

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Vidakovich Kamill: Közlés a kolozsvári Ferencz József tudomány-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr., egyetemi tanár.) A koponyába hatolt idegen testek helyének egyszerű meghatározási módja. 643. lap.

Ország Oszkár: A tüdőcsúcs körülírt emphysemája. 649. lap.

Davidovics József: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem közegészség-tani intézetéből. (Igazgató: Liebermann Leó dr., ny. r. tanár.) A venereás betegségek elterjedése Magyarországon 650. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. O. Fellner: Die Therapie der Wiener Spezialärzte. **R. Ruge és M. zur Verth:** Tropickrankheiten und Tropenhygiene. — **Lapszemle. Belorvostan. O. Folin:** A vizelet húgyanyag-tartalmának meghatározása. — **Idegkörtan.**

G. L. Dreyfus: A modern vizsgáló módszerek jelentősége az izolált pupilla-eltávolítások megítélésében. — **Nőorvostan. Krönig és Gauss:** Műtétes eljárással castráljuk-e, avagy Röntgen-kezelésre küldjük myomás betegeinket? — **Börkörtan. J. Heller:** Az „onycholysis“ nevű körömbántalom. — **Húgyszervi betegségek. A. Boeckel:** A húgyhólyag kikapcsolása (exclusio vesicae) vesehólyag-gümőkórban. — **Orr-, torok- és gége-bajok. Stenger:** A röstacsontnak (iköbölnek és homloküregeknek) endonasalis műtete. — **Fülörvostan. Manasse:** Idősült középfülgyulladás és cholesteatoma. — **Fizikai és diéta-gyógyításmódok. Rosenthal:** A bőrbetegségeknek massage-zsal való kezelése. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Lévi-Bing és Duroeux:** Lábszártekelty. — **Frey;** Uraemia. — **Tieux:** Terhességi hányás. 652—655. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosoklapja. — Klinikai füzetek. — Budapesti orvosi ujság. 656. lap.

Vegyes hírek. 656. lap.

Tudományos társulatok. 657—658. lap

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a kolozsvári Ferencz József tudomány-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr., egyetemi tanár.)

A koponyába hatolt idegen testek helyének egyszerű meghatározási módja.*

Irta: **Vidakovich Kamill** dr., II. tanársegéd.

Az x-sugarak felfedezése előtt az emberi szervezetbe jutott idegen testek helyét vagy egyáltalában nem, vagy csak a sérülés okozta tünetekből tudtuk megállapítani. Rajzoláson vagy számításon alapuló és pontos eredményt nyújtó eljárásról tehát abban az időben nem lehetett szó. Ilyeneket csak azóta ismerünk, mióta az x-sugarak segítségével az idegen testeket vagy legalább is legtöbbször szemünk számára hozzáférhetővé tudjuk tenni. Az x-sugarak segítségével készített projectogrammok oly ábrákat nyújtanak, melyek alkalmasak arra, hogy utánuk mértani alapon a rajtuk látható árnyékból az idegen test térbeli helyzetét kiszámíthassuk. Ámde a gyakorlat azt mutatta, hogy a milyen könnyű az elméleti számítás, épp oly nehéz lehet annak gyakorlati alkalmazása az emberi test változó alakú és felületű egyes részeiben. Mi sem bizonyítja a nehézségeket jobban, mint az, hogy ma közel 200 ilyen meghatározási eljárást ismerünk már. Ugyane magas szám a mellett is szól, hogy oly eljárást, mely megbízható pontossággal mellett egyszerűen bírna a keresett test helyét megállapítani, eddigelé nem ismerünk. Ismerünk tisztán tudományos, elméleti értékű eljárásokat, melyek nagy pontossággal jelölik meg a keresett idegen test helyét; ezek azonban gyakorlati szempontból nem igen válnak be, rendszeren már csak azért sem, mert bonyodalmas számításokon alapulnak, ettől pedig, mint *Gillet* mondja, irtózik minden

orvos és röntgenologus. Avval a gondolattal, hogy minden eljárás bizonyos nehézségeket rejt magában, a priori épp úgy meg kell barátkoznunk, mint a hogy nem szabad felednünk azt sem, hogy minden számítás, melynek alapja az élő, folyton mozgó emberi test, nem lehet ment apró, szám-tani értelemben vett hibáktól. Szerencsére itt is segítségünkre van a gyakorlat, mely a számítás hibáit sok tekintetben kiigazítani tudja. Ilyen apró hibák már csak azért sem zavarják az eredményt, mert nem mértani értelemben vett pont a számításunk és beavatkozásunk tárgya, hanem nagyobb fizikai test, rendszeren projectil. Ennek méretei sokszor oly nagyok az öt befoglaló testrészt méreteihez képest, hogy eltávolításához elegendő helyzetének csak megközelítő ismerete is, például az, hogy a végtag hajlító vagy feszítő oldalán fekszik-e. Másrészt bonczolástani ismereteink és műtéti technikánk alapján a test felkeresése céljából kisebb vagy nagyobb anatómiai területet tehetünk szabaddá fontos képleték sértése nélkül. Kivétel e tekintetben a koponya. Az agy állománya nem alkalmas arra, hogy a mélyében helyet foglaló idegen testhez az utat szabaddá tegyük, ez csak nagyobb roncsolással történhetné, a mi az agy fontos szerepénél fogva végzetes vagy többé jóvá nem tehető következményekkel járna. Az agyba került idegen testek tehát igen pontos localisatiót követelnek, ha eltávolításuk javalata fenforog, és pedig oly pontos meghatározást, mely lehetővé teszi, hogy hozzájuk a látatlanban férközhessünk és őket oly szűk csatornán keresztül távolítsuk el, a minő az eltávolító eszköz bevezetéséhez éppen szükséges.

Vajjon lehetséges-e ily pontos meghatározás? A gyakorlat azt mutatja, hogy igen; és pedig azért, mert a természet a koponyát, az agy e csodálatos szerkezetű házát oly kemény, határozott alakú falakból építette fel, melyek nemcsak minden irányban fix pontokból számítható megállapítást tesznek lehetővé, hanem a számítás alapját tevő röntgenogrammon csontos mivoltuknál fogva jól is láthatók. A koponyát mértani szempontból, bizonyos tekintetben szabályos vagy legalább is szimmetriás keményfalú testnek tekinthetjük,

* Előadás az Erdélyi Múzeum-Egylet orvostudományi szakosztályának 1912 május hó 4.-én tartott ülésén.

melynek belső méretei a felvételhez szükséges műveletek alkalmával nem változnak; éppen e körülményben rejlik a koponya különösen alkalmas volta célunkra.

Ennek megismerése, valamint az a körülmény, hogy a kolozsvári sebészeti klinika beteganyaga közt aránylag igen sok koponyalövés szerepel, készítetett arra, hogy az idegen testek localisatiójával behatóbban foglalkozzam és az alábbi egyszerű eljárást kidolgozzam.

Az eljárás alapja azon stereometriai tantétel, mely szerint valamely pont vagy test térbeli helyét két egymásra merőleges vetítéssel pontosan meg lehet határozni. A meghatározás céljából ismernünk kell a két vetítő központ (fényforrás) távolságát a képsíktól; továbbá a vetítési központoktól az alaphoz haladó merőleges vetítő sugaraknak (fősugaraknak) az alappal találkozó pontjait (talppontokat), valamint a két fősugár metszéspontjának távolságát az egyes képsíktól. Az előbbent ábrázolás, az utóbbit lemérés útján nyerjük. A test helyének megállapítása ezek alapján három vetítő sugár által, három egymásra merőlegesen álló síkhoz történik, és pedig vagy a fősíkokhoz, melyeknek találkozáspontja a fősugarak metszéspontjában van; vagy a képsíkokhoz, melyek a talppontokhoz vannak fektetve. A kérdéses pontnak két síktól való távolságát megadja az azon keresztülmennő két vetítő sugár, ha a vetítést magunk előtt úgy képzeljük, mintha a két vetítő központ előttünk egy síkban fekédnék.

A két vetítő sugár metszéspontjának távolsága a megfelelő fősugaraktól — vagy az ezeken keresztülfektetett síkaktól — megszabja a keresett pont helyzetét e két síkhoz. A pont azonban a két vetítő sugár által jelképezett fősík találkozási vonalában — azaz élében — fekszik, melynek mélységét, vagyis szemüktől való távolságát az ábra nem mutatja. Ezt olyan ábrán találjuk meg, mely az egész vetítést valamelyik fősugár körül 90° -nyi szögben elforgatva mutatja. Ha ezt a vetítést nézzük, oly képet látunk, melyen ismét a megfelelő vetítő sugárban találjuk annak helyét a vízszintes fősík felett vagy alatt. Hogy ezen sugárban hol, azaz mily messzire van a pont a megfelelő függélyes — sagittalis vagy frontalis — fősíktól, azt az előbbi ábra már megmondta. Ily módon két vetítési ábra pontosan megjelöli valamelyik pont helyzetét a három fősíkhöz.

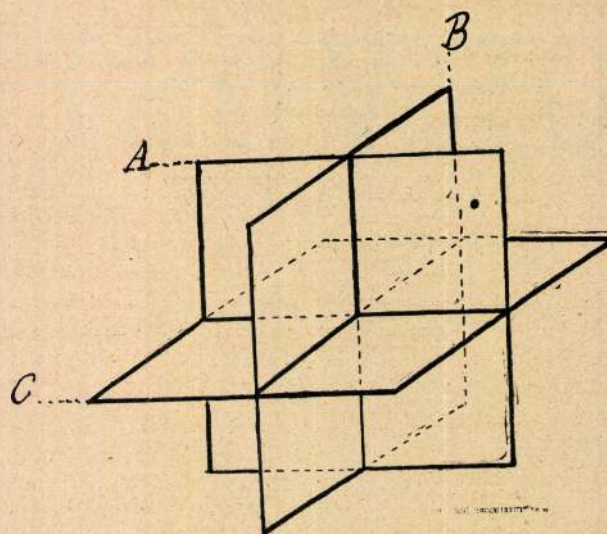
Ez a meghatározási eljárás alapjául szolgáló elmélet vezérfonala.

Ha ezt ismerjük, meg tudjuk határozni ismert feltételek mellett készített projectogrammok (röntgenogrammok) alapján a vetítés reconstitúciójával a kívánt pont vagy test helyét a három fősíkhöz. Ha a vetítést természetes nagyságban építjük fel újra, valóságos értékeket kapunk.

Mielőtt azonban ennek gyakorlati alkalmazására áttérnénk, szükségesnek látszik néhány, a vetítés megértésére fontos és a koponya specialis viszonyait érintő fogalom tisztázása. Foglalkoznunk kell különösebben a fősíkok helyzetével, a fősugarak irányával, a főpontok megjelölésével a koponyán és végül a röntgenogrammok olvasásával és azok helyes elkészítésének technikájával.

1. *A fősíkok.* Mint említettük, az idegen test helyét meghatározzuk a három fősíkhöz. Ez három olyan sík, mely meghatározott irányban a fősugarakon keresztül fektetve úgy halad a koponyán át, hogy mind a három egy eszményi középpontban, kettő-kettő pedig a koponya felületén a főpontokban metszi egymást. A fősíkok helyzetét az 1. ábra mutatja.

Ha e síkokat egy arczával felénk tekintő koponyán keresztül fektetve képzeljük, akkor a szokásos bonczolástani elnevezés szerint megkülönböztetünk egy vízszintes (C), egy sagittalis (B) és egy frontalis fősíkot (A). A vízszintes fősík a homloki, nyakszirti és két halántéki főponton keresztül van fektetve; a sagittalis fősík nyilirányban fekszik a test középvonalában és a homloki, fejtetői és nyakszirti főpontokon halad át; a frontalis fősík a homlokkal van párhuzamosan fektetve és a két halántéki főpontot összeköti a fejtetői főponttal.



1. ábra.

A fősíkok által a tér, illetve a koponya oktánsokra oszlik és pedig:

- egy jobb- és egy baloldali homloki oktánsra;
- egy jobb- és egy baloldali nyakszirti felső oktánsra;
- egy jobb- és egy baloldali alsó nyakszirti oktánsra;
- végül egy jobb- és baloldali arcoktánsra.

Az oktánsokkal való dolgozás nemcsak azért előnyös, mert lehetővé teszi azt, hogy a röntgenogrammokról azonnal leolvashassuk a meghatározandó test megközelítő helyét a koponyában, hanem azért is, mert megóv attól, hogy a vetítés újrafelépítésekor a koponya oldalainak felcserélése által hibát kövessünk el. Tartsuk szem előtt, hogy nem a térben szabadon lebegő, hanem a koponyába zárt test helyét akarjuk annak állandóihoz megjelölni, ez pedig legcélszerűbben úgy történik, hogy azon oktánsban határozzuk meg helyét, melyben az van.

A jobb és bal fogalmát úgy használjuk, mint azt az orvosi gyakorlatban megszoktuk és a mint az a koponyára nézve valóban áll, vagyis jobb oldal az, a mi a bal kezünkkel, bal pedig, a mi a jobb kezünkkel van szemközt. A ki röntgenogrammok olvasásával foglalkozik, annak ez az olvasás ugyanis a vérében van már.

2. *Fősugarak és főpontok.* Fősugárnak nevezzük azon világitó sugarat (egyeneset), mely a focusból indul ki, s a koponyán keresztül haladva, merőlegesen éri a képsíkot (fényérzékeny lemezt). A fősugárnak a koponyában a fősíkok metszési élében kell haladnia és a koponya felületén a főpontokat kell érintenie.

A főpontok helyének pontos megjelölése, valamint ismerete igen fontos, mert ezeknek árnyékából ismerjük fel a fősugár irányát és győződünk meg arról, vajjon röntgenogramunk helyesen készült-e? Mint az előbbiekben már tudjuk, öt ilyen pontot kell a koponyán megjelölnünk, és pedig egyet a glabella legkiállóbb részén (homloki főpont), egyet vele szemben a nyakszirten (nyakszirti főpont), egyet a fejtetőn (fejtetői főpont) és egyet-egyét egymással szemben a két fülnyílás felett (temporalis vagy halántéki főpontok). Hogy ezek milyen viszonyban vannak a fősíkokhoz, arról már megemlékeztünk a fősíkoknál. A homloki főpontot a nyakszirti főponttal összekötő egyenes megjelöli az elülső fősugár, a két halántéki főpontot összekötő egyenes pedig az oldalsó fősugár irányát. Ezek körülbelül egybeesnek a fronto-occipitalis és bitemporalis tengelyekkel. A két fősugár metszéspontjának távolságát a képsíktól a koponya méreteiből tudjuk meg. Ezt megadja a nyakszirti főponton nyugvó koponya halántéki főpontjának és a halántéki főponton nyugvó koponya nyakszirti főpontjának távolsága az alaptól (fényérzékeny lemeztől).

3. *A röntgenogrammok.* A vetítés reconstitúciójához, illetve az idegen test helyének meghatározásához két röntgenogramra van szükségünk, melyeknek egyike az elülső, másika pedig az oldalsó fősugár irányában készült. Rövidség

okáért az előbbent elülső, az utóbbit oldalsó képnek nevezzük.

Ezekről egyrészt azt kell tudnunk, hogy milyen focustávollal készültek, másrészt, hogy az oldalsó felvételen a koponya melyik oldalával feküdt az alapon. A focustávolt mindig 60 cm.-nyinek vesszük. A koponya helyzetének ismerete az oldalsó felvételen azért fontos, mert csak ennek alapján tudjuk a vetítő sugarak irányát és metszéspontjait helyesen megrajzolni. Ha nem tartjuk ezt mindig szem előtt, megeshetik, hogy az egyik vetítő sugarat a másikkal a koponya másik felében metszszük, miáltal a pont helyzetét jelző metszéspont lényegesen különböző távokra esik a fősíktól.

Az így készített röntgenogrammok első megtekintésre megmondják, hogy melyik oktánsban fekszik az idegen test. Az elülső kép arról ad felvilágosítást, hogy az a vízszintes sík felett avagy az alatt, a sagittalis síktól jobbra vagy balra, az oldalsó felvétel pedig azt mondja meg, hogy a frontalis sík előtt avagy a mögött keresendő az idegen test. Oktánsokra vonatkoztatva a következő lehetőségek fordulhatnak elő:

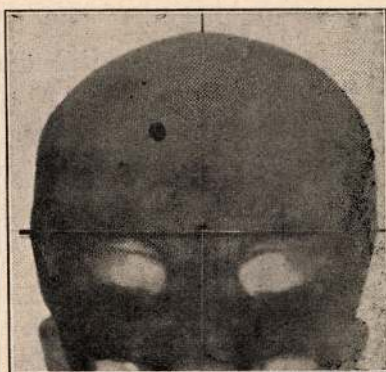
Elülső képen az árnyék van	Oldalsó képen az árnyék van	Az idegen test van tehát
a jobb felső quadránsban	frontalis quadránsban	a jobb frontalis oktánsban
a jobb felső quadránsban	felső occipitalis quadránsban	a jobb felső occipitalis oktánsban
a bal felső quadránsban	frontalis quadránsban	a bal frontalis oktánsban
a bal felső quadránsban	felső occipitalis quadránsban	a bal felső occipitalis oktánsban

Ugyanezen lehetőségek fennállhatnak a vízszintes sík alatti idegen testekre nézve is.

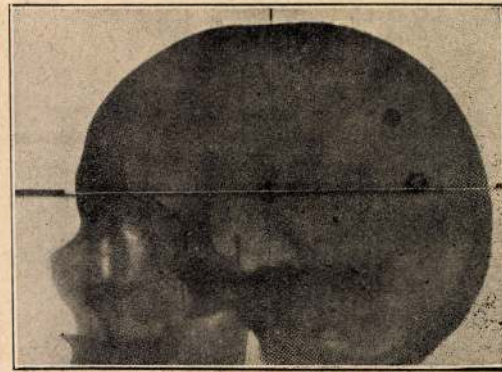
A képeknél csak quadránsokról beszélhetünk, mert a fősíkok belerajzolása által a koponya mindig csak négy térrészre osztódik fel.

A röntgenogrammokról, melyekről a készítési technika leírásakor még bőven lesz szó, itt csak annyit jegyzünk meg, hogy a főkörpontok árnyékait összekötő egyenesek által mutatják mindig két-két fősík irányát, és pedig az elülső felvételen a két halántéki főkörpontárnyékot összekötő egyenes jelzi a vízszintes, a fejtető-főkörpont és homlok-nyakszirti főkörpontok árnyékát összekötő egyenes pedig a sagittalis fősík irányát; az oldalsó képen a homloki és nyakszirti főkörpontok árnyékait összekötő egyenes ismét a vízszintes, a fejtető-főkörpont és két temporalis főkörpont árnyékát összekötő egyenes pedig a frontalis fősíkot jelöli meg. Az idegen test vetített távolát a megfelelő fősíktól, annak középpontjától a fősíkot jelző vonalhoz húzott merőleges adja meg.

Az idegen test helyének meghatározása a vetítésnek természetes nagyságban való rekonstrukciója útján történik.

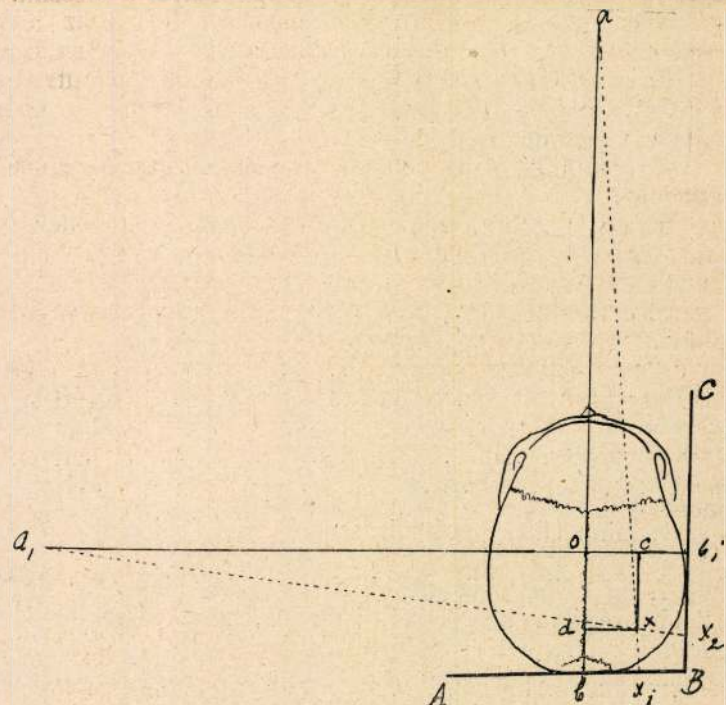


2. ábra.
Elülső kép.



3. ábra.
Oldalsó kép.

A vetítéshez való adatokat a két röntgenogramm szolgáltatja. (2. és 3. ábra. Ezeket tekintsük úgy, mintha negatívumok volnának.) Ezek megtekintéséből megtudjuk, hogy az idegen test a felső jobboldali nyakszirti oktánsban fekszik, és hogy a koponya az oldalsó felvétel készítésekor jobb oldalával feküdt a lemezen. Egyébként tudjuk azt, hogy a röntgenlámpa focusa 60 cm.-re volt a képsíktól; továbbá, hogy a két fősugár metszéspontja az oldalsó képsíktól 7-8 cm.-nyire, a hátsó képsíktól pedig 9-4 cm.-nyire van. Ezen adatokat ismerve, a vetítést minden nehézség nélkül rekonstruálhatjuk. Mint már az elmélet leírásakor említettük, az idegen test helyének megállapítása a három fősíkhöz két vetítés-kép újra felépítése útján lehetséges. Az első segítségével megkapjuk annak távolait a frontalis és sagittalis fősíkhöz. E célból a vetítést a koponyatető felől nézve, a két képsíkot és focust úgy rajzoljuk meg, a mint azok a két felvétel alkalmával elhelyezve voltak (4. ábra).

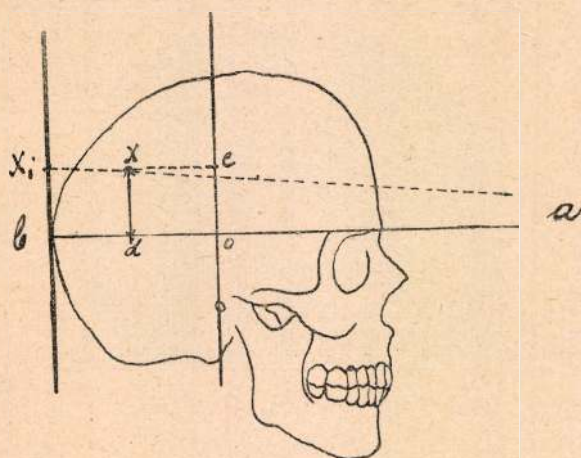


4. ábra.

Az idegen test helyének megállapítása a frontalis és sagittalis fősíkhöz.

a és a_1 a két focus, AB és BC a két képsík. $b-x_1$ jelöli az idegen test vetített távolát a sagittalis fősíktól, b_1-x_2 a frontalis fősíktól. x_1-a és x_2-a_1 vetítő sugarak metszéspontja megfelel az idegen test valóságos helyének, ennek távolait a két fősíktól megadják az $x-c$ és $x-d$ egyenesek.

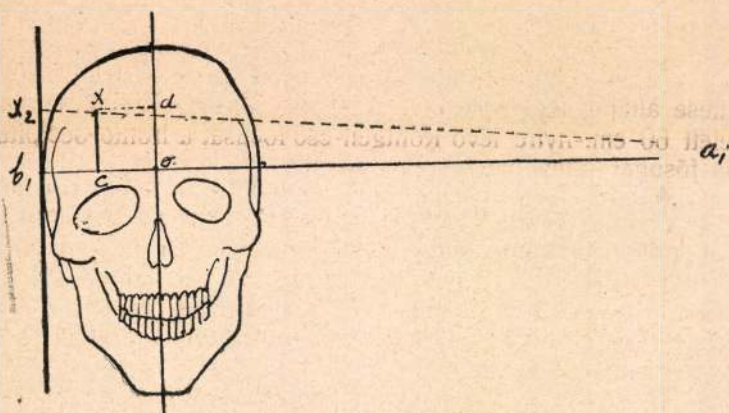
A vízszintes fősíktól való távolságát az idegen testnek meghatározhatjuk a röntgenogrammok mindegyike alapján. Ha az elülső felvétel vetítését oldalról nézzük, a következő képet kapjuk (5. ábra):



5. ábra.

Ezen projectióban $b-x_1$ mutatja az árnyék távolságát a vízszintes sík felett, maga az idegen test az $a-x_1$ vetítő sugárban fekszik, és pedig, a mint azt az előbbi meghatározásból tudjuk, a frontális sík mögött $o-d$ (vagy $c-x$, a mi ugyanaz) távolságban. A hol a $c-x$ egyenes az $a-x_1$ vetítő sugarat metszi, ott van az idegen test tényleges helye; $x-d$ adja annak valóságos távolságát a vízszintes képsíktól.

Ugyancsak ez eredményt kell kapnunk, hogyha az oldalsó vetítést előlről nézzük (6. ábra).



6. ábra.

Most b_1-x_2 az árnyék távolsága a vízszintes sík felett. Maga az idegen test tehát az a_1-x_2 vetítő sugárban fekszik, és pedig, mint tudjuk, a sagittális fősíktól $o-c$ távolságban. Az idegen test valóságos távolságát a vízszintes fősík felett $c-x$ adja meg.

Az $x-d$ (5. ábra) és $c-x$ (6. ábra) távolságoknak egyenlőknek kell lenniök. E kétféle meghatározás — mint látjuk — egyszersmind ellenőrzésül is szolgál a felvételi képek helyességének.

A mi célunknak inkább az felel meg, hogy az idegen test távolságát a képsíktól ismerjük, mert hiszen kívülről hatolunk rá, ha azt eltávolítani akarjuk. Ezen értékeket megkapjuk, ha a talált számokat a megfelelő képsík-fősíktávolságtól kivonjuk. Ezek a következők:

$$\begin{aligned} (o-b_1) &= (o-c) \text{ (4. ábra)} \\ (o-b) &= (o-d) \text{ (4. ábra) és} \\ (o-e) &= (d-x) \text{ (5. ábra) vagy } (o-e) = (c-x) \text{ (6. ábra).} \end{aligned}$$

A meghatározás tehát nem számítás, nem is modellen, hanem a vetítés eredeti nagyságú újrafelépítése útján, annak lerajzolásával történik. E célból legalább 60 cm.-nyi oldalakkal bíró papírlapra van szükségünk; ilyen minden intézetben rendelkezésünkre áll; ha éppen nem volna, elegendő a közönséges fehér írópapír egy íve is, csak hogy ilyenkor a focust az asztal lapján kell megjelölnünk. Ha felvételeinket mindig úgy tudnók elkészíteni, hogy a két fősugar metszéspontjának távolsága a képsíktól mindig ugyanaz legyen (a

legnagyobb koponya méreteinek megfelelően), akkor egyszersmindenkorra használható mintát készíthetnénk, melybe a szükséges vonalakat írónnal berajzoljuk és a meghatározás után ismét kitöröljük. Ámde ily képek készítése sokkal fáradtságosabb, mint a vetítések egyszerű rajzolása.

Az oktánsok összecserélődésének elkerülésére legbiztosabb eljárás a koponya körvonalainak berajzolása a vetítés képébe. Ezáltal a koponya helyzete mindig szemünk előtt lebeg, a mi lényegesen megkönnyíti a sugármenetek helyes rajzolását és elejét veszi esetleges számítási hibáknak.

Az eljárás segítségével úgy élön, mint hullán végeztem localisatiókat és meggyőződhettem róla, hogy kivitele igen egyszerű és a nyert számok igen pontosak. Ezt igazolja a következő két klinikai eset.

Az első egy fiatal ember, ki öngyilkossági szándékkal főbelötte magát. A projectilt a jobboldali felső occipitalis oktánsban találtuk. A golyó eltávolítása a betegnek rövidesen bekövetkezett halála miatt csak post mortem történhetett. Ez alkalommal meggyőződhetünk arról, hogy a projectil pontosan a megjelölt helyen volt.

A másik eset egy 14 éves fiatal emberre vonatkozik, kit játszótársai véletlenségből meglöttek. Habár csak egy bemeneti nyílást látunk a bal szemöldök felett, a röntgenogram mégis két löveg árnyékát mutatja, és pedig egyet a bal frontális, egyet pedig a bal felső occipitalis oktánsban. Hogy melyek az együvé tartozó árnyékok, azt a két képből meg lehet állapítani. Ugyanis az elülső felvételi képen a sagittális fősíkhöz közelebb fekvő árnyék széle éles, maga az árnyék igen sűrű, tömött; a távolabb fekvő árnyék szélei elmosódottak, az árnyék maga világosabb. E két tényből biztosan következtethetünk arra, hogy az első az occipitalis, az utóbbi a frontális oktánsban lévő idegen test árnyéka. A két projectil helyét külön-külön meghatározva kiderült, hogy utóbbinak extracranialisan kell lennie, a bemeneti nyílástól oldal felé; a mit pusztá tapintással a homlokon képződött nagy duzzanat miatt felismerni nem bírtunk. A golyónak később foganatosított eltávolítása igazolta a számítási adatok helyességét. A másik projectil eltávolítását, mivel az az időközben felépült betegnek semmiféle kellemetlenséget sem okoz, nem tartjuk ezidőszerint javalltnak.

A pontos röntgenogramok készítése.

A felvételek hibátlan készítése a meghatározás céljaira nem éppen könnyű. A hibaforrások oka egyrészt a focus és fej beállításának nehézségeiben, másrészt abban is lehet, hogy a beteg a fejét a felvétel ideje alatt nem tartja mindig nyugodtan. Könnyen beláthatjuk, hogy a fejet úgy rögzíteni, hogy az abszolút nyugalomban maradjon, nem tartozik a könnyű feladatok közé. Ez a mi felvételeinknél annál nehezebben érhető el, mert a betegek legnagyobb része a központi idegrendszer súlyos sérülésével kerül hozzánk, tehát nyugtalan, részben öntudatlan, vagy kényszermozgásokat végző egyének. Már pedig a pontos számítás alapjául szolgáló felvétel készítésének egyik főfeltétele, hogy a felvételi objectum teljes nyugalomban legyen. A felvételek készítésének e nehézsége volt az oka annak, hogy a leírt stereometriai alapon — mely egyike a legegyszerűbbeknek — praktikus eljárás nem tudott kifejlődni. Azt hiszem, hogy sikerült a felvetett összes nehézségeket legyőzöm és oly egyszerű eljárást kidolgoznom, mely nem számítás, hanem egyszerű rajzolás alapszik, komplikált segédeszközök nélkül és pontos eredményeket szolgáltat.

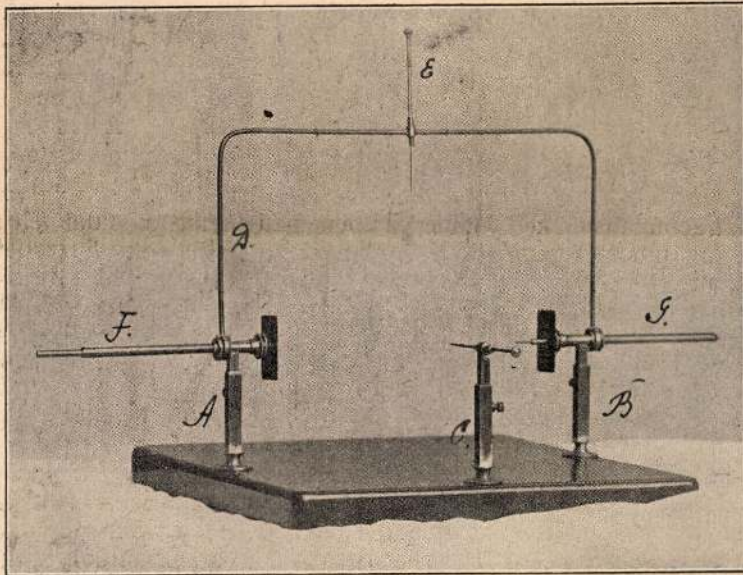
F. Gillet, ki „Die ambulatoire Röntgentechnik im Krieg und Frieden“ című művében igen behatóan foglalkozik az idegen testek helyének különböző meghatározási eljárásaival, szintén megemlíti a mi eljárásunk alapjául szolgáló stereometriai elvet, de gyakorlati alkalmazhatósága ellen a következők ellenvetéseket hozza fel:

Az első főnehézség a felvételekhez szükséges komplikált eszközben rejlik. Ő ugyanis a két felvételt a Röntgen-lámpa egyszerű elmozdítása útján akarja készíteni, a lemezek és Röntgen-cső beállítása szerinte úgy történék, mint azt a

4. ábra mutatja. A két lemez a koponyához van erősítve, egymáshoz derékszögben, a Röntgen-lámpa focusa az egyik felvételhez a-ban, a másikhoz a₁-ban van elhelyezve. A lámpa átvitele az egyik helyzetből a másikba eszköz segítségével történik a nélkül, hogy az egyik lemez eltávolíttatnék. Természetes, hogy ezen eljárás esetén vagy az kell, hogy az egyik lemezt megbízhatóan letakarjuk, vagy az, hogy eltávolítsuk. Ez szerinte a második nehézség. E célból külön szerkesztű kazetták kellenének. Az egész eszköz szerkezetének igen pontosnak és komplikálnak kellene lennie, hogy különböző nagyságú koponyákon egyforma pontossággal engedje meg a focus beállítását. Nem csekély nehézségbe ütköznék a koponya nyugalmanak, vagyis rögzítésének biztosítása is.

Végül szerinte nagy nehézségekkel járna a röntgenogramok adataiból a vetítés reconstitúciója is, vagyis a volta-képpen meghatározás. E célból modellt tart szükségesnek, melyen az egyes vetítő sugarakat huzalok jelzik. A három huzal közös találkozási pontjában volna megadva a keresett idegen test tényleges helye a térben, melynek távolsait az egyes síkoktól lemérés útján nyerjük.

Mind e nehézségeket könnyen elháríthatjuk egyrészt azáltal, hogy a két felvételt külön-külön készítjük, másrészt azáltal, hogy a vetítéseket eredeti nagyságban papírlapra rajzoljuk. Így eljárva, sem komplikált eszközökre, sem modellre nincsen szükségünk.



7. ábra.

A felvételek készítése a fej rögzítésére szolgáló ágyban történik. (7. ábra)* Ez lényegében erős deszkalapra erősített három oszlopból áll: A, B és C. Ezek közül kettő, A és B, egymással szemben áll 26 cm.-nyi távolságban, a mi a legnagyobb koponya fronto-occipitalis átmérőjének felel meg. Az oszlopok belső oldalára pelották vannak alkalmazva, melyek a fej rögzítésére szolgálnak. E pelották szükség szerint emelhetők és közelíthetők egymáshoz, minden kitérésüket milliméter-skála jelzi. A pelották közepén fémtűk dughatók át (F és G), melyek árnyéka a röntgenogrammon az egyik főpont helyét jelöli. Ugyanilyen tú van a harmadik oszlopra is alkalmazva. Amazok a fronto-occipitalis, illetve a lateralis fősugár be- és kitérés helyét jelölik a koponyán, ez utóbbi a középvonal, vagyis a fejtető jelölésére való. Az ezen keresztülhaladó és az alapra merőleges sík irányának feltüntetésére szolgál egy a két oldalsó pelotta körül 90°-nyi szögben mozgó félkör alakú fémkar (D), melynek közepén fémpelző (E) van alkalmazva. Ezen kar különböző beállítása szerint pontosan mutatja az alappal párhuzamos és reá merőleges irányt.

* A Reiniger, Gebbert és Schall cég (Budapest, VIII., Rákóczi-út 19. sz.) által készített új készüléken a C-oszlop hiányzik. Az A- és B-oszlop pedig közös csavar segítségével emelhető és süllyeszthető.

A fej beállítása a felvételhez következőképpen történik: A megberetvált fejet arcczal felfelé a rögzítő ágyba fektetjük. A glabella legkiállóbb részén, pontosan a középvonalon megjelöljük a frontalis főpontot, ez vagy dermograph-fal vagy apró fémpitykének odaragasztásával történik. Reá beállítjuk a középvonaljelzőt, melynek segítségével a középvonalat a fejtető dermograph-fal megrajzoljuk. A jelzőkészülék lefektetése által a fejtető-főpontot határozzuk meg, ennek a frontalis síkba kell esnie, e célból a fejet bitemporalis tengelye körül addig forgatjuk, míg a két fülnyílás középpontja és a hátsó jelző egy vízszintesbe kerül. E vízszintest megmutatja a két oldalsó pelotta felső széle és a jelző készülék tije. Ennek irányát a koponyán szintén megjelöljük. Hasonlóképpen reá rajzoljuk az erre merőleges vízszintes fősík irányát a jelző készülék felállításával. Az így nyert vonalak derékszögben metszik egymást a koponyatetőn, a két fül fölött és a glabellán; irányaik meghosszabbítása által egy ötödik pontot is kapunk ott, hol a vízszintes sík a sagittalist metszi: a nyakszirten. Így pontosan megjelöltük az összes tengelyek (vagy fősugarak) be- és kitérés pontjait és a koponyán keresztül fektetett három fősík metszéspontját a koponya felületével. Cél szerű e pontokat külön-külön fémpitykével megjelölni (ezek árnyéka szolgál a felvétel ellenőrzésére).

A főpontok ismerete mellett most már könnyen történik a két felvétel. Először az elülsőt készítjük. E célból a koponya arcczal felfelé fekszik. A középvonal jelzőtűjét a függőlegesben beállítjuk a frontalis pontra, a vízszintesben a fejtetőpontra: közben a két pelotta jelzőtűjét beállítjuk a két temporalis pontra. Különös gondot kell fordítanunk arra, hogy a fej bőrét sem a főpontok megjelölésekor, sem a beállításakor el ne mozgassuk. A fejbőr ugyanis annyira mozgatható az alapja felett, hogy elmozdulása tetemes hibának lehet az oka. A főpontok pontos beállítása után a két oldalsó pelotta rögzítése által a fej helyzetét biztosítjuk. Most beállítjuk az alap felett 60 cm.-nyire lévő Röntgen-cső focusát a fronto-occipitalis fősugár irányában és exponálunk.

A lateralis röntgenogram elkészítése céljából a koponyát egyik oldalára fektetjük; a középvonaljelzőt beállítjuk a temporalis főpontra, majd a vízszintesben a fejtetőpontra, az oldalsó jelzőtűket pedig a frontalis és occipitalis főpontokra. A pelottákat rögzítjük. A Röntgen-cső focusát ismét 60 cm.-nyi távolságban az alaptól a bitemporalis fősugár irányába hozva exponálunk.

Ily módon két röntgenogramot nyerünk, melyeknek elsején, mint tudjuk, a két oldalsó jelzőtű árnyéka jelöli a vízszintes fősík irányát, míg a glabella és nyakszirte fémpitykének egybeeső árnyékát a fejtetőpont árnyékával összekötő egyenes a sagittalis fősík helyzetét. Ha felvételünk pontos, akkor a két egyenesnek pontosan derékszögben kell egymást metszenie és a két egymás felett lévő fémpityke árnyékának is pontosan egybe kell esnie a vízszintes sík vonalában. A lateralis röntgenogrammon a két oldalsó jelzőtű jelöli a vízszintes fősík irányát, a koponyatetőpontot jelző tű árnyékát a két temporalis főpont árnyékával összekötő egyenes pedig a frontalis fősík irányát; a kettőnek szintén derékszöget kell alkotnia egymással; valamint egybe kell esnie a két temporalis pont árnyékának is, melynek éppen úgy, mint előbb, a vízszintes fősík vonalában kell feküdnie. Ha bármelyike ezen adatoknak nem talál, felvételünk nem pontos és arra mutat, hogy vagy a fej, vagy a lámpa focusa nem volt pontosan beállítva, avagy a fej a felvétel alatt helyéből elmozdult.

Nyugodtan viselkedő betegen a főpontok előzetes meghatározása után minden rögzítő készülék nélkül is sikerült a pontosság összes követelményeinek megfelelő felvételt készíteni. A főpontok meghatározására egyéb eljárásokat is megkísértem, de egyik sem engedte meg azt oly egyszerűen és oly pontosan, miért is a rögzítő ágygyal való meghatározást tudom legjobban ajánlani.

A koponyának a meghatározáshoz szükséges méreteit szintén a rögzítő ágygyal határozzuk meg.

Ezeket a középvonaljelző tujének távolsága az alaptól szolgáltatja; ez megfelel az első beállítás alkalmával a fron-

talis sík távolának a nyakszirttől, a második beállítás alkalmasával pedig a sagittalis sík távolának a temporalis főponttól. E két távolságot lemérve, a fősugarakra megadja azok metszéspontjának távolságát a megfelelő képsíktól.

A felvételek készítésének egyik legkényesebb része a Röntgen-lámpa focusának centrálása vagyis beállítása a fősugár irányába. E célra szolgál *Gillet* centrifixatorja. Bármilyen szellemesen kidolgozott eszköznek ismerjük is el a műszert, a mi célunkra mégsem alkalmazhatjuk minden nehézség nélkül. Ugyanis, vagy előre meg kell határoznunk vele a fősugár irányát és talppontját és aztán erre beállítani a koponyát, vagy megfordítva. Az első esetben elveszítjük irányát a koponya elhelyezési manőverje által, mely alatt a koponya által el van takarva. A második esetben a koponyát fémlappal kellene eltakarni, mert különben a fej alatti fényérzékeny lemez is meg lenne világítva; ekkor viszont a fejen megjelölt főpontot nem tudjuk ellenőrizni.

Ez okokból a következő egyszerű eljárást gondoltam ki és alkalmazom a lámpa centrálására. Felvételeinkhez olyan lámpát használunk, melynek nyugodt és lehetőleg pontszerű focusa van. Ezen tulajdonságokat megismerjük a működő lámpa antikathodján. Ha ismerjük azt a pontot, melyen át a lámpa bizonyos beállítása mellett a fősugár azt elhagyja, akkor képesek vagyunk a felvételi tárgy bármilyen kívánt pontjára be is állítani. A lámpán a keresett pontot két selyemszál segítségével találjuk meg. Ezek egyike összeköti a kathod és antikathod csővének karikáit és függőlegesen a focus alatt van kifeszítve a lámpa hosszában; erről lelóg egy másik szál, melyen egymástól 20 cm.-nyi távolságban két ólomserét van felakasztva. Ezen utóbbi szál az előbbin ide-oda mozgatható és függő súly segítségével pontosan egy függélyesbe hozatik a focussal. Ha ez megtörtént, felvételt készítünk a két ólomgolyócskáról, melyek árnyékának jó beállítás mellett pontosan egybe kell esnie. Az egymást fedő két árnyék jele annak, hogy a fősugár irányában pontosan egybeesik a selyemszál irányával. Ha a két árnyék nem esik egybe, akkor a lelógó selyemszálat a képből megítélhető helyre akasztjuk, miáltal a fősugár irányát pontosan megkapjuk. A lámpa gömbjének az a pontja, mely a lógó selyemszál felakasztási helyének megfelel, jelöli azt a helyet, melyen át a fősugár a lámpából kilép.

Hogy ilyen módon milyen pontosan lehet a lámpát a felakasztott ólomgolyóra centrálni, azt olyan képek mutatják, melyek az előbb leírt módon készültek.

A fősugár kilépési pontja a lámpán minden felvétel előtt újból meghatározandó és megjelölendő. A lámpa beállítása a felvételhez legegyszerűbben úgy történik, hogy a két selyemszálat meghagyjuk rajta; a lógó szárlól azonban leveszszük az egyik golyót, a másikat pedig oly módon helyezzük el, hogy a koponyáig, illetve a beállítást igénylő főpontig érjen. Ezáltal feltétlen bizonyosságot kapunk a fősugár hibátlan irányára felől.

A Röntgen-lámpa focusának a képsíktól megkivánt távolságra való elhelyezése az antikathod csőve segítségével történik. Ha a lámpa vízszintesen van elhelyezve, akkor az antikathod csőve — mivel ilyenkor a focussal egy magasságban van — jelzi egyszersmind a focus távolságát is az alaptól. Mivel azonban a focus nem fekszik mindig a cső tengelyében, a beállításnak, illetve lemérésnek mindig a focusnak a cső tengelyéhez való viszonya szerint kell történnie.

A felvételek készítésének sorrendjére vonatkozólag a tapasztalat arra tanított, hogy a másodikat vagyis az oldalsót csak akkor készítsük, ha az elsőt pontosságára nézve már megítéltük. Kísérleteim során ugyanis arra a tapasztalatra jutottam, hogy a főpontok helytelen megjelöléséből eredő hibák más és más módon zavarnak, miből végeredményben igen kétes értékű adatokhoz jutunk. A főpontok közül főleg a nyakszirti megjelölése jár némi nehézséggel, egyrészt azért, mert igen messze esik a homloki főponttól, másrészt azért, mert a felvétel alatt el van takarva a koponya által, a miért

helyét ellenőrizni nem tudjuk. Valamely főpont helytelen megjelölését vagy arról ismerjük meg, hogy daczára a pontos beállításnak, a fősugár irányában egy főpontárnyék helyett kettőt kapunk, vagy arról, hogy a többi összekötő egyenesek nem metszik egymást derékszögben. Ha e hibát az első — azaz elülső — képen felismerjük, akkor az occipitalis főpont helyét a képen észlelhető kitérése értelmében ki kell javítanunk. Ez úgy történik, hogy annak fémjelzőjét a fősugár talppontjába illesztjük, vagyis a képről leolvasható irányban és távolságra — ez valóságos távolság, mert a képsíkban van — elhelyezzük. Ha a többi főpont is eltérést mutat, akkor azok helyét is meg kell változtatni, és csak ha ez megtörtént, készítjük a második felvételt. Ennek készítése könnyebb és pontosabban sikerül, mint az elülsőé. Ugyanis most a főpontok a legnagyobb pontossággal vannak megjelölve: a koponya a felvételhez egyik oldalán fekszik, ezáltal nyugalma jobban van biztosítva; és végül a koponya átmérője a fősugár irányában keskenyebb, azaz a két egymás felett levő főpont közelebb van egymáshoz, miáltal az esetleges elmozdulás is kisebb kitérésekkel jár csak. Ha ez a kép is hibákat mutat, az annak a jele, hogy a koponya elmozdult a felvétel alatt. Ezt a képet a correctiós eljárással kell helyesbíteni.

A hibás röntgenogramm javítása.

A bevezető sorokban röviden érintettem az idegen testek localisatiójakor természetesen felmerülő azon hibákat, melyek az emberi test sajátos tulajdonságaiból erednek (alak, felületváltozás); és reámutattam arra, hogy a meghatározás hibáit mennyiben simítja el az a körülmény, hogy nem mértani ponttal, hanem fizikai testtel van dolgunk. A testrés alak- és felületváltozásából folyó hibák legkisebbek a koponyán, melynek csontos felülete eléggé biztosít az említett változások ellen és melynek a képen jól látható szerkezete biztos támpontokat nyújt számításunkhoz. A koponyára nézve elesik az a követelmény is, a melyet az ideális localisatióval szemben támasztunk, t. i., hogy az idegen test helyét valamely körülírt bonczolástani képletben, vagy kisebb szervben, csontban jelölje meg. A koponya viszonyai éppen olyanok, hogy legkivánatosabbá teszik azt, miszerint az idegen test helyét valamely pontjától a koponyának, bizonyos irányban pontos távolságban ismerjük. A koponyából idegen testet nem lehet az általában követni szokott praeparatív technikával eltávolítani, itt egyenesen kell reátalálni. Ezért kell a meghatározásnak pontosnak lennie. A mint látni fogjuk, 2—3—4 milliméternyi hibák gyakorlati szempontból még nem játszanak olyan nagy szerepet. Ilyeneket nem fogunk elkövetni, ha felvételeink csak megközelítőleg is helyesek. Nagyobb hibákat azonban korrigálnunk kell, ez a correctiós eljárás segítségével történik.

Hogy a correctiós eljárást adott esetben alkalmazhassuk, ismernünk kell a hiba okát; ezt a képből és a felvétel ellenőrzésére szolgáló függő súly segítségével mindig meg tudjuk állapítani. A hibát felismerjük abból, hogy a fősugár irányába eső két főpont két külön árnyékot mutat, ez viszont attól ered, hogy vagy a focus mozdult el helyéből, vagy hogy a koponya nem volt jól beállítva a felvétel ideje alatt, azaz szintén elmozdult. A lámpa és a fősugár irányának elmozdulását kizárhatjuk, mert a Röntgen-lámpa a felvétel egész ideje alatt állványában szilárdan van rögzítve, a fősugár irányát pedig a lógó selyemszál pontosan mutatja. A hiba tehát csakis a főpontok helytelen megjelöléséből vagy a koponya elmozdulásából származhatik. A helytelen megjelölésből származó hibák javításáról megemlékeztünk már a technikai részben, miért is a továbbiakban csak a koponya helytelen beállítása, illetve elmozdulása által keletkező hibák javításával kell foglalkoznunk. Ezek háromfélék lehetnek, és pedig vagy a felső — a képsíktól távol eső — főpont mozdult el, vagy a képsíkon levő főpont hagyta el helyét, vagy végül mind a kettő kitért a fősugár irányából. Az első esetben az alsó főpont árnyéka felel meg a fősugár talppontjának, a második esetben a felsőé, a harmadik esetben a fősugárnak külön talppontja

van és a vetítés olyan, mintha a focus mozdult volna el a helyéről.

A hibák e háromféleségét megismerjük a felvételi képekből és a felvétel ellenőrzéséből, még pedig a következőképpen:

Ha a felső főpont jól van beállítva, de árnyéka nem esik egybe az alsó főponttal, a többi főpont helye is ezen irányban mutat eltolódást: *akkor az alsó főpont mozdult el.*

Ha a lógó súly nem éri a felső főpontot, ellenben a kép szerint a fősugár talppontja megfelel az alsó főpont árnyékának, *akkor a felső főpont mozdult el.*

Végül, ha a felső főpont nem esik a lógó súly irányába, de az alsó sem, ellenben a fej jól van a rögzítőágyba beállítva, *akkor a fej egészében van elmozdítva a fősugárhoz képest, vagy a mi ugyanaz, a focus mozdult el.*

Egyéb hibák ezen három típus kombinációja folytán jöhetnek létre és mindig magukon viselik valamelyiknek jellegét. Ezek mindig az uralkodó hiba szerint javítandók. Általában azt mondhatjuk, hogy javítás szempontjából ezek nem okoznak nagyobb nehézséget, mint az előbbiek. Javításuk minden irányban külön-külön történik és csak akkor, ha a hiba feltűnőbb.

(Folytatása következik.)

Közlés az Erzsébet királyné-sanatoriumból. (Igazgatófőorvos: Dr. Scharl Pál.)

A tüdőcsúcs körülírt emphysemája.

Irta: Ország Oszkár dr., osztályos főorvos.

A tüdőgümőkór korai kórjelzésére való törekvés mindinkább fejlesztette a tüdőcsúcs kopogtatásának methodikáját. Kétségtelenül nagy haladást jelentett e tekintetben a gyenge kopogtatás, a „Schwellenwertperkussion“, a mely kisebbfokú tüdőelváltozások felismerését is lehetővé tette. Methodikájának egyszerűsége s a kirajzolt kopogtatási lelet könnyű s relativ biztos értékesíthetősége folytán a legértékesebb és legérzékenyebb kopogtatási eljárásnak jelenleg a *Krönig*-féle módszer tekintetik, a mely tudvalevőleg a két tüdőcsúcs projectiójának alakjából és szélességéből enged a tüdőcsúcs állapotára következtetést. *Krönig* e projectiót „Lungenschallfeld“-nek nevezi s a következő következtetéseket vonja le: Gümőkórban 1. asymmetriás a két tüdőcsúcs, a projectio a beteg oldalon szűkebb, 2. a szűkületet mindkét határ közeledése okozza a terület közepéhez, 3. a hangos és hangtalan területek között elmosódik a határ s 4. minél gyengébben kopogtatunk, annál szűkebb a tüdőcsúcs projectiója. A *Krönig*-féle tér szűkült voltát egyrészt a tüdőcsúcs légtelepedése, másrészt zsugorodása okozza. A gümőkóros tüdőcsúcs elváltozásai alatt rendszerint az említetteket értik, a betegség előbbrehaladottabb stadiumában pedig a cavernát is. Hogy a tüdőcsúcsban körülírtan emphysema is lehet jelen, arra *Bandelier-Röpke* és *Korányi Sándor* könyveiben találunk utalást, e kóralak gyakorlati jelentőségével behatóban azonban eddig még nem foglalkoztak.

Korányi Frigyes nagyjelentőségű vizsgálómódszere, a gerincoszlop kopogtatása többek között értékesnek bizonyult a gümőkóros betegek bronchialis mirigyduzzanatainak kimutatásában. Oly Röntgen-vizsgálattal ellenőrzött esetekben láthattam ezt, melyekben semmi egyéb physicalis vizsgálati adat nem állott a diagnosis megállapításában rendelkezésemre. 2 év óta vizsgálva tüdőbetegeimet a gerincoszlop kopogtatásával, feltűnt, hogy a betegek egy részében a gerincoszlop kopogtatása nem adott a normalisnak megfelelő adatokat. Voltak esetek, melyekben már a II., sőt I. hátcsigolya felett teljes éles, nem dobos kopogtatási hangot lehetett kapni, holott normalisan a 7. nyakcsigolyától kezdve a 3., néha 4. mellcsigolyáig tompa a kopogtatás hangja. Minthogy *Korányi Frigyes* leírása sze-

rint e kopogtatási eltérés általános emphysema esetén állapítható meg, ez irányban vizsgáltam betegeimet, de a rekesz irányában tágulatot csak az esetek egy részében észleltem s a szivtompulat megkisebbedése is csak ez esetekben volt észlelhető. Minthogy a tüdőcsúcs a gerincoszlopot csak a III. hátcsigolya magasságában közelítheti meg, az I.—II. csigolya felett kikopogtatható léghangot pathologiai okokra kellett visszavezetni s feltételezni, hogy a gerincoszlop e felsőbb szakasza elé légtartó tüdőnek kellett helyeződnie. E helyváltozás okait elméletben kutatva, kétféle lehetőség merült fel. A tüdő dislocatiója összenövés folytán, másrészt a tüdő részletnek a gerincoszlop elé jutása a tüdőcsúcs tágulása folytán. Az adhaesiós dislocatio kizárása után pusztán a tüdőcsúcs körülírt tágulatának felvétele az, a melylyel a leírt nem normalis kopogtatási lelet keletkezését értelmezhetjük. E tágulat az egész tüdőcsúcsra vagy csak egy részére korlátozódhatik. Ha az egészre vagy nagy részére terjed ki, a *Krönig*-féle tér kikopogtatásával is kimutatható, a mely ily esetekben a beteg vagy nagyobb elváltozást mutató oldalon szélesebbnek mutatkozik. A kopogtatási hang a tüdőcsúcs felett mélyebb, hangzatosabb s csak erős kopogtatáskor tompult vagy rövidült.

A *Krönig*-féle tágulása a beteg oldalon azonban nemcsak csúcsemphysemától származhatik. Relaxált tüdőcsúcs, caverna és pneumothorax hasonlóképpen jelentékeny tágulatát okozhatja. A relaxatio, caverna és pneumothorax felett azonban jellegzetesen dobos a kopogtatási hang. A relaxatio rendszerint nagyobb infiltratumok, exsudatum vagy mirigytaquet közelében található. Az egyoldali tüdőcsúcsemphysema kopogtatási lelete még leginkább a cavernával egyezik, a mennyiben a csúcsemphysema hangzatos, éles, s a caverna dobos kopogtatási hangja rendszerint nem terjed ki az egész csigolyára, hanem annak a beteg oldal felé eső részén kopogtatható ki s a hang színezete lényegesen eltér a tövisnyújtványon túl kapható hangtól. Pneumothorax esetén rendszerint az egész csigolyatest felett dobos a kopogtatási hang (*Korányi Sándor*). A levegő nyomása a pleuraürben a mediastinumot is át bírja tolni az ép oldal felé s így érthető, hogy a dobos kopogtatási hang sokszor a gerincoszlopot is túlhaladja. A pneumothorax levegőjének csekély nyomása esetén a dobos léghang azonban csak a beteg oldalra szorítkozik.

A kórbonczolástan a gümőkóros tüdőben kétféle alakját ismeri a vesicularis emphysemának. Az egyik az acut, a másik a chronicus. Az előbbi vicariális emphysemának is nevezik s keletkezését olyképpen magyarázzák, hogy a gümős, a légzésben részt nem vevő terület közelében erősebben érvényesül a belégzés szívó ereje s e miatt a gócczal szomszédos részek kitágulnak. A gümős folyamat kisebb bronchusokat körülvevé elzárhat, másrészt váladékfelhalmozódás szűkítheti a bronchus lumenét s szintén megnehezítheti az expiratiót. A kilégzés akadályai hozzájárulhatnak ahhoz, hogy az emphysema minél kifejezettebb legyen és chronicussá váljék. A chronicus emphysema góccszerű előfordulása egyes tüdőrészekké veleszületett gyöngesége folytán, de az esetek túlnyomó részében a gümőkóros ventiliszerű bronchus-elzáródások folyamánaképpen van leírva. Így gyakran látható kisebb gümős góczok körül számos gombostüfejnylemmagnagságú emphysemás hólyagcsa, mint azt *Aschoff* is leírja. A gümősödés nagyobb kiterjedése és a chronicus hurok következtében a volumen pulmonum auctum kifejezetté lesz s mint ilyen komplikálja az eredeti megbetegedést. Kórbonczolástani hullanyagon a körülírt, góccszerű emphysema ritkán kerül észlelésre, minthogy bonczolásra csakis a teljesen előrehaladott és halálos gümőkór-esetek kerülnek. *Orth* egy Berlinben tartott előadásában nemrég bemutatta azonban a tüdőcsúcsemphysema kórbonczolástani készítményeit, így tehát jogosultnak tekinthető az általam klinikai vizsgálattal megállapított kórjelenség külön felvétele, illetőleg értelmezése.

A kórbonczolástani adatok bizonyítéka szerint tágult területek a tüdő bármely részén előfordulhatnak a gümős góczok közelében. A legtanulságosabb képet e tekintetben a

disseminált gümőkóros folyamatok Röntgen-vizsgálata adja, a mely sokszor feltűnően szemlélteti a góczok közelében levő, a rendesnél világosabb, mert légtartóbb területeket. Egészen külön megítélés alá esik azonban a tüdőcsúcsban jelentkező emphysema, egyrészt a tüdőcsúcs sajátságos anatómiai viszonyai folytán, másrészt azért, mert e helyen keletkeznek leggyakrabban a gümős folyamatok, melyeknek korai körjelzése az esetek egy részében sok nehézséggel jár. Teljesen jogosultnak látszik tehát gyakorlati szempontból a tüdőcsúcs emphysemájának külön jelentőséget tulajdonítani.

A diagnoszt a felsorolt kopogtatási eljárásokkal állapíthatjuk meg. A Röntgen-vizsgálat nem bizonyult elég értékesnek e tekintetben. A tüdőcsúcs azon legmagasabb része, a mely az emphysemát létrehozhatja, annyira fedett lehet a felső két bordától, hogy elkerülheti a vizsgálatkor a figyelmünket. Voltak azonban eseteim, a melyekben a tágult tüdőcsúcs világos sapkához hasonlóan látszott a gümős góczok sötét árnyéka körül, illetőleg felett.

Tapasztalataink szerint a chronikus jellegű, szétesésre nem hajlamos egy-, gyakrabban kétoldali folyamatok azok, a melyekben előfordulhat.

Mint hogy a tüdőgümőkór rendszerint a tüdőcsúcs alatt 1—1½ hüvelyknyire fejlődik, az első góczok felett tehát ép tüdőállomány marad, érthető mily jelentősége van annak, ha a gócz felett nem normalis, hanem emphysemás tüdőállomány foglal helyet. A természet teleologiai törekvését talán ebben is megtalálhatjuk. A már tágult tüdőrészt kevésbé tér ki a légzőmozgások következtében s így nem vongáltatik a környezetében lévő beteg terület, relativ nagyobb nyugalomban marad s ezáltal inkább van megadva a gyógyulás lehetősége. Nagy jelentősége van azonban a csúcsemphysemának a tüdőcsúcs finomabb diagnostikája szempontjából úgy a kopogtatási, mint a hallgatódzási lelet megítélésekor.

A tágult tüdőcsúcs mélyebb, hangzatos kopogtatási hangja egybeolvadhat a mélyebben ülő gümős gócz tompult vagy rövidült és kisebb cavum dobos hangjával, azt elfedheti vagy intenzitását csökkenti. A tágult tüdőcsúcs szélesebb Krönig-tere esetleg az ellenkező oldalon zsugorodás vagy intenzivebb megbetegedés felvételére vezethet. Érthetővé teszi azt, hogy vannak esetek, melyekben a tüdőcsúcs felett kopogtatva, kifejezett rövidülés nem található a spina magasságában, lefelé terjedőleg ellenben intenzivebb tompultság állapítható meg. Magyarazza egyszersmind azt is, miért tisztulhat fel a tüdőcsúcs felett az a tompulat, a mely egy előbbi időpontban kifejezetten meg volt állapítható s felhívja figyelmünket arra, hogy e feltisztulás nem okvetlen a javulás tünetének tekintendő. Azonkívül érthetővé teszi azt is, hogy kopogtatással ki nem mutatható góczok Röntgen-vizsgálatkor kifejezetten láthatóvá válnak.

A tüdőcsúcs e kopogtatási viszonyainak ismerete teljesen jogosnak mutatja azt a kívánságot, a melyet többek között Waller* is nyilvánít. Ne elégedjünk meg a két tüdőcsúcs egyszerű összehasonlító vizsgálatával, hanem kopogtassunk különböző intenzitással. Erős kopogtatáskor csúcsemphysema jelenlétében inkább megtaláljuk a tompulatot, illetőleg a mélyebben levő beszűrődést. Halk kopogtatással viszont az egészen kezdetleges elváltozások jobban válnak kimutathatóvá, tehát korán állapíthatunk meg diagnoszt.

A csúcsemphysema előfordulása a tüdőcsúcs hallgatódzással való vizsgálatkor is tekintetbe veendő. Megváltoztathatja a mélyében ülő gócz jellegzetes hangtüneteit. Így gyakran észlelhető, hogy kisebb cavernák felett a hörgi légzés legkifejezettebben a kulcs alatt a szegycsont mellett hallható, a kulcs vagy tövis felett pedig sejtés a légzés.

Vizsgálataimat összefoglalva, azoknak eredménye a következő:

A tüdőcsúcsban körülírtan emphysema állhat fenn, gümőkóros betegek vizsgálatkor e körülmény figyelembe veendő. A tüdőcsúcsemphysema megnehezítheti ugyanis a kóros viszonyok klinikai felismerését.

* Waller: Beitr. z. physiol. Diagnostik. Nord. Med. Arkiv, 1909, II. rész, 1. füzet, 1. sz.

A tüdőcsúcs megbetegedése esetén nem minden esetben szűkült a Krönig-féle tér.

A Krönig-féle tér tágult lehet tüdőcsúcsemphysema, caverna és pneumothorax eseteiben, valamint relaxatio esetén. Utóbbi 3 esetben azonban dobos a kopogtatási hang.

A tüdőcsúcs felett a tompult kopogtatási hang intenzitásának csökkenése nem okvetlenül a fennállott infiltratio csökkenésének jele, hanem a képződött emphysema következménye is lehet.

A tüdőcsúcsvizsgálatkor nemcsak a kétoldalt összehasonlítható halk, hanem a különböző intenzitású erősebb, valamint a gerincoszlopkopogtatás is ajánlatos.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem közegészségtani intézetéből. (Igazgató: Liebermann Leó dr., ny. r. tanár.)

A venereás betegségek elterjedéséről Magyarországon.

Irta: Davidovics József dr., tanársegéd.

(Vége.)

Az egyes kórformákra nézve a megbetegedések a következőképpen oszlanak meg:

Betegség	Férfi	Nő	Összes.	10.000 lélekre			
				férfi	nő	össz.	
I. Gonorrhoea	acut gonorrhoea ...	8817	2733	11550	4·7	1·4	6·1
	chron. gonorrhoea	6606	3367	9970	3·5	1·7	5·2
	újszülöttek szemgonorrhoeája ...	509	321	830	0·2	0·1	0·3
	összesen ...	15932	6421	22353	8·4	3·2	11·6
II. Ulcus molle ...	4026	758	4784	2·1	0·4	2·5	
III. Lues	primaer ...	2643	685	3328	1·4	0·3	1·7
	secundaer ...	5910	2159	8069	3·1	1·1	4·2
	tertiaer ...	1164	523	1687	0·7	0·2	0·9
	hereditaer ...	755	558	1313	0·4	0·2	0·6
	összesen ...	10472	3925	14397	5·6	1·8	7·4
Összesen ...	30430	11104	41534	16·1	5·4	21·5	

Százalékokban a három betegség a következő arányt mutatja: gonorrhoea 54·09%, ulcus molle 11·22%, lues 34·69%.

I. Gonorrhoea.

A gonorrhoeás megbetegedések több mint a felét teszik az összes venereás megbetegedéseknek. A férfiak között jóval több a megbetegedések száma, mint a nők között, azonban néhány törvényhatóságra nézve, különösen nagy városokban azt találjuk, hogy a nők megbetegedési száma a férfiakét jóval felülmúlja, különösen a chronikus megbetegedésekben. 10.000 lélekre számítva, pl. Nagyvárad 10·6 férfi, 17·4 nő, Baja 5·0 férfi, 10·0 nő.

A betegség természetéből következik, hogy acut megbetegedéssel többen keresik fel az orvost, mint chronikussal; mégis néhány városra nézve azt találjuk, hogy chronikus betegséggel többen állottak orvosi kezelés alatt, pl. Temesvár acut betegséggel 6·7 férfi és 4·7 nő, és chronikus betegséggel 7·4 férfi és 3·8 nő.

Az esetek nagy számában találjuk azt, hogy acut megbetegedéssel több férfi, míg chronikus megbetegedéssel több nő állott orvosi kezelés alatt. Ez érthető is, hiszen a női betegségek nagy százaléka a gonorrhoeás fertőzés utóbtalmainak tekinthető. Pl.

	Acut megbetegedés		Chronikus megbetegedés	
Baja ...	9·0 férfi	2·0 nő	5·0 férfi	10·0 nő
Csongrád megye ...	3·0 "	0·9 "	2·0 "	2·5 "
Szeged ...	12·3 "	3·2 "	11·8 "	8·1 "
Debreczen ...	14·2 "	4·5 "	3·9 "	9·0 "

A vidéki nagy városokban átlag 20—45 gonorrhoeás megbetegedés esik 10.000 lélekre; csak néhány város haladja

meg ezen számot és pedig: Budapest (84·5), Marosvásárhely (71·0), Szatmár (70·0), Pécs (67·0), Pancsova (61·0), Kolozsvár (61·1) és Nagyvárad (48·8).

A megyékben a megbetegedési százalék 1·0 és 10·0 között ingadozik; ezen számot csak egynéhány megye haladja meg és pedig Erdély néhány határszéli megyéje: Brassó (16·4), Háromszék (13·8), Hunyad (10·4), Szeben (10·3) és a Tisza mellett néhány megye: Jásznagykún-Szolnok (13·2), Békés (12·3), Csanád (11·0) és Krassó-Szörény megye (11·3).

Az újszülöttek gonorrhoeás szembetegsége a statisztikai adatok szerint sok helyen elő sem fordult, nyilván a Credé-eljárás folytán, mely a bábáknak kötelezővé van téve. Csak 13 törvényhatóság területén fordult elő az, hogy 1·0 megbetegedésnél több esett volna 10 000 lakosra. Legkedvezőtlenebb viszonyokat adta: Debreczen 2·6, Budapest 2·3 és Kassa 1·7.

Ha az újszülöttek szembetegségét nem a lakossághoz, hanem az azon évben (1905) szülöttek számához viszonyítjuk, a következő arányszámokat kapjuk: 1000 újszülöttre esik ophthalmoblennorrhoea neonatorum: 0·1—1·0 Zombor, Nagyvárad, Arad, Szatmár; 1·0—2·0 Hódmezővásárhely, Szeged, Kolozsvár; 2·0—3·0 Székesfehérvár, Kecskemét, Versecz, Pancsova, Pozsony; 3·0—4·0 Sopron, Kassa; 4·0—5·0 Szabadka, Temesvár; 7·0 Budapest, Debreczen; 8·0 Fiume; 9·0 Pécs.

A városok közt Selmezbányán, Győrött, Baján, Újvidéken és Marosvásárhelyen blennorrhoeás újszülött nem állott kezelés alatt.

II. *Ulcus molle.*

A lágú fekély sokkal kisebb százalékban szerepel, mint akár a gonorrhoea, akár a lues. Acut helybeli természetű betegség lévén, hordereje is kisebb, különösen socialhygienés szempontból.

A városokban 1·0—20·0 megbetegedés fordult elő, ezen felüli számot csak Szatmárt (27) és Komáromban (22·5) találtunk. A megyékben a megbetegedés 1·0 körül ingadozik; feltűnő Brassó, hol 7·9 arányszámot találunk 10.000 lélekre számítva.

III. *Lues.*

A luesre nézve az első dolog, a mi szemünkbe ötlük a statisztikai táblázatokból, az, hogy primaer luesel kevesebben állottak orvosi kezelés alatt, a mi a betegség természeténél fogva érthető is. A férfiak itt is nagyobb számmal szerepelnek, mint a nők. Néhány nagyobb vidéki városra nézve azt találjuk, hogy a kórházban fekvő betegek között a nők nagyobb $\frac{1}{6}$ -kal szerepelnek, a mit arra kell visszavezetnünk, hogy a prostituáltak emelik ezen számot oly magasra. Pl. Szatmárt primaer luesel kezelés alatt állott 6·0 férfi és 9·0 nő, míg secundaerrel 15·0 férfi és 27·0 nő.

A városok között a legrosszabb luesstatisztikát adják: Szatmár (78·0), Kolozsvár (74·0), Marosvásárhely (58·0), Pécs (44·0), Budapest (41·9) és Nagyvárad (41·7).

A többi városban 10·0—40·0 között váltakozik a lues megbetegedési százaléka, tehát körülbelül oly arányban, mint a gonorrhoeaé. (Részletes adatokat szolgáltat a mellékelt táblázat.)

A megyékben a megbetegedési $\frac{1}{6}$ természetesen itt is kisebb és pedig 1·0—11·7 között ingadozik. A legrosszabb statisztikát adják Magyarország határszéli megyéi, különösen Erdély déli részén: Krassó-Szörény (8·1), Fogaras (8·8), Háromszék (6·2), Hunyad (6·2), Nagyküküllő (9·3), Szeben (9·1), Brassó (11·7), Szolnok-Doboka (6·8) és Máramaros (9·6). Észak-Magyarországon csak Liptó (8·4) és Zólyom (8·2) megye ad nagy percentet. Az ország belsejében a legrosszabb statisztikát adja Csongrád megye, hol 11·4 lueses megbetegedés esett 10.000 lélekre. Közel járnak ezen magas számhoz a Csongrád megyét környékező megyék is: Békés (8·7), Borsod (6·5), Hajdu (6·8) és Jásznagykunszolnok (6·5).

A fentemlített megyék azok, a hol a lues a legjobban pusztít. Feladatunk volna első sorban ezen megyék hygienés

viszonyait behatóan tanulmányozni, hogy sikeresen indíthassuk meg a védekezési eljárásokat.

A tertiaer lues igen elenyésző kis számmal szerepel a primaer és secundaer luesel szemben.

Legnagyobb százalékot ad Budapest (5·2) és Kolozsvár (2·0), a mit a klinikák beteganyagára lehet visszavezetni. Másrészt arra, hogy csak 3 évnél nem régebb lueseseteket kellett bejelenteni és így a metalueses betegségek itt nem szerepelnek.

A hereditaer luesre nézve igen kedvező adatokat kapunk, még azokon a helyeken is, a hol a lues különben elég nagy számmal szerepelt. Pl. Csongrád-megye, hol 1·4 lues hereditaria esik 10.000 lélekre, vagy Máramaros-megye, hol 2·0. A városok között Nagyváradon 6·0 megbetegedés volt, Szatmárt 4·6, Temesvárt 4·0, Marosvásárhelyt 4·0, míg a többi város jóval ezen számok alatt maradt.

Ha a lues hereditariát, mint az újszülöttek blennorrhoeájánál tettük, nem az összes lakossághoz viszonyítjuk, hanem azon korú egyének számához, mely korban a hereditaer lues jelentkezni szokott: az 1.—6. életévre számítjuk át, akkor azt kapjuk, hogy 1000 1—6 éves gyermek közül lues hereditariában szenved az egyes városokban: 0·1—1·0 Pozsony, Sopron, Szabadka, Újvidék, Szeged, Versecz, Pancsova, Fiume; 1·0—2·0 Selmezbánya, Pécs, Székesfehérvár, Győr, Zombor, Hódmezővásárhely, Budapest, Kecskemét, Kassa, Debreczen, Arad, Kolozsvár, Marosvásárhely; 2·0-en felül Szatmár és Temesvár (3·0) és Nagyvárad (4·0). Baján és Komáromban a statisztika szerint akkor senki sem állott lues hereditariával orvosi kezelés alatt.

* * *

Az 1905. év január 15.-i statisztikai pillanatfelvételtől ezen adatokat és következtetéseket lehetett kiolvasni.

Nem is volt és nem is lehetett célom e kis tanulmány keretében az adatok kritikai bírálata, sem az adatgyűjtést illetően, sem pedig arra nézve, hogy az egyes adatokat összefüggésbe hozzam az illető törvényhatóság ethnographiai, culturalis avagy demographiai viszonyaival. Erre egyrészt hivatottabbnak vélem azokat, kik a helyi viszonyokat alaposan ismerik, másrészt a statisztikai évkönyvek, sőt a közelmúltban megjelent „Magyar városok országos congressusának iratai” sem nyújtottak elég adatot ezek tanulmányozására.

Németország nem is elégedett meg az ilyen statisztikai felvétellel, hanem egy szélesebb alapra fektetett újabb felvételt rendelt el. Üdvös volna Magyarországon is hasonló statisztikai felvétel elrendelése. Egyrészt igen becses adatokat kapnánk arra nézve, hogy körülbelül 10 év alatt mennyiben változtak meg a viszonyok, másrészt sok socialis vonatkozású adatot nyernénk azon esetben, ha a kérdőívek szövegezésében némi módosításokat eszközölnénk.

Az új statisztikai összeírásra nézve ajánlatos volna nem újra egy napot kiszemelni, hanem kötelezni az orvosokat, hogy a kezelésük alatt lévő venereás betegeket bejelentésük, még pedig olyan formában, mint a hogy az a trachomás betegeknél történik. (A név esetleg elmaradhatna.) Mert hygienés szempontból fontosabb tudnunk azt, hogy egyes helyeken hány új megbetegedés fordult elő, mint az, hogy egy napon hányan állottak kezelés alatt. A venereás betegségek kötelező bejelentése pedig egy belügyministeri rendelettel el volna érhető.

Az 1876. évi XIV. t.-cz. 80. pontja következőképpen intézkedik: „Mihelyt valahol több egyén ugyanazon betegségbe esik, vagy ha ragályos kórok esetei mutatkoznak, a községi előljárásnak kötelessége ezt a közegészségi ügyekben elsőfokú hatóságnak azonnal bejelenteni, mely erről a törvényhatóságot értesíti. E bejelentés tételére nemcsak az előljárásnak, de az orvosok is köteleztetnek, kik ily betegülési esetről tudomással bírnak.”

Ezen paragraphus alapján adta ki a belügyminister 1894-ben a 91.954. sz. rendeletét, melyben kimondja, hogy melyik az a 13 fertőző betegség, melynek bejelentése kötelező. A nemi betegségek is fertőző betegségek lévén, egy

újabb rendelettel fel lehetne venni a gonorrhoeát, a luest és az ulcus mollet is a bejelentésre kötelezettek közé.

Soraim végeztével jutott kezembe a magyar szemorvosok országos értekezletének jegyzőkönyve, melyben az újszülöttek gonorrhoeás szembetegségének kötelező bejelentését kéri a belügyministeriumtól. Miért ne lehetne ezt mindjárt az összes nemi betegségekre kiterjeszteni?

A törvényes intézkedések során felemlítendő a bujakórosok kényszergyógyítása, melyről a közegészségügyi törvény 89. pontja intézkedik; továbbá azon intézkedése a törvénynek, hogy azon a helyeken, „hol a bujakór oly mérvben van elterjedve, hogy annak elfojtására a fennálló hatósági óv- és gyógyintézkedések elégségesnek nem mutatkoznak, szükségkórházak állítandók fel államköltségen“. Az érvényben lévő törvény e pontja értelmében a tudomány mai álláspontjához képest „bujakóros szükségkórház“ helyett kívánatos volna azon helyeken, a hol nagyszámú venereás megbetegedés fordul elő, a tüdőbeteg-dispensairek analogiájára, szakember vezetése alatt venereás dispensairek felállítása, hol egyrészt a betegek kioktatása, másrészt a szükséges mikroskopi és serologiai vizsgálatok (Wassermann-reactio) is végeztessenek.

Ezen kérdéssel kapcsolatos volna a szakemberek kiképzése. A mint a kormány trachomaorvosokat képezet ki, trachoma-tanfolyamokat tartat, kívánatos volna a hatósági orvosok gyakorlati kiképzésénél — esetleg a tiszti orvosi vizsgálaton — a venereás betegségek kellő ismeretére is figyelmet fordítani.

E kérdés karöltve jár a prostitutio ellenőrzésével, melyet itt nem lehet figyelmen kívül hagyni.

A törvény 91. pontja csak ennyit említ a kéjelgési ügyről, hogy „a mennyiben a közegészségre vonatkozik, rendeleti úton szabályoztassék“.

A törvényhatóságok saját hatáskörükben ki is dolgoztak szabályrendeleteket, melyek törvényhatóságokként meglehetősen különbözök. Budapest székesfővárosra nézve új szabályrendelet lépett a közelmúltban életbe, melynek szervezetéről Dumitreanu dr., a budapesti államrendőrség főorvosa tartott nagyszabású előadást a nemzetközi orvoscongressuson, s mely intézmény szervezetéről a külföldi szakemberei igen elismerőleg nyilatkoztak. Ajánlatos volna e téren a különböző törvényhatóságok szabályrendeleteit összehasonlító tanulmány tárgyává tenni és budapesti mintára — de tekintettel a helyi viszonyokra — egységesen szervezni a vidéki prostitutio reglementatióját is.

Az állam ebbeli munkájának sikerét csak társadalmi actiók támogatásával lehet elérni.

Hazánkban is alakult a nemi betegségek leküzdésére egy liga, a mely szakemberek vezetése alatt áll. Ezen liga működésének megkönnyítésére is szolgálhat talán ezen, a mint már mondtam, a fennálló körülmények miatt hézagos, de mégis bizonyos útmutatást nyújtó tanulmány.

Az itt feldolgozásra került statisztikai momentfelvételnek — a mint ezt Liebermann tanár az orsz. közegészségügyi tanácsban tett indítványában kifejtette — egyik főcélja az volt, hogy a felvétel eredménye a társadalmi mozgalom megindításának egyik eszköze legyen.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

O. Fellner: Die Therapie der Wiener Spezialärzte.
Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg, 1912.

A mikor a munka első kiadása ezelőtt 4 évvel megjelent, ismertetésünkben utaltunk néhány hiányosságára is, a többi között a tárgyalás egyenetlenségére, a mennyiben néhány nagyon fontos betegség túlságosan mostoha elbánásban részesült, míg egyik-másik lényegtelenebb baj orvoslása nagyon is bőven volt tárgyalva. Az új kiadás, a mely az első kiadás megjelenése óta eltelt évek haladását a gyógyítás terén kellő figyelemre méltatja, már alig hagy fenn kifogásolni valót, ha

a célját tekintjük, hogy tudniillik oly munkát akar a gyakorló orvos kezébe adni, a melyben a változatos tevékenysége terén szükséges dolgokat a gyógyítást illetőleg könnyen megtalálja. A munkatársak száma is szaporodott az új kiadásban; nevük biztosíték arra, hogy a könyv tartalma megbízható. Az új kiadásban is kiemelendő az ügyesen összeállított physikális therapia mintegy 100 lap terjedelemben, valamint az új kiadás számára készült általános rész, a melyben sok oly adat van összegyűjtve, a melyre az orvosi gyakorlatban lépten-nyomon szükség van, de a melyet többnyire csak nehezen, fáradságos kereséssel lehet a nagyobb munkákban megtalálni. A nagyon jó kiállítású, vászonkötésű könyv ára 14 korona.

R. Ruge und M. zur Verth: Tropenkrankheiten und Tropenhygiene. Leipzig, Verlag von Dr. Werner Klinkhardt, 1912.

A magyar orvost egyelőre ugyan még nem érdeklik nagyon a tropusi betegségek, habár némelyike már jött abba a helyzetbe, hogy szükségét látta az ismeretüknek. A mikor tehát mégis megemlékezünk röviden a czimben jelzett munka megjelenéséről, teszszük ezt azért, mert meg vagyunk győződve, hogy orvosaink között mégis vannak elegenden, a kik érdeklődéssel viseltetnek a tropusi betegségek iránt, annyival is inkább, mert az ezen téren tett felfedezések némelyike esetleg jelentőséggel fog bírni a nem tropusi betegségek ismeretének bővülésére is. De egyébként a tropusi betegségek némelyike, így a malaria, az amoeba-enteritis, a májtályog stb. általánosabb érdeklődésre is tarthat számot. Az előttünk fekvő munka mindenesetre érdekes olvasmány s a szerzők jó neve biztosíték arra, hogy megbízható olvasmány is, a mely alkalmas arra, hogy néhány kellemes és tanulságos órát szerezzen. Ára 13 márka.

Lapszemle.

Belorvostan.

A vizelet húgyanyag-tartalmának meghatározására két új eljárást ismertet *O. Folin.* a) Széles, jenai üvegből készült kémlőcsőbe 1 cm³ (higitatlan) vizeletet mérünk le Ostwald-pipetta segítségével, ehhez néhány csepp acidum phosphoricumot, kevés talcumot s egy csepp alizarint adunk, kb. 2 percig hevítjük, míg a vizeletnek kb. a fele elpárolgott; aztán 175—180°-os paraffin-, olaj- vagy kénsavfürdőbe helyezük a kémlőcsövet 15 percre, mialatt az összes ureum elbontatik. Ezután a kissé lehűlt kémlőcső tartalmához 2 cm³ vizet adunk, esetleg enyhe melegítés alkalmazása közben, majd 1—2 csepp közönséges gépolajat a habzás meggátlása céljából, s 0.5—1.0 cm³ 50% KOH-t. A H₃N-t $\frac{1}{10}$ n. sav feles mennyiségében felfogjuk (vízsugárszivattyú). Visszatitálás $\frac{1}{25}$ — $\frac{1}{50}$ n. lúggal.

b) A vizelet úgy higitandó, hogy 1 cm³-e kb. 0.75—1.5 mgr. Ū N-t tartalmazzon (1:5, 1:10, 1:20). Széles, jenai üvegből készült kémlőcsőbe Ostwald-pipetta segítségével 1 cm³ higitott vizeletet mérünk le, majd 7 gr. száraz K-acetátot, 1 cm³ 50%-os ac. aceticumot, egy darab kovakövet vagy zinkport és hőmérsékindicátort adunk.

A kémlőcsövet egy nyílással ellátott gummidugó zárja el, mely nyíláson át egy üres „calcium-chlorid-cső“ vékonyabb vége vezetett át; a cső condensatorként szerepel. Lángon forraljuk a kémlőcső tartalmát. Körülbelül 2 perc múlva — miután a K-ac. megolvadt és forr — a hőmérsékjelző is megolvad, elfolyósodik, jelezve azt, hogy a kívánt hőmérsék (153—160°) eléretett. 8—10 percnyi forralás után az összes

Ū quantitative elbomlott. A calcium-chlorid-csővön át 5 cm³ vizet bocsátva a kémlőcsőbe, *főlös alkali (kb. 2 cm³ satur. NaOH) s vízsugárszivattyú alkalmazása mellett az összes H₃N-t egy 35 cm³ vizet és 2 cm³ n/10 savat tartalmazó 100 cm³ térfogatú mérőhengerben fogjuk fel (10—20 perc). Colorimetriás meghatározás, mint az összes N-nél.

A hőmérsék-indicator Hg₂Cl₂, mely aequimolecularis

HgCl₂ és HgI₂-nek 6—8 órán át 150—160°-on való tartása után keletkezik.

Az Ū-meghatározás cukrot tartalmazó vizeletben nem ad helyes értéket, mert az Ū decompositiója alkalmával szabadá váló N cukor jelenlétében ureidet alkot, s így az Ū-nak megfelelő N-mennyiségénél jóval kevesebb H₃N-t fogunk kapni. Minél kevesebb a cukor mennyisége, annál kisebb a hiba.

Míg 10 mgr. dextrose jelenlétében 2 mgr. Ū decompositiójokor 40—50% Ū N vész el, addig a cukor mennyiségének fokozatos csökkentésével elérhető, hogy az Ū N teljesen átalakul H₃N-vá, s így az ureum-meghatározás diabeteses vizeletben is teljesen pontos eredményt adhat. 1 cm³ 20—100-szorosan hígított vizeletet használva e célra, teljesen hasonlóan járhatunk el, mint *b*) alatt. A H₃N felfogására használt második kémlecsőbe 0.5 cm³ 1/10 n. HCl + 2 cm³ víz jön. Az 5-szörösen hígított Nessler-oldatból csak 3—3 cm³-t használunk. A controll (H₄N)₂SO₄ oldatban 1 mgr. N jut 100 cm³-re. A Dubosq-colorimeter edényeibe 10—10 cm³ folyadékot adunk. (The Journal of Biological Chemistry, 1912 június.)

Galambos dr.

Idegkórtan.

A modern vizsgáló módszerek jelentőségéről az izolált pupilla-elváltozások megítélésében ír *G. L. Dreyfus*. Sok egyénen, kik régebben syphilissel fertőzték magukat, találunk kisebb pupilla-elváltozásokat (szabálytalanság, egyenlőtlenség, renyhe reactio), melyeknek megítélése nehéz, mert nem tudjuk, vajjon meggyógyult lues cerebros spinalis-szal, vagy pedig metalueses megbetegedés előjelével van-e dolgunk. Ezen esetek megítélése csupán a cerebros spinalis folyadék vizsgálata által lehetséges, valamennyi modern vizsgáló módszer segítségével (nyomás, Wassermann, fehérje és sejtek mennyisége és minősége). Csupán azon esetek tekinthetők gyógyultaknak, melyekben állandóan negatív a cerebros spinalis lelet; a Wassermann-féle reakciónak a vérben való negatív volta nem elegendő, mert ennek dacára a cerebros spinalis folyadék pozitív lehet. Az activ luesnek a metaluesssel szemben megkülönböztetésére szolgál, ha a cerebros spinalis folyadék elváltozásai kénesóval vagy salvarsannal könnyen befolyásolhatók. A cerebros spinalis folyadék elváltozásai izolált pupilla-tünetek mellett minden egyéb tünet híján is energikus, ismétlődő luesellenes gyógyítást javálnak. (Münchener med. Wochenschrift, 1912, 30. sz.)

L.

Az altatószerek befolyását a vérkeringésre vizsgálta *Gregor*. Vizsgálatai egymásután többször adott adagokra vonatkoznak. A veronal minden esetben (9) vérnyomás-csökkenést okozott, ellentétben az eddigi nézettel. Proponal, neuronal, isopral, adalin folytatólagos használatokor az esetek többségében szintén csökkent a vérnyomás. Paraldehyd és chloralhydrat használatokor csak az esetek felében következett be ezen hatás; igaz, hogy az észlelt esetek száma kisebb; 4 trionalt szedő beteg közül csak egynek csökkent a vérnyomása. A vérnyomás-csökkenés beállításának és megszűnésének módja egyénileg különböző, hol lassú, hol hirtelen. A vérnyomás-csökkenésen kívül gyakran látott a szerző az altatószerek hatása alatt arhythmiaikat létrejönni. (Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie, 1912, július.)

L.

Nőorvostan.

Műtétes eljárással castráljuk-e, avagy Röntgen-kezelésre küldjük myomás betegeinket? címmel ír érdekes cikket *Krönig* és *Gauss* (Freiburg). A cikk tulajdonképpen válasz *Herff* baseli tanárnak a Münchener mediz. Wochenschrift 1912. évi 1. számában megjelent soraira, a mely meglehetősen Röntgen-ellenes hangulatú. *Krönig* és *Gauss* egyenként cáfolják *Herff* állításait.

1., 2., 3. *Herff* szerint az objectív és functionalis gyógy-

eredmény biztossága sokkal nagyobb a műtétes castratio után, mint a Röntgen-castratio után. A műtétes castratio után — bármelyik életkorban is —, ha jó technikával dolgozik a sebész, a havibaj és egyéb abnormis vérzések elmaradnak 90%-ában az eseteknek. A mennyiben az eredmények nem jók, azt az ovarium tökéletlen kiirtásának kell tulajdonítani. A Röntgen-kezelés *Herff* szerint nem ilyen biztos; legalább is 40 éven aluli személyeken sok a „Versager“. *Krönig* és *Gauss* éppen ezért alapos revisio alá veszik anyagukat s a következőkben válaszolják meg *Herff* cikkének 1., 2. és 3. részét: Egyetlen egy balsikerre sem emlékeznek praxisukból, azaz a vérzést minden egyes esetben sikerült megállítani, eltekintve olyanoktól, a kik 1—3 kezelés után vagy socialis, pénzbeli szempontból, vagy pedig az orvosok lebeszélése alapján abbahagyták a kezelést. Nem mondhatnák, hogy 40 éven alóliakon a Röntgen-kezelés nem vált volna be; mindenféle életkorban egyforma biztos hatású. És főelőnye még az is ennek az eljárásnak, hogy mindenféle kóralagnál alkalmazásba lehet venni, és míg a műtétes castratio a collosalis tumorok, kystomyomák, subserosus és submucosus polypusok eseteiben nem hajtható végre, addig a Röntgen-kezeléssel ilyen esetekben is jó eredményeket értek el.

4. *Herff* szerint a Röntgen-kezelés utóhatásai épp olyan kellemetlenek, mint a műtétes eljárással való kiirtásai. *Krönig* és *Gauss* aláírják *Herff* állításait a műtéti castratio után jelentkező zavarokra vonatkozólag: ilyen asszonyokon a trophiás, psychés és vasomotoros zavaroknak egész sorozata szokott mutatkozni. A pathologiai kövérség, a hüvely senilis sorvadása, mely nulliparákon rövid időn belül lehetlenné teszi a cohabitatiót, a depressiós állapotok stb. mind olyan tények voltak, melyek miatt a freiburgi klinikán is abbahagyták a castratiót és helyette panhysterektomiát végeztek. Mindezekből következik, hogy *Krönig* és *Gauss* különös figyelemmel kísérték röntgenezett asszonyaikat és az utóvizsgálatok kiderítették, hogy még csak párhuzamosan tárgyalni sem lehetne a kétféle eljárás okozta kiesési tüneteket. A Röntgen-kezelés után a fennebb említett panaszokból absolute semmi se szokott fennállani, csak a vasomotoros zavarok („die Wallungen“). A Röntgen-kezelés után az asszonyok állapota egyforma az uterusuktól megfosztott nők állapotával; semmi esetre sem olyan rossz, mint a castratio után.

5. *Herff* a halálozási százalékra vonatkozólag elismeri, hogy a myomák Röntgen-kezelése jobb eredményeket tüntet fel a mortalitás szempontjából, mint a műtétes castratio. *Krönig* és *Gauss* ellenben ezt az összehasonlítást el sem fogadják, mert szerintök a myomák röntgenzése alapján épp oly functionalis eredményeket érünk el, mint a panhysterektomiával: tehát ennek a mortalitásával lehet csak szembeállítani a Röntgen-eljárással eddig produkált 0% mortalitást. Már pedig a legjobb operateurök legnagyobb statisztikájából összeállított adatok szerint is 4—8% között ingadozik a halálozási százalék. Az ingadozást részint egyesek jobb technikája, részint pedig a javalatok felállításában való különbségek okozzák. Vannak olyanok, a kik a gyengébb, kivézetebb myomás asszonyokat elvből elküldik és nem operálják; *Krönig* és *Gauss* azt állítja, hogy csak most nyert mély betekintést egyesek indicatiós köreibe, mióta a Röntgen-kezelés híre kapott s az ilyen, egyes műtöktől elutasított asszonyok oda gyülekeznek hozzájuk. Mindezek dacára a Röntgen-kezelésnél a mortalitási százalék: 0.

6. *Herff* szerint a Röntgen-kezelés helybeli (bőr) izgatós és káros hatásánál fogva, valamint a jövőre kihatós kártékony-ságánál fogva — a mit egyelőre csak állít, de a bizonyítást a jövőtől biztosan elvárja — is mögötte marad a műtétes castratióknak. *Krönig* és *Gauss* röviden idézik az általuk használt technikát, a melylyel még csak erythemát sem kapnak és időbelileg is annyira redukálták a kezelés tartamát, hogy sokszor 1—2 ülésben végeznek köldökig érő myomákkal. Eddig 4 esztendő multra tekinthet vissza a freiburgi női klinika Röntgen-laboratoriuma, de mindeddig sem helybeli bőrkiütést stb. nem észlelt, sem pedig a *Herff* által „Dauer-schädigung“-nak nevezett káros utóhatások közül sem észlelt

semmit sem. Ez elég ok arra, hogy az ember feltételezze, hogy a későbbi időben sem lesz káros tünete a Röntgen-kezelésnek.

7. Herff szerint a műtétes castratio alkalmazási köre tágabb, mint a Röntgen-castratióé, különös tekintettel arra, hogy a myomák helyett esetleges téves diagnosis folytán ovarialis tumorok, avagy sarcomásan vagy carcinomásan degenerált myomák kerülnek Röntgen-kezelésre. Műtétes castratio eseteiben ez a tévedés okvetlenül kiderül a laparotomia alkalmával, Röntgen-kezeléskor ellenben megeshetik, hogy az illető 2—3, sőt több besugárzást is kap haszon nélkül.

Krönig és Gauss minderre azt válaszolja, hogy mindenek előtt a myoma diagnosa a hasi tumorok között a legkönnyebb lévén, tévedéseket gyakorlott gynaekologus nem igen fog elkövetni. A sarcomás degeneratio meg szerfelett ritka; 100 myomára 1—2% ilyen elváltozást lehet számítani és meggyőződésük, bár bizonyítani még nem tudják, hogy az ilyen myomás-sarcomás méh az intenzív mélybesugárzás hatása alatt szintén meggyógyulhat.

Végül Krönig és Gauss röviden a következőkben foglalják össze nézeteiket: A műtétes castratio és a Röntgen-kezelés csak kevés közös tulajdonsággal bír. Igen valószínű, hogy az ovariumok röntgenézése folytán a folliculusok csak annyiban sérülnek, hogy a menstruatio és conceptio kimarad, egyébként azonban az ovarium szerepe fenmarad; így érthető, hogy a Röntgen-kezelés után hiányoznak azok a kiesési tünetek, melyek a műtétes castratio után oly kellemetlenek. A Röntgen-kezelés utáni kiesési tünetek még enyhébbek, mint hysteromyomektomia után. A Röntgen-kezelés mortalitása 0%, a panhysterektomia mortalitása 5—7%. A Röntgen-kezelés 2—3 hónap alatt célhoz vezet (később talán gyorsabban is) és a kezelés után is teljesen munkaképes az asszony, a panhysterektomia után 4—6 hetes reconvalescentia következik be és teljes munkaképtelenség. Végül megemlítik a szerzők mint curiosumot, hogy a vérzéssel és myomával Röntgen-kezelésre járó betegek között igen sok orvos felesége van és pedig olyan orvosok felesége is, a kik maguk is nagynevű mütők; úgy látszik — mondja Krönig —, hogy ezek az operateurök sem merik mindig egész bizonyosra venni a myoma-mütétek sikerét.

Scherer dr.

Bőrkiórtan.

Az „onycholysis“ nevű körömbántalomról ír J. Heller (Charlottenburg-Berlin). A szerző, a ki a különböző körömváltozások leghivatottabb vizsgálója, onycholysis alatt azt a folyamatot érti, a mely azáltal van jellemezve, hogy a körömlemez a körömágyon meglazulnak, a szegélyről leválnak és lehullanak. Mechanikai leválasztás, a mint az a különböző heveny és idősült körömágyelváltozások esetén előfordul, itt nem játszik szerepet. Onycholysis idiopathica alatt a körömlemeznek azt a spontán leválását érti Heller, a mely a szabad szélen veszi kezdetét s így terjed a hátulsó körömsáncz felé, még pedig a nélkül, hogy valamilyen látható ok kimutatható volna. A folyamat olykor megáll s így a köröm teljes leválásáig nem is kerül a dolog. A folyamat aetiologiáját némileg megvilágítja az a körülmény, hogy leginkább gyöngébb testalkatú fiatal nőknél észlelhető, a kik kézizzadásban (hyperidrosis) szenvednek. (Dermatologische Zeitschrift, 1912, 7. f.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A húgyhólyag kikapcsolásáról (exclusio vesicae) vesehólyag-gümőkórban. A Boeckel, a nancy-i klinikus, André tanár osztályáról két eddig még nem közölt érdekes esetet ismertet. Ismeretes, hogy a hólyaggümőkór többnyire másodlagosan keletkezik az elsődleges vesetuberculosis után; a beteg vese kiirtása rendszeren meggyógyítja vagy legalább is lényeges könnyebbülést idéz elő a hólyaggümőkórban. Vannak azonban, ha nem is olyan gyakran, ez utóbbinak úgynevezett „rebellis“ alakjai, melyekre a nephrectomia semmi kedvező hatást sem gyakorol s melyek a betegeket nagyon elgyengítik. Az ilyen esetek részére már a legkülönbözőbb

mütéteket ajánlották. Maga a cystotomia, akár suprapubis, akár vaginalis avagy perineumos úton csináljuk azt, a rebellis gümőkóros cystitis nehéz eseteiben rendszeren hatástalan szokott maradni. A cystectomy totalis a különben is rendszeren már nagyon elgyengült betegek számára túlnagy beavatkozás; eddigelé csak 5-ször végezték ezt a mütétet hólyagtuberculosis miatt; az egyik eset további lefolyása ismeretlen, a többi 4 közül 2 nemsokára a mütét után meghalt.

Legueu ezen okból tehát egy jóval könnyebb mütétet ajánlott, melyet a húgyhólyag kikapcsolásának „exclusio vesicae“ nevezett. Beleszámítva a szerzőnek az esetét, melyet ezen cikkke keretében részletesen ismertet, eddig csak 7 ilyen mütétet végeztek, és pedig csak 1 halálos kimenetellel. 5 betegen a húgyhólyag-kikapcsolást az egy-, illetőleg kétoldali nephrectomia útján (haláleset nélkül) érték el, míg a másik két esetben az uretereket a bélkacsba transzplantálták. Azokon a betegeken, kik a mütétet kiállották, a közvetlen eredmények úgy helybeli, mint általános szempontból igen kitűnőek voltak. Már jóval kevésbé kedvezők a távolabbi eredmények: 3 operált beteg a mütét után 5—15 hónap alatt halt meg, a negyediken a mütét utáni 6. évben uraemiás tünetek jelentkeztek. De mind a négy életben maradt betegen a mütét után hólyagzavarok nem jelentkeztek többé. Két betegnek még ma is kitűnő a közérzete; igaz, hogy csak 9, illetőleg 20 hónap múlt el a mütét óta.

Ezek a kedvezőtlen távoli eredmények nem kisebbítik a mütét értékét, ha meggondoljuk, hogy az operált betegek közül 6-ban kétoldali vesegümőkór állott fenn, sőt háromszor előzőleg már nephrectomiát is végeztek. Az exclusio vesicae a renovescialis gümőkór csak nagyon súlyos eseteiben javult s csak mint palliatív mütét szerepel, mely teljesen s tartósan megszabadítja a betegeket a fájdalomtól.

A rebellis hólyaggümőkór azon nagyon súlyos eseteiben, melyeket a meghagyott egy vese által okozott pyonephrosis tart fenn, a szerző véleménye szerint csupán csak az egyszerű nephrostomia javult, az ureter leköttése nélkül. A mennyiben pedig kétoldali pyonephrosis áll fenn, ugyanezt a mütétet egymásután mind a két oldalon kell végezni. Azon esetben, a mikor a megmaradt vese még nem alakult át pyonephrosisos tasakká, tehát a hol még nincs genyretentio, Legueu s mások véleménye szerint a lumbalis nephrostomia teljesen céltalan és helyette az ureterimplantatio a bélkacsra foganatosítandó. A szerző nézete szerint az egyetlen előny, melyet az uretero-intestinalis anastomosis a nephrostomiával szemben ad, az, hogy az első helyen említett módon operált betegnek nincs szüksége vizeletfelfogó edényre. Ezzel szemben azonban az anastomosiskészítés komplikált s nehéz mütét, melyet a rendszeren különben is már nagyon elerőtlenedett betegek nehezen állnak ki. A nephrostomia pedig ezzel ellentétben aránylag elég könnyű operatio, mely helybeli érzéstelenítésben, nagy apparatus nélkül s gyorsan végezhető. A szerző tehát Legueu-vel, Albarran-nal s másokkal szemben azon a véleményen van, hogy a nephrectomia az uretero-intestinalis anastomosissal szemben még ott is előnyben részesítendő, a hol gümőkóros pyonephrosis nem áll fenn. Ha a nephrostomia útján a húgyhólyag tökéletes kikapcsolását akarjuk elérni, akkor az uretert két ligatura között át kell metszeni s a nyálkahártyát thermocauterrel elroncsolni. (Journal d'urologie. I. kötet, 3. füzet.) Drucker.

Orr-, torok- és gégebajok.

A rostacsontnak (iköbölnek és homloküregnek) endonasalis mütétéről ír Stenger (Königsberg). Stenger szerint az eddig használatos mütéti eljárások a Grünwald- és Hayek-féle instrumentariummal végezve is komplikáltak lévén, 7 év óta a rostacsont, az iköböl és a homloküreg endonasalis mütétére a következő eljárást alkalmazza: A középső kagyló elülső részének vagy az egész kagylónak eltávolítása után a bulla ethmoidalisnak a középső orrjáratba kiugró falát Heymann-féle módosított fogóval, melynek keskeny s kissé kihégyezett szárai vannak, átböki, a mi nem járhat bajjal,

mert legfeljebb a szomszédos elülső rostasejtek sérthetők meg. Ilyen módon a rostasejtekhez utat nyerve, az elülső, majd a hátulsó sejtek falait csípi le, gondosan elkerülve azon sima csontfalzatot, mely a rostacsontot a szomszédos szervektől elválasztja. A rostasejtek elválasztó falak igen vékonyak és törékenyek s nagyrészt merőleges helyzetűek az orbitát, az elülső és középső koponyaárkot elhatároló válaszfalakkhoz, a melyek megsértését simaságuknál s relative nagyobb ellentállásuknál fogva könnyen el lehet kerülni, ha a rostasejt-labyrinthus kitakarítására a szerző által ajánlott műszert használjuk. *Stenger* ezen célra a *Hartmann-conchotomot* olyképp módosította, hogy sagittalis és ferdén állított gyűrűszerű kanálszárakkal látta el, tompa kerekded alakkal. Ha műszerével mint csípőfogóval csak kicsípjük a csontlemezeket, a nélkül, hogy tépnénk és törnénk, mint ez az éles horgok és kanalak használatakor történik, a lamina papyracea vagy a koponyaárkok falzatának megsértése lehetetlen; szerinte ilyen módon az egész rostasejt-labyrinthus ideális sima kitakarítása végezhető úgy, hogy műtét után az előálló sebüreget előre a homloköböl hátulsó fala, illetve a ductus naso-frontalis, a szengődör felé a lamina papyracea, felfelé az elülső koponyaárkok csontlemeze és hátrafelé a basis cranii, illetve az iköböl elülső fala határolja. A hátulsó rostasejtek kitakarítása után az iköböl elülső fala előttünk fekszik s azt a természetes nyíláson át szélesen feltárhatjuk, vagy ettől lateralisán a rendszerint papírvékonyaságú elülső falon át. A homloköböl endonasalisán a bulla ethmoidalis és az előre és felfelé fekvő cellulae frontales eltávolításával nyitja meg a hátulsó alsó falán. Szerinte ez úton acut esetekben is igen jó siker érhető el, úgy hogy a kívülről való megnyitás mellőzhető. *Stenger* szinte kizárólag tompa műszereket használva, a veszélyes mellék-sérüléseket elkerüli s módszerét a többi (*Rhese, Kramm, Uffenorde, Hayek, Halle*) eljárásánál czélszerűbbnek tartja. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, LXIV. kötet, 1. füzet.)

Safranek dr.

Fülörvostan.

Az idősült középfülgyulladásról és cholesteatomáról ír *Manasse* (Strassburg). Cholesteatoma a középfülben úgy primaer módon (primaer tumor gyanánt), mint secundaer módon keletkezhetik, utóbbi esetben laphámnak a külső fül területéről a középfülbe bevándorlása által. Ha cholesteatoma és otitis media együttesen van jelen, a betegség bizonyos stadiumaiban egészen egyforma képek állanak elő, akár embryonalis csírák elszóródása, akár postfoetalis implantatio útján jött létre a középfülben fekvő epidermoidalis képlet. Számos cholesteatomával kapcsolatos középfülgyulladás van, a melyben a genesis kétséges. Az említett két esetben a primaer cholesteatomát évek múltán követte a középfülgyulladás.

A klinikai tünetek alapján csak igen ritkán lehet eldönteni, vajjon primaer vagy secundaer cholesteatomáról van-e szó, mert a tünetek mindkét esetben teljesen egyformák lehetnek; ha kiváltképpen kedvező körjelzési tünetek alapján — mint a szerző által felsorolt esetekben — primaer cholesteatomát lehet felvenni, feltétlenül a gyökeres műtétet kell végezni, a mely egyébként a secundaer esetek legnagyobb részében is szükségessé válik. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1912, 25. szám.)

Safranek dr.

Fizikai és diaetás gyógyításmódok.

A hőrbetegségeknek massage-zsal való kezelésére hívja fel a figyelmet *Rosenthal* (Berlin), megjegyzi azonban, hogy ez nem teszi a helyi orvosságos alkalmazásokat és a szervezet általános kezelését feleslegessé, hanem csak az utóbbi beavatkozásoknak támogatására, még pedig hathatós támogatására való.

A massage a nyomás által a szövetekből a nedveket (a vért és plasmát) kiszorítja, a vérkeringést a hajszálerekben élénkíti, a véretek és izmok idegeit ingerli, ezáltal a kezdetben mutatkozó vértelenséget bővérűség váltja fel. A faggyumirigyek tartalmát kipréseli, a nedveket az oedemás helyek-

ről kiszorítja, azokat eloszlatja és felszívódásra bírja, ily módon a már félig szervült képletek is eltűnnek, úgy mint az alvadt vér és az idősült gyuladással képződések is, s a bőr csökkent rugalmassága is helyreáll. A massage jótékony hatása a bőr idegeire abban is jelentkezik, hogy a viszketés, a mely számos bőrbajjal együtt jár, elmúlik. Míg az enyhe massage a bőr hőmérsékét csökkenti, addig az erélyes dörzsölés és gyúrás fokozza azt. Hosszabban alkalmazott massage a tapintó és helyi érzést is fokozza, sőt még a bőr elektromos ellenállása is csökken, ha azt megelőzően masszálták.

A massage ezen utakon a bőr elemeinek fokozott növekedését és újjaképződését eredményezi és a bőr működését minden irányban növeli. A massage következtében a felhám elemei megszorodnak, újjaképződés indul meg, a melylyel a vér- és nyirokerek körül leukocytáknak beszűrődése van egybekötve. Ezalatt egyes elemek, kivált a Malpighi-réteg protoplasmája és magvai nagyon megszorodnak.

A massagenak ezen hatása különösen hegeképződés, keloid, kötőszövetvastagodás, sklerodermia, seborrhoeás alopecia eseteiben, továbbá azon esetekben vezet kedvező eredményre, a melyekben a bőrbajt érmozgási zavarok okozzák (az orr akrocyanosisa, fagyás, acné rosacea, pruritus stb.) s a bőrbajok azon eseteiben, a melyek neuritistól vagy perineuritistól erednek.

Igen kedvező eredmény érhető el a massage-zsal az arcbőr faggyumirigyének megbetegedése eseteiben (comedo, seborrhoea, acné vulg. et indurata stb.). Ez esetekben a simításnak a faggyumirigyek kivezető csöveinek irányában kell történnie és a bőrt ezután a mutató- és a hüvelykujj közé fogva, lassan fokozódó erővel kell gyúrni és sodorni. A bőrt két kezünk egy-egy (vagy ha elegendő hely van) több ujja közé is vehetjük és a kezeinket felváltva összetolva meg széthúzza, a bőrt alapján ide-oda huzogatjuk és kezeink között összenyomjuk. Egyes helyeken egy-két ujjal végzett kis körkörös nyomkodással is kezelünk. Mindezt kellő kitarással kell végezni; hetenként 1—2 massage-zsal semmire sem megyünk. Hogy pl. acné esetén eredményt érjünk el, legalább is naponként egyszer kell ezt a kezelést végeznünk.

Az arcmassage — a mely ugyan a hozzájárfűzött várokozásoknak nem felel meg teljesen — ránczosodás és izzadásmányok, továbbá a zsírpárna megfogyása vagy túltengése esetén van javasolva, továbbá élénkebb, üdébb arckifejezés elérésére. A szerző az egyes eseteknek megfelelő massage-módokat részletesen leírja s hangsúlyozza, hogy a bőrmassage alkalmazásával csak simítást, dörzsölést, körkörös nyomást és gyúrást, sodrást kell alkalmaznunk, ütögetést és paskolást azonban nem. (Med. Klinik, 1912, 27. sz.)

Lenkei dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Lábszárfekély eseteiben jó eredménnyel használja *Lévi-Bing* és *Duroeux* a salvarsant kenőcs alakjában (1 rész salvarsan 10 rész vaselinre). A kenőcsöt spatulával kenik a kóros területre; borsónyi mennyiség 6—8 centiméter átmérőjű területre elegendő. A bekent felületre száraz kötést teendő s az eljárás kétnaponként megismétlendő. (Gaz. des hop., 1912, 53. szám.)

Az uraemiának három típusát különbözteti meg *W. Frey*. Az első a retentiós uraemia; ebben a szív jól működik, súlyosabb cerebralis zavarok nincsenek. A második a cardialis uraemia, a melyben aránylag enyhe cerebralis tünetek mellett a szívelégtelenség áll a homloktérben. A harmadik a cerebralis típus. Az első típus ellen jó az izzasztás, a melylyel a visszatartott anyagok kiürülését többé-kevésbé elősegíthetjük; az izzasztás folytán beálló vérsűrűsödés ellensúlyozására azonban vízbevitelről is kell ilyenkor gondoskodnunk infúziók alakjában. A cardialis alakban digitalis és diuretin mellett feltűnő hatású az érmetszés. A cerebralis alakban jó hasznát vette a szerző a lumbalis punctiónak; annyi folyadékot kell kibocsátani, hogy a nyomás körülbelül rendessé váljék; 8 eset közül 2-ben csak múló volt a hatás, 6-ban azonban tartós. (Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1912, 17. szám.)

Terhességi hányás két súlyos esetében egészséges terhes nők vérsavójának befecskendezését kísérte meg *Tieux* azon kedvező eredmények alapján, a melyeket ezen módszerrel a többi között *Freund* és *Lorier* ért el. Az első esetben 8 $\frac{1}{2}$ hónap óta terhes nő serumát fecskendezte be minden eredmény nélkül. Abból a feltevésből kiindulva, hogy a terhesség első hónapjaiban a humoralis reakciók sokkal erősebbek, ennek folytán a serum sokkal hatékonyabb: második esetében 2 $\frac{1}{2}$ hónap óta terhes nő serumából fecskendezett be 4 cm³-t, mire javulás következett be s a 4 nap múlva megismételt befecskendezés 10 cm³ serummal a hányás teljes megszűnését vonta maga után. (Ref. La semaine médicale, 1912, 27. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 34. szám. *Benedek Sándor*: Az álmatlanság kezelése luminállal. *Hampel Ferenc*: Angina és vörheny.

Orvosok lapja, 1912, 35. szám. *Chudovszky Mór*: Sebészeti esetek.

Klinikai füzetek, 1912, 8. füzet. *Fischer Ignác*: Az elmebetegségek felismerésének nehézségei.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 35. szám. *Sellei József*: A neosalvarsanról. *Turán Géza*: A rossztermészetű daganatok chemismusának vizsgálata. *Wiener Imre*: Észrevételek az írgörcs kór- és gyógytanához.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Manninger Vilmos* dr., egyetemi magántanárt és budapesti közkórházi rendelőorvost a pozsonyi állami kórházhoz sebész-főorvossá nevezték ki.

Választás. *Szommer Gyula* dr.-t Ozorán községi orvossá választották.

Belorvostani kurzusok orvosok részére. A budapesti egyetem III. sz. belklinikáján f. é. október havában a következő kurzusokat fogják tartani: I. Belorvostani therapia dietetikai gyakorlatokkal. Tartja: *Bálint Rezső* dr., egyet. m.-tanár, adjunctus. II. Belorvostani vizsgálómódszerek. Tartja: *Bencze Gyula* dr., egyet. m.-tanár, tanársegéd. III. Röntgen-diagnostika, -therapia és -technika. Tartja: *Eltscher Gyula* dr., tanársegéd. IV. Klinikai betegdemonstrációk. Tartja: *Királyfi Géza* dr., tanársegéd. V. Physicalis therapia (hydro- és mechano-therapia). Tartja: *Benczúr Gyula* dr., tanársegéd. VI. A tüdőtuberculosis kór- és gyógytana. Tartja: *Molnár Béla* dr., tanársegéd. A kurzusok október 1-én kezdődnek és négy hétig tartanak. A kurzusok óráját később határozzák meg, mindenesetre úgy, hogy egy orvos több kurzuson is résztvehessen. A részvétel díja 1—1 kurzuson 100 korona. Az egyes kurzusok csakis legalább 5—5 résztvevő esetén fognak megtartatni. Jelentkezni lehet *Bálint Rezső* dr. adjunctusnál (VIII., Ludoviceum-utca 2). *Báró Korányi Sándor* dr., egyet. tanár.

Meghalt. *Schulhof Jakab* dr., székesfővárosi gyakorló orvos 60 éves korában, augusztus 26.-án. — *Jeney Sándor* dr., ezredorvos, a 16. számú cs. és kir. helyőrségi kórház sebészeti osztályának főnöke, 36 éves korában augusztus 26.-án. — *Hochmann Nándor* dr. Fogarason 69 éves korában augusztus 25.-én.

Kiseb közlések az orvostudomány köréből. A *diphtheria-bacillus kimutatására Conradi* és *Troch* egy új tenyésztőtálat (Tellurplatte) ajánl, a melynek segítségével sokkal könnyebben és megbízhatóbban végezhető a vizsgálat, a mint ezt a következő adatok mutatják: 20) vizsgált eset közül az új tenyésztőtálat igénybevételével 121 esetben sikerült kimutatni a *diphtheria-bacillust*, míg az eredeti *Löffler-félével* csak 59-ben. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1912, 30. szám.) — *A postoperativ peritonitis megelőzésére a kámforolajat* mind kiterjedtebben kezdik alkalmazni s azért nem érdektelen *Rübsamen* esetének ismerete, a mennyiben óvatosságra int a kámforok nagy mennyiségben használatában; esetében ugyanis 170 cm³ hivatalos (10%-os) kámforolajnak az ovariectomia és méhkiirtás után végzett beöntése után súlyos mérgeztünetek állottak be, a melyek között a beteg 2 nap múlva meghalt. (Zentralblatt für Gynäkologie, 1912, 31. sz.) — *A cholin-sók és a colloidalis fémek hatását* állatokon mesterségesen létrehozott daganatokra tanulmányozta *Szécsi* a heidelbergi rákintézetben; a cholin-sók közül leghatásosabbnak bizonyult a bórsavas és a jodbenzolsavas cholin, különösen ha colloidalis selen-vanadiummal együtt alkalmazta intravenásan vagy a bőr alul. (Medizinische Klinik, 1912, 28. szám.) — *Diphtheriából* kigyógyult némely egyén köztudomás szerint hónapokon át torkában hordja a *diphtheria-bacillust* s ezzel veszedelmessé válik a környezetére. Különböző fertőtlenítő szereknek helybeli alkalmazásával és ismételt *diphtheria-antitoxin-beoltásokkal* sem sikerült az illetőket megszabadítani a bacillustól. Ezért *Petruschky* (Danzig) ilyen esetekben megkísérelte az activ immunizálást, chloroformgőzökkel elől *diphtheria-bacillusokkal*; törekvése teljes sikerrel járt. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 28. szám.) — *A veségümőkör konzervatív kezelésé-*

nek eredményeire vonatkozó kérdést intézett *Wildbolz* Schweiz 1500 orvosához. A beérkezett feleletekből kiderült, hogy a betegek túlnyomó többsége (mintegy 80%) a konzervatív kezelés mellett 5 éven belül meghalt. Ezzel szemben a *Wildbolz* által sebészileg kezelt (nephrektomia) 125 beteg közül 60-80% teljesen meggyógyult. (Deutsche Zeitschrift f. Chir., 116. kötet.) — *Az appendicitis aetiológiájában* *Lanz* tanár (Amsterdam) szintén nagy jelentőséget tulajdonít az anginának. Ezért angina minden esetében gondoskodik a bél kitakarításáról; a torok fertőtlenítésére a formamint-tablettákat használja. Angina utáni, valamint traumás appendicitis eseteiben különösen fontosnak tartja a korai operálást, a mennyiben az előbbi gyakran vezet gangraenára. az utóbbinál pedig többnyire már átfürödés történt. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 34. szám.)

Kiseb hírek külföldről. *W. Wundt*, a híres physiologus, a kísérletező psychologia megteremtője, augusztus 16.-án érte meg 80. születésnapját. — *A frankfurti egyetem* felállítása most már véglegesen biztosítva van, mert a szükséges alapítási összeg (7,112,000 márka) már egybegyűlt. — *A tübingeni egyetem* belorvostani tanszékére *O. Müller* tanárt, a tübingeni poliklinika igazgatóját nevezték ki. — *W. Schukowsky* dr. a dorpatti egyetemen a gyermekorvos tanára lett. — *F. Fischler* heidelbergi docens (belorvos) a rendkívüli tanári címet kapta. — *H. Quincke* tanár, a kieli belklinikai volt nagyhírű igazgatója, augusztus 26.-án érte meg 70. születése napját. — *A. Schittenhelm* erlangeni tanárt a könnegyermeg egyetem belklinikájának igazgatójává nevezték ki. — *H. Eppinger*, a körbonczolástan tanára a gráci egyetemen, nyugalomba vonult; utódja alkalmasint *Albrecht* bécsi rendkívüli tanár lesz. — *St. Ciechanowski*, a körbonczolástan rendkívüli tanára Krakóban, a rendes tanári címet és jellegét kapta. — Rendkívüli tanári címet kapott: *J. Ibrahim*, (gyermekorvos), *E. Heilner* (physiologia), *W. Lohmann* (szemészet) és *W. Brasch* (belorvos), mind a négy Münchenben, továbbá *F. Prochazka* (belorvos) a prágai cseh egyetemen. — *W. Lubosch* jeni rendkívüli tanárt a würzburgi anatómiai intézet prosectorává nevezték ki.

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

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA

belbetegek — spec. szívbetegek és üdülők részére.

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

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

Röntgen-laboratorium. Vezetője: Dr. Alexander Béla, egyetemi magántanár.

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

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

Ujtátrafüred magaslati gyógyhely. Egész éven át nyitva. Vízgyógyintézet. Sanatorium. — Modern kényelem, közp. fűtés, villanyvilágítás. Prospektus. Vezető orvos Dr. Szontagh Miklós.

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

REINIGER, GERBERT és SCHALL r.-t. Budapest, Rákóczi-út 19. Villamos orvosi készülékek. Radium-emanatorium-berendezések.

Tengeri sanatorium és tengeri fürdő Portoré

(Fiume mellett). Modern intézet 100 ágygyal. Homokos tengerpart. Elismert kúttól ellátás. Mérsékelt árak. 6 éven felüli gyermekek kíséret nélkül. Nehéz betegek kizárva. Prospektus.

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.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlése. 657. 1. — A düsseldorfi orvosi akadémia gyakorlati kurzusa a sebészet haladásáról (1912 ápr. 15—28) 657. 1.

A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlése.

Orvostársadalmi és kulturális intézményeink ezen egyik legrégebbje augusztus 25.-étől 28.-áig tartotta harminczhatedik összejövetelét, még pedig ez alkalommal Veszprémben, örvendetes külső, és még örvendetesebb belső sikerrel. Annál szívesebben adunk erről hírt, mert megerősít bennünket fel-fogásunkban, hogy a magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlésének ma is megvan és a jövőben is meglesz a létjogosultsága és hogy az idők változását követő szervezeti módosítások mellett ezen régi intézményünk nem öregedhetik meg. Az orvostudománynak mind szorosabb kapcsolatba jutása a természettudományokkal okvetlenül szükségesé, határozottan hézagpótlóvá teszi e vándorgyűléseket; hogy azonban a természettudományok termékenyítő hatása az orvostudományra és viszont kifejezettebben érvényesülhessen: a vándorgyűlések szervezete némi változtatást igényelne. A mostani összejövetelen tartott némelyik előadás hatásából azt a reményt is meritettük, hogy ezen régi intézményünk jelentős helyet foglalhatna el az orvosi továbbképzésnek most már nálunk is helyesebb mederbe terelődött intézményében. Megfontolás tárgyává lehetne tenni talán azt is, vajjon fontosabb orvostársadalmi ügyeink elintézését nem kellene-e ezen vándorgyűlések keretébe illeszteni, mint a mely tekintélyével súlyt adna a hozandó határozatoknak és elejét venné a személyes jellegű tárgyalásoknak.

Nagy vonásokban ilyes gondolatok vetődtek fel bennünk a most lefolyt vándorgyűlés alkalmából s azt hisszük, másokban is támadtak hasonló eszmék. Nagyon örvendenénk, ha a vándorgyűlés állandó válaszmánya figyelmére méltatná őket, s ha egyikük-másikuk testet öltve, hozzájárulna a magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűléseinek még fokozottabb felvirágoztatásához.

A vándorgyűlés orvosi szakosztályának tárgyalásaira alkalmilag még visszatérünk. Itt csak általánosságban akarunk röviden megemlékezni az összejövetel lefolyásáról. A megnyitó ülést megelőzte a népegészségügyi kiállítás megnyitása. A kezdet nehézségeivel jól megküzdött kiállítás, a melyet a vándorgyűléssel együttesen a Társadalmi Múzeum rendezett, az első ilyenmű hazánkban; jól megérdemelt sikere bizonyára buzdítólag fog hatni abban, hogy hasonló kiállításokat mind gyakrabban rendezzenek, nagy hasznára a közegészségügyi ismeretek terjedésének. Magát a vándorgyűlést *Hornig Károly* veszprémi püspök nyitotta meg az ember eredetével foglalkozó nagy beszéddel. A szakos üdvözlések és a titkári jelentés után *Lengyel Béla* tartotta meg a Kovács József-előadást „A radioaktivitásról” címen, *Udránszky László* pedig a Chyzer Kornél-előadást „Az orvos általános természettudományi műveltsége” címmel. A megnyitás napjának délutánján *Moravcsik E. Emil* népszerű előadása volt programmon a cselekedetek rendellenes motivumairól. Másnap a különböző szakosztályok megkezdették nagy és változatos tárgysorozatuk lebonyolítását, még pedig jobbára szokatlanul jó látogatottság mellett. A záró-ülés augusztus 28.-án volt, s miként a megnyitó ülés, a kegyelet jegyében folyt le, a mennyiben *Schächter Miksa* két jeles veszprémi orvos: Heisler Károly és Pillitz Jenő életét és működését vázolta, a Hornig püspök adományozta 2000 koronáról pedig úgy határoztak, hogy a vándorgyűlés kezdeményezőinek, Bugát Pálnak és Bene Ferencznek emlékét megőrizni hivatott aranyérem-alapot létesítenek belőle. A vidéki kórházak alapelveire hirdetett pályadíjat Jendrassik Alfréd osztálytanácsos nyerte meg. Végül a legközelebbi vándorgyűlés helyéül Nagyszebent jelölték meg.

A düsseldorfi orvosi akadémia gyakorlati kurzusa a sebészet haladásáról (1912 ápr. 15—28).

Ismerteti: *Gergő Imre* dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

Az idegsebészet haladását *Spitz* (Grác) méltatta. A primaer idegvarrat szerinte mainap már sürgős műtét; a secundaer idegvarratot pedig minden arravaló esetben meg kell kísérelnünk.

Spitz részletesen kifejtette az idegvarrat technikáját, részletezte az idegplastikának különböző módszereit, idegek kereszteződésével, anastomosisával és implantációjával.

Ugy a technikát, valamint a kezelt eseteket műtét előtt és után ábrákon és projiciált képeken mutatta be, újabb technikáját azonkívül hullán is demonstrálta.

Lange (München) a spinalis gyermekbénulás sebészi kezeléséről szólt.

Poliomyelitis anterior acuta esetében a gerincoszlopot gipszkötéssel vagy gipszágygyal immobilizálja.

A bénult izmok működése egy év múlva is helyreállhat; az izmok regenerálását ezért villamozással, masszálással és hőkezeléssel kell siettetnünk és ügyelnünk kell, nehogy a beteg ezen idő alatt contracturákat szerezzen.

Ha a bénulás egy év múlva is fennáll, akkor az izom funkciójának pótlásáról kell gondoskodnunk.

Lange előnyben részesíti az inátültetést az idegplastika felett és az inátültetés periostealis módszerét jobbnak tartja, mint a régi tendinosus módszert. A műtét előre jól átgondolt terv szerint hajtható végre.

A mechanikai utókezelés pedig épp oly fontos, mint maga a műtét.

Enderlen (Würzburg) a transplantációról tartott összefoglaló előadást. Szólt a különböző szövetek és szervek átültetéséről és nagyszámú idevágó készítményeit mutatta be. Előadásából kiviláglott, hogy a sebészet ezen legactualisabb területén még igen sok kérdés vár megoldásra.

* * *

A részletes sebészet kérdéseinek fejtegetését *Tillmann* (Köln) kezdte az agysebészet újabb haladásának ismertetésével. Közelebbről részletezte az újabb technikát: a leggondosabb praeventív és definitív vérzéscsillapítást, a fraisek és körfűrészek használatát. Műtét alatt *Tillmann* permanens irritációt végez konyhasóoldattal, műtét után pedig a drainézést és a tamponádót kerüli.

Ezután behatóbban fejtegette tapasztalatait az agyba hatolt idegen testek, agytumorok, hydrokephalus és epilepsia kezelése körül. Érdekes azon tapasztalata, hogy genuin epilepsia legtöbb esetében (mikor az anamnesis traumára vonatkozólag semmiféle támpontot sem derített ki), csontdepressiót, vagy a dura, arachnoidea elváltozásait, vagy pedig az agyban lágyulást, sclerosist, esetleg porenkephaliát talált. Ezért a műtét kiterjesztésének híve még genuin epilepsia eseteire is.

Hoffmann (Düsseldorf) a gerinczagy megbetegedéseinek diagnostikáját fejtegette; *Jansen* (Düsseldorf) viszont hullán mutatta be főnökének, *Witzel* tanárnak eljárását a gerinczagy műtéteinek eseteiben. Az izomzatnak a csigolyákról való letolására *Witzel* széles raspatoriumot szerkesztett, a csigolya-ívek átvágására pedig a *Luer*-féle fogót módosította; mindkét eszköz a technikát egyszerűsíti.

A genyes középfülgyulladás kezelését *Örtel* (Düsseldorf) ismertette. A különböző műtétek technikáját élön végzett műtétek alkalmával demonstrálta.

A golyvák sebészetével annak legfőbb művelője, *Th. Kocher* (Bern) foglalkozott. Főleg az intrathoracalis strumák

körjelzésére hívta fel a figyelmet; pontos körjelzésük csak x-sugaras vizsgálattal lehetséges. A differentialis diagnostika legfontosabb jelének azon körülményt tartja, hogy x-sugaras felvételen árnyékuk lefelé domborodik, az aneurysmáké pedig felfelé.

1000 struma esetében struma intrathoracicával 91-szer találkozott, műtét után 3 esetét veszítette el.

Kocher ezután a Basedow-kór terén végzett újabb kutatásait is részletezte és itt főleg legutóbbi haematologiai vizsgálataira tért ki. Jellegzetes szerinte a polymorph magvú neutrophil leukocyták kevesbedése a lymphocyták számának óriási szaporodásával szemben; Basedow-kórosokban ezenkívül a véralvadás is gyorsabb. Ha a Basedowosok vérképe lényegesebb eltérést mutat, ez már hypothyreosisra vall (myxoedema), ilyenkor a Basedow-kóros golyvát nem irtjuk ki, legfeljebb körülírt göböket távolítunk el, vagy a strumát transponáljuk.

Előadása után Kocher struma-műtétét végzett élön, a műtét minden phasisát részletezve ez alatt. Szerinte „strumát rendes séma szerint operálni nem lehet, minden esetben az eset sajátosságához mérten kell eljárunk”.

Gluck (Berlin) a gégekiirtás kérdésével foglalkozott. Történelmi visszapillantás után ismertette a gégekiirtás modern technikáját, a szükséges utókezelést, a gége és légcsőplasztikákat, valamint a phonatiós készülékek szerkezetét.

Tapasztalatait a felső légutak carcinomájának 303 megfigyelt esetéből vonta le. Féloldali gégekiirtást 47-szer végzett, ezek közül utolsó 19 esete mind él; recidivamentes maradt 17 beteg. Recidivával jelentkezett 13 beteg közül 12 gyógyult.

Teljes gégekiirtást 244-szer végzett. Az egyszerű gégekiirtás mortalitása az utolsó évben 0 volt; 35 esetében haránt oesophagus-resectiót is kellett végeznie, ezen betegek közül 3 halt meg. A gége teljes kiirtása után 30 esetben látott recidivát.

A modern tüdősebészetet annak egyik legkiválóbb művelője, Sauerbruch (Zürich) részletezte. Kifejtette annak szükségességét, hogy a műtétet nyomáskülönbség mellett végezzük; ezután a tüdőtüdőgökök, a tüdőtuberculosis, valamint a mediastinum sebészetének jelen állásáról szólt. Tuberculosis eseteiben Wilms-szel ellentétben a kóros oldal mellkasát első sorban alulról mobilizálja, a tüdők compressiója így teljesebb.

Ezen előadással kapcsolatban Tiegel (Dortmund) a róla elnevezett *altató készülék*et demonstrálta; Tiegel a túlnyomást tudvalevőleg oxygennel éri el és annak nyomását vízmanometerrel szabályozza. Az altatás közelebbi technikáját állatkísérleten részletezte.

A szívsebészet jelenlegi állásáról Rehn (Frankfurt) értekezett. A pericardium és szív anatómiájának ismertetése után főleg a szívérülések diagnostikájával és a szívérülések ellátásának kérdésével foglalkozott. Kiterjedt hullakísérletek alapján a szív megközelítésére a következő eljárást ajánlja: behatolás közvetlen a bal bordaív alatt ferde metszéssel, a bal rectusnak teljes átvágásával. A bordaívet a pleurával felemelve, előttünk fekszik a pericardium. Ezt megnyitjuk, bal 2. és 3. ujjunkat a szív alá vezetjük és a szívet előhúzzuk; vérzescsillapítás céljából az arteria coronariát lekötjük és a szív sebét ellátjuk. Műtét után a pericardiumot összevarrjuk és nem drainezzük. Ha netán genyes pericarditis keletkeznék, a genyet punctióval bocsátjuk ki.

A szív feltárásának említett technikáját és annak módosítását Rehn hullán is demonstrálta.

A hasüreg sebészetének tárgyalását Witzel vezette be a *laparotomia modern technikájának, valamint a laparotomizáltak functionalis kezelésének* ismertetésével.

Specialis eljárásait Witzel legutóbb a Münchener med. Wochenschrift 1909. évi 6. számában fejtette ki s azoknak lényege: metszésünk soha se legyen kelleténél nagyobb; azon részt, a melyen operálunk, meleg konyhasó-oldatba mártott compressekkel experimentáljuk; különböző típusos műtétek esetében (appendectomy, gastroenteroanastomosis, cholecystectomy) az úgynevezett bipartatio abdominis (Witzel) aján-

latos a rendes sémák szerint. Drainezésre kiválóan alkalmasak az olyan Kocher-féle vastag üvegdreinek, melyeken gaze-csíkot is keresztül vezetünk. A hasüreget, hacsak lehetséges, teljesen zárjuk.

Műtét után Witzel arra törekszik, hogy a szervek mielőbb végezzék rendes funkciójukat. Functionalis utókezelésében a systemás mély légzésgyakorlatok, felülés, korai felkelés, masszálás, activ és passiv mozgások és mielőbbi táplálás játszik a főszerepet.

A gyomor- és bélbántalmak diagnostikájáról, főleg az x-sugaras körjelzés újabb haladásáról de Quervain (Basel) tartott előadást. Közel 100 x-sugaras kép kapcsán fejtegette a gyomor-bélrendszernek physiologiás és pathologiás képeit és a különböző árnyékkiesések diagnostikai fontosságát. Utalt arra, hogy ezen vizsgálati módszer csak a többi klinikai vizsgálati módszerrel egyetemben értékesíthető, mivel számos hibával dolgozik; ha azonban ezeket kellő gyakorlattal felismerni tanultuk és kiiktatjuk, a módszernek nagyon fontos szerep jut a pontos diagnosisban.

Végül hangsúlyozza, hogy e téren még nagyon sok kérdés vár megoldásra.

A subcutan bélsérülésekről Krabbel (Aachen) adott elő.

Witzel (Düsseldorf) a gyomorsipolykészítés indiciójáról szólt és a gastrostomia újabb technikáját ismételtelen bemutatva. A neve után elkeresztelt sipolynak nagy előnye az egyszerű kivitel és a tökéletes zárás; jól készített sipolyok még hosszabb idő múlva sem lesznek insufficienssé.

(Vége a jövő számban.)

PÁLYÁZATOK.

818/1912. szám.

Békésvármegye közpénztárájánál üresedésbe jövő egy belgyógyászati alorvosi állásra, továbbá egy belgyógyászati segédorvosi, egy szemészeti segédorvosi és két sebészeti segédorvosi állásra pályázatot hirdetnek.

Javadalmazás: az alorvosi állásnál: évi 1400 korona készpénz, a segédorvosi állásoknál egyenként évi 1200 korona készpénzfizetés és mindegyik állásnál I. osztályú teljes ellátás, lakás, fűtés-világítással.

Folyamodni szándékozók felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló, okmányokkal felszerelt folyamódványaikat méltóságos id. Kéry Gyula úrhoz, Békésvármegye főispánjához intézve, **hozzám 1912. évi szeptember hó 12.-éig küldjék be.**

Gyula, 1912 augusztus 26.-án.

Békésvármegye közpénztárájának igazgatója.

A Rimamurány-Salgótarjani vasmű részvénytársaság gyártelepeinek egyikén üresedésbe jött — 3600 korona nyugdíjra jogosító évi fix fizetés, ennek 20—30%-ra rugó évi jutalék, továbbá természetbeni szabad lakás és szabályszerű fűtési illetmény élvezetével egybekötött — orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetnek.

Pályázóktól egyetemeres orvostudori oklevéllel igazolandó képesítés kivántatik, megjegyezvén, hogy kimutatható kórházi gyakorlattal, különösen pedig *műtői* képesítéssel bírók előnyben fognak részesülni.

Hiteles okmányokkal kellően felszerelt folyamódványok **1912. évi szeptember hó 15.-éig** az alulírt címhez intézendők.

Rimamurány-Salgótarjani vasmű részvénytársaság.
Budapest, V., Nádor-utca 36. II. emelet.

2865/1912. szám.

A pécsvárosi közpénztár *sebészeti* osztályán üresedésben levő egy másodorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetnek.

Az állás javadalmazása: 1200 korona fizetés, természetbeni lakás és I. osztályú étkezés.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1876. évi XIV. törvény-cikkben előírt minősítésüket igazoló, valamint egészségi bizonyítvánnyal felszerelt pályázati kérvényüket, méltóságos dr. Vicsy László úrhoz, Pécs szab. kir. város főispánjához címezve, alulírott kórház igazgatóságához legkésőbb **folyó évi szeptember hó 15.-éig** nyújtsák be, mert a később érkező pályázatok figyelembe vételét nem fognak.

Megjegyeztetik, hogy megfelelő minősítésű pályázó hiánya esetére ideiglenesen orvosgyakornok is nyerhet alkalmazást.

A kinevezendő állását csak *egy havi* felmondási határidő eltelté után hagyhatja el.

Pécs, 1912 augusztus hó 26.-án.

Kórházigazgatóság.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusóvszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Tornai József: Közlés a budapesti kir. magy. tud.-egyetem I. sz. belorvostani klinikájából. (Igazgató: Kétyl Károly dr., udv. tanácsos, egyetemi nyilv. rendes tanár.) Néhány adat a vérkeringés betegségeinek diagnostikájához. 661. lap.

Tamássy Géza: Közlemény Debreczen sz. kir. város közkórházának belorvosi osztályáról. (Igazgató-főorvos: Ujfalussy József dr., kir. tanácsos.) A gonorrhoeás ízületi csúsz súlyos esetéről. 665. lap.

Vidakovich Kamill: Közlés a kolozsvári Ferencz József tudomány-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr., egyetemi tanár.) A koponyába hatolt idegen testek helyének egyszerű meghatározási módja. 658. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. A. Lesage: Lehrbuch der Krankheiten des Säuglings. — **Lapszemle. Belorvostan. Sörgo:** A tüdőgümőkór sebészi kezelése. — **Yaoita:** Para-

sita-petéek kimutatása a bélsárban. — **Sebészet. L. Dreyer:** Az idősült appendicitis körjelzése. — **Idegkórtan. L. C. Bregman:** A fiatalkori izomgörcsök ismerete. — **Szülészet és nőorvostan. Lichtenstein:** Az eclampsia conservativ kezelése. — **Börkórtan. St. Weidenfeld:** Adatok az eczema pathogenesiséhez. — **Húgyszervi betegségek. Tappeiner:** A prostatahypertrophiának a herék röntgenezésével történt kezelése. — **Venerás betegségek. E. Papellier:** A Japánban fekvő Kusatsu-fürdő, mint a syphilitis gyógyító híres fürdőhely. — **J. Finkelstein:** A házinyulak syphillise. — **Fülorvostan. Blegvad:** A dobhártya érzéstelenítése. — **Menz:** Mesterséges dobhártya. — **Fizikai és diétaés gyógyításmódok. Pototzky:** Az ideges álmatlanság hydrotherapiája. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Ephraim:** Asthma bronchiale — **Hoppe:** Tanargentán, 670–673. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 673. lap

Vegyes hírek. 673. lap.

Tudományos társulatok. 675–676. lap

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti magy. kir. tud.-egyetem I. sz. belorvostani klinikájából. (Igazgató: Kétyl Károly dr., udvari tanácsos, egyetemi nyilv. rendes tanár.)

Néhány adat a vérkeringés betegségeinek diagnostikájához.

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

A diagnostika általában, de különösen a vérkeringés bajainak diagnostikája az utóbbi években szinte bámulatos tökéletességre tett szert. A régebbi értékes módszereit kibővítette és kifinomította s ezenkívül számos új, megbízható vizsgáló eljárást sorozott be az eddigiek mellé. Szinte azt hihetnők, hogy a mű már teljes, s a mi újat e téren még kapunk, az már csak, talán nem is okvetlenül szükséges, külső csinosítása a befejezett munkának. És mégis időről-időre még mindig látunk újabb s újabb módosítást vagy bővítést, a melyek közül nem egy állandó értékűnek, tartalmasnak ígérkezik.

A következőkben szívbetegjeink körül éveken át szerzett szerény tapasztalataimnak egyikét-másikat óhajtanám röviden elmondani, s azt gondolom, lesz azok között olyan is, a melyik talán megérdemli, hogy megfelelő esetekben legalább a szakemberek némi figyelemre méltassák. Leginkább csak egyes tünetekkel vagy jelenségekkel foglalkozom mostan, a melyek némelyike önmagában talán jelentéktelennek látszik, mégis a megfelelő eseteknek egyéb jelenségei mellé sorozva, a diagnostika haszonnal alkalmazhatja azokat. Azt hiszem ugyanis, hogy az ilyen apróbb feljegyzések is, ha hosszas tapasztaláson alapulnak, a helyes diagnosis kutatásában értékes segédeszközök lehetnek. Már pedig, úgy vélem, az orvoslástannak éppen a szívbetegségek orvoslásával foglalkozó területén bir különös értékkel és fontossággal a régi sarkalatos tétel: *Qui bene diagnosticit, bene medebitur!*

Mindannyian tudjuk, hogy stenosis ostii venosi sinistri esetében néha a diagnostika szempontjából nagy jelentősége lehet a tapintható diastolés surranásnak is. Azt is tudjuk, hogy vannak esetek, a mikor a surranás kifejezettebb, mint az annak megfelelő zörej és ezen sajátos jelenségnek egyszerű physikai (rezgéstani) magyarázatát is nagyon jól ismerjük. A surranást természetesen a bal pitvarból a szűkült atrio-ventricularis száladékon a kamarába átsurranó vérsugárnak, valamint a heges szűkület által összetartott billentyűszéleknek és a szomszédos kamarafalnak rezgése kelti. Ezen rezgést tehát a vérsugár magával viszi. És csakugyan sokszor tapasztaltam, hogy a rezgés tova haladásának iránya tapintással is ellenőrizhető. Ezen surranásról azonban tudjuk, hogy rendszeren csak a bal kamara projectiójában, s csak nagyon kicsiny területen érezhető. Éppen úgy, mint a hogy a megfelelő zörej is többnyire kicsiny területre szorítkozik. De azért, hogyha a surranás helyét nemcsak tenyérrel, hanem a bordaközökkel párhuzamosan elhelyezett ujjaimmal tapintottam, ilyenkor azt két, sőt néha három ujjam alatt is jól éreztem. Megfelelő esetekben, figyelmes tapintással, főleg ha túlságos tachycardia nem zavart, a surranás irányát, vagyis a vérsugár rezgésének felülről lefelé való haladását is tisztán éreztem.¹

A praesystolés surranás irányának eme tapinthatósága megdönti azon újabbban itt-ott hangoztatott téves felfogást, hogy nagyfokú stenosis ost. ven. sin. esetében tulajdonképpen a kamara systoléja adná a megfelelő zörejt, a mely tehát inkább protosystolés volna, mivelhogy a többé-kevésbé merev, heges szájadék ilyenkor insufficiens is. Az közismert dolog, hogy a stenosis ost. ven. sin. csakugyan a legtöbbször insuff. bicuspidalissal együtt jár; azonban, hogy az említett surranást és megfelelő zörejt nem az insufficiencia, hanem igenis a stenosis, még pedig nem a kamara-systole, hanem a diastole idején okozza, vitatni sem lehet. Az ilyen súlyos

¹ Különösen jól érezhetjük azt a betegnek ülő vagy álló helyzetében s ha vitiuma meglehetősen kompenzált.

tévedések ellen leginkább a szívrevolutio phasisviszonyainak figyelmesebb ellenőrzése védhet. A surranásnak nemcsak *localisatiója*, hanem *iránya* tehát már ebből a szempontból is figyelmet érdemel.

A surranás irányát és a megfelelő zörejek phasisviszonyait különösen jól tanulmányozhatjuk olyan szíven, a melyet megelőzőleg erélyes cardiotonicumokkal megrendszabályoztunk. Mindannyian tapasztaltuk, hogy éppen stenosis mitralis eseteiben, még kifejezett incompensatio nélkül is, gyakori és tartós jelenség az arhythmiával társult tachycardia, a mi bizony sokszor megnehezíti vizsgálatainkat. Ha ilyenkor a szív munkát szabályozzuk, ezzel egyszersmind a szívnek vizsgálatát is megkönnyítjük.

A mióta az erélyesen ható szívszereket különösen intravenásan is adjuk, azóta klinikánkon is sokszor láttunk ilyen módon mesterségesen felidézett, szinte nem is óhajtott bradycardiát, a mi azonban a betegnek egyszer sem okozott oly kellemetlen subjectív tüneteket, mint a megelőző tachycardia és arhythmia. Ilyen bradycardia idején, a mikor is — tudvalevőleg — különösen a diastole nyúlik szokatlanul hosszúra, stenosis ost. venos. sin. esetében a diastolés surranás is rendszerint feltűnően hosszantartó és rendszeren nagyon intenzív lesz, úgy hogy tapintó tenyerünk alatt a surranásnak lefelé haladó irányát egészen tisztán és könnyen kivehetjük és az intenzív hosszantartó rezgés szinte csiklandozza a tenyerünket.

* * *

Említettem és ismeretes, hogy a stenosis ostii venos. sinistri okozta diastolés zörejt rendszeren körülmények között leginkább csak a szívcsúcson táján, körülírt, kicsiny területen hallható. Ez ugyanis azon zörejt, a melynek alig vezetettik tova. Mégis sokszor tapasztaltam, hogy az ilyen zörejt bizonyos esetekben a szív basisán, leginkább pedig az aorta-szájadék táján is elég jól, sőt néha nagyon is jól hallható, úgy hogy ilyenkor diagnosisunkba helytelenül aortainsufficienciát is felveszünk.² Az aortainsufficienciát azonban ilyenkor már azon körülmény alapján is kizárhatjuk, hogy az ilyen zörejt rendszerint fiatal egyénekben, elég erőteljes szív munka mellett, nem dekompenzált esetekben halljuk és mégis az aortainsufficienciának ismert s szinte elmaradhatatlan jeleit és következményeit a peripherián hiába kutatjuk. Figyelmes hallgatódzaskor azt is tapasztaljuk némelykor, különösen pedig, ha az aorta-szájadék vetületének megfelelő helyen (az úgynevezett „ötödik“ hallgatódzási ponton) vagyis a 3. bordaporcz magasságában, a szegycsont bal szélén hallgatódzunk, hogy bárha nagyon jól hallhatjuk a zörejt, mégis úgy tetszik, mintha távolabbról, a mélyből jönne az; vagyis mintha mélyebbről jönne, mint az aorta második hangja.

Az orvosnak tapasztalt, gyakorlott füle ugyanis a hallott hangok vagy zörejek keletkezés helyének a mellkas felszínétől való távolságát, mélységét is meg tudja bizonyos pontossággal becsülni. (Nagy jelentősége van ezen távolságbecslésnek — mint tudjuk — a pericarditisek diagnostikájában is.) Így egyes esetekben meg tudjuk ítélni, hogy az ugyanazon ponton hallható hang és zörejt egyenlő mélységből, távolságból jön-e vagy sem. Ha például igazi aortainsufficienciának olyan esetével állunk szemben, melyben az aortaszájadéknak diastolés zörejtét kívül az aortának második hangja is még részben megmaradt, ilyenkor jól kivehetjük, hogy a zörejt ugyanazon nívóba ered mint a hang.

Egyébiránt a szűkült bal atrio-ventricularis szájadékon támadt és az aorta szájadékára is jól elvezetett diastolés zörejt abban is különbözik az aortainsufficienciának diastolés zörejtétől, hogy nem oly hosszan, nem az egész diastole tartama alatt, hanem egyszer csupán a diastole elején, más-szor meg csak a végén hallható; avagy kitöltheti ugyan ez is az egész diastolét, csak hogy az ilyen zörejt sokszor kissé

kaparó és rendszerint *crescendo* jelleggel bír; vagyis a vége felé megerősödik (\langle). Majdnem egyenes ellentéte tehát hangtanilag az aorta-insuff. ismeretes *öntő* zörejtnek, a mely pedig rendszerint *decrecendo* jellegű: a vége felé fokozatosan gyengül (\rangle).

Vitás esetben aorta-insuff. ellen szólhat — mint már említettem — azon körülmény is, hogy a jó compensatio ellenére az insufficientia aortae-nak közismert tüneteit még a szívhez közelfekvő verőereken is hiába kutatjuk. Tudjuk ugyanis, hogy valódi aortainsufficiencia esetében a jellegzetes „pulsus celer et altus“-t ezen közelfekvő nagyobb verőereken többször még olyankor is megtalálhatjuk, a mikor a peripheriásabban fekvő ereken különféle okok miatt esetleg már nem peczelő az érverés. A pulsus gyors váltáról nemcsak tapintással vagy pulsusirással, hanem hallgatódzás útján is tájékozódhatunk. Nem szándékozom itt a szorosabb értelemben vett „pulsus sonans“-ról beszélni, csak azt óhajtom felhozni, hogy például a carotisok, a subclaviák és esetleg a brachialisok felett még kisebb fokú insufficientia aortae és még incompensatio esetében is a pulsus celer minden szív systole idején nagyon kifejezett, *édes zörejt* okoz.³ Hogyha tehát adott esetben ilyen érdes zörejt az említett közelfekvő nagyobb erek felett nem hallunk, csaknem teljes határozottsággal kimondhatjuk, hogy a szív felett nagyobb területen hallott diastolés zörejt nem az aorta-szájadékon támad, hanem esetleg a mitralis szájadékról vezetett oda.

Az is általános tapasztalás, hogy valódi aortainsufficiencia esetében az aortán nemcsak szívdiastole idején hallunk zörejt, hanem rendszeren systole idején is, sőt a legtöbb ilyen esetben nem is hallunk egyebet az aorta fölött, mint gyengébb systolés és erősebb diastolés zörejt. Ellenben stenosis mitralisnak nagyon sok esetében a szívcsúcson legerősebben hallható jellegzetes *koppanó első hang* a legtöbbször szintén nagyon jól elvezetődik az aortára. Ha tehát valamely vitás esetben az aortán hallott diastolés zörejt ilyen feltűnően *koppanó systolés* hangnak a társaságában találjuk, eme körülmény nagyon kétségessé teszi az aortainsufficiencia diagnosisát, ellenben megerősíti a gyanút, hogy a zörejt is, éppen úgy mint a koppanó hang, a szomszédos mitralis szájadékról jutott az aortára.

Azon vitamos betegek között, a kik már ismételt keresték fel a klinikánkat, volt olyan több is, a kiknek diagnosisában első távozásuk alkalmával aortainsufficiencia is jelezve volt és visszajövetelükkor csak a szívcsúcson hallottunk diastolés zörejt, míg az aorta II. hangja többnyire tiszta volt. Pedig ezen eseteinkben a szív az első alkalommal sem volt nagyobb, mint az újabb felvételkor; jelentékenyebb decompensatio, pangás egy esetben sem volt: relativ aortainsufficienciáról tehát szó sem lehetett. Hanem igenis annak idején, a legnagyobb valószínűséggel, a szűkült mitralis szájadéknak diastolés zöreje vezetett át az aortára. Hogy azután később ezen zörejt az aortáról eltűnt, annak magyarázatát valószínűleg a közben beállhatott pathologiai-anatomiai változásokban kell keresnünk.

Azt pedig könnyen elképzelhetjük, hogy a bal gyűjtőeres szájadékon: a hegesen összeszűkített kéthegyű billentyűn támadt rezgés, ha elég erőteljes, a közvetlenül szomszédos aortaszájadékra is áterjedhet. Sőt a két szájadéknak közvetlen közelségét figyelembe véve, igazán inkább azon kell csodálkoznunk, hogy miért nem jut el *valamennyi ilyen esetben* ez a rezgés az aorta-szájadékra is? Valószínű, hogy ezen áterjedésnek leginkább a stenosis mitralis foka, elhelyeződése, alakja és a zörejt keltő véráramot hajtó erőknek energiája adja meg a lehetőségét.

Egyébiránt pedig, ha ilyenkor a zörejt keletkezésének helyét figyelmesen kutatjuk, azt találjuk, hogy az aortán, a rendszeren klinikai hallgatódzás helyén, a diastolés zörejt rend-

² A jellegzetes diastolés surranást nem minden stenosis ost. venos. sin. esetében tapinthatjuk. Viszont pedig kivételes esetben elvégre megförténhetik, hogy aortainsufficiencia is adhat surranást.

³ Érdesebb zörejt, mint a melyet ezen erek (leginkább pedig a carotisok) felett néha ugyan ép viszonyok között is hallhatunk, élénkebb, erőteljesebb szív munka esetében.

szerint csak gyengén hallható. Már erősebbnek halljuk azt az aorta-szájadék vetülete helyén: a szegycsont bal szélén, a 3. bordaporcz magasságában; de még ennél is erősebbnek ezen helytől kissé lejjebb és kiljebb: a harmadik bordaközben a bal szegyszél mellett, vagyis a mitralis szájadék projectióján. Sok esetben a zörejek punctum maximuma is itt van, nem pedig a szívcsúcson.⁴ Ha ezen helytől fokozatosan haladunk a szívcsúc felé stethoskopunkkal, a zörejt (valószínűleg a közben lévő jobb kamarának elszigetelő befolyása miatt) gyengén vagy alig hallható, míg a szívcsúcson ismét felbukkan az.

Hogy a mitralis szájadéknak projectiója helyén jól halljuk a zörejt, annak részben az is lehet az oka, hogy ilyen esetekben, természetesen, a tágult és hypertrophiás bal pitvar a mellkashoz nagyobb terjedelemben fekszik és a tüdőt valamint a jobb szívet kissé félre is tolhatja útjából.

Ezen körülményeknek tudható be az is, hogy a zörejt sokszor nem a 3., hanem inkább a 4. bordaközben, a sternum bal széle mellett vagy ettől kissé balra a legerősebb. Valószínűleg ugyanis, sőt talán természetes is, hogy a szív hypertrophia és még sokkal inkább a dilatatio miatt a szív maga bizonyos topographiai változást is szenved: egyik-másik (esetleg valamennyi) szájadéka dislokálódik. Éppen ezért megengedhető, sőt sokszor szükséges, hogy bizonyos szív-szájadékok betegségeiben, a rendes szabályoktól eltérve, nem csupán az előírt megszokott helyeken, hanem a szükséghez képest egyik vagy másik irányban eltávolodva, ezen helyek szomszédságában is hallgatódzunk.

A mitralis szájadékon keletkezett hang vagy zörejt felől a legtöbb orvos a szívcsúcslökés helye fölött iparkodik tájékozódást szerezni. Azonban, mint mondtam, a bal szívnek esetleges hypertrophiája és még inkább dilatatioja esetében megtörténhetik, hogy a megfelelő hangot vagy zörejt a szegycsont bal széle mellett a 3., néha a 4. bordaközben kifejezettebben halljuk. Avagy pedig, ha nem is halljuk erősebben, esetleg a pontosabb phasisviszonyok felől ezen helyeken könnyebben és biztosabban tájékozódhatunk; mert zavaró mellékzörejek, hangtani sajátosságok itt nem alkalmazhatók. Például éppen stenosis ost. venos. sinistrivel társult insufficiencia bicuspidalis esetében — hogyha a stenosis már meglehetősen fokot ért el — megeshetik, hogy a szívcsúcson egészen tiszta vagy úgynevezett praesystolés zörejjel bevezetett koppanó első hangot és diastolés zörejt hallunk és így ennek alapján legfeljebb csupán a stenosisra gyanakodhatunk, míg az insufficiencia felvételére nincsen támpontunk. Ellenben ugyanazon esetben lehetséges, hogy az említett másik helyen a jól hallható diastolés zörejen kívül egészen kifejezett systolés zörejt is hallunk, a melyet itt esetleg a koppanó hang sem zavar.

Azzal is mindnyájan tisztában vagyunk, hogy bizonyos körülmények között, bizonyos helyen hallgatódzva, az ottan hallott hang vagy még inkább zörejt nem az ugyanazon helynek megfelelő szív-szájadékon keletkezik. Így például, ha az aortaszájadék vagy a bal gyűjtőeres szájadék bajaiban az arteria pulmonalis a szokott helyen hallgatjuk, sokszor megeshetik, hogy ilyenkor ezen helyen mindent inkább hallunk, mint azt, a mi magában a pulmonalisban keletkezik. S ezen a bajon legtöbb esetben még az sem változtat, ha a szokott helytől kissé balfelé el is távolodunk.

* * *

A szívhangok és még inkább a zörejek (különösen pedig a zenei színezetűek) sokszor a szívnek nagy területén, vagy — a véráramtól egy irányban tovavezetve — a szívtől aránylag nagy távolságban is jól hallhatók. Így néha még a beteg

⁴ Sokszor tapasztaltam, hogy a zörejt egyesegyedül csak ezen a helyen hallható, míg egyebütt s így a szívcsúcson zörejt nincsen, legfeljebb csak ékelt első hang. Ha ilyen esetben csupán a szokásos, előírt helyeken hallgatódzunk, akkor a zörejt, a mi pedig a jelzett helyen nagyon is kifejezett lehet, teljesen elkerüli a figyelmünket s így vizsgálatunk esetleg téves eredményhez vezethet.

hátán is jól hallhatjuk azokat. A szívzörejek háton való hallgatásának néha jelentős diagnostikai értéke lehet. Ezen módszer különben nem egészen új: már többen is foglalkoztak vele. Legutóbb pedig Kürt és Montallier közölték az így szerzett tapasztalataikat. Magam megint csak stenosis ostii venos. sin.-vel társult insufficiencia bicuspidalis esetében a háton az 5. hátsigolya közelében, a bal oldalon többször tisztán hallottam úgy a systolés, mint a diastolés zörejt, és pedig néha még olyan esetben is, a mikor elül a rendes, megszokott helyeken a zörejeknek egymáshoz és a phasisokhoz való viszonyát nem lehetett jól hallani. Insufficiencia aortae esetében, ha bizonyos ismert objectiv tünetek alapján arra is gyanu volna, hogy az insufficiencia mellett egyidejűleg az aortaszájadéknak szűkülete is fenforog, ezen gyanút megerősítheti, ha az aortán hallott systolés zörejt hátul is, a 2. vagy 3. hátsigolyának leginkább a jobb szomszédságában szintén meg lehetős érdemesnek halljuk.

A szívzörejeket a háton általában gyengébbnek halljuk, mint elül, sokszor azonban hátul is egész tisztán hallhatók azok. Különösen pedig a mitralis szájadék bajaiban tapasztaltam többször, hogy a hátnak már említett pontján néha csaknem jobban hallhatók a megfelelő zörejek, mint elül. Lehetséges, hogy a tágult, sokszor tetemesen megnagyobbodott és néha csaknem a gerincoszlopig terjedő bal pitvar vezeteli oly jól ilyen esetben a zörejt hátrafelé.

* * *

Mivel éppen az aortabajok kerültek szóba, felemlítem azon általános ismert tapasztalást, hogy az aortában különféle bajok kelhetnek szív-systole idejében zörejt. Így említettük, hogy többek között az aortainsufficienciának a diastolés zörejen kívül, bárha nem jellemző, de szinte elmaradhatlan melléktünete szokott lenni a systolés zörejt is. Azután aneurysma is gyakran jár együtt systolés zörejjel. Támadhat továbbá ilyen zörejt az aortában tisztán arteriosclerosisos elváltozás, vagy, a mi talán még fontosabb, syphiliticus aortitis alapján, aneurysma nélkül is. A legkifejezettebb systolés zörejt azonban, mint már előbb is említettem, az aortaszájadék szűkülete adja.

Valamely vitás esetben a kérdést, hogy az aortán hallott systolés zörejt stenosis adja-e, avagy talán egyszerűen aortasclerososis okozza azt: esetleg a zörejt punctum maximumának pontosabb, közelebbi localisatioja döntheti el. Az aorta kezdeti része intimájának — rendszerint lues okozta — egyenetlenségére gyanakodhatunk akkor, ha az aorta felett és esetleg a közelfekvő verőerek (subclavia, carotis) felett rövid, érdes systolés zörejt hallunk és egyéb okot ennek keletkezésére az adott esetben nem vehetünk fel. Az ilyen alapon támadt zörejt különösen jellemző, hogy a jobb második bordaközben a legerősebb, hogy rövid tartamú s meglehetősen érdes. Hogy nem aorta-stenosis okozza, kitűnik abból, hogy az aortaszájadéknak már sokszor jelzett topographiai helyén rendszerint jóval gyengébb az, vagy egyáltalán nem is hallható. Tapasztalásom szerint ugyanis aortaszűkület esetében a zörejtnek punctum maximuma éppen ezen utóbb említett helyen szokott lenni.

Egyébként pedig az aorta intimájának említett (lueses) elváltozása, ha még nem nagy kiterjedésű, vagyis, hogyha csak rövid érszakaszra szorítkozott és nem nagyon mélyre ható, akkor balszív hypertrophiát nem is okoz. Ellenben már valamirevaló aortastenosis a bal kamara hypertrophiája nélkül el sem tudunk gondolni.

Az említett kisebbfokú aortasclerososis vagy aortalues gyanuja esetében a Huchard és mások ajánlotta úgynevezett retrosternalis auscultatio (hallgatódzás a jugulumba helyezett stethoskopkal az aorta ascendens hossz tengelye irányában) esetleg negatív eredményt adhat olyankor is, a mikor a rendes, fentebb említett auscultatioval az aorta felett a jelzett rövid, érdes zörejt kifejezetten halljuk. Magam is tapasztaltam ezt néhány olyan esetben, a melyben aztán a később megjelölt Wassermann-reactio beigazolta a gyanút s a melyben

a Röntgen-átvilágítás aortatágulásnak még nyomát sem mutatta.

Megeshetik, hogy az aortának lueses megbetegedése a primaer infectiót aránylag már rövid idő múlva követi, úgy hogy többször egészen fiatal: 25—30 éves egyéneken találhatjuk az aorta felett az említett systolés zörejt a nélkül, hogy a többi éren is találnánk elváltozást. A pulsus rendszerint elég felt, feszes; a szívcsúcslövés a rendes helyen van, nem emelő (tehát az aortastenosis gyanuját majdnem biztosan elhagyhatjuk).

Hogy mily nagy jelentősége van annak, különösen a therapia szempontjából, ha ilyenkor a leírt zörej alapján — még abban az esetben is, ha az anamnesisben biztos támpontot nem kaptunk — luesre gyanakodva, a *megejtett complementkötési eljárás pozitív eredményt ad*: már az is igazolhatja, ha a késői luesnek számtalan romboló munkája közül egyedül csak az aortaaneurysmákra gondolunk.

* * *

Ha már, mint említettem, bizonyos esetekben azt sem könnyű eldönteni, hogy az aorta felett hallott diastolés zörej aortainsufficienciától vagy inkább a bal atrio-ventricularis szájadék szűkületétől származik-e, annál nehezebb más esetben tisztázni a kérdést, hogy az aortán hallott és egész biztosan ugyancsak az aorta-szájadékon keletkezett diastolés zörej valóban *organumos*, avagy csak úgynevezett *relatív, tágulós aorta-insufficienciától* származik-e? Adott esetben ezen kérdésnek lehető tisztázása különféle, most nem részletezhető szempontokból meglehetősen fontossággal bírhat.

A kinek sokszor volt alkalma aorta-insufficienciát a jól ismert klinikai tünetek alapján könnyen, biztosan és teljes határozottsággal megállapítani olyan egyéneken, a kinek bonczolása alkalmával a kórbonczoló azon meglepő és megdöntetetlen leletet mondja jegyzőkönyvébe, hogy „az aorta billentyűi pedig teljesen épek s a megejtett vízpróba alkalmával tökéletesen zárnak“ —; mondom, a kinek volt alkalma ilyen esetet klinikailag is észlelni, az tudná leginkább értékelni az olyan vizsgáló módszert, a mely még a beteg életében eldöntené a kérdést, hogy az aorta-insufficienciája valódi-e, avagy csak relativ insufficiencia.

Az aorta billentyűinek viszonylagos insufficienciáját — tudvalevőleg — többnyire az okozza, hogy az aorta fala (leginkább pedig annak izomrétege s a billentyűket tartó izomgyűrű) a kellő rugalmasságát veszítette és így az esetleges fokozott aortabeli, illetve bal kamarabeli nyomás tágító hatásának nem bír ellentállani, a mely nyomás ilyformán az aorta-szájadékot annyira megnagyobbítja és kinyújtja, hogy azt a különben ép billentyűk már nem fődhetik be teljesen. Érthető, hogy az ilyen szíven, főképpen, ha az systolében halt el, a kórbonczoló az egyszerű vízpróbával legtöbbször nem talál aorta-insufficienciát. Azonban esetleg felidézhetjük mesterségesen az insufficienciát oly módon, hogy az aorta falát és a billentyűket tartó szájadékot körülbelül ugyanolyan magas nyomás alá helyezzük, mint a mekkora nyomás in vivo az insufficienciának közvetlen oka volt. Ha ezen körülményeket szem előtt tartjuk és különösen ha tudjuk, hogy a relativ insufficiencia felidézésében mily fontos szerepe van az egyes szív-systolával az aortába lökött vér tömegének és nyomásának, akkor önként felmerül a kérdés: vajjon nem lehetne-e ezen vérmennyiséget és vérnyomást mesterségesen és jelentékenyen megkisebbiteni, a nélkül természetesen, hogy a betegnek kárt okoznánk, és ilyen úton-módon eldönteni, hogy adott esetben organumos vagy csak relativ aorta-insufficienciával van-e dolgunk. Mert, ha a vérnyomás és vérmennyiség csökkenésére a diastolés zörej, valamint az aorta-insufficiencia egyéb ismert tünetei mintegy eltűnnek, akkor csak relativ insufficienciával állunk szemben. Bizonyos azonban, hogy a vérnyomás csökkenésére az organumos aorta-insufficiencia tünetei is veszíthetnek intenzitásukból. Különösen pedig a diastolés zörej tompulhat el, de azért teljesen

el nem tűnhet, mert hiszen a billentyűdefectus ilyenkor sem változik. Ellenben ha feltehetjük, hogy a billentyűk elégtelenségét a szájadéknak passiv tágulása, ezt pedig a fokozott vérnyomás feszítése okozza, akkor joggal várhatjuk, hogy a nyomásnak kellő leszállítása után a tágult szájadék visszahúzódik⁵ és a billentyűk ismét jól zárnak. Ilyenkor tehát minden tünetnek s így a zörejnek is el kell tűnnie.

Ezen kérdés tanulmányozására — megvallom — a véletlen vezetett. Egy idősebb férfibetegemen ugyanis kifejezett arteriosclerosis mellett az aorta-insufficienciának egyéb, biztos jelein kívül nagyon kifejezett diastolés zörejt találtam.⁶ A beteget két ízben nagyon heves s bőséges haematemesis lepte meg; mind a két alkalommal majdnem hogy teljesen elvérzett és ilyen állapotban az aorta-insufficiencia tünetei úgyszólván nyom nélkül elmosódtak. Mihelyt azonban a vérzés megszűnt és a beteg újból fokozatosan erősödött: a mily mértékben javult az anaemiája, ugyanolyan fokban tértek újból vissza az aortainsufficienciának tünetei is.

Utóbb azután megkísértem ugyanazon egyénben mesterségesen felidézni rövid időre az anaemiát, még pedig egyszerűen a végtagoknak enyhe lekötésével; ugyanazon módszerrel tehát, a melynek mint orvosló eljárásnak a vérkeringés különféle betegségeire való tudós hatását már több alkalommal ismerttettem. A végtagok lekötésére az aorta-insufficienciának tünetei éppen úgy nyomban eltűnnek, mint a nagy vérvesztés után. Viszont azután a kötelékül használt gummicsövek eltávolítása után nyomban teljes intenzitással ismét megjelennek.

Azóta még három esetben használtam a leköteseket az említett diagnostikai kérdés tisztázására és ezek közül két esetben a módszer szintén *relatív* insufficiencia mellett bizonyított. Megvallom, hogy vizsgált eseteim közül autopsziára eddig még egyik sem került s így a módszer használhatóságának legfontosabb bizonyítéka még hiányzik. Azonban elfogultság nélkül s erős meggyőződéssel hiszem, hogy ezen bizonyíték csak késik, de nem maradhat el.

Természetes, hogy a keringő vér mennyiségének és nyomásának megkisebbitése az organumos vitium okozta zörej intenzitását is csökkenti — a mint hogy ezen tapasztalatomat már más helyen magam is felemlítettem és utánam mások is kutatták s szintén így tapasztalták —, de az aorta-insufficiencia (és most csak ezen billentyű-*hibáról* van szó), ha az *valódi* billentyű-defectuson alapszik, a végtagok lekötése idején is megtartja a zörejét. Azonban a lekötest is csak a kellő mértékben, enyhén kell alkalmazni, úgy hogy a végtagoknak csupán csak a vénás vérét tartjuk fogva; mert ha erősebben szorítjuk a gummicsöveket, akkor a verőereket is nyomjuk, a mi viszont fokozott vérnyomást válthat ki s ilyenformán a relativ insufficiencia sem tűnhet el.

* * *

A most röviden elmondott néhány megfigyelésemen kívül még több apró tapasztalatomról számolhatnék be. De ezekről talán másutt és máskor! Lehetséges azonban, hogy az elsoroltakban is sokan szörszálhasogatást találnak. Leginkább pedig olyanok, a kik még ma is azon elavult, helytelen, teljesen elvetendő felfogást vallják, hogy a vitiumos egyén sorsára nem a pathologiai-anatomiai elváltozás minősége, hanem csupán csak a szívizom állapota, ereje, munkaképessége bír döntő befolyással. Bár tagadhatlan, hogy a szíverő ilyen esetekben is egyik legfontosabb szereplő tényező, de azért olyasmit, hogy e mellett aztán a vitiumos egyén jövődjére nézve teljesen mindegy, hogy ennek vagy annak a szív-szájadéknak ilyen vagy olyan elváltozása forog-e fenn, csak az állíthat, a ki a vérkeringés élettanát és pathológiáját legfeljebb csak hírből ismeri.

⁵ Hacsak esetleg pathologiai-anatomiai elváltozás, mint például kötőszövetes megvastagodás, hegeképződés stb., a visszahúzódást nem gátolja.

⁶ A relativ aorta-insufficiencia is többnyire idősebb egyéneken található, a mi természetes is, mert az ilyeneknek aortája rugalmasságát veszítette és e mellett vérnyomásuk sok esetben tartósan fokozott.

Közlemény Debreczen sz. kir. város közkórházának belorvosi osztályáról. (Igazgató-főorvos: Ujfalussy József dr., kir. tanácsos.)

Gonorrhoeás ízületi csúz súlyos esete.

Irta: *Tamássy Géza dr.*,

A gonorrhoeás általános megbetegedések nem tartoznak a ritkaságok közé, a húgyivarszervek gonorrhoeáján kívül a legkülönbözőbb megbetegedések egész láncolatát találjuk: a gonococcus elterjedhet az ízületekbe, az izmok, inhuvelyek közé, a testüregek savós hártájának lobjához vezet, megtámadja a szív belhártyáját, megbetegedhetnek az érzékszervek közül a szem és hallószerv különböző részei.

A gonococcus a szervezetbe jutva, ellappang évekig a legkülönbözőbb rejtett helyeken, hogy egy véletlen által ismét erőre kapva, valamely szerv súlyos megbetegedését okozza. Egyetlen bacterium sincsen, melynek annyi bacillus-gazdája volna, mint a diplococcus gonorrhoeaének, ha csak azokat tekintjük bacillus-gazdáknak, kikben a gonorrhoeás betegség már hónapok előtt látszólag teljesen meggyógyult. *König* volt az, ki a gonorrhoeás ízületi lobokról tartott értekezésével erre irányította 1896-ban az orvosok figyelmét, ő vázolta számos szomorú eset közlésével, hogy ezek milyen súlyos, hosszadalmas betegségek, milyen könnyen nyomorékká tehetnek pár hét alatt egészséges embereket, s nekünk mindezt tehetetlenül kell néznünk, mert alig tudunk a következményeknek elébe vágni. Csupán a véletlenre vagyunk utalva annak megjósolásában, hogy az esetleg aránylag enyhén kezdődő baj mivel fog végződni.

A gonorrhoeás megbetegedéseknek súlyos szövődményei akkor támadnak, midőn a betegség okozói a vérben keringenek, vagy a szervezet belsejében valahol nagy mennyiségben elszaporodva, az általuk termelt mérgek nagy tömegét zúdíttják a vér- és nyirokáramba. *Ahman* bizonyította be ezt minden kétséget kizáróan a hármass próbával 1897-ben; megtalálta a gonococust a vérben, kitenyészette onnan, s a kitenyészett bacteriumokkal urethritis gonorrhoeicát idézett elő olyan ember húgycsővében, ki erre az átoltási kísérletre önként vállalkozott.

Ezen értekezésemben a gonorrhoeás általános megbetegedésnek súlyos esetét közlöm; tanulságos pedig ezen eset két szempontból: először mint egy teljesen meggyógyult arthritis és sepsis gonorrhoeica, másodsor pedig azon hasonlóságok miatt, melyek a betegség egyes szakáiban ezen betegség és a typhus abdominalis között találhatóak voltak. Betegünk 1909 május havának 24.-étől augusztus 14.-éig feküdt Debreczen sz. kir. város közkórházában s június elejétől személyesen is alkalmam volt betegségét figyelemmel kísérni. A rávonatkozó adatokat *Ujfalussy József dr.*, kir. tanácsos, ny. igazgató-főorvos úrnak, kinek osztályán ezen beteg feküdt, szíves beleegyezésével közlöm.

1833/777. szám. D. J. 27 éves nőtlen hivatalnok 1909 április havában szerzett gonorrhoeát, mely azóta állandóan tart. Izületei már pár hét múlva fájdalmasak lettek, állítólag lázas is volt. Május elején jobb kéztőizülete fájdalmas, mire orvosa salolt rendelt neki; erre a fájdalomk enyhültek. Május közepe óta mindkét térde fájdalmas, a jobboldali erősebben, mint a bal. A jobb térdizülete nap-nap után fájdalmasabb, ezért május 24.-én mint különszobás beteget a kórház belorvosi osztályára vettük fel. Nyulánk természetű, gyenge testalkatú, gyengén táplált, barna bőrű férfibeteg. Csontrendszere ép, a lágyékon néhány megnagyobbodott mirigy van. Jobb térde, leginkább a térdkalács felett, duzzadt, tapintásra, nyomásra, passiv mozgásra igen fájdalmas. A bal térd nyomásra, mozgásra szintén érzékeny. A vérkeringési és légző szervekben kóros eltérés sincsen. Hasában tapintáskor, kopogtatáskor semmi rendellenességet sem találunk. Húgycsővéből genyes váladék ürül. Hőmérséklete felvételkor 37.2°, érelkése 120. Idegrendszere, szellemi működései épek.

A betegség lefolyása: Május 26.-án lázas, jobb térde kevésbé fájdalmas. Május 30.-án teljesen láztalan, ezért az eddigi aspirinkezelést abbahagyjuk, fájdalmas térdét pedig naponta jodtincturával ecseteljük. Bal térde alig fájdalmas.

Június 2.-án ismét lázas, jobb térde nagyon fáj, a bevett morphiumpor daczára aludni nem tudott. Polybromot kap naponta 3-szor 1 evőkanállal. Június 3.-án hőmérséke még magasabbra emelkedik (39.3°), izgatott, nyugtalan, a miért este még 0.5 gr. veronalt is adunk neki.

Június 4.-én és 5.-én láza állandóan magas, urethritis csökken, június 6.-a óta hőmérséke állandóan 39 és 40° C között ingadozik, jobb térd a legkisebb mozgásra, érintésre rendkívül fájdalmas. Az izület felett a bőr halvány, az izület környéke duzzadt. A szívhangok tiszták, a tüdők felett a légzés erősebb, hasa nyomásra, tapintásra nem érzékeny. Veronalt, aspirin-morphiumporokat szed. Június 10.-én. Állandóan lázas, étvágya rossz, gyomrát fájlalja, szorulása van. Nyelve kissé bevont, törzsén semmiféle kiütése sincsen. A színtelen vérésejtek megszáporodtak (13.000). Hashajtót kap. Június 11.-én a *Ficker*-féle reactio negativ. Június 12.-én. Az állandóan adott lázellenes szerek daczára hőmérséke állandóan magas, a legalacsonyabb hőmérséklet az utóbbi napokban 11.-én reggel 38.5° C volt. Hasmenése van, ezért opiumos bismuthporokat szed. Térdét állandóan felpolcolva, kissé behajlítva tartja s jégtömlővel borogatjuk. Június 14.-én. A jobb térdizületet megpungálva, kevés savós-genyes folyadékot nyerünk, melyben a mikroszkop alatt sok színtelen vérésejtet és fibrincafatot találunk. A methylenkével megfestett fedőüvegkészítményeken a színtelen vérésejtekben többé-kevésbé jól felismerhető diplococust találunk. Sem a methylenkével, sem a Gram-eljárással megfestett készítményeken másféle bacteriumot nem találtunk. Június 17.-én. Az állandó magas láz megszakítás nélkül tart. Június 19.-én a jobb térd belső bütykénél incisiót végzünk, kevés véres folyadékot kívül egyebet azonban nem kapunk. Június 23.-án láza hirtelen 37.5° C-ra leszáll, fejfájásról, fülzúgásról is panaszkodik. Június 24. én teljesen láztalan, erős fülzúgása van. Június 26. A jobb térdizületére narcosisban nyújtott térd mellett gipszkötést kapott (*Csikos Sándor dr.*, főorvos). Június 27.-én. Ismét lázas, jobb füle még mindig fájdalmas, hallása teljesen jó. Június 30.-án. Jobb térde kevésbé fájdalmas, közérzete nyugodtabb, aludni is tud.

Július 2.-án ismét magasabb láza van, jobb füle kevésbé fáj. Július 9.-én teljesen láztalan, lábát a csipőben jól mozgatja. Nyújtott térd mellett új gipszárókötezt kapott. Július 10.-én. Két ápolónő támogatásával járógyakorlatokat végeztetünk vele, az első napokban csupán naponta kétszer. Július közepén már az ágy szélébe fogódzkodva s mankóra támaszkodva magától is tud pár lépést tenni, néhány nap múlva pedig székét maga előtt tolvá. Július végén már leküldjük a kertbe, hol időnként magától keveset sétál. Augusztus elején állapota ismét javult. Augusztus 10.-én levezszük a gipszkötést. Augusztus 14.-én a kórházat elhagyta és Pöstyénbe utazott.

A közölt kórtörténet alapján látjuk, hogy betegünkön a gonorrhoeás ízületi csúznak összes jelei megvoltak. Az ízületi csúz húgycsőnkánk után fejlődött és olyan ízületben keletkezett, melyben a statisztikai adatok szerint a leggyakrabban fordul elő, s bár több ízület volt megtámadva, mégis egy ízületben, a jobb térdben volt a legsúlyosabb, a legtovább tartó elváltozás, a többi ízületben, a bal térdben és a jobb kéz-tőben a fájdalom hasonlíthatatlanul csekélyebb volt s rövidebb ideig is tartott. Végül az ízületi punctióval eleget tettünk a döntő bizonyítéknak, Gram-negatív diplococcusokat találtunk, a melyeket a legnagyobb valószínűséggel diplococcus gonorrhoeae-nek tekinthetünk. Betegünkön egész betegsége alatt a szívhangok teljesen tiszták voltak, endocarditis felvételére semmi okunk sem volt. Így betegünk kikerülte az ízületi gyuladások egyik legsúlyosabb és legfélelmetesebb szövődményét, a mely az irodalomban közölt hasonló lefolyású súlyos esetekben aránylag ritkán hiányzik. A gonorrhoeás ízületi csúzok, sepsisek sokáig, hónapokig eltarthatnak, de ritkán halálosak, csupán a szövődmények válnak néha veszélyessé. A legrosszabb szövődmény az endocarditis. Ez többnyire hirtelen keletkezik, a betegnek magas láza támad, elesetté, igen gyengévé válik, a szíven zörejek hallhatók. Néha már napok múlva a szív belhártyáján és a billentyűkön fekélyek jelentkeznek, melyek jelentékeny roncsoláshoz vezethetnek s a létrejött szívbillentyű-elégtelenség folytán keletkező pangás vezet a halálhoz. Átlag minden tizedik gonorrhoeás csúzban észleltek a szíven szövődményeket, de míg a könnyű lefolyású csúzokban, továbbá a hosszantartó chronikus ízületi gyuladások eseteiben ritkábbak, addig az acutan jelentkező súlyos gonorrhoeás csúzokban ritkán hiányzik az endocarditis. Ilyen súlyos endocarditis esetet közölt 1869-ben *Fournier*, hol eredetileg a térdizületben volt genyes gyuladás. *Weschmirsky* 1885-ben közölt esetében a bal váll és mindkét könyök betegedett meg. A halál oka, mint a boncolás mutatta, endocarditis mellett keletkezett tüdőembolia volt, de a beteg ízületekben, sőt szétszórtan a test más részein is genyes góczokat találtak. *Widal* és *Faure-Beaulieu* eseteiben az aorta-billentyű jelentékeny fekélyesedése volt a halál oka.

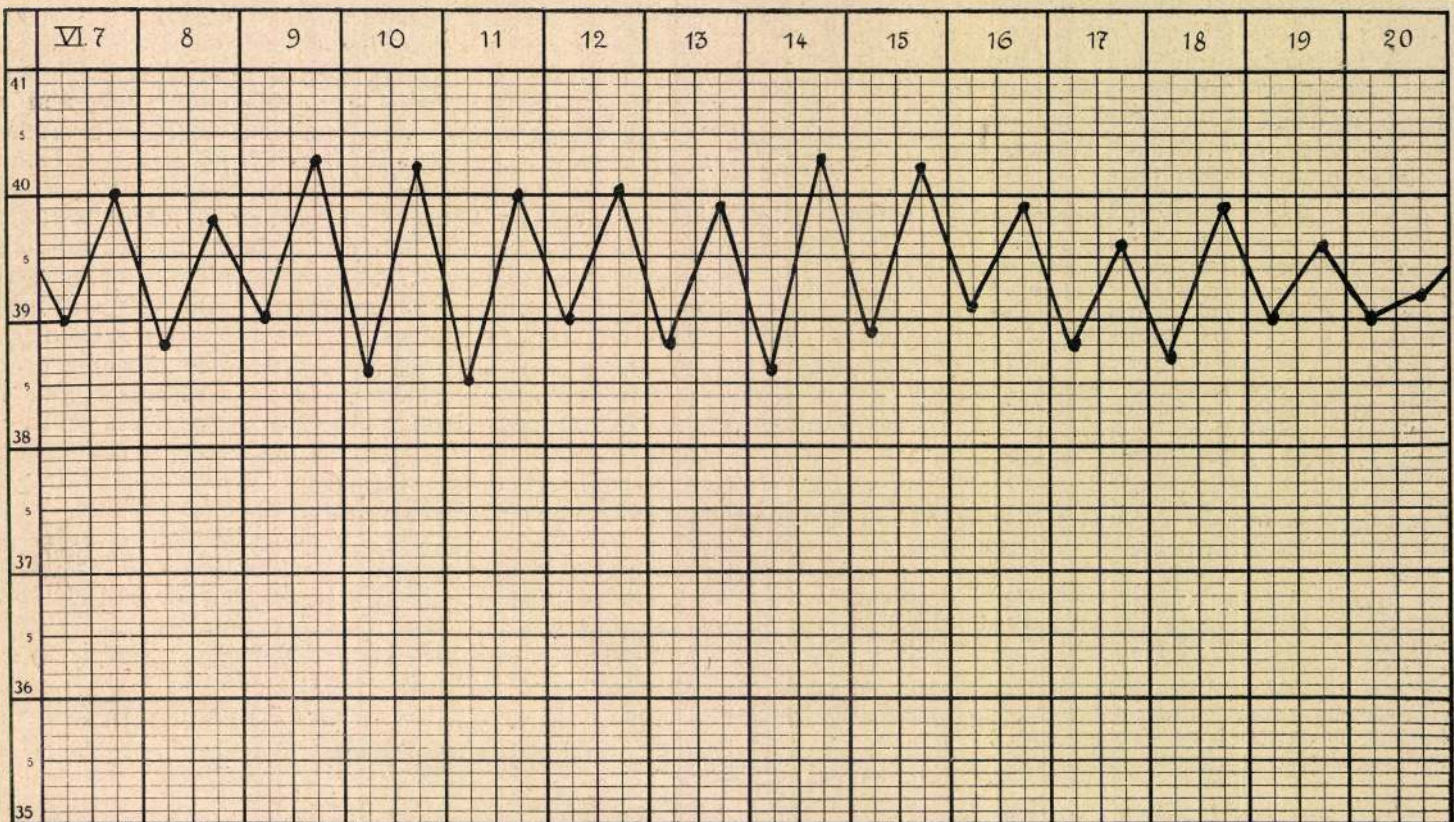
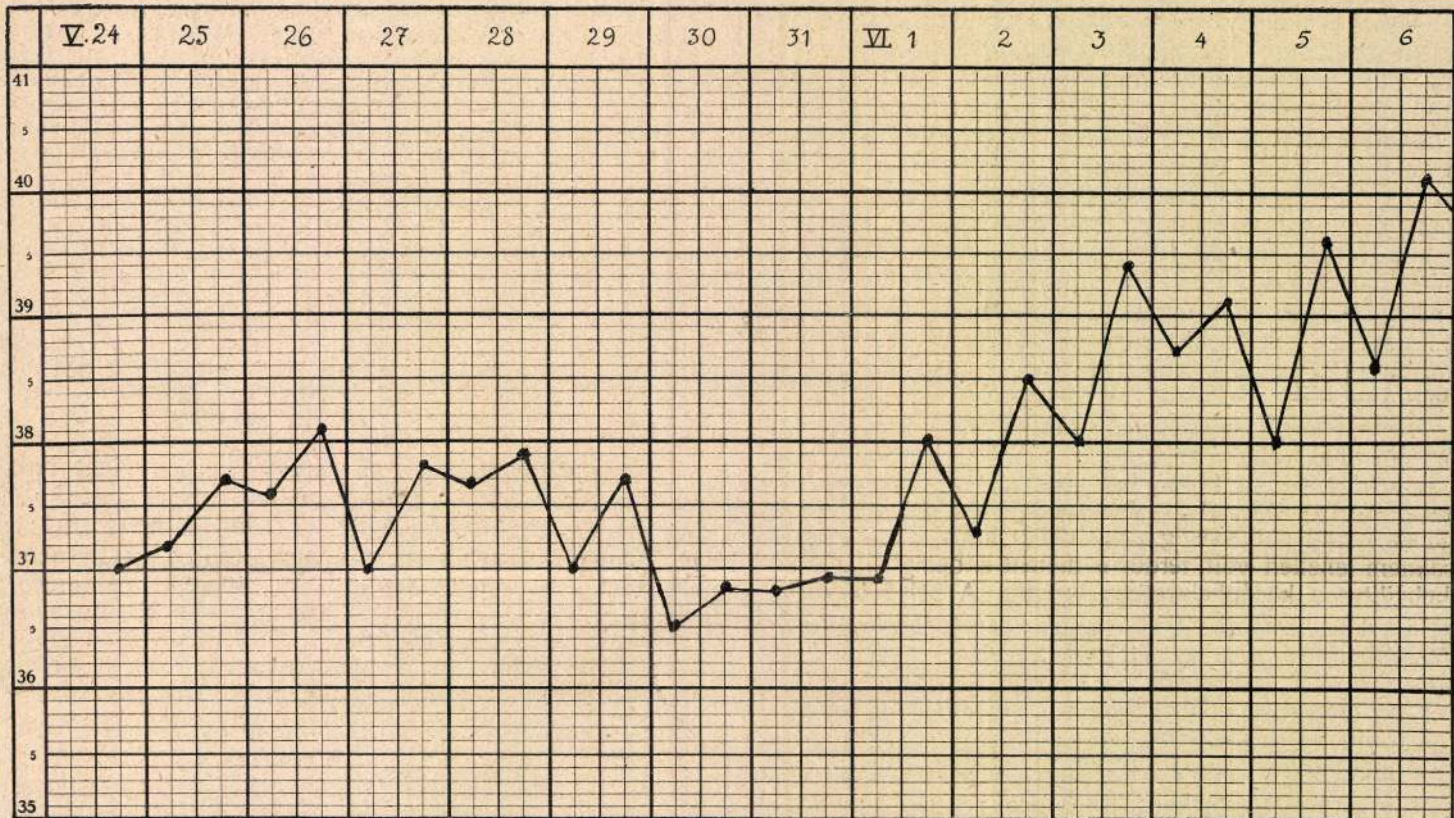
Betegünkön szerencsére beteg térdizületében sem keletkezett olyan súlyos szövődmény, a milyenről *König* megem-

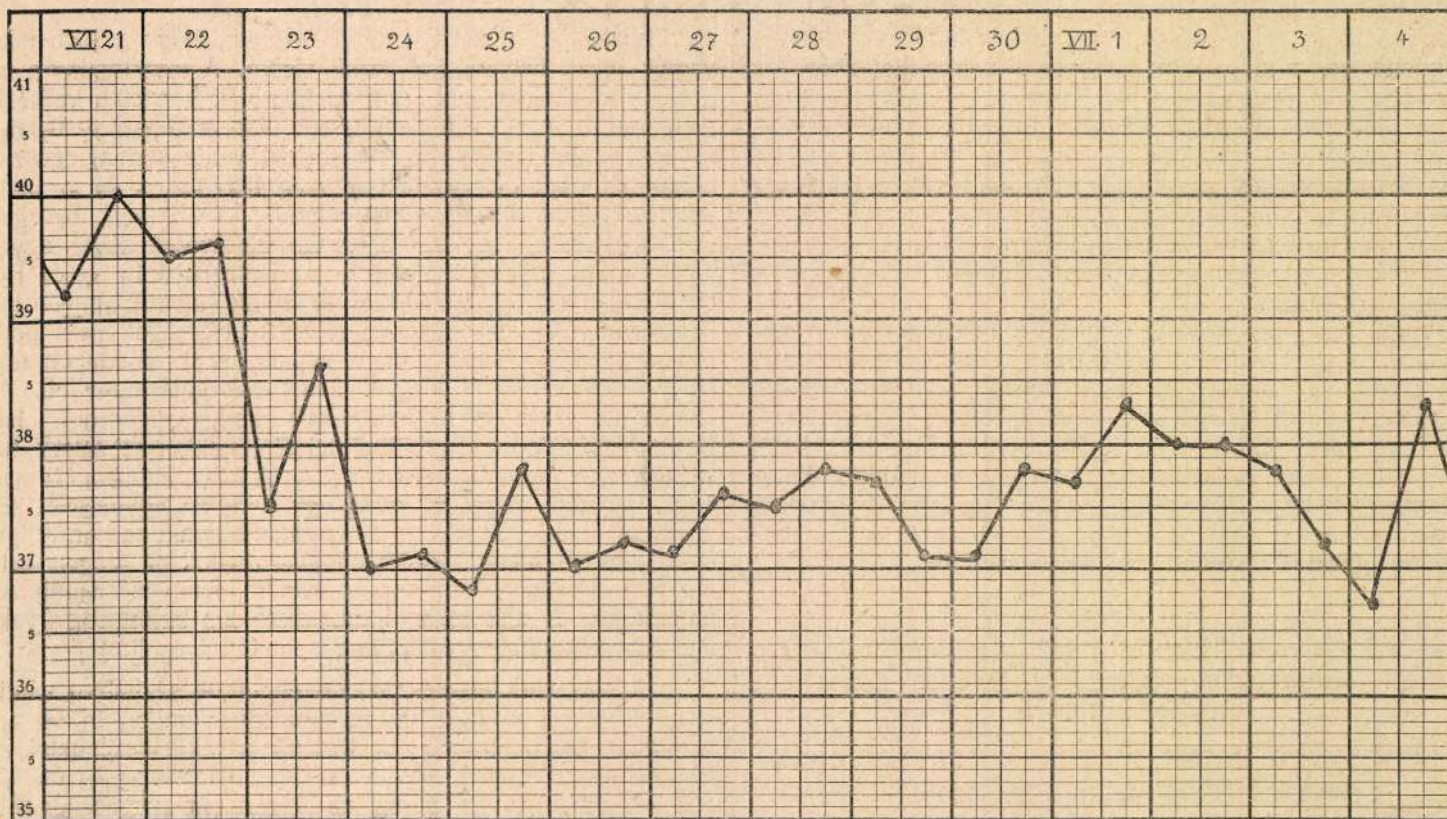
lékezik.* Ő a gonorrhoeás csúzókat négy csoportba osztja: a *hydropsra*, hol az ízületi üregben csupán savó halmozódik fel, az *arthritis serofibrinosára*, a genyes, *empyemás* alakra, végül a *phlegmonés* alakra. Ezen utóbbi alakban az ízületi üregben sok geny vagy savó nincs, ellenben az ízületi tokon, az ízületi felszínen, a szalagokon, sőt az ízületet környező szövetekben genyes góczok keletkeznek, melyek részben vagy egészben tönkreteszik az ízületi felszíneket, az összetartó szalagokat. Ennek következtében a legkülönbözőbb elgörbülések, ficzamosodások, sublaxatiók keletkezhetnek, melyekből még a legcélrányosabb kezelés dacára is a legjobb esetben merev izülettel gázol ki a beteg. Ilyenkor sokszor az ízületi üregben geny nincsen, csupán az ízületek környezete duzzadt, gyuladós, az ízület feletti bőr vörös, néha egészen

szederjes. Ezen alakot nevezték el egyesek *periarticularis* alaknak. Betegünkön az ízületi felszínen ilyen roncsolások nem keletkeztek, genyedés nem jelentkezett, így a gyuladás a legcsekélyebb ízületi merevség nélkül gyógyulhatott meg. Az ízületi csúzó veszedelmes alakja még a *szövetképző* alak, hol az ízületi felszínen burjánzások keletkeznek, vagy az ízületi tokhártya vastagodik, úgy hogy az ízület mozgása jelentősen akadályozottá válhatik. Ez nem csupán súlyos, hanem könnyűnek látszó gonorrhoeás csúzó után is megtörténhetik. A közölt esetben ez sem következett be.

Betegünk kórtörténete más szempontból is igen tanulmányos. Ha a mellékelt láztáblát megnézzük, akkor feltűnik, hogy míg közölt esetünkben a lázas időszakban a hőmérséklet többnyire 37—38° C között ingadozott, addig a június 2—23 közti időszakban, mintegy három héten keresztül a láz feltűnően magas volt. Ezen állandó magas láz, kisebb

* Deutsche medizinische Wochenschrift, 1893.





napi ingadozásokat leszámítva, állandóan 39–40° között ingadozott, június 23.-án pedig a hőmérséklet hirtelen leesett 37.5°-ra. A magas láz tartama alatt a jobb térdizület fájdalomossága az elviselhetetlenségig fokozódott, a mozgás ezen ízületben csaknem lehetetlen volt, térdét e mellett a beteg állandóan kissé behajlítva a középhegységben tartotta. A belső szervekben elváltozást nem tudtunk kimutatni, a láz alatt kiütések, roseolák nem jelentkeztek, semmi tünet sem mutatott hastyphusra, a vér- és savóvizsgálat is negatív maradt. A beteg öntudata teljesen ép volt, a typhusra oly jellemző bágyadságot, a környezet iránti közönyt nem észleltük rajta. Az amúgy is igen ideges ember nyugtalan, türelmetlen volt, a legkisebb zaj, lárma is izgatta, bosszantotta, ha orvosságát, ételét a szokott időben nem kapta meg, már türelmetlenül hívta az ápolónőket. Álmatlanságban is szenvedett, az este kapott 0.5–1.0 gr. veronal daczára aludni nem tudott, az altatószerek legfeljebb éjfélig tartó álmatlanságot eredményeztek. Fel-tűnő még, hogy június végén a láz megszűnte után mintegy két hétig nagy fülfájása volt. Mindezek daczára nem lehetséges-e, hogy bár klinikai tüneteket nem találtunk, mégis rejtett typhussal, a hastyphus úgynevezett *sepsises* alakjával volt-e dolgunk. Erről óhajtok még kissé részletesebben beszélni.

Izületi betegségek a typhusban elég gyakoriak, de ezek csak a betegség lezajlása után, a lábadozás alatt jelentkeznek. Hogy azonban már a typhus kezdetén, az első héten kezdődjék izületi gyuladás, vagy a typhusnak csupán izületi gyuladás és láz legyen az egyedüli klinikai tünete, a lehető legkritikább esetek közé tartozik. A hallószerv megbetegedései, különösen az otitis media a hastyphusban igen gyakori, ezért gondolkodóba ejthet a közölt esetünkben észlelt hosszas fül-fájás is. De a hallószerv megbetegedhetik a gonorrhoeás általános fertőzés eseteiben is, mikor a fülcsoncsok közti apró izületekben keletkezik a gyuladás. Lehetséges, hogy a betegünkön észlelt fülfájás is ilyen eredetű; végleges körjelzést tenni azonban előbb, mintsem a gonococcusokat a fülből kitenyésztettük, nem lehet. Tekintetbe kell még venni, hogy a serum-reactiók sem mindig pozitívek typhus esetén. A *Widal*-reactio egyesek szerint 95%-ban pozitív, mások szerint 84%-ban (*Weisskopf*), *Bates* szerint csupán 62.5%-ban. Többek között közöltek eseteket, hol a *Widal*-próba negatív volt, a bonczolás pedig hastyphust mutatott. *Wynn* írt le sepsishez hasonló 3 typhus esetet; ezek közül csupán egyben volt a *Widal*-féle próba az élőben is pozitív.

Betegünkön ezen körülmények nem dönthetik meg a gonorrhoeás sepsis diagnózisát, csupán azon kérdést tisztázták volna, hogy a gonorrhoeás sepsis mellett nem volt-e jelen hastyphus is. Az irodalomban több eset van közölve, hogy a streptococcusok és staphylococcusok által okozott sepsis typhussal együtt fordult elő, ellenben gonorrhoeás sepsis és typhus együttes előfordulását a rendelkezésemre álló irodalmi adatok alapján csupán két esetben találtam fel- emlíve. Ezen eseteket *Dieulafoy* közölte a *Presse médicale* 1909. évi május 19.-i számában.

Első esetében egy 23 éves pék betegségét írja le, ki a gonorrhoeás fertőzés után pár hétre magas láz és a hastyphusra valló jelenségek között betegedett meg. Fejfájása, hasmenése volt, lépe meg volt nagyobbodva, a szív felett endocarditises zörejekkel. Ezen esetben gonorrhoeás sepsis volt izületi lob nélkül. A szintelen vörsejtek száma 16.000; a *Widal*-féle reactiót 3 napi időközben kétszer, később harmadszor is elvégezve, negatív eredményekhez jutott. A beteg vérével kevert ascites-agarból gonococcusokat tenyésztett ki. A betegben a láz tartama alatt bronchopneumonia keletkezett; ekkor a köpetvizsgálattal a köpetben is kimutatták a gonococcusokat. A beteg mintegy 20 napig volt lázas, azután egy ideig láztalan maradt, jól érezte magát, pár hét múlva azonban ismét magas lázat kapott s ekkor a typhus összes klinikai jelenségei megvoltak, a *Widal*-féle reactio is pozitív volt.

Dieulafoy-nak második, *Hartmann*-nal együtt észlelt esetében az illető 1909 januáriusában szerezte a gonorrhoeát. 15 nap múlva a bal bokája duzzadt és fájdalmas, járni alig tud. A *Bier*-féle kezelésre állapota javult; február 17.-én azonban a jobb térde duzzadt, fájdalmas; a fájdalom nap-nap után erősebb, láza igen magas, 39–40° között. Négy-öt nap múlva hőmérséklete kissé alacsonyabb, 38–39° között ingadozik. Az ismételt végzett *Widal*-féle reactio negatív. A beteg állapota néhány hét múlva megjavult, de 1909 április elején ismét lázas lett: a typhusra jellemző klinikai jelek megvoltak s a vérpróbák is pozitívak voltak.

Dieulafoy mindkét esetében a typhus tehát követte a gonorrhoeás sepsist; azonban a typhusos fertőzés eredetét kimutatni nem lehetett. A többi beteg között typhus nem fordult elő, betegek a typhus kitörése előtt már heteken át a kórházban feküdtek. *Dieulafoy* az eseteit úgy magyarázza, hogy a gonorrhoeás sepsis és izületi lob által legyengített, kimerült szervezetben a typhus abdominalis bacteriumai könnyebben

erőhöz juthattak; azt azonban, hogy melyik fertőzés a régebbi, a typhusbacterium lappangott-e már régebben az illetőkben, kik ekkor talán bacillusgazdák voltak, vagy a gonorrhoeás sepsis tartama alatt másodlagosan került-e a typhus a szervezetbe, pontosan eldönteni nem tudjuk. Ismét az annyszor vitatott *vegyes fertőzés* kérdése az, a mely itt szóba kerül. A lehetőség megvan, hogy ezen két betegség egyszerre is meglegyen, vizsgáló módszereink azonban nem elég pontosak és megbízhatók, hogy az ilyen szövevényes esetekben mindig világosságot derítsenek.

Végül betegünk további sorsáról akarok pár szóval megemlékezni. Négy heti pöstyéni tartózkodás után állapota lényegesen javult, az ízületét jól tudta mozgatni, járása teljesen kifogástalan volt. A következő évben elköltözött Debreczenből és jelenleg nem tudok róla újabb adatot. Egy éven belül gonorrhoeás ízületi gyuladása azonban nem ismétlődött. Esete a szerencsések közé sorozható; igaz ugyan, hogy hónapokig súlyos fekvő beteg volt, de a gonorrhoeás ízületi lobok esetében oly gyakori recidiva nem következett be.

Közlés a kolozsvári Ferencz József tudomány-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr., egyetemi tanár.)

A koponyába hatolt idegen testek helyének egyszerű meghatározási módja.

Irta: *Vidakovich Kamill dr., II. tanársegéd.*

(Vége.)

A 8., 9. és 10. ábra minden előforduló hiba keletkezését feltünteti. A 8. ábrán a focus toldott el a koponya helyes beállításával; a 9. ábra mutatja a vetítési kép hibás voltát a képsíkon levő főpont elmozdulása mellett, a 10. ábra ugyanezen hibát a képsíktól távol levő főpont elmozdulása következtében. Gyakoriság szempontjából első helyen áll a 10. ábrán feltüntetett hiba, mert a felső főpont az, a mely legkönnyebben mozdulhat ki helyéből; ugyanis a Röntgen-lámpa rögzítve lévén az állványban, nem szenvedhet helyváltozást, a képsíkon levő főpont szintén nehezen hagyja el helyét, mert ezen nyugszik a koponya egész súlyával. Ha tehát a koponya mozog, ez úgy történik, mintha utóbbi körül mint középpont körül forogna, ezáltal pedig csak a felső főpont hagyja el helyét. Hogy a következőkben a correctio eljárás tárgyául mégis azt a hibát vesszük fel, mintha a focus mozdult volna el helyéből, azért van, mert mindhárom ábra hibáját ezen alapon magyarázhatjuk. Szoros értelemben véve, némi legkisebb különbség van az eredmények között, ez azonban oly kicsi, hogy számításunkat nem befolyásolja. Elméletileg a három correctio majdnem ugyanaz, külön tárgyalásuk pedig túlhaladná e dolgozat keretét, melyben az eljárás gyakorlati alkalmazhatóságának ismertetésére vagyok fő tekintettel. Azért csak a legszükségesebb megjegyzéseket teszem meg a 9. és 10. ábrára vonatkozólag.

A hiba tehát minden esetben olyannak tekinthető, mintha a focus a-ból a₁-be mozdult volna el, minek következtében b-főpont árnyéka b₂-ben látható, b₁ árnyéka változatlan, mivel a képsíkon nyugszik. A hibátlan vetítésben a két főpont (b és b₁) árnyékának egy pontban, azaz b₁-ben kellene lennie. Ezt a projectiót azáltal kapjuk meg, hogy a focust a két főpont által meghatározott fősugar irányába vesszük. Ebben csak a világitó központ és az idegen testek árnyéka szenvedett változást, maguk az idegen testek, valamint a képek is, nem változtatták helyüket.

Ugyanezen eredményt kapjuk, ha nem a focust igazítjuk a vetítéshez, hanem a koponya forgatásával b₁ körül a b-pontot is a b₁-a₁ egyenesbe hozzuk; ez történik a többi ábrán. Ezen vetítésben a₁ megmaradt focusnak, a₁ b₁ a fősugar iránya, A₁ B₁ az új képsík (merőlegesen a₁ b₁ fősugarhoz). Az idegen testek helye a koponya forgatásával szintén megváltozott, miáltal árnyékuk b₁ ponttól is különböző távolságra került a képsíkban. Mivel a viszonyok lényegesen egy-

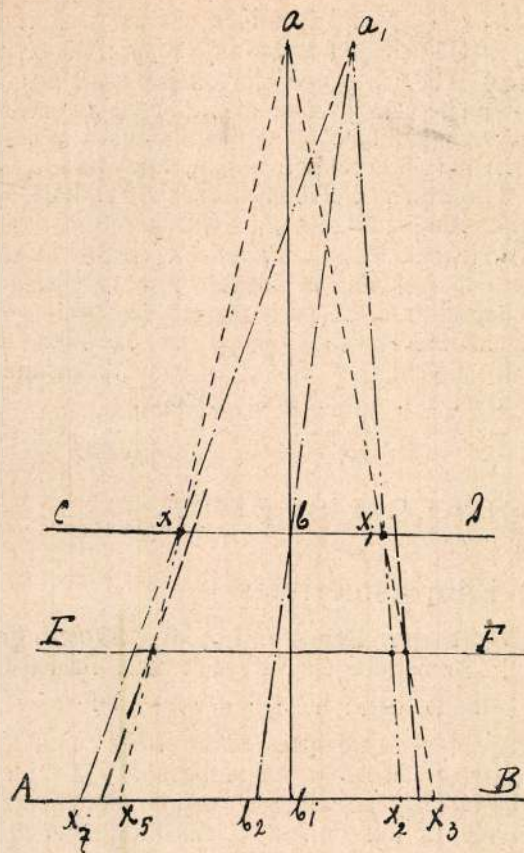
szerűbbek, ha a vetítést úgy kezeljük, hogy a focust a-ba vagyis igazi helyére helyezzük vissza. A továbbiakban ezen helyesbítésről lesz szó. A mint látjuk, a helytelen vetítésben a főpontot is x₁ x idegen testek után a képen x₇ b₂ b₁ és x₂ árnyékokat kapjuk; a rekonstruált vetítésben az egész kép eltolódik, csak b₁ pont marad meg helyben, x és x₁ pontok árnyékképei x₅ illetve x₃-ban láthatók, b-é b₁-ben, b₂ egybeesik b₁-gyel. x₇-x₅, b₂-b₁ és x₂-x₃ távolságok közel egyenlő volta miatt képesek vagyunk az ismeretlen b₁ x₅ és b₁ x₃ távolságokat a mindig rendelkezésünkre álló adatok alapján meghatározni. (A valóságban az említett távolságok nem pontosan egyformák, mert sem a képsík, sem az idegen testek helye nem változott meg a focus elforgatása mellett, A B képsík a₁ b₁-hez ferdén áll. Erről meggyőződhetünk, ha a focust kissé túlozva visszük el helyéből; ekkor azt látjuk, hogy x₇ közelebb jutott b₂-höz, mint x₂. A focus eltolása oly nagyfokú is lehet, hogy x₇ és b₂ egy pontban egybeesik. Ezek azonban olyan viszonyok, a minőkkel a gyakorlatban dolgunk nem lehet; a focus kisméretű eltolása mellett az idegen test és a b pont árnyékának vándorlása között bizonyos szabályosság mutatkozik. A mértanilag kimutatható kis különbség gyakorlati számításunkat egyáltalában nem befolyásolja.)

A correctio feladata az árnyékpontok szabályos vándorlásából, vagyis x₂ b₂ és x₇ b₂ elmozdításából x₃ b₁ és x₅ b₁ távolságokat meghatározni. Ez történik a rendelkezésünkre álló két képből, melynek egyike szolgáltatja az x₂ b₂ és x₇ b₂ távolságokat, másika pedig az idegen test magassági távolságát az A B képsíktól. E két adat alapján végezzük a correctio számítását.

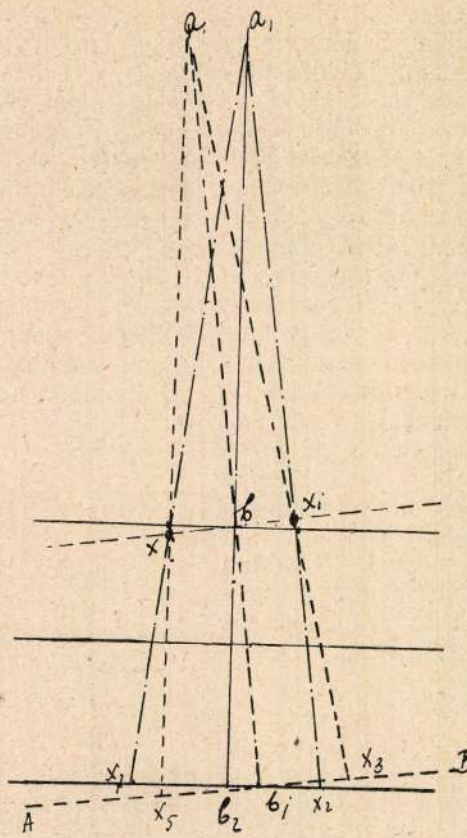
Ha különböző vetítéseket rajzolunk, melyeknél egyébként ugyanazon viszonyok mellett csak az idegen test magassági távolsága a képsíktól változó, azt fogjuk látni, hogy annak árnyéka — a mennyiben az idegen test ugyanazon vetítő sugárban fekszik — a korrigált vetítésben bizonyos szabályosság szerint közeledik b₁-hez vagy távolodik attól. Ezen szabályosság abban nyilvánul, hogy az idegen test, mely a képsíkban x₂ helyén van, a correctio alkalmával helyét nem változtatja b₁-hez képest, épp úgy nem változtatja helyét az x₇-ben lévő idegen test sem; ellenben a C D síkban fekvő x₁ pont vetülete x₂-ből x₃-ba jut, az x-é pedig x₇-ből x₅-be. Az ábrából az világlik ki, hogy x pont vetülete, ha x pont x₇-a₁ vetítő sugárban a képsíktól távolodik, a korrigált vetítésben közelebb jut b₁-hez, x₁-é pedig ugyanilyen körülmények között távolodik attól, mint a helyesbített vetítés fősugarának talppontjától. A C D sík magasságában lévő idegen test árnyékának kitérése x₇ x₅-re, illetve x₂ x₃-nak megfelelő távolságot tesz ki, a mi viszont, mint tudjuk, megfelel a b₁-b₂ távolságnak. A közbeeső magasságban lévő idegen testek árnyékának eltolása tehát szabályosan, illetve arányosan történik a képsíktól való emelkedésükkel O és b₁ b₂ között. Vagyis, ha az idegen test a b-b₁ közötti távolság közepében (felében) E-F síkban fekszik, akkor árnyéka x₇ b₂ + $\frac{b_1 b_2}{2}$

illetve x₂ b₂ - $\frac{b_1 b_2}{2}$ távolságra került a korrigált projectio fősugarának talppontjától, b₁-től; ha csak egy harmadnyira fekszik A B felett, akkor az árnyékeltolás különbsége is a b₁-b₂ távolságnak $\frac{1}{3}$ -át teszi ki a mondott értelemben. Gyakorlatilag úgy járunk el, hogy a b-b₁ távolságot az idegen test helye szerint bizonyos számú egyenlő részre osztjuk fel, ugyanannyi egyenlő részre felosztjuk a b₁-b₂ távolságot is. Az idegen test árnyékának távolságát b₁-től — a javított vetítésben — megkapjuk azáltal, hogy x₁ oldalán — vagyis azon az oldalon, mely felé a focus kitért — az ismert b, x₂ távolsághoz a b₁ b₂ távolság annyiad részét adjuk hozzá, a hányad részével a b b₁ távolságnak fekszik az idegen test A B felett; x oldalán pedig megfelelően ugyanannyit kivonunk az ismert x₇ b₁ távolságból.

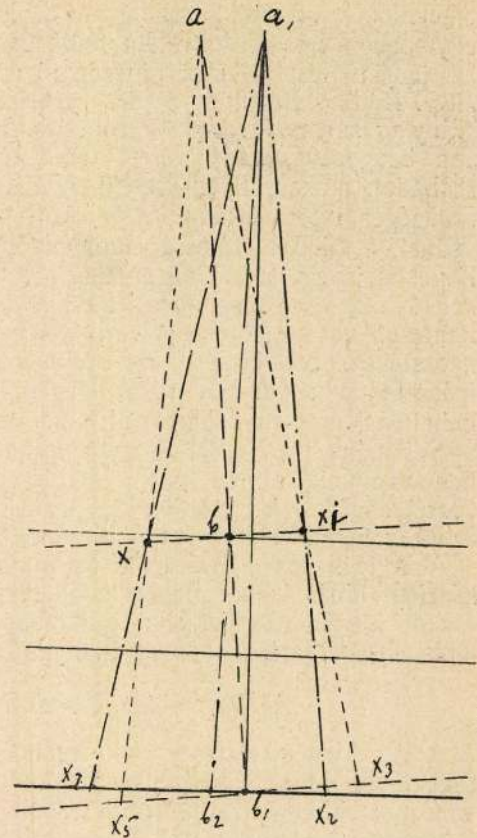
Ugyanezen értékeket kapjuk, hogyha b₂-től számítjuk a korrigált távolságot, csak hogy ekkor a hozzáadás és kivonás egymással felcserélődik.



8. ábra.



9. ábra.



10. ábra.

A mint a 9. és 10. ábra mutatja, ezek hibás volta épp úgy értelmezhető, mint a 8. ábráé, azért a correctió eljárás rájuk is éppúgy alkalmazható.

A tökéletesség kedvéért nem hagyhatom megemlítés nélkül azon eseteket sem, midőn az idegen test árnyéka vagy egybeesik a főpontok egyikének árnyékával, vagy azok árnyéka közé jut. Ez akkor fordul elő, a mikor az idegen test vagy a fősugárban — azaz az általa jelzett fősíkban —, vagy annak szomszédságában fekszik. Gyakorlatilag sok fontossága ezen

hiba javításának nincsen, mert ha ilyen közel a főpontok árnyékához látszik az idegen test árnyéka, akkor annak széle vagy egy része bizonyosan érinti a fősugarakat. Éppen ezért itt árnyékközéppontról beszélünk csak.

A nélkül, hogy elméletileg tárgyalnám az árnyékeltolódás szabályosságát, itt csak a javítás szabályait adom (11. ábra):

1. Ha az idegen test árnyékának középpontja annyi arányos részszel fekszik b_1 -től b_2 felé, mint a hányval az $A B$ képsík felett van, akkor az idegen test beleesik az $a-b_1$ fősugarába;

2. ha b_1-b_2 között az arányos távolság nagyobb, mint b_1-b között (mindig b_1 -től számítva), akkor a korigált árnyéktávolság egyenlő a b_1-b_2 arányos részek számával, kivonva belőlük a b_1-b arányos részek számát; az idegen test a fősugár x oldalán fekszik;

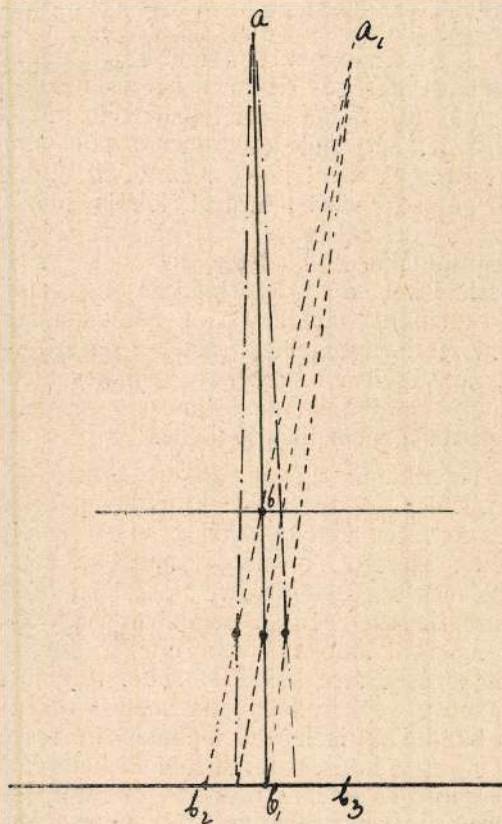
3. ha fordítva az idegen test árnyéka több arányos részszel fekszik b_1 felett, mint attól b_2 felé, akkor az idegen test b_1-a fősugártól x_1 felé van; árnyékának javított helye b_1 -től b_3 felé annyi arányos részszel lesz, a mennyivel több a b_1-b arányos részek száma.

Meg kell jegyeznem, hogy a correctio ezen esetekben nem olyan pontos, mint a mikor az idegen test távolabb van a fősugártól, de viszont itt oly kis távolságokról van csak szó, melyek nem zavarnak nagyon az idegen test felkeresésekor.

Hangsúlyozom, hogy a korigáló eljárás segítségével javított számértékek nem matematikai pontosságúak, de mindenesetre olyan megbízhatók, hogy gyakorlatilag igen jól beválnak. Hibás voltak mindig kisebb, mint a képen mutatózó hibájuk, mert az átszámítás útján mindig kisebb értékeket kapunk, ezáltal a hiba is redukálódik.

A korigáló számításból kitűnik az is, hogy az idegen test távolának meghatározásakor a frontális és sagittalis képsíktól, a két főpont árnyékának eltolódása függőleges tengely irányában nem zavar; ilyen hibás képeket csak a vízszintes fősíkhöz való távolság meghatározásakor kell javítanunk.

Végezetül a számításba becsúsztatható azon hibaforrásról is meg kell még emlékezni, melynek javításával szemben



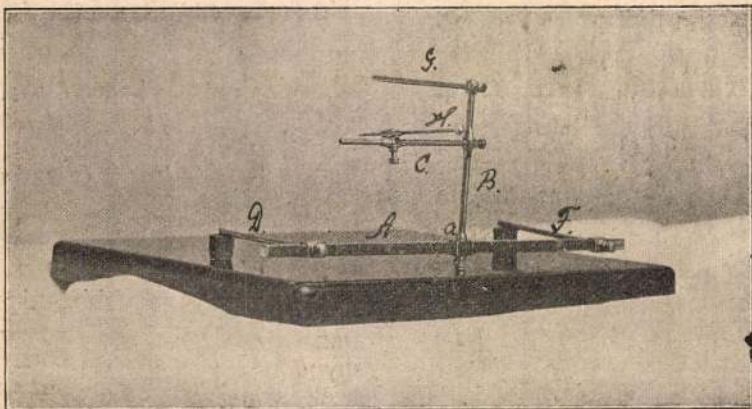
11. ábra.

tehetetlenek vagyunk. Ennek oka az idegen test és a koponya egymáshoz való viszonyában rejlik és azáltal jön létre, hogy az idegen test sokszor nincsen mozdulatlanul helyhez rögzítve. Különösen áll ez a friss sérülések eseteire, midőn az aránylag súlyos löveg puha, roncsolt, pépszerű agyállományba van beágyazva, vagy vérrel telt üregben, esetleg tömlőben szabadon mozog. Ilyen esetekben a golyó a fej beállításához szükséges mozdulatoknál is már oly fokú elmozdulást szenvedhet, a minő a számítás eredményére nézve nem közömbös. Kevésbé jó szóba az idegen test helyhagyó képessége régibb keletű sérülések eseteiben, mert ilyenkor az idegen testet rendszeren vastag kötőszövetes tok veszi körül és rögzíti környezetéhez. Szerencsére az előbbeni esetekben maga a természet jön segítségünkre az idegen test megtalálásában. A behatolási csatornán keresztül ömlő vérömleny vagy roncsolt agyállomány bizonyítja, hogy a testet magába foglaló üregben vagyunk, ebben pedig újabb agyszövet roncsolásának veszélye nélkül kereshetjük az idegen testet, melyet rendszeren az üreg legmélyebben fekvő részében találunk meg.

A javításos eljárás tehát azt mutatja, hogy kellő módon készített hibás képek alapján is megbízható pontossággal tudjuk az idegen test helyét megállapítani, a mi szintén az eljárás használhatóságának egyik nyomós bizonyítéka.

Az idegen testek eltávolításáról.

Az idegen testekre való reátalálás szabad kézből és szabad szemmel a számítás legpontosabb adatai mellett is nehéznek bizonyulván, *Hirsch Hugo* dr.-ral (sebészfőorvos Csíkszeredán) együtt a 12. sz. ábrán látható segédeszközt szerkesztettük, mely a golyó megtalálását a legegyszerűbb módon teszi lehetővé.*



12 ábra.

A műszer egymáshoz derékszögben álló és egymáson ide-oda tolható három fémkarból áll, melyek mindegyike a másikhoz a számítás útján nyert távolságra állítható be. Ha ez megtörtént, akkor a c-vel jelzett tű végének — az eszköznek a koponyához illesztése után — az idegen testre kell találnia.

A műszer használati módja a következő: Az A-kart párhuzamosan és megfelelően a vízszintes fősíkkal helyezük el a koponya azon oldalára, a melyiken az idegen test van. a-pont a megfelelő főponthoz illeszkedik. G, D és F léczekkel a műszer a koponyához erősítetik úgy, hogy A-tól számított egyenlő távolságokkal feküdjenek a megfelelő főpontokhoz. B-karon C kart a vízszintes fősík feletti távolságra állítjuk be; ezen H-tű távolsága B-kartól megfelel a függőleges fősíkok valamelyikétől (frontalis vagy sagittalis) nyert távolságnak. A C-kar áttolható a másik oldalra is, ha az idegen test F felé van. Ily beállítás mellett H-tűt csak egyenesen kell betolni a meglékelt koponyába, annak vége megfelelő mélységben kell, hogy érintse az idegen testet. Ha az a vízszintes fősík alatt van, akkor a műszert meg kell fordítani. A H-tű helyett villamos jelzőkutatást is használhatunk.

* Ezen eszközt is a *Reiniger, Gebbert és Schall* cég készítette.

Arra a kérdésre, hogy mi leend az eljárás gyakorlati értéke, azt hiszem, azt a feleletet adhatjuk, hogy friss sérülések eseteiben, melyekben a golyó eltávolítása csak a legfenyegetőbb állapot miatt van javalva, inkább csak az orvosnak lesz segítségére; az ilyen betegek életbenmaradása mindig a legkétségesebb. Bizhatunk azonban abban, hogy az idegen test eltávolításával a betegnek életbenmaradásához kedvezőbb feltételeket teremtünk. Határozottan nagy segítségére az orvosnak és előnyére a betegnek lesz az eljárás oly régibb keletű sérülések eseteiben, melyekben az idegen test helyzeténél fogva a központi idegrendszer zavarait okozza (izgalmi agytünetek, epilepsia, bénulások stb.). Hogy ily esetekben is minél számosabbak legyenek eredményes beavatkozásaink, bátorkodtam az eljárást a t. kartársakkal közölni.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A. Lesage: Lehrbuch der Krankheiten des Säuglings. Uebersetzt und mit Anmerkungen versehen von Professor *R. Fischl*. Leipzig, 1912. G. Thieme. 696 lap.

Fischl (Prága), kinek neve nagyszámú értékes munkálata révén gyermekorvosi körökben nagybecsült s a kinek *Marfan* „A csecsemőtáplálás kézikönyve“ című munkájának a németbe áttüzetését is köszönhetjük, lefordította németre *Lesage*-nak (Páris) jelen munkáját. Már az 1910-ben megjelent francia munka alapossága, a részletkérdések beható tárgyalása és eredeti, a megszokottól sok tekintetben eltérő felfogása folytán igen kedvező fogadtatással találkozott szakörökben; a német munka értékét pedig a francia eredetivel szemben még növeli azon körülmény, hogy a szerző a fordítás céljaira sok fejezetet egész újonnan átdolgozott, másokat közbeiktatott és az irodalmat is kibővítette, továbbá, hogy a fordító törekedett ugyan a mű eredeti jellegét megőrizni, de sok helyen tett rövidebb-hosszabb megjegyzéseket, különösen ott, ahol a szerző felfogása az általánosabtból lényegesen eltér.

A munka részletesen tárgyalja az egészséges és beteg csecsemőre vonatkozó összes kérdéseket. Különösen behatóan foglalkozik a csecsemő bonczolástani sajátosságaival, a természetes és mesterséges táplálás kérdéseivel, úgy hogy a munka jelentékeny részét ezek foglalják le. Majd az újszülöttek betegségeit tárgyalja kimerítően, s mint minket érdeklő körülményt említjük meg, hogy a szerző az első életnapokon mutatkozó görcsös vizeletkiürítést leírja után *Bókay*-féle spasmusnak nevezi el. Az öröklött bujakór és gümőkór után áttér a dystrophiákra, hol a szerzőnek bőséges alkalom nyílik a francia iskola felfogását kifejezésre juttatni. Nagy helyet juttat ezután az emésztőszervek bántalmainak, a légutak, az idegrendszer betegségeinek; majd a fertőző bántalmak, a köztakaró, a húgyivarszervek betegségeinek alapos, gondos tárgyalása után még a mérgezéseknek is szentel néhány lapot. Az egész a diätetika zárja be.

Nem tagadhatjuk ugyan, hogy a szerző a munka sok részletében, főleg a diathesiseket és a táplálkozási zavarok lényegét és kezelése módját illetőleg, olyan felfogásnak törekedik érvényt szerezni, a mely a miénkkel sok tekintetben nem egyezik meg s a melyre nézve tapasztalataink nem teljesen fedik a francia szerzőt: a rendkívül nagy gondnal, alaposan megírt munka kiváló értékét azonban ezen körülmény legkevésbé sem befolyásolhatja. Különösen becsesté teszi még a művet a sok irodalmi adat, melyek során a francziák mellett a külföldiek is lehető méltatásban részesültek, továbbá az egyes kérdések történelmi fejlődésének vázolója, mely sok érdekes és értékes részlettel gazdagítja ismeretünket.

A fordítás stýlusa élvezetes A kiállítás szép.

Flesch Armin dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A tüdőgümőkór sebészi kezeléséről ír *Sorgo* docens (Alland), a következőkben foglalva össze tapasztalatait: A mesterséges pneumothorax a beteg tüdő collapsusa, illetve komprimálása révén kedvező viszonyokat teremt a beteg tüdő gyógyulása számára. Ennélfogva ez a gyógyításmód indokolt minden súlyos egyoldali tüdővésztes folyamat jelenléte esetén. Az azonban nincs bebizonyítva, hogy a mesterséges pneumothorax a másik tüdőfélben is kedvező gyógyulási viszonyokat teremt, sőt éppen ennek az ellenkezője valószínűbb. A mesterséges pneumothorax egyébként a legtöbb esetben a testsúly fogyására is vezet, a minek az oka még ismeretlen, de a mi esetleg fokozhatja a másik tüdőben a gümőkóros folyamat terjedésére való hajlamot. Ezért csak olyan esetekben szabad ezt a kezelésmódot használni, a melyekben a másik tüdőben csak a csúcsra szorítkozik a folyamat, kistokú és eléggé jótermészetűnek látszik; hogy mindezt megtudjuk, célszerű előzőleg huzamosabb sanatoriumi kezelésben részesíteni az illető eseteket. A pneumothoraxos kezelés eredménye lényegében a másik tüdőfél magatartásától függ. Biztos prognózis a kezelés befejezte előtt nem mondható. (Wiener klin. Wochenschrift, 1912, 34. sz.)

Parasita-peték kimutatására a bélsárban *Yaoita* (Tokio) új eljárást ajánl, a mely röviden a következő: A lehetőleg friss bélsárnak öt különböző helyéről vett borsónyi darabkákat kémlőcsőben 25%-os antiiforminnal erősen összerázunk, a durvább részek eltávolítása céljából az egészet gaze-on át bocsátjuk, centrifugáljuk, az üledékhez hígított sósavat és kevés aethert adunk, erősen összerázunk és újból centrifugáljuk. Ilyen módon eljárva, a mikroszkopi vizsgálat nagyon szép világos képet ad és a bélsárban volt kevés pete is könnyen kimutatható. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 33. sz.)

Sebészet.

Az idősült appendicitis kórjelzéséről ír *L. Dreyer*. Kétségtelen, hogy a chronikus vakbélgyulladás diagnosisa gyakran nagy nehézségbe ütközik. Ennek oka abban rejlik, hogy nincs olyan biztos diagnostikai tünetünk, a melyből feltétlenül következtethetnénk a betegség jelenlétére. A szerző ezért egy több esetben megfigyelt, eddig még nem ismert tünetre hívja fel a figyelmünket, melyet oly betegeken tapasztalt, a kikre nézve idősült appendicitis gyanuja állott fenn. Betegeinek valamennyiére jellemző, hogy a bajt acut appendicitis előzte meg, vizsgálatkor azonban már sem az ileocecalis tájon, sem pedig a has egyéb területén nyomásérzékenység nem volt jelen. A végbélen keresztül mi sem volt tapintható. A szerző a végbélen keresztül levegőt bocsájtott be a vastagbélbe, mely a midőn a caecum tájáig jutott, a betegeken ugyanoly fájdalmat idézett elő, a melyet az előbbi rohamok alkalmával tapasztaltak. A fájdalomérzés rendszerint a köldöknél kezdődött és onnét haladt az ileocecalis táj felé. A műtét, melyet a szerző a megvizsgált egyénekben végzett, kétségtelenné tette ezen tünet jelentőségét. Ellenőrzés céljából oly egyénekben is kísérletezett, a kiken appendicitis gyanuja nem volt jelen. Ezen esetekben a felfúvással a betegek fájdalomérzést az említett helyeken nem jeleztek. Természetesen a felfúvás előtt a beleket ki kell takarítani. (Münchener med. Wochenschrift, 1912, 34. sz.) Ifj. *Hahn Dezső* dr.

Idegkórtan.

A fiatalkori izomgörcsök ismeretéhez szolgáltatt klinikai adatokat *L. C. Bregman*. A könnyen felismerhető mozgási zavarok — chorea, tic, athetosis — kívül előfordulnak fiatal embereken atypusos görcsformák, melyeket hajlandók vagyunk hysteriásnak tekinteni, melyek azonban sokkal súlyosabb, progressiv jellegűek. Egy ilyen atypusos görcsös

betegséget ír le a szerző, mely sajátságosan csupán zsidó származásúakon észleltetett s következően jellemezhető: A görcs a gyermekkor vége felé kezdődik az egyik végtagon; később elterjed, de sokszor az egyik testfélén jóval erősebb, mint a másikon. Legerősebben a járásra szolgáló izmokat támadja meg; tonusos és clonusos görcsök combinációja, melyek közül az utóbbiak állandó, arhythmias izomnyugtalan-ságot, az előbbieket feltűnő deformációkat (pes equino-varus, genu recurvatum) okoznak. A rángások egyes izmokra vagy izomcsoportokra szorítkoznak; akaratos mozgásokhoz nem hasonlítanak, inkább néha choreához vagy clonikus remegéshez. A görcs intenzitása igen változó; járáskor, álláskor fokozódik. Az aetologia teljesen homályos. (Neurologisches Centralblatt, 1912, 14. sz.) *L.*

Szülészet és nőorvostan.

Az eclampsia conservativ kezeléséről ír *Lichtenstein* (*Zweifel*, leipzig szülészstanár assistense). 1911 április 1.-étől 1912 márczius 31.-éig 45 eclampsia-esetet kezelt, még pedig szakítva az eddigi activ therapiával. Eljárásmódja a következő volt: fősúlyt helyezett a venaesectionra és mellel a *Stroganoff*-féle narkotizáló eljárást alkalmazta. Ha az eclampsias asszonyon a szülőfájások még nem indultak meg vagy a kezdetén vannak, akkor 500 cm³ vért bocsát ki (primärer Aderlass). Ha a felvételkor a szülést rögtön be lehet fejezni, vagy már megszült az asszony, rögtön a szülés után, minden várakozás nélkül ismét 500 cm³ vért csapol le. A vérvétel után *Stroganoff* szerint morphium- és chloradagolással kezeli az asszonyokat; a narcosist nem tiszta chloroformmal végzi, hanem vagy Billroth-keverékkel, vagy tiszta aetherrel. Melegét (izzasztást) nem alkalmaz, mivel a vér besűrűsödését ezáltal fokozni véli. A mortalitás ezen eljárással 11.11% volt (míg az utolsó 10 évben a leipzig klinikán 18.5% volt az általános eclampsias halálozás). (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 33. sz.) *Scherer* dr.

Bőrkórtan.

Adatok az eczema pathogenesiséhez czímen részletes tanulmányt írt klinikai és kísérletes alapon *St. Weidenfeld* (Wien). A szerző vizsgálatai szerint az eczemas betegek bőre az egészségesekével szemben elváltozottnak mutatkozik. Ennek legjobb kifejezője a crotonolajjal elért reactio minősége. Hevenyes eczemában szenvedők bőrén ugyanis a crotonolaj-reactio sokkal intenzivebb és gyorsabb kifejlődésű szokott lenni, mint más egyén bőrén. A reactio olykor gyöngy mértékben jelentkezik eczemasok bőrén s ilyenkor bizonyos idő multán (latens időszak) a lobos reactio az eczemanak tulajdonságát veszi fel (transformált reactio). Az elsődleges eczemas gócz gyógyulás esetén is fokozott érzékenységet tanúsít ingerekkel szemben. Hasonló az érzékenység azonban a bőrnek többi részén is. Az elsődleges eczemas gócz izgatásával mesterségesen másodlagos góczok is létesíthetők. Ezeknek a localisatiója megint a különböző külső ingerektől függ. A secundaer góczok létrehozásának lehetősége eczemasok bőrén némi analogiát mutat bizonyos más bajokra vonatkozóan (urticaria, dermatographismus). A bőr e fokozott ingerlékenységének okát toxikus anyagokban kell keresnünk, melyek hosszabb-rövidebb időre a bőrnek elváltozásait idézik elő. A szerző a supponált toxikus anyagoknak keletkezése helyét elsősorban az elsődleges eczemas góczban keresi, de fölveszi, hogy idővel bármely más gócz is termelheti a toxikus anyagot. Az elsődleges gócz keletkezése idősülten ismétlődő, traumás ingerekre vezethető vissza. A supponált toxikus anyagok e szerint ezeknek az ingereknek a bőrben kifejlődő reactiói (analogia: égések, Röntgen-dermatitis). Lehetséges azonban az is, hogy a bőrnek elváltozásai oly toxikus anyagok által jönnek létre, melyek belső szervek megbetegedéseiből avagy egyéb anyagcsere-termékekből származnak. A toxikus anyagoknak a bőrre való hatását a szerző véleménye szerint úgy kell el-

képzelné, hogy azok a bőrt traumás ingerekkel szemben sensibilizálják. Az ily módon sensibilizált bőrnek külső ingerekre való reakciója specifikus, amennyiben mindenkor csak eczema jöhet létre, jóllehet az ingerek mineműsége változó lehet. Az eczema mineműsége a bőrnek alkatától és a betegség idején való állapotától is függ. (Archiv für Dermatologie u. Syphilis, 1912, 109. k., 3. f.) *Guszman.*

Húgyszervi betegségek.

A prostatahypertrophiának a herék röntgenezésével történt kezeléséről ír *Tappeiner*. A szerző a heréknek különösen *Wilms* és *Posner* által ajánlott röntgenezését 5 prostata-túltengésben szenvedő betegen kísérte meg; ezek közül 4 már a prostatismus harmadik szakában állott, egy pedig még csak a legelején tartott. A prostatismus harmadik szakában állott betegek egyikén a szerző az említett eljárással teljes s tartós sikert ért el; a többi négynek állapotában azonban csak kisebb-nagyobb javulás következett be. Arra a kérdésre, hogy ezek az eredmények a herebesugárzásnak, avagy az e mellett tovább folytatott katheter-kezelésnek tulajdonítandók-e, a szerző a felelettel adós maradt. Ezt a vértelen eljárást, mely a betegre nézve semmiképp sem hátrányos, mindenképpen érdemes mindazon esetekben megkísérteni, melyek műtétre már nem alkalmasak; de a legmegfelelőbbek azok az esetek, a melyekben a prostata elég puhának mutatkozik, a hol tehát feltételezhetjük, hogy a hypertrophia legnagyobb részben még mirigyos állományú. (Deutsche Zeitschrift für Chir., 115. köt., 5—6. f.) *Drucker.*

Venereás betegségek.

A Japánban fekvő Kusatsu-fürdőt, mint a syphilit gyógyító híres fürdőhelyet ismerteti *E. Papellier*. A szerző szerint alig van a földkerekségen még egy ország, a mely oly gazdag volna gyógyforrásokban és ásványvizekben, mint Japán. Magyarán ezt a talajnak vulkános természetű. Az eddig ismert thermák száma több mint 1100. A japán gyógyvizek főfészke a Tokiótól észak-nyugatra hosszan elhúzódó hegységtömeg, az ú. n. japán alpesek. Kusatsu-fürdő is itt fekszik, és pedig 1200 méter magasságú fensíkon. A fürdőhelyet nem övezi kies park, ezt a japán fürdőkben még nem igen ismerik. A kilátás azonban nagyszerű, mert köröskörül magas hegyek környezik. Magas fekvése miatt Kusatsuban a fürdőszaison rövid ideig tart, júniustól szeptember közepéig. A telep közepén nagy téren törnek elő a forró kénes források. Innen vezetik a vizet bambusvezetéken a nyilvános fürdőkbe és a hotelek magánfürdőihez. A valódi kúrát úzők s főként a szegényebb fürdővendégek a nyilvános bassineken fürdenek. A fürdés már a hajnali órákban veszi kezdetét. Az egész procedura, európai szemmel nézve, kissé komikusnak látszik. Tekintve, hogy a víz 50—58° C meleg, még a gyermekkorától a forró fürdőhöz szokott japáninak is hozzá kell készülnie a víz nagy melegéhez. E célból sima deszkákra ülnek a fürdőzők a vízbe s csak apránként érintik testükkel a vizet. Közben merítő kanálakkal öntik le fejüket s testüket a forró vízzel. Mindez a fürdőmester intézkedésére történik. Az egész bevezető műveletet a betegek karéneke fűszerezi. Ezután az következnek, hogy a fürdőző beteg nyakig bemegy a vízbe, de csak rövid néhány percze, mert a fürdőmester órával a kezében ügyel az alámerülés tartamára. Közben párénék folyik a fürdőmester és a fürdőzők között. A fürdőmester pl. ezt énekl: „Három perczig kell fürödni; most már csak két perczet, s most már csak egy van hátra! Csak türelem! Mert türelemre szükség van; most elég volt, ki a fürdőből.” Minden perc kikiáltása után a betegek kara refrainnel válaszol. A refrain idővel majdnem jajgatássá válik, mert a forró víz tűrhetlenné kezd válni. Innen a türelemre való intelem. A fürdőből előkerülő rákvörös fürdőzők most a csarnokba lépnek, a hol teljes csöndnek kell lennie, mert a babona szerint csak akkor van a fürdőnek hatása.

Föltűnő, hogy apoplexiás rohamok csak kivételesen fordulnak elő, saisononként 5—6 esetben. Az erős kúra — naponta 3—5 ilyen fürdő, 5—6 heti tartammal — rendszeren nagyon legyengíti a fürdőzőket. Fokozza szenvedésüket, hogy az erős, izgató víz heves börgyuladásokat is okoz.

Kusatsu-fürdőn megállapított gyógydíj nincsen, de azért elvárja azt a vezetőség minden valamirevaló vendégtől. Nincsen is baj e körül, mert a japán inkább bőkezű, mint fukar. A gyógyhatás *Baelz* tanár tapasztalása szerint lues eseteiben jó és szembeszökő, de igen alkalmas a kúra rheumás és köszvényes betegek számára is. Sőt állítólag még a könnyebb leprás esetek is meggyógyulnak tőle. A fürdőtelep közelében van ezért a leprás falu is, a hol a leprás betegek együtt tanyáznak. Ezekből Japánban különben igen sok van, a hivatalos statisztika szerint 102.585 beteg. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 31. szám.) *Guszman.*

A házinyulak syphilisével kísérletezett *J. Finkelstein* (Moszkva). A szerző állatkísérletei azt bizonyítják, hogy a *Tomaszczewski* és *Uhlenhuth* módjára végzett syphilises oltásokkal a syphilisnek valamennyi főalakja létrehozható. Létrehozhatók tehát 1. elsődleges affectio, induratio képeben, 2. másodlagos lueses tünetek: papulák, keratitisek, iritisek, 3. gummaszerű beszűrődések s egyéb rokon tünetek. Az oltási syphilis minden nyilvánulásában a spirochaeta kimutatható volt. A házinyúl általában igen fogékony az emberi syphilissel szemben, leginkább tapasztalta ezt a szerző a házinyúl albinós orosz fajtáján. Az emberi syphilisvirusnak virulentiája fokozódik a házinyúlra nézve, ha az állati szervezetén több passage alakjában megy keresztül. E mellett szól: 1. a sikeres pozitív oltások arányszámának emelkedése, 2. a generalizált syphilisnek gyakoribb kifejlődése. A kísérleti úton létrehozott házinyúl-syphilisnek klinikai, kórszövet-tani és bakteriologiai képe alig különbözik az emberi syphilisétől. A syphilises házinyúl serumában complementkötő anyagok találhatóak, agglutininek és curativ anyagok azonban a szerző szerint nem mutathatók ki. (Berl. klin. Wochenschr., 1912, 32. sz.) *Guszman.*

Fülorvostan.

A dobhártya érzéstelenítéséről ír *Blegvad* (Kopenhagen). A dobhártya érzéstelenítésének nehézsége a dobhártya többrétegű laphámjában van; hogy a dobhártya érző idegeire hathassunk, az epitheliumot destruálnunk kell. *Bonain* erre phenolt, *Gray* anilinolajat használ, *Ruprecht* pedig a vizes alypinoldat okozta maceratiót. A szerző a salicylsavat ajánlja a következő solutióban: Rp. Cocain. hydrochlor. 1:0; Acid. salicylic. 1:0; Spirit. concentr. 2:0; Solut. adrenalini 1⁰/₁₀₀ gtt. XX. Ezen oldattal átitatott kicsiny vattatampon szorosan a dobhártya azon részére illeszt, a melyet incindálni akar. A betegnek azonnal égető fájdalomérzése támad, a mely azonban csakhamar elmúlik; elegendő az is, ha a folyadék a dobhártya legfelső részével jut érintkezésbe, a mennyiben ilyenkor a manubrium mallei mentén haladó idegek útján a dobhártya alsó részében vezetési anaesthesia idéztetik elő. Ha nincs perforatio, vagyis a dobhártya epidermise ép, a folyadékkal átitatott tampon a dobhártyához illesztve, még 10 cseppet csepegtethetünk a hallójáratba s ezt steril hydrophilgaze-zal elzárjuk; 10—15 percz múltán rendszeren teljes anaesthesia áll be. Fontos kelléke a fájdalomtalan paracentesisnek a tű hegyes és éles volta. Ha a paracentesis-tűvel való óvatos érintése a dobhártyának még fájdalmas, akkor újabb tamponat kell behelyezni 10 perczre. *Blegvad* számos műtetet végzett a leírt érzéstelenítéssel (paracentesis, polypus-exstirpatio, partialis dobhártya-kimetszés, furunculus-incisio) és ezek jelentékeny részében teljes volt az anaesthesia. Intoxicatiótól nem kell tartani. Előnye még ezen eljárásnak, hogy a salicylsav erős desiniciens és a szerzőnek az a benyomása, hogy a fülbaj gyorsabban is gyógyult. Az orr és garat érzéstelenítésére is ajánlja az oldatot, mely a cocain nagyobb penetrációs képességének és a desiniciáló hatásnak előnyével is bír. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1912, 28. szám.) *Safranek* dr.

Mesterséges dobhártyának *Menz* gummiszivacsot ajánl. Az általános használatban levő (mosdó) gummiszivacsból hosszukás hengeralakúra vágott darabka az esetnek megfelelő módon formálva, kifőzés által sterilizáltatik, s valamely nem izgató antisepticumba, mentholglycerinbe áztatva vezetetik be a fülbe; e műveletre a beteg maga beoktatható. A szivacs igen jól adaptálódik a környezethez, genyedés esetén drainezőleg hat, a váladék nem retineáltatik, mint a vattából készült mesterséges dobhártya alkalmazásakor, bár ez utóbbi functionalis tekintetben igen jól megfelel. A szivacsdarabkát reggelente a beteg maga helyezi be, este pedig kivesszi; ha reactio nélkül jól tűri, néhány napig is benttartható a fülben, feltéve, hogy a fülgenyedés már teljesen meggyógyult. (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1912, 21. szám.)

Safranek dr.

Fizikai és diéta gyógyításmódok.

Az ideges álmatlanság hydrotherapiája. *Pototzky* az álmatlanságban szenvedőknek azon panaszából kiindulva, hogy az álmatlansággal egyidőben nyugtalanok s fejüket forrónak érzik, az álmatlanság megszüntetésére levonó és megnyugtató alkalmazásokat ajánl. De ezen követelések a megfelelő eljárások helytelen alkalmazása következtében számos esetben nem teljesülnek s a kúra e miatt kudarczsal végződik. Az álmatlanság kezelésére még a tankönyvek is többnyire olyan alkalmazásokat említnek, a melyeknek hatása nagyon is differens s ezek közvetlenül a lefekvés előtti időre rendeltetnek. Pedig a legfontosabb, a mit az álmatlanság lektüzdése céljából szemünk előtt kell tartanunk, az, hogy az általánosan fokozott ingerlékenységet leszállítsuk. E helyett pedig számosan (pl. *Determann*) azt ajánlják, hogy a láb-szárak lefekvés előtt hideg vízzel öntöztessenek le. Ez a beavatkozás az idegrendszerre ingerlően hat és — mint ezt *Glamser* kísérleteinek eredménye mutatja — vérbőséget idéz elő az agyban. A hideg lábfürdő is túlságosan ingerlően hat, úgyszintén a hideg folyólabdfürdő, valamint a váltakozó (meleg-hideg) lábfürdő is. Épp ily ingerlően hat a hideg ülőfürdő is, melyet *Strassburger* javasol. Kevésbé kedvezőtlenül hat, de viszont megbízhatatlan a *Brieger* és *Laqueur* ajánlotta melegfürdő. Nem helyes az sem, hogy estére fél-fürdőt vagy szénsavas fürdőt rendelnek (*Buxbaum*), mert ezek is ingerlően hatnak. *Strassburger* estére oxygenfürdőt is rendel; ez már megfelelőbb, de ezt is czélszerűbb valamivel korábban alkalmazni. Még a közömbös teljes fürdőt is helyesebb hosszabb idővel a lefekvés előtt adni. A szerző véleménye szerint az estéli vagy éppen éjjeli légfürdő is, a melyet *Determann* és *Laqueur* ajánl, kockázatos, mert izgatón hat és gyakran kellemetlen fázó érzést vált ki. Az eddig említett beavatkozásoknál kevésbé kedvezőtlen hatású az esti bepólyázás. A szoroson alkalmazott háromnegyed vagy teljes pólyát, a melyet *Laqueur* ajánl, csak kevesen tűrik kellemetlen érzés nélkül. Pedig a kellemetlen érzések kiváltásától, kivált a remélt elalvás előtt, óvakodnunk kell. *Determann* két óra hosszat rajtmaradó éjjeli félpólyáját sem tartja a szerző helyesnek. A *Laqueur* által ajánlott felmelegedő törzsborogató azonban, valamint a *Buxbaum* ajánlotta lábszárborogató is számos esetben kedvező hatású. Az éjjelre rendelt számos eljárás közül tehát éppen csak az utóbbiak válnak be. De azért a vízalkalmazásokat nem kell az álmatlanság elleni küzdelemben mellőzni, csak nem kell azokat estére rendelni. Ha már a beteg kedvéért okvetlenül akarunk valamit az elalvás idejére rendelni, adassunk hűvös (tehát nem hideg) lábszárpólyát és ezt is oly lazán alkalmazzassuk, hogy az illető, ha éjjel bántaná, lábával letolhassa. (*Zeitschrift f. physik. u. diät. Therapie*, 1912, 7. füzet.)

Lenkei.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Asthma bronchiale eseteiben a roham megszüntetésére *Ephraim* is nagyon dicséri az adrenalint; az 1:1000 oldatból $\frac{3}{4}$ —1 cm³-t kell a bőr alá fecskendezni. A némelyik

esetben jelentkező nyugtalanság és szívdobogás, valamint az arc elsápadása néhány perc alatt megszűnik. (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1912, 31. szám.)

A tanargentan 6% ezüstből és 20% tanninból áll, fehérjéhez kötve. *Hoppe* szerint nagyon jó eredménnyel használható tüdővészések hasmenése ellen. Naponként 3—4-szer adandó 0.5 gramm az étkezések előtt. (*Mediz. Klinik*, 1912, 27. szám.)

A rhodalzid (rhodanfehérje) *Schubert* szerint jó eredménnyel használható stomatitis foetida, pyorrhoea alveolaris, pharyngitis sicca és nagyfokú nyelési zavarokkal járó gégegümőkór eseteiben. Naponként 2 tableta adandó 8 napon át, azután 1 tableta szintén 8 napon át, majd 8 napi szünet után ismét 2 tableta stb. (*Therapie der Gegenwart*, 1912, 7. füzet)

Thiovinol néven *Camphausen* (Görbersdorf) egy gyógyszerkeveréket ajánl a légzőszervek különböző betegségei ellen; a keverék összetétele a következő: Guajacol 4.0, Extr. thymi 35.0, Extr. eucalypti 5.0, Sir. comp. 40.0, Aqu. destill. ad 100.0. (*Prager med. Wochenschrift*, 1912, 31. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 35. szám. *Purjesz Béla* és *Perl Ottó*: A typhus-bacillus előfordulásáról a hasi hagymázban szenvedők szájüregében. *Balog Irén*: Egy új chininkészítmény alkalmazása pertussis ellen.

Orvosok lapja, 1912, 36. szám. *Erdős Adolf*: A venereás megbetegedések prophylaxisa.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 36. szám. *Entz Béla*: A syphilis okozta elváltozások kórbonczana. „Szemészeti lapok” melléklet, 3. szám. *Vidék Rikárd*: Conjunctivalis fertőzés néhány ritkább esete.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Munkácsy Elek* dr.-t vágbesztercei járásorvossá nevezték ki.

Választás. *Osváth Jenő* dr.-t Romhányon, *László Ernő* dr.-t Krasznokvajdán, *Berger József* dr.-t Kutason körorvossá, *Szommer Gyula* dr.-t Ozorán közszégi orvossá választották.

A tisztii orvosi vizsga Budapesten október 21.-én kezdődik. Az előkészítő kurzus szeptember 23.-án indul meg. Bővebb felvilágosítást ad *Kaiser Károly* dr. (IX., Gyáli-út 7. sz.)

A budapesti önkéntes mentő-egyesület júliusban 1595 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1064 szállítást végzett, 173-szor mint mozgóórság szerepelt és 41 esetben vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A júliusi működési főösszeg tehát 2873.

Meghalt. *Laczkovich Elemér* dr., a déli vasút főorvosa, a székesfővárosi szent János-kórháznak évek hosszú során át igazgatósági szaksegéde, 45 éves korában szeptember 2.-án. — *Szigeti Gusztáv* dr., székesfővárosi gyakorló orvos, 49 éves korában augusztus 28.-án. — *Sir W. J. Sinclair*, a nőorvostan tanára a manchesteri egyetemen, augusztus 21.-én, 66 éves korában.

Az orvos általános természettudományi műveltsége. *Udránszky László* dr. egyetemi tanár a Magyar Orvosok és Természettudományi Társaság vándorgyűlésén fenti címmel tartott *Chyzer Kornél-előadásában* a természet és a természet tárgyai ismeretének, a természet törvényeivel való megismerkedésnek és a természettudományi gondolkodás elsajátításának fontosságát méltatva, arra utal, hogy az általános műveltség megszerzésének legelterjedtebben megszokott és legkönnyebben hozzáférhető módjai még ma sem adnak biztos alkalmat arra, hogy minden művelt ember megszerezhesse magának a természettudományi ismereteknek bizonyos készségét, és hogy ezeket az ismereteket arányosan tovább gyarapíthassa. A természettudományi tárgyaknak az általános műveltséget nyújtó tanintézetek, vagyis a középiskolák tantervében nehezen lehet kellő helyet biztosítani. E tárgyaknak helyzete a főiskolai, vagyis a szakképzettséget adó tanításban is merőben más, mint azoké a tárgyaké, a melyek az iskolák tantervében általában már régen helyet nyertek. Ez a körülmény az orvosok kiművelődésében is érezteti a hatását *Chyzer Kornél* orvosi tanulmányait oly időben kezdte meg, a midőn az orvostudománynak a természettudományok fejlődésével kapcsolatos hatalmas fellendülése már észrevehetővé kezdett válni. A nézeteknek, a módszereknek, a vizsgálódás és a bűvárkodás technikájának átalakulása élenként hatott ő reá. Nyilván ez is hozzájárult ahhoz, hogy ő már orvosi tanulmányai idején természetrajzi, főként állattani kérdések iránt érdeklődni kezdett, és hogy élete fogytáig egyesülve maradt benne az orvos és a természetbúvár. Egész orvosi pályáján, de különösen akkor, a mikor az ország egészségügyének élére került,

ebben a felelősséggel teljes munkásságában nagy előnyére volt, hogy ő — minden fajta conservativismusként esküdt ellensége — mindig szívesen látta, ha az addig megszokott irányt újjal, egyszersmind azonban jobbal kellett felcserélnie. Ő a fiatalságot is mindig lelkesíteni és vezetni igyekezett. *Chyzer Kornél* emlékének áldozva és az ő pályafutását irányító tényezők sorából azt kiragadva, hogy a természettudományokkal való foglalkozásnak milyen hatása volt az ő orvosi működésére és ennek kapcsán az orvos általános természettudományi műveltségét méltatva, felvetődik a kérdés, abban a mértékben gyarapszik-e az orvosok természettudományi műveltsége, a milyen mértékben a természettudományok tovább fejlődnek, megteszünk-e mindent, hogy a jövő orvosnemzedékek nevelésében a természettudományi műveltség megszerzésének valamennyi eszközét biztosítsuk? A válasz nem kedvező. Az orvostanhallgatók körében a természettudományi ismereteknek sajnálatos hézagosságára lehet akadni. Jelentékeny hiányokra bukkanunk főként az orvostanhallgatók kémiai, fizikai ismereteiben, valamint a biológiában való tájékozottságában. A három természetrajzi tárgynak a mai szigorlati szabályzat szerint kötelező puszta hallgatása teljesen illusorius értékű és semmiképpen sem ad kárpótlást azért, hogy az orvostanhallgató a középiskolából nem hoz elég természetrajzi tudást magával. A természettudományi műveltség hiányával az is kapcsolatban van, hogy a megfigyelésben érzett öröm, továbbá a jó megfigyeléshez szükséges éleslátás és kitartás is általában apadt. Hallgatóink képzelőtehetsége sem a kellő. A bajokon segítő, kívánnunk kellene, hogy a természettudományi tárgyak a középiskolában ne csak a mainál intenzívebb módon taníttassanak és jobban is legyenek elosztva, hanem egyben óhajtanunk kell, hogy e tárgyak gyakorlati oktatása is lényegesen fejlesztesse. Az egyetemeken pedig kívánatos, hogy a tanítás az előadások keretében felveendő tantételek helyes megválogatásával lehetőleg egyszerűsítették. Viszont azonban sürgős szükség, hogy a biológia elhanyagoltságán segítsünk, hogy az összehasonlító anatómiát a tanfolyam tárgyai közé iktassuk, hogy a fizikának gyakorlati tanításáról gondoskodjunk, és hogy a hallgatóság filozófiai és matematikai tudásának gyarapítására is ügyet vessünk. Minthogy sem a középiskolai tanulmányi időt, sem az orvosi tanfolyamra szánt időt megtoldani nem tanácsos, másféle megoldásra kell gondolni. A középiskola alkalmas reformálásán felül gondolni lehetne arra, hogy a középiskola tananyagának nyolcz évről hét évre történő összevonásával kapcsolatban a középiskola és a főiskola közé előkészítő tanfolyam iktatassék, mint a hogy pl. Franciaországban már 1894 óta a P. C. N. elő van írva. Mivel azonban sem a középiskola reformálása, sem előkészítő tanfolyam szervezése nem igen valósulhat meg, továbbra is a mai állapot fenntartására kell gondolnunk, de változtathatunk az orvosi tanfolyamon a réá szánt időnek megtoldása nélkül. Ez elérhető, ha a kötelező kórházi évet az egyetemen történő orvostudományba bevonjuk, a klinikai tárgyakból megkivánat szigorlatot és az orvosi képesítést a 10. félév vége helyett a 12. félév végére halasztjuk. Ezt megtevé, nemcsak a klinikai tárgyak kötelező hallgatását lehet czélzerűbben elosztani, hanem a tanulmányi rendben a fizika gyakorlati oktatásának, továbbá az összehasonlító anatómiának és a biológiának is helyet lehet szorítani.

Az orvosok vasárnapi munkaszünete nem csupán a külföld némelyik városában van meg, hanem hazánk egyik városában is már életbeléptették, a mint azt *Diósszilágyi Sámuel* dr. a „Gyógyászat” legutóbbi számában leírja. Közérdekű volta miatt szó ezert közöljük belőle a lényeges részt: „Makón f. év február közepe óta életbe lépett az orvosok vasárnapi munkaszünete és pedig akképpen, hogy vasárnap délután három órától hétfő reggelig egy orvos sem tart rendelést. A sürgős megbetegedéseket pedig ezen idő alatt hetenként felváltva más-más két orvos látja el. Az inspektív orvosok neveit rendszeresen közli a napilapok már szombat esti és vasárnap reggeli számaikban. A nem inspektív orvos táblát függeszt ki ajtajára, melyen a következő felírás van: „Ma délután rendelés nincs. A sürgős betegeket A. B. és X. Y. orvosok látják el. Tessék hozzájuk fordulni! S mondhatom, hogy a közönség a legkisebb mértékben sem vette rossz néven, hogy az orvosok hetenkint legalább egy fél szabad délutánt csináltak maguknak. Rendesen mennek az inspektív orvoshoz, ha sürgős orvossegélyre van szükség, de hangsúlyozni kívánom, hogy csakis akkor. Tehát nincsenek az inspektív orvosok túlterhelve, dacára a 38 000 lakosú nagy alföldi városnak. A pénztári betegek ellátására azonban ez intézkedés nem vonatkozik. Hogy az orvosok vasárnapi munkaszünete mennyire nem a közönség rovására megy, legjobban bizonyítja az a körülmény, hogy a napokban a makói gyógyszereszek is abban állapodtak meg, hogy a gyógyszerárakat felváltva 2—2 kivételével vasárnap délután bezárják. A mi csak természetes következménye az orvosok munkaszünetének, mert ha nincs orvosi rendelés, akkor nincs recept sem. Két orvos receptjeit pedig két gyógyszerész könnyen megcsinálhatja.”

Kiseb közlések az orvostudomány köréből. A *postoperatív halálesetek oka* *Petrén* szerint az eseteknek mintegy felében tüdőbeli szövődmény; az eseteknek negyedében az általános állapot rossz volta vagy komplikáló betegségek alkotják az okot; ugyancsak mintegy negyede a haláleseteknek műtét-technikai hibákra vezethető vissza; a postoperatív infectio körülbelül 7%-kal szerepel. (Bruns' Beitr. zur klin. Chirurgie, 79. k. 1. f.) — A *diphtheria-eseteknek* mintegy harmadrészében *Conradi* és *Bierst* a vizeletben megtalálta a diphtheria-bacillust. Ez a lelet fontos egyrészt azért, mert a diphtheria terjedésének egy új forrására utal, másrészt meg azért, mert eddigi felfogásunkkal szemben (hogy t. i. a diphtheria-bacillus csak helyben szaporodik el, az

általános keringésbe csupán az általa termelt mérge jut) azt mutatja, hogy a diphtheria is általános, legalább is időleges bakteriaemiával járó fertőző betegség. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 34. szám.) — *Typhus abdominalisban* *Cole* szerint leukopenia van. a fehér vérsejtek száma 4—5000, az egymagvú sejtek megsaporodottak, a polynuclearisok megkevesbedtek; a vérképnek ez a viselkedése a szövődmény nélküli esetekben korán megvan már, a Widal-reactio positiv volta előtti időben. (Milit. surgeon, 30. kötet, 6. szám.) — *Carcinoma* eseteiben *Krokiewicz* (Krakó) szerint magától a betegől vett vér kis (6 cm³) mennyiségének ismételt befecskendezése javítja a cachexiát, a mennyiben a fájdalmak, a hányás stb. csökkenését idézi elő. Gyökéres rákműtétek után is ajánlható ez az autohaemotherapia, mert a reconvalescentiát nagyon elősegíti. (Wiener klin. Wochenschrift, 1912, 35. szám.) — A *typhus-bacillusok előfordulását typhusos betegek szájüregében* vizsgálták *Purjesz Béla* dr. és *Perl Ottó* dr. tanársegédék a kolozsvári egyetem belklinikáján. Azt találták, hogy az eseteknek mintegy 60%-ában, kimutatható a typhus-bacillus a tonsillákon és a fogakon, még pedig néha már elég korán; továbbá azt találták, hogy a typhus-reconvalescensek tonsilláiról és fogairól is sikerül mintegy 50%-ban a typhus-bacillus kimutatása, még pedig néha a reconvalescentiának már meglehetősen előrehaladott szakában, a 25., illetve 47. napján. Ezek a vizsgálatok, illetve eredmények a prophyllaxis szempontjából mindenestre nagyon fontosak. (Gyógyászat, 1912, 35. sz.)

Személyi hírek külföldről. *O. Heubner*, a gyermekorvostan hírneves tanára a berlini egyetemen, a ki 1913 január 21-én lesz 70 éves, tanszékéről visszavonul. — Rendkívüli tanár lett: *W. Knöpfelmacher* (gyermek-orvostan) és *J. Bartel* (kórboncolóstan) Bécsben, *W. Herrenknecht* (fogászat) és *P. Moravitz* (belorvostan) Freiburgban. — Rendkívüli tanári címet kapott: *O. Crete* (Göttingen, stomatologia), *D. Ackermann*, (Würzburg, élettan), *F. Hamburger* (Bécs, gyermekorvostan). — *Calmette*, a közegészségtan és bakteriologia tanára a lille-i egyetemen, nyugalomba vonul. — *Eversbusch* tanár utódjává a müncheni egyetem szemészeti tanszékén *Hess* würzburgi tanár van első helyen jelölve. — *A. Maggiora* modenai tanárt a paduai egyetemen a hygiene rendes tanárává nevezték ki.

Lapunk mai számához *Richter Gedeon* czég *Kalmopyrin Richter* című prospektusa van mellékelve.

A vízben oldható gyógyszerek gyorsan jutnak felszívódásra a szervezetben és így igen gyorsan fejti ki therapiás hatásukat. Ilyen vízben oldható gyógyszerek a **Hydropyryn**, az acetylsalicylsav lithiumsója és a **Kalmopyryn**, az acetylsalicylsav calciumsója. Gyorsan fejti ki antipyretikus, antirheumatikus és diaphoretikus hatásukat. Vízben való oldhatóságuknál fogva igen könnyen adhatók gyermekeknek is főzetekhez és forrázatokhoz.

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA

belbetegek — spec. szívbetegek és üdülők részére.

ORVOSI LABORATORIUM Dr. MÁTRAI GÁBOR és Dr. SAS BERNÁT Telefon 26—96. VI., Andrássy-út 38. Vizsgálati tárgyak: Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transzudatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vértanvizsgálat (Wassermann) stb.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

Orvosi labororium Vezető: Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika. Szövetség-utca 14—16. Telefon 90—46.

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

Ujtátrafüred magaslati gyógyhely. Egész éven át nyitva. Vízgyógyintézet. Sanatorium. — Modern kényelem, közp. fűtés, villanyvilágítás. Prospektus. Vezető orvos **Dr. Szontagh Miklós**.

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

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

Dr. Widder Bertalan operateur orthopäed-sebészeti intézetét Budapest, VII., Rákóczi-út 10. szám alá helyezte át.

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. RÉH Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 16. Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, arteriosclerosis stb. ellen.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XVI. és XVII. rendes tudományos ülés 1912 május 11-én és 18-án.) 675. l. — A düsseldorfi orvosi akadémia gyakorlati kurzusa a sebészet haladásáról (1912 ápr. 15—28) 676. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 677. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XVI. rendes tudományos ülés 1912 május 11.-én.)

Elnök: Szontágh Félix.

Jegyző: Goldzieher Miksa.

(Folytatás.)

Nyúltvelő-daganat esete.

Sarbó Artur: Az esetet tulajdonképpen azért hozta el, hogy szembeállítsa azon extramedullaris gerincvelődaganat operált esetével, melyet *Alapy* operált (de a melynek bemutatása elmaradt). 48 éves férfiről van szó, a ki 1911 június elején kezdett rekedt lenni, rekedtsége mindinkább fokozódott, majd nyelési nehézségek is mutatkoztak. Két hó előtt jelentkezett a bemutatónál. Ekkor gége- és nyelés-hűdés, nyelv-sorvadás volt konstatálható, mely tüneteken kívül spasmosus térdtünetek és kétoldali *Babinski*-féle tünet volt észlelhető. Ezek szerint tehát vagus-, glossopharyngeus- és hypoglossus-hűdés mellett pyramisbántalmazottság képe volt jelen.

A bántalom helye kétségtelenül a fentemlített idegek magvainak tájéka: a nyúltvelő. A pyramisbántalmazottság is ezen helyről magyarázható meg, ha felvesszük, hogy ott egy térszűkítő folyamat játszódik le, a mely a pyramispályákra nyomást gyakorol. A folyamat minden valószínűség szerint glioma, vagyis intramedullaris daganatképződés.

Ritka tisztaságban látjuk itt az intramedullaris daganatképződés képét. Szemben a másik esetemmel, mely extramedullaris, de intraduraris daganat volt, hiányzanak a gyök-tünetek és érzés-zavarok. A betegnek semmi fájdalma sincsen.

A beteg további sorsa attól függ, vajjon a növekvő daganat mikor esik széjjel, mikor lágyul el. Ha tovább nő, a beteg fulladásos halálát hozza létre; ha szétesik, üregképződéshez vezet és létrejön a *syringomyelia* képe, a sajátos dissociált érzéshűdással; ma ennek még semmi jele sincsen.

(XVII. rendes tudományos ülés 1912 május 18.-án)

Elnök: Preisz Hugó.

Jegyző: Fáykiss Ferencz.

A sinusitis frontalis abscedensről.

Láng Kornél: A homloküreglobok (empyemák) legnagyobb része fertőző betegségek, leginkább influenza következtében támad. Az acut homloküreglobok nagy része spontán gyógyul, bár súlyos, gyakran letális szövődmények ilyen esetekben is előfordulnak. (1. esetem.) Egy részük chronicussá lesz s mint ilyenek megmaradhatnak éveken át mint szilárdfalú csont-üregek genyede, a nélkül, hogy az általuk okozott subjectiv kellemetlen tüneteken s az időnkinti exacerbatióval (roham) járó kínzó tüneteken kívül súlyosabb következményeket idéznének elő.

Mihelyt azonban a bántalom átterjed az üreg csontos falára, megszűnik localis bántalom lenni s súlyos orbitalis és cerebialis szövődményeknek lehet okozójává. A csontos fal megbetegedése utat nyit a fertőző anyagoknak a szomszédos orbitába vagy a cavum craniiba való bejutásra, ott orbitalis abscessusokat, phlegmonékat, thrombophlebitiseket és egyéb orbitalis szövődményeket okozva, itt extra- és intradurális, valamint cerebialis tályogokat, meningitiseket hozva létre.

A szövődményeket okozó, a homloküreg csontos falainak megbetegedésével súlyosított genyedegek egyedüli terapiája az idejekorán való gyökeres műtét, a mely az üregnek külsőleg sebészi úton való széles feltárásában (*Killian*-, *Riedel*- vagy *Kuhnt*-műtét) s minden károsnak eltávolításában kell hogy álljon s arra kell törekednie, hogy a még esetleg bekövetkező kozmetikai defectusok árán is a homloküreg megszűnjék üreg lenni, obliterálódjék s a genyede tökéletesen elmúljon.

Az irodalomban különböző statisztikai összeállítások sze-

rint körülbelül 500 a feirt homloküreg-genyedések által okozott szövődményes eset. Ezek között kb. 180 cerebialis szövődmény és pedig 83 agytályog (13 műtétrel gyógyult), 51 meningitis (3 műtétrel gyógyult), 15 thrombophlebitise a gyűjtőeres öblökek, extradurális tályogok (25 műtétrel gyógyult) stb. Ezen adatokhoz az általam észlelt 10 eset ismertetésével kívánok hozzájárulni, melyekben részben orbitalis, részben cerebialis szövődmények voltak. Ezek közül műtét nélkül meghalt egy meningitisben, műtét dacára meghalt kettő (egy meningitis, egy agytályog), műtétre gyógyult 7 eset, ezek között egy meningitissel szövődött eset.

Zwillinger Hugó: A homloköböl megbetegedéseinek terapiája tekintetében megállapított vezérelveknél egyike úgy szól, hogy szövődmények járó esetekben minél gyorsabban és minél alaposabban kell operálni, egyéb esetekben endonasalis beavatkozások útján kell iparkodni a gyógyulást elérni, a beteg állapotát türethetővé, veszélytelenné változtatni, ha azonban ez nem sikerül, akkor ily esetekben is javalt a radicalis műtét.

A homloköböl megbetegedéseinek szövődményeit forrásmunkájában tárgyalja *Gerber*. Ismeretes, hogy az intracranialis szövődmények oly módon keletkeznek, hogy a lobos folyamat vagy per continuitatem folytatódik a csonthátyára, a csontra (*caries, necrosis*), a durára (extradurális tályog), a homloklebenyre (agytályog) stb., vagy pedig veleszületett vagy szerzett csontréseken, dehiscenciákon át, melyeknek megismerését főleg *Onodi*-nak köszönhetjük, és a gyűjtőerek közvetítésével. És végül nagy valószínűséggel a nyirokpályákon át, itt azonban hiányoznak még a megfelelő vizsgálatok.

A rhinogen infectio okozatilag meg nem állapított eseteiben, melyekben a lobos folyamat közvetlen terjedését nem tudjuk kimutatni, nemcsak a perforáló kis gyűjtőerekre kell ügyet veünnök, hanem a nyirokpályák útján történő propagatio is kell hogy beható vizsgálataink tárgya legyen, ily módon lehetséges lesz talán *Hoppe*, *Pagenstecher* és *Pickin* állításait bebizonyítani.

Tóvölgyi Elemér: Két lueses eredetű sinusitis frontalis abscedens-esetről számolok be, minthogy a lues, mint aetiologiai momentum, e megbetegedésben felette ritka. Az elsőt a Gougenheim-klinikán láttam Párisban. A lues folytán a bal frontális sinus elülső és alsó és ugyanaz oldali maxillaris felső és elülső fala tönkrement, úgy, hogy csupán a margo supra- és intraorbitalisnál maradt meg a csont.

A másik esetet évek előtt az orvosgyesületben mutattam be és csupán azért emlitem fel újlag, mert *Gerber* könyvében, a *Spencer*, *Watson* és *Grünwald* eseteit kivéve, *Lannois*, *Kuhnt*, *Neumayer*, *Armstrong* eseteit és az én esetemet úgy említi, mint csak valószínűleg lueses eredetűt; minthogy nem indokolja miért, meg kell maradnom állításon mellett, hogy esetem határozottan lueses eredetű volt, jodismus chronicussal komplikálva. Az illető most már évek óta egészséges.

Én tapasztalataim alapján a canalis naso-frontalis eldugaszolódását tekintem az abscedens alakok leggyakoribb okának. Egy műtét esetemben a kétoldali canalis polypusokkal teljesen ki volt töltve és a frontális septum perforálva, egy másik esetem most van kezelés alatt. Az illető nagy lázzal, főfájással, álmatlansággal, felső szemhéj-oedemával és egy a klinikán frontális abscessusnak diagnoskált bántalommal keresett fel. A gyökeres műtétet visszautasította és így endonasaliter szabaddá tettem a canalis naso-frontalist és ez idő, azaz $\frac{3}{4}$ év óta a betegen, kis főfájást kivéve, minden tünet visszaféjődött. Rendes mosom a homloküreget. Hogy mi lesz a beteg vége, minthogy nem akar a gyökeres műtétbe belemenni, természetesen nem tudom, de az bizonyos, hogy az abscedálásnak induló frontális gyulladás jelenleg a canalis felszabadításával folyton javul.

Kezdőkkel megesik, hogy a koponya felvése után a melléküregek nyálkahártyáját agyvelőnek nézve, a hátulsó fal cariosus voltára gondolnak, ha az előző tünetek gyanusak. Velem is megesett az első műtét alkalmával, de a szondavizsgálat hamar megmutatta az igazat. Még érdekesebb egy berlini gégeorvos tanár esete, a melyben én segédkeztem. Az illető a melléküreg helyett a koponyát véste fel és szintén a hátulsó fal cariosus voltára gondolt, csak a szondavizsgálat alkalmával derült ki, hogy a sinus nem ott fekszik. Ama lakonikus szavak kíséretében: „Es ist geschehen, es macht nichts“, bevarrta a sebet és a tévedésnek semmi súlyosabb következménye sem lett, a mint hogy a frontális lebeny hihetetlen sérüléseket kibír, mint legutóbb *Fein* esetében, hol a frontális lebeny egy automobilelgázolás alkalmával benyomult a sinus frontálisba, ő reponálta és az illető meggyógyult.

Láng Kornél: A lues a sinusitis frontalis abscedens aetiologiájában is csak lues marad s az általa okozott falelváltozásokat nem abscedálóknak, hanem gummosusnak hívjuk.

A ductus naso-frontalis elzáródása nem a sinus frontalis abscedens létrejövételéhez kell, hanem a homloküregnek dilatatójához. 10 esetem közül egyben sem volt a ductus elzáródva.

Az irodalomban közölt esetek legnagyobb részében szintén nem volt a ductus elzáródva.

Ritkább mellkasi megbetegedések Röntgen-képei.

Holitsch Rezső: Mind a négy bemutatandó esettel azt óhajtom demonstrálni, hogy a szokásos physicalis vizsgáló módok egymagukban gyakran nem elégségesek a helyes diagnosis megállapítására és hogy a Röntgen-eljárással mennyivel biztosabbá és finomabbá vált a diagnostika.

Mind a négy eset kezdetben teljesen az exsudatum pleuriticumnak szokott klinikai képét mutatta; mégis a bemutatott Röntgen-képek egészen mást mutatnak: a műtét a Röntgen-diagnosist helyesnek találta.

1. K. A. 57 éves mázoló; felvettük 1912 február 26.-án. Jobboldalt a lapoczká csúcsától lefelé absolute tompa, feljebb tompult, az elülső hónaljvonalban a IV. bordától absolute tompa a kopogtatási hang. E helyeken gyengült a lélekzés hangja, alól nem is hallható. Próbapunctióval exsudatum-jellegű, tiszta sárga savót kaptunk. A tompulat megkisebbedése és néhány heti láztalanság után ismét 39^o-os rendetlen láz, nagyobbodó tompulat és fájás jelentkezett, majd bő, genyes, bűzös köpetet ürít. Röntgenvizsgálat: a jobb rekesz felett almányi, szabályos kerek árnyék, a melynek alsó árnyékos felét a felső árnyéktalantól éles vízszintes vonal választja el. Körötte a tüdő kevésbé infiltrált, foltos; az árnyék határa elég éles, de nem igen intenzív. Diagnosisunk: abscessus pulm. dext. broncho communicans. Pólya thoracotomiával a sok genyet kiürítette. Az egyik képen egymás felett egy ujjnyira két vízszintes határ is látszik; tehát felvettük, hogy egy sövényyszerű válaszfal két niveauban tartja a folyadékot; a műtétkor csakugyan látható volt az abscessus üregén végigvonuló bronchus a róla lelógó rongyos szövettel, a mely az üreget kettéosztotta.

2. B. J. 33 éves Máv. alkalmazott; felvétetett 1912 február 18.-án. Physicalis lelete teljesen egyező az előző betegével, orvosa is mellhártya-izzadmányként kezelte 1 évig. Próbapunctióval folyadékot nem kaptunk. Láztalan volt, köpetében kocsonyás, hártás részeket találtunk. Koch negativ. Röntgenvizsgálat: igen hasonló az előző betegéhez, csak hogy a szabályos, kerek még sokkal élesebb, mintha körzővel rajzolták volna; körötte a tüdőszövet teljesen épnek látszik, még a sinus costodiaphragmatica is szabad; a toknak az árnyéka az előbbi betegénél nemcsak élesebb, hanem intenzivebb is és a tüdőrajzolatához semmiféle képlet sem fűzi, míg az előbbinél, az abscessusnál, az infiltrált tüdő képe összefolyt a tokkal. Az egész kerek árnyék úgy tűnt fel, mintha rá volna rajzolva az ép tüdőmezőre. Diagnosis: echinococcus lobi infer. pulm. dextri broncho communicans. Winternitz thoracotomiával távolította el 5 hét előtt a nagy ökölnyi echinococust és a beteg azóta 12 kilót hizott. Elsődleges echinococcus a tüdőben rendkívül ritkán fordul elő. Mással elsődleges echinococcusra valló tünetet a betegem nem találtunk.

3. G. J. 25 éves lakatos; felvétetett 1912 január 15.-én. Physicalis lelet: baloldalt az interscapularis tér közepétől tompa kopogtatási hang, erősen gyengült lélekzés. Punctiókor 450 cm³ sanguinolens exsudatum ürült. A tompulat ismét megnőtt és 1 hónap múlva 100 cm³ exsudatum ürült a vastag callusok mögül. A tompulat nem csökkent. Röntgen-vizsgálat: Kiterjedt pleuramegvastagodás mellett a bal mellkasfalhoz simuló, egymás felett elhelyeződött, külön-külön eltokolt két üreg, a melyeknek mindegyikében éles, vízszintes tükrű folyadék és mind a két folyadék felett gáz van. Oldalfektetésekor készült pillanatfelvételeken is két különböző niveauban levő, absolute vízszintes folyadék-tükrő látható, mindegyik felett egy-egy gázhólyag. Hasonló esetet az irodalomban nem találtam. A physicalis vizsgálattal természetesen ezen seropneumothorax saccata duplexnek a diagnosisát megállapítani lehetetlen, sőt bonczoláskor sem valószínű a felismerhetősége, mert csak a folyadékot találja a korbonzoló, de a két külön eltokolt diónyi gázfelhalmozódást nem állapíthatja meg.

4. Két héttel ezen meglepő ritka eset után teljesen megfelelő esetet találtam. Hasonlóképpen exsudatum pleuriticum

sín. volt a klinikai diagnosis, míg a jól sikerült Röntgen-pillanatkép kétségtelen világosan seropneumothorax saccata duplexet mutatott.

(Folytatása következik.)

A düsseldorfi orvosi akadémia gyakorlati kurzusa a sebészet haladásáról (1912 ápr. 15—28).

Ismerteti: *Gergő Imre* dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

Sonnenburg (Berlin) az *appendicitis* és *colitis* kérdésének mai állását ismertette.

Az *appendicitis*ről nézetei ismertebbek, semhogy azok részletezésre szorulnának; a vérkép quantitativ és qualitativ vizsgálatának még mindig lelkes híve.

Ezután a heveny és idősült körülírt *colitisek* kórképét fejtegette; kedvencz helyük a flexura sigmoidea, lienalis, hepatica és a caecum; colitissal gyakran társul pericolicitis, azonkívül tályogképzéshez és peritonitishoz is vezethet.

Végezetül a *coecum mobileről*, a *typhlatoniáról* szolt; gyógykezelésére a caecum rögzítése, a coecoplicatio szolgál. Szóba jöhetne még a bél-anastomosis, a colon kiiktatása, végső esetben kiiktatása (*Lane*). Saját tapasztalatai e téren még oly gyérek, hogy mindezen újabban ajánlott műtétekkel szemben várakozó álláspontot kénytelen elfoglalni.

A *végbélcarcinoma* mai kérdésének fejtegetésére *Kraske* (Freiburg) vállalkozott; távolmaradása folytán e tárgyat és főleg az operativ technikát *Witzel* (Düsseldorf) részletezte.

Giordano (Velence) a májtályogokról szolt. Ha a tályog kifejezetten egyoldali, transpleuralis műtétet ajánl; a többi esetben hypochondrocostalis lebeny készítése után hatol be a hasfalra át. A hasüreget nem a máj kivarrásával izolálja, hanem gazecsíkokkal.

A *májcirrhosis sebészi kezelését* *Koch* (Groningen) ismertette.

Részletezte a *Talma*-féle műtét különböző módosításait és ezen műtét eredményeit; gyógyulás az eseteknek csak kb. 25—30%-ában érhető el, körülbelül ugyanannyira becsüli a mortalitást is a műtét utáni első hetekben.

Splenopexiával — azt hiszi — jobb eredmények érhetők el.

Eck-féle sipoly készítését, azaz anastomosis létesítését a vena porta és a vena cava között, azután pedig a vena porta lekötését a máj felé, nem tartja czélszerűnek; *Steenhuis* kísérletei szerint a májszövet portavér nélkül atrophizál. *Koch* szerint a vena cavának és portának oldalos anastomosisa a vena portae lekötése nélkül talán jobb eredményel járna.

Ruoth az átvágott vena saphenát bevarrta a peritoneumba és ezen át drainezte a hasüreget, sikerrel.

Az epehólyag és a ductus hepaticus drainezése is kedvező hatással lehet a biliaris cirrhosisra.

Hogy az említett eljárások közül melyik lesz a legjobb, azt csak további kiterjedt kísérletek és megfigyelések dönthetik el.

Az *epeutak sebészetéről* *Witzel* adott elő. Az epeutakhoz a jobb rectus közepe felett vitt metszéssel hatol be. Legelőször a duodeno-choledochus-szögletet keresi meg s innen kiindulólág tájékozódik. Az epehólyagot subperitonealisan választja ki, a nyaktól az alapja felé; sima esetben a hassebet teljesen zárja. Choledochotomia után T-alakú csővel drainez; a choledochus sebéhez azonkívül gaze-csíkkal armirozott üvegdraint is vezet (zászlós drain).

A *sérvekről* és azok kezeléséről *Bastianelli* (Róma) tartott előadást. Részletezte a typosus eljárásokat és azon módszereket, melyeket klinikáján meghonosított. Hernia inguinalis eseteiben alkalmazott eljárása lényegesen komplikáltabbnak látszik, mint *Bassini*-nek egyszerű módszere; a bemutatott műtétek nem keltek nagyobb lelkesedést eljárása iránt. Ugyancsak a *sérvek kezeléséről* — eljárásairól szabad, valamint kizárási sérvek esetében — *Witzel* is szolt.

Az *ileus* kérdését *Wilms* (Heidelberg) tartalmas előadásban foglalta össze.

A *vesemegbetegedések újabb diagnostikai eljárásait Kümmell* (Hamburg-Eppendorf) fejtegette. Szólt a húgyanyagmeghatározás, a *chromocystoskopia*, a *phenolphthalein-injectio*, a vizelet villanyos vezetőképességének meghatározása, a *kryoskopia* és az *x-sugaras vizsgálat* technikájáról és értékeléséről. Tartalmas előadásának kiegészítésekként *Jansen* (Düsseldorf) az *urogenitalis tuberculosis*, a *prostatahypertrophia*, valamint a *húgycsőszűkületek* kezelésének mai módszereit tárgyalta.

A *scoliosistherapia* jelen állását *Kruckenberg* (Barmen) ismertette betegbemutatók kapcsán.

A *végtagcsontok törésének kezelésével Dollinger* tanár (Budapest), *Bardenheuer* (Köln) és *Steinmann* (Basel) foglalkozott.

Dollinger még az előadások első napján tartotta meg előadását a *lábszár- és czombtörések ambuláns kezelése* címén. Az elméleti bevezetés után gyakorlatilag mutatta be a lábszár-, valamint czombjárókötetést és az ezeknek helyettesítésére szolgáló járógépeket is demonstrálta. Előadását a hallgatóság nagy figyelemmel követte; azon őszinte elismerés után pedig, melyben *Dollinger*-nek része volt, joggal feltehető, hogy a járókötetések a jövőben a külföldön is azon helyet fogják elfoglalni, melyre méltán jogot tarthatnak.

Bardenheuer (Köln) ismert *extensiók eljárásait* részletezte; a különböző kötések gyakorlati elsajátítása céljából a tanfolyam testületileg rándult át hozzá Kölnbe.

Steinmann (Basel) módszerének, a csontszögelés után való extenzióknak, újabb módosításait közölte.

Az említett előadásokkal kapcsolatban az *újabb amputatiós eljárásokat Witzel* fejtegette, *Liniger* (Düsseldorf) pedig a *baleset-sebészet fontosabb fejezeteit* méltatta.

Nem fejezhetem be ezen ismertetést a nélkül, hogy mélyen tisztelt főnökömnek, *Dollinger* Gyula tanár ur ő méltóságának őszinte hálámát ne nyilvánítsam, a miért a kurzus meglátogatása céljából szabadságot nyújtott.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Enuresis érdekes esetét mutatta be *Wulff* a hamburgi orvosegyesület június 4.-én tartott ülésén. A 14 éves leány kis kora óta szenvedett enuresisben, a mely semmiféle kezelésre sem javult. A pontos vizsgálat végül kimutatta, hogy egy számfelületi ureterje van, a mely a kis szeméremajkon nyílik.

A **hypophysisdaganatnak** *Ziehen* tanárnak a berlini „Gesellschaft der Charité-Aerzte“-ben tartott előadása szerint három sarkalatos tünete van: 1. a nemi működés megszűnte, 2. az akromegalia és 3. a haladó bitemporalis hemianopsia. Különösen fontos és jellegzetes az első tünet; ez jelenik meg rendszerint legelőször és ez sohase hiányzik. Az akromegalia leginkább a kéz- és lábujjakon mutatkozik, s majd széleségbeli, majd hosszúságban növekedésben áll. Az óriási megnagyobbodásban résztvesznek a körmök is, míg az állkapocs megnövekedésében a fogak nem vesznek részt s ezért mind távolabbra jutnak egymástól. Két esetének főtünetei a következők voltak: 1. Első eset: A nemi működések megszűnte, mains et pieds en large, makronychia (a körmök megnövekedése), hyperhydrosis, hát- és fejfájás; a látásban nem voltak zavarok. 2. Második eset: A nemi működések megszűnte, akromegalia a kezeken, állkapocson és szemöldökíven, a fogak erős diastasisa, kiskökű neuritis optica erősebb látászavar nélkül, ideges tünetek, álmatlanság. A hypophysisdaganatok körjelzésére legfontosabb a Röntgen-vizsgálat. Hatásos belső terapiát az akromegalia ellen nem ismerünk, a pajzsmirigy-kivonat, jodsók, hypophysis-tabletták mit sem érnek. A műtéti eljárás az egyedüli célhoz vezető út, csak hogy ez még mindig igen életveszélyes operatio s ezért csak akkor szabad hozzá fordulni, ha a beteg a megvakulás előtt áll. *Ziehen* egy 20 éves nőbetegét *F. Krause*-val megoperáltatta. A műtét jól sikerült, nagyobb vérzés nem volt s az adenomát sikerült teljesen eltávolítani, de a beteg másnap kollabált és meghalt.

PÁLYÁZATOK.

1576/1912. szám.

Bihar vármegye vaskóhi járásában a **vaskóhi**, valamint az újonnan rendszerezített **rényi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állások javadalmazása:

1. Egyenként 1600—1600 korona törzsfizetés, a mely összegek az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-ában megállapított korpótlékkal emelkednek.

2. Egyenként 600 - 600 korona lakbér.

3. Egyenként 800 - 800 korona fuvarátalány.

4. A belügyminister által engedélyezett egyenként 1200 - 1200 korona helyi pótlék.

5. A törvényszerűen megállapított látogatási díjak.

Megjegyzem, hogy úgy a lakberek, mint a fuvarátalányok jelenleg rendezés alatt állanak, azonban a fentjelzett összegekre biztos kiállítás van.

Felhívom mindazokat, kik ezen állások bármelyikét elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7 §-ában körülírt képesítésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **szeptember hó 25. napjának délutáni 5 órájáig** nyújtsák be, mert a később beérkező, esetleg hiányosan felszerelt kérvényeket nem veszem figyelembe.

A választást *Rény* községben szeptember hó 29.-én délelőtt 10 órakor, *Vaskóh* községben pedig ugyanezen nap délután 3 órakor mindkét helyen a körjegyzői irodában fogom megtartani.

V a s k ó h, 1912 szeptember hó 1.-én.

A főszolgabíró.

818/1912. szám.

Békésvármegye közkórházánál üresedésbe jövő **egy belgyógyászati alorvosi állásra**, továbbá **egy belgyógyászati segédorvosi, egy szemészeti segédorvosi és két sebészeti segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: az alorvosi állásnál: évi 1400 korona készpénz, a segédorvosi állásoknál egyenként évi 1200 korona készpénzfizetés és mindegyik állásnál I. osztályú teljes ellátás, lakás, fűtés-világítás.

Folyamodni szándékozók felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló, okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos *id. Kéry Gyula* úrhoz, Békésvármegye főispánjához intézve, **hozzám 1912. évi szeptember hó 12.-éig** küldjék be.

G y u l a, 1912 augusztus 26.-án.

Békésvármegye közkórházának igazgatója.

102/1912. sz.

A *kassai m. kir. állami bábaképző-intézet*nél a **II. tanársegédi állás** legkésőbb *f. é. november 1.-én*, esetleg előbb is betöltendő.

Javadalmazás: évi 1400 kor. fizetés, az intézetben természetbeni lakás, világítás, fűtés és I. oszt. teljes ellátás.

Az ezen állásra pályázók oklevelükön kívül az eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket **f. évi október hó 5.-éig** alulírott igazgatósághoz nyújtsák be.

Laboratoriumi munkákban jártasok, valamint a tót nyelvet bírók előnyben részesülnek.

A *kassai m. kir. bábaképző-intézet* igazgatósága.

A Munkács városi közkórházban megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdet a kórházi bizottság.

Az állás egy évig ideiglenes, azután a kórházi bizottság véleménye alapján véglegesíthető, nyugdíjképes.

Javadalmazása: 1400 korona törzsfizetés, a kórházban fűtéssel, világítással ellátott bútorozott 2 szobás lakás és első osztályú élelmezés.

Az állást elnyerni óhajtók az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képesítést igazoló és eddigi szolgálataikról tanuskodó bizonyítványokkal felszerelt folyamodványaikat **folyó évi szeptember hó 20.-áig** a kórházi igazgatóhoz nyújtsák be.

M u n k á c s, 1912 szeptember hó 2.

A kórházi bizottság.

2094/1912.

Szabolcs vármegye ligetaljai járásában Nyírlugos székhelylél, Nyírlugos, Nyírbétek, Nyírmihálydi és Nyírgelse községeket magában foglaló, újonnan alakított közegészségügyi körben a **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. Törzsfizetés --- --- --- --- --- 1600 korona

2. Lakáspénz --- --- --- --- --- 400 „

3. Útiátalány --- --- --- --- --- 400 „

4. A szabályrendeletileg megállapított távolsági, beteglátogatási, rendelési díj, valamint műtétekért, halottkémelésért, himlőoltásért járódíjak.

Felhívom a pályázni szándékozókot, hogy pályázati kérvényüket az 1881. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelve hozzám **f. évi szeptember hó 15.-éig** annyal is inkább nyújtsák be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választás Nyírlugos községében 1912. évi szeptember hó 19.-én d. e. 10 órakor fogom megtartani.

Az állás azonnal elfoglalandó.

N y í r a c s á d, 1912 augusztus 22.-én.

A főszolgabíró.

8941/1. 1912. sz.

A **szegedi kerületi munkásbiztosító pénztár 1912. évi szeptember hó 21. napjának délután 1½ óráig** terjedő határidővel ezennel nyilvános pályázatot hirdet.

Szeged szab. kir. város belterületén a III. és IX. pénztárorvosi körzetére s utóbbihoz tartozó Tápé községre szervezett két **kezelőorvosi állásra**.

Ez állások mindegyikével az orvosi illetményszabályzat III. fizetési osztályának 4. fokozata szerint *évi 3600 korona kezdőfizetés*, továbbá a IX. körzethél a hozzácsatolt Tápé község ellátása fejében ezenfelül még *évi 360 korona fuvardíjtalány* van egybekötve. Az évi 3600 korona kezdőfizetés 5 évenként 400 koronával egészen évi 4800 koronáig emelkedik. A IX. körzettel egybekötött fuvardíjtalány elesik, mihelyt a pénztár Tápé községet a körzethél kivonja.

A pályázatra kiirt mindkét orvosi körzetben a pénztári tagok átlagos létszáma 801—1200. A pénztár igazgatósága a körzeteket a most megjelölt taglétszám határai között bármikor újból beoszthatja.

A pénztárnak véglegesített orvosai jogosultak az Országos munkásbetegsegélyző és balesetbiztosító pénztár alkalmazottainak nyugdíj-egyletébe belépni.

A pályázati kérvények a fent kitett határideig a szegedi kerületi munkásbiztosító pénztár igazgatóságához címezve a pénztár hivatalos helyiségében (Szeged, Tisza Lajos-körút 91. sz. a.), az iktatónál hétköznaponként délelőtt 7—1½ óráig terjedő hivatalos órák alatt nyújtandók be.

A pályázók sajátkezűleg irt és aláírt kérvényükben tartoznak megjelölni azt az állást, vagy azokat az állásokat, a melyeket, illetve a melyek egyikét elnyerni óhajtják.

A pályázók a kérvényhez életkorukat és magyar állampolgárságukat igazoló születési bizonyítványt tartoznak csatolni és igazolni, hogy orvosdoktori oklevelüket valamely hazai törvényhatóság beiktatta és kihirdette (1876: XIV. t.-cz. 46. §-a); továbbá tartoznak a pénztár főorvosa vagy hatósági orvossal kiállítandó bizonyítvánnyal igazolni azt, hogy egészségesek. A pályázati kérvényben az eddig alkalmaztatásra vonatkozó adatok is előterjesztendők.

Ha a megválasztott nem magyarul tudó magyar állampolgár, csőd vagy gondnokság alatt áll, nyereségvágyból elkövetett büntett vagy vétség miatt jogerős ítélettel elmarasztaltatott, hivatalvesztésre vagy politikai jogainak felfüggesztésére szóló ítélet hatálya alatt áll, ezen esetek fenforgása az alkalmaztatást semmissé teszi s a netán tévesen alkalmazott a pénztárral szemben a szolgálati viszony azonnali megszűnéséből kifolyólag semmiféle igényt nem emelhet.

Az ezennel pályázatra kiirt állások betöltésénél előnyben részesítettek mindazok, kik magánál a pénztárnál, más kerületi munkásbiztosító pénztárnál, vagy végül az Országos Munkásbetegsegélyző és Balesetbiztosító Pénztárnál eltöltött hosszabb ideig tartó sikeres szolgálalatot igazolnak.

A pályázókat az egyes állásokra az igazgatóság választja és a megválasztott alkalmazása írásbeli szerződéssel történik. A kötéendő szerződés, valamint az ennek kiegészítő részét képező szolgálati és fegyelmi szabályzat, továbbá az illetményszabályzat a pénztár főorvosi hivatalában betekinthező.

A megválasztott egy évig, illetve ha valamely kerületi munkásbiztosító pénztárnál egy évi kifogástalan szolgálalatot igazol, hat hóig ideiglenes minőségben teljesít szolgálalatot mely idő alatt a szolgálati viszony három havi felmondással minden kártalanítás nélkül felbontható.

Az ideiglenes szolgálalat évének, illetve a hat hónapi időnek kitöltése után, feltéve, hogy a szolgálati viszony még annak lejártá előtt felmondással fel nem bontatott, az orvos hivatalból igazgatósági határozattal véglegesítettik.

A megválasztottak kötelesek kijelölt működési körzetükben lakni és állásukat az alkalmaztatásról szóló értesítés vételétől számított 8 napon belül elfoglalni.

Szegeden, a szegedi kerületi munkásbiztosító pénztár igazgatóságának 1912. évi július hó 31.-én tartott üléséből.

Dr. Nekich Richárd s. k.
h. igazgató.

Pálfy Dániel s. k.
elnök.

A **pozsonyi m. kir. bábaképezdében** előléptetés folytán megüresedett **II. tanársegédi állás október hó 1.-én** betöltendő. Javadalma 1400 korona évi fizetés és első osztályú ellátás bentlakással az intézetben.

Az állásra csak a kötelező kórházi gyakorlatot eltöltött doktorok pályázhatnak. A szakmában már gyakorlatot és laboratoriumi jártasságot felmutatni tudó pályázók előnyben részesülnek. A folyamodványok **szeptember hó 20.-áig** hozzám nyújtandók be.

Dr. Velits Dezső, igazgató-tanár.

664/1912.

A vezetésem alatt álló kórháznál egy **segédorvosi állás** 1912 október 1.-én, egy másik 1912 október 15.-én lemondás folytán megürül, miért is azokra pályázatot hirdetek.

Az állások mindegyike 1200—1200 korona évi fizetés, élelmezés, szabad lakás, fűtés és világítás élvezetével van egybekötve. Kérvények **bükki Goda Béla** Györmegye és Győr szab. kir. város főispánjához címezve, **1912 szeptember 25.-éig** hozzám adandók be.

Győr, 1912 szeptember hó 2.-án.

Petz Lajos dr. igazgató-főorvos,
az orsz. közegészségi tanács tagja.

5045/1912. szám.

Torontál vármegye törökkanizsai járáshoz tartozó Szanád községben megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állással 1600 korona évi fizetés, négyszer megismétlődő 200—200 korona ötödéves korpótlék, a község részéről 600 korona drágasági pótlék, ezenfelül 460 korona lakpénz s a szabályrendeletileg megállapított látogatási s működési díjak élvezete jár.

A megválasztott kézi gyógyszerész tartására jogot nyer és köteles egyszerre a megfelelő díjazásért a húsvizsgálatot végezni.

A község vasút mentén fekszik, magyar, német s szerb ajkú lakosokkal, kényelmes, de azért jövedelmező praxissal.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevél és eddigi működésüket igazoló bizonylattal felszerelt kérvényeiket **f. évi október hó 1.-éig** hivatalomhoz adják be.

Törökkanizsán, 1912. évi augusztus hó 29.-én.

A főszolgabíró.

3849/1912. eln.

A hódmezővásárhelyi „Erzsébet“ kórház sebészeti és belosztályán megüresedett **alorvosi állás** betöltése céljából f. 1912. évi július hó 12.-i kelettel 3192/1912. eln. sz. a. közzétett és f. évi augusztus hó 15.-én lejárt pályázati hirdetmény határidejét **f. évi szeptember hó 18. napjának délután 5 órájáig** meghosszabbítom.

Tájékoztatóul ez alkalommal is közlöm, hogy a szóban forgó s ideiglenes jellegű alorvosi állás s mely egyelőre 2 évi időtartamra lesz betöltendő, évi 1500 korona fizetéssel, I. osztályú kórházi élelmezéssel, 1 fürdő- és 2 szobából álló természetbeni lakással, továbbá fűtéssel s világítással van egybekötve.

Hódmezővásárhely, 1912 augusztus 29.

Dr. Soós, h. polgármester.

4848/1912. szám.

Alsó és Felsősimánd községekből álló, közvetlenül egymás mellett fekvő, 5200 lelket számláló alsósimándi egészségügyi körben a **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek, s felhívom a pályázni szándékozó orvos tudorokat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket s esetleges eddigi szolgálataikat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám folyó **évi október hó 1.-éig** nyújtassák be.

Javadalmazás: 1. 1600 korona törzsfizetés és 800 koronáig terjedhető ötödéves korpótlék.

2. 400 korona lakbér és a szabályrendeletileg megállapított látogatási, rendelési és műteti díjak. Igazolult szegények díjmentesen kezeltendők.

Kisjenő, 1912. évi augusztus hó 31.-én.

A főszolgabíró szabadságon:

Dr. Kass, szolgabíró.

6142/1912.

A temesvári kerületi munkásbiztosító pénztár egy **sanatoriumi és rendelőintézeti alorvosi**, valamint Buziásfürdő székhelyvel, Bakovár, Buziásfürdő, Hattyas, Nagyköveres, Nagyszilas, Szirbó és Temesfalva községekből álló egy **körzeti orvosi állásra** pályázatot hirdet.

A sanatoriumi és rendelőintézeti alorvosi állás a jelenleg országosan érvényben levő orvosi illetményszabályzat IV. osztálya 4. fokozatának megfelelően évi 2600 korona törzsfizetéssel; a buziásfürdői körzeti orvosi állás pedig az V. fizetési fokozat 4. osztályának megfelelően évi 2000 korona törzsfizetéssel és 500 korona fuvarátalánnyal javadalmaztatik.

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

A pályázók magyar állampolgárságukat, továbbá azon körülményt, hogy oklevelüket valamely hazai törvényhatóság beiktatta és kihirdette, beigazolni kötelesek.

Azon pályázók, kik sikeres pénztárorvosi szolgálalatot tudnak igazolni, előnyben részesülnek.

Ha a megválasztott orvos csőd vagy gondnokság alatt, vagy politikai jogainak felfüggesztésére szóló ítélet hatálya alatt áll, továbbá, ha nyereségvágyból elkövetett vétség vagy büntett miatt jogerős bírói ítélettel elmarasztaltatott, megválasztása semmiesnek tekintetik.

A sanatoriumi és rendelőintézeti alorvos köteles éjjeli ügyeletet teljesíteni, ennek ellenében a pénztár székházában levő ügyeletes orvosi szoba természetbeni lakásul átengedtetik és a pénztár ennek fűtéséről, világításáról és takarításáról gondoskodik.

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

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

Kelt Temesvárt, a pénztár elnökségének 1912. évi augusztus hó 26.-án tartott üléséből.

Ügy. igazgató.

Elnök.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Hudovernig Károly: Polyneuritis-kórokok ritkább szövődése. 679. lap.

Erdélyi Pál: Közlés a kir. magy. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő, ny. r. tanár, udv. tan.) A nitrogen-tartalmú bomlásanyagok kiválasztásáról vese-gyulladásban és a diureticumok intravenás alkalmazásáról. 680. lap.

Tóvölgyi Elemér: Új gége- és orrgyógyászati műszerek. 683. lap.

Györy Tibor: Kolozsvári Jordanus Tamás és a morbus brunogallicus (1577). 685. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Prof. A. Hartmann: Die Schwerhörigen in der Schule und der Unterricht für hochgradig Schwerhörige in Deutschland. — Új könyvek. —

Lapszemle. Gyógyszertan. Hartung: Digifolin. — *H. W. Maier:* Sedo-Roche-tabletták. — *Belorvostan. Blum:* A diabetes mellitus gyógyításának haladása. — *Sebészet. A. Wagner:* A műtét utáni prophylaxis magasfejtetés és fekvésváltoztatás. — *Idegkörtan. Binswanger:* Az epilepsia műtétének javalatai. — *Gyermekorvostan. Zadro:* Heliotherapia. — *Hügszervi betegségek. Zinn:* A furunculusból származó metastasisos vese- és paranephritis abscessusok. — *Kisebb közlések az orvogyakorlatra. E. Weill:* A chorea kezelése. — *Neuhann:* Eusemin. — *Merkel:* Bayer-féle hydrastinum hydrochloricum. 691—693. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 694. lap.

Vegyes hírek. 694. lap.

Tudományos társulatok. 695—696. lap

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Polyneuritis-kórokok ritkább szövődése.

Közlő: **Hudovernig Károly** dr., egyetemi magántanár, közokórházi főorvos.

A polyneuritis oly gyakori megbetegedés, hogy kórokozó tényezői szinte mindennaposak és csak akkor érdemelnek külön hangsúlyozást vagy említést, ha vagy ritkább kórokok, vagy azoknak ritkább szövődése és combinatiója szerepelnek. Ismeretes, hogy infectiók, másrészt intoxicatiók, legyenek azok exogenek vagy endogenek, igen gyakran idézik elő a környéki idegeknek heveny vagy idősült lobosodását; a mérgező befolyású tényezők közül bőven szerepel az alkohol, nicotín, ólom, antimon, szénnoxid, a gyógyszeresek közül a chloroform, kénhydrogen, nitrobenzol, creosot, arsen, trional, sulfonal stb., a betegségi toxinok közül a legkülönfélébb heveny fertőző bántalmak toxinjai (diphtheritis, typhus, influenza, scarlatina, tonsillitis, parotitis, erysipelas, stb.), nemkülönben néha az ezek gyógyítására alkalmazott antitoxinok és serumok. Vázlatosan említendő esetben az alkoholnak mindennapos kórokozó ténykedése mellett szóba kerül a vesztésgellenes oltásoknak szövödményes szerepe mint kiváltó kórok, s ez a különben végtelenül áldásos vesztésgellenes oltásoknak egy olyan ritka és kivételes mellékhatása, hogy az eset leírása csak mint ritkaság jön szóba, mely távolról sem akarja legkisebb mértékben is az antirabieses oltások érdemét és fontosságát csorbítani. Elvégre, ha tízezer eset közül egyben a diphtheria-antitoxin kellemetlen mellékhatásokat idéz elő, abból még nem következetheti senki sem, hogy ezen oltások egyáltalán mellőzendők. És ugyanezen megítélés illeti jogosan az antirabieses oltásokat is.

Hogy mily ritkán szerepel a rabies vagy az antirabieses oltás mint a polyneuritis kórokozója, az kiviláglik abból, hogy ily esetek csak felette gyér számban ismeretesek. *Darkschewitsch* egy esetben diplegia facialist és egy esetben a kezek igen könnyű lefolyású polyneuritisét észlelte rabies-

ellenes oltások után. *Babes* vesztésg folytán (tehát nem antirabieses oltások után) észlelt *Landry*-féle paralyssist, mely halálos kimenetelű volt. *Marinesco* egy összefoglaló munkájában megbeszéli a vesztésg és vesztésgellenes oltások utáni arczidegbénulásokat és külön hangsúlyozza, hogy azok, melyek oltások után jelentkeznek, jóval enyhébb lefolyásúak, mint a vesztésg által előidézettek.

Ezen rendkívül gyér előfordulások indokolják, hogy esetemet, melyben alkoholon kívül a vesztésgellenes oltások is szerepelnek mint a polyneuritis kórokai, röviden ismertessem a következőkben:

F. A. 43 éves asztalos előadja, hogy 1881-ben „fejtyphusa” volt, 1886-ban és 1892-ben állítólag cholera-ban (?) szenvedett; nemi bántalma nem volt; dohánynyal azelőtt bőven, 12 éve nem él; az alkoholfogyasztásra vonatkozólag előadja, hogy avval mindenkor mérsékelten élt, csak annyit ivott, a mennyit „nehéz munkája megkívánt”; tekintettel azonban hivatalából való elbocsájtásának körülményeit, a saját bemozdásának kissé ingadozó voltát és végül a somatikus lelet némely mozzanatát, feltehető, hogy ha nem is most, de régebben az alkoholt legalább is közepes mennyiségben fogyasztotta. 1902 óta egy fővárosi színháznál mint díszítő működik; körülbelül 1905-ben egy rendkívül erős átázásnak volt kitéve. 1910 november havában, a mint a színház egyik closetjén (nyitott, nem angol szerkezetű) ült, egy patkány megharapta lelógó penisét; igen erős vérzése volt, melyet csak orvosi beavatkozás tudott elállítani; a sérülés és vérzés miatt 7 napig volt ágyban fekvő beteg. Miután a patkányt, mely őt megharapta, nem sikerült megfogni és fennállott a gyanu, hogy az állat vesztett lehetett, a budapesti Pasteur-kórházban kezelés alá vették. Előadja, hogy még a kezelés folyamán feje erősen megfájdult s oldala, a hova a befecskendezéseket kapta, megdagadt. A kezelés vége felé mindkét lábában és jobb karjában húzó fájdalmi támadtak, ezen végtagjait nehezen tudta mozgatni, rendkívül gyengék voltak; karja három hónap után javult, de alsó végtagjai még 1912 elején is fájnak és gyengék; a fájdalom

különösen a lábszárártól a tomporokig húzódik, állandó jellegű. Fájdalmai folytán a járás nehezebbé esik, de ha egy ideig áll vagy ül, a fájdalmak szintén erősödnek. Vizelekor, székeléskor és közösküléskor a hímvesszőből kiinduló éles, metsző fájdalmak vannak. 1911 április havában „részegség és hanyagság” miatt a színházról elbocsátották. Mint már említettem, az alkoholfogyasztásra vonatkozólag igen óvatosan nyilatkozik; alkoholizmus-tünetekre célzó kérdésekre (alvás, álom, emésztési zavarok stb.) tagadólag válaszol.

A budapesti Pasteur-kórház igazgatósága F. A. kezelésére vonatkozólag a következő adatokat bocsátotta rendelkezésemre: 1910 november 19.-én patkány harapta meg; a glans penisen két 3—4 mm. hosszú, szögbehajlott, a fitymán egy 2 $\frac{1}{2}$ cm. hosszú vonalszerű foghely; a sérülések erősen véreztek. Minthogy a megszökött maró állat veszélye nem volt kizárható, megkezdettük az oltást, a mely november 30.-ától december 11.-éig tartott; összesen 0.195 gramm velót kapott a megfelelő higitásokban. Az oltások idején az illető nem panaszkodott; az oltások befejezése után néhány nappal kaptuk dr. A. színházi orvos levelét, melyben értesít, hogy az illető egy hét óta erős fejfájásban szenved, bal alsó végtagjában gyakran van zsidbadása.

Vizsgálat: 1911 szeptember és 1912 április: Középtermű jól fejlett és táplált egyén, a szív, a tüdő részéről eltérés nincsen; a májtájék igen kis fokban érzékeny nyomásra, a máj alsó széle kitapintható a bordaív alatt, sima, nem dudoros. (A májváltozás 1912-ben kifejezettebb volt, mint 1911-ben.) A pupillák középtágak, szabályosak, minden tekintetben jól reagálnak. A facialisokban kiesés nincs. A kezekben finom reszketés, fokozott mechanikai izomingerlékenység. Csukott szemmel jól és biztosan áll. Járáskor jobb alsó végtagját feltűnően kiméli, arra óvatosan lép, azt mereven tartja. A térdreflexek egyenlők, fokozottak, az Achilles-inreflex bal oldalon kissé gyengébb. Lábclonus. Babinski, Mendel-Bechterew, Oppenheim nincsen. A legtöbb idegtörzs nyomásra kissé érzékeny, tapintáskor megvastagodottnak érezhetők; feltűnő nyomási érzékenységet mutatnak, erősebben a jobb oldalon, a nervus ischiadicus és cruralis, továbbá a fossa popliteában lévő idegfonatok; egyformán érzékeny nyomásra a két karfonat és a két nervus trigeminus kilépési pontjain. A bőrérzés rendes. Mindkét oldalon, de kifejezettebben a jobb oldalon Lasègue-tünet (ischias-tünet). A penisen a fent említett heggek láthatók.

Epikrizis: Az esetnek klinikai mérlegelése semmiféle nehézségbe sem ütközik: kétségtelen chronikus polyneuritis. Érdekes, és éppen e miatt közlésre érdemes, a polyneuritis kóroka. Bár az illető egyén tagad, az idősült alkoholmérgezés kétségtelen jelei vannak jelen: májváltozás, tremor, mechanikai izomingerlékenység; hogy az alkoholizmus subjectiv és gastrikus tünetei jelen vannak-e, az nem volt megállapítható, talán csakugyan hiányzanak, talán az egyén tagadja őket. Jól tudjuk, hogy idősült alkoholmérgezés alapján az idősült polyneuritis igen gyakran keletkezik, rendszeresen azokon, kik nem nagy mennyiségű, de hosszasan közép-mennyiségű alkoholt fogyasztanak. De viszont kétségtelen, hogy F. A. polyneuritise akkor fejlődött, mikor a veszttség-ellenes oltásokban részesült. Ezen időbeli coincidentia mégsem birhat kizárólagos véletlen jellegével; közelálló annak felvétele, hogy polyneuritise akkor fejlődött ki, a mikor therapeutice az antirabieses oltások toxinja vezetett a szervezetébe. Az szintén kétségtelen, hogy a szervezetbe jutott bármilyen toxinok a környéki idegrendszer lobos megbetegedését okozhatják és — bár gyér — adatok bizonyítják, hogy ezek között a rabies és az antirabieses oltások is szerepelhetnek. Így tehát jelen esetben is fel kell vennünk, hogy az egyén kétségtelen polyneuritisének előidézésében az antirabieses oltások szerepelnek, bár nem mint egyedüli kórok. Az összefüggést, illetve a kórokok hatását akként vélem értelmezendőnek, hogy a veszttség-ellenes oltások az idősült alkoholizmus talaján, az ezáltal mintegy előkészített idegekben mint újonnan beható toxikus alkalmi ok váltották ki a polyneuritises megbetegedést.

Még egyszer és a leghatározottabban akarom hangsúlyozni, hogy ezen ritka szövődés a legkisebb mértékben sem birja a veszttség-ellenes oltásoknak rendkívüli értékét és fontosságát csorbítani és az oltások therapiás becsét leszállítani.

Közlés a kir. magy. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő, ny. r. tanár, [udv. tan.]

A nitrogen-tartalmú bomlásanyagok kiválasztásáról vesegyuladásban és a diureticumok intravenás alkalmazásáról.

Irta: Erdélyi Pál dr., klinikai gyakornok.

A N-tartalmú bomlástermékek kiürülése a vesegyuladásos megbetegedésekben hosszabb rendszeres vizsgálatok tárgya még nem volt. Annál kevésbé vannak adataink arra vonatkozólag, hogy vizelethajtó szerek adásakor történik-e változás a N-tartalmú anyagok kiválasztásában.

Minden, a mit erre vonatkozólag tudunk, az, hogy a coffein-, theobromin- és theocin-csoport vizelethajtói, a konyhasó kiürülése mellett, vesebajosokban a nitrogen-retentiós esetekben a N kiürülését is elősegíthetik. Ezt megerősítő adatokat kaptak Kövesi és Roth-Schulz¹ vizsgálataik közben, a kik még rámutattak arra a körülményre is, hogy nemcsak az összes N kiürülése, de annak eloszlása az egyes N-tartalmú bomlástermékekre is bírhat fontossággal a vesegyuladás megítélésében.

A coffein-, theobromin- és theocin-csoport vizelethajtói hatásának magyarázatában ezeknek a tényezőknek, a melyek Schröder² secretiós theoriája mellett vagy ellene volnának a legnyomósabb bizonyítékok, eddig nem is juthatott szerep. A mai magyarázat tisztán physikai, melyet az ezirányú újabb vizsgálatok alapján (Loewi,³ Sobieranski,⁴ Grünwald,⁵ Nishi⁶ stb.) Meyer és Gottlieb⁷ szerint röviden úgy jellemezhetünk, hogy ezek a vizelethajtók egyrészt a vese ereit tágítják, másrészt a vese húgycsatornácskáiban történő visszazívódást (Rückresorption) gátolják.

Valószínű, hogy akkor, ha tudni fogjuk, hogy a coffein-, theobromin- és theocin-készítmények hogyan viselkednek a N-tartalmú bomlástermékek kiválasztásával szemben, ehhez a physikai magyarázathoz egy élettani secretiós magyarázat is fog kiegészítésül hozzájárulni.

Bár a vesegyuladásos oedema keletkezése körül a N-retentionnak nem tulajdoníthatunk fontosságot (Widal⁸), a megemlített körülmények alapján azt tűztem ki célomul, hogy figyelemmel kísérjem a N-tartalmú bomlástermékek kiválasztását különböző vesegyuladásos megbetegedésekben akkor, ha a theobromin- és theocin-csoport vizelethajtóit alkalmazzuk.

A kísérleti eredmények helyes értékelése céljából, bevezetésül 2 egészséges emberen végeztem kísérletet. A két embert fekvő beteg számára összeállított étrenden tartottam, úgy, hogy körülbelül N-egyensúlyban voltak. A kísérlet alatt testsúlyuk is csak lényegtelenül változott. A napi táplálék úgy volt összeállítva, hogy 24 óra alatt 113 gr. fehérjét, 58 gr. zsírt és 300 gr. szénhidratot kaptak. Ez calóriában kifejezve, megfelel 2185 calóriának. 113 gr. fehérjének pedig megfelel 18.08 gr. N. 3 napi ilyen étrend mellett az egyik esetben 24 óra alatt a vizelet útján kiürült 14.35 gr. N. Következő napon az illető (B. L.) a rendes étrenden kívül még 10 tojást kapott, a mi 56.5 gr. fehérje- vagy 9.04 gr. N-többletnek felel meg. Mint a táblázatból látható, már ezen a napon a kiválasztott N 17.63 gr. volt; a következő 2 napon pedig 18.56 gr. és 16.77 gr., vagyis a normalnaphoz képest körülbelül 3 + 4 + 2 = 9 gr.-mal több. Tehát a vese a bevitt N-többletet 3 nap alatt kiválasztotta. Ugyanezt tapasztalhatjuk 10 gr. NaCl beadása után is. Tehát mindkét esetben beigazolódott az, a mit már Gruber⁹ és Widal¹⁰ mondott, hogy az egészséges szervezet a N- és NaCl-többletet 3 nap alatt kiválasztja s a régi egyensúly ismét helyreáll.

I. táblázat.

B. L. 16 éves. Poliomyelitis acuta.

Datum	Vizelet-mennyiség 24 ó.	Testsúly	Fajsúly	Reactio	Összes N	Ureum N	Húgysav N	Creatinin N	Ammonia N	NaCl	Megjegyzés
Október 23	840 cm ³	57.60	1025	savi	14.35	11.29	0.20	0.32	0.56	8.82	Okt. 17 óta a leirt étrend Étrend + 10 tojás + 10 gr. NaCl
" 24	1460 "		1017	"	17.63	13.49	0.21	0.49	0.80	13.78	
" 25	1500 "		1025	"	18.56	15.54	0.22	0.43	0.86	18.94	
" 26	1250 "		1021	"	16.77	12.78	0.21	0.44	0.71	12.34	
" 27	945 "	57.80	1026	"	11.50	8.70	0.23	0.36	0.71	8.68	
Október 23						0/0	0/0	0/0	0/0		
" 24						78.67	1.39	2.23	3.90		
" 25						76.52	1.19	2.78	4.57		
" 26						83.89	1.17	2.32	4.63		
" 27						76.21	1.25	2.62	4.23		

II. táblázat.

Sz. L.-né, 23 éves. Nephritis parenchymatosa acuta.

Datum	Vizelet-mennyiség 24 ó.	Bevitt folyadék tej	Testsúly	Fajsúly	Reactio	Fehérje % Esbach sz. %00	Összes N	Ureum N	Húgysav N	Creatinin N	Ammonia N	NaCl	Megjegyzés
Nov. 7	1950	2500	55.4	1013	savi	0.8	21.294	17.199	0.212	0.515	0.863	7.461	Nov. 4 óta tejdiéta + 10 gr. NaCl
" 8	1650	2500		1014	"	1.5	19.889	16.540	0.198	0.443	0.869	9.23	
" 9	2140	3000		1012	"	1.5	21.511	18.815	0.203	0.542	0.803	11.242	+ 10 tojás
" 10	2120	2500		1012	"	1.5	20.004	16.530	0.236	0.565	0.819	8.706	
" 11	1820	2600		1014	"	1.25	20.894	16.970	0.152	0.507	0.815	7.066	
" 12	2140	2400	56.6	1012	"	1.00	24.747	14.201	0.209	0.515	1.126	9.531	
" 13	1870	2500		1016	"	0.75	19.530	17.226	0.178	0.443	0.843	6.407	
Nov. 7								0/0	0/0	0/0	0/0		
" 8								86	1.0	2.42	4.05		
" 9								83	1.0	2.23	4.39		
" 10								88	0.94	2.52	3.6		
" 11								82.7	1.18	2.82	4.1		
" 12								81.1	0.73	2.43	3.9		
" 13								57.3	0.84	2.08	4.54		

Ugyanezt a kísérletet végrehajtottam egy acut parenchymás vesegyulladásos betegen is, azzal a különbséggel, hogy ezt a beteget tejdiétán tartottam.

Sz. L.-né, 23 éves 2 hónapja beteg, felvettük 1911 október 18.-án. Szíve, tüdeje ép, kistokú vízkórság.

A vizelet napi mennyisége 1200 cm³, fajsúlya 1020, savi, fehérje (Esbach sz.) 3.5/100; vér; az üledékben vörös és fehér vérsejtek, néhány szemcsés henger.

Ha a kísérleti napokon kiválasztott N mennyiségét összehasonlítjuk a bevitt N mennyiségével, akkor azt találjuk, hogy a beteg mindig több N-t ürített ki, mint a mennyit bevett. (Bevitt N: 12.8—15.5 gr. között, vizelettel kiürített N 19.8—21.3 gr. között ingadozik.) Minthogy a beteg súlyából nem veszített, felvehetjük azt, hogy nála régebbi N-retentio volt, mely a tejdiéta alatt kiürült. Ha a táblázatot figyelemmel nézzük, azt látjuk, hogy ez a beteg a beadott N- és NaCl-többletet nem választotta ki egészen, hanem mind a kettőből egy-egy részt visszatartott. A N-tartalmú bomlástermékek százalékos aránya azonban megegyezik azzal az aránnyal, melyet az előbbi kísérletben kaptunk. A mint látjuk, ha ilyen esetekben nem tartatunk diétát, retentio keletkezik, melyből, ha huzamosabb ideig tart, egyrészt vízkórság (NaCl), másrészt intoxicációs jelenségek (N) származhatnak. Ez a kísérlet is megvilágítja a tejdiéta fontosságát veseelégtelenség esetén. A tejdiétával ugyanis egyrészt igyekszünk elejét venni a retentióknak azzal, hogy kevés és könnyen emészthető fehérjét viszünk be a szervezetbe, másrészt azzal, hogy nagymennyiségű, de Cl-szegény folyadékkal igyekszünk elősegíteni a már retineált anyagok kiürülését és így fokozzuk a diuresist.

Többi kísérletem oda irányult, vajon diureticumok adása befolyásolja-e 1. a N teljes kiválasztását, 2. a N eloszlását; más szóval, megváltozik-e a százalékos arány az egyes N-tartalmú bomlástermékek között vizelethajtó szerek hatására.

Rendszeren tejdiétára fogtam a beteget s minden esetben meghatároztam a naponta a vizelettel kiválasztott N-t, ennek eloszlását az egyes fontosabb N-tartalmú bomlástermékekre, vagyis külön a húgyanyagot, húgysavat, kreatinint és ammoniát; végül pedig a kiürített konyhasót is.

Kísérleteim részletes leírása alább következik és a mellékelt táblázatokkal egészítődik ki.

A 24 órás vizeletben, melyet már gyűjtés alatt 100%-os thymol-chloroformmal óvtam meg a bomlástól, eczetsavval és főzéssel való fehérjementesítés után meghatároztam az egész N-t Kjeldahl szerint; a húgyanyagot, húgysavat, ammoniát és kreatinint pedig a Folin-féle módszerek alkalmazásával. A kreatinin meghatározásához egy Schmidt-Haensch-féle colorimetert használtam, melyben az összehasonlító kaliumbichromat-oldat az előírás szerint 8 mm. vastag planparallel edényben volt elhelyezhető.¹¹ Az eszköz igen jól használható, csak a megvilágítás egyöntetűsége végett kell azt minden használat előtt az előírt kaliumbichromat-oldatra beállítani, a mi azonban igen gyorsan sikerül.

Vegyük először sorba az eseteket, hogy azután a tanulságot levonhassuk belőlük.

1. G. M.-né, 46 éves. Nephritis acuta. 3 napja beteg. Felvettük 1911 december 15.-én.

A szívcsúcs kissé kihelyezett, systolés zöreje. Tüdeje ép. Nagy vízkórság, erős fejfájás, hányásinger.

A vizelet napi mennyisége 900 cm³; fajsúlya 1010, savanyú; fehérje (Esbach szerint) 8/100; vér. Az üledékben hyalin és szemcsés hengerek, fehér és vörös vérsejtek.

Tejdiétára fogjuk, mire megindul a diuresis; következő napon (december 17) már santheoset (theocin) kapott.

A mint a táblázatból olvasható, a diuresis fokozódott, további 7 nap alatt az egész vízkórság eltűnt. Az egész N kiválasztása a santheose hatására nem változott, a kiürülő víz mennyiségéhez képest is igen keveset szaporodott; általában

III. táblázat.

G. M. 46 éves. Nephritis acuta.

Datum	Vizelet-mennyiség 24 ó.	Bevitt folyadék tej	Testsúly	Fajsúly	Reactio	Fehérje ^o / _o Esbachsz.	Összes N	Ureum N	Húgysav N	Creatinin N	Ammonia N	NaCl	Megjegyzés
Decz. 17	1260	2200	—	1011	savi	8	9·561	7·726	0·257	0·426	0·339	4·846	Tejdiaeta 4-szer 0·5 gr. santheose
" 18	2160	2400	60·50	1010	"	4	10·826	9·677	0·227	0·723	0·387	10·662	
" 19	2100	2800	59·60	1008	"	5·5	9·996	9·172	0·131	0·710	0·294	11·571	
" 20	2180	2200	58·60	1008	"	3	10·743	9·400	0·076	0·800	0·452	9·509	
" 21	1900	2000	57·90	1008	"	3	10·055	9·097	—	0·763	0·181	—	
" 22	1810	2300	57·00	1008	"	3	9·477	7·957	—	0·778	0·253	8·312	
" 23	1600	1900	56·80	1010	"	3	9·139	7·212	0·118	0·395	0·170	5·878	
Decz. 17								%	%	%	%		
" 18								80·81	2·69	4·46	3·55		
" 19								90·31	2·095	6·67	3·58		
" 20								91·75	1·31	7·11	2·94		
" 21								87·50	0·71	7·45	4·22		
" 22								90·47	—	7·59	1·80		
" 23								83·76	—	8·21	2·67		
" 23								78·92	1·29	4·32	1·87		

IV. táblázat.

L. K. 28 éves. Nephritis parenchymatosa chronica.

Datum	Vizelet-mennyiség 24 ó.	Bevitt folyadék tej	Testsúly	Fajsúly	Reactio	Fehérje ^o / _o Esbachsz.	Összes N	Ureum N	Húgysav N	Creatinin N	Ammonia N	NaCl	Megjegyzés
1912 jan. 13	1040	2200	70·60	1013	savi	14							Tejdiaeta 3-szor 1 gr. santheose
" 14	1220	2800	70·00	1009	alkal.	6	9·599	5·261	0·105	0·219	0·250	4·902	
" 15	2600	2600	67·70	1007	"	3·5	9·537	8·008	0·111	0·477	0·408	9·849	
" 16	3500	2700	65·20	1006	"	3	11·858	9·800	—	0·429	0·412	18·484	
" 17	900	600	64·50	1015	"	12	6·376	4·990	0·114	0·315	0·267	4·959	
" 18	1200	1300	64·30	1012	"	14	19·992	13·944	0·29	0·482	0·356	2·755	
" 19	2330	2200	63·60	1005	"	3	9·721	7·959	—	0·456	0·404	7·489	
Január 13								%	%	%	%		
" 14								54·80	1·10	—	2·28		
" 15								83·97	1·16	5·01	4·27		
" 16								82·64	—	3·61	3·47		
" 17								78·25	1·78	4·94	4·19		
" 18								69·74	0·65	2·41	1·78		
" 19								81·88	—	4·69	4·16		

V. táblázat.

E. K. 22 éves. Nephritis chronica.

Datum	Vizelet-mennyiség 24 ó.	Bevitt folyadék tej	Testsúly	Fajsúly	Reactio	Fehérje ^o / _o Esbachsz.	Összes N	Ureum N	Húgysav N	Creatinin N	Ammonia N	NaCl	Megjegyzés
1912 febr. 19	750	1000	54·30	1019	savi	1	8·253	7·182	0·102	0·376	0·256	5·616	Tejdiaeta Theocin-natrioacet. 1·5 : 150, 2 óránként 1 evőkanál Könnyű húsdiaeta
" 20	700	1000	54·10	1017	"	0·75	7·095	5·508	0·100	0·319	0·200	5·815	
" 21	1100	1300	54·00	1014	"	0·75	10·153	8·562	0·117	0·404	0·271	7·530	
" 22	750	1300	53·80	1019	"	0·75	9·576	8·484	0·079	0·359	0·265	3·071	
" 23	700	1300	53·60	1024	"	0·75	11·858	10·310	0·156	0·479	0·396	5·120	
" 24	900	1500	53·40	1024	"	0·5	13·860	11·819	0·159	0·410	0·333	5·054	" "
" 25	800	1600	53·10	1022	"	0·75	12·163	10·864	0·101	0·464	0·479	7·394	" "
" 26	650	1600	53·00	1026	"	0·5	12·267	10·702	0·137	0·337	0·491	—	" "
" 27	850	1400	52·90	1025	"	0·5	15·065	9·210	0·160	0·246	0·509	—	" "
Február 19								%	%	%	%		
" 20								87·02	1·24	4·56	3·10		
" 21								77·62	1·41	4·50	2·82		
" 22								84·33	1·15	3·98	2·67		
" 23								88·60	0·83	3·74	2·76		
" 24								86·94	1·31	4·04	3·34		
" 25								85·27	1·14	2·96	2·24		
" 26								89·07	0·83	3·81	3·94		
" 27								87·24	1·11	2·75	4·01		
" 27								61·14	1·07	1·63	3·38		

megfelelt a bevitt N mennyiségének. A N-bomlástermékek százalékos eloszlását vizsgálva, a kreatinint mondhatjuk megszorodottnak, az abszolút és a százalékos számok alapján is, attól a naptól kezdve, hogy santheosetadtunk. Tekintve, hogy a beteg állandóan tejdietaán volt, a kreatinin ilyen megszorodását a vizeletben a diureticumnak tulajdoníthatjuk, s így mondhatjuk, hogy ha az összes N kiválasztását nem is, de a kreatinin kiválasztását elősegítette a santheose. A kreatinin kiürülésével egybeesik az a körülmény is, hogy a betegben az intoxicációs jelenségek (fejfájás, hányásinger, szédülés) teljesen elmúltak s így ezek a tünetek is összefüggésbe hozhatók a N- (illetőleg kreatinin-) retentióval és annak kiürülésével.

Ha a konyhasó kiürülését vesszük figyelembe, azt láthatjuk, hogy a kiürített NaCl mennyisége a santheose adásakor jelentékenyen megszorodott (9—11 gr.), bár a bevitt NaCl mennyisége nem haladta meg az 5 gr.-ot. Ez a körülmény is bizonyítaná ezeknek a szereknek sóhajtó hatását. Az eredményben annyi része van a tejdietaának is, hogy a kis N-bevitel mellett lehetővé vált a szervezetnek a már visszatartott N kiválasztása, a mit azután a diureticum elősegített.

A NaCl s ezzel együtt a vízkórság kiürítésében a tejdietaának és a diureticumnak tehát egyforma, de kiegészítő hatása volt, az előbbinek a kis bevitel, az utóbbinak a retentiós konyhasó kiválasztásának elősegítése révén.

2. L. K., 28 éves földműves. Nephritis parench. chron. 10 hónapja beteg; felvettük 1912 január 9.-én. Szíve, tüdije ép. Nagy oedema, ascites, Vizelet napi mennyisége 600 cm³; fajsúlya 1030, savi; fehérje (Esbach szerint) 10^{0/100}; vér nincs.

Az üledékben sok hyalin és szemcsés henger, kevés vörös vérsejt.

A diuresis már tejdietaára javult, de mint a táblázatból látható, santheose-ra erősen fokozódott. A kísérlet folyamán a vízkórság erősen csökkent, majd később egészen el is tűnt.

A N kiválasztása ebben az esetben a kísérlet folyamán igen erősen megszorodott és pedig csak 2 nappal a fokozott diuresis megindulása után. Már Noorden¹² is azt találta, hogy a N kiválasztása gyakran jár együtt a vízével, de úgy látszik, hogy néha az oedema vízének kiválasztása könnyebben sikerül, mint a N-é, mely csak bizonyos idő múltán kerül kiválasztásra; legalább ezt lehet következtetni ebből a kísérletből is. Mindenesetre azonban a kiválasztott N ilyen jelentékeny megszorodásában nagy része volt a diureticumnak. A mi a N százalékos eloszlását illeti, változás a diuresis fokozódásakor itt nem észlelhető. A konyhasóról ebben az esetben is ugyanazt mondhatjuk, mint az előbbiben.

3. E. K., 22 éves házilány. Nephritis parench. chron. 7 éve beteg. Felvettük 1912 február 15.-én.

A relativ szívtompulat jobbra a szegycsont jobb szélét egy ujjnyival meghaladja; az aorta második hangja ékelt. Tüdije ép. 1 hete oedemás, fáj a feje.

A vizelet napi mennyisége 500 cm³; fajsúlya 1018, savanyú; fehérje (Esbach szerint) 10^{0/100}; vér nincs. Az üledékben kevés szemcsés henger.

A diuresis tejdietaára ebben az esetben is megjavult, azonban theocin-natrioaceticum adagolására nem fokozódott lényegesen.

A N kiválasztása akadálytalanul ment, a mi abból a körülményből is kiténik, hogy mikor a kísérlet 5. napján könnyű húsdiaetaára térünk át, a kiválasztott N mennyisége is egyidejűleg megszorodott. Ha azonban a konyhasó kiválasztását kísérjük figyelemmel, mindenesetre feltűnő az, hogy a húsdiaeta kezdetével a kiválasztott NaCl mennyisége nem szaporodott meg, pedig a tejdieta alatt bevitt 3—4 gr. NaCl-hoz képest a húsdiaeta alatt 8—9 gr.-ot vett be. Tehát világos az, hogy itt konyhasóretentio kezdődött, a mit igazol az a körülmény is, hogy a beteg testsúlya, mely a kísérlet tartása alatt állandóan fogyóban volt, néhány nap múlva kezdett növekedni, s márczius 2.-ára elérte az 54 kg.-ot, a mi különben ekkor már az oedema látható megnövekedésében is kifejezésre jutott. Itt említem meg azt is, hogy az eddig

tárgyalt 3 eset mindegyikében a diuresis már tejdietaára is megjavult s ha a NaCl kiválasztását is figyelemmel kísérjük, azt látjuk, hogy valamennyi esetben a bevitt 3—4 gr. NaCl-dal szemben a kiürített konyhasó mennyiségében szaporulat állapítható meg, mely lényegesen megnövekedett akkor, a mikor a bevitt diureticum hatása is beállott. Ez a körülmény tehát igazolja azt a fellevést, hogy a coffein-, theobromin- és theocin-csoport vizelethajtó szereinek sóhajtó hatásuk is van, s ha egyáltalában hatnak, úgy ezt a hatásukat is kifejtik. Kérdés azonban, hogy ez a hatás a fokozottabb activ vesemunkával szemben nemcsak a visszaszívódási arányok megváltozásának köszönhető-e s így csak relativ.

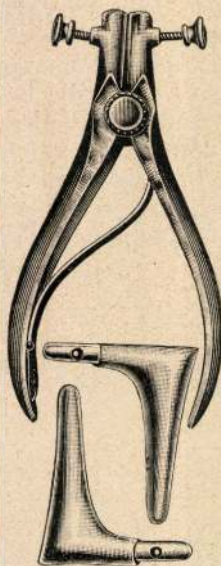
Ebben az esetben, mint látjuk, sem a kiválasztott víz, sem pedig a kiválasztott N és NaCl mennyisége nem szaporodott meg.

(Folytatása következik.)

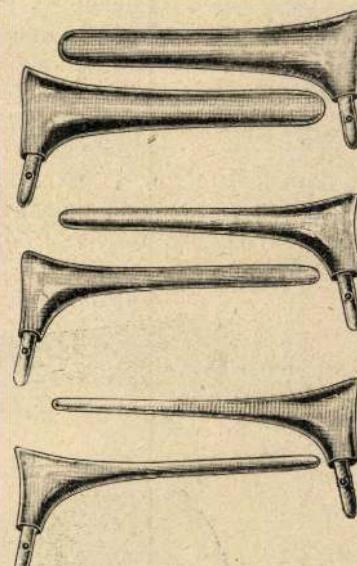
Új gége- és orrgyógyászati műszerek.

Közli: Tóvölgyi Elemér dr.

Módosított Killian-féle orrtükör. (1. és 2. ábra.) A Killian-féle rhinoskopia mediára szolgáló és ezért hosszú karokkal bíró orrtükörön végezett módosításom első sorban az instrumentarium egyszerűsítését célozza, a mennyiben egy és ugyanazon fogantyúra, az egyszerű orrtükörszárnyak mellett, a Killian-féle hosszú karok egész sorozatát alkalmazhatjuk. Tehát azt, a melyik történetesen a célnak éppen a legjobban megfelel. Minthogy a Killian-féle orrtüköröknek még a gracilisebb változatai is aránylag túlságosan széles karokkal bírnak, ez utóbbiak mellé, az eredeti hosszúságban és annál rövidebb, mindössze egy milliméter széles karokat is készítettem. Ezáltal a tükrök gyermekeken avagy szűkebb orrüreggel bíró egyéneken is alkalmazható és a vékony karok segítségével a középső kagyló és az orr oldalsó fala avagy a túllentett bulla ethmoidalis és középső kagyló közötti szűk réseket, a felső orrjárat hátulso részét stb. alaposan áttekinthetjük.



1. ábra.



2. ábra.

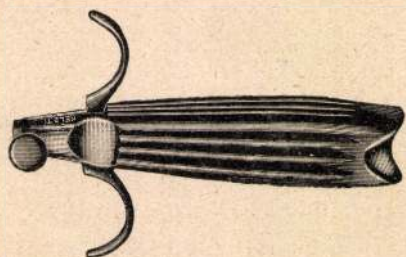
Új hangszájkész-műszerem (3. ábra) ama célra készült, hogy a hangszálg felületén székelő kis daganatokat (pl. hangszálszemölcsöket) a hangszál nyálkahártyájának minden sérelme nélkül eltávolíthassunk. E végből a sarlóalakú kés a lapjával vízszintes helyzetben fekszik, úgy hogy a hangszál felületéről csakis azt távolítja el, a mi rajta kiemelkedik. Főleg oly esetben célszerű ez a műszer, hol a hangszáldaganat igen kicsiny, úgy hogy a levételre szolgáló fogókkal vagy egyáltalán nem tudunk hozzáférni, vagy pedig a hangszál nyálkahártyáját is megsértjük. A műtét, mint azt már négy esetben tapasztaltam, reactiót egyáltalán nem okoz, úgy

hogy két esetben, a hol énekesnőkön távolítottam el a hangszál szemölcsseit, az illetők a következő napon már működhettek. Készítettem egy verticalis irányban álló sarlókést is, a hangszál szabad szélén levő kis daganatok számára.



3. ábra.

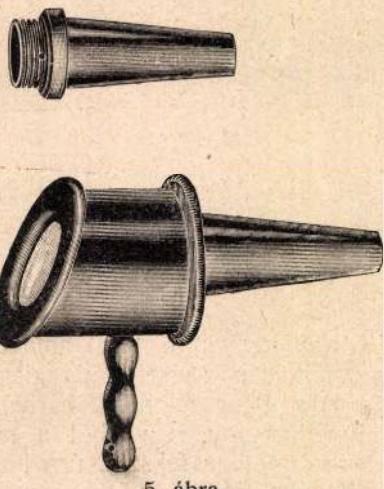
Egyébként ezen műszeremnek, a mint a 4. ábrán látható, a fogantyúja is módosított, a mennyiben az egyszerű fogantyú elején annak mindkét oldalán két félgűrűt alkalmaztam, a melyeknek hajlásába fekszik bele a műtét alkalmazásával a mutató- és középujj, míg a fogantyú végén levő vályúszerű bemélyedésben a hüvelykujj nyer támasztékot. Az ily módon előálló karomszerű tartással a műtét sokkal könnyedebben és finomabban végezhető, mint a régi fogantyúnál, a melyet marokra kell fogni és a kéznek sehol sem nyújt biztos támpontot.



4. ábra.

Az orrmelléküreg-genyszívó orrtükörnek (5. ábra) az a célja, hogy sinusempyema eseteiben a genynek az üregekből való kiszívását a látásunkkal is ellenőrizhessük és ezzel egyes esetekben a diagnoszt megkönnyíthessük.

A műszer teljesen a pneumatikus féltölcsér mintájára van készítve, azzal a különbséggel, hogy az orrnyílásba kerülő cső vastagságában ez utóbbi méreteihez alkalmazkodik, éppen azért a különböző nagyságú orrnyílások miatt háromféle nagyságban készítettem. E genyszívó orrtükör segélyével az orrüregt a genyszívás ideje alatt is áttekinthetjük és ennél fogva a kifelé törekvő geny irányából pontosan megállapíthatjuk az eredése helyét.

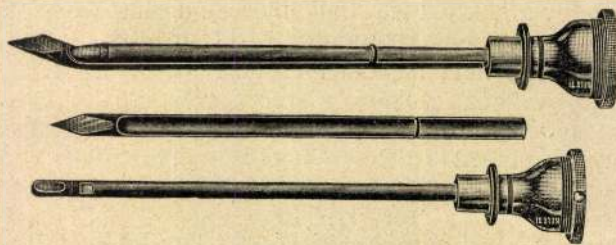


5. ábra.

Az eljárást a következő módon végezzük: az orrtükör üveglapját láng felett kellően megmelegítve, avagy valamely páraellenes folyadékkal bevonva, bal kezünkkel a vizsgálandó orrnyílásába annyira betoljuk, hogy az légmentesen zárjon,

mialatt a tölcsérrel hosszú gummicsovön összeköttetésben lévő Politzer-féle ballont a jobb kezünkkel összenyomjuk. Ezzel egyidejűleg a tölcsért tartó bal kezünk szabadon maradt három ujjával az orrhát felett átnyúlva, az ellenoldali orrszárnyakat az orrsövényhez nyomva, a szabadon maradt orrnyílást szintén elzárjuk. Ebben a helyzetben a Politzerballon segélyével esetleg egymás után több ízben is végeztetjük a genyszívást.

Az antroszkoptricar (6. ábra) összetétele a már ismert és a Highmor-üreg bensejének áttekintésére szolgáló antroszkopnak és egy erre reáilleszhető, azaz húzható és megfelelő hajlással bíró troicarnak, azon czélból, hogy a Highmor-üreg bántalmainak eseteiben az üreg nyálkahártyáját mindjárt a próbapunctio megtétele alkalmával vizsgálat alá vehessük.



6. ábra.

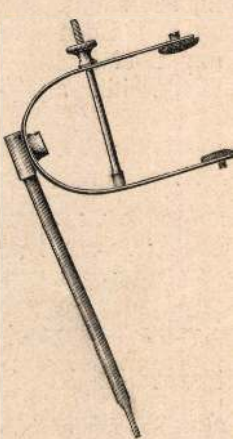
A műszer bevezetése a sinusba az alsó orrjáraton keresztül úgy történik, mint az a próbapunctiók alkalmával szokásos. Minthogy a troicar az antroszkop kiszélesedő alapjához és nem annak vékony csövéhez támaszkodik, vastagabb csontfalra is át tudunk hatolni vele, a nélkül, hogy a műszer elgörbülésétől avagy törésétől kellene félnünk. Az antroszkop ablakának a beszennyezését vagy esetleges sérülését azért kerülnünk el, hogy az antroszkopot ablakával befelé fordítva illesztjük a troicarból és az üregbe való behatolás után a troicarból egy-két milliméternyire visszahúzzuk és ablakával kifelé forgatva, újból visszatoljuk a troicar kúpszerű bemélyedésébe. Mindössze arra kell vigyáznunk, hogy a forgatást ne végezzük túlkorán, nevezetesen addig, míg az antroszkop ablakos része nincs benn az üregben. Ezt pedig azzal kerülnünk el, hogy a Highmor-üreg csontos falán való áthatolás után addig toljuk nagy vigyázatosan befelé a troicart, míg csak az üreg külső falához nem érünk.

Az antroszkoptricar segélyével tehát mindjárt a próbapunctio alkalmával megállapíthatjuk az üreg nyálkahártyájának kisebb vagy nagyobb elváltozását, a gyuladás fokát és fajtát, még akkor is, ha dacára a megbetegedésnek, az exsudatum teljesen hiányoznék. Ha az üreget mindjárt a próbapunctio alkalmával ki akarjuk mosni, akkor az antroszkopot a troicarból kihúzzuk, helyére egy megfelelő vastagságú katetert tolnunk és ezen át végezzük a kimosást.

Műszeremnek olykor kiváló hasznáról nemrég egy esetben ismételt volt alkalmam meggyőződni. Az illető beteg, egy élelmezési katonatisztn egy év előtt Cooper-műtét végeztetett a jobboldali maxillaris üregeben. A rendszeresen végezett mosásokra a bántalom lassan javulni kezdett, de utóbb a már genyet alig tartalmazó folyadékban sűrű zöldes, és a mi eddig egyáltalán nem volt, bűzös váladék kezdett mutatkozni, sőt olykor a befecskendezett folyadék, mintha valami akadályozta volna, egyáltalán nem tudott eltávozni az orrüregegen keresztül. Minthogy a Cooper-műtét alkalmával készített alveolus-csatorna szűkebb volt, mintsem azon át az antroszkopot alkalmazhattam volna, az antroszkoptricar segélyével az alsó orrjáraton át vizsgáltam meg a üreget, a melynek alsó részében egy zöldes váladékkal fedett, itt-ott véres, máshol fehéres színű tömeget fedeztem fel. Az egész igen hasonlított egy váladéktól belepített vattacsomóhoz. A többszöri mosás után újból bevezetett antroszkop-tricarom át most már határozottan fel lehetett ismerni a vattát, annyival inkább, minthogy a beteg utólag beismerte, hogy az alveoluscanalst összesodrott vattával szokta gyakorta kitölteni. Ezt tehát el kellett távolítani. De hogyan? Az üreg nyálkahártyája egyáltalán nem volt annyira elváltozva,

hogy valami nagyobb beavatkozást, például Caldwell-Luc-féle műtétet követelt volna meg; én tehát megkísérletem, hogy valamely fogóműszer segítségével az alveolus nyílásán át húzzam ki a vattatömeget. Ez aránylag igen könnyen sikerült egy a fülpolypok eltávolítására szolgáló kis fogóműszerrel, a melyet hasonló esetekre igen ajánlhatok, mert megkímélhet bennünket a nagyobb beavatkozástól.

A gége külső vibrációs massageára szolgáló műszerem már több mint három éve van használatban. E műszeremet a Fränkels Archiv für Laryngologie 18. kötetében már ismerttettem, sőt a budapest orvoscongressuson is bemutattam. A gége külső vibrációs massageára szolgáló eddigi műszerek közül a M. Schmidt és Spiess-féle van leginkább forgalomban, ám ezek a masszáló készülékek csupán a gége legelülső részletével kerülnek contactusba és így tulajdonképeni masszálás nem végezhető velük.



7. ábra.



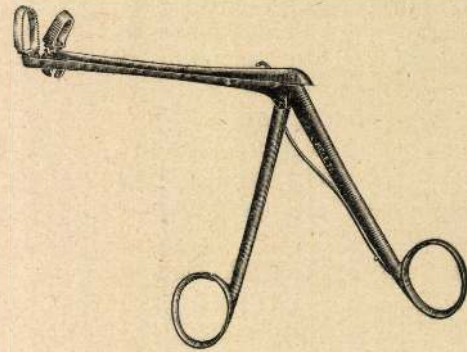
8. ábra.

A műszerem constructiója alkalmával ama gondolat vezetett, hogy a kézzel végezett gégemassage alkalmával főleg két ujjunkkal, nevezetesen a hüvelyk- és mutatóujjal végezzük a vibráló, simogató mozgásokat a gége két oldalsó falán. Az általam konstruált műszernek ennek megfelelően két karja van (7. és 8. ábra), a melyek gombszerű és szarvasbőrrel behúzott végső részei a gége két oldalára kerülnek, míg a két kart összekötő, rugalmas aczélból készült ív közepéről kinyúló fémrúd az elektromotornak a vibratiót eszközölő pisztolyalakú fogójába illeszthető. A gégét átölelő két fémkar, a különböző gégenagyságokhoz mérten, egymáshoz közelebb, vagy egymástól távolabb csavarható. Hogy a vibrációs masszage különböző irányban végezhessek, kétféle műszert készíttettem. Az egyiket a fémkarok elülről hátrafelé, a másikon jobról balra mozognak.*

Azáltal, hogy ez a műszer a gégét átöleli és nem mint a Schmidt-féle nyomja, és hogy éppen azon izomcsoportokra alkalmazható, a melyek leggyakrabban szenvednek gyengeségi állapotban, továbbá hogy a két fémkar a vibratiót egyenletesen az egész gégére átszármasztatja, hatása jobb és tökéletesebb, mint a hasonló czélnak megfelelő készülékek, nem véve ki ezek közül az újabb Flatau által teljesen az enyémhez hasonlóan konstruált műszert sem, a mely túlságosan komplikált. Ez a vibrációs készülék egyszersmind az elektromossággal is összeköthető, a miáltal a massage hatását növelhetjük.

Végezetül egy új mandulametsző-műszeremre óhajtom a tisztelt kartársak figyelmét felhívni. Ez az új tonsillotom (9. ábra) oly esetekben alkalmazandó, midőn a túltengett mandulák nem gömb, hanem inkább henger vagy kifelé néző kúp alakját mutatják. Készültek ugyan erre a czélra már különféle mandulametszők, ám ezeknek az a közös hi-

* Legújabbban ezt a masszáló készüléket Keletinél úgy készíttettem, hogy a két fémkar a vibráló fogantyúhoz vezető rúdon szükség esetén függőleges avagy derékszög-alakra állítható, a mi által egy és ugyanazon műszerrel mindama vibráló mozgás végezhető, a mit eddig csak két masszáló készülék segítségével értünk el.



9. ábra.

bájuk, hogy a félkör alakú metszészfelületük a függélyes és nem a vízszintes irányban mozog és így a működésüket a szájpadivek rendszeren akadályozzák, de másrészt a mandula többnyire ki is csúszik a két egymásba csapódó vágófelület közül. Az én mandulametszőmön azzal, hogy a vágófelület vízszintes irányban, előlről hátrafelé mozog, és hogy ez utóbbi nem félgömb-, de inkább tojásalakú, ezek a hátrányok ki vannak küszöbölve.

A genyszívó orrtölcsért Wilhelm Walb Nachfolger (Heidelberg), a többi új műszert a Keleti J. czég (Budapest) készíti.

Kolozsvári Jordanus Tamás és a morbus brunogallicus (1577).

Adalék az extragenitalis syphilisjárványok történetéhez.

Györy Tibor dr.-tól.

Jordanus Tamás „Morbus brunogallicus“ című munkája mindmáig sem részesült abban a méltánylásban, melyre becsénél fogva annyira rászolgált. De még csak megemlékezés tárgya is ritkán volt, jóllehet nem habozhatunk benne, hogy ezen alapos, körültekintő s mindenekfölött elfogulatlan, főleg az epidemiologia terén kiváló orvos munkáját elsőrangú klasszikus műnek nevezzük és szerzőjének azon nagy érdemére is rámutassunk, hogy munkájával egy extragenitalis syphilisjárvány első kimerítő monographiáját nyújtotta a tudományoknak.

Teljességgel észrevétlen nem maradt Jordanus könyve a lefolyt évszázadok alatt. Mindenekelőtt jelezniünk kell, hogy a megjelenésétől számított első öt év leforgása alatt három kiadást ért meg (1578, 1580 és 1583), bizonyítékul a nagy érdeklődésnek, melylyel a munkát a kortársak fogadták.¹ Negyedik kiadásnak szabad talán nevezniünk azt az újnyomást, melyet, igaz hogy kihagyásokkal, Gruner 1793-ban megjelent gyűjteményes munkájában² tett közzé.³

1863-ban Jordanus észleletei aktuális-praktikus czélzatok szolgálatába állítottak be. Jetteles mint döntő argumentumokat használta fel őket az antimercuralisták ellen. Vissza fogunk még térni rájuk, miként azon néhány lapra is, melyeket Rittmann szentel a brünni betegségnek. De ezzel mindazt ki is merítettük, a mi Jordanus művéről írt, számbavehető tudományos megemlékezésnek nevezhető.

Jelen dolgozatomban elég bő kivonatát kívánom nyújtani a „Materialien, Studien und Abhandlungen zur historischen Biologie der Krankheitserreger“ (Giessen, A. Töpelmann) egyik füzeteként megjelenendő, sajtó alatt lévő monographiámnak, melyben Jordanus munkáját úgyszólván a maga egészében nyújtom és méltányolom.

¹ Az 1583.-i kiadás is „Editio II“ jelzést visel.

² Chr. Gottfr. Gruner: De morbo Gallico scriptores medici et historici. Jenae 1793, pag. 496–582.

³ „... ita tamen, ut, quae omnino a re aliena sunt, i. e. descriptionem municipii, epistolae gratulatoriae (sic!) cet. lubentissime omittam: his enim facile carere possumus.“

Jordanus életrajzával nem kívánunk e helyütt foglalkozni,⁴ mindössze csak annyit óhajtunk feljegyezni róla, hogy 1539-ben született Kolozsvárt; 1566-ban mint táborigorvos tűnt ki a török elleni harcokban és itt tett tapasztalatairól a „Lues pannonica“ című művében számolt be.⁵ 1570-ben Brünnben primus medicus publicus Moraviae lett, a mely minőségben 1585 február 6.-án beállott haláláig működött. Itt Brünnben érte a kitüntetés, mely „kolozsvári“ praedicatummal a nemesek sorába emelte.⁶

A munka beosztása a II. kiadás szerint a következő:

1. lap. Czímlap. Thomae Jordani medici Brunogallicus seu Luis novae in Moravia exortae descriptio: ad Mag. et Clar. V. D. D. Julium Alexand. Trident. III. ex ordine imppp. Auggg. Archiatrum. Editio II. Cum censura Craetioniana. Francofurti. Apud haeredes Andreae Wecheli, MDLXXXIII.

2. lap. *Jordanus* arczképe. Köröskörül: THOMAS IORDANVS A CLAVSOBVRGO PVP. MARCHI. MORA. MEDI. — AETA. 43.

3.—8. lap. Epistola dedicatoria 1578 október 15.-éről.

9.—10. lap. Epistola gratulatoria Julius Alexandrinus-tól, 1579 február 17.-éről.

11.—88. lap tartalmazza a munkát magát.

89.—93. lap Crato levele és véleményezése, kelt Prágában, 1580 márczius 7.-én.

94.—95. lap Dr. Theophilus Homodeus Rhaetus levele de dato 4 Cal. Julii 1579.

95.—96. lap Dudith András levele.

98.—103. lap Index.

Ezzel áttérünk magára *Jordanus* könyvére.

* * *

A brünni járvány nem tartozott a pestilens betegségek közé, mert csak kevés embert sodort a halálba; de megjelenésének módja, szokatlan tünetei megdöbbenők voltak. Alig három hónapnyi fennállása alatt 80 városi és ennyinél is több külvárosi lakos kapta el a bajt; künn a mezőkön pedig minden segítség híján, megszámlálhatlan főnyi tömege bolyongott a betegeknek. A járvány által meglepett egyének sorában kipróbált tisztességű, feddhetetlen nemes emberek és polgárok, tiszta hírnevű matrónák, érintetlen hajadonok voltak találhatók.

Eleinte talány volt mindenki előtt, hogy mi is voltaképpen ez a betegség? A tapasztalatlan nép, nem ismervén a járvány okait, izgatott volt és zajongott. A kuruzslók seregét a zsákmányra való kilátás úgy vonzotta, mint hulla a keselyűket; a betegség közelebbi lényegét persze, akármint is igyekeztek rajta, nem ismerték fel; ekkor azután ők is a csodálkozásra adták magukat, felhagytak a további kutatással és rendszer nélkül, fejvesztetten nyultak a tömegesen rendelt, haszontalan ellenszerek után. Ha nem használt az egyik szer, a másikat vették elő, a mely erősebb, de egyúttal ártalmasabb is volt. Az a megrögzött szokás, hogy a szemmel érzékelhető betegségekkel, tehát az összes bőrbajokkal is, a fürdősökhöz, „e gonosztevőkhöz“, forduljanak, ezúttal is megismétlődött. De talán éppen az orvosoknak az arroganciája volt, jóllehet nem elégséges, oka annak, hogy a betegek

elfordultak tőlük; mert az orvosok az eféle bajok kezelését megvetéssel hátrították el maguktól.

Brünn városának falain kívül három nyilvános fürdőház volt. A Zöld-, más néven Zsidókapun túl álló fürdő előkelőség és pompa dolgában felülmúlta a többit; személyzete is gondosabb kiszolgálásban részesítette a vendégeket. Jóllehet e fürdő forrása maga a piszkos, fekete Schwarzawa folyó volt, mégis ez volt a fürdésre a legalkalmasabb víz, mert szűrés által meg volt tisztítva. A Spielberg hegy tövében volt még több forrás is, sőt ezek, minthogy salétromot és mészkőt tartalmaztak, ezen tartalmuk dörzsölőképességénél fogva csak alkalmasabbak lettek volna a bőr fehérre mosására. Mindazonáltal az a hit vert az emberekben gyökeret, hogy ezekbe inkább csak az élvezet kedvéért járnak az emberek s nem annyira szükségletből.

A brünni betegség az elsőnek említett fürdőből indult ki; benne is sokszorozódott meg; belőle is áramlott szét a ragályozó anyag. Dermesztő télvíz idején, azon a napon, a mikor a nap a bak jegyében lépett s a nép a Luca napját ülte, két héttel a Megváltó születése napja előtt, az Úr 1577. esztendejében történt, hogy mindazok, kik a fürdő meleg kamarájába (hypocaustum vel Laconicum) léptek, ott bőrüket skarifikáltatták és rája köpölyöket rakattak, a szóban forgó betegség által meg lettek támadva. Az ártalmas hatást nem rögtön észlelték magukon a megbetegedettek. Némelyeken a betegség nyolcz napon át észrevétlen maradt, másokon két hét is eltelt, sőt egy hónap is, a míg a baj jelentkezett. Függett ez egyfelől a hatóanyag (agens) erejétől (robor), másfelől a megtámadott egyén ellenállóképességétől (renitentia passii).

A baj kitörése előtt a meglepetteket szokatlan levertség vagy bágyadság fogta el; legköznapiabb teendőiket is csak immel-ámmal végezték. Szellemi erejük mecsökkent, tekintetük szomorúvá vált, a gondolkodás képessége pedig éppannyira cserben hagyta őket, mint a kezek és lábak használhatósága. Nem is ember, hanem árnyék módjára látták őket bolyongani.

Az arcz pírját sápadtság váltotta fel; a szem fénye megtörtött és fekete gyűrű keletkezett körülötte, hasonló a havibajos asszonyokéhoz; a derült homlok megránczosodott és komorrá vált. A köpölyök megduzzadt nyomai a bőrön csillapíthatlan heveséggel égni kezdtek; utóbb undorító tályogok és fekélyek keletkeztek, melyekből genyes vér csorgott s melyeket varral fődött hüvelyknyi pustulák vettek körül; a mikor a var leesett vagy mesterségesen eltávolított, híg, savós, erőtlen (marcida), vagy genyes, némelyeknél erős, maró, nyálkás nedv folyt ki; a hús a köpöly helye körül kiemelkedő szegélylyel volt körülveve, felmaródomba és rothadásban; e mellett rettenetes szagot terjesztett maga körül, hasonlót a phagedenikus vagy telephikus fekélyek szagához. Mindjárt kezdettől fogva nagyon feltűnő volt, hogy annyi sok köpölynyom közül csak egy, legfeljebb kettő és éppen csak kivételképp három ment át genyedésbe; mert a legtöbb ember 3—10, sőt a Laurentius szabó anyósa 15 köpölyt rakatott magára. Némely beteg teste pustulákkal volt telehintve; az arczuk kikelt a formájából, a szemhéjaik szomorúan csüggöttek le, tekintetük ijedt volt; a hát, a mell, a has, a lábak stb. mind varas bőrkiütésekkel és a bőrből kiemelkedő, krajczárnyi vagy hüvelykujjkörömmnyi fekélyekkel voltak borítva, melyeknek felszíne szennyesfehér, környéke pedig pirosas volt; a barbárok ezeket a fekélyeket „tinea“-nak nevezték. E fekélyek szintén elválasztottak egy zsíros, nyúlós-nyálkás nedvet, mely nem geny, hanem ev benyomását tette. A bőrbaj gyógyulása és eltűnése után fekete, ólomszínű vagy barna foltok maradtak vissza, melyek teljesen elűtöttek az impetigótól és vitiligótól.

A betegség előrehaladtával azonban a fejen duzzanatok képződtek, melyek a legnagyobb fájdalmak és jajgatások között vagy maguktól megnyíltak, vagy pedig fel kellett őket vágni; ennek megtörténtével mézszerű, vagy a fenyőfákból kicsorgó mézghához hasonló, nyúlós és tapadós nedv ürült ki belőlük. A mikor ezek a rosszindulatú és undorkeltő

⁴ Életrajzi adatai megtalálhatók a következő helyeken: Biogr. méd. V. 365; Czvittinger, Specimen 186; Dict. hist., III. 285; Bod P., Magyar Athenas, 123; Hirsch, Biogr. Lex., III. 413; Hirsch, Allg. Deutsche Biogr., XVI. 520; Horányi, Memoria Hungarorum, II. 242; Jöcher, Allg. Gelehrten-Lex., III. 1937; Katona, Hist. crit., XXVIII, 845; Lindenius Renovatus, 1020; Rittmann, Kulturgeschichtl. Abhandl., I. 17; Schrauf, Fünf Wiener Aerzte und Naturforscher aus dem XVI. Jahrhundert. Trausch, Schriftst.-Lex., II. 237; Szinnyi, Magyar Irók, V. 631; Wespriemi, Succ. Med. Biogr., I. 74.

⁵ Lásd „Morbus hungaricus“-omat (30—35. lap).

⁶ Brünni tartózkodására eléggé jellegzetesek e melabús reflexiók: „Nescio, quo meo fato in has sum devolutus terras, ubi licet ad vitam honeste neque illiberaliter traducendam, omnia abunde suppedientur, animus tamen suo destituito pabulo, reciproca studiorum aemulatione sublata, commercio literatorum privato, quid voluptatis residuum censes? Steriles absque socio Musae.“ (Epist. dedicatoria.)

tályogok a legnagyobb nehézségek között kiürültek és nagy-sokára begyógyultak, egy új tünet mutatkozott: a test összes tagjaiban szűrő fájdalom állott be, a sípcsontokon főleg ott, a hol nincsenek izommal borítva és csakis a csonthártya fedi őket; a betegek azzal a kifejezéssel jellemezték e fájdalmakat, mintha fűrészszel vágnák vagy izzó harapófogókkal csípnék őket. A karok és lábak nehezek voltak és támaszra szorultak, mert a betegek saját erejükből még felegyenesedni sem bírtak; végső elerőtlenedésük miatt a hónok alatt kellett támasztani őket. Nyugtuk nem volt sehol sem s állandó volt a panaszkodásuk, nyögdécselésük, siránkozásuk a nem szünő, gyöttrő fájdalmak miatt. Éjszakáik álmatlanul teltek el, mert fájdalmaik éjjel még fokozódtak. A hajnal hasadása az enyhülés csalóka reménysugarait bocsátotta rájuk, de nemsokára új erővel törtek elő a kínok s a betegek a nappalt vádolták vele, hogy ellenségük; de később meg-megborzadtak az éjszaka gondolatától is. Nem egy és nem is egynéhány éjjel telt el így, hanem egy egész hónap minden éjszakája; csodálkozni kellett rajta, hogy ezek az erejüket vesztett emberek már csak az álom hiánya folytán nem pusztultak el mind.

A fejet sem kímélte meg a baj. A már említett tüneteken felül a leghevesebb fejfájások is gyötörték a betegeket, főleg a fej hátsó részén, és fokozták az elerőtlenedésüket, sőt tébolyt is idéztek elő, a mely csak akkor fejlődött vissza, a mikor az orron át több napon keresztül genyes, bűzös nyálka ürült ki. A betegség egész tartama alatt elveszett a betegek fogékonyasága az iny örömei iránt; nem kívántak sem Ceresnek, sem Bacchusnak áldozni. Beszélgetésre sem éreztek semmiféle hajlandóságot; az emberek tekintete elől menekültek és igyekeztek elzárkózni; talán szégyenkezés miatt, talán felháborodásból a felett, hogy a saját maguk hibáján kívül s a mellett a gyógyulásnak oly csekély reményével estek ebbe a betegségbe. Tájékozatlanul minden irányban és tanácstalanul állottak a saját bajukkal szemközt, mely észrevétel nélkül és azután is csak lassanként bontakozott ki a szervezet mélyében s emésztette az erejüket.

Hosszú időn át zárkóztak volt már el a nyilvánosság elől, a míg aztán néhány bajsorsosukat fel nem fedezték, a kikkel betegségük tüneteit összehasonlították s ezen eszme-és szóváltással kölcsönös megkönnyebbülést szereztek maguknak. Ezután már mindegyik nyilvánosan panaszkolt el a baját utcákon, tereken, korcsmákban s a mikor az emberek az előző tünetekből teljességgel megállapították betegségük azonosságát, akkor valamennyien egyhangúlag azt állították, hogy a betegség *virusát* a fürdőből hozták magukkal. Egy sem volt köztük olyan, a ki nem ugyanazt a fürdőt kereste volna fel, a ki ott meg nem köpölyöztette volna magát és a kinek a köpölyseb helyén nem ugyanaz a baja keletkezett volna.

Minekutána mindez meg lett állapítva, a nép egy része nekirontott Ádámnak, a fürdőfelügyelőnek s követelte tőle, hogy a törvényszék elé álljon; egy másik rész a városházára vonult és felkérte a tanácsot, nyomozná ki az egész galádságot és vizsgálja meg szigorúan ezt a mérgekeverést, mert az elkövetett bűn rettenetes és csak a halál bírja kiengesztelni. Bizonyos, hogy a fürdősök összeesküdtek a polgárok elpusztítására.

A mikor a zendülés lassanként lecsillapult, a tanács megidézte Ádámot és kérdőre vonta tettének rettenetessége miatt; felvilágosítást követelt tőle, hogy a járvány honnan eredt? kinek a hibájából? s miféle ragályozó anyag (contagium) okozta?

Ádamból — könnyeket és mentegetőzéseket kivéve — semmit sem lehetett kifacsarni. Kijelenté, hogy ő semmiről sem tud, hogy semmiféle bűnnek vagy összeesküvésnek nincsen tudatában. Évek hosszú sora óta tisztességes életet folytat a városban, nevének feddhetlenségére mindenkor vigyázott, s mint fürdőfelügyelő mindig odaadással szolgálta minden vendégét. A fertőzés igaz hogy nyilvánvaló, sőt feltűnő, hogy a ragály éppen őt magát nem fertőzte; mindennek dacára semmit sem tud eredetéről és okáról e jár-

ványnak, mely az ő hírnevének és anyagi jólétének rovására ütött ki; éppen ezért balga dolog feltételezni róla, hogy egy ily nagy bünténnyel a saját és a gyermekei egészségét és egész boldogságát a maga elhatározásából kockára tenni hajlandó lett volna. A bölcs tanács kegyeskedjék tehát ezen meggyanusítások elől elzárkózni. Meglehet, hogy a cselet Isten beleegyezésével szőtték s ebben az esetben emberi hatalom úgy sem akadályozhatta volna meg. A mennyiben azonban varázslók gonosz műve volt a dolog, avagy rossz emberek irigykedése kívánt neki alattomban ártani, ez esetben minden igyekezete azon lesz, hogy a mennyire csak módjában áll, eredményesen kimutassa a maga ártatlanságát; mindazt, a mit célhoz vezetőnek vagy a gondos vizsgálat érdekében levőnek lát a bölcs tanács, adja tudtául neki, azonban gonosztevőnek ne tartsa őt. És nem fog ő elpalástolni semmit sem, még ha ezer halál várna is rá. Ha pedig az derülne ki, hogy a legkisebb alkalmat is ő szolgáltatva volna a fertőzéshez, annál inkább, ha a bűn okozójául ismertetnék fel, ám akkor átkozzák el őt.

Erre Ádámot elbocsájtották. Sorra került immár az a fürdőszolga, a ki kézi ügyességénél és pontosságánál fogva a skarifikálások végzésével volt megbízva. Ő volt tehát az, a ki ama sebzéseket csinálta, melyekből, mint valami forrásból, úgy törtek elő a tünetek. Kiment a parancs, hogy ezen egyén is kihallgatás alá vétessék. Kemény szavakkal támadtak a fiatal emberre, a ki helyesen sejté, hogy a dolgok éle már most ellene irányul. A tanács és a polgármester azzal fenyegették meg, hogy börtön és kínzó vallatás vár a gonosztévőre; e felett való megrémülésében a fiatal ember megfutamodott. Ezáltal a gyanu csak fokozódott iránta és megerősítette az emberek gyanuját a bűnös személyét illetőleg, mert most már mindenki a megszaladt fürdőszolgát gyanúsította. A polgármester megbízott, hogy elfogatására tegye meg az intézkedéseket. Levél ment Boroszlóba, Nürnbergbe és Bécsbe, úgy a szaktársaihoz, mint a fürdősök egyesületéhez azzal a felszólítással, hogy kerítsék őt kézre s megkötözve, lábait vasra verve szállítsák vissza Brünnebe. A nevezett helyeken azonban sehol sem látták őt.

Most ismét az a hír kapott lábra, hogy a szikék és a köpölyöző eszközök magikus varázslattal lettek fertőzve és méreggel megkenve. Hogy ez a gyanu is eloszlattassék, a fürdőfelügyelő az összes vasból való eszközöket kiegészítette s a birtokában levő összes rézköpölyöket összetörte és tűzbe vetette.

De még ennél is többet tett. Azon eshetőséggel is számolva, hogy a gőz volt a fertőző, lebontatta a fürdő izzasztó kamráját kályhájával együtt és új tűzfalakat emeltetett. Sőt még ezzel sem érte be, hanem kimerítette háromszor a kút vizét s a kutat magát megtisztíttatta. Azonban itt sem volt található a mérlegnek még csak a nyoma sem.

A láрма kitért újra. Azt mondták, hogy úgy a fürdőfelügyelő, miként a szolgáló személyzete voltak syphilissel fertőzve. Minthogy biztosat e tekintetben sem tudtak, ezért némelyek azt vitatták, hogy bizonyára a közbeneső napokon, a mikor a fürdők el szoktak zárva lenni, kénesebedörzsölések eszközlése céljából syphilises egyéneket bocsátottak be a meleg kamrába, a mivel a fertőzésnek kaput nyitottak.

Ádám ünnepeles esküt tett Jordanus kezébe, hogy sohasem volt dolga „gallicus“-okkal s hogy e bedörzsöléseknek, valamint egyéb gyógyító eljárásoknak a módja is ismeretlen előtte. Nyugodtan tehetett Ádám ezt a kijelentést, melyet meg is erősített azzal, hogy családjának tagjai közül senki sem szenvedett volt bőrbajban, sem fájdalmaik nem voltak sohasem, jóllehet a fürdőközönséget állandó kiszolgálásban részesítették. Pedig ha a ragályozó anyag a fürdőből terjedt volna szét, bezegg rosszabbul jártak volna.

E közben a betegség tovább gyötörte az embereket és csak nem akart szünni. Csupán a tavaszi aequinoctium idején kezdett alábbhagyni; pünkösdkor végül ki lehetett jelenteni, hogy teljesen megszűnt s újabb fertőzés sem fordult elő. Meglehet, hogy ez már a fürdő elhagyatottságának volt a következménye, a melynek látogatásától visszariadtak az

emberek, kivéve egynéhány parasztot, a kik vagy nem tudtak a történekről, vagy ha értesültek is róla, hazugságnak vették és nevettek rajta; de meglehet az is, hogy a járvány megszűnése a városi bíró rendeletének volt köszönhető, a ki Ádámot letiltotta mestersége folytatásától; az is meglehet, hogy Ádám a maga jószántából zárta be a fürdőt, hogy ezzel még inkább elhárítsa a gyanút magáról, meg talán azért is, mivel úgys már elveszítette volt minden keresetét.

Mind hangosabb lett az emberek véleménye: ha a betegség új, akkor ellenszereinek is újaknak kell lenniök; az egyszerű emberek pedig azokhoz fordultak, a kik a legdrágább szereket kínálták és a leghitványabbakat nyújtották.

Rövidre fogva ennyit mond el *Jordanus* a betegség kitörésének s terjedésének körülményeiről. Az elmondottakban megtaláltuk az észlelt kóralak sémás leírását is, melyet a következőkben a kórtörténetek egész sorával igyekszik még jobban illusztrálni. Megannyi kórtörténet klasszikus tanubizonyossága annak az „a capite ad calcem“ való végtelenül gondos észlelésnek, melynek az ő idejében még semmiféle laboratoriumi segédeszköz sem állván segítségére, maga-magára utaltan fejlesztette oly nagygyá a semiológiát.

Jordanus ezek után áttér a betegség eredetének és okainak „nehéz kérdésére“. Felveti a kérdést, vajjon új betegséggel állottak-e szemben? s a mennyiben az csakugyan új volna, a betegségek melyik csoportjába volna beosztandó? Itt ismét egy hosszabb történelmi kitérést tesz annak a demonstrálására, hogy időről-időre mindig keletkeztek új, a megelőző időkben nem ismert betegségek.

A brünni betegség is — úgymond — új, jóllehet a felületes észlelés és tüneteinek hiányos vizsgálata a mellett szólhatna, hogy nem az. Új voltát bizonyítja már az a nagy meglepődöttség is, melyet a természet legtapasztaltabb észlelőiben is keltett megjelenésének módjával, hevességével, gyors lefolyásával s azzal a körülménnyel, hogy kor- és nembeli különbség nélkül támadott meg bárkit. Joggal nevezhető ezért újnak, elsősorban Brünn és környéke részére idegennek. Járványosnak kell tartani azért, mert egyidejűleg számos embert lepett meg, jóllehet az életet nem feltétlenül veszélyeztette. A halált is nem gyorsan okozta, miért is pestilensnek nem mondható.

Az emberek kedélyére ráült az aggodalom, hogy ezt az undok járványos betegséget, melynél talán még a halál is sokak előtt kívánatosabbnak tetszhetett, büntetésül küldte az Isten.

Mely csoportba kell tehát beosztani a brünni betegséget? — kérdi *Jordanus*.

Lényege, egész megjelenése s tüneteinek összesége rendkívül hasonlóvá teszi a syphilissel, melylyel igen közeli rokonságban áll. Csakhogy a leghasonlatosabb dolgok sem azonos dolgok s ezért keresni kell a két betegség megkülönböztető tüneteit.

A fejfájás, a lapoczkatáj és a sípcsontok fájdalma, az undok bőrfekélyek, a csontduzzanatok, a gummák, közösen megvannak mindakéfféle kórfarmában.

Az alopecia, a spermatorrhoea, a bubók s a syphilitis már egymagukban is jellegző praeputialis fekélyek a brünni betegségben nem igen fordultak elő.

A mi a keletkeztető okokat illeti: a lues venerea csakis nemi közlekedés folytán áll elő s az „obscoen részek“ érintkezése elengedhetetlen feltételként szerepel; ezért a syphilis legelőször a nemi részeket fertőzi és csak ezt követőleg veszi bele magát a vírus a szervezet mélyébe. Némelyek azt állítják, hogy a ragályozó anyag paplanokból és szennyes kendőkből került rájuk, de ezek az esetek a fekete hattyúnál is ritkábbak; az illetők ezt becsstelen tetteik kifogásaként hazudni szokták. A brünni betegség 70 éves fonnyadt asszonyokat, tisztos matronákat, szűz hajadonokat, tekintélyes városi tanácsosokat, nehéz földmunkában kifáradt, eke és kapa mellett megöszült parasztokat lepett meg; ezen emberek iránt még csak gyanút is táplálni: ész, tapasztalat, szeméreméret és tisztelet egyaránt tiltja. Számba kell venni azt is, hogy a betegség fürdőben, tehát nyilvános helyen keletkezett, a

hol csábításokra még csak alkalom sem kínálkozott s hogy a fürdőn kívül senki sem lett fertőzve.

Házastársak sem fertőzték egymást és az emberek betegápolás közben sem kapták el a betegséget. Egyáltalában soha sem propagálódott a vírus a családi együttélés keretein belül. A syphilis kezdeti tünetei a nemi szerveken észlelhetők; a brünni betegségben a köpöly alatti hús fekélyesedett ki először.

Mindezek daczára mégis csak a syphilishez kell számítani a brünni betegséget, mivel ugyanazokra a szerekre gyógyult ez is, a minökkel amazt szokás gyógyítani.

Ellene is a guajac-főzetet használták, bár sohasem elég hosszú ideig; ezért is nem irtotta ki a bajt gyökerestül a szervezetből. Az izzasztás is nagy megkönnyebbülést szerzett mindig. Sokak szerint a kéneső az egyedüli ellenszere a syphilisnek. A Turpethumot⁷ úgyszólván mindenki szedte, tekintet nélkül egyéni alkatára; többféle mellékhatása közt ez is nyálfolyást okozott.

Ha beigazoltnak vesszük, hogy a fürdőn kívül senki sem fertőztetett, úgy ebből az következik, hogy sorjában vizsgálat alá kell vennünk a fürdő összes alkotórészeit.

Az épületnek, illetve szerkezetének tulajdonítani a hibát, nem volna észszerű, minthogy az emberi testre egyáltalán semmi hatása sem lehet. A kemenczén egy rakás izzó kő van felhalmozva, a melyet vízzel öntenek le, hogy forró gőzt fejleszzenek; ezt a gőzt részben belélekkzik az emberek, részben pedig behatol az egész test belsejébe, a hol a calor nativus-t feléleszti és a fölös híg nedveket a bőr porusain át verejték alakjában kifelé hajtja. Ilyenkor azután a testet langyos vízzel jól megfrottirozzák, a szennyet vakarókkal, homokkövel, vagy pedig durva rongy segítségével ledörzsölik és végezetül lemossák. Ezen procedura után jönnek alkalmazásba a köpölyök, melyeket egy sebészi szike előzetes igénybevételével minél mélyebben helyeznek el a bőrbe; észre lehet venni, hogy az epidermist, sőt sokszor az egész bőrt is megnyire megszívja az odatapadó köpöly. A köpöly eltávolítása után a vér a vivőerek hajszálerein át kilép; ha az eljárás megismételtetik, tekintélyes vérmennyiség ürül ki.

Végül a köpöly alkalmazásának helyeit a seb gyógyulásának siettetése és a fájdalom enyhítése céljából kenőccsel kenik be. A nép hite szerint ezen eljárás folyamán történt az emberek fertőzése. Viszont máskor meg állhatatosan azt hangoztatták, hogy a fürdőszemélyzettől eredtek a betegség csírái. Ezek a feltevések mindenekelőtt annak a mérlegelését teszik szükségessé, hogy vajjon miféle, a szervezettel szemben ellenséges indulatú hatóanyag áramolhatott ki úgy a fürdőből, mint annak alkotórészeiből; továbbá miféle módon vagy miféle emberi műfogások segítségével „praeparálódhatott“ a mérge olyformán, hogy a járványnak már vázolt elterjedését lehetővé tette; végül vajjon az az anyag egy mérreg (venenum) vagy pedig egy ragályozó anyag (contagium) volt-e?

A mérgek halált okoznak; teszik ezt genyedés előidézése nélkül, tisztán halálos, miként az orvosok mondják: „deletaer“ erejüknel fogva. A mérgek malignitása nem állandó; ha elérték céljukat, vagyis ha az illető egyént elpusztították, tovább nem terjednek. A contagium célja ezzel szemben nem a mielőbbi elpusztítása az illető szervezetnek; malignitását előbb még másokra is áterjeszti, habár még ezt sem teszi mindig. A brünni beteget, néhánynak a kivételével, megkimélte a halál. A mérgek a szívet támadják meg és sokszor teljesen hatalmukba ejtik; a brünni betegség a májban vetette meg első fészket s ilyformán nem a szó szoros értelmében vett mérge volt az okozója; vírusából hiányzott a maga körül való elharapódzás, a másokra való áterjedés ereje.

Miféle fajtája a mérgeknek impraegnálhatta a kemenczét és a köveket? Mely deleaer anyag ronthatta meg a gőzt, a vizet, a szikét? Miféle ragályozó anyag rejtőzhetett a köpölyben? Miféle mérreggel keverődhetett a betegség vírusa,

⁷ Turpethum seu Turbith Minerale est pulvis flavus ex Mercurio praeparatus (Blancard, Lexicon medicum).

hogyan a járvány akkora méreteket öltött? Ha az a mérge izolált mérge volt és nem a szervezetnek általános megbetegedése, akkor nem keletkezhetett belőle ragályos járvány.

A kemence hősege a vele járó szárazsággal együtt mindazon kórcsírákat előlte, a melyek fejlődésükhöz nedveséget igényelnek. A contagiumot rothadás okozza, a tűzben pedig lehetetlenség a rothadás.

A tűzben magában tehát lehetetlen dolog a járvány okát keresni.

A gőz sem tartalmazhatta magában a fertőző csírákat, mert különben nemcsak a köpölyözöttek, hanem mindazok, a kik a forró gőzt belehelték, ugyanazon az okon fertőztettek volna. A vízben sem lehetett hiba; sem abban, a melylyel az izzó köveket locsolták, mert éppen ezeken elpusztultak volna a csírák, sem abban, a melylyel leöntötték és lemossák az embereket, mert hisz csak feltehető, hogy a mennyiben ez okozta a bőrtüneteket, azokat nemcsak egyes helyeken, t. i. a köpöly helyein, hanem az egész bőrön okozták volna. És okozták volna az összes fürdőzők bőrén, nemcsak a megköpölyözöttekén.

Térjünk át a köpölyökre! Ha a vírus bennük rejtőzött volna el, akkor valamennyi köpöly helyén jelentkezett volna a fekélyesedés. Csakhogy a köpölyök száma szerint legfeljebb 2—3 hely, rendszerint azonban csak egy fekélyesedett ki. A köpölyök minden használat előtt gondosan le lettek langyos vízzel öblögetve, azután hosszabb időn át vízbe állítva, sőt a kényesebb gazdagabb emberek nem is használták, csak a maguk, hazuról elhozott köpölyeit.

Ha mindezek dacára mégis rajta maradt volna a köpölyön valamely contagium, azt a beléje zárt láng elpusztította volna. Ha a bőr alatt raktározódott volna el valamely virulens anyag, azt a köpöly kiszította volna. Tehát vagy valamennyi köpöly fertőzött volt, vagy valamennyi „immun“ volt.

Hasonlóképp áll a dolog a szikékkal. De ha a ragályozó anyag a ráheleléssel került volna rájuk — a mint ezt némelyek állították —, akkor minden használat előtt külön kellett volna rájuk lehelni, a mi az operációk gyors egymásutánja mellett szinte lehetetlenség volt s ha mégis így történt volna, az emberek gyanút fogtak és felháborodtak volna.

A köpölyök eltávolítása után nyomaikat bezsírozták. Voltak, a kik azt vélték, hogy a vírus ebben a zsírban lett volna benn. Hogyan? Hisz akkor a bekenéseket oly gyakran végző egyén sokkal korábban fertőztetett volna, mint a bekenet. És miért genyedt csak egy köpölynek a nyoma, a mikor a többit is bezsírozták? Látnivaló, hogy egyre megy ki minden, akárhogy nézzük a dolgokat.

Még azt is állították, hogy Ádám, a fürdőfelügyelő és Ambrus nevű collegája is syphilisben szenvedett volt s hogy egy borbély gyógyította ki őket; most azonban újra kiört rajtuk a betegség és szolgáltatott okot a fertőzésekre. A fürdősök tagadták ezt. Reámutattak, hogy ők soha senkit sem fertőztek, jóllehet állandóan szolgálatára voltak a közönségnek, pedig régebben bizonyára „recens“-ebbnek kellett lennie a ragályozó anyagnak, mint mostanában, a mikor már „inveterálódhatott“.

Hogy a brünni betegséget nem mérge, hanem egy contagium okozta, az már feljebb megállapított. A kérdés immár az, honnan került elő ez a contagium?

A contagium fogalmából magából folyik, hogy a járvány csakis embertől indulhatott ki. Ha nem a fürdőszemélyzet valamelyik tagjától vagy többjétől indult ki, akkor nincs mást feltennünk, mint azt, hogy a fürdőben valaki megfürdött, a ki syphilisben szenvedett s contagiumának csíráit a meleg gőzzel együtt szétárasztotta a fürdőben. A fürdősök használatja ugyanis oly nagy volt, hogy minden válogatás és megtorlás nélkül bárki bemehetett a fürdőbe. A míg Bécsben kötelezőleg elő volt írva, hogy a fürdősök a legkisebb gyanu esetén is gondosan megvizsgálja a fürdeni kívánókat, itt ezek minden nehézség nélkül bejuthattak. Bizonyára nem is egy, hanem több syphilises egyén jutott be ily módon s elég könnyen a fürdőbe, különösen az esti szürkület védelme alatt. Ezek azután felmelegedtek a meleg kamrában, a

levegőt leheletükkel és kipárolgásukkal vagy pedig szomszédaikat az érintkezés révén megfertőzték.

A kik ebben az időben fertőződtek, úgy tettek, mint a skorpió által megmártak: onnan várták gyógyulásukat, a honnan jött a baj; tehát visszamentek a fürdőbe s jóllehet a gyógyulásukat illetőleg keserves csalódás érte őket, visszaözönlésükkel fokozták a csődületet és a contagiumok számát. Ily módon a kezdetben még észrevétlen betegség kezdett alattomban kibontakozni s végül is már csak olyankor vált nyilvánvalóvá, a mikor már mély gyökereket vert s az egész vérmennyiséget megromtotta, főleg a kevésbé elővigyázatos emberekben, a kik jó ideig mit sem vettek észre magukon és az emberekkel való érintkezést sem szakították meg. A rothadás tehát továbbterjedt, a contagium ereje intenzitásában és extenzitásában nőtt, a csírák megsokasodtak, a betegek száma nőttön-nőtt; a csíratartók pedig mindenfelé tapadtak, a fürdő falain, az öltözőhelyiségen, a szőnyegeken és a ruhákon. Valahányszor a fürdőket befűtötték, a jól elzárt csírák feléledtek s tovább segítették a fertőzés terjedését.

De elősegítette még egy más körülmény is: a borbélyok tapasztalatlansága. Kezdetben csak a köpöly helyé igényelt kezelést; innen kellett volna a kórokozókat eltávolítani s ezzel megakadályozni, hogy ott megüljenek s onnan később a szervezetbe vegyék magukat. Amde a borbélyok melegellenes, hideg eljárást fogatosítottak, holott borbajok, ragályos és mérges betegségek esetén a kerület felől a központ felé való visszaterelő eljárás nagy hiba. Pedig az ő szereik éppen ezt érték el s ily módon a vértömeg vajmi gyorsan megromlott s a helyett, hogy a testet táplálta volna, azt fertőzte.

Mi volt az oka, hogy csak azok betegedtek meg, a kik megköpölyöztették magukat? Miért nem fertőzték a közös helyiségekbe áramló csíratartalmú kipárolgások az összes jelenvoltakat egyaránt, tehát a meg nem köpölyözötteket is?

A szervezetnek ezt az eltérő magatartását *Jordanus* úgy magyarázza, hogy: *vagy a csírák virulentiája nem volt elég erős ahhoz, hogy oly rövid idő alatt valamennyi egyénre hatni bírjon, vagy pedig egyes egyéneknek nem volt meg a contagiummal szemben a kellő ellenálló képessége.* Ez utóbbiak éppen azok voltak, a kik bőrüket megsebezették, magukon köpölyöket alkalmaztattak, a kik tehát a levest úgyszólván mint egy éket verették magukba s ezáltal virulentiájának teljes hatalmát magukra szabadították.

Elkészültünk *Jordanus* könyvének rövidre fogott bemutatásával. Ezt a könyvet Theophilus Homodeus Rhaetus „libellus mole exiguus“-nak, Dudith András „liber aureus“-nak nevezte el. Ezeknél azonban jobban fog érdekelni bennünket a XVI. század nagy tekintélyének, *Krafftheimi Crato*-nak a véleménye a munkáról. *Crato*-t, a ki már régebbi idő óta állandó tudományos összeköttetést tartott fenn *Jordanus*-szal, barátjának ez a munkája is nagyon érdekelte. *Crato* abbeli nézetének ad kifejezést, hogy a brünni betegséget a köpölyöző eszközök fertőzött volta idézte elő s valószínűnek tartja, hogy azokat vagy a fürdőszolgák, vagy pedig a fürdőzők között akadt fertőzött vérű egyének fertőzték. A gőznek fertőzött voltára csak másodsorban gondol. A contagium továbbhordozója a geny volt, a mely az egész vérmennyiséget annyiszor fertőzte meg, a hány emberbe a köpölyök révén belékerült. Minthogy azonban a fertőzés módja nem azonos a syphilis acquirálásának módjával, ezért kétségesnek tartja, hogy a brünni betegséget a syphilis kategóriájába lehessen osztani.

A mi a köpölyöző eszközökről, illetve azok fertőzött voltáról tett megjegyzéseit illeti, ahhoz fentartás nélkül magunk is csatlakozunk. Kétségen felüli ténynek tarthatjuk mi is, hogy a morbus brunogallicus fertőzött köpölyökkel propagálták a fürdőben. Másképp áll a dolog a második megjegyzéssel. Hogy *Crato* nem a syphilishez kívánja számítani a brünni betegséget, erre megtaláljuk a magyarázatot az ő „*Commentarius de morbo gallico*“ című munkájában (V. 483) letett nézeteiben. Ezek szerint a syphilis sem a „mérgek“ közé nem számítható, sem a rothadási productumok közé nem tartozik. Hogyha tehát *Crato* elfogadja *Jordanus* adatait és

hogyha *Jordanus* gondolatmenetének helyességéről csakugyan meg is győződött s ezzel együtt elismeri, hogy a brünni betegséget egy rothadási termék, egy contagium okozta, akkor, ha addigi meggyőződéséhez hű akart maradni *Crato*, a syphilit ki kellett zárnia. Hogy a syphilis kizárandságában a fertőzés módja is megerősíti őt, kissé különösen hangzik, mivel a XVI. század vége felé a syphilis extragenitalis úton való megszerzésének lehetősége legkevésbé sem volt már ismeretlen.

Igaz, hogy *Jordanus* sem könnyen barátkozott meg a syphilis felvételének eszméjével. Neki is nehézségeket és aggályokat okoz az extragenitalis és különösen ez a tömeges extragenitalis fertőzési mód. Maga is elmondotta, hogy a fertőzésnek ezt a módját csak „kifogásul“ szokták emlegetni. Az „obscoen részek“ érintkezésében ő is conditio sine qua non-ját látta a syphilitnek.

Mindkét férfiú, úgy *Crato* mint *Jordanus* eszmemenete a helyes diagnosis keresésében körülbelül azonos. Csak az út vége felé térnek el egymástól, de akkor diametralis irányban. Míg *Crato* a legutolsó lépésig kitaposott utakon jár és aprioristikus dogmák által fogva tartva, új ösvények mellett észrevétlenül elhalad, addig *Jordanus* szemei előtt, talán az utolsó perczen, a mikor már csaknem kimondja a végső szót a *Crato*-i értelemben, a közönséges syphilitnek előtte jól ismert tünetsoportja és a brünni betegség tünethalmaza közti azonosság feltárul s elfogulatlan mérlegelése előtt a primaer affectio helyeinek lényegesekeknek minősített különbségei alárendelt, accidentalis különbségekké zsugorodnak össze. Elméjének constructiv ereje teljes képességében mutatkozik be előttünk, a két nem identikusnak tartott betegség identitásának felismerésében.

Ha *Jordanus* már az extragenitalis egyes esetekkel szemben is kételyekkel viselkedett, annál nagyobb bizalmatlansággal lehetett eltelve a brünni tömeges esetek iránt. Mert hogy a köpölyfertőzések egy nagynak nevezhető járványnya dagadjanak, ez csakugyan új dolog volt a brünni eseményekben s ez volt a nagy kő, melyet a betegség lényege után való keresés útjából el kellett takarítani. Hogy ez sikerült *Jordanus*-nak s hogy éles megfigyelőképességgel, szigorú inductióval az igazságot ki is mutatta s hogy ezenközben a saját eredeti meggyőződés szerű nézetét önmaga korrigálta, ebben áll az érdeme. Az összes traditionalis orvosi ismereteket, a tudományos apparatus egész közkincsét, mindent becsületesen felvonultat a saját magának azon feltevése ellen, hogy a brünni járvány nem syphilis volt, de végül logikus meggyőződött-séggel jelenti ki tisztán megformulázott mondatban, mely egész könyvének punctum saliensének nevezhető, hogy „mindezek daczára „mégis csak“ a syphilithez kell számítani a brünni betegséget, mivel ugyanazokra a szerekre gyógyult ez is, a minőkkel amazt szokás gyógyítani“. *Jordanus* tehát meggyőzte *Jordanust*.

Crato deductiv következtetési módja bölcseszertileg megállhatja a helyét; de *Jordanus* inductiója orvosilag helyes eredményhez vezetett. Érdekes őt a bizonyító eljárásában követni: elővigyázatos, szinte tapogatózó; skeptikus, a ki bizalmatlanságában néha talán a túlságig elmegy és minden egyes extragenitalisan szerzett syphilis hallatára körülbelül azzal a visszaautasító mozdulattal van készen, a minővel a mai orvos, ha beteget az anamnesisben a „rossz álmokat“ vagy a „légvonatot“ emlegetik. De végül mégis csak meghajlik *Jordanus* az általa gondosan észlelt és jól regisztrált tényhalmaz előtt. Ebben az ő aprioristikus feltevéstelenségében látjuk őt csakugyan nagynak, melylyel — korának iskolai tudománya, tehát jó ideig a saját legjobb tudásának vallott meggyőződése ellenére is — kihirdeti az új meggyőződését, hogy a brünni járvány syphilis, még pedig extragenitalis syphilisjárvány volt.

Csakugyan az volt-e? Ebben aligha fog bárki is kételkedni, a ki *Jordanus* közléseit figyelmesen elolvasta, még ha *Crato* autoritása iránt a legnagyobb bizalommal viseltetik is. Bizonyos, hogy a brünni syphilisről nyújtott leírás nem fedi azt a képet, mely a mai syphilidologusok szeme elé kerül. De azok, a kik e szakma történelmével foglalkoztak, semmi

idegenszerűt sem fognak *Jordanus* leírásaiban találni. Mert tudják, hogy a „XVI. század syphiliseiben sok különleges, a ma ismert betegségtől eltérő vonás volt“. ⁸ S ha mégis tamaskodni találna valaki, annak még egyszer felidézzük emlékeztében *Jordanus* szavait, hogy mégis csak syphilis volt ez a járvány, „mivel ugyanazokra a szerekre gyógyult ez is, a minőkkel amazt szokás gyógyítani“. Megbízhatóbb késői diagnosticumot aligha találhatnánk, mint ezt a tételt. Hogy a kénesőbedörzsölések és belégzések milyen pontosan és radikálisan gyógyították meg a betegeket, azt *Jordanus* kórtörténetei sorra demonstrálják.

E helyütt nyílik alkalmunk néhány szóval *Andreas Ludwig Jeitteles* professornak a „Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde“ 1863. évi hasábjain megjelent közleményével foglalkozni, a mely bennünket annyiból is érdekelhet, mivel itt rámutat a kénesőnek megbízható s egyúttal körjelző hatására a brünni betegségben. *Jeitteles* a *Jordanus* munkájának azon részeit használta fel, a melyeket az antimercurialis-ták ellen fordíthatott, vagyis a melyekből kiderül, hogy nem a kéneső okozza a csontmegbetegedéseket. Rámutat, hogy a brünni betegségben olyankor, a mikor még nem is vették rendszeres kezelés alá a betegeket, máris súlyos csontaffectiók jelentkeztek, és pedig fájdalmak, duzzanatok, daganatok, functionalis zavarok és hogy végezetül a kéneső az összes tüneteket, tehát a csontbántalmakat is radikálisan megszüntette.⁹

Néhány lapot szentel a „morbus brunogallicus“-nak *Alexander Rittmann* a „Kulturgeschichtliche Abhandlungen“ I. füzetében. (Brünn, 1869, 52.—55. lap.)

E helyütt nem kívánok vele hosszabban foglalkozni, csak megemlítem, hogy a brünni syphilisjárványt az akkor már virágzó utcai prostitutióra és a nyilvános házakra gondolja visszavezethetni, nem pedig a fürdőházra. *Rittmann*-t megczáfolja az a tény, hogy a kezdeti tünetek nem a genitáliakon észleltek, hanem a köpölyök helyén és hogy a brünni megbetegedettek közt — 70 éves aszonyok is voltak.

Legvégül még néhány szót a *Jordanus* által készített új szóról, a betegségnek „Morbus brunogallicus“-nak való elnevezéséről.

Rittmann ugyanis vitatta e szó létjogosultságát.¹⁰ Tegyük fel a kérdést olyformán, volt-e oka és joga rá *Jordanus*-nak, hogy a brünni syphilit új névvel illesse? Erre a kérdésre választ kapunk egyes syphilis-epi- vagy endemiák különleges elnevezéseinek létezésével, melyek legkényelmesebben az *A. Hirsch*-féle már idézett munkában üthetők fel a következő sorrend szerint: a Radesyge, a jütlandi syphiloid, a ditmarsi betegség, a Sibbens, a litvániai és kurlandi syphiloid, a Falcadina, a skerljevo,¹¹ a Male di Breno, a Frenga, a hesseni syphiloid, a spirocolon, a canadai syphiloid.

Ezen felsorolt endemiák mindegyikében van egy bizonyos vonás, mely valamely tekintetben kirí és az illető endemiának particularis charakteristikonját alkotja és azt a többtől, akár a terjedés módját, akár a makacsságát, akár a tünékenységét stb. illetőleg, megkülönbözteti. Valamely jellegzetes tünet létezését kívánja tehát egy különleges elnevezésnek a különben lényegileg mindig azonos betegség neve helyett való alkalmazása demonstrálni. A „brunogallicus“ elnevezés annyiban még jobb és találhatóbb a felsoroltaknál, mivel a brünni betegség tulajdonképpeni lényegét a „gallicus“ szó rögtön el is árulja.

⁸ A ki meg akar győződni erről, olvassa el akár *Neumann Izidor* kötetét a syphilisről a Nothnagel-féle belgyógyászati gyűjteményben, akár *A. Hirsch* Historisch-geographische Pathologie-jának I. kötetét a 337. laptól kezdve.

⁹ *Jeitteles* fordításai nem nevezhetők egészen sikerültnek. Elvégre is nem lehet — hogy csak egy példát említek — „aries“-t következetesen „biká“-nak fordítani.

¹⁰ Hogy e közben mily vaskos anachronismusba keveredett, azt más helyen (Morbus hungaricus, 34. lap) már volt alkalmam neki felróni.

¹¹ A skerljevoról mint magyar tengerparti betegségről *Poór Imre* dr. irt egy tanulmányos értekezést a Gyógyászat 1869-i évfolyamában (788. lap). Észleleteit és megállapodásait *Neumann Izidor* is teljesen magáévá tette a „Syphilisről“ irt könyvében (Nothnagel-féle belgyógyászat).

Jordanus munkája egyike a legszebb példákra arra, hogy mily komolysággal, mekkora alaposággal foglalkozott egy kitűnő orvos a XVI. században epidemiológiával; hogy mint indult meg eleinte csak járt utakon s mily készségesen kanyarodott be új, ismeretlen ösvényekre, a mikor tudományos észleletei és logikai következtetései őt arrafelé terelték.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. A. Hartmann: Die Schwerhörigen in der Schule und der Unterricht für hochgradig Schwerhörige in Deutschland.

Egy orvosi, socialis és humanitarius szempontból egyaránt fontos és gyakorlatilag kellőképpen még nem méltatott kérdésre hívja fel a szerző nemcsak az orvosi társadalom figyelmét: a nagyothalló gyermekek sorsára és oktatására. A süketnémák gondozása és oktatása szépen halad, a mit legjobban bizonyít a társadalmilag hasznos süketnémák számának folytonos emelkedése. A csak nagyothallókkal azonban mindeddig nem sokat törődtek. Az elemi iskolákban lassan vagy egyáltalában nem tudnak haladni s az iskolakötelezettség végéhez minimalis tudással, néha bámulatosan szegényes szó- és ismeretkörrel érkeznek meg, sokszor a nélkül, hogy az első osztályból feljebb kerülhettek volna. Csak kis részén segíthet az, hogy közel ül tanítójához, a ki tanítványainak nagy száma mellett már physikailag is képtelen, hogy külön foglalkozzék velük. Páriái az elemi iskoláknak különösen akkor, ha a nagyothalláshoz beszédzavar is társult. A gyermekek haladó társai között unatkozik, figyelmetlen, szórakozott lesz, formálisan elbutul, igen könnyen gyengeelméjűnek deklarálják s bekerül ezeknek az intézetébe. Vagy felismerik hallászavarát, a mit még a szülők sem vesznek észre mindenkor s a süketnémák közé jut. Tehát a gyermek vagy többé-kevésbé eredménytelenül éli át a tankötelezettség idejét — és ez még a legjobb megoldás —, vagy legtöbbször ép intelligentiával ledegradáltatik a gyengeelméjűek színvonalára avagy pedig a süketnémák között igen gyorsan elveszti hallóképeségének felhasználását és eltanulja a jelbeszédet.

Pedig a nagyothalló gyermekek száma megdöbbentően nagy. *Hartmann* közli a szász süketnéma intézeti tanárok egyesületének jelentését, a mely számukat csak Szászországban 5000—6000-re teszi. Még legkedvezőbb a *Laubi* statisztikája Zürichből, hol az összes tanulóknak 10·8^o/_o-a nagyothalló; a többi közlés 20—30^o/_o között ingadozik, sőt *Nager* Luzernban 40·3^o/_o-ot talált. Természetesen az ok különböző s gyakran gyógyítható (feltűnően sokszor szerepel adenoid vegetatio) vagy legalább a rendes oktatás szükségletére javítható, például *Bezold* összeállítása szerint körülbelül 41·7^o/_o-ban.

A tragikum különösen ott kirívó, a hol gyógyítható hallás-zavarral kerül a gyermek — a hülyék intézetébe. A kiinduló pont a helyes útra világos. Találón jegyzi meg *Hartmann*, hogy az iskolákban törődnek a gyermekeknek még a fogazatával is, de eddig csak nagyon keveset a fülével, a melyikre pedig leginkább van szüksége.

Követeli tehát feltétlenül, hogy a gyermekek hallását az iskolaorvos állandóan ellenőrizze vagy orvos hiányában esetleg maga a tanító, s hogy a tanulókról ez irányban is törzslap vezettessék. Ha nagyothalló akad — és mindig akad —, orvosi, lehetőleg fülész kezelésre utasítandó. Németországban *Hartmann* összeállítása szerint 211 városban történik hallásvizsgálat s 131-ben gondoskodnak szakkezelésről.

A nagyothallók számára pedig, kik a rendes oktatásmenetet követni nem tudják, a szerző külön osztályok felállítását tartja egyedül és teljesen célravezetőnek, a hol a kezelhetők esetlegesen csak addig maradnak, míg hallásuk a kellő fokra meg nem javul. Hogy ezekbe az osztályokba mely tanulók valók, az két szemponttól függ: a hallásmarad-

ványtól, a melynek felső határát *Hartmann* 0·50 m. sűgőbeszédre teszi, és a gyermek intelligentiájától. Mert — bár nagyon is kivétel —, de példaként említést tesz egy fiúról, kinek hallása sűgőbeszédre 0, conversatiós beszédre pedig 0·35 m. volt és mégis mint osztályának legelső tanulója tűnt ki. Szükséges tehát, hogy az esetek kiválasztásakor az iskolaorvos karöltve haladjon a tanítóval.

A nagyothallók osztályai csak kisszámú tanulókból álljanak, lehetőleg süketnémák oktatására képesített tanítók vezetésével. Részletes kritikával ad utasításokat a szervezésre és főképpen a tantervre vonatkozólag, a melyben első helyen áll a szájról való leolvasás folytonos gyakorlása, de fontossággal bír az articulatio a beszélőképességnek, és az akustikai gyakorlatok a hallás érzékének erősítésére. Csak surrogatum, de szerinte is minden esetre jobb a semminél, ha a rendes elemi iskolázás mellett a gyermekek gyakorolják a leolvasást, vagy nyerne egyenkénti oktatást, avagy süketnéma intézetben taníthatnak, de — és ez a fontos — a meglevő hallásmaradvány szigorú figyelembe vételével: megerősítésével és felhasználásával.

Németországban jelenleg 24 városban tanítják a nagyothallókat a fentemlített módok valamelyikén. Csak Berlinben 24 külön osztályt állítottak fel s nagyothallók iskolája van még Hamburgban, Dortmundban, Mannheimban, Charlottenburgban, Neuköllnben, Strassburgban s terveznek ilyent még 5 városban.

Az eredmények igen jók, mint azt egyhangúlag konstata-
tálják a jelentések, a melyek közül mintaszerűen emelkedik ki a charlottenburgi iskoláról szóló, meggyőző érveléssel, nagy részletességgel s a jó ügyhöz méltó melegséggel szolgálva a nagyothallók szerencsétlen csoportját.

Hartmann könyvének kis keretét tartalmának fontossága messze túlszárnyalja. Nagyon óhajtható volna, hogy ez irányban is fokozott tevékenységre serkentse socialisan érzőkben semmiképp sem szegény hazánkat, a mely azonban nagyothalló gyermekekben — sajnos — sokkal gazdagabb.

Új könyvek:

Linden, Meissen und Strauss: Beiträge zur Chemotherapie der Tuberkulose. Würzburg, C. Kabitzsch. 1·50 m. — *J. Urbach*: Die Geschlechtskrankheiten und ihre Verhütung. Wien und Leipzig, J. Sáfár. 5 m. — *M. Piorkowski*: Serodiagnostik. Berlin, R. Schoetz. 1·50 m. — *W. Oettingen*: Leitfaden der praktischen Kriegschirurgie. Dresden und Leipzig, Th. Steinkopff. 9·50 m. — *G. Burckhard*: Studien zur Geschichte des Hebammenwesens. Band I., Heft 1. Leipzig, W. Engelmann. 7 m. — *K. Herxheimer und K. Altmann*: Behandlung der Krankheiten der behaarten Kopfhaut. Halle a. S., C. Marhold. 1·50 m. — *C. Noorden und N. Jagic*: Die Bleichsucht. 2. Auflage. Wien, A. Hölder. 6·80 m. — *R. Somen*: Das Problem der Vererbung erworbener Eigenschaften. Leipzig, W. Engelmann. 3·20 m. — *N. Zuntz*: Zur Physiologie und Hygiene der Luftfahrt. Berlin, J. Springer. 2 m. — *G. Buchner*: Angewandte Ionenlehre. München, J. F. Lehmann. 3 m. — *C. Rieger*: Ueber ärztliche Gutachten im Strafrecht und Versicherungswesen. Würzburg, C. Kabitzsch. 6·50 m. — *L. Zaitzeff*: Die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit bei Massenverbrechen. Halle a. S., C. Marhold. 1·50 m.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

Digifolin néven a „Gesellschaft für chemische Industrie in Basel“ egy új digitalis-készítményt állított elő és ezt egyrészt steril vizes oldatban kis ampullákban, másrészt tablettalakban hozza forgalomba. A leipzigiegyetem gyógyszerintézetében *Hartung* végzett vizsgálódásokat ezzel az új készítménnyel, a mely a gyár állítása szerint a digitalis-levelek összes glykosidjeit eredeti elegyedési arányukban tartalmazza. *Hartung* azt találta, hogy a digifolin-ampullák víz és kevés konyhasó mellett a digitalis-leveleknek a szívre ható glykosidjeit csakugyan tartalmazzák, tehát főleg digitoxint és digitaleint. Békákön végzett kísérletek kimutatták, hogy a digifolin a teljes digitalis-hatást fejt ki, a mennyiben egyrészt a szív működést szabályozza, másrészt az időegységben teljesített szív munkát fokozza, nagyobb adagban pedig a szívet systolében megállítja. Az ampullák tartalmából 1 cm³

körülbelül olyan hatású, mint 0.1 gramm titrált digitalislevél; egy-egy digifolin-tabletta 1 cm³ digifolin-oldatnak, tehát szintén 0.1 gramm titrált digitalis-levélnek felel meg. A digitalis-infusummal szemben a digifolinnak ezek az előnyei: nincsenek benne fölösleges vagy káros hatású anyagok, főleg a nyálkahártyát izgató digitsaponinok, a melyeket az infusum nagy mennyiségben tartalmaz és a melyek a digipuratumban is még kimutathatók; jól eltartható és a gyomorbeltractus fermentumainak bomlasztó befolyásával szemben sokkal kevésbé érzékeny. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 36. sz.)

A sedo-Roche-tabletták *H. W. Maier* docens (Zürich) szerint nagyon alkalmasak arra, hogy a brombevitt mérsékelt konyhasóreductióval kössük össze. Minden egyes tablettát 1.1 gramm bromnatriumot, 0.1 gramm konyhasót, konyhasómentes növényi kivonatanyagokat és kevés zsírt tartalmaz. Egy-egy tablettát 100 cm³ forró vízben feloldva, jóízű leveshez hasonló folyadékot kapunk, a mely nem okoz emésztési zavarokat. Minthogy táplálékunk fő konyhasóforrása a leves: a jelzett tabletták jó szolgálatot tehetnek a bromhasználat mellett annyira fontos konyhasóreductio tekintetében. (Münchener med. Wochenschrift, 1912, 36. sz.)

Belorvostan.

A diabetes mellitus gyógyításának haladásáról szóló cikkében *Blum* docens (Strassburg) főleg a diaetotherafiára terjeszkedik ki. Kiemeli, hogy a haladás e téren elsősorban az, hogy felfogásunk a szénhidratok elégséről a diabeteses szervezetben ma már szabatosabb. Kiderült, hogy csak szénhidratokból és zsírokból álló diaeta mellett sokkal több szénhidrat ég el, mint a hogyan előbb gondoltuk. A fehérjék jelenléte határozottan kedvezőtlenül befolyásolja a szénhidratok elégsét, még pedig a hús erősebben, mint a tojás, és ez utóbbi erősebben, mint a növényi fehérje. Ezen az alapon most már megérthető a *Noorden*-féle zablisztkúra hatása; ez ugyanis nem más, mint sok szénhidratot és zsírt tartalmazó koszt hús nélkül. Specifikus hatása a zablisztnek nincsen, a mennyiben hasonló módon adva búzalisztet, hasonló eredményt kapunk, sőt még a szőlőcukor is, kellő módon adva, elég (*Klemperer*). A szerző főleg a lisztkúrákról szól, mint a melyekről legtöbb a tapasztalata. Javalt a lisztkúra mindenekelőtt a kezelés kezdetén, hogy czukormentességet érjünk el; ez ugyanis e célra a legegyszerűbb, e mellett a leggyorsabb és legkönnyebben keresztülvihető kúra, a mely otthon is végezhető és veszélytelen, még a súlyosabb esetekben is. Ajánlható a lisztkúra öregebb betegeknek is, a kik tudvalevően nagyon érzékenyek a szénhidratelvonással szemben. Az acidosis fokozódása esetén is jó szolgálatot tesz a lisztadiaeta, mint a mely elég sok szénhidratot tartalmaz s azért az acidosis gyors fokozódásának elejét veszi, sőt többnyire tetemesen csökkenti is acidosisát. Javalt továbbá a lisztkúra azokban az esetekben, a melyekben nem tudjuk ugyan czukortalanítani a szervezetet, de a melyekben az általános állapotra, valamint az acidosisra való tekintettel szénhidratokban és caloriákban bővelkedő táplálékot kell adnunk. A mi a lisztkúra kivételét illeti: az eset súlyossága szerint 75—250 gr. lisztet adunk naponként sok zsírral, a mire a cukor sok esetben eltűnik; nehezebben befolyásolható esetekben főzelék-nap hozzácsatolásával még eredményt érhetünk el. A további kosztot az eset körülményei (súlyosság, szövödmények stb.) szabják meg. A lisztkúrát huzamosabban nem tűrik a betegek, megúnják. A lisztkúrával kapcsolatosan néha jelentkező hasmenés kevés opiummal könnyen megszüntethető.

Jó eredménnyel használhatók a diabetesben szenvedők diaetájában az inulin illetve az inulintartalmú főzelékek; az inulinból képződő laevulosét ugyanis sok esetben jól kihasználja a szervezet, a nélkül, hogy a glykosuriára kedvezőtlenül hatna; az acidosis is kedvezően befolyásolja. Kiemeli a szerző a soja-babot is, a mely 30—35% fehérjét és csak

6% szénhidratot tartalmaz, s a mely sarton-liszt alakjában most már könnyen beszerezhető.

A diabetes kezelésére újabban ajánlott szerekre vonatkozó megjegyzések közül kiemeljük, hogy az organotherapiás szerek (pankreaskészítmények, secretin, hypophysiskivonat) eddig nem vezettek eredményre. Hasonló mondható az élesztőkészítményekről (*fermocyl*), a superoxydokról és a *santonin*-ről. Az *atropin*, illetve a kevésbé mérgező *methyl-atropin* esetleg megkísérélhető. A glykoheptonsavlactonról még eldöntendő, vajjon nem egyszerű édesítő anyag-e, a mely a glykosuriát nem fokozza. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1912, 4. füzet)

Sebészet.

A műtét utáni prophylaxis magasfektetésről és fekvésváltoztatásról ír *A. Wagner*. Általánosan ismert, hogy idősebb egyéneket a műtét után lehetőleg magasra fektetünk azon célból, hogy a tüdők részéről jelentkezni szokott szövödményeket lehetőleg elkerüljük. A tüdőcomplicatiók vagy emboliás eredetűek, vagy a narcosisal függenek össze, de gyakran azért keletkeznek, hogy a beteg oly infectiosus anyagokat aspirál, nyel le, melyek a tüdőben lobosodást hozhatnak létre. Az emboliák ellen nem igen tudunk védekezni, a műtétnek *Trendelenburg*-helyzetben való végzése, a korai felkelés, az alsó végtagoknak magasra való elhelyezése, az ágy felső végének magasra való emelése, massage, gymnastikai gyakorlatok mellett is elég gyakran megeshet, hogy a beteg hirtelen emboliában elpusztul. Sok esetben a tüdőszövödmények a tökéletlen expectorationnak következményei vagy a fájdalmak, vagy pedig a beteg rossz elhelyezése miatt. A fájdalmak ellen már ezen complicatiókra való tekintettel is szükséges a narcoticumok adagolása, egyúttal a betegnek magasra való fektetése. A szerző azonban a magasra való elhelyezést nemcsak már kifejlődött tüdőembolia esetén alkalmazza, hanem minden laparotomia, minden nagyobb sérvműtét után, még akkor is, a mikor helyi érzéstelenítéssel operált. Ennek tulajdonítja, hogy több száz laparotomiája után, köztük 70—80 éves egyéneken, sem tapasztalt tüdőgyuladást. Az általános peritonitisnek konyhasós öblítésekkel való kezelésekor a betegnek magasra fektetésével a tüdőszövödmények elkerülésén kívül azt is elérjük, hogy a konyhasós oldat a medenczében gyűlik össze. Az ellentétes fektetés azon esetben alkalmazandó, ha nagyfokú anaemia van jelen; egyidejűleg a végtagoknak centripetalis irányban haladó komprimáló bekötözése a pulsus gyors javulását idézi elő. Igen gyakran megtörténik, hogy a betegek nem bírnak vizelni horizontális helyzetben és ilyenkor a fekvés változtatása igen jó szolgálatot tesz. Belparesis eseteiben a betegnek jobb vagy bal oldalára való helyezéssel a passage tökéletesen helyreállhat. Acut gyomortáguláskor is, különösen ha a gyomor levegővel telődik meg, a *faradisatio*, massage és a gyomor tartalmának kiemelése mellett a fekvés változtatása bizonyos fontossággal bír. Hasfekvést a szerző azon esetben alkalmaz, ha a mélyben fekvő abscessusok (súlyedékes mediastinalis tályogok) kiürülése egyéb helyzetben akadályos volna. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1912, 33. sz.) *Ifj. Háhn Dezső* dr.

Idegkörtan.

Az epilepsia műtétének javatairól tartott előadást *Binswanger*. Leghálásabbak azon esetek, melyekben az agykéreg sérülése, hege okozza az epilepsiát; ezek műtétre valók akkor is, ha a görcsök már elvesztették a *Jackson*-féle epilepsia jellegét vagy ily görcsök általános epilepsziás rohamokkal váltakoznak. Különös megítélés alá esnek azon esetek, melyekben a rohamok teljesen a genuin epilepsziának felelnek meg, de az anamnesisben gyermekkori encephalitist találunk; ilyenkor rendesen finomabb vizsgálatkor objectiv idegrendszeri eltéréseket is lehet felderíteni, különösen roham után; ezek is az újabb tapasztalatok alapján a sebésznek adandók át, ha a rohamok életveszélyessé válnak vagy a szellemi képes-

ség erősen romlik; a műtét nem szünteti meg a rohamokat, de megakadályozza az elbutulást. Végül a genuin epilepsia a sebészetén kívül esik s a szerző ellene fordul Kochernek, ki a trepanatiót mint decompressiót ajánlja epilepsia ellen, minthogy az esetleges hydrocephalus csak következménye az epilepsiával együttjáró diffus agykéreg-gliosissnak. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1912, 28. szám.)

L.

Gyermekorvostan.

A heliotherapia értékéről ír *Zadro*, a pelagioi Mária Terézia-hospice főorvosa, 38 eset kapcsán. A sebészi gümőkóros megbetegedések ezen kezelési módjára különösen a *Rollier*, *Eiselsberg* és *Jerusalem* által elért szép eredmények ösztönözték. Körülbelül nyolcz hónapi munkásságának eredményéről számol be egy táblázat alakjában, mely szerint minden válogatás nélkül, felületes és mély, sipolyos és zárt gümőkóros megbetegedésben szenvedőkön alkalmazta ez eljárást. A heliotherapia alkalmazása abból állott, hogy a beteg testrésztét közvetlenül, minden kötés nélkül tette ki a napsugár hatásának, eleinte naponként egy fél óra hosszat, később 4—5 óra hosszat is. A szerző nem akarja kisebbiteni a heliotherapia kitünő és sokrabecstült gyógyító hatását, de e nyolcz hónap alatt ezáltal elért eredményei nem különböznek semmiben sem a hospiceban elért azon eredményektől, melyeket az addig használt eljárással nyertek. Ezen eljárás főprincipiumai a következők: 1. A conservatív kezelés mellett állandóan levegőn való tartózkodás. 2. Naponta tengeri fürdő (télben melegített vízben). 3. Fürdő után, ha az idő megengedi, 2—3 órai napon való tartózkodás ruha nélkül. Hogy a szerző eredményei nem oly fényesek, azt egyrészt annak tulajdonítja, hogy észlelései nem terjednek ki hosszabb időre, másrészt talán annak, hogy a napsugár a tengerpart mellett sűrűbb, páradúsabb légrétegeken hatol keresztül, mely rétegek a napsugár bizonyos gyógyhatású tényezőit esetleg elnyelik. Összefoglalásképp azon nézetének ad kifejezést, hogy a heliotherapiának tulajdonított kitünő eredmények elérésében lényeges szerepe van mindazon tényezőknek, melyek akár egy tenger melléki, akár egy hegyvidéki sanatorium egészségügyi és hygienés berendezésével vannak összefüggésben. (Wiener klinische Wochenschrift, 1912, 14. szám.) *Koós dr.*

Húgyszervi betegségek.

A furunculusokból származó metastasisos vese- és paranephritis abscessusokról. *Zinn* tanár a berlin-moabit közkórházban rövid idő alatt négy ilyen esetet észlelt; mind a négy beteg műtét alá került és egy közülök szívgyengeség s általános kimerülés következtében meghalt.

Ez a betegség rendszeren néhány hét előtt fennállott, időközben azonban már begyógyult furunculussnak, ritkábban carbunculusnak, panaritiumnak avagy genyedő sebfelületnek a következménye. A bacteriumok a vérpályán jutnak a vesébe s itt alkalomadtán éreltömődést, infarctusokat avagy a szövetek genyes beolvadását idézik elő. Az ekképpen keletkezett kéregtályog a capsula fibrosán át a vese zsírtokjába hatol (para- avagy perinephritis tályog), ritkább esetben a vesemedenczébe tör magának utat, avagy a szomszédos retroperitoneum kötőszövetre terjeszkedik s még ritkább esetben a subphrenum üregbe avagy a mellkasba nyúlik fel az abscessus.

Az elsődleges furunculus és a „vesefurunculus“ közötti összefüggés rendszeren egyugyanazon kórokozónak a megtalálása által lesz nyilvánvaló; a szerző négy esetében mindenkor staphylococcusok voltak a kórokozók. A tünetek közül a legfontosabb a megfelelő szervre gyakorolt nyomás által kiváltott fájdalom (*Jordan*-féle Druckschmerz), míg a spontán fájdalom sokszor hiányzik, avagy csak a betegség későbbi folyamán jelentkezik. A tályog gyakrabban képződik a vese felső polusán, mint az alsón. A beteg vese természetesen nagyobb, mint rendszeren; a vizeletlelet többnyire negatív. A mennyiben a vizeletben vörös véresejtek találunk, ezen

lelet helyi szövetroncsolásra avagy vesecongestióra jellemző (*Israel*) s mint ilyen felette fontos. A vizeletben geny csak akkor mutatkozik, ha a tályog a vesemedenczébe tört át. Láz csaknem mindenkor jelentkezik és többnyire rendetlen-lefolyású.

A láz indítja meg a kórfolyamatot s akárhány esetben néhány héten át az általános rossz közérzet mellett az egyetlen objectív tünete a betegségnek. Ilyenkor azután rendszeren egész másféle betegségre — typhus, tuberculosis, lapangó pleuritis — gyanakszunk és ezért a szerző különösen hangsúlyozza, hogy ilyen kétes esetekben a megkülönböztető körjelzés szempontjából mindenkor renalis avagy paranephritis tályogra is kell gondolnunk és a vese kitapintása által eziránt tájékozódunk.

A már kiterjedtebb paranephritis tályognak a következők a tünetei: spontán, szúró fájdalom és izomfeszülés a beteg tájékon, fájdalmas tumor esetleg már fluctuatióval, oedema és a czomb felé kisugárzó fájdalmak. A szerző azon esetében, mely halálosan végződött, a már régebb ideje fennállott tályog a capsula adiposa áttörése után a retroperitoneum kötőszövetbe jutott közvetlenül a máj alá, innen a vesemedence felé vándorolt a genyócz, felnyúlt egészen a vena renalisig s a vena cava inferior s a venae iliacae communesben thrombophlebitist idézett elő. A második esetben acusticus-hűdés, a jobb czombon thrombusképződés további genyedés nélkül és exsudatum pleuriticum következett be. A műtét után még sok hónap telt el, míg a beteg teljesen meggyógyult. A további két eset szövödmények nélkül folyt le. Korai diagnosis és minél korábbi sebészi beavatkozás esetén a prognosis rendszeren kedvező. (Die Therapie der Gegenwart, 1912, április.) *Drucker.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A chorea kezeléséről ír *E. Weill* (Lyon). A gyakorló gyógyítás rhythmusos tornagyakorlatok alakjában csak a betegség vége felé hasznos, a betegség tetőfokán pedig ellenjavalt; ilyenkor fődolog a teljes nyugalom, többi között a jó alvás is, a melyet hydrotherapiás eljárásokkal, sőt hypnoticumokkal is biztosítanunk kell. A gyógyszerek közül főleg az antipyrin és arsen ajánlható. Az antipyrinből 6—10 éves gyermekeknek eleinte 1 grammot adunk pro die, s azután lassan emelkedünk 3, sőt 5 grammig; az adagolást körülbelül 3 hétig folytatjuk. Az arsenből nagy adagokat kell használni; e célból a szerző a vajjal együtt adást ajánlja, mint a mely módon alig mutatkoznak kellemetlen mellékhatások; a napi adagot (5 milligrammtól 20—25 milligrammig emelkedő arsenesav) 20-szor annyi tejcsukorral és 10 gramm vajjal adja. Jó eredménnyel használható a natrium cacodylicum is bőr alá fecskendezés alakjában; 10 éven aluli gyermekeknek naponként 6 centigrammot, nagyobb gyermekeknek 10 centigrammot adunk a mozgás-zavar megszűntéig. (La pathol. infant., 1912, 7. 1.)

Az eusemin nem más, mint 0.0075 gramm cocainum hydrochloricum és 0.00005 gramm adrenalinum hydrochloricum 1.0 gramm physiologiai konyhasóoldatban; autoclavban csírátlanítva, 1 és 2 cm³-es phiolákban kerül forgalomba. *Neuhann* mint helyi érzéstelenítő szert nagyon jó eredménnyel használta kisebb műtétek alkalmával; 2—3 cm³-t fecskendezett be. (Mediz. Klinik, 1912, 19. szám.)

A Bayer-féle hydrastininum hydrochloricum synthesis útján előállított pótlószere a hydrastis canadensis kivonatnak, a mely *Merkel* (Nürnberg) szerint kimutatható ok nélkül fennálló elhúzódó havi vérzés eseteiben tesz nagyon jó szolgálatot; így például a 3 hetes időközben megismétlődő és 8—10 napig tartó vérzést 4 hetes időközzel megjelenő, 4 napig tartó vérzéssé alakítja át. Hat héten át naponként 2—3-szor 25—40 csepp veendő. Közvetlen vérzéscsillapító hatása nincs. Ize sokkal jobb, mint a hydrastis-kivonaté és olcsóbb is. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 35. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 36. szám. *Makara Lajos*: Az orvosi tudomány-szakok hatása egymásra, különös tekintettel a sebészet fejlődésére. *Pertik Tamás*: A jodostarin és más jodkészítmények alkalmazása tüdővészeseknél.

Orvosok lapja, 1912, 37. szám. *Ertl Ferencz*: Kisérletek glanduláris szülőkórtalmakat előidéző szerrel.

Budapesti orvosi újság, 1912, 37. szám. *Lobmayer Géza*: A tüdő térfogatát megkisebbitő műtétekről. *Kerbolt László*: A sublimatidiosisncrasiáról. „Gégészet” melléklet, 2. szám. *Uthy László*: Acromegaliás tüneteket okozó hypophysis-gumma.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Rednik János* dr.-t a szigeti, *Munkácsy Elek* dr.-t a vágbesztercezi járás orvosává nevezték ki.

Választás. *Frindt Ferencz* dr.-t a gyöngyösi kórház igazgatófőorvosává, *Harth Árpád* dr.-t Fogarason, *Tausz Jakab* dr.-t Vidafalván, *Altstock Armin* dr.-t Lepsényben körorvossá választották.

A budapesti egyetem II. számú női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét uugusztusban 115 esetben vették igénybe; a műtétek száma 86 volt.

Meghalt. *Török Aurél*, a kiváló anthropologus, a budapesti egyetemen az anthropologia ny. r. tanára, szeptember 2.-án 71 éves korában. *Török* 1842-ben született Pozsonyban, a gymnasiumot Pesten, az orvosi tanfolyamot Bécsben végezte. 1867–69-ig néhai *Jendrassik* tanár mellett az élettani tanszéken működött mint tanársegéd, 1869-ben kinevezték a kolozsvári orvos-sebész akadémiához, hol előbb az elméleti orvostant, később az élettant adta elő 1880-ig. Ez utóbbi évet *Török* Párisban töltötte anthropologiai tanulmányokkal a hírneves *Broca* oldalán. 1881-ben elfoglalta a budapesti egyetemen a részere szervezett anthropologiai tanszéket, melyet haláláig töltött be. Néhány év előtt a budapesti egyetem a rektori tisztséget is reá ruházta. *Török* fáradhatatlan bűvár volt tudomány terén s az anthropológiát különösen a koponyamérések methodikájára vonatkozólag értékes dolgozatokkal gazdagította; ez irányú főműve 1890-ben jelent meg Stuttgartban „Grundzüge einer systematischen Kranimetrie” czímen. Foglalkozott még az Airák koponyájával (1882), III. Béla király és neje csontmaradványával (1893), az anthropoid majmok koponyájával (1894) és sok egyébvel. Nagy érdeme az elhunyt, hogy gazdag anthropologiai gyűjteményt alapított. 1891 óta tagja volt az Akadémiának. *Török* évek óta aorta-aneurysmában szenvedett, a halál hirtelen érte utól Genfben, hol a nemzetközi anthropologiai congressuson volt résztvevő. Teme-tése szeptember 11.-én ment végbe az egyetem aulájából, nagy részvét mellett. — *Greisiger Mihály* dr. szepesbélai orvos 61 éves korában szeptember 10.-én. — *Török Armin* dr. nyugalmazott honvédtörzsorvos 69 éves korában szeptember 9.-én Szabadkán. — *Hoffmann Adolf* dr. kórházigazgató Liptószentmiklóson szeptember 3.-án. — *A. Cramer*, az elmekörtan tanára a göttingai egyetemen, 52 éves korában.

A nemzetközi otologiai congressuson a legértékesebb fülészeti dolgozatok jutalmazására szánt díjakat a következőknek ítelték oda: a *Lenval-díjat Kolmer* (Bécs) és *Shambough* (Chicago) dr.-oknak, a *Politzer-díjat Bárány* (Bécs) és *Cheate* (London) dr.-oknak s a *Cozzolino-díjat Görke* dr.-nak (Boroszló).

A diphtheria-esetek száma Poroszországban az utolsó évtizedben tetemesen szaporodott, a mennyiben az 1902. évi 54.848 esettel szemben 1911-ben 96.839 eset fordult elő. A halálesetek száma azonban csökkent (1902-ben 14.175, 1910-ben 9683). Berlinben még nagyobb volt a megbetegedések szaporodása (1902-ben 1485, 1910-ben 6061); itt a halálesetek száma is szaporodott 239-ről 695-re: a míg tehát 10.000 élőbből 1902-ben 1/25 halt meg diphtheriában, 1910-ben 3/11.

Személyi hírek külföldről. *W. Leube*, a würzburgi egyetemnek most már nyugalmazott nagyírú belorvos-tanára szeptember 12.-én töltötte be 70. évét. — *F. Keibel* dr.-t, az anatomia rendkívüli tanárát Freiburgban prof. ordin. honorariusnak nevezték ki. — A gráci egyetem kórbonczolástani tanszékét *H. Albrecht* bécsi rendkívüli tanár foglalja el. — *E. Göppert* heidelbergi rendkívüli tanár Marburgba költözik mint az anatomiai intézet prosectora. — Dorpatban *V. P. Žukovskij* dr. magántanárt a gyermekorvos tanárává nevezték ki. — *S. Livierato*, a belorvostan tanára Genuában, elfogadta a meghívást az atheni egyetem belorvostani tanszékére. — *J. Pelnář* dr., a belorvostan magántanára a prágai cseh egyetemen, címzetes rendkívüli tanár lett. — Az edinburghi egyetem belorvostani tanszékére *J. L. Smith* dr.-t nevezték ki a manchesteri egyetemről.

A budapesti orvosi kör országos segélyegylete pénztárához befizettek: Alapítványt: *Hugonay Vilma* dr. 20, *Lichtenstein Salamon* 20, *Makara Lajos* 100, *Vámosy Zoltán* 20, *Lövy Jakab* 150, *Fehér Henrik* 20, Egyesült budapesti fővárosi takarékpénztár 100, *Quetsch Sarolta* úrhölgy 500, *Szegő Kálmán* 200, *Guhr Mihály* 100, Budapesti VIII. kerületi orvostársaság 200, Pestvármegyei orvosszövetség *Fazekas Ágoston* alispán jubileumi emlékalapítvány 1000, Budapesti terézvárosi orvostársaság 50, *Balabán Adolfiné* úrhölgy özv. *Guttman Jakabné*, szül. *Singer Anna* emlékére 150 koronát. *Adományt:* *Pajor Sándor* dr. és neje *Pester Lloyd* útnán 30 korona. 4–4 koronát fizetett: *Hochfelder Adolf*, *Eördög Oszkár*, *Biró Samu*, *Hertskó Adolf*, *Kenessey Ala-*

dár, *Kertész Béla*, *Hámorszky Oszkár*, *Márton Ödön*, *Szentfülöpi Kupferschmid János*, *Hüvös Henrik*, *Glücksthal Adolf*, *Kovács Péter*, *Kreiner József*, *Kovács Bálint*, *Reiner Mór*, *Röhrich Béla*, *Neuwirth Mór*, *Márer József*, *Lencső János*, *Pándy Kálmán*, *Szekeres József*, *Nemlaha Géza*, *Molnár Elek*, *Nagy Lajos*, *Méri Sándor*, *Polgár Miksa*, *Székely László*, *Taub Ferencz*, *László Jakab*, *Spitzer Gyula*, *Pászté Ede*, *Steiner József*, *Várady László*, *Stojits János*, *Szabó Ödön*, *Diamant László*, *Baky Endre*, *Balogh Jenő*, *Braun Jakab*, *Breznay Ernő*, *Csermák Béla*, *Deési Pál*, *Deutsch Géza*, *Deutsch Ignác*, *Duchon János*, *Farkas Antal*, *Fejér Dávid*, *Finály György*, *Fischer Agost*, *Gerő Károly*, *Glaser Károly*, *Gonda Mór*, *Gömöry Béla*, *Heimann Rezső*, *Hering Miklós*, *Heimann Miksa*, *Jachmann Ede*, *Jármay László*, *Kirchner József*, *Viola Vilmos*, *Kovács István*, *Lányi Benede*, *Löwensohn Izsó*, *Lax Ernő*, *Hizli Károly*, *Matolay Károly*, *Matavovszky Zsigmond*, *Molnár Károly*, *Mayer László*, *Perlesz Ede*, *Ruber József*, *Reisz Samu*, *Rosenthal Bertalan*, *Reismann Adolf*, *Sági Samu*, *Sugár Bertalan*, *Steinhardt Sándor*, *Schönfeld László*, *Szóbl Armin*, *Szmik Gyula*, *Szöke Gyula*, *Villányi Béla*, *Wassermann Simon*, *Wein Károly*, *Ziegler Károly*, *Zakariás István*, *Derwerth Vilmos*, *Nagy Ottó*, *Grauer Adolf*, *Czuckermann Soma*, *Miklós István*, *Balla János*, *Binét Manó*, *Frischmann Gyula*, *Chalupek József*, *Frank Mór*, *Gerich Endre*, *Guhr Géza*, *Horváth Arthur*, *Kaszovich Henrik*, *Kertész Béla*, *Kincs Miksa*, *Kmetykó János*, *Miskolczy Leó*, *Mosonyi Albert*, *Pless Salamon*, *Pongrácz Gyula*, *Porutiu Romulus*, *Reinkopf Izidor*, *Reitl János*, *Jász József*, *Szegedy Kálmán*, *Sztankovics Géza*, *Steiner József*, *Stern Ignác*, *Sturm József*, *Salgó József*, *Szudarevics Ferencz*, *Varjas Tibor*, *Wilhelm Ignác*, *Weinberger Mór*, *Veres Sándor*, *Ullmann Antal*, *Deutsch Samu*, *Breuer József*, *Dávid Zsigmond*, *Deutsch Adolf*, *Krcsméry Cziril*, *Kaczander Áron*, *Kovács Sebestyén Endre*, *Lengyel Soma*, *Márkus Gyula*, *Mester Attila*, *Szana Sándor*, *Szilárd Lipót*, *Száva Aladár*, *Székely János*, *Székely József*.

Katona József, pénztáros.

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

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA

belbetegek — spec. szívbetegek és üdülők részére.

A Liget- és Park-SANATORIUM orvosi laboratoriuma

VI., Nagy János-u. 47, mindennemű vegyi, górsövi, bakteriologiai, serologiai és histologiai vizsgálatot végez. A laboratórium vezetője: *Dr. Detre László* egy. m.-tanár. Kívánatra részletes tájékoztatást küldünk. — Telefon 106-00.

Istvánúti sanatorium és vizgyógyintézet

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

Röntgen-laboratórium. Vezetője: *Dr. Alexander Béla*, egyetemi magántanár.

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

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

ORVOSI LABORATORIUM

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

VI., Andrásy-út 38.

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

Tátra-Széplak magaslati gyógyhely 1010 m., vizgyógyintézet, sanatorium ideg- és Basedow-betegek részére, egész éven át nyitva. Téliport. Vezető orvos *Dr. Guhr Mihály*. Tüdőbetegek fel nem vétetnek.

Ujtátrafüred magaslati gyógyhely. Egész éven át nyitva. Vizgyógyintézet. Sanatorium. — Modern kényelem, közp. fűtés, villanyvilágítás. Prospektus. Vezető orvos *Dr. Szontagh Miklós*.

Epileptikus betegek intézete

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

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK

fürdőkhöz.

„LÁPSÓ”
száraz kivonat
ládákban á 1 kiló

LÁPLUG
folyékony kivonat
üvegekben á 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XVII. rendes tudományos ülés 1912 május 18.-án.) 695. 1.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XVII. rendes tudományos ülés 1912 május 18.-án.)

Elnökök: Preisz Hugó.

Jegyző: Fáykiss Ferencz.

(Folytatás.)

A Ranschburg-Perlusz-féle „Pan“ nevű mikrostat; egyetemleges kézi kapcsoló-készülék a villamáram orvosi alkalmazásának céljaira.

Ranschburg Pál: A 32 cm. hosszú, 2.5 kg. súlyú mikrostat kézi tokban könnyen hordozható, 6 cm. átmérőjű fémhengernek felel meg, mely bármely villanylámpa körtefoglatába vagy fali connectorba egyszerűen bekapcsolható.

Váltakozó árammal a készülék farados és sinusoidalis villanyozásra, endoskopiára, kauterezésre s a tervezés alatt álló apró transzformer bekapcsolásával galvanozásra is használható.

Egyenárammal a mikrostat faradizálásra, galvanizálásra, farado-galvanizálásra, elektrolýsra, endoskopiára s kauterezésre egyaránt használható. A készülékbe beépített pontos milliampère-mérő az áramerő leolvasását, az ellentállás kikapcsolására szolgáló, csavarral mozgatható csuszató az áramerő igen finom és szabatos adagolását, a commutatorgyűrű az áramirány fordítását, egy szintén a készülékbe épített kis tájoló a pozitív és negatív saroknak bármely bekapcsolásnál azonnal biztos leolvashatását teszi lehetővé. Az indukált áramnál a kalapács, a secundaer tekercs és a vas-mag az eddigi készülékeken nem ismert szabatosággal kormányozható.

Egy a fémhenger végén található combinator lehetővé teszi, hogy egy mozdulattal a készüléket tetszésszerűen működési szélességre beállíthassuk. Különös gond fordított a szórakozottságból eredő tévedések lehető biztos elkerülésére, a kezelés könnyűségére és rendkívül gondos és praecis készítése révén a készülék aránylag szerfelett csekély kényességére.

A mikrostatot jelen formájában a Marx és Mérey budapesti műszerészeti gyár készítette.

Szokatlan tünetekben nyilvánuló subacut diplostreptococcus-sepsisnek vérvizsgálattal felismert esete.

Detre László: Az eset, melyről szólni kívánok, 25 éves fiatalemberre vonatkozik, a ki f. évi február hó 13.-án jelentkezett először orvosánál, Adler Nándor kollegánknál, jobb czombjának túrhetetlen fájdalmassága miatt. Előadta, hogy kb. 4—5 nap óta bágyadtságot, tag- és talpfájdalmakat érez, de a czombja csakis a jelentkezés napján vált fájdalmassá. Negatív klinikai lelet, normalis hőmérsék, rendes szív működés. Az alkalmazott aspirin-coffein-therapia hatástalan volt, a mennyiben az éjjel folyamán fájdalmai még intenzívebbé váltak s hozzá igen heves keresztáji fájdalmak társultak. Hőmérséklete 37.2-re, majd a következő napon 37.7-re emelkedett. Az erre következő három nap hőmérséklete 37.5—38° között mozgott, miközben új fájdalmak lepték meg mindkét Poupert-szalag mentén, továbbá a has mélyében a középvonalban. Február hó 18.-án beöntésie bő széke volt, mire fájdalmai igen bő izzadás közben megenyhültek; úgy látszik, ekkor került a pár nap óta per os vett morphiúm felszívódásra, mivel enyhe morphiúmmérgezés tünetei mutatkoztak. 3—4 napi relativ megnyugvás (37.4°) után 22.-én új fájdalmas rohamok támadtak, még pedig kizárólag az izmok tapadási helyére lokalizáltak; lassankint a sternocleido-mastoideusok mindkét insertiója, a trapezius, a triceps, a quadriceps cruris, a lábujjak feszítőinek, a hüvelykfejtőinek tapadási helyei, továbbá mindkét os pisiforme kizárólag fájdalmassá váltak. Az egyes izmokban a roham körülbelül 2—3 nap alatt érte el tetőfokát; megesett azonban az is, hogy egy új izomcsoportot ért roham az összes többi, már-

már lecsendesülő izmok fájdalmasságát mintegy egyszerre újra életre keltette. Hetek teltek el ilyképpen: a láz néha-néha 38.7—38.8°-ot is elért, máskor meg e fájdalom-roham daczára is subfebrilis maradt a beteg. Két ízben több napi euphoria is mutatkozott, hogy egy új rohamnak adjon helyet. Az alkalmazott aspirin-, natr. salicyl.- (nagy adagban), electrar-gol- (klysmában) therapia teljesen hatástalannak bizonyult; a folytonos fájdalmak, a melyek a betegnek még a legkisebb mozdulatát is akadályozták, a beteget rendkívül elerőtlenítették, úgy hogy további kezelés végett a Liget-sanatoriumba tétetett át.

Kezelőorvosának felhívására április 30.-án látogattam meg a beteget, hogy pontos bakteriologiai vizsgálattal a különös, több mint 2½ hónap óta fennálló körkép aetiologiáját felderítsem. Adler Nándor kartárs egyben arról is értesített, hogy január 23.-án, azaz közel 3 héttel a nála való jelentkezése előtt a beteg tonsillitis follicularis keletkezett, 39° láz kíséretében, mely betegség 4 nap alatt typososan lezajlott. A tonsillitis lezajlása után kb. 2 héttel kezdődött a fentemlített bágyadtság, majd a 17. napon az első fájdalmas roham. Az izületek mindig szabadok voltak, a szív működés — egy igen régi, legalább 15 éves, kompenzált aorta-insufficienciától eltekintve — normalis.

Bevallom, hogy a vérvételtől én nem vártam felvilágosítást. Nem pedig azért, mivel a mikor a beteget láttam, maximalis hőmérséklete nem haladta meg a 37.4°-ot, már pedig ilyen alacsony láz alatt véleményem szerint csakis igen kevés csíra keringhet a vérben; nem volt tehát valószínű, hogy a vett néhány cm³ vérben találok kellő számú élő csírat. Ez okból a szilárd táptalajoktól, mint a melyek a csíráknak sokkal kevésbé kedveznek a folyékonyaknál, teljesen el is tekintettem és csakis folyékony talajokra vittem át a vért. Közönséges levesen kívül asciteses és élesztős bouillon-csöveket is oltottam. 48 órán át minden csöveim steril maradt; 72 óra múlva az egyik közönséges és az egyik élesztős bouillonban jelentkező haemolysis-nyomok elárulták a tenyészet megeredését. A mikroskopi és agar-szélesztéses vizsgálat mindkét csöben diplostreptococcus szintenyészetét mutatta ki.

Tekintve, hogy éppen ezen csírák ellenében több esetben teljes sikerrel alkalmaztam az Aronson-féle streptococcus-serumot, a mely részben angina-streptococcusok felhasználásával készül, ez esetben ajánlatomra Adler kollega május 3.-án és 4.-én összesen 40 cm³ vérsavót fecskendezett be; az első adagot a mesogastrium bőre alá, a másodikat a gluteus mélyébe. A fájdalmasság 48 óra múlva szünni kezdett, úgy hogy salicylsavas natrium segítségével, a mely eddig teljesen hatástalan volt, azóta teljesen fájdalommentes állapotban tartjuk a beteget. Hőmérsékletét a 8. napon beállott serum-exanthema újra felemelte 37.4-re, azóta azonban 37.1-et nem halad túl, úgy, hogy a fertőzést immár leküzdöttnek kell tartanunk.

Az esetet két okból hoztam a t. orvosegyesület elé: 1. mivel eddigi gyakorlatomban nem tapasztaltam még, hogy ilyen alacsony fokú láz (37.4°) mellett ki lehetett tenyészteni a fertőző csírákat a vérből és hasonló lehetőségéről az irodalomban sem találtam említést; 2. mivel nem találok arra adatot, hogy valaki már ismertette volna a subacut diplostreptococcusos fertőzésnek az izmok tapadási helyén való kizárólagos localisatióját. Az anginás eredésű diplostreptococcusos fertőzések rendkívüli változatos kórformái közé ezen túl a vázolt kóralakot is besorozandónak vélem.

Preis Károly: Egy nevezetességet látok az esetben, melyet az előadó nem említett, még pedig azt, hogy utólag derült ki, hogy a betegnek tonsillitise volt. Kérdelem, a vizsgálat előtt vagy után derült-e ki e tény?

Detre László: A vérvizsgálat előtt.

Preis Károly: Két évvel ezelőtt kifejtettem nézetemet, hogy ha úgy volna a dolog, a hogy *Detre* kifejtette, vagyis a lázat a bacteriumok endotoxinja okozná, ez volna a sepsis lényege és serummal meggyógyíthatók a beteget, akkor a vérvizsgálatnak igen fontos szerepe volna, ha exacte végeztetnék. De a felkent készítmény semmit sem ér. A régen vett vér sem ér semmit. Mert a vérben a Gram-negatív bacillus lehet influenza, lehet malleus, lehet coli-bacillus; ha a gyakorló orvos megmondja, hogy pl. influenzája volt a betegnek, akkor a bakteriologus influenza-bacillusnak tartja a talált mikrobat.

Valójában azonban másként áll az ügy. Sepsises folyamatnál van egy eredeti gócz, ebből felszívódnak az endotoxinok, albuminotoxinok stb. és okozhatják a sepsises folyamatot, akár van bacterium a vérben, akár nincs; de fontos, hogy kikutassuk az eredeti góczot, ezt pedig kikutathatjuk bakteriologus nélkül is.

Az eredeti gócz a fontos és erről a vérvizsgálat felvilágosítást nem ad, csak bizonyos esetben.

Az Aronson-serumban nem hiszek, egyébként szívgyengeséget is okoz. Kipróbáltam és különös hatást nem láttam tőle.

Detre László: *Preis* kartárs hozzászólására vonatkozólag a következőket jegyzem meg:

1. Az ő véleménye, miszerint ez esetben a vérvizsgálat főlegesen volt, mivel az előremet angínával amúgy is meg volt adva a betegség kiindulása, tökéletesen nélkülözi a logikát. A post hoc, ergo propter hoc elvének a klinikai észleletekben helye nincs. Igenis egész sora volt a lehetőségeknek előttünk, a mikor a vérvizsgálathoz fogtunk; kezdve a malleuson, a mely ugyancsak igen heves izomfájdalmakkal kezdődik, és a Pfeiffer-féle influenzán, a legkülönbözőbb sepsises megbetegedésekre gondoltunk. *Csakis* a vérvizsgálat eredménye alapján hoztuk összefüggésbe a fájdalmakat a megbetegedés kezdete előtt 2–3 héttel jelentkezett angínával: máskülönben ehhez jogunk nem lett volna. (Hiszen *Preis* logikája szerint, ha egy anginás beteg pár hét múlva pl. luest acquirál, ezt is az angina folyamánának volna szabad betudni!)

2. Ennél fogva magától megdől az a megjegyzés, hogy vérvizsgálat helyett jobb lett volna a primaer góczot kezelni. Tudom, hogy néhány év óta többeknek sikerült retentiós tonsillaris góczoknak kitarításával a subacut arthritiseket meggyógyítani: ám mit gyógyítsunk a tonsillán, ha az — mint ez esetben — már 3 hónap óta teljesen normalis és a fertőzés folyton terjed?

3. *Preis* kartársnak a mikroskopi készítményekre vonatkozó megjegyzése elesik, mivel tudvalevőleg mikroskopi készítményekből nem szokás olyan kulturákat készíteni, a minőket bemutattam. Azt talán ma már igazán főlegesen külön kiemelni, hogy a hozzáértő bakteriologus, ha csak szerét ejtheti, a sepsises cauterálak betartásával egyenest a gyűjtő-érből veszi a vizsgálandó vért.

4. A mi végezetül a fertőzések lázak okáról vallott és e helyen többször nyilvánított hitemet illeti, azt teljes egészében fentartom.

Hogy a szervezetben milyen kis szerepe van az *oldott* állapotban lévő lázgerjesztőknek, azt két igen tanulságos példával igazolhatom. Az első az echinococcus-betegség példája. Ismeretes, hogy az echinococcus-beteg rendkívül anaphylaxiás az echinococcus-fehérje ellenében, hiszen elegendő az a kis fehérjemennyiség, a mely a próbapunctió s tő helyén kiszívárog, hogy néhány perc múlva typosus anaphylaxiás rohamot (urticaria, láz, általános tünetek) váltson ki. És mégis: az echinococcus-betegségnek sem az urticaria, sem a láz, sem az általános tünetek *nem* tünetei: jelölnek annak, hogy a nagy feszültség alatt álló tömlőből sem szívódnak fel lázgerjesztő anyagok. A második példát gynaecologusok szolgáltatják. Hányszor akad a nőorvos, a sebész teljesen tünetmentes ovarialis cystára, a melynek fertőző voltát eléggé bizonyítják azok a lob-jelenségek, melyek mutatkoznak, ha az illető folyadékfelhalmozódás tartalmából egy kevés valamelyes véletlen, vagy pedig trauma folytán felszívódásra kerül! Véleményemet, mely igen számos kísérlet és tapasztalat alapján szűrődött le, feltétlenül fentartom és vallom.

PÁLYÁZATOK.

11332,912. sz.

Az újonnan épült *mocsi* és *bánffyhungyadi* vármegyei kórháznál szervezett alábbi állásokra pályázatot hirdetek:

1. **Igazgatóorvos:** Évi fizetése 2400 korona, mely havi előleges részletekben esedékes és természetbeni, négy szobából és mellékhelyiségekből álló lakás a kórház épületében.

2. **Osztályorvos:** Fizetése évi 1400 korona, a mely havi előleges részletekben esedékes, egy szobából álló lakás a kórházban és teljes ellátás.

3. **Gondnok:** Javadalmazása évi 1800 korona fizetés, mely havi és 400 korona laktér, mely negyedévi előleges részletekben esedékes.

4. **Irnok:** Javadalmazás évi 1200 korona fizetés, mely havi és 300 korona laktér, mely negyedévi előleges részletekben esedékes. Az irnok köteles az ellenőri teendőket is elvállalni.

Megjegyzem, hogy a fenn kitüntetett javadalmazás csak a vonatkozó törvényhatósági véghatározat belügyministeri jóváhagyása után tekinthető jogerősen megállapítottnak, de akkor is csak az üzembe helyezés évére vonatkozólag, miután a kórházi tisztviselők fizetése évről-évre a költségvetés során állapítatik meg.

Az igazgatónak és az osztályorvosnak az 1876: XIV. t.-cz. 63. §-ában körülírt minősítéssel kell birnoik; az igazgatótól ezenkívül műti oklevél is megkívánatik.

A gondnoknak az 1883: I. t.-cz.-ben körülírt minősítéssel kell rendelkeznie.

Az irnok minősítése legalább négy középiskolai osztály elvégzése és író irás.

A felsorolt állások külön szerveztettek a *mocsi* és külön a *bánffyhungyadi* kórház részére. A pályázati határidő **f. évi szeptember hó 26.-a.** A kellően felszerelt folyamódások az igazgatói és osztályorvosi állásért Kolozs vármegye főispánjához czimezve, a gondnoki és az irnoki állásért pedig Kolozs vármegye alispánjához czimezve alulírott nyújtandók be, annak feltüntetésével, hogy pályázó melyik kórháznál óhajta az állást elnyerni. Pályázni lehet azonban mind a kettőhöz is, de ebben az esetben a pályázati kérvényben ezt határozottan ki kell jelenteni.

A kórházi alkalmazottak hatáskörét és teendőit a belügyministeri jóváhagyás alatt álló „Alapszabályzat és szolgálati szabályzat” állapítja meg.

Kolozsvár, 1912 szeptember 12.

Dózsa Endre, cs. és kir. kamarás, alispán.

A Kaláni Bánya- és Kohó-Részvénytársaság Ruszkabányán és Ruszkicán lakó, a munkás-társáda kötelékébe tartozó alkalmazottainak gyógykezelését évi 2400 korona általánosságért vagy 2000 korona évi fizetés és természetbeni lakás ellenében hajlandó egy olyan teljes képesítéssel és kellő gyakorlattal bíró orvosnak átadni, a ki a kórházi állás betöltése végett vagy egyébként Ruszkabányán letelepedni szándékszik.

Az állás folyó évi október hó 1.-én okvetlen elfoglalandó. Bizonyítvánnyal felszerelt folyamódások folyó évi szeptember hó 20.-áig alulírott igazgatóságnál nyújtandók be, a hol szükség esetén a szolgálati teendőkre vonatkozó közelebbi felvilágosítással is szolgálhatnak.

Kaláni Bánya- és Kohó-Részvénytársaság
Budapest, V., Nádor-utca 36, II. emelet.

6511/912.

A munkácsi állami gyermekmenhelynél lemondás folytán megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 1200 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és I. oszt. ételmezés.

Felkérem azon orvosdoktorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányaik hiteles másolataival felszerelt és a belügyminister úrhoz címzett, egy koronás bélyeggel ellátott kérvényüket hozzám **f. évi október 15.-éig** megküldeni sziveskedjenek.

Gyermekkorházakban vagy más gyermekvédelmi intézetben szerzett gyakorlattal bírók előnyben részesülnek.

Munkács, 1912 szeptember 7.

csatári Nuszer Lajos dr., igazgató-főorvos.

3849/1912. eln.

A hódmezővásárhelyi „Erzsébet” közkórház sebészeti és belosztályán megüresedett **alorvosi állás** betöltése céljából **f. 1912. évi július hó 12.-i** kelettel 3192/1912. eln. sz. a. közzétett és **f. évi augusztus hó 15.-én** lejárt pályázati hirdetmény határidejét **f. évi szeptember hó 18. napjának délután 5 órájáig** meghosszabbítom.

Tájékoztatóul ez alkalommal is közlöm, hogy a szóban forgó s ideiglenes jellegű alorvosi állás s mely egyelőre 2 évi időtartamra lesz betöltendő, évi 1500 korona fizetéssel, I. osztályú kórházi ételmezéssel, 1 fürdő- és 2 szobából álló természetbeni lakással, továbbá fűtéssel s világitással van egybekötve.

Hódmezővásárhely, 1912 augusztus 29.

Dr. Soós, h. polgármester.

1576/1912. szám.

Bihar vármegye vaskóhi járásában a **vaskóhi**, valamint az újonnan rendszerezített **rényi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állások javadalmazása:

1. Egyenként 1600–1600 korona törzsfizetés, a mely összegek az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-ában megállapított korpótlékkal emelkednek.

2. Egyenként 600–600 korona laktér.

3. Egyenként 800–800 korona fuvarátalány.

4. A belügyminister által engedélyezett egyenként 1200–1200 korona helyi pótlék.

5. A törvényszerűen megállapított látogatási díjak.

Megjegyzem, hogy úgy a laktérek, mint a fuvarátalányok jelenleg rendezés alatt állanak, azonban a fentjelzett összegekre biztos kiállítás van.

Felhívom mindazokat, kik ezen állások bármelyikét elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7 §-ában körülírt képesítésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **szeptember hó 25. napjának délutáni 5 órájáig** nyújtsák be, mert a később beérkező, esetleg hiányosan felszerelt kérvényeket nem veszem figyelembe.

A választást **Rény** községben szeptember hó 29.-én délelőtt 10 órakor, **Vaskóh** községben pedig ugyanezen nap délután 3 órakor mindkét helyen a körjegyzői irodában fogom megtartani.

Vaskóh, 1912 szeptember hó 1.-én.

A főszolgabíró.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Benczur Gyula:** Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., ny. r. tan.) Adatok a tüdőtagulás physicalis gyógykezeléséhez. 697. lap.
- Bálint Rezső és Egan Ernő:** Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyet. ny. r. tanár.) Az izomzat villamos ingerlékenységének változásairól a különböző szervek megbetegedéseinek kíséretében. 700. lap.
- Dollinger Béla:** Közlemény az I. számú sebészeti klinikáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., ny. r. egyet. tanár, udvari tanácsos.) A komplikált felkörtöréseknek gipszsínnel való gyógykezelése. 702. lap.
- Sellei József:** Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bakteriologiai intézetéből. (Igazgató-tanár: Preisz Hugó dr.) A festékkoldatok mérge- és gyógyszertransportáló képességéről. 703. lap.
- Freystadt Béla és Stranz Gyula:** Közlemény a budapesti kir. m. tudomány-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.) A bal vénás szájadék szűkülete folytán keletkezett recurrensbénulás. 704. lap.

Erdélyi Pál: Közlés a kir. magy. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő, ny. r. tanár, udv. tan.) A nitrogén-tartalmú bomlásanyagok kiválasztásáról vese-gyulladásban és a diureticumok intravenás alkalmazásáról. 705. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. W. v. Oettingen: Leitfaden der praktischen Kriegschirurgie. — **Lapszemle. Belorvoson. Tonin:** Kitért veszttség. — **Sebészet. A Goldmann:** A hasüregnek az egyszerű cholecystectomy után való elzárása. — **Gyermekorvoson. Vulpius:** A sebézi tuberculosis sanatoriumi kezelése. — **Bőrkórtan. Fr. Veil:** A terhességi dermatosisok serumkezelése. — **Hügyzservi betegségek. L. Süssenguth:** A prostata-atrophia sebézi kezelése. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Wilcke:** Tussis convulsiva és bronchitis. — **Kaufmann:** Tachycardia. — **Rusea:** A gummikeztyűk sterilizése. 708–711. lap.

Magyar orvosi irodalom. Magyar orvosi archívum. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 711. lap.

Vegyes hírek. 711–713. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., ny. r. tanár.)

Adatok a tüdőtagulás physicalis gyógykezeléséhez.

Irta: **Benczur Gyula** dr., tanársegéd.

A tüdőemphysemán gyógyszeres beavatkozással segíteni nem tudunk, legfeljebb a tüdőtagulást kísérő betegségeket, elsősorban a hörgőhurutot és szívgyengeséget sikerül gyógyszeres kezeléssel befolyásolni. Mechanikai beavatkozásokkal azonban néha sikerül a tüdőtagulásban szenvedő betegek lélekezési viszonyain valamit javítani, dyspnoéjukat befolyásolni. Ezen eljárások, melyek közül a legismertebbek a lélekezésszék alkalmazása, a mellkas rhythmusos massage-a, a sűrített levegő belégzése stb., azonban többnyire csak a lélekezésgyakorlat értékével bírnak, hatásuk nem állandó és alkalmazásuk elég körülményes. A betegek elsőrendű érdeke volna, ha egyszerű, mindenütt keresztülvihető oly eljárások állnának rendelkezésünkre, melyekkel a tágult mellkasukat lehetőleg állandóan vagy hosszantartóan oly módon befolyásolhatnók, hogy ezzel a légzésük mechanizmusán javíthatnánk.

Hogy a mellkas mesterséges deformációjával az emphysemás beteg légzési viszonyain sok esetben tudunk javítani, azt a Freund-féle műtétnek: egyes bordák resectiójának most már számos esetben sikeresen történt keresztülvitele kétségtelenül bizonyítja. A Freund-féle műtétre azonban, bármily jók is eredményei egyes esetekben, az orvos is, a beteg is nehezen szánja rá magát. Azért érdemes foglalkozni azzal a kérdéssel, nem sikerül-e vértelen úton is a tágult mellkas alakján változtatni oly módon, hogy ez a légzés mechanizmusát előnyösen befolyásolja, ha mindjárt csak egyes esetekben is.

Minden ember mellkasa számára létezik egy optimalis-

nak mondható állás, melyben a belégzés és kilégzés lehetőleg könnyen megy végbe. Egészséges ember mellkasa ezen optimalis helyzetben van. Az emphysemásnak, a volumen pulmonum auctumban szenvedőnek egyensúlyi helyzete megváltozik. A mellkas kisebb-nagyobb mértékben inspiratiós állásban van. A mellkas alsó aperturája a normalisnál tágabb; a diaphragma lelapult, mozgása csökkent, és ez nemcsak annyiban nehezíti a kilégzést, a mennyiben a lapos rekeszizom nem növeli lezállásakor kellően a tüdő magassági átmérőjét, hanem annyiban is, hogy a lelapult diaphragma az alsó bordákat belégzéskor csak befelé húzza és megszűnik az a működése, a melyet *Duchane* ismert fel és a mely a bordák emelésével is hozzájárul a belégzés eredményének fokozásához. A mellkas tágulását a tüdő tágulása és atrophiája követi. A tüdő ruganyossága ennek folytán veszt tökéletességéből és nyújthatósága nő. Az emphysemás ember dyspnoéja főleg expiratorius, mert hiszen épp a kilégzés akadályozott, de inspiratorius is, mert az állandó belégző állásban levő mellkas csak kevésbé tud még tovább tágulni. Legalább is képzelhető, hogy nem túlságosan merev mellkasú betegek thoraxát kellő compressióval talán sikerül némileg az optimalis helyzet felé közelíteni és így a beteg légvételi viszonyain javítani.

Az emphysemás ember lélekezési mechanizmusának legfontosabb hibái tehát a következők:

1. az expiráló erő csökkenését okozzák a tüdő fokozott nyújthatósága és kevésbé tökéletes rugalmassága;
2. az inspiráló mozgás szempontjából kedvezőtlen körülmény a diaphragma lelapulása a mellkas alsó aperturájának kitágulása következtében és az, hogy az emphysemás mellkas nyugalmi állása a normalishoz viszonyítva amúgy is belélekezési irányban tér ki;
3. úgy a ki-, mint a belélekezésnek akadályává válik a bordaporczók Freund-féle degenerációja folytán beálló megmerevedése a mellkas vázának;
4. a fennálló hibákat fokozza az, ha a beteg dyspnoés, a mennyiben különösen *Hofbauer* vizsgálataiból tudjuk, hogy a dyspnoé a tüdő térfogatának növekedéséhez, tehát emphy-

semás emberen a mellkas amúgy is inspirációs állásának további fokozásához vezet.

Eme hibákon javít többé-kevésbé a Freund-féle műtét és ezeknek javítására kell törekednünk az emphysemás betegek vértelen kezelésekor is. A cél a mellkas inspirációs állásának javítása, a kilélekzések szereplő rugalmas erők hiányának a pótlása, és annak megakadályozása, hogy az esetleges dyspnoë a mellkas inspiráló nyugalmi állását tovább fokozza. A mellkas merevségén nem változtathatunk. Ezeket tartva szem előtt, az elérhetőnek látszó célra való tekintettel alkalmazandó módokkal arra kell törekednünk, hogy egyrészt a mellkas térfogatát csökkentjük — erre szolgálhat a mellkas compressiója —, másrészt a rugalmas erőket fokozzuk vagy a compressióra szolgáló készülék rugalmasságával, vagy pedig a mellkast exspiráló irányba terelő megterheléssel.

Két e célú szolgáló egyszerű, könnyen keresztülvihető compressió eljárással kísérleteztem az emphysemás betegek egy során és néhány asthma bronchialeben szenvedőn.

Az egyik a Strassburger¹ által ajánlott eljárás, mely abból áll, hogy a tágult mellkasú beteget vízzel telt kádba ültetjük. A víz súlya alatt a mellkas körfogata csökken, a mellkas tehát az inspirációs állásból a normalis felé közeledik. A víznek a hasra gyakorolt erős nyomása folytán a diaphragma felfelé domborodik, a mi a légzési mechanizmusra, a mint mondtuk, nagy jelentőséggel bír. Viszont a víz súlya a belégzést nehezíti, a mi a belégzési dyspnoët fokozhatja, úgy, hogy a végeredmény, vajjon javul-e a légzési mechanizmus a fürdőben vagy nem, attól fog függeni, melyik hatás érvényesül nagyobb mértékben. Strassburger úgy tapasztalta, hogy a légzés viszonyai a telifürdőben sokszor javulnak, hogy a tüdő vitalis kapacitása 100—300 cm³-rel fokozódhatik. Észlelései azonban csak néhány esetre szorítkoznak. Részletes adatokat nem közöl, valamint arról sem számol be, vajjon elérhető-e telifürdők alkalmazásával állandóbb hatás.

Magam 30 tüdőtagulásban szenvedőn és néhány egészséges emberen tettem kísérletet Strassburger eljárásával. Az illető személyeket üres fakádba ültetve, megmértem mellkasuk körfogatát a bimbó- és bordaív magasságában, valamint a haskerületüket. Spirométerrel megállapítottam a tüdő vitalis kapacitását. Majd a kísérleti személy teljes mozdulatlansága mellett megtöltöttem a kádat 33—35 C^o-ú, tehát indifferens hőfokú vízzel, úgy, hogy a víz a beteg nyakáig ért és most a méréseket megismételtem. Nagy súlyt fektettem arra, vajjon a kísérleti személy objectív érzése hogy változik a kádnak vízzel való megtöltése nyomán.

Vizsgálataimból kitűnt, hogy valamennyi tüdőtagulásban szenvedőn a mellkas méretei a telifürdőben csökkentek. Az átlagos csökkenés a bimbó- és bordaív magasságában 2—3 cm. A has kerülete a fürdőben 6—9 cm.-rel csökkent. Kétségtelen tehát a telifürdőnek a mellkas térfogatát csökkentő hatása, valamint az, hogy a diaphragmát földomborítja; de kétségtelen egyszersmind a kifejezett gátló hatása is az inspirációra. Egészséges emberek mellkasának térfogata szintén minden esetben csökkent. Az egészségesek a fürdőben mind nehezebben lélegeztek, mint a fürdőn kívül. Ez természetes, hiszen a víz nyomása a mellkas optimalis helyzetén csak ronthat. De a tüdőtagulásban szenvedők légzési viszonyai is a fürdőben többször rosszabbodtak, mint javultak. A 30 beteg közül:

a) 7 esetben a lélekzés a beteg állítása szerint a fürdőben javult. Eme esetekben a mellkas körfogata a bimbómagasságban átlag 2,0, a bordaív magasságában 2,5 cm.-rel csökkent, a vitalis kapacitás átlag 7,4%-kal nőtt;

b) 9 esetben a lélekzés a beteg érzése szerint változatlan maradt. Ezek közül a körfogat átlagos csökkenése a bimbómagasságban 2,4, a bordaív magasságban 2,8. A vitalis kapacitás változása 2,2% növekedés;

c) 14 esetben a lélekzés a beteg állítása szerint kifejezetten rosszabbodott. Eme esetekben a mellkas körfogatának

csökkenése a bimbóvonalban 2,1 cm., a bordaív magasságában 1,9 cm., a tüdő vitalis kapacitása átlag 10,5%-kal csökkent.

Kisebbszámú emphysemákban képzelhető, hogy a víz nyomása hyperkompensálja a mellkas inspirációs állását, és azért épp úgy, mint egészségeseken, a lélekzőgátló hatás érvényesül. Azonban a 11 legsúlyosabb, igen kifejezetten tágult mellkasi beteg közül is a lélekzési viszonyok a fürdőben többször romlottak, mint javultak. A 11 eset közül 3-on a lélekzés könnyebben, a tüdő vitalis kapacitása átlag 25%-kal fokozódott; egynek változatlan maradt a subjectív érzése (a vitalis kapacitás a fürdőben 4%-kal nőtt); 7-en a lélekzés kifejezetten nehezebben, a tüdő vitalis kapacitása átlag 14,6%-kal csökkent.

Azon néhány betegen, a kinek a fürdő könnyítette a légvételt, megfigyeltem azt is, hogy néhány hélig naponta 1—2 órán át alkalmazva a fürdőt, beáll-e valami állandóbb hatás, de semmiféle kifejezett javulást nem észleltem.

Tapasztalataim szerint tehát Strassburger módszerével csak egyes esetekben érünk el múlt hatást. Eme tapasztalataim némileg ellentétben állanak Warschavsky-nak² velem egyidejűleg végzett hasonló megfigyeléseivel, ki 11 betegen, bár szintén többnyire a tüdő vitalis kapacitásának csökkenését észlelte a telifürdőben, úgy találta, hogy a betegek nagy része könnyebben lélekzik a fürdőben, sőt némi állandó javító hatást is vélt elérni a fürdők naponkénti használata által. De ha csekély is az eredmény, melyet emphysemás betegeken a telifürdők használata által elérhetünk, ama tény, hogy egyes betegek dyspnoëjában a víz mechanikai hatása mégis javít, érdemessé teszi ezen egyszerű módszert, hogy kifejezett tüdőtagulás eseteiben mindig megkísértsük, nem tudunk-e a beteg nehezebben légzési viszonyain vele legalább ideig-óráig némileg segíteni.

Közelfekvő a gondolat, nem vehetjük-e igénybe a fürdőzésnek a diaphragmára gyakorolt előnyös hatását a nélkül, hogy a mellkas felső részére nyomást gyakoroljunk, oly módon, hogy a beteget félfürdőbe ültetjük, miáltal a víz súlya csak a hasra és a thorax alsó részére gyakorol nyomást, a mellkas felső része pedig szabad marad. Mint már Strassburger is tapasztalta, ez esetben azonban a mellkas felső része az alsó térfogata kisebbedésének megfelelőleg tágul, mely tágulás méréseim szerint egészségeseken is, emphysemásokon is a bimbómagasságban 1—3 cm.-t tesz. Ennek következtében a félfürdő mechanikai hatása az amúgy is tágult mellkas viszonyait talán még előnytelenül befolyásolja.

A fürdővíznek a mellkasra gyakorolt nyomását nem tudjuk kellően szabályozni. Ezt sokkal jobban elérhetjük egy még egyszerűbb eljárással: a mellkasnak fűzővel való czél-szerű compressiójával. Korányi tanár ajánlatára különféle szerkezetű fűzőket készíttettem és vizsgáltam, hogy a mellkas mily-fokú és mily helyen való összenyomásával tudjuk befolyásolni a tágult mellkasú emberek légzését. A rugalmas fűző használatát már Schreiber³ ajánlotta 1888-ban és Goldscheider is említést tesz róla, hogy a mellkas alsó részének összenyomása előnyös lehet a betegek légzési viszonyaira. A gyakorlatba az emphysemás fűző használata nem ment át, talán azért, mert mint látni fogjuk, csak egyes esetekben és csak bizonyos módon keresztül-vive válik a betegek hasznára. Ideális az oly szövetből készült fűző volna, mely oly mértékben nyúlékony, hogy a belégzést lehetőleg nem gátolja és oly rugalmas, hogy kilégzéskor nagy nyomóhatást gyakorol a mellkasra. Ily rugalmas szövet azonban nem képzelhető. A mellett a rugalmas szövet nyúlékonyságának és rugalmasságának viszonyai oly gyorsan megváltoznak, hogy még ha némileg megfelelő gummiszövetet találnánk is, gyakorlatilag ez nem volna felhasználható, mert a betegnek csaknem naponta új fűzőt kellene használnia. A gummiszövet e tekintetben úgy viselkedik, mint maga az emphysemás tüdő, nyúlékony-sága csakhamar nő, rugalmassága csökken. Hosszas kísérle-

² Warschavsky: Zur physik. Behandlung des Asthma bronchiale und des Emphysems. Inaugural-Dissertation.

³ Schreiber: Zeitschrift für klin. Medizin, 13. köt.

¹ Strassburger: Einführung in die Hydro- und Thermo-therapie.

Sorszám	Név és kor	A bántalom foka	A tüdő vitalis kapacitása cm ³ -ekben		Egy perc alatt légzett levegő köb-cm.-ekben	Légzésszám	Egy légzés levegője köb-cm.-ekben	Subjectiv érzés
1	Cs. A. 41 éves	Súlyos emphysema, dyspnoë	öv nélkül	2600	9625 10340	26 26	370 397	Övvel sokkal könnyebben légzik
			övvel	2900	11300 11400	24 20	470 573	
2	M. J. 62 éves	Középsúlyos emphysema	öv nélkül	1100	9900 10980	20 20	495 541	Kissé könnyebben légzik övvel
			övvel	1100	8260 8040	21 21	393 382	
3	J. N. 60 éves	Súlyos emphysema, dyspnoë	öv nélkül	1300	8180 9160	19 21	430 436	Könnyebben légzik övvel
			övvel	1600	8620 8850	19 18	453 491	
4	K. T. 60 éves	Súlyos emphysema	öv nélkül	—	7940 7740	17 17	467 455	Könnyebben légzik övvel
			övvel	—	8400 7800	15 15	560 520	
5	F. A. 34 éves	Kisfokú emphysema	öv nélkül	1900	11180 11120	23 23	487 483	Nehezebben légzik övvel
			övvel	1200	8180 8100	22 22	370 368	
6	P. L. 48 éves	Súlyos emphysema, dyspnoë	öv nélkül	1700	8480 8460	20 21	424 403	Könnyebben légzik övvel
			övvel	1700	10050 8624	21 21	478 410	
7	K. M. 24 éves	Asthma bronchiale (rohammentes időben)	öv nélkül	—	7200 6900	24 24	300 286	Változatlanul légzik
			övvel	—	5820 5350	24 24	243 223	
8	B. A. 60 éves	Súlyos emphysema, dyspnoë	öv nélkül	1000	8200 8240	21 22	390 374	Nehezebben légzik övvel
			övvel	1000	9780 9640	28 28	349 344	
9	K. A. 62 éves	Kisfokú emphysema	öv nélkül	1500	7500 7430	18 18	416 413	Változatlanul légzik
			övvel	1500	7440 7800	18 18	413 433	
10	P. J. 74 éves	Súlyos emphysema, dyspnoë	öv nélkül	1000	10800 11630	23 23	460 505	Nehezebben légzik övvel
			övvel	1200	9760 9090	22 21	443 432	
11	B. S. 50 éves	Kisebbfokú emphysema	öv nélkül	1200	7620 7420	26 26	293 285	Kissé nehezebben légzik övvel
			övvel	1200	7700 7020	26 25	293 280	
12	L. B. 50 éves	Kisfokú emphysema	öv nélkül	800	10325 10000	32 34	322 294	Kissé nehezebben légzik övvel
			övvel	900	9650 8900	32 32	301 278	
13	B. M. 62 éves	Súlyos emphysema, dyspnoë	öv nélkül	1200	10960 10600	26 26	421 407	Sokkal könnyebben légzik övvel
			övvel	1300	14160 15940	25 25	566 637	
14	P. M. 27 éves	Kisfokú emphysema	öv nélkül	3000	12380 12120	26 28	476 432	Kissé nehezebben légzik övvel
			övvel	2400	12200 11250	25 20	488 432	
15	H. A. 32 éves	Asthma bronchiale (roham alatt)	öv nélkül	1500	9280 9430	26 26	356 362	Változatlanul légzik
			övvel	1500	9880 9400	28 26	353 361	
16	Z. J. 50 éves	Súlyos emphysema	öv nélkül	1200	8780 8600	25 25	351 344	Változatlan
			övvel	1200	6720 6420	25 25	268 256	
17	A. J. 60 éves	Kisebb emphysema	öv nélkül	1000	7860 8000	18 18	436 444	Változatlan
			övvel	1000	8220 8180	18 18	456 451	
18	M. J. 29 éves	Asthma bronchiale (rohammentes időben)	öv nélkül	3400	10380 9720	11 11	943 884	Nehezebben légzik övvel
			övvel	3000	8360 8600	13 13	643 661	

tezés után meggyőződtem arról, hogy a legcélszerűbb mód az emphysemások mellkasának compressiójára, ha 25—30 cm. széles erős vászonból készült övvel, melyet egymás felett elhelyezett 4—5 csattal erősíthetünk meg, oly módon szorítjuk össze a beteg thoraxot, hogy alsó részét erősebben, felső részét csekélyebb mértékben komprimáljuk. A széles öv a köldökmagasságtól a hónaljig ér. Több csattal lévén összehajtható, a mellkas alakját némileg tetszés szerint formálhatjuk vele. Alig találunk az emphysemás betegek között oly merev mellkast, melyet kis mértékben ne nyomhatnánk össze. A bordaív táján való erősebb összenyomással a lelapult diaphragmát — a mint erről Röntgen-képeken meggyőződünk — felfelé domboríthatjuk, a mi a lélekzésre rendkívül előnyös. Hogy azonban a mellkas alsó részének compressiója által a thorax felső része ne táguljon, mint a félfüldőben, az öv felső részét oly mértékben szorítjuk össze, hogy ez éppen csak gátolja a compensatorius tágulást, de ne nehezítse a belégzést.

18 betegen és néhány egészségesen vizsgáltam, miképp változik a mellkas ily összenyomása által a tüdő vitalis kapacitása, a beteg subjectiv érzése. Légző óra segítségével továbbá megállapítottam, hogy az öv használata által miképp befolyásolható a tüdőn egy perc alatt keresztülhaladó légmennyiség és az egyes légzés levegőmennyisége.

A vizsgált esetek különböző súlyosságúak. Az emphysema könnyebb eseteiben, szintúgy az asthma bronchiale 3 esetében a tüdő vitalis kapacitása, a tüdőn egy perc alatt és egy légvétel alatt keresztülhaladó légmennyiség többnyire csökkent az öv használata által. A betegek vagy nem éreztek különbséget, vagy még kissé nehezebben lélegeztek a mellkas compressiója folytán. Egészséges embereken is ez minden esetben így volt; mindennemű compressio csak nehezítette a lélekzést. Ellenben az emphysema 8 súlyosabb esete közül 5-nek lélekzési viszonyainak elég kifejezetten sikerült az említett módon való compressio által javítani, 2 lélekzete nehezedett, 1 befolyásolatlan maradt. Az 5 előnyösen befolyásolt beteg vitalis kapacitása az öv használata által 100—300 cm³-rel nőtt, a tüdőn egy perc alatt áthaladó levegő mennyisége, vagy legalább a légzés nyugodtabbá válása által az egy lélekzéssel áthaladó levegő mennyisége nőtt (utóbbi egy esetben 400-ról 600-ra). Eme betegek légzése az öv használata alatt annyira javult, hogy ezt szívesen csaknem egész nap, sőt éjjel is hordták. A légzésre gyakorolt subjectiv javító hatás járaskor, mozgáskor még kifejezettebb volt, mint nyugalomban. A betegek nemcsak az öv hordása közben, hanem ha ezt több órán át viselték, még levétele után is 1—2 óráig könnyebbedést éreztek. Ezen betegeken tehát elértük azt, hogy a mellkas kellő módon való compressiója által oly viszonyokat teremtünk, melyek a lélekzést úgy objective, mint subjective állandóan előnyösen befolyásolták. Hogy az övet mily mértékben kell felső és alsó felében összeszorítani, ezt gyakorlatilag a beteg subjectiv érzése kell, hogy megállapítsa. A betegek csakhamar megtanulják az optimalis compressiót. A subjective legjobbnak érzettnél erősebb compressióval ártunk a betegnek, a miről spirometeres vizsgálatokkal szintén meggyőződtem. A betegek közül 2-t heteken keresztül figyeltem, és úgy tapasztaltam, hogy állapotuk az övnek naponként több órán át való viselése által zonyos állandó javulást mutatott.

Az emphysema és asthmás betegek lélekzési volumene, mint újabb vizsgálatokból tudjuk, nem kisebb, sőt inkább nagyobb a normalis emberénél. Erre utóbb *Stahelin* és *Schuetze*⁴ mutatott rá. Szerintük emphysemás betegek egy perc alatt átlag 10·1 l., egy légzés alatt 0·6 l. levegőt bocsátanak át tüdejükön, holott egészséges ember 7·2 l.-t illetőleg 0·55 l.-t. Saját vizsgálataim szerint a tüdőátágulásban szenvedők kb. 8·0 l.-t lehelnek ki egy perc alatt és 0·4-t egy légzéssel. (*Stahelin* és *Schuetze* álló helyzetben vizsgálták betegeiket, én fekvőben, a mi a kb. 20—25% különbsé-

get megmagyarázza.) Az egészséges tüdejűek légzési volumene a klinikánkon más célból végzett számos vizsgálat szerint valamivel kisebb. Legsúlyosabb emphysemás betegek légvolumenei legnagyobbak bizonyultak. *Stahelin* és *Schuetze* e tényt oly módon magyarázzák, hogy a tágult, de sorvadott tüdőben a belégzett és az alveolaris levegő kisebb mértékben cseréltetik ki, mint az egészséges tüdőben, és ezért a vérnek oxigénnel való kellő ellátására a tüdőn nagyobb mennyiségű levegő kell, hogy keresztülmenjen. Amaz eseteimben, melyekben az öv hordása a tüdőátágulásban szenvedők dyspnoéján enyhített, az egy lélekzés alatt légzett levegő mennyisége néha 10—30%-kal nőtt. Ily módon az öv hordása a mellkas statikai viszonyainak javítva, a tüdő légcseréjét is előnyösen befolyásolta.

Megemlítenéd végül, hogy az öv hordása az emphysemát csaknem mindig kísérő bronchitist is előnyösen befolyásolta, a mennyiben a köpet kiürítését rendszeren könnyítette. Több ízben tapasztaltam, hogy ugyanazon beteg, a nap ugyanazon időszakában, és ugyanannyi idő alatt, ha övet hordott, körülbelül 1½-szer annyi köpetet ürített, mint ha nem volt rajta az öv.

Vizsgálatainkból kitűnik, hogy *Strassburger* ajánlata, hogy a tüdőátágulásban szenvedő embert telifüldőbe ültessük, egyes esetekben kifizető, múló enyhülést szerez a betegnek. Kifejezett emphysemában szenvedők dyspnoéján egyes esetekben némileg segíthetünk, ha naponta több órán át vagy állandóan széles, vászonból készült övvel oly módon szorítjuk össze a mellkast, hogy a thorax alsó részét elég erősen, a felsőt csak kis mértékben komprimáljuk. Az optimalis összeszorítás fokát a beteg saját érzése alapján keressük ki.

Közlemény a budapesti kir. m. tudományegyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyet. ny. r. tanár.)

Az izomzat villanyos ingerlékenységének változásairól a különböző szervek megbetegedéseinek kíséretében.

Irta: *Bálint Rezső* dr. egyet. magántanár és *Egan Ernő* dr.

Egyikünk (*Bálint*) 1903-ban beszámolt azokról a vizsgálatokról, a melyeket tüdőtuberculosisban szenvedő egyének izomzatán végzett, s melyeknek legfontosabb eredménye az volt, hogy a tüdőbajos egyénekben a kétoldali izomzatban villanyos ingerlékenységi különbség található, úgy farados, mint galván árammal. E különbség található úgy egyoldali, mint kétoldali folyamatok mellett, még pedig olyan értelemben, hogy egyoldali folyamatokban az illető oldal izomzata ingerlékenyebb, kétoldali folyamatokban pedig azon oldali izomzat, a mely oldali folyamatot aktivabbnak mutatkozott. Ezen ingerlékenységi különbség számos izomra kiterjedt, néha igen nagy kiterjedést ért el, legkifejezettebben azonban — nevezetesen tüdőcsúcsmegbetegedés mellett — a cucullarisban, a pectoralis majorban és a sternocleidomastoideusban mutatkozott; tehát azokban az izomokban, a melyek beidegzésüket azon gerinczvelő-segmentumokból nyerik, a melyekbe a tüdőcsúcsból jövő sympathicus-ágak is jutnak. Ezek az ingerlékenységi különbségek kifejezettebbek és kiterjedtebbek voltak nőkön, anaemiásokon és főleg lázasokon. A szerző e különbségek magyarázatául azt a hypothesis állította fel, hogy a tüdőből a sympathicusok útján vezetett abnormis ingerületek állandó fokozott ingerületi állapotban tartják a gerinczvelő megfelelő segmentumait. És pedig úgy az érző, mint a motoros sejteket, a minek következménye egyrészt a bőrnek hyperalgesziája, esetleg fájdalmassága (*Head*), másrészt a megfelelő izmoknak fokozott ingerlékenysége. Mennél nagyobb az illető ingerületek irradiációja a gerinczvelőben, a mit az anaemia és a láz lényegesen elősegít, annál nagyobb számú bőrsegmentum válik túlérzékenynyé, illetve annál több izom válik ingerlékenyebbé.

⁴ *Stahelin* és *Schuetze*: Zeitschrift für klin. Medizin, 75. kötet, 1—2. füzet.

Két évvel ezelőtt *Francis M. Pottenger* egészen hasonló, tüdőbajosokon mutató izomtűnetet írt le, a mely az úgynevezett „lighttouchpalpation“-nel mutatható ki. E tünet abban áll, hogy a tüdőaffectionnak megfelelő oldalon bizonyos izmok, nevezetesen a cucullaris, pectoralis, sternocleidomastoideus tapintásra összehúzódottak, tömöttebbnek mutatkoznak az ellenkező oldali megfelelő izmoknál. *Pottenger* e tünetet egészen hasonlóan magyarázza mint *Bálint*, vagyis a tüdő részéről kiváltott izomreflexnek tartja.

E vizsgálatok azóta több helyről is beigazolást nyertek, ha a létrejöttüknek magyarázásában egyesek más úton járnak is. Kézenfekvő dolog volt, hogy ha a magyarázat, melyet *Bálint*, majd *Pottenger* ezen izomtűneményekre alkalmazott, a valóságnak megfelelő, akkor hasonló ingerlékenységi változásoknak kell kísérniük egyéb szervek megbetegedéseit is, a bőr hyperalgesiájával párhuzamosan. Ez volt a kiindulási pontja azon kiterjedt vizsgálatoknak, a melyeket a különböző szervek megbetegedéseiben megindítottunk annak kiderítésére, hogy vajjon e megbetegedéseket kísérik-e az izomzat villanyos ingerlékenységének változásai, s ha igen, mely izomcsoportok azok, a melyeken az egyes szervek megbetegedése mellett az ingerlékenység e fokozódása legfeltűnőbbben konstatalható. Az ingerlékenység fokozódását újból csak a villanyos árammal vizsgáltuk, minthogy ez subjectivitástól sokkal mentebb módszernek tekinthető, mint a tapintás. E vizsgálatokat széles keretben végezzük s befejezésük után részletesen fogunk referálni róluk; jelenleg csak egyes fontosabb vizsgálati eredményeinkre akarunk rámutatni, a melyek már eddigi vizsgálatainkból is mint positivumok kiemelhetők.

Mindenekelőtt meg akarjuk jegyezni, hogy feltevésünkben nem csalódtunk. Az egyes szervek megbetegedéseit csakugyan kísérik bizonyos izomingerlékenységi változások, a melyek elhelyeződésükben jellegzetesnek látszanak az illető megbetegedett szervre. Legelső eseteinknek egyike, a mely további vizsgálatainkra készített, fiatal, 16 éves fiú volt, a kit appendicitisre gyanus fájdalmakkal vettünk fel a klinikára. Felvételekor a fájdalmak már alig voltak meg, viszont vizeletében néhány vörös vérsejtet találtunk. Vesefájalmak nem voltak jelen, a vesék kopogtatásakor kitűnt, hogy a jobb vese valamivel nagyobb és kevésbé mozog, mint a bal. A beteg izmait villanyos vizsgálatnak vetve alá, azt találtuk, hogy jobboldali ágyékizomzata ugyanazon erősségű villanyáramra lényegesen erősebben húzódik össze, mint a megfelelő baloldali izomzat. A betegnek egyéb izomcsoportjaiban hasonló ingerlékenységi differentiák nem voltak kimutathatók. További vizsgálatok alkalmával kiderült, hogy a beteg tuberculinra általános és helyileg reagált, a mely helyi reactio a jobb vese érzékenynyé és tapinthatóvá válásában és a vérzés fokozódásában nyilvánult. Az ureter-katheterezés után végzett állatoltások a jobb vese vizeletéből oltott állatokon pozitívnak mutatkoztak és így konstatalható volt, hogy a betegnek jobboldali vesetuberculosisa van, a melynek egyik első tünete ként az ágyékizomzat ingerlékenységének változása mutatkozott.

Hasonló ingerlékenységi változásokat találtunk vesegümőkór más eseteiben is, melyeknek részletezését végleges dolgozatunkra hagyjuk.

Az ingerlékenységi változások azonban nem a vesegümőkórra jellegzetesek. Nagyon érdekes volt e szempontból több vesekőben szenvedő betegünk izomzatának viselkedése. Ezek közül megint csak egy esetet akarnánk kiemelni: férfibetegünk vérvizelés után keresi fel a klinikát; sem vérzés alatt, sem vérzés után a beteg nem érez fájdalmakat. A vesék nem tapinthatók, egyik vesetáj sem érzékeny. Kopogtatáskor a vesék között nagyságbeli differentia nem található, a bal vese valamivel rosszabbul látszik mozogni. Farados áramra a bal ágyékizomzat lényegesen fokozottabban reagál, mint a jobb. A Röntgen-képen a bal vesében kistyúktójasnyi kő látható, a mely az egész vesemedenczét kitölteni látszik.

Nem kevésbé érdekesek egyes vizsgált eseteink, a melyekben vesemegbetegedés kétségtelen fennállása mellett a zomzati vizsgálata negatív maradt. Ezek némelyikében t. i. a

vizsgálatok folyamán valószínűvé, másokban kétségtelenné vált, hogy kétoldali megbetegedés van jelen. Az egyik ily különösen eklatáns esetet pár szóval megemlítiük.

A 29 éves nőbeteg jobboldali vesetáji fájdalmakkal keresi fel a klinikát. A vizsgálatkor jobboldalt kétökölnyi vesetumor található. A lumbalis izomzatban ingerlékenységi differentia nincs. A beteg a vizsgálat után egy héttel meghalt. Az obductio kétoldali nephrolithiasist és következményes pyelonephritist derített ki erősen tágult jobboldali vesemedenczével.

E vizsgálatokból tehát az látszik, hogy a vese megbetegedéseit a lumbalis izomzatnak ingerlékenységi változásai kísérik, tekintet nélkül arra, hogy a megbetegedés mily alapon fejlődött. Az ingerlékenység fokozódása azon oldali lumbalis izomzaton mutatkozik, a mely oldali vese megbetegedett, míg a kétoldali izomzat ingerlékenységének egyenlő volta biztos vesemegbetegedés esetén nagy valószínűséggel szól a vesemegbetegedés kétoldali volta mellett. Az a tény, hogy ezen ingerlékenységi különbözések akkor is kimutathatók, a mikor a vese tapintása s főleg a fájdalmak nem árulják el a megbetegedés oldalát, e tünetet bizonyos esetekben diagnostikai fontossággal látszik felruházni.

Nem kevésbé érdekesek az egyéb szervek megbetegedését kísérő ingerlékenységi változások sem. Ezek között mindenekelőtt ki akarnók emelni a cholelithiasist. Cholelithiasis számos biztos esetében, melyeket most részletezni nem akarunk, kimutattuk azt, hogy úgy roham alatt, mint roham után is a hasizomzat azon része, mely a megbetegedett epehólyagot fedi, erősebb villanyos ingerlékenységet mutat, mint az ellenkező oldali megfelelő izomzat. E differentiák nagyon kifejezettek akkor, midőn az illető izomcsoport défense képen összehúzódott állapotban található; úgy látszik a défense hasonló módon kiváltott izomösszehúzódás, mint a mily úton és módon az izomingerlékenység fokozódása váltatik ki. Az ingerlékenységi differentiák azonban, mint mondtuk, megtalálhatók még akkor is, a mikor az illető izomcsoportban défense vagy egyáltalában nem, vagy alig található. Cholelithiasis-eseteinkben mindig a jobboldali hasizomzatot találtuk fokozott ingerlékenységűnek, ellentétben ulcus ventriculi-eseteinkkel, a melyekben a baloldali hasizomzat mutatott fokozott ingerlékenységet. Ez ingerlékenység fokozódásában rendszerint csak a has felső részének izomzata vett részt.

Sokkal érdekesebb azonban az a fokozott ingerlékenység, a melyet cholelithiasis-eseteink legtöbbszörében a jobb váll izomzatában találtunk. Az epeköves fájdalmak gyakran sugároznak ki a jobb vállba és úgy ezen esetekben, valamint azokban is, a hol ilyen fájdalom-kisugárzásról a betegek említést nem tettek, találtuk azt, hogy a jobb cucullaris, egyes esetekben ezenkívül a jobb deltoideus és pect. major is fokozott ingerlékenységet mutat az ellenkező oldal megfelelő izomzatával szemben. Számos cholelithiasis-esetünk közül csak egyben találtuk az ingerlékenység e fokozódását a bal vállizomzatban, ez esetben viszont a fájdalmak is a bal vállba sugároztak ki. Ezekkel szemben ulcus ventriculi-eseteinkben a vállizomzat ingerlékenységének változásával nem találkoztunk, kivéve egy esetet, a melyben a bal vállizomzat fokozott ingerlékenységet mutatott, a melyben azonban gondolhattunk arra, hogy az epehólyaggal való összenövésnek vannak jelen. Még egy ulcus-esetben találtuk a jobb vállizomzat ingerlékenységének fokozódását, mely eset azonban a vizsgálatok során ulcus duodeni-nek bizonyult. Mnthogy vizsgált eseteink között csak egy biztos ulcus duodeni volt, az ezen esetben mutató ingerlékenységi változásoknak az ulcus ventriculinál mutatóktól való eltéréssel jelenleg nem akarunk bővebben foglalkozni, viszont azonban a számos cholelithiasis- és ulcus ventriculi-esetek vizsgálatából kitűnt az, hogy a kétféle megbetegedést kísérő izomingerlékenységi változások elhelyeződése lényegesen különbözik egymástól. És pedig nemcsak annyiban, hogy cholelithiasis eseteiben a jobboldali felső hasizomzatban mutatkoznak ez elváltozások, míg ulcus esetén a baloldaliban, hanem annyi-

ban is, hogy a cholelithiasist rendszerint a jobb vállizomzat ingerlékenységének fokozódása is kíséri, a mi ulcus esetén nem található. Meg akarjuk még jegyezni, hogy nemcsak az ulcus ventriculi kíséretében, hanem más okból származó fájdalmas gyomoraffekciók mellett is találtunk hasonló elhelyeződésű ingerlékenységi változásokat.

Sokkal bonyolultabbnak látszanak a viszonyok a belek és főleg a genitáliák, nevezetesen a női genitáliák megbetegedéseiben. E téren számos vizsgálatunk alapján sem tudtunk egyelőre egységes álláspontra jutni s így ezeknek tárgyalásába nem bocsátkozunk bele, valamint az egyéb szervek megbetegedését kísérő változásokéba sem, a melyekből egyelőre kevés áll rendelkezésünkre.

Hasonlóképpen részletes dolgozatunk számára tartunk fenn bizonyos elméleti fejtegetéseket is, a melyeknek szükségessége és érdekessége kézenfekvőnek látszik.

Közlemény az I. számú sebészeti klinikáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., ny. r. egyet. tanár, udvari tanácsos.)

A komplikált felkartöréseknek gipszsínnel való gyógykezelése.*

Irta: *Dollinger Béla dr., tanársegéd.*

Tisztelt Szakosztály!

A komplikált felkartöréseket az I. számú sebészeti klinikán 1908 óta *Dollinger* tanár kezdeményezésére gipszsínnel gyógykezeljük.

Dollinger tanár e gipszsínes eljárást eredetileg az újszülöttek felkartörése eseteiben alkalmazta. E gipszsínes kezelést czélszerűsége folytán később némi módosítással gyermekeken és felnőtteken is használtuk.

Eljárásunk azóta teljesen kidolgozott módszerré fejlődött, mely egyszerűségénél és pontosságánál fogva minden esetben jól bevált.

A sín a következőképpen készítjük: Mindenekelőtt egy gipszsínt készítünk, melynek hossza megfelel a tört végtag és a kóros mellkas hosszának együttvéve. (A sín mellkasi részét szélesebbre szabjuk.) Ezután húzás mellett a törésvégeket egyesítjük és a felkart a hónaljban kb. 30 fokig abdukáljuk, a könyököt 90 fokban behajlítjuk és az alkart enyhén supináljuk. E helyzetben alkalmazzuk a puha és még hajlítható gipszsin szélesebb felét a beteg mellkasnak oldalsó részére, a keskenyebb felét a tört végtag hajlító oldalának egész felszínére és hosszára. A végtagot most tetszés szerint distrahaljuk azáltal, hogy a hónaljban (esetleg vászonpólya segítségével) húzást gyakorlunk, míg a behajlított alkarra ellenhúzást alkalmazunk. A sín megkeményedése után ezen distractio állandósul. A distrahált végtag a mellkas felőli gipszsinrészben jó ellentámaszt nyer. A felkar külső oldalára ezenkívül egy rövid fedő gipszsínt illesztünk.

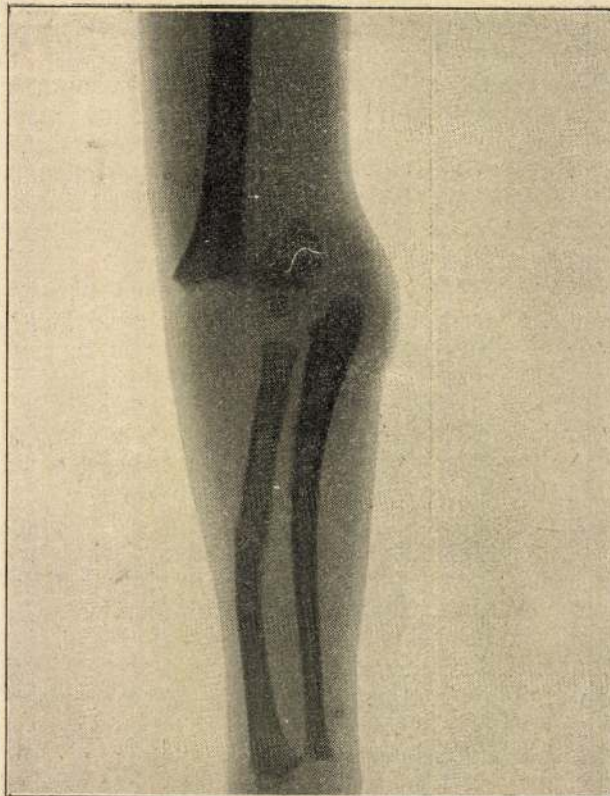
A törésvégek erősebb eltolódásakor a még lágy gipszsinre a törés helyén direct nyomást gyakorlunk és ezáltal az eltolódást korrigáljuk.

Újabban a distractiót és a törésvégek adaptálását Röntgen-átvilágítás mellett végezzük és ezáltal eljárásunk helyességét folyton ellenőrizzük. A gipszsinben distrahált tört végtagról ezenkívül Röntgen-felvételeket készítünk a nélkül, hogy a kötést eltávolítanánk.

Ez eljárás mellett az utókezelés nagyon egyszerű, a kötést naponta ellenőrizzük és a mullpólya eltávolítása után a sínen fekvő kart naponta megmasszáljuk.

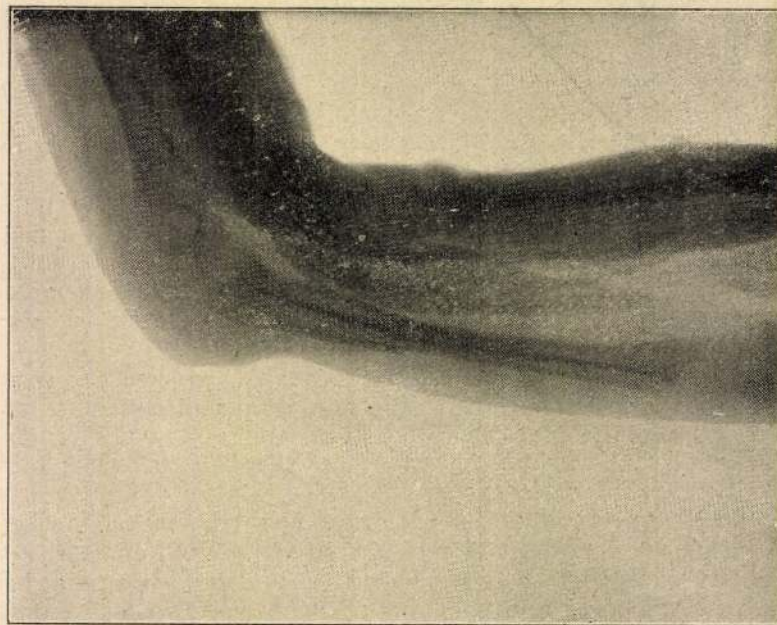
A mondottak ábrázolására egy esetem Röntgen-felvételeit demonstrálok. Ezen eset körtörténete röviden a következő: F. T. 5 éves fiút azonnal a törés elszenvedése után hozták

a klinikára. A Röntgen-felvétel kiderítette, hogy tipusos supracondylaer törés van jelen, melynél a felkar proximalis törésvége erősen a hajlító oldal felé tolodott el. Ezenkívül eltört az alkar mindkét csontja a középső harmadban. (1. ábra.)



1. ábra.

E nehéz esetben az előbb vázolt gipszsínes eljárással jó eredményt sikerült elérnünk. Az eredményt a Röntgen-kép jól demonstrálja: úgy a supracondylaer törést, valamint az alkar törését sikerült teljesen reponálnunk (2. ábra). E betegen ez eljárással teljes gyógyulást értünk el.



2. ábra.

A gipszsinkezelés előnyei tehát komplikált felkartörések eseteiben röviden összefoglalva a következők:

* Előadatott a magyar orvosok és természetvizsgálók XXXVI. vándorgyűlésén Veszprémben.

1. Az eljárás egyszerűsége. A sín előállításához két dolog szükséges: meleg víz és gipszpólya, ezeket mindenütt megtaláljuk.

2. Az eljárás olcsósága. Az egész szerkezet alig kerül egy-két koronába.

3. E kötést a törés megtörténte után azonnal alkalmazhatjuk és nem kell a műszerészünktől függenünk és a drága, komplikált gép elkészítésére várunk.

4. A beteg e kötésben aránylag könnyen mozog és nincs megkötve, mint a komplikált gépek hordásakor. A kötés csak a felső kóros végtagra és a megfelelő mellkasfélre támaszkodik a nélkül, hogy a törzset vagy a felkart körül fogná.

5. A distractio pontossága. Az eltolódások könnyű és egyszerű kiegyenlítése a törésvégekre gyakorolt direct nyomás folytán.

6. Könnyű Röntgen-ellenőrzés és utókezelés.

Mindezek folytán melegen ajánlom ez eljárást a szakosztály szíves figyelmébe.

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

A festékkoldatok mérge- és gyógyszer-transportáló képességéről.

Irta: *Sellei József dr.*

A chemotherapiára vonatkozó alapvető munkájában (Ueber die Beziehung von chemischer Konstitution, Verteilung und pharmakologischer Wirkung, 1898) Ehrlich azon nézetét fejt ki, hogy „a szervi therapiában (Organtherapie) előbb oly anyagokat kell felkeresni, a melyek bizonyos szervekkel különösen rokonok. Ezen anyagok azután teherkocsiknak használhatók, hogy azon a gyógyító anyagokat az illető szervbe vihessük“.

Az égér-carcinománál végzett chemotherapiás kísérleteiben *Wassermann* az eosint a selennel kötötte össze, hogy a festékkoldat a carcinomára hatni tudó selent a tumorba transportálja. Kísérleteimben Ehrlich alapján abból a teoriás feltevésből indultam ki, hogy különböző fertőző betegségek gyógyítása talán biztosabb alapokra fektethető akkor, ha a ható *chemiai szert olyan anyaggal kötjük össze, a mely affinitással viseltetik az illető kórokozó iránt.* Ennélfogva a kórokozó iránt „affinitással bíró anyag“ a közvetítő (transporteur) szerepét játssza a kórokozó és a gyógyszer között és directe vagy indirecte juttatja el a ható gyógyszert. A direct hatást olyképpen értelmeztem, hogy a közvetítő (transporteur) anyag egyesítve van a gyógyszerrel. A transporteur eljuttatja a szert, a mely attól azután lehasadva fejt ki hatását. Az indirect hatást pedig úgy képzeltem elérni, hogy előbb viszem be a szervezetbe a kórokozó iránt affinitással bíró anyagot, és azután másutt azt a gyógyszert, mely a kórokozóra delectaer hatású. E munkaprogramm kerestülvitelén dolgozom hosszabb idő óta az egyetemi bakteriologiai intézetben és e kísérleteimről később be fogok számolni.

E munkálatok közben a következő megfigyeléseket tettem:

Ha kaliumcuprumtartaricumot (a Cu-t *Finkler* és tanítványai, *Linden* grófné stb. alkalmazták gümőkört gyógyító kísérleteikben) physiologiai konyhasóoldatban feloldunk és abból 1—2 centigrammot tengeri malacznak bőre alá fecskendezünk, akkor az injectio után az alkalmazott cuprumsó mennyisége szerint az állatokon néhány perczig eltartó rángásokat észlelhetünk. Míg az 1 cgr.-os cuprummal mérgezett állat (250 gramm állatsúlyra) a mérgezést kiheveri, addig az 1·5 centigrammal kezelt állat többnyire 2—3 nap, a 2 centigramm cuprummal injiciált állat pedig többnyire 24 óra mulva elpusztul. Ha most methylenkék 1%-os vagy 1/100-s oldatából 0·20—0·30 cm³ mennyiséget keverünk az előbbi cuprumsó oldatához és ezt fecskendezük az állat bőre alá, akkor igen érdekes tüneteket észlelhetünk. A methylenkékoldat concentratioja szerint nyomban az injectio

után az állat rendkívül izgatott lesz, a ketrecben nyugtalanul fel és alá szaladgál, bőrét, orrát vakarja, majd igen heves görcsök lepik meg, az állat fel-felugrik; a clonusos görcsöket nemsokára tonusos görcsök váltják fel, az állat hátulsó végtagjai merevek lesznek, majd egyik oldalára fekszik, felállítva 1—2 perczig megtartja rendes positióját, azután ismét oldalt dől vagy hátulsó végtagjait mereven kinyújtva fekszik s az alkalmazott mérgek mennyisége szerint 1—6 óra alatt elpusztul. Így 1·5 cgr. cuprumsóoldatot 250 gr. állatsúlyra állandó méregegységnek véve, ha ehhez 1/100-s methylenkéből keverünk 0·30 cm³ mennyiséget, az állat rendszerint 2—4 óra mulva elpusztul; ha pedig 1·5 centigrammos subletalis dosishoz az 1/100-os methylenkéből keverjük ugyanezt a mennyiséget (0·30 cm³), akkor az állat rendszerint már 1—1½ óra mulva elhull. A controll-állatok, úgy a külön cuprummal és a külön festékekkel kezelték életben maradnak. Az előbb említett klinikai tünetek is erősebben mutatkoznak az erősebb concentratiós methylenkék-oldat után. Akár 1/100-s, akár 1/1000-s methylenkét alkalmaztunk, a bonczoláslelet mindkét esetben majdnem egyező szokott lenni. Az injectio helye körül erős festékimbibatio látható; a peritoneum is imbibált, úgyszintén a belek s a nyirokerekek. A peritoneum és a belek erősen belöveltek, ez utóbbiak helyenként hűdöttek. Az alkalmazott methylenkék mennyisége, valamint a halál beállta szerint a hasüri szervek kék festékessége gyengébben vagy erősebben kifejezett, azonban a belek és a peritoneum erős belöveltsége majdnem egyenlően mutatkozik s a mi a legfeltűnőbb, sokban hasonlít a bonczoláslelet a több napon át csupán csak a subletalis Cu-dosisal kezelt állatok bonczolásleletéhez.

Az itt leírt klinikai, valamint a bonczolásakor észlelhető tünetek elérhetőek olyképpen is, hogy a cuprumsót nem keverjük a methylenkék-oldattal, hanem a fémsó- és festékkoldatot külön-külön alkalmazzuk. Sőt elérjük ezt még akkor is, ha a festéket előbb injiciáljuk s csak később, ¼—½, sőt 1 órával később fecskendezzük be a cuprumsóoldat említett mennyiségét (1·5 cgr.-ot).

Teljesen analog eredményeket kapunk, ha eosin-oldatot vagy cuprumkaliumtartaricum-oldathoz keverve alkalmazunk, vagy pedig előbb a festékkoldatot és csak később, pl. 1 óra mulva fecskendezzük be a cuprumsó-oldatot. A klinikai tünetek majdnem teljesen ugyanazok, mint a methylenkék + cuprumsó-kísérletben, néha még intenzívebbek, fokozottabbak s a halál is mintha gyorsabban állna be az eosin + cuprum-kísérletben. A bonczoláslelet majdnem egyezik a két festékkísérletben. Ugy mint előbb, itt is a festékkoldat mennyisége és a rövidebb vagy hosszabb idő mulva beálló halál szerint a hasüri szervek és a peritoneum kevésbé vagy jobban festenyizettek. A hashártya és a belek erős belöveltsége azonban ugyancsak megvan az eosin-cuprum-kísérletben is. Mint a methylenkével végzett kísérletben, úgy abban a kísérletben is, a midőn előbb adjuk a festéket (az eosint) s csak utólag, pl. 1 órával később az 1·5 cgr. cuprumsó-oldatot, a halál szintén előbb szokott bekövetkezni, mint a festék és cuprumoldat együttes adásával végzett kísérletben.

A cuprumkaliumtartaricuméival sokban egyező eredményeket kapunk más fémsókkal is. A kísérletek részint az itt említett festékekkel, részint más festékekkel sikerülnek. A sublimat pl. a ClNa-ban oldott methylenkével és eosin-nal csapadékot ad és azért a HgCl₂ e festékekkel együtt nem adható.

A hatás a kifejezett klinikai tünetekben nyilvánul, valamint a bonczolásleletben is. A klinikai tünetek sokban hasonlítanak az anaphylaxiás tünetcomplexumhoz.

Az okokkal, melyek az észlelhető tüneteket előidézik, ez alkalommal nem kívánok bővebben foglalkozni. Csak néhány, eddig ebben az irányban végzett vizsgálatra akarok reflektálni. Így újabban említi *Traube* (Biochemische Zeitschrift, 1912, 42. kötet, 6. füzet), a ki e téren nagy és érdemes munkásságot fejtett ki, hogy bizonyos festékkoldatok, a melyek egyébként relative nem mérgezők, mint pl. a methylenkék, toluidinkék, methylzöld, natriumcarbonat hozzáadására igen mérgezővé

válnak; más mérgező festékek, mint a niluskék, nachtblau, malachitzöld, fuchsin, alkali hozzáadására nem lesznek mérgezőbbé. *Traube* szerint a basikus festékek, melyek a víz felületi feszültségét (Oberflächenspannung) csökkentik, mérgezőbbek, mint azok, a melyek nem idéznek elő felszínfeszülés-csökkenést.

Kísérleteimben a következő tünt fel: Kisebb festékmennyiségnél relative gyengébb, nagyobb festékmennyiségnél relative erősebb a hatás. Azért mondom relative, mert láttuk, hogy még végtelen kis festékmennyiségekkel is — 1⁰/₀₀-s festékoldatokból 0.20—0.30 cm³ mennyiségekkel — tudunk hatást kifejteni. A colloid chemia tételei szerint a colloidok annál hatásosabbak, minél finomabb apró részecskékből állanak. *Traube* (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, 31. sz.) szerint colloid-systemákat, mint ferment-oldatokat, festék-oldatokat stb., HgCl₂-vel és alkaloidokkal megmérgezhetünk (*Hata, Traube*) és viszont joddal és kénkaliummal, illetve tanninnal teljesen átlátszó oldatban ultramikroskopos kicsapással mérgezteleníthetünk.

A kérdés tehát az, vajjon kísérletünkben az egyébként nem mérgező festékoldatok (colloidok) toxicitását fokoztuk-e a kaliumcuprum-só oldatával, vagy fordítva, ez utóbbi só oldatának toxicitását fokoztuk-e a szóban forgó festékoldatokkal? A választ e kérdésre a további vizsgálatok fogják megadni.

A festékoldatokéihoz hasonló hatásokat érhetünk el akkor, ha festékoldatok helyett fémcolloidot, pl. zinkcolloidot alkalmazunk.

A Comar et fils (Clin) cég részéről nekem rendelkezésre bocsátott elektro-zink-colloidból 0.30 cm³ mennyiséget kevertem 1.5 cgr. cuprum-só-oldathoz (KCu tart.); az injectio után az említett erős tonusos-clonusos görcsök jelentkeztek és az állatok 12—16 óra múlva (tehát későbbben mint a festékkísérletben) elpusztultak. Gyengébb klinikai tüneteket észleltem akkor, a mikor előbb fecskendeztem be a zink-colloidot és csak később (3/4 óra múlva) a cuprum-só-oldatot. Az állat azonban ilyenkor is néhány óra múlva elpusztult, míg a kontrollállatok csak 2—3 nap múlva hulltak el; a zink-colloiddal kezelt állatok életben maradtak.

Bredig és tanítványai munkálataiból tudjuk, hogy pl. a hydrogenhyperoxyd katalyzáló képességét a colloidalis platin vagy arany, úgyszintén a vér, a vérmérgek fokozhatják vagy csökkenthetik. A colloidfémek ezek szerint analógiában volnának bizonyos basikus és ugyancsak colloidalis festékekkel, pl. a *Traube* által alkalmazott nachtblaival.

Wassermann ismeretes állattumor-kísérleteiben az eosint selennel kötötte össze, a midőn a festék-oldat *Wassermann* felfogása szerint a carcinomára ható selent a tumorba transportálta. Kísérletünkben talán a festékoldatok, colloidok (kísérletünkben a zink-colloid) azokba a szervekbe viszik a cuprumot, melyek a legnagyobb affinitással viselnek a mérget iránt. Végül még meg kell említenem *Riquoir*-t (Le monde médicale, 1912 április), a ki methylenkével kevert különböző gyógyszereket, mint sublimatot, arrhenalt és trypsint, és ily módon e szerek hatását fokozni tudta; így különböző fertőző betegségeket, valamint állítólag még carcinomát is meg tudott gyógyítani.

Kísérleteimben szándékosan subletalis dosisokkal dolgoztam, hogy a hatás intenzitását szemléltetőbbé tegyem. Azt hiszem, hogy a festékoldatok (colloidok) általam észlelt hatásának további tanulmányozása therapiás célokra is fel lesz használható.

Közlemény a budapesti kir. m. tudomány-egyetem II. sz. belklinikájából. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

A bal venás szájadék szűkülete folytán keletkezett recurrensbénulás.

Irta: *Freyssadtl Béla dr. és Stranz Gyula dr.*

Aránylag rövid ideje tudjuk azt, hogy a bal venás szájadék szűkülete folytán a szíven keletkező következményes elváltozások a bal nervus recurrens vagi bénulását okozhat-

ják. 1897-ben közölte *Ortner* az első két idevágó esetet. A gégetükör felfedezését követő első negyven esztendőben a recurrensbénulás keletkezésének ezen aetiologiája ismeretlen maradt. Oka ennek kétségtelenül az, hogy az ily módon létrejövő hangszalagbénulás a nagy ritkaságok közé tartozik. Mutatja ezt az is, hogy *Ortner* közleménye óta, a már említett két észlelettel együtt, mindössze öt oly eset van az irodalomban ismertetve, melyben a bal venás szájadék szűkülete és a recurrensbénulás keletkezése közt fennálló oki összefüggést a bonczolás is bizonyította. Mivel pedig az ilyen esetek csak csekély számban ismeretesek, de meg e bénulások keletkezésének mechanizmusa sincs eléggé tisztázva, érdeemesnek látszik következő esetünk közlése.

D. N., 30 éves férfibeteg. A klinikára felvételét 1911 május hó 2.-án, meghalt július hó 8.-án.

Anamnesis. Apja tüdőgyulladásban halt meg, anyja, valamint öt testvére egészséges. Öt év előtt nősült, két gyermeke egészséges. Mérsékelt dohányos, szeszes italt csak keveset iszik. Luest tagad.

Körülbelül 3—4 hónapja köhög, két hét óta rekedt. Ugyancsak két hét óta fullad, szívdobogása van és lábai dagadnak.

Status praesens: A közepesen fejlett, lesóványodott beteg csontrendszerére ép. Az ajkakon, fülkagylón kifejezett cyanosis. Bőre és látható nyálkahártyái halványak. A mirigyek nem tapinthatók. A nyaki erek láthatóan lüktetnek.

A szívtájék elődomborodott. Ugyanezen oldalon a bimbó is magasabban áll.

Mindkét tüdőcsúcs fölött tompult a kopogtatási hang. Baloldalt az interscapularis tér alsó harmadától lefelé körülbelül négy harántujnyira dobos színezetű kopogtatási hangot kapunk, valamint jobboldalt hátul a tüdő alsó határán.

A bal tüdőcsúcs felett érdes, hörgihez közelálló a légzés. A jobb csúcs felett érdes a be-, hallható, megnyúlt a kilégzés. A tüdő mélyebb részein kiterjedten érdes alaplégzés mellett finom szörcsölés hallható, különösen jobboldalt. A tüdő alsó határa mély légvételkor elég jól tér ki.

A szívcsúcslökés a bimbóvonalon kívül, a középvonaltól 12 cm.-nyire tapintható a VI. és VII. borda közt, kissé emelő. A relativ szívtompulat felső határa a parasternalis vonalban a II. bordán, a bimbóvonalban a III. bordán van. Balra 18, jobbra 6 cm.-nyire terjed a szívtompulat. Az absolut tompulat felső határa a parasternalis vonalban a III., a bimbóvonalban a IV. bordán van.

A szívcsúcs felett systolés zörej, diastolés hang hallható. Az arteria pulmonalis II. hangja ékelt.

A pulsus kissé üres, könnyen elnyomható, száma percenként 72—80.

A Röntgen-lelet a kopogtatási viszonyoknak megfelelő nagy szívárnyékot s igen széles árnyékát adja a nagyereknek.

A májtompulat felső határa a parasternalis vonalban a VI. bordán, a bimbóvonalban a VIII. bordán van. A máj széle a bordaív alatt körülbelül két ujnyira tapintható.

A léptompulat a IX.—XI. borda közt van. A hasban kifejezett ascites. Érzékenység nincs. A vizelet 1.5⁰/₀₀ fehérjét tartalmaz. Czukor nincs benne. Az üledékben számos szemcsés és hyalin cylinder látható.

Az orr, orrgaratúr ép. A nyelv kinyújtva nem tér el. A lágy szápad részarányosan emelkedik. Az epiglottis, az alsó és valódi hangszalagok halványak. A bal hangszalag hangadás és lélegzetvétel közben mozdulatlanul áll ú. n. cadaverállásban, széle kissé kivájt; a jobb hangszalag addukáló és abdukáló mozgása rendes. Phonatio közben a jobb hangszalag nem éri el a baloldalt.

A beteg a kezelés alatt fokozatosan javult. A vízkóráság lábain eltűnt, hasvízkórja csökkent. A vizelet fehérjementessé vált. Szívműködése is fetemesen javult, baloldali hangszalagbénulása azonban változatlan maradt.

A beteg javult állapotban hagyta el a klinikát május hó 12.-én. Egy hó múlva azonban visszatért jelentékenyen rosszabbodott állapotban. Recurrensbénulása változatlan volt. Vesegyuladása ellenben lényegesen rosszabb s a beteg szívgyengeség tüneteivel meghalt július 8.-án.

A klinikai diagnosisunk a következő volt: *Insufficiencia valvulae bicuspidalis. Paralysis nervi recurrentis sinistri e compressione atrii sinistri valde dilatati. Nephritis acuta.*

Stenosis ostii venosi sinistri valló hallgatódzása jel ugyan nem volt, azonban a Röntgen-képen mutatkozó igen erősen tágult bal pitvar, a kis vércsőben mutatkozó nagyfokú pangás és a *recurrensbénulás* miatt erre is gondoltunk. *Recurrensbénulás* ugyanis az irodalom eddigi adatai szerint csakis a bal vénás szájadék szűkülete mellett következik be, e szájadék elégtelensége az eddigi észleletek szerint nem okozza a *recurrensbénulást*.

A bonczolás (*Krompecher* tanár) a következő eredményt adta (kivonat): A szívburokban mintegy 150 gr.-nyi sárga, átlátszó savó. A szív jókora kétökölnyi, e megnagyobbodásban főleg a két pitvar és kisebb mértékben a bal kamara vesz részt. A bal vénás szájadék billentyűi a legnagyobb mértékben elhegesedtek és elmeszesedtek, az inák vastagok, igen rövidek, a szájadék csak czeruza számára átjárható. Az aorta-billentyűk vékonyak, áttetszők. A bal kamara alig tágult, izomzata közepvastag. A jobb kamara középtág, izomzata 1 cm. vastag. Mindkét, de főleg a bal pitvar erősen tágult, utóbbi majdnem ökölnyi. A bal auricula bő friss thrombusokkal kitöltött. A szív izomzata középvértartalmú, elég tömött. Az aorta belfelületén néhány kénsárga folt. Az arteria pulmonalis belfelületén elég számos kénsárga folt.

Esetünkben a bonczoláslelet azt mutatta, hogy a *stenosis ostii venosi sinistri* következtében igen nagy mértékben kitágult bal pitvar a bal *recurrens* oly erősen nyomta az aortához, hogy *bénulása* bekövetkezett. A *stenosis ostii venosi sinistri* és *recurrensbénulás* tehát oki összefüggésben állott egymással.

A baloldali *nervus recurrens* még egész terjedelmében szabaddá tettük s így a *bénulás* létrejöttének minden egyéb okát — nyirokmirigymegnagyobbodást, strumát, a mediastinum, oesophagus, trachea daganatát — biztossággal kizárhattuk.

A baloldali gégeizomzat erősen sorvadott. A *bénult* *musculus cricoarytenoideus posticus* alig teszi felét az ép oldali izom tömegének. Mikroskoppal úgy ebben, mint a *musculus thyroarytenoideus internus* és *externus*ban degeneratio jelei láthatók. Az izomrostok egy része megvékonyodott, egyneműen sárgára festődik (*van Gieson*), helyenként megduzzadt vagy gömbölyded csomókra esett szét vagy újból elvékonyodott. A harántcsíkolat általában megtartott. Az izomrostok körül a kötőszövet megszorodott, gömbölyű sejtekkel beszűrődött. Az izmok harántmetszetén az egyes nyálábok képe nem sokszögű, mint ép viszonyok közt, hanem gömbölyded.

A *bénult* *nervus recurrens*nek Marchi-eljárás szerint törétt szövettani vizsgálata kifejezett degeneratiót mutat. Keresztmetszetben a világossárga nyálábok közt számos fekete rögöt láthatunk. A *nervus vagus*on, a *recurrens* eredésétől centralisan vizsgálva, elfajulásnak semmi jelét sem találjuk.

Esetünk példája annak, hogy a bal pitvar közvetlenül is nyomhatja az aorta ívét megkerülő *nervus recurrens*. Az irodalomban közölt némely esetben azonban más volt a *bénulás* keletkezésének mechanizmusa.

Esetünkhöz hasonlók az *Ortner*, *Hofbauer* és részben *Frischauer* esetei, míg *Kraus* esetében más volt a *bénulás* keletkezési módja.

Ortner első esetében a bal pitvar lumene kis férfikölmekkoraságú volt. Az így kitágult pitvar telt állapotában nyomást gyakorolt a bal bronchusra, a *nervus recurrens*re és az aorta ívére. A *nervus recurrens* 2 mm.-nyi hosszúságban szürkésen elszinesedett, áttetsző s megvékonyodott volt azon a helyen, a hol a nyomás érte.

Ortner második esetében a bal pitvar majdnem ökölmekkoraságú volt. Az aorta tágassága a normalisnak megfelelő. A bal *recurrens* a kitágult bal pitvar felső falához feküdt s az aortához volt szorítva. Az ideg e helyen szalagszerűen ellapult.

E két esete alapján jutott *Ortner* arra az eredményre, hogy a *stenosis ostii venosi sinistri* némely esetében a bal pitvar oly erősen tágult, hogy a *nervus recurrens* az aorta

ívéhez szorítja. A nyomás következtében az ideg degenerál és a bal hangszalag *bénulása* bekövetkezik.

A *Hofbauer* által észlelt eset bonczolási lelete azt mutatta, hogy a bal auricula az arteria pulmonalis és aorta közé nyomult és a *nervus recurrens* nyomva, annak degenerálását idézte elő. *Ortner* eseteihez hasonlóan tehát itt is a bal pitvar közvetlenül okozta a *recurrensbénulást*.

Frischauer esetének leletéből az derült ki, hogy a hatalmasan tágult bal pitvar nem direct, hanem indirect az arteria pulmonalis közvetítésével nyomta a bal *recurrens* az aorta ívéhez annyira, hogy rostjai degeneráltak s a bal hangszalag *bénulása* bekövetkezett.

A eddigiektől eltérő *Kraus* esetében a *bénulás* keletkezési módja. Az órási módon megnagyobbodott szív jobb kamarájának tágulata folytán a szív fekvése és az arteria pulmonalis, ligamentum arteriosum és aorta ívének egymáshoz való viszonya olyképpen változott meg, hogy a ligamentum Botalli keresztelte és strangulálta a *nervus recurrens*, mely innen megvékonyodott és szürkésen elszinesedettnek mutatkozott. A bal pitvar órási tágulata dacára is 4 cm.-nyire feküdt a keresztződés helyétől. A *bénulás* létrejöttének módja magyarázza meg azt, hogy már a *compensatio* szakában is bekövetkezett a *bénulás*, míg *Ortner* eseteiben csak a *decompensatio* bekövetkeztével állott be.

A ductus Botalli egyébként más módon is okozhatja a *nervus recurrensbénulást*. Így

Schrötter egy esetében a baloldali *recurrensbénulást* az okozta, hogy az ideg a kitágult és átjárható ductus Botalli és aorta közé volt ékelve s e nagy erek pulzáló nyomása folytán betegedett meg az ideg. A kisméretű *stenosis ostii venosi sinistri*nek, mely ez esetben fennállott, nem volt szerepe a *bénulás* előidézésében.

Már *Gerhardt* megjegyzi, hogy a ductus Botalli tágulata a *recurrensbénulást* okozhatja.

Hofbauer egy *stenosis ostii venosi sinistri*vel kapcsolatos bal hangszalagbénulás esetében — mely azonban bonczolásra nem került — azt észlelte, hogy a beteg bizonyos fekvéskor kevésbé, máskor erősebben rekedt. Jobboldali s háton fekvéskor nem volt oly rekedt, mint baloldali fekvéskor, vagy előre-hajlott helyzetben. *Hofbauer* e tüneteket olyképpen magyarázza, hogy némely helyzetben a *nervus recurrens* erősebben, más helyzetben kevésbé vongáltatik.

A mi esetünkben a helyzetváltozás nem befolyásolta a rekedtséget. Tekintve, hogy a *nervus recurrens* és a gége izmai már sorvadtak voltak, ez — legalább a *Hofbauer*-féle magyarázat értelmében — nem is következhetett volna be.

A *stenosis ostii venosi sinistri* folytán keletkezett hangszalagbénulás tehát — mint a fenti esetekben láttuk — létrejöhet oly módon, hogy a tágult bal pitvar direct nyomja a *nervus recurrens*re, vagy hogy indirect nyomja az arteria pulmonalis közvetítésével, és végül, hogy a szív fekvésének megváltozása folytán a ligamentum Botalli strangulálja az ideget.

Irodalom. *Frischauer*: Wiener klinische Wochenschrift, 1905. — *Hofbauer*: Wiener klinische Wochenschrift, 1902 és 1905. — *Kraus*: Verhandlungen des 19. Kongresses für innere Medizin. — *Ortner*: Wiener klinische Wochenschrift, 1897. — *H. v. Schrötter*: Zeitschrift für klinische Medizin, 43. kötet.

Közlés a kir. magy. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő, ny. r. tanár, udv. tan.)

A nitrogeen-tartalmú bomlásanyagok kiválasztásáról vesegyuladásban és a diureticumok intravenás alkalmazásáról.

Irta: *Erdélyi Pál* dr., klinikai gyakornok. (Vége.)

4 és 5. L. J.-né, 35 éves, utazó neje. Nephritis subacuta. 6 hete beteg; felvettük 1911 december 14.-én.

Erősen lesoványodott. Szíve ép. Retractio thoracis lat. dextri post pleuritidem purulentam. Vesetáji fájdalmak mindkét oldalt. Fejfájás, hányás; oedema, kisméretű ascites.

A vizelet napi mennyisége 800 cm³; fajsúlya 1012, savi; fehérje (*Esbach* szerint) 25‰; vér nincs. Az üledékben szemcsés és hyalin hengerek.

VI. táblázat.

L. I.-né, 35 éves. Nephritis acuta.

Datum	Vizelet-mennyiség 24 ó.	Bevitt folyadék tej	Testsúly	Fajsúly	Reactio	Fehérje % Esbachsz. ‰	Összes N	Ureum N	Húgysav N	Creatinin N	Ammonia N	NaCl	Megjegyzés
Decz. 17	900	1200	—	1012	savi	25	6·584	5·645	0·152	0·315	0·489		4-szer 0·5 gr. santheose
" 18	1330	2000	49·40	1008	"	10	5·698	4·283	0·171	0·306	0·492		5-ször 0·5 " "
" 19	940	900	49·80	1015	"	22	6·396	5·080	0·140	0·257	0·368		" 0·5 " "
" 20	670	1400	49·80	1012	"	18	4·934	3·546	0·025	0·217	0·323	3·038	" 0·5 " "
" 21	1550	1150	48·70	1012	"	17	9·418	6·857	0·225	0·385	0·438		" 0·5 " "
" 22	1280	1300	48·70	1011	"	15	7·011	5·376	0·163	0·314	0·430	2·124	" 0·5 " "
" 23	1240	1300	48·40	1011	"	13	6·875	4·444	0·158	0·308	0·369	2·562	5-ször 0·5 gr. santheose (hányás)
Decz. 17								%	%	%	%		
" 18								82·36	2·69	5·58	7·13		
" 19								75·16	3·01	5·36	8·63		
" 20								79·42	2·19	4·02	5·76		
" 21								71·87	0·53	4·40	6·54		
" 22								73·87	2·39	4·06	7·94		
" 23								76·66	2·33	4·47	6·13		
" 23								64·61	2·30	4·48	8·28		

VII. táblázat.

L. I.-né, 35 éves. Nephritis acuta.

Datum	Vizelet-mennyiség 24 ó.	Bevitt folyadék tej	Testsúly	Fajsúly	Reactio	Fehérje % Esbachsz. ‰	Összes N	Ureum N	Húgysav N	Creatinin N	Ammonia N	NaCl	Megjegyzés
Január 5	650	1200	50·75	1021	savi	18	8·226	6·570	0·170	0·248	0·710	2·910	4-szer 0·5 gr. diuretin
" 6	960	1300	50·20	1015	"	18	9·166	7·392	0·163	0·314	0·844	3·072	" 0·5 " "
" 7	760	1400	50·00	1016	"	22	6·916	5·533	0·156	0·266	0·706	2·530	} 4-szer 0·5 gr. diuretin (hasmenés)
" 8	630	1500	49·60	1016	"	22	5·345	4·287	0·152	0·250	0·677	1·808	
" 9	640	2000	49·15	1017	"	20	5·413	?	0·122	0·292	0·688	2·204	
" 10	980	1800	48·60	1010	"	16	5·762	4·253	0·150	0·304	0·867	3·375	
1912 jan. 5								%	%	%	%		
" 6								79·87	2·07	3·01	8·63		
" 7								80·64	1·78	3·43	9·21		
" 8								80·00	2·25	3·85	10·22		
" 9								80·19	2·84	4·69	12·67		
" 10								—	2·26	5·40	12·71		
" 10								73·81	2·61	5·28	15·05		

A diuresis tejdiatára valamit javult, azonban santheosera nem fokozódott. A N mind a két cyclusban, úgy a santheose, mint a diuretin (theobromin-natrio-salicylicum) adása idején mindenesetre csökkent volt s így N-retentionnak kellett beállnia, a mi klinikailag is kifejezésre jutott, egyrészt a hányás, másrészt, főleg a 2. kísérlet folyamán folyton fokozódó fejfájás és hasmenés alakjában. A konyhasó kiválasztása, összehasonlítva a többi esettel, szintén csökkent s ezzel együtt, különösen a 2. cyclusban, a diuresis állandóan rossz volt s azt sem tejjel, sem santheoseval vagy diuretinnel javítani nem tudtuk. Ezek alapján azt kell mondanunk, hogy ennek a betegnek veselemei már annyira tönkrementek, hogy sem diatával, sem diureticummal nem érthetünk el hatást. Tehát ezt a kudarcot nem a gyógyszer, hanem a súlyosan elváltozott vesék rovására kell írunk. Ez olyan eset volt, mely egyrészt N-retentióval járt s ennek következtében intoxicációs tüneteket okozott, másrészt a konyhasót sem választotta ki tökéletesen, a mely körülménynek az állandó oedema volt a következménye.

6. J. B., 34 éves gazdalkodó. Nephritis parench. chron. 5 hónapja beteg; felvettük 1911 december 11.-én.

Jól fejlett, lesóványodott beteg. Tüdeje ép. Bal szive hypertrophiás. Insufficiencia bicuspidalis

Lassan fokozódó fejfájások, később hányás. Oedemája nincsen. Vér fajsúlya 1052, refractiója 1·3482.

A kísérletet december 17.-én befejeztük, mert a beteg másnap delirált, majd öntudatlan lett.

Vizelet napi mennyisége 1600 cm³; fajsúlya 1009; alkáliás; fehérje (Esbach sz.) 9‰; vér nincs. Az üledékben kevés hyalin henger.

Exitus a fokozatosan beállott uraemiás görcsök következtében december 25.-én. Sectio: nephritis parench. chron. Patkóvese.

A mint a kórtörténeti kivonatból is láthatjuk, a beteget már a N-retentio határozott tüneteivel szállították be a klinikára.

A konyhasó kiválasztása teljesen kielégítő volt, a diureticum adása után azonban nem fokozódott.

A mi a N kiválasztását illeti, az a kísérlet alatt a tejdiatának megfelelő volt, de a régebben visszatartott N-t a vese nem tudta kiválasztani, bár a santheose a N kiválasztását itt is fokozta valamennyire.

A mi a N ‰-os eloszlását illeti, arról a következőket mondhatjuk:

Ha L. J.-né második kísérletét és ezt nézzük, akkor feltűnik az, hogy az ammonia relativ és absolut mennyiségben is mindkét esetben megszorodott. A két eset azonban annyiban is hasonlít egymáshoz, hogy míg az utóbbi kifejezett uraemia volt, az előbbiben is mutatkoztak intoxicációs tünetek.

Noorden¹³ azt mondja, hogy ha a kiválasztott H₃N 8—10‰-nál több, akkor annak valamely különös oka kell, hogy legyen s ez rendszerint az organikus savak felszaporodása a vizeletben. Ha azonban tekintetbe vesszük, hogy mind a két esetben hányás és hasmenés is szerepelt s mind a két beteg testsúlyából veszített is, a mit ezekben az esetekben diuresissel nem lehet megmagyarázni, viszont szem előtt tartjuk azt, hogy a vesegyulladás és az uraemia nem nagy acidosisal járó megbetegedések, akkor mindenesetre közelfekvő Noorden-nek az a felfogása, hogy a felszaporodott ammonia nem az uraemia, hanem inkább az inanitiós állapot rovására irandó. Megjegyzendő azonban, hogy inanitió mindig van uraemiás esetekben, mert hiszen a beteg hiányos

VIII. táblázat.

J. B. 34 éves. Nephritis parenchymatosa chronica. Insuff. bicuspidalis.

Mehalt 1911 december 25-én.

Datum	Vizelet- mennyi- ség 24 ó.	Bevitt folyadék tejl	Testsúly	Fajsúly	Reactio	Fehérje % Esbach sz. 0/00	Összes N	Ureum N	Húgysav N	Creatinin N	Ammonia N	NaCl	Megjegyzés
Decz. 12	1500	2000	73.70	1008	alkal.	9	8.778	6.098	0.128	0.531	1.487	6.532	
" 13	1420	1900		1009	"	9	8.787	6.475	0.115	0.528	1.187	—	
" 14	1690	1800		1009	"	10	10.363	8.432	0.133	0.572	1.005	—	3-szor 1 gr. santheose
" 15	1440	2000		1011	"	11	9.233	6.564	0.142	0.471	1.605	6.742	4-szer 1 " "
" 16	1400	2100		1009	"	15	9.061	6.879	0.133	0.458	1.469	6.236	" 1 " "
" 17	1600	1500	68.25	1008	"	10	10.259	7.005	0.152	0.554	2.392	6.944	" 1 " "
								%	%	%	%		
Decz. 12								69.47	1.45	6.05	16.94		
" 13								73.69	1.31	6.01	12.94		
" 14								81.36	1.28	5.52	9.7		
" 15								71.09	1.54	5.1	17.38		
" 16								75.92	1.47	5.05	16.21		
" 17								68.28	1.48	5.3	23.32		

táplálkozásához még a hányás is odaszegődik és fokozza kimerülését. Miután tehát az éhezési állapot rendes társtünete az uraemiának, vagy talán még inkább úgy mondhatjuk, az uraemiás állapotot elősegítő, tehát azt mindig megelőző tényező, azért azt hiszem az ammonia felszaporodása a vesegyulladásos betegek vizeletében mindig *előjele* lesz az uraemiának.

Ha most még egyszer áttekintjük a kísérleteket, a következőkben foglalhatjuk össze eredményeinket:

A theobromin- és theocin-csoport vizelethajtói nemcsak a víz kiválasztását, de N-retentio esetén a N kiválasztását is elősegítik könnyebb vesegyulladásos esetekben s így az összes N-tartalmú bomlástermékek kiválasztására egyformán és arányosan hatnak. Lehetséges azonban, hogy a diureticum az összes N kiválasztását nem fokozza, hanem csak az egyik N-tartalmú bomlástermék kiürítését indítja meg jobban, s így csak a N eloszlásában okoz változást (l. III. táblázat, kreatinin).

Tehát ezek a vizelethajtó szerek úgy a N-kiválasztás abszolút mennyiségét, mint a N-tartalmú bomlástermékek százalékos arányát a vizeletben jó irányban befolyásolhatják.

A kiválasztott NaCl-ról is tudjuk, hogy e gyógyszerek hatására jelentékenyen megszorodik. Kivételt itt csak az egészen súlyos esetek tesznek. Ezt igazolják kísérleteink is.

Ha ezeket megfontoljuk, akkor gyakorlati szempontból arra a conclusióra kell jutnunk, hogy vesegyulladásos esetekben, a megbetegedés legelső szakaszában, még akkor is, ha vízkóráság nincsen, diureticumot adjunk, hogy ezzel a retentióknak esetleg elejét vegyük. Ezt annál is inkább tehetjük, mert tudjuk, hogy ezeknek a vizelethajtóknak káros hatásuk a vesére nincsen. Erre vonatkozólag még csak annyit, hogy czélszerű mindjárt eleinte nagy adagokat adni.

Végül az uraemiás esetekben százalékosan és abszolút mennyiségben megszorodott H_2N -t az éhezési állapot következményének tekinthetjük, úgy mint azt *Noorden* teszi. Mint mondtuk azonban, az uraemia előjelének tekinthetjük vesegyulladás eseteiben annyiban, hogy az uraemia mindig inanitiós állapottal jár, sőt ez utóbbi az uraemiát rendszeren meg is előzi. Ugy látszik, e mellett szól a VI. és VII. kísérlet is, hol a rossz táplálkozás és hányás miatt hamar éhezési állapot fejlődött ki, az ammonia a vizeletben fokozatosan megszorodott, bár az uraemia súlyos tünetei (eszméletlenség, görcsök) ekkor nem voltak észlelhetők.

Tekintve azt, hogy oedemás emberben a felszívódási viszonyok mindenesetre rosszabbak s hogy általában az a tapasztalatunk, hogy egyenesen a vérpályába adott gyógyszerek gyorsabban és intenzívebben hatnak, mint ha a gyomron keresztül adjuk őket (pl. cardiacumok: digalen, strophantin), megkísérletem a diureticumok intravenás alkalmazását. Természetesen a legjobban oldódó vegyületekkel végeztem kísérleteimet.

Használtam 1. theobromin-natrio-salicylicumot (diuretin) 5%-os oldat alakjában. Ez azonban csak melegben oldódik

ennyire, de minthogy sterilizálás után adtam az injectiókat, az oldat mindig meleg volt és így az oldhatósággal nem volt baj. A dosis 3-szor napjában 1 gr., vagyis 20 cm³ volt. A második szer, melylyel kísérleteztem, a theocin-natrioaceticum. Ez annyiban előnyösebb, hogy adagja kisebb, tehát nem kell olyan koncentrált oldatot alkalmazni. 3%-os oldatot használtam, ez hidegben is oldatban marad. Az adás módja 3-szor napjában 0.30 gr., vagyis 10 cm³; vagy kétszer napjában 0.45 gr., vagyis 15 cm³ volt. Az említett két szert 6 esetben alkalmaztam eddig, még pedig két esetben diuretin és négy esetben theocin-natrioaceticumot.

A mi a therapia technikáját illeti, egyik esetben sem volt nehézség. Még nőknél is, kiknek vékony vénák vannak, egészen jól adható az injectio, melyet rendszeren a könyök-árok valamely vénájába adok, alkohol-sublimatos desinfectio után. Az injectio napokon keresztül délelőtt az egyik, délután a másik karon megismételhető. A betegnek sem subjectív, sem objectív kellemetlenséget nem okozott az injectio. Hőemelkedést vagy lényeges pulusszaporodást egy esetben sem észleltem.

Eseteimből egyelőre csak háromról számolok be részletesen, ez irányú kísérleteimet különben is folytatom.

1. M. J. 50 éves molnárség; nephritis par. chron. 7 hónapja beteg; felvettük 1912 március 16.-án. Szív, tüdő ép. Nagy oedema. A vizelet savi, fajsúlya 1022; fehérje (*Esbach* szerint) 49₀₀, üledékben kevés szemcsés henger.

Datum	Vizelet- mennyis.	Bevitt folyadék	Testsúly kg.	J e g y z e t
Márczius 18	1300	1600	97.40	—
Márczius 19	1800	1800	97.70	3-szor 1.0 gr. diur. intrav.
Márczius 20	1400	1800	98.20	—
Márczius 21	2000	1000	99.10	3-szor 1.0 gr. diur. intrav.
Márczius 22	1200	800	98.80	—
Márczius 23	1700	1500	100.00	3-szor 1.0 gr. diur. intrav.
Márczius 24			99.60	

2. L. A.-né, 44 éves, tengerész neje. Nephritis chronica, myodegeneratio cordis. 4 hónapja beteg; felvettük 1912 május 9.-én. Közérzete meglehetősen rossz. Néhány napja majdnem teljes anuria. A vizelet fajsúlya 1020, savi; fehérje (*Esbach* szerint) 1₀₀; vér van. Az üledékben vörös és fehér vérsejtek, szemcsés és hyalin hengerek.

Datum	Vizelet- mennyis. cm ³	Bevitt folyadék	Testsúly kg.	J e g y z e t
Május 10.	30	?	59.50	Este 0.45 gr. theocin-natrioacetic. intraven.
Május 11.	1050	1150	59.40	2-szer 0.45 gr. theocin-natrioacetic. intraven.
Május 12.	1600	1400	58.70	2-szer 0.45 gr. theocin-natrioacetic. intraven.
Május 13.	2100	1450	57.20	2-szer 0.45 gr. theocin-natrioacetic. intraven.
Május 14.	1200	1100	56.80	2-szer 0.45 gr. theocin-natrioacetic. intraven.
Május 15.				Szívgyengeség miatt (myodegeneratio) cardiacumot kellett adni s így nem folytathattuk.

3. F. M. 45 éves, bérkocsis. Nephritis chronica. Cirrhosis hepatis. 4 éve beteg; felvettük 1912 márczius 27.-én.

Tüdő felett hurutos tünetek. A szívcsúcson systolés zöreje. A máj erősen megnagyobbodott, tepintható, fájdalmas. Nagy ascites és oedemák. Dyspnoë. A vizelet napi mennyisége 500 cm³; fajsúly 1022, alkaliás; fehérje (Esbach szerint) 1.75%; vér nincs. Az üledékben szemcsés és hyalin hengerek.

3 napig, márczius 27.-étől márczius 30.-áig diuretint szedett; 10:150 2 óránként 1 evőkanállal. Ezalatt diuresise semmit sem javult. Márczius 31.-én semmit sem kapott; április 1.-én kezdtük el a theocin-natrioaceticum-injectiókat.

Datum	Vizelet-mennyis.	Folyadék	Testsúly	J e g y z e t
Márczius 31.	600	1400	76.00	—
Április 1.	2600	1500	?	3-szor 0.30 gr. theocin-natrioacetic. intraven.
Április 2.	4300	1500	70.30	3-szor 0.30 gr. theocin-natrioacetic. intraven.
Április 3.	2800	1800	68.90	1-szer 0.30 gr. theocin-natrioacetic. intraven.
Április 4.	1600	1200	68.50	—

Az oedemák és az ascites április 5.-ére teljesen eltűntek, úgy-szintén a kellemetlen subjectiv tünetek is.

A mint e három esetből is láthatjuk, a hatás rögtön az injectio napján mutatkozik, és már ezért is ajánlatos súlyos oedemáknál, a hol kellemetlen subjectiv tünetek is mutatkoznak, megpróbálni.

További tapasztalataimról egyébként majd később fogok beszámolni.

Irodalom. ¹ G. Kövesi und W. Roth-Schulz: Path. und Ther. d. Niereninsufficienz bei Nephritiden. — ² v. Schröder: Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1887, 22. köt. — ³ Loewi: Ugyanott, 1905, 53. köt. — ⁴ Loewi: Wiener klin. Wochenschrift, 1907, 1. sz. — ⁵ Loewi und Neubauer: Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1908, 59. köt. — ⁶ Sobieranski: Ugyanott, 1895, 35. köt. — ⁷ H. F. Grünwald: Ugyanott, 1909, 60. köt. — ⁸ Nishi: Ugyanott, 1910, 62. köt. — ⁹ Mayer und Gottlieb: Exp. Pharmakologie, 305. l. — ¹⁰ Widal und Lemierre: Erg. d. inn. Med. u. Kinderheilkunde, 1909, IV. k. 541. l. — ¹¹ Gruber: Zeitschrift für Biologie, 1901, 42. k. 407. l. — ¹² Widal et Javat: Compt. rend. Soc. biol., 1904, 436. l. — ¹³ Folin: Pflügers Arch. Bd. XLI. 1904, 223. l. — ¹⁴ S. v. Somogyi: Zeitschrift für physiol. Chem., 1911, 71. köt. 125. l. — ¹⁵ v. Noorden: Handbuch d. Path. d. Stoffwechs. II. Aufl. I. kötet, 982. lap. — ¹⁶ v. Noorden: Ugyanott, I. kötet, 114. és 986. lap.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

W. v. Oettingen: Leitfaden der praktischen Kriegschirurgie. Dresden-Leipzig, Th. Steinkopff, 1912. 337 oldal, 109 ábra.

Ime egy jó könyv, mely minden ízében a gyakorlat emberét dicséri. Kiállítása, terjedelme a tábori helyzethez szabott. A ki egyszer centiméterrel kimért nagyságú bőröndjével hosszabban volt kötve a tábori élethez, örömmel nyúl a könyv után, melyet ha kell, hajlékony táblájánál fogva zsebébe is beszoríthat s könnyű szerrel kézbe vehet, hogy belőle rövid, de lételes formában tájékozódják a modern tábori sebészet alapelvei, valamint a bonyolult hadegészségügyi szolgálat részletei felől.

Előszavában kijelenti, hogy háború idején minden orvos a tőle telhető legjobbat tegye meg, tekintettel a hadegészségügyi szabályzatban előírt felszerelésre. Az újabb háborúk a tábori sebészekben bizonyos sémás kezelést érleltek meg a csatatér közelében. Ezt nélkülözte ő sokadmagával az orosz-japán háborúban s most könyvében ezt igyekszik rendszeresen előadni.

Könyve két részből áll. Az első részben általánosan ismerteti a különféle lövedékek által okozott sebészek formáit, lefolyását s hatását, aztán a kézi fegyverek okozta sebészeket, folytatólag szól az akna- és egyéb robbanások, égések, fagyások és a tengeri ütközetek sebesültjeiről, végül felemlíti a minden fegyver használata nélkül, egyszerűen a kezek és fogak által okozott sérüléseket. Majd a sebészi kezelést, a

sebesültek ápolását, étrendjét, szállítását tárgyalja általánosságban s külön fejezetet szentel a tábori egészségügyi taktikának. Ebben a fejezetben igen sok gyakorlati tanácsot ad, egyebek közt megtámadja azt az újabb felfogást, hogy a főköztözhelyre nem kell sebészeket állítani; *Oettingen* szerint ellenkezőleg ez állomásokat elsőrangú sebészekkel kell ellátni; továbbá szerinte a tábori kórházban még nincs szükség Röntgen-készülékre. Ebben a fejezetben hiányzik, de ez könnyen pótolható, egy a hadegészségügyi organizatiót feltüntető vázlatos táblázat, mert előszavát egész helyesen kezdi avval, hogy háború idején a haza hívására minden orvos, még a bőr- és ideggyógyász is, zászló alá lép, már pedig azok édes-keveset tájékozódottak a hadegészségügyi intézetek sorrendje és elhelyezése iránt.

A második rész magában foglalja a különböző-testrészek löttsebeinek keletkezését, lefolyását, jóslatát és kezelését külön-külön az első vonalú csapatköztözhelyeken, majd a főköztözhelyeken s végül a tábori kórházakban, minden fejezetben kiterjeszkedve a sebesültszállításra és a következményes állapotokra.

Ebbe a keretbe foglalja össze a szerző gondos rövidséggel s mégis kimerítően és igen szabatos előadással a tábori sebészetnek anyagát. Mutatványul kiemeljük, hogy a fegyvernemek formájáról és hatásáról írt fejezet annyira tökéletes, hogy még az aeroplan-bombák is említetnek. Helyesen jegyzi meg a burkos lövedékre (Vollmantelgeschoss), hogy a „human” jelző rá egyáltalán nem alkalmazható, kivált nagyobb közelség esetén nem, mikor a csatatéren találni halottakat a burkos lövedék által kitépett belekkel és félig leszakított koponyával. Fegyvertelen dulakodás alkalmával felemlíti a szemroncsolásokat a szemürbe szorított ujjal. A löttseb-fertőzős fejezetében dicsérettel említi az osztrák-magyar hadi kormányzóságnak azt a kezdeményezését, hogy az ujjakkal való érintését a sebnél és a szonda használatát szigorúan tiltja; de itt a célon kissé túllő, mikor az antisepticumokat teljesen elítéli; a carbol, sublimat, jodoform mint erős mérgek mellőzendők. A ma mindenhatónak tartott jodtincturának nem adja meg a kellő elismerést, az alkoholpárákötéseket pedig nem is említi. Csakis a *Credé*-féle collargólnak hódol meg, mint egyetlen antisepticumnak, mely a hadi sebészetben az ő mastisolával biztosított asepsist támogatni hivatott. Az asepsis fejezetében egy új fogalmat honosít meg, t. i. a bacteriumok lezárását (Arretierung) mastissal. Ez eljárás, ha nem is ily kifejezés kíséretében, már régtől fogva otthonos a sebészetben. Tulajdonképp a híres bajor tábori sebésztől, *Port* dr. tábornok-orvostól származik az eszme, ki e célra 1884-ben a colloidiomot ajánlotta, később jött *Döderlein* dr.-tól a gaudanin (1905), *Wederhake* dr.-tól a dermagumit és *Klapp* és *Dönitz* dr.-októl a chirosoter; én is „Újabb sebkezelési elvek és azok alkalmazása a magánygyakorlatban” című, a vidéki orvosoknak írt rövid utasításomban ily gondolattal ajánlottam már 1892-ben a jodoform-aetherrel való ecsetelést. De hát mindezek *Oettingen* szerint nem jók. Sőt még az általa 1906-ban a *Zentralblatt für Chirurgie*-ben előírt mastix-oldatának használatától is óva int. Csakis a mastisol-bacteriumzárka jó, mely egyúttal a ragtapaszt is helyettesíteni bírja. A seb környékének sterilizésekor *Oettingen* csak a bacteriumok lezárása mellett van, természetesen mastissal, mely a ráhelyezett steril gazet vagy gyapotot odaragasztja. A köztözhelyen nem lehet kötőanyagot sterilizelni, azt oda már steril formában kell kapni. Nagyon fontos a szerző részéről az általam is folyton hangoztatott, előre kiszabott kötőanyag-egységek sürgetése. A műtői fehérmű a helyszínén sterilizendő. Szorultságból elfogadja, hogy a kötőanyagok, ha a sterilizés kivihetetlen, antisepticummal beitasanak s itt a collargol mellett a vioformgaze, a xeroformgaze, a sublimatoldatba s alkoholba áztatás is megemlíttetik. A műszerek sterilizésére a főzést, szükség esetén az általam már 1892-ben ismertetett flambage-t ajánlja, sőt a formalingózzal való sterilizációt is ismerteti. A catgutot készen kell vinni, a varróselelymet ki lehet főzni. Alapelvét így fejezi ki (97): „A hadisebészet az elhárító gyógyítás tana. Ennek első feltétele az asepsis. Ezt elérhet-

jük, vagy legalább megközelíthetjük, ha egy sebet érintetlenül hagyunk, ha a vizet az egész sebkezelésből kiküszöböljük, ha a vérzést a seb bekötése előtt csillapítjuk, ha a sepsis és nyugalmat biztosító kötéseket alkalmazunk, esetleg magasabb elhelyezéssel összekötve." Ezt minden tábori sebész aláírhatja. Az újabban elhanyagolt gipszkötést az őt megillető magas polcra helyezi. Nagyon okosan ír a kötészváltoztatásról, mely fejezetben kitűnő gyakorlati tanácsokat ad. Igen rendszeresen foglalkozik a sebesültek osztályozásával. Ajánlja a morphia használatát kivált szállítás közben és shock esetén atropinál stb.

Van a vezérfonalnak tudományos szempontból egy nagy előnye, az t. i., hogy teljesen eredeti. Eredeti, a mennyiben egészen a mastisol és collargol használatára szorítkozik *Oettingen* könyvében a sebkezelés. Alapelve kétségtelenül helyes, a mikor a sebek ellátására vonatkozólag egységes kezelést iparkodik meghonosítani és ezt a kezelést óhajtaná valamennyi hadsereg által elfogadtatni. Midőn egységes eljárást kíván, *Bergmann*-nak ismert kijelentésére támaszkodik: „Nem kívánatos, hogy a táborban a sebkezelés minden orvosnak szabadjára hagyassék, az egyéni nézetnek itt a sablon előtt háttérbe kell szorulni“, mely felfogásnak én már a budapesti hygiene-congressuson 1894-ben tartott előadásomban kifejezést adtam. Csakhogy ennek keresztülvitele nem csekély nehézségbe ütközik, minthogy a mastisol használatának eddig még a német hadseregben sem tudott *Oettingen* érvényt szerezni, a mi legkivált abban leli magyarázatát, hogy a mastisol összetételét jelen munkájában sem ismerteti és ez a titokzatosság még inkább megnehezíti az anyagnak bevonulását idegen hadseregek hadegészségügyi készletei közé, melyek anyagfelszerelése az önállólag dolgozó sebészi klinikák tapasztalatának megfelelőleg igen eltérő, már pedig a katonarvosoknak csupán az a felszerelés áll rendelkezésére, mely részökre hivatalosan előíratik és kiszolgáltattatik. De azért a szerzőnek törekvése, mint ezirányú úttörő kezdeményezés, a legnagyobb elismerést érdemli.

Egy másik rendkívül czélszerű követelése, t. i. az egységes hordágyak létesítése, minden kritikán felül áll. Csodálatos, hogy ez még mindig *pium desiderium*, miről az ideai washingtoni vöröskereszt-conferentián tartott előadásomban én is példálództam.

Nemkülönben fontos az előre kiszabott kötőanyagcsoomagok ajánlata *Oettingen* részéről. Ez már az osztrák-magyar hadseregben három mintában megvan.

A vezérfonalnak igazi eredetisége azonban a második részletben jelentkezik, melyből kiviláglik, hogy tulajdonképp ez az első tábori sebészet a szó valódi értelmében. A nagyobb tábori sebészetek, de a kisebbek is, mint pl. a *Coler*-féle gyűjteményes kiadásban megjelent *Graf*- és *Hildebrandt*-féle tábori sebészet, nem egyebek, mint a klinikai tapasztalat és gyakorlat áttünetése a táborba, megrakva *casuistikával* és *statisztikával*. Már pedig a tisztaságtól ragyogó palotákban dolgozó és szabatos munka által elkényeztetett sebészetnek a kezét, helyét és legkivált időt nélkülöző táborban semmi helye. *Oettingen* osztályoz, kötöz s csakis a továbbszállításhoz előkészítő tevékenységet enged meg, mely súlyos esetekben a koponya-, mell- és haslövészeknek az egységes hordágyon való óvatos továbbításból állhat a tábori kórházig, a sebészi tevékenység főszínhelyéig. Röviden, *Oettingen* jelen munkája tisztán a táborból nőtt ki, a táborban mozog és azt el sem hagyja; ő a sebesültet a segélynyújtás első vonalától a tábori kórházig kíséri. És *Bergmann* tanár kitűnő tanítványa szólal meg minden sorából. Különös gonddal és részletesen tárgyalja az agy löttéseit s a haslövéseket. De mindent el kell olvasni. És e vezérfonal igen gyors tájékozást nyújt az olvasónak, mert az egyes fejezetek jól áttekinthetőleg vannak tagolva. Ki kell emelni a könyvnek azt az előnyét is, hogy minden lényeges össze van foglalva és kellő rövidséggel tárgyalva, a mellett, hogy a mű egészen modern, a mivel azt akarjuk kifejezni, hogy *Oettingen* becsületesen kivette a maga részét a tábori sebészet újabb alapelveinek megteremtéséből s épp azért kiválóan hivatott is azokat közrebocsátani.

Némely helyt valósággal mesterileg ért hozzá, hogy nem sokat taglalva, mégis világosan és szemléltetőleg minden lényegest előadjon. Hozzájárul még számos vázlatos rajz, nem egy kitűnő ábra és a pompás kiállítás, hogy oly vezérfonalat nyújtson, melyet egy katonarvos sem nélkülözhet, kivált nem, ha az illető az osztrák-magyar hadseregben szolgál, mert a szerző szerint ez a mű úgy tekinthető, mint gyűjteményes leírása és gyakorlatba vétele azoknak az utasításoknak, melyek a 3 év előtt nálunk megjelent „Útmutatás a tábori sebészeti tevékenységről a csatatéren“ (*Dienstbuch 16*) című szolgálati könyvben foglaltatnak. De azonkívül e munka a béke baleseteit kezelő gyári, vasúti s más hivatalos gyakorló orvosnak is hasznos tanácsadóul szolgál.

A felhasznált irodalom jegyzéke s bő tárgymutató zárja be a vezérfonalat.
Farkas László.

Lapszemle.

Belorvostan.

Kitört veszettség esetét közli *Tonin*, a melyben dioxidiamidarsenobenzol használata után gyógyulás következett be. Az eset 13 éves leánykára vonatkozik, a kit a lábán mart meg a kutya nem nagyon erősen. A veszettségellenes védőoltásokat a 12. napon indították meg s azok folyamán kezdtek mutatkozni a veszettség tünetei, a melyek folyton fokozódván, salvarsan adására határozták el magukat és 30 centigrammot be is fecskendeztek intravenásan. Erre rázóhideg állott be, a hőmérsék emelkedett, az érverés szaporább lett és a beteg ismételtén hányt, de már nyolc óra múlva a torok- és gégegörcs csaknem teljesen megszűnt. A következő napon az általános hyperaesthesia is csökkent. A továbbiakban myelitis (felszálló hűdés) tünetei mutatkoztak, a melyek igen súlyos fokot értek ugyan el, de langyos fürdők, jodkalium, kámfor-olaj és fokozódó strychnin-adagok használata után lassanként megszűntek és az illető teljesen meggyógyult. (Kitört veszettség eseteiben a salvarsant eddig már többen használták, eredményt azonban nem tudtak elérni.) (*Policlinico*, 1912, július 14.)

Sebészet.

A hasüregnek az egyszerű cholecystectomy után való elzárásáról ír *A. Goldmann*. Az esetek nagyobb számában az epekőmegbetegedés csak az epehólyagban van meg és sokkal ritkábban találhatók kövek a choledochusban. Ezért a műtétek nagyobb részében a cholecystectomy is elegendő, a melynek elvégzése után a gyógyulás jelentékeny gyorsítása érdekében a hasüregt elzárhatjuk, a mint azt *Witzel*, *Riedel* már régebb idő óta teszi a legjobb eredménnyel. A szerző különösen két momentumot emel ki, a mely mellett a műtétnek ilyen módon való elvégzése nem jár veszélylyel. Először úgy kell ellátnunk az epehólyag helyét, hogy *secretio* a szabad hasüregbe ne történhessék, másodsor úgy kell elzárni a cysticus csontját, hogy abból epe semmiesetre se ömölhessék ki. Az első feltételnek akkor felelünk meg, ha az epehólyagot subserosusan távolítjuk el, miáltal elkerüljük a máj epeútjainak és véreinek megnyitását, melyet már csak tamponálással tudunk csillapítani. Az epehólyagnak ily módon való eltávolítása után a serosa folytatólagos varrattal a máj-ágy felett összevarratik. A cysticus elzárására vonatkozólag a szerző *Rotter* eljárását ajánlja, a mely a következő: A cysticus peritonealis borítékát felhasítja és izolálja a choledochusig, majd kettősen leköti úgy a proximalis, mint a distalis végén. Ezután a cysticust megtöri és distalis végét a proximalishoz közelítve, a kettőt összeköti, a peritoneumot pedig a cysticus felett összevarrja. Ezen eljárással a hasüreg tamponálása feleslegessé válik. Ezen methodusra elsősorban azok az esetek alkalmasak, a melyekben az epehólyag hydropsa van jelen, továbbá a melyekben az epehólyagban solitaer kő találtatott, és a melyekben a choledochus megnyitása nem indikált. A szerző, ha a műtétet a sepsisben végezheti, a hasfal összes rétegeit elzárja, ellenkező esetben csak a peri-

toneumot. Az egyszerű cholecystectomiának kb. $\frac{1}{3}$ -ában nem volt szabad a szerző eseteiben a hasfalat zárni. Ott a hol az epehólyag subserosus kifejtése nem sikerült, vagy a hol a serosa összevarrása lehetetlen, ugyancsak tamponálás szükséges, ha a cysticus ellátása és a peritoneum elzárása nem elég exact. Vérzés esetén és ha necrosis, genyesen infiltrált szövetrészek maradtak vissza, tamponálást kell alkalmaznunk. A szerző 150 egyszerű cholecystectomiás esete közül 95-ben a hasüreget zárta, 55-ben pedig tamponált. A 95 beteg közül egy halt meg erysipelasban, a has itt is teljesen rendben volt. A gyógyulás idejének megrövidítésén kívül a szerző — mint ezen eljárás előnyét — az intraperitonealis összenövések elkerülését és a has-sérvek képződésének kizárását emeli ki. (Berl. klin. Wochenschrift, 1912, 35. sz.) *Iff. Hahn Dezső dr.*

Gyermekorvoslás.

A sebészi tuberculosis sanatoriumi kezeléséről értekezik *Vulpus* tanár (Heidelberg) két, előbb megtartott előadása nyomán. Tapasztalata szerint az utóbbi időben mindinkább erősödik a szakemberek hajlandósága arra, hogy miként a tüdőgümőkórban, úgy a sebészi tuberculosisban szenvedőket is külön e célra épített és berendezett intézetekben (sanatoriumokban) ápolják és gyógyítsák. A sebészi tuberculosisnak a közkórházakban történő kezelését éppen e baj gyakorisága, de legfőképpen hosszú lefolyása nehezíti meg. A rendszeren helyhiányban szenvedő közkórházakban e betegek is lehető rövid ideig tartatnak benn s némi javulás után elbocsáttatnak; a betegség további lefolyása legtöbbször az, hogy esetleg hónapok után a beteg rosszabb állapotban keresi fel a kórházat, mint előbb, majd a dolog ismétlődik, míg a resectio vagy amputatio szüksége áll elő, hacsak közben általános tuberculosis, gümős agyhártyagyulladás vagy tüdőgümőkór nem pusztítja el a beteget. A sebészi gümőkór gyakoriságára vonatkozólag érdekes statisztikai adatokat gyűjtöttek össze Németországban, midőn az ország nyomorékjait számolták meg; ez alkalommal kitűnt, hogy 100.000 14 évem aluli nyomorék gyermek közül 15—20.000 csont- vagy ízületi gümőkórnak köszöni nyomorék voltát. A csont- és ízületi gümőkórnak modern kezelése csak sanatoriumban lehetséges, az otthoni kezelés ellen, ennek nehézségén kívül, az infectio lehetősége is szól. Ily sanatoriumként elsősorban említi meg *Berck-sur-Mer*-t és *Leysin*-t, az első helyen a tengeri klíma és a nagyobb sebészi műtétek lehető elkerülése melletti orthopaediás kezelés fejti ki áldásos hatását, míg az utóbbi helyen csaknem kizárólag a heliotherapiát alkalmazzák. A Németországban felállított ily specialis irányú sanatóriumok a következők: *Hochen-Lychen*-ben a *Hoffa* által alapított, a hamburgi gyermekek részére a *Cuxhaven* melletti *Sahlenburg*-ban épített és a *Norderney*-ben levő hasonló célú sanatorium hozzáépített része. De nemcsak ily helyen állíthatók fel a sebészi gümőkórban szenvedők részére sanatóriumok, de egyebütt is, hol szabad, egészséges fekvésű vidék van, lehetőleg egy nagyobb város közelében. Kétségtelen előnnyel bírnak a magaslati helyek, a tengerpart s a sósfürdők. A sanatorium berendezésénél kívánatos valamennyi számításba kerülő gyógytényezőt fölhasználni. Ezek közül elsőnek a sebészetet tartja a szerző, mert bármily érdekes is, hogy kizárólag physicalis gyógy mód hatására (napkúra használata) csont-sequesterek távoznak el, mégis anyagi szempontból is károsnak tartja azt, hogy e célból hónapokig kell a betegnek várni, míg egy ártalmatlan műtéttel sokkal hamarabb érünk célra. Műtőteremre okvetlen van szükség. Az orthopaediás kezeléssel kapcsolatban gipszkötésekre, fekvő-lemezre, orthopaediás készülékekre van szükség, tehát gipszelő-teremről és orthopaediás műhelyről is kell gondoskodni. Igen fontos a szabad levegőn való fekvő-kúra, e miatt szükségesek a tágas, világos, lehetőleg földött fekvőcsarnokok. A fénykezelés mai nap a legfontosabb szereppel bír, e célból elsősorban a természetes napfény alkalmazása óhajtható, mit a fekvőcsarnokok segítségével érünk el. De minthogy már a magaslati he-

lyeken is csak korlátolt számúak a napfényes napok, annál inkább kell a napfény mesterséges pótlásáról gondoskodni a síkon elhelyezett sanatóriumokban. Erre a célra szolgál az ívlámpa fénye, de sokkal fokozottabb mérvben az ibolyántúli fény, mit a quarzlámpa segítségével igen erős intenzitásban tudunk előállítani. Ez utóbbi annál is fontosabb dolog, mert tudjuk, hogy a magaslati helyeken a napfény intenzív hatása éppen az ibolyántúli sugaraknak tulajdonítandó, a mely sugarak azután az atmosphaerán való áthaladásuk közben jórészt elvesznek. E vegyi hatású sugarak okozzák a bőr sötét pigmentációját s ezen pigmentfölrakodásban nemcsak a test védelmi eszközét kell látnunk a túlságosan intenzív sugarak ellen, hanem egy vegyi folyamatot is, melynek lényege a fényenergiának a pigment segítségével történő, egyelőre még ismeretlen, más energiává való alakulása. Azon betegek ugyanis, kik leghamarabb és legintenzívebben barnulnak meg a napfény hatására, a legrövidebb idő alatt a legjobb gyógyulási eredményt is mutatják. Ezért nagyfontosságú a mesterséges ibolyántúli fény alkalmazása, mely után a bőr hasonló elváltozásokat mutat, mint a magaslati helyek napfényének hatása után. A Röntgen-sugarak hasonlóképpen fölhasználhatóak, nemcsak diagnostikai, de therapiai célokra is. A sanatóriumnak tehát úgy a természetes, mint a mesterséges fénysugározásra való berendezésekkel kell bírni. További fontos tényezőnek tartja a szerző a sós víz alkalmazását és e célból megfelelő fürdőberendezések, inhalációs kamarák stb. szükségesek. Végül fontos az egyszerű táplálás s a gyógyszeres kezelés, melyet illetőleg szerző különösen ajánlja a jó adagolását. A cikk végén *Vulpus* a Heidelberg melletti *Rappenau* sósfürdőben általa létesített sanatóriumot írja le, mely mindezen előbb leírt gyógytényezőkkel rendelkezik. A sanatorium körtermei dél felé nyíló nagy ablakkal és 120 ágygyal bírnak (felntettek és gyermekek részére). Az épület jobb oldalán vannak a fekvőcsarnokok és terraszok, ezek alatt a fürdők, fényfürdők és beléggző kamarák. A műtőterem és orthopaediás kezelésre szolgáló helyiségek a főépület földszintjén vannak. A sanatorium célja, hogy a fölvetett betegekben kombinált kezeléssel kívül az újabb alkalmazásba jutó gyógymódokat is tudományosan tanulmányozza, miután e téren csaknem tisztán a tapasztalat vezet s a tudományos vizsgálatok és ismeretek még nagyon gyérek. A szerző reményli, hogy a természetan, élettan, bakteriologia művelőinek és a klinikusnak együttes munkálkodása még igen értékes eredményeket fog megérlelni. (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, 28. sz.) *Koós dr.*

Bőrkórtan.

A terhességi dermatosisok serumkezeléséhez nyújt adatot *Fr. Veiel* (Cannstatt). Régi tapasztalat, hogy a terhesség folyamán a bőr hajlamossá válik különböző megbetegedésekre. A külső kezelés ilyenkor rendszerint kevés eredménnyel jár, főként ha a baj nem könnyű természetű (eczema vagy urticariaszerű), hanem lázzal kapcsolatos, pustulás, hólyagos bántalom képében jelentkezik. A bekövetkezett szülés azonban rendszerint spontán véget vet a bajnak. A súlyosabb hólyagos jellegű bőrbántalmak akárhányszor pemphigust utánoznak és nem egyszer halált is okoznak. Nagy érdeklődést keltett ezért nemrégiben *Mayer*-nek és *Linsler*-nek az a közlése, melyben ők arról a jó eredményről számoltak be, melyet egy súlyos terhességi dermatosis esetében egészséges terhes nő vérsavójának befecskendezésével értek el. Szerintük ezek a terhességi bőrbajok voltaképpen terhességi toxikus bántalmak, a melyekhez a terhességi vesegyuladást, az eclampsiát és a hyperemesis gravidarumot is lehet sorolni. Fölvehető, hogy a terhesség folyamán a foetus mérgező anyagokat termel, melyek ellenében az anya szervezete ellenmérget hoz létre. Nem lehetetlen, hogy ez utóbbiak termelésének kimaradása esetén keletkezzenek a fent érintett terhességi complicatiók. E theoriát meglehetősen győnteti azonban *R. Freund*-nak az a tapasztalása, hogy a terhességi dermatosis löserumnak befecskendezésére is gyorsan gyó-

gyulhat. A szerző ismertetett esete Mayer és Linser tapasztalását látszik megerősíteni.

Az eset 36 éves, jól fejlett, különben egészséges nőre vonatkozik, a kinek súlyosabb természetű bőrbaja a 6. terhessége folyamán fejlődött ki. Kisebb viszkető természetű bőrbajai azonban már az előző terhességek egynémelyike közben voltak. A 6. terhesség alatt a magzat fejlődésével arányosan a viszketéssel kezdődő bőrbaj egyre fokozódott, úgy hogy a 8.—9. hónapban meglehetősen súlyos hólyagos jellegű kórkép fejlődött ki. Az egyre fokozódó viszketés az álmat is a legnagyobb mértékben zavarta. Mivelhogy a szokásos gyógyító eljárások nem vezettek eredményre, a szerző egészséges terhes nő vérsavójának 10 cm³-ét fecskendezte a beteg fárába. Az injectio semmiféle kellemetlenséget sem okozott s a viszketés egy napra jelentékenyen csökkent. A 2. napon azonban a szenvedés újra kezdődött. Erre a beteg a 7. napon egy újabb, nagyobb adagú (20 cm³) seruminjectiót kapott, a mire a nagy viszketés és a hólyagos eruptio már a következő napon enyhült s utóbb hamarosan megszűnt. A normalis szülés ezután a 4. napon következett be. Önként fölvetődik már most a kérdés: nem állt-e be a gyors javulás azért, mert a terhesség végére járt az idő, a mikor pedig a javulás és gyógyulás amúgy is spontán szokott beállani. A szerző ezt nem tartja valószínűnek s azt hiszi, hogy a feltűnő gyors javulást az injectio idézte elő. Meg kell még említeni, hogy a viszkető, hólyagos kiütés, mely a herpes gestationis jellegét viselte magán, a gyermekágyban még recidivált, de egészen kicsiny mértékben, úgy hogy nem volt szükség beavatkozásra. (Münchener med. Wochenschrift, 1912, 35. sz.)

Guszman.

Húgszervi betegségek.

A prostata-atrophia sebészi kezeléséről értekezik L. Süssenguth. A prostata-atrophiánál, melynek kórképe aránylag még kevésbé ismeretes, a vizeletretentio s a hólyag-incontinentia többé-kevésbé kifejezett tünetei állanak legtöbbször az előtérben. A prostata ilyenkor lényegesen kisebb, mint rendszeren; az atrophiának különböző alakjai közül a prostata senilis zsugorodása a leggyakoribb. Barth két esetet közöl, melyben a beteg mirigy kimetszése után teljes gyógyulás következett be. A szerző egy ugyanilyen, prostatictómia után gyógyult esetet ír le. A 67 éves beteg fél év óta vizelési nehézségről panaszkodott, mely néha teljes vizelesrekedésig fokozódott; néha a katheterismus is nehezen ment. A kórházban történt felvételekor a betegen ischuria paradoxa állott fenn. A hólyag mérsékelten teli, a vizelet pedig kissé cystitises volt. A prostata a végbél- s a kombinált szondavizsgálat alkalmával igen kicsinynek s keménynek, a felülete pedig egyenetlennek mutatkozott; a cystoskopia alkalmával a hólyagot trabecularisnak, a középső prostatalébenyt pedig kissé kiemelkedőnek találták. Minthogy a beteg állapota egyre rosszabbodott, műtétre került a sor.

A hólyag suprapubicus megnyitása után a kicsiny s kemény prostatát a környezetből kiemelték, a mi elég munkát adott. Egy Witzel módszere szerint ferdén bevarrt állandó kathetert a bőrseben át kifelé vezettek. A gyógyulás complicatiók nélkül, simán következett be; a beteg a vizelési nehézségektől teljesen megszabadult és a vizeletet több órán át tudta visszatartani. A prostata senilis zsugorodás képét mutatta, de a középső lebeny nem volt annyira atrophiás, mint az oldallebenyek s ezért miként egy csap, úgy emelkedett fel a hólyagnyakba. A sphincter internuson sem rostos elfajulást, sem heges zsugorodást nem találtak (Barth), de a húgycső prostatás részén azt a változást észlelték, hogy nemcsak a prostatában, hanem az ezt körülvevő szövetekben is már megkezdődött a senilis zsugorfolyamat. A kicsiny és szűk húgycső előtt a középső prostatalébeny púpszerűen nyúlt be a hólyagnyakba s nehezítette a vizelet lefolyását. Az ezáltal előidézett vizeletstagnatio következtében a hólyagnyakon a nyálkahártya ventilszerűen ráncosodott, csakúgy, mint a hogy ez hypertrophia esetén a megnagyobbodott középlebeny miatt be szokott következni.

Ebben az esetben tehát az urethra senilis zsugorodása s a prostata középlebenyének lassú atrophiája közösen idézte elő az orificium internumon a vizelési akadályt. A diagnózis szempontjából ezen esetről azt a tanulságot meríthetjük, hogy prostataatrophiára kell gondolnunk mindannyiszor, a mikor az összes panaszok a prostata betegségére utalnak, vagyis a mikor meg vannak ugyan a prostatahypertrophia összes jelei, de magát a hypertrophiát semmiféle vizsgálattal sem tudjuk megállapítani.

A prostataatrophia könnyebb esetei rendszeren tünetmentesen folynak le; a manifest tünetekkel jelentkező, előrehaladottabb esetekben azonban, akár a sphincter internus rostos elfajulása idézte elő a vizelési nehézségeket, akár pedig — miként az említett esetünkben — a mirigy maga volt a mechanikai akadály, a műtétet alig fogjuk elkerülhetni, sőt tanácsos lesz azt mielőbb elvégezni. A kimetszett sphincter internus helyett a külső záróizom fogja a hólyag záródását eszközölni. (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, 24. sz.)

Drucker.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Tussis convulsiva és bronchitis eseteiben Wilcke néha feltűnő jó eredményt látott a tinctura pulsatillae használatától. Felnőtteknek 10—20, gyermekeknek 5—10 cseppet adott többször naponként. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 33. szám, 1568. lap.)

Tachycardia némely esetében Kaufmann jó eredményt látott a physostigmin használatától. Az 1^o/₁₀₀ oldatból naponként 3-szor adott 3 cseppet (1/2 milligrammot) és lassanként 3-szor 9 cseppig emelte az adagot; e mellett digalint is használtatott. (Wiener klinische Wochenschrift, 1912, 28. sz.)

A gummikeztyűk sterilizálására Arnd és Rusca az 5^o/₁₀₀-es kénsavoldatot ajánlja. Az előzőleg folyóvízben mechanikailag megtisztított és megszáritott keztyűket 10—12 órára beleteszik a jelzett oldatba, a mi által teljesen sterilé válnak, a mint azt a bakteriologiai vizsgálatok bebizonyították. Nagy előnye ezen eljárásnak, hogy sokkal kevésbé rontja a keztyűket, mint az eddig használatos többi módszer. A szerzők még megjegyzik, hogy a jelzett oldatban való forralást is jól tűrik a keztyűk; ilyen módon nagyon rövid idő alatt lehet őket sterilizálni tenni. (Therapeutische Monatshefte, 1912, 9. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archívum, 1912, 4. füzet. Gál Félix: Vizsgálatok a virulencia problémáját illetőleg. Bogdány István: A kénesős hőmérsékesszabályozók érzékenységének kérdéséhez. Belák Sándor: A phlorizin hatása a gázcsere és a vesemunkára.

Gyógyászat, 1912, 37. szám. Udránszky László: Az orvos általános természettudományi műveltsége. Szász István: Antitoxin nélkül gyógyult újabb tetanusos megbetegedések.

Orvosok lapja, 1912, 38. szám. Chudovszky Móricz: Sebészeti esetek.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 38. szám. Torday Árpád: A zabliszt-kúra jelentősége cukros húgyárnál. „Szülészeti és nőgyógyászat” melléklet, 3. szám. Nádory Béla: A hypophysis cerebri kivonatanak alkalmazása a szülészeti körökben. Holländer Jenő: A terhes méh lövésű sérülésének esete. Györy Ilona: Betegvizsgálat a fürdőorvosi praxisban.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. Koródy Kálmán dr. tiszaujlaki községi és tiszteletbeli megyei főorvosnak a király a közegészségügy terén szerzett érdemei elismerésül a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

Kinevezés. Márkus Mór dr. sugatagi járásorvost tiszteletbeli megyei főorvossá, Szabó Samu dr. vágbesztercei körorvost tiszteletbeli járásorvossá, Springer Sándor dr.-t Bihar vármegye közkórházához alorvossá, Fugulján Katalin dr.-t és Stiegel Gyula dr.-t a kaposvári közkórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. Felter Ignác dr.-t Borosjenőn, Spitzer Jakab dr.-t Málnapatakon körorvossá választották.

A budapesti egyetem I. számú női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika augusztus havában 123 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 92 volt.

Schmid Hugó dr. emléke. A pozsonyi orvos-természettudományi egyesület mozgalma, midőn tudós tagjának és sok éven át volt elnökének emlékét megörökítendő, országos gyűjtést indított, nemcsak Pozsonyban és környékén, de az egész országban lelkes visszhangra talált. Aránylag rövid idő alatt oly tekintélyes összeg gyűlt egybe, hogy az egyesület által kiküldött emlékbizottság a napokban tartott ülésén a város egyik tehetséges szobrász-művészt, *Kühmeyer Róbert*-et meg is bízta egy művészi síremlék elkészítésével. A benyújtott és kivételre elfogadott tervezet, melyet fehér márványba farag a művész, úgy formájában, mint gondolatában igazán művészi. A felavatást a jövő év tavaszára tervezi a bizottság, mely ez úton is felhívja mindazokat, kiknél még gyűjtő-iv vagy bármily csekély gyűjtött összeg van, hogy azt október hó 15.-éig a bizottság pénztárához, *Hauer Ernő dr.-hoz okvetlenül küldjék be*, mert a gyűjtés eredményéről a jövő hó végén nyilvánosan óhajtanak beszámolni.

Megjelent. Grósz Emil: A természet újabb haladása. A *Markusovszky Lajos* egyetemi jubiláris előadások VI. sorozata.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület otológiai szakosztálya I. országos évi ülését 1912 október 12. és 13.-án tartja, hogy ily módon a vidékről feljött kartársak esetleg a Kir. Orvosegyesület október hó 14.-én tartandó nagygyűlésén is részt vehessenek. Az első ülés *október 12.-én, szombaton délután 4 órakor* lesz a Kir. Orvosegyesület nagytermében; a folytatólagos ülések helyét később határozzák meg. Szombaton este 9 órakor közös vacsora lesz az Országos Casino külön termében. Az előadások és bemutatások bejelentésének határideje október 1.; minden bejelentés vagy kérdés *Rejtő Sándor dr. (Budapest, VIII., József-körút 34. I.)* címére intézendő. Eddig a következő előadásokat jelentették be: *Fleischmann László:* A hallószerv functionalis vizsgálata. *Gyergyai Árpád:* Az orrgarat és fülkürt direkt vizsgálásával és gyógyításával elért eredményeim. *Krepuska Géza:* A hallószerv kül-erőszaki sérüléseiről. *Lichtenberg Kornél:* Az otogen koponyaüregi szövődményekről. *Pogány Ödön:* A lues szerepe a fül megbetegedéseiben. *Sugár K. Márton:* Emlékbeszéd Högyes tanárról. *Váli Ernő:* Az otogen sinus-szövődményekről. Az országos üléssel kapcsolatban a legújabb gyártmányú fül-, orr- és torokműszerekből kiállítás rendeznek.

A stomatologusok országos egyesülete szeptember 27.-én és 28.-án tartja XVI. köz- és nagygyűlését a budapesti stomatológiai klinikán (VIII., Mária-utca 52). Az első ülés 27.-én, pénteken délelőtt 10-kor lesz.

A kolozsvári önkéntes mentőegyesület jelentése az 1911. évről most jelent meg *Konrádi Dániel dr.* igazgató-főorvos összeállításában. Az egyesület az elmúlt évben 4044 esetben nyújtott első segítséget és öt mentő-tanfolyamot tartott. A működő tagok száma 186 volt (54 okleveles orvos, 8 szigorló és 124 orvostanhallgató). A jelentésből megtudjuk továbbá, hogy az új mentő-állomás felépítésének ügye is most már dűlőre jutott, még pedig medikus-internatussal lesz egybekötve az új állomás.

Meghalt. Siménfalvi Székely Ádám dr. 49 éves korában szeptember 15.-én Budapesten. — *E. Beal dr.*, a belorvostan tanára a new-yorki Polyclinic Medical School-on.

Corpus medicorum graecorum. Az Orvosi Hetilap 1909. évi folyamában ismertetés jelent meg *Téglás Gábor* tollából „A görög orvosi tudomány történeti kútfőinek legújabb tervezetéről”. Ezen nagyszabású tudományos vállalkozás a lefolyt három év alatt is nagyot haladt a maga útján. Prof. *Friedrich Ernst Kind* Lipszében most bocsátotta világra az antik orvosi tudomány 1901.—1910. évi literatúrájáról szóló több mint 100 oldalas jelentését, a melyben természetesen a „Corpus medicorum graecorum” létesítésének újabb mozzanatairól is beszámol. Főbb vonásaiban — a mennyire az orvosok összességét is érdekelheti — ismertetni óhajtjuk a széles mederben folyó munkálkodást, melyet elsősorban az tett szükségessé, hogy az antik orvosoknál a renaissance ideje óta megjelent kiadásai, melyek a lefolyt századok orvosai számára praktikus szükségleteik kielégítésére készültek, a modern szövegkritika követelményeinek többé nem feleltek meg. Igaz, hogy *Littre Hippokratés és Daremberg Oribasios* és *Ruphus* kiadásai már bizonyos haladást képviseltek e tekintetben; de *Kühlewein Hippokratés*-kiadása sem tekinthető véglegesnek, minthogy az antik tradíciókkal, melyek *Galenos*-ból volnának elsősorban megállapítandók, nem számol teljesen. Már csak ezen oknál fogva is elsősorban *Galenos*-nak a meglévő kéziratok nyomán való új kiadása elsőrendű szükséglet. Ez az óriási feladat azonban nagyon is meghaladja egy embernek, sőt egy egész akadémiának az erejét. Ezért *Heiberg* és *Diels* kezdeményezésére mindenekelőtt a kopenhágai és a berlini akadémiák szövetkeztek az említett célra. Ezeknek a megbízásából 29 német, osztrák, dán, angol, francia és olasz tudós egyesült munkával összeállította a *Catalogus codicum*ot, melynek kéziratát a berlini akadémia őrizetére bízta és a mely nemcsak a címét, de szakszerű leírását is tartalmazza az összes orvosi kéziratoknak. A latin kéziratokat tárgyzó anyagot az akadémiák máris átutalták a lipcsei orvostörténelmi intézetnek az ugyancsak tervbe vett *Medici Latini* kiadásának céljaira. A görög orvosok kéziratainak katalogusa *Diels* szerkesztése mellett már meg is jelent és az akadémiák nemzetközi szövetségének be is mutatott a *Corpus medicorum graecorum* tervezetével együtt. Az akadémiák szövetsége a tervezetet elfogadta és megengedte, hogy a Corpus az ő aegise alatt jelenjék meg. Nemsokára rá a királyi szász tudományos társulat is csatlakozott a vállalkozáshoz; továbbá csatlakozásukat bejelentették: a göttingeni, müncheni és bécsi tudományos akadémiák. Az autonóm bizottság tagjaiul delegáltattak: *Gomperz* († 1912 augusztus-

us havában), *Diels*, *Leo*, *Heiberg*, *Ilberg*, *Bywater* és *Krumbacher* (†, helyette *Crusius* választotta meg). A költségek — a B. G. Teubnerre bízott nyomtatás és előállítás árán kívül — 150.000 márkára irányoztattak elő. A munka 32 kötetben fog megjelenni és körülbelül 1927-ben fog végleg elkészülni. *Oribasios*, *Aëtios* és *Aeginai Paulos* kiadásainak előmunkálatai már a befejezéshez közel vannak. *Erhard* (Strassburg), a ki a hagiographusok kiadásával van elfoglalva, az athosi kolostorokhoz vezető utazását a corpus szolgálatára is fordította. *Mewaldt* a madridi Biblioteca nacionalban és az Escorialban lévő Augustinus-kolostorban több mint ezer prismakészülék-felvételt készített már el görög, latin és arab kéziratokból. Az elmondottakból eléggé kitűnik, hogy milyen nagyszabású munkásság folyik Európaszerte a régi orvosi kútfők pontos rekonstrukciója érdekében s hogy mily nagy és értékes anyag fog belőle kikerülni az orvosi tudománynak és a kultúrának egyaránt hasznára.

Győry Tibor dr.

Tüdővész Győrmegyében, a sokoróaljai járásban. *Kovács Sándor dr.* nagy gyakorlati érzékre és a fontos ügy iránti lelkesedésre valló füzetet bocsátott ki, a melyen vörös fonalként húzódik végig a gondolat, hogy a gümőkór terjedése ellen nem a fényes népszanatoriumokkal lehet küzdeni — noha jelentőségük a betegek gyógyítása szempontjából nem tagadható —, hanem a nép műveltségének fokozásával, az iskolák szaporításával, a nép lakásviszonyainak és táplálkozásának javításával, népfürdők létesítésével, a pálinkaivás kiirtásával. Nagyon helyesen jegyzi meg, hogy az orvosok nagy részében nincsen meg az idealismusként az a foka, a mely nem elégszik meg a gyógyító beavatkozás szűk keretével, hanem igyekszik beoltani a népbe a legszükségesebb hygienés ismereteket, a melyek nélkül sikeres védekezés a gümőkór ellen nincsen. A járásabeli egészségügyi viszonyok ismertetésével jól van megokolva az az állítása, hogy „a bureau-beli akták intézése mellett tanulságos az élet nagy irodájának élő, érző aktáinak a tanulmányozása”. Bárcsak megsokasodnának hazánkban azok, a kik hasonló lelkesedéssel és józan felfogással állanak a gümőkór elleni küzdelem szolgálatába!

Epilepsia elleni nemzetközi liga. Ezen egyesület harmadik ülése szeptember 6. és 7.-én folyt le Zürichben *Donath Gyula* egyetemi tanár elnöklété alatt. Az északamerikai Egyesült-Államok kormánya, az American Association és az orosz kormány részéről, mely országok igen élénk érdeklődést tanúsítanak az epilepsia-kérdés iránt, képviselők jelentek meg, úgyszintén jelen volt számos ideg-, elmegyógyász és sebész Svájcából, Németországból, Franciaországból, Magyarországból, Hollandiából, Dániából és Bulgáriából. Napirenden állottak elsősorban a „konyhaszegény diaeta az epilepsia kezelésében” és az „alkohol-epilepsia”. A konyhaszegény diéta *A. Ulrich* (Zürich), *Donath* tanár és *Bálint Rezső* m.-tanár referált. *Ulrich* táblázatokon és a zürichi epilepsziás intézet ápoltságain mutatja be azokat a szép eredményeket, melyeket a konyhaszegény táplálásnak általa gyakorolt methodusával (1.0 gr. bromnatriumot, 0.1 gr. konyhasót és aromás növényi extractumokat tartalmazó, nagyon jó ízű levestel) elért. *Donath* érdekes történeti áttekintést nyújtott az epilepsia diätetikai kezelésének fejlődéséről és kimutatta, hogy az ó-görög orvostudománytól kezdve egészen a 19. század elejéig a főszűrt e kérdésben a konyhasót és fehérjeszegény diéta helyezették és hogy különösen a szigorú, sőt kizárólagos tejdiéta már 2 évszázaddal ezelőtt *Cheyne* angol orvos vetette meg az alapját. A diätetikai kezelést hátréba szorította az 1851-ben a therapiába bevezetett bromkalium, míg ismét *Richet* és *Toulouse*, úgyszintén *Bálint* a konyhaszegény diéta szerencsés kombinálta a bromnatriummal. Majd *Bálint* referált ezen kérdés mai állásáról. Az alkohol-epilepsziáról referált prof. *Tamburini* (Róma), továbbá előadást tartott erről *Afimow* (Szent Pétervár) és *Batz*; prof. *Forel* (Yverne) és prof. *Claude* (Páris) idevágó tanulságos tapasztalatairól számoltak be. A délutáni ülésen tárgyalta prof. *Kümmell* (Hamburg) és prof. *Sauerbruch* (Zürich) az epilepsia sebészi kezeléséről szóló témát (beavatkozások az agyfelületen). *Kümmell* ismertette eljárását, mely szerint a czomb fasciáját átülteti az agyfelületre, a defectus fedése céljából, miáltal kedvezőbbek a gyógyeredmények. *Sauerbruch* bemutatta a zürichi epilepsziás intézetnek általa sikeresen megoperált betegeit; ezeken corticalis laesiók voltak jelen. Előadást tartott még *Veit* (Wuhlgarten) az epilepsziás borongós állapotokról, *Weeks* (New-Yersey) az általa nagy számban összeállított, felette tanulságos epilepsziás törzsfákra és *Muskens* (Amsterdam) görbék és vetített képek bemutatásával a gerinczelen és gerinczes állatok oly reflexjelenségeiről, melyek az epilepsziás convulsiókkal kapcsolatban állanak. A tárgyalások 2. napján folytatódott a discussio az alkohol-epilepsziáról és az epilepsia sebészi kezeléséről. Itt *Donath* fejtegette, hogy epilepsziában csak akkor kerülhet műtetre a sor, ha akármilyen könnyű természetű, de körülírt kéregbántalmat lehet feltételezni és felhozta saját tapasztalatai alapján, hogy Jackson-epilepsia beállhat már kezdetől fogva is teljes eszméletlenséggel és csak a görcsrohamnak a lokalizált motorius jelenségekre való gondos megfigyelése derítheti ki a góczmegbetegedést. *Wyss* (Zürich) szép tanulmányban referált a bromtherapia farmakológiai alapjairól. *Toulouse* és *Piéron* (Páris) vizsgálták azon tényezőket, melyek az epilepsziás rohamok gyakoriságára befolyással vannak. Végül *Claude* szólt az epilepsziakutatás egy új irányáról, mely a belső secretiók zavaraira vonatkozik. *Weeks* a liga elnökévé választott. Nemzetközi bizottságok alakítására Németországban, Franciaországban és Angliában megbízást kapott *H. Claude*, *Bratz*, *Veit* és *A. Turner*. A liga évi tagsági díja 25 frankban állapított meg, melyért a tagoknak a liga lapja, az „Epilepsia” ingyen jár. Az amerikai „Association for the study of epilepsy” saját organisatiójának fentartása mellett a maga összességé-

ben belépett mint nemzeti bizottság. Pénztárossá F. W. Cremer bankár (Amsterdam) választották.

Kisebb közlések az orvostudomány köréből. A skorbutra vonatkozó kísérleti adatokat közöl Holst és Fröhlich a christianiái egyetem közegészségtani intézetéből. Hűvelyes veteményekkel vagy kenyérral való egyoldalú táplálás a tengeri malacot az emberi skorbutéhoz hasonló tünetek között betegíti meg. Az oka ennek a betegségnek nem inanitio vagy acidosis, hanem a hiánya bizonyos, még nem eléggé ismert olyan anyagoknak, a melyek bizonyos növényi tápszerekben fordulnak elő. (Zeitschrift für Hygiene, 72. kötet.) — A tuberculinnal való kezelés újból divatba kezd jönni, s azért nem érdektelen Junker figyelemztetése, hogy még az azonos kontroll-számmal kibocsátott tuberculinok sem mindig egyforma erejűek, a melyek következtében — a mint azt ő maga többször tapasztalta — kellemetlen jelenségek közzönthetnek be. Az ambulatórius kezelést tuberculinnal tehát mellőzendőnek véli. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 1273. lap.) — A fűző hatását a tüdőcsúcsok lélekzésére tanulmányozta Hirschfeld és Loewy tanárok (Berlin). Azt találták, hogy a fűző használatára a felső mellkasrészek erősebben tágulnak s azért a fűző használatát ajánlatosnak mondják mindazon paralytikus thorax-alakoknál, a melyeknél a felső tüdőrészek hiányos lélekzése miatt gümőkór fejlődésétől kell tartani. Ha azonban a tüdőcsúcsok már betegek, természetesen eltiltandó a fűző használata, mert a beteg részt lehetőleg nyugalomba kell helyezni. (Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 36. szám.) — A Simpson-féle fájdalom (naponként jelentkező, fokozódó és lassan alábbhagyó, 1—2 óráig tartó fájások a hasban és a hátban) állítólag nagyon jellegzők a méhst és méhfenék rákjára. Ujabbán Snegireff ír róluk és szintén fontosnak tartja őket, noha például méhüri myoma esetében is megvannak. Jelenlétük mindenestre ok arra, hogy a méh üregét megvizsgáljuk. (Monatsschrift für Geburtshilfe, 36. kötet, 1. füzet.) — A szív működés ritmusát vizsgálta Friberger 5—14 éves 321 iskolásgyermekek. Szabályos pulsusa csak 37,4%-nak volt; 50,4%-ban mérsékelt, 12,2%-ban pedig erősen rendetlen volt a pulsus, úgy hogy a szerző szerint a gyermekkorban a szív-arrhythmia szinte physiologiasnak mondható. (Archiv für Kinderheilkunde, 58. kötet, 1—3. füzet.) — Az appendicitis az emegógyintézetekben Briscole szerint feltűnő ritkán fordul elő; ezt abból magyarázza, hogy az emegógyintézetek ápoltak emésztésére nagy gondot fordítanak és székrekedés esetén rögtön beavatkoznak. (Brit. med. journal, 1912 július 20.)

Személyi hírek külföldről. K. Hess tanár Würzburgban elfogadta a meghívást a müncheni egyetem szemészeti tanszékére. — Az aberdeeni egyetem nőorvostani tanszékére R. G. Mc Kerron dr.-t nevezték ki, a ki eddig ugyanazon tanszék mellett „assistant professor” volt. — A müncheni egyetemen rendkívüli tanszék szerveztek az ipari egészségügy és orvosi statisztika részére s arra Kaup dr.-t nevezték ki, a ki eddig a charlottenburgi műegyetemen működött. — W. Brünings (Jena, rhino-laryngologia) és R. Müller (Kiel, közegészségtan) magántanároknak rendkívüli tanári címet adtak. — A varsói egyetem belorvostani tanszékét N. M. Bogdanow moszkvai magántanár-töltötték be.

Lapunk mai számához a „Verein für Säuglingsfürsorge Düsseldorf” orvosi továbbképző kurzusokra vonatkozó prospektus van mellékelve.

Mai számunkhoz Balla Sándor „Magnospirin Balla” című prospectusa van mellékelve.

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA

belbetegek — spec. szivbetegek és üdülők részére.

Orvosi labororium Vezető: Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika. Szövetség-utca 14—16. Telefon 90—46.

Istvánúti sanatorium és vizgyógyintézet

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

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

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

ORVOSI LABORATORIUM

Dr. MÁTRAJ GÁBOR és Dr. SAS BERNÁT Telefon 26—96. VI., Andrásy-út 38.

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

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

Tátra-Széplak magaslati gyógyhely 1010 m., vizgyógyintézet, sanatorium ideg- és Basedow-betegek részére, egész éven át nyitva. Hízlaló kúrák. Vezető orvos dr. Guhr Mihály. Tüdőbetegek fel nem vétetnek.

Dr. GÁMÁN BÉLA Diéta Intézete Volosca-Abbaziában

gyomor-bélbetegek, vesebajosok, cukorbetegség, vérszegények, lesoványodottak, lábbadozók, ideggyöngék, kimerültek részére. Diét és physik. kezelés Radiumhalatorium.

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

Ujtátrafüred magaslati gyógyhely. Egész éven át nyitva. Vizgyógyintézet. Sanatorium. — Modern kényelem, közp. fűtés, villanyvilágítás. Prospektus. Vezető orvos Dr. Szontagh Miklós.

Epileptikus betegek intézete

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

PÁLYÁZATOK.

A pozsonyi m. kir. bábaképezdében előléptetés folytán megüresedett II. tanársegédi állás október hó 1.-én betöltendő. Javadalma 1400 korona évi fizetés és első osztályú ellátás bentlakással az intézetben.

Az állásra csak a kötelező kórházi gyakorlatot eltöltött doktorok pályázhatnak. A szakmában már gyakorlatot és laboratoriumi jártasságot felmutatni tudó pályázók előnyben részesülnek. A folyamodványok szeptember hó 28.-áig hozzám nyújtandók be.

Dr. Velits Dezső, igazgató-tanár.

209/1912. eln. szám.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban a sebészfőorvosi állás megüresedvén, annak betöltésére belügyminiszter úrnak f. évi szeptember hó 7.-én kelt 139494/VII. b. számú rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom azon magyarhoni illetőségű orvos urakat, kik ezen 4800 korona fizetéssel, 1440 korona lakáspénzzel javadalmazott végleges jellegű állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883 évi I. t.-cz. 9. §-ában megkivánt, különösen a sebészet terén több évi gyakorlati és irodalmi működést kitüntető minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és a belügyminiszter úrhoz címzett folyamodványait 1912. évi október hó 5.-én déli 12 órájáig alulirothoz nyujtsák be.

Pozsony, 1912 szeptember hó 14.

Pantocsek József dr., igazgató-orvos.

757/1912.

A vezetésem alatt levő közkórházban egy megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1200 korona fizetés, lakás, fűtés és ételmezés. Magángyakorlat nincs megengedve. A kinevezés 2 évre szól, de meghosszabbítható.

Diplomás pályázó hiányában kórházi gyakorlatra utasított orvos is kinevezhető.

A folyamodványok méltóságos Makfalvy Géza úrhoz, Somogyvármegye főispánjához címelve, a kórházigazgatóhoz nyújtandók be folyó hó 29.-éig.

Kaposvár, 1912 szeptember 12.

Szigethi-Gyula Sándor dr., igazgató-főorvos.

Pályázati határidő helyesbítése. A szegedi kerületi munkásbiztosító pénztár ezennel közhírré teszi, hogy két kezelőorvosi állásra 8941/1912. szám alatt kibocsátott és az Orvosi Hetilap f. évi szeptember hó 8.-án megjelent 36. számában közzétett pályázati hirdetmény lejáratát idejéig folyó évi szeptember hó 21. napjáról folyó évi szeptember hó 30. napjának d. u. 1¹/₂ órára helyesbíti.

Szeged, 1912 szeptember 14.

Nekich Richard dr. s. k.

h. igazgató.

Pálfy Dániel s. k.

elnök.

3151/1912.

A pécsvárosi közkórház sebészeti osztályán megüresedett egy másodorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 1200 K fizetés, természetbeni lakás és I. oszt. ételmezés.

Felhívom a pályázni kívánó orvosdoktorokat, hogy az 1876. évi XVI. t.-cz.-ben előírt minősítésüket igazoló, valamint egészségi bizonyítványt felszerelt pályázati kérvényüket méltóságos Visy László dr. úrhoz, Pécs szab. kir. város főispánjához címelve, aluliroth kórház igazgatóságához legkésőbb folyó évi október hó 5.-éig nyujtsák be.

Megjegyeztetik, hogy kellő minősítésű pályázó hiánya esetén ideiglenesen kötelező kórházi évet töltő orvosgyakornok is nyerhet alkalmazást.

A kinevezendő másodorvos helyét csak felmondásától számított 4 hét letelté után hagyhatja el.

Pécs, 1912 szeptember hó 17.

Kórházigazgató.

A Kaláni Bánya- és Kohó-Részvénytársaság Ruzskabányán és Ruzskiczán lakó, a munkás-társulások kötelekbe tartozó alkalmazottainak gyógykezelését évi 2400 korona átalányösszegért vagy 2000 korona évi fizetés és természetbeni lakás ellenében hajlandó egy olyan teljes képesítéssel és kellő gyakorlattal bíró orvosnak átadni, a ki a körorvosi állás betöltése végett vagy egyébként Ruzskabányán letelepedni szándékoszik.

Az állás folyó évi október hó 1.-én okvetlen elfoglalandó. Bizonyítvánnyal felszerelt folyamodások folyó évi szeptember hó 20.-áig alulírott igazgatóságnál nyújtandók be, a hol szükség esetén a szolgálati teendőkre vonatkozó közelebbi felvilágosítással is szolgálhatnak

Kaláni Bánya- és Kohó-Részvénytársaság
Budapest, V., Nádor-utca 36, II. emelet.

6511/912.

A munkácsi állami gyermekmenhelynél lemondás folytán megüresedett másodorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 1200 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és I. oszt. ételmezés.

Felkérem azon orvosdoktorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányaik hiteles másolataival felszerelt és a belügyminister úrhoz czimzett, egy koronás bélyeggel ellátott kérvényüket hozzám f. évi október 15.-éig megküldeni sziveskedjenek.

Gyermekórházakban vagy más gyermekvédelmi intézetben szerzett gyakorlattal bírók előnyben részesülnek.

Munkács, 1912 szeptember 7.

csatári Nuszer Lajos dr., igazgató-főorvos.

102/1912. sz.

A kassai m. kir. állami babaképző-intézetnél a II. tanársegédi állás legkésőbb f. é. november 1.-én, esetleg előbb is betöltendő.

Javadalmazás: évi 1400 kor. fizetés, az intézetben természetbeni lakás, világítás, fűtés és I. oszt. teljes ellátás.

Az ezen állásra pályázók oklevelükön kívül az eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket f. évi október hó 5.-éig alulírott igazgatósághoz nyújtsák be.

Laboratoriumi munkákban jártasok, valamint a tót nyelvet bírók előnyben részesülnek.

A kassai m. kir. babaképző-intézet igazgatósága.

664/1912.

A vezetésem alatt álló közkórháznál egy segédorvosi állás 1912 október 1.-én, egy másik 1912 október 15.-én lemondás folytán megüresül, miért is azokra pályázatot hirdetek.

Az állások mindegyike 1200—1200 korona évi fizetés, ételmezés, szabad lakás, fűtés és világítás élvezetével van egybekötve. Kérvények bükki Goda Béla Győrmegegye és Győr szab. kir. város főispánjához czimezve, 1912 szeptember 25.-éig hozzám adandók be.

Győr, 1912 szeptember hó 2.-án.

Petz Lajos dr. igazgató-főorvos,
az orsz. közegészségi tanács tagja.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

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

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

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

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatása.

Kelemes izü. Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes. Állandó összetételü.



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

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

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



Joricin

avasodás ellen védett, frissen sajtolt elsőrendű ricinusolaj.

Igen kellemes izü, biztos hatású enyhe hashajtó.

Próbaüveg 30 gramm K —50
Kis üveg 50 " —60
Nagy üveg 100 " " 1—



Jogadin

avasodás ellen védett, meglepően kellemes izü

csukamájolaj.

99% elsőrendű csukamájolaj-tartalommal.

Csodás hatása közismert!

Gyenge fejlődésűeknél, vérszegényeknél az étvágyat fokozza, a testsúlyt gyarapítja, az egész szervezetet élénkíti és erősíti.

1 üveg 200 gramm ára K 1'90.



Thiorobin

10 év óta fényesen bevált ideális guajacol-készítmény, kiválóan kellemes izü, kitűnően bevált köhögés, bronchitis, tuberculosus és a légzőszervek összes megbetegedéseinél.

Cetrarin-tartalmánál fogva kitűnő étvágyjavító stomachicum.

Mind a három szer törvényesen védve van

Készítik:

Basch Ernő és Szamossy Gyula
gyógyszerészek

Budapest VIII., Rákóczi-út 25.

Kapható minden gyógyszerertárban.

Dr. PÁPAY VILMOS-féle oltó-intézet BUDAPEST, VI., Teréz-körút 31.

Pontosan szállít kitűnőnek ismert, biztos fogamzású

himlőnyirkot

bő adagolásban s a régi mérsékelt árakon. Tömeges oltásra: 8 fillér egyenként. Ugyanott beszerezhető: kitűnő hatékonyságú

diphtheria-serum

Igazgató-orvos: Dr. SZÉKELY ÁDÁM.

:: Telefon. ::

Sürgőnyczím: PÁPAY oltó-intézet.

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.

Bókay János: A gyermekkori lithiasis Magyarországon 1836 húgykő-eset alapján. 715. lap.

Heim Pál: Herpes zoster és varicella. 717. lap.

Kovács József: Közlés a budapesti kir. magy. tud.-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyetemi ny. r. tanár, udvari tanácsos.) Műtéttel eltávolított elmeszesedett falú zsákvese. 718. lap.

Ország Oszkár és Spitzstein Izidora: Az albumosementes tuberculin értékéről. 720. lap.

Farkas Ignác: Közlemény a budapesti poliklinika sebészeti osztályáról. (Főorvos: Illyés Géza dr., egyetemi magántanár.) Gonococcus-vaccinnal (arthigon) elért eredmények kankós ízületi gyulladás eseteiben. 723. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. A. Pappenheim: Atlas der menschlichen Blutzellen. — *Lapszemle. Belorvostan. Dunn:* 110 órán át tartott anuria. — *Linden:* A jodme-

thylenkék és a réz-sók hatása a gümőkőre. — *Fuld:* Hasmenés. — *O. Folin és Chester J. Farmer:* A vizelet összes nitrogén-tartalmának meghatározása. — *Sebészet. Zeller:* A rákos megbetegedéseknek gyógyítása kovasavval és arsenes pastával. — *Schmieden:* A Basedow-betegséggel egyidejűleg beálló béltünetek. — *Szülészeti és nőorvostan. R. Jolly:* A túlkövér lógó hasfalak műtétje. — *Wanner:* A klimakteriumos és praeklimakteriumos vérzések és hypersecretiók kezelése. — *Hügszervi betegségek. G. Boter:* A patkővese kórtana és sebészete. — *Venerás betegségek. G. Güth:* A prostituáltak mikroszkopos gonorrhoea-vizsgálata a berlini erkölcsrendőrség gyakorlatában. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Hauptmann:* Luminal. — *Koch:* Osteomalacia. — *Stadler:* Légzéshűdés. — *Cornot és Baufle:* Paroxysmusos tachycardia. 726–728. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Budapesti orvosi ujság. — Orvosok lapja. 728. lap.

Vegyes hírek. 728–729. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gyermekkori lithiasis Magyarországon 1836 húgykő-eset alapján.*

Irta: **Bókay János** dr. udvari tanácsos, egyet. ny. r. tanár, a „Stefánia“-gyermekgyógyászati osztály igazgatója.

Régi tapasztalat, hogy a gyermekkori húgykővek elterjedése egyenetlen. Vannak gyermekkori húgykővekben gazdag országok és vidékek, s vannak földterületek, a hol az infantilis lithiasis úgyszólván ismeretlen kórkép. Míg pl. Svájcban egyáltalában nem látnak húgykőben beteg gyermekeket, addig Oroszország centralis részében, a Volga mentén, és hazánkban, Magyarhonban, a húgykővek sűrűn fordulnak elő.

Jelen munkálatom célja a gyermekkori húgykőbetegségnek még mindig homályos kóroktanát adataim alapján megvilágítani. Ugyanezen tárgyról 1894-ben, a VIII. nemzetközi közegészségi és demographiai congressuson, a gyermek-egészségügyi szakosztályban, 1621 összegyűjtött magyarországi gyermekkori köveset kapcsán már tettem közlést. Mai közlésemben eseteim száma, melyekből adataimat merítem, 1836-ra növekedett; ezekből 667 a budapesti „Stefánia“-gyermekgyógyászati osztályból származik, 1169 pedig azon országos gyűjtésből, a melyet még 1894-ben végeztem; jelen cik-
kem mintegy kiegészítése 1894.-i munkálatomnak.

* * *

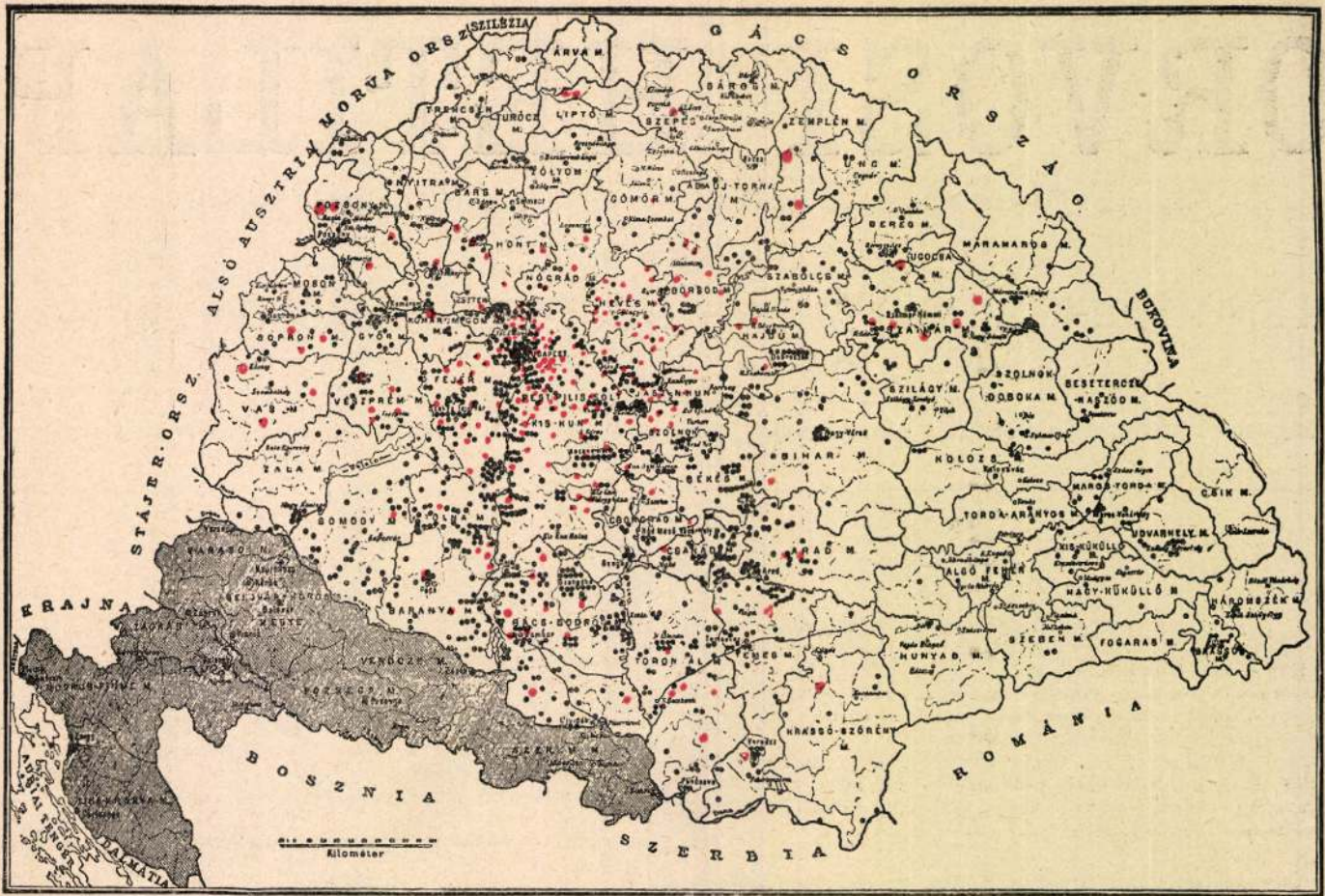
Az általam összegyűjtött 1836 gyermekkori köveset Magyarországon adataim alapján az egyes megyékben a következő elosztódást mutatta (lásd a mellékelt térképet):¹

* Minden jog fentartva.

¹ A mellékelt térképen a fekete pontok az 1894-ig általam összeállított magyarországi húgykőveket érzékelik, a vörös pontok pedig az 1894-től a mai napig észlelt köveseteimet.

Abauj-Torna	4	Mármaros	15
Alsó-Fehér	4	Maros-Torda	14
Arad	47	Moson	10
Árva	—	Nagyküüllő	2
Bács-Bodrog	150	Nógrád	21
Baranya	46	Nyitra	29
Bars	17	Pest-Pilis-Solt-Kiskún	424
Békés	42	Pozsony	18
Bereg	10	Sáros	3
Besztercze-Naszód	5	Somogy	38
Bihar	28	Sopron	12
Borsod	19	Szabolcs	12
Brassó	12	Szatmár	32
Csanád	35	Szeben	2
Csik	—	Szepes	2
Csongrád	83	Szilágy	7
Esztergom	20	Szolnok-Doboka	10
Fehér	79	Temes	52
Fogarás	1	Tolna	77
Gömör-Kis-Hont	4	Torda-Aranyos	2
Győr	21	Torontál	77
Hajdu	19	Trencsén	8
Háromszék	2	Turóc	—
Heves	30	Udvarhely	10
Hont	6	Ugocsa	1
Hunyad	3	Ung	4
Jász-Nagykún-Szolnok	80	Vas	9
Kis-Küüllő	5	Veszprém	28
Kolozs	5	Zala	14
Komárom	92	Zemplén	16
Krassó-Szörény	10	Zólyom	6
Liptó	2		

Ezen átnézetből és a mellékelt térképből kitetszik, hogy hazánkban a gyermekkori lithiasist illetőleg a legerősebben terhelt megyék: Pest-Kiskún (424), Bács-Bodrog (150), Komárom (92), Csongrád (83), Jász-Nagykún-Szolnok (80),



Fehér (79), Tolna (77), Torontál (77), Temes (52), Arad (47), Baranya (46), Békés (42), Somogy (38), Csanád (35). Ezen 14 megyében összesen 1322 eset fordult elő, vagyis összes magyarhoni gyermekkori húgykőeseteinknek majdnem 70%-a.

Magyarország 63 megyéje közül egyetlen egy eset sem jutott tudomásomra három megyéből: Arva, Csík és Turóczból és statisztikámban, mint fent láttuk, egy-két esettel szerepel összesen 7 megye: Fogaras, Háromszék, Liptó, Nagy-Küküllő, Szeben, Szepes és Ugocsa.

1836 esetet kitevő összeállításom tehát azt mutatja, és ezt már 1894-ben is hangsúlyoztam, hogy különösen a Duna- és Tisza-melléki vidéken fordultak elő feltűnően a gyermekkori kőesetek, míg a felvidéken és Erdély hegyes vidékén a lithiasis a gyermekkorban hazánkban, úgy látszik, a ritkább kőesetek közé tartozik.

A kort illetőleg 1836 kőesetünket a következőleg osztályozhatjuk:

1. év	45 eset	9. év	90 eset
2. "	150 "	10. "	60 "
3. "	261 "	11. "	58 "
4. "	270 "	12. "	79 "
5. "	215 "	13. "	39 "
6. "	207 "	14. "	39 "
7. "	161 "	15. "	56 "
8. "	106 "		

Ezen táblázatból kiténik, hogy a gyermekkori kőesetek zöme Magyarországon a 2-7. életévre esett, a legtöbb eset pedig 3-4 éves gyermekekre vonatkozott.

Az első évet illető 45 eset az első életév különböző szakaira a következőleg oszlott szét:

2 1/2 hónapos . . .	1 eset
3 "	1 "
5 "	3 "
6 "	6 "
8 "	4 "
9 "	4 "
12 "	26 "

A legkisebb életkor tehát, a melyben húgykő jelenléte hazánkban konstatálva lett, a 3. élethó volt. (Az eset a vezetésem alatt álló kórházban észleltetett.)

Az 1836 gyermekkori lithiasis-eset között 1319 hólyagkő, 9 vesekő és 508 húgycsőkö fordult elő, vagyis oly calculus, mely kicsinységénél fogva a hólyagból a húgycsőbe került s a húgycsővön keresztül spontán távozott vagy onnan mülegesen távolított el. Azon nézetnek megfelelőleg, hogy a gyermekkori húgykőképződés eredete összefüggésben áll az újszülöttek vese-infarctusával (Bókay sen., Ultzmann, Senator, Zuckerkandl stb.) s a kőképződés alapja már az első életnapokban lesz megvetve, valószínűnek látszik az, hogy a kisebb kövek átlagosan a fiatalabb életkorra esnek, mint a nagyobb húgykövek. E kérdést illetőleg 133, a budapesti „Stefánia“-gyermekkórházban észlelt húgycsőkö-esetünkről a következő életkorokat jegyezhetjük ide:

1. év	11 eset	8. év	8 eset
2. "	27 "	9. "	3 "
3. "	24 "	10. "	1 "
4. "	18 "	11. "	4 "
5. "	10 "	12. "	2 "
6. "	13 "	13. "	2 "
7. "	9 "	14. "	1 "

A húgycsőkö-esetek zöme tehát összegyűjtött kórházi anyagomban az első három életévben került észlelés alá (133 eset között 62 gyermekben), feltűnő azonban, hogy húgycsőkö-esetek még a kilencedik éven túl is 10 esetben fordultak elő kórházi beteganyagunkban. A 13. évre eső 2 húgycsőkö súlya 12, illetőleg 35 centigramm volt, a 12. évre eső 2 húgycsőkö súlya 8 és 25 cgr., a 11. életévre eső 2 húgycsőköé 10 és 42 cgr., a 9. évre eső 2 húgycsőköé pedig 30 és 45 cgr. Azon körülmény, hogy a húgycsőkö-esetek még a gyermekkor második felében is előfordulnak, bár kétségtelenül gyér számmal, nézetem szerint azt látszik bizonyítani, a mit különben Ultzmann is concedált, hogy a gyermekkori húgykő-esetek fejlődésének legelső kezdete nem minden esetben hozható direct összefüggésbe az újszülöttek vese-

infarctusával, tehát az úgynevezett primaer kőképződés alapja nem minden esetben a legzsengőbb gyermekkorban vetetik meg, mert alig képzelhető el, hogy egy concrementum, melynek magvát az újszülött vese-infarctusa alkotja, 11–12, illetőleg 13 év alatt a vesemedenczében, illetőleg a hólyagban 8, 10, illetőleg 12 centigrammnál súlyosabbra, tehát nagyobbra ne növekedett volna. Mindezt már 1894. évi cikkemben megírtam.

A nemet illetőleg 1836 esetünk között összesen 72 esetben észleltük a lithiasist leánygyermekben, tehát az összes eseteknek alig négy százalékában. Az 1836 eset között észlelt 72 leánygyermek életkora a következő volt:

6 hónapos	1 leány	8 éves	6 leány
1 éves	2 "	9 "	4 "
2 "	1 "	10 "	2 "
3 "	11 "	11 "	6 "
4 "	9 "	12 "	1 "
5 "	7 "	13 "	1 "
6 "	9 "	14 "	1 "
7 "	11 "		

A legfiatalabb életkor, melyben leánygyermekben nálunk húgykő konstatáltatott, fenti táblázatunk alapján a 6. élethő, illetőleg az első életév volt. A húgykőképződés leánygyermekben hazánkban leggyakrabban a 3–7. életév között találtatott.

Hogy a húgykőfejlődés kóroktani mozzanatai között a gyermekkorban kétségtelenül szerepet játszanak a vizeletkiürítést akadályozó tényezők, erre adatokkal 1894-ben reámutattam. Ujabb adataim is igazolják, hogy a *phimosis congenita* s az *adhaesio cellularis praeputii ad glandem* határozottan kedvezően befolyásolja a gyermekkori lithiasis vesicae kifejlődését, mert azon körülmény, hogy zsidó gyermekek, tehát *circumcindált* kiskorúak a mi impozánsan nagy kóránygunkban állandóan csak igen gyér számmal szerepeltek, faji jellegnek nem vehető, mert ezzel szemben honunkban ismert tény, hogy felnőtteken a húgykőmegbetegedés izraelitákban körülbelül épp oly gyakran látható, mint keresztényekben.

667 kórházi esetem közül 646 volt keresztény fiú s csak 21 izraelita vallású, vagyis kórházi kőanyagomban az izraelita gyermekek még gyéresebb számmal (3%) kerültek észlelés alá, mint általában a leánygyermek (4%).

Ezen tapasztalattal szemben nehezen értelmezhető azon észleletem, hogy 1874 óta a mai napig a kórházban szemünk elé került 361 hypospadiasis-eset között hólyagkőmegbetegedés összesen csak egy esetben fordult elő.²

A feljegyzett 21 izraelita gyermek életkor szerint a következőleg oszlott meg:

3 éves	2 gyermek
4 "	5 "
4½ "	5 "
5 "	3 "
6 "	1 "
7 "	1 "
10 "	1 "
11 "	1 "
12 "	2 "

Fenti adataim s az azokból levont következtetések újabb tanulságokat alig rejtenek magukban, de talán mégis sikerült általuk oknyomozó tudományunk ezirányú kiegészítéséhez, bár kis mértékben, hozzájárulnom.

A gyermekkori kőképződés oka végelemzésben ma is még rejtély és magyarázata csak *suppositio*.

Zuckerlandl³ jeles munkájában idevonatkozólag a következőket írja: „Die Annahme, dass dabei der Pflege der Neuzuzurechnen ist, hat alle Berechtigung. Häufiges Baden, die

geborenen in den ersten Lebenstagen entscheidender Einfluss frühzeitige Zuführung flüssiger Nahrung (Tee, Milch), ehe die Milchsekretion der Mutter eine ausreichende ist, mag durch die Erhöhung des Blutdruckes auf die reichlichere Harnsekretion und so auf die mechanische Ausscheidung des Niereninfarktes nicht ohne Wirkung bleiben. Wird die Zirkulation weniger angeregt, so kann es sich ereignen, dass die Harnsäure in den Harnkanälchen oder im Nierenbecken stecken bleibt etc.“ — Zuckerlandl ezen suppositioja mindenesetre közelfekvő, de hogy egy oly kőgazdag országban, mint Magyarhonban, miért oly egyenetlen a földrajzi elosztódása a gyermekkori köeseteknek, holott Magyarországon a csecsemők kezdetben legalább jórészt természetesen tápláltatnak s a kisdetek ápolásában az ország egyes vidékei között feltűnőbb eltérés alig van, arra felelettel Zuckerlandl magyarázata adós marad. Jól mondja Senator,⁴ hogy: „Die Verhältnisse liegen nicht so einfach, und der Einfluss der Lebensweise und Ernährung kann nicht gleichmässig für alle Fälle als Ursache in Anspruch genommen werden.“

Hogy az öröklékenység (kődiathesisöröklés?) szerepet játszhat a gyermekkori húgykővek létrehozásában, arra már 1890-ben W. Hunt hangsúlyozottan felhívta a szakorvosok figyelmét az amerikai „Cyclopaedia of the diseases of children“ című nagy gyűjtőmunkában, és hogy a családi dispositio e téren csakugyan szereppel bír és léteznek a szó szoros értelmében vett „húgykőves családok“, mutatja Clubb egy kiváló észlelete,⁵ mely szerint egy kőbeteg atyától származó kőbeteg halász családjában három fiúbetegben volt hólyagkő. A gyermekek életkora 2, 3 és 8 év volt. Ezen családban a gyermekek 6 nagybátyja, 4 nagynénje s egy fiatal unokaöccse hasonlóképp hólyagkőben szenvedett. A három fiú mindegyikén lithotomia végeztetett.

Saját eddigi kórházi anyagomban öröklött dispositióra utaló esetet csak egyet találok, be kell azonban vallanom, hogy ily irányú feljegyzések a vezetésem alatt álló kórházban nem tétettek a multban s így ezen kérdéshez alaposan nem is szólhatok hozzá. Tekintettel arra, hogy Magyarországon a felnőttek is nagy százalékban mutatnak húgykőképződést, kívánatos volna, hogy találkozzék valaki, a ki az én 1894.-i országos gyűjtésem mintájára a felnőttekre vonatkozó húgykőeseteket is összegyűjtené. Mindenesetre érdekes és aetiológiai szempontból kiválóan értékes volna az én jelenlegi térképem mellé odaállítani azon térképet, mely érzékítené a felnőtteken észlelt húgykőesetek előfordulási gyakoriságát hazánk különböző vidékein.

Herpes zoster és varicella.

Irta: Heim Pál dr., egyetemi magántanár.

A XVI. nemzetközi orvosi congressus gyermekgyógyászati szakosztályában Bókay János¹ 9 igen érdekes megfigyeléséről számolt be, a melyek a mellett szóltak, „hogy a bárányhimlő eddig ismeretlen fertőző anyaga bizonyos körülmények között általános kivirágzás helyett zosteres eruptióban“ nyilvánulhat. 1888-ban észlelte Bókay János először, hogy egy családban, a melyben 10 nap előtt az egyik gyermekben typosos zoster thoracalis támadt, a másik gyermekben typosos bárányhimlő jelentkezett. 21 év alatt még 8 hasonló esetet észlelt Bókay János, a melyekben az elsődleges zoster-megbetegedés typosos övsömör volt, a melyet 8–20 nap után jellegző varicella követett, még pedig 3 észleletében 2, 3, illetőleg 4 bárányhimlős megbetegedéssel. Különösen ki kell emelnem az esetek közül egyet, a melyet Bókay János báró Korányi Frigyes klinikáján észlelt. 1891 október hó 29.-én zoster lumbofemoralisban szenvedő beteg vétetett fel a klinikára és november 6.-án, tehát 8 nappal a zosterkivirágzás után, egyik, idősült léptumorban szenvedő felnőtt beteg

² A négy éves fiúgyermeket 1895-ben mutatták be a kórházban calculus urethralis-szal, mely urethrotomia externával távolítottatott el.

³ Nothnagel: Spez. Pathologie und Therapie. XIX. Band, 2. Hälfte, Seite 224. Wien, 1899.

⁴ Ugyanott. XIX. Band, I. Hälfte, Seite 397.

⁵ E. Weill: Précis de médecine infantile. T. I. pag. 763. Paris, 1911.

¹ Orvosi Hetilap, 1909, 736. oldal.

varicella jelentkezett, vagyis nemcsak gyermek, de felnőtt is inficiáltatott ily zosteres beteg által. Nem akarom felsorolni *Bókay János* összes észleléseit, de konstátálom, hogy mind a 9 eset olyan, hogy a varicellás megbetegedés más forrását, mint a 8–20 nappal megelőző zoster-esetet, kimutatni nem lehetett.

Mivel *Bókay János* észleletéhez teljesen hasonlót nekem is volt alkalmam tehetni ez évben, azt hiszem, nem felesleges ezt igen röviden ismertetni, mert teljesen megerősíti e szerzőnek tapasztalatait és az ebből vont conclusiókat.

Dr. M. K.-né úrnő 1912 május 6.-án sajátos kellemtelen szűró fájdalmakat érzett a mellkas bal oldalán, és a midőn megnézte, hogy mi lehet a fájdalom oka, észrevette, hogy a bőrön számos piros folt látszik. Este láttam a beteget és tipusos herpes zoster thoracalis konstátálhattam rajta. Ez időben csak 6 éves leánykaja volt otthon, 3 éves fia a nagyanyjánál tartózkodott, de 4 nap múlva ez a gyermek is hazajött. Május 16.-án, vagyis 10 nappal az anya megbetegedése után, a kis leányon tipusos varicella fejlődött, a mely közepes intenzitású volt és maximalis 37.8° temperaturával járt. Május 22.-én, vagyis 6 nappal a leányka varicellája után és 12 nappal hazajövetele után a kis fiú is varicellában betegedett meg, de ez az eset súlyos volt. A hőmérsék napokon keresztül 39.5° felett volt, az egész test tömve volt efflorescentiákkal. Sajátos volt, hogy e kis fiún jobboldalt a hónaljban két ujnyi területen a hólyagok zosteres elrendeződést mutattak és a kis fiú e helyen fájdalomról panaszkodott. E hólyagok a többinél határozottan jóval kisebbek voltak.

Vagyis azt láthatjuk ezen esetből, hogy az anya megbetegszik május 6.-án tipusos herpes zosterben; ezen időben csakis az egyik gyermeke van otthon, ez a gyermek 10 nap múlva tipusos varicellát kap, a másik gyermek az anya megbetegedése után 4 nap múlva jön haza, azaz május 10.-én, és ez a gyermek újabb 12 nap múlva betegszik meg varicellában. Mind a két esetben a varicella forrását az anyára kell visszavezetnünk, mert a két gyermek megbetegedése között csak 6 nap múlt el, a mi a varicellánál szokatlan rövid incubatio volna, mert általában a varicella incubatioja hosszú, 14–17 nap, de 8 napnál semmi esetre sem rövidebb. Minthogy részemről ismertem *Bókay János* észleletét, ismételtén megnéztem az anya efflorescentiáit, a melyek a rendes herpes zoster képét mutatták, a közép vonalon nem terjedtek túl. Az anya herpes-eruptióját 1 nappal előbb láz előzte meg, a mely este 38.1° -ot mutatott és az eruptio napján reggel 37.2 , este 37.7° volt a hőmérsék. A második naptól kezdve normalis lett a hőmérsék. Érdekes volt, hogy az anyán a herpes-eruptio nem egy nap alatt fejlődött, hanem a 3. napon újabb foltok és hólyagcsoportok keletkeztek és az 5. nap után ismét újabbak, de mindig a régi területbe estek ezek az efflorescentiák. Kérdősködésemre elmondotta az anya, hogy gyermekkorában nem volt varicellája, dacára annak, hogy két leánytestvére átment e betegségen, a midőn ő 4 éves volt, és dacára annak, hogy nem izolálták őt beteg testvéreitől, ő nem kapta meg akkor a varicellát.

Ezen észlelet *Bókay János* 9 észlelete mellett megerősíti azon lehetőséget, „hogy a bárányhimlő eddig ismeretlen fertőző anyaga bizonyos, eddig ismeretlen körülmények között általános kivirágzás helyett övsömör-eruptióban is nyilvánulhat, a mely övsömör alak továbbfejlődés esetén tipusos bárányhimlőt hozhat létre“.

E nézet mellett szól az is, hogy, a mint *Bókay János* említi, a bárányhimlős efflorescentia akárhányszor az általános kivirágzás rendetlen szétszórtsága mellett egyes helyeken zostereszerű elrendeződést mutat, a mint az az én esetemben a kis fiún észlelhető is volt, részint tipusos zoster-esetekben is többször a bőrfelület legkülönbözőbb helyein elvéve, sőt olykor sűrűbb számmal, herpeshólyagok is láthatók.

Érdekesnek tartom felemlíteni még, hogy idén április és május hónapban Budapest II. kerületében határozott varicella-járvány mellett herpes zoster-járvány is volt észlelhető, mivel úgy kórházi, mint magángyakorlatomban aránylag

oly nagyszámú zoster-esetet észleltem, mint ilyen rövid idő alatt még sohasem. Sőt kórházunk egyik orvosa, *John* főorvos is szenvedett benne, a ki az előző hetekben több varicellás és zosteres beteget kezelte, sőt azt is észlelte, hogy a zoster-esetek egyes családokban halmozva jelentkeztek. Igaz, hogy ez esetek egyikében sem tudtam a varicella- és a herpes-eruptio közötti causalis nexust kimutatni, de a kórházi poliklinikai gyermekanyag a szegényebb nép sorából kerülvén ki, annyi gyermek és felnőtt között fordul meg, hogy ilyen kérdés tisztázására nem is alkalmas.

Közlés a budapesti kir. magy. tud.-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyetemi ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

Műtéttel eltávolított elmeszesedett falú zsákvese.

Irta: *Kovács József* dr., műtönövendék.

A húgyutakban keletkezett akadály igen gyakran hozza létre a vesemedence úgynevezett hydronephrosisos kitágulását. Ha az akadály hamarosan megszűnik, a vesemedence újra visszanyeri eredeti nagyságát, ha azonban hosszú ideig fennáll, a veseszövet a nyomás következtében sorvadni kezd s mint elvékonyodott, veseszövetet alig tartalmazó hártya vesz részt a tömlő képzésében. A folytonos feszülésnek kitett, aránylag rosszul táplált tömlőfal az idők folyamán különböző nekrobiosisos elváltozásokon megy keresztül. A kötőszövet hyalinos degenerációba esik, a vesehám elszírosodik, a vesecsövekben colloid képződik, a glomerulusok hyalinosak lesznek, a vesemedence háma elsorvad, esetleg egészen eltűnik. Ezek a degenerációs elváltozások azonban nem szoktak olyan fokot elérni, hogy a zsákvese falában mészsók rakódjanak le, pláne hogy a tömlőfal egész terjedelmében elmeszesedjék, legalább a rendelkezésemre álló kóroncolozási és sebészeti irodalomban nem találtam hasonló esetet felemlítve. Ezért tartom érdemesnek az alábbi esetet az ismertetésre.

K. M. 20 éves férfi előadja, hogy 7 éves korában szerkezelt elütötte és bal bordaív alatti táján erős zúzódást szenvedett. A sérülés után egy napig eszméletlenül feküdt s körülbelül egy évig érzett még fájdalmakat, de ezek lassan elmúltak. Lázra nem emlékszik, véres vizelete nem volt. 2 évvel a sérülés után vette észre, hogy hasában a sérülés helyén kis almányi daganat keletkezett, mely egyenletesen nőtt s körülbelül egy év alatt érte el jelenlegi nagyságát. Azóta a daganat nem nőtt, fájdalmakat nem okozott. Bejövetelekor arról panaszkodott, hogy a hasában levő nagy daganat a mozgásban gátolja s nehézlégzést okoz.

A sovány, mérsékeltén fejlett férfibeteg râtekintésre feltűnik, hogy bal mellkasfelének alsó része s a bal hypochondrium erősen elődomborodik; hátul ennek a helynek megfelelőleg a gerincoszlop jobbfelé domborodó ívben elhajlott. A bal bordaív alatt egy körülbelül emberfejnyi, veséalakot mutató, a légzési mozgásokat nem követő, tapintásra nem fájdalmas, éles határu resistencia érezhető, mely helyenként fluktuál. A többi hasi és mellkasi szervben elváltozást nem találtunk. A Röntgen-felvételen a tapintható daganatnak megfelelőleg árnyék látszik, melyen feltűnik, hogy szélei főleg egyes helyeken szokatlanul élesek.

A vizelet napi mennyisége 1000 gr., gyengén savi vegyhatású. Fajsúlya 1020. Fehérje és geny nyomokban kimutatható. A cystoskopos vizsgálatkor a jobb ureter szabad, a bal ureternyílás helyét azonban csak egy sekély vályú jelzi, melyből vizelet ürül s nem szondázható. A jobb ureterből felfogott vizelet fagyáspontja $\Delta = -0.98$; hígítás után $\Delta = -0.50$. Phloridzinre a kiválasztott cukor: 1.4% . Intramuscularisan adott indigocarmin a vizeletet az első félórán halványkékre, a másodikban sötétkékre festi. A vizelet vesealakelemeket nem tartalmaz.

Ezekből a diagnoszt baloldali vesetumorra tettük. A Röntgen-képen látszott sajátságos élesszélű árnyék némileg következtetni engedett arra, hogy a daganatban mészsók vannak lerakódva. Az érezhető fluctuatio pedig a mellett bizonyított, hogy cystával, esetleg cystásan elfajult daganattal van dolgunk.

Miután a cystoskopiai vizsgálatból meggyőződünk, hogy a jobb vese funktója kielégítő, *Dollinger* tanár 1911 november 24.-én a tumort lumbalis metszésből eltávolította.* A nyitva kezelt üreg zavartalanul telődött, úgy hogy a beteg 1912 január 24.-én fillérnyi, tisztán sarjadzó sebfelülettel hagyta el a klinikát.

A műtét közben megcsapolt tömlőből 3050 cm³ kissé zöldes-sárga, híg, gyengén zavaros folyadék ürült. A környezettel hegesen összekapaszkodott, körülbelül emberfejnyi tömlő falát 2—5 mm. vastag kérges kötőszövet alkotja, melynek belső, 1—3 mm. vastag része törékeny, nagyobb pikkelyekben leválasztható elmeszesedett rétegből áll. A cysta hátulsó alsó részén egy 1/2 ökönyi lapos kiemelkedés van. A tömlő belfelülete sima, csak az említett kiemelkedő rész belfelületén látunk néhány harántul futó vékony sötényt — a columnae Bertini maradványait —, melyek a kiemelkedő részt diónyi usque kisebb tyúktójásnyi, részben meszes, részben infehér kötőszövettel bélelt falú kisebb üregekre osztják. A veseállomány a cysta falában sehol nem ismerhető fel, csak a kiemelkedett rész szélein látszik néhány mm. vastag halvány rózsaszínű veseszövet. Az ureternek és veseereknek a helyén csak heges kötőszövetet találtunk.

A kibocsátott folyadékban mikroskop alatt csak széteső fehér véresejtek látszanak. A folyadék a fehérjereakciókat adja; húgyalkotórészeket azonban nem sikerült kimutatni, valamint cholesterint sem.

A meszes cystafal szövettani vizsgálatok kitűnik, hogy kérges, sejtszegény, kötőszövet² alkotja, mely a belső 2—3 mm. vastag rétegben magfestést egyáltalán nem fogad el s itt szemcsés mészrögökkel van inkrustálva. A már makroszkopice is felismerhető veseállomány helyén legnagyobb részben gömbsejtesen beszűrődött kötőszövetet találunk s benne csak elszórva ismerhető fel kevés veseacsatorna. A csatornák helyenként annyira szűkültek, hogy lumenük eltűnt, máshol erősen kitágultak s egynemű colloidos anyagot tartalmaznak; hámjuk mindenütt alacsony, sorvadtt. A glomerulusok hyalinosan degeneráltak. Az erek szűkek, faluk megvastagodott. Az egész kép arra emlékeztet, a mit súlyos interstitialis vese-gyulladás esetén szoktunk látni. Ezen a helyen a cysta belfelületét körülbelül 1 mm. vastag, hyalinosan degenerált kötőszöveti réteg béleli. Itt, valamint a veseszövetben is van elszórva néhány meszes rög. Vesemedenczéhám a készítmények egyik részében sem látszik.

A lerakódott mész az Ultzmann-féle bőrvizsgáló eljárással szénsavas mésznek bizonyult.

Az ú. n. traumás hydronephrosis nem tartozik éppen a nagy ritkaságok közé. *P. Wagner* 1896-ig 23 esetet gyűjtött össze az irodalomból s azóta még 18 esetet találtam feljegyezve, a hol a kifejlődött hydronephrosist a vesetájat ért trauma, legtöbbször tompa zúzódás előzte meg. A legtöbb szerző véleménye szerint a szűkületet a trauma által előidézett vérzés okozza, és pedig vagy közvetlenül úgy, hogy a vesemedenczéből vagy ureterből eredő vér eldugaszolja az uretert, vagy közvetve, mikor a periureteralis vérzés szervül, zsugorodik s ezáltal szűkíti az ureter lumenét. Valószínűleg az első esetben keletkeznek az aránylag korán kezdődő és gyorsan kifejlődő hydronephrosisek, míg a második eset okozza a lassan kifejlődő szűkület folytán csak később jelentkező hydronephrosist. Ezen utóbbi esetben a heges szűkület kifejlődésében a véralvadék szervülésén kívül fontos szerepet játszik az uretersérülés hegesedése is.

Esetünkben a hydronephrosis okaként a legnagyobb

valószínűség szerint az anamnesisben említett trauma szerepel. A súlyos trauma az uretert, esetleg a vesemedencze alsó részét zúzhatta, s ennek következtében keletkezett ott a heges szűkület. A zúzódás és vérzés által okozott szövetroncsolás meglehetősen kiterjedt lehetett, mert a vese hilusa táján kiterjedt, erős hegeszövetet találtunk s ennek kellett a veseereket is magába foglalni, mert sem a műtét alkalmával, sem a kivett tömlőn nem találtuk meg azokat.

Az ureter körüli hegeszövetnek — úgy látszik — két évre volt szüksége, míg annyira zsugorodott, hogy az okozott szűkület passagezavart idézett elő. Most még valami alkalmi oknak kellett hozzátársulni, hogy az út teljesen elzáródjék, s az eddig nyitott hydronephrosis zárttá váljék. Hogy ezt mi okozta, azt utólag kideríteni nem lehet. Szóba jöhet a táguló hydronephrosisek eseteiben gyakran előforduló, állatkísérletek alkalmával is észlelt (*Albarran*) gyakori vérzés, esetleg a heges rész felett az ureter megtört vagy megcsavarodhatott a táguló tömlő vongálása következtében. Nem lehetetlen az sem, hogy kő ékelődött be a szűkület felett, s ez később feloldódott.

Hogy a tömlő növése egy év után megállapodott, azt az okozta, hogy a veseszövet az erős feszülés miatt elvékonyodott, sorvadtt s nem vástasztott el több folyadékot. Egyes ismertett esetekben ez aránytalanul hosszabb idő alatt következett be s a tömlő is nagyobbra nőtt. Ezekben biztosan feltehető, hogy az ureter teljes elzáródása igen lassan történt, vagy végleg nem is következett be. Ilyenkor a tömlőben a nyomás nem emelkedik hirtelen nagyra, vagy ha az elzáródás valami okból intermittáló s így a hirtelen nyomásemelkedést hosszabb szünet váltja fel, akkor a veseszövet csak elvékonyodik, de később következnek be benne azok a degenerációs elváltozások, melyeket feltétlenül a hosszantartó állandó feszülés okoz. *Cohnheim* állatkísérletek alapján azt állította, hogy hirtelen beállt teljes ureterelzáródáskor a veseszövet oly gyorsan elpusztul, hogy nem is fejlődhet ki hydronephrosis. Ezt ebben az alakjában ugyan későbbi tapasztalatok megczáfolták, annyi azonban feltétlenül áll, hogy minél gyorsabban következik be teljes elzáródás, annál hamarabb elveszti a veseszövet vizeletelválasztó képességét.

Kóros mészsó-lerakódást nagyon gyakran találunk rosszul táplált, elhalt, vagy különböző degenerációban levő szövetekben; így pl.: régi infarctusokban, elsajtosodott góczokban, a sclerosisos erek zsírosan és hyalinosan degenerált intimájában, chronikus gyuladások utáni zsugorodó kötőszövetben stb. Előfordul ez a vesemedenczében is, főleg kialudtt genyes, esetleg tuberculosos gyuladásoknál, de hogy hydronephrosisek zsákban előfordulna, azt — mint említettem — sehol nem találtam feljegyezve. Hogy ez a jelen esetben miért következett be, az — azt hiszem — több közbejátszó körülménynek az eredménye. Véleményem szerint legfontosabb szerepet játszik itt a vese ereinek teljes obliterációja. E miatt a hirtelen fokozódó nyomás által amúgy is megtámadott cystafal a szokottnál is rosszabbul volt táplálva, s így alkalmasabb lett a nagyobb fokú degeneratív elváltozásokra. Nem valószínűtlen az sem, hogy apróbb vérzések utáni fibrinlecsapódás, esetleg valami gyuladással is előkészítette a talajt későbbi mészsólerakódásra. Lezajlott gyuladás alatt nem az ú. n. „asepsisek“ gyuladást (pyelonephrite aseptique, *Albarran*) gondolom, a mit zúzódás és apró insultusok idővel minden hydronephrosisekben előidéznek, hanem a valódi fertőzőes gyuladást. E mellett szól a cystában talált szennyes sárgás-zöldes folyadék, melyben szétesett fehér véresejtek nyomait találtuk és a rendkívül erős heges összenövését a környezettel. Bacteriumokat ugyan nem tudtunk a folyadékból kitenyészteni, de ez nem bizonyít a feltevés ellen, mert itt csakis régen lezajlott gyuladásról lehet szó.

Végül ez úton is hálás köszönetemet fejezem ki igen tisztelt főnökömnek, *Dollinger* tanárnak, az eset szíves átengedéseért és nagybecsű útbaigazításaiért.

* A műtét részletes leírását *Dollinger* tanár magának tartotta fenn.

Közlemény az Erzsébet királyné-sanatorium (igazgató-főorvos: Scharl Pál dr.) Ország dr. oszt. főorvos vezetése alatt álló osztályáról.

Az albumosementes tuberculin értékéről.

Irta: *Ország Oszkár* dr. oszt. főorvos és *Spitzstein Izidora* dr., volt I. segédorvos.

A gyógyítás történetében szinte páratlan jelenség az, ha egy gyógyeljárás értékéről 20 év lefolyása alatt sem alkotunk magunknak teljesen tiszta képet. Kétségtelen azonban az, hogy a klinikusok és a sanatoriumi orvosok túlnyomó része hiva a tuberculintherapiának s annak alkalmazását meghatározott indicatiók alapján, helyes és óvatos methodikával a többi gyógyító eljárás kíséretében szükségesnek vallja. Részben a meglévő tuberculin-készítmények iránti, sokakban élő skepsis, részben az a törekvés, hogy azok hatását növeljék, másrészt melléküneteit csökkentsék, a kutatók egész sorát foglalkoztatta új készítmények előállításával. Egész sorozatát ismerjük a tuberculin-készítményeknek, s mégis a klinikák, sanatoriumok legnagyobb része a *Koch*-féle régi tuberculin-olttja betegeit, a melyen kívül csak a *Béranek*-féle tuberculin kerül gyakrabban alkalmazásra. S bár a régi tuberculin még ma is uralkodik a specifikus diagnostikában és therapiában, *Koch* maga sem volt készítményével megelégedve s életének utolsó éveiben annak tökéletesítésén munkálkodott. A tuberculin, — mint ismeretes — az erősen ható gyógyszerek közé tartozván, nagyobb adagokban, sőt gyakran kisebb adagban is a reactio neve alatt ismert kellemetlen mellékjelenségeket okozza, a melyek a lázon kívül általános rosszullétben, bágyadságban, főfájásban, helyi fájdalomban stb. nyilvánulnak. Nem megfelelő adagolás magában a beteg góczban oly károkat okozhat, a melyek a kezelés folytatását ellenjavallják. S bár az utóbbi évek folyamán mindinkább az óvatos, kis adagokban való kezelés terjedt el s ezáltal az úgynevezett tuberculin-károk elkerülhetővé váltak, *Koch* szükségét látta annak, hogy a jelzett reactiók jelenségei elkerülhetővé váljanak. A mellékhatásokat nagyrészt a régi tuberculinban foglalt albumosék és peptonok mérgező voltára vezetve vissza, iparkodott ezeket készítményéből kiküszöbölni.

Az albumose eltávolítása az *alttuberculin-készítményből* vegyi úton *Gabrilovicz* által is megkíséreltetett. Készítménye a tuberculinum purum vagy endotin, oly komplikált vegyi kezelés útján állítatik elő, hogy a vizsgálók szerint kétséges, vajjon az albumose eltávolításakor nem csapódik-e ki a tuberculinnak jó része is. Az endotinról szóló vélemények csakugyan nagyrészt igen kedvezőtlenek.

Koch célját oly módon iparkodott megvalósítani, hogy a tuberculin készítéséhez szükségelt táptalajt fehérjementes és ártalmatlan anyagokból állította össze s ezáltal extractiv anyagoknak és peptonnak a készítménybe jutását megakadályozta. *Koch* legújabb táptalaja a következő: asparagin 0.5%, magnesiumcitrat 0.25%, monokaliumphosphat 0.5%, magnesiumsulfat 0.06%, glycerin 2%, soda 0.25%, aqua destill. ad 100.0. Organikus alkotórészei tehát asparagin, glycerin és magnesiumcitrat. Az e táptalajon nőtt tenyészetet nem hevítette fel oly magas hőre, mint a régi tuberculin készítésekor, s ezáltal lehetővé tette, hogy készítménye oly specifikus anyagokat is tartalmazzon, melyek nagyobb hőmérséken elpusztulnak. A höchsti gyár e készítményt eredeti térfogatának $\frac{1}{4}$ részére bepárolva T. A. F. (albumosefrei) néven hozta forgalomba.

E készítmény tudományos vizsgálatával elsősorban *Jochmann* és *Möllers* foglalkozott *Koch* intézetében. Vizsgálataik szerint a készítmény specifikus, a mennyiben a gümőkóros malacot a tuberculinhatás jellegzetes tünetei között megöli, *complementkötést ad gümőkórosoknak specifikus antitesteket tartalmazó vérsavójával*. Praecipitációra vizsgálva jellegzetes reactiót ad, s alkalmas subcutan, cutan és intracutan reactiók előidézésére. Befecskendezése után jellegzetes gócztünetek válnak kimutathatóvá. *Jochmann* és *Möllers* a készítményt

gyógycélokra igen ajánlja, minthogy enyhe, reactiomentes kúrákat tesz lehetővé, a melyekben a maximalis adag relatív rövid idő alatt érhető el. A csekély reactiók mellékünetek miatt ajánlatosnak tartják az ambulans gyakorlatban való alkalmazását. A subcutan tuberculinpróba kivételére a subjectiv panaszok csekély volta teszi előnyössé. Tapasztalataik szerint az alttuberculin szemben nem tudja a szervezet érzékenységét lecsökkenti. *Ziegler* egyező tapasztalatait a drezdai Tuberkuloseärzte-Versammlung-on ismertette s előadásához élénk vita fűződött. Ennek hatása alatt elhatároztuk, hogy *Koch* legújabb készítményét sanatoriumi betegeinken alkalmazzuk.

Vizsgálatainkban a készítmény gyógyértékére irányítottuk figyelmünket. Diagnostikailag eleve nem tartottuk értékesnek. A régi *Koch*-féle tuberculin probatorius alkalmazásának irodalma az évek folyamán tetemesre nőtt s mindinkább nyilvánvalóvá vált, hogy annak gyakorlati értéke a tüdőgümőkórjának megállapításában korlátolt. A kopogtatási eljárás tökéletesedése, a Schwellenwertperkussion alkalmazása folytán mind ritkábban szorulunk a tuberculin segítségére. S ha alkalmazzuk is, akkor is csak a gócztünetek adhatnak lázas reactio esetén is bizonyosságot arról, hogy valóban tüdőmegbetegedés van jelen. Maga a lázas reactio nem gümőkóros egyénekben is létrejöhet, mint azt pl. syphilitikus egyének nagy részén is észlelhetjük. Tekintve azt, hogy ma sem tisztázott még az, mely tuberculin-adag hivatott a gümőkóros megbetegedés kérdését eldönteni, nem tartjuk czélszerűnek egy újabb készítmény alkalmazását, mely változott tuberculin-concentrációjánál fogva a kísérletek és megfigyelések új és hosszabb sorozatát tenné kívánatosná a nélkül, hogy több eredményynel kecsegtetne.

A cutanreactióknak felnötteken nem tulajdonítunk diagnostikai értéket. Tisztán összehasonlítás céljából végeztük TAF és TA 25%-os oldatával. Az esetek túlnyomó része TA-ra kifejezettebb reactiót mutatott, a mit nem annyira a készítmény albumose-, mint inkább nagyobb tuberculin-tartalmával magyaráztunk. Kétségtelen, hogy a TAF a TA-nál is kisebb értékű a *Pirquet*-féle reactio diagnostikai felhasználása terén.

Gyógykísérleteink kivitele előtt egy elvi kérdést kellett tisztáznunk. Vajjon a megszokott kis adagokkal kezdjük-e el a kezelést, avagy *Ziegler* tanácsa szerint 1 mgr.-mal. A tuberculinkezelésnek jelenleg is vitatott kérdése ez, mely azonban a régi tuberculinolttók körében inkább a kis adag irányában látszik eldőlni. Ha a TAF lázas reactiókat nem okozna, teljesen jogosult volna a nagy adagokkal való kezelés. Óvatosságból azonban mégis csak kis, $\frac{1}{10000}$ mgr. adagokkal kezdtük az oltásokat, s hogy óvatosságunk mennyire helyénvaló volt, bizonyítja az a körülmény, hogy ily csekély mennyiségre is jelentkezett, bár ritkán, lázas reactio. Tekintve a tuberculingyógyítás dinamikáját, teljesen indokolt a kis adagokkal való kezdés. A tuberculinkezeléssel két czélt követünk: egyrészt a méregmegszoktatást (mithridatismus), másrészt a beteg góczok befolyásolását. A méregszoktatás szempontjából helyes a kis adagokkal való kezdés és a fokozatos növelés, tekintetbe veendő azonban az, hogy a megszokás a bevitt tuberculin szemben érhető csak el, a mely nem teljesen azonos a szervezetben keletkezett toxinokkal. Ismeretesek a tuberculin ellen immunizált egyének, a kiknek betegsége változatlanul fennáll s köpete bőven tartalmaz *Koch*-féle bacteriumokat.

A beteg góczok befolyásolása, mint ismeretes, hyperaemia előidézésében s reactiók gyuladásra való ingerlésben áll. Ha a tuberculinadag nagy, akkor a tuberculinban a nekrobiosis folyamat élénkül s inkább ártunk, mint azt *Virchow* klasszikus kórbonczolástani vizsgálatai is kiderítették. Nem veszik eléggé figyelembe azt, hogy a gümős gócz per-turbatiója, s a létrejött hyperaemia lezajlása után mind több toxin kerül felszívódásra, a mely, ha megfelelő mennyiségben jutott felszívódásra, lényegesen elősegíti a szervezet immunizálódását.

Tekintve azt, hogy a gümős gócz befolyásolása a lényeg-

ges a therapiában, s ezt már kis mennyiségekkel is el lehet érni, kétségtelenül indokoltabb az ily módon való kezelés. Annál inkább, mert így legalább nem árthatunk a betegnek. Nagy hiánya a kezelésnek, hogy semmi oly módszernek nem vagyunk birtokában, a mely az adagok kellő módon való megszabását tenné lehetővé. Kezelésünk tehát még ma is tapogatózó s iparkodik az erős reakciókat elkerülni.

Első vizsgálatainkat a *Brauers Beiträge zur Klinik der Tuberkulose* XXIII. k., 4. számában közöltük.

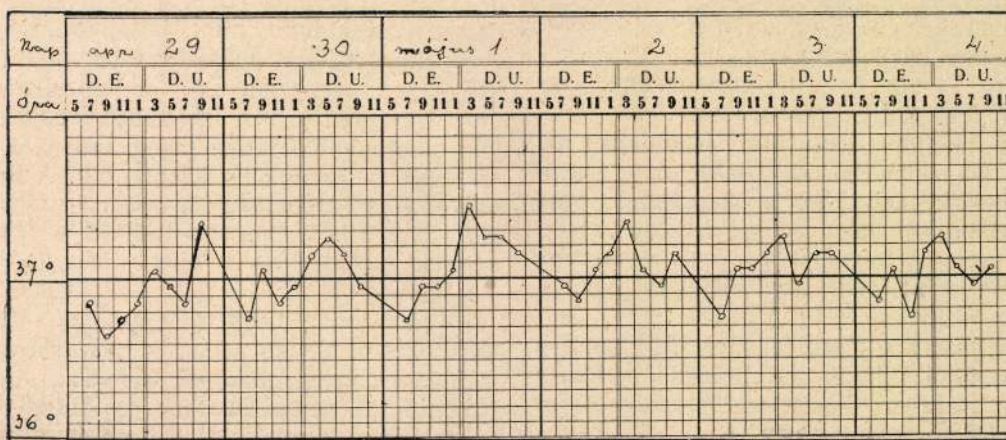
Betegeink közül e közlemény megírásáig 51-en részesültek rendszeres TAF-kezelésben, 29 nő és 22 férfi:

	29 nő	22 férfi
I. szakban	6	4
II. „	19	15
III. „	4	3

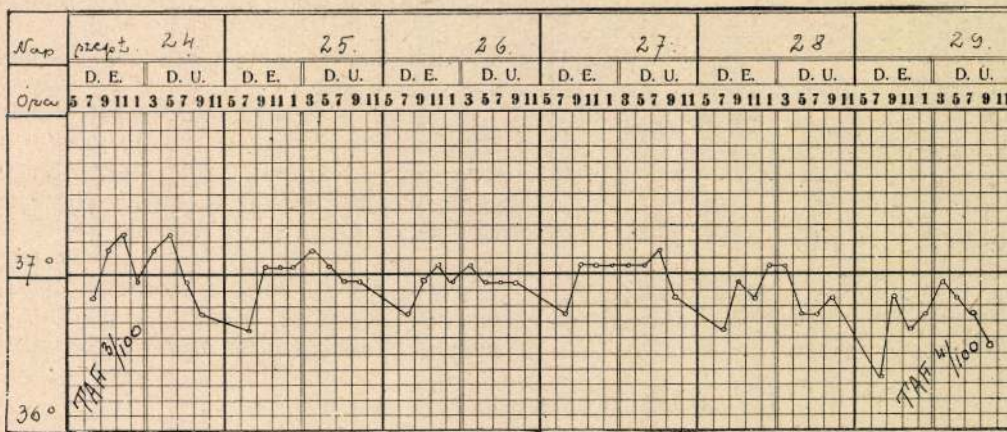
A kezelt betegek túlnyomó része subfebrilis volt, súlyosan lázas betegeken néhány esetben kíséreltük meg az oltásokat. A tuberculinkúra rendszerint egy hónapi sanatoriumi tartózkodás után lett megkezdve, hogy a hygienés-diaetás életmódnak az első hónapban észlelhető jótékony hatása lehetőség szerint ne zavarja az eredmény megítélését.

Néhány esetben már kis adagok alkalmazása után is élénk reakciók jelentkeztek. Gyakori jelenség volt a helyi reactio élénk piros és fájdalmas papula alakjában, mely csak 3-4 nap után, néha még később fejlődött vissza. Lázás reactio $\frac{1}{10000}$ mgr. adag után is észlelhető volt, 38.7° C-ig terjedő hőemelkedéssel. A betegek egyikén $\frac{6}{10000}$ mgr. alkalmazása után ismételt lázas reactiót láttunk. A lázas reactiót azonban az esetek túlnyomó részében nem kísérte annyi kellemetlen jelenség, mint a mennyit a régi tuberculinkezelésnél a betegek panaszoltak. A betegek közérzete általában jobb

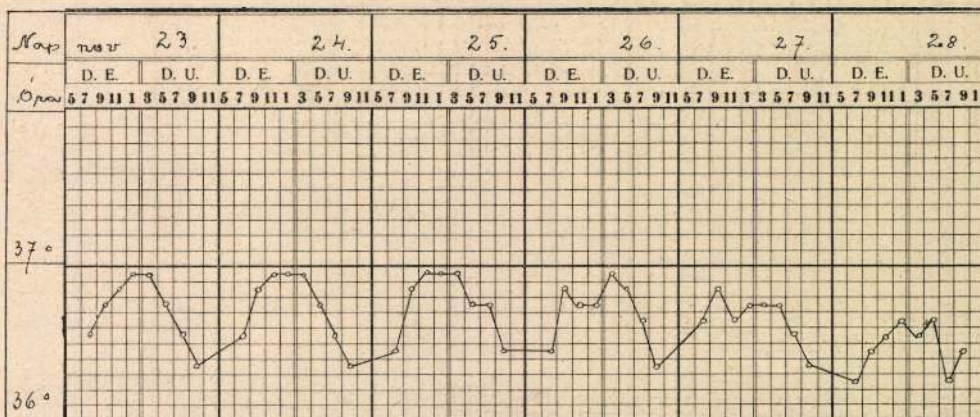
Praemenstrualis hőmenet a kezelés előtt.



Praemenstrualis hőmenet a kezelés folyamán.



Praemenstrualis hőmenet a kezelés befejezése után.



volt, levertségről, főfájásról, émelygésről nem panaszkodtak. Góczytünetet aránylag kevés esetben észleltünk, a mi nagyrészt arra vezethető vissza, hogy az adagok megválasztásakor nagy óvatosságot tanúsítottunk.

A készítmény gyógyértékének megállapításakor külön tekintettel voltunk a tüdő állapotának, a köpetnek és a láznak változására.

Az I. szakban lévő betegeink tüdőállapota változatlan maradt. A rajtuk észlelt kopogtatási eltérés ugyanis természetesen a kezelés után is kimutatható maradt. II. szakbeli betegeink közül 5 nő és 4 férfi statusa mutatott javulást, 14 nő és 11 férfin változást nem láttunk. Hasonlóképpen nem változott a III. szakba sorolt betegek physicalisan vizsgált állapota sem. Tekintetbe veendő azonban, hogy a mi betegeink nincsenek abban a helyzetben, hogy éveken át kezeltessek magukat sanatoriumban, a kezelés rendszerint csak hónapokra terjed.

A köpetvizsgálat az I. szakban levő betegeken nem mutatott változást. Kevesebb bacillus volt található a II. szakban 4 nőben és 8 férfiben. Három férfibeteg köpete negatívvá lett. A III. szakbeli betegek közül 2 nőben és 2 férfiben kevesbedett meg a bacillusok száma.

A láz a II. szakban 14 nő és 8 férfin csökkent. Három nő teljesen láztalan lett. A III. szakban csak egy férfibeteg mutatott javulást. Feltűnő volt több esetünkben az, hogy a praemenstruális hőemelkedések rövidebb időre korlátozódtak. Így voltak eseteink, melyekben a menstruatio várható időpontját megelőzőleg két héten át hőemelkedések voltak észlelhetők. A TAF-kezelés folyamán ezeknek időtartama mind rövidebbé vált, sőt, mint példaként ideiktatott alábbi esetünk mutatja, meg is szűnt.

Káros hatását nem láttuk a készítménynek. Egy esetben $\frac{3}{100}$ mgr. befecskendése után 1 héten át elhúzódó tüdővérzést észleltünk ugyan, azonban határozott összefüggést az oltás és a vérzés között nem vehettünk fel.

Azok az eredmények, melyeket e közlemény megírása óta a TAF-vel újabban elértünk, kedvezőbbnek mutatkoztak. A 43 férfibeteg statisztikája a következő táblázatban van összefoglalva:

Stadium	Betegek száma	Objectiv javulás	Láztalanodás	Hízás	Köpet bacill. sz. kevesebb	Köpet bacill. sz. 0 lett
I.	2	1	—	2	—	1
II.	31	21	22	27	5	9
III.	10	4	6	7	3	1

E betegek aránylag hosszabb időn át állottak gyógykezelés alatt. A tuberculinkezeléstől csak akkor várható kellő eredmény, ha elég kitartással végeztetik.

Feltűnő volt, hogy egyes újabb tuberculin-küldemények hígításai kis adagban nem okoztak lázas és helyi reakciót, míg az vizsgálataink első sorában több esetben volt észlelhető. A különböző időpontban előállított tuberculinkezelések látszólag nem teljesen egyenlő hatékonyságúak, mint arra *Junker* is felhívta a figyelmet.

Jochmann és Möllers vizsgálatai szerint a TAF a szervezet érzékenységét a TA-val szemben csak csekély mértékben bírja leszállítani, a mit olyképpen magyaráznak, hogy utóbbi nagyobb hőfokon állítatván elő, egyéb, a TAF-ben nem foglalt toxinokat is tartalmaz. Ezzel szemben mi azt is tapasztaltuk, hogy hosszas TA-kezelés után a szervezet megtartja érzékenységét a TAF-vel szemben. Így egy betegünk hosszas TA-immunizálás után, a mely kis adagok oltásával TA $\frac{4}{100}$ mgr.-ig történt, TAF-ből $\frac{1}{10}$ mgr.-ot kapott, tehát oly adagot, a melylyel a fent nevezett vizsgálók a kezelést rendszerint kezdték. Betegünkön, mint a mellékelt táblázaton látható, igen erős reactio keletkezett. Tekintve azt, hogy a TAF kisebb koncentrációjú készítmény a TA-nál, tehát kevesebb tuberculin tartalmaz, ez csak úgy magyarázható, hogy a TAF másféle tuberculin is tartalmaz, mint a TA, a szervezet tehát erre immunizálva nem volt.

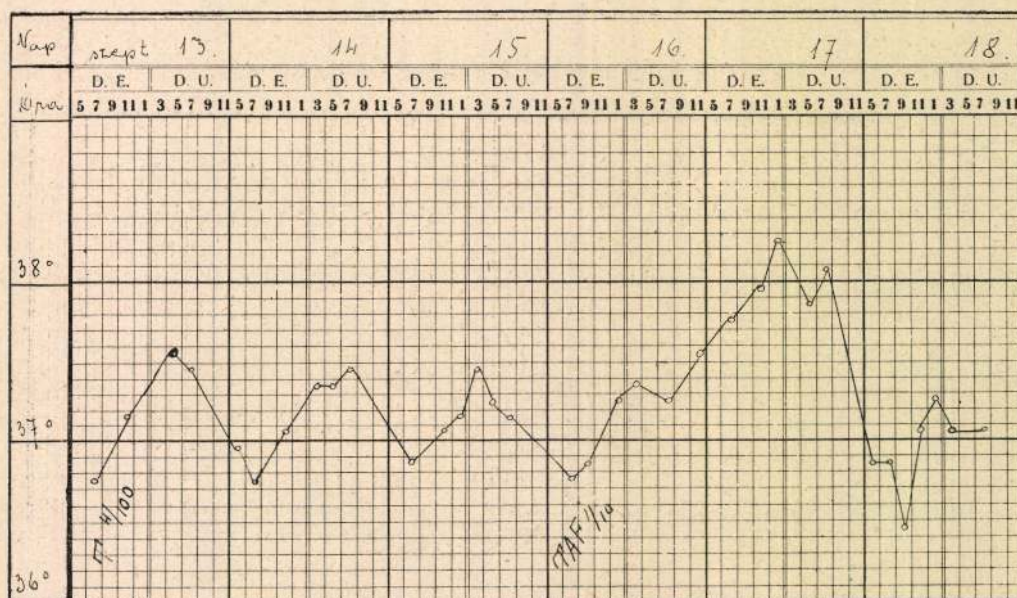
E mellett szól a következő tapasztalatunk is. *Béranek*-féle tuberculinval kezelt beteg TAF-oltást kap. Az oltás után észrevehető reactio nem jelentkezett. A *Béranek*-féle tuberculin tudvalevőleg albumoseban szegény táptalajon állítatik elő, így tehát érthető, hogy a TAF és a *Béranek*-féle tuberculin némileg egyező hatású lehet, s mindkettő eltér hatásában a TA-tól.

Valószínű, hogy a különböző táptalajokon előállított tuberculinok hatása nemcsak quantitative, hanem qualitative is különbségeket mutathat, a minek analogiáját a különböző bacteriumok tenyésztésekor is láthatjuk. Ezek toxinjainak termeléséhez rendszerint bizonyos alkalmas, meghatározott táptalajokat használunk.

Véleményünk szerint tehát a TAF nemcsak a készítmény albumosementes voltánál, kisebb töménységénél és alacsonyabb hőfokon való előállításánál fogva tér el a TA-tól és kisebb toxicitású annál, hanem részben azért, mert az albumosementes táptalajon előállított tuberculin qualitative is különbözik tőle.

A mi a gyógyeredményeket illeti, el kell ismernünk, hogy a betegek nagyrészt erőben és testsúlyban gyarapodtak a láz az esetek egy sorában javult és meg is szűnt. A köpet bacillustartalma számos esetben csökkent, sőt negatívvá vált. Ezzel szemben láttunk oly esetet is, melyben rosszabbodás volt észlelhető. Az eredmény megítélésakor tekintetbe vesszük azt is, hogy a betegek szigorú sanatoriumi gyógyításban részesültek, a melynek hasznos voltáról tuberculinval nem kezelt betegeinken is bőven volt alkalmunk meggyőződni.

Alttuberculinval oltott beteg reactiója TAF-re.



Másrészt be kell vallanunk, hogy betegek általában relative túlrövid időn át állottak kezelés alatt.

Egybevetve a TAF-vel szerzett tapasztalatainkat az altuberculinnal szerzettekkel, nem óhajtunk jelen dolgozatban a tuberculinkezelésnek mint olyannak értékével általában és bővábban foglalkozni. Megállapítható azonban, hogy a TAF legalább is oly jó eredményeket szolgáltat a higieno-diaetás kezeléssel kapcsolatban, mint a TA. Kétségtelenül előnyösebb ez utóbbinál azonban azért, mert lázas reakciókat ritkábban okoz, s ha igen, akkor sem általános tünetek kíséretében, a melyek csak kivételesen fordulnak elő. A TAF-nek ez a tulajdonsága ajánlatossá teszi, hogy gyógycélokra inkább Koch utolsó készítménye használtassék fel, mint többi, régebbi készítménye.

Irodalom. Ziegler: Erfahrungen über das Koch'sche albumosefreie Tuberkulin. Bericht über die VIII. Versammlung der Tuberkulose-Aerzte, 1911. — Jochmann u. Möllers: Ueber die Behandlung der Tuberkulose mit Koch's albumosefreiem Tuberkulin. Veröff. d. Rob. Koch-Stiftung z. Beh. der Tuberkulose, 1912., 3. — Freymuth: Brauer's Beitr. zur Klinik d. Tuberkulose, 1911. — Ország und Spitzstein: Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 1912.

Közlemény a budapesti poliklinika sebészeti osztályáról. (Főorvos: Illyés Géza dr., egyetemi magántanár.)

Gonococcus-vaccinnal (arthigon) elért eredmények kankós ízületi gyulladás eseteiben.*

Irta: Farkas Ignác dr., műtőorvos.

A mióta a fertőző betegségekben felmerült immunisatiós (antitoxinokkal való) gyógykezelés a gonorrhoea és complicatiói eseteiben szintén alkalmazásba jött, a legkevesebb eredményt éppen a gonorrhoeás megbetegedésekben sikerült elérni. Ennek oka minden valószínűség szerint abban rejlik, hogy a gonorrhoeában immunitás nincs, mert hiszen a chronikus gonorrhoeás folyamatokban a kórokozó bacteriumok lappanghatnak a szervezetben, a nyálkahártyákon, a nélkül, hogy localis folyamatot előidéznének; de ez nem immunitásra vall, hanem arra, hogy a megbetegedés folyamata alatt a nyálkahártya oly átalakuláson megy keresztül, mely a gonococcusok fejlődésére alkalmatlan. Így egy úgynevezett symbiosis jön létre. Gonorrhoea eseteiben valódi toxint izolálni eddig Christmas-nak sikerült, bár sokan kétségbe vonják ezt. Bruck határozottan tagadásba veszi, hogy valódi toxin létezik, csak úgynevezett endotoxin van, és ez okozza azt, hogy az antitoxinos gyógykezelés a gonorrhoea eseteiben eredményre nem vezet. (Szerinte a gonorrhoeás folyamat complicatiói immunitási reakciót sem mutatnak) Bruck gonococcus-ellenes serummal való hosszas kísérleteivel egyáltalán nem tudott eredményt elérni. Amerikai részről Rogers és Torrey előállított ugyan gonococcus-ellenes serumot s állításuk szerint még eredményt is elértek vele, ez azonban saját bevallásuk szerint is nagyon szerénynek tekinthető. Duboscq (Paris), Masson, Strominger s legutóbb P. Heresco és M. Cealic meningococcus-serummal kísérletezett jó eredménnyel gonorrhoeás ízületi gyulladás eseteiben. Ugyanis a gonococcus s a meningococcus biológiai hasonlatossága vezette őket eme kísérletekre. Meningococcus-lóserumból 10—20 cm³-t alkalmaztak összesen háromszor 4—5 napi időközben a beteg ízület környékébe, mások 50—60—80 cm³-nyi adagokat is használtak. A serum után nem észleltek magasabb hőemelkedést, sőt inkább csökkenést, s 14—24 napi idő alatt sikerült teljes gyógyulást elérni, minden utókezelés nélkül. Bruck volt az, ki a passiv immunisatio helyett, mely nála teljesen hatástalannak bizonyult, az úgynevezett activ immunisatióval tett kísérletet, mely teljesen analog a Wright által inaugurált opsoninkezeléssel. Ő tehát szintén — Wright nyomán — direct előlt bacteriumokat fecskendezett be. Bruck gyógykezelési módja annyiban tér el a Wright-féle gyógy-

kezeléstől, hogy míg Wright igyekszik minden localis és általános reakciót kikerülni és adagoláskor éppen e célból meghatározza az úgynevezett opsonin-indexet, addig Bruck csak olyan adagú vaccintól vár eredményt, a mely a localis reactio mellett egyszersmind általános reakciót vált ki s mely a beteg hőmérsékét az injectio után legalább egy fokkal emeli. Eltekintve azonban ettől, sem Bruck, sem pedig mások gonococcus-vaccintól kellemetlen mellékhatást vagy a betegség súlyosbodását nem észlelték.

1909-ben Bruck utasítása szerint a Schering-gyár Berlinben állított elő gonococcus-kulturából polyvalens gonococcus-vaccint, mely arthigon név alatt kerül forgalomba. Tekintve, hogy úgy Bruck-nak, mint Neisser klinikájáról J. H. Schultz-nak, valamint Georg Wolfsohn-nak berlini közleményei az arthigonnal tett kísérletekről kedvezőek voltak, magam is, bár eleinte autovaccinnal, vagyis az illető egyénnek saját tenyészetéből vett kulturával, kísérletet tettem; későbbben teljesen áttértem a Bruck által készített arthigonra, melylyel az eredmények összehasonlíthatatlanul jobbak voltak, mint az autovaccinnal. J. Reitter Berlinben szintén előállított polyvalens vaccint, melynek egy cm³-ében 10—50 millió gonococcus van s a vele elért eredményeiről, valamint a vaccinthériáról gonorrhoea eseteiben beszámolt a „Deutsche Gesellschaft für Urologie“ legutóbbi congressusán. Szintén jó eredményeket ért el a saját vaccinjével. Kankós ízületi gyulladás eseteiben, eddig összesen 20 esetben, mellékheresyulladás öt esetében, prostatagyulladásnak összesen 2 esetében használtam az arthigont. Az eredményekről a következőkben számolok be. Kísérleteimet a budapesti poliklinika sebészeti osztályán (Illyés Géza egyetemi magántanár osztályán) végeztem.

Már Bruck, valamint a többi kísérletező is egyhangúlag konstataulta, hogy a húgycsőfolyást, hólyaghurutot, vesemenedzgyuladást sem az autovaccin, sem más polyvalens (arthigon) vaccin nem gyógyítja, legfeljebb kis gyermekeknek gonorrhoeás alapon fennálló vulvovaginitise kivétel, a hol Rygiel a Neisser-klinikáról számol be eredményekről. Tapasztalataim szerint egy polyarthritisz gonorrhoeicában szenvedő gyermek, a kin az arthigont alkalmaztam, volt az egyetlen eset, a melyben a húgycsőbéli folyást, daczára a kezelés abbahagyásának, kedvezően befolyásolta. Azonban ezen eredmények össze sem hasonlíthatók azokkal, melyek ízületi gyulladás, mellékheresy- és prostatagyulladás eseteiben voltak elérhetőek. Tehát az úgynevezett zárt, metastasisos gyulladások azok, melyek kezelésre legalkalmasabbak. Ennek magyarázata eddig ismeretlen. Schindler azzal igyekszik magyarázni, hogy az elpusztított gonococcusok által szabaddá lett endotoxinok nem bírnak immunizáló hatást kifejteni a szervezetben, mert a genynyel, különösen a profus genyedéssel gyorsan távoznak, míg az úgynevezett zárt ürben való folyamatok alkalmával az endotoxin hosszabb időn át érvényesülhet. Nézetem szerint gyermekek urethralis gonorrhoeája, valamint vulvovaginitise eseteiben szintén azért érhetőek el eredmények, mert a húgycsőnyílás szűk volta miatt könnyebben áll be genyretentio, mint felnőtteken és így közelebb esnek a zárt üregekben való folyamatokhoz, mint a felnőttek hasonló folyamatai.

Jelenleg főleg a kankós ízületi folyamatok alkalmával elért eredményekről óhajtok beszámolni, a mellékheresy és prostatitis eseteiben elért eredményeket mellőzöm.

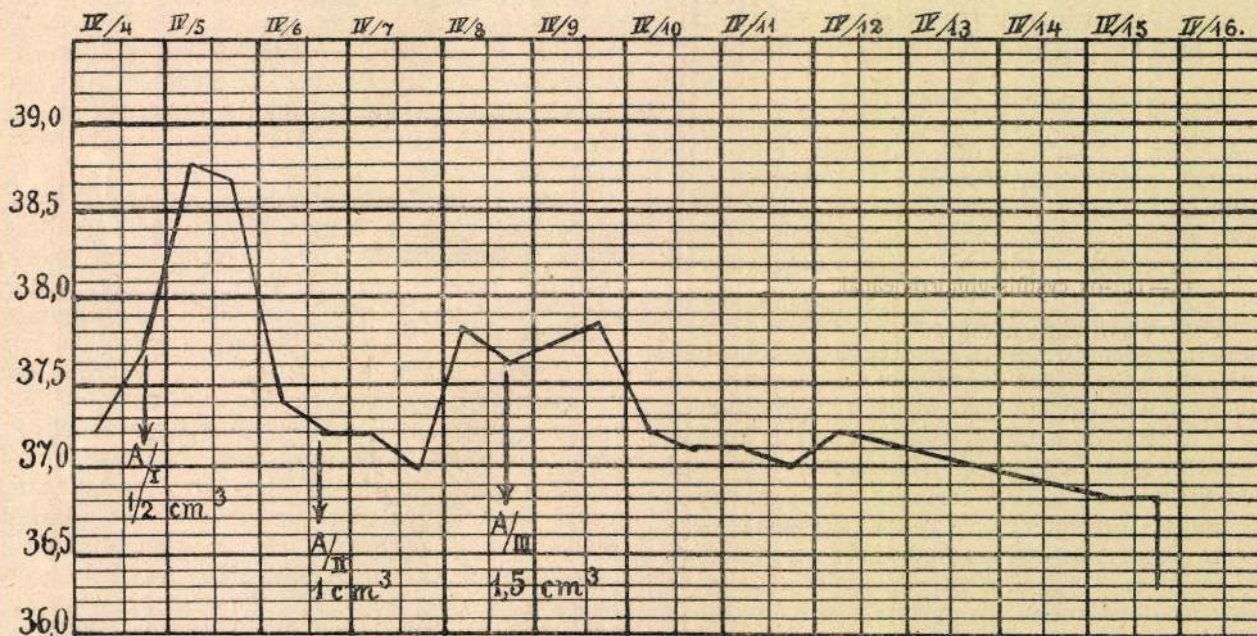
Kezdetben autovaccint használtam és pedig a kórboncolástani intézetben Pertik tanárnál Szegvári kartársam volt szíves előállítani teljesen Wright utasítása szerint oly vaccint, mely 1 cm³-ben 1—5 millió bacteriumot tartalmaz. Ebből eleinte 0.5, majd 1 cm³-t alkalmaztam intraglutealisan ízületi gyulladás eseteiben. Utána lázas reakciót nem kaptam, egy esetben volt 37.8 hőemelkedés, a hol párhuzamosan az arthigonnal alkalmaztam az autovaccint. Ennek megfelelőleg azonban a gyógyulásban sem értem el eredményt. Később tisztán arthigont alkalmaztam, és pedig az egész heveny folyamatok alkalmával, melyek nem több, mint egy-két nap óta állottak fenn, 0.5 cm³-t intraglutealisan. A

* A Magyar Sebésztársaság 1912. évi összejövetelén tartott előadás.

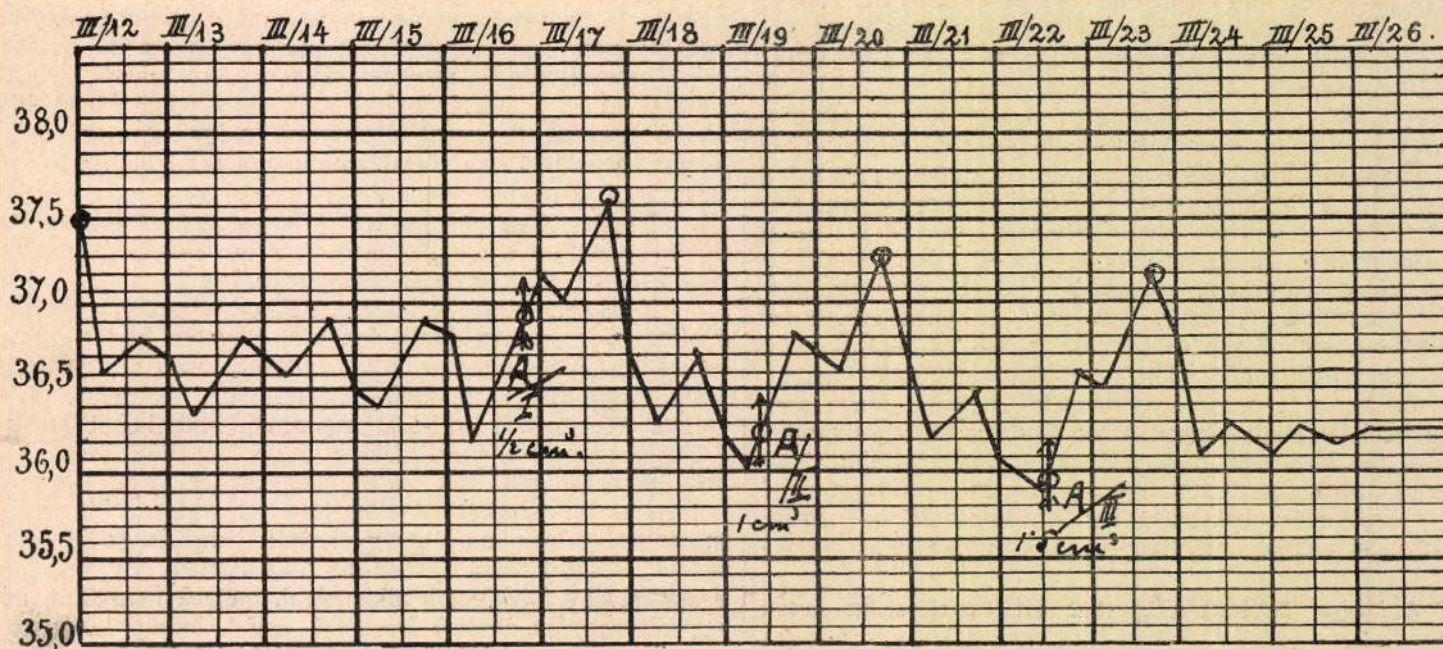
befecskendezés napján a betegek legnagyobb része 38—38,5 usque 39 fokos lázzal reagált. Két esetben rázóhideg mutatkozott, azonban ezen lázas állapot a beteg közérzetét egyáltalán nem bántotta, subjective sem fejfájással, sem rossz közérzettel nem járt. Jellemző, hogy minden esetben, a melyben eredményt sikerült elérnem, már az első injectio után kifejezetten nyilvánult az úgynevezett localis reactio, mely abban állott, hogy a megbetegedett ízület az első 24 órában duzzadtabb lett, felette a bőr pirosabb s a fájdalmak fokozódtak. A fájdalmak fokozódása a betegek bemondása szerint sokszor már az oltás utáni második órában nyilvánult, utána azonban mondhatnám minden esetben lényeges javulás állott be, a fájdalmak csökkentek, a lobosodás s az ízület duzzanata visszafejlődött. Ugy a lázas reactio, valamint a gyógyulás arányban volt azzal, hogy a betegség hányadik napján történt az oltás. Így a legnagyobb reactio úgy a lázban, mint a localis reactióban már $\frac{1}{2}$ cm³ arthigonra azokon nyilvánul, a kik a betegség első vagy második 24 órájában kerültek oltás alá. Ezeken azonban már a harmadik napon úgy subjective, mint helybelileg észlelhető volt az eredmény, sőt legtöbbjük 8—10 nap lefolyása alatt (egy 7 nap lefolyása alatt) teljesen gyógyulnak volt tekinthető, úgy hogy munká-

jukat folytathatták. Míg azon esetekben, melyek a megbetegedésnek későbbi szakában, 10—14. napján kerültek oltás alá, $\frac{1}{2}$ cm³-re, sőt 1 cm³-re sem kaptam lázas reactiót s a maximális hőemelkedés 37,8 volt (1 cm³-re) a befecskendezés utáni napon. Itt a gyógyulás is sokkal lassabban ment előre, bár a beteg subjectiv közérzete lényegesen javult. Így egy kórházban ápolott beteg, ki a betegségnek 14. napján került kezelésünk alá s a bokaizületében kifejezett nagyfokú gonorrhoeás gyuladásban szenvedett, az oltást követő 5. napon járni tudott s subjective fájdalmakat nem érzett, bár a duzzanat még fennállott. Az ilyen későn kezelés alá jövő esetekben nagyobb, 1—2 cm³-nyi adagot kell alkalmaznunk, hogy reactiót érthessünk el, s a gyógyulás még akkor is összehasonlíthatatlanul jobban elhúzódik, mint a friss esetekben. A befecskendezéseket fokozatosan emeljük $\frac{1}{2}$ cm³-től kezdve s a láz nagyságától teszszük függővé, hogy másod-, harmad- vagy negyednaponként alkalmazzuk. Azon esetekben, a melyekben a hőemelkedési reactio nem nagyobb, mint 37,6 usque 37,8, naponta is fokozható az adag. Eseteimben a maximális adag 2 cm³ volt pro dosi s átlag összesen 3 usque 5 cm³ között volt az összadag, melyre egy gyógykezelés alatt szükség volt. Bruck azon esetekben, melyek magas lázzal

Heveny eset. Arthritis gonorrhoeica in artic. metacarp. phalang.



L. H. Polyarthritis gonorrhoeica.



kezdődnek, mindaddig, míg a lázas folyamat tart, az injectiókat nem kezdi meg. Én ettől eltérőleg 37·8 usque 38 fok hőmérsék mellett megkezdem az injectiókat $\frac{1}{2}$ cm³-rel, utána 1 usque 1 $\frac{1}{2}$ fok hőemelkedést láttam, de hátrányát nem észleltem, úgy hogy a nem túlságos magas hőemelkedést (egész 37·8—38 fokig) nem tartom contraindicatióknak az injectio megkezdésére. Schindler addig, míg a hőmérsék le nem száll, a gyöngébb Reiter-féle polyvalens vaccint alkalmazza s csak azután tér át a Bruck-féle arthigonra, melyben 1 cm³-ben 20 millió bacterium van. Az oltást követő hőmenetet demonstrálja a mellékelt két láztábla.

Kiemelendő, hogy minden esetben igyekeztem lehetőleg pontosan megállapítani a diagnosist gonococcus-vizsgálattal.

Maga az arthigon némi differentialis-diagnostikai tulajdonsággal is bír ízületi gyulladásnál, a mennyiben, ha localis reactiót vagy lázas reactiót kapunk, biztosra vehetjük, hogy az eset kankós eredetű, ha másutt a szervezetben kankós folyamat kizárható, bár ez a kérdés még pontosabb eldöntésre vár. Kiemelendő, hogy két esetet leszámítva, nem alkalmaztuk az ízületnek gyps-sínnel való fixálását, sőt localisan a borogatástól is a lehetőség szerint tartózkodtunk, hogy a gyógyhatás kifejezettebben észlelhető legyen. Továbbá a gyógyulás beálltával semmi utókezelésre, massagera, fürdőre szükség nem volt és ízületi merevség, illetőleg korlátolt mozgási képesség egy esetben sem maradt vissza. A gyógytartam 7 (egy eset), illetőleg 10 naptól kezdve 24 nap volt. Ha tekintetbe vesszük a gonorrhoeás ízületi gyulladás eseteiben eddig alkalmazott gyógyeljárásokat, melyek tisztán symptomásak voltak, s a megbetegedett ízületre gyakorolt lobellenes eljárásban, valamint fixálásban nyilvánultak, ha tekintetbe vesszük a gyógytartamot, mely legalább 14, de a legtöbb esetben 28 napig tartó fixálásból és ezt követő, majdnem ugyanannyi időt igénybe vevő utókezelésből állott, s végül ha tekintetbe vesszük azt, hogy az eseteknek, különösen a nem jól kezelt eseteknek nagy százalékában marad vissza merevség: a fenti eredmények annyira eklatánsak, hogy az arthigont mint specificumot ajánlhatom a gonorrhoeás ízületi gyulladás eseteiben. A subacut vagy chronikus esetekben, mint fentebb említettem, meg kell próbálni, hogy localis reactio kiváltható-e; ha igen, akkor elérhetünk eredményt, ha nem is oly gyorsat és jót, mint a friss esetekben, de feltétlenül jobbat, mint az eddig alkalmazott módszerekkel. Természetesen merev ízületek mellett, hol localis reactio nem váltható ki, eredmény nem várható.

Az arthigon teljesen ártalmatlan szer, mely nagyobb dosisban, 2—3 cm³-ben, leszámítva az általa okozott hőemelkedést, semmiféle kellemetlenséggel és utóhatással nem bír. Wolfsohn említést tesz az injectio helyén beszűrődésről, melyet én csak egy esetben észleltem. Még gyermekeken is egészen nyugodtan alkalmazható $\frac{1}{2}$ usque 1 cm³-nyi adagokban. Különösen felemlítendőnek tartok egy régi, 3 év óta fennálló, súlyos, kankós eredetű sokizületi gyulladásban szenvedő beteget, ki mindenféle gyógykezelés dacára kb. két évig munkaképtelen volt. Tiszta vizelettel került kezelem alá s gonococcusokat nem tudtam kimutatni. Később a prostata vizsgálata alkalmával onnan gonococcus-tartalmú geny volt kisajtolható. Ezen esetben az első alkalommal alkalmazott $\frac{1}{2}$ cm³ arthigon, leszámítva a localis reactiót, mely az ízületek nagyfokú duzzanatában, fájdalomosságában, valamint 38·5 fokra való hőemelkedésben nyilvánult, az urethrában heveny genyedést váltott ki, a vizelet zavaros lett s a genyben sok gonococcus volt kimutatható. Bár kétségtelenül nem állíthatom, de minden valószínűség szerint az arthigon által okozott localis reactióban keresendő ezen gyors kiújulás oka. A beteg 3 naponként $\frac{1}{2}$ cm³-rel emelkedő adagokat kapott, legutoljára 2 cm³-t, melyre a lázas reactio már csak 37·6° volt. Összesen 5 injectiót kapott 6 cm³-nyi összadagban, a mire foglalkozását mint bankhivatalnok egész jó közérzettel teljesíteni tudta. Urethralis gonorrhoeája még gyógykezelés alatt áll, ezt a vaccin nem befolyásolta kedvezően.

Meg kell említenem, hogy epididymitis gonorrhoeica eseteiben a technikában teljesen hasonlóképpen jártam el,

mint ízületi gyulladás eseteiben s az eredmény épp oly fényesnek mondható. Eltérés csak abban mutatkozik, hogy a localis reactio, a fájdalomosság a mellékherében sokkal nagyobb mérvben jelentkezik, mint az ízületekben. 2—3 befecskendezés után a súlyos epididymitis és funiculitis nemcsak teljesen fájdalommentes lett, hanem a mi a legfontosabb, a gyógyulás a mellékhere keményedése, az ondozsínor megvastagodásának visszamaradása nélkül jött létre. Ezekről később leszek bátor beszámolni. Két prostatitiszes esetben hasonló jó eredményeket sikerült elérnem.

Az arthigon gonorrhoeás ízületgyulladás eseteiben jól bevált specifikus gyógyszernek tekinthető, mely alkalmazásában, a localis és lázas reactiót leszámítva, teljesen ártalmatlan, gyermekeken is alkalmazható. Eredmény eléréséhez az injectio utáni, legalább 1^o-nyi hőemelkedéssel járó lázas reactio feltétlenül szükséges (Bruck). Az injectiók $\frac{1}{2}$ cm³-től kezdve 2—3 cm³-ig pro dosi, a reactiohoz mérten 2—3, esetleg 4 napi időközben alkalmazandók. Lázas esetekben, 38^o-on felül, bevárando a hőmérsék csökkenése. Chronikus esetekben, hol localis vagy általános reactio nem váltható ki, eredményre nincs kilátás. Az injectiók sterilen, intraglutealisan végzendők. Az eredmény annál feltűnőbb, minél intenzivebb a lázas reactio és minél frissebb az eset, mely gyógykezelés alá kerül. Eredmény már az első 24 óra után is mutatkozik. Az arthigon esetleg diagnostikai célból is használható a localis reactio kiváltása útján. A kankós ízületi gyulladások fixálás és helybeli kezelés nélkül 7 usque 24 nap alatt gyógyulnak, utókezelésre egyáltalán nincs szükség, ízületi merevség vagy mozgási korlátoltság nem marad vissza.

Kórajzok.

Heveny eset:

L. J. 37 éves A jobb kéz mutatóujjának metacarp.-phal. ízületében erősduzzanat, felette a kar piros. Heveny gonorrhoea, a gonococcus-vizsgálat pozitív, intenzív fájdalmak.

Márczius 5. 0·50 cm³ arthigon. Hőmérsék 38·8°, a fájdalom fokozott.

Márczius 6. Hőmérsék 37·4°, 37·2°, a fájdalom csökkent.

Márczius 7. Hőmérsék 37·2°, 37·0°, a lobosodás csökkent.

Márczius 8. 1·00 cm³ arthigon. Hőmérsék 37·8, 37·6°.

Márczius 9. A fájdalom csökkent, a duzzanat erősen visszafejlődött.

Márczius 10. 1·50 cm³ arthigon. Hőmérsék 38·8°, a fájdalom nagyon kis mérvben fokozódott.

Márczius 12. Hőmérsék 37·2°, jól érzi magát.

Márczius 13. Hőmérsék 37·0°, a mozgások szabadok.

Márczius 15. Hőmérsék 36·8°, teljesen gyógyult.

Subacut eset:

L. H. 39 éves. 10 év előtt I. gonorrhoea, ugyanekkor polyarthritiss gonorrhoeica a jobb láb apró ízületeiben és a vállizületekben; hosszú kezelésre és 5 hetű fürdőkúra után gyógyult.

1911 december 2-án új infectio. 1912 február 2-án a térdben, a vállban, az ujjakban duzzanat, kb. száznál több aspirint, saliprint használ eredmény nélkül.

A bal bokaizület erősen duzzadt, a duzzanat lehúzódik a lábfejre. A bal gyűrűsujj metacarpalis phalanxa, valamint az interphalangealis ízületek duzzadtak, fájdalmasak, a jobb térdizület contourjai elmosódottak, kerülete 3 $\frac{1}{2}$ cm.-rel nagyobb a balénál. A patella ballottál, a bal vállizület fájdalmas, objectív elváltozás nélkül. A gonococcus-vizsgálat pozitív. Hőmérsék 37·2°. Így tart a folyamat nagy fájdalomokkal február 16.-áig.

Február 16. 0·50 cm³ arthigon, hőmérsék 37·2°, éjjel a fájdalmak fokozódnak.

Február 17. Hőmérsék 37·6°, a fájdalmak csökkennek.

Február 18. Láztalan.

Február 19. 1 cm³ arthigon, az ízületek könnyebben mozognak, duzzanatuk csökken.

Február 20. Hőmérsék 37·3°.

Február 21. Kis zsibongó érzések az ízületekben.

Február 22. A jobb térdizület lényegesen visszafejlődött, kerülete alig valamivel vastagabb, mint a balé. 1 $\frac{1}{2}$ cm³ arthigont kap.

Február 23. Kisfokú levertség, bágyadság, 37·2° hőmérsék.

Február 24. A bal térdizület contourja normalis, fájdalom sehol sincs.

Február 25. A beteg felkel, jól érzi magát, fájdalmai nincsenek.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A. Pappenheim: Atlas der menschlichen Blutzellen Supplementband. Erste, zweite und dritte Lieferung. Jena, 1911—1912. Verlag von G. Fischer.

Pappenheim ezen három pótfüzetével kiegészíti már előbb megjelent atlaszát és bebizonyítani törekszik azon álláspontját, melyet ő a fehér vérszettek osztályozásakor és azok leszármaztatásakor elfogad; megmagyarázza és ábrákkal bizonyítja a vörös vérszettek genesiséről és azok osztályozásáról már oly sokszor hangoztatott felfogását.

A munka legnagyobb ékessége kitűnő ábrái, a legtanulságosabb része pedig az ábrákhoz fűzött magyarázatok és elméleti fejtegetések.

Ezen utóbbiak során ismerteti a szerző, hogy miképp fejlődött a különböző festési módszerek igénybevételével a vérszettek morfológiáját tárgyaló tudomány; a *Giemsa-Pappenheim*-féle festési módszerrel ma a sejtek magját, azok plasmáját és annak legfinomabb szerkezetét is élesen szemlélhetővé tudjuk tenni.

Mindenki természetesnek fogja találni, hogy a lerajzolt és megfestett ábrákkal a szerző leginkább a maga igazát védelmezi és azt bizonyítja, hogy az ő — a dualisták és unitariások eltérő nézeteit áthidaló — felfogása a helyes.

A sokat vitatott nagy egymagvú (*Ehrlich*) sejtekről pedig azt bizonyítja, hogy azok nem egyféle sejtek, hanem alakilag hasonló, de származásukat és természetüket tekintve teljesen *különféle* sejtek, és hogy minden lymphoid sejt (a nagy lymphocyták, a leukoblastos lymphocytocták és a splenocyták) idősebb sejtfeleségei ide sorozandók.

A vörös vérszettek tárgyaló rész a legtanulságosabb. A polychromasia, a basophil granulatiók, a megaloblastok, a nagyobb normoblastok (makronormoblast) és más érdekes kérdések alapos fejtegetését találhatjuk meg itt, mindenkor ábrákkal megmagyarázva.

És mindezekon kívül kifejti még a szerző, hogy miképpen képzeli ő a vörös és fehér vérszettek közti analogiát és a vörös és fehér vérszettek törzsfáján mely sejtek hasonló képződmények.

Sajnos, ezen atlaszban is kissé bosszantó *Pappenheim* nehézkes írásmódja. A munka különben csak járatosabb haematologusoknak ajánlható és azoknak, kik *Pappenheim* sejtelméletével meg akarnak ismerkedni.

K. E.

Lapszemle.

Belorvostan.

110 órán át tartott anuria esetét írja le *A. D. Dunn*. A 45 éves férfi mintegy három hétig tartott, heveny vesegyulladásra utaló tünetek között lefolyt betegeskedés után teljesen anuriás lett. Minthogy a szokásos eljárások eredménytelenek maradtak, az anuria 110. órájában mindkét vese decapsulációját végezték. Utána 4 órával megindult a vizelet és az első 24 órában 5190 gramm vizelet ürült, a második 24 órában pedig 1920 gramm. A sebgyógyulás zavartalan volt. Az illető jelenleg, két és fél évvel a műtét után, teljesen jól érzi magát; vizeletének többször megismételt vizsgálata semmi rendelleneset sem mutat. (*Journal of the Amer. Med. Assoc.*, 1912, febr. 17.)

A jodmethylenkék és a réz-sók hatásáról a gümőkőrra ír *Linden*. Állatokon végzett kísérletei kimutatták, hogy a jodmethylenkék és a réz-sók közül különösen a réz összeköttetése lecithinnel nagyon kedvezően befolyásolja a gümőkört. Ezen eredmények alapján *Meissen* (Hohenhonnet) tüdőgümőkór 47 esetében használta a nevezett szereket és nagyon biztató eredményeket ért el; a jodmethylenkék pro mille oldatából hetenként 2—3-szor 2—5 cm³-t fecskendezte a bőr alá. *Strauss* (Barmen) sebészeti gümőkór eseteiben használta

a nevezett szereket subcutan vagy intramuscularis befecskendezés és kenőcs alakjában; tapasztalatai szintén elég kedvezők. (*Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*, 23. kötet, 2. füzet.)

A hasmenést az esetek nagy többségében olyan módon értelmezi *Fuld* (Berlin), hogy az a reflexfolyamat, amely normalis állapotban is megvan és a gyomornyálkahártyának a táplálékkal érintkezése folytán kiváltódva, székürítésre vezet, valami ok folytán fokozott, illetve nem ellensúlyoztatik eléggé. Ebből a felfogásból kiindulva, cocaint használ, még pedig a középponti idegrendszer irritabilitásának csökkentése végett codeinnel együtt. Felnőtteknek a három főétkezés előtt 10 perczel cocaineum hydrochloricum 3%-os oldatából 10 cseppet ad és hasonló mennyiségű codeinphosphatot borsosmenta-vízzel. Gyermekeknek 10%-os oldatot rendel, amelyből annyi cseppet ad, a hány éves a gyermek. Ezen gyógyításmód többnyire feltűnő gyorsan vezet eredményre, de azért a hatás biztosítása illetve tartóssá tévése végett czélszerű mintegy egy hétig folytatni. (*La semaine médicale*, 1912, 35. sz.)

A vizelet összes nitrogen-tartalmának meghatározására új eljárást ajánl *O. Folin* és *Chester J. Farmer*. Az eljárás lényegében hasonló *Kjeldahl* eljárásához, a mennyiben a N-tartalmú anyagok itt is roncsolatnak s H₃N alakjában határozhatjuk meg, azonban az H₃N meghatározása nem titrimetria, hanem colorimetria segélyével történik. Ezen eljárás előnye, hogy 1/5—1/10 cm³, tehát 1—2 csepp vizelet elegendő a meghatározáshoz s hogy egy teljes meghatározáshoz kb. 25—30 percz elégséges.

Jenai üvegből készült széles kémleőcsöbe (20—25 mm. széles, 200 mm. hosszú) 5—10-szeresen hígított vizeletből 1 cm³-t adunk, ehhez 1 cm³ koncentrált H₂SO₄-et, aztán 1 gr. K₂SO₄-et s 1 csepp 50% CuSO₄-oldatot. Kb. 6 perczig forraljuk kis láng felett (mikro-burner), tehát 2 perczel tovább, mint a mennyi idő (4 percz) szükséges az oldat teljes elszíntelenítéséhez; 3 percznyi állás után 6 cm³ destillált vizet adunk hozzá óvatosan. Az H₃N felszabadítására kb. 3 cm³ koncentrált NaOH-oldatot használunk s a H₃N-et vízsugárszivattyú segélyével hajtjuk ki. Rendszerint 10 percz alatt az összes H₃N kihajtatott az H₃N-et egy kb. 2—3 cm³ 1/10 n. savat tartalmazó hasonló kémleőcsöben fogjuk fel. E második, savat feleslegben tartalmazó kémleőcső tartalma H₃N-jének N-mennyiségét colorimetriás úton határozzuk meg. E czélből összehasonlítás végett egy standard H₃N-tartalmú oldatra van szükségünk. E standard-oldat ismert mennyisége (pl. 1 cm³) tartalmaz 1 milligramm N-t. Úgy a kérdéses N-tartalmú oldat, mint ezen standard-oldat 1 mgr. N-t tartalmazó mennyisége egyenlő mértékben, kb. 60—60 cm³-re hígítatjuk fel. 25—25 cm³ destillált vízhez 5—5 cm³ szűrt Nessler-reagenst adva, ezen 30—30 cm³ folyadékot az előbbi 60—60 cm³-hez adjuk, s a Duboscq-colorimeter segélyével összehasonlítjuk a két szint. A kérdéses s a standardoldatok N-tartalmának viszonya egyszerűen leolvasható.

A két oldat nesslerisatiójának egy időben és közvetlen a leolvasás előtt kell történnie, mert a sárga szín állás közben gyengül. Standard H₃N-tartalmú oldatot kristályosítás útján előállított, absolut tiszta (H₄N)₂SO₄ szolgáltat. A reakciónak a legapróbb részletig az előírás szerint kell történnie. (*The Journal of Biological Chemistry*, 1912, június.)

Galambos dr.

Sebészet.

A rákos megbetegedéseknek kovavával és arsenes pastával gyógyítására vonatkozólag *A. Zeller* a következő tapasztalatokat szerelte: Az úgynevezett nakasilicumot (natrium és kalium silicum) a betegek jól tűrik, az étvágy javul és a betegek emésztését igen jól befolyásolja. A pasta a kisebb rákos tumorok eseteiben vagy egyáltalán nem, vagy igen csekély fájdalmat okoz, a nagyobb tumorok eseteiben való alkalmazása már napokig tartó, esetleg igen heves fájdalommal jár. A tumor a gyógykezelés elején esetleg annyira nagyobbodik, hogy kétszeresét éri el a kezelés előtti nagy-

ságának, majd csokoládé-színű, szivacsos külsőt vesz fel és könnyen eltávolítható. Ha a pasta sarcomás szövetbe jut, ez rózsaszínűvé válik, a normalis szövet sárgás színt mutat. Ezen színbeli eltérésekből a diagnosisra is lehet következtetni. A pasta behatására a rákos daganat elpusztul és helyét fekély foglalja el, mely a kezelés beszüntetése után piros sarjadzó felületté alakul át, tisztántartásra és salicylzink-kenőccsel való kezelésre pedig gyorsan behámosodik. A szerző ezen kombinált eljárással az utóbbi időben (1911—1912) 57 beteget gyógykezelt. Ezek közül 44 meggyógyult, 3 meghalt és 10 még gyógykezelés alatt áll. A 3 halálos esetben is a rák kezelése még szép eredményt mutatott volna, a betegek azonban intercurrents betegségben pusztultak el. A szerző csak 20 esetben győződhetett meg mikroskoppal a diagnosis helyességéről, a többiben a klinikai symptomákból következtetett a daganat rákos voltára. Eddig recidivákat nem tapasztalt, ha azonban ilyenek jelentkeznek is, a kombinált módszernek rögtön alkalmazásától a recidivák gyógyulása is remélhető. *Zeller* fejtegetését azzal fejezi be, hogy rákos betegeknek az említett módon való gyógykezelésével a ráktherápia feladatának fontosabb része meg volna oldva. Együttal azon reményének ad kifejezést, hogy azok az esetek is, melyek az ő gyógymódjára alkalmatlanok (az emésztő-béltractus, urogenitalis szervek rákjai) rövid időn belül a belső kezeléssel és sebészi beavatkozással együtt gyógyíthatóvá válnak. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 35. szám.) *Ifj. Hahn Dezső dr.*

A Basedow-betegséggel egyidejűleg beálló bél-tünetekről értekezik *Schmieden*. 36 éves beteget észlelt, a kin a bél részéről nyilvánult kellemetlenségek annyira domináltak a körképben, hogy a beteg hosszú ideig ezen baja ellen kezeltetett. A szerzőnek feltűntek a kezdődő Basedow-kór tünetei: exophthalmus, a pajzsmirigy megnagyobbodása, idegesség és ezen tünetek alapján a pajzsmirigynek részleges, egyoldalú extirpációját végezte. A súlyos jellegű hasmenések a műtét után azonnal megszűntek, míg a Basedow-kór többi tünete csak lassan fejlődött vissza. Azon körülményből, hogy a pajzsmirigy extirpációjával együtt a bél-tünetek oly rohamosan megszűntek, a szerző felveszi, hogy valószínűleg a betegség primaer gócca távolított el. Valószínű, hogy a sympathicusnak thyreotoxicosisa okozta a hasmenéseket és nem a bél nyálkahártyájának direct izgalma. *Hildebrand* a bél részéről jelentkező tüneteket typosus jelenségeknek tartja; a csontig lesóványodott egyének a struma eltávolítása után az ő eseteiben is gyorsan összeszedték magukat. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 33. szám.) *Ifj. Hahn Dezső dr.*

Szülészet és nőorvostan.

A túlkövér lógó hasfalak műtétjéről ír *R. Jolly*. 2 év előtt jutott abba a szinte kényszerhelyzetbe, hogy ilyen műtétet végezzen. Azóta 7 esetben végezte a túlvastag zsírrétegeknek a hasfalból való kimetszését jó eredménnyel. 3 indicatiót említ: 1. vannak asszonyok óriási panniculussal, a kikben a zsírtömeg már csak súlyánál fogva is árt a szívnek; 2. némely esetben aesthetikai okokból kívánják az asszonyok a lógó nagy has eltüntetését; *Jolly* szerint műtét útján könnyebben szabadulnak (?) meg a zsírpárnától és nincsenek kitéve a sokszor kínzó és mégis eredménytelen soványító kúrák martyriumának; 3. javálnak látja még *Jolly* a műtétet mint mellékoperációt abdominalis nagyobb sebészeti beavatkozások esetén (végezte pl. egyszer a jobb hypochondrium lipomájának extirpációját kapcsán, máskor ventrofixatio és *Karrewski*-féle rectus-varrat kapcsán).

A műtét technikai kivitele elég kényes. Lényege bőrből és zsírból álló V alakú részlet kimetszése a hasból, melynek basisa egészen a fasciáig hatol. A zsírréteget catgut-öltésekkel kell összehúzni, a bőrt kapcsokkal egyesíti *Jolly*. A műtét eredménye főként attól függ, hogy a bőrlebenyt jól kirajzoljuk, minthogy az egyesítéskor a bőrszélék túlságos feszültsége kockáztatja a gyógyulást. A nehéz zsírréteg fixálására műtét közben külön műszert ajánl. (Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 37. sz.) *Scherer dr.*

A klimakteriumos és praeklimakteriumos vérzések és hypersecretiók kezeléséről ír *Wanner*. Az 50%-os chlorzinkoldattal való kezelésnek fogja pártját. Lényege az eljárásnak az, hogy a nagy töménységű oldatot bőven ráviszi a méhbélésre, olyan mennyiségben, hogy az endometrium sequester alakjában (a necrotizált belső rész) a kezelés utáni 7—10. napon kiesik. Rendes műtétes előkészülés után 10 számig (*Hegar*) dilatálja a méhszájat, azután kaparást végez. A vérző méhfelületet tamponokkal leszárítja és azután egy kb. 80 cm. hosszú, 10 cm. széles beszegett mullpólyával tömi ki a méhet; ennek a felső, a méhbe kerülő része kifacsarás nélkül át lesz itatva 50%-os chlorzinkoldattal és így kerül a méhbe. A pólya másik fele száraz marad; alsó végét a hüvelyen át künn hagyja lógni. A szeméremrést, a hüvely alsó részét a chlorzink maró hatásával szemben 20% szódakenőcsbe mártott gazecikkal védelmezi. A chlorzinkes és szódakenőcsös csikokat 24 óra mulva kihúzza. A sequester a 7—10. napon vagy magától távozik el, vagy golyófogóval távolítandó el. Ritkán látott csekélyebb hőemelkedéseket. A méhszáj utólagos összetapadását jodoformcsikkal igyekszik elkerülni. Az eljárást 100 esetben végezte; csak 2 esetben látott utána nagyobb lázat és metritist. Eljárását minden egyéb fölé helyezi (?). (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 1912 szeptember.) *Scherer dr.*

Húgyszervi betegségek.

A patkóvese kórtanáról és sebészetéről igen figyelemreméltó tanulmányt írt *G. Boter*. A szerző szerint a patkóalakú vese olyan ritka rendellenesség, hogy alig egy ilyen jut 715 bonczolásra, illetőleg 143 veseműtetre. Habár az egészséges patkóvese az illető egyén életében alig okoz kóros jelenségeket, az ilyen rendellenesen alakult szerv esetleg mégis akár testi, akár szellemi zavarokat is előidézhet. Patkóvese eseteiben a morbiditás elég jelentékeny, vagyis 16·25%, mert mindazon betegségek, melyek az egészséges vesét érhetik, a patkóvesében is előfordulhatnak. A mennyiben a patkóvese mégis okoz klinikai tüneteket, azok rendszeren a következők: fájdalom, emésztési zavarok és ideges jelenségek. Ezen tünetcsoport alapján, de még inkább a tapintás révén a diagnosis több-kevesebb valószínűséggel meg lesz állapítható. A beteg patkóvesét leginkább a tapintás s a röntgenographia révén tudjuk körjelezni. A mennyiben az egészséges patkóvese tüneteket okozna, ezeket csakis műtéttel lehet megszüntetni. Ezzel szemben a beteg patkóvesénél a therapia mindenkor az illető vesebetegség gyógyításában fog állani. A műtétkor a patkóvese mindenik felét extraperitoneumos és lumboabdomenes metszéssel kell feltárni. Minthogy a patkóvesének mind a két fele rendszeren igen mélyen fekszik s ezenkívül nagyon érdős is, ezen okból a műtétnek úgy a technikája, mint a javalatai csaknem minden alkalomkor külön lesznek módosítandók. Természetes dolog, hogy patkóvese esetében mindenféle veseműtétet lehet foganatosítani. A szerző a 61 veseműtétet, melyek beteg patkóvesén eszközöltettek, a következőképpen osztályozta: 42 heminephrectomia és részleges resectio, 5 nephrostomia, 4 pyelotomia és 10 nephrolithotomia. 49 beteg (80%) a műtét után teljesen meggyógyult, 12 pedig (20%) az operatio után csakhamar meghalt. A nephrectomiák közül 3 vesekő, 2 bacillosis, 7 hydro-illetőleg pyonephrosis és 5 álképlet miatt volt foganatosítandó. (Journal d'urologie, 1912, I. 4. füzet.) *Drucker dr.*

Venereás betegségek.

„A prostituáltak mikroszkopos gonorrhoea-vizsgálata a berlini erkölcsrendőrség gyakorlatában“ címen közli *G. Güth* (Berlin) az ellenőrzés körüli eljárásokat. A prostituáltak kötelező orvosi ellenőrzése két részből áll: a diagnosisból és a therapiából. A diagnosis felállítására az ellenőrző rendőrorvosi vizsgálat feladata, a kezelés végrehajtása a kórházi osztályé. A prostituáltak gonorrhoea-diagnosisa azonban klinikailag sokszor vajmi nehéz, főleg akkor, ha

a váladék csekély és nyálkás. Hozzájárul ehhez, hogy a vizsgálatra kerülő nők közvetlenül az ellenőrzés előtt lehetőség szerint azon vannak, hogy a gyanus váladékot (kitörléssel, vizeléssel, irrigálással stb.) eltüntessék. A berlini rendőrorvosi intézmény ezért már évek óta a rendszeres mikroszkopos vizsgálat segélyével végzi ellenőrző vizsgálatát. *Jadassohn* számos nagyarányú statisztikából arra a ma már általában elfogadott álláspontra jutott, hogy a prostituáltak genitális tractusának különböző részeiből nyert váladékban a gonococcus 30–40%^o-ban mutatható ki.

Berlinben jelenleg kb. 3700 vizsgálatra kötelezett prostituált van. Ezeket ragályosságuk szempontjából 3 osztályba sorolják. I. osztály: Valamennyi prostituált, a ki a 24. évét még be nem töltötte, továbbá korra való tekintet nélkül, a ki 1 évnél tovább még nincsen bejegyezve, a kinek syphilise a 3 éven innen van még s végül, a ki hajlandóságot mutat az ellenőrzés kijátszására. Ez az I. csoport tehát hygienés szempontból a legveszedelmesebb, ezért hetenként kétszer kerül kötelező vizsgálat alá. A II. csoportba a 25. és befejezett 34. életév között levő nők tartoznak. Ezek hetenként egyszer jelentkeznek vizsgálat céljából. A III. csoportba a 34 évesnél idősebb prostituáltak tartoznak s csak kéthetenként egyszer tartoznak jelentkezni. A III. osztály adja természetesen a prostituáltak legkisebb contingensét. A vizsgálat alá kerülő nők átlagos száma minden hétköznapon 400. A 400 vizsgálatot 8 vizsgáló orvos végzi, négyen 9-től 12-ig és négyen 12-től 3-ig, összesen 4 vizsgáló teremben. Mindegyik orvosra tehát mintegy 50 vizsgálat kerül naponta. A mikroszkopos gonorrhoea-vizsgálat — még klinikai tünet hiján is — az I. és II. csoporton kéthetenként, a III. csoporton négyhetenként megy végbe.

A váladék mikroszkopos vizsgálatát azonkívül okvetlenül végrehajtják: 1. valamennyi személyen, a ki először kerül rendőrorvosi vizsgálat alá; 2. kankó miatt beutalt nőknél; 3. más hatóság felszólítására. Ily körülmények között minden vizsgáló orvosra naponta mintegy 12 prostituált nőnek mikroszkopos gonorrhoea-vizsgálata kerül. A festés és egyáltalában a készítmény elkészítése külön e célra alkalmazott női laboratoriumi személyzetre — praeparatornőkre — van bízva. Egyelőre négy ilyen női alkalmazott van (fizetésük havi 90—120 márka között mozog). Fontos azonban, hogy a pozitív gonococcus-leletet, melynek alapján a vizsgált prostituált a kórházba kerül, mindenkor csak az orvos állapítja meg. A női alkalmazottak egyébként a histológiából, kemiából és bakteriológiából többhónapos technikai kiképző kurzust tartoznak a berlini sebészeti klinikán elvégezni. (Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, 1912, XIV. k., 1. f.)

Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A **luminal** nevű újabb sedativumról és hypnoticumról megjelent dicsérő közlések nagy számát gyarapítja *Hauptmann*. A freiburgi egyetem psychiatriai és neurologiai klinikáján tett tapasztalatai szerint 0.2—0.3 gramm adagban nagyon jól hat álmatlanság enyhébb és középsúlyos esetekben, még azokban is, a melyekben a veronal s más hasonló szer hatástalan volt. Súlyosabb esetekben 0.5—0.6 grammra kell növelni az adagot. Nagy előnye szernek, hogy natriumsója alakjában a bőr alá is fecskendezhető. A szerző legrészletesebben a luminalnak használatáról epilepsia ellen szól. Nagyon kedvező eredményeket ért el középsúlyos esetekben 0.15—0.2, súlyos esetekben 0.3 gramm pro die használatával, olyankor is, a mikor a bromsók igen nagy adagai is már hatástalanok maradtak. Noha némely esetben hónapokon át naponként szedték a betegek a luminalt, kellemetlen mellék-tünetek avagy cumulativ hatás jelei sohasem mutatkoztak. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 35. szám.)

Osteomalacia néhány esetében *Koch* (Giessen) jó eredménnyel használta a *pituintrint*, a melyből 1—2 cm³-t fecskendezett be naponként. A pituitrin, ellentétben az adrenalin-készítményekkel, teljesen ártalmatlan és e mellett leg-

alább is olyan jól hat a szóban levő bajban. (Medizinische Klinik, 1912, 25. sz.)

Légzészűdést észlelt *Stadler* egy tabeses betegen. Minthogy a mestérséges légzés a mellkas compressiójával fél órán át végezve, nem javított a fenyegető állapotban, a *Meltzer* ajánlotta oxygen-insufflációhoz folyamodott. Közepes vastagságú selyemkathetert vitt a bal mutatóujj vezetése mellett a gégebe a bifurcatióig s azután a kathetert kaucsukső segélyével az oxygen-bombával kötötte össze. A kathetert néhány ragasztótapaszcsikkal rögzítette az arcához. Az eredmény nagyon jó volt, a beteg néhány óra alatt teljesen magához tért. Bronchitis tünetei nem állottak be. (Therapeutische Monatshefte, 1912, 9. füzet.)

Paroxysmosus tachycardia egy esetében *Cornot* és *Baufle* tetemes javulást ért el a huzamos digitalis-használattal. Digitaline Nativelle 1%^o-os alkoholos oldatából eleinte 4, majd 3, illetve 2 cseppet adtak naponként két hónapon át, mire a rohamok megszűntek és csak három hónappal a digitalis-használat beszüntetése után jelentkeztek ismét. A digitalisnak újbóli használata a jelzett módon ekkor megint hatásosnak bizonyult. (Paris médical, 1912, 510. lap.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1912, 38. szám. *Parádi Ferencz*: A placenta praeviáról. *Udránszky László*: Az orvos általános természettudományi műveltsége. *Szászy István*: Antitoxin nélkül gyógyult újabb tetanusos megbetegedések.

Budapesti orvosi ujság, 1912, 39. szám. *Okolicsányi-Kuthy Dezső*: A sebészet a fűdövezs gyógytanában. *Szántó Manó*: A húgysavas diathesisről és gyakorlatunk hibáiról e téren. „Sebészet” melléklet, 3. szám. *Herczel Manó* és *Makai Emil*: A gyomor- és duodenum-fekélyről, különös tekintettel a pylorus-kirekesztésre. *Vragassy Lipót*: Casuistikus közlemények. *Révész Ernő*: A húgykövek sebészetéről. *Kirády Jenő*: A gerincoszlop törései.

Orvosok lapja, 1912, 39. szám. *Chudovszky Mór*: Sebészeti esetek.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Szabó Samu* dr. vágbesztercei körorvost tiszteletbeli járásorvossá, *Politzer Hugó* dr.-t a trencsényi közkórházhoz másodorvossá nevezték ki.

Választás. *Gönczi Dezső* dr.-t homrogi körorvossá, *Sternberg Mór* dr.-t Abaujszántón községi orvossá választották.

Alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán. Megválasztottak: Az I. sz. nőklinika: *Ocsovszky Vilmos* és *Rabstein Mátyás* dr.-ok gyakornoknak; a II. sz. nőklinika: *Kende Béla* és *Gál Felix* dr.-ok díjas gyakornoknak, *Rosner Mór*, *Kardos Henrik*, *Fülöp Albert* dr.-ok gyakornoknak; az I. sz. belklinikához: *Boytha Lajos*, *Giurgiu János*, *Weisz Zoltán* dr.-ok díjas mütönövendéknek, *Nemessányi László*, *Kishalmy Lajos*, *Rösler Frieda*, *Visy Imre* dr.-ok mütönövendéknek; a II. sz. belklinikához: *Mester Emil*, *Hegyi Árpád*, *Nyáry László*, *Bányai Sándor* dr.-ok gyakornoknak; a III. sz. belklinikához: *Faragó Kornél* dr. gyakornoknak; az I. sz. anatómiai intézet: *Dumitreanu Victor* dr., *Hay László*, *Lukács Ernő*, *Ónodi László*, *Ratkóczi Nándor* gyakornoknak, *Csapódi István* díjas demonstratornak; a II. sz. anatómiai intézet: *Russay Gábor* I. tanársegédnek, *Loessel János* II. tanársegédnek, *Meltzer Miklós* díjas gyakornoknak, *Bieber László* díjas demonstratornak; az élettani intézet: *Szokováthy Imre* III. tanársegédnek; a gyógyszerintézet: *Lipták Pál* dr. díjas gyakornoknak; az I. sz. kóronczolástani intézet: *Bedő Ferencz*, *Embery Iván* gyakornoknak; a bakteriologiai intézet: *Majlát Antal* és *Grúsz Frigyes* gyakornoknak; a stomatologiai klinikához: *Dumitreanu Zeno* dr. és *Gáspár Andor* dr. gyakornoknak; a gégeklínika: *Berente István* dr. gyakornoknak; a közegészségtani intézet: *Freund Gyula* díjas gyakornoknak; a fülszeti tanszék: *Germán Tibor* dr. és *Szamek Károly* dr. gyakornoknak.

Genersich-plaquette. Szepešszombati *Genersich Antal* dr. egyetemi ny. r. tanár ez évi február hóban érte meg 70. születésnapját. Ez alkalomból 1912 február hó 4.-én budapesti intézetének jelenlegi és volt alkalmazottai, a kik őt akkor üdvözölték, elhatározták, hogy e nap emlékére mesterükről plaquetteket készítenek. A plaquette, mely *Pásztor János* kiváló szobrászunk sikerült alkotása, most elkészült. Ára 7 korona. Kapható az egyetemi I. számú kóronczolástani intézetben.

Soltmann Ottó †. Szeptember 10.-én hunyt el 68 éves korában *Soltmann* tanár, a lipcei egyetemen a gyermekorvostannak érdemdű professora. Azon kiválasztottak közé tartozott, kik a paediatría jól meg-alapozott fundamentumára a pilléreket felrakták, s neve szaktudományában, jelentős munkássága folytán, feledésbe alig fog menni. Már fiatalon feltűnt kiváló tudományos készségével és 30 éves korában

már professurát nyert a breslauer egyetemen. Midőn 1875-ben a német orvosok gráci vándorgyűlésén *Waldenburg* tanár Berlinből a csak nemrég megalakult gyermekorvostani szakosztályt a belorvostani sectióba akarta beolvasztani, *Soltmann* agitatójával *Waldenburg* tudományos merényletét megghiúsította és a sectio *Steffen* elnöklete alatt 80 lelkes taggal végleg megalakult. Ezen gyűlések folyamán a fehér asztal mellett fogamzott meg egy nagy német gyermekorvostani gyűjtő-munka megírásának eszméje és *C. Gerhardt* főszerkesztése alatt a gyermekorvostani szakma legkiválóbbjainak részvételével csakhamar létrejött a *Gerhardt*-féle pompás, nagyszabású mű, mely a paediatricában mindenkori forrásmunka leendő. *Soltmann* ezen nagy munkában a gyermekek functionális idegbántalmait írta meg avval az alaposággal és eredetiséggel, a mely minden munkájának sajátossága. Általában *Soltmann*-nak kedvenc munkaköre volt a gyermekkori idegbántalmak tanulmányozása és munkálatai az újszülöttek agyműködéséről s az újszülöttek gátló idegeinek működéséről mindenkor értékes munkálatok maradnak a paediatrica irodalmában. Midőn *Henoch* elhalálózásával a berlini gyermekorvostani tanszékre *Heubner* tanár hivatott meg, a lipcei egyetemen a megüresedett professurára egyhangúlag *Soltmann* tanárt jelölték. Azon jelesen szerkesztett évkönyvek, a melyek a klinikával kapcsolatos kórház működéséről *Soltmann* szerkesztésében megjelentek, fényesen tanuskodnak arról, hogy elhunyt érdemdús kartársunk mily szeretettel, mily meleg filantropikus érzéssel, mily nagy tudományossággal vezette és fejlesztette a lipcei gyermekkórházat, a melyet, különösen a 80-as és 90-es években, fejlődő fiatal magyar gyermekorvosaink is sűrűn felkerestek. *Soltmann*-nak utolsó munkálata a „*Gesellschaft für Kinderheilkunde*“ tudományos működésének gyönyörű méltatása, melyet a legutóbbi német vándorgyűlések egyikén a „*Gesellschaft für Kinderheilkunde*“ fennállásának 25 éves évfordulója alkalmával adott elő. *Soltmann* egyike volt azoknak, kik vonzó egyéniségükkel rövid idő alatt mindenkit le tudnak bilincselni és bár nyilvános működése alatt a zöld asztal mellett és a szaklapokban nem egyszer kemény harcot vívott szaktársaival, mindenki szerette, tisztelte és becsülte. És az, a ki oly szerencsés volt, mint alólirott is, hogy hozzá közelebb állva, a fehér asztal mellett bizalmasabb társaságban is élvezhette kedves és vonzó egyéniségét és poetikus érzületét, annak emlékében *Soltmann* örökké élni fog.

Bókay János.

A budapesti poliklinika rendeléseinek augusztusban 3456 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 9753 volt.

Meghalt. *Fekete József* dr. kőrösbölkényi körorvos 56 éves korában szeptember 22.-én. — *Mészáros Lajos* dr. 66 éveskorában szeptember 23.-án Komáromban. — *J. Schmitt*, a belorvostan tanára a nancy-i egyetemen. — *M. H. Richardson*, a sebészet tanára a bostoni Harvard egyetemen, 61 éves korában. — *C. E. F. Monoyer*, az orvosi physika tanára a lyoni egyetemen, 76 éves korában.

Az akadémiai gyermekklinika Düsseldorfban október 14.-étől 26.-ig ismét tartanak továbbképző kurzust *Schlossmann* tanár vezetésével a csecsemőkori physiologiájából, pathologiájából és hygienéjéből. Az elméleti előadásokon és laboratoriumi gyakorlatokon kívül nagy súlyt fognak helyezni a csecsemőgondozásra vonatkozó berendezések gyakorlati bemutatására úgy Düsseldorfban, mint a közeli városokban, nemkülönben a városoknak tejjel való ellátásának gyakorlati tanulmányozására. A jelentkezők czíme a következő: *Geschäftsstelle des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbereich Düsseldorf*, *Werstenerstr. 150*. Külön honorarium nem fizetendő, csak 20 márka beiratási díj.

Az „*Association internationale de Pédiatrie*“ f. é. október hó 6.—10.-e között tartja Párisban első nemzetközi összejövetelét. Tárgyai: a gyermekkori anaemiák s a poliomyelitis. Referensek: *Tixier, Jemma, Czerny, Benckendorff és Muller, Zappert és Ombrédanne*. A poliomyelitis tárgyalása folyamán *Bókay* a magyarhoni, *Figueira* a braziliai, *Gorner* pedig a németalföldi járványt ismerteti. A congressus elnöke *Hutinel*.

Kisebb közlemények az orvostudomány köréből. Az *idősült és recidiváló bőrbajok* nagy része *Walch* szerint központi vérkeringési zavarral társult; ez utóbbi folytán kóros a vérkeringés a bőrben, úgy hogy a bőr nem táptálatlik kellőképpen; a szív működés szabályozása tehát szerinte nagy fontosságú az ilyen bőrbajok gyógyításakor. (Brit. med. journ., 1912, augusztus 10.) — A kanyaróban szenvedők vizelete *Aronson* és *Sommerfeld* szerint tengeri malaczkokra és házinyulakra erősen mérgező hatású. Más fertőző betegségekben (typhus, gümőkór, diphtheria, pertussis, vörheny) nem mutatkozott mérgezőnek a vizelet, serum-exanthema és klinikailag pontosan nem osztályozható néhány exanthema eseteiben ellenben éppen úgy viselkedett, mint a kanyaróban. A szerzők véleménye szerint az intravenás vizeletbefecskendezés kísérleti állatokba diagnosztikailag értékesíthető. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 37. szám.) — A súlyos égés utáni halál magyarázatára már régebben fölvetették, hogy az égett helyen valamilyen mérgek termelődnek és ezek felszívódva okozzák a halált. Szép kísérletekkel bizonyította be ezen felvétel helyességét *Vogt* oly módon, hogy állatokon harmadfokú égést idézett elő és az elégett részt csakhamar kivágva, más állatokra transzplantálta. Ilyenkor az utóbbi állatok elpusztultak, az égett állatok pedig életben maradtak. (Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther., 11. kötet, 2. füzet.)

Az orvosnők Németországban. A nőnemű orvosok száma Németországban 175; ezek közül 125-ről sikerült *Stelzner* dr.-nőnek közelebbi adatokat beszereznie. 78 hajadon, 47 férjezett, a férjnél levők közül 34 abbahagyta az orvosi gyakorlatot, 13 tovább praktizál. A férjezeteknek több mint a fele orvosnak a felesége. A gyakorlatot üzök közül 30 Berlinben, 7 Münchenben, 5 Frankfurtban,

3 Hamburgban, 2-2 Düsseldorfban, Boroszlóban, Karlsruheban, Heidelbergben és Bad Elsterben telepedett le, a többi egyenként más-más helyen. A legtöbb nő orvos nőorvostani vagy gyermekorvostani praxissal foglalkozik, sokan vannak kórházakban, orvosi laboratoriumokban és sanatoriumokban alkalmazva. Majdnem valamennyien boldogultak az orvosi pályán, habár szerény keretek közt.

A francia katonarvosok közül *Léon Labbé*, a francia senatus tagja szerint az elmúlt 80 esztendőben 548 esett el a harcztéren, 399 pusztult el pestis, sárgaláz, cholera és typhus folytán. A krími háborúban a francia hadsereg katonarvosainak 18'22%-át, a kombattans tisztjeinek 14'17%-át veszítette el. A mexikói expedícióban a sárgaláz a katonarvosok 2'0%-át, a katonatisztek 4%-át ragadta el.

Személyi hírek külföldről. *Fr. Hohmeier* (sebészet) és *Fr. Krusius* (szemészet), mindkettő Marburgban, tanári címet, *A. Mayer* tübingeni magántanár (nőorvostan) rendkívüli tanári címet kapott.

Hírek külföldről. Berlin-Wilmersdorfban az egyik téren külön játszótérreket rekesztettek el a számárhurutos gyermekek számára. — *Escherich*-nek, a nemrég elhunyt jeles bécsi gyermekorvosnak szobrot állítanak a gyermekorvostani klinika előcsarnokában. — Az orvostan hallgatók száma az Egyesült Államokban 1911/12-ben 18'412 volt (köztük 679 nő), 1374-gyel kevesebb, mint az előző évben. 116 orvosi fakultás, illetőleg tanintézet van, köztük 10 homöopathiás, 6 „eklektikus“.

A budapesti orvosi kör országos segélyegyletébefizettek: Mezey Sándor, Marschal János, Honke József, Löwensohn Mór, Engel Gábor, Androvich Sándor, Czilczér Benedek, Auszterveil László, Donáth József, Friedrich Alajos, Görgényi Károly, Gonda Mór, Gerő Mór, Gelléri Samu, Genersich Margit, Katona Zoltán, Kappel Izidor, Róth Miksa, Vajda Zsigmond, Wolf Béla, Eisler Miksa, Noel Jakob, Schiff Kálmán, Bakó Sándor, Barta Gábor, Blum Ödön, Fábri Agoston, Aczél Béla, Gyula, Farkas Elemér, Groák Jenő, Komlóssy Béla, Minich Károly, Neuwirth Gusztáv, Planer József, Rosenberg Jenő, Sputz Gyula, Saághy Lajos, Szerb Zsigmond, Szász Hugó, Keményffy Gyula, Weisz Ferencz, Weisshaus Samu, Göbel József, Fábri Agoston, Aczél Béla, Záboly Béla, Urbanetz Ede, Stehló Aurél, Schimpl János, Csató János, Lencső János, Fuchs József, Zachariás Simon, Fialovszky Béla, Fekete József, Weisz Jakob, Steiner Károly Albert, Takács József, Sörös Miklós, Stark Miksa, Székely Mór, Nagy Imre, Csiky Ferencz, Párdányi Emil, Déry Henrik, Mészöly József, Blau Adolt, Hegyessy Béni, Balázs Béla, Kiss Gyula, Veres Pál, Faragó Géza, Mérey Béla, Karsay Zoltán, Guszt Henrik, Kasztriner Mór, Pávelka Ernő, Faragó Andor, Bajnóczy Géza, Ékei Antal, Glatstein Ernő, Koródy Kálmán, Tartoll János, Petraskó Illés, Szőke Károly, Preisz Bernát, Stern Miksa, Herz Oszkár, Rozs István, Mezei Gyula, Bródy Sándor, Kápolnay Kálmán, Klein Jakob, Edelmann Menyhért, Weinberger Ernő, Krenmer György, Wirtzfeld Béla, Chimbir Pál, Krecsmér Pál, László Károly, Sternberg N., Somosi Lajosné, Deutsch Mór, Fekete Aladár, Weser Jakob, Hudomel József, Steinitz Adolt, Klein Jakob, Csutkai Ignác, László Samu, Vándor Ödön, Stern Mór, Steiner Lipót, László Károly, Gottlieb Jakob, Porgesz Bertalan, Itész Zsigmond, Firiczky János, Kronberger Adolt, Kisteleki Frigyes, Cservenák Gyula, Lévy József, Löffelmann Félix, Bogdanovits Milán, Nehrer Samu, Schwarz Márk, Schwarz Lajos, Fűrész Jenő, Olrics Valér, Kelemen Adolt, Adler Zsigmond, Aldor Lajos, Balogh Dezső, Blum Róbert, Dach Sándor, Detre László, Dóczy Imre, Eisler Hugó, Engel Gusztáv, Jakobi József, Kern Géza, Királyfi Armin, Kovács Soma, Kulhy Dezső, Lobstein Leo, Márkus Jenő, Róth Alfréd, Schwarz József, Sturm József, Villányi Béla, Wahrman Simon, Weisz G. J., Nobel Róbert, Hofbauer Miklós, Márton Imre, Stauber Hugó, Stern Adolt, Unterberg Adolt, Zsiga Mór, Neuwirth Nándor, Pazár Béla, Kovács Emil, Fekete Samu, Lefkovich Mór, Megay Gyula, Szabady Lajos, Molnár József, Baltzár Géza, Mauksch Károly, Török Vilmos, Balassa Péter, Frank János, Mayland Henrik, Süss Ferencz, Kalenda Jenő, Gyikos Béla, Rameshofer Sándor, Spitzer Gusztáv, Kratochwilla János, Schreiber Vilmos, Genersich Vilmos, Gallasi József, Lichtscheindel Géza, Adler Alajos, Baumhorn Armin, Deutsch József, Demkő Béla, Gallasi József, Lichtscheindel Géza, Adler Alajos, Baumhorn Armin, Deutsch József, Demkő Béla, Diebala Géza, Doktor Károly, Erdős Emil, Erős Gyula, Gebhardt Ferencz, Gobbi Károly, Goldstein Adolt, Györgyi József, Hajnik Emil, Liebermann Emanuel, Mihajlovics Miklós, Morelli Gusztáv, Pákozdy Károly, Ranschburg Pál, Siklóssy Gyula, Szél Manó, Davida Miklós, Fekete Gábor, Rosenauer Gusztáv, Keppich Jakob, Wagner Dániel, Neu Nándor, Sz. Maszák Elemér, Ofner Oszkár, Prohászka László, Weber Ignác, Udránszky László, Haas Simon, Künstler Mór, Kovács Henrik, Bell József, Sceda Gergely, Zuckermann Mór, Horváth Ferencz, Wiesinger Frigyes, Fried Sámuel, Dobosi Márton, Szikszay Sándor, Zahler Emil, Frigyesy József, Illyés Géza, Balkányi Vilmos, Nádory Béla, Pap Károly, Winternitz Arnold, Wenzel Tivadar, Steiner József, Borszékly Károly, Káldor Bertalan, Göllner Aladár, Csapodi István, Scholtz Kornél, Polgár Emil, Zsigmondy Zoltán, Kelemen Izidor 4-4 koronát.

Katona József, pénztáros.

Lapunk mai számához a *Richter Gedeon* cég „*Hyperol*“ és „*Glanduitrin*“ című prospektusa van mellékelve.

Mai számunkhoz *Balla Sándor* „*Magnospirin Balla*“ című prospektusa van mellékelve.

Lapunk mai számához a „*Vassajodin-Csukamajolaj*“ és „*Vassajodin-Emulsió*“-ról szóló prospectus van mellékelve.

Glanduintrin a hypophysis infundibularis részének 20%-os vizes kivonata. A méh, vérerek és szív tonicuma. Indicatiói: A szülészeti gyakorlatban: méhösszehúzódsók gyengeségénél vagy hiányánál azok megindítására és erősítésére. Atoniás és post partum-vérzéseknél. Mindennemű vérnyomáscsökkenésnél úgy vérvesztések után, valamint fertőző betegségek toxikus vérnyomáscsökkenésénél.

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

DR. MAHLER SANATORIUMA, ABBAZIA
belbetegek — spec. szivbetegek és tüdőlk részére.

A Liget- és Park- Orvosi laboratoriuma
— SANATORIUM
mindennemű vegyi, górcsövi, bakteriologiai, serologiai és histologiai vizsgálatot végez. A laboratorium vezetője: **Dr. Detre László** egy. m.-tanár. Kívánatra részletes tájékoztatást küldünk. **VI., Nagy János-u. 47.** — Telefon 106-00.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet
Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81—01.
Röntgen-laboratorium. Vezetője: **Dr. Alexander Béla**, egyetemi magántanár.

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

Tengeri sanatorium gyermekek és felnőttek részére Portoré
(Kraljevica) Fiume mellett. Modern intézet 10 ágygyal, villamos világítás, gőzfűtés tengerivíztherápia, gyönyörű fekvés, kítűnő ellátás, mérsékelt árak, két orvos.
Kérdőzőkódások csak az igazgatósághoz kéretnek.

Ujtátrafüred magaslati gyógyhely. Egész éven át nyitva. Vízgyógyintézet. Sanatorium. — Modern kényelem, közp. fűtés, villanyvilágítás. Prospektus. Vezető orvos **Dr. Szontagh Miklós**.

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

ORVOSI LABORATORIUM **Dr. MÁTRAJ GÁBOR** és **Dr. SAS BERNÁT**
Telefon 26—96.
VI., Andrásy-út 38.
Vizsgálati tárgyak: Vizelet, köpet. Gyomortartalom, bélürülék, ex- és transzdatumok. Daganatok szövettani vizsgálata. Vervizsgálat (Wassermann) stb.

Tátra-Széplak magaslati gyógyhely 1010 m., vízgyógyintézet, sanatorium ideg- és Basedow-betegek részére, **egész éven át nyitva.** Hízlaló kúrák. Vezető orvos **dr. Guhr Mihály**. Tüdőbetegek fel nem vétetnek.

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.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK
fürdőkhoz.
: LÁPSÓ :
száraz kivonat
ládában á 1 kiló
LÁPLÚG
folyékony kivonat
üvegekben á 2 kiló

PÁLYÁZATOK.

92991/II-1. szám.

A mezőhegyesi m. kir. ménesintézetnél megüresedett orvosi állásra, mely évi

2600 korona készpénzfizetés
480 kgr. búza
440 kgr. rozs
400 kgr. árpa
2000 kgr. széna
12 m³ tűzifa
1460 liter tej

természetbeni lakás és 1 hold illetmény föld haszonélvezetével van egybekötve, ezennel pályázatot hirdetek.

A pályázni kívánók keresztlevelet (születési bizonyítvány), továbbá végzett tanulmányaikról, gyakorlati működésükről és nyelvismereteikről szóló bizonyítványokkal felszerelt folyamodványukat legkésőbb folyó évi október hó 20.-áig a vezetésem alatt álló ministeriumnál nyújtásuk be; később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Mint hogy az egészségügyi szolgálat a ménesintézetnél katonailag van szervezve, a folyamodványhoz egy kötelező nyilatkozat is csatolandó, mely szerint folyamodó magát szolgálati ideje alatt mindenben aláveti a katonai szabályoknak és így a ménesparancsnokság rendeleteit pontosan, lelkiismeretesen teljesíti s általában a ménesintézeti szabályokat megtartja.

M. kir. földmívelésügyi minister.

6511/912.

A munkácsi állami gyermekmenhelynél lemondás folytán megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 1200 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és I. oszt. élelmezés.

Felkérem azon orvosdoktorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányaik hiteles másolataival felszerelt és a belügyminister úrhoz címzett, egy koronás bélyeggel ellátott kérvényüket hozzám f. évi október 15.-éig megküldeni sziveskedjenek.

Gyermekkorházakban vagy más gyermekvédelmi intézetben szerzett gyakorlattal bírók előnyben részesülnek.

M u n k á c s, 1912 szeptember 7.

csatári Nuszer Lajos dr., igazgató-főorvos.

A **kisszállási uradalomban az uradalmi orvosi állás** megüresedvén, ennek betöltésére ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 4000 korona, 40 köbméter tűzifa, szabad lakás és uradalmi lófogat használata. Kötelessége az összes uradalmi alkalmazottak gyógykezelése. Az itteni községi orvosi állás megüresedése esetén az uradalmi orvos ennek elnyerésére is pályázhatik. Azon orvostudor urak kik az állásra pályázni szándékoznak, sziveskedjenek folyamodványukat az Uradalmi Jóságfelügyelőségnek (Kisszállás, Bács megye), a mely készségesen szolgál közelebbi felvilágosításokkal, október hó 15.-éig beküldeni.

K i s s z á l l á s, 1912 szeptember 26.

901/1912. ikt. sz.

Békésvármegye közpórházánál üresedésbe jövö **egy sebészeti segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: Évi 1200 korona készpénzfizetés és I. osztályú teljes ellátás, lakás, fűtés-világítással.

Folyamodni szándékozokat felhívom, hogy képesítésükről szóló, okmányokkal felszerelt folyamodványukat méltóságos *id. Kéry Gyula* úrhoz, Békésvármegye főispánjához intézve, hozzám 1912. évi október hó 15.-éig küldjék be.

G y u l a, 1912 szeptember 26.

Békésvármegye közpórházának igazgatója.

5584/1912. szám.

Zalavármegye nagykanizsai járásába kebeleztet **Légrád nagyközségben** üresedésben levö **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: Törzsfizetés ————— 1600 korona
helyi pótlék ————— 1200

5 évenként 200 korona nyugdíjba beszámítandó korpótlék, a mely 800 koronáig emelkedhetik, természetbeni kényelmes lakás mellékkelhelyiségekkel és kerttel, 4 erdei öl tűzifa és hússzemle-díjak.

Díjmentesen köteles a községi orvos a halottkémlést teljesíteni, a szegény betegeket gyógykezelní és az iskolás gyermekeknek bizonyítványt kiállítani.

Felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. § a értelmében felszerelt kérvényeiket szolgálati úton hozzám f. é. október hó 23.-áig terjesszék be.

A választást f. é. október hó 24.-én, délután 4 órakor fogom a község házában megejteni.

Az állás szabályszerűen felszerelt és előterjesztett kérelem alapján helyettesítés útján azonnal elfoglalható.

N a g y k a n i z s a, 1912. évi szeptember hó 23.-án.

Viosz, főszolgabíró.

11332/1912. szám.

Pályázati hirdetmény határidejének meghosszabbítása. A **mocsi és a bánffyhuynadi kórház igazgatói, osztályorvosi, gondnoki és irnoki állásaira** folyó hó 12.-én 11332/1912. szám alatt hirdetett (az Orvosi Hetilap 37. számában megjelent) pályázat határidejét folyó évi október hó 12. napjáig meghosszabbítom.

K o l o z s v á r t, 1912 szeptember 18.-án.

Dózsa Endre s. k. cs. és kir. kamarás, alispán.

Pálháza székhelylyel (Abauj vármegye) a kör- és uradalmi orvosi állás megüresedett és azonnal betöltendő. A körorvosi fizetés 1600 korona (200 koronás korpótlékokkal), a lakásbér 500 korona, a fuvarátalány 500; a gróf Károlyi uradalom 2000 koronát, a gróf Lónyay-uradalom 400 koronát, a betegsegélyző-egylet 300 koronát fizet; további javadalmazás: 100 köbméter tűzifa és 5 szobás szabad lakás (a gróf Károlyi uradalom által e célra 1000 koronáért bérelve) A székhelyen két szobás kórház van műszerekkel felszerelve A magángyakorlat révén tetemes mellékkeresetre is van kilátás. Felvilágosítást ad gróf Károlyi László titkári hivatala (Budapest, IV., Egyetem-utca 6).