

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.

Közlemények az I. sz. női klinikáról. (Igazgató: Bársony J. dr., udv. tanácsos, egy. tanár.)

Bársony János: Röntgen és radium a méhrákkezelésben. 907. lap.

Scherer Sándor: A méhrák kezelése Röntgen- és radiumbesugárással. (Klinikai rész.) 909. lap.

Kelen Béla: A méhrák kezelése Röntgen- és radiumbesugárással. (Experimentalis rész.) 912. lap.

Drucker Viktor: Közlemény a „Teleia” nyilvános ingyenes rendelő-intézet III. urológiai osztályáról. A subcutan alkalmazható hashajtók jelentősége az urológiában. 915. lap.

Juba Adolf: A középiskolai reform. 916. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Bókay Zoltán: A veleszületett szivbajok monographiája esetek kapcsán. — **Lapszemle. Belorvostan. E. Friedberger és A. Gröber:**

A trepanatióknak s a vagusátvágásnak az anaphylaxiára gyakorolt befolyása. — **Zink:** 110 esetben végzett mesterséges pneumothorax. — **Sebészet. Bockenheimer:** Sebészeti beavatkozások anyagcserebántalmak alkalmával. — **Elnékórtan. H. W. Maier:** A kathythymias téveszmék és paranoia. — **Gyermekorvostan. Simon Flexner:** A poliomyelitis fertőzőmódjai. — **Veneréus betegségek. K. Sudhoff:** A syphillises betegekről való gondoskodás és a luesprophylaxis Nürnbergben 1498–1505-ben. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Wassermann:** Tussis convulsiva. — **Thiberge:** Gégeszűkület. — **Theimer:** Subjectiv fülszörjek. — **Wockenfuss:** Narkophin. 918–922. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Klinikai füzetek. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 922. lap.

Vegyes hírek. 922. lap.

Tudományos társulatok. 923–927. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemények az I. sz. női klinikáról. (Igazgató: Bársony J. dr., udv. tanácsos, egyetemi tanár.)

I.

Röntgen és radium a méhrákkezelésben.

Irja: **Bársony János** dr., egyetemi tanár.*

Tisztelt uraim! Az egyetemi I. sz. női klinika izoláló pavillonja 1909 szeptember 1.-ére, a Budapesten tartott XVI. internationalis orvosi congressus idejére készült el. Földszintjén nyolcz ágy gyermekágyi lázasok, az emeletén szintén nyolcz ágy inoperabilis rákos betegek számára lett berendezve, a célból, hogy rajtuk tanulmányokat folytassunk és kísérleteket tehesünk. A berendezés költségeit lényegesen szaporította a Röntgen-felszerelés és a radium. A klinikának a congressus meghívott tagjai előtt való bemutatásakor a Röntgen-laboratorium már teljesen készen volt, a radiumot csak pár hónappal később kaptuk meg, de 1910 elején már a mai értékben kifejezve kb. 31 mgr. radiumnak voltunk birtokában. Hogy miért emlitem e dátumokat, annak a magyarázatát meg fogom még adni, most egyelőre csak annyit, hogy ebből az tűnik ki, hogy mi már idestova három éve foglalkozunk a therapia e tételével is s ez alapon nemcsak van szerzett jogunk hozzá, de mintegy kötelességünk is, hogy a napirendre tűzött kérdéshez szólnán, tapasztalásainkat elmondjuk. Az 1909. év őszétől kezdve a Röntgen-kezelések kidolgozása foglalt le főként bennünket, az eredményeink nagyon jók voltak, a kezelést igénylő betegek száma hatványozva szaporodott; illusztrálásul legyen felemlítve, hogy két hét előtt kezeltük Röntgen-sugarakkal az ezredik beteget; így azután talán az is, mert ez irányban nagyon le voltunk foglalva, oka volt annak, hogy a radium-

mal is intenzíve foglalkozni alig maradt emberünk és időnk, de még az is történt, hogy egy lassan gyógyuló gümőkóros hason kísérelvén meg a radiumsugárzást, a has nagyon összeégett s a csúnya égés a bátorságunkat a továbbiakban valamennyire lefokozta s ez a körülmény is hozzájárult ahhoz, hogy a radiumkezelés terén nem haladtunk olyan lépésekkel, mint a Röntgen-sugarakkal. Az eredményeinkről két assistensem az ez évi szeptemberi bécsi „Naturforscherversammlung“-on egyszer már beszámolt, ezek általában fedik azt, a mit eddig a kezelésmódról bizonyára bőven olvastak s hallottak s a mit azon a néhány asszonyon, a kiket rá tudunk beszélni, hogy az ülésre eljőjön, ad oculos demonstrálhatunk is. Ez irányban nekem most már nem sok mondanivalóm van. Hogy mégis szólni akartam, annak más oka van. Nevezetesen azt láttam és látom, hogy a hallei *Krönig*-féle publicatióra valóságosan lázas türelmetlenség ömlött el úgy az orvosokon, mint a publikumon; nem volt jóformán nap, a melyen a radium csodásnak hirdetett gyógyhatása felől telefon útján és személyesen kiváltképpen a napi sajtó képviselői ne kértek volna szakvéleményt tőlünk. A magam részéről én ezt mindig megtagadtam. Megtagadtam már azért is, mert harminczéves orvosi gyakorlatom alatt nagyon sokszor volt alkalmam csatlakozni abban, a mit első enthusiasmusukban mások feldicsértek. Aktuális példával mindjárt szolgálhatok: Pár év előtt ugyane helyen, ugyancsak a rákról vitatkozván, az operatív-eredményeket, a kiterjesztett operatiók nagyszerű eredményeit hallottuk dicsérni s most a radiummal a kézben mindakét előadó őszintén elmondta, hogy e nagy operatióknak siralmasan szomorú a végeredménye. Vagy még egy példa: Az imént csak *Krönig*-et említettem, pedig *Bumm* és *Döderlein* is referált Halleban a thorium-radium befolyásáról a beteg hámburjanzásokra. Csak *Krönig*-et említettem azért, mert közülük ő mondja egyedül, hogy a rákot ezentúl ő többé már nem gyógyítja operatióval. Tehát emlékezetükbe hozom először, hogy ugyancsak *Krönig* volt az, a ki nem régen azzal lepett

* Előadva az 1913 nov. 15.-i orvosegyesületi ülésen.

meg bennünket, hogy ők teljesen ki tudják kapcsolni a szülőfájdalmakat s ugyancsak *Krönig* nyilatkozta ki, hogy a Röntgen-sugaraknak a myomákra való bámulatós befolyása folytán ő többé myomát nem fog operálni. *Krönig* tudtommal csak a budapesti congressus után kezdett el Röntgennel dolgozni; a mikor én a felszerelésemet a congressus tagjainak bemutattam, akkor én még a sok meghívott között senkitől sem hallottam, hogy tapasztalásai volnának e téren és az 1911-i müncheni gynaekologus-congressuson a myomák eme terapiájáról sorozatos kísérletek kapcsán még csak *Krönig* és az én klinikám tudott referálni. Szabadjon közben megjegyezmem, hogy a személyes ismeretség és érintkezés révén is a legnagyobb respectussal vagyok *Krönig* iránt, azonban az elmondott események reám való hatása alatt, úgy látom, hogy hirtelen és sietve lelkesedik, hogy entusiastá. Pedig ez a tudományos életben nem egészen jól van, kiváltképpen, ha az illető „tekintély“, mert a tekintélyek szava nagyot vet a latba és elragad magával. Mi nem voltunk vele egy véleményen a szülőfájdalmak kikapcsolását illetőleg sem, meg nem voltunk egészen egy véleményen vele a myomák Röntgen-gyógyítását illetőleg sem s nem osztozunk egyelőre a nagy elragadtatásban a radiumkezelést illetőleg most sem.

Ez az utóbbi a ma felvetett thema, tehát most ennél maradok.

Hogy ne vegyem túlságosan igénybe a türelmüket, csak egészen röviden foglalom össze a rákgyógyítás mai állása felől való nézetemet: Mintahogy a tüdőtuberculosis és a gyermekágyi láz eseteiben, úgy a rákbetegségekben is lesznek mindig olyan természetű esetek, a melyek feltartóztatlanul terjednek és gyógyíthatatlanok. A gyógyulásra való kilátás, a prognosis véleményem szerint két tényező összerevénytől függ e betegségben is, mint az említettem másik kettőben is. Tudniillik az organismus, az ép szövetek ellenállóképességétől s a rák aggressivitasától, mondhatjuk talán úgy is, hogy a virulentiájától. Örökölten elnyomorodott organismus nem tud ellentállni, mintahogy látjuk ezt a tüdőtuberculosis s nagy aggressivitasú rák eseteiben; bármit teszünk, elpusztul a beteg éppen úgy, mintahogy elpusztul a nagyvirulentiájú bacteriumokkal fertőzött gyermekágyas asszony. Csak így magyarázható meg például, hogy fiatal, 20 év körüli rákosok elhalnak kivétel nélkül mind, bármit teszünk velük s csakis ez alapokon magyarázható meg, hogy az egyik rák hónapokig is lokalizált marad, mert legalább is ezt kell róla hinni, ha hónapok multán is nemcsak hogy megoperálható volt, de a kiirtás után teljesen gyógyult is, a másik meg csekély, alig félfüllényi primaer gócz ellenére olyan metastasisokat helyezett le a belső lymphoglandulákba, melyek folytán a mirigy már a műtét idején rákosan szétmállott. Ezeket meggyógyítani nem fogjuk sohasem, ezek ellen praeventive kellene dolgozni, de hát ki fogná magát egyelőre egészségesen praeventive rák ellen kúrálni? A nem foudroyans rák ellen eddig operáltunk s más gyógyeszköz hiányában a régi, elhanyagolt rákok ellen is e módon próbáltunk eljárni.

Ennek a túlzásnak az eredményekkel való elégedetlenség lett a természetes következménye. A két év előtti orvosegyleti rákülésen is azt mondtam, a mit ma, hogy t. i. a linea terminalis nem alkot védgátat a rák terjedése ellen s ha az egész kismedenczét kitarítjuk is, az ilyen súlyos műtétet indikáló, tehát elhanyagolt esetben maradni fog rák bizonyosan valahol a testben. Láttuk a minap *Tauffer* tanár statisztikájából, hogy, míg a könnyű esetek mortalitása Wertheim-műtét után 0%, addig a nehéz esetek primaer műtét halálzási százalékszáma 45%, összefoglalva pedig az egész statisztikát a 84 esetre, 18% halálzást mutatott a *Tauffer*-statisztika. És így van ez a többi operateur munkája után is. Magam 100 Wertheimot csináltam, az 1912. évi műtét mortalitásom 13.7% volt; a végleges gyógyulást megmondani nálunk teljes lehetetlen, az anyag nagy része vidéki, írni-olvasni sem tudó parasztnépből kerül, ezek a kérdezőlevélre nem is válaszolnak s inkább azokról lehet feljegyzésünk, a kiken kiujult megint a betegség, az ilyen

t. i. ismét jelentkezik. Az e módon gyűjtött tapasztalat szerint a nehéz esetek, az úgynevezett elhanyagolt rákok műtét után néha nagyon hamar, akár pár hónap után már, de 2—3 év alatt csaknem bizonyosan ki fognak újulni. E szerint átlagosan véve az elhanyagolt rákosok jobban járnának, ha csak kiégetnék őket, a nem elhanyagoltak azonban aránylag könnyebb műtét árán lehet reménye arra is, hogy véglegesen gyógyul és ha kiújul is később a betegség, az operált évekig is a betegség minden jele nélkül szokott tovább élni, ez idő alatt a bentmaradt csirái a betegségnek tehát csendesek, benuáltak, az organismus által egyelőre mintegy lelokalizáltak.

A *Wertheim*-féle abdominalis műtétről beszélek, mert, bár ez a nehezebb, de a rák ellen a tökéletesebb is; a vaginalis operálás könnyebb s a primaer mortalitas ez okból kedvezőbb, a mirigyeket azonban ez úton vizsgálni sem lehet, annál kevésbé lehet kiirtani, pedig mint az imént említettem, kezdődő portiorák eseteiben is találunk a ráktól már infiltrált, sőt szétmálló nyirokmirigyeket a has üregében. Én 50%-ában az abdominalis rákoperatióimnak találtam legnagyobb mirigyeket a kismedenczében, a legutóbbi két *Wertheim*-műtét alkalmával például, melyek pedig typusosan e műtétre való esetek, tehát nem elhanyagolt cervix-rák voltak, mogyorónyi-diányi szétmálló mirigyeket találtam összekapaszkodva a nagy érfalakkal, még pedig az egyik esetben annyira, hogy a hypogastricát is le kellett kötnöm. Ezeket kiirtani teljes lehetetlen vaginalis operatióval.

A fentemlített orvosegyleti vita után jött előbb a Röntgen, utóbb a radium mint új gyógyítómód a ráktherapiában. Mindkettő éget, miként a tüzes vas, azelőtt t. i. tüzes vassal, paquelinnel égettük ki a roncsolt szöveteket; az általuk okozott égési sebek is olyan nehezen gyógyulnak, mint a vassal ejtett égetések után. Az égetés azonban lassúbb, mint a tüzes vasé, mélyebbre is terjed, meg azután, míg a sugárzás nem túlságos erős, csak a kisebb ellenállású beteg hámsejtekre deletaer hatású, a távolba, a mélységbe azonban a lemérsékelt sugár a szükséges erővel nem tud behatolni, de ha nagyon erős, ő is tönkretesz, összeégeti nemcsak a beteg, hanem az egészséges, még ép szövetet is. A Röntgenről évek óta tudjuk, hogy az öreg ovariumra bénítólag, zsugorítólag hat s hogy ennélfogva a klimaxos myomások 80%-át meg is gyógyíthatjuk vele, azonban fiatal ovariumokra koránt sincs ekkora hatása, bármily erős sugarakat bocsássunk is rájuk s így kell lenni ennek a radium-sugarak befolyásával is. Ez utóbbiakról eddig annyit tudunk, hogy a felszínen a rákot elpusztítja, mélyebben azonban erős és hosszantartó sugározás után is maradnak még vissza rákfészkek. Az utóbb kiirtott méheken eszközölt mikroszkopi vizsgálatok szerint a gyógyulás inkább csak helybeli és magában a szervben sem tekinthető teljesnek vagy befejezettnek, e szerint még kevésbé lehet feltenni azt, hogy a mirigyekbe áttett ráksejtek a sugározás kiirhatta volna. Sőt ma még az iránt sem vagyunk egészen tisztában, hogy miként kell gyengíteniük vagy szétválasztanunk, más szóval filtrálnunk e sugarakat s hogy a beta-, gamma-, vagy a filterből áradó secundaer sugarakra kell-e támaszkodnunk, meg hogy e sugaraknak minő a penetratiója. A sebészek (*Hochenegg*, *Eiselsberg*) enunciaiói nem oly elragadó, mint egyik-másik gynaekologuséi és a sebész által demonstrált esetek közt láthattunk magunk is nagyon összeégett bőr mögött diányi kemény beszűrődést, a mi szintén azt bizonyítja, hogy a mélységben lényegesen csökken a sugarak hatása a beteg sejtekre. Ezek alapján a rák végleges gyógyítását tekintvén a célul, véleményem szerint csupán a radium-sugarakra támaszkodni nem vagyunk ma sem jogosítva s keresnünk kell tovább azon tényezőket, melyek a besugárzás helyétől távolosó fészkek s a mirigyek rákos infiltratióinak tovaterjedését tudják meggátolni. Hogy ezt a praeparált savókkal, a chemotherapia útján, sensibilizálásal, erősebb sugarakkal, Röntgen- és radium-combinatióval vagy más módon tudjuk-e elérni, az még a jövő kérdése. Addig azonban használjuk ki mindenestire a Röntgen- és radium-sugarak kiváló értékét annyira, de csak annyira, a

mennyire az eddigi tanulmányaink feljogosítanak és egyelőre ne helyezünk beléjük túlzott reményeket. Magam azon az állásponton vagyok, hogy kezdődő rák eseteiben, a hol a műtét mortalitása 0 vagy 1—2%, a besugározást arra használom fel, hogy a műtét után visszamaradt vagy ilyenül supponált fészkeket iparkodom bénítani vagy pusztítani vele, a műtetre következő egészséges pár év időt enged erre; azután meg jogosultnak tartom a sugaras kezelést azon esetekben, melyeket eddig a leggyakorlottabb műtők is 45—50% primaer halálzással szoktak operálni s a melyek a tapasztalás szerint a műtét után is majdnem bizonyosan és csakhamar ki fognak újulni. A sugárkezelés mellett ezek közül is meggyógyulhat egyik-másik jobbtermészetű rák éppen úgy, mintahogy a paquelinnel való kiegészítés után is láttunk végleges gyógyulást, ezenfelül a lehetősége ott lebeg annak is, hogy a sugározás folytán megszűnő a szétesésből eredt állandó autointoxicatio és a környezetben a reactiv megvastagodása a parametriumnak, az inoperabilis betegség operabilis lesz. A bemutatásra szánt esetek közt is van egy negyven éves asszony, a kin a megkezdett műtétet abba kellett hagyni, inoperabilisnek tünt ki a betegség s a kit a kiegészítés után időszakonként folyton sugározunk; a kiegészítés tíz év előtt történt s az asszony ma még egészséges.

Mindent összevetve, a mai nappal a végkövetkeztetéseimet magam előtt szinte mulatságos módon a következőkben foglalhatom össze. Azért mondom, hogy mulatságos módon, mert két év előtt ugyane helyen a rákvitában azon az állásponton voltam, hogy az eredmények tanúsága szerint nem vagyunk jogosítva a kiterjedt rák gyógyítása okából olyan operációkra, melyek más rovására va banque számba mennek, hiszen — mint mondám — a linea terminalis nem szab határt a rákos burjánzásnak s ha mi az egész kismedenczét, annak összes lágyrészeit kipraeparáljuk is, a parametriumokba, a hólyagra, a bélre stb. elterjedt rákot a testből mégsem irtottuk ki; hivatkoztam akkor is a nyirokhálózatokra, mint a hogy *Tauffer* tanár is előadásán hivatkozván rájuk, azokat most képen illusztrálta; akkor tehát én voltam a legconservatívabb s most meg én fogom az operatív therapia pártját, ajánlván továbbra is, a mint pár év előtt tettem, hogy t. i., a hol még az életet momentán érintő nagyobb rizikó nélkül tehetjük, irtunk csak ki ezentúl is azt a rákos fészket s azután therapeutice, vagy ha úgy tetszik, praeventive röntgenezzünk és radiumozunk, iparkodjunk velük biztosítani az eredményt hosszabb időre is. A Röntgen és radium a rákgyógyításban ma is még csak kitűnő segédeszközünk, de nem panacea, a műtét s a radium mellé is hiányzik „még egy“ segédeszköz, egy valami s ez a valami nincsen a kezünkben, addig pedig még nincs okunk a túlságos elbizakodásra.

II.

A méhrák kezelése Röntgen- és radiumbesugárással.

(Experimentalis rész)

Irta: *Kelen Béla* dr.

A Röntgen-therapiát klinikánkon 4 év előtt, 1909-ben kezdtük. Eredményeink azóta sokféle megbetegedésben kiállották a tűzpróbát. Első kísérleteinket exercitii causa inoperabilis rákban szenvedő betegeken végeztük.

Foveau de Courmelles, *Deutsch*, *M. Fraenkel* és *Albers-Schönberg* tanulmányai akkor már ismeretesek voltak, a melyek alapján remélni lehetett, hogy az ovariumok működésének beszüntetésével nevezetes sikerek lesznek elérhetők. Reményeink azóta beváltak; eredményeinkről azóta több ízben beszámoltunk és ma már ezer esetet túlhaladó statisztikánk alapján más alkalommal külön fogunk beszámolni.

A carcinomás betegeket akkor nem a gyógyulás reményében sugároztuk be, jóformán csak suggestiv hatást vártunk, hanem a dosisok és sugármérések pontosabb meghatá-

rozását tanulmányoztuk olyan betegeken, a kikkel a röntgenezésen kívül egyebet nem tehattünk. Első kísérleteinkről az Orvosi Hetilap 1910. évi 32. számában számoltunk be és kimondottuk, hogy pontos adagolás mellett az intenzív röntgenezés is veszélytelen.

Csodálkozva láttuk e közben, hogy mily feltűnő javulás mutatkozik rákos betegeken. Subjectiv javulások, ú. m. fájdalomcsillapodás, étvágyjavulás; objectiv javulások: a megsugározott daganatrészletek hatalmas visszafejlődése, vérzés-csökkenés és teljes megszűnés, bűzös folyások teljes eltűnése, testsúlyszaporodás. Sikerült a betegek életét tetemesen meghosszabbítani.

Megsugároztuk ekkor fehér patkányok heréjét, tehát oly szövetet, a mely a daganatok physiologiai paradigmája. A mikroskopi praeparatumokat *Tellyesniczky* tanár vizsgálta s eredményeiről a Természettudományi Társulat élettani szakosztályán számolt be. Láttuk a hámsejtképleteknek nyomtalanul való eltűnését, melynek a pathológiában egyebütt alig van hasonmása.

A pontosabb sugárqualitás-mérések azt mutatták, hogy minél keményebb, minél penetrálőbb a sugár, annál intenzívebb a hatás. A sugárkeménység fokozásának cardinalis hatását már a müncheni nőgyógyászati congressuson hangsúlyoztuk, a mi azonban akkor még egyrészt ellenvetésre talált. Ezen ellenvetéssel szemben bennünket *Gauss* és *Lembcke* „Tiefentherapie“ című művükben nemcsak védelmükbe vettek, hanem tovább mentek és növényeken meg állatokon (békalárvákon) végzett kísérleteik alapján a sugárkeménységnek az eddigieknél tovább fokozását követelték. Az inductorium és a Röntgen-lámpagyártás technikája azonban itt megáll, a hosszas, nagy terhelés az inductort kiolvasztja, a lámpát pedig keresztülíti a szikra. Más utat kell tehát választani. Tudjuk, hogy a Röntgen-sugár nem homogen, hanem lágyabb és keményebb sugarak keveréke. A sugarak útjába aluminiumlemezeket állítunk, ezek a lágyabb sugarakat erősebben nyelik, a keresztülhatoló sugár átlagos keménysége tehát nagyobb. Ennek az ú. n. filter-technikának az általánosítása *Krönig* és *Gauss* hervadhatatlan érdeme. Az általuk megállapított „Freiburgi technika“ többi elvnek egynémelyikével physikai megfontolás és therapiiai kísérlet alapján nem értünk egyet, a mint arra majd később rátérünk. *Gauss* iskolájának eredményei nem jobbak a mieinknél, pedig mi ezeket az eredményeket lényegesen egyszerűbb úton érjük el, a mi a röntgenezés költségessége mellett eléggé számot tesz.

De mindeddig a keménység fokozásában vaktában jártunk el. Voltak keménységmérőink, de azoknak adatai önkényes „fokok“, holt számozások voltak. Ezért kell *Christen* keménységjelzésének nagy fontosságot tulajdonítani. *Christen* a sugárkeménység meghatározására megmondja, hogy hány centimeter vastag azon destillált vízréteg, a mely a sugár felét elnyeli. Ez a felező réteg (Halbwertschicht). Természetes, hogy keményebb sugár felezőrétege vastagabb, lágyabbé vékonyabb. Mivel a destillált víz körülbelül úgy absorbeálja a sugarakat, mint az emberi lágyrészek, a *Christen*-féle felező rétegből ki lehet számítani, hogy adott mélységbe hányadrésze jut annak a sugárnak, a mit a bőrre adtunk. Mikor azt mondtuk, hogy a sugárkeménység 10^9 Wehnelt, akkor természetesen akadt Röntgen-gyógyász, a ki ezekkel a sugarakkal megkísérelte azt, hogy a bőr alatt 12 cm. mélyen fekvő szövetet gyógyítsa. Mikor azonban ma azt mondjuk, hogy „1 cm. fél-réteg, a mi ugyanannyi, akkor tudjuk, hogy a szövet borító szövetben a sugár 12-szer feleződik, a szövet az eredeti sugárnak tehát csak körülbelül $\frac{1}{4098}$ -része jut el ($\frac{1}{2}, \frac{1}{4}, \frac{1}{8}$ stb. . . . a 12. tag = $\frac{1}{4098}$!). Ismerve a felező réteget, a sugárqualitást a priori alkalmatlannak találjuk. 3 cm.-nyi felezőréteggű sugár ellenben alkalmasnak látszik, mert a 12 cm. borító rétegben csak 4-szer feleződik, a mélybejutó sugárquantum tehát az eredetinek $\frac{1}{16}$ része. Ebben rejlik a *Christen*-féle dolgot nagy hordereje. Keveset változtat ezen azon körülmény, hogy a mélybe hatást még egyéb is (a szövetben való áthaladás közben beálló keménységváltozás) befolyásolja. A számításunk nem pontos, de eredményeit első

megközelítésnek tekintjük s látjuk belőle, hogy melyek azok a sugarak, a melyek már az első megközelítésben sem mutatkoznak alkalmasnak.

A *Christen*-féle félrétegmérő eszköznek van egy hátránya, és ez az, hogy éppen therapia közben való használatra kevésbé alkalmas. A méréshez a besugárzást félbe kell szakítani, a Röntgen-lámpát ki kell mozdítani helyzetéből stb. Ezek és egyebek okozzák, hogy a búvárok legnagyobb része therapiahoz alig használja. Ezen a hátrányon akartunk segíteni akkor, a mikor egy kicsiny készüléket szerkesztettünk, mely kezelés közben a keménységet egyfolytában méri. Az eszköz áll egy 1 cm. vastag bakelit-koczkából (műborostyán), mely vékony fafoglatba van erősítve. Therapia esetén a sugárdosist úgyis mérni kell. A koczka mellett szabadon fekszik a dosismérő papír (akár *Holzkecht*-, akár *Kienböck*-féle), a koczka alá pedig egy másik ugyanolyan mérőpapírt teszünk. *Christen* azt állítja, hogy a bakelit ugyanúgy nyeli a sugarakat, mint a destillált víz. Klinikánkon a *Perthes*-féle módszerrel számos anyagot megvizsgáltunk (guttapercha, kaucsuk, celluloid, borostyánkő stb.) s azt találtuk, hogy a destillált víz absorptióját csakugyan a bakelit közelíti meg legjobban. A két mérőpapír által jelzett dosist a dosismérő eszközön leolvassuk. A szabadon fekvő papír mutatja a bőrdosist (sugárquantum). A bakelitkoczka alatti papír természetesen kevesebbet mutat. Ha az elnyelő réteg egy centimeter víz (vagy azzal aequivalens bakelit), akkor érvényes a képlet

$$i = \frac{J}{f \sqrt{2}} \text{ a mely képletben}$$

J = a szabadon fekvő papír által mért dosis, i = 1 cm. bakelit alatti papír által mért dosis, f = felező réteg. A két dosisból tehát a felező réteget ki lehet számítani:

$$f = \frac{\log 2}{\log J - \log i}$$

Ezt a számítást nem kell elvégezni, mert a készülékhez mellékelt számológézen az eredményt egyszerűen le lehet olvasni.

Ennek a keménységmérőnek előnye tehát, hogy a sugárzás alatt egyfolytában mér, méri az alacsony és magas fokokat; azokat is, a melyeket a *Christen* eszköze már nem mutat, sőt egyszerű módosítással a radiumsugár keménységmérésére is alkalmas.

A készülékkel klinikánkon egy éve dolgozunk. Látva a Röntgen-sugarakkal elérhető keménységeket és tudva azt, hogy a sugárhatás nagysága a sugárintenzitásnak a szövetvastagságra vonatkoztatott első differentialhányadosa, kiszámíthatjuk, hogy ez a differentialquotiens, a szövetmélységet állandónak tekintve, a keménységgel egy bizonyos fokig nagyobbodik, úgy hogy annak egy maximuma van, a melyen túl ismét kisebbedik. *Christen* adatai szerint adott szövetmélységre azon sugárkeménység az optimum, melynek felező rétege a szövetmélység $\frac{7}{10}$ része. Ha a sugár ennél lágyabb, akkor már a felületes részek absorbeálják, tehát nem jut elég a mélybe, ha ennél keményebb, akkor elegendő quantum jut ugyan el, de kevesebb energiát ad le.

Méhrák eseteiben a beteg szerv oly mélyen fekszik, hogy 10—15 cm. felező réteggű Röntgen-keménységet technikailag előállítani nem tudunk. Hogy léteznek-e egyáltalában ilyen kemény Röntgen-sugarak, azt egyelőre nem tudjuk. Tapasztalataim arra utalnak, hogy vannak, s újabb *Desauer* is említ ilyen a radiumhoz közel járó keménységeket, egyelőre azonban ezeket gyakorlatilag nem tudjuk hasznosítani. A Röntgen-technika ennél a pontnál megáll s keményebb sugarakért a radioactiv anyagokhoz fordulunk.

Ez az a *physikai alap*, a mely a priori a radiumkezelésre utal. A francziák a radiummal már évek előtt jelentős eredményeket értek el, *Dominici* pedig a budapesti nemzetközi orvosi congressuson már az ólomfilterek alkalmazását is ajánlotta. Bénítólág hatott azonban az eredmények méltánylására azon akkor uralkodó indokolatlan dogma, hogy a radiotherapia a mirigyhám-rákokra hatástalan. Mikor két

év előtt *Wertheim* tanár assistensének Röntgenre egy év óta gyógyultnak mutatkozó carcinomás beteget mutattam be, szánakozó mosolynál egyebet nem tapasztaltam. A hol eredmény látszott mutatkozni, ott diagnostikai tévedésre gondoltak. *Krönig*, *Doederlein*, *Bumm* és más nagynevű búvárnak corporative kellett fellépni, hogy az eredmények hitelre találjanak.

A radiumkezelést három éve folytatjuk. Nagyobb quantum radiumot a németek híressé vált eredményei előtt nem sikerült kapnunk, a rendelkezésünkre álló mennyiség pedig csak szűkösen elegendő 1—2 beteg parallel kezelésére. Kezdetben gyenge filterrel (aluminium, üveg stb.) dolgoztunk, ezekkel jelentős eredményeket elérni nem tudtunk. A minduntalan meginduló lobos folyamatok gátat vetettek a további kezelésnek. Vastagabb ólomfilterekre csak később (kb. $\frac{1}{2}$ éve) tértünk át. Az elméleti meggondolás indokolta ugyan a filteres sugárkeményítés folytatását, de csak valóban határozó kísérletek után szántuk rá magunkat, mert ez a kezelésbe vehető beteganyag tetemes csökkentését jelentette. Eleinte az aluminiumburkot vettük vastagabbra. Észrevehető hatáskülönbség azonban nem mutatkozott. Meglehető volt azonban a hatás, a mikor ólomra tértünk át. Már $\frac{1}{10}$ mm. ólomfilter is igen szembeszökő differentiált mutat. A kóros részek lényegesen enyhébb reactiv lob mellett pusztulnak el. Ugy látszik tehát, hogy itt az ólom specifikus secundaer sugarainak van irányadó szerepe. Ezen specifikus „ólom-sugarak”-ról egyelőre bővebbet mondani nem tudok. Nem tudjuk azt sem, hogy az ú. n. fluoreskáló γ -sugarak-e azok, amelyeknek a hatást tulajdonítani lehetne, vagy pedig az erősen penetráló secundaer β -sugarak? Ugy látszik, hogy az ólomnál nem egyszerű filterhatás szerepel. Filterhatás szempontjából az ólom *Löwenthal* szerint 4-szer oly vastag aluminiummal egyenlő értékű. Aequivalens aluminiumrétegek azonban nem adják az ólommal filtrált sugarak kiváló hatását. Fémekek a radiumsugarakra vonatkozó különleges hatása még felderítve nincs, csupán a Röntgen-sugarak analogiájából következtethetünk arra, hogy ilyen differentiák léteznek. Ha a dolog így van, akkor nem a filter vastagsága a fontos, hanem az anyaga s akkor vékonyabb szűrőkkel is megelégedhetünk, a mi kivált kisebb radiummennyiségek hatásfokozásánál fontos.

Jelenleg 1.3 mm. ólommal filtrálunk, hogy az ultra-penetráló β -sugarak is átjussanak; physikai gondolkozással ugyanis nehéz elképzelni, hogy csakis az alig-alig absorbeálódó γ -sugaraknak volna hatása. A hatás nagysága mindig az absorptióval arányos. A β - és γ -sugarak különböző szövetekben való elnyelése még alig ismeretes. *Chéron* közöl adatokat és táblázatokat, ezekből és a számításokból kiderül, hogy a filtervastagságot nem lehet egyszer és mindenkorra elintézni, hanem esetenként tekintetbe kell venni, hogy mekkora a radiumquantum, mennyi ideig marad fekvő, milyenek a szövetek és milyen mélyen akarunk hatni. A németek mesothorium-filterei nem mérvadók a radiumra, mert a mesothorium sugárzása lágyabb, s így a filteren egész más minőségű és mennyiségű sugár jut keresztül. Ebből magyarázható az a néhány kiterjedtebb nekrosis, a miről a bécsi klinikák referáltak.

Ennyi a penetrációról. Más kérdés a távolság. Tudjuk, hogy minden egy pontból jövő sugárzás a távolság négyzetével fogy. Akármilyen nagy quantum radium áll rendelkezésünkre, mégis csak kevés az. Nem nyújthatjuk a sugárzási időt a végletekig, közel kell mennünk a daganathoz, a mennyire lehet, de akkor a körülfekvő beteg szövetek távolsági differentiája igen nagy, a hatás pedig ennek a differentiának a négyzetével elfogy. Radiummal tehát nem tudunk nagyobb területet befolyásolni, mint néhány centimeter átmérőjű gömbtartalmat. Ezt a közelség okozza, ezen tehát nem lehet javítani egyszerűen a radiumquantum emelésével. Nagyobb quantum hamarabb hat, de a mikor a felületen a maximalis hatás bekövetkezett, a kezelést félbe kellett szakítanunk. Megváltozik a viszony, azaz egyenletesebb lesz a hatás, ha a radiumot vastagabban burkoljuk gaze-zel, ezáltal távolabb

jut a felülettől és a behatás ideje árán fokozódik a mélyrehatás. A radium tehát a szövet mélyében egy kis körben fejti ki hatását, de éppen ez az a kör, a melybe a Röntgen-sugarak a technika mai állása mellett alig jutnak el. A Röntgen és radium tehát egymást kiegészíti s ebből magyarázható az eredmények.

Kissé részletezve ezt a kérdést, a dolog úgy áll, hogy a mélybehatáshoz két dolog szükséges. Kellő sugárkeménység, mert különben az absorptio miatt a sugár elfogy az alatt, míg a beteg részhez jut, és másodsor elegendő intenzitású sugáregergia ahhoz, hogy távolmehessünk az energiaforrással, mert különben a felület és a beteg rész közt nagy lesz a távolságdifferentia, s akkor meg ennek a négyzetével fogy el az energia. Röntgen-sugárból rendelkezésünkre áll a kellő intenzitás, de hiányzik az optimum-penetratio, radiumnál helyes filterezés mellett bőven megvan a penetratio, de kevés a quantum, vagyis az intenzitás. Említettük, hogy a francziák évek előtt közölték eredményeiket, a technikai eljárás ma is teljesen *Dominici*-t követi, mégis azoknak hangja a pusztában elvesző kiáltás volt, s a *sensatio* ott kezdődik, a hol a németek a mesothoriumban addig hallatlan quantum sugárzó anyaghoz jutottak. Ha annyi — szinte elképzelhetetlen — értékű radiumhoz tudnánk jutni, a mely elegendő volna arra, hogy azt nem is kívül a testre, hanem attól oly távolra lehet állítani, mint a Röntgen-lámpát, akkor a carcinoma-therapia az eddigiek szerint meg lenne oldva. Addig azonban, míg ez nincs, szükségünk van a Röntgenre. Haladás tehát két irányban várható: radiumnál fokozni kell a quantumot, Röntgennél a keménységet. Radiummal jobb eredményei lesznek annak, a kinek több áll a rendelkezésére, technikai tudás ehhez nem sok kell.

A radium iránti elragadtatásukban a röntgenezésnek sokan alárendelt szerepet tulajdonítanak, sőt hajlandók el is hagyni. A kérdést nem lehet ilyen egyszerűen elintézni. A mai viszonyok szerint mindkettő kell: Röntgen kívül, radium belül. Hogy a Röntgen-kezelést nem szabad lebecsülni, azt mutatja, hogy két carcinomás betegünk tisztán Röntgenre 3 év óta gyógyultnak mutatkozik, a gyógyulás tehát definitívnek tekinthető. 2 esetben elértük, hogy inoperabilis rák tisztán Röntgennel operálhatóvá vált.

A milyen egyszerű a helyes radiumkezelés, oly komplikált a Röntgen-sugár elérhető maximalis keménységének kimérése és betartása. Nem elegendő egyszerűen kemény lámpát hozatni, nagy feszültségű áramba bekapcsolni és a sugarakat filtrálni. A kemény lámpa már a szállítás alatt felpuhulva érkezik, keménységét sugárzás közben is folyton változtatja s a therapiában igen egyenlőtlen eredményeket ad. Minden lámpa minden sugárzásáról naplót vezetünk, a melyben az inductió készülék és kapcsolóasztal minden reguláló készülékének állása s az e mellett az adott sugárkeménység és intenzitás fel van jegyezve. Míg a lámpa nem ad kellő sugárzást, therapiára nem használjuk. A széltében használatos nagy lámpaterhelés az egyes ülések megrövidítése céljából nem célszerű. Az erős áram következtében a lámpa felmelegszik, megpuhul és sem az állandó irrigatiós vízűtés, sem a *rhythmeur* nem bírja teljesen visszakeményíteni. Nálunk 35 cm. parallel szikraközű lámpák maximum 1.8—2 milliampère-rel járnak. Az esetleges hirtelen keménység-változásokat *Bauer*-féle qualimeterrel ellenőrizzük s a szikraközön koronkint szikráknak kell átugrani, hogy jelezze a lámpa állandó kemény sugárzását. Tisztában vagyunk azzal, hogy a filterezés a sugárkeményítésre nem minden. A filter csak a sugárkeverék lágyabb részeit tartja vissza, de ha a lámpa maga nem kemény, hatása nem kielégítő. Az irodalomban a 3 cm. felezőrétegű sugárzást tekintik legkeményebbnek, nekünk ezen kisebb terhelés, de nagyobb feszültség mellett sikerült a 4 cm.-t elérni. Az áramszakítás ne legyen túlgyors, hanem inkább lassú, de erősebb áramlökésekkel érjük el a kellő lámpaterhelést; igen alkalmasnak mutatkozik a *gáz-megszakító*, melynél az áramerőt és a szakításszámot függetlenül regulázhatjuk. A most széltében divó „Felderbestrahlung“ vagy „Nahkreuzfeuer“-nek nevezett eljárást, a mint azt

a freiburgi iskola ajánlja (*Gauss*), nem vettük át, hanem *Albers-Schönberg*-gel megmaradtunk a lehetőleg kevés területű besugárzásnál. A szakaszos besugárzás (*Felderbestrahlung*) az in toto besugárzással szemben horribilis dosiskülönbségeket tüntet fel: 10—15 x *Kienböck*-féle egység helyett több százat adnak, de ez a különbség csak látszólagos: összeadják az egyes területrészekre adott dosis. Ez éppen olyan hiba, mintha azt állítanók, hogy 10 embernek a hőmérséklete összesen 370° C! Minden identikus területrészt az in toto besugárzás alkalmával éppen annyit kap, mint a szakaszosnál. A szakaszosként való besugárzásnak csak ott van helye, a hol a has annyira elődomborodó, hogy nem lehet olyan egyetlen lámpaállást találni, melytől az egész felület (in toto) közel egyforma távolban van. A szakaszos besugárzás hívei azt állítják, hogy a bőrhöz közel állított lámpa sugárkúpja a mélyben széttér s ott a megelőző sugárzás által egyszer már talált területek, a következő besugárzás alkalmával újra megsugározhatnak. Rég megállapított physikai törvényeket azonban negligálnunk nem szabad s így szélesebb sugárkúpot nem alkalmazhatunk, mint a melynek csúcshöge 30°, mert akkor az oldalsó részek már 10%-kal kevesebb sugárzást kapnak, 30 fokon túl pedig az arány hirtelen rosszabbodik. Merőleges síkfelületnek egy pontból való besugárzásakor ugyanis a sugáregergia a sugárkúp $\frac{1}{2}$ csúcshöge cosinusának harmadik hatványával arányos. Nagy szögek esetén az energia tehát rohamosan esik. 30° szöglet mellett a duplán megsugározott részek azonban csak keskeny oldalsó területre korlátozódnak, a mint erről az anatómiai méretek és a technikai távolságok millimeterpapiron való megrajzolásával meggyőződhetünk. Ugyancsak az anatómiai viszonyok meggátolják, hogy a közelálló nagy átmérőjű lámpa oldalt döntésével a sugarakat ferdén egy helyre koncentráljuk. A has magasabb részeiből nem lehet a medenczébe sugározni. De ha lehetne is, a sugaraknak oly vastag rétegen kellene áthaladni, hogy az absorptio miatt nem maradna belőlük semmi. Keresztűzet intézni csak szemben fekvő testoldalakra lehet s ezt, ha kell, alkalmazzuk is.

Egyébként az egyoldali keresztűzet kivihetlensége miatt inkább a távolabbi lámpaállást használjuk. Igaz ugyan, hogy akkor hosszabb a besugárzási idő, de kisebb a felület és mélység közötti távolságdifferentia és így ugyanolyan erős felületi sugárzás mellett relative nagyobb a mélybe jutó dosis. Így pl. 20 cm.-nyi lámpatávolság esetén a szövet 10 cm.-nyi mélyébe (nem tekintve az absorptiót, mely azonos sugárkeménység esetén egyforma) a felületi dosis $\frac{4}{9}$ része jut (quadratos fogyás), 40 cm.-nyi lámpaállás esetén ellenben $\frac{16}{25}$ része, a mi lényegesen több. Vannak irodalmi közlések, melyek kísérleti alapon akarják bizonyítani, hogy közeli és távoli lámpaállás esetén közel egyenlő energia jut a mélybe. Ha ez áll, akkor megdőlné azon physikai törvény, hogy a sugárzó energia a távolság négyzetével fogy. A kísérletből nem ezt, hanem azt kellett volna következtetni, hogy a dosis-mérőeszköz nem pontos.

A fenti kísérlet is mutatja, hogy mily kevésbé bízhatjuk magunkat a dosimeterekre, ha maximalis adagok kiméréséről van szó. *Kienböck* quantimetre nem pontatlanabb, mint a többi, de a mérőpapir photographiai előhívása miatt körülményes. Mi a *Holzknacht-Sabouraud*-féléit használjuk, de megtörténik, hogy egy-egy mérőpastilla-csomag más dosisokat mutat, mint a többi. Megesett, hogy az egyik pastilla series 2 H egységet mutatott akkor, a mikor a másik 5 H-t! A pastillák érzékenységét tehát kontrollálni kell. Erre nem találtunk alkalmasabb anyagot, mint a radiumot. Egyszerre több series pastillát tartunk készletben és belőlük egy-két darabot előre kipróbálunk radiummal.

Lobosodás veszélye nélkül addig szabad röntgenezni a beteget, míg a mérőpastilla olyan szint vesz fel, mint a milyen csupán csillámmal fedett 3.8 mgr. radium-elem tartalmazó készítmény okoz 38 óra alatt 1 cm. távolból. A csillám az α -sugarakat kizárja. Ha más quantum radiummal mérünk, akkor ezt a kerekszám 150 mgr.-óra-centimetert át kell szá-

mítanunk. Ez a dosis a 3 cm. (*Christen*) keménységű sugarakra érvényes, közép kemény sugarakból (0.8—1 cm. *Christen*), ennek csak a fele adható. Ezt a megállapítást nem tartjuk véglegesnek, inkább kissé kisebbnek vettük és úgy állapítottuk meg, hogy egy hosszabb kísérleti sorozatban a betegeket csoportokba osztva, havonként kevésbé fokoztuk a dosis, míg a 200 mgr.-óra-cm. dosis után a betegek közül már egykettő bőrvizketésről panaszkodott. A pastilla-csomagra feljegyezzük, hogy 150 mgr.-óra-cm. radium hány „H“-egységnek felel meg és sugárzás közben annyit adunk.

Kezelésre csak teljesen egyenletesen sugárzó, használatban már teljesen keménynyé vált lámpát használunk, a mely lámpa ezen egyenletes üzem alatt már be van mérve, hogy mennyi idő alatt mekkora dosis ad. Ennek a bemérésnek technikáját az Orvosi Hetilap 1911. évfolyamában már közöltem.

A radiumsugárzás adagolását illetőleg is nagy confusio uralkodik. A milligramm-óra nem praecis kifejezés, tudni kellene, hogy milyen a praeparatum? (bromid vagy carbonat?), hány % a radium-tartalma?, milyen vastag a burkolása: ólom és borító gaze-szövet külön-külön? A dosis a fém-radiumtartalomra kellene vonatkoztatni, nem a bruttosúlyra és a milligramm-óra mellett még a használt praeparatum netto radiumsúlyát is megadni.

Ismernünk kellene még a β -sugarak absorptióját ólom-ban felezőréteg-értékekben kifejezve, hogy számítás útján közelítőleg megmondhassuk, hogy mennyi β -sugár van keverve a γ -sugarakhoz. Végeztünk ugyan ez irányban néhány tájékoztató kísérletet, de ezek még nincsenek befejezve. Ezen adatok pontos meghatározását a physikusoktól kell várunk, a kikre e tekintetben még sok feladat vár. A radiumtherapia sokat nyerne a β - és γ -sugarak destillált vízben való absorptió-törvényének pontos megállapításával. Az eddigi elszórt és sokszor ellentmondó adatok alapján átszámítva, a γ -sugarak valószínűleg 50 cm. vízben feleződnek, tehát túlkemények, a β -sugarak egy része tehát jobban megközelíti az optimum keménységét. Valószínű, hogy a quantitativ absorptio-különbség mellett qualitativ differentiak is szerepelnek. E részben csak sejtésekre vagyunk utalva, annyit azonban az eddigiek-ből is látunk, hogy az inoperabilis rákok a combinativ Röntgen- és radium-kezelésre javulnak, sőt gyógyulni látszanak. De ne gondoljuk azért, hogy a bölcsek kövét találtuk meg. Szigorú önkritikával bíralt hosszú kísérletezés sora szükséges még addig, a míg tisztán láthatunk. Akkor, a mikor még a rák aetiologiája sem ismeretes, a mikor még a morphologiája sincs teljesen felderítve, túlságos enthusiasmusnak kell tartanunk egyes búvárok ama nyilatkozatát, hogy a radium előtt leteszik a kést. Bármily káprázatos eredményeket láttak mások és láttunk mi is, klinikánkon az operabilis rákot legsürgősebben operáljuk. Műtét után jöhet a Röntgen, jöhet a radium a netán bent maradt góczok ellen. Ne essünk az ellenkező túlzásba sem. Kellemetlen következményektől (necrosis, thrombosis) nem kell félni akkor, ha fokozatos emelkedéssel kipróbáltuk a dosis hatását. Nem értünk egyet azzal, hogy a portio direkt besugárzására Röntgennel minél nagyobb drasztikus dosisokat kell adnunk. Jogosult a kérdés, hogy ne itt keressük-e az irodalomban közölt néhány súlyos elégetés okát? Mi a portióra $1\frac{1}{2}$ -szeres bórdosisnál többet nem adtunk, sőt újabban a kérdés tisztázása céljából a combinativ kezeléskor a vaginalis röntgenezést beszüntettük.

A radiumkezelés előnyét sokan abban látják, hogy nem igényel olyan technikai készültséget, mint a röntgenezés. Röntgenezés nélkül a radiumkezelés legtöbbször félmunka. Sürgetnünk kell, hogy a röntgenezést minél többen elsajátítsák. Legújabbban is láttunk három — ugyan nem carcinomás — esetet, a melyben a beteg a több száz x-dosisú szakaszos besugárzás hosszas eredménytelensége után $\frac{1}{2}$ —1 évvel fordult hozzánk. Ezek közül kettő $\frac{1}{4}$ éven belül, egy pedig 1 hónap alatt meggyógyult. A szakaszos besugárzás hívei erre azt mondhatják, hogy nem a methodusban, hanem a kezelőben volt a hiba. Ez igaz. Mi sem akarunk többet mondani. Nem mondjuk, hogy a szakaszos besugárzás alkalmatlan,

hisz vannak, a kik egy-egy myomaseriesben 100% gyógyulást is elértek vele, csak azt akarjuk dokumentálni, hogy a punctum saliens nem a szakasz, nem a közeli lámpaállás, nem a keresztűz, hanem a helyes dosis, a helyes keménység s általában a physikai tudás. Az *in toto* besugárzást csak azért ajánljuk, mert egyszerűbb úton és olcsóbban vezet eredményre.

III.

A méhrák kezelése Röntgen- és radiumbesugárzással.*

(Klinikai rész.)

Irta: Scherer Sándor dr., egyetemi tanársegéd.

Lehetőleg rövidre összefoglalva azokat a gyógyeredményeket óhajtom ismertetni, a melyeket az I. sz. női klinikán a méhrák kezelésében Röntgen- és radiumbesugárzással értünk. A méhrák rendszeres kezelését Röntgen-sugárral 1910. évi február óta, a Röntgen- és radium combinativ kezelést pedig 1911. évi május óta folytatjuk. Összesen 226 beteg állott kezelés alatt, a kiket a könnyebb áttekinthetőség céljából 5 csoportba osztottam.

I. csoport. *Prophylaxisos (praeventiv) Röntgen-besugárzás*. Ebbe a csoportba a radicalis méhrák-műtét után (*Wertheim*, módosított *Wertheim-Zweifel*, kiterjesztett vaginalis extirpatio) végzett rendszeres besugárzásokat értjük. Intézetünkben az 1910. év eleje óta a betegek műtét után, mielőtt távoznak, kapják a prophylaxisos besugárzást; ezen datum alapján intézetünkben szám szerint is, irodalmi adatokból következtetve is az első helyen állunk. A betegek azután még $\frac{1}{4}$ évig, vagy ha a malignitas úgy kívánja, huzamosabb ideig részesülnek besugárzásokban.

Radicalis műtét után besugároztunk 77 beteget. E nagyszámú beteg közül 58 esetben rendelkezünk pontos feljegyzéssel, a többi beteg vagy vidéki asszony, a ki szegénysége miatt nem jött újból kezelésre, vagy pedig magukat egészségesnek érző parasztasszonyok, a kik tapasztalás szerint csak akkor jelentkeznek, mikor már erős recidivájuk van.

58 asszony közül meghalt 10,	
recidivamentes 3 év óta	5 eset
” 2 ” ”	15 ”
” 1 ” ”	20 ”
” $\frac{1}{2}$ ” ”	8 ”

Ezen adatokat összehasonlítva klinikánk carcinomás törzskönyvének 1907. és 1908. évi adataival, a recidivamentesség a Röntgen-besugárzás következtében $10\frac{1}{2}\%$ -kal javult.

Mivel ezen prophylaxisos besugárzásoknak a hasznát statisztikailag is ki tudtuk mutatni, mivel a recidivamentesség százaléka javult s mivel ezen praeventiv kúrák, melyeket régebben sokan, így különösen *Kirstein* a Röntgen-therapiáról írt monographiájában, egyenesen azzal vádoltak, hogy hatásuk nemcsak problemás, hanem káros, tekintetbe véve azt, hogy a kisebb dosisú Röntgen-besugárzások nem emelkednek túl az izgatató és így proliferatiót előidéző dosison s ezzel egyetemben tulajdonképpen csak a recidivákat siettetnék, ezen 10% statisztikai javulásból azon következtetést vontuk, hogy tudunk már *bénító dosis* adni s ezért a prophylaxisos besugárzásokat a jövőben még erősebb dosisokban, még hosszabb ideig adjuk. Valószínű különben, hogy ez a percent kissé pessimistikusan van felvéve, a mennyiben csak azokat vettük fel (58), a kik válaszoltak, vagy személyesen jelentkeztek s kikerült pontos feljegyzéseink vannak.

II. csoport. *Röntgen-kezelés inoperabilis méhrák 103 és ovarium-carcinoma 5 esetében*. Itt is hangsúlyoznunk kell, hogy vidéki betegeink egy része vagy szegénység, vagy talán indolentia következtében nem jelentkezett 2—3-szori besugárzás után. Ki kell emelnem mégis a következő eredményes eseteket:

* Előadás a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1913 november 15.-i ülésén.

1. 24 inoperabilis eset $1\frac{1}{2}$ —2 év óta állandó kezelés alatt áll. A folyás s fájdalmak megszűntek, jó közérzés, hízás észlelhető. Van köztük olyan is, a mely gyógyultnak látszik, tekintettel azonban, hogy még nem 3 éves, végleges gyógyulásról szólni nem akarunk.

2. 3 esetben a recidivacsomók teljes visszafejlődését észleltük.

3. 2 esetben az inoperabilis folyamat teljesen visszafejlődött. Az esetek gyógyultnak mondhatók (több mint 3 év óta állnak pontos észlelés alatt).

4. 2 látszólag inoperabilis eset operabilissá vált.

A III. csoportba különféleket soroltam (12 eset), melyek közül egy gyógyult actinomyosis ovarii és egy gyógyult mammacarcinoid esetét kell kiemelnem.

A IV. csoport anyaga a Röntgen- és a radiumkezelés történeti fejlődésébe tartozik. Ez időben a radiumot gyöngé (üveg- vagy aluminium-) filterekkel szűrtük és aránylag csak rövid ideig hagytuk a kóros szövetek felett. Egyes kísérletekben azonban huzamosabb ideig is fekvé maradt és utána lobosodásokat, sőt pár esetben mélyre terjedő égési sebeket is kaptunk. Daczára ennek azonban a pathológiás szövetek kevésbé reagáltak; látszott ugyan javulás, az érintkezésben lévő góczok megkisebbedtek, de mindent összevéve ezen próbakísérletek nem voltak kielégítőek (14 eset).

Az V. csoportba soroztam azokat az eseteket, a melyeket vastag ólomfilterekkel kezelünk, intenzív vaginalis és abdominalis Röntgen-besugárással kombinálva. A lényeg az, hogy most már megfelelő filter (1.3 mm. ólom) alkalmazása folytán az elégeésektől nem kell félni és így a készítményt órákig, sőt a 10 mgr.-os ólomcapsulát napokig is benthagyhatjuk a hüvelyben. Anyagom, melyről beszámolok, ugyanaz, melyről az 1913 szeptemberi bécsi „Naturforscher-Versammlung“-on már beszámoltam. Csak a folyó év augusztus végéig kezelt betegekről szölok, a kiknek egy része már vidékre utazott és most jött fel újra revisióra. Ezek tehát hosszabb kezelés után már körülbelül két hónapja kezelés nélkül állottak és ezért az adatok, a miket felülvizsgálatuk szolgált, annál értékesebb. A szeptember óta kezelés alatt álló méhrákos betegeinkről majd egy másik alkalommal fogunk beszámolni; ezekben is van feltűnő javulás, de ennek állandóságáról az észlelési idő rövidege miatt nem lehet szó. Természetesen, mielőtt az eredmények bírálatásába bocsájtkozom, hangsúlyoznom kell, hogy még nem vagyunk teljesen tisztában a radium adagolásával és nincs kritériumunk, a mely megmutatná, mikor tartjuk a kezelést befejezettnek. Bemutatandó eseteinkben a carcinomás folyamat teljesen visszafejlődött. Külön említtem meg a 845. sz. beteget, kinek kezelését külső körülmények miatt abba kellett hagynunk, akkor, mikor még a mikroszkop szerint bőven volt carcinomás fészék található. A folyamat visszafejlődött, de meglepetéssel tapasztaltuk, hogy a mikor a beteg revisióra jelentkezett, fistula vesicovaginalist konstatáltunk rajta. *Intő példa ez arra, hogy ha a makroszkopos lelet a folyamat visszafejlődését mutatja is, annak alapján soha, hanem mindig csak a mikroszkopi negatív lelet alapján hagyjuk abba a kezelést.* A többi esetben úgy a közérzés, mint a genitalis status rosszabbodást nem mutatott, tehát legalább is ezen két hónapi ellenőrzés ideje alatt visszaesés nincsen. Hogy a további észlelési idő milyen tapasztalatokat fog hozni, arról majd szintén egy más alkalommal a jelenleg kezelés alatt álló esetekkel együtt, fogok beszámolni. Az egyes esetek részletes ismertetését a következőkben közölhetem (lásd a táblázatot):

Conclusio:

I. Hatás és alkalmazás mód. A méhrák kezelésében tökéletesnek látszó eredményeket csak a Röntgen és radium combinatív alkalmazásával lehet elérni, mivel a nyirokmirigyeknek és nyirokutaknak az abdomen felől való besugáráására a Röntgen-sugarak alkalmasabbak. Ezeknek a rejtőző góczoknak, metastasisoknak, a melyeket szinte fel kell fedezni, a besugáráására a radium nem alkalmas és ezeknek a radium által való befolyásolása legalább is kétséges. Mi csak locali-

san a carcinomás tumor zsugorítását, visszafejlését és elpusztítását, bizonyos körzeten belül, merjük a radiumsugarakra bízni, a mirigyeket és a hasüreg mély besugáráását Röntgen-sugárral végeztetjük. Az alkalmazás módja tehát a következő: a) localisan a carcinomás portióra helyezük a radiumot, melynek megsűrűsére 1.3 mm.-es ólomlemez használunk, a melyen tehát a kemény β - és a γ -sugarak is áthatolhatnak. Ezekre a β -sugarakra szükség van, a mint ezen nézetünk a tekintélyes immenstadi *Christoph Müller* a Münchener mediz. Wochenschrift 44. számában közölt fejtegetésével szintén támogatta. Sémásan úgy mondjuk, hogy a kevésbé filterezett radiumsugarak inflammatiót és necrosist okoznak, különösen a velük érintkező és közeli szövetrétegekben. Az erősebben filtrált sugarak pedig selectiv hatásúak, azaz relative kevésbé vagy semmit sem befolyásolják az ép részleteket s lobosodások nélkül tönkre teszik a labilis kóros részleteket, azonfelül mélyebbre hatnak. Bővebben átgondolva, a dolog nem áll ilyen egyszerűen. Erősen necrotizáló hatásokat okoznak a nagyon erősen filtrált sugarak is, ha túladagoltuk a kezelést s a lágyabb sugarak sem okoznak lobos necrosisokat egy bizonyos dosisminimumon alul. De mivel lágyabb sugarak esetén vagy vékonyabb filterek mellett az alatt az idő alatt, míg a távolabbi részletekben a kívánt hatás bekövetkezik, már annyi sugár absorbeálódik a felületen és ahhoz közel, hogy ez a necrosis küszöbértékét áthaladja, azért általánosságban mégis a lágyabb sugarakat necrotizáló hatásúnak kell tartanunk. Bizonyos filtervastagságok mellett és bizonyos ideig tartó behatások esetén ezen elhalások nem a közönséges lobokkal kombinált durva kórbonczolástani gangraenának felelnek meg, hanem fokozatos átmenetet mutatnak a cytolysis, karyolysis, hydropsos degeneratio stb. alakjában jelentkező tönkrementéshez és így a filter vastagságának a behatási idővel és a radiumquantummal való finomabb nuancirozása által gangraena nélküli felületes szövetpusztítást lehet előidézni, hogyha az célszerűnek mutatkozik. *Chéron* (Archiv de Gynaekologie 1913 január) közli idevágó tapasztalatait, a melyek még talán nem elegendők arra, hogy pontosabb indiciók alapjául szolgáljanak, de directívát alkotnak akkor, ha példának okáért felületes nyálkahártyarétegeket, pl. a kürettezéshez hasonlóan, el akarunk pusztítani vagy különálló dagatgöböket eltüntetni, a mely esetben $\frac{1}{2}$ —1 mm.-es ólomfiltereket használhatunk. A lobosodás veszélye ilyenkor is fennáll, úgy hogy ezidő szerint ilyen esetekben igen expectative kell eljárunk, a mélyebb hatás elérésére minden esetre vastagabb filterek szükségesek. A filtervastagságnak azonkívül a Röntgen-therapia intenzitásával is arányban kell állania. Nagyon kemény mélyreható Röntgen-sugáráskor vékonyabb filterekkel is beérhetjük. A mi közönségesen használt 1.3 mm. ólomfiltereinket sem mernénk ajánlani, csakis nagyon mélyreható intenzív Röntgen-therapiával kapcsolatban.

b) Az általános besugárást Röntgennel végezzük és itt meg kell jegyeznünk, hogy még sok várható a Röntgen-therapia tökéletesítésétől.

c) Végül, hogy az újabban megindult chemotherapiás kísérletekkel, melyeknek célja bizonyos chemiai anyagokkal a szervezet radiosensibilitását emelni, milyen eredményünk lesz, arról e pillanatban még korai lenne nyilatkozni. Fel-említem azonban, hogy *Werner* heidelbergi tanár az enzytolal biztató eredményeket ért el.

2. Accidentális tünetek: A melléktünetek közül pár átmeneti hőemelkedést jegyezhetünk fel, a pulusszámban lényeges elváltozást nem találtunk. A kellemetlen tünetek közül a czombokba kisugárzó fájdalmakat, keresztfájdalmakat, praecordialis félelmet, fejfájást kell felemlítenünk, nagyobb jelentőséget azonban ezeknek nem kell tulajdonítanunk, a meny nyiben legtöbbnyire dosishibára vezethetők vissza. Minden esetre hangsúlyoznom kell azonban, hogy az alapbántalom súlyosságával szemben ezek a bekövetkező eshetőségek számításba se jönnek. Már fontosabb megemlítenem és kiemelnem a 380. számú esetet, a melyben, különben operabilis portiocarcinoma esetében, mivel a műtétet subfebrilitás miatt el kellett halasztani, ideiglenesen radiumkezelést kezdtünk.

Kimutatás az I. sz. női klinikán combinative (Röntgen + radium, erős sugárszűrés, huzamos alkalmazás) kezelt azon betegekről, a kik a látszólagos gyógyulás után legalább két hónapja állnak megfigyelés alatt.

Név, kor, kezelésszám	Panaszok	Kezelés alatt	Diagnosis. Status a kezelés kezdetén	Műtét	Röntgen	Radium mgr.-óra	Súly-mérés kgr.	Vérvizsgálatok	Status a kezelés végén	Subjectiv javulás	Mikroskopi vizsgálat Megjegyzések
Özv. Tr. J. 44 éves. 824. Röntgen-szám	Egy év óta állandó vérzés, kínzó keresztfájdalmak	1913 VI. 22.-étől IX. 1.-éig	Carcinoma portionis cum infiltratione parametr.in.op. Almányi kraterszerű tumor	—	Vag. + abd.	9620	+ 1·2	Vörös vérsajt + 140.000, fehér vérsajt + 0. Haemoglobin + 12%	A portiotumor eltűnt, helyén sekély, hámmal borított bemélyedés	A vérzés, a keresztfájdalmak teljesen megszűntek. Kitűnő étvágy. Hízott.	VI. 24. Próbaexcisio histologiai vizsgálatra. VII. 26. IX. 1. Próbaexcisio.
B. J. 380. felv. szám	Rendetlen vérzések	VI. 24.	Cc. port. ut. oper. Subfebrilitas miatt nem op., egyelőre Ra-kezelés	—	Vag. + abd.	640	67·5	3,632.000, 12.600 62%	Exsudat. fejlődött	—	Saját kívánságára hazabocsátjuk
Özv. Sch. J. 44 éves. 598. Röntgen-szám	Véres folyás, székélskor, különösen vizeléskor gyötrő fájdalmak	VI. 3.-ától VIII. 2.-áig	Recid. post op. sec. Wertheim ante XII. menses factam. A hüvely elülső falán egy tyúktójsny, old. két galambtojsny recid.-göb	Recidiva	Vag. + abd.	4520	+ 4·8	Vörös vérsajt + 610.000, fehér vérsajt — 2000. Haemoglobin ± 0	Recidivagöbök nyom nélkül visszafejldtek	Igen jó közérzés. Vizeleskor, székélskor semmi fájdalom. Hízott. A folyás megszűnt	Ritkán szédül. Myodegeneratio cordis
O. Gy. 50 é. 410. Röntgen-szám	Rendetlen vérzések	VII. 2.-ától VIII. 10.-éig	Carc. vag. A hüvely hátsó falán galambtojsny gócz	Exstirp.	Vag. + abd.	1640	— 1·9	—	A hüvely hátsó fala teljesen sima	Általános jó közérzés. Vérzések megszűntek	Prophylaxisos besugárzás
St. M. 51. é. 410. Röntgen-szám	Utóbbi két hét alatt kétszer óriási vérzés lepte meg	V. 31.	Rec. post op. Wertheim-Zweifel (műtét 1½ év előtt). A hüvely telis-tele recidivagöbökkel	Recidiva	Vag. + abd.	640	—	Vörös vérsajt 3,088.000, fehér vérsajt 4300, haemoglobin 68%	—	—	A kezelést az ismételt beállott életveszélyes vérzés miatt nem folytattuk
K. J. 56. é. 996. Röntgen-szám	Öt hó óta állandó erős vérzés. Keresztfájdalmak	VI. 15.-étől VIII. 16.-áig	Carc. epith. port. Portio hátsó ajka tyúktójsny, mállékony, vérzékeny tumorra alakult át. A méh-test rendes nagyságú. A környezet szabad	Excochl. Radicalis műtétbe nem egyezik bele	Vag. + abd.	12000	+ 1·4	Vörös vérsajt + 1,426.000, fehér vérsajt — 3000, haemogl. % + 18	Senilis portio, felszíne sima. Cc.-s folyamatnak nyoma sincs	Igen jó közérzet. Vérzés, folyás nincs. Viruló külső	Diagnosis hist. kimet-széssel ellenőrizték: V. 26, VI. 26, VII. 31 Cc.-s szöv-etet már nem találunk
F. I. Bábaképzőből átküldött eset. 53 é. 845. Röntgen-szám	Hét hete vérzik. Vizeleskor kínos fájdalmak, erőkódés. Nem alszik. Hat ízben kellett tamponálni	VI. 15.-étől IX. 3.-áig	Carc. inop. port. et cerv. Portio helyén tyúktójsny vérzékeny, mállékony tumor	V. 3. Supravag. amp. (Perivesic. infiltr.)	Vag. + abd.	7080	+ 6·3	Vérkép nem változott	A portio helyén ülő tumor összezsugorodott, a jobboldali parametran beszűródés felpuhult	2 hó óta egyáltalán nem vérzik. Bűzös folyása megszűnt. Tenesmus nincs. Jól alszik. Jó étvágy. Hízott	VI. 14. Próbaexcisio. VII. 26, IX. 2. Próbaexcisio. Cc.-s fészek hist. még bőven található. VII. 26. Fistula vesicovagin.
R. N. 34. é. 941. Röntgen-szám	1½ év óta a menses idején kívül és rendetlenül vérzik. Alhasi fájdalmak	VI. 8.-ától —	Ulcus tuberculosum port. A portión kb. koronányi bársonyos fekély. Műtétbe nem egyezik.	—	Vag. + abd.	5080	+ 2·3	Vörös vérsajt + 320.000, leukocytosis 12.300	Kezelés alatt	Rendellenes vérzés és fájdalom megszűnt. Hízott	VI. 3. Hist. vizsg. Ulcus tbc. port. VII. 5, VIII. 3. Controll. Érdekes histologiai elváltozások
B. J. 30 é. 230. felv. sz.	Erős fehér folyás és dagatok az alsó testen	VIII. 1.-étől VIII. 20.-áig	Condylomata acuminata vulvae et vaginae	—	—	740	—	Vérkép lényegesen nem változott (vörös vérsajt + 62.000)	A condylomák mintegy lepörögtek, nyom nélkül tűntek el. A folyás megszűnt	—	Hist. vizsg. több ízben történt
H. J. 21 é. 520. felv. sz.	Hüvelyében kinövést vett észre	—	Condylomata vaginae (két jó diónyi lapos dudor)	—	—	640	—	Vörös vérsajt 4,260.000, fehér vérsajt 7100, haemoglobin 96%	Kezelés alatt	—	Hist. vizsg. több ízben történt

Rövid idő alatt exsudatum fejlődött. Ez az észlelésünk az irodalomban nem áll egyedül, bár jelen esetben nem biztos, hogy a radium rovasára lehet-e írni a dolgot, mivel a betegnek megelőzőleg is hőemelkedései voltak. A vörös vérszettek a radium delectaer hatást nem gyakorolt, sőt több esetben a vörös vérszettek és a haemoglobin-% megszorodását észleltük. A fehér vérszettek lényegesebb elváltozást nem mutattak.

3. **Műtéti recidivák alkalmával** eredményeink kevésbé voltak praegnansak, úgy látszik, a carcinomás recidiva-göbökre a radiumnak kevesebb hatása van. Ennek magyarázatára két eset lehetséges: a) vagy hogy ezeknek befolyásolására nagyobb dosisok kellenek, mint a milyeneket mi alkalmaztunk, vagy b) hogy ezek a recidiva-göbök kevésbé radiosensibilisek, a mint ezt *Doederlein* egyik közleménye is valószínűvé teszi.

4. **Előnyös lesz talán a radiumkezelés olyan esetekben, a melyek csak látszólag inoperabilisak.** T. i. olyanokban, a melyekben az infiltratio csak lobos eredetű és nem rákos beszűremkedés. Az ilyen esetekben a gyuladással infiltratumok visszafejlesztésével a betegek műtétre alkalmassá válnak.

5. **Sebészi beavatkozásainkat a Röntgen- és radiumkezelés semmiben sem módosította.** Operálunk, úgy mint régen, excochleálunk, paquelinezünk s csak ott, a hol az operatív technika megáll, valamint a hol a műtét már elvégeztetett, ott következik a Röntgen- és radiumkezelés.

6. **Indicatiók:** a) operabilis esetek, a hol a műtét valamely okból nem végezhető (cachexia, myodegeneratio, anaemia, ha a beteg nem engedi operáltatni magát stb.);

b) inoperabilis méhrák esetei;

c) radicalis műtét után recidivák esetei;

d) prophylaxis radicalis műtétek után a recidiva elhárítására.

* * *

Az elmondottakban czéлом volt az I. sz. női klinikán a Röntgen és radium combinatív therapiájával elért gyógyeredményeket ismertetni.

Fontosnak tartom hangsúlyozni a Röntgen-sugarak intenzivebb kihasználását, annál is inkább, mivel a Röntgen-gép hazánk csaknem minden kórházának és intézetének rendelkezésére áll már.

Tekintettel továbbá a radiumkészítmények ritkaságára és drágaságára, fontosnak tartom azt is hangsúlyozni, hogy kellő technika mellett, már kisebb radiummennyiséggel, Röntgenbesugárzással kombinálva, feltűnő gyógyeredményeket lehet elérni.

Közlemény a „Teleia“ nyilvános ingyenes rendelő-intézet III. urológiai osztályáról.

A subcutan alkalmazható hashajtók jelentősége az urologiában.

Irta: *Drucker Viktor* dr., vezető főorvos.

A húgyivarszervi betegségek tekintélyes részében a székelés szabályozása a gyógyulásnak egyik előfeltétele. Csak rá kell mutatnunk az urethritis acuta posteriorra és a heveny prostatitisre, mint a kankós fertőzés igen gyakori következményeire és azonnal tisztában vagyunk azzal, hogy az obstipatio, illetőleg már a rendetlen székelés is úgy az ampulla rectiben előidézett hyperaemia, valamint a bélsárkiürülést megelőző nagyfokú erőltetés a rendszerint amúgy is fennálló vizeletzavarokat — sűrű vizelet és ezzel járó fájdalmak — igen kedvezőtlenül befolyásolja, sőt a gyógyulást lényegesen megnehezíti. Ha figyelembe vesszük továbbá azt is, hogy egyrészt a beteg szenvedéseinek enyhítésére, de másrészt a gyorsabb gyógyulás elérésére is, nem egyszer az esetleg ugyanakkor fennálló chronikus obstipatio ellenére kénytelenek vagyunk a betegnek olyan gyógyszereket — mint természetesen opiumot s ennek derivatumait — rendelni, melyek köztudomás szerint a bélrenyheséget még fokozzák, akkor érthetővé válik, hogy

mi urologusok örömmel üdvözlünk minden olyan gyógyszert, mely a beteget a székrekedéssel járó mindenféle kényelmetlenségben fájdalom s zavaró mellékkörülmények nélkül segíti keresztül. Manapság modern hashajtó szertől sok mindent megkívánunk, többek között: 1. gyomor- és bélzavarokat ne okozzon, 2. a vesét ne izgassa, 3. még nagy adagokban is ártalmatlan legyen, 4. a beteg ne szokja meg, 5. hatása állandó, egyenletes és hosszú időre kiható legyen és végül 6. subcutan legyen alkalmazható.

Az ilyen subcutan is alkalmazható hashajtónak előnye van, ú. m.: a gyomor és béltractus különféle bomlasztó nedvei hatásában nem korlátozhatják, másrészt az orvos nincs kitéve a beteg esetleges engedetlenségének, feledékenységének vagy a gyógyszerek iránt érzett antipathijából eredő s önmagának ártó hazudozásainak, s teljesen fájdalommentesen, gyakran a beteg legnagyobb öröme alkalmazhatja a kellőképp ható anyagot.

Ily subcutan alkalmazható gyógyszerek: a hormonal és a peristaltin. A hormonal, mert alkalmazása a betegre nézve nem mindig közömbös, alkalmazni meg sem kíséreltem, miért is érthető, hogy szívesen vállalkoztam arra, hogy a „Gesellschaft für chemische Industrie in Basel“ által rendelkezésemre bocsátott peristaltin nevű készítményét urológiai beteganyagomon kipróbáljam, illetőleg a már tekintélyes szerzők által elért eredményeket ellenőrizzem.

Maga a peristaltin a cortex casc. sagr. eddig ismeretlen oly glycosidjainak chemiai csoportját alkotja, mely kizárólag a bél peristaltikáját fokozó tulajdonsággal bír. A peristaltin vízben könnyen oldódó, sárgás színű, kristályos por és vízes oldata a Bornträger-reactiót nem adja, tehát szabad antrachinonokat és emodinokat — melyek kellemetlen utóhatásokat okoznak — nem tartalmaz.

A peristaltint különféle húgyivarszervi betegségekben szenvedő, különböző korú 12 férfibetegben próbáltuk ki és pedig kivétel nélkül kedvező eredménnyel. Az eredményeket két irányban figyeltük meg és pedig 1. minthogy a peristaltint csak subcutan injectiók alakjában alkalmaztuk, a székelési eredmények mellett leginkább azt vizsgáltuk, hogy a peristaltin a gyár által ajánlott adagokban alkalmazva nem okoz-e zavart a vese működésében, és 2. hogy valóban a bélperistaltika fokozása által idézi-e elő a kívánt hatást?

Bechamp ugyanis azt mondja (*Progrès medical*, 1912, 46. sz.), hogy a subcutan alkalmazott peristaltin igen enyhén, progressive — tehát a többi hashajtótól teljesen eltérő módon — olyképpen hat, hogy magát a bélsécretiót semmiképp sem befolyásolja, hanem a bélizomzatra gyakorolt tartós hatása következtében a bélperistaltikát állandóan serkenti. Ez a lassú tempó, a hogy ez az utóbb említett hatás bekövetkezik, semmiképp sem feltűnő, minthogy olyan glycosidával van dolgunk, mely csak lassan és egyenletesen hasad. Ez a peristaltikát serkentő gyógyszer tehát minden olyan esetben javalt, a hol bár lassú, de progressive tartós hatást akarunk gyakorolni a bélperistaltikára. Közleményünk bevezető részében már utaltunk arra, hogy egyes urológiai betegségekben mennyire kívánatos egyrészt a bélpangás által okozott hyperaemiának, másrészt pedig a székeléssel járó erőltetésnek, fájdalomnak elkerülése, érthető tehát, hogy *Bechamp* fentebb említett kijelentése alapján a peristaltin subcutan való alkalmazása ilyen esetekben különösen indikált.

Mindazon betegeink, kiken a peristaltint kipróbáltuk, súlyosabb kankós fertőzésben szenvedtek s minthogy ezen betegek legtöbbször a fennálló erős fájdalmak enyhítésére belső gyógyszereket (legtöbbször morphiumporokat, sokszor opiumos kúpokat) voltunk kénytelenek rendelni, obstipatiójuk kezelésékor nem akarván a gyomrot és beleket újabb gyógyszerrel megterhelni, czélszerűbbnek tartottuk a peristaltin subcutan alkalmazását. Az injectiókat úgy végeztük, hogy a gyár által rendelkezésünkre bocsátott steril ampullák (0.5 gr. peristaltin pur. tartalommal) tartalmát az asepsisgarantiája mellett lege artis a hasfal bőralatti kötőszövetébe injiciáltuk.

A 12 beteg közül 10-en elégséges volt egy ampulla

tartalma a kívánt hatás elérésére (83,4%) és csak két már idősebb egyéneken, a kik évek óta chronikus székrekedésben szenvednek, voltunk kénytelenek egyszerre két ampulla peristaltint elhasználni. A bélsár a legtöbb esetben 8—16 óra alatt ürült ki, még pedig spontán, minden különösebb erőlködés, izgalom vagy a legcsekélyebb fájdalom nélkül. Idősebb egyéneken a kívánt hatás többnyire később következett be, mint fiatalokon. Különösen kiemelni kívánjuk, hogy a peristaltininjekciók által elért székürítő hatás csaknem valamennyi betegünkön állandónak mutatkozott és hogy a peristaltin még a morphiomadagolás által megbénított bélizomzatot is a fentebb említettél alig hosszabb idő alatt peristaltikás tevékenységre serkentette.

A peristaltininjekciók a legtöbb esetben csak egy székürülést idéztek elő s csak azon betegeinken, kiken egyszerre két ampullát voltunk kénytelenek elhasználni, de ezeken is csak elvétve, észleltünk néhány órán belül két székürülést. Az injekciók a legtöbb betegen normalis consistentiájú székürülést váltottak ki kólika avagy másféle bélizgalom nélkül, a mi a mellett szól, hogy a cascarahéjnak ezen eddig ismeretlen glycosidjai, melyekből a peristaltin készül, a bélsecretiót semmiképp sem alterálják, vagyis a peristaltin kizárólagosan mint motoros ekkoproticum hat.

A peristaltinnak további nem csekély előnye még az is, hogy az eddig alkalmazott hashajtókkal ellentétben már egyszeri injekciónál hosszabb időre terjed ki hatása és hogy a beteg nem szokja meg, továbbá sem helyi, sem általános tüneteket nem okoz. Sem a beszúrás helyén akár azonnali, akár későbbi tüneteket (fájdalom, hűdés stb.) nem észleltünk, sem pedig a betegek közérzetében nem állott be bármilyen nem előnyös változás. Különösen hangsúlyozni kívánjuk azt a körülményt, hogy a szorgos vizeletvizsgálatok nem nyújtottak legcsekélyebb adatot sem, melyből a vesékre gyakorolt kedvezőtlen mellékhatásra következtethettünk volna.

Kísérleteinkből tehát azt a következtetést vonhatjuk le, hogy olyan gyógyszer, mint a peristaltin, mely subcutan alkalmazva is állandó, reactio nélküli székürítő hatást bír előidézni, a modern urológiai therapiában is lényeges haldást jelent.

A középiskolai reform.

Irta: Juba Adolf dr., egyetemi magántanár.

(Vége.)

Végül a küzdelem a nemi bajok ellen, az ifjúság nemi felvilágosítása ma már nélkülözhetlen. Ezt a küzdelmet csakis iskolaorvos folytathatja, még pedig legegyszerűbben, legkevesebb feltűnés nélkül az egészségtan keretében. A német iskolák eljárása, a hol ezt a felvilágosítást csak az érettségi után adják meg, már késő és nem eredményes. Ezekkel a dolgokkal a természetrajz tanára egyáltalán nem foglalkozhatik; nem is volna jó, mert ítélete esetleges nemi bajban szenvedő ifjúra káros befolyást gyakorolhatna.

Mindezek alapján azon meggyőződésemet, hogy az egészségtan tanítása csak az iskolaorvos kezébe való, továbbra is fentartom és ha a mérvadó körök azt találnák, hogy az iskolaorvosok tanítani nem tudnak, akkor gondoskodjanak még jobb kiválogatásukról és paedagogiai kiképzésükéről. Hogy Magyarország több ezer orvosa közül ne lehetne néhány százat találni, a ki veleszületett képességgel bír a tanításra, bizonyára senki sem fogja állítani.

A többi tantárgy közül a vegytan tanításának kérdése érdekel, a minek a jelenlegi tanterv, a mely szerint az ásványtan függeléke „nem enged elég teret“ a minister szavai szerint. Hogy a vegytan mily fontos tudományág, mily alapvető ismereteket ad, mennyire belenyúl a mindennapos életbe, arról szót vesztegetni merőben felesleges és csak azt csodálom, hogy miért szorult hátra a többi természettudományal szemben, holott valamikor két ízben, az alsó és felső gymnasiumban tanították. Nema leendő orvostanhallgatók és technikusok szempontjából kell, mert ezek a főiskolákon amúgy is behatóan tanulják, hanem mindazoknak, a kik

többé nem fogják tanulni. Vajjon elégséges-e a gondoskodás jobban kiképzett tanárokról, vagy pedig önállósítandó-e a tárgy, a mi a görögpótló irodalom rovására könnyen történhetik, oly kérdés, a melynek elbírálására nem tartom magamat kompetensnek. Minél több vegytani ismeretet szív magába az ifjú, annál jobb reá nézve.

Nem történt azonban említés néhány oly tárgyról, a melyek egészségügyi szempontból mégis kiváló fontosságúak. Ezek a testgyakorlat, az ének és a középiskolák hamupipőkéje, a szépírás.

A testgyakorlatot nyilván azért nem hozta szóba a minister, mert a foglalkozás ezzel első sorban a testnevelési tanács dolga, míg a közoktatási tanács feladata lesz annak kívánságait az egészszel összeegyeztetni, az egészbe beilleszteni. Jelenleg minden osztálynak heti két testgyakorlati órája és egy játékdélutánja van (öt hónapon át), a felsőbb osztálybeliek azonfelül tornakörben gyakorolhatják magukat, végül a 7.—8. osztálybeliek még a czéllövészetet űzik. A testgyakorlati órák szaporítása a középiskolai törvény szerint semmi nehézségbe sem ütközik, annál nagyobbak azonban az órarendi és gyakorlati nehézségek: sok iskolának feltétlenül második tornateremre lenne szüksége. Ezért legfeljebb az alsóbb osztályokban tartom a 3. tornaórát kivihehetőnek. Ellenben kívánatos volna a játékdélután keresztülvitele az egész éven át valami alakban, télen korcsolyázásra, őszszel-tavaszzal tánczra és úszásra. Az úszás csak akkor lehetséges, ha téli úszócsarnokokról gondoskodnak és ez irányban a testnevelési alapra nagy feladat vár. A táncztanítást nem egy középiskola valósította meg, még pedig igen jó eredménynyel. Elvégre minden ifjúnak kell tudnia tánczolni és sokkal jobb, ha a tánczoktatás az iskolában, az iskola felügyelete alatt történik, mint magántanfolyamokon, a hogy jelenleg csinálják. A kirándulások nagyobb mérvű felkarolását a szorgalmi idő jobb kihasználása tenné lehetővé; mérsékelt kívánság, ha havonta egy-egy napos kirándulást követelünk. A szünidei kirándulásokat már említettük.

Az ének jelenleg rendkívüli tárgy az állami, az állam vezetése és rendelkezése alatt álló iskolákban, míg a reformatus és evangélikusokban rendes tárgy. A tüdők és gége fejlesztése szempontjából nem közömbös tárgy; szórakoztató, üdítő hatása pedig egyenesen kívánatos teszi rendszeres oktatását. Ifjúságunk énektudása botrányos; ha énekre kerül a sor, egy-két nótával megpróbálkoznak, de csakhamar a Hagymási Péterre térnek át s még azt sem tudják. Behozatala a tantervbe azonban törvénymódosítást kíván, hacsak tornaének címén a testgyakorlati tárgyak közé nem sorolják.

A szépírás tanításával jelenleg megelégedve nem lehetünk; egyrészt bármelyik tanárnak, kinek óraszámából 1—1 óra hiányzik, juttatnak egy-egy órát, a ki sokszor a legnagyobb kedvetlenséggel tanítja, másrészt az érvényben levő utasítások oly féldoldali testtartást irnak elő, a mely a gerincoszlop szempontjából egyáltalában nem mondható közönyösnek. A csekély eredmény megjavítása érdekében már régen javasoltam, hogy a mely tanuló kifogástalanul ír, akkor, a mikor ezt a célt elérte, a szépírási óra alól „feltételesen“ felmentendő, míg viszont a rosszul író tanuló — porosz példa szerint — még egy harmadik évre legyen kötelezhető; hogy minden gyakorlatokat író tanár egyúttal a szép írásra és helyes testtartásra ügyeljen, a mit egyes iskolákban meg is tesznek. Minthogy a német nyelv tanításának megkezdése az első osztályra van tervezve, ennél fogva a német betűk írását már ekkor kell tanítani és így a szépírás a második osztályban, a hol főleg a német írást gyakorolják, feleslegessé válik.

A miniszternek ötödik és utolsó kifogása a mai középiskolával szemben „az a tarthatatlan állapot, hogy kétféle középiskoláinkat oly aránytalanul keresik fel a tanulók“, minek okát abban látja, hogy míg a gymnasium minden tanulmánya képesít, addig ez a lehetőség a realiskolára nagyon meg van szorítva.

Éppen azért, hogy ezen aránytalanság a kétféle középiskola látogatottsága között ne legyen olyan nagy, hozták be a realiskolák felső négy osztályában a latin nyelvet rend-

kívüli tárgyképpen heti 4+3+3+3, összesen 13 órával, a mivel a heti órák számát ezekre nézve 28-ról 31-re, illetőleg 32-re emelték (a testgyakorlati órák nélkül). Ez a tanulóknak lényeges megterhelés, úgy hogy szabad délutánjuk az egyéb rendkívüli tárgyak hozzájárása folytán egyáltalában nincsen. Azonfelül a latin érettségét csak gymnasiumi bizottság előtt tehetik le, a minek megszüntetését már évek óta kéri a reáliskolák. Tekintve ezen tényleges állapotot, a tanulók erős megterhelését, nem csodálkozhatunk azon, ha a nem helybeli szülők inkább oly városba küldik gyermekeiket, a hol gymnasium van, a hol azt a lehetőséget, a mit a reáliskolák rendkívüli latintanításával a tanulók nagy megterhelésével nyújtanak, sokkal könnyebben szerezhetik meg. Mint-hogy pedig vidéki iskoláink tanulósága túlnyomóan nem helybeli, érthető, hogy a reáliskolák látogatottsága gyenge marad. Ha tehát a reáliskolák látogatottságát fokozni akarjuk, ha azt kívánjuk, hogy a környékbeli tanulóifjúságra vonzó hatást gyakoroljon, akkor ezt a latint a reáliskolai rendszer tanításnak keretében kell elhelyeznünk, miáltal kétféle reáliskola keletkezne: latinos (a mit külföldön Reformrealschulenek neveznek) és latinnélküli. Tekintve, hogy a latinos reáliskola mindenre képesít, várható, hogy az orvos- és műegyetemi hallgatók jó nagy része, a jogra készülők egy tetemes százaléka fog ezen latin reáliskolából kikerülni, csak legyen elég ily iskola. Hogy nekünk orvosoknak ez a sok latin már nem kell, legfényesebben bebizonyították a japánok, kiknek orvos-hallgatói csak a gymnasium legfelsőbb osztályában tanulnak meg latinul olvasni és a műszavakat megérteni. A jog is mindinkább elhagyja a római jogot és modern alkotásokat létesít, mikről a régieknek semmi fogalmuk sem volt stb. Közvetett haszna lenne pedig ezen reformreáliskolának, hogy a latinos gymnasiumot, a melyben csak a latint tanítanak, intenzívebb munkára, erősebb versenyre készítené.

Ilyenképpen négyféle középiskolánk lenne (a polgári iskolát nem tekintve):

1. a klasszikus gymnasium latinnal és göröggel;
2. gymnasium csak latinnal és a természettudományok bővebb tanításával;
3. reáliskola latinnal és
4. reáliskola, a hogy most van.

Ezen középiskolák, a melyek akár egy épületben, egy igazgatás alatt helyezhetők el, a francia lyceum mintájára, sokkal észszerűbbek lennének a maiaknál, csak-hogy az a baj, hogy a latinnak behozatala a reáliskolába feltétlenül törvénymódosítást kíván, nemkülönben a görög-pótló tárgyak helyettesítése más tantárgyakkal, míg a latintanítás kezdésének hátrátolása a gymnasiumban egyszerű tantervreformmal valósítható meg. Hogy mely osztálytól kezdve taníttassék a latin a gymnasiumban, a vélemények nagyon megoszlanak. Egyesek szerint csak az 5. gymnasiumtól, a többség szerint legkésőbb a harmadiktól kezdve. Én tisztán gyakorlati okokból az utóbbi nézetet pártolom. Ha azt akarjuk, hogy a gymnasium felső négy osztályában a latin nyelv jól taníttassék, az oda nem való elemeket már hamarabb kell kiküszöbölni, különben az 5. és 6. osztály tele lesz próbálkozókkal, a mi egyértelmű lesz a latintanítás sikertelenségével. A kiknek sok a gymnasiumi latin, azok a reáliskolai latin tanfolyamra mehetnek. Érdekes lesz a kétféle latin iskola eredményét a jövőben figyelemmel kísérni!

A középiskolák fentemlített típusainak életbeléptetésével megvalósítani lehet mindazon kívánságokat, a melyeket a minister a középiskolával szemben támaszt és melyekkel eddigelé részletesen foglalkoztunk. Eleget lehet továbbá tenni azon kívánságának, hogy a középiskola kapcsolatba jöjjön a polgári iskola alsó osztályaival. Ha a gymnasiumokban a némettel kezdik és a latin oktatás megkezdését a harmadikba teszik, akkor a polgári iskola és gymnasium két első osztálya közel egyforma tanterv szerint taníthat. A polgári iskola 3. és 4. osztályait látogatók közvetlenül átléphetnek a gymnasium, illetőleg a reál 5. osztályába; a két tanterv között a különbség csak a latin, illetőleg francia nyelvben állhat. Minthogy a népiskolátörvény szerint a polgári iskolában rendkívüli tárgyként a latin és francia tanítható, a

polgári iskolák törvényes heti óraszámára kisebb a gymnasiumokénál (26 szemben 28-czal), meg van adva a lehetőség, hogy a jobb tanulók a latint, illetve a francia nyelv elemeit minden nagyobb megerőltetés nélkül elsajátítsák. A négyosztályú polgári iskola növendékeinek zöme a négy osztály elvégzése után vagy a különböző szakiskolákba megy át (gazdasági, ipari, kereskedői, tanítói), a mikből nem lehet eleget létesíteni, vagy pedig egyenesen gyakorlati pályára lép. A hatosztályú polgári iskolának — nézetem szerint — semmi létjogosultsága sincsen, még kevésbé a hétoztályúnak.

De a tervezett reform a *népiskola* szempontjából is igen üdvös lesz, a mennyiben lehetővé teszi, hogy a szülők tizenkét éves korukig otthon tarthassák fiaikat, a helybeli népiskolába járassák és a németből való pótvizsga letévése után adják csak a gymnasiumba vagy reálba. A vidéki intelligencia (orvos, jegyző, pap stb.) szempontjából ez a tanítási költség lényeges csökkentését jelenti, a gyermek két évvel tovább marad szülőinek védőszárnyai alatt, a mi egészsége és erkölcsi érdekében feletté hasznos, a népiskola pedig megtartva az ily jobb anyagot, felsőbb osztályaiban is nagyobb arányokban fog fejlődni, mint jelenleg. A mely városban eddig megfordultam (Kolozsvár, Kassa, Gyöngyös stb.), a népiskola 5.—6. osztályát gyéren látogatottnak találtam: tanulóinak száma — hozzáadva a középiskolákba és polgáriba járókat — nem áll arányban az első osztályok létszámával. A faluhelyeken sincsenek jobb viszonyok; az egytanítós iskola tanítója örül, ha ezek a nagyobb gyermekek nem jönnek, mert reá nézve lényeges munkacsökkenést jelent. Állításomat igazolja a közoktatási minister 1911. évi jelentése Magyarország közoktatásügyéről, a mely szerint az 1910/11. tanévben a mindennapi iskola 1. osztályába járt 281.839 fiú, 269.891 leány, összesen 551.730 gyermek, míg az 5. osztályba 91.056 fiú, 87.106 leány, összesen 178.162, a 6. osztályba 47.389 fiú, 45.918 leány, összesen 92.907 gyermek.

Ha a polgári fiú- és leányiskolákba járt 87.509, a középiskolákba járt 77.619 főnyi tanulósám egy negyedét veszszük, mint a mely első, illetőleg második osztályba járva még tanköteles korban van, a mi körülbelül 40.000-et tesz ki, még akkor is rettenetes nagy a különbség az iskolákba beírt hat és tizenegy, illetőleg tizenkét évesek között. Én a népiskola felső osztályainak látogatottságát régóta figyelemmel kísérem, mert ezekben tanítják az egészségtant és magam részére régóta levontam a következtetést, hogy a hatosztályú népiskola — az eddigi rendeletek és kitűnő tanterv dacára — és vele együtt a nép egészségi kioktatása még most is túlnyomóan papiroson van.

Ez az összhang, ez a kapcsolat a különböző iskolanevek között nem jó létre, hanem a zavart még csak növeljük, ha a középiskola kilencz éves tanfolyamot nyerne, a melybe a harmadik elemi osztályt elvégzett kilencz éves gyermekek lépnének be, tehát a tanügyi körök szerint lefelé egy osztálylyal megfejelnék, a mi törvénymódosítást követel és a középiskola költségeit rettenetesen megnövelné. A polgári iskolára nézve megmaradna a régi (törvényes) állapot, ekképp a két tanterv között lényegesebbek lennének a különbségek, az átmenet nehezebb. E gondolatot védői a magyar nyelv hiányos ismeretével indokolják, a mi különösen nemzetiségi vidékeken tapasztalható. Ezzel szemben idézem az *Apponyi* gróf ministersége idejében hozott 1907: XXVII. t.-cizikket, mely szerint a népiskolában a magyar nyelv tanításának célja, hogy „a negyedik évfolyam végeztével a tanuló gondolatait magyar élőszóban és írásban érthetően ki tudja fejezni“. Ezen törvény értelmében ma már nem volna szabad tíz éves tanulónak lennie, a ki az állam nyelvet kellőképp nem ismeri. Ha nem ismeri, kárát maga lássa. A középiskolai tanfolyamnak fölfelé való megfejelését, úgy hogy az ifjak csak 19 éves korban kerülnének érettségire, senki sem kívánja, a minek módfelett örülünk. A mai viszonyok között a hetedik osztálybeliekkel is nehezen lehet birni (a nyolczadik osztálybelieket nyomja az érettségi); még egy évvel megnyújtva a középiskolát, két nehezen kezelhető korosztály taposná még a középiskolát, a

konfliktusok ifjúság és tanári kar között tetemesen megnövekednének, az öngyilkosságok megszorodnának. A nemi betegségekről nem is szólok.

És itt reá kell mutatnom egy szomorú jelenségre, a melylyel nekünk orvosoknak komolyan foglalkoznunk kell. Egyrészt folyton folyvást könnyítik a középiskolát, minélfogva rohamosan, évről-évre ugrásszerűen megnövekedik a főiskolákra tódulók száma, míg másrészt a főiskolai kiképzést minden pályára nézve szigorítják, megnehezítik, főleg pedig megnyújtják. Manap úgyszólván harmincz éves kora előtt nem önállósíthatja magát egyetemet végzett fiatal ember. Ne csodálkozzunk, hogy évekig eltart még, míg biztos állásra, jövedelemre szert tesz, míg családot alapít, szakítva a házasságonkívüli nemi élet veszedelmeivel, a miknek következtében kevés a gyermek az ilyen családokban, ha egyáltalában van és ezek felnevelése az apa részéről kockázattal van. Senki sem hiszi, mily nagy a részben árva, egyke vagy egyetlen fiúgyermek száma már a középiskolákban.

Ezen szempontokból a józan tanügyi politikának arra kell törekednie és nekünk orvosoknak azon irányban kell harcolnunk, hogy a középiskolai oktatás helyes vezetésével a főiskolákra tódulók rengeteg számát csökkentjük és vele kapcsolatosan a főiskolai kiképzés idejét megrövidítsük, kiválogatott, jobb anyagot bocsájtván rendelkezésére. A középiskola alsó és felső tagozata között kellene már a kiválogatást megkezdni, az igazgatóknak és főigazgatóknak behatóan kellene foglalkozniok a középiskola harmadik, negyedik, ötödik osztályú tanulóival, úgy hogy mindegyiknek képességeiről, a ki feljebb megy; személyesen meggyőződnek, az államnak a felekezeti és nemzetiségi iskolákkal szemben ez irányban nagyobb jogokat kellene adni. Az iskolaorvosoknak e tekintetben nagyobb szerepet kellene biztosítani, részint előadásokat tartva a pályaválasztásról, részint megfelelő tanácsokat adva az egyeseknek. A komolyabb, hogy ne mondjam szigorúbb tanulást és tanítást az egész főgymnasiumban és főreálban folytatni kellene, végül egy a mai nevetségesen könnyű érettséggel szemben szigorított érettségi vizsgával befejezni. A demokráciájáról és szabadságáról méltán híres kis Svájc szigorú középiskolával védekezik a szellemi proletariattal szemben.

A szigorúbb középiskolai kiképzéssel nem fogjuk a tanulók úgynevezett *túlterhelését* növelni, a mi egyébként relatív dolog, ha a tanulók egészségével és életmódjával többlet törődve, azokat az egészséges életre, idejük célirányos felhasználására és beosztására oktatjuk. Ezen tér eddigé rettentően el van hanyagolva: a tanulók időbeosztásával, tanulási módjával nem törődik senki; eddigé csupán *Korniss* „A pszichológia és logika alapelvei” című tankönyve foglalkozik a tanulás módjával. Önkényesen és öntudatlanul tanulják a különböző rendkívüli tárgyakat, tanulgatnak, éjjeleznek a könyv mellett, s a mikor szorul a kapcza, elhanyagolják azon bajait is, melyeket aránylag könnyen lehet megszüntetni. S hogy e téren szép eredményeket lehet elérni, az István-úti gymnasium érettségiző ifjúságával bizonyítom. Míg az 1908/9. tanév utolsó negyedében, közvetlenül az érettségi előtt, átlagos súlyfogyásuk 0.83 kgr.-ot tett ki, ez fokozatosan súlyedt 0.29 kgr.-ra az 1912/3. tanévben, tehát öt év alatt közel $\frac{1}{2}$ kilogrammal. A nyolczadik osztálybeliek súlytöbblete az 1909/10. tanév végén csak 0.48 kgr. volt a tanév elejéhez képest, azóta pedig 1.37, 1.57 és 1.36 kgr. lett. Az eredmény még nagyobb lenne, ha kevesebb lenne a még ki nem oktatott vándordiák, ha ezen eljárás az egész középiskolában általános elterjedésnek örvendene. Szóval ne féljünk a túlterhelés rémétől, mert az nincsen.

Befejezésképp még röviden megemlékezni kívánok arról, hogy mi orvosok hol és mily fórumokon foglalkozunk a tanügygyel összefüggő egészségügyi kérdésekkel, a miknek fontosságát bővebben bizonyítani manap felesleges. Az országos közegészségügyi egyesület és az iskolaorvosok szakbizottsága az általános közérdeklődés fölkeltése céljából kevés. Nagyon üdvös a müncheni orvosegyesület példája, a mely e végből kebelében egy külön szakbizottságot foglalkoztat, a mit a mi Királyi Orvosegyesületünkben is meg

lehetne tenni. Tíz év előtt, a mikor *Wlassics* minister az első értekezletet tartotta a testnevelési tanács kérdésében, a mellett érveltem, hogy a közoktatási tanács kebelében egy iskolaegészségügyi és testnevelési szakosztály létesüljön, a mit tervbe is vettek volt, de abbamaradt. A testnevelésre most külön tanács alakult, a mi — régebbi nézetemet megváltoztatva — az azóta szerzett tapasztalatok alapján helyesebb is. Az iskolaegészségügynek csak egy méltó helyet tudok, és pedig azon hivatalos fórumon, a melynek főladata általában az ország egészségével való foglalkozás, a mely egyedül biztosít arról, hogy a hozott és kellőképp megindokolt határozatoknak meg is lesz a döntő értékük, és ez a hely az *Országos Közegészségi Tanács*.

Ne felejtjük el, hogy a tanulók az ország lakosságának jelentékeny részét, körülbelül $\frac{1}{6}$ -át teszik ki, hogy ez az ország jövője, hogy ennek egészsége szorosan egybe van forrva az egész nép egészségével. A iskolai hatóság főladata lesz az Országos Közegészségi Tanács kívánságait az iskola pedagógiai céljaival összeegyeztetni és keresztülvinni.

A véletlen vagy a sors úgy akarta, hogy úgy a Királyi Orvosegyesületben, mint az Országos Közegészségi Tanácsban a közegészségügy egyetemi tanárának, a budapesti iskolaorvosi tanfolyam vezetőjének, *Liebermann Leó*-nak jutott a vezérszerep, a kitől méltán remélhetjük, hogy nekünk orvosoknak nagyobb érvényesülését iskolai kérdésekben kezdeményezi és lehetővé teszi. Ha valaha kedvező erre az alkalom, most az, mert *Jankovich Béla* minister úr személyében először van oly közoktatási ministerünk, a ki medikával maga is sokat foglalkozott, tehát kívánságainkat megérti.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A veleszületett szívbajok monographiája esetek kapcsán. Irta: *Bókay Zoltán* dr. Budapest, 1913, Pátria-nyomda. 157 oldal.

A Stefánia-gyermekkorház páratlan nagy anyaga tette lehetővé, hogy a szerző megírja figyelemreméltó munkáját. 1884—1912-ig 496.386 ambulans beteg fordult meg a kórházi rendelésen és ezek közül 303 szenvedett veleszületett szívbántalomban. A szerző csak azon eseteket vette fel munkájának keretébe, a melyeknek klinikai megfigyelése teljes volt és a melyeknek lehetőleg autopsiás jegyzőkönyve is rendelkezésre állott.

A monographia két részre oszlik: általánosra és részletesre. Az általános részben elsősorban statisztikailag dolgozta fel a szerző az anyagát. Megtudjuk e fejezetből, hogy a kórházban megfordult összes megbetegedések 0.089%-a volt veleszületett szívbántalom, míg ugyanezen beteganyagban a szerzett szívbántalmak 0.24%-kal voltak képviselve. Ezután az általános tünettant tárgyalja a szerző. Kimerítően foglalkozik a cyanosissal, a hyperglobuliával, ismerteti e tünetek magyarázatára szolgáló különböző theoriákat, felemlíti a dőbverőujjakat, az e bántalommal járó gyengébb fejlettséget, a fertőző betegségekkel szemben való csökkent ellenállóképességet, a nyálkahártyák vérzékenységét, szól a dyspnoéről és ennek befolyásáról a gyermek lelkiállapotára. A következő fejezet a veleszületett szívbajok aetiológiájával foglalkozik. Az irodalom felhasználásával ismerteti a szerző a foetalis endocarditis vagy másképp pathologiai és a teratologiai theoriát és kimutatja, hogy e két theoria mint aequivalens értékű ma is egészében fennáll és vannak esetek, a melyekben úgy a foetalis endocarditis, mint a hibás fejlődés jelei együttesen fordulnak elő. A veleszületett szívbajok associációjáról szól a következő fejezet. Az általános prognosissal es therapiával záródik e rész. A prognosist illetőleg 4 csoportba osztja a szerző a veleszületett szívbajokat. a) Jó prognosissal bír a kevésbé nyitott foramen ovale es ductus Botalli, a dextrocardia, mesocardia, situs inversus viscerum; b) relatív jó prognosist nyújt a kistokú pulmonalis szűkület, apró septumdefectusok, a nem

teljes ectopia cordis; c) rosszabb prognosist ad a nagyfokú septumhiány, az erősebben szűkült pulmonalis és aorta, a háromcsúcú billentyű elégtelensége; d) absolut rossz prognosist a transpositio vera arteriarum cordis, a pulmonalis és az aorta nagyfokú szűkülete és obliteratiója, teljes ectopia cordis, teljes septumhiány.

A részletes rész sorjában tárgyalja a veleszületett szív-bántalmakat. Minden fejezet ismerteti az illető szívba jellegetése módját, tünettanát, irodalmát, kórbonczolástánát. Állításait a szerző részint irodalmi adatokkal, részint saját eseteivel bizonyítja. Tanulságos photographiák bőven találhatók a műben.

A kitűnő monographiát az egyetem a *Bukovinszky-pálya*-díjjal tüntette ki.
Heim Pál dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A trepanatió s a vagusátvágásnak az anaphylaxiára gyakorolt befolyását vizsgálta E. Friedberger és A. Gröber tengeri malaczon. Gröber a morphincsuporthoz tartozó anyagokkal az anaphylaxiás tünetcsoportra emlékeztető mérgezési tünetcsoportot tudott létesíteni (görcsök, súlyos dyspnoë stb.). *Frankfurter* és *Hirschfeld* szerint a morphin vegyületei az agy ereinek tágulása után másodlagosan ezek szűkületét eredményezik. Az agynak e térfogatváltozása a nyúltagynak és a vagus centrumának izgalmát váltja ki. Gröber-nek sikerült trepanatióval e mérgeknek biztosan halálos dosisa ellen megvédeni állatait. A szerzők ez alapon kiindulva prophylaxisos trepanatio segítségével az anaphylaxiás mérgeknek 2—3-szoros halálos adaga ellen is meg tudták védeni állataikat. Épp így hat a vagusátvágás is.

Az anaphylaxia a központi idegrendszer közreműködése nélkül is létrejöhet, de normalis viszonyok közt mégis fontos szerep jut neki. (Zeitschr. f. Immunitätsforschung, 19. k., 4. f.)
Galambos dr.

110 esetben végzett mesterséges pneumothorax alapján szerzett tapasztalatairól számol be *Zink*. A pneumothorax-műtét indicatióit a következőkben foglalja össze: 1. Minden chronikus, klinikailag vagy röntgenezés segélyével kimutatott, destructiv, fibrocavernosus folyamat, még akkor is, ha csak egy lebenyre szorítkozik. 2. Súlyos acut, infiltrativ és sajtos pneumoniás forma. 3. Chronikus infiltrativ, akár egy lebenyre szorítkozó folyamat nagyobb destructio nélkül, akkor, ha progressiv jellegű vagy ha hosszabb hygienés-diaetás kezelésre s az egyéb szokásos eljárások ellenére sem mutat javulásra hajlandóságot. 4. Izolált alsólebeny-tuberculosisban, midőn a műtét az egyidejűleg rendszerint jelenlevő bronchiektasia complicatiója folytán rossz prognosist nyújt, esetről-esetre állapítandó meg az indicatio. 5. Súlyos s gyakran megismétlődő haemoptoë esetében a műtét indicatio vitalis alapján végzendő még akkor is, ha a folyamat kétoldali.

Contraindicatio: a másik oldal activ tuberculosis. Klinikailag stationaer folyamatok a felső lebenyben nem contraindikálják a műtétet. Az alsó lebeny megbetegedése esetén rendszerint mellőzendő a műtét. A nem tuberculosis megbetegedések közül a súlyos emphysema s az asthma ellenjaválja a műtétet. Enteritis tuberculosis esetében a műtét nem ajánlatos, míg larynxaffectio egyáltalában nem contraindikálja azt. A vesének, a szívnek organikus megbetegedése esetén ne végezzük a műtétet. Nem tuberculosis tüdőfolyamatok, mint abscessus, gangraena, foetid bronchitis, bronchiektasia, a mesterséges pneumothorax készítésére nem alkalmasak. (Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 1913, 28. köt., 2. füz.)
Galambos dr.

Sebészet.

Sebészeti beavatkozásokról anyagcserebántalmak alkalmával értekezik *Bockenheimer*. Mindama szövödmények, a melyek sebészi beavatkozások alkalmával a műtéti indicatiók pontos, lelkiismeretes mérlegelése daczára a legjobb mű-

tevési technika mellett is létrejöhetnek, oly egyéneken, a kiknek a sebészi megbetegedésen kívül valamely anyagcserebántalmuk van, még fokozottabb mértékben állhatnak be. Általában azt mondhatjuk, hogy a míg az egészséges szervezet valamely hosszabb ideig tartó műtétet, akár általános narcosisban, akár helyi érzéstelenítésben könnyen kibír, addig anyagcserebetegetedés eseteiben szükséges, hogy már a narcosis mifélesége pontos mérlegelés tárgya legyen. Tudjuk, hogy a diabetesesek, valamint elhíjasodásban szenvedők az általános narcosist nem jól tűrik, és hogy a helyi érzéstelenítés igen kövér egyéneken necrosisokra és ennek következményeire vezethet. A tapasztalat azt mutatja, hogy zavart anyagcsere mellett a chloroformnarcosis egyedüli alkalmazása igen veszélyes. Inkább ajánlatosak a kombinált narcosisok: aether-szénsav, scopolamin-morphium-aether, bromural-aether. Igyekeznünk kell a scopolamin-, morphium-, bromural- és más hasonló hatású gyógyszerrel a narcoticum mennyiségét leszállítani, hogy ezeknek káros hatását a szívre, vesékre csökkentjük. A műtét kivitelét illetőleg lehetőleg arra törekedjünk, hogy a műtét rövidebb ideig tartó legyen, mert éppen az anyagcsere zavarai esetén a műtét utáni infectio könnyebben jelentkezik. Éppen ezért az asepsist elősegítő minden körülményre a legszigorúbban ügyelnünk kell. Éppen a szerző mutatta ki, hogy pl. a diabetesesek serumának bactericid hatása igen lefokozott az egészséges serum bactericid hatásához képest. Ezen bactericid hatást bizonyos anyagokkal fokozhatjuk, így: physiologiás konyhasóoldatnak, avagy 20%-os konyhasó-nuclein-oldatnak a szervezetbe való bevitelével. Az utókezelés alkalmával is igyekeznünk kell a szervezet ellenálló erejét fokozni azáltal, hogy elhíjasodottakon cardiacumokat, diabeteseseken, köszvényben szenvedőkön antidiabeteses, illetve köszvényellenes kúrákat alkalmazunk. Ha a műtét nem sürgős, ezen kúrákat lehetőleg a műtét előtt is alkalmazzuk. A szerző mindezek előrebocsátása után áttér az egyes anyagcserebántalmaknak sebészi szempontból való részletes tárgyalására.

Elhíjasodásról akkor beszélünk, ha azokon a helyeken, a hol normalis viszonyok mellett is van zsír (bőralatti kötőszövet, cseplesz, serosus borítékok), ez tetemesen megsaporodik. Ezen megbetegedés későbbi stadiumában zsír-infiltratio és zsíros degeneratio jön létre a szervezet különböző részeiben, elsősorban a szívben, a májban és az izmokban. Az ilyen egyéneken azért járnak nagyobb nehézséggel a műtétek, mert a szív működése nem rendes, legtöbbször rövid légzés van jelen és ezenkívül a tájékozódás igen nehéz. A vérzés csillapítása legtöbbször nem lehet oly exact, mint egyebütt, a varratok nem tartanak olyan jól, mint sovány egyéneken. A *Bassini*-műtét elhíjasodott egyéneken sokszor nem jár eredménnyel éppen az izmok elzsírosodása következtében, hacsak plasztikai methodusokkal (paraffin-, csontplastikával) nem igyekeznünk a sérvkaput zárni. Az asepsis pontos kivitelét az ily betegek gyakran tapasztalható intertrigók, eczemák akadályozzák meg.

Specialis sebészi beavatkozások elhíjasodás eseteiben legtöbbször csak akkor jönnek szóba, ha a zsírtömeg, mint pl. *Madelung*-féle zsírnjak esetén, a tracheát nyomja és a légzést megakadályozza. Ujabban mindgyakrabban végzik a subcutan zsíreltávolítást, különösen akkor, ha a betegség az egyént munkaképességében akadályozza. Ilyenkor kerülnünk kell a sebnek teljes elvarrását. Minthogy utóvérzések következtében az infectio könnyebben jöhet létre, a tamponálás a legcélszerűbb. Az utókezelésben a szív működésére kell különösen tekintettel lennünk, a beteget lehetőleg igen korán felkeltenünk. Minthogy az izzadás következtében a bacillus pyocyaneus könnyen szaporodik, a betegeknek tisztántartása, gyakori lemosása ajánlatos. A *Grossich*-féle joddesinfectio helyett a szerző a *Fürbringer*-féle methodust ajánlja, minthogy a jod könnyen eczemát okoz. Műtétek előtti soványító kúrák legtöbbször kivihetetlenek, de nem is ajánlatosak, mert ezzel a szervezet ellenállóképességét gyöngítjük.

Köszvény akkor jön létre, ha a rendesnél több húgysavas só képződik és ez nem távozik el a szervezetből. Gyakran

rakódnak le uratok a bőrben, az ízületekben, különösen a láb nagy ujjának ízületében, az ízületek körül, az inakban, a fasciákban, a bursákban, így leggyakrabban a bursa olecraniában, bursa subacromialisban, subcalcaneában. A műtétek, melyeket köszvényben szenvedőkön végzünk, azért veszélyesek, mert igen gyakran a vesék megbetegedése, elhárásodás és diabetes van jelen. Különösen akkor veszélyesek a köszvényeseken végzett műtétek, ha kénytelenek vagyunk oly helyeken operálni, a hol uratlerakódások vannak. Ilyenkor elég gyakoriak a sebből kiinduló súlyos, általános fertőzések. Azért is ily területeken a műtéteket lehetőleg el kell kerülnünk. Teljesen céltalan a tophusoknak sebészileg való eltávolítása. Helyesebb ezeknek belsőleg adagolt gyógyszerekkel való gyógyítása. Csak ha a tophusok elgenyednek, incindáljuk az abscessusokat. Ilyenkor is elég gyakran maradnak vissza sipolyok, melyek igen rosszul gyógyulnak. Röntgenkezelés, Beck-pasta, leukofermantin alkalmazása czélszerű.

A diabetes a legfélelmetesebb megbetegedés az operatív beavatkozások szempontjából. Ha fehérjezsírtaplálkozás után is mutatkozik cukor a vizeletben, akkor a diabetes súlyosabb füléségéről beszélünk, míg ha csak szénhidrátok után találunk cukrot a vizeletben, akkor könnyebb formája van jelen. Mint-hogy legtöbbször lesoványodás, bőrvizketés, furunculosis, eczemák, balanitis, vulvitis, a bőr gangraenája, putrid phlegmonék, neuralgiák, máj, szív megbetegedése, arteriosclerosis, köszvény komplikálják a diabetest, előrehaladottabb stadiumban tüdőtuberculosis is jelentkezik, elképzelhető, hogy a sebészi beavatkozásokkal mennyire óvatosnak kell lennünk. A narcoticumok közül az aethert alkalmazzuk, mert a chloroform a különben is gyakran gyenge szív működést rosszul befolyásolja. Szívesen használjuk a helyi érzéstelenítést. Az utókezelésben sohasem szabad jodoformgázt használnunk, mert intoxicatio veszélyével jár; nedves antisepsiszes kötések a legjobbak. Így a kámfor-, antitetaninkenőcs igen jól bevált. Minthogy a sebek könnyen vezetnek putrid infectiókhoz, a kötésekét gyakran kell változtatnunk. Műtétek után kénytelenek vagyunk a diabeteseseket különben is gyötrő álmatlanság ellen gyógyszereket adni, így chloralt, pantopont stb.

Furunculus, carbunculus eseteiben lehetőleg kis incisiót végezzünk és erre szívó készüléket alkalmazzunk. Ha azonban a folyamat előrehalad, nem szabad kis metszésekkel megelégednünk. Ajánlatos furunculosis eseteiben a Wright-féle opsoninkezelés, a midőn az infectiót előidéző staphylococcusokból vaccinát készítünk és azt injiciáljuk.

Diabeteses lábujjüszkösödés eseteiben a legtöbbször jelenlevő arteriosclerosis miatt igen magasan kell amputálnunk. Ha a gangraena a lábszár alsó harmadára terjed, csak ccomb-amputatióval érhetünk el eredményt. Rectalis konyhasóinfúsiók, natrium bicarbonicum adagolása (30—50 gr. naponta) alkalmasak a savmérgezés meggátolására. Mindama complicatiók dacára, a melyeknek a diabeteses betegek műtétek alkalmával ki vannak téve, helytelen az a felfogás, hogy diabeteseseket operálnunk nem szabad; csak a nagy sebészi beavatkozásokat kell lehetőleg elkerülnünk. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 18. sz.) Ifj. Hahn Dezső dr.

Elmekórtan.

A katathymiás téveszmékkel és paranoiával foglalkozik H. W. Maier. A katathymiás (κατα = szerint, θυμός = kivánság, vágy) tünetcsoporton a szerző valamely affectuserős képzetcomplexum hatását érti a kóros psychés jelenségekre. Vagyis oly psychopathológiás jelenségeket foglal össze e néven, melyekre jellemző, hogy tartalmuk és rendszerük valamely kivánság, aggodalom, vagy ambivalens törekvés bizonyos complexummal társulva. A katathymia nem azonos az affectuserős complexummal, mert csak azon aránylag kevés complexumra vonatkozik, melyek tünetekkel is járnak. A katathymiás tünetcsoport akkor keletkezik, ha valamely complexum oly kifejezett, hogy az affectus a logikát azon pontokban, melyek a complexummal associációs össze-

függésben állanak, legyőzi. Normalis egyéneken is előfordul, hogy az affectus és logika egyensúlya megzavartatik, ha valamely affectus pillanatilag oly hatalmas erővel jelentkezik, hogy az egészséges logikát legyőri. A normalis egyén azonban kijavítja a hibát, a mint az affectus veszít frissességéből. A katathymiás tünetcsoport kifejlődésére mindenkor megvan az alap, a hol az affectivitas és logika egyensúlya az előbbi javára eltolódik. Egyrészt az intelligentia fogyatékosága esetén [a] typus: veleszületett elmeegyensúly, paranoia némely alakja, schizophrenia], másrészt nagyon erős affectusok esetén [b] typus: hysteria, paranoia egyéb alakjai] lehet-jük fel. A hol a tünetcsoporttal összefüggő affectusok könnyen lezajlanak, ott a katathymiás tünetek sem oly állandók (hysteria). Az affectus hosszabban tartása mellett a tünetcsoport is nemcsak állandósul, hanem továbbfejlesztésre és kiterjesztésre is alapot kap. A systemizálásra hajló katathymiás téveszmék lényegükben különböznek a maniás-depressziós alapon fennálló általános affectus-zavarok által előidézett téveszméktől; ugyanis megfelelő dispositio mellett másodlagosan fejlődhetnek ez alapon is katathymiás tünetcsoportok (pl. maniások perlekedő téveszméi). Az elmebaj, melynek keretében a katathymiás téveszmék más beteges tünetek nélkül is jelentkeznek, a (Kraepelin-féle) paranoia. A katathymiás téveszme azonban nem különálló megbetegedés, hanem csak tünetcsoport. A fentiekben kifejtettek szerint különböző alapon [a és b typus] fejlődhetik ki. (Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psychiatr., XIII. kötet, 55. old.)

Goldberger Márk dr.

Gyermekorvostan.

A poliomyelitis fertőzésmódjairól ír Simon Flexner (New-York, Rockefeller-intézet). A szerző igen fontosnak tartja a fertőzés módjainak lehetőleg pontos ismeretét, annál is inkább, minthogy a betegség ellen ma még egyedül a praeventio nyújt védelmet s a megtörtént s bármily korán is felismert fertőzés legtöbbször már helyrehozhatatlan károkat okozott.

A poliomyelitis acutát — bár kissé körülményes eljárással — ki tudjuk mutatni. A vírus a szervezetben következő helyeken lokalizálódik rendszeren elég nagy mennyiségben: agy- és gerinczvelő, mesenterialis nyirokmirigyek, orr- és toroknyálkahártya és ennek váladéka, gyomornedv és bél-tartalom. Nem sikerült kimutatni a lépben, a vesében és a májban, továbbá a csontvelőben. Ezen localisatio a spontán fertőzött emberben és a mesterségesen fertőzött állatban (majom) mindig azonosnak mutatkozott. A vírus a szervezetben tud csak gyarapodni s egyik egyénről a másikra az orr- és toroknyálkahártya váladéka, továbbá a bélürülék útján juthat. Kérdés az, hogy miképpen jut a szervezetbe bejutott vírus a testnek ezen említett külső felszíneire. Mesterségesen — még pedig az agyba történt inoculatio által — fertőzött majomban a következő utat teszi meg a vírus. Először a beoltás helyét környező agy- és idegszövetekre, a medullára és gerinczvelőre, az intervertebralis ganglionokra és az agyhártyákra jut. Ha ezeken a helyeken bizonyos mennyiség felhalmozódott belőle, létrejönnek az ismert anatómiai, a paralyiseket előidéző elváltozások. A meninxekről bejut a cerebrospinalis folyadékba s innen részben a vérbe is, a melyen keresztül úgy látszik nem jut, nem szaporodik benne és nem is marad sokáig életképes. A cerebrospinalis folyadék útján azonban nagyobb mennyiségben jut a szaglóidegeket kísérő nyiroksatornákon át az orrüregbe. Itt meglepedhetik az orrnyálkahártyán, ennek váladékával kijuthat a szervezetből, lenyelés által a gyomorba és bélbe, innen pedig a mesenterialis mirigyekbe is juthat. A bélürülékkel pedig ismét kijuthat a szervezetből s így a kijutásnak két útja van biztosítva. Az orr- és toroknyálkahártyában pedig hosszabb időn keresztül virulens maradhat a fertőző anyag és ezen idő alatt e két úton állandóan ki is juthat a szervezetből. A vírus terjedésének e módja a mesterségesen fertőzött majomban pontosan kimutatott. Kétségtelen, hogy a spontán fertőzést szenvedett emberi

szervezetben is megteszi ezen utat, de a bejutás módja más. Miután ugyancsak kísérletileg bebizonyult, hogy ép bőrön, sőt gyengén horzolt bőrön át sem tud bejutni, valamint a működésében nem gátolt gyomron át sem és a tüdőn keresztül szintén nem, viszont a sértetlen, illetve gyakorlatilag sértetlennek tekinthető orr- vagy toroknyálkahártyába való be-dörzsölés épp úgy létrehozza a fertőzést, mint az intracerebralis inoculatio, kétségtelennek kell tekinteni, hogy emberen a bejutás kapuja az orr- és toroknyálkahártya. Az előbb elmondottak alapján tehát az is világos, hogy a bejutás és kijutás kapuja azonos, illetve a kijutás még a bélürülék útján is történhetik.

Klinikai tapasztalatok kétségtelenné tették, hogy vannak poliomyelitis-hordozók is. Az úgynevezett ambulans és abortív megbetegedésben szenvedők nagy mértékben terjesztik a betegséget, orr- és toroknyálkahártyájukon sikerült is gyakran kimutatni a vírus jelenlétét. De vannak egészséges hordozók is. *Petterson* és társai kimutatták, hogy az acut megbetegedésben szenvedőket ápoló és velük érintkező orvosi személyzet orr- és toroknyálkahártyája, illetőleg ennek öblítéke gyakran tartalmaz vírust. Ezekon kívül a járványoknak a nyári és késő őszi hónapokban való növekedése valamely rovar szerepének gyanúját is felkeltette. A házi légy csakugyan passiv terjesztőnek bizonyult, mert szívójában és testében kimutathatólag virulens maradt a fertőző anyag. Ilyen kísérleteket végeztek még negatív eredménnyel a mosquito közönséges fajaival, a fej- és ruhatetűvel. Poloskákban azonban jó néhány napig életképes maradt a vírus. Ez azért is érdekes, mert az ember, illetve kísérleti állat vérében a vírust alig sikerült kimutatni. Ugy látszik, hogy a rovarok a vérrel együtt a fertőző anyagot is fel tudják venni és activ állapotban hordozni bizonyos ideig. E kísérletek természetesen még nem bizonyítják, hogy a vírus a rovarban gyarapodhatik, vagy hogy a rovaroknak csakugyan volna szerepük az életben is a fertőzés átvitelében.

Flexner helytelennek tartja az esetek számából és focalis szétszóródásából vagy idény szerinti megjelenéséből a fertőzés módjait illetőleg gyors és merev következtetések levonását. Igaz ugyan, hogy az egyes esetek gyakoribbak egy-egy családban, mint a többes esetek. Az abortív és ambulans esetek ismerete azonban e nézetet azonnal megváltoztatta. Míg a járványok legnagyobb mértékét érik el augusztus, szeptember és október hónapban, addig a kezdetük a tavaszra vagy nyárra esik és teljesen nem szűnnek meg télen sem. Vannak tényezők a poliomyelitis-fertőzés körül, melyeket nem értünk, de azért nem egyedülállóak vagy különösen jellemzők. Így pl. a terjedés és focalis eloszlás szempontjából igen sok hasonlóság van a poliomyelitis és meningitis epidemica között. Mindkettő főleg az 5 éven aluli gyermekkorban leggyakoribb, de idősebb gyermekek és felnőttek sem mentesek tőlük. A poliomyelitis is jelentkezik kifejezetten, de abortív és ambulans esetek is ismeretesek, a vírusa úgy látszik az ornyálkahártyán jut ki és be a szervezetbe. Vannak egészséges virulenshordozók is és úgy látszik nem minden életkor egyformán fogékony a vírussal szemben, a mi nagy elterjedésének némileg gátat vet. (The Journ. of the Americ. Med. Assoc., 1912.)

Bosányi Andor dr.

Venereás betegségek.

„A syphilitis betegekről való gondoskodás és a luesprophylaxis Nürnbergben 1498—1505-ben“ czímen közöl érdekes orvostörténelmi adatokat *K. Sudhoff* (Leipzig). Ugy látszik, hogy Nürnbergben 1496-ban beszéltek először hivatalosan a syphilitisről. A városi tanács ugyanis válaszolt Bamberg városának ama kérdésére, hogy a syphilitis beteg sertések húsának élvezése által terjed-e az emberre. A modernebb Nürnberg tanácsa azután — meghallgatván előbb jogi és orvosi szakemberét — oda nyilatkozott, hogy ez igenis lehetséges. Lehetséges, hogy ez a fölfogás abból az edictumból eredt, melyet *Miksa* császár Wormsban bocsátott ki, s melyben Augsburg városának megtiltja a sertéstenyész-

tést, mert ez az egész várost elpiszkolja s a különböző betegségek terjesztését előidéz. 1497-ben a tanács igen hatóságos javaslatot tesz a syphilitis ellenében, a mennyiben városának falai között csakis a megbetegedett benszült polgárokat akarja megtűrni, a többi syphilitis beteget pedig kiutasítani kívánja. Ezt a javaslatot azonban úgy látszik utóbb enyhébb alakban hajtották végre. 1498-ból erednek az első nyomok, melyek arra vonatkoznak, hogy a városi tanács a syphilitis betegeknek a kórházba való fölvételét elrendeli. Kissé kómikusan hat a tanácsnak a rendelkezése egy lueses házaspárról, hogy vagy egyedül a férjet, vagy egyedül a feleséget szabad csak a kórházba fölvenni. 1498-ban a város kapuinak őreit felhívják, hogy kettőzött éberséggel vigyázzanak arra, hogy idegen syphilitis beteg ne tegye be a lábát Nürnberg városába. Ugy látszik, hogy a kórházban elhelyezett syphilitis betegek mihelyt kissé javultak, nem viselték magukat a kellő módon, s a szigorú erkölcs szabályainak sem hódoltak mindig, a mit nem is lehet csodálni, ha vesszük, hogy nők, férfiak szűkösen s közösen voltak elhelyezve. Ebbe az időbe esik, hogy a beteg kéjnőket is szigorúan szemmel tartották. Ezek leginkább a kis Pegnitz partján sétáltak s ha ilyenkor betegen rajtakapták, irgalmatlanul, leginkább száműzésre elítélték. Érdekes, hogy 1499-ben már elhatározta a tanács, hogy syphilitis beteget csak az arra meghatározott kórházba szabad fölvenni, másba nem. A kórházban ebben az időben már csak két hónapig maradhattak a syphilitis betegek, azontúl el kellett távozniuk, akár meggyógyultak, akár nem. Ugy látszik, hogy a betegek kezelése átlag 6—8 hétig tartott. Az 1500. évben kevés az, a mit a tanács a syphilitis kérdése körül határoz. Közegészségügyileg a tanács leginkább az idegen koldusok és csöcselék beözönlése ellen gondoskodik. Ez a koldushad ugyanis nemcsak zaklatta a polgárságot, terjesztette a betegségeket, hanem a kórháznak is terhére esett. A szerző ezután azt a tanácsi határozatot közli (1502-ből), mely a syphilitis betegek kezelését s ételmezését rendeli el. Kiviláglik ebből, hogy az ebédjük levesből s $\frac{1}{4}$ font hűsből állott, vacsorájuk pedig levesből vagy főzelékből és sok kenyérből. *Sudhoff* ezenkívül függelékkel azokat az adatokat is ismerteti, melyek bizonyítják, hogy Nürnberg a 16. század első éveiben mint syphilitisgyógyító hely volt híres. Ezért nevesebb emberek is kezeltetik magukat a nürnbergi kórházban. A hathetes ápolási költség akkoriban 3 forintba került, hetenkint $\frac{1}{2}$ forintba. A kezelő chirurgusnak ezen időre 8 forint járt, segédjének pedig $1\frac{1}{2}$ forint. (Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1913, 118. kötet, 1. füz.)

Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Tussis convulsiva eseteiben *Wassermann* nagyon jó eredménnyel használta a veronalt, s még jobban a veronal összeköttetését chininnel, az úgynevezett *chioneonalt*, a melynek hasznosságára a nevezett betegségben már mások is felhívták a figyelmet. A chinin kombinációja bromurallal szintén jó, noha a veronal sedatív hatása nagyobb gyermekeken talán kifejezettebb. (Therapeutische Monatshefte, 1913, 10. füzet.)

Gégeszükület esetét ismerteti *Thiberge*, a melyben fibrolysin befecskendésére gyógyulás következett be. Az eset $2\frac{1}{2}$ éves gyermekre vonatkozik, a kin influenza következtében állott be a gyűrű- és kannaporcz ízületének ankylosisa, úgy hogy gégemetszést kellett végezni és kanült bevezetni. A gyógyulás 12 befecskendés után — eleinte $\frac{1}{2}$, később 1 ampullányi mennyiséggel — lett teljessé. (New Orleans Med. and Surg. Journ., 1913 szeptember.)

Subjectiv fülzörejek ellen *Theimer* nagyon dicséri az otosclerol nevű szert, a mely lényegében cimifuginból, bromból és phosphorsavból áll és tabletták alakjában kerül forgalomba. Naponként 3-szor adandó eleinte 1—1, majd mind több tablettát, míg napi 15 tablettáig jutunk el; ezen adag mellett azután hosszabb ideig megmaradunk. (Oesterreich. Aerzte-Zeitung, 1912, 7. sz.)

A narkophin (morphin-narkotin-mekonat) feltűnő kedvező hatására hívja fel a figyelmet *Wockenfuss*, a ki saját magán tett kedvező tapasztalata alapján (más szerekkel nem befolyásolható ischiásos fájdalom enyhülése már az első használat után) sok betegének adta ezt 0.015 gr. hatóanyagot tartalmazó tablettákban is kapható újabb szert, a melynek alig van mellékhatása. (Münchener med. Wochenschrift, 1913, 38. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 48. szám *Mansfeld Ottó*: A méhrák ezidő szerinti kezeléséről. *Berkovits René*: A metasyphilis kérdése. *Pivány Ágoston*: A Trommer-féle cukorpróba módosításáról.

Klinikai füzetek, 1913, 11. füzet. *Weisz Emil*: A sexualpaedagogia ifjúságvédelmi és közegészségügyi szempontból. *Markbreiter Irén*: A lipojodin használata a szemgyógyászatban.

Orvosok lapja, 1913, 49. szám. *Fáykiss Ferenc*: A vállizületi mozgékonyosság zavarairól a tokszalg sérülése kapcsán.

Budapesti orvosi ujság, 1913, 49. szám. *Fejér Gyula*: A mindennapi szembetegségek diagnostikája és terapiája. *Steiner Farkas*: Asthma bronchiale és emphysema pulmonum kezelése lipojodinnal. „Gyermekorvos” melléklet 4. szám. *Fischer Aladár*: 1. Gümös eredetű duodenum-szűkület operált esete 10 éves gyermekben. 2. Hernia funicularis operált esete egynapos gyermekben. 3. Multiplex májehinococcus operált esete. *Wolf Gyula*: Lisztáplálás a csecsemőkorbán. *Groszmann Ferenc*: A gliokoforról.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Rednik János* dr.-t Máramarosmegye tiszteletbeli főorvosává, *Pataki Armin* dr.-t a székesfehérvári Lujza-sanatorium főorvosává, *Sándor Márton* dr.-t ugyanoda segédorvossá, *Horváth Kálmán* dr.-t és *Reisz Dezső* dr.-t Békésvármegye közkórháza segédorvosává nevezték ki.

Választás. *Láng József* dr.-t Hunfalván körorvossá választották.

Székács Béla dr. kórházi főorvost az igazságügyi orvosi tanács alelnökévé nevezték ki.

A Stefánia gyermekkorház-egylet igazgató-választmánya a bonczoló-főorvosi állásra *Orsós Ferenc* dr.-t választotta meg.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum novemberben 141 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 117 volt.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület októberben 1522 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1067 szállítást végzett, 138 esetben mint mozgóórszék szerepelt és 17-szer vaklárma és téves jelentés folytán vonult ki. Az október havi működési főösszeg tehát 2744.

A cholera állása hazánkban. November 23.-ától 29.-éig 11 új megbetegedés és 5 haláleset fordult elő. Nagyobb számú eset volt Torontáludvaron (6 megbetegedés és 1 haláleset).

Meghalt. *J. Grynfeldt* dr., a nőorvostan tanára Montpellier-ben. — *J. M. Aguilar*, a nőorvostan tanára a granadai egyetemen.

Az emésztőszervi és anyagcserebetegségek megbeszélésére „Tagung für Verdauungs- und Stoffwechsel-Krankheiten” címmel az első összejövetelt 1914 április 24. és 25.-én tartják Homburgban. Tárgyalásra ezek vannak kitűzve: 1. A vastagbél súlyos gyuladással betegségei. Referens: *Ad. Schmidt* tanár (Halle). 2. A diabetes kezelése. Referens: *G. Rosenfeld* tanár (Breslau). 3. A radiologia jelentősége az emésztőszervek betegségeinek diagnostikájában. Referens: *Bergmann* tanár (Altona).

A depopulatio kérdése újabban már az angolokat is foglalkoztatja. Angliában ugyanis a születések száma ezer lakosra viszonyítva 1910-ben 25.1-re szállott alá, holott 1881-ben még 33.58 volt. Franciaországhoz viszonyítva ezen szám még mindig eléggé kedvező, mert ott a 25-re súlyedti natalitási arányszámot már harmincz évvel ezelőtt elérték. A változott sajnálatos viszonyok beható tanulmányozására az angol kormány bizottságot küldött ki. B. J.

Személyi hírek külföldről. A freiburgi egyetemi belorvostani poliklinika vezetőjévé *C. Ziegler* boroszlói címz. rendk. tanárt nevezték ki. — *E. Frey* (Marburg, gyógyszerész) és *W. H. Schultze* (Göttingen, kórbonczoló) magántanárok tanári címet kaptak. — A bonni közegészségügyi tanszéket *R. O. Neumann* tanár foglalja el, a ki eddig Giessenben működött, a greifswaldti *P. Römer* marburgi rendkívüli tanár.

Hírek külföldről. Frankfurtban november 22.-én tették le az új egyetemi központi épület alapkövét. — Halléban november 22.-én leplezték le a hallei s később a berlini egyetem egykori nagyírú belorvos-tanárának, *J. Chr. Reil*-nak (1759—1813) az emléksobrát, melyet az egyetem aulájában állítottak fel. — Az éppen most lezajlott olasz választások alkalmával 31 orvos jutott be mint képviselő a parlamentbe, köztük *Bacelli* (Róma), *R. Santoliquido* (Róma), *L. Bianchi* (Nápoly), *G. Queirolo* (Pisa).

Lapunk mai számához a *Vial és Uhlmann* cég „**Tonica**” című prospectusa van mellékelve.

Lapunk mai számához a „**Chinoïn**” *Dr. Kereszty, Dr. Wolf és Társa*, vegyészeti gyár, Ujpest, „**Cadogel**” című prospectusa van csatolva.

Lapunk mai számához *Dr. Kade-Berlin SO. 26* „**Asthmolysin**” című prospectusa van mellékelve.

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

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

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

DR. REICH MIKLÓS Budapesti **ZANDER-gyógyintézete**
Dr. ZANDER G. eredeti készülékeinek teljes sorozatával és rokon physikalisk gyógyeszközökkel tökéletesen felszerelt intézet.

IV., Semmelweis-utca 2. sz. Kossuth Lajos-utca sarkán.

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., operatőr.**

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15'
Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegy- és Röntgen-laboratórium.**

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.

Dr. GÁMÁN BÉLA
diaetás orvosi intézete
■■■ VOLOSCA-ABBZIA. ■■■

Therapia sanatorium r.-t. Budapest, VII., Városligeti fasor 11.
Bennlakó és bejáró belbetegek részére. Diagnostica. Therapia. Mindennemű ojtásos kezelések. Hízaló és soványító kúrák. Nagy vízgyógyintézet. Laboratórium. Röntgen. Vezető orvosok: **Rajnik Pál dr.** és **Kovács Aladár dr.**

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

Park-sanatorium: Külön szülő-osztály

San Remo
téli klímás gyógyhely az olasz Rivierán Sanatorium külön tüdőbetegek és külön az anyagcsere betegségeiben szenvedők részére Fekvőcsarnokok. Magyar ápolónők. Meleg tengeri fürdők. Kívánatra prospectusokat küld **Czifrus Dezső dr.**, kir. tanácsos.

Dr. GARA GÉZA, Meran. Sanatorium. Ujnonnan átalakítva. Prospectus.

Epileptikus betegek intézete
BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál a gyógyfürdő gondnoksága vagy *Wosinski István* dr., örökös római gróf igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Dr. Szontágh Miklós gyógyintézete Ujtátrafüred
Egész éven át nyitva. — Lakás, ellátás, orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10 koronától kezdve.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XVII., XVIII., XIX., XX. és XXI. rendes tudományos ülés 1913 május 24.-én, október 18.-án, október 25.-én, november 8.-án, és november 15.-én.) 923. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (VIII. ülés 1913 május 8.-án) 927. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XVII. rendes tudományos ülés 1913 május 24.-én.)

Elnök: Grósz Emil.

Jegyző: Dollinger Béla.

(Folytatás.)

Az Abderhalden-féle úgynevezett terhességi reactióról.

Detre László: Az *Abderhalden*-féle reactio egyenes kapcsolatban áll a szövetségi anyagcserére vonatkozó immunológiai újabb vizsgálatokkal. Már 1896-ban mutatta ki *Voit* Münchenben, hogy a míg a bőr alá bevitt monosaccharidok a szervezetben teljesen áthasonulnak, addig a disaccharidok a vizeletben teljes egészben kiürülnek. 1906-ban találta aztán *Weinland*, hogy nádcukornak többszöri injectiójára a nádcukornak mind kisebb $\frac{1}{10}$ -a jelenik meg a vizeletben, jelölve annak, hogy a szervezet az injectiók hatása alatt nádcukor-bontó-képességet nyert. Az ily módon előkezelt szervezetnek vérsavójában csakugyan invertint tudott kimutatni.

A további kísérletek általános szabályként mutatták ki, hogy a szervezet a parenterálisan, azaz a bélcsatorna megkerülésével bevitt tápanyagokat a serumban újonnan képződő többé-kevésbé fajlagos fermentumok segítségével át tudja hasonítani. Az újabb kutatások értelmében az immunológiai ellenanyagok sem egyebek a bacteriumok fehérjéje ellen irányuló fermentumoknál: jelesül a fehérje befecskendése után képződő anaphylaxiás ellenanyagokról tudjuk, hogy bizonyos körülmények közt alkalmasak a megfelelő fehérjés antigenek felbontására és peptonizálására.

Az idők folyamán szakítanunk kellett a feltevessel, hogy az ellenfermentumok csakis *idegen* fajtájú fehérjés anyagnak parenteralis (mesodermalis) injectiója után jelennek meg; ma tudjuk, hogy ahhoz, hogy valamely fehérje antigen legyen, teljesen elegendő, hogy az általános nedvkeringésben ne forduljon elő. *Detre*-nek még 1900-ban sikerült pl. májellenes anyagoknak előállítását oly módon, hogy tengerimalaczmájjal immunizált tengeri malaczkokat. Az immun anyagok kimutatásának vegyi módszerét *Abderhalden*-nek köszönjük, a ki két módszert is ismertetett a fehérjebontó fermentumok felismerésére. Az egyik az optikai, a másik a dialyzáló módszer; az első a fehérjebontó fermentumok jelenlétét a pepton + serum-keverék csavaróképességének fokozatos csökkenéséből határozza meg; a másik azt keresi, keletkeznek-e a serum behatására bizonyos fehérjékből peptonok és más fehérjebomlástermékek, a melyeket dialyzáló tömlő segítségével nyert dialysatumban kimutathatunk. Mindkét módszer bevált akkor pl., a mikor *Abderhalden* anaphylaxiás állatoknak vérsavóján alkalmazta. Ezen tanulmányok közben jutott *Abderhalden* arra a gondolatra, vajjon módszereit nem lehetne-e a terhességnek kimutatására felhasználni; hiszen tudjuk, hogy *Voit*, *Weichard* és mások óta általánosan felveszik, hogy a magzati szövetek és jelesül a placenta az anyai szervezetre idegen fehérjeként hatnak. A terhességi toxicosisokat, eclampsiát stb. számos szerző az anyai szervezetbe jutott bomlástermékekből magyarázza. *Abderhalden* vizsgálatai szerint a terhesség vérsavója valóban oly módon viselkedik a leány-szövettel szemben, a hogy az immun anyagok viselkednek a megfelelő antigenjük iránt: felbontják és áthasonítják. Az áthasonítás végső termékei legczélsezerűbben *Abderhalden* újabb, ú. n. ninhydrin-reactiójával mutathatók ki, melynek előnye a régebbi biuretreactióval szemben, hogy megítélésénél nem kíván a szem részéről túlságos gyakorlatot.

Abderhalden módszere lényegében véve igen egyszerű. Nem kell hozzá egyéb, mint a vizsgálandó egyén serumja, placenta, dialyzáló hártya és ninhydrin. A serumból $\frac{1}{2}$ cm³-t öntünk a dialyzáló tokba, hozzáteszünk borsónyi darab placentát, majd 20 cm³ destillált vízzel veszszük körül apró Erlenmayer-lombikban, ráöntünk — kívül s belül — részben

az elpárolgás, részben a bacteriumos fertőzés megállítására és 37°-os thermostatba helyezzük 16—20 órára. Ezen idő alatt a „positív“ serum a placentában levő megtámadható fehérjét felbontja, belőle könnyen dialyzáló termékeket hasít le, a melyek a hártyan keresztül diffundálnak a külső vízbe, a hol is ninhydrinnel felismerhetők. A ninhydrin-reactiót akként ejtjük meg, hogy a dialysatum 10 cm³-hez 0.2 cm³-t teszünk 1% ninhydrin-oldatból, aztán főzőpálcát beléhelyezve, 1 percig forraljuk, majd $\frac{1}{2}$ óra múlva az eredményt leolvassuk. *Abderhalden* szerint czélsezerű minden esetben ú. n. serum-kontrollt végezni, a melynek beállítása egyezik a tulajdonképpeni kísérlettel, a dialyzáló tokban azonban csak a serum foglal helyet (placenta nélkül). A maguk részéről ezt a serum-kontrollt *feltétlenül* szükségesnek tartják a reactio megítélésére, mivel 49 eset közül 22-ben, azaz 45%-ban látták, hogy a serum dialysatuma is adja — többé-kevésbé — a ninhydrin-reactiót. Ez könnyen érthető, ha elgondoljuk, hogy egyrészt minden serum tartalmazhat a bélből vagy a szövetségi fehérjeforgalomból származó bomlástermékeket, másrészt pedig a terhesség alatt amúgy is állandóan szívódhatnak fel a placentából avagy a magzatból származó olyan fehérjék, a melyekből a vérben levő ellenfermentum magában a keringésben hasítja le a reagáló bomlástermékeket. Hiszen *Rosenthal Jenő*-nek alapvető kutatásai szerint, a kinek az anti-tryptikus serumhatás okát illető magyarázata már általánosan elfogadott, éppen a graviditás alatt a serumban a fehérjebomlástermékek annyira meg szoktak szaporodni, hogy azoknak anti-tryptikus hatása — ceteris paribus — a terhesség felismerésére alkalmazható.

A serum ezen önreactiója azonban nem gátolja a reactio megítélését, mivel positiv esetekben a „serum-placenta“ dialysatuma könnyen felismerhető erősebb színreactiót ad, mint a pusztá serum.

Positivnak valljuk a reactiót, ha a placenta dialysatuma erősebb ninhydrin-reactiót ad, negativnak, ha a két cső színben nem, vagy alig különbözik. A következő eshetőségeket találtuk:

Serum + placenta	Serum
ibolyaszín	0 I.
ibolya >	ibolya II.
0	C III.
ibolya =	ibolya IV.

Az első két lehetőség „positív“, a második kettő „negatív“. Legtisztább az eredmény az I. és III. esetben, nehezebb a II. és IV. megítélése. A milyen egyszerűnek látszik a methodus, valójában nagyon komplikált, minthogy csakis a hibaforrásoknak teljes ismerete adja meg — miként *Abderhalden* minden munkájában hangsúlyozza — a dolgozás biztosságát. Tapasztalataik alapján a következő útmutatásokat adják a reactióval foglalkozni kívánók részére.

1. Az edényzet, pipetták, kezünk absolute tiszta legyen. A *ninhydrin-reactiót* ugyanis — miként erre vonatkozó kísérletben látták — már 0.2% *fehérjeoldat is adja*, nemkülönben az izzadságban levő bomlástermékek.

2. A placentadarabok teljesen mentesek legyenek reagáló anyagoktól; ugyanis, ha a placenta maga is tartalmaz ilyeneket, ezek hozzáadódván a serumban levő „önreagáló“ anyagokhoz, positiv reactiót mimelhetnek ott, a hol a serumban tulajdonképpeni fehérjebontó fermentumok nincsenek. A plac. elkészítése legjobban *Abderhalden* előírásából tanulható meg: bonyolult, végtelenül aprólékos mivelet. *Abderhalden* megkívánja, hogy 1 gr. placenta + 5 cm³ víz 5 percig forralva és szűrve ne adjon 1 cm³ 1% ninhydrinnel reactiót.

3. A dialyzáló tokok α) ne legyenek likasak; β) ne bocsássonak át fehérjét (biuret-próba!); γ) peptont kellőképp bocsássonak át (ninhydrin). Azaz ne legyenek sem túlságos laza, sem túlságos sűrű szövésűek. Számos hamis eredmény a tok hibájában leli magyarázatát; miért is a tokoknak lege artis való vizsgálata feltétlenül kell, hogy a tulajdonképpeni reakciót megelőzze. (A hallei Schoeps-czég által „hitelesnek” jelzett tokok közt is találhatók rosszak, a mit külön ki kell emelni.) Czélszerű a tokokat vegytintával megjelölni, hogy a tokhibából eredő irreális eredmények olyanoknak felismerhetők legyenek.

A használt tokok vízben, majd destillált vízben kimosandók (hibaforrás: serummaradék!), majd 1 percznyi forralás után toluolos steril vízben teendők el.

4. A vérsavó teljesen haemoglobinmentes legyen és ha lehet, teljesen átlátszó. Az emésztés idejében vett opálos serumok nem alkalmasak (sok bomlástermék!), miért is reggel éhomra vett savókkal dolgozzunk. Tágas kaliberű, száraz, nem aetheres punctiós tüvel vesszük a venából egyenesen a tiszta, száraz kémilöcsőbe a szükséges 15—20 cm³ vért, a melyből 4—6 óra alatt kiszorul a szükséges 3 cm³ savó. A savó minden esetben lecentrifugálandó, míg kristálytiszta lesz. A jégen eltett savó még 24 órán át használható marad (saját észlelésük), a zavaros, állott savó, vagy az 56°-ra hevített savó értéktelen.

5. A hevítés, az első légbuborékok megjelenésétől számítva, 1 perczig tartson; ügyeljünk az egyenletes forrásra, a mit a kémilöcsőnek a láng hidegebb vagy forróbb részébe való változó tartásával könnyen el lehet érni. Ezen originalis forralási módszer több szempontból szorul még javításra. Mint-hogy a reactio intenzitása a forrás idejétől és intenzitásától függ, másrészt elég gyakran pattannak el a kémilöcsővek, továbbá egy egész sorozat vizsgálata túlságos sok időt vesz igénybe, keresték, nem lehetne-e a hevítést önkényes megállapításoktól függetleníteni. Kiderült, hogy a forró vízfürdőben való 10'-nyi hevítés teljes aequivalense a szabad láng felett való 1'-nyi forralásnak, tehát oly módon járunk el, hogy a ninhydrinnel kevert dialysatumokat élénk forrásban levő, 1—2 litert tartalmazó vízfürdőbe helyezik, 10 percz mulva egyszerre kiveszik és az eredményt 30' mulva leolvassák.

Érdekes, hogy ezen hevítési módszer — a melynek előnyei szembeszökők — csakis akkor adja a kellő reakciókat, ha a hevítendő csöveket főzőpálcákkal látják el, a mi arra vall, hogy a reactio megjelenéséhez nemcsak a hőfok, hanem a forrás mechanikai viszonyai is szükségesek. Üdvösnek találták $\frac{1}{2}\%$ -os serumoldatot is kontroll gyanánt belevenni a hevítendő próbák közé; a forralást akkor hagyják abba, ha a ninhydrinnel kezelt controllserum-oldat ibolyaszíne elárulja a reactio befejeztét.

6. Végezetül — a mire más szerzők nem helyeznek súlyt — feltétlenül megkívánják, hogy minden dialysatumból 2—2 próba végeztessek; csakis az az eredmény fogadható el reálisnak, a melyet 2 egyező kémilöcsőpár egyezően ad.

Grosch Károly a következőkben számol be idetartozó vizsgálatairól:

1. Vért vettek	nem gravidától	---	17	esetben
	gravidától	---	19	„
	puerperától	---	6	„
	kérdéses eset volt	---	3	„
	tbc. férfi vére	---	5	„

A nem gravidákon 8 esetben —, 5-ben + reakciót kaptak, kérdéses (ki nem fejezett) volt a reactio 4 esetben. Az 5 + reakciós eset közül 3, a melyben a graviditás lehetősége fennáll, észlelésük alatt marad; biztosan hamis reakciót adott 2. Az egyikben a vérvétel a menstruatio alatt, a többiben közvetlenül a menstruatio előtt történt. A kérdésesnek jelzett 4 esetben a „Ser. + Pl.” és „Ser.” csövekben minimalis színárnyalatkülönbségek voltak.

Gravidákon 16 esetben +, 3 esetben — volt a reactio. Erősen positiv volt 3 esetben (mind gravid. VIII.). A többi

gravida közül 2 az V. hónapon innen volt, a többi a IX. hónapban. Nem adta a reakciót a) gr. III., b) gr. V., c) gr. VIII. 2 negativ esetben a reakciót megismételve, kifejezett positiv reakciót kaptak.

A puerperák közül a legfiatalabb 4 napos volt, a legidősebb 23 napos. Mind a 6 esetben igen erős positiv reakciót kaptak (erős színeződés, erős különbség).

A férfiakról vett 5 serum (gümőkór-esetek) sem magában, sem placentával dialyzálva színeződést nem adott.

Kérdéses 3 esetük közül az első Douglas-tumor, verosim. extrauter. graviditas. A reactio oly gyenge színeződést adott, hogy positivnek nem merték felvenni. A beállott menstruatio igazolta óvatosságukat. A második eset: menopausa, graviditas? Észlelés alatt marad. A harmadik: 7 napi késedelem a menstruatioiban. Eredmény: minimalis különbség, „kétés” reactio. Észlelés alatt marad.

Összegezve: Biztosan nem gravidák közül 14 esetből 2, 19 gravida közül 3 hiba. Minthogy azonban 2 esetben (biztos gravid.) a negativ reakciók helyébe positiv lépett, ezen szórványosan hibás reakciók is talán kiküszöbölhetők lettek volna. A fentebb vázolt technikai nehézségekben látják az okát annak, hogy „kétés” eseteikben nem tudtak adni határozott véleményt.

Feltűnő, hogy puerperákon minden esetben erős színeződést kaptak, erős színeződéssel, továbbá, hogy a férfiak seruma színeződést egyáltalán nem adott.

Röviden regisztrálták vizsgált eseteiket és a nyert reakciókat. Nem lehet céljuk tovább menni. Vajjon a reactio biztos-e, specifikus-e, ma még vitás, egyesek dicsérik, mások gáncsolják Abderhalden eljárását. Ma végleges véleményt még nem adhatnak. Tényként leszögezük, hogy a technika igen subtilis, igen nehéz; a hibaforrások alapos ismerete nélkül a vizsgálati methodus nem alkalmazható, mivel a reactio minden phasisában csúszhatik be hiba, a mely bármi kicsinek lássék, nagy tévedésekre vezethet. A végeredmény leírása pedig, ha subtilis különbségek vannak a „S + P” és „S”-esetekben, vajmi subjectiv tényezőktől függ. Talán, ha a vizsgálandó serumot — pl. dialysis útján — meg lehetne szabadítani az önreagáló anyagoktól, a nélkül, hogy a fermentumokat tönkretennők, a reactio egyszerűbben volna értelmezhető.

Kísérleteik első sorozatáról sine ira et studio számoltak be. Az Abderhalden-reactio eddig is eléggé biztató eredményeket adott. Remélik, hogy ama javított methodikának birtokában, a melyet vázoltak, végleges és döntő eredményekhez fognak jutni.

Tóth István: Nem a maga érdekében szólal föl, hanem egyik fiatal kartársa képviselőjében, a kinek, miután éppen hasonló irányú saját módszerének bemutatása érdekében külföldön időzik, nincs módja itt igazát megvédeni.

Rosenthal Jenő, a [ki a hozzászóló osztályának laboratóriumában évek óta nagy szorgalommal dolgozik, a különböző vérsavóknak antiproteolysis hatását vizsgálva, azon eredményre jutott, hogy ha a vérsavó tulajdonsága csakugyan azon mechanismus szerint jó létre, a mint azt ő egyik munkájában megállapította volt, akkor a terhes nők serumának is gátolnia kell a trypsin emésztő hatását. Ezen irányban folytatta Rosenthal tovább vizsgálatait s a hozzászóló osztályán 120 terhes és nem terhes nő vérsavóját vizsgálva meg, azon eredményre jutott, hogy methodusa szerint különben egészséges egyén vérsavójából meg tudja állapítani, terhes-e az illető nő, avagy nem terhes. Nem írja le Rosenthal methodusát, majd elmondja ő maga, de különben is már 2 év előtt közölte úgy magyar, mint német nyelven s igazán sajnálja, hogy míg az idegennek nehézkes s nem is megbízható eljárását itthon is kipróbálták, és pedig, a mint hallottuk, nem éppen megbízható eredményekkel, addig Rosenthal sokkal egyszerűbb módszerét saját hazájában alig kísérelték meg, míg a kik külföldön foglalkoztak vele, megbízhatóbbnak tartják (Franz és Jarisch), mint Abderhalden methodusát, a melyről csak nemrég Engelhorn is kimutatta, hogy nagyon sok esetben ad positiv eredményt nem terheseken és negativat éppen terheseken.

Rosenthal a német gynaekologusok egy hét előtt tartott congressusán előadta módszerét, a mire számos német egyetem női klinikája meghívta methodusának bemutatására; s éppen ez ügyben tartózkodik most külföldön.

A hozzászóló gondos kontrollkísérletek útján győződött meg Rosenthal módszerének megbízhatóságáról s nem egy kényes kérdésben diagnostikájukat igen jól kiépíthették e serologiai vizsgálattal.

Ajánlja, hogy mások is foglalkozzanak fiatal honfitársunk úttörő munkájával, annyival is inkább, mivel, mint említé, Rosenthal metho-

dusa sokkal egyszerűbb s megbízhatóbb, mint *Abderhalden*-é. Hogy a reactio nem tisztán csak a terhességnek specificuma, maga *Rosenthal* leírta s munkájában felsorolta, minő megbetegedések zárandók ki, hogy a következtetések helyesek legyenek.

Abderhalden vizsgálatai tudományos szempontból kétségtelenül értékesek, de a gyakorlatnak egyszerűségénél s megbízhatóságánál fogva sokkal jobban megfelel *Rosenthal* eljárása.

Fekete Sándor: A II. számú női klinikán 92 serumot vizsgált meg az *Abderhalden* által ajánlott dialyzáló eljárással, szigorúan követve azon utasításokat, a melyeket *Abderhalden* utolsó közleményeiben a reactio elengedhetetlen feltételeinek jelez. Így elsőrangúan fontos a hengerek ellenőrzése, a placenta tisztasága, a placentafózet tökéletes mentessége minden olyan anyagtól, a mely a ninhydrin-reactiót adja. Egyelőre csak az eredmények rövid összefoglalását s a levonható következtetéseket adja. Esetei úgy oszlanak meg, hogy 13 esetben normalis szervezet és genitális status volt. 34 serum terhestől származott, 45 pedig olyan nőbetegektől, a kiknek lobos vagy daganatos elváltozásai (adnextumor, cysta, myoma, carcinoma stb.) voltak. A 13 normalis serumból csak 1 reagált positive, a 34 gravida közül csak egy volt negativ. A 45 nőbeteget két csoportba sorozza: 21-en a diagnózis kombinált vizsgálat alapján lett felállítva, 24-en műtéti inspectio, illetve ez endometrium mikroszkopi vizsgálata engedte kizárni a graviditást. Mindkét csoportból 3-3 reagált positive, a többi mind negativ volt. Az összesen vizsgált 92 serumból tehát 84 adott helyes reactiót. A téves reactióknál az eltérés gyakrabban mutatkozik pozitív irányban (7), mint megfordítva.

Eseteinek száma, a hol a reactio nem adott megfelelő eredményt, sokkal kisebb, semhogy az eseteknek valamely közös jellemvonását sikerülne megtalálni. Ugyanolyan klinikai diagnózis mellett más esetek helyesen reagáltak. Eredményeiből nem is azt következteti, hogy a reactio diagnostikai célokra nem alkalmas, mint inkább azt, hogy még szigorúbb kritériumokat kell keresni és a methodikát kell szabatosabbá tenni. A kik végigkísérték a reactiót a fejlődésén, okvetlenül azt az impressiót nyerik, hogy a reactio még javítható, biztossága fokozható s hogy nemcsak a terhességi diagnostika, de az egész orvostudomány nagy horderejű felfedezésével lett gazdagabb általa. Végül még megemlíti, hogy *Rosenthal* a II. sz. női klinikáról nyert 8 serumban reactióját a graviditás diagnózisát helyesen jelezte.

Singer Hugó: *Fränkl* legutóbbi cikkében 40 eset kapcsán kifejti, hogy az az impressiója, hogy az *Abderhalden*-eljárás nem fog beválni. Ez pedig fontos, mert a laparotomia indicatioja nem függhet a dialysator-hártyától, csakis a polarisator finomságaitól várható valami eredmény. Ezzel szemben áll a *Rosenthal* eljárása, melyet a szülő maga is látott a *Tóth István* osztályán. Egyenesen frappáns volt, mikor 30 perc alatt abszolút biztossággal megmondotta, terhes-e az egyén vagy nem. Meg is okolta a fokozatos fehérjeszétést és egyszerű eszközökkel dolgozik. Csodálni lehet, hogy e magyar orvos felfedezése két év óta elkerülte a figyelmet. A *Rosenthal* egyszerű eljárása az *Abderhalden*-ével szemben absolute biztos.

Gál Félix: Az *Abderhalden*-reactiónak nemcsak a terhességben, hanem a parenteralis fehérjeemésztés más eseteiben is lehet jelentősége. Így pl. bacterium-infectio eseteiben is számbajöhet diagnostikai értelemben.

Scherer Sándor: Célja az *Abderhalden*-eljárás gyakorlati bemutatása volt. Az eredmények nem voltak mind precisek. Hangsúlyozza, hogy az optikai eljárás jobb, a dialysator nem kielégítő. A *Rosenthal*-féle eljárást örömmel fogják üdvözölni, ha beválik. Kívánatos volna a lényegre vonatkozó vitát öszre halasztani.

Detre László: Arra kéri az orvosegyesületet, hogy ne nyerjen olyan impressiót, mintha az előadást pro *Abderhalden* és contra *Rosenthal* tartotta volna. A mit a szülő *Rosenthal* sarkalatos igazságáról mondott, legjobban igazolja, hogy *Rosenthal* felfedezését mennyire becsüli; *Rosenthal* igazát nem kell megvédeni a szólóval szemben, mert nem támadta.

Hangsúlyozta, hogy a terhesek tiszta (placenta nélküli) serumból átdiffundáló ninhydrinre reagáló anyagok nem egyebek, mint a *Rosenthal* antiproteolysises anyagai.

A két reactiót nem hasonlította össze a szülő, mert csak az egyikkel dolgozott.

A mit teoriában a jövőre nézve mint valószínűséget jelezni lehet, a következő:

A *Rosenthal* reactiója valószínűleg el fog terjedni az egészségesek graviditásának felismerésére, míg klinikai esetekben a theoretikusan feltétlenül jól megfundált *Abderhalden*-módszer jut majd érvényre, feltéve, ha a hibaforrások teljesen eliminálhatók lesznek.

Tóth István: Egyáltalán nem látott *Detre* előadásában támadást *Rosenthal* ellen. A mikor azt mondotta, hogy „*Rosenthal* most nem védheti igazát”, ezzel azt kívánta jelezni, hogy az igazat védeni nemcsak támadás ellen kell, hanem az agyonhallgatás ellen is. *Rosenthal* magyar és német nyelven közölte methodusát, tehát módjában volt *Detre*-nek vele foglalkozni, az eljárásról nyilatkozni, a minthogy foglalkozott is vele, mivel mint szülő *Rosenthal*-tól tudja, *Detre* egy ízben sürgősen hívatta *Rosenthal*-t, hogy egyik fővárosi sanatoriumban levő nőbetegek véréből határozza meg, terhes-e az illető vagy sem; s a mikor *Rosenthal* negativnak jelezte a reactiót, akkor vallotta be *Detre* tagtárs neki, hogy a vérsavó nem nőé volt, hanem az intézet egyik férfi szolgájának véréből való.

(XVIII. rendes tudományos ülés 1913 október 18-án.)

Elnök: **Liebermann Leó.**

Jegyző: **Bence Gyula.**

Jogosult-e a teleologiai felfogás a gyakorlati orvostanban?

Purjesz Zsigmond. (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.)

(XIX. rendes tudományos ülés 1913 október 25.-én.)

Elnök: **Grósz Emil.**

Jegyző: **Dollinger Béla.**

A radioactiv anyagokról.

Hevesy György. Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

A méhrák radiummal való gyógyításának kísérleteiről bemutatásokkal.

Tauffer Vilmos. Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

(XX. rendes tudományos ülés 1913 november 8.-án.)

Elnök: **Terray Pál.**

Jegyző: **Bence Gyula.**

Daganatok kezelése radioactiv anyagokkal.

Herczel Manó. (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.)

Goldzieher Miksa: A radioactiv anyagok hatásának klinikai ismeretét a kórboncolástani és szövettani vizsgálatok azon kérdésekben egészítik ki, a melyekre a klinikai észlelés az idő rövidsége miatt még nem felelhetett, t. i. a daganatot destruáló hatás terjedelmére vonatkozólag. Két, intercurrents bántalom kapcsán elhalt esetet boncolt *Herczel* tanár osztályáról; az egyikben osteosarcoma femoris volt jelen, medence-, csigolya- és tüdőmetastasisokkal, a másikban recidiváló nyelvcarcinoma forgott fenn, a nyaki mirigyek hatalmas beszűrődésével. Mindkét esetben megkapó volt a daganatszövet beolvadása, a mint azt a mikroszkopi vizsgálat is konstataulta, azonban mindkét esetben a tumornak a besugárzás helyétől távoli, széli részleteiben, illetve a környező daganatosnak nem látszó és erősen heges szomszédságban ki volt mutatható mikroszkop útján élő daganatszövet jelenléte. Hasonlóképpen nem alterálódott a távolabbi mirigymetastasisok vagy egyéb áttételek daganatszövege sem.

A daganatszövetnek teljes pusztulását, anatomiai értelemben vett gyógyulását sem a bemutatott esetekben, sem más osztályokról származó, többnyire a gynaekologia körébe tartozó anyagon nem lehetett megállapítani.

A szövettani vizsgálatok értelmében a daganatszövet pusztulása részben közvetlenül nekrosisos és nekrobiosisos folyamatok képében megy végbe, részben phagocytosis útján is történik. Ebben a polynuclearis leukocytákon kívül kötőszöveti vándorsejtek (makrophagok), sőt úgy látszik, idegentest-óriássejtek is résztvesznek. A kötőszövet óriási reactiv lobja, mely eleinte sejtdús sarjszövet képződésében és genyesejtes beszűrődés létrejöttében nyilvánul, később zsugorodó hegszövetet termel, a mely a megmaradó daganatszövet fészkeit komprimálja és mintegy körültekintően körültokolja.

Igen érdekesek a besugárzott terület erein észlelhető és lumen-szűkülésre vezető elváltozások.

Az egyik esetben a legkülönbözőbb szervek szöveteiben (szívizom, vese, lép, máj, stb.) észlelt apró, gyakran perivascularis fekvésű nekrosisosokról nem dönthető el, hogy a besugárzás távolhatásának tulajdonítandók-e, vagy pedig a széteső daganatszövet felszívódásával kapcsolatosak.

(XXI. rendes tudományos ülése 1913 november 15.-én.)

Elnök: **Salgó Jakab.**

Jegyző: **Dollinger Béla.**

A méhrák kezelése Röntgen- és radiumbesugárzással.

Kelen Béla és Scherer Sándor. (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.)

Dollinger Gyula: Az eszmecsere folyamán olyan nyilatkozatokat is hallottunk, a melyek eddigi sebészeti eljárásaink eredményeit bizonyos mértékben lekicsinyelték. Nem szeretné, ha ezek helyreigazítás nélkül maradnának, mert a radiumgyógykezelés dacára is az operabilis rákok számára a sebészeti eltávolítás nyújt legtöbb reményt a gyökeres gyógyulásra. Ezért konstatalja, hogy az a műtőorvos, a ki a rákbetegke operatív gyógykezelésébe be van gyakorolva, elég jókor jelentkező emlőrákos betegek közül 50%-nál, az ajakcarcinomások közül 70%-nál többet tud véglegesen meggyógyítani, a méhrákos betegek gyógyulási percentuatioja pedig *Tauffer* szerint szintén meghaladja a 40%-ot. Van emlőcarcinomás betegek, a kit 25 esztendő előtt, és gyomorrákos betegek, a kit 17 esztendő előtt operált meg és ma is teljesen egészséges. Minél korábban operáljuk a beteget, annál jobb eredményt várhatunk és azért kívánatosnak tartja, hogy az az agitatio, a melyet *Tauffer*-rel a rákbetegségek korai operálása érdekében megindított, ne szüneteljen, hanem az eddiginél is nagyobb mértékben nyerjen folytatást.

Az egyik előadó azon megjegyzésére, mintha a radium másodlagos mirigyócokra kevésbé hatna, beteget mutat be, a kit 3 esztendő előtt emlőrák miatt operáltak meg másutt és a ki szeptember havában

jelent meg nála a bal kulcsfont alatt levő, a kulcsfontalatti nagy erekkel összenőtt és ezért inoperabilis másodlagos mirigyrákkal. A rákos daganatban csatornát készített és ebbe helyezte be az 52 milligrammot tartalmazó, egy milliméteres alumíniumhüvelyvel körülvett radiumtokot, míg egy második ugyanolyan erősségű tokot, 4 milliméteres ólomhüvelyben, a daganat fölé a bőrre helyezte. Két hónap alatt 11 ülésben a beteg ilyenformán 25580 óramilligramm radiumbesugárzást kapott, az alatt a daganat eltűnt és most csupán egy tömört heget találunk a helyén. Ezen eset tehát azt bizonyítja, hogy a másodlagos rákos góczokra, hogyha hozzáférhetők, a radium éppen úgy hat, mint az elsődleges rákgóczokra.

Tóth István: A mit és a hogyan *Tauffer* tanár a méhráknak sugaras kezeléséről elmondott, azt helyesebben definiálni, szebben demonstrálni nem lehet, s mindazt saját tapasztalatai is megerősítik: a radium rendkívül nagyhatású szernek látszik a rákos megbetegedéssel szemben, de nem specificuma; való, hogy alkalmazása nem veszélytelen, mert pusztító ereje oda is hat, a hol e hatás nemcsak nem kívánatos, de káros is, t. i. az ép szövetekre, ezért alkalmazása nagy óvatosságot követel meg, mert az ú. n. adagolás ma még nem nyugszik biztos alapon.

Hogy ezek után mégis felszólal, oka az, hogy *Tauffer* tanár — nyilvánvalóan szándékosan — egyelőre kitért egy olyan kérdés elől, a melyre ő maga, a ki a gyakorlatban él, még pedig nemcsak a magán-gyakorlatot illetőleg, hanem a rája bizott nagyszámú kórházi beteget illetőleg is, már e rövid pár hónapi észlelés után is felelni akar, hogy a nagy gyakorlatban élő orvosársainak is valamelyes direktívát szolgáltasson. És ez a kérdés: a radiummal való gyógyítás megtalálása mennyiben változtatta meg a mai tapasztalatok után a méhrákkal szemben eddig követett terapiánkat?

Itt is osztályoznunk kell és követni *Tauffer* tanár beosztását: először *inoperabilis méhrák* esetén az eddigi lehagolt tehetetlenség után föltétlenül megkísérlendőknek tartja, mint biztató reménységűt, a radiumot, ha másért nem is, solatii causa, vagy az euthanasia elősegítésére. S most úgyorva egyet, mindjárt a 3. csoportra tér: az *operabilis méhrák*-eseteket; vajjon ezeket jogosítva vagyunk-e ma már a radiumra bízni, avagy maradjunk a régi eljárás mellett, irtuk ki a rákos méhet? Nagy statisztika bizonyítja, hogy a kellő időben operált méhrák eseteknek több mint 40%-a, sőt több mint 50%-a, öt év után is mentes a rák kiújulásától. Kérdi, meri-e ezt ma még bárki is állítani a radiummal való gyógyításról? S vajjon az operálás veszélyesebb-e, mint a radium? Azon eljárás, a melyet ilyen esetekben követ, semmi esetre sem: közel 4 év alatt 126 esetben legnagyobb részét kiterjesztett módon (*Schauta* szerint) irtotta ki a hüvelyen át a rákos méhet, s egyetlen egy beteget sem vesztett el a műtét folytán. Áll-e ma még rendelkezésünkre hasonló eredmény a radiumot illetőleg? Mellékkérdésekre a kiszabott idő rövidsége miatt reá sem térve, már ez alapon is indokolt azon álláspontja, hogy ma a hozzákérülő, kedvezően operálható méhrákokat megoperálja és nem bizza a radium kiszámíthatatlan hatására. Hogy azután praeventive alkalmazunk-e radiumot, még ez is a jövő kérdése. A 2. csoportba tartoznak az *operálhatóság határán* levő rákesetek, a melyeket eddig iparkodtunk megoperálni, megmenteni, még igen nagy primaer műteti veszteség árán is. Hozzászóló a jelzett 4 év alatt 91 műtétet végzett *Wertheim* módja szerint, jórészt ilyen esetekben, 16 betegét veszítve el.

Mások még tovább mentek, még nagyobb veszteséggel. Sohasem volt előtte sympathikus e túlhajtott operálás s mondhatja, a műtőnek is több keserűséget szerzett, mint örömet. Ezért ma határese-tekben a sugaras kezelést kedvezőbbnek tartja, a hol rendelkezésre áll, a radiumot, mint a hólyag-ureter-bél-resectiókkal járó nagyveszélyű műtéteket.

Röviden összefoglalva mai álláspontját: a kedvezően operálható méhrákok megoperálja radikálisan, lehetőleg a hüvelyen át, mert ez kisebb veszélyű, kivételesen *Wertheim* szerint, a hol valamelyes okból az előbbi már ki nem vihető. Nagy kockázattal járó műtétek helyett, a hol rendelkezésre áll, a radiumot kísérli meg, ezt alkalmazná természetesen inoperabilis méhrák és recidiva esetén.

Ezen álláspontján változtatni csak akkor fog, ha vagy meggyőződünk arról, hogy a sugaras kezelés legalább is olyan eredményes s nem veszélytelenebb, mint a méhkiirtás s akkor szívesen teszi le a kést; avagy ha kiderül, hogy ismét csalódtunk, hogy a radium gyógyító hatása csak látszólagos, nyomon követi a kiújulás; ekkor újra felveszi a rák ellen az elkezeredett harczt műteti módon mindaddig, a míg egy fényes elme, avagy a szerencsés véletlen kezünkbe adja a ráknak aetiologiai alapon nyugvó igazi gyógyítómódját, gyógyszerét.

Mansfeld Ottó: Az az alapítvány, mely lehetővé tette, hogy Bakáts-teri nőbeteg-osztályával kapcsolatban egy Röntgen-radium-intézet létesíttessék, egyszersmind kötelességévé teszi, hogy a gyógyeredményekről a székesfőváros tanácsának beszámoljon. Elsősorban tehát munkatervet kellett körvonalaznia, hogy a radium-kezelések mai állása mellett mely esetek valók sugaras kezelésre.

Tapasztalásait, mig osztályára a radium megérkezett, a Grünwald dr. által rendelkezésére bocsájtott radiummal szerezte. 10 esetről számol be. Legkönnyebb eldönteni azt, hogy az *inoperabilis* esetek feltétlenül radiummal kezelendők. A tüneti eredmények csodával határosak. A folyás, vérzés, fájdalmak minden esetben megszűnnek. A *határeseketek* illetőleg, egyes közlemények alapján azt remélték, hogy azok a radium hatására operabilissá válhatnak oly értelemben, hogy a méhet rögzítő rákos beszűrődések eltűnnek. Ez a reménység egy esetben sem teljesedett.

Bár 7 ilyen esetéből 6-ban mikroskoppal ráksejt már nem mutatható ki, az esetek a méh megkötöttsége folytán most is inoperabilisak.

A radium tehát *ily* értelemben nem vezethet az operabilitási százalék nagyobbodására, de más úton talán mégis: nevezetesen ezen *határese-tek* operálásától legtöbbször azért állottak el, mert nem akartak oly beteget a műtét esélyeinek kiténni, kin a kiirtás már nem történhetvén ép szövetben, a visszamaradó rákos szövet rövidesen kiújulásra vezetett volna. A radium birtokában az *ily* értelemben vett határese-tek is operálhatók, mert a műtét után a visszamaradt rákos szövetre közvetlenül alkalmazhatunk radiumot ugyanolyan jó kilátással, mint felületes rákra.

Legnehezebb elhatározni, hogy mit tegyünk ma az operabilis esetekkel. Ezekből műtéttel 50% gyógyul végleg, azaz 5 éven túl recidivamentesen él. A radiumkezelés *végleges* eredménye, épp úgy mint a műtéteké, szintén *csak 5 év múlva lesz megítélhető*. A választ ma *semmiféle vizsgálati módszerrel sem lehet megjósolni*, és így az operálható eseteket operálni mindaddig, míg 1918-ban kitűnnék, hogy a most radiummal kezelt (határ- és inoperabilis esetekből) akkor nagyobb százalék él gyógyultan, mint az operált esetekből.

A radium-kezelés hangoztatott *veszélyeiből* eseteiben semmit sem látott, igaz, hogy mindig erős szűrőket alkalmaz.

Egy nőgyógyászati Röntgen-radium-intézet feladatának tehát a radiumkísérletek mai állása mellett azt tekinti, hogy az *kiegészítő része legyen az operatív therapiának: a már nem operálható esetek sugarakkal kezelendők, az operált eseteket pedig műtét után kell sugarazni a visszamaradt rákrészletek elpusztítása vagy recidiváknak meggátolása céljából*.

Justus Jakob: Bátorságot merít a felszólaláshoz abból, hogy 10 éve dolgozik radiummal és 450 betegen szerzett tapasztalatot. A radium-mennyiség, melyvel dolgozott, 25 mgr. volt, tulajdonképp radiumbromid, mely 50–54% radiumnak felel meg. Activitása 600.000, tehát igen activ. Eleinte a köztakarón vagy evvel szomszédos nyálkahártyán jelentkező rákfajtákon kísérletezett. A köztakarón a sokszorosan elterjedt nézettal szemben mindenféle rákot találunk. Nemcsak könnyű formákat, hanem a mélybe hatoló roncsoló rákokat is, melyek metastasisokra hajlamosak. Eleinte perczekre, órákra, majd napokra is szabta a behatás idejét.

Jelentékeny számú rákesete volt, mely radiumra fokozatosan kisebbedett, lelapult és végül annyira eltűnt, hogy egy darabig csak pigmentatio mutatkozott, majd az is elmúlt. 7–8–9–10 év óta figyel ilyen eseteket és ma már nem is tudja, hol ült a rák. Viszont volt egy sorozat, melyben a gyógyulás már sokkal nehezebben ment. Egy helyen meggyógyult a baj, de a szélén tovább küszölt. Ez sem a localisatióval, sem a szövettani minőséggel nem függött össze. Ezt ki kell emelni, mert vannak, kik a rák prognosisa és szövettani szerkezete között összefüggést állítanak fel. Ezt nem fogadja el, mert sokszor felületes rákok nehezen, máskor mélybe hatolók könnyen gyógyulnak.

Van egy harmadik csoport is, melyben a radium semmit sem ért. Felületes ulcus rodens nasi és palpebrae tovább haladt, mindkettő bemá- szott a szemüregbe, mindkét beteg meghalt dacára annak, hogy exenteratio orbitae is történt.

Volt egy fülkagyló-epithelioma esete. Keresztűz alá vette, nem gyógyult, nem is változott, éppen úgy fekélyesedett és haladt tovább, sőt a fájdalom sem szűnt.

Hasonlóképpen a bőrrel szomszédos nyálkahártya rákjainak eseteiben sem ért sokat. Egy leukoplakiás az ajak belső felén heteken át tartotta a radiumot, műtetre is került, de meghalt.

Egy esetben röntgenezés után fejlődött carcinoma és ez ellen próbálta a radiumot. Heteken át tartotta rajta, semmiféle hatása sem volt. Az étetés tűrhető állapotot teremtett és még most sincs recidiva.

A radium a rákra az esetek egy részében kétségtelen hatást gyakorol. A kisérő tüneteket részben befolyásolja, de más esetekben a haladást nem akadályozza meg, sem a helyi tüneteket nem szünteti meg, legkevésbé gyógyítja a recidivákat.

Egy 70 éves férfi nyelvén plaque volt, melyet szóló meg-radiumozott; 4 évig recidivamentes volt, ezután recidivált, megoperálták a nyelvet, de nemsokára meghalt.

Mi módon fogjuk fel a radium hatását? Oly módon, hogy a jövődöbeli használhatóságát se túl ne becsüljük, se a kellelténél kevesebbire ne tartsuk; nem birunk benne mást, mint étető képességű anyagot, mely a távolba hat: az étető hatás nem egyenértékű a gyógyító hatással. Némely esetben felmondja a szolgálatot, hogy mi okból, nem tudjuk, más esetben tökéletlen a hatás még a rákos daganattal szemben is, annál inkább az elszórt góczokkal és a recidivákkal szemben.

Pető Ernő: Jogosultnak tartja *Latzko* bécsi professor nézetét, a ki a tárgy fontossága miatt mintegy kötelességévé teszi mindazoknak, a kik megfelelő mennyiségű radioactív anyaggal rendelkeznek, hogy tapasztalataikról haladéknélkül beszámoljanak be és ennek alapján körvonalozzák a mai radiologia szerepét a rossztermészetű daganatok kezelésében. Három hónap alatt 24 beteget volt alkalomuk besugározni a Pajor-sanatorium radioactív anyagával; így pl. inoperabilis vagina-, uterus-, rectum-, colon-, hólyag-, emlő-, nyelvcarcinomákat. Valamennyi eset kimerítő részletezésébe nem bocsátkozhatik és így csak általános-ságban mondja el, hogy a mesothorium-radiumos csövecskéknek a legkülönbözőbb rákos fekélyek ellen való közvetlen alkalmazásakor úgy klinikailag, mint górcsövileg igazolható, meglepő helyi gyógyulást értek el, viszont egyes extrem módon előrehaladt súlyos esetekben a fekélyek alatt, illetve ezek szomszédságában fekvő nagy tumorokat eltüntetni

nem sikerült. Igen érdekes egy 44 éves asszonynak az esete, a kinek már egy év előtt inoperabilisnak tartották az uteruscarcinómáját: a collumnak már a corpusba burjánzó el nem szarusodó laphámrákja, a parametriumoknak a medenczecsontokig terjedő erős beszűrődésével. Az asszony a kezelés megkezdésekor ágyban fekvő beteg, nagy fájdalmait morphiummal csillapítják. Augusztus 17.-étől szeptember 26.-áig 0.8 mm.-es aranyszűrő, 1 mm.-es paragummi és gaze védelme mellett 19352 mgr.-órát sugároztak be. Azóta az asszonyt nem kezelik. Jelenleg carcinomás részeket a kaparákban nem találni; a parametriumok tetemesen megrövidültek, az uterust továbbra is erősen fixálják. A beteg fájdalmait teljesen megszüntek, morphium nélkül él; eddig 3 kgr.-ot hízott, munkabíró. Egyébként annak illusztrálására, hogy mennyiben lehetséges az erősen szűrt, nagy, de még nem kártékony sugáradagokkal távolban, illetve mélyben való hatást elérni, percutan sugárzás útján kezelt két esetüket említi. 40 éves férfin ez év június havában végzett laparotomia alkalmával tűnik ki, hogy a flexura coli lienalison ülő férfiökölnyi carcinoma inoperabilis a mellette tenyérnyi terjedelemben tapintható, erősen lenőtt mirigykötegek folytán. A has sebe per primam gyógyult. A beteg a próbapaparotomiát követő hat hét alatt 2 kgr.-ot fogyott. Július 28.-án, a radiotherapia megkezdésekor a baloldali paramedian metszés felső harmadának megfelelően, három ujjal a bordaív alatt a tumorból almányi részt jól tapinthatni. Szeptember 4.-e óta a daganatot kitapintani nem lehet; a beteg 3 $\frac{1}{2}$ kgr.-ot hízott. A Röntgen-vizsgálat is tetemesen megkisebbedett tumor mellett szól, mely a bél lumenét csak kis fokban szűkíti. A besugárzásokat folytatni fogják. A másik eset 69 éves férfinak a nyakon ülő carcinómája. A beteget első ízben 2 év előtt atheroma-diagnosissal operálták meg, $\frac{1}{2}$ év múlva recidivált; az akkori műtéttel kiirtott szövetrészek mikroszkop alatt rákosnak bizonyultak. Mult év május 20.-án a nyak jobb oldalán, a régi primán gyógyult heg helyén, közvetlenül a clavicula felett galambtojásnyi, a környezettel szorosan összekapaszkodó tumor foglalt helyet. Miután a daganat a musc. sternocleidomastoideus rostjai közt burjánzott, a radicalis mütét reményében ezen izmot a környi mirigyekkel exstirpálták.

Folyó évi augusztus elején a kulcscsont felett mogorónyi mirigyét tapintanak, a mit kereszsugárzásban ugyanazon adagokkal és szűrő technikával vesznek kezelésbe, mint a már említett coloncarcinómát. S daczára annak, hogy a sugarak a nyak vékony bőre alatt fekvő kis carcinomás gócot még közvetlenebbül, nagyobb energiával érték, a tumor állandóan növekszik, ma már csaknem almányi, betérjed a kulcscsont alá s nagy fájdalmakat okoz. Való tehát az, hogy jelentékeny távol-, illetve mélyre való hatás van, de való az is, hogy ez a hatás teljesen kiszámíthatatlan. A mily reménytelenül kezdtek pl. a coloncarcinoma besugárzásához s mégis eredményt értek el, csaknem bizonyosra vették a clavicula feletti kis gócz eltüntetését, a mely sajnos, radiostabilnak bizonyult. Az elmondottak alapján azt hiszi, hogy a radiotherapia csakis inoperabilis rossztermészetű daganat eseteiben alkalmazandó, avagy ha a beteg nem járul hozzá a műtéthez. Czélserűnek ígérkezik továbbá az operált betegeket prophylactice besugározni, a minek eredményét természetesen csak a jövő adatai fogják megmutatni. A mi azonban az objectiv radiologusok eddigi adataiból kitűnik, ez az, hogy a jelen az operabilis eseteknek sugaras gyógyítását már a gynaekológiában sem tartja indokoltnak.

Tauffer Vilmos: Bevezető előadásában a conclusióival kezdte, és ma, a mikor végighallgatta a vitát, egyetlenegy pontban sem tudna eltérni tőlük. Az előadók minden oldalról megvilágították a kérdést és a szólóra nézve is megnyugtató az az érzés, hogy enthusiasmus a nem ragadta el és egyetlen tételét sem kell módosítania.

Ezért örömmel ragadja meg az alkalmat, hogy még egyszer megismételje azt a kimondását, hogy a Röntgen az, melynek nyomán haladva, tudományos alapot tudunk adni a radiumkezelésnek. De a szép deductio a Röntgenről egyelőre a radiumra vajmi kis mértékben alkalmazható.

A ki behatóan érdeklődik mindaz iránt, a mit ma a tudomány e téren produkál, megtalálhatja *Lazarus* gyűjtő munkájában, a ki a világ legelső szakembereinek tollából állította össze mindazt, a mi a physika, chemia, biologia, therapia terén e kérdésre vonatkozik.

Áttérve a dolog practicumára, jól tudta, átgondolta, hogy a mikor az állam segítségével megindít egy ilyen kísérletsorozatot, reá magára és klinikájára nagy terhet vesz.

Rosszul számított, nem tudta, hogy az egész országból a legdesperatusabb inoperabilis esetek jönnek, a kiknek nem nyújthat sem vigasztalást, sem segítséget. Kéri, ne mind hozzá irányítsák ezen eseteket.

Az orvosok ma rettenetes súlyos humanus kötelesség előtt állnak. Oly gyógyszer a radium, mely bámulatot kelt, a beteg rettenetes sorsán enyhít, a fájdalmak engednek, a betegség javul (végleges gyógyulásról nem lehet beszélni) és könnyű meghalást szerez. Ezért minden eszközt használjunk fel, hogy mennél több beteget részesíthessünk ezen előnyökben. Nem egyesület alakítása a czél, mely fillérekből tíz év múlva 10 betegnek szerez menekvő helyet, hanem rögtön nyujtsunk segítséget. Ne a napi sajtóba vigyük ki az enthusiasmust, hanem a betegek ezreinek nyujtsunk segítséget. Olyan a helyzet, mint a mikor jéghegybe ütközik a hajó, vagy a bányalég temet el száz embert; nem az a kérdés, mibe kerül a mentés, a társadalomnak kell enyhülést és könnyebbülést nyujtani. Itt ezek vannak veszedelemben. Az államnak, a fővárosnak, a társadalomnak és saját magunknak kötelessége az érdeklődés és ehhez kéri az Orvosegyesület tagjainak segítségét is.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(VIII. ülés 1913 május 8.-án.)

Elnök: **Alapy Henrik.**

(Folytatás.)

Jegyző: **Ádám Lajos.**

Átfűródott vakbélgyulladás után keletkezett több napos általános genyes hashártyagyulladás gyógyult esete.

Mutschenbacher Tivadar: A. 13 éves fiút augusztus hó 1.-én a kora reggeli órákban szállították be a II. sz. sebészeti klinikára azzal az anamnesissel, hogy négy nap előtt hasában magas lázak kíséretében fájdalmakat és görcsöket kapott; azóta szék és szelek nem mentek. Két nap óta hány, csuklik és 18 órája eszméletlen.

Felvételkor az állapot a következő volt: A lesóványodott, gyengén fejlett beteg teljesen öntudatlan, moribund állapotban van. A végtagok hidegek, verejtékesek. Pulsus a radialisokon nem tapintható, a carotisok felett percenkint 110, teljesen üres. A légzés felületes, mellkasi jellegű. A has puffadt, elődomborodó, mindenütt dobos kopogtatási hangot ad. A májtompulat eltűnt, a hasizmok deszkakemények. Hanyattfekvésben mindkét elülső-felső csípőtővis felett tompulat található, mely oldalfekvéskor feltisztul. A Douglas felől homályos resistencia.

Mivel az alkalmazott excitansokra a légzés és szív-működés valamennyire javult, műtétre határozta el magát. Chloroformnarcosisban typosus ferde metszéssel hatolt be a Mac Burney-pont felett. A peritoneum megnyitása után kb. liternyi, gázokkal kevert, bélsárszagú geny buggyant elő és belövelt, fényvesztett serosájú, helyenkint fibrinfelrakodást mutató, genyben úszó vékonybelek estek elő. A proc. vermiformis szabadon feküdt és közepén kb. babnyi nekrosisos szélű perforatiót mutatott. A proc. vermiformis reszekáltatott, a hasüregből a geny nagy száraz törlőkkel kitörültetett és a hasüregbe kb. 35—40 gramm 10%-os kámforolaj beöntése után a sebvonalt alsó zugán át vastag üvegdrain helyeztetett be.

A műtét után a beteg pulsusa a radialison tapinthatóvá vált, de öntudata csak a harmadik napon tért vissza. A drain-csővön keresztül a hasra gyakorolt nyomáskor bőségesen ürült a geny. A műtétet követő 6. napon a beteg spontan székelt és ezen időtől kezdve a spontan székelés minden nap bekövetkezett. A 14. napon a beteg láztalan lett, a 30. napon felkelt és október 9.-én erőteljes állapotban, tökéletes bélfunkcióval, gyógyult állapotban hagyta el a klinikát.

Bár gyuladással eredetű perforatív peritonitis eseteiben a perforatio idejét nem lehet oly szabatosan megállapítani, mint a sérülésből eredő perforatiók idejét, mégis a jelen esetben az anamnesist, a beteg állapotát és a műtét alkalmával talált leletet tekintve, a perforatiót közel kétszer huszonnégy órásnak lehet mondani. Ez olyan idő, melynél a gyógyulás csak a legkritkább esetben következik be.

A kámfor-olajat intraperitonealisan akár azon célból, hogy vele prophylactice a peritonitist, akár pedig hogy már fennálló peritonitist a bacteriumresorptiót megakadályozza, az utóbbi időben sok sebész alkalmazta és a kérdés a közlések eltérő hangja miatt is számot tarthat az érdeklődésre.

Az 1907-ből *Hirschel*-től eredő kezelést *Glimm*, *Hoehne*, *Wilms*, *Bier*, *Lampe*, *Krecke*, *Borchard*, *Pfannenstiel* és mások sok esetben alkalmazták 100—300 gramm 1—10%-os kámfor-olajjal és az eljárást dicsérőleg említik.

Ezzel ellentétben az újabb irodalomban *Momburg* 2 eset alapján, *Rübsamen* 1 eset alapján és *Happich* elméleti alapon elvetendőnek mondja a kámfor-olajkezelést.

A bemutató nem akarja a jelen eset gyógyulását tisztán a kámfor-olajnak tulajdonítani. Mindenféle kezelésmód mellett (chininezés, öblítés, száraz kezelés, drainezés, tamponálás stb.) körülbelül egyenlő arányszámú a gyógyulás és a halál. De kettő letagadhatatlan. 1. A pulzustalan beteg szív-működése a 30 perczig tartó chloroformnarcosis és lapa-

rotomia daczára javult. 2. A hosszú ideje fennálló peritonitis és hasüri genyedés daczára a betegnek még a kezelés alatt kifogástalan lett a bélműködése.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

8717 fh./1913.

A budapesti kerületi munkásbiztosító pénztár Igazgatósága 95057. 1913. számú határozata alapján pályázatot hirdet a következő **kezelő-orvosi állásokra**:

1. Kispesztén — a Rákóczi-út külső része — a Beniczky-utcaig — a Beniczky-utca, Árpád-utca, Sárkány-utca jobboldala — Kispeszt határáig terjedő területen évi 2400 kor. díjazással.

2. Nagykovácsi községben, évi 600 kor. díjazással.

3. Maglód és Ecsér községekben (Maglód székhelyvel) évi 1200 korona díjazással, mely összegben a felmerülő fuvar költség is befigyeltatik.

A pályázati kérvények, a melyek oklevélmásolattal s az eddigi orvosi szolgálatot igazoló bizonyítványmásolatokkal szerelendők fel, **1913. december hó 15.-éig** adandók be a pénztár főorvosi hivatalához (VIII., Köztemető-út 19/b.) czímezve, a hol az állásokra vonatkozóan hétköznapokon délelőtt 12—1 óra között részletes felvilágosítás nyerhető.

Az állásokat a pénztár igazgatósága választás útján tölti be; a megválasztott orvos tartozik a mindenkor érvényben lévő orvosi egyezséget, szolgálati, fegyelmi és illetmény szabályzatot, valamint a szolgálati ügyrendet magára nézve kötelezőnek elismerni és a számára kijelölt körzetben lakni.

Az alkalmazás egy évig ideiglenes jellegű. Az állások az alkalmaztatást kimondó igazgatósági határozat keltétől számított 14 napon belül foglalandók el.

B u d a p e s t, 1913 november 28.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár.

Sükösd, Érsekcsanád, Nemesnádudvar községekből álló, 10.000 (tízezer) lelket számláló közegészségügyi körben a **körorvosi állás** betöltendő. A három község közvetlen közelben van. Sükösd a székhely, Baja várostól 12 kilométernyire fekszik 4100 lakossal. Az évi fizetés 2400 korona, 600 korona lakbér, köznapokon természetbeni fuvar. Pestvármegye által megállapított látogatási, rendelési és műteti díjak.

Részletes felvilágosítással szolgál az „Angyal”-gyógyszertár Sükösdben, Pestmegyében.

4244/1913.

Jásznagykúnszolnok vármegye Nagykőrű községben a **községi orvosi állás** megüresedvén, ezen állásra pályázatot nyitok.

Az állással 1600 korona fizetés, 800 korona működési pótlék a község által, 1000 korona az állam által fizetéses helyi pótlék, tehát 3400 korona évenként, továbbá természetbeni megfelelő lakás 4 szoba, előszoba és mellékhelyiségekkel van összekötve.

A község 3500 lakossal bír, vagyonos lakosság, mely az orvosi kezelést szívesen veszi igénybe.

Tartozik megválasztott orvos a törvény és szabályrendelettel reá bízott teendőket végezni, úgyszintén a halottkémlést és himlőoltást a megállapított díjak mellett, kézi gyógyszerertárra is kaphat engedélyt.

Pályázati határidőül folyó évi **december hó 20.-át** tűzöm ki, mely időig pályázók szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hivatalomhoz benyújthatják. Azon pályázó, ki személyesen bemutatja magát, a választásnál előnyben részesül.

J á s z a p á t i, 1913 november 20.

A főszolgabíró.

110.531/II. A. 1913.

A mezőhegyesi m. kir. ménesintézetnél megüresedett **orvosi állásra**, mely évi

2600 korona készpénzfizetés,
480 kg. búza,
440 kg. rozs,
400 kg. árpa,
2000 kg. széna,
1460 liter tej,

természetbeni lakás és 1 hold illetményföld élvezetével van egybekötve, ezennel pályázatot hirdetek.

A pályázni kívánók keresztlevéllel (születési bizonyítvány), továbbá végzett tanulmányaikról, gyakorlati működésükről és nyelvismereteikről szóló bizonyítványokkal felszerelt folyamodványukat legkésőbb **1914. évi január hó 1.-éig** a vezetésem alatt álló ministeriumnál nyújtják 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. földmivelésügyi minster.

2258/1913 eln. szám.

A Szabadka sz. kir. város külső területén szervezett és a tompapuszta központon megüresedett **külsőterületi tiszt orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás az 1912. évi LVIII. t.-cz. rendelkezésének megfelelően a törvény B. melléklete IX. rangosztályába van beosztva. Javadalmazása ennél fogva 5 évenként 300 koronával 3200 koronáig fokozatosan emelkedő évi 2600 kor., azaz kettőezerhatszáz korona fizetés, az orvosi lakban természetbeni lakás (4 szoba és mellékhelyiségek) évenként 24 köbméter puha tüzifa, 2 lánccz (4000 □-öl) földnek a haszonélvezete és 800, azaz nyolczszáz korona évi lótarási átalány a házipénztár terhére.

A megválasztott t. orvos — a fenti javadalmazáson kívül — a körzetébe tartozó trachoma-betegek kezeléseért a további intézkedésig a m. kir. belügyministerium részéről évi 1200, azaz egyezerkettőszáz korona külön díjban is részesül.

A t. orvos a vagyonos betegektől a 132/1913. kgy. sz. határozatban, illetve a vonatkozó belügyministeri rendeletekben meghatározott díjszabás szerinti díjakat szedheti.

A pályázóknak orvostudori oklevéllel, legalább két évi orvosi gyakorlattal és tiszt orvosi minősítéssel kell bírniok.

A kéllően okmányolt pályázati kérvényeket legkésőbb **1913. december hó 23. (huszonharmadik) napjának déli 12 órájáig** Szabadka sz. kir. város főispánjához, *Purgly Sándor* dr. úrhoz (Szabadka, városi székház) kell beadni, mert a hiányosan szerelt vagy később érkező pályázatok figyelembevételre nem számíthatnak.

Az állás a megválasztás tudomásulvételől számított 8 napon belül elfoglalandó.

S z a b a d k a, 1913 november 24.

Biró Károly dr. s. k., udv. tan. polgármester.

A pesti izraelita hitközség kórháza belgyógyászati osztályán **2 alorvosi, 1 segédorvosi és 2 gyakornoki állás** ürült meg. Felhivatnak mindazon nőtlen orvostudorok, kik a jelzett állásokra pályázni óhajtanak, hogy oklevelük, születési bizonyítvány és eddigi szolgálataikat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket **f. évi december hó 15.-éig** a pesti izraelita hitközség titkári hivatalában (VII., Sip-utca 12) nyújtják be.

B u d a p e s t, 1913 november hó.

A pesti izraelita hitközség előljárósága.

4804/1913.

A megüresedett jászszentandrási községi orvosi állásra (Jásznagykúnszolnokmegye) ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 1600 korona fizetés, 1000 korona helyi pótlék, továbbá 500 korona lakbér van összekötve.

A község 4600 lakost számlál, vagyonos hely, melynek műútja is van.

Megválasztott orvos tartozik mindazon teendőket végezni, melyeket a törvény vagy rendeletek köteleességévé tesznek.

Megjegyzem, hogy a községben gyógyszerertár nincsen és így a megválasztandó orvos kézi gyógyszerertárt is kaphat.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hivatalomhoz legkésőbb **f. évi december hó 20.-áig** nyújtják be, mivel később beérkező kérvények nem fognak figyelembe vétetni.

J á s z a p á t i, 1913 november 20.

Bodnár, főszolgabíró.

46.721/1913 tan. sz.

Temesvár szab. kir. város közkórházánál elhalálozás folytán üresedésbe jött **kórházi alorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás főispáni kinevezés útján tölthetik be. Javadalmazása évi 2000 korona fizetés, 810 korona lakpénz, a városi szervezeti szabályzatban biztosított 4 ízben járó 10%-os ötféves korpótlék.

Az állás nyugdíjigényjogosultsággal jár.

A kinevezendőtől az előirt törvényes képzettségen kívül a sebészetben való különös jártasság is megkívántatik.

A pályázati kérvények legkésőbb **1914. évi január hó 8.-áig** a polgármesteri hivatalban nyújthatók be.

T e m e s v á r szab. kir. város polgármesterétől, 1913 december hó 1.

Gömörkishont vármegye közkórházánál, a közkórházban bentlakással kötelezett s **az 1914. év január hó 1.-én okvetlenül elfoglalandó alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az alorvosi javadalmazás 1600 kor. évi fizetés, egy szobából álló lakás, fűtés és világítás. A város területén szabad orvosi gyakorlat annyiban, a mennyiben a kórházi szolgálat ezt megengedi. Vidéki gyakorlat nincs megengedve.

Az állás 2 évről 2 évre meghosszabbítható.

Felhívom folyamodni kívánókat, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló bizonyítványaikkal kéllően felszerelt kérvényeiket, *Kubinyi Géza* vármegyei főispán ő méltóságához intézve, a Gömörvármegyei közkórház igazgatóságánál **a f. év december hó 28.-áig** nyújtják be.

R i m a s z o m b a t, 1913 november hó 15.

Löcherer dr., igazg.-főorvos.

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.

Poór Ferencz: A bőr gümös megbetegedéseinek néhány napirenden levő kérdéséről. 929. lap.

Vas Jakab: Közlemény a Stefánia-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinika-ról. (Igazgató: Bókay János dr., m. kir. udv. tanácsos, egy. ny. r. tanár.) A P. Marie-féle „osteo-arthropathie hypertrophique“-ről. 933. lap.

Genersich Andor: Közlemény az algyógyi m. kir. állami tüdősanatoriumból. (Főorvos Mauks Károly dr.) A tuberculosibacillus human typusának forralás-állóságához. 934. lap.

Dollinger Gyula: Jelentés a háború esetén szükségessé váló polgári egészségügyi segítő szolgálatnak béke idején való előzetes szervezéséről. 936. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Prof. Dr. G. Cornet: Die akute allgemeine Miliartuberkulose. — Lapszemle. Belorvosstan. R. Ehrmann és H. Kruspe: Idősült hasnyál-

mirigygyulladás és idősült sárgaság. — *Sebészet. Bundschuh*: A vastagbélvolvulus. — *Th. Hausmann*: A coecum mobile különböző formái. — *Elmekórtan. Westhoff*: A paralysis progressiva mint fajbetegség. — *A. Hauptmann*: Az agyvelőnyomás lényege. — *Szülészet és nőorvosstan. Sigwart A.*: A peritonitis elkerülésének módozatai méhrepedés és perforáló méhsérülés sebészi ellátásakor. — *Gyermekorvosstan. Jemma*: A Leishman-féle anaemia. — *Venerás betegségek. Citron, R. Müller és Bruck*: A biológiai reakciók jelentősége a syphilis diagnosztikájában és terápiájában. — *Húgyászati betegségek. Victor Cox Petersen*: A húgycsőben és a húgycső körül képződött kövek. *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Reysschoot*: Luminol. — *Freund*: Diphtheria. — *Duker*: Az urologiában használatos belső antisepticumok. 938–942. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság 942. lap.

Vegyes hírek. 942. lap.

Tudományos társulatok. 943–945. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A bőr gümös megbetegedéseinek néhány napirenden levő kérdéséről.

Irta: Poór Ferencz dr., egyetemi magántanár, közkórházi főorvos.

A bőr gümőkórjának fogalma alá foglaljuk mindazokat a bőrelváltozásokat, melyek akár a Koch-féle bacillus tuberculosisnak az elváltozásban való közvetlen és állandó jelenléte, akár a kórokozó mikroorganizmus bomlási és anyagcsere-termékeinek befolyása miatt jönnek létre.

A gümöbacillus termékei általa, hogy a bőr szöveteit alkotó sejtek anyagcseréjét befolyásolják s azok ellenálló-képességét csökkentik, kétségen kívül számos nem jellemző, banalis bőrelváltozásnak is okává válnak, azonban a „bőr-tuberculosis“ fogalma alá csupán azokat a klinikailag is jól jellemzett kórképeket sorozzuk, melyeknek megjelenési alakja és klinikai lefolyása specifikus, azaz azokat a gümőkór vírusa és kizárólag csak az provokálhatja. Hogy azután az egyes kórképek előidézésekor külön-külön a Koch-féle bacillusnak human, bovin vagy egyéb — mint a szerzők egy része vitatja — a Ziehl-féle eljárás szerint nem festődő Gram-positív, granulált (*Much*) typusa, illetőleg ezek terméke meny-nyiben jön szóba, az még eldöntetlen.

A bőrön szokásos megkülönböztetni a *bacillaris tuberculodermák* csoportját, midőn magában a bőrelváltozásban kisebb-nagyobb számban, de mindig kimutathatóan, állandóan kitenyészthetően és kísérleti állatra átöröklhetően van jelen a Koch-féle bacillus, és a gümőkóros toxicodermiákat — melyeket *Darier* kezdeményezésére *tuberculidoknak* nevezünk — midőn maga a kórokozó mikroorganizmus nem mutatható ki magában a bőrelváltozásban s a gümös gócz voltaképpen a szervezetnek más, esetleg távolfekvő szervében vagy szerveiben székel s a bőrelváltozásokat mint a bacteriumnak a circulatióba jutott bomlási és anyagcsere-termékei, mérgei által

előidézett laesiókat fogjuk fel. Természetesen a fertőző betegségek létrejövetelének ismeretében ma már bacillaris tuberculoderma eseteiben sem gondolhatunk arra, hogy maguk a mikroorganizmusok mint individuumok alkotják a betegséget s itt is oly kémiai anyagok jelenlétét kell feltételeznünk, melyek elsősorban környezetükre hatnak, mivel távolabb jutva a szervezet védőszerkezete által produkált ellenanyagok neutralizálják azokat.

Tehát bacillaris bőrgümőkór eseteiben a bacteriummérgek által közvetlenül a környezetükre gyakorolt hatásnak pathológiai productumával van dolgunk, míg tuberculidok esetén e mérgeknek oly fölöslegével, melyet a szervezet reactiv tevékenysége keletkezése helyén nem bírt neutralizálni s mely actióra képesen van jelen a circulatióban.

E különböző pathogenesisben rejlik az oka annak, hogy a bőr bacillaris gümőkórjában az elváltozás ott támad, a hol a gümöbacillus letelepszik, míg a tuberculidokban azok lokalizálódása független a bacillus megtelepedésének helyétől. S e különböző pathogenesis magyarázza meg azt is, hogy míg a bacillaris bőrtuberculosis peripheriáson terjed, addig a tuberculidokban ily terjedésről természetesen szó sem lehet.

E felosztásnak a mellett, hogy útmutatást nyújt e bántalmak bakteriologiai viszonyaira, gyakorlati szempontból is megvan a maga értéke. Megjelöli azokat a kórképeket, melyekben diagnostikai kétség esetén morphologiailag is kimutatható a kórokozó agens, s kulturák létesítésével s állat-oltásokkal is demonstrálható az illető bőrbetegség gümös természetű; másrészt alkalmas arra, hogy rámutasson a bőrtuberculosisnak azokra az alakjaira, melyek a toxicodermiákkal ellentétben nemcsak a vér- és nyirokkeringés közvetítése útján úgyszólván másodlagosan jöhetnek létre, hanem csupán külső, accidentalis fertőzés alapján is támadhatnak először a fertőzés kapuja körül s onnan peripheriáson elterjedve. Egész fennállásuk alatt csak a fertőzés helyére és annak közvetlen környezetére szorítkozhatnak, a nélkül, hogy más szervet vagy az

egész szervezetet szükségképpen fertőznék, ámbár ez utóbbi esel sem oly ritka, mint azt korábban hitték, sőt újabban mind több adat igazolja annak gyakoriságát.

Kétségtelen bizonyítékok alapján ma a bacillaris tuberculodermiák csoportjába soroljuk: 1. a *lupus vulgaris Willani*-t variátaival: a lupus vulg. miliaris-, a *Leloir*-féle lupus vulg. erythematoides-, a *Majocchi*-féle lupus vulg. teleangiectodes disseminatus-szal; 2. a *tuberculosis verrucosa cutis*-t (*Riehl-Paltauf*), mely azonos *Hardy* „scrophulide verrucose“-ével s közel áll a *verruca necrogenica*hoz (= *tuberculum anatomicum*); 3. a *tuberculosis colliquativa cutanea et subcutanea*t (= *scrophuloderma*); 4. a lupus vulgaris, *tuberculosis verrucosa cut.* és *tuberculosis colliquativa cut.* között helyet foglaló átmeneti kórképeket; 5. a *tuberculosis ulcerosa cutis miliaris*t; 6. az *ulcera tuberculosa non miliaris*t; 7. a *tuberculosis miliaris disseminata*t (non ulcerosa).

A tuberculidok csoportjában meg kell jegyeznünk, hogy e csoport egyes componenseinek aetiologiai felfogása még nagy változásoknak nézhet elébe, minthogy várható — sőt egyes kórképekről a vita ily irányban már meg is indult —, hogy bizonyos alakokról a jövőben még ki fog derülni, hogy azok voltaképpen a bacillaris tuberculodermiákhoz tartoznak. Mi itt egyszerűen felsoroljuk összesítve azokat a kórképeket, melyeket a szerzők ezidőszert e csoportba foglalnak: 1. a *folliculitis (lichen) scrophulosorum*; 2. a *lupus erythematosus discoides et disseminatus acutus*; 3. a *Barthelémy-féle folliclis* (= *Hallopeau-féle tuberculide papulo-necrotica*, *Boeck-féle lupus erythematosus disseminatus*, *Philippson-féle phlebitis nodularis necrotica*); 4. a *Boeck-féle „sarkoid“-ok* (inclusive *Darier* „lupoid“-jai); 5. a *Besnier-féle erythrodermia tuberculosa*; 6. a *pernio*; 7. a *Bazin-féle erythema indurativum*; 8. bizonyos *melanodermiák*. Egyes szerzők a tuberculidok közé sorozzák, de még nem elégséges bizonyítékkal, a *Devergie-féle pityriasis rubra pilaris*t, a *Mibelli-féle angiokeratomát*, az *erythema nodosumot*, továbbá még kevesebb bassissal *Ehlers* a *sclerodermiát*.

* * *

A bőr gümőkórjának egyes, ezidőszert a tudományos forumok előtt élénk vita tárgyát tevő kérdéseinek megvilágítása lévén e tanulmány célja, az említett kórképeknek amúgy is terjedelmes kézikönyvbe való külön-külön való tárgyalásába e helyen nem bocsátkozhatunk, hanem megelégszünk azoknak a momentumoknak felemlítésével, a melyek éppen actualis voltaknál fogva — azt hisszük — nemcsak a dermatológiával szakszerűen foglalkozót, de minden egyes orvost érdekelhetnek, a mennyiben már a betegség természeténél fogva a kérdések nem vonatkoznak egyedül a dermatológiára.

Vitás ma még, hogy miben rejlik az oka annak, hogy ugyanaz a kórokozó ugyanabba a szervbe — a bőrbe — jutva, miért produkál egymástól klinikai megjelenésükben annyira elütő kórképeket. Avval az itt-ott még ma is felmerülő véleménynyel, hogy a kórképek e különbözőségének oka az egyén életkorával, táplálkozási viszonyaival stb. volna összefüggésbe hozható, bővebben alig szükséges foglalkoznunk. E nézeteket a betegágnál tett tapasztalat s a laboratorium tanulságai úgyszólván naponta egyaránt megczáfolják. A szerzők egy nagy része a bacteriumok mennyiségével (*Baumgarten*), mások az erősségével — virulentiájával — vagy mindkettővel (*Jarisch*) hiszik a gümőkóros kiütések e polymorphismusát megmagyarázhatónak. De az első véleménynyel homlokegyenest ellenkezik az a tény, hogy éppen olyan kiterjedt roncsolásokat végző gümős folyamatban, mint a milyen a lupus vulgaris, a bacillus ámbár állandóan jelen van, de annak száma az anatómiai elváltozás nagyságához arányban egyáltalán nem állóan feltűnően gyér, holott, ha a bőrtuberculosis kórképe a gümöbacillusok mennyiségével volna kapcsolható, akkor éppen e makacs, a kezelésekkal daczó, excessiv roncsoló folyamatban azoknak nagy számmal kellene jelen lenniök. A bacteriumok megváltozott virulentiájának pedig úgy az állatojtások, mint a klinikai tapasztalatok ellentmondanak. Az állatojtások bebonyították, hogy

akár lupusból, akár gümőkóros fekélyekből vagy hevenyész vagy idősült tüdőfolyamatokból, avagy bármelyik szerv gümős gócaiból vétetett is maga a mikroorganizmus, tengeri malacba ojtva, egymástól miben sem különböző gümőkóros folyamatot indít meg. Ha a gümőkór lefolyása a bacterium virulentiájával volna analogiába hozható, akkor legvirulensebbnek a gyorsan öltő *septicaemia tuberculosa*, a florid phthisis eseteiben jelenlévő gümöbacillusokat kellene tekintennünk, melyek legvehemensebben támadhatnák meg ez esetben az összes szerveket, közte a bőrt is, holott a mindennapi tapasztalat bizonyítja, hogy ezen esetek nagy számához viszonyítva elenyészően kevés azoknak a bőr gümős elváltozásai való együttes előfordulása.

Általánosan ismeretes, hogy a modern kutatás bebizonyította azt, hogy a fertőző betegségekben nemcsak, mint a bakteriologia ontologiai korszakában hitték, csupán a kórokozó mikroorganizmussal, hanem ezenkívül még számos egyéb tényezővel is számolnunk kell. Az sem szorul ma már bizonyításra, hogy a pathogen bacteriumok deletaer hatása ellenében a szervezet természetes reactiv védőszerkezete igénybevételeivel több-kevesebb ellenállást fejt ki s a szervezetbe jutott vírus specifikus ellenanyagokat vált ki, melyeknek hivatása a bacteriummérégekkel chemiailag egyesülni s ezáltal azokat a szervezetre nézve ártalmatlan anyaggá alakítani. Tehát a fertőző betegség létrejövételére nem a fertőzőanyag minőségének avagy mennyiségének van befolyása — ámbár annak fertőzőképes állapotban való jelenléte „sine qua non“-ja is a fertőzésnek —, hanem az a szervezetnek veleszületett vagy szerzett, állandóan vagy ideiglenesen fennálló sajátlagos dispositióján, a szövetek védőszerkezetének erősebb vagy lanyhább működésén múlik.

Természetesen, ha a mérgek lekötésére, neutralizálására az ellenanyagoknak productiója nem elégséges, akkor a szervezetbe jutott, ott fejlődött s már nem neutralizált vírus az organismus normalis chemismusát sajátlagosan megváltoztatja: a szervezet áthasonul („Umstimmung des Organismus“) s ily különböző fokban áthasonult szervezet, a mennyiben a betegség a köztakarón is nyilvánul, más és más klinikai képet nyújtó bőrelváltozással reagálhat, feltehetőleg gradualis analogiában az organismusban létrejött áthasonult állapot különböző chemismusához. E terrain-elmélettel hiszszük tudományunk mai álláspontjának megfelelő magyarázatát adni a bőrgümőkór változatos kórképeinek. Tehát a *tuberculosisnak a bőrön való nyilvánulásmódja és kórképe nem a szervezetbe jutott és az ott fejlődött vírus mennyiségétől, illetőleg a parasita virulentiaváltozásától függ, hanem a befogadó organismus határozza meg azt*. Ha nem is egészen e gondolatmenet alapján, de lényegében ugyancsak a terrain-különbségekben keresi a bőrgümőkór polymorphismusának okát *Zieler*, *Gougerot* s *Jadassohn* is.

A talajkülönbség ily nagy fontosságára utal az az egyéni tapasztalatunk is, hogy bőrtuberculosis eseteiben aránylag igen ritkán van egyidejűleg jelen a bacillaris tuberculodermiák többféle alakú nyilvánulása. Pl. a lupus vulgaris és folliculitis (lichen) serophulosorum, vagy a tuberculosis verrucosa cutis és a tuberculosis ulcerosa cutis stb. egymással ugyanazon egyénen csak igen ritkán, mondhatnók a legnagyobb kivételképpen társulnak, míg pl. a lupus vulgaris és tuberculosis verrucosa cutis, vagy a lupus vulgaris és a scrophuloderma, melyek úgy látszik a terrain szempontjából is egymáshoz közelebb állanak, együttes és egyidejű előfordulása már gyakoribb. Épp úgy ritka a tuberculidoknak egyidejű előfordulása a bacillaris tuberculodermiákkal, viszont azok ismét gyakrabban társulnak egymással. Továbbá a lupus vulgaris és a tuberculosis verrucosa cutis, a mennyiben kifejezett alkati gümőkórral kapcsolatosak, az alkati gümőkórnak jobbindulatú, hosszan húzódo alakjaihoz társulnak, ellentétben pl. a tuberculosis ulcerosa cutishoz, mely éppen ellenkezőleg az alkati tuberculosis legsúlyosabb, rohamosan progresszív alakjaihoz (*septicaemia tuberculosa*) szokott mindig secundaer csatlakozni, gyakran már a beteg cachexiás állapotában.

De nem szól e terrain-elmélet ellen szerintünk az sem, a mit más szerzőkkel együtt magunknak is több ízben volt alkalmunk tapasztalni, hogy oly alkati tuberculosis-esetekben, a melyekben a bőrön a megbetegedés eredetileg nem nyilvánult, therapiás célú tuberculininjekciók alkalmazása folyamán a folliculitis scrophulosorum typusos képe bontakozik ki, a mi épp oly jogosultsággal tulajdonítható annak, hogy a gyógyítószer befolyása alatt a befogadó szervezet chemismusa változott meg, mint annak, hogy maga a vírus a szervezetre nézve ártalmatlan vegyületben magában foglaló gyógyítószer gyanánt bevitt anyag közvetlenül váltotta ki azt, lehet, hogy nyugvó góczok aktiválása által, mint ezt *Jadassohn* már 1896-ban állította.

A bőrnek egyrészt a hámláson, egyéb szerveknél alacsonyabb hőfokán, másrészt rétegeinek különböző chemismusan alapuló exogen fertőzések ellenében való physiologiai védőszerkezetén kívül az ellenanyagoknak képződésével magyarázható az a tény is, hogy a köztakaró, ámbár épp exponált volta miatt oly gyakori és sokféle sérülésnek van kitéve, mégis a gümőkór hihetetlenül elterjedt volta mellett *aránylag* nem oly gyakran betegszik meg tuberculosis következtében, mint azt hihetnők.

A külső fertőzés útján a bőrbe jutott agens ellenében a szervezet részéről megindul az ellenanyag termelése (vagy a bejutott vírus bakteriolysis útján való felbontása) mely azt ártalmatlanná igyekszik tenni, a mi igen sok esetben sikerül is, hacsak az illető egyén részéről bizonyos sajátlagos dispositio nincs jelen. E dispositio lehet öröklött, veleszületett, szerzett, állandó vagy ideiglenes. Hogy e dispositio felvétele nem egyszerű feltevés, azt bizonyítja az, hogy bőrgümőkór jelenlétében igen sok egyéneknél az ép bőrnek megváltozott reakcióképessége, sajátosságosan fokozott allergiája van jelen. *Bandler, Kreibich, Doganoff, Moro, Oppenheim, Pfaundler* stb. és a *saját* észleléseink egybehangzó tanúsága szerint bizonyos gradualis differentiak vannak jelen a cutan reactio foka között alkati gümőkór eseteiben s a bőrön avagy a bőrön is nyilvánuló bacillaris tuberculosis között. Míg belső, „zárt“ tuberculosis eseteiben az ép bőrön csupán urticák jelentkeznek, mint enyhébb haematogen reactio, addig a lupusosok gyakran — ámbár nem mindig — körülírt lichenoid vagy legalább is fokozott mérvű kiütésekkel reagálnak.

De a tuberculosis kutatása közben felmerülnek még egyéb kérdések is, melyekre kielégítő választ ezidőszent a tudományos búvárlat még csak részben nyújt. A mellett a ma már szinte egyértelműen eldöntött kérdés mellett, hogy *mindig külső, accidentalis fertőzés-e a bacillaris tuberculoderma, avagy létrejöhet-e az haematogen úton vagy „per continuitatem“ jutva oda a kórokozó, alig foglalkozott még az irodalom azzal a kérdéssel, hogy, ha a bacillaris gümőkór valamelyik alakja a köztakaró valamely részletén előző külső sérülés után megjelenik, feltétlenül a külső traumával vagy a trauma helyén való külső fertőzés útján kellett-e a gümöbacillusoknak odajutniok s vajjon mennyiben jelentheti a gümőkóros bőrelváltozás az egész szervezetnek fertőzött voltát, avagy a köztakarónak csupán lokalizált megbetegedése marad-e az fennállásának egész ideje alatt?*

Hogy a bacillaris tuberculodermiák külső, accidentalis fertőzésből származhatnak s igen sok esetben származnak is, azt az élet úgyszólván naponta demonstrálja, sőt még ma is a legtöbb tankönyvben az exogen fertőzés, mint az infectio egyedüli módja van leírva, azonkívül legfeljebb a „per continuitatem“ fertőzést ismerve el. Hogy a bőrtuberculosis, s különösen annak leggyakoribb alakja, a lupus vulgaris, az esetek túlnyomó számában épp a rossz hygienés viszonyok között él „szegény emberek betegsége“, azt az általános antihygienés viszonyokon (silány táplálkozás, nedves, sötét, túlszűfolt, kellően nem szellőztetett lakás) felül még a hiányosabb tisztasági érzék folytán a bőr felszínére jutott ekto-gen vírus kevésbé gyakori és intenzív eltávolításának (mosdás, fürdés, ruhaváltás) is tulajdoníthatjuk, természetesen a bőrnek esetleg szabad szemmel észre sem vehető sérülésein

kívül, melyek legalkalmasabb kapui a kórokozó agensnek. Épp úgy kétségtelen a külső fertőzés *verruca necrogenica* eseteiben (tuberculum anatomicum), melylyel gyöngykóros marhák húásával való manipuláláskor a mérsárosok, továbbá a bonczolótermekben alkalmazottak szoktak az infectiókra reagálni. De épp úgy származhat a bőr gümőkórja akként, hogy a gümős folyamat a bőr alatti képletekről (mirigy, csont, izület, orr nyálkahártyája stb.) „per continuitatem“ terjed át a bőrre, vagy létrejöhet haematogen úton, embolia útján is, midőn valamely más szervben székelő góczból sodor a circulatio gümöbacillusokat a bőrbe s támadhat lymphogen úton is, mire különösen a lupus vulgaris egyes, nem épp ritka eseteinek a nyirokerek mentén való elhelyeződése is utal. A lupus vulgaris haematogen létrejöttének lehetőségét különösen *Philippson* tagadja azzal az érveléssel, hogy biztosan haematogen tuberculosisos kórképeket (tuberculosis miliaris cutis) ismerünk, melyek lényegesen másként viselkednek, mint a lupus. Mi részünkről a fönnebb kifejtett terrain-theoria alapján magyarázzuk a gümőkór produkálta bőrelváltozások polymorphismusát s így *Philippson* érveit nem tartjuk helytállónak. A tuberculodermiák haemo- és lymphogen eredetének bebizonyulása folytán épp úgy nem tartjuk okadatoltnak azoknak véleményét sem, a kik a bacillaris tuberculodermiákat mind mint „inoculatio tuberculosis“-okat fogják fel.

Viszont bizonyos, hogy nem minden egyes esetben okoz a sérülés helyén a bőrbe jutott gümöbacillus sem tuberculodermit. Még ha el is ismerjük azt, hogy az emberi szervezetnek vannak a bőrnél a tuberculosis virusa irányában kisebbfokú resistentiát tanúsító, azaz fogékonyabb szövetei (pl. a tüdő, mirigyek, csontok, izületek) is, még akkor is, tekintve azt a sok, alig vagy épp nem látható kicsinyesű sérülést (rovarcsípés, apró horzsolások, különböző eredetű dermatitisek stb.), melyeknek épp a köztakaró van minden egyes egyéneknél leginkább kitéve, a tuberculosis hihetetlen elterjedése mellett sokszorosan gyakoribbnak kellene lennie a bőrgümőkór eseteinek, mivel feltehető, hogy a nagyvárosok — e tuberculosisfészkek — lakói mindegyikének bőrfecfusaiba bejut az élet folyamán többször is a gümöbacillus. Kétségtelen tehát, hogy igen sok esetben a bőrbe jutott gümökbacillus tönkremegy, elpusztul a szervezet már ecsetelt védőszerkezetének erélyes működése következtében, a nélkül, hogy betegséget provokálna.

A szervezet e védekező képességének ismeretében azonban bizonyos jogosultsággal tételezhetjük fel azt is, hogy a *gümőkórtól teljesen mentes szervezetben* ahhoz, hogy a fertőzésből a szó klinikai értelmében vett betegség fejlődjék, a befogadó szervezet védőszerkezete működésének kell lefokozottnak lennie. Az újabb kutatások bizonyossága szerint a védőszerkezet e lefokozódása bizonyos oly specifikus megbetegedéssel szemben (= dispositio), mint a milyen a gümőkór, többnyire veleszületett s ez esetben a gümöbacillusal való fertőzés már a legkorábbi gyermekkorban bekövetkezik, a nélkül, hogy e fertőzés szükségképpen azonnal betegségi tünetekben nyilvánulna. A fertőzöttség klinikai értelemben még nem betegség, minthogy az az egészséget és a fejlődés rendes menetét észrevehetőleg nem okvetlenül zavarja s a *gümőkórban — ellentétben a syphilissel, hol egy fertőzés már a betegséget produkálja — a fertőzések egész sorozata szokott a betegség kifejlődésének alapja lenni s így feltehető, hogy a már gümöbacillusokkal fertőzött, de még a betegség tüneteit nem mutató egyén szervezetének már congenitalisan lefokozott védőszerkezetét, specifikus ellenanyag produkálóképességét teljesen igénybe veszi, leköti a már előzőleg a szervezetbe jutott gümős infectióval való küzdelem s így szinte védtelenül avagy legalább is nem elégséges védelemmel áll egy újabb, a bőrön történt fertőzéssel szemben.*

Ily magyarázat alapján mi részünkről annak a véleménynek vagyunk szószólói, hogy ha el is ismerjük tudományunk mai álláspontjának megfelelőleg azt, hogy a *bacillaris tuberculodermiák a gümöbacillusnak kívülről a bőrbe való jutása útján gümőkórtól teljesen intact szervezetben is fejlődhetnek,*

mégis sokkal gyakoribbnak kell tartanunk azt az esetet, midőn a bőrgümőkór mint *superinfectio* jó létre, már előzetesen *tuberculosis* fertőzött, ámbár annak tüneteit esetleg még egyelőre nem mutató egyén bőrén.

Sőt a más szervek *tuberculosis*ával való analogia alapján következtetéseinkkel még tovább is mehetünk s nem tartjuk a bőrgümőkór kifejlődése szükségképpen feltételének a kívülről vagy „*per continuitatem*“ a bőrbe jutott *gümöbacillust*. Csontgümőkór eseteiben pl. már megállapított tény, hogy a trauma csakis oly egyénben vált ki gümős gyuladást, a ki szervezete más részében már megelőzőleg gümős gócczal bír (*Verebely*) s evvel analogiában azt hisszük, hogy el kell ismerünk azt a lehetőséget is, hogy a bőr sérülése helyén olyan egyéneken is jelentkezhet a *bacillaris bőrgümőkór*, a kiknek bőrrebe magával a traumával nem is került *gümöbacillus*. A sérülés egyrészt *locus minoris resistentiae*t teremt, másrészt az ott lefolyó gyógyulási folyamat, a kiömlött vér szervülése, fiatal, vakon végződő érkacsival a *circulatio útján* odajutó fertőző anyag letelepedésére kétségen kívül a legkedvezőbb talajt nyújtja. Természetesen evvel nem állítjuk azt, hogy minden gümőkóros egyén bőrét érő trauma szükségképpen specifikusan gümős gyuladást vált ki, hanem csupán azt, hogy az ily gümős folyamatot *provokálhat*.

E *theoria* mellett szól az is, hogy a bőrgümőkór leggyakoribb alakjának, a *lupus vulgaris*nak kezdete, mint már említettük, az esetek túlnyomó többségében a korai gyermekkorra, tehát az életnek arra az időszakára esik, midőn a szervezet belső részeinek gümős fertőzése is tudvalevőleg a leggyakoribb, sőt mint legújabban vitatják, szinte kizárólagos. Hasonlóképpen mindig az ifjúkor gümős bőrbetegsége a *Bazin-féle erythema exsudativum*.

Hogy, mint a mai felfogás vallja, a gümőkórral való *primaer* fertőzés a gyermekkorban történik, a mellett tanuskodik a *tuberculin-reactio* is. Az újszülöttek és a csecsemők majdnem kivétel nélkül negatív *Pirquet-féle* reakciót adnak, de minél idősebb a gyermek, annál gyakoribb a pozitív *reactio* s a 10 éves korúakon körülbelül 80%-ban, sőt a bécsi nagyvárosi proletariatus gyermekein *Hamburger* és *Monti* szerint 95%-ban jelzi a *reactio* a gyermekeknek gümőkórosan fertőzött voltát. Tagadhatatlan, hogy a mint az alkati gümőkór az esetek *túlnyomó részében* a korai gyermekkorban történt fertőzésen alapul, a mint azt *Behring* sokszor idézett találó mondásában kifejezi: „a felnőtt ember *tuberculosis* annak a dalnak a vége, melylyel csecsemőkorában álomba ringatták“, éppúgy a *lupus vulgaris* kezdete is leggyakrabban ezen időszakra esik, ámbár nem zárható ki az sem, hogy egyes esetekben az az élet későbbi szakában, sőt egyenesen az öregkorban jelentkezik. Ez utóbbi mindenesetre oly ritka, hogy elmondható, hogy oly kivétel, mely a szabályt csak erősíti.

Újabban a kezdődő gyermekkori *luposos* folyamatokban magunk is mindig kiterjeszkedünk az egész organismus megvizsgálására s a rendelkezésünkre állott 17 esetben azt tapasztaltuk, hogy a *Pirquet-féle reactio* minden egyes esetben pozitív volt már akkor, midőn a *lupus vulgaris* még mint apró, a bőrbe sülyesztett göb mutatkozott csak. A pozitív *reactio* e *luposos* betegeken, mint már fennebb is említettük, többnyire sokkal kifejezettebb volt, mint oly, ámbár előrehaladott stadiumban levő „zárt“ gümőkórosokon, a kik a bőr specifikus elváltozásait nélkülözték (*bőrallergia*). Hasonlóképpen nyilatkozik *Jadassohn* a *scrophulodermiáról*: „Kétségtelen, hogy az kiválóan a gyermekkor betegsége (*Neumann H.* szerint az első négy s főképpen az első két év), még magasabb arányban, mint a *lupus*.“

Az, hogy éppen a *lupus kezdete* az egyén idősebb korában sokkal ritkább, mint a korai gyermekkorban, holott a felnőtt épp úgy ki van téve a sérüléseknek, mint a gyermek, szintén alkalmas véleményünk támogatására s utal annak a már fent kifejtett feltevésnek valószínűségére, hogy a *bőr bacillaris gümőkórja* körképei változatosságának a talaj *dispositiója* az előfeltétele. Ez a bőr gümőkórjára való *dispositio* azután lehet a szervezet kifejezett vagy lappangó, larvál

gümőkórja, *Poncet-féle tuberculosis inflammatoriája*, midőn a vírus csupán egyszerű vérbőséges állapotokat, gömbsejtes beszűrődést produkál, vagy a modern értelemben vett „*scrophulosis*“, mely tünetcomplexum alatt ma a szerzők egy része a szervezet öröklött alkati gyengeségén, a nyálkahártyák fokozott sérülékenységén és a túltengett lymphás szervek kisebb ellenállásán alapuló, a gümős fertőzésre különösen disponáló terrenumot érti, más része pedig a jobbindulatú, a korai gyermekkorban beálló lappangó gümőkórral azonosítja.

Vizsgáló eszközeink és módszereink tökéletesbülésével mind nagyobb %-ban bizonyultak már gümőkórosan fertőzöttnek oly szervezetek, melyekről előbb ezt feltételezni okunk nem volt. Pl. *lupus* eseteiben, melynek egyéb szervek gümőkórjával való együttes előfordulását eleinte ritkább, majd gyakoribb esetlegességek tartották, ma már megbízható statisztikai források szerint az esetek háromnegyed részét teszik ki azok, melyekben más szerv *tuberculosis* is demonstrálható (*Block*) s e szám diagnostikai eszközeink és módszereink tökéletesedésével előreláthatólag még nőni is fog. Komolyan mérlegelnünk kell azt a lehetőséget, hogy a jövő kutatásai oda fognak konkludálni, hogy a bőrnek ha talán nem is összes, de számos gümős körképe csak oly egyéneken váltható ki, kiknek szervezete már előzőleg fertőzve lett a *gümöbacillus*sal.

E mellett szólhat a *lupus vulgaris* igen rossz gyógyulási hajlama is. Hogy a *luposos* góczok sebészi eltávolítása, ellentétben pl. a *verruca necrogenica*val, oly ritkán jár a kívánt tartós sikerrel még a gócz környezetének eltávolítása mellett is, sőt *transplantatio* után magában az átültetett bőr-részletben csakhamar újabb gümős göbök keletkeznek, a mellett látszik bizonyítani, hogy e kiújulásokat nem annyira a sebészi beavatkozás nem eléggé tökéletes és gyökeres volta, hanem inkább az okozza, hogy a *circulatio*ban jelenlevő *bacillusok* (*bacillaemia*) az operatív beavatkozással járó trauma és az utána következő gyógyulás helyén előszeretettel ismét megtelepednek s újabb gümős *exanthemát* provokálnak. A *radiotherapiának*, különösen a *Finsen-féle eljárásnak*, a *kénese-quarzlámpának*, valamint a *radium-* s a *mesothorium-kisugárzásnak* az operatív beavatkozásnál nagyobb sikere talán éppen avval magyarázható, hogy ezek az eljárások inkább a sejtek életműködésére gyakorolván másító befolyást, nem okoznak oly kifejezett traumát, mint a sebészi beavatkozás.

Kétségen kívül mások a viszonyok egy másik *bacillaris tuberculoderma*, a *tuberculosis ulcerosa cutis* eseteiben. A bőrnek e gümős megbetegedése már kétségtelenül és minden esetben külső fertőzés útján támad, de azt magától a megbetegedett egyénből váladékaival (köpet, bélsár, vizelet) kiürített *gümöbacillusok* okozzák, a mire már a bőrelváltozásoknak elhelyeződése a test nyílásai körül is reávall. A bőrnek e kifejezetten *bacillaris affectióját* sohasem kapja meg még látszólag intakt vagy a *tuberculosis* kevésbé előrehaladt stadiumában szenvedő egyén, hanem az *mindig* igen előrehaladt alkati gümőkóros folyamatnak késői, gyakran úgyszólván utolsó *cachexiás* szakában fejlődik ki, midőn a szervezet egészét már elárasztotta a vírus. A *börtuberculosis* e körképe szinte kézzelfoghatóan demonstrálja a talaj befolyását az *affectio külső megjelenésének módjára és alakjára*. A *tuberculosis ulcerosa cutis*nak nem éppen gyakori előfordulása miatt csak néhány eset az, melyet az utóbbi időben észlelni alkalmam volt s ezekben feltűnt nekünk is az, hogy minden egyes esetben a *Pirquet-féle reactio* negatív volt, a mit, kétségtelenül általános alkati gümőkóros esetekről lévén szó, csak akként tudunk magyarázni, hogy a szóban forgó gümős bőrfekélyesedés a *tuberculosis* oly előrehaladt szakához csatlakozik, melyben a szervezetnek ellenanyagtermelő tehetősége már jóformán megszűnt, a *bacterium* méreg lekötésére alkalmas és elegendő ellenanyag kiváltására képtelen, sőt a védőszerkezet a *reactio előidézéséhez* sem rendelkezik már elegendő energiával. Az a néhány esetet, melyet a *Pirquet-féle reactióra* vizsgálni alkalmam volt,

kevés arra, hogy abból a tuberculosis ulcerosa cutis összes eseteinek viselkedésére vonjuk le következtetéseinket, de mégis felemlítendőnek tartjuk azokat.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Stefánia-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., m. kir. udv. tan., egyet. ny. r. tanár.)

A P. Marie-féle „osteo-arthropathie hypertrophique pneumique“-ről.*

Irta: Vas Jakab dr., klinikai III. tanársegéd.

A dobverő-jellegű ujjak a gyermekkorban nem tartoznak a ritkaságok közé. Különösen a veleszületett szív-bajok és bizonyos tüdőmegbetegedések (pl. hörgőtágulás) azon kórképek, melyeknél ezen jelenség a leggyakoribb, annyira, hogy dobverő-ujjak láttára önkéntelenül is ezen betegségek valamelyikére gyanakszunk. Hogy ezen aránylag gyakori előfordulás mellett mégis érdemesnek tartjuk ilyen dobverőjellegű ujjakkal észlelt gyermek kórrajzát és hozzáfűzött tanulságainkat közreadni, tettük ezt azért, mert esetünk — mint látni fogjuk — úgy megjelenési alakjára, mint kóroktanára nézve a megszokott képtől lényeges eltéréseket mutatott.

Másfél éves leánygyermekről van szó, a ki 1911 december 9.-én vétetett fel a „Stefánia“-gyermekkorházbába. A kórelőzményből megtudjuk, hogy második gyermek; az első él s egészséges. A szülők egészségesek, luesük állítólag nem volt. A gyermeknek 6 hetes korában rángógörcse volt s azóta veszik észre az ujjak végének duzzanatát. Egy éves koráig kizárólag anyatejjel tápláltatott, azóta mindent eszik.

Felvételkor azt találjuk, hogy a gyermek korához képest gyengén fejlett és táplált. Sem állni, sem ülni magában nem tud.

A fej körfogata 47 cm. A homlok- és falcsontdudorok erősebben elődomborodnak. A nagy kutacska gyermek-tenyérenyi, mérsékeltlen feszes, a belőle kiinduló varratok, de még a homlokvarrat felső fele is nyitott. A sphenoidalis és mastoideal is kitapinthatók. A homlok alacsony. Az áll kissé prognath, széles. A gyermeknek 8 foga van. A mellkas erősen deformált, a mennyiben középső harmadában mindkét oldalt nagyon benyomott s ennek megfelelően az alsó harmada erősen kifelé hajlik. A mellkas legnagyobb körfogata 51 cm. A bordaporczok mérsékeltlen duzzadtak. A gerincoszlop háti része jobboldal felé elhajolt, a csöves csontok diaphysisei mérsékeltlen duzzadtak. Ugy a láb-, mint a kézfe rendes hosszúságú ujjainak végpercei erősen duzzadtak, legömbölyítették. Felettük a bőr színe rendes, nem kékes. A szokott dobverőjellegnél jóval duzzadtabb végperceken a körmök szárazak, berepedeztek, a papagály csőréhez hasonló hajlásúak. Az említett duzzanatok Röntgen-átvilágításkor azt mutatják, hogy a lágyrészek vannak megvastagodva. (Lásd az ábrát.)

A homlokon, a vállakon, a háton kb. 1 cm. hosszú szőrzet (hypertrichosis) látható. A szem ép. Az orr, a fülek rendben vannak. Az ajkak nem cyanosisosak. A torok mérsékeltlen belövelt. Kisfokú-rekedtség. A tüdő határai normalisak, felette mindenütt közepesszájú, vegyeshólyagú, hurutos zörejektől kísért érdes légzés hallható. A szívtoppulat relative a 3. borda felső, absolute a 4. borda alsó szélénél kezdődik, balfelé a bimbóvonalig terjed, jobbfelé a relatív szívtoppulat határa a jobb szegyszél, az absolute a bal szegyszél. A szívhangok teljesen tiszták. A máj alsó szélé egy ujjnyira tapintható a bordáiv alatt. A lép nem tapintható. A húgyivarszervek rendben. Az inreflexek fokozottak. A Pirquet-reactio negativ. A Wassermann-reactio negativ. Lumbalpunctiókor fokozott nyomás mellett mintegy 40 cm³ víztiszta folyadékot kaptunk. A koponyának transparentiára való vizsgálata negativ eredményel jár.

* A dolgozat német nyelven Pertik tanár emlékére a Virchow-Archiv 213. kötetében jelent meg.



A gyermeknek kórházi tartózkodása alatt azt tapasztaltuk, hogy szellemileg határozottan visszamaradt korához képest; továbbá, hogy naponta sűrűn, 15—20-szor is felső s alsó végtagjait felemelve mereven tartja, a törzse kissé meggörnyed s ekkor ilyen helyzetben fel is emelhető. Ezen rohamszerű tonusos görcsök, melyek néhány másodpercig tartanak, a petit mal-szerű állapothoz hasonlóak voltak.

Összefoglalva a főbb tüneteket, azt látjuk, hogy súlyos angolkóros gyermekkel van dolgunk, kin mérsékelt hydrocephalus van jelen, erősen kifejezett dobverőujjakkal és a kin sűrűn ismétlődő petit mal-szerű rohamok észlelhetők. A cyanosis teljes hiánya, a szív physikalis vizsgálata a legnagyobb valószínűséggel kizárja a szívbjait, a tüdő felett észlelhető mérsékelt hurutból magából sem magyarázható az ujjak végperceinek azon nagyfokú duzzanata, mely a dobverőjellegűujjak szokott képét jóval felülmúlja. A mi tehát esetünkben gondolkodóba ejtett, az a) a dobverőujjak szokatlan enormis volta s b) hogy mi okozta a dobverőujjakat, tekintettel, hogy sem veleszületett szívbjait, sem nagyobbfokú tüdő-elváltozást nem találtunk.

Midőn ezen eleinte nehezen magyarázható körülményeknek helyes megfejtése után kutattunk, önkéntelenül is felvetődött a kérdés, hogy nem illeszthető-e be ezen egész kórkép az ú. n. osteoarthropathie hypertrophique pneumique keretébe, melyet Pierre Marie¹ 1890-ben írt le először. Ezen kórképnek legfőbb tünete a kéz és lábujjak végperceinek erős megvastagodása és a körmök óraüvegszerű alakja mellett az alkarok és lábszárak alsó végeinek duzzanata. Ezen elváltozások lényege az illető csontok megvastagodásában rejlik, melynek okát P. Marie szerint bizonyos tüdőfolyamatokban kellene keresnünk, még pedig olyanokban, melyekben a mellüregben levő genyeseledéskor a geny pang, bomlik, szétesik, a mely alkalommal képződő mérge a véráramba jutva idézi elő a fent jelzett elváltozásokat.

P. Marie közlése után sokan megerősítették ezen észlelet helyességét. De hogy főleg eleinte előfordultak összetévesztések az acromegaliával, mutatja azon körülmény, hogy több közlemény és tankönyv szükségesnek tartja ezen két kórkép közötti különbséget külön is kiemelni. A főkülönbség, hogy acromegalia eseteiben a kéz egész terjedelmében még van nagyobbodva, a körmök normalisak, míg osteoarthropathia eseteiben a kéz változatlan és csak a végpercek erősen duzzadtak, a berepedezett körmök pedig papagály csőréhez hasonlóak. Acromegalia eseteiben az alkar megvastagodása egyenletes, ellenben osteoarthropathia eseteiben csak az alsó vége szokott megvastagodva lenni.

¹ P. Marie: Revue de medecine 1890.

Idők folyamán a *P. Marie* által felállított kórkép némi változást szenvedett. Már ő is említi, hogy a tüdőfolyamatok kapcsán jelentkező ú. n. dobverőujjak lényege ugyanaz, mint az osteoarthropathiáé. Ezen tant azután *Bamberger*² tovább fejlesztette, a mennyiben állítja, hogy a dobverőujjak tulajdonképpen csak egyik, még pedig első stadiuma az osteoarthropathiának. Ahhoz, hogy a szó szoros értelmében vett osteoarthropathia fejlődjék, hosszú idő, évek szükségese (Dennig,³ Litten,⁴ Arnold⁵). Hogy azonban a csontmegvastagodások egyáltalán nem okvetlenül tartoznak a kórkép keretébe, azt nem egy szerző hangsúlyozza (*Teleky*⁶, *Schittenhelm*,⁷ *Arnold*⁵). Igaz ugyan, hogy az ilyen esetekre nem alkalmazható helyesen az „osteoarthropathia“ elnevezés, de nem fedí egészen az összes eseteket a „pneumique“ jelző sem, ha tekintetbe vesszük, hogy az elsődleges kórokok közt tüdőfolyamatokon kívül mediastinalis daganat, *Pott*-féle betegség, pyelonephritis, syphilis, ideges zavar is szerepelt.

Részünkről ennél fogva helyesebbnek tartanók az „osteoarthropathie hypertrophiant pneumique“ helyett az „acroelephantiasis“ elnevezést, egyrészt, mert ezen jelzés alkalmazható azon esetekre, hol csak a lágyrészek vannak megvastagodva (*acroelephantiasis mollis*) és azokra is, hol a megvastagodás a csonton is van (*acroelephantiasis ossea*). másrészt ide sorolható minden eset, tekintet nélkül a pathogenesisre.

Visszatérve ezek után esetünk méltatására, melyben a rendes hosszúságú kézen és lábon (ellentétben az acromegaliával) rendkívül megvastagodott végső ujjperczeket találtunk, azt látjuk, hogy az teljesen beleillik az „osteoarthropathia“ kórképébe, még pedig, minthogy a megvastagodás csak a lágyrészekre terjedt, ezen kórkép azon elsődleges stádiumába, midőn még csontmegvastagodások nincsenek. Esetünkben oly nagy volt a különbség ezen megvastagodás és az oly sokszor látott — megszokott — dobverőujjak képe közt, hogy nem szabadulhatunk azon gondolattól, hogy a dobverőuj más és az acroelephantiasis mollis is más. Ezen felfogásunkkal különben csak megerősítjük *Bezançon*⁸ és *Israels de Jong*⁹ véleményét, melynek e szerzők egy 1904-ben megjelent tanulmányukban adtak kifejezést.

Midőn tehát így megállapodtunk abban, hogy esetünkben sem acromegalia részjelenségével, sem közönséges dobverőujjakkal, hanem ú. n. „osteoarthropathia“-val, vagy szerintünk acroelephantiasis mollis-szal van dolgunk, felmerül azon kérdés, hogy mi okozhatta ezen kórkép kifejlődését. A *P. Marie* által felállított toxikus ok itt csak mellékesen szerepelhet, tekintettel arra, hogy a tüdőben genyedéses folyamat nem volt, csak egyszerű hörgőhurut. Inkább szóba jöhetne a mechanikai ok, előidézőve azon nem csekély compressiótól, melyet a tüdő az angolkóros mellkas- és gerinczélferdüléstől szenvedett. Hogy azonban ebben az esetben a mechanikai ok sem lehetett egyedüli előidézője az acroelephantiasisnak, azt azon tapasztalatunkkal igazoljuk, hogy a legsúlyosabb angolkóros elváltozásokat mutató gyermekeken sem szoktunk dobverőujjakat látni; másrészt pedig úgy a látható nyálkahártyák, mint az ujjvégek cyanosisnak semmi nyomát sem mutatták, a mi nagyobb fokú vérkeringési zavar mellett szólna.

Hogy vajjon a naponta igen sűrűn ismétlődő tonusos görcsök az előbb említett idősült hörgőhurut, az angolkóros mellkas- és gerinczozslop-elferdülés mellett nem játszottak-e szerepet ezen sajátos jellegű ujjak kifejlődésében, vagy hogy ezen görcsök csupán véletlen jelenségek az ujjvégeken észlelhető trophiás zavar mellett, azt bizonyossággal eldönteni nem igen tudjuk.

² Zeitschrift f. klin. Med., 1891.

³ Münch. med. Woch., 1911.

⁴ Cit. *Hutinel*: Maladies des enfants. Tome I.

⁵ *Ziegler's* Beiträge, 1891.

⁶ Wien. kl. Woch. 1897.

⁷ Berl. kl. Woch. 1902.

^{8, 9} Cit. *Hutinel*: Maladies des enfants. Tome II.

Végeredményben esetünkből a következő tanulságokat vonhatjuk le:

Az „osteoarthropathie hypertrophiant pneumique“ elnevezés nem alkalmazható minden ide tartozó esetre, mert egyrészt nem minden alkalommal találunk csontfolyamatot, másrészt, mert tüdőfolyamatokon kívül más ok is szerepelhet a kórkép kifejlődésében. Részünkről ajánljuk e helyett az *acroelephantiasis mollis*, illetve *ossea* nevet. Esetünk is az *acroelephantiasis mollis* csoportjába sorolható, melyet talán ideges eredetre vezethetünk vissza, végeredményben azonban az okát esetünkben határozottsággal megállapítani nem tudjuk.

Közlemény az algyógyi m. kir. állami tüdősanatoriumból. (Főorvos: *Mauks Károly* dr.)

A tuberculosisbacillus human typosának forralás-állóságához.

Irta: *Genersich Andor* dr., másodorvos.

Minden egyszerű, de megbízható eljárásnak, mely az emberi tuberculosis human és bovin typosát egymástól és ezeknek bacillusait a többi saválló bacillustól megkülönböztetni lehetővé teszi, a gyakorlat embere csak őszintén örülhet.

A tuberculosisbacillus human és bovin alakjának éles elválasztása a prophylaxis és majdan a specifikus therapia nézőpontjából is egyaránt fontos és kívánatos.

Épp úgy nem lehet kétség aziránt, hogy pl. bakteriologiai alapon felvett vesetuberculosis esetén radicalis beavatkozás csak ott történjék, hol a vizsgáló nemcsak a vizelet-vétel összes kauteláival tisztában van, hanem ezenkívül a talált saválló bacillust minden aggályt kizárólag mint tuberculosisbacillust kimutatni, identifikálni tudja. Tehát a tuberculosisbacillusnak a többi saválló bacillustól való elkülönítése az előbbinél is életbevágóbb kérdés lehet.

Mellőzöm annak felsorolását, hogy saválló bacillust mi minden külső, de az emberi szervezettel érintkezhető anyagban mutattak ki; csak röviden érintem, hogy a bőrben, smegmában, fülzsirban, agytályogban stb. találtak saválló, de nem tuberculosisbacillust; külön felemlítem, hogy — a mi a szakmánkhöz közelebb fekszik — tüdőgangraena, bronchiectasia, bronchitis putrida stb. váladékában is sikerült hasonló pálczikák felkutatása. Ezen kórfarmák önállóan és más betegségek, így tüdőtuberculosis kapcsán is, vagy mint ezeknek előzményei lehetnek jelen. Sok egyéb mellett már a köpetdesinficiálás szempontjából lényeges tehát annak eldöntése, hogy tuberculosisbacillussal, vagy csak saprophytával állunk-e szemben.

A tuberculosis human és bovin typosának egymástól és kórokozóinak a többi saválló pálczikától való elhatárolására, a klinikai kriteriumokat nem számítva, a modern bakteriologia egész fegyvertárát vehetjük igénybe. A bacillusok morfológiai viszonyait, festődését, tenyésztáptalajon való viselkedését, az álatkísérletet és a specifikus serumreactiókat. Nagyobb üzemen ez persze alig lesz lehetséges. Az alaki különbségek egyazon typos különböző egyedei közt egyetlen egy készítményben oly változók és kifejezettek, hogy ily irányban táplált reményeinkről egyelőre le kell mondanunk. A tenyészetek útbaigazítása egyedül nem elegendő és körülményes. A talán legmegbízhatóbb álatkísérlet nagyobb beteganyag mellett lényegesebb kiadást és idővesztéséget jelent, nemkülönben a csak jól felszerelt laboratóriumokban végezhető serumreactio.

A mi egyszerűségénél fogva az elfoglalt szakember rokonszenvére leginkább számíthat: az a különböző festés, illetőleg festési eljárás.

Ilyenmű, a fenti kérdésre vonatkozó kísérletek és methodusok száma elég tekintélyes, hiszen már a tuberculosisbacillus feltüntetésére szolgáló egyik ősi festési módszer, a *Ziehl-Neelsen*-festés használatakor a festék után alkalmazott alkoholnak is differenciálól hivatása van. *Pappenheim* e célra corallint használ. *Baumgarten* igen hígított carbol-fuchsinnal való

festéssel a leprabacillus finctióját oly időpontban éri el, midőn a tuberculosisbacillus a festésre használt carbolfuchstint még nem vette fel.

Név	Kórelőzmény	Kórállapot
I. K. J. 27 éves	Bágyadtság, étvágytalanság, álmatlanság, éjjeli izzadás, a mellben fájdalmak, felköhögött véres köpet, 6 hónap alatt 9 kgr. fogyás.	A bőrszín halvány, a tápláltság gyenge. A mellkas árkolt. A hőmérsék subfebrilis. Erverés 96. Légzés 24 percenként. A közérzet gyenge. Sok köhögés. Bő köpet. Mindkét tüdőcsúcson intenzív tompulatok mellett, főleg a csúcsokon, de az egész tüdő fölött is nagyhólyagú resonáló szörtyzörejek
II. K. J. 35 éves	Feleségének anyja három év előtt tüdővészben halt el. A beteg nyakán 23 éves korban lymphoma-exstirpatio. Szívartíji szűrésok. Nehéz légzés, 39,5° C-ig emelkedő láz. 24 hónap alatt 16 kg. fogyás	A bőrszín halvány, fehéres. A tápláltság gyenge. A mellkas hosszú, keskeny, lapos. A vitalcapacitas 2400 cm ³ 170 cm. testmagasság mellett. Erverés 104. Légzés 26 percenként. A közérzet gyenge. Kevés köhögés mellett mérsékelt köpet. Csúcsok infiltrációja és hurutos zörejek, melyek nagyságuknál fogva j. o. h. f. cavernát engednek felvenni
III. V. I. 31 éves	Egy testvére 18 év előtt tüdőbajban halt el. 14—21 éves korban nyakon genyedő lymphomák. Éjjeli izzadás. Hátfájdalmak. Haemoptoë. 2 hónap alatt 3½ kg. fogyás	A bőrszín halvány, fehéres. A tápláltság gyenge. Erverés 96. Légzés 20 percenként. A közérzet gyenge. Köhögés ritka. Kevés tüdőköpet. A csúcsok infiltrációja mellett gyér, apró hólyagú, nyúlós szörtyzörejek
IV. T. Z. 34 éves	Egy nővére 24 éves korban tüdőbajban halt el. Bágyadtság, étvágytalanság. Éjjeli izzadás. A mellben fájdalmak. Felköhögött véres köpet. 3 hónap alatt 4½ kg. fogyás	A bőrszín halvány. A tápláltság gyenge. A mellkas hosszú, lapos, elég széles. A hőmérsék subfebrilis és febrilis. Három havi kúra a hőmenetet alig javította. Erverés 96. Légzés 16 percenként. Vitalcapacitas 200) cm ³ 174 cm testmagasság mellett. A közérzet gyenge. A köhögés sok. A köpet elég bő. Mindkét csúcson infiltrációk mellett kezdődő szétérésre utaló szörtyzörejek
V. R. I. 47 éves	Első felesége tüdősorvadásban halt el. 20 éves korban lues. Gyengülés. Éjjeli izzadás. Felköhögött köpetben véres pontok és csíkok. 18 hónap alatt 6 kgr. fogyás	A bőrszín halvány, kissé szenyves-sárgás. A tápláltság igen gyenge. A mellkas paralysises. A hőmérsék subfebrilis. Pulsus 108. Légzés 32 percenként. A közérzet gyenge. Közepes köhögés mellett bőséges tüdőköpet. A tüdőcsúcsok kifejezetten infiltráltak. Resonáló nedves szörtyzörejek amphorikus alaplégzés mellett.
VI. Sz. K. 32 éves	Atyja, anyja, egy testvére és első felesége tüdőbajban halt el. 23 éves korban tüdő- és mellhártyalob. Erős éjjeli izzadás, napközben borzongás. Fulladás, mellben szűrés. 9 év alatt 16 kg. fogyás	A bőrszín halvány, fehéres. Tápláltság: izmos, a zsirpárna szegényes. Vitalcapacitas 2500 cm ³ 165 cm. magasság mellett. Erverés 104. Légzés 24 percenként. Kevés köhögés mellett közepes tüdőköpet. Kifejezett csúcsinfiltratio mellett baloldalt elül és hátul felül resonáló, nagyhólyagú nedves szörtyzörejek

A legújabb, ehhez hasonló törekvések közül, melyek azonban nem egy igen begyakorolt vizsgáló kijelentései szerint a human és bovin typus morphologiai distinctióját csak tévedések árán engedik meg, Spengler-éi érdemelnek említést.

Nemrég Preisz Károly az elkülönítés kriteriumát a tuberculosisbacillus forralás-állóságában vélte felfedezni. A közölt eljárás egyszerűsége és szerző szerint teljes megbízhatósága arra indított, hogy az ismertett eredményeket az ajánlott technika lelkiismeretes betartásával utánvizsgáljam és ezeket, ha a rendeltetésüknek megfelelnek, erre igen alkalmas beteganyagunkon általánosan értékesítem.

Néhány e czélból köpeten végzett próbáról akarok a következőkben röviden beszámolni.

A köpetet oly egyénektől vettem, kiknek betegsége, ha azon elfogadottabb álláspontra helyezkedünk, hogy a tuberculosisbacillus bovin typusa emberen igen ritkán, és ilyenkor is jóindulatú, inkább a kötőszövetre terjedő elváltozást idéz elő, a human typusra vonatkozatható, elég rossz prognosist tüdőtuberculosis igen sok ismertető jelét hordja magán.

Minden egyes köpetet nagy gondnal elkeverve, két, illetőleg három egyenlő részre osztottam és ezeket egy-egy tárgylemezen külön-külön lehetőleg egyformán, vékonyan felkentem. Általában az egyik készítményt Ziehl-eljárással, a másikat pedig Preisz utasításai szerint festettem.

I. K. J. köpete.

A-készítmény előállítása: Levegőn száradás után lánagon háromszor átmenve fixálok, friss carbolfuchsinnal (1 : 13 alkohol : 100 5%-os carbololdat) láng felett 3 percig állandó, gyenge gőzképződés közben festek, vizsugárral a festék feleslegét leöblítem, a tárgylemez alsó felületét a koromtól megtisztítom, 4 percig 10%-os H₂SO₄-ben színtelenítek (a készítmény újabb vízzel való leöblítés után már nem nyeri vissza rózsaszín színét), a sav alapos kimosása után híg vizes methylenkékkel röviden ellenfestek, a methylenkék feleslegét vizsugárral eltávolítom, a tárgylemezt óvatosan leitaom. Levegőn száradás. Mikroszkopi vizsgálat. A készítmény kifogástalan. Gaffky 4—5.

B-készítmény előállítása: Levegőn száradás után láng fölött gőzképződésig egy percig festek, ezután forró, de nem lobogva forró vízbe merítem a készítményt, melynek színe 3 perc múlva alig halványult. A készítményt a festéküvegből kivesszem, vizet töltök rá és ezt több ízben cserélve, mindig buborékolásig, összesen 8 percig forralok, midőn is a készítmény makroszkopice annyira elszíntelenedettnek mutatkozik, mint 4 percnyi H₂SO₄-behatás után. Utánfestés röviden vizes methylenkék-oldattal, vízöblítés stb. A készítmény halványkék. A bacillusok csak eltérő fénytörésük alapján sejtethők. Gaffky-skálába sorozás tehát nem volt kivihető.

II. K. J. köpete.

A-készítmény előállítása: Levegőn száradás, fixálás itt és III. A, C; IV A, C; V A, és VI A-nál, mint I A-nál (lásd ott). Carbolfuchsin 1 percig gőzképződésig. Leöblítés, a tárgylemez megtisztítása, H₂SO₄ concentratio itt és III A, C; IV A, C; V A, VI A-nál, mint I A-nál (lásd ott). Színtelenítés H₂SO₄-val 14 másodpercig. Leöblítés stb. végig, itt és III A, C; IV A, C, V A és VI A-nál, mint I A-nál (lásd ott). A készítmény kifogástalan. Gaffky 2.

B-készítmény előállítása: Színtelenítés itt és III B, IV B, V B és VI B-nél, mint I B-nél (lásd ott). Színtelenítés lobogva forró vizet tartalmazó nagy főzőpohárban 2 percig. A többi itt és III B, IV B, V B és VI -nél, mint I B-nél (lásd ott). A készítmény halványkék, pirosra festődött bacillus nem látható. Gaffky 0.

III. V. J. köpete.

A készítmény előállítása: Carbolfuchsin 1 percig gőzképződésig. Színtelenítés H₂SO₄-val 2 percig. A készítmény kifogástalan. Gaffky 4.

B-készítmény előállítása: Carbolfuchsin egy percig, gőzképződésig. Színtelenítés mint II B-nél, de destillált vízben 2 percig. A készítmény halványkék. Piros bacillus nem fedezhető fel: Gaffky 0.

C-készítmény előállítása: Carbolfuchsin 1 percig gőzképződésig. Színtelenítés a készítmény teljes makroszkopos elszíntelenedéséig H₂SO₄-val 2 percig. Differenciálás 3% HCl-es alkoholban 2 percig. A készítmény kifogástalan. Gaffky 4.

IV. T. Z. köpete.

A-készítmény előállítása: Carbolfuchsin 3 percig gőzképződésig. Színtelenítés H₂SO₄-val 4 percig. A készítmény kifogástalan. Gaffky 4.

B-készítmény előállítása: Carbolfuchsin 1 percig gőzképződésig. Színtelenítés mint III B-nél 2 percig. Készítmény halványkék. Kochbacillusok rosszul, halványabban festődtek. A mikroszkop alatt methylenkékkel át nem festődött, tehát el nem színtelenedett genyesejtek láthatók. Gaffky 2.

C-készítmény előállítása: Carbolfuchsin 1 percig, gőzképződésig Színtelenítés H₂SO₄-val 2½ percig (teljes makroszkopos elszíntelenedésig). Differenciálás 3% sósavas alkoholban 5 percig. A készítmény kifogástalan. Gaffky 4.

V. R. J. köpete.

A-készítmény előállítása: Carbofuchsin 3 perczig, gőzképződésig. Színtelenítés H_2SO_4 -val 1-25 perczig. A készítmény kifogástalan. Gaffky 4.

B-készítmény előállítása: Carbofuchsin 3 perczig, gőzképződésig. Színtelenítés: mint IV B-nél 2 perczig. A készítmény halványkék. Piros bacillus nem volt található. Gaffky 0.

VI. Sz. K. köpete.

A-készítmény előállítása: Carbofuchsin 1 perczig, gőzképződésig. Színtelenítés H_2SO_4 -val 54 másodpercig. A készítmény kifogástalan. Gaffky 6-7.

B-készítmény előállítása: Carbofuchsin 1 perczig, gőzképződésig. Színtelenítés, mint V B-nél, de csak félpercig, nem várva be a készítmény teljes makroszkopos elszíntelenedését. A készítmény halványkék. Igen gyér, halvány, alig felismerhető Koch-bacillusok. Gaffky 2-3?

A közöltekből nyilvánvaló, hogy hat, klinikailag az emberi tuberculosis human típusához tartozó kórosat közül háromban a forró vízzel való elszíntelenítés után (biztosan saválló) bacillust találmom nem sikerült. Egy esetben a fénytörés alapján, egy esetben a makroszkopos és egy esetben a mikroszkopos teljes elszíntelenedés előtt megszakított forró víz behatása mellett voltak gyengéden festődött, helyesebben a H_2SO_4 -val illetőleg H_2SO_4 + sósavas alkohollal szemben inkább elszíntelenedett sav-, illetőleg sav- és többé-kevésbé alkoholálló bacillusok találhatók.

A szerző intencióinak teljesen megfelel I B, II B, III B, IV B, a mennyiben itt a carbofuchsin 1 perczig hatott be, a színtelenítés művelete pedig 2 perczig, illetőleg I B-nél a makroszkopos elszíntelenedés bekövetkezéséig, 8 perczig tartott. I B-, II B-, III B-nél piros bacillusok nem találtak, pedig III C a leirt erélyes H_2SO_4 + HCl alkohol beavatkozása után is annyi verosimiliter human típusú tuberculosis-bacillust tartalmaz, mint III A, IV B-nél piros pálczika-bacterium ugyan felismerhető volt, de IV A-énál kisebb számban és csak még carbofuchsinos leukocyták mellett. Ez utóbbi körülményre nagyobb súlyt helyeznék, mint azon IV. készítményen tett megfigyelésre, hogy IV C-nél az erélyes H_2SO_4 + HCl alkohol feltételezhető eredményeként IV A-nál valamivel kevesebb bacterium volt látható, mert ezen alig kisebb szám a bacillusok kifogástalan festődése, élénk színe miatt inkább a legnagyobb gond mellett sem teljesen kiküszöbölhető véletlen rovására irandó.

Miután 1 percnyi, legjobb minőségű carbofuchsinnal történt festés mellett a 2 percnyi forró-víz-színtelenítés túlhajtottnak mutatkozott, ezen V B és VI B készítmények útján reméltem segíthetni.

V B-nél a carbofuchsin behatásának időtartamát 1 percről 3 perczre emeltem, VI B-nél pedig a 2 percnyi színtelenítést félpercnyi időre, azaz a makroszkopos elszíntelenedés nem teljes beálltáig redukáltam.

A nyert eredmény azon felvételt teszi valószínűvé, hogy 2 percnyi forró-víz-színtelenítés még 3 percnyi fuchsinhatás után is túlzott lehet: V B; illetőleg, hogy az ajánlott eljárás rendeltetésének csak úgy felelhetne meg, ha a színtelenítést igen óvatosan végezzük, azaz addig színtelenítünk, míg makroszkopos elszíntelenedésről még szó sem lehet: VI B.

Összegezve a közölt és egyéb rendelkezésemre állott sputumokon nyert benyomásaimat, mondhatom, hogy:

1. A klinikai kép után human típusú sav- és alkoholálló tuberculosis-bacillust tartalmazó sputum-készítmény a sputum physicochemiai szerkezete, a felkent réteg vastagsága, a carbofuchsin állapota és behatásának ideje szerint forró vízben, ennek mennyisége és a hőfok szerint is, igen különböző idő alatt színtelenedik el; $\frac{1}{2}$ perc, 1-5 perc, 2 perc, 3 stb., sőt 8 percnyi idő volt szükséges még ott is, hol az előbbi tényezőktől eredő különbségeket emberi lehetőség szerint elimináltam. Mint az elszíntelenedés élesen körülírt tartama 2 percnyi idő a mikroszkopi lelet alapján sem állítható fel.

2. Igen óvatos és befejezettnek nem mondható makroszkopos elszíntelenedés mellett is úgy látszik, mintha a carbofuchsin forró víz behatására a human típusú tuberculosis-bacillusból egy időben, vagy még előbb lépne ki, mint a

készítmény többi sejtes elemeiből, pl. laphámsejtekből. Makroszkopos elszíntelenedett készítményben csak egy ízben: tökéletlen mikroszkopos elszíntelenedés mellett volt piros bacillus fellelhető. Ezért a tuberculosis-bacillus forralásállósága rendes köpetkészítményben legalább is igen kétséges. Hogy makroszkopos nem véghezvitt elszíntelenítés mellett kék alapon piros bacillus mégis található, semmi esetre sem a bacillus forralásállóságán, hanem csak ennek festékállóságán alapszik, melylyel a genyesejtek pl. fuchsinnal szemben nem rendelkeznek, miért is a methylenkékét felveszik.

3. A carbofuchsin hosszabb behatása a human típusú tuberculosis-bacillus resistenciáját a forró vízzel szemben nem fokozza.

Az eljárás tehát a közölt formában a köpetben az emberi tuberculosis human és bovin típusának egymástól való és a mondottak szerint magától értetődőleg ezeknek a többi saválló bacillustól való elkülönítésére nem értékesíthető.

Jelentés

a háború esetén szükségessé váló polgári egészségügyi segítő szolgálatnak béke idején való előzetes szervezéséről.

Irta és a Budapesti Kir. Orvosegyesület igazgató-tanácsa elé terjesztette:

Dollinger Gyula dr., bizottsági elnök.

Tisztelt Igazgató-Tanács!

A Budapesti Kir. Orvosegyesület X. rendes tudományos ülésén 1913 márczius hó 15.-én *Grósz Emil* dr. egyesületi másodelnök a következő előterjesztést tette:

„Minden háború és az azt rendszeren követő járványok a közvélemény figyelmét a katonai és polgári egészségi intézmények felé fordítják. Ez természetes is. Hisz az általános védőkötelezettség mellett fiainkról, testvéreinkről, véreinkről van szó, a kiknek sorsa különösen szívünkön fekszik.

A most folyó balkáni háború ez irányban még fokozottabb mértékben foglalkoztatja az ország közvéleményét, a mi nek oka részben a háború színhelyének közelségében, valamint a hadviselő telek egészségügyi berendezésének elégtelenségében és az ennek szomorú következményeiről szerzett értesülésben rejlik.

Az utolsó évek tapasztalatai mindenkit meggyőzhettek arról, hogy az államok és nemzetek érdekellentéteiket ezen-től is fegyveres úton fogják elintézni. E tekintetben úgy látszik, nincs nagy különbség kulturnemzetek és műveletlen népek között. De annál nagyobb azután a különbség, a midőn arról van szó, hogy a sebesültekről gondoskodjunk és a háborúkat követő járványokat megelőzzük. Az egészségügyi intézkedések jó vagy rossz voltának jelentőségét az angol, német, japán, francia, orosz, török, olasz hadviseletek tapasztalatai rideg valóságukkal élénk tarták. Az állam és társadalom legfontosabb érdekei közé tartozik, hogy a hadsereget megóvjuk azon borzalmaktól, a melyeknek az elégtelen egészségügyi viszonyok kiteszik. Valóban mi sem tudja az önfeláldozást, a lelkesedést erősebben lelohasztani, mint ha a harczvonalba vonuló katonaság az úton nyomorgó, éhező társaikkal találkozik, a pihenőhelyeken járványok pusztítanak. Nem hiába tartják a béke barátjai *Verescsagin* festményeit tanulságosnak.

A Budapesti Kir. Orvosegyesületben s a bécsi cs. kir. orvosegyesületben ez év folyamán a legilletékesebbektől halott információk büszkeséggel s örömmel tölthetnek el. Mindkét egyesületben felszólaltak a közös hadsereg és a honvédség képviselői és kijelentették, hogy a hadseregünk e tekintetben példásan van felkészülve. A legnagyobb hálára köteleztek bennünket nyilatkozataikkal s ezzel csak megerősítették azon szoros együttműködést a katonai és polgári orvosok között, a melynek szükségességéről, áldásos voltáról a haza minden jó polgára meg van győződve. De azzal, hogy hadseregünk el van készülve arra, hogy a harczvonal sebesültjeit jól és helyesen ellátja és hogy a súlyos sebesülteket a harcz

szinteréről el tudja szállítani, még nincs kimerítve a feladatok összessége. Háború esetén a polgári kórházakra igen nagy feladat hárul. Jól érezte ezen feladat jelentőségét a bécsi cs. kir. orvosegyesület, a mikor *Hohenegg* indítványára e kérdéssel foglalkozott s éppen olyan joggal, sőt geographiai helyzetünknel fogva még inkább kell nekünk ez életbevágó kérdéssel foglalkozni. Egyesületünk csak hű marad a mult tradíciójához, ha szavát fölemeli. *Uriel, Hohenegg, Szepessy, Sötér* fejtegetéseiből tudjuk, hogy miről van szó. Egy nagyobb háború esetén Magyarországnak körülbelül 40.000 súlyos sebesült elhelyezéséről kellene gondoskodni és ehhez körülbelül 200 sebészfőorvosra, 400 sebészalorvosra, 200 műtőápolónőre, 5000 ápolóra volna szükség.

Mindezt béke idején kell előkészíteni.

Nálunk még inkább szükséges az idejekorán való gondoskodás, mint pl. Németországban, a hol tudvalevőleg a legtöbb sebesztanár egyszersmind háború esetére a katonai egészségügyi szolgálat keretébe tartozik. Milyen fontos az, ha a beosztást már eleve úgy tervezik, hogy a békében együttműködő orvosok lehetőleg a háborúban is így teljesítsék hivatásukat. De talán legfontosabb feladat a kellő ápolás előkészítése.

A német birodalomban a Vörös-Keresztnek 600.000, Japánban 2.000.000 tagja van és éppen *Schönburg-Hartenstein* hercegnek, az Osztrák Vörös-Kereszt elnökének a bécsi orvosegyesületben tartott felszólalásából tudjuk, hogy Ausztriában csak 60.000 tagja van és mint értesülők, a magyarországi Vörös Keresztnek csak 38.000.

Mindez és sok más fontos kérdés egyenesen kötelességünké teszik, hogy egyesületünk javaslatot tegyen.

Azt hiszem, ezek után nem szükséges bővebben indokolnom tiszteletteljes előterjesztésemet, hogy méltóztassék egyesületünk igazgatótanácsát felkérni, hogy honfitársaink, úgyszintén a külföldi orvosok tapasztalatai alapján imézzen felterjesztéseket a m. kir. belügyministeriumhoz, a m. kir. vallás- és közoktatásügyi, a m. kir. honvédelmi és a cs. és kir. hadügyministeriumhoz, a melyekben a balkán háború tanulságait értékesítve, javaslatokat tegyen arra, hogy *miképpen kellene már béke idejében legcélszerűbben előkészíteni a háború esetére a polgári egészségügyi szolgálatot.*

Az igazgatótanács tárgyalásai bizonyára még más, most nem említett szempontokat is érinteni fognak és meggyőződésem, hogy egyesületünk nagy és fontos szolgálatokat tehet az államnak és az emberiségnek, ha a felvetett eszmét felkarolja.

Az egyesület igazgatótanácsa véleményes jelentéstétel végett *Dollinger Gyula* dr. elnöklele alatt bizottságot küldött ki, a melynek tagjai a következő egyesületi tagok: *Bartha László, Fogarassy Viktor, Frank Ödön, Farkas László, Grósz Emil, Herczel Manó, Holzwarth Jenő, Kuzmik Pál, Magyar Lajos, Olexy Viktor, Pfann József, Réczey Imre, Pattantyús Ábrahám, Schwartz Ottó* báró, *Szepessy Sándor, Turcsa János, Verebely Tibor, Győry Tibor.*

Azonkívül felhatalmazta az elnököt, hogy a bizottságot a szükséghez képest saját hatáskörében kiegészítse. Ezen felhatalmazás alapján az elnök a bizottságban való részvétellel fenti kartársakon kívül még felkérte:

Imrédy Béla, Klasz Pál, Müller Kálmán báró, *Magyarics Mladen, Scholtz Gyula, Szilágyi József* doktorokat.

Schwartz Ottó dr. báró a bizottság tagjává történt megválasztását nem fogadta el. A bizottság f. év május hó 27.-én, majd október hó 8., 13. és 20.-án tartotta üléseit, a melyek folyamán tárgyalás alá vette elnökének kinyomtatott javaslatát. Az eszmecserében résztvett: *Fogarassy Viktor, Farkas László, Grósz Emil, Imrédy Béla, Kuzmik Pál, Magyar Lajos, Pattantyús Ábrahám, Scholtz Gyula, Szepessy Sándor, Turcsa János és Verebely Tibor.*

Van szerencsém a bizottság hozzájárulásával a Budapesti Kir. Orvosegyesület igazgatótanácsának a következő előterjesztést tenni:

Tisztelt Igazgatótanács!

Az utolsó évtizedek technikai vívmányai a hadviselést sok tekintetben lényegesen megváltoztatták. Bennünket, a kik az orvosi segélyt mérlegeljük, leginkább a lövőfegyverek tökéletesítése és az a körülmény érdekel, hogy egy közeli háborúban, a melybe esetleg monarchiánk is belésoportatik, az eddigieknél sokkal nagyobb hadseregek fognak egymás ellen felvonulni és előreláthatólag a sebesülteknek olyan nagy tömege fog segélyre szorulni, hogy ezeket a harctéren az első segélyben részesíteni, a visszaszállítottakat pedig jól elhelyezni, gyógykezelnéni és ápolni csak az esetben leszünk képesek, ha ennek a nagy mentőkészüléknek minden egyes alkotórészét a béke idején jó előre, a mikor erre a kellő idővel rendelkezünk, a legnagyobb gondossággal előkészítjük és begyakoroljuk, úgy hogy a mint hadseregünk actióba lép, ez is teljesen készen legyen és azonnal megkezdhesse működését.

Nem szándékunk a hadvezetőség dolgaiba avatkozni és fellépésünk egyáltalában nem fakad az iránta való bizalmatlanságból. A már eddig is elhangzott nyilatkozatokból tudjuk, hogy teljes tudatában van nagy felelősségének. De a feladatot, a mely e téren megoldásra vár, mi oly nagynak látjuk, hogy azt sikeresen csak az egész nemzet lelkes közreműködése oldhatja meg. Ezen nagy mentőactio szervezésére ajánljuk fel hivatott segítségünket. Saját fiaink és testvéreink azok, a kik a háború áldozatai lesznek. Legszenőbb érdekeink kívánják, hogy közülük megmentsük mindazokat, a kik megmenthetők, és mivelhogy ajánlatunkat honfiaink sorsa iránti aggodalomból tisztán humanitarius és hazafias motívumok vezetik, fellépésünk félreértésekre nem adhat jogos okot.

A) *Az orvoskérdés a hadseregben.*

(A hadsereg tényleges állandó orvosai, tartalékos orvosok, az orvossegédek, a tábori egészségügyi segédszemélyzet.)

A sebesültek ellátása a harctéren tisztán a katonarvosok és a tábori egészségügyi segédszemélyzet feladata. Polgári elemet ide a hadvezetőség, még ha erre önként vállalkoznék is, nem bocsát. Számtalan esetben már az első segély végleg eldönti a sebesült sorsát és legújabbán a balkáni háborúban is, a mint leküldött orvosaink jelentéséből tudjuk, igen sok sebesült maradt volna életben, ha nem történtek volna az első segélynél olyan hibák, a melyeket később már nem lehetett helyrehozni. A csapatorvosnak és a tábori egészségügyi segédszemélyzetnek tehát teljesen megbízhatóan be kell gyakorolva lennie arra, hogy a sebesülteket a hadisebészetben bevált elvek szerint részesítse az első segélyben, főleg pedig, hogy károsnak bizonyult beavatkozásoktól tartózkodjék.

Miután pedig az orvosi tudomány folytonos haladásával a tábori egészségügyre és a tábori sebészetre alkalmazandó elvek is folyton változnak, kívánatos, hogy katonarvosainknak az eddiginél nagyobb mértékben adassék alkalom arra, hogy a monarchia több városában működő orvosi továbbképző tanfolyamokban résztvehessenek és szükséges lesz továbbá az egyetemek tanrendjeiben, épp úgy mint ezen tanfolyamok keretében az iránt gondoskodni, hogy a tábori egészségügy és a tábori sebészet modern elvei ott előadás-
sanak.

Jól tudjuk, hogy a hadügyi kormány eddig is hódolt az orvosi továbbképzés elvének azzal, hogy évenként vezényelt katonarvosokat a különböző klinikákra és kórházi osztályokra és hogy csupán a katonarvosi kar csekély létszáma gátolta meg benne, hogy nagyobb számú orvosokat nem vezényelt ki; de az orvostanhallgatók jelenlegi igen nagy számának az orvosok megsaporodásával okvetlenül az lesz a következménye, hogy már a legközelebbi jövőben az eddiginél sokkal nagyobb számú orvos fogja a katonarvosi pályát életpályájának választani és akkor többé semmi akadály sem lesz annak, hogy a katonarvosok is gyakrabban és rendszeresen vehessenek részt a kivétel nélkül minden orvosra nézve szükséges továbbképzésben.

A modern lőfegyverek mellett azonban a nagyobb ütközet első óráiban a tűzvonalon működő csapatokban olyan tömeges a sebesülés, hogy minden sebesültet az orvos maga nem láthat el, hanem a csapat egészségügyi személyzetének közreműködésére van szükség. Műtetre itt rendszeren nincsen idő, hanem csupán az első segítségről, pl. az egyszerű áthatoló lövés esetén fedőkötés fellevéséről van szó, esetleg csonttörés esetén sín alkalmazásáról, a mire minden ügyes, egészségügyi segédszolgálatot teljesítő úgynevezett sebesültvivő katonát, hogyha erre elegendő időt szentelnek, kellő begyakorlás mellett ki lehet tanítani.

De még ezek száma sem elegendő ahhoz, hogy minden sebesültet ők kössenek be, úgy hogy a könnyebben sebesülteknek maguknak kell az első kötésüket feltenniük vagy legfőleg a bajtársak segítsége fog rendelkezésükre állani. A fegyveres erő egészségügyi szolgálati szabályzata értelmében a harcosokat ugyan kitanítják az első kötés fellevésére, de ha azt akarjuk, hogy a sebesült az első kötés fellevésével ne ártson magának, akkor szükséges, hogy ezen oktatásra több időt fordítsanak, mint eddig, hogy a betanításkor a modern elvek tartassanak szem előtt, a melyek szerint az első kötés fellevése nagyon egyszerű és hogy a katonák ki legyenek tanítva azon veszélyekre is, a melyeknek magukat kiteszik, hogyha ezen szabályoktól eltérnek.

Mindezen műveleteknek a vezetője azonban mégis az orvos, a kinek az egészségügyi csapatok a laikus segédjei. Minél nagyobb a jól képzett orvosok száma, a kik a harcosokat kísérik, a kik őket a segítő- és a kötözőtereken, úgyszintén a hátrább elhelyezett tábori kórházakban ellátják, annál tökéletesebb lesz az életmentés.

Az a kérdés merül fel tehát, vajjon a mi hadseregünk rendelkezik-e háború esetére elegendő katonaróvossal. Ezt a kérdést tette legújabbán *babarczi Schwartz Ottó* báró tanulmány tárgyává, a mely „Hadegészségügyi reformok” címen hagyta el csak a minapában a sajtót. Ezen tanulmányában felsorolja a katonaróvosi kar által háború esetén a betegek gyógykezelésén kívül elvégzendő különböző igen nagyszámú egészségügyi teendőt, hivatkozik arra, hogy nem csupán sebesültek kezeléséről van szó, hanem hogy az egyéb betegségekben szenvedők száma még meghaladja a sebesültekét és arra a conclusióra jut, hogy a katonaróvosok száma sokkal kevesebb, semhogy megnyugvást lelhesünk a tekintetben, hogy háború esetén hadseregünkben a harctéri egészségügyi szolgálat és az orvosrendőri szolgálat, a mentőszolgálat, a sebesültek és a betegek gyógykezelése tökéletesen fog végrehajthatni. Rendelkezésre állana a következő orvosi erő:

a közös hadseregnél tényleges szolgálatban áll	1105 katonaróvos
a közös hadseregnél tartalékállományban van	1070 „
a m. kir. honvédségnél tényleges szolgálatban áll	157 „
a m. kir. honvédségnél tartalékállományban áll	140 „
az osztr. Landwehnrél tényleges szolgálatban áll	202 „
az osztr. Landwehnrél tartalékállományban áll	352 „
ezenkívül szolgálaton kívüli viszonyban áll úgy hogy a teljes álladék háború esetére	163 „
összesen	3192 orvos,

a kiknek feladata a háborúban nemcsak a hadsereg orvosi kezelése, hanem az összes közegészségügyi és orvosrendőri teendők elvégzése.

A polgári orvosok köréből *babarczi Schwartz* báró körülbelül csupán 808-at vél háború esetére requirálhatni, úgy hogy ezekkel a katonaróvosok száma kb. 4000-re fog felemelkedni, a mely szám nem elegendő ahhoz, hogy az elvárható háború orvosi teendői a mi hadseregünk nagy hadállománya mellett rendszeren el legyenek intézhetők. Ezen a nagy orvoshiányon *Schwartz* csak azáltal vél segíthetni,

hogy az osztrák és magyar egyetemek orvosi fakultásainak összes katonai szolgálatra alkalmas hallgatói a katonai orvosok mellé béke és háború idején mint orvossegédek osztatnak be és azok felügyelete alatt és utasításai szerint segédorvosi szolgálatot teljesítenek. A Monarchia 8971 orvostanhallgatójából csupán 4000-et vél harctéri orvosi szolgálatra alkalmasnak. Ezeket a szerint, a mint tanulmányaik első évéből vagy pedig az utolsó három évből kerültek ki, béke idején más-más munkakörrel ajánlja ellátni. Háború esetén azonban valamennyien a katonaróvosok mellett, mint azok segédjei működnenek.

Schwartz báró az állatorvosi oktatás mai magas színvonalával mellett az állatorvosi főiskola növendékeit is alkalmasnak tartja reá, hogy katonaróvosoknak értékes segéderei legyenek mindazon teendők elvégzésében, a melyekhez nem okvetlenül emberorvosi ismeretek szükségesek.

A *Schwartz* báró által kimutatott 3192—4000 orvos valóban kevés volna ahhoz, hogy mai nagy hadseregünk egészségügyi szolgálatát elvégezze, de *Schwartz* báró e számításánál nem vette figyelembe azon orvosokat, a kik a véderőtörvény értelmében háború esetén szolgálatra kötelesek. Ezekkel együtt pedig a rendelkezésre álló orvosok száma 6992, vagyis körülbelül 7000-re emelkedik, ennyi orvos pedig meg fog felelhetni a reá várakozó feladatoknak.

A mi a hadiszolgálatra alkalmas orvostanhallgatók számát illeti, az *Schwartz* báró dolgozatában túlmagasra van felvéve, mert az eddigi sorozási tapasztalatok szerint az orvostanhallgatóknak csak mintegy 25%-a alkalmas katonai szolgálatra és itt még figyelembe veendő, hogy az I. és II. éves orvostanhallgatók legnagyobb része csak 18—20 éves, tehát nem is kerül még sor alá. Az orvostanhallgatók közül tehát csak körülbelül 2243 kerül a hadsereghez, a kiknek fegyver alatti kiképzésére a katonai hatóság az egészségügyi szolgálat hadászati szempontjaiból nagy súlyt vet és azért arról lemondani nem fog.

Ezek között általános mozgósítás esetén mintegy 1000 azoknak a száma, a kik 4-ed és 5-öd évesek vagyis klinikai tanulmányokat már végeztek, a kik szükség esetén a csapat-orvosoknak hasznavehető segéderei lehetnének és a kiknek szolgálati beosztásakor a katonai hatóság e körülményre amúgy is tekintettel van.

A katonai szolgálatra alkalmatlan 6700 orvostanhallgatónak azonban jó hasznát fogjuk venni a katonai kórházakban az ápolás terén, sőt úgy hiszem, hogy itt orvosszükség esetében, különösen a 4-ed és 5-öd évesek mint orvossegédek is hasznos működést fognak kifejtetni. A véderőtörvény értelmében t. i. a katonai hatóságnak joga van háború esetén ezeket az orvostanhallgatókat, kivéve a csekély számú, mindennemű szolgálatra alkalmatlanokat, szolgálatra behívni.

Mindezekből látható, hogy háború esetén a katonaróvosi szolgálattal korántsem állunk olyan rosszul, mint a hogy azt a balkán háború folyamán felmerült ijesztő hírek feltűntették.

(Vége a jövő számban.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. Dr. G. Cornet: Die akute allgemeine Miliartuberculose. Zweite, gänzlich umgearbeitete Auflage. Wien und Leipzig, Alfred Hölder, 1913. 79 oldal.

A jeles könyvecskének mindjárt a bevezetése elvégez egy nagyon szükséges feladatot: ráirányítja a figyelmet a lokalizált „*miliaris*” és általános — rendszeren *acut* — *miliaris* tuberculosis közötti elengedhetetlen differenciálásra. A bevezető részt követik sorban az aetiológia, pathológiai anatómia, symptomatológia, kórlefolyás, diagnostika és prognosztika fejezetei, továbbá a prophylaxis és therapia tárgyalása, mindmennyi alapos feldolgozásban és a szerzőnek ismert gördülékeny stílusával megírva.

A diagnostika fejezetében joggal mondja *Cornet* az állatkísérletet a tuberculosis bacillaemia legbiztosabb eldöntőjének, annyival inkább, mert *Wolff-Eisner* szerint a bűvárlat újabbban mind határozottabban kezdi sejteni, hogy azon számos pozitív bacillaris vérelet mögött, melyet a mikroskoppal találnak, valami eddig még ismeretlen hibaforrás lapang.

Igen érdekes és tanulságos a differentialis diagnostikai rész. A megkülönböztető kórjelzés typhussal, bronchitis capillarissal, febris intermittenssel, pyaemiával és septikaemiával, sőt acut maniával szemben, mind beható megbeszélés tárgyai.

A prognosist *Cornet* sem látja már absolut letalisnak. Mai mikrobiológiai tudásunk szerint teljesen jogosan fejt ki, hogy „az acut általános kölesgümőkór némi gyógyhajlamát annál lehetségesebbnek kell tartanunk, mert újabban tudjuk, hogy a *bovin* típusú bacillus is (mely az emberre kevésbé veszélyt hozó, mint a human-typus, Ref.) lehet az igazi miliaris gümőkór oka“.

A kis könyvet minden kartársnak melegen ajánlhatjuk; nemcsak tanulságos, de igen érdekes szakolvasmány is, mert a gümőkórnak legrettegettebb, de egyúttal legérdekesebb klinikai alakját ismerteti. *Okolicsányi-Kuthy* dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

Idősült hasnyálmirigygyulladás és idősült sárgaság eseteiben végzett vizsgálatok eredményeit ismerteti *R. Ehrmann* és *H. Kruspe*. Az eddigi vizsgálatok egymással ellentétes eredményei jórészt onnan származnak, hogy egyrészt a diagnosis nem volt biztos, műtét vagy bonczolás által igazolt, másrészt a pankreasvezeték elzárását az ezt nyomon követő sárgaság komplikálta s a táplálékkihasználás zavarai csak részben voltak a pankreasvezeték elzárásának eredményeképpen tekinthetők. A szerzők vizsgálataikat oly chronikus pankreatitis + chronikus icterusban szenvedő egyéneken végezték, a kin a sárgaságot cholecysto-enterostomia segítségével megszüntették s így a pankreasgyulladás tünetei sárgaság nélkül állottak fenn. A második vizsgált egyén chronikus sárgaságban szenvedett, a harmadik ép volt. A táplálék mindhárom esetben ugyanaz volt, 24 órai mennyiségben 14.5 gr. N, 167 gr. zsír.

Míg icterus eseteiben a N-kiválasztás rendes volt, addig pankreascsőelzáródás eseteiben a felvett N-nek 34%-a a székletét útján hagyta el a szervezetet. A makro- s mikroskopos kreatorrhoea — a mi a pankreatitisre annyira jellemző — teljesen hiányzott icterus eseteiben. Chronikus pankreatitis eseteiben a székletét phosphorsavtartalma megkevesbedett, a mi a phosphorsavat bőven tartalmazó pankreasnedv hiányos elválasztásán alapszik.

A zsírkihasználás mindkét betegségben hiányos. Icterusban még nagyobb mértékben, mint pankreatitisben. Azonban a zsírhasítás mindkét esetben teljesebb még, mint az ép egyénben. *O. Gross* azt hiszi, hogy a zsírfelszívódás a pankreas belső secretiójának működése; innen van az, hogy a pankreontabletták adagolása nem javítja a zsírfelszívódást. Ezzel szemben a szerzők azt tartják, hogy a hiányos zsírfelszívódás oka az, hogy a zsírbontás — gyomor- és bél-lipase s bélbacteriumok által — nem történik elég magasan a vékonybelekben, a hol a felszívódási viszonyok jók, hanem a vastagbelekben, a hol lassult a felszívódás. Tehát pankreasvezeték-elzáródás eseteiben a zsírhasítás — ha még oly tökéletes is — mindig csak másodlagos. Míg a pankreatitises székletét zsír- és zsírsavtartalma nem kristályosodik ki, addig az epének a bélbe történt meggátlása esetén, sárgaság eseteiben nagyon sok tűalakú kristályt találunk. Ez az epének zsírsavoldó képességével áll összefüggésben. A székletében előforduló szappanok — úgy az ép, mint a zsírszékletekben — eltérőleg az eddigi felfogástól, nem mézszappanból állottak, hanem legnagyobb részük natrium- és kaliumszappannak bizonyult s csak kis részben tartalmaztak mézszappant.

A székletét lecithintartalma úgy a pankreatitises, mint még inkább az icterusos egyénben jelentékenyen megszáporodott.

A pankreasnedvnek a lecithin hasítása, az epének a hasított lecithin felszívódása körül juthat jelentősebb szerep.

A szénhidrátok emésztése és felszívódása úgy a hasnyálmirigynedv, mint az epe hiányos bélbejutása esetén is csak kevésbé zavart, úgy hogy a tápláléknak ezen betegségekben főleg szénhidrátból kell állnia. Pankreatitis eseteiben indicanuria volt észlelhető, a mit talán a hús hiányosabb emésztése, esetleg rendellenes bomlása okoz. A vizeletben pankreatitis esetében a diastase megszáporodott, néha azonban normalis értékű volt; míg a székletének diastase- és trypsintartalma is megkevesbedett.

A pankreatitis diagnosisjának felállítására elsősorban gondos székletvizsgálat alapján lehetséges, míg a Cammidge-reactio, vagy az úgynevezett typosos nyomáspontok alapján felállított diagnosis (francziák) könnyen tévedésre vezethet.

A mi a pankreatitis therapiáját illeti, legjobb eredményeket a cholecysto-enterostomia szolgáltat; az anastomosis-hoz legczélszerűbb a jejunum felső részét választani. (*Zeitschrift f. klin. Med.*, 78. köt., 1.—2. füz.) *Galambos* dr.

Sebészet.

A vastagbélvolvulusról értekezik *Bundschuh*. A coecum volvulusa, a mely a szerző esetére vonatkozik, ritkábban fordul elő, gyakoribb a flexura sigmoidea táján. A coecumon a volvulus akkor jöhet létre, ha a coecum és colon ascendens nem mint normalisan a hátulsó hasfalhoz van fixálva, hanem szabadon mozgatható mesenteriumon lóg. Már most a coecum kétféleképpen csavarodhatik meg, vagy a bél tengelye kerül, a midőn obturációs ileus tünetei jelentkeznek, vagy pedig a mesenterium tengelye körül, a midőn strangulációs ileus tünetei fejlődnek ki. Legtöbbször heves fájdalmak állnak be a köldök körül, a mihez székrekedés, meteorismus társul. Jellemző ezenkívül a coecumvolvulusra, hogy a köldökre harántul erősen felfújt bél tapintható. A tünetek különösen akkor igen hevesek, ha a coecumvolvulusban sok vékonybél vesz részt. Gyakori különösen terheseken, a hol a bélelzáródással együtt járó hányást, hasi fájdalmakat a graviditással hozták összefüggésbe. 110 esetet gyűjtött össze a szerző az irodalomból, a mely esetek közül az operálatlanok mind elhaltak. 87 operált eset közül 35 (40%) gyógyult, 52 meghalt. 40 esetben a műtét detorsióból állott, ezek közül 26 (64%) meggyógyult. Részleges resectiót 3 esetben végeztek, ezek mind meghaltak; a volvulusban résztvevő belek teljes resectiója után 15 esetből 7 meggyógyult. (*Bruns Beitrage*, 85. kötet.)

Ifj. Hahn Dezső dr.

A coecum mobile különböző formáiról ír *Th. Hausmann*. Szerinte a coecum mobile nemcsak olyankor lehet jelen, a mikor hosszú a mesenterium commune, hanem oly esetekben is, a mikor a retrocoecalis szövet laza, a mesenterium nyúlékony, ha rövid is, valamint rövid coecalis mesenterium esetében olyankor, ha a flexura hepatica és colon ascendens mesenteriuma hosszú. A coecum mobilet palpatióval és Röntgennel is ki lehet mutatni. A coecum mobile által okozott tünetek, főleg a velejáró mechanizmus passagezavarok által tételeztetnek fel s ilyenek hiányában teljesen tünet nélkül is állhatnak fenn. A coecum mobile által okozott tünetcsoport igen változatos lehet s azért a has jobboldalára lokalizált fájdalmakkal járó mindenféle betegségre emlékeztethetnek. Loccsanást, puffadást sem találunk mindig a coecum mobilis, akárhányszor normalis vagy contrahált a mozgó vakbél. (*Mitteil. a. d. Grenzgeb.*, 26. köt.) *P.*

Elmekórtan.

A paralysis progressivát mint fajbetegséget tanulmányozta *Westhoff*. Minél magasabb műveltségi fokra emelkedett valamely faj, annál inkább van betegségeknek kitéve. A valódi elmebajok pedig csak az embereken fordulnak elő

és teljes kifejlődésüket csak a magasabb fajok között találhatjuk meg. Az alsóbb fajok között nemcsak hogy ritkább az elmebetegség, hanem sokkal egyszerűbb formában, úgyszólván rudimentaris alakban jelentkeznek. Csak a középeurópaiak között és azok más világrészben lakó fajrokonai között jelentkezik az elmebetegség sűrűbben és teljes kifejlődésében. A germánok csak 400 éve szenvednek luesben és mintegy 150 év előtt a lues eddig ismert három formájához mint negyedik a paralysis (tabes) csatlakozott. Az indiánok között a lues valószínűleg már Amerika felfedezése idejében is el volt terjedve, a nélkül, hogy paralysis progressivára vezetett volna. Ez utóbbit csak a germánokkal való keveredés útján szerezték meg. A lues a germánok között annyira átalakult, hogy egészen más formát öltött. Az első három stadium vesztett erősségéből és főképpen a harmadik vész ki mindinkább. A súlyos tertiaer formák ritkák és többnyire csak hiányosan kezelt esetekben találjuk. Az eltűnő harmadik stadium helyébe a paralysis progressiva lépett. A lues ezen fejlődését a germánok között tette meg. Egyéb fajok a paralysis progressivától mentesek, ha a germán fajjal való veszélyes keveredésen nem mennek keresztül, bármennyire is van elterjedve közöttük a lues. Ezek alapján a paralysis progressiva aetiologiájában a fajnak ugyanazon jelentőséget kell tulajdonítanunk, mint a luesnek. A paralysis progressivának két egyenértékű aetiológiai factora van: a lues és a faj, vagyis a paralysis progressiva fajbetegség. (Zeitsch. f. d. gesamte Neurol. u. Psychiatr., XV. k., 100. old.)

Goldberger Márk dr.

Az agyvelőnyomás lényegével foglalkozott A. Hauptmann. Véleményét abban foglalja össze, hogy az agyvelőnyomás tünetei az agyvelő állományának direct compressiójától erednek. A vérkeringés zavarától csak annyiban függenek, hogy az agyvelőnyomás, csak miután az ereket kipréselte, tudja az elementaris idegelemeket (sejt, rost stb.) egymás irányában eltolni és így az agyvelőállomány compressióját előidézni. (Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, XIV. k., 313. old.)

Goldberger Márk dr.

Szülészeti és nőorvostan.

A peritonitis elkerülésének módzatairól méhrepedés és perforáló méhsérülés sebészi ellátásakor ír Sigwart. A) **Méhrepedés** esetén elsősorban a vérzés csillapítására kell gondolni. Ebben jó szolgálatot tesz a törzsnek a Momburg-féle gummicsővel való körülzárítása. A tamponálás a vérző arteriák esetén semmit sem ér, sokszor csak még jobban széjjelfeszítjük vele a szöveteket. A Momburg-cső használatakor azonban igen fontos, hogy túlságosan hosszú ideig ne hagyjuk rajta a betegen, mivel volt már reá eset, hogy nagyfokú anaemia esetén a cső levétele után halálos collapsus állott be. Ha a magzat még nem született meg, akkor persze a Momburg-csövet egyáltalában nem lehet applikálni. Vannak, a kik ruptura esetén kivétel nélkül a magzat extractióját s a lepény eltávolítását per vias naturales követelik. Sigwart szerint ha a magzat a repedésen át a hasüregbe jutott már s a méh összehúzódott, nem kell mindjárt extrahálni. Ellenben óvatos extractiót végezzünk, ha a magzat még egyáltalában nem, vagy csak részben került át a hasüregbe. Complet ruptura esetén csak laparotomiának van helye és csak a legtisztább (ritka) esetekben elégedhetünk meg a repedés ellátásával; legtanácsosabb a méhet egészen kiirtani. Bumm és iskolája nem elégszik meg a peritoneum lemezeinek egyszeres varratával, hanem e fölé még egy serosus szücsvarratot helyez. A szabad hasür tamponálását és drainézását mellőzik. Incomplet ruptura esetén, ha a parametrium nem sérült, de erős vérzés van, az exstirpatio van helyén. Itt is igen kell ügyelni arra, hogy gondosan peritonizáljunk; a legkisebb nyílás forrása lehet a fertőzésnek. — B) **Perforáló méhsérülések** ellátásakor a laparotomiát szintén majd minden, a fertőzésre csak legkevésbé is gyanus esetben javaltnak tartja. A hasüreg kitisztogatása, a méhszűrés bevarrása, az esetleg sérült belek revisiója csakis

ezen az úton lehetséges. A legtöbb esetben megtartható a méh s elegendő a sérült rész kimetszése és a muscularis varrat fölé még kétszeres biztosító seroserosus varrat elhelyezése. A tamponálást, a hasüreg drainézását ezen esetekben is mellőzni lehet. (Archiv f. Gynäkologie, 100. köt., 1. füz.)

Scherer dr.

Gyermekorvostan.

A Leishman-féle anaemiáról, a gyermekkorban ezen érdekes kórképről értekeznek Jemma. A Leishman-féle anaemia, a mely a lépnek igen nagyfokú megnagyobbodásával járó, rendszeren halálosan végződő fertőző természetű megbetegedés, a Földközi-tenger környékén fordul elő Európában. Az újabb kutatások, különösen Pianese alapvető munkája nyomán kimutatták, hogy a betegség azonos a Leishman által Indiában tanulmányozott Kala-Azar-kórral. Kiderült továbbá az is, hogy a megbetegedés állatra átvihető s hosszabb kutatások és az epidemiologia pontos tanulmányozása több olasz szerzőt arra a gondolatra vitt, hogy a bajt az emberre kutyáról vagy macskáról valamely közbeeső medium viszi át. A tanulmányozás azután kimutatta, hogy kutyákon spontán is előfordul e betegség s hogy a beteg állatról vett bolhák béltractusában meg lehet találni a parasitát, e bolhákból a parasita tiszta tenyésztetben nyerhető s e bolhák által a betegség más állatra is átvihető. A parasita, a mely főleg a lépben és a csontvelőben mutatható ki, a betegségben szenvedők egyéb szerveiben, így az izmokban, a keringő vérben és a nyirok-apparatusban is meg volt található. Tiszta tenyésztete specialis táptalajokon 22° melletti optimumos hőmérsékleten tenyészik, mozgással bír és gyorsan szaporodik, 30°-on túl a cultura elhal, ha e hőmérsék soká fennáll, 45°-on túl gyorsan pusztulnak el a coloniák. A jégolvadás hőmérsékletén több óráig megtartja életképességét. Gyermekkorban rendszeren a legfiatalabb életkorban, 1—3 éves korukban betegednek meg. A betegségnek három formáját különböztetik meg: Az acut alakot, a mely 35—45 napig tart és súlyos anaemia mellett, nagy adynamia kifejlődésével hal meg a beteg; a második a subacut lefolyású forma, a mely ellentétben az első alakkal, a betegség leggyakoribb nyilvánulási formája s ugyanazon tünetekkel jár, mint az első, csak hogy a tünetek lassabban fejlődnek ki; a harmadik alak az u. n. chronikus nyilvánulási alak, a mely hol gyorsabb, hol lassabb lefolyású, a kezdetben néha magas láz egy időre teljesen el is tűnhet, hogy azután újra jelentkezzen. Ezen két utóbbi formából, bár nagy ritkaságképpen, a gyógyulás lehetősége megvan. Tünettana még nem egészen tisztázott. Incubatioja alatt semmiféle tünetet sem látunk. A kezdeti szakban láz jelentkezik, a mely néha lassan, lappangva, fokként emelkedik, máskor azonban teljes egészség közepette magas hőmérsékkel lepi meg a gyermeket, gyomor-bélzavarok kíséretében. A lázmenete a kórnak semmi jellegzeteset sem mutat. A második vagy anaemiás periodust jellemzi a fokként erősödő vérszegénység, a máj és lép duzzanata, tödőoedema, esetleges vérzések a köztakarón, étvágytalanság, levertség és nagy gyengeség kíséretében; ez az állapot vagy halálra vezet, vagy esetleg a harmadik stadiumhoz, a cachexia szakához ér el a betegség, az eddig még nem túlságosan kifejezett soványodás fokozatosan kifejezettebbé válik és a vérszegény is mind kifejezettebbé lesz. A máj és lép duzzanata, valamint a nyirokmirigyek megnagyobbodása fokozódik. A kórképet néha remittáló, máskor intermittáló, olykor igen magas láz kíséri. Végül teljes marasmus következtében beáll a halál, máskor intercurrens betegségek csatlakoznak hozzá, a melyekkel a legyengült szervezet nem bír megbirkózni. Kórjelzése a mondott tünetek alapján s a lépunctióval nyert vérvizsgálat útján ejthető meg. Néha a máj punctatumban is látjuk a kórokozót. Prognosisa rossz, csak igen gyérszámú gyógyulásról számol be az ide vonatkozó irodalom. Kezelésében a Röntgen-expositiók, az atoxyl, salvarsan, chinin, arsenphenylglycin intravenás adagolása jöhet szóba. Kórbonczoláskor a nagyfokú anaemia mellett a nyirokmirigyeknek, a lépnek és a májnak nagyfokú duzzanata s

esetleg a máj zsíros elfajulása látható, a sárga csontvelőnek vörös kocsonyás csontvelővé való átváltozása mellett. (Archives de médecine des enfants, 1913, XVI. köt., 10. sz.)
Bókay Zoltán dr.

Venereás betegségek.

„A biológiai reakciók jelentősége a syphilis diagnosztikájában és terapiájában“ czimen referált *Citron*, *R. Müller* és *Bruck* a közelmúltban a német természetvizsgálók 85. gyűlésének egyik együttes ülésén. *Citron* (Berlin) szerint a Wassermann-reactio a syphilisnek biológiai reakciói közül a legfontosabb. Véleménye szerint tágabb értelemben véve a reactio mégis csak antigen-antitestreactio. 20.000 eset vizsgálatából azt a tapasztalást meríti, hogy a Wassermann-reactio egészséges emberen sohasem fordul elő. Kisebbfokú complementkötés azonban különböző súlyos, cachexiával járó bajok kapcsán előfordulhat. Kezeletlen tertiaer syphilis eseteiben a reactio mindig positiv. Ugyancsak jóformán kivétel nélkül positiv a reactio paralysis eseteiben is (akár serummal, akár lumbalis folyadékkal). Tabes eseteiben, főként ha sokat kezelték előzetesen a beteget, elég gyakran negativ a reactio, átlagosan 60%-ban. *R. Müller* (Wien) tapasztalása szerint bizonyos protozoon-betegségek, valamint a lepra jellegzetes tünetként elég gyakran adnak positiv Wassermann-reactiót. Egyéb általános, nem lueses bajok kapcsán 2:3%-ban incomplet reactio mutatható ki. A kivételesen előforduló positiv reactio ilyenkor csak múló természetű. A referáló 12.000 esetből meríti tapasztalását. Kiderül ebből, hogy latens syphilis eseteiben átlagosan csak 50%-ban positiv a reactio. A paralysis progressiva csaknem kivétel nélkül positiv reactiót ad, de csak ha a serumot vizsgáljuk. A lumbalis folyadék ellenben jóval ritkábban és gyöngébben adja a reactiót. A lueses alapon kifejlődő aorta-bajok az esetek zömében positiv Wassermann-reactióval járnak. A latens congenitalis lues jóval gyakrabban reagál positiv alakban, mint a latens szerzett syphilis. Friss congenitalis syphilisben szenvedő csecsemők anyái 90%-on fölül reagálnak positiv alakban. *Bruck* (Breslau) a syphilis cutireactiójáról referált. Ezt most a *Noguchi*-féle luetinnel végzik, mely a spirochaeták tiszta tenyészetéből készül és igen sok spirochaetatestet tartalmaz. A kontrollkísérletek asciteses táptalaj extractumával végezhető, melyen spirochaeták nem nőttek. A luetinnek 0.05 cm³-je a felkarba intracutan módon hozva minden egyénen okoz bizonyos gyuladást, de a míg ez a nem lueses egyénen 48 óra alatt lezajlik, addig a syphilises egyénen hosszabb ideig tartó gyuladást és beszűrődést okoz. A positiv cutireactio tapasztalás szerint csak ritkán keletkezik a primaer és a korai secundaer szakban. Majdnem állandó azonban ez a positiv reactio a tertiaer esetekben, valamint congenitalis syphilis eseteiben. Lehetséges, hogy a reactio idővel a rendes diagnostikai eljárások egyikévé fejlődik, de azért a Wassermann-reactio pótlására sohasem lesz alkalmas. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1913, 46. sz.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A húgycsőben és a húgycső körül képződött kövekről ír *Victor Cox Petersen*. Csakúgy mint a húgyivarszervi rendszer egyéb szerveiben, a húgycsőben is a húgycső körül is a kőképződés okai a következők: 1. anyagcsere-zavarok, 2. a húgyelválasztás hidraulikus és fizikai zavarai, melyeket vagy a húgycső kaliberének természetes elváltozásai, vagy pedig stricturák, dilatációk, sipolyok, régi tályogüreg, diverticulumok idéznek elő és 3. külső okok, úgymint idegen testek a húgycsőben (csontszilánkok, tűrészek, műszerek), melyek orvosi, de legtöbbször mégis természetellenes beavatkozások közben kerültek a húgycsőbe és ott a kőképzésre alapul szolgálnak. Ha egészen elől fekszik a kő, akkor megpillanthatjuk esetleg már a meatusban vagy pedig már pusztán szemmel duzzanatot tályogképződéssel avagy e nélkül veszünk észre a húgycső valamelyik részén; ujjaink-

kal pedig kemény, mozgékony avagy mozdulatlan tömeget fogunk kitapintani és némi recsegést megfigyelhetni, ha több kő van egy helyen együtt. A műszeres beavatkozásra legalkalmasabbak a megfelelő bougiek, de használhatjuk e célra az urethroskopot, valamint a Röntgen-sugarakat is.

Az ilyen köveket gyermekekben aránylag nagyon ritkán, felnőttekben már gyakrabban, de legtöbbször idősebb férfiakban fogunk találni, még pedig mint előző betegségek utókövetkezményeit. A húgycsőben a köveket leggyakrabban a pars prostaticában találjuk, a hol azok a tág húgycsőben elég lazán s mozgékonyan fekszenek, kicsinyek és többnyire csoportokban fordulnak elő; minél több a kő, annál kisebbek s megfordítva. Ezek a kövek a húgyhólyagból csúsztak le s mozgékonyágukat megtartották. A kövek úgy az inneső, mint a hátulso húgycsőrészen esetleg alig okoznak tüneteket, míg máskor idősült tályogokkal és sipolyokkal közlekedhetnek, melyek fenekén a kutató rátaal a kövekre. A radiographia szerint a kőképződés alakja kétféle: vannak elszórtan fekvő kölesalakú kövek, melyek öregebb emberekben gyakoribbak, és a középvonal mindkét oldalán felhalmozódott kövek, a melyeneket azonban már minden korú egyénekben észlelhetünk.

A valódi prostataköveket a végbélen át igen könnyen ki fogjuk tapintani, ha a kő nagy és a prostata atrophias; de a diagnosis viszont nagyon nehéz is lehet, ha igen kicsinyek a kövek, a prostata mélyében fekszenek s betokoltak. Ilyenkor esetleg a radiographia tehet nagy szolgálatot, a mikor a többi vizsgáló módszerrel nem tájékozódunk még kellőképpen. Általában véve pedig azt tapasztalta a szerző, hogy a vese-, ureter- s hólyagkövek felismerése terén történt nagy haladás következtében az endourethralis kövek mindinkább ritkulnak, de azért spontán kőképződés az urethra körül időnként mégis előfordulhat.

A húgycsőben levő s a húgycső körüli kövek terapiája egyrészt prophylaxisos a megfelelő diatával és a leggondosabb utókezeléssel a húgyivarszervi műtétek után, de másrészt gyógyító is lehet. Ez utóbbi nagyon eltérő lesz a szerint, hogy vannak-e complicatiók avagy nincsenek. Ha a kő még mozgékony, avagy csak rövid idő előtt ékelődött be, akkor mindenekelőtt meg fogjuk kísérelni az ujjunkkal avagy műszerekkel kiemelni és ha ez nem sikerül, akkor igyekezni fogunk a követ visszalökni a hólyagba; ilyenkor a meatotomia avagy a szűkebb részek tágítása nagy segítségünkre lehet. A komplikált esetek azonban, a melyekben rendszeren fertőzés a complicatio primaer oka, csaknem mindig nyílt műtétet igényelnek; a követ ki kell metszeni és a fertőzött területet drainezni. A szerző a peri- s endourethralis kőképződés legkülönbözőbb alakjait a kőörtörténetek egész sorozatában igen tanulságos módon mutatja be. (Gazette des hopit., 1913, 21. sz.)
Drucker.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A luminal kitűnő hatását dicséri *Reysschoot*. Nem csupán jó hypnoticum, hanem nagyon hatásos sedativum is, úgyszintén antiepilepticum. Álmatlanság ellen 0.3—0.4 gramm az adag; izgalmi állapotokban 0.2 grammot adunk naponként 2—3-szor; epilepsia eseteiben 0.1—0.3 grammot használtunk naponként. Kellemetlen melléküneteket nem okoz, natrium-sója rectalisan és a bőr alól is adható. (Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique, 1913, 168. szám.)

Diphtheria eseteiben *Freund* kísérleteket végzett az *yatren* nevű újabb szerrel, mint a mely erősen bakteriumölő hatású, a szükséges adagban nem mérgező, az egészséges szöveteket nem támadja meg, ezenfelül erősen a mélybe hat. Egyrészt poralakban alkalmazta a szert a beteg torokrészekre, másrészt belsőleg is adott belőle naponként 3-szor 0.2—0.4 grammot. Eredményei kedvezők voltak. *Kausch* szintén használta az *yatren* és szintén hasznosnak találta; főleg arra hívja fel a figyelmet, hogy e szer használata mellett gyorsabban tűntek el a diphtheria-bacillusok a torokból. Czélszerű azonban az *yatren* mellett a serumot is igénybe venni, még pedig

elsősorban intravenásan. Ily módon a serum gyorsan és erősen hat, minthogy azonban ilyenkor a hatása gyorsan megszűnik, egyúttal intramuscularis injectiót is végez, mint a mikor később szívódik ugyan fel a serum, de lassú, fokozatos felszívódása folytán tartós hatást eredményez. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1913, 48. szám.)

Az urológiában használatos belső antisepticumokra (urotropin, borovertin, hetralin, hexal, saliformin, helmitol) vonatkozó vizsgálatokat végzett *Duker*. Coli-fertőzés ellen legjobbnak a *saliformin* bizonyult. Staphylococcus, proteus és b. lactis aërogenes okozta fertőzés ellen a saliformin mellett az urotropin, borovertin, helmitol és hexal is hatásos. Pyocyaneus-fertőzés ellen pedig a saliformin mellett az urotropin és borovertin ajánlható leginkább. (Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde, 1903, II, 12. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 49. szám. *Mohr Mihály*: Neosalvarsan a szemészetben. *Bauer Lajos*: A szénhidrátok jelentősége a csecsemőtáplálékban. *Berkovits René*: A metasyphilis kérdése.

Orvosok lapja, 1913, 50. szám. *Stein Lajos*: A gonorrhoeás urethritis kezelése hegononnal.

Budapesti orvosi ujság, 1913, 50. sz. *Doktor Sándor*: Az IK a nőgyógyászatban. *Fejér Gyula*: A mindennapi szembetegségek diagnosztikája és therapiája. „Sebészet” melléklet 4. szám. *Herczel Manó*: A gyomor- és nyombélfekélyek különböző műtéti eljárásainak kritikája. *Makai Endre*: Adatok a heveny epehólyaggyulladások kórtanához és műtéti javalatához.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Alexander Béla* dr. egyetemi magántanárt az igazságügyi orvosi tanács tagjává, *Boros Ernő* dr.-t és *Laub László* dr.-t a székesfővárosi Margit-kórházhoz rendelőorvossá, *Szamek Ignác* dr. csabai orvost az államvasutak orvosi tanácsadójává, *Klein Samu* dr.-t Szatmármegye avasi járásának orvosává, *Komka József* dr.-t a beregmezei felsővidéki járás orvosává, *Reim Károly* dr.-t és *Neumann H. Ármán* dr.-t a nagyszombati köz-kórházhoz segédorvossá, *Mráz Gallus* dr.-t a győri köz-kórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. *Schwarz Kopolcs* dr.-t Szilbácson körorvossá választották.

A budapesti egyetem I. számú női klinikáján november hónapban 176 szülés folyt le; született 179 magzat. A nőgyógyászati osztályon 57 beteget ápoltak. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét 133 esetben vették igénybe; a műtétek száma 103 volt.

A budapesti poliklinika rendeléseiben novemberben 4443 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 14.186 volt.

Meghalt. *Widder Péter* dr., a gyertyánligeti gyógyfürdő tulajdonosa, 67 éves korában december 1.-én. — *Pollák Ede* dr. járásorvos, tiszteletbeli megyei főorvos, 76 éves korában december 4.-én Dettán.

A **Charité Poliklinika** belorvosi osztályán megüresedett az egyik rendelő főorvosi állás. A kik ezt az állást elnyerni óhajtják, folyamodványukat f. hó 26.-áig nyújtsák be a Charité titkári hivatalában (VI., Csengery-utca 69).

A **cholera állása hazánkban.** A november 30.-ától december 6.-áig terjedő héten már csak 4 új megbetegedés fordult elő, még pedig 1—1 a bácsmezei Cservenkán, Szondon és Ujverbáson és 1 a máramarosmezei Felsővisón; a halálesetek száma 7 volt.

A német népesedési mozgalom statisztikája 1912-ről nem rég jelent meg. A születések száma 1912-ben kissé csökkent (1,925.883) az előző 1911-hez képest (1,927.029). Érdekes, hogy 1901-ben a születések száma még 2,007.838 volt. A születési arányszám ezer lakosra vonatkoztatva 1912-ben 29.1 volt, míg az előző évben 29.5-et tett ki. Megjegyzendő, hogy ezen arányszám 1910-ben 30.7 volt, 1910 és 1909-ben pedig 32, illetőleg 33. A születések számának csökkenése teljes kompenzációt nyert Németországban 1912-ben a halálozások számának csökkenése által, a lakosság számának növekedése ugyanis 839.887 volt, míg 1911-ben a szaporodás 739.945-öt tett ki. B. J.

Személyi hírek külföldről. A greifswaldi egyetem közegészségügyi tanszékére *P. Römer* marburgi rendk. tanárt nevezték ki. — A kopenhágai egyetem sebésztanára, *O. Bloch*, nyugalomba vonult; helyébe *V. Schaldemose* rendk. tanárt nevezték ki. Hasonlóképpen nyugalomba ment ugyanazon egyetemen a törvényszéki orvostan tanára, *K. Pontoppidon* is.

Hírek külföldről. A bécsi rákegyesület nov. 23.-án tartotta évgyűlését *Eiselsberg* tanár elnöklésével. Az egyesület, melynek vagyona 1 1/2 millió korona, rákkórházat szándékozik alapítani; eddig az alapítvány jövedelmeit leginkább rákkutatások támogatására fordította. Prágában, Brünnben, Linzben fiókegyesületei vannak a társulatnak. — *Kocher* tanár ismét visszatért a svájci sebészársaság elnöki székébe, miután azt a javaslatát elfogadták, hogy a társulat tárgyalásait ne csak a „Korrespondenzblatt f. Schweizerische Aerzte”-ben, hanem a „Rundschau”-ban is közzétegyék.

A „**növő ember**”. A berlini orvosegyletben nov. 26.-án egy embert mutattak be, a ki a teste hosszúságát tetszés szerint 20 cm.-rel növelni tudja. Az illető rendszeren 176 cm. magas, s így a kinyújtózkodásával csaknem eléri a 2 m. hosszúságot. Ezt a különös képességet 3 évi gyakorlat útján érte el. A tünetény alapja a hát- és tarkóizomzat hatalmas fejlődése, melynek segítségével az illető a gerincoszlopát teljesen ki tudja egyenesíteni, továbbá a gerincoszlop szalagjait, inait és csigolyaközi porcogóit kinyújtani, izületeit kifeszíteni. Egyszer fogadásból 8 óra hosszat maradt e kinyújtott helyzetben.

Mai számunkhoz *Richter Gedeon* budapesti vegyészeti gyárának prospectusa van mellékelve.

Lapunk mai számához „**Arsoferrin-tektolettes**” (Apotheke zum Heiligen Geist, Wien I, Operngasse 16) című prospectus van csatolva.

Alorvos nyelvismerettel, esetleg azonnali belépésre alkalmaztatik a **Szt. Lukács gyógyfürdőben**. Ajánlatok az igazgatósághoz intézendők.

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 Vezető: **Dr. VAS BERNÁT**, Poliklinika. Szövetség-utca 14—16. Telefon József 16-03.

DR. REICH MIKLÓS Budapesti **ZANDER**-gyógyintézet
Dr. ZANDER G. eredeti készülékeinek teljes sorozatával és rokon physikalikus gyógyeszközökkel tökéletesen felszerelt intézet.

IV., Ssemelweis-utca 2. sz. Kossuth Lajos-utca sarkán.

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

Dr. Grünwald sanatoriumja Budapest, Városligeti-fasor 13-15.
Felvételnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülőknek. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegyí és Röntgen-laboratorium.**

Orvosi laboratorium: **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.

Diagnostikai laboratorium Dr. Székely Imre és Dr. Szilas Jenő orvosok. Erzsébet-körút 22, földsz. Tel. 34—97.

Dr. GÁMÁN BÉLA
diaetás orvosi intézete
■■■ VOLOSCA-ABBAZIA. ■■■

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézetében VII., Nyár-u. 22. sz. fekvő betegek is felvétetnek.

Az orvosi dajkavizsgáló-intézetben (Sziv-u. 28. sz. Telefon 93-22.)

Dr. Neumann M. vezetése mellett — a dajkák állandó orvosi vizsgálat és felügyelet alatt tartatnak. Az intézet minden egyes dajkán az eredeti Wassermann-féle vérvizsgálatot végezi. Dr. Neumann M. az eredeti — nem egyszerűített — Wassermann-féle vérvizsgálathoz szükséges vérvételt bárkitől lakásán (VII., Erzsébet-körút 14) d. u. 3-4 óra között veszi. A vérvételhez szükséges steril üvegcseit és használati utasítást kívánatra vidékre is küldünk. Egy vérvizsgálat díja 20 korona.

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

Tátra-Széplak magaslati gyógyhely 1010 m., vízgyógyintézet, sanatorium ideg- és Basedow-betegek részére, egész éven át nyitva. Hízalókúrák. Vezető orvos dr. Guhr Mihály. Tüdőbetegek nem vétetnek fel.

Park-sanatorium: Külön szülő-osztály

San Remo téli klímás gyógyhely az olasz Rivierán Sanatorium külön tüdőbetegek és külön az anyagcsere betegségeiben szenvedők részére Fekvőcsarnokok. Magyar ápolónők. Meleg tengeri fürdők. Kívánatra prospectusokat küld **Czifrusz Dezső** dr. kir. tanácsos.

Dr. GARA GÉZA, Meran. Sanatorium. Ujjonnan átalakítva. Prospectus.

Epileptikus betegek intézete
BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál a gyógyfürdő gondnoksága vagy **Wostnski István** dr., örökös római gróf igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Dr. Szontágh Miklós gyógyintézete **Ujtátrafüred**
Egész éven át nyitva. — Lakás, ellátás, orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10 koronától kezdve.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (VIII. és IX. ülés 1913 május 8.-án és június 5.-én.) 943. I.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(VIII. ülés 1913 május 8.-án.)

Elnök: **Alapy Henrik.**

(Folytatás.)

Jegyző: **Ádám Lajos.****A húgyhólyagnak extraperitonealis szúrt sérülése.**

Obál Ferencz: 16 éves leányt mutat be, ki folyó évi február 12.-én délután véletlenül egy padon fekvő konyhakésnek szaladt. Bár a kés hegye a szoknyáján áthatolt, annak, miután fájdalmat nem érezett, horderőt nem tulajdonított, a később jelentkezett csekély vérzést és véres vizeletet menstruationalis eredetűnek tartotta. A beteg 24 óra múlva is teljesen jól érezte magát, s csupán véres vizelete miatt kereste fel *Réczey* tanár klinikáját.

A felvétel alkalmával a katheteren bőséges véres vizelet ürült. A bal Poupert-szalag felett 1 centiméternyire, a középvonaltól balfelé 3 harántujnyira egy 2 cm. hosszú, élesszélű folytonosság megszakítás volt látható, a melyen át bevezetett szonda kb. 10 cm. mélyre vezetett a középvonal felé. A folytonosság megszakítás fölött a bőrön kékes elszíneződés volt látható; tapintásra a szúrtság sűrűsége és a hólyag felett igen erős érzékenység. Peritonealis tünet nem volt. A közérzés jó, csupán járaskor érezett a szúrt seb körül fájdalmakat. A hőmérsék 37^o.
Diagnosis: a hólyag extraperitonealis szúrt sérülése.

Műtét chloroformnarcosisban. Behatolás kb. 8 cm. hosszú metszéssel a középvonalban a symphysis felett. A cavum Retzii véralvadékkal kitöltött. A sebnyílásba vezetett szonda a hólyagba vezet. A hólyag elülső és bal oldalát kipraeparálva, a hólyag bal oldalán egészen az elülső felszínhez közel 1 cm. hosszú, a hólyag ürébe vezető folytonosság megszakítást találunk. Minthogy a szúrtság sűrűsége és a hólyagfal lobosan infiltrált volt, a szúrtság sűrűsége és a hólyagsebet tágitják, a hólyagot a hasfalhoz kivarriják és felfelé drainezik. A draint 10 nap múlva eltávolítva, a hólyagsipoly márczius 30.-án zavartalanul gyógyult.

A húgyhólyag szúrt sérülései ritkák, a mit megmagyaráz az a topographiai tény, hogy a hólyag a kis medenczébe elrejtetten fekszik, csontos fallal körülvéve, a honnan csak télt állapotban emelkedik a symphysis fölé.

Wolfer az irodalomból 67 szúrt sérülésről referál, a hol a sérülés csupán 5 esetben jött létre az előadott úton, 1 esetben a foramen obturatoriumon keresztül, 4 esetben a foramen ischiadicumon, 2 esetben a csontos medenczefalon keresztül és 54 esetben mint nyársalási sérülés a medenczeken keresztül át, 1 esetben ismeretlen úton. Az ösztörtalitás 22-30% melléksérülések és complicatiók folytán.

Esetükben az epicystostomiát a seb és a hólyagfal lobos voltánál fogva voltak kénytelenek végezni, ennek híján a hólyagsebet egyesítették volna.

A bronchusból műtéti beavatkozás nélkül eltávolított idegen test.

Láng Kornél: 30 éves férfinak az ölében ülő kis fia kétfillérest dobott a szájába, a mely a légcsőbe jutva, heves köhögést váltott ki. Orvosa codeint rendelt, a mitől a köhögési inger megszűnt s midőn másnap reggel a II. sebészeti klinikán jelentkezett, sem köhögése nem volt, sem egyéb physicalis tünete, a melyből az idegen testnek a légcsőben lételemre következtetni lehetett volna. Gégetükörrel *Killian*-positióban sem lehetett csak egy részét a tracheának meglátni. A Röntgen-átvilágítás alkalmával azonban a pénzdarab a trachea legalsó részében láthatóvá lett, úgy mint a bemutatott Röntgen-képen látszik. A pénzdarab erős köhögéskor a beteg állítása szerint mozog, a mit a Röntgen-ernyőn jól lehetett látni.

A bemutató a beteg gégejét erősen cocainozta, annyira,

hogy reflexe teljesen megszűnt s akkor a beteget műtőasztalra fektetve, *Trendelenburg*-helyzetbe hozta, hogy teste függőleges helyzetbe került. Ekkor köhögésre szólította fel a beteget, a melyre az a pénzdarabot a légcsőből kiköhögte, de ekkor az orrgaratba került, a hol a bemutató az ujjával rögzítette, miközben az a choanába csúszott, a honnan a beteg felültetésekor a bal orrnyíláson át kigurult.

Hangsúlyozza, hogy a légcsőbe, illetőleg a bronchusokba került idegen testek, ha szabadon mozognak, illetőleg csak kerülőknél fogva vannak kissé beszorulva, ilyen módon eltávolíthatók, vagyis eltávolításuk ilyen módon megkísérelendő; a sikerességnek conditio sine qua nonja a gége teljes érzéztelenítése a reflex tökéletes megszüntetése céljából.

Alapy Henrik: Hálás, hogy az előadó idehozta az esetet. A bronchusba került idegen testet nem kell minden áron erőszakosan kihozni akarni. Ilyen volt a multkor említett esete, melyben az intuitív kanül mandrinjának utolsó percze: kerek, apró, sima fémtárgy jutott be harmadrangú bronchusba; a gyermek a bronchoskopos kísérleteket rosszul tűrte, míg behagyva az idegen test semmi tünetet sem okozott, a gyermek még egy év múlva is jól volt.

Láng Kornél: 12 évvel ezelőtt egy a bal bronchusba jutott idegen testet bronchoskopppal akart eltávolítani a klinikán, de *Réczey* tanár ellenezte, mondván, hogy majd kiköhögi a beteg és ez csakugyan be is következett. Azóta nem siet a szülő a bronchoskopozással.

Műszer a Mitchell-kapcsok eltávolítására.

Bradách Emil: A Mitchell-kapcsok eltávolítása vagy az e célra készült fogókkal, vagy az eredeti dróthorgokkal történik. Az előbbi nem tartja a sebészet általános intencióinak megfelelő eljárásnak, mert e kapocseltávolító mindig a középvonalban halad és így az egész sebvonalon végig szánt, sohasem tudjuk tehát, nem okozunk-e a kapocs-kiszedéssel secundaer infectiót, annál inkább, mert a műtétet követő 3-4. napon elég nagy számmal vannak már a sebkörüli bőrfelszínen pathogen saprophyták, melyeknek beférkőzését csak elősegítheti az, ha a gyenge műtéti heget műszerünkkel szétválasztjuk, a mi főleg könnyen megtörténik, ha a kapocs száradott vérrel a bőrhöz tapadt. A másik pedig azért látszik célszerűtlennek, mert két műszer lévén egyszerre kezünkben, nehézkessé válik az actio. Ennek a kizárására készítette a bemutatandó eszközt, a mely tulajdonképpen egy kereszttezett szárú fogó, az egyik végén a kapcsok felrakására (ismert typus), a másik végén 2 tompavégű hegygyel, melyek a kapcsok füleibe illesztve, a fogó nyomására kiemelik a kapcsot, a nélkül, hogy a sebvonalal érintkezésbe jönnének.

Lobmayer Géza: Ha mint jó kapocseltávolító eszközt mutatja be az előadó a műszert, ehhez hozzájárul, de ha mint saját eszközt mutatja be, akkor felvilágosíthatja, hogy elkerülte a figyelmét az, hogy ezen módszernek ikertestvére már régen használatban van. Csupán az a különbség, hogy a kapocseltávolító nem egy szárból, hanem két szárból áll. Ennek az a célja, hogy a kapocs behelyezése könnyebben sikerüljön. De ennek az eszköznek is van hátránya, az, hogy a sebet széthúzza.

Bradách Emil: A felszólaló tévedésben van. Ismeri az általa említett műszert. Mindegyik szárnak kettős vége van, mely arra szolgál, hogy a kapocs összekötő hídja fogassék be a két pár közé. Ez molesztálja a sebvonalat, a szülő műszere pedig nem.

A térdizületből eltávolított izületegerek.

Bradách Emil: A 19 éves joghallgató, a rachitis összes stigmáival, izület-baját 16 éves korában észlelte először; kocsiról leszállva jobb térde megcsuklott, fáj s csak másnap reggelre tudta kinyújtani és újra mozgatni; pár hó múlva másik térdével épp így járt. Később észrevette, hogy mindkét térdében apró göbök tánczólnak ide-oda, melyek időnként beékelődve, nagy fájdalmakat okoztak. A budapesti kövezet éppenséggel ártott fájós térdeinek s így műtetre szánta magát. A műtétet április 23.-án végezte az Egyetemek kórházában, a bal térdén lateralis arthrotomia alakjában. Ez-

úttal 4 drb egyenként kb. héjasmandula nagyságú, göbös porczfelszínű szabad izület-testet távolított el. Április 29.-én operálta a jobb térdizületet, ismét 4 drb hasonló alakú és nagyságú izületegeret távolítva el. Mindkét műtét helyi érzéstelenítéssel, *Braun* és *Cushing* előírása szerint az izület ürébe 20 cm^3 1% novocain suprarenin-oldat injectiójával történt.

Az eset figyelemreméltó a két térdben való symmetriás volta és a miatt is, mert a *Schmieden*, *Völker*, *Burchard* stb. által megtámadott *König*-féle aetiológiai elméletet (osteochondritis dissecans) látszik támogatni. Az egyén anamnesisében trauma nincs, az arthritis deformans felvétele is még korai, ellenben elfogadható magyarázatot nyújt a súlyos rachitis, a mely az epiphysaer porczok proliferáló lobja mellett azoknak a gyermekkor és adolescentia idején részleges, esetleg teljes leválását is elősegítheti. Esetében nagy mértékben támogathatta ezt a még súlyos lúdtalp, a mely miatt a test súlyvonala a támasztókészüléket kezdettől fogva rendellenesen terhelte meg s a mint egykori főnöke klinikájának óriási beteganyagán közel 9 év alatt megfigyelni alkalm volt, alig van lúdtalpban szenvedő ember, a kinek térdén objective kimutatható elváltozás, legalább is kis patella-ballottement képében, ne volna kimutatható.

Osteotomiával gyógyított súlyos ankylosis mandibulae.

Bradách Emil: A bemutatott beteg lueses gummának áldozata, a melynek következtében bal alsó állkapocsizülete a teljes csontos ankylosis állapotába jutott. 1907-ben a szent Rókus-kórházban *Herczel* tanár osztályán megoperálták. Az eredmény, legalább a beteg állítása szerint, kezdettől fogva nem volt kielégítő, mert rágni ezután sem tudott.

1911 tavaszán jelentkezett először nála teljesen zárt, mozdulatlan fogsorral, rendkívül deprimált kedélyállapotban, mint a ki már több mint 4 éve egy falat húst nem tudott rágni. Öngyilkosságot emlegetett, ha nem segítenek rajta. Akkoriban a fibrolysinkezelésnek még nagyobb hitele lévén, megkísérelte, de sem a 30 fibrolysin-injectio, sem az anti-lueses kezelés eredményre nem vezetvén, műtétre határozta magát. *Kelen Béla* kitűnő Röntgen-felvételei a bal állcsontizület teljes csontos összenövését bizonyították, a nélkül természetesen, hogy a mélyben létrejött összes elváltozásokról exact felvilágosítást adhattak volna. Mégis a Röntgen-képek alapján az volt a valószínű feltevés, hogy a mandibula nyakának átvésése után az alsó állcsont eléggé mobilizálható lesz.

A műtétet 1911 július 29.-én chloroformbódítással Z alakú metszéssel végezték úgy, hogy a metszés felső vízszintes szára a járomív mentén, az alsó pedig a fülkagyló előtt levonuló merőleges metszés folytatásaképpen a fül alatt hátra a nyakra folytatódott, s így a szükséges hozzáférhetést biztosította a fültömörigylefélé kampózása és a facialis-rostok lehető kiméltése mellett. A feltárás után azonban meglepő viszonyokat talált. T. i. a mandibula nyakának átvésése után a mobilizálás sehogyssem sikerült, mert nemcsak a rendkívül megvastagodott collum, de a processus coronoideus és a felhágó ág felső része is e helyütt a szélességi és vastagsági dimenzióban legalább is felényivel meggyarapodva, teljes szélességében lap szerint csontos alapjához oda volt növe. Ezenfelül a csontállomány annyira sclerosisos, elefántcsontkeménységű volt, hogy a véső kicsorbult rajta. Mégis nem volt más megoldás, mint a processus coronoideus levésése és az összenövés alsó határán a felhágó szár átvésése, a mi kb. 1 $\frac{1}{2}$ órai nehéz munka után végre sikerült is, miközben segédlete le is váltotta egy ízben, hogy a műtét pihent erővel gyors véget érjen. A többi nem ment nehezen. Elevatoriumokkal mobilizálták az állkapocsot, elől a fogsort tágitóval felpezdelték, majd a csonthasadékba, a seb alsó zugán át, vékony jodoform-csíkot vezetve, a sebet zárták.

A gyógyulás a sok szövetroncsolás és a constitutionalis baj dacára sima volt. A műtét utáni 2. és 3. napon 38 $^{\circ}$ 1, illetve 38 $^{\circ}$ 5 C-ig terjedő hőemelkedése volt és a 7. napon 38 $^{\circ}$ 3-ig, a nélkül, hogy helybelileg bármit talált volna.

A gazecsík helyén pár napon át némi csonttörmelék

ürült, e nyílás is záródott a 10. napon. A módszeres tágitást a 4. napon kezdte és az első 1/2 évben naponta végezte. A műtét utáni 8. napon a beteg örömkönyek közt újságolta, hogy egy egész beefsteaket evett, négy év óta az elsőt.

A tágitást 1912 szeptemberig folytatta, vagyis tovább egy évnél, azóta a beteg nem jelentkezett. A mint látható, az illető állkapcsát jól mozgatja, visszaesés nincs. A facialis ép. A mi kevés korlátozás van, az a szájról jól látható lágyrész-zsugorodásnak rovására irandó, mint azt *Láng* vizsgálata megállapította; ennek megszüntetését azonban sem a szükség, sem a czélszerűség nem parancsolja.

Ifjúkori carcinoma a flexura sigmoidea alsó szakaszán.

Bradách Emil: A bemutatott készítmény autopsiából származik; a 22 éves egyént obturatiós ileus kórisméjével április 3.-án operálta az egyetem kórházában, a hol két napon át makacs obstrukciója miatt feküdt, megelőzőleg minden műtétre sürgető tünet nélkül. Eredménytelen hashajtás után 2.-án este egyszerű bélbeöntést kapván, éjjel oly rohamos peritonealis jellegű rosszullét mutatkozott, hogy 3.-án sürgősen laparotomiát kellett végezni. Ez alkalommal már általános peritonitist talált és a flexura sigmoidea alsó határán, erősen a kis medence felé lerögzítve, egy kis diónyi porczkemény tumorgyűrűt, a mely a bélpassagét zárta. Az óvatos törlések, inspectio és palpacio dacára — bélsárszag hiányzott — sem volt a peritonitis eredetére közvetlen reámutató közelebbi körülmény kimutatható, miért is a beteg folyton gyengülő pulsusa s erőbeli állapota a műtét gyors befejeztét sürgetvén, a legközelebbi colonrészetet egy lateralis metszésbe rögzítette s a laparotomiás sebet s a laparotomiás sebet zárta. A colon kifixált részein nyílást ejtve, az oclusiót megszüntette. A beteg április 4.-én d. u. állandó bőséges ürülés dacára fokozódó peritonealis tünetek mellett meghalt.

Az autopsiát *Gyulay Elemér* végezte. Bonczolás-lelet: A végbélnyílástól 20 cm.-re 5-koronásnyi körkörös rákos fekély-átfürödés, savós rostonyás általános hashártyalob.

A kimetszett bélrészetlen ezeket találta: A végbélnyílástól 20 cm.-re, három cm.-nyire szűkült bélen körkörös elhelyezett, önmagában korongalakú tumor ül, melynek közepén kraterszerű fekély van s ezt a világosság felé tartva, kb. 6 m. hosszú harántpedést látunk; a különben épnak látszó serosán a szélek összefekszenek; a bélnek a tumor felső szélétől lefelé terjedő szakasza teljesen mentes bélsártól, úgy hogy a bonczolásakor azt a meggyőző benyomást szerezte, hogy a tumor felett álló bélsároszlop a fekély helyéhez el se juthatott s a perforatio a még át nem tört se-rosa által védve, mint incomplet átfürödés akkor lett complete, a midőn a kórházban a beöntést kapta s ez a folyadék a bélről és tumorról lemosott bacterium- és szennyülepítményt a hashártyaürbe sodorván, okozta a beteg állapotának váratlan rosszfordulását. Tanulságosnak találja azért, mert a különben veszélytelennek látszó egyszerű lavament-t úgy állítja oda, mint a mely specialis pathológiás elváltozások esetén nemcsak hogy nem ártatlan, de sok esetben veszélyt hozó is lehet.

A tumort egyébként *Krompecher* tanár lekötélező szíveséggel histológiailag is megvizsgálta és *adenocarcinoma cylindrocellulare*-nak találta, s mint ilyent, a 22 éves egyén korát tekintve, a nem éppen gyakorta előforduló esetek közé sorozhatjuk.

Pylorus-exclusió Röntgen-leletek.

Bársony Tivadar a II. számú sebészeti klinikán végzett pylorus-exclusiók Röntgen-leleteiről számol be. Az *Eiselsberg*-eljárásnál a kirekesztés tökéletes. Kivételesen azonban mégis megtörténhetik, hogy a duodenumba gyomortartalom jut. Egy duodenumsipolyos betegen végzett *Eiselsberg*-kirekesztés után a Röntgen-vizsgálat alkalmával a kontrasztanyag a Roux-anastomosison keresztül retrograd úton belejutott a duodenumba s követhető volt fel egészen a bulbusig. A megfigyelés egyedülálló s mint ilyen mit sem von le az *Eiselsberg*-kirekesztés értékéből.

Parlavecchio szerint végzett praepylorusos lekötés után 11 esetben végzett Röntgen-vizsgálatot, 4 esetben ismételt. Hangsúlyozza, hogy csak azok az eredmények megbízhatóak, melyeket rendszeres vizsgálattal nyerünk ($1/4-1/2$ óránként való vizsgálat, közben a beteg a jobb oldalán fekszik). Kontrasztanyagul előnyös Bi-pasztát használni.

A 11 eset közül azokban, melyekben rendszeres pasztás vizsgálat történt, mindben átjárható volt a lekötés helye, kettőben bőven ürült a bismuth a lekötés helyén át, 4-ben vékony sáv alakjában minimalis mennyiség jutott a lekötestől aboralisan levő gyomor részbe, melynek töltése mint filléri-koronányi árnyék az említett vékony sáv útján volt összefüggésben a gyomortöltéssel. E 4 eset közül kettőben a szokott vizsgálattal a lekötés helye átjárhatatlannak mutatkozott éppúgy, mint abban a más 4 esetben, melyben rendszeres pasztás vizsgálat nem volt végezhető.

Az eredmények megítélésében a rendszeres pasztás vizsgálatokat tartja helyesnek. Praktikus azonban megfelelők azok az eredmények is, melyeket a szokott vizsgáló eljárással nyerünk. Praktikus szempontból a 11 eset közül az eredmény 8-ban jó, 1-ben közepes, 2-ben rossz. Hogy mi az oka a rossz eredménynek, nem tudjuk.

Hangsúlyozza, hogy az eddigi állatkísérletekkel ellentétben a lekötéssel nyert szűkület még 3-4 hónappal a műtét után sem tágul.

Az állatkísérletek revisióra szorulnak. Ezekben a lekötéssel nyert szűkületnek Röntgennel időről-időre való kontrollálását tartja szükségesnek.

Kísérletes gyomorfekélyek.

Báron Sándor: Bemutatónak az eddigi kísérleti tapasztalatokkal ellentétben sikerült kutyán a gyomor ereinek — arteriáknak és vénáknak — lekötése által kiterjedt fekélyeket előidézni. A kísérletek nem vonatkoznak ugyan directe az emberi fekély pathogenesisére, de azért a fekélyek localisatiójából, alakjából és lefolyásából számos érdekes adathoz juthatunk.

(IX. ülés 1913 június hó 5.-én.)

Elnök: Dollinger Gyula.

Jegyző: Ádám Lajos.

Carcinoma en cuirasse.

Hüttl Hümer: A bemutatott beteg a carcinomásan infiltrált mellkas bőre zsugorodván, a baloldali mellkasfelet erősen összeszorítja, a légvételt erősen nehezíti. A 32 éves nőbeteg bal emlőbimbója udvarán rákos daganat keletkezett 5 év előtt, mely miatt $4\frac{1}{2}$ év előtt *Kocher-Halsted*-műtétet végeztek rajta; baja a műtét után azonnal kiújult. $1\frac{1}{2}$ éve a jobb mellében van daganata. Jelenleg mindkét kar erősen oedemás, a törzs bőrében mindenütt vannak áttételek, úgyszintén a nyakon, a hajás fejbőr szélénél. A beteget időnként röntgenzik és palliatív műtétet fognak végezni a nyirokáramlás javítására.

Hernia cum hydrocele funiculi sperm. inflamm. esete.

Ifj. Hahn Dezső: A 33 éves, nős üzleti szolgát 1913 május hó 19.-én vették fel a szt. István-kórházba Pólya főorvos osztályára. 8 év óta van jobboldali sérve, mely teljesen nem ment vissza, de különösebb kellemetlenségeket nem okozott neki. Két nap előtt sérve erősen megnőtt és azóta egyáltalán nem tudja visszahelyezni.

Status praesens: A jobb scrotumban kb. ökölnyi daganat, a mely a hasürbe vissza nem helyezhető. A daganat kemény, nyomásra fájdalmas, felette tompa a kopogtatás hangja. Kifejezett fluctuatio nincs, a bőr piros. A here ezen daganat alatt jól tapintható, nyomásra nem érzékeny. A has nem érzékeny. Szék, szelek mentek.

Műtét narcosisban: Bemetszés a scrotumbeli daganat felett. Egy vastagfalú zsákra bukkannak az ondózsínor mellett, a melyben zavaros, fibrinczafatokkal kevert savó van. A zsák fala belülről is fibrinpedékekkel fedett, lobos. A zsákba

felülről kisalmányi cysta domborodik be és ezen túl van csak a felső zsákba ledomborodó üres sérvtömlő. Ezeket in toto az ondózsínorról lepraeparálják és erősen előhúzza a sérvtömlőt, catguttal lekötik. A here tunica vaginalisában 2 evőkanányi savó volt. Ezt megnyitják és belőle a herét *Winkelmann* szerint kibuktatják. Most elvarrják a sebet és az inguinalis tájon metszenek be, a hol a sérvkapút Bassini-Pólya szerint látják el. A seb zavartalanul gyógyult, a beteg néhány nap múlva gyógyultan hagyhatja el a kórházat.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

3449/1913. szám.

Kelcse község székhelyvel és Alsóvirányos, Barátlak, Bodzás, Detre, Felsőkrucsó, Felsőtokaly, Felsővirányos, Gerlefalva, Goglócz, Gyappár, Holcsik, Kelcse, Királyhegy, Kispetőfalva, Kisvalkó, Kisgyertyámos, Kosárvágása, Lomuna, Máriaút, Nagydómasa, Sártó, Turány és Zemplénpálhegy községek csoportosításával újonnan rendszeresített **kelcsei körorvosi állásra** immár harmadszor pályázatot hirdetek s felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a illetve az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám **1914. évi január hó 7. napjának délután 6 óráig** nyujsák be.

Az állás javadalmazása 1600 kor. kezdő fizetés, 200 kor. ötöd-éves korpótlék, 500 kor. lakbér, 800 kor. fuvarátalány, 1200 kor. helyi pótlék és a vármegyei szabályrendeletben megállapított mellékjárdóságok.

Tájékoztatóul megjegyzem, hogy a körlet kerületén egy nagyobb és több kisebb uradalom van. A választást 1914. évi január hó 8. napjának délelőtt 9 órakor fogom Kelcsén, a körjegyzői irodában megejteni.

A pályázók figyelmébe ajánlom azon körülményt, hogy a tót nyelv megfelelő ismerete kívánatos.

S z t r o p k ó, 1913 december 7.

A főszolgabíró.

6881/1913. sz.

Baranya vármegye hegyháti járásához tartozó Ráczkozár székhelyvel rendszeresített ráczkozári **körorvosi állásra**, a mely körhöz Ráczkozár, Hegyhátmárcz, Szárász, Tófü, Szászvár, Császa, Vékény, Kárász, Magyaregregy és Mekenyes községek — 8076 lakossal — tartoznak, ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy orvosi okleveleikkel és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **1914. január 30.-áig** annyival is inkább terjeszszék be, mert az elkészen beérkezett kérvényeket figyelembe nem veszem.

Az állás javadalmazása:
az 1908: XXXVIII. t.-cz. 10. §-a alapján évi 1600 törzsfizetés és négy ötévenként 200 K korpótlék;

600 K lakbér;

400 K fuvarátalány;

600 K személyi pótlék Ráczkozár község részéről;

a törvényhatóságilag jóváhagyott beteglátogatási, rendelési, távolléti, fuvar- és műteti díjak.

Az állás javadalmazásának emelése céljából helyi pótlék kérelmezése iránti eljárás folyamatban van.

Kézi gyógyszerár tartásának engedélyezése kilátásba helyeztetik.

A megválasztandó körorvos az esetleges szervezeti változásoknak magát alávetni tartozik.

A választás megtartása iránt később fogok intézkedni, a mely intézkedésről pályázók értesíteni fognak.

S á s d, 1913 december 10.

Feniczy dr., főszolgabíró.

Gömörkishont vármegye közkórházánál, a közkórházban bentlakással kötelezett s az 1914. év január hó 1.-én okvetlenül **elfoglalható alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az alorvosi javadalmazás 1600 kor. évi fizetés, egy szobából álló lakás, fűtés és világítás. A város területén szabad orvosi gyakorlat annyiban, a mennyiben a kórházi szolgálat ezt megengedi. Vidéki gyakorlat nincs megengedve.

Az állás 2 évről 2 évre meghosszabbítható.

Felhívom folyamodni kívánókat, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló bizonyítványaikkal kellően felszerelt kérvényeiket, *Kubinyi Géza* vármegyei főispán ö. méltóságához intézve, a Gömörvármegyei közkórház igazgatóságánál a **f. év december hó 28.-áig** nyujsák be.

R í m a s z o m b a t, 1913 november hó 15.

Löcherer dr., igazg.-főorvos.

A szegedi m. kir. bábaképezdén 1914 január 1.-én megüresedő III. tanársegédi állásra pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása évi 1400 korona fizetés, lakás és ételmezés.

A kérvények december hó 20.-áig nyújtandók be hozzám.
Szeged, 1913 december 8.

Mann Jakab dr.

A temesvári m. kir. állami gyermekmenhelynél 1914. évi január hó 1.-én megüresedő másodorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása évi 1200 korona tiszteletdíj, természetbeni lakás, fűtés, világítás, I. osztályú ételmezés és kiküldetés esetén napi 18 korona útiátalány.

Felhívom azokat az orvosdoktorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányaik hiteles másolatával felszerelt és a belügyminister úrhoz címzett, egy koronás bélyeggel ellátott pályázati kérvényüket hozzám 1914. évi december hó 26.-áig küldjék be.

Temesvár, 1913 november hó 25.-én.

Schossberger Sándor dr. s. k., igazgató-főorvos.

HIRDETÉSEK.

Radium

a csász. német birod. intézet tartalmi bizonyítványával, csak is önvevőknek jutányosan **eladó.**

Ajánlatok „Fabrik 9181“ alatt a következő címre intézendők:
Rudolf Mosse, Annoncen-Expedition, Köln a. Rh.

Kriegner-féle Tokaji China-Vasbor

valódi 5 puttonos tokaji borból készítve.

Chlorosis, anaemia stb. eseteiben, továbbá **reconvalescentiában** bevált kitűnő erősítő szer.

Nagy üveg K 6.—, kis üveg K 3.20

Kapható gyógyszerházakban és a készítőnél:

KRIEGNER-gyógyszertár, Budapest VIII., Kálvin-tér.

Sperminum-Poehl

Essentia Spermini Poehl

30 csepp naponta 3-szor; alkal. vízben vagy tejben, 1/2 órával étkezés előtt.

Sperminum-Poehl pro injectione. Sperminum-Poehl sicc. pro clysm.

neurasthenia, marasmus senilis, hysteria, szívmegebetegedések (myocarditis, szívelzsírosodás), arteriosclerosis, syphilis, tuberculosis, typhus, hátgerinczbajok, impotentia neurasth., paralysis, idült rheumatismus, rhachitis, podagra, sápkór-ság, stb. stb. ellen, tü.fáradtságnál és lábbadozók részére.

CEREBRIN-POEHL (Synergo-Cerebrin)

epilepsia, alkoholismus, idegbajok ellen.

MAMMIN-POEHL (Synergo-Mammin)

fibroma uteri, menorrhagia, metrorrhagia stb. ellen.

BIOVAR-POEHL (Synergo-Biovar)

klimaxbeli tünetek, ovariectomia után, hysteria, chlorosis ellen.

RENIIN-POEHL (Synergo-Reniin)

nephritis parench., veseinsufficiencia, uraemia ellen.

THYREOIDIN-POEHL (Synergo-Thyreoidin)

idegbajok, elzsírosodás, bőrbetegségek, myx-oedema stb. ellen.

ADRENAL-POEHL a mellékvese leghatásosabb alkotórésze. Edényösszehúzó, nyálkahártyalobok, vérzések stb. ellen. Tubusok à 0.002; Solutio I: 1000 à 10.0 és 30.0.

:: Kapható minden nagyobb gyógyszerházban ::

Irodalmat ingyen és bérmentve küld:

Organotherapeutisches Institut

Prof. Dr. v. Poehl & Söhne, St.-Petersburg, Russland.

Vezérképviselő Ausztria-Magyarország részére:

G. & R. Fritz-Pezoldt & Süß, Wien, I.

Utánzatoktól és hamisítványoktól óva intünk.

1. Tabletták belső használatra.
2. Ampullák injekciók részére.

Esetleges kívánatra díjmentesen beküldítik **Organotherapeutisches Institut** melyben iró-dalok, javalato, alkalmazási mód és az összes készítmények arol tel vannak jegyzve.

Dermatitis congelationis, pernio és haemorrhoidális viszketés

eseteiben kiváló és gyors gyógyeredményvel alkalmazható a

Cadogel 33%, Cadogel 66%, Cadogel (purum)

Kapható az összes gyógyszerházakban 50 és 20 grammos eredeti csomagolásban.

TELEFON 133—54.

Gyártja:

TELEFON 133—54.

„CHINOIN” gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t.

(Dr. KERESZTY és Dr. WOLF.)

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.

- Donath Gyula**: A Szt. István-kórház idegosztályából. Natrium nucleicum a dementia praecox kezelésében. 947. lap.
- Deutsch Ernő**: Az abnormis gyermekek socialhygienés ellátása. 949. lap.
- Klein Alfréd**: Közlemény a szent István-kórház VIII. orvosi osztályáról. (Főorvos: Dieballa Géza dr., egyetemi magántanár.) Aneurysma aortaenae a vena cava superiorba történt áttörése. 952. lap.
- Poór Ferencz**: A bőr gümős megbetegedéseinek néhány napirenden levő kérdéséről. 953. lap.
- Dollinger Gyula**: Jelentés a háború esetén szükségessé váló polgári egészségügyi segítő szolgálatnak béke idején való előzetes szervezéséről. 955. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. R. Imhofer: Die Ermüdung der Stimme (Phonasthenie). — Új könyvek. — **Lapszemle. Belorvostan. Kachel**: A keringő vérben kimutatható tuberculosis-bacillus. — **L. Borchardt és W. Bannigson**: Chronikus nephritis esetében végzett vércukorvizsgálatok. — **Sebészet. W. Wiegels**: Az ileus és appendicitis összefüggé-e. — **Idegkörtan. Ingelrigtsen**: Tengelyfonálnak in vitro való regenerációja. — **Szülészet és nőorvostan. Edelmann és Müller**: Általános és helybeli iniektio esetében újabb therapiás kísérletek. — **Gyermekorvostan. D'Oelsnitz és Paschetta**: A gyermekkori tracheobronchialis mirigyek radiológiai ismerete. — **Börkörtan. M. Simmonds**: A mesothoriumnak a herére való káros hatása. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Címbal**: Az altatószerekkel történő mérgezések. — Riopan. 958-961. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 961. lap.

Vegyes hírek. 961. lap.

Tudományos társulatok. 962-966. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A Szt. István-kórház idegosztályából.

Natrium nucleicum a dementia praecox kezelésében.*

Irta: *Donath Gyula* dr., egyetemi tanár, főorvos.

A budapesti nemzetközi congressuson ismerttettem azokat az eredményeket, melyeket a paralysis progressivának kezdeti stadiumaiban natrium nucleicummal való gyógykezeléssel elértem.¹ A messzemenő remissiókat, melyek ezen eljárásra tapasztalhatók és melyek eléggé gyakran teljesen helyreállítják a munkaképességet, *O. Fischer*,² *Hussels*,³ *Jurmann*,⁴ *Tsiminakis*⁵ és mások igazolták. A salvarsan kombinációját natrium nucleicummal erre alkalmas esetekben később ajánlottam.⁶ Röviddel a natrium nucleicumnak paralytikusokon való első alkalmazása után dementia praecox eseteket is kezeltem ily módon (1907 okt.), mint az másutt közlendő kórtörténeteimből kiderül. Minthogy ilyen elmebetegség ritkábban kerülnek idegosztályomra, csak most nyílik alkalmam, hogy azok egy sorozatáról beszámoljak. Eközben

* A londoni XVII. nemzetközi orvosi congressuson tartott előadás.

¹ Részletesebben az Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie-ben, 67. k.; továbbá: A paralysis progr. natrium nucleicum-kezelésének további eredményei. Bpesti Orv. Ujság, 1910, 38. sz.

² *O. Fischer*: Über die Aussichten einer therapeutischen Beeinflussung der progr. Paralyse. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, V. k., 4. f.

³ *H. Hussels*: Über die Behandlung der progr. Paralyse mit Natr. nuclein., Arch. f. Psychiatrie, 48. k., 3. f.

⁴ *Jurmann*: Die Behandlung der progr. Paralyse mit Natr. nuclein. Russky Wratsch, 1911, 46. és 47. sz.

⁵ *C. Tsiminakis*: Nukleinsäurebehandlung der progr. Paralyse, Wien. klin. Wochenschr, 1912, 51. sz.

⁶ *Donath Gy.*: Salvarsan az idegrendszer syphilitis és metasymphilitis megbetegedéseinek kezelésében. Orvosi Hetilap, 1912, 42. sz.

Lépine,⁷ *Itten*⁸ és *Lundvall*⁹-tól megjelentek erre vonatkozó közlemények, melyekre utóbb még visszatérek.

Bármilyen mély homály takarja is a dementia praecox aetiologiáját és pathogenesist, és akármennyire valószínű is, hogy itt nosologiailag egymástól elkülönítendő kórformák még egybe vannak foglalva, mégis van ok annak feltevésére, hogy itt is toxikus termékek keringenek a vérben, eredetre és minőségre nézve természetesen eltérően a paralysiséitól. Különösen áll ez a dementia praecox hebephreniás és katatonniás alakjaira. E mellett szól egynémely a zavarodottsági állapotokhoz hasonló kórtünet, a minőket a kétségtelenül toxicoinfectiosus aetiologiájú psychosis-esetekben tapasztalunk és melyeknek paradigmáival a typhus, pneumonia, alkoholismus, uraemia és puerperium utókövetkezményei gyanánt találkozunk. Az autointoxicatio, illetve infectio feltevését igazolja még a gyakran talált mérsékelt hyperleucocytosis, különösen lymphocytosis alakjában (*Dide és Chenais*, *L'Hermitte és Camus*, *Bruce és Peebles*, *Heilemann*, *Lundvall* és mások). A chronikus fertőző bajok közül, úgy látszik, a tuberculosisnak és syphilitisnek jut nagyobb szerep (az előbbire utaltak újabban *Soutzo* fiás és *Dimitresco*, az utóbbira *Roubinovitch* és *Levaditi*, *Wagner*, *Hirschl* és *Pilcz*). A katatonniás torpor viszont myxoedemára emlékeztet és csakugyan thyreogen eredésre gondoltak és thyreoidint is alkalmaztak (*Lévison*). Már *Kraepelin*, a kinek a dementia praecox mai tanának megalapozását köszönjük, utal az autointoxicatio lehetőségére a csíramirigyek útján és ez a most általánosan elterjedt felfogás az imént nyert megerősítést a nagyjelentőségű Abderhalden-reactio révén, melylyel specifikusan bontó (Abbau-)fermentumok mutathatók ki a dialyzáló és op-

⁷ *J. Lépine*: Le nucléinate de soude et la leucothérapie en thérapeutique mentale. La Presse médicale, 1910, 9. sz.

⁸ *W. Itten*: Heilversuche mit Nuklein-Injektionen bei Schizophrenie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. 7. k.

⁹ *Halvar Lundvall*: Über Blutveränderungen bei Dementia praecox nebst einem Versuche einer Art spezifischer Therapie. Nationaltrykkeriet, Kristiania, 1912.

tikai eljárások segélyével a serumban. *Fauser*¹⁰ ugyanis azt észlelte, hogy a dementia praecox-esetek egy kisebb csoportja, melyben pajzsmirigymegnagyobbodás és katatonias izgalmi állapotok találhatóak, bontó (Abbau-)képességgel rendelkezik a pajzsmirigyvel szemben, a dementia praecox-esetek többségében azonban hiányoznak a pajzsmirigy elleni védőfermentumok, de viszont jelen vannak fermentumok a csírmirigyállományával szemben, még pedig férfiakban kizárólag a herék ellen, nőkben csupán az ovariumok ellen; ezenkívül találni itt olyanokat az agyállomány ellen is. A viszonyok ezen különfélesége, a megfigyelések és tények ezen változatossága — *dissecta membra* — bizony még alig alkalmasak egy egységes elmélet megalkotására a dementia praecoxról, de közös valamennyiben jelenléte a toxikus termékeknek, melyek a csirasérülés (a szülők alkoholismusa,¹¹ syphilise) vagy korán szerzett fertőző bántalmak folytán ellenálló képességében meggyengült idegrendszerre kifejtik ártalmas hatásukat. Ezen feltevéssel egyúttal számolnánk e betegség endogen factorával is. Hiszen hasonló viszonyokkal találkozunk például a genuin epilepsia eseteiben, a melyekben egy endogen vagy exogen okokból csökkent értékűvé vált idegrendszer, autochton támadt vagy kívülről bevitt mérges anyagokra, görcsrohammal reagál.

A mi most *Lépine* eredményeit illeti, ő natr. nucleinicummal kezelt dementia praecox 13 esete közül észlelt 3 mérsékelt javulást, 9 gyógyulatlant (nem számítva az injectiókat közvetlenül követett, múltó kis javulásokat). Ő nem hajlandó a dementia praecoxot szembeállítani a toxico-infectiosus psychosisokkal, hanem szerinte itt csak a jelenségek nagyobb intenzitásáról és huzamosabb tartamáról lehet szó, miközben olykor bizonyos szervi insufficiencia is részt vehet a bántalomban. Ezzel szemben maniás-depressiv elmezavarának ugyancsak 13 esete közül 8 gyógyulást, 2 jelentékeny és 1 kisebb javulást, 2 gyógyulatlant észlelt. Ezen kedvező eredményre megjegyzi, hogy a pszichiatriában szinte dogma volt, hogy a periodusos elmezavar maniás vagy depressiós rohamának folyamatát semmiféle therapia sem befolyásolhatja. És ime, éppen a melancholiás depressiók befolyásoltak kedvezően és ezek közül való volt a 8 gyógyulás. *Lépine* 1—2.5 gr.-os egyes adagokat használt, az összadagot, melyet nagyon változatosnak jelez, nem közli.

Itten dementia praecox 9 esetében nem észlelt gyógyulást, sem tartós javulást. 3 esetben mintha múltó javulás állott volna be; egy beteg ugyan nagyobb élénkséggel és tisztább gondolkodással reagált az injectiókra, de ugyanígy reagált a konyhasóinjectiókra is. Am van ezek között 4 elégtelenül kezelt beteg, a mennyiben 2 beteg 3—3 injectio alakjában mindössze 3.8, illetve 3.0 gr. natrium nucleinicumot kapott, a másik kettő pedig egy-egy 0.8 gr.-os injectiót; az ő betegei tehát csak 5.8 gr.-ot kaptak átlagos összmenyiségben.

Az én eredményeim, melyeket most közölni akarok, kedvezőbbek, a mit az intenzivebb kezelésnek és talán azon körülménynek is tulajdoníthatok, hogy idegosztályomra általában a psychosisoknak csak friss esetei kerülnek. Az én betegek kaptak injectióként 1—4 gr. natrium nucleinicumot emelkedő adagokban és átlagban személyenként 14.8 gr.-nyi összmenyiséget, tehát *Itten* összadagjainak több mint $2\frac{1}{2}$ -szeresét. Első betegeimen 2—3%-os oldatokat alkalmaztam, utóbb nagyobb folyadékmennyiségek elkerülése végett kizárólag 10%-osokat. A technikáról majd alább léssen szó.

¹⁰ A. *Fauser*: Einige Untersuchungsergebnisse und klinische Ausblicke auf Grund der Abderhalden'schen Anschauungen und Methodik. Deutsche med. Wochenschr. 1912, 52. sz., továbbá: Weitere Untersuchungen auf Grund des Abderhalden'schen Dialysierverfahrens. Ibid. 1913. — A fenti leleteket azóta megerősítette *Wegener* is. (Sero-diagnostik nach Abderhalden in der Psychiatrie, Münch. med. Wochenschr. 1913, 22. sz.)

¹¹ Röviddel ezelőtt *Hermann Mayer* (Über die Aetiologie der Dementia praecox. Inaug.-Dissert., Freiburg, 1911) a freiburgi elme-gyógyászati klinika 1902—1910. éveiből 186 beteg közül 16.67% iszákostól származó ivadékot talált.

K. Mollweide (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. IX. 1. f.) is méltatja az alkoholos terheltég jelentőségét; viszont leest, illetve metaluest csak igen ritkán talált az ascendentiaiban.

Igen fontos *Lundvall* közleménye úgy pathologiai, mint therapiiai szempontból. 150 dementia praecox-betegen rendszeres vérvizsgálatokat ejtett meg, melyeket egy és ugyanazon betegen különösen a különböző phasisokban és hosszabb ideig gyakran naponta vagy minden második nap végzett és melyekből kiderült, hogy a motoros és psychés nyugtalan-sággal járó erősebb izgalmi jelenségek alkalmával typosus vérelváltozások állnak be, melyeket ő „vérkrizis“-eknek nevez. Ezek oligocythaemiában és hyperleukocytosisban nyilvánulnak. A leukocytosis főleg a neutrophil polynuclearis leukocyták abszolút szaporodásából keletkezett polynucleosis.

A csendes periodusban viszont ismét normalis az erythrocyták száma. A vizsgálatok olykor azt az érdekes jelenséget is mutatták, hogy a vérkrizisek korábban jelentkeztek, mint a psychés elváltozások, úgy hogy a vérelváltozás érzékenyebb indicatora a beteg állapotának, mint a psychés izgalmi jelenségek. Egyrészt ez a haemolysis, másrészt a leukocyták chemotaxisa bacteriuminvasióhoz hasonló körülményekre emlékeztet és ezért veti el *Lundvall* a dementia praecoxra nézve az endogen nézetet, melyre a bizonyítékok szerinte elégtelenek, helyébe állítván a vírusos exogen elméletet. Ez indította őt arra, hogy a natrium nucleinicumot mint leukocytogog eljárást megkísérelje a dementia praecox gyógykezelésében, a mi mellett utal a typhusos folyamatnak rég ismert kedvező hatására a dementia praecoxra.¹² Ő a natrium nucleinicumot 20%-os oldatban alkalmazza subcutan, melyhez a hatás emelése céljából még egyéb leukocytogog szereket, mint acid. arsenicosumot és hetolt (= natr. cinnaulic.) is hozzáad. Az egyes adag megfelel 0.5—3.8 gr. natrium nucleinicumnak. Az injectiókat fájdalomsnak mondja. A közvetlen hatásokra vonatkozólag igazolja azt, a mit régebben ismertettem, nevezetesen hogy a hyperthermia rendszeren 24 óra múlva már visszafejlődően van, hogy a leukocytosis körülbelül párhuzamosan halad a hőemelkedéssel és általában egy nappal, gyakran még többel is tovább tart a hőemelkedésnél, hogy azonban a párhuzamoság nem szigorú, mert gyakran találni hőemelkedés nélküli leukocytosist is.

18 dementia praecox-beteg közül, kiket *Lundvall* ezen eljárással gyógykezelt, 4 gyógyult, 9 jelentékenyen javult, 2 kissé javult, 3 gyógyulatlan maradt, de ez utóbbiak diagnosa kétes volt.

A mi nucleinsav-injectióimnak technikáját illeti, melyeket az utóbbi években 10%-os oldatokban alkalmazok és melyekhez az oldódás megkönnyítése céljából 1%-os C1Na-oldatot csatolok, formulám a következő:

Rp. Natr. nuclein. 1.0—4.0
Natr. chlorat. pur. 0.1—0.4
Solve leni calore in
Aqu. dest. sterilis. 10.0—40.0

A subcutan injectiókat 5—10 cm³ irtartalmú és 6—10 centimeter hosszú tüvel felfegyverzett recordfecskendővel ejtjük meg asepsises cautelák mellett, még pedig a mellkason, a háton vagy a hypochondrium-ban, felváltva mindkét testfélén. A beszúrási helynek jodtincturával beecsetelése után érzéstelenítünk 1%-os novocainoldattal (Rp. Novocain., Natr. chlorat. aa 0.20, Aqu. dest. 20.0. Sterilisa), de nehogy a felszívó véreket megszükitjük, adrenalin nélkül. *Braun*-féle infiltrációs anaesthesia céljából először 5 cm³ novocaint veszünk fel a fecskendőbe és elsősorban intracutan injiciálunk, ezzel egy anaesthesiás hólyagot idézve elő és azután folytonos fecskendezés közben fokozatosan hatolunk a subcutan kötőszövetbe és érzéstelenítjük az egész területet. (Ezen localis anaesthesia, melyet paralysiseseken sohase mulasztunk el, indolens, erősen katatonias betegekben elmaradhat.) Erre a fecskendőt az in situ hagyott türről eltávolítjuk és befecskendezzük a natr. nucleinicumot. Az injectio helyét gaze-zel és zinktapaszszal befedjük. A kezdeti adag 1.0, esetleg 0.5 gr.-ot tesz és szükség szerint emelhetjük azt, mivel immunisatio könnyen áll be, 0.5—1.0 gr.-nyi fokozatokban 4.0 és 5.0 gr.-ra. Az injectiók 4—5 napi időközökben végez-
tetnek és összesen kb. 6—12 injectio szükségeltetik. A beteg a hőemelkedés tartama (1—2 nap) alatt ágyban marad és nappal 2 óránként hőmérőztetik. Fontos a leukocyták mindennapi megszámlálása az injectio előtt és után mindaddig, míg azok száma a normalisra visszatért, mert leukocytosis nem ritkán jelentékeny hőemelkedés nélkül fordul

¹² Felemlítem itt *Parhon* és *Urechie* (Revue neurologique, 1909) ama megfigyelését, hogy dementia egy esetében jelentékeny javulást észleltek pleuritis purulenta után.

elő és mert tulajdonképpen a leucocytosis a lényeg; ez utóbbi különben hosszabb ideig is tart, mint a láz. Egyébként utalok erre vonatkozó régebbi dolgozataimra.*

A 14 dementia praecox-beteg, a kiket 1907 október havától mai napig ilyen módon kezeltem, személyenként összesen 5·2—29·0 gr. natrium nucleicumot kapott 5—11 injectio alakjában. Közülük 3 gyógyult, azaz visszanyerte a teljes egészség képe mellett egész munkaképességét; 5 javult (közülük 2 ismét munkaképessé vált), 3-on kezdeti javulás után ismét rosszabbodás állott be, 3 gyógyulatlan maradt. A gyógyultak és javultak száma tehát kitesz nálam 57%-ot, míg *Lundvall*-nál a gyógyultaké és jelentékenyen javultaké 72%-ot.

Összehasonlítva ezeket az eredményeket az eddigi statisztikákkal, a hol szinte kizárólag csak oly betegekről van szó, a kik semmi különös gyógyításban nem részesültek, *Kraepelin* a katatonias formákra megállapít 13% spontán gyógyulást, a hebephren alakokra 8%-ot, míg a paranoid alakokban szerinte gyógyulás sohasem vagy majdnem sohasem szokott előfordulni. *E. Meyer*¹³ szerint a katatonias csoport 1/5—1/4-ében, az összes eseteknek pedig 1/6-ában áll be évekig tartó gyógyulás; *H. Mayer*¹⁴ észlelt 2·69% „teljes gyógyulást“, 11·29 „javulást“ és 86·02% gyógyulatlant. *Stearns*¹⁵ intézetben kezelt betegein tapasztalt 5%-ban gyógyulást, 23·8% pedig elhalt, javarészt tüdőbajban.

*H. Schmid*¹⁶ a Cery-Waadi elmegyógyintézetből 1901—1910-ig elbocsátott 455 dementia praecox-betegről vett fel katamnesist. Ő 16·2%-ban gyógyulást állapított meg, 15·5%-ban gyógyulást defectussal, 57·9% gyógyulatlan maradt. A gyógyultak sorából 68-at személyesen megvizsgált és ezek közül akadt 43, a kiken a leggondosabb vizsgálat sem derített ki defectust.

Megengedett tehát a következtetés, hogy a nuclein-kezelés dementia praecox eseteiben sokkal magasabb %-át tünteti fel a gyógyulásoknak vagy javulásoknak, mint a spontán gyógyulások. A tétlen viselkedés tehát ezen psychés megbetegedésben sem jogosult többé.

Az abnormis gyermekek socialhygienés ellátása.

Előadás, tartotta a XVII. nemzetközi orvoskongresszuson *Deutsch Ernő* dr. igazgató-főorvos.

Az egyén betegségének megelőzése és gyógyítása mellett mindinkább előtérbe lép a tömegek érdekében keresztülvitt orvoshygienés ténykedés. Ez irányzatnak fontossága általános, de különös hordereje gyermekvédelmi szempontból van. Az „Association internationale de pédiatrie“ Párisban tartott első congressusán a gyermekgyógyászat, hygiene és gyermekvédelem összefüggéséről tartott előadásomban a gyermekkor társadalmi hygienéjének alap-tételeit fejtegettem; a tudóvész ellen küzdő magyar orvosok első nagygyűlésén pedig a gyermekkor gümőkórral foglalkoztam ugyane szempontokat tartva szem előtt, jelen előadásom pedig ezen tanulmányok sorozatát kívánja egy új, nagy társadalmi fontosságú kérdés taglalásával gyarapítani.

Egy előadás keretében az abnormitások megelőzését és

* „Natrium nucleicum Boehringer“ jelzés alatt a C. F. Boehringer u. Söhne cég (Mannheim-Waldhof) czélszerűen már sterilizált physiologiai konyhasóoldatban oldott 10%-os natrium nucleicumot hoz forgalomba. Egy ampulla megfelel 1 gr. natr. nucleinic. oldatának. A karton 10 ampullát tartalmaz. A készítmény pyretikus és leukocytogag hatását igen jelentékenyenek találtam.

¹³ *E. Meyer*: Die Prognose der Dementia praecox. Archiv für Psychiatrie, 45. k. (1909).

¹⁴ L. c.

¹⁵ *A. W. Stearns*: The prognosis in dementia praecox. Ref. Schmidt's Jahrb. 1913.

¹⁶ *Hans Schmid*: Ergebnisse persönlich erhobener Katamnesen bei geheilten Dementia praecox-Kranken. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 6. k. (1912).

az abnormisok gyógyopaedagogiai ellátását kimerítően letárgyalni lehetetlen, fejtegetéseim ezért aphorismás jellegűek lesznek s talán továbbmunkálkodásra való buzdításra alkalmasak.

* * *

„Az átöröklődés az életjelenségek során a conservativ tényező képviselője“ (*Weinberg W.*), ez azon tényésztségi elvnek alapja, mely arra irányul, hogy az elődök kívánatos tulajdonságai az utódokon ismétlődjenek, ezen elv hirdetője a régi latin mondás: „Gaudeant bene nati“ és *Schiller* szavai: „Selig, welchen die Götter, die gnädigen, vor der Geburt schon liebten“. Tehát magánérdekek és kényelmességi elvek mellőzésével az eugenika szempontjából követeljük egyes esetekben a szülések korlátozását. Vagyis az eugenika azon tudomány, mely mindazon tényezőkkel foglalkozik, melyek segítségével a veleszületett tulajdonságok javíthatók s konzerválhatók (*Galton*).

Az eugenika socialhygienés hordereje óriási s eredményeinek feldolgozása úgy elméleti, mint gyakorlati szempontból felette értékes. A kutatási módszert illetőleg szerény véleményem szerint egy önkényesen összeállított emberanyag-nak statisztikai feldolgozása helyett helyesebb a szóban forgó egyének elődeire és utódaira vonatkozó adatok csoportosítása. A halálozási, szaporodási, népszámlálási, a katonai szolgálat, a szoptatásra vonatkozó, betegségi, baleset- és aggsági biztosításból merített, anthropologiai s anthropometrikai mérések szolgáltatja adatok mind értékes, az eugenika előbbrevitelére alkalmas tényezők. Hogy mily érdekes eredményre vezetnek ily megfigyelések, azt a Zéro- és *Jakes*-családokra vonatkozó, *Jörges* s *Dugdale* által közölt családák bizonyítják. Az abnormitások gyakoriságát a Németbirodalomra vonatkozó adatokkal kívánom bizonyítani: 100.000 lakosra 300 elmebajos, 150 eskóros, 200 iszákos, 60 vak, 30 süketnéma, 260 nyomorék esik.

Egyenlő nagyságú emberanyagban a szülők egészségi állapotát tartva szem előtt, *Diens* szerint:

	Egészségeseken	Betegeken
Elmebántalmak	35	238
Idegbántalmak	86	19
Iszákosság	138	192
Abnorm. jellemek	75	170
Öngyilkosság	6	8
Agyguta	83	55
Aggkori butaság	21	10
Együttesen	444	692
A két utolsó adat levonásával	340	624

Az újszülöttek fejlődésére nagy befolyást gyakorol az anyagi helyzettől függetlenül a szülők kora (*Pearson*, *Ploetz*, *Weinberg*, *Schallmeyer*).

Egyesek a vérrokonságnak különös horderőt tulajdonítanak, hogy túlzottan, azt az állattenyésztés eredményei (angol telivér és a „Shortchorn“ marha), a régi zsidók, indusok és egyiptomiak története s *Mitchell*-nek skót halászokra vonatkozó adatai bizonyítják. Természetesen a vérrokonság hordereje rögtön előtérbe lép, ha terheltséggel van kombinálva. Utalok a „retinitis pigmentosa“ és a „surdomutitas cong.“-ra (mely bántalmakban az embryonalis ektodermából származó hámsejtek vannak megbetegedve); az elsőben 27, a másodikban 20—39%-ban észleljük a szülők consanguinitását. A vérrokonságtól független terheltség szerepét igazolják, hogy a salterdalenai és hedemarkeni kerületekben a vérrokon házasságok és veleszületett sükettség közti arány fordított.

Az abnormitások létrejöttében az átöröklődés és vérrokonság mellett *Moebius* szerint a „Keimfeindschaft“ is szerepelhet, midőn a csírák egészségesegek, de egymáshoz nem illők.

* * *

Alkohol, ólom, morphium, lues és tuberculosis révén mérgezett, illetőleg fertőzött csírák is lehetnek veleszületett abnormitások létrehozói (Weissmann).

Laitinen terhes nyulakat hónapokon át táplált kis szeszadagokkal, az utódok nagy halandóságot s csekély súlyszaporulatot mutattak. Demme közli 10 mértékletes (I.) és 10 iszákos (II.) családra vonatkozó párhuzamos észleleteit:

I. csoportban halálozás az első életévben	8·2%
II. „ „ „ „ „	43·8%
I. „ morbiditás „ „	9·8%
II. „ „ „ „	38·6%

t. i. 6 idiota, 5 növésben visszamaradt, 5 eskóros, 5 vízfejű, 10 normalis.

Bourneville 1000 a Bicêtre-ben észlelt gyengeelméjű, hülye és eskóros szüleiire vonatkozó adatai:

471 iszákos apa, 84 iszákos anya, 65 iszákos szülő, 209 szülő nem volt iszákos, 171-nek adatai hiányzanak.

Általánosan ismert tények, hogy a fogantatás és terhesség alatt mértéktelenül élvezett szesz káros hatású a magzatra s hogy a szülők állandó szeszélvezete az utódok szellemi s testi fejlődésére, a tanulásra s katonai szolgálatra való alkalmasságra döntő hatást gyakorol.

Psychopathák nagy mértékben hajlamosak az alkoholizmusra, saját, valamint utódaiknak ellentállóképessége a méreggel szemben csökkent. Számos esetben psychopatha apa s fiú lesz alkoholistává, máskor az egészséges idegrendszerű apa fia psychopatha s e csökkent ellentállóképesség folytán lesz iszákos, végre a környezet rossz példája nevel alkoholistákat s szülője a degenerált utódoknak.

Az orvosi felügyeletem alatt álló rendelő intézetben 1011 családra vonatkozó adatokat állítottam össze; a megfigyelésem alatt állott gyermekanyag 1 évnél fiatalabb volt. Szeszélvezet szempontjából az adatokat 6 csoportba osztottam:

1. Apa mértékletesen, anya általában nem élvez szeszest italt.	
2. „ mértéktelenül, „ mértékletesen „ „	
3. „ mértékletesen, „ „ „ „	
4. „ általában nem, „ általában nem „ „	
5. „ mértéktelenül, „ „ „ „	
6. „ általában nem, „ mértéktelenül „ „	

Legjobban fejlődtek a 4. (34·62), legrosszabbul a 2. és 6. csoporthoz (22·12) tartozók, az idegrendszer részéről legtöbb zavar azon csecsemőkön volt észlelhető, kiknek anyja iszákos volt.

A szülők syphilise által eredményezett degenerációknak képét pontos tudományos megfigyelések alapján Kassowitz és Hochsinger szolgáltatotta. Fournier kimutatásából tudjuk, hogy az utódokon észlelhető kóros tünetek súlyossága a szülők luese keletével egyenes arányban áll. Mindkét szülő megbetegedése esetében 92, az anyáéban 84, az apa luesében 37%-ban észlelünk az utódokon bujakóros elváltozásokat.

A csontok s ízületek gümőkórságának köszönhetik nem egyszer a nyomorékok szomorú sorsukat.

Morphinisták gyermekei gyakran szenvednek velükszületett morphiúmségben s szeszszel és morphiúmmal szemben csökkent ellentállóképességet mutatnak (Hoppel), bár nem bizonyítható, hogy e tünetek nem tudhatók-e be az elsődleges psychopathiás alkatnak.

Malariások utódaiknak idegrendszere gyengült ellentállóképességet mutat.

Rennert közleményében találjuk a hesseni fazekasok utódaiknak ólommérgezésnek betudható gyengeelméjűségét leírva.

* * *

A leírt állapotok kórmegeelőzése és gyógyítása szempontjából tekintetbe jönnek a beteg, de szaporodásra alkalmas s nagy százalékban degeneráltakat nemző egyének s azon jóléti intézmények, melyek az elfajultak fenmaradását s ezzel kapcsolatban szaporodásuk lehetőségét biztosítják.

Chinában s Choreában Konfutse szabványai értelmében a gyilkossal együtt a szülők, testvérek s gyermekek is a hóhér kezei alá kerülnek, hogy — mint Hegar helyesen jellemzi — a rokonságban hasonló hajlamok szunnyadozván, ezek együtt pusztuljanak a bűnössel. Plato „Az államról“, s Campanello gróf „Civitas solis“ című műveikben megírták, hogy miképpen párosítandók az emberek az utódok kedvéért. Észak-Amerikában és Svájcban elmebetegeken és bűnösökön vaskotomia révén sterilisatiót végeznek, Amerika egyes államaiban ily egyének házassági tilalom alatt állanak, Schallmayer a házasság hivataltal orvosi vizsgálatát követeli, Ploetz s Grotjahn a koros szülők szaporodásának lehetőségét, továbbá a polynatalitást s a szülések gyors egymásutánját kívánja meggátolni. Sokféle szempontból legelőnyösebb az élet-hossziglan keresztül vitt internálás („Asylisierung“), melyről Grotjahn találóan jegyzi meg: „Eine Verallgemeinerung des Asylwesens könnte der Reinigung der menschlichen Gesellschaft von den zur Fortpflanzung ungeeigneten Elementen in humaner und trotzdem zielbewusster Weise dienen, als die jetzige unvollkommene Selbstregulierung, wie sie die Ausscheidung zahlreicher Minderwertiger durch Verwahrlosung und Verelendung darstellt.“

Az internálás kiadásai könnyen térülnek meg, hiszen egyrészt az abnorm egyén és utódai a hatóság terhére esnek, munkáját alig értékesítheti, másrészt az internálás a szaporodásnak s csavargásnak gátat vet s az abnormisok munkájának kellő értékesítését teszi lehetővé.

Vérrokonoknak csupán egészséges elődök mellett engedélyezhető a házasság.

A szeszt illetőleg Grotjahn nézetét vallom: „Man kann von der Gesamtheit nicht ohne weiteres nur deshalb die Aufgabe eines so wirksamen, billigen und leicht zugänglichen Euphoricums verlangen, weil ein Bruchteil der Individuen damit Missbrauch treibt.“ Az elérhető tartva szem előtt, abstinentiát követelnek a gyermekek, mértékletességet a felnőttek számára, mindig különbséget téve normalis és psychopatha egyén, férfi és nő között s vajjon a szóban forgó egyén a szesznek állandóan vagy csupán egyes alkalmakkor áldoz.

Lueses egyének házassági engedélyt csupán öt évvel a fertőzés, két évvel az utolsó tünetek s egy biztonsági kezelés után adjunk. Ha a házasság folyamán ismét jelentkeznek tünetek, a kezelés erélyesen megismétlendő. A Wassermann-reactio s az Ehrlich-kezelés e téren is nagy haladást jelent.

Kaminer s Maragliano nézetét, mely szerint gümőkóros asszonyokon a fogantatást minden úton-módon meg kell gátolni s hogy terhességben az érzékösséget félretéve, a magzat érdekeire tekintet nélkül, különösen, ha szem előtt tartjuk azon káros befolyást, melyet a gümőkóros anya közvetve és közvetlenül gyakorol gyermekére, a terhességet meg kell szakítani. Gümőkóros férfiak részéről az antiaphrodisiacumok és a condom használata javalt.

Morphinisták ne házasodjanak s ha le is szoktak, a visszaesés szempontjából ítélandók meg.

A malaria elleni küzdelem a parazitáknak a vérben idősült chininkezelés által történő elpusztítása által vihető eredményesen keresztül.

Az ipartörvény keresztülvitelének erélyes orvosi ellenőrzése a legjobb biztosíték az ólommérgezés leküzdésére.

* * *

Ezen általános fejtegetések után a részletkérdésekkel akarok foglalkozni.

A fül bántalmi, melyek végeredményben siketnémaságra vezethetnek, veleszületettek vagy szerettek. Mygind szerint minden 16. született siketnémanak valamelyes rokona hasonló abnormitásban szenved s Tröltzsch szerint a szerzett esetek egy ötöde kellő kezelés mellett elmaradt volna.

Rösle nyomán közlöm a siketnémaság statisztikáját. 100.000 lakóra esik:

Schweiz	(1895)	245	Belgium	(1905)	54
Szerbia	(1906)	155	Franciaország	(1901)	51
Magyarország	(1900)	132	Angolország	(1901)	47
Finnland	(1900)	128	Hollandia	(1889)	44
Bosznia	(1901)	120	Portugália	(1900)	26
Balkán	(1900)	115	Mauríius	(1901)	48
Lengyelország	(1897)	112	Oranje-állam	(1901)	43
Ausztria	(1900)	111	Kapland	(1901)	42
Svédország	(1900)	103	Natal	(1901)	33
Spanyolország	(1877)	103	Kanada	(1901)	115
Württemberg	(1900)	102	Mexiko	(1900)	66
Bulgária	(1905)	101	Amerikai Egyesült-Államok	(1890)	65
Oroszország	(1897)	99	Formosa	(1905)	134
Olaszország	(1901)	96	Szibéria	(1897)	100
Irország	(1890)	94	Kaukázus	(1897)	73
Poroszország	(1905)	90	Ceylon	(1901)	72
Bajorország	(1900)	89	Angol-India	(1901)	51
Izland	(1901)	89	Dél-Ausztrália	(1901)	50
Német birodalom	(1901)	86	Queensland	(1901)	50
Rómánia	(1899)	83	Tasmania	(1901)	44
Hessen	(1900)	81	Viktória	(1901)	34
Norvégia	(1900)	80	Uj-Dél-Wales	(1901)	29
Elszász-Lotharingia	(1900)	87	Uj-Zéland	(1901)	29
Skócia	(1901)	57	Nyugat-Ausztrália	(1901)	16
Dánia	(1901)	57			
Szászország	(1900)	57			

Ezek után saját összeállításomat közlöm, melyből a veleszületett esetek arányát a szerzettekhez és az átöröklés szerepét tanulmányozhatjuk:

Az intézet neve	A növendékek száma	Született süketnemaság	Átöröklés kimutatható	Szerzett süketnemaság
Arad	84	37	276	47
Ungvár	86	35	41	51
Vác	175	98	11	75
Pozsony	102	34	2	68
Jolsva	53	18	13	35
Debreczen	89	32	8	57
Kaposvár	62	28	29	34
Budapest (állami)	157	77	27	80
" (izr.)	89	48	4	41
Körmöcbánya	97	53	17	44
Eger	62	27	18	35
Sopron	85	44	13	41
Kolozsvár	83	38	18	45
Szeged	168	56	18	112
Kecskemét	—	52	—	33

Vagyis 1475 növendékre 798 szerzett, 677 veleszületett eset jut, utóbbiak közül pedig 265-nél mutatható ki az átöröklés. Csecsemők boncolásakor az esetek 75—80%-ában találunk fülmegbetegedéseket; bántalmak, melyekkel az anyák, bábák, sőt sok esetben az orvosok sem törődnek. A heveny fertőző bántalmakkal kapcsolatban a középső s belső fül megbetegedései is gyakoriak; ezen bántalmak skálája a következő: meningitis cerebros spinalis epidemica, vörheny, kanyaró, roncsló toroklob, tüdőgyulladás, typhus abdominalis, osteomyelitis. A görvély- és bujakór gyakori szövődményeként fülbántalmakat is észlelünk; utalok vizsgálataimra, melyek szerint az országos süketnema-intézet 80 növendéke közül 10-en volt a Wassermann-reactio positiv. Mindezen megbetegedésekben a gyermek kora szerint, akár még nem tudott, vagy még csak rövid ideig beszélt, meg van adva az alkalom süketnemaság létrejöttére, úgy hogy a fülbántalmak szakszerű kezelése adja a süketnemaság legbiztosabb prophylaxisát. Iskolaorvos, iskolai fülorvos és paedagogus karöltve állapítják meg a gyógypaedagogiai eljárás mikéntjét, mely a hallás és intelligentia vizsgálatán alapul. A szerint, hogy a gyermek teljesen süketnema, vagy hogy zörejeket, hangokat vagy szavakat fel tud fogni, intézetekben vagy iskolákban tanítsuk a beszédnek az ajkáról történő leolvasására. Természetesen a hallásmaradék felhasználásával. 1906-ban a 33.567 porosz süketnema közül 1684 volt elme gyenge, 144 vak, 79 vak és elme gyenge, mely tények konstatálása az oktatás szempontjából nagy horderejű. Idioták a saját, valamint az épelméjű süketnemák érdekében külön intézetekben helyezendők el, gyenge

tehetségűek a francia, épelméjűek a német, hallásmaradékkal bírók az *Urbantschitsch-Bezold*-módszer szerint képezhetők ki. A süketnemák iskolakötelezettségeért dán és svéd minta szerint küzdenünk felette fontos, nehogy az orosz viszonyok (40.000 süketnema közül 1800 van intézetekben elhelyezve) általánosak legyenek. A pályaválasztás s esetleges élethossziglani intézeti elhelyezés tárgyában szintén az orvos határozzon.

1905-ben Poroszországban 340 vak süket s vak süketnema volt, ezek, mint *Laura Bridgmann* s *Helene Keller* esetei bizonyítják, szintén kiképezhetők. Tapintási alphabet és hangbeszéd szolgálnak e szerencsétleneknek eszközül a külvilággal érintkezésben. A vakság és sükettség prophylaxisa a süket-süketnema vakságnak is. Az orvos fejtsen ki propagációs ténykedést a *Venersborg* s *Novaves* mintájára berendezett intézetek szervezésére, gyakoroljon befolyást az oktatás, hivatásválasztás és esetleges állandó internálás tekintetében.

Nagy horderejű socialhygienés feladat a vakság megelőzése.

Fuchs szerint vak azon egyén, kinek látóképessége oly mértékben van lefokozva, hogy bármely hivatás gyakorlásában gátolt. A vakság veleszületett (átöröklés szerepe!) és szerzett lehet. Statistika:

Ország	Év	relativ pro	100.000	szám
Dánia	1901	relativ pro	100.000	42.7
Belgium	1909	"	100.000	43.6
Ausztria	1905	"	100.000	53.0
Bajorország	1903	"	100.000	54.8
Poroszország	1905	"	100.000	56.0
Német birodalom	1900	"	100.000	61.0
Franciaország	1901	"	100.000	70.0
Svájc	1901	"	100.000	72.0
Skócia	1901	"	100.000	72.0
Anglia	1901	"	100.000	79.0
Norvégia	1900	"	100.000	84.6
Egyesült-Államok	1900	"	100.000	85.0
Philippinák	1909	"	100.000	90.0
Irország	1901	"	100.000	95.0
Magyarország	1901	"	100.000	100.0
Olaszország	1901	"	100.000	118.0
Portugália	1903	"	100.000	134.0
Holland-India	1906	"	100.000	161.0
Algier	1906	"	100.000	235.0

Aetiologiai összeállítás *Corezliner* nyomán:

Veleszületett vakság	%-ban
Trachoma	25.3
Keratitis	15.0
Iritis	2.0
Chorioiditis	1.7
Retinitis	0.9
Glaucoma	1.3
Cataracta complicata	2.4
Atrophia nervi optici	1.1
Ablatio retinalis	5.9
Álképletek	0.5
Pertussis, varicella, diphtheria	0.04
Morbilli, scarlatina	9.4
Influenza, typhus, pneumonia	6.2
Pleuritis, malaria, erysipelas	4.2
Gonorrhoea, variola	0.08
Görvélykór	7.0
Gümőkór	5.5
Bujakór	0.4
Agybántalmak	10.0
Gerinczagybántalmak	
Sérülések	

Saját, magyar intézetekre vonatkozó összeállításom:

Budapesti állami intézetben 228 növendék közül 31-nek a vaksága veleszületett, 16-é átöröklött, 197-é szerzett; a budapesti Wechsleimann-intézetben 35 növendék közül 16-nak

a vaksága veleszületett, 2-é átöröklött, 19-é szerzett; a szombathelyi intézetben 66 növendék közül 5-nek a vaksága veleszületett, 1-é átöröklött, 61-é szerzett; a kolozsvári intézetben 58 növendék közül 35-nek a vaksága veleszületett, 12-é átöröklött, 23-é szerzett volt.

Vagyis 387 növendék közül a vakság 87-en veleszületett, 300-on szerzett, az átöröklés pedig 19-en mutatható ki.

Csecsemőrendelésemen nap-nap után észlelem a gonococcus *Neisseri* intra vagy post partum okozott pusztítását, a Németbirodalomban pedig a vakok $\frac{1}{7}$ -e e bakteriumnak köszönhetik szomorú sorsukat.

(Vége a jövő számban.)

Közlemény a szent István-kórház VIII. orvosi osztályáról.
(Főorvos: Deballa Géza dr., egyetemi magántanár.)

Aneurysma aortae-nak a vena cava superiorba történt áttörése.

Irta: Klein Alfréd dr., orvos.

Sch. F. 42 éves, nős bérkocsissegédet 1913 május 12.-én vetük fel a VIII. orvosi osztályra. A beteg előadja, hogy már régebben időnként szívdobogásban és nehéz légzésben szenved, de lábai megdagadva nem voltak. Két nap előtt hirtelen rosszul lett, nehéz légzés lepte meg, feje, arca, nyaka, felső végtagjai és törzsének egy része oedemásak lettek és kékesen elszíneződtek. Alkoholismust és nicotinis-must bevall, nem betegségüket tagad, sokizületi csúza nem volt.

Jelen állapot: A beteg feltűnően cyanosisos, főleg az arc, a fej, a nyak, a látható nyálkahártyák csaknem szilvakekék, a cyanosis ráterjed a törzs felső részére és a felső végtagokra is s az említett testrészek egyszerűen nagy fokban oedemásak. Kisfokú protrusio bulbi. Az oedema és cyanosis a processus xiphoides magasságában éles határral szűnik meg. Ugyancsak e testrészekben a gyűjtőerek feltűnően tágak és teltek, a felületes nyakgyűjtőerek lüktetnek, úgyszintén erős jugularis és epigastralis lüktetés látható. A beteg feltűnően nehezen lélelkezik. A tüdőhatárok hátul valamivel mélyebbre terjednek, egyéb kopogtatási eltérés hátul a tüdők felett nem mutatható ki. A lélegzés mindenütt érdekesebb. A szívcsúcslökés, mely a hatodik bordaközben a bimbóvonalban tapintható, kissé emelődött és körülrült. A szívtompulat a negyedik bordán kezdődik, balfelé a csúcslökés helyéig ér, jobbfelé egybetollik egy, a szegycsont felső harmadrésze felett nyert féltényérnyi tompulattal, a mely a szegycsont jobb szélét két harántujnyira haladja meg. Ezen tompulat lüktetést nem mutat. A szív felett mindenütt systolés zörejt hallható, mely legnagyobb fokát az aorta felett éri el s ugyanitt kifejezett diastolés zörejt is hallható. A pulsus kishullámú, puha, rhythmusos, száma percenként 120, a két radialis pulsus között sem idő-, sem nagyságbeli eltérés nincs. *Oliver Cardarelli*-tünet hiányzik. A jobb vena jugularis externán pozitív venapulsus látható és tapintható. A máj és lép a rendestől eltérést nem mutat. A reflexek kiválthatók. A vizelet szalmasárga, savi vegyhatású, fajsúlya 1021, nyomokban tartalmaz fehérjét. A vizelet üledékében mikroszkop alatt számos fehér vérsajt és néhány hyalin cylinder látható. Felvételtkor a test hőmérséke 36° C.

A fenti lelet alapján felvettük, hogy a beteg aneurysma aortae ascendens-ben szenved. E mellett, tekintetbevéve a hirtelen jelentkezett oedemat és cyanosist és főleg azon körülményt, hogy e kettő a vena cava superior érterületére szorított, továbbá a pozitív venapulsust, felvettük, hogy az aneurysma a vena cava superiorra összenyomja s egyszersmind az aneurysma az említett venába áttört s így aneurysma varicosum keletkezett. A másnap megejtett Röntgen-átvilágítás azt mutatta, hogy az aorta ascendensnek megfelelőleg gyermekfejnyi, gyengén lüktető árnyék látható. A beteg állapota ezen nap mitsém változott és este 10 órakor a beteg hirtelen meghalt.

A boncolási jegyzőkönyv rövid kivonata: A szívburok felett, a szegycsont markolata mögött, jókora lúdtójásnyi, gömbölyded daganat domborodik elő, melyet a tüdők elülső széle fed. A daganat egészben véve tönött, rugalmas. A szívburokban kevés, tiszta, sárgás savó. A szív középnagy, csúcsát a bal szív alkotja, burka sima, fénylő, a szívizomzat elég vastag, kissé petyhüdt és törékeny, gyengén zavaros, barnászvörös és vérszegény. A billentyűk hártásak, vékonyak. Az aorta közvetlenül a szívből való eredésnél 8 cm. kerületű, de innen kezdve hirtelen kitágul és jobbra-előre tekintő kiöblösödésbe megy át, mely a jobb kézfejt egészen befogadja, lazán alvadt vérrel és fibrinalvadékkal van kitöltve, mely legnagyobb részben könnyen kiemelhető a tömlőből. E tömlő tulajdonképpen magában foglalja az aorta ascendens és arcus aortae-t s az isthmus aortae táján 5-5 cm.-nyi középtág aortába megy át. A tömlő, valamint a mellkasi aorta balfelülete egyenetlen, rajtuk lencsényi, forintnyi, szabálytalan alakú, élesen határolt, fakó, vaj-

sárga megvastagodások vannak. A tömlő felső részén lencsényi, simaszélű ovoidis nyílás van, mely a vena cava superiorba vezet, utóbbit a tömlő laposra nyomta egész terjedelmében, a venafal a tömlőhöz szorosán odaforrott és rajta helyenként finom dara-mákszemnyi szemcsékből álló szemölcszerű növedékek vannak. A vena anonyimák beszájadásánál, egy fillérnyi fakó folt tetején, a venán egy jobbról felülről kissé, ferdén balra és lefelé húzódó, éles szélű, zabszemalakú nyílás van. A gége, a légcső, valamint a bázis nyálkahártyája közép-vértartalmú. A pajzsmirigy középnagy, mirigytapintatú, szederjes. A tüdők mérsékelten savósan beszűremkedtek. A hasi aorta teljesen sima.

Diagnosis: Aneurysma sacciforme aortae ascendens et arcus, magnitudinis pugni virilis thrombotisatum, cum perforatione eius ad venam cavam superiorem, magnitudinis seminis fabae et compressione venae cavae superioris. Enderteritis chronica majoris gradus aortae ascendens, arcus et aortae thoracicae. Hydrops anasarca capitis, colli et extremitatum superiorum mediocris gradus. Oedema pulmonum.

A rendelkezésemre álló irodalomból 17 hasonló esetet gyűjtöttem össze. Az elsőt *Thurmann* közölte 1841-ben. *Halla* 1882-ben egy saját és 9 irodalmi esetről számol be. A magyar orvosi irodalomban az első esetet *Barca*, a másodikat *Engel* írta le.

Körjelzési szempontból a szerzők három fontos tünetet vesznek fel, a melyek azonban nincsenek mindig jelen. E tünetek először a perforatiós zörejt, másodsor a pozitív gyűjtőerpulsust, harmadsor a hirtelen kifejlődő oedema és cyanosist, a melyek a vena cava és superior érterületére esnek.

A perforatiós zörejt két ok miatt nem vehető ki mindig teljes biztossággal. Először is az aneurysmák felett rendszerint hallható systolés, esetleg diastolés zörejek könnyen fedhetik a perforatiós zörejt, másodsor az áttörési nyílás nagysága is változó és ha a nyílás túlnagy, a vér örvénylő mozgásához szükséges tényezők hiányozhatnak (*Stokes*). *Fraenkel* A. szerint a perforatiós zörejt a jobb felső szegyszélénél hallható, ha erős a zörejt, a surranás jól tapintható. *Smith* egy betegén az ágytakarón át észrevette. *Leube* szerint a zörejt folytonos, elfoglalja a systole és diastole tartamát és a systolával az intenzitása nő. *Cassy* a zörejt a vena jugularis is hallotta, sőt tapintotta. Viszont a perforatiós zörejt jelenléte sem szól mindig aneurysma varicosum mellett, így például megvolt a zörejt *Dujardin Beaumetz* esetében, a melyben az aneurysma a vena cava superiorra teljesen elzárta, de áttörés a gyűjtőérbe nem történt.

A mi a pozitív venapulsust illeti, ez csak akkor értékesíthető tünet, ha a háromhegyű billentyű elégtelenségét kizárhatjuk. A pozitív venapulsus is hiányozhat bizonyos okok miatt, pl. *Reinhold* szerint a nagyfokú szívgyengeség és nyak-oedema állhatja keletkezésének útját. A pozitív venapulsust *Gerhardt* fontos elkülönítő körjelző tünetnek veszi fel azon ritka lehetőséggel szemben, midőn valamely elváltozás a vena cava superiorra összenyomja, vagy a vena elzáródik.

Végül fontos a hirtelen kifejlődő pangás és cyanosis, a mely a vena cava superior érterületére szorított és a collateralis vérkeringés hiánya, bár ezen tünetek ceteris paribus csupán áttörés mellett értékesíthetők. *Schrötter*, *Lichtheim* eseteiben hirtelen fejlődött ki a pangás és cyanosis, s e szerzők aneurysma varicosumot vettek fel az aorta és vena cava superior között, a boncolás mégis a vena cava superior tökéletes elzáródását mutatta. Más esetben ugyanezen tünetek mellett rögzösödés volt a vena cava superiorban. *Littich* esetében aneurysma dissecans keletkezett, mely a vena cava superiorra összenyomta s ezért állottak elő a keringési zavarok. Egészben véve a vena cava superior bármilyen ok miatt nyomást szenved, a vena cava superior érterületének megfelelő területeken lassan fejlődik ki a pangás és idő van a collateralis úton való vérkeringés kifejlődésére. Kivétel volt *Littich* egy ritka esete, a melyben ezen tünetek mellett aneurysma varicosum volt a vena cava superior és aorta között.

Az áttörést a betegek aránylag rövid ideig — néhány óráig, napig — élék túl, de egyes szerzők leírtak két hónapig is, sőt *Glasgow* beteget az áttörés után hét hónapig élt.

Irodalom. *Barca Sándor:* Aortaaneurysma átfúródása a vena cava superiorba. Orvosi Hetilap, 1910. — *Engel:* A mellkasi aorta aneurysmájának perforatiója a vena cava superiorba. Orvosi Hetilap, 1909.-i évf., 12. sz. — *Fraenkel:* Beiträge zur Pathologie und Therapie der Aorten-

aneurysmen. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1897. — Reinhold: Zwei Fälle von Durchbruch eines Aortenaneurysmas der Aorta ascendens in die Vena cava superior. Deutsches Archiv f. klin. Medizin, 71. köt. — Kieseritzky: Ein Fall von Perforation eines Aortenaneurysmas in die obere Hohlvene. Berliner klinische Wochenschrift, 1908. — Halla: Aneurysma varicosum der Aorta und Vena cava superior. Zeitschrift für Heilkunde, 1882, III. 2. p. 122.

A bőr gümős megbetegedéseinek néhány napirenden lévő kérdéséről.

Irta: *Poór Ferencz* dr., egyetemi magántanár, közkórházi főorvos.

(Vége.)

A mi azt a kérdést illeti, hogy a gümőkórnak valamely a bőrön megjelenő körképe jelenti-e az egész szervezetnek fertőzött voltát, avagy az, mint a dermatológiában szinte napjainkig az uralkodó felfogás vallja, a köztakarónak, illetve a nyálkahártyáknak lokalizált megbetegedése maradhat-e egész fennállása alatt, arra ma még nem adhatunk határozott választ. Ha feltételezzük azt, a mit a mai álláspont értelmében *ezidőszerűen* nem tagadhatunk, hogy a bőrgümőkór tuberculosistól egyébként teljesen mentes szervezetben is jelen lehet, akkor is kétségtelen, hogy a köztakaróból rövidebb-hosszabb időköz alatt bejuthat a kórokozó agens közvetlenül a vérerekbe s szertevitethetik az organismusba, de bejuthat a dermatosistól közvetve — a mirigyek révén is — a circulatióba. A mirigyekben éppen a szervezet védőactiója folytán a vírus egy része tönkremegy. De ha a mirigybe a vírusnak oly tömege jut, melyet az illető egyén ellenanyagproductiója már nem bír legyőzni, avagy az illető szervezetnek ily ellenanyag képzése elégtelen, akkor a vírus ott maradva, helybeli reactiv gyuladós folyamatok okozója lesz, míg valami alkalmi ok nem mobilizálja azt s a gümöbacillusok circulatio útján tovavitetvén, más szervet, avagy az egész organismust fertőzhetik. Tehát *bacillaris bőrgümőkór minden egyes esetében számolnunk kell avval, hogy a lokalizált gőcz mobilizálódásával eláraszthatja a szervezetet* annál is inkább, mert az a tény, hogy a gümöbacillus a bőrben alkalmas talajra lelt s ott kifejezett betegség-tüneteket bírt előidézni, már a mellett látszik tanuskodni, hogy az illető szervezet nem rendelkezik a specifikus ellenanyagok produkálási képességének teljességével, avagy ez egyénileg lefokozott ellenanyagképződést már egy előzőleg történt, ha még betegségi tüneteket nem is mutató, fertőzés leküzdése teljesen igénybe veszi.

* * *

A gümőkóros toxicodermia — a *tuberculid* — eseteiben már természetesen mások a viszonyok, mint bacillaris tuberculodermia eseteiben. E körképekben nem magával a gümöbacillussal, illetőleg ennek a localisatiója helyén és a körül produkált reactiv productumaival, hanem a szervezetnek valamely más, távoli részében elhelyeződött egy vagy több bacteriumgőcznek a véráramba jutott bomlási és anyagcsere-termékeivel van dolgunk. *Jadassohn* szerint gyengült vagy elölt bacteriumok, sőt ultramikroskopi bacteriumtörlemékek is okozhatják. Azonban kétségtelen, hogy oly anyagok, melyek a szervezet nedveiben oldhatók s melyek „sejtméreg”-nek tekinthetők, mint gyuladásokozók joggal szerepelhetnek s így *Jadassohn*-nak morphologiai feltevésére nem szorulunk e bántalmak pathogenesisének magyarázatakor. E bacteriummérgek a bőrbe vitetvén, *jellegetes* elváltozások legközelebbi okozói lehetnek. A tuberculidoknak a bacillaris tuberculodermiától alapszintű elütő pathogenesis — *mindig* haematogen eredetűek — lényegesen eltérő anatómiai és klinikai körképükben is kifejezésre jut.

A tuberculidokat közösen jellemzi az, hogy az egyes gőczök feltűnően jóindulatúak, a bacillaris tuberculodermiákkal ellentétben spontán visszafejlődésre is hajlamosak, többnyire symmetriások, sokszor szétszórtak, közvetlen inoculatio útján nem támadnak, gümöbacillus bennük állandóan nem mutatható ki, peripherián sohasem terjednek, nem progrediáló jellegűek s a typusosan gümőkórosnak elismert histologiai elváltozások hiányzanak a legnagyobb részükben.

E bőraffectiók pathogenesisének ismeretében természetesen itt a bacillaris bőrgümőkórral ellentétben, még ha a bőrelváltozás körülírt is, akkor sem tételezhetjük fel soha azt, hogy az lokalizált oly értelemben, hogy annak eltávolításával a szervezetet a betegségtől mentesítettük.

Mérlegelve tehát az eltéréseket, a tuberculidoknak a bacillaris tuberculodermiáktól teljesen elütő klinikai dignitást kell tulajdonítanunk, mert míg a bacillaris affectióknak legalább egy részében feltételezhető, hogy azok nem kizárólag haematogen vagy lymphogen úton, hanem az affectio helyén történt külső fertőzés folytán „intactis reliquis corporis partibus” jöttek létre, addig toxicodermia eseteiben kétségtelen, hogy megjelenésük idején maga az organismus már többé-kevésbé el van árasztva a gümőkór vírusával s ez utóbbi esetben természetesen therapiáknak is bele kell kapcsolódnia az alkati gümőkór általános gyógyításának elveibe.

Már e therapiai különbségek élénken illusztrálják azt, hogy mily fontos már a gyakorlat szempontjából is a tuberculidoknak tüzetes ismerete. Csakhogy igen nehéz, sőt a ma rendelkezésünkre álló tudományos módszereinkkel egyelőre még szinte lehetetlen e bőrelváltozásoknak a gümőkórral való causalis kapcsolatát exacte lebizonyítani s így basisul még kénytelenek vagyunk nagyrészt speculativ alapon létrejött elméleteket, másképpen is értelmezhető reakciókat elfogadni elégséges bonczolási és kísérleti tények hiányában.

A szülőknél vagy azok egyikénél tuberculosisa — mely ily betegek anamnesisében rendszerint szerepel — még nem bizonyíték, hisz azok a fertőzéshez később, már leszármazottjuknak megszületése után juthattak hozzá. Ez legfeljebb az egyén veleszületett, örökölt dispositióját bizonyíthatja. Az egyén más szerveinek gümőkórja épp úgy nem feltétlen bizonyíték a bőraffectio gümős természetének, ha tekintetbe vesszük ismét a betegség óriási elterjedését. Ezidőszerűen a tuberculidoknak a gümőkórral való causalis nexusa mellett még a legszabatosabb bizonyítékot *Klingmüller*-nek (Archiv für Dermatologie, 1903, 69. kötet) azok a nagyérdékű kísérletei szolgáltatják, melyekkel lebizonyította azt, hogy a gümöbacillus hatása alatt produkált elváltozással anatómiailag egyező folyamatok jöhetnek létre a bőrben *nem élő* vírus alkalmazása mellett is. A nevezett szerző kimutatta, hogy a régen végzett A-tuberculin-injectiók helyén epitheloid sejtek tömege s Langhans-typussal bíró óriássejtek vannak jelen s ott az A-tuberculin ismételt injectiójára typusos helyi reactio támad. Sőt nemcsak az A-tuberculin, hanem még elölt bacteriumtesteket sem tartalmazó, oldott vírusú tuberculinkészítmények is oly, a gümőkórhoz hasonló folyamatok előidézői lehetnek, melyek az újabb tuberculinalkalmazásra kifejezett helyi reactiót adnak. *Tehát a tuberculin „toxin”-jai is előidézhetik a gümőkór histologiai képét, a nélkül, hogy ott élő bacteriumok szerepelnének.*

E mellett még a *localis* tuberculinreactio az, melynek nagy értéket kell tulajdonítanunk e betegségek diagnosisa alkalmával. Csupán a *localis* reactiót vehetjük itt természetesen bizonyítéknak, mivel az általános reactio csak azt bizonyíthatja, hogy az egyén tuberculosissal lett fertőzve, de nem bizonyíthatja a bőrelváltozás gümős természetét.

E bizonyítékokon kívül, melyek, mint említettük, még meglehetősen hiányosak, a tuberculidok csoportjának felállításakor szerep jutott a kutató ész bizonyos sajátos intuitiv érzékének, ugyanannak, mely a multban még *évtizedekkel Koch felfedezése (1882) előtt* lehetségessé tette, hogy hypothesis úton ugyan, de a „scrophulosis” fogalma alá foglalják egyesek a lupus vulgaris, tuberculosos colliquativa cutis (serophuloderma), perniót, pseudoerysipelast, folliculitis scrophulosorumot stb., mint a hogyan azt tette Franciaországban *Bazin* és *Hardy* s velük egyidejűleg hazánkban *Poór Imre*. De míg az előbbiek magát a scrophulosist inkább mint „sui generis”, önálló megbetegedést fogták fel, addig atyám azonkívül a scrophulosis és gümőkór azonosságának lehetőségét vitatta már 1861-ben (Gyógyászat 1861, 495. lap). Kortársaik közül *Hebra* egész 1880-ig tartó működése alatt tanítványaival, mint *Kaposi*, *Schwimmer* stb.-vel, valamint úgyszólván az

összes korabeli német és osztrák dermatologussal, még Koch epochalis felfedezése után évekkel (Schwimmer még 1887-ben) is tagadták a lichen scrophulosorum, scrophuloderma és tuberculosis ulcerosa cutis kivételével a fentemlélt tuberculodermiáknak, különösen a lupus vulgarisnak a scrophulotuberculosis-való causalis kapcsolatát. Hasonló érzék vezethette Darier-t, Hallopeau-t, C. Boeck-et, midőn a kilencvenes évek derekán a bacillaris tuberculodermiák mellé a tuberculidok csoportját kreálta.

A bőraffectio, melyet mint e csoportba tartozót először ismertettek s a mely megbetegedés körül a „tuberculid“ fogalom úgyszólván kialakult olyannak, mint a milyennek ma értelmezzük, a lupus erythematodes volt. E bőrbetegséget, melyet 1850-ben Cazenave különített el a lupus vulgaristól, klinikailag eltérő különböző kórképeit, a lupus erythematodes discoideus s a Kaposi-féle lupus erythematodes disseminatus et acutus (Darier ezeken kívül még a lupus erythematodes migrans-t különbözteti meg) ma mint egy betegségintitás külön nyilvánulásait ismerünk el, a régebbi szerzők nagy része vagy mint önálló, „idiopathiás“ bőrbetegséget (bécsi iskola), vagy egyéb ismeretlen okokkal kapcsolatban levőt fogták fel, míg később különösen Besnier hozta azt klinikai alapon a gümőkórral oki összefüggésbe. De hosszú időn keresztül az affectióban a legszorgosabb kutatásokkal sem sikerült a Koch-féle gümöbacillus megtalálása s a kutatók a betegség értelmezésében két táborra szakadtak. Besnier-n kívül Darier, Hallopeau, C. Boeck, Leredde, Danlos, Thibierge stb. a dermatosis gümőkóros eredete mellett, míg ennek ellenében a dermatologia hasonló tekintélyei: Kaposi, Duhring, Leloir, Bulkley, Balmano-Squire, Lesser, Malcolm-Morris, Neisser, Vidal, Pick, Wolff, Jadassohn stb. érveltek, azon álláspontot foglalva el, hogy a megbetegedés a gümőkórral nem áll oki vonatkozásban. Magunk ezelőtt tizenkét évvel, a toxintheoria vitatásának idején foglalkoztunk e betegséggel (Orvosi Hetilap, Dermatol. Zeitschrift, 1901) s kimutattuk az addig az ideig felhozott érveknek nem elégséges voltát arra, hogy a betegség aetiologiai vonatkozásai megállapíthatassanak.

1910-ben azonban Arndt a lupus erythematodes egy-egy hevenyész s discoid esetéből excindált bőrrészlet antiformin sedimentumából vett anyagban a Ziehl-Neelsen-, valamint a Gram-féle eljárással festődő pálczikabacillust tudott kimutatni s 1911-ben Hidaka az erythematodes typusos öt esete közül hármban (1 discoid, 2 disseminált) Much-féle granulák mellett nem granulált, saválló Ziehl-positív pálczika-bacteriumokat talált, de állatojtásait nem kísérte siker. Hidaka maga is kifejezi kétségét a fölött, hogy a mit a mikroskop alatt granuláknak látunk, csakugyan a gümöbacillus törmeléke, illetve degenerációs terméke-e, mint Kitasato és Geipel véli. A legújabb irodalomban egyrészt előtérbe nyomul az az irányzat, mely egyelőre legalább kizárólag a saválló bacillusokat tekintve a gümőkór okozójának, ezeket élesen elkülöníti a morfológiailag ugyan egyező, azonban a Ziehl-féle festést fel nem vevő, de Gram-álló egyéb bacillusoktól, míg mások az utóbbiakat is gümöbacillusnak értékelve, akként értelmezik azokat, hogy bizonyos esetekben a resistensebb szervezet erős reactiv gyuladása a bacillusokat savállóságukban sérti (Betegh L.) Servall pedig a bacillusok saválló voltát egyenesen gradualis analogiába hozza azok virulentiájával. A Ziehl-positív és negatív bacteriumok azonossága mellett szólnak Terebinskynek azok a tengeri malaczojtásai, melyekben a nem fertőző bacteriumok ismét pozitívvá lettek éppen a tengeri malacznak az embernél a gümőkóros fertőzés iránt való nyilvánvalóan fokozottabb dispositiójánál fogva. Okolicsányi-Kúthy szerint a Ziehl-negatív granulált Much-féle typus tömeges jelenléte az illető eset relatív benignitására vall. A mint látjuk, e kérdés körül a nézetek még nem alakultak ki véglegesen s a bőrtuberculosis idevágó kérdései sem oldhatóak meg addig, míg a vélemények ez irányban nem tisztázódnak.

Kifejezi Hidaka annak a lehetőségét is, hogy a gümöbacillus egyes bőraffectiókba a circulatio útján már gümős szervből juthatott, a mely magyarázatot a lupus vulgaris és

lupus erythematodes igen ritka együttes előfordulásának magyarázatára fennemlélt dolgozatunkban mi hangoztattunk tudomásunk szerint az irodalomban első ízben. Lehetőnek tartja Hidaka azt is, hogy a kórkép, a melyet mi lupus erythematodesnek nevezünk, tulajdonképpen nem egységes megbetegedés, csupán klinikailag nem tudjuk ma annak eseteit egymástól megkülönböztetni. Lényegében hasonló nézetünknek adtunk mi is kifejezést 1901-ben, midőn annak lehetőségét vetettük fel, hogy az erythematodes nem egységes aetiologiával bíró megbetegedés s azt különböző ingerek — köztük magától értetődőleg a tuberculosis agense — idézhetik elő. Éppen e nem egységes aetiologia feltételezésében igyekeztek Unna és Taenzer is a discoid esetek egy részét „ulerythema ophriogenes“ elnevezéssel a betegségintástól elkülöníteni, mely törekvésüket azonban a klinikai differentiák nem elég élesen kidomborodó volta miatt nem kísérhette a kellő siker.

Jadassohn, a ki a lupus erythematodesnak a gümőkórral való oki vonatkozását mindeddig tagadta, legújabb (1913) azt írja: „A lupus erythematodesnek a gümőkórral való viszonyának kérdését még függőben kell hagynunk. Az összes hypothesisok közül ezidőszert a legjogosultabb az, hogy az az anyag, melyet mi e diagnosis alá foglalunk, gümőkóros és nem gümőkóros eseteket tartalmazhat.

Mindenesetre bevárando, hogy Arndt és Hidaka saválló bacteriumlelete más oldalról is megerősítést nyer-e, kimutatja-e a további kutatás annak állandó előfordulását az elváltozásban s főleg megerősíti-e pozitív állatojtás ez állandóan jelenlevő bacteriumok gümős természetét. De ha e cautelák teljesülnének a jövőben — beleértve, hogy Arndt és Hidaka-nak nem a Much-féle granulák, hanem a Ziehl szerint festődő saválló bacteriumlelete megerősítést nyer, avagy a vitás pálczikabacteriumok tekintet nélkül eltérő festődésükre azonosan tuberculosisokozóknak bizonyulnának a jövőben —, akkor a lupus erythematodes discoides, illetve annak bizonyos ma még el nem különíthető esetei, nem is a tuberculidok, de a bacillaris tuberculodermiák közé lesznek sorolandók.

Éppen úgy, mint az erythematodes eseteiben, a Bazin-féle erythema induratum eseteiben is megtalálták egyes esetekben, de nem állandóan, a bacillust Philippson, MacLeod Ormsby, Sidachi és Hidaka.

A folliculitis scrophulosorum eseteiben nemcsak hogy Wolff kimutatta a gümöbacillus jelenlétét, hanem Jacobi és Haushalter tengeri malaczojtás pozitív ojtásokat is végeztek. E kísérletes vizsgálatok e kórképnek a bacillaris tuberculodermiák közé való tartozása mellett szólnának, azonban mint már említettük, gyógyító szer gyanant alkalmazott s oldott virust tartalmazó tuberculin-injectiók alkalmazásakor magunknak is volt alkalmunk több esetben észlelni, hogy e kétségtelenül gümős természetű elváltozás typusos kiütéscsoportjaival szinte eruptív módon jelent meg rögtön generalizálódva, symmetriásan, de mindig oly egyéneken, a kiből az alkati gümőkór is jelen volt. A kiütésnek ez eruptív módon való keletkezése peripheriásan nem terjedő, generalizált volta ellentmond a bacillaris tuberculodermiák jellegének s a toxicodermiákra utal még akkor is, ha az úgy is magyarázható, hogy a bőrben előzőleg deponált inactiv gümős góczok éppen tuberculidagok hatása alatt activvá váltak s ekként a közismert bőrelváltozást provokálták (Jadassohn). Hogy e magyarázat nem nélkülöz minden alapot, az a luessel való analogiával bizonyítható. A syphilisben beigazolódott, hogy az ú. n. másodlagos generalizált bőrtünetek helyén spirochaeta-góczok még a szemmel látható tünetek elmúlása után is hosszú időn át megmaradnak s ha e spirochaeták valamely ok folytán újra aktivvá válnak, ismét ugyanazon a helyen vagy a körül újabb eruptiót hoznak létre (syphilisrecidiva).

E magyarázatot felemlítjük oly hozzáadással, hogy csakugyan nem zárható ki az, hogy a folliculitis scrophulosorum egyes esetei ily localis pathogenesis alapján fejlődnek ki, de az esetek túlnyomóan nagyobb számában azoknak haematogen eredetre utaló jelentkezésmódja, a bacillaris tuberculodermiákkal homlokegyenest ellenkező jellege, továbbá azok az

esetek, midőn még előtt bacteriumtesteket sem, hanem oldott virust tartalmazó tuberculinok alkalmazása után jelentkezett a typosus folliculitis scroph., a mellett szólnak, hogy e körkép megjelenésének nem szükségképpen feltétele a gümöb bacillusnak a bőrelváltozás helyén való jelenléte, sőt plausibilis az a nézet is, hogy a circulatio útján odasodott gümöb bacillus csak utólag telepszik meg egyes laesiókban. Az Uhlenhuth-féle antiformin és a Stäubli-féle eljárások alkalmazása óta bebizonyult, hogy nemcsak a hevenyész, de az idősült, nyílt és zárt tuberculosisek eseteiben, ha nem is állandóan, de a kórokozók időnkint jelen vannak a vérben, s nem is oly ritkán, mint azt még rövid idővel ezelőtt hitték. S így a bacteriumoknak e letelepedése bármily származású bőrlaesióban, a hol a circulatio amúgy sem normalis, könnyen elképzelhető.

A mint a folliculitis scrophulosorum, akként a *tuberculus papulo-necrotica* eseteiben is a kiütés egész jelentkezése annyira a haematogen eredetre utal, hogy az affectiónak a gümös alapon létrejött toxicodermiák közé való sorolásának jogosultságán itt sem változtathat az, hogy egyes esetekben elvéve a gümöb bacillus az affectióban magában jelen van-e vagy sem.

Dolgozatunkban már jeleztük, hogy a gümőkór vírusa nemcsak specifikus gyuladós állapotokat s így sajátos körképeket provokálhat a bőrön, hanem éppúgy mint más szervben, minden jellegzetességet nélkülöző folyamatok előidézője is lehet azért, hogy a bőrsejtek assimilatióját befolyásolja és megváltoztathatja a bőr mirigyeinek működését s így közvetve oka lesz különféle banális bőraffectióknak. Így okozója lehet a többi közt azoknak az erythemáknak, melyek a meningitis tuberculosa-hoz csatlakozva, mint „taches meningitiques“-eket irt le már *Trousseau*, melyek egymagukban ugyan nem körjelzők, miben sem különbözvén más körökotani alapon keletkezett erythemáktól, s csupán egyéb tünetek jelenlétében nyernek pathognomonistikai fontosságot.

Legújában *Abderhalden* genialis optikai és dialyzáló módszereivel gravidákon a vérsavóban oly fermentek létezését mutatta ki, melyeket a szervezetben ugyan normalisan jelenlevő, de a vérhez idegen („körpereigen und blutfremd“) s a circulatióba jutott kellőképp szét nem bontott chemiai anyagok váltanak ki. Az *Abderhalden*-féle reactio tanulsága arra is utal, hogy a graviditas és menstruatio alkalmával támadó bőrlaesiók (urtica, erythema) eredete is ilyen, a normalis szervezetnek ugyan alkotórészt tevő, de kellőképpen szét nem bontott állapotban a vérkeringésbe jutott chemiai anyagokra vezethető vissza. S ha még a szervezet normalis alkotórészeit tevő anyagok is provokálhatnak bizonyos körülmények között banális bőrlaesiókat, annál inkább létrehozhatják azokat — mint már előbb kétségtelenül igazoltatott — nemcsak a vérre, de egyenesen a szervezetre fajidegen anyagok (idegen fehérjék, *Bordet*), mint a milyenek nemcsak a bélbeli assimilatio zavarai („enterogen urticaria“) állnak elő, hanem a milyenek a pathogen mikroorganizmusok — *köztük* a gümöb bacillus, az ubiquitaer fertőzést okozó pyogen mikroorganizmusok stb. — bomlási és anyagcseretermékei s a milyeneknek tekinthetők a therapiiai célból alkalmazott serumok egy része is („serumexanthemák“).

Hogy a szervezetben keringő gümös méreg a bőr mirigyeinek működését is megváltoztatja, azt úgyszólván naponta tapasztaljuk a phthisisesek fokozott izzadásakor. Itt tehát a circulatióban levő gümőkóros vírusnak a mirigyműködésre való közvetlen befolyása jut érvényre a nélkül, hogy azért bárki is a hyperhidrosist a gümőkóros megbetegedések közé sorozná.

Ilyképpen a gümőkór vírusa számos más bőraffectio okozója lehet, mely elváltozások azonban nem lévén specifikusak s egészen más körökotani alapon is létrejöhetnek, a bőr gümőkóros elváltozásai közé jogosan nem számíthatók.

Valószínű, hogy még nem teljes a bőr specifikusan gümös megbetegedéseinek sorozata s várható, hogy a jövőben még egyéb, ma még ismeretlen aetiologiájának tartott betegségről fog kiderülni annak gümös természete; de e

megbetegedéseknek a tuberculosissal való oki kapcsolata ma még annyira hypothesis, hogy nem tartanók helyénvalónak azokat már ma e csoportban fel is említeni.*

Jelentés

a háború esetén szükségessé váló polgári egészségügyi segítő szolgálatnak béke idején való előzetes szervezéséről.

Irta és a Budapesti Kir. Orvosegyesület igazgató-tanácsa elé terjesztette:

Dollinger Gyula dr., bizottsági elnök.

(Vége.)

B) Az ápolónők kérdése.

(A hivatásszerű ápolónők és az önkéntes ápolónők.)

A betegápolás tulajdonképpen a nők feladata, a férfi erre a hivatásra ritkábban alkalmas. Szükség van reá a betegápolásnak nagyobb erőfeszítéssel járó és némely specialis műveleteinél, de a betegápolásnak nagy türelmet és önfeláldozást igénylő része leginkább a női nemre hárul.

Jól képzett ápolónő nélkül a betegek gyógykezelése a legnagyobb nehézségekbe ütközik és az orvos munkája megtízszereződik. Angliában már évtizedek óta a magánjótékony-ság óriási összegeket áldoz az ápolónői képzőintézetek fenntartására és fejlesztésére és Németország is dicséretes buzgalommal követi újabban Anglia példáját, minálunk azonban e téren mindaddig csak a Vöröskereszt-Egyesület teljesített teljes elismerést érdemlő működést és újabban a Gondviselés-Egyesület követi e téren nagy buzgósággal.

Azonban ezen két egyesület eddigi működése a rendelkezésre álló csekély anyagi eszközök folytán a béke idején való szükségletet sem fedezheti s ez a körülmény indította a Magyar Sebész-társaságot arra, hogy a m. kir. belügyministerium figyelmét az ápolókérdés országos rendezésére hívja fel, legutóbb pedig a belügyminister felszólítására az Országos Közegészségügyi Tanács foglalkozott *Magyarevics Mladen* dr. székesfővárosi tisztii főorvos előterjesztése alapján e kérdéssel.

A tanács mindenekelőtt megállapítja, hogy a mai állapot, a mely szerint bárki minden képesség, értelmiség és előképzettség nélkül a magánéletben vagy pedig közkórházakban mint betegápoló szerepelhessen, tovább nem tartható fenn és ezért a rendezésnek abból az elvből kell kiindulnia, hogy a hivatásos betegápolással csakis képzett és hivatalosan képesített ápolóknak szabad foglalkozniok. Ezek száma azonban a nagy szükséglethez képest ma még elenyészően kevés, úgy hogy az ápolóképzést még akkor is szélesebb alapokra kell fektetnünk, ha egyelőre csupán közkórházainkban óhajtunk képzett ápolókat alkalmazni és a nyilvános jellegű 52 kórházra egyelőre nem vagyunk tekintettel. A felterjesztés mindenekelőtt hangsúlyozza, hogy ha azt akarjuk, hogy kellő intelligentiával bíró egyének ezt a nehéz pályát életpályának válaszsszák, akkor az ápolók anyagi helyzetét meg kell javítanunk. Hogy ezt mi módon óhajtja elérni, annak részletei túlterjednek ezen tanulmány keretén és ezért a referatum e részével nem foglalkozom. A kiválasztott kifogástalan előlélti és anyagi existenciájukban biztosított jelöltek az erre vállalkozó 17 közkórházban külön e célra rendezett egyéves tanfolyamokban ajánlja kiképeztetni. A tanítási terv úgy van összeállítva, hogy az ápolónövendék, a ki a vizsgát sikeresen leteszi, valóban bir mindazon alapismeretekkel, a melyekre szüksége van, hogy a reábízott betegeket sikeresen ápolhassa és a kezelőorvosnak a beteg gyógyításában hasznavehető és megbízható segédmunkása legyen. A 17 tanfolyam évenként 139 betegápolót képezne ki, a kik fokozatosan átvennék egyelőre a közkórházakban elhelyezett betegek ápolását.

* *Megjegyzés.* Ezt a dolgot f. év augusztus havában fejeztem be s szeptember első napjaiban küldtem be az O. H. t. szerkesztőségének s így a „Német Dermatologiai Társaság“-nak szept. 19.-én Bécsben lefolyt tuberkulid discussiójának eredményeit e dolgozatban nem használtam fel.

Az Országos Közegészségügyi Tanácsnak ezen javaslata ha testet ölt, lassanként meg fogja teremteni a képzett ápolók törzscsapatát. Azonban a felterjesztés maga is beismeri, hogy ezen a réven a jelenlegi ápolószemélyzetnek a képzett ápolókkal való kicserélése csak lassan fog megtörténni, úgy hogy egyelőre csupán a 23 közkórházat óhajtja figyelembe venni, míg az 52 nyilvános jellegű kórházra csak „később, esetleg lehetőség szerint“ fog a sor kerülni.

Megengedem, hogy jelenleg áthidalhatatlan akadályok gördüljenek azon terv kivitele elé, hogy az ápolóképzést egyszerre rohamosan vigyük keresztül, úgy hogy nemcsak a közkórházak, hanem a nyilvános jelleggel felruházott kórházak is mind teljesen kiképzett ápolókkal láttassanak el. Hiszen rövid idő alatt ilyen sok alkalmas jelöltet sem tudnánk előállítani, *azt azonban mégis lehetségesnek tartom, hogy az összes kórházakban már most megjavítsuk a betegápolást.* Ezt azzal lehetne elérni, hogy minden kórházban tartatnának a meglévő ápolók számára 4-6 hetes ismétlő tanfolyamok, a melyekben az ápolókkal a legszükségesebb embertani ismereteket közöljük és őket a legfontosabb teendőkre gyakorlatilag betanítjuk. Külön bizonyítványt erről az ismétlő tanfolyamról nem kapnának, hanem azokat, a kik benne szorgalmasan és eredményesen részt vennének, serkentésül némi fizetésemelésben lehetne részesíteni. Azon ápolók, a kik az ismétlő tanfolyamokon különösen alkalmasnak bizonyulnának, ha egyébként a feltételeknek megfelelnek, az egy éves ápolóképző tanfolyamra volnának felvehetőek. Ezen ismétlő tanfolyamokat évenként kellene megtartani és az ezek megtartására vállalkozó orvosokat a minister által a költségvetésbe beállított összegből megfelelően honorálni. Ezen ismétlő tanfolyamokkal ugyan nem szaporítjuk meg a teljesen kiképzett ápolónők számát, hanem mégis gyarapítjuk a meglévő ápolónők tudását és ezáltal már az átmeneti idő alatt is, a mely, fájdalom, nagyon sokáig fog tartani, megjavíthatjuk betegeink ápolását nemcsak a 23 közkórházban, hanem azon 52 nyilvános jellegű kórházunkban is, a melyek különben csak sok esztendő múlva jutnának képzett ápolónőkhöz.

De még az okleveles betegápolók kiképzését sem látom azzal, hogy az egyéves tanfolyamot végighallgatták és a vizsgát lelették, egész életükre befejezve. Ha azt akarjuk, hogy a szerzett ismeretek állandóan meg is maradjanak, *akkor szükséges lesz a képzett betegápolók számára is ismétlő tanfolyamokat rendezni,* úgy, a hogy azokat a vezetésem alatt álló I. számú sebészeti klinikán az ott működő Vöröskereszt-nénékkal segédeimmel évenként megtartatom. A milyen szükséges az orvosi továbbképzés ahhoz, hogy a gyakorló orvos a tanulóévei alatt beszerzett tudományát el ne felejtse és annak újabb vívmányait megismerje, olyan szükségesek ezen ismétlő tanfolyamok a betegápolók számára is. Csak az egyszer előadottak sokszoros ismétlésével válnak azok az ismeretek a betegápolók vérévé, cselekedeteik irányítójává és mennek át teljesen gondolkozásukba.

Azonban mindezek figyelembevételével is sok esztendei kitaró munkára lesz szükségünk, hogy betegápoló személyzetünket azon színvonalra emeljük, a melyet betegeink érdeke megkíván, másrészt pedig, hogy annyi képzett betegápolóval rendelkezünk, a hányra csak a béke idején lesz szükségünk. A háború olyan igényekkel lép elé, a melyeknek ilyen módon eleget tenni nem lehet. És mégis elő kell teremtenünk az ápolónőknek azt az óriási nagy seregét, a melyre háború esetén elkerülhetetlenül szükségünk lesz, ha csak nem akarjuk a visszahozott beteg harcosaink ápolását teljesen avatatlan kezekre bízni. A közelmúltban e themával foglalkozó fejtegetésekből tudjuk, hogy a háború első idejében az osztrák-magyar monarchiának körülbelül 100.000 súlyosan sebesült és körülbelül 250.000 egyébként beteg katonát kell majd elhelyeznie. Ezen 350.000 beteg ápolására körülbelül 500 műtermi ápolóra és 15.000 betegápolóra lesz a monarchiának szüksége, a miből Magyarországra osztrák számítás szerint körülbelül 40.000 sebesült és legalább 100.000 beteg, összesen tehát 140.000 katona esnék, a kiket nekünk kell elhelyeznünk, gyógykezelnünk és ápolnunk. E

célra körülbelül 200 műtős ápolónőre és ott, a hol katonai ápolók működnek, a 100 betegre számított rendszeresített 16 katonai betegápoló mellé 100 betegenként csak 5—5 ápolónőt számítva, 7000 közönséges ápolónőre lesz legalább is szükségünk. A fenti számok azonban nagyon odavetőlegések, mert hogy ebből az óriási betegtömegeből hányat kell Magyarországon elhelyeznünk és hányat az osztrák tartományokban, azt nem lehet a quota arányában kiszámítani. Az függ a harcztér helyétől és számos mellékkörülménytől és éppen azért, hogy minden lehetőségre el legyünk készülve, előre is a legnagyobb erőfeszítésre kell berendezkednünk.

A 200 műtermi ápoló nagyrészt a teljesen jól kiképzett okleveles ápolókból fog kikerülni. A műtőápolónő alapos tudásától, lelkiismeretességétől és megbízhatóságától függ a műtőorvos sikere. Ilyenné az ápolónő csak forgalmas sebészeti klinikákon, kórházi osztályokon vagy sanatoriumokban fejlődhetik *s ezért már most kell róla gondoskodnunk, hogy az ilyen forgalmas műtőtermek jól begyakorolt műtőtermi ápolónője mellé egy-két arra kiválasztott, pedáns munkára alkalmas, szívós egészségű, erős ápolónő rendeltessek,* hogy tőle a sterilizálás számos apró fogásait megtanulják és háború esetére mint kész műtőtermi ápolónők rendelkezésre készen álljanak.

A legnehezebb feladat lesz háború esetére a szükséges 7000 betegápolónőt előteremteni. Láttuk, hogy a tervezett ápolóképző tanfolyamok évenként mindössze csak 139 ápolót tudnak kiképezni. A jövő titka, hogy meddig élvezzük a béke áldásait. De feltéve, hogy még évekig meg leszünk kímélve a háborútól, akkor is ezen képzett ápolónők valamennyien olyan közkórházakban lesznek állandóan alkalmazva, a melyekben háború esetén is fentartandó a civil szolgálat és a melyeknek csak kicsiny részét lehet a hadiszolgálat céljaira átengedni, minek folytán ezen ápolónőknek csak olyan csekély számára számíthatunk, hogy azok sorából a felállítandó ideiglenes katonai kórházak számára a szükséges számú vezetőápolónők is alig fognak kikerülni.

A háború esetére szükséges ápolónőkről óhajtott gondoskodni *Schwartzter Ottó* dr. báró, a midőn *Ibrányi Alice* Vöröskereszt-egyesületi főnöknő, *Kirchner Hermann* altábornagy és *Térffy Gyula* ministeri tanácsos közreműködésével törvényjavaslatot szerkesztett a nők hadegészségügyi szolgálatáról, a mely a folyó év tavaszán hagyta el a sajtót. A törvényjavaslat abból a tételből indul ki, hogy a nők politikai jogaiért folytatott küzdelemnek bizonyos jogosultsága van és bizonyosra veszi, hogy a nők politikai egyenjogúsítása „előbb-utóbb nemcsak tárgya, hanem gyümölcse lesz e küzdelemnek“.

„Ámde az egyenlő jogokkal egyenlő kötelességek is járnak. Ha a nők — joggal — politikai jogokat, az állami élet irányítására való befolyást követelnek, akkor nem vonhatják ki magukat az állam, a haza védelmének kötelezettsége alól sem. Honvédelmi kötelességüknek pedig leginkább betegápolás és általában a hadegészségügy terén felelhetnek meg.“ Ezért a törvényjavaslat a nőket háború idején hadegészségügyi szolgálat teljesítésére, béke idején pedig e szolgálatra való előkészítésre kötelezi. „Hogy a hadegészségügyi szolgálatra kötelezés ne váljék túlságosan terhessé, az alól széleskörű mentességet kell engednünk (9. oldal), hogy lehetőleg minden méltányos mentességi kívánság kielégítést nyerjen. Ezért meglehetősen szűk körre van szabva azoknak a nőknek a száma, a kik ilyen szolgálatra a törvénytől fogva kötelesek“, úgy hogy a javaslatnak törvénytől emelése esetén is szükség lesz önkéntes vállalkozókra (11. oldal). A javaslat indokolásának 6. §-a kimutatja, hogy milyen óriási feladat lenne a magyar szent korona országaiban az 1910. évi népszámlálás szerint élő 10,541.154 nő összeírása és nyilvántartása, a mit azonban a Vöröskereszt igazgatósága készséggel magára vállalna.

A törvényjavaslat azon feltevésből indult ki, hogy a nők politikai egyenjogúsítása az osztrák-magyar monarchiában, vagy legalább is hazánkban már a legközelebbi jövőben be

fog következni és ennek ellenértékét állítja oda a nők hadegészségügyi szolgálatának kötelezettségét.

A törvényhozás tehát az ellenérték elfogadásával a nők egyenjogóságának jogosságát is beismerné és annak behozatalát vagy e törvényjavaslattal egyidejűleg, vagy legalább a legközelebbi jövőben helyezné kilátásba. Azonban a nők egyenjogóságának kérdése még azon államokban is, a melyekben a nők képzettsége és a közéletben, valamint a kereseti pályákon való részvétele sokkal nagyobb, mint minálunk, úgymint Angliában, Németországban és Franciaországban, igen nagy nehézségekkel küzd és a leghiggadtanban gondolkodó államférfiak részéről is nagyon megfontolandó kérdésnek tekintetik. Úgy hogy már ez okból sem valószínű, hogy e törvényjavaslat, a mely a nők választójogának elismerésével van kapcsolatba állítva, minálunk rövidesen törvénynyé váljék.

A törvényjavaslat indokolásában továbbá azt olvassuk, hogy bár a hadegészségügyi szolgálatra kötelezhető nők nyilvántartása óriási feladatot róna a Vöröskereszt-egylet igazgatóságára, mégis e törvénynél fogva a szolgálatra kötelezhető nők száma oly csekély volna, hogy az önkéntesen jelentkező ápolónőkről nem lehetne lemondani. Ez azt jelenti, hogy ha ezen törvényjavaslat nagy politikai küzdelem árán szentesítést is nyerne, a belőle származó haszon nem volna jelentékeny, mert a besorozott nőkből nem kerülne ki a háború esetén szükséges ápolónők száma. Miután pedig a felhalmozott sok politikai gyűjtőanyag miatt sohasem tudhatni, hogy mikor állítatunk hirtelen, máról holnapra a háború kitörése elé, annál kevésbé volna tanácsos a háború esetén szükségessé váló betegápolás rendezését ezen, intencióiban egyébként tiszteletreméltó, de a jelen körülmények között gyakorlatilag keresztül nem vihető törvényjavaslat sorsától függővé tenni, mivel még elfogadása sem biztosítaná a szükséges ápolónők számát.

És mivelhogy annyi sok képzett, hivatásszerű ápolónővel sohasem fogunk rendelkezni, a hányra egy nagy háború esetén szükségünk lesz, nem marad más választásunk, mint hogy más nemzetek példáját követve, a háború esetén szükséges betegápolónőkről hazafias és humanitárius alapon, önkéntes vállalkozás útján gondoskodjunk.

Németországban is volt már szó a nőknek hadegészségi szolgálatra való kötelezéséről, de erről a tervről ott is kénytelenek voltak lemondani és a háború alkalmával való betegápolást, kapcsolatban a német Vöröskereszt-egyesülettel és a patriotikus nőegyesületek közreműködésével, egészen önkéntes alapon szervezték.

A patriotikus nőegyesületek a német leányoknak és asszonyoknak hazafiúi kötelességként tüntették fel, hogy a midőn férjeik és fivéreik harcba indulnak, ők a vörös kereszt jelvényével felvértezve azonnal készen álljanak, hogy a harctérről visszaérkező sebesültek és egyéb nagyszámú súlyos betegek állomásról állomásra kellő ellátásban és a megjelölt kórházba érkezve, azonnal a szükséges ápolásban részesüljenek. Minden nagyobb német városban már évek óta folytak igen czélszerű terv alapján rendezett előkészítő tanfolyamok, a melyek az önkéntes ápolónőket fontos hivatásukra előkészítik. Így például Düsseldorfban *Witzel* tanár fejt ki e téren elismerésre méltó nagy tevékenységet. A háborúba induló férfiak mögött az egész német birodalomban rögtön felvonul a nők önkéntes segítő és ápoló serege, úgy hogy a német katona biztosan számíthat rá, hogy, ha sorsa úgy hozza magával, hogy a háborúból sebesülve vagy betegen szállítják vissza, nem lesz hiányában sem a kellő gyógykezelésnek, sem az ápolásnak. Az önkéntes ápolónők kiképzési tanfolyamait mindenfelé a legjelesebb klinikusok vezetésével mellett a klinikák és kórházak docensei, tanársegédei és orvosai hazafiúi kötelességérzetből tartják meg, úgy hogy az önkéntes ápolósereg kiképzése az államra nagyobb pénzbeli terheket nem ró.

Ajánlom, hogy ezen német minta szerint szervezzük mi is háború esetére az önkéntes ápolóseregünket. Természetes, hogy ehhez mindenek előtt lelkesedés is kell. De végre is gondoljuk meg, hogy az a hadsereg, a mely zászlóink alatt

harcba száll, a mi legszentebb érdekeink kiküzdésére vagy védelmére áll ki az ellenség fegyvere elé, és hogy az nem idegen zsoldoscsapat, hanem a mi véreink, fiaink, testvéreink. Tanuljuk meg már egyszer mi is, hogy erre a hadseregére büszkeséggel tekintünk, örömmel és bánatával együttérezzünk, mert ezt tőlünk teljes mértékben meg is érdemli. Hazánk legdelibb ifjúsága, ennek az országnak a legbecsebb életenergiája vonul fel ebben a hadseregben. Melyik magyar leány merne tétlenül maradni, a mikor arról van szó, hogy betegen hazahozott fiaink ápolásra szorulnak és ha abban nem részesülnek, tönkremennek, és melyik magyar orvos merné magát kényelmi szempontokból azon kötelesség alól kivonni, hogy az önként jelentkező honleányokat a betegápolásra kitanítsa, a mikor az egész magyar társadalom rokonérzése ott van a harctéren küzdő hadseregünkkel, szíve együtt vérzik a sebesültekkel és együtt szenved a betegekkel. Sok közömbösségnek voltam már tanuja. Ez esetben kizártnak tartom azt, mert hiszen a humanizmuson kívül legfőbb érdekeink is azt parancsolják, hogy a háború rémeinek kisebbitésére és az ott szerzett sebek és betegségek gyógyítására mindent elkövessünk, a mi tőlünk telik.

Egyesületünknek most csupán az a feladata, hogy a háború esetén szükséges ápolónői szolgálat szervezésekor szem előtt tartandó elvek iránt tegyen javaslatot. A részletes szervezést a magyar Vöröskereszt-egylettel karöltve ajánlom elintézni, mert ez van rá törvényileg felhatalmazva, hogy a hadsereg hivatásos egészségügyi közegeinek a betegápolás kérdésében segédkezet nyújtson és ennek hazánk egész területén szétszórt fiókintézetei volnának elsősorban hivatva a szükséges, legszélesebb körű agitációt mindenütt megindítani, a központ által elkészítendő szabályzat szerint az önkéntes ápolónők képzését a központban és a vidéki fiókintézetek útján szervezni, a kiképzett önkéntes ápolónőket nyilvántartani és szolgálati beosztásuk iránt a központnak javaslatokat tenni.

Az önkéntes ápolónők csupán arra lesznek kötelezhetőek, hogy háború esetén lakóhelyükön tegyenek a vörös kereszt jelvénye alatt szolgálatot. Mindenekelőtt a hazánk területén működő katonai egészségügyi intézetekhez kellene annyi önkéntes ápolónőt beosztani, hogy minden 100 katona mellé az őket megillető 16 katonaápolón kívül még 4—5 önkéntes betegápolónő jusson. A többiek osztagokba sorozva, minden csapat élén egy-egy kiképzett ápolónővel, már béke idején azon állandó vagy ideiglenes polgári kórházakban lennének nyilvántartva, a melyekben háború esetén hivatva lesznek szolgálatot teljesíteni. Lakóhelyükön kívül csupán azok lesznek alkalmazhatóak, a kik erre önként vállalkoznak. Ezen hazafias verbuválás ne szorítkozzék csupán betegápolónőkre. A szervezendő kórházak orvosainak egy része és adminisztratív tisztviselői is ez úton lesznek nagyobbára beszerzendők.

Azt hiszem, hogy ez az önkéntes vállalkozás az egyedüli módja annak, hogy azt a 7000 ápolónőt, a kire háború esetén Magyarországnak szüksége lesz, biztosítsuk, és mivel ezek az intelligencia köreiből fognak kikerülni, betegeink ápolása ezek kezeiben lesz a legjobban letéve.

C) A kórházak és személyzetük.

Ezek után még a kórházakról kell szólanom és a kórházi személyzetről.

Összehasonlító számításokból arra lehet következtetni, hogy a mint az előző fejezetben már feltüntettem, egy nagy háború esetén a monarchiának körülbelül 100.000 sebesült és körülbelül 250.000 nem sebesült beteg katona elhelyezéséről kell gondoskodnia, a miből Magyarországra esetleg mintegy 140.000 beteg katona juthat. Azonban ez a szám csak nagyon odavetőleges számítás eredménye. Annyi előre nem látható mellékkörülmény befolyásolja azt, hogy a segélyre szorulókat számát előre gyanítani sem lehet. Hogy tehát semmi meglepetés se érjen, legyünk az elhelyezendő betegek számát illetőleg is a legnagyobb erőfeszítésre elkészülve. Az az óriási számú beteg, a mely háború esetén hazánkat el fogja áras-

tani, a meglévő katonai egészségügyi intézeteinkben nem fog elhelyezést találni és mivel polgári kórházaink fekvőhelyeinek legnagyobb részére háború idején is a polgári betegeknek lesz szükségük, sőt a háborútól majdnem elválaszthatatlan járványok esetére a meglévő polgári kórházakat még ki is kell majd bővíteni, a nagyszámú beteg katona elhelyezéséről rögtönzött ideiglenes kórházak útján leszünk kénytelenek gondoskodni.

Nem terjeszkedem ki ezen ideiglenes kórházak szervezésének részletezésére, sem arra, hogy mennyi és milyen munkával fog ez járni. Némi előízét éreztük, a mikor az első balkáni háború kitörésekor a háború veszélye fenyegetett. Nem is annyira a szükséges kórházi bútorok és felszerelések beszerzése ilyenkor a legnehezebb feladat, bár ez sem könnyű, mivel háború esetén a legtöbb műhely a munkások bevonulása miatt csak csekély munkaerővel rendelkezik, hanem legnehezebb a kórház egész személyzetének rögtönzött összeállítása. Ezért mindenekfelett fontosnak tartom, hogy ez a szervezkedés ne akkor történjék meg máról-holnapra, a mikor annak már működésbe is kell lépnie, hanem hogy az már béke idején vitessék keresztül, a mikor erre megvan a kellő idő és munkaerő. Minden felállítandó ideiglenes kórház számára tehát már előre, béke idején meg kell állapítani az egész orvosi, ápolói és adminisztratív személyzetet. Ezeknek a kereknek már béke idején épp úgy készen kell állaniok, a mint a hadsereg keretei mindig készen vannak. Mindenkinek, a ki háború esetén valamely rögtönzött kórháznál teljesítendő szolgálatra önként vállalkozik, vagy oda hivatalból ki van rendelve, már béke idején ajánlati lapot kell kapnia, a melyen meg van jelölve a hely és a szolgálat, a hová háború idején be kell vonulnia. Minden tervezett ideiglenes kórháznak kell, hogy meglegyen egész személyzetéről a maga törzskönyve, a melyet nem elég egyszer megszerkeszteni, hanem a változó személyi körülmények folytonos szemmel tartásával állandóan kell vezetni, arról pedig, hogy az csakugyan megfelel-e a valódi viszonyoknak, az időnként tartandó ellenőrzési szemléken kell meggyőződni.

Ez a nagy munka a Magyar Vöröskereszt-Egyesületre hárul és az ebből származó költségtöbblet viszont azt teszi szükségessé, hogy fizető tagjainak jelentékeny megszorítása érdekében nagyszabású agitációt fejtsen ki.

Mindezt az óriási munkát jól elvegezni csak béke idején lehet. Lehet, hogy az egészséget hiába végezzük, hogy előkészületeink mindig csak arra valók lesznek, hogy az időnként megtartandó ellenőrzési szemléken és gyakorlatokon mosolyogva üdvözljük egymást, de ha ilyen módon készülünk fel és a háború rémé reánk üt és a közlekedési eszközök garmadában öntik a harctérről visszaküldött súlyos sebesülteket és betegeket, akkor azok itthon puha fekvőhelyre, jó orvosi gyógykezelésre, gondos ápolásra és jó ellátásra fognak találni és ezzel tartozik a nemzet azoknak, a kik a felséges Király felhívására és a törvény kötelező parancsára egészségüket és életüket tették kockára a haza szent érdekeiért.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

R. Imhofer (Prag): Die Ermüdung der Stimme (Phonasthenie). Würzburg, Verlag von C. Kabitzsch, 1913.

A phonasthenia fogalma alá vont functionalis hangzavarokat tárgyaló és 5 fejezetre osztott művének I. fejezetében a szerző történelmi visszapillantást vet a phonasthenia tanának fejlődésére; noha egyesek már régebben is becses adatokat szolgáltatottak, e tan tudományos kiépítése *Flatau* (Berlin) érdeme, kinek a szerző művét ajánlotta. A II. fejezetben a phonasthenia lényegét és klinikai képét tárgyalja s a phonastheniát így definiálja: *A phonasthenia oly hangzavar, melynek lényege abban áll, hogy egy bizonyos, a hangszalag-izomzatra átvitt akaratimpulsus nem jár már azon effectus-*

sal, a melyet normalis viszonyok között eredményez. A hangszalagapparatus a szerző szerint csak akkor működik helyesen, ha *functioja a legkisebb erő kifejtéséve szerint történik*, vagyis ha egy meghatározott hang képzésére az ehhez szükséges erő minimuma használtatik föl és nem több, tehát ha a hangszalagfeszítők és antagonistáik működésüknek éppen akkora mértékét fejtik ki, a mekkora szükséges, hogy a hangszalagok a kívánt teljesítményre beállítassanak. Ha ez nem így van, *intonatiós hangzavarok* állanak elő, ú. m.: 1. az ú. n. *detonatio*, a mikor a hang mélyebben intonáltatik, avagy helyesen intonáltatik, de nem tartható a helyes magasságban s a hang leszáll; 2. a hang tisztátlan hangzása, a mikor a hangot sajátos húgódörzs-zöreje kíséri; 3. a hang *continuitásának* zavara, a mikor a pianóban intonált hang kitarása és *decescendója* nem sikerül, a hang hirtelen megszakad. Az intonatiós zavarok kezdetben csak néhány, a mell- és fejregister határán levő hangra szorítkoznak, de később mind több hangra kiterjeszkednek és utóbb majdnem a hang egész terjedelmére vonatkoznak; legresistensebbek a mély mellhangok; a baj tovahaladásával végül bekövetkezik a „*phonikus collapsus*“, a mikor bizonyos hangoknál a hang teljesen felmondja a szolgálatot. Részletesen leírva a laryngoskopice látható elváltozásokat — hurutos tünetek („*kifáradási hurut*“), az aryporcok keresztveződése stb. — és a subjectiv tüneteket, a phonasthenia három alakját különbözteti meg, ú. m. *az énekesek phonastheniáját* (phonasthenia sensu strictiori), a szónokok (papok, tanítók, színészek) *rheseastheniáját* és a vezényszavakat kiáltók (katonák) *kleseastheniáját*. E fejezet befejezésétül a phonasthenia acutát írja le, mely igen nagyfokú működés-zavarral jár, úgyszólván teljesen negatív laryngoskopiai lelet mellett; a hang pihentetésére gyorsan meggyógyul. A III. fejezetben részletesen tárgyalja a baj *aetiologiáját*, mely két főcsoportra oszlik: az elsőt oly ártalmak teszik, a melyek magát az izomzatot érik és képtelenné teszik, hogy normalis impulsusra rendesen reagáljon, ilyenek egyes általános szervezeti bajok (főleg anaemia és chlorosis, influenza stb.), psychés befolyások, menses, graviditas, hibás localis therapiás beavatkozások; a felső légutak idősült hurutos elváltozásai disponáló momentumként szerepelnek; a második csoportba azok a tényezők tartoznak, a melyek a priori nagyobb erő kifejtést eredményeznek a hang készítéséhez, mint a milyen a legkisebb erő kifejtésévének megfelel; ezeket a hang hibás iskolázása és hibás felhasználása szolgálta. A IV. fejezetben *a diagnost és prognost* tárgyalja. Az előbbi az anamnesisen és objectiv vizsgálaton alapul; e vizsgálat tárgya a laryngoskopia, a hang *functiovizsgálata* és a defectusos hangok fellelése után a zavarnak a „*klinikai kiegyenlítés módszereivel*“ (*Flatau*) való vizsgálata. Ez utóbbiak: *activ és passiv compensatio* (a hibás lélekzési mechanizmus, a nyelv, az ajkak stb. hibás tartásának korrigálása), az elektromos kiegyenlítés, az elektrisatio és gégecompressio kombinálása, az intendált hang rezgésszámának megfelelően szabályozott gégevibratio és a hangszalagok kinyújtása (a nyelv kihúzása a *Flatau*-féle kézfogás útján). Mindezek közül legfontosabb az *elektromos kiegyenlítésre* való vizsgálat, mely azon alapszik, hogy 1. a normalis és tisztán intonált hang a hangszalagokon az intonatio pillanatában átvezetett farados áramra magasabbra megy fel és 2. az intonatiós zavar az intonatio pillanatában alkalmazott farados áramra kiegyenlítődik. Az utolsó fejezetben a baj therapiáját írja le. Fontos a prophylaxis; a therapiában figyelemmel kell lennünk az általános állapotra (anaemia, chlorosis, neurasthenia), csak ritkán szükséges a légutak localis kezelése; egyebek között óva int a „*kifáradási hurut*“-nak erősebb concentrációjú edzőszerekkel (argent. nitr.) való kezelésétől és figyelmessé tesz arra, hogy *tonsillectomia után* a resonálócső egyenletes megfeszítése nehezítetté válik, a miből az *énekhangra káros következmény* származik. A phonasthenia orvoslásának magvát a *hanggymnastikai kezelés* teszi s a legfontosabb az elektromos kiegyenlítés. Mindezek azonban nagy apparatust igényelnek; zongora vagy harmonium, de legalább is hangsípok és hangvillák, specialisan szabályozható elektromotor stb. szükségesek s a

mi nagyon fontos, az orvosnak jó zenei hallással is kell bírnia!

A világos nyelvezettel és gördülékeny stílusban megírt munkában a szerző tárgyat nagy alapossággal tárgyalja, de a tárgya iránti entusiasmusától elragadtatva, helyenként kissé elveti a sulykot. Igen élesen hadakozik a laryngologiai gyakorlat némely visszassága ellen. Az énekesek éneklésre képes vagy képtelen állapotának elbírálását csakis a laryngoskopiai lelet alapján, a hang functiovizsgálatának megejtése nélkül *műhibának* mondja és szerinte az orvos az énekesre származó összes káros következményekért teljes mértékben felelőssé teendő! Az instructiv munkából a laryngologusok azt a tanulságot vonhatják le, hogy a beszéd- és énekhang functionalis zavarainak kezelése nagyon beható tanulmányt igényel, a mihez azonban sok egyeben kívül, mint már mondtam, jó zenei hallás is szükséges. A tárgy iránt érdeklődő orvosoknak a munka nagyon ajánlható. *Safranek János dr.*

Új könyvek.

A. Hoffmann: Die Elektrographie als Untersuchungsmethode des Herzens. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 14 m. — *A. Horner*: Der Blutdruck des Menschen. Ergebnisse der Tonometrie. Wien, M. Perles. 6 K. — *Ph. Jolly*: Kurzer Leitfaden der Psychiatrie. Bonn, Marcus und Weber. 4.80 m. — *B. Laquer*: Mässigkeit und Enthaltsamkeit. Alkohol und Nachkommenschaft. Alkohol-Forschungs-Institute. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1.80 m. — *V. Mentherger*: Entwicklung und gegenwärtiger Stand der Arsenotherapie der Syphilis, mit besonderer Berücksichtigung des Salvarsans und des Neosalvarsans. Jena, G. Fischer. 9 m. — *E. Hoffmann*: Fortschritte in der Erkennung und Behandlung der Syphilis. Dauererfolge der kombinierten Quecksilber-Salvarsanbehandlung. Bonn, Fr. Cohen. 1.60 m. — *J. Pelnar*: Das Zittern, seine Erscheinungsformen, seine Pathogenese und klinische Bedeutung. Berlin, J. Springer. 12 m. — *H. Rohleder*: Die Funktionsstörungen der Zeugung beim Manne. Leipzig, G. Thieme. 5.80 m. — *G. B. Gruber*: Über Histologie und Pathogenese der circumskripten Muskelverknöcherung. Jena, G. Fischer. 4.50 m. — *E. Bibergeil*: Berufs- und Unfallkrankheiten der Bewegungsorgane. Stuttgart, F. Enke. 3.20 m. — *F. Laupheimer*: Der strafrechtliche Schutz gegen geschlechtliche Infektion. Berlin, Allgemeine Medizinische Verlagsanstalt. 2 m. — *A. Schmidt*: Klinik der Darmkrankheiten. Stuttgart, F. Enke. 23 m. — *W. A. Freund*: Leben und Arbeit. Gedanken und Erfahrungen über Schaffen in der Medizin. Berlin, J. Springer. 5 m. — *H. Lenhart*: Mikroskopie und Chemie am Krankenbett. 7. Auflage. Berlin, J. Springer. 10 m. — *L. Jakobsohn*: Klinik der Nervenkrankheiten. Berlin, A. Hirschwald. 19 m. — *P. H. Gerber*: Die Untersuchung der Luftwege. Würzburg, C. Kabitzsch. 2 m. — *F. Nagelschmidt*: Lehrbuch der Diathermie. Berlin, J. Springer. 10 m. — *H. Quincke*: Wandlungen der Medizin in Wissenschaft und Praxis. Berlin, J. Springer. 1 m. — *O. Berner*: Die Cystenniere. Studien über ihre pathologische Anatomie. Jena, G. Fischer. 25 m. — *H. Sellheim*: Die Geburt des Menschen. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 15 márká.

Lapszemle.

Belorvostan.

A keringő vérben kimutatható tuberculosis-bacillus jelentőségét fejtegeti *Kachel*. E bacilluslelet jelentőségét csökkentti az a tény, hogy nemcsak miliaris tuberculosis, phthisis eseteiben, sőt a tuberculosisnak legenyhébb alakjaiban is kimutatható a bacillus, hanem pl. *Kennerknecht* nem tuberculosusnak, *Kurashige* pedig ép egyéneknek a vérben is fellelte a bacillust. A malacizálás eredményei is teljesen különböző eredményre vezettek. Igen fontos a vizsgálat alkalmával, a vérvételkor s az üvegedények használatakor a legmesszebbmenő tisztaság és asepsis.

Vizsgálati eredményei a következők voltak: 5 súlyos tüdőtuberculosis közül 4-ben, 21 scrophulosis közül 5-ben sikerült a saválló pálczika kimutatása a keringő vérben. 6 egyéb bajban szenvedő s 5 ép egyén vérenek vizsgálata negatív eredményre vezetett.

45 állatkísérlet közül pozitív volt 7. Positív volt az eredmény súlyos tüdőtuberculosis 3, scrophulosis 3 esetében s 1 ízben csúcsfolyamatban.

Diagnostikai és prognostikai jelentőségét a pozitív leletnek csökkentti az a körülmény, hogy a saválló pálczikák nem minden esetben virulens tuberculosisbacillusok. A pálczikák természetének megállapítása kérdésében döntő szerep az állatkísérletnek jut. (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul., 1913, 28. köt., 2. füz.) *Galambos dr.*

Chronikus nephritis eseteiben végzett vércukorvizsgálatainak eredményét ismerteti *L. Borchardt* és *W. Bennigson*. Ismeretes *Neubauer* vizsgálatai óta, hogy nephritis eseteiben elég gyakran hyperglykaemia fordul elő. Ennek oka nem ismert és nagyon sokféleképpen igyekeztek magyarázni. A szerzők vizsgálataik alapján megállapítják, hogy chronikus, láz vagy uraemia által nem komplikált esetekben hyperglykaemia található mindannyiszor, valahányszor NaCl-, illetve N-retentio mutatható ki. Normalis NCl- s N-kiválasztás mellett a vércukortartalom normalis. A NaCl-retentio és a hyperglykaemia oka közös, az által jönnek létre, hogy a húgycsatornácskákban a Cl, illetve cukor visszasiódása csökkent. (Münch. med. Wochenschr., 1913, 41. sz.)

Galambos dr.

Sebészet.

Az ileus és appendicitis összefüggéséről ír *W. Wiegels*.

Az appendicitis majdnem minden stadiumában vezethet ileusra. Súlyos appendicitis első napjaiban már jelentkezhetnek bélelzáródásos tünetek. A betegség elhúzódásával meg éppen elég gyakoriak a *Ruge* és mások által ismertett atoniás bélelzáródások. A szerző az utolsó 10 évben összegyűjtött 9 esetben háromszor acut appendicitisben a 4., 22. és 12. napon a műtét után jelentkeztek ileus tünetei. Ezen esetek mindegyikében abscessus volt az appendix körül található, azonban a tályogok nem voltak oly nagyok, hogy a bélpassage mechanikai akadályát idézték volna elő, hanem 2 esetben a bél megtöretése volt az ileusos tünetek oka, egy esetben pedig az appendicitisben kívül a vékonybélnek egy lenőtt appendix epiploica által való leszorítása idézte elő azt. Az appendicitis utáni bélelzáródás késői eseteiben (6 eset) vagy a beleknek kiterjedt összenövésai, vagy álszalagok képződése okozta az ileust. A klinikai tünetek a szerint jelentkeznek, hogy a bél komprimált-e, avagy valamely köteg által strangulált. Az első esetben a tünetek enyhébbek, az utóbbiban hevesebbek. Hogy a bélelzáródás appendicitis következménye, azt könnyen megállapíthatjuk, ha az appendicitis és ileus tünetinek kifejlődése közötti idő pár nap. Tévedésre adhatnak az aetiologia szempontjából az olyan esetek, melyekben az appendicitis műtét nélkül gyógyult, vagy pedig a műtét után évekkel fejlődött ki az oclusio. A therapia természetesen az ok megszüntetésében álljon. Az abscessust meg kell nyitni, a bél megtöretését megszüntetni, a leszorító kötegeket eltávolítani. Legtöbbet tehetünk a prophylaxissal; a tapasztalat t. i. azt mutatja, hogy korán operált appendicitis eseteiben az ily complicatiók igen ritkán fordulnak elő. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 30. sz.) *Ifj. Hahn Dezső dr.*

Idegkórtan.

Tengelyfonálnak in vitro való regenerációja sikerült *Ingelrigtsen*-nek a Rockefeller-intézetben (New-York). *Carrel* és *Burrow* módszere szerint ültetett át fiatal macskából vagy tengeri malaczból csigolyaközi dűcz- és kisagyvelő-darabkákat plasmába. Az élő készítményen közvetlen észlelte az átmetszett tengelyfonalak kinövését s amoeboid mozgását; a festett készítmények is kétségen kívül mutatnak a plasmában teljesen önállóan növekedő, minden kötőszöveti vagy neuroglia-sejtől független tengelyfonalakat; ezek nem közlekednek egymással. Ezen kísérleti tapasztalatok az idegpathologia számos fontos tételét erősítik meg. (Münchener med. Wochenschrift, 1913, 4. sz.) *L.*

Szülészet és nőorvostan.

Általános és helybeli infectio eseteiben újabb therapiás kísérleteket végzett *Edelmann* és *Müller*. A modern chemotherapia ismeretei alapján a szerzők egy általuk összeállított vegyszerrel végeztek gyógykísérleteket infectious megbetegedések eseteiben. A gyógyszer a methylenkéknek és ezüstnek kolloidos összetétele. Mindkét componenst előnyösen ismerjük az infectious betegségek gyógykezelésében. Az

előállított gyógyszer intenzív kék, jól oldódó por, a mely 24% ezüstöt tartalmaz. Bactericid tulajdonságait illetőleg 1:160.000 hígításban csiraölő hatású a közönségesen ismert genyeltőkkel szemben; a vérben 1:30.000 hígításban sterilizálólag hat; 1:80.000 hígításban pedig a bacteriumok fejlődését még gátolja.

A kedvező eredményű állatkísérletek után a szer nem bizonyult mérgezőnek a gyakorlatban. A praeparatum 0.10—0.40 gr.-nyi mennyiségét 5—10 cm³ vízben oldva, s az így készített oldatot subcutan vagy intramuscularis injectiók alakjában adva a betegek jól tűrték, csekély fájdalmat leszámítva.

Az általános infectiosus megbetegedések eseteiben adott alig néhány injectio csaknem mindig kedvezően befolyásolta a kórfolyamatot. Egyes esetekben mindjárt az első injectio után prompt leesett a láz. Különösen biztatók a staphylo- és streptosepsisek alkalmával végzett kísérletek. Hasonlóképpen kitűnő a hatás acut polyarthritisek eseteiben is. Kevésbé voltak befolyásolhatók a pneumoniás és általános tuberculosus folyamatok.

Helybeli infectio, nevezetesen furunculosis, bubo, localis gonorrhoea eseteiben mindenütt kedvezőek az eredmények. A furunculosisokba befecskendezett kis gyógyszer mennyiségek feltűnő gyors gyógyulást eredményeztek, úgy hogy a sebészi kezelés csaknem mindig el volt kerülhető.

A gyógyszer ma még csak a kísérleti stadiumban van; a gyógykezelt esetek száma még csekély. Intravenás adagolást még nem kíséreltek meg. Ugyancsak erősen fokozható az adag is, a melylyel még idáig az elérhető maximumon messze alól maradtak. A jövőben, ha az adagolás módja és a gyógyszer adagolása tökéletesedik, feltétlenül szép eredmények várhatók, úgy szintén ki kell, hogy alakuljanak a gyógyszer alkalmazásának egyes indiciói is. További kísérletek az előbb jelzett irányokban folynak. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 47. sz.) Szénásy dr.

Gyermekorvostan.

A gyermekkori tracheobronchialis mirigyek radiologiai ismeretéről közöl tanulmányt *D'Oelsnitz és Paschetta*. A szerzők a peribronchialis mirigyek túltengésének diagnosztikájában a radiokopiát előnyben részesítik a radiographiával szemben. A peribronchialis mirigyek érzéktésekor eddig a frontalis helyzetet használták, pedig ha azt tartjuk szem előtt, hogy a tracheobronchialis mirigyek nagy része a mediastinum posticumban van elhelyezve, be fogjuk látni, hogy ez a helyzet elégtelen, mert a mirigyek nagy részét a szívárnyék fedi, ezért a vizsgálat alkalmával szükség van a jobb- és bal oldali elülső és hátulsó ferde és bal elülső és hátulsó ferde helyzetre is. Vagyis teljes tájékozást csak akkor nyerhetünk, ha a vizsgálatot elülről hátra, oldalról és végül a jobb elülső ferde helyzetben végezzük. A szerzők ezután a normalis thorax Röntgen-képét írják le különféle helyzetekben, többek közt a ferde helyzetben, még pedig az elülső jobb ferdeben, mikor is a szívárnyék és gerincoszlop közt egy világos terület (espace clair retrocardiaque) látható. Ez a világos terület a normalis esetekben a hilus magasságában 1—2 ujjnyi széles árnyéktól van megszakítva. A teljes oldalnézetekben a retrocardialis világos terület kifejezettebb és a hilus magasságában nincs árnyék által elválasztva. A szívárnyék előtti világos rész (espace clair précardiaque) rendszeren thymushypertrophia eseteiben mutat árnyékolttságot.

Pathológiás viszonyok közt frontalis nézetben a peribronchialis és tracheobronchialis mirigyek a szív mellett főleg jobboldalt adnak árnyéket, úgy hogy a szívárnyéket sok esetben megnagyobbítják. A mirigyek vagy alul adnak árnyéket (basse vagy diaphragmatique), vagy magasan (haute vagy retrosternale). Oldalsó és ferde nézetben pathológiás viszonyok közt a szív mögötti és gerincoszlop előtti világos terület részben vagy egészen sötét árnyéktól fedett. Az árnyék lehet felül vagy alul, vagy az egész retrocardialis terület sötétnek látszik, lehet továbbá, hogy a világos terület közepe van kisebb kiterjedésű szigetformájú árnyék.

A frontalis és lateralis átvilágítás így kiegészíti egymást, mert ha frontalis átvilágításkor nem is találunk pathológiás mirigyárnyéket, oldalátvilágításkor súlyos elváltozásokat is láthatunk.

A szerzők felhívják a figyelmet azon tévedésekre, melyek abból erednek, hogy a tracheobronchialis mirigyárnyékek oly intenzívek és úgy vannak lokalizálva, mintha tüdőfolyamatok volnának és viszont. Thymushypertrophia is sokszor adnak a peritrachealis mirigyekéhez hasonló árnyéket.

A radiokopia segítségével hozzávetőleg megállapítható az is, hogy a tracheobronchialis mirigyek acut duzzanatával vagy mirigy-tuberculosisal van-e dolgunk. Ha a mirigyek nagyságában, az árnyék intenzitásában progrediálás észlelhető, vagy legalább is csak lassú visszafejlődés mutatkozik, akkor gümőkóros mirigyekre gondolhatunk, ha ellenben a mirigyárnyékek csak tüdőfolyamatokhoz csatlakoznak és a tüdőfolyamattal együtt az előbbieket is visszafejlődnek, akkor heveny mirigyduzzanatokra következtethetünk.

A Röntgen-átvilágítás segítségével ezeken kívül igen jól ellenőrizhetjük a tracheobronchialis mirigyek viselkedését therapiás beavatkozásokkal szemben. (Archives de Médecine des Enfants. XVI. köt., 11. sz. 1913.) Péteri dr.

Bőrkórtan.

A mesothoriumnak a herére való káros hatását tanulmányozta *M. Simmonds* (Hamburg). Fontos, hogy a mesothoriumnak fokozott therapiás alkalmazásával karöltve a velejáró káros mellékhatásokat is tanulmányozzuk. E kérdésben nemcsak az exponált bőrnek és nyálkahártyának esetleges károsodására kell figyelemmel lennünk, hanem elsősorban a belső szervek finomabb elváltozásaira is. A Röntgen-sugarakról klinikai és főként állatkísérleti vizsgálatokból tudjuk, hogy elsősorban a here az a szerv, melyet aránylag hamar támadnak meg. Éppen ezért a here a legalkalmasabb szerv a mesothorium iránti érzékenység kérdésének vizsgálatához is. A szerző házinyulakon végezte kísérleteit. Ezeket úgy rendezte el, hogy a symphysis tájékát leborotválta s a mesothoriumot tartalmazó tokot hosszabb-rövidebb ideig az állatok bőrére rögzítette. 4 héttel később leölte az állatokat, heréiket megmérte s utóbb szövettanilag megvizsgálta. A 4 kísérleti állat különböző dosist kapott ugyan (50 mgr.-óra, 100 mgr.-óra, 400 mgr.-óra és 1000 mgr.-óra), de azért a vizsgálatok teljesen egybehangzó eredményre vezettek. Ez abban foglalható össze, hogy a mesothorium teljesen ugyanazon módon támadja meg a herének specifikus sejtjeit, mint a Röntgen-sugarak. A heresejteket már a legkisebb adag is károsítja, ha a dosis nagy, akkor azok teljesen elpusztulnak, a mi azután a nemzőképesség megszűnésével jár. Természetes, hogy ez a nagyfokú érzékenység csakis a magasan differenciált sejteken észlelhető, a spermatogenesisessel össze nem függő ú. n. *Sertoli*-féle sejteken ellenben sokkal ellenállóbbnak bizonyulnak. Mindebből az következik, hogy a mesothorium nagy veszedelmet rejt magában a herére nézve. Fontos azért, hogy nemcsak a kezelésre kerülő betegnek, hanem a kezelőorvosnak a heréje is kellően védve legyen, mert különben tartós nemzőképtelenség állhat be, mint azt a Röntgen-sugarakkal vigyázatlanul dolgozó orvosokon, technikusokon nem egyszer tapasztalhattuk. (Deutsche mediz. Wochenschr., 1913, 47. sz.) Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az altatószerekkel történő mérgezések megelőzésére *Cimbal* azt ajánlja, hogy ipecacuanhával együtt rendeljük, mint a mely kis adagban nem hánytató, sőt inkább javítja az étvágyat; ha azonban az illető ebből az ipecacuanhát tartalmazó altatószerekből akár véletlenül, akár szándékosan oly nagy mennyiséget vesz be, hogy az altatószer mérgező hatásúvá válhatik, a most már arányosan nagymennyiségű ipecacuanha kifejti a hánytató hatását s így a mérgezés veszélye csökken. Az ilyen együttes rendelésre például felhossa eze-

ket: Rp. Veronali 0'3, Phenacetini 0'2, Pulv. rad. ipecacuanhae 0'1—0'15. A lefekvés előtt veendő be bőséges meleg folyadékban. — Rp. Medinali 5'0; solve in infuso rad. ipecacuanhae 2'0 : 200'0. Mint sedativum kávéskanálnyi (0'4 medinal) veendő be többször naponként, mint hypnoticum pedig evőkanálnyi (0'4 medinal) a lefekvés előtt. — Rp. Natrii diethylbarbiturici 5'0, Antipyrini 4'0, solve in aqua 80'0, Tint. ipecacuanhae 20'0, adde solutionem natrii bromati 6'0—10'0 : 80'0, Pantoponi 0'1, Syr. cort. aurant. ad 200'0. Használatmód mint előbb. (Münchener med. Wochenschrift, 1913, 47. sz.)

A riopan a legjobb fajta Rio-ipecacuanhából előállított készítmény, a mely főleg a köptető gyanánt ható emetint tartalmazza, míg a hánytató hatású alkotórészek háttérbe szorulnak benne. Világosbarna, vízben könnyen oldódó por. Tableták alakjában is kapható, a melyek mindegyike 0'05 gr. ipecacuanhagyökérnek felel meg. Egyébként 1 rész riopan egyenlő értékű 20 rész ipecacuanhagyökérrel. Éhomra sohasem szabad bevenni a szert. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1913, 44. sz.)

Ejaculatio praecox ellen *Baglioni* és *Amantea* azt ajánlja, hogy 10—20 percenként a coitus előtt 50%-os stovain-oldatba mártott gyapotot tegyünk a corona glandisra és közvetlenül a coitus előtt távolítsuk el azt. (Il policlino, 1913, 41. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 50. szám. *Polgár Károly*: Adatok a számárhurut gyógyszeres kezeléséhez. *Balás Dezső*: A hűdéses lötyögő vállizület sebészi gyógyítása.

Orvosok lapja, 1913, 51. szám. *Unterberg Hugó*: A normalis prostata bakteriumflórája.

Budapesti orvosi ujság, 1913, 51. sz. *Zsakó István* és *Benedek László*: A szemkrízisekhez. *Fejér Gyula*: A mindennapi szembetegségek diagnosztikája és terapiája. *Fenyő Ármin* és *Halmi Jenő*: A cado-gellett elért eredmények. *Hegedűs Miklós*: A makk- és fitymagyulladás kezeléséhez használatos gyógyszerekről. „Közegészségügyi és törvényszéki orvostudományi szemle” melléklet, 4. szám. *Zsakó István*: Elmebetegség és simulatiójának néhány esete. *Tuszkai Ödön*: Reformgondolatok a középiskolai egészség-tanítási intézmény körül.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Lévy Lajos* dr.-t a székesfővárosi Erzsébet-szegényház egyik belgyógyászati osztályának rendelő orvosává, *Szöcs Mózes* dr.-t tiszteletbeli megyei főorvossá, *Budaker Vilmos* dr.-t a jádi, *Sajó Lajos* dr.-t a pancsovai járás orvosává, *Fritz Arthur* dr. löcsei orvost tiszteletbeli járásorvossá, *Matolcsi Pál* dr.-t és *Fischer Jenő* dr.-t a győri kórházhoz, *Nyitrai Béla* dr.-t pedig a pécsi kórházhoz másodorvossá nevezték ki.

A cholera állása hazánkban. A december 7.-étől 30.-áig terjedő héten 5 új megbetegedés fordult elő, még pedig 2 a bácsmezei Szondon és 1 a bácsmezei Temerinben és a torontálmezei Tiszaszentmiklóson és Torontáludvaron. Halálozás 2 volt.

Meghalt. *Kamenitzky Sándor* dr., nyugalmazott járásorvos, december 7.-én Újvidéken. — *Mühlhay Sándor* dr. gyergyótolgyesi járásorvos. — *Hérard* dr., a párisi Académie de Médecine tagja, 94 éves korában. Az elhunyt, a ki régebben kórházi főorvos volt, a tuberculosis terén fejtett ki nagyobb irodalmi működést. — *J. de Bock*, az elmekörtán és törvényszéki orvostan tanára Brüsszelben. — *J. Schuhl* dr., a szülészeti tanára Nancyban.

Szabolcsvármegye Erzsébet-kórházában *Kállay Rudolf* dr. kórházigazgató évi jelentése szerint 1912-ben 3895 beteget (2199 férfi, 1696 nő) ápoltak. A halálozás százaléka 3'5 volt. Egy betegre átlag 24'2 ápolási nap esett. A sebészeti osztály működéséről részletesen számol be *Klekner Károly* dr. főorvos, behatóbban ismertetve az érdekesebb eseteket; a műtétek száma 1115 volt.

Groó Béla dr. Ótátrafüred gyógyfürdő vezetőorvosa rendeléseit Ótátrafüreden ismét megkezdette.

A nemzetközi thalassotherapiás congressus 1914 április 15.-én Cannes-ban összejövetelt tart, a melyen a tengerparti heliotherapiát fogják tárgyalni 9 referatum alapján. Az összejövetel elnöke *d'Arsonval* tanár, titkára pedig *G. Baudouin* (Paris, 21, rue du Mont Thabor).

Személyi hírek külföldről. A kielii anatómiai intézet 2. prosectorává *Aichel* dr. hallei magántanárt nevezték ki. — *Flehsig* tanár, a nagyhirű lipcsei elmeorvos, betegsége miatt szabadságoltatta magát. — Chicagóban *P. S. Mc. Kibbin* dr.-t, Montrealban *A. C. Gaddes* dr.-t az anatómia tanárává nevezték ki.

Kisebb közlések az orvostudomány köréből. *Luithlen* a bécsi egyetem gyógyszerintézetében végzett vizsgálatai alapján azt hiszi, hogy a vérbocsátás az erek átbocsátó képességét csökkenti s azért az érvágás különböző gyuladással és exsudatív folyamatokban jótékony hatású lehet. (Mediz. Klinik, 1913, 42. szám.) — *Angina follicularis után fellődött meningitis* esetét írja le a kielii idegklinikáról *Siemering*; a gyógyulással végződött esetben jó eredménynek bizonyult a lumbalis punctio és a bedörzsölés szürke kenőccsel. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 47. szám.) — *Basedow-kór* egy esetében *Psychlau* jó eredménnyel használta egy thyreoidectomizált nő tejét. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 47. szám.) — *Diogenal* néven a Merck-gyár egy új készítményt hozott forgalomba, a mely nem más, mint bromot tartalmazó veronal. A *Heinz* tanár végezte farmakológiai vizsgálatok alapján úgy látszik, hogy főleg mint általános sedativum fog szerepelni. (Münch. med. Wochenschrift, 1913, 47. sz.)

A „Fersan-Werk Wien” által készített fersan-por, fersan-tabletták, jod-fersan-tabletták és brom-fersan-tabletták készítményeket a folyó év szeptember havában megtartott bécsi III. nemzetközi gyógyszerészeti kiállításon díszoklevéllel és a nagy aranyéremmel tüntették ki.

Lapunk mai számához *Max Kermes, G. m. b. H., Hainichen (Sachsen)* „Varicosan pólyá”-ról szóló prospectusa van csatolva. Főorvostár: *Dr. Rosenberg Sándor* „Csillag” gyógyszerintézet, Budapest VIII., Rákóczi-út 39.

Lapunk mai számához „Algocratín” című prospectus van mellékelve.

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

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

DR. REICH MIKLÓS Budapesti **ZANDER-gyógyintézete**
Dr. ZANDER G. eredeti készülékeinek teljes sorozatával és rokon physikalisk gyógyeszközökkel főkéletesen felszerelt intézet.

IV., Semmelweis-utca 2. sz. Kossuth Lajos-utca sarkán.
Dr. Doctor Kossuth Lajos-utca 3. sz. (Telefon 697.) **Orvosi laboratóriumában** az összes diagn. vizsgálatokon kívül **autovaccina** előállításával is foglalkozik

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülőknek. A betegek kezelőorvosukat maguk választathatják. — **Vegyí és Röntgen-laboratórium.**

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

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

Dr. GÁMÁN BÉLA
diaetás orvosi intézete
■■■ VOLOSCA-ABBAZIA. ■■■

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

Park-sanatorium: Külön szülő-osztály

San Remo téli klimás gyógyhely az olasz Rivierán Sanatorium külön tüdőbetegek és külön az anyagcsere betegségeiben szenvedők részére Fekvőcsarnokok. Magyar ápolónők. Meleg tengeri fürdők. Kívánatra prospectusokat küld *Czifrusz Dezső dr.*, kir. tanácsos.

Therapia sanatorium r.-t. Budapest, VII., Városligeti fasor 11. Belső és bejáró belbetegek részére. Diagnostica. Therapia. Mindennemű ojtásos kezelések. Hizlaló és soványító kúrák. Nagy vízgyógyintézet. Laboratórium. Röntgen. Vezető orvosok: *Rajnik Pál dr.* és *Kovács Aladár dr.*

Dr. GARA GÉZA, Meran. Sanatorium. Ujjonnan átalakított. Prospectus.

Epileptikus betegek intézete **BALF** gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál a gyógyfürdő gondnoksága vagy *Wosinski István dr.*, örökös római gróf igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Dr. Szontágh Miklós gyógyintézete Ujtátrafüred Egész éven át nyitva. — Lakás, ellátás, orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10 koronától kezdve.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (IX. ülés 1913 június 5.-én.) 962. 1.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(IX. ülés 1913 június hó 5.-én.)

Elnök: Dollinger Gyula.

(Folytatás.)

Jegyző: Ádám Lajos.

Ulcus okozta subphrenikus tályog.

Höflich Lajos: A 32 éves cigányzenész 1913 április 29.-én vétetett fel *Hochhalt* főorvos osztályára. Előadja, hogy 15 év előtt luese volt. Mérsékelt alkoholiismust, nicotinismust concedál. 6 éve gyomorhajos. 6 év előtt véreset hányt, de meggyógyult. Jelenleg 2 hó óta újra heves fájdalmi vannak evés után a gyomrában. Behozatala előtti napon hirtelen igen heves fájdalom állott be a gyomortáján, utána sok vért hányt.

Jelen állapot: Lesoványodott, lázas beteg. Baloldali csúcsfolyamat. A bal mellkasfél felett hátul a VIII. csigolya magasságától 4 ujjnyi tompulat. A szív ép. A pulsus 132. Az epigastrium egyenlőtlenül és erősen elődomborodó; mindenütt magas dobos kopogtatási hang, a mely a jobb szegyszél mellett a IV. bordáig terjed fel és a májtompulatot jobbfelé a mamillaris vonalig dislokálja. A has egyéb részein elváltozás nem észlelhető. Időnként csuklás. Hányásinger, hányás, bőfögés nincs. Szék, szelek mennek. A székletét fekete, vért bőven tartalmaz.

Másnap a beteg lázas, egyébként a pulsusa jó, 96. Peritonealis tünetek hiányzanak. Harmadik nap az epigastriális elődomborodás növekedik, a májtompulatot az elülső hónaljvonalig eltolja. Fájdalmasság az epigastriumban nincsen, úgyszintén défense sincsen a reclusokon. Időnként csuklás; bőfögés nincsen. Lázás; a pulsus a hőmérséknek megfelelő. Peritonealis tünetek nem fejlődtek. Eddigi felvételük enormisan tágult gyomor volt, de tekintve az újabb tüneteket, perforált ulcus ventriculit vettek fel; körülzárt levegő az epigastriumban. Tekintve a lázat, a baloldali exsudat. pleuriticumot, a tünetek lokalizáltságát, e mellett subphrenikus tályog lehetőségét is felvették.

További észlelésre és műtét czéljából *Pólya* főorvos sebészeti osztályára helyezték át a beteget.

Takács Zoltán: 1913 május ho 2.-án este, midőn a beteget *Pólya* főorvos osztályára áttették, a hő 38.2°, a pulsus 100, elég erőteljes. A következő napon az epigastriális elődomborodás növekszik, felette sonoros dobos kopogtatási hang, mely az alsó határon egy harántul húzódo tompa kopogtatási zonába megy át. Ha a beteget bal oldalára fektették, a májtompulat helyén a kopogtatás hangja dobos, ellenben az epigastriális elődomborodás bal felében, hol az imént dobos kopogtatási hangot nyertek, a kopogtatás hangja tompává válik. Ezen körülményből biztosan volt következtethető, hogy az epigastriumban gázokkal vegyes folyadékot tartalmazó üreg van. Elsősorban enormisan tágult nagy gyomorra lehetett gondolni. Hogy ezt eldöntsék, a gyomorba szondát vezettek; minthogy azon át sem levegő, sem folyadék nem ürül és az epigastriális elődomborodás változatlan marad, arra kell következtetniök, hogy az epigastriumot egy a gyomortól különálló, folyadékot és levegőt tartalmazó ür foglalja el.

A május 5.-én megejtett leukocytavizsgálat szerint a fehér vérszámja 21.000, a beteg lázas, pulsusa szapora. Műtétre határozzák el magukat. A műtétet *Pólya* főorvos végzi aethernarcosisban. Behatolás a köldök felett, a hol a hasfal rétegzetes átmetszése után gyermekfejnyi tályogür nyílik meg, belőle savanyú szagú bűzös geny ürül. Az üreg falát felül a rekesz, hátul a máj és gyomor, lefelé a beleken tapadó pyogen hártya alkotja. A tályogürt drainezik. A lefolyás sima, az ür gyorsan telődik. Általános peritonealis tünetek nem voltak,

tehát a perforatio primaer módon vezetett subphrenikus tályog képződéséhez. Ez esetben feltételezhető, hogy a perforatio rendkívül finom volt, melyen át csak gázok vagy minimális folyadék juthatott a hasürbe, azután a nyílás elzáródott. És így a hasür inficiált részében részleges peritonitis nyomán eltokolt tályog képződött. Jelenleg, 32 nappal a műtét után, jól van az illető.

Ulcus ventriculi és duodeni tüneteit utánzó appendicitis, cholelithiasis és pericholecystitis esetei.

Pólya Jenő: 1. 55 éves nő, három év óta 3—4 hetes időközökben jelentkező görcsös fájdalmak a gyomrában, egyszer nagy mennyiségű vért hányt. Az epigastrium jobb oldalában nyomásra érzékenység. A diagnosis ulcus és epekő közt ingadozik. Műtégi lelet: kövek az epehólyagban. Cholecystektomia, gyógyulás.

2. 26 éves férfi, 4 éves gyomorpanaszok, fájdalmak 2—3 órával az étkezés után, nyomásra érzékenység az epigastriumban, mely a Röntgen-ernyőn az antrum pyloricum tájára esik. Műtégi lelet: pericholecystitises adhaesiók, ulcus nincs. Cholecystolysis. Gyógyult.

3. 31 éves férfi, 3 éves gyomorpanaszok, égés és fájdalom evés után 1/2 órával, gyakori hányás, sokat soványodott. Röntgenen renyhe kiürülés, nyomásra érzékenység az epigastriumban, hyperaciditas. Műtégi lelet: pericholecystitis, chronikus appendicitis, ulcus nincs. Cholecystectomy, appendectomy. Kezelés alatt áll, jól van.

4. 33 éves férfi, 3 éves gyomorpanaszok, fájdalmak maximuma 4—5 órával az evés után, étkezésre szűnnek, gyakori hányás. Nyomásra érzékenység az epigastriumban (Röntgen szerint a colon transversum táján). Műtégi lelet: pericholecystitises adhaesiók, chronikus appendicitis, ulcus nincs; cholecystectomy, appendectomy. Kezelés alatt áll, jól van.

5. 50 éves férfi, 3/4 éves gyomorpanaszok, fájdalom maximuma 2—3 órával az étkezés után, több ízben profus vérhányás. Vér a gyomortartalomban és székletében. Valószínű Röntgen-diagnosis: stenosis duodeni. Műtégi lelet: kiterjedt összenövés az epehólyag és a duodenum közt, fekély még a gyomornak és duodenumnak belülről való kitapintásával sem mutatható ki. Gastroenterostomia, cholecystectomy, appendectomy. Kezelés alatt áll, jól van.

6. 24 éves nő. 2 év óta gyomorpanaszok, étkezés után 1 1/2—2 órával jelentkező heves fájdalmak, melyek evésre szűnnek. Műtégi lelet: chronikus appendicitis, lógó epehólyag, a duodenumon kölesnyi heg, de infiltratum, fekély nincs. Appendectomy, cholecystectomy. Gyógyult.

7. 28 éves nő, 4 hó óta heves gyomorfájdalmak, melyek evésre enyhülnek, a fájdalmak a hátba kisugároznak. Hányás. Műtégi lelet: chronikus appendix-empyema, lógó epehólyag, fekély nincs, appendectomy, cholecystectomy. Kezelés alatt áll, már majdnem teljesen meggyógyult.

Az esetek három szempontból érdemelnek figyelmet:

1. mert bizonyítják, hogy ha elhúzódó, belgyógyászati kezelésre nem enyhülő, súlyos gyomorpanaszok miatt beavatkozik az ember, akkor ha a supponált ulcust nem is találja meg, talál más elváltozásokat ezen panaszok oka gyanánt, melyek szintén csak sebészi beavatkozással szüntethetők meg;

2. mert utalnak arra, hogy az appendix és epehólyag bántalmi felületes, a műtét alkalmával ki nem mutatható ulceratiók révén vérhányásra vezethetnek és

3. ezen aetiologiai összefüggésnél fogva felmerül a gyanu, hogy az ulcus ventriculi és duodeni után jelentkező recidivák egy része nem azáltal tételeztetik-e fel, hogy az appendixben, az epehólyagban vagy más hasi szervben székelő alpbántalomra nem fordítunk kellő figyelmet a műtét alatt, mint arra különben *Moyrihan* is utal.

Baron Sándor: Az előadó a sepsises góczokból keletkező ulcusok-ról szól. *Lichtenberg* kísérletei felemlítést érdemelnek, a ki az összefüggést kísérleti alapon másképp magyarázza. Állatok epehólyagját rövid ideig faradizálja és vérző ulcusok keletkeznek. *Lichtenberg* ezt úgy magyarázza, hogy az epehólyagon keletkező inger a muscularis mucosae contracturát vált ki. Ezen összehúzódnás folytán anaemia jön létre, a mely a fekélyt okozza.

Rectumplastika.

Pólya Jenő: A 32 éves nőcselédet 1913 január 7.-én vették fel.

6 év előtt gonorrhoea. Körülbelül 4 év óta van végbelével baja. Eleinte folyás és gyakori székletét-inger, később diarrhoeákkal váltakozó székrekedés. Sokszor 8 napig sem volt széke. A kemény szék sokszor czeruzavastagságú volt. Gyakran volt hányása is olyankor, a mikor napokig nem volt széke. A székletét gyakran volt véres. Két év előtt végbelét instrumentálisan tágították, ekkor baja javult, azonban egy év óta folyton súlyosbodik.

Felvételkor a rectumban az analis nyílás fölött körülbelül 3 cm.-nyire körkörös heges strictura van, melyen keresztül a kis ujj egy darabon nehezen tud keresztüljutni, feljebb pedig egyáltalán nem hatol keresztül.

Műtét 1913 február 10.-én. Aethernarcosisban behatolás sacralis úton. A végbelet kipreparálta és a stricturát hátul felhasította, úgy azonban, hogy a sphincter és az analis nyílás érintetlen maradt. A strictura hosszú (kb. 6—8 cm.) és vékony. Egész hosszában felhasítva a stricturát, a végbelen levő metszésnek vége már a sacralis seb legfelsőbb zugába esik. Most 2 vékony csíkot helyezve el a pararectalis kötőszövetben, a végbél nyálkahártyáját a bőrhöz kivarrták.

A lefolyás eleinte lázas, 39.5 C⁰-ig menő temperaturákkal, azonban a lázak csakhamar elmúltak, a varratok helyén a végbélnyálkahártya a bőrrel egyesült és a beteg jól összedezte magát. Azonban hátul a sacralis sebben egy nagy ajakos sipoly képződött teljes incontinentiával.

Május 16.-án ezt a sipolyt a *Kraske*-féle arczplasztika mintájára oly módon zárta, hogy a keresztjáj bőrének a végbéllel összenőtt részéből baloldalt egy kb. 3 ujjnyi széles, félhold alakú lebenyt készít, a mely a végbél felhasított részének egész hosszára kiterjed. Ezt a lebenyt alapjáról felpreparálja annyira, hogy csak a végbél nyálkahártyájával való összenövés helyével marad összefüggésben és aztán hámos felszínével a végbélbe fordítja, miután előbb a végbélbőr-sipolynak jobb széle egész hosszában felfrissített és azután a bőr sebszélét a végbél nyálkahártyájával egyesítette.

Majd a bőrsebet silkvarratokkal egyesítette, olyan módon, hogy csak alul és felül maradt vissza kis hiány, melyen át vékony jodoformcsíkot vezetett a pararectalis kötőszövetbe.

A lefolyás teljesen láztalan. A beteget 10 napig obstipáljuk. A seb legnagyobb részében simán gyógyult, csak a csíkoknak megfelelően maradt vissza egy-egy, a végbélbe vezető sipolyjárt, még pedig fönny egy vékony szonda számára átjárható, alul kb. egy kisujjnyi. Magában a végbélben egy ujj kényelmesen körülvezethető, a végbél fala sima, nyálkahártyával, illetve nyálkahártyaszerű, bársonyos tapintatú bőrrel borított. A beteg jól bírja tartani székét, csak igen kevés lesz piszkos, a székelés könnyű és 2 ujjnyi vastag kolbászok távoznak. Az alsó sipoly megszüntetésére sphincterotomiát fogunk végezni, míg a felső sipoly előreláthatólag spontán fog zárulni.

Hüttl Hümer: Legnagyobb baj, hogy a strictura recidivál. Ezért jobb a régi methodus, az iliocalis anus. Egy ministeri tanácsos 6 év óta jár vele. *Mertens* táborsernagynak lovagolt anus iliocalis sinisterrel. A plastika fölött zsugorodik a bél.

Két anusplastika esete recidivált. Nem mind gonorrhoeás vagy lueses eredetű. Van colitis is, mely stricturára vezet.

Pólya Jenő: Van bizalma ahhoz, hogy nem fog recidiva beállani, mert a végbél jelenleg tág és belső színén hegek nem tapinthatók. Az anus praeternaturalist csak utolsó refugiumnak tekintti; a cselédsorsban levő nő anus praeternaturalissal kenyerét vesztené, mert ilyenekkel sem akarná őt szolgálatába fogadni; táborsernagynak többet néznek el az emberek, mint a szegény szakácsnének.

Késői utóvérzések cholecystektomia után.

Pólya Jenő: 1. 53 éves nő genyes cholecystitis miatt végzett cholecystektomia után 1 hóval elvérzett az art. hep-

atica arrosiájából teljesen láztalan postoperativ decursus daczára; a seb már majdnem teljesen be volt gyógyulva, csak a tampon helyén volt egy kis, lencsényi nyílással végződő sipolyjárt. A vér áttörte a duodenumot és a halálos elvérzés a gyomorbeltractuson át történt.

2. 27 éves nőn genyes cholecystitis műtete után 2 hónappal, majd ezt követőleg 35, 2, illetve 39 nappal jelentkeztek utóvérzések a sebüregből, úgy hogy az utolsó utóvérzés 4 1/2 hóval a műtét után állott be. A sebüregben levő máj-sequesterek kikaparása a vérzéseket megszüntette s a seb begyógyult.

A czombcsont 2/3 részének pótlása elefántcsont-prothesissal.

Pólya Jenő: A 33 éves földmivest 1912 apr. 1.-én vették fel a szt. István-kórház III. sebészeti osztályára.

1912 novemberében támadt jobb czombjában fájdalmas daganata, mely azóta állandóan nő. 3 héttel felvétele előtt esés után czombja eltört.

A jobb czomb felső harmadában tömött tapintatú, a csonttal összefüggő daganat érezhető, az első és középső harmad határa táján abnormis mozgékony. Röntgen-lelet (*Fischer*): A jobb czomb felső harmadának közepén a csont tenyérszerű területen erősen puffadt, szövete nagy fokban fellazult, sőt helyenként hiányzik is. Ezen elváltozás középső részén a csont harántul ketté van törve.

Diagnosis: Osteosarcoma femoris.

Április 23.-án a bemutató megoperálta. Aethernarcosis. Bemetszés a tumor legnagyobb domborulatán. A tumort az izmoknak részben tompa leválasztása, részben éles átmetszése után kifejtik. A tumor a nagy tompor táján kezdődik s a törés helye alá terjed. A felső darabot a czombfejecs kiizetésével távolítják el, az alsó darabot a czombcsont ép részletével; a czombcsontot az alsó harmad proximalis határa táján fűrészlik át. Pontos vérzéscsillapítás után a mély rétegeket csomós catgutvarratokkal, a bőrt tovafojtó selyemmel egyesítik.

A végtagot gipszsínen rögzítik. A kiirtott czombcsontnak megfelelő hosszúságú (25 cm.) elefántcsontdarabot faragatnak s azt április 26.-án a varratok kibontása után a sebbe implantálják. A fejecset, melyet a normalisnál kisebbre csináltak, könnyű volt az acetabulumba beilleszteni, a csont distalis végén készített csap azonban, melyet a velőüregbe akartak ékelni, kissé vastagabb volt, úgy hogy a csont egy háromszögű darabja a beékelési kísérletkor kitért és meg kellett elégedniök azzal, hogy az implantált csontot a törésdarab és a czombcsont csomkjá közé helyezték. Varrat a mélyben catguttal, a bőrön silkkel.

Sima gyógyulás, csekély hőemelkedésekkel. A gipszkötést május 22.-én vették le. A seb per primam gyógyult, azonban az inguinalis tájon kemény mirigyek tapinthatók. Új gipszkötés. Ebben leröntgenezve azt látták, hogy a fejecs szépen az acetabulumban van, a czombcsont csomkjá és az elefántcsont csapja egymás mellett fekszik és körülöttük kevés callus van. Az új gipszkötésben a beteg láb megduzzadt, a fartájék is duzzanat mutatkozott, azért május 31.-én a kötést leveszik. Látják, hogy igen rapide növekvő recidivával állnak szemközt, már a medencében is van egy nagy göb, az inguinalis mirigyek e hét alