokat végez; a 4. borda magasságáig érő gyomorléghólyag látszik, a mely pufasztáskor a III. borda szinét eléri; a szív részben a léghólyag által takarva a gyomor mellett van, továbbá colonrészlet és vékonybélkacs is látható a leirt rekesz-kitüremkedésben. A bal mellürben tehát csakugyan hasi zsigerek vannak. A kérdés az, vajjon a diaphragma szakadása folytán jutottak-e oda, vagy pedig eventratio esete forog-e fenn.

Eventratio alatt tudvalevőleg az elvékonyodott és részben hűdött rekesz magas állását értjük, a rekesz ilyenkor a III. bordáig terjedhet fel, minek folytán a hasi zsigerek részben a mellürben találnak elhelyezést. Ezen állapot majd mindig veleszületett. Ez az elnevezés nem helyes s azért *Penzoldt* helyette a „rekesz idiopathiás magas állása“ vagy „rekeszatrophia“ elnevezést ajánlja.

Ujabb vizsgálatok kideritették, hogy a radiographiával e két alak között nem tudunk dönteni. Példa reá *Wiedermann* diaphragma-sérvnek kórjelzett esete, mely Németország legtöbb klinikáján megfordult s majdnem mindenütt más megitélés tárgya volt, míg végül a megejtett próbalaparotomia eventratio mellett döntött. *Lotze* esetében pedig a diagnoskált eventratio helyett bonczoláskor nagyfokú diaphragmasérvet találtak. A kérdés megoldása tehát nem egyedül a Röntgen-kép útján, de annak felhasználása mellett, a többi körülmény figyelembevételével sikerül csak. Döntő az előző trauma s a betegnek a trauma után beállott panasza, a mi annál is inkább hernia mellett szól, mivel az eventratio rendkívül ritka s eddig 500 hernia-esettel szemben csak 10 esetben találtatott. *Wiedermann* esetében nem volt közvetítő trauma, hanem a beteg éveken át pleuritisben szenvedett. Figyelembe veendő továbbá az esetleges radiographiával megállapított dextrocardia, mely határozottan veleszületett eredetre utal s eventratio mellett szól. Fontos továbbá, hogy rekeszsorvadás, tehát eventratio esetében a megfelelő rekeszrész légzési mozgásokat nem végez, míg hernia esetében ezen kitérések rendesek.

A *Herz* által leirt paradox légzési tünemény, a *Lotze* által ajánlott eljárás, tudniillik gyomorszonda bevezetése s annak viszonya a diaphragma mozgásával szemben manapság kórhatározó jelentőséggel már nem birnak.

Mindezek folytán esetünket, hol trauma szerepelt, dextrocardia radiographiával ki nem mutatható, a rekesz mozgásokat nem végez, nem eventratiónak, hanem traumás diaphragma-sérvnek kell minősítenünk. A prognosis tekintetében tudjuk, hogy az ily egyének bár éveken keresztül tűrhető jólétnek örvendhetnek, előbb-utóbb incarceratiónak és ileusnak eshetnek áldozatul. Épp ez okból a klinikusok minden egyes esetben felvetik a műtét kérdését. Tekintettel arra, hogy a bántalom 14 hónap óta áll fenn s így már terjedelmes összenövések létesülhettek úgy a sérv és a pericardium vagy pleura lemezei között, nemkülönben az egyes hasi zsigerek között, tekintettel továbbá, hogy, mint a Röntgen-kép mutatja, a sérvkapu igen nagy terjedelmű, a rekesznek majdnem egész átmérőjét elfoglaló lehet, a sebészi beavatkozás jelen esetben alig indokolt.

Fischer Ernő: Demonstrálja a bemutatott betegről készült Röntgen-felvételeket. A bal pleuraüregbe magasan benyomult hastartalom $^3/_4$ részben a gyomorból, $^1/_4$ részben a flexura coli sinistrából áll. A gyomor egészben felfelé helyezett, falazata rugalmas, a peristaltika szapora és erélyes; a gyomor kiürülése normalis időn belül következik be. A bal diaphragma a légzési mozgásokban alig vesz részt, paradox légzés azonban nem észlelhető, a szív és a nagy erek rendes nagyságúak és elhelyeződésűek.

Pólya Jenő: A rekesz-sérvek operatióra akkor alkalmasak, ha kicsinyek. Szúrt, lőtt sebek után, ha incarceratio van. Tág kapujú sérvek ritkán okoznak incarceratiót és ha okoznak is, a legtöbbször önmaguktól meggyógyulnak. A betegek hosszú évekig elélnek, mint *Leichtenstern* esetében is. A hirtelen halált az okozza, hogy a gyomor megtelik és a szivet nyomja. A diaphragma ellátása abban áll, hogy a sebet összevarrjuk; ez csak kis seb esetén lehetséges, nagy szakadás ritkán egyesíthető. Az eventratio rendesen veleszületett. A diaphragma bénulása okozta betüremkedésről kérdéses, hogy trauma folytán előállhat-e? Azt hiszi, igen. A rekeszizom idege, a nervus phrenicus, meg az alsó 6 intercostalis ideg is ellátja a rekeszt. Elképzelhető, hogy oly mellkasi sérülés, mely a hátat éri, sérti a bordaközi idegeket vagy haematoma folytán az idegek bénulnak és a diaphragmá alulsó része bénult lesz, kitágul a mellür felé és eventratio képét nyujthatja. A jelen esetben ez nincs így, de a lehetőségre reá kivánt mutatni.

Keppich József: Hat napos obstructiós esetet hoztak be az osztályra, a rekesz és bordaívek nagyon szét voltak tolva. Belső bélelzáródást vettek fel. Igen kitágult vékonybeleket találtak és igen kitágult colon ascendenst. Coecostomiát végeztek. A proc. xiphoideustól a symphysisig terjedő sebet baloldalt a rectusba való bemetszéssel tágitották és a colon transversumot megtalálták a mellüregben, a hova a rekesz sebén át jutott. Nem tudták kihúzni, ki kellett nyomni. A passage helyreállt. Azután zárták a sebet, de a már megvolt peritonitis megölte a beteget. Az eredetre nem tudtak reájönni. A bonczolás kideritette, hogy kisnyilású traumás eredetű hernia volt.

Entz Béla: Utána járt a dolognak és kiderült, hogy társa szúrta meg tréfából. Orvos összevarrta és szépen meggyógyult, de a rekesz-sérve megmaradt.

Sublimat-injectióval meggyógyitott puerperalis sepsis.

Biró Ödön: Mielőtt magára az esetre rátérek, ismertetni óhajtom a szt. Rókus-kórház 1911. évi puerperalis sepsis-anyagát. A gyermekágyi lázasok három osztályon nyertek elhelyezést: az I. és II. orvosi osztályon, továbbá a nőgyógyászati osztályon. Ez utóbbi osztályról a bonczolási jegyzőkönyvek szerint 8 került bonczolásra, a mi — ha az osztály szülészeti eseteinek számát évi 2000-re becsüljük — 0·04% halálozásnak felel meg.

A Rókus-kórház két belosztályán összesen 23 gyermekágyi lázas nyert elhelyezést, ebből meghalt 14, a mi megfelel 60% halálozási számnak. E nagy halálozásszám alapján *Ángyán* tanár elhatározta, hogy a jövőben az osztályára felvett puerperalis sepsises betegeit sublimat-injectióval kezeli. Az első eset, mely az orvosegyesületi előadás után osztályunkon jelentkezett, a következő:

B. J.-né, 35 éves, férjezett, czigányzenész felesége; felvételre jelentkezett 1911 deczember 4.-én. Két élő egészséges gyermeke van. Eddig nem vetélt el. Utolsó tisztulása október 15.-én volt. 10 nappal ezelőtt abortus, 6 napja lázas. A nőbeteg a nőgyógyászati osztályon jelentkezett, hol puerperalis sepsis diagnosisát állapították meg, hely hiánya miatt azonban belosztályi felvételre utasították. Jelen állapot: A hol apathiás, hol euphoriás beteg mellkasi szervei épek. A hasban semmi kimutatható elváltozás. A pulsus 110. A hőmérséklet 38·6°, mely estére felemelkedett 39°-on felül. Az ételt (jégbehűtött tejet) kihányja. Következő nap a reggeli órában 37·5° a hőmérséklet, mely a nap folyamán a 40°-ot is meghaladja. Zavart sensorium. Következő nap (deczember 6) első sublimat-injectio a vena medianába. Következő nap a sublimat-injectiót megismételjük. A láz lysissel csökken. 3 nap mulva teljesen láztalan. Deczember 27.-én gyógyultan távozott.

Ez egyetlen sublimattal kezelt eset ugyan nem szolgáltat döntő érvet a sublimat gyógyító hatása mellett, mindenesetre biztató azonban arra, hogy kisérleteinket folytassuk.

Demonstratiók a syphilis kórbonczolástanából.

Entz Béla: Tekintettel a syphilisről folyó előadási cyclus gyakorlati irányára, bemutatja a kórbonczolástani intézet muzeumában elhelyezett készítményeket. Röviden kitér a lueses megbetegedések okozta szövettani elváltozásokra is és megjelöli a sokféle alakban jelentkező eltérések helyes kórbonczolástani beosztását, csoportosítását is. Egyes praeparatumok részletes ismertetése helyett összefoglalólag előadja a szájüreg, a torok, a garat, a lágyszájpad nyálkahártyájának syphilis okozta elváltozását a megfelelő készítmények demonstrálása kapcsán. Majd áttér az orrüregnek és melléküregeinek syphilises megbetegedéseire és gazdag anyagon (20 praeparatumon) mutatja be az orrsövény, kemény szájpad átfúródását a legcsekélyebb lencsényi perforatiótól az orr összes csontjainak teljes elpusztulásáig, a csontok utólagos sclerosisával kapcsolatban vagy a nélkül, a kezdődő (recens) elváltozásokat és az előrehaladott, gyógyuló eseteket. Demonstrál olyan esetet is, melyben az orrmegbetegedéshez meningitis csatlakozott és egy másikat, melyben a carotis interna arosiója okozta a halált.

Kiemeli az orrüreg megbetegedésének az eddigi felfogással ellentétben álló gyakoriságát.

A bemutatás utolsó csoportja a koponyacsontok syphilise, lueses periostitis, enyhébb vagy súlyosabb gummosus syphilis, a csont körülírt, felületes vagy elterjedt, mélyre terjedő, esetleg teljes átfúródását okozó necrosisával. A gazdag anyagon jól követhetők az elváltozások a kezdődő periostitistől a legsúlyosabb destructióig, másrészről a csontheggel való végleges gyógyulásig.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(III. ülés 1911 május 4.-én.)

Elnök: **Kuzmik Pál.** Jegyző: **Lobmayer Géza.**

(Vége.)

Osteomalaciával szövődött emlőrák esete.

Uray Vilmos: A 39 éves nő 1910 tavasza óta teste különböző részeiben vándorló fájdalmakat érzett, melyek főleg a gerinczoszlopban székeltek s oly nagyfokúak lettek, hogy csak nagyon rosszul tudott járni. A betegséget eleinte csúznak tartották, s e miatt különböző belső orvosságokkal és meleg fürdőkkel kezelték.

Az I. sz. sebészeti klinikára felvétetvén, osteomalaciát állapítottunk meg, a mely különösen a gerinczoszlop és mellkas csontjaira terjedt ki, míg a medenczén csekélyebb elváltozásokat okozott A klinikán való tartózkodása alatt a bal emlőjében carcinomás gócz keletkezett, mely az ugyanazon oldali supraclavicularis mirigyekben áttéti góczokat okozott, Minthogy az osteomalacia mellett a betegnek carcinomája van. az osteomalacia sebészi kezeléséről lemondottunk.

A Röntgen-vizsgálat alkalmazása a béltractus és a húgycső szűkülete eseteiben. (Ujabb esetek)

Uray Vilmos: A sebésztársaság negyedik nagygyűlésén a végbélszűkületek magasságának és hosszának diagnostikai megállapítására *Dollinger* tanár utasítására készült bismuth-emulsiós Röntgen-felvételek bemutatása óta ezen diagnostikai eljárást felhasználtuk egy 32 éves férfibetegen, a ki 11 hó óta szenved rectum-carcinomában. A bismuth-emulsiós Röntgen-képen a végbélnyílás felett 11 cm. magasságban gyűrűszerű behúzódás látható, mely a daganat okozta szűkületnek felel meg.

Az eljárást továbbá *Dollinger* tanár utasítására traumás húgycső-szűkület esetében is alkalmaztuk 28 éves férfin. Ezen esetben a pars membranacea táján egy kb. 7—8 cm. hosszú, 1—2 mm. széles szűkület látható. A betegen *Dollinger* tanár húgycső-resectiót végzett. A reszekált húgycső 8 mm. hosszúságban volt heges, e helyen csak egy kisebbfajta szonda feje ment át.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A szívsérülések műtéti kezeléséről tartott előadást *Hesse* a „Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden“ október 28.-i ülésén. Elitéli a várakozást s a rögtöni operálást ajánlja, még pedig — a mennyiben lehet — extrapleuralisan; legjobbnak mondja a *Kocher*- és a *Rehn*-féle metszést, avagy a lebenyes metszést lateralis bázissal. Fődolog, hogy jól hozzáférhessünk a szívhez, hogy a kezdett metszés könnyen bővíthető legyen; tekintetbe veendő továbbá az esetleg később szükségessé váló pericardium-drainage. Behatóan fejtegeti ezután az előadó a komplikáló másodlagos pleuritist és azt ajánlja, hogy olyankor, a mikor a műtét alkalmával hosszabb ideig nyitva volt a pleura-üreg, közvetetlenül a szívműtét után prophylactice drainezzünk hátul a scapula alatt a legmélyebb ponton Az előadó maga 6 esetet operált, a melyek közül csak egy végződött halálosan 7 órával a műtét után (a bal szívkamara lőtt sérülése). A többi beteg (2-szer a bal, 1-szer a jobb kamara és 2-szer a bal pitvar szúrt sérülése) mind meggyógyult és munkaképes lett.

PÁLYÁZATOK.

Lupényi (Hunyadmegye) bányatelepünkön az egyik **bányaorvosi állás** helyettesitésképp három havi, esetleg hosszabb időre betöltendő. A helyettesítés idejére az állás 400 (négyszáz) korona havi fizetéssel, szabad lakás, fűtés és világítás élvezetével van összekötve. A helyettesi állás elnyerőjének azonfelül az utazási költségek is meg fognak téritetni. Az állás azonnal elfoglalandó. Csakis orvosi gyakorlatra jogositott orvostudorok szíveskedjenek kellően felszerelt folyamodványaikat az Urikány Zsilvölgyi Magyar Kőszénbánya Részvénytársasághoz (Budapest, V., Nádor-utcza 19. sz.) **mielőbb** benyujtani.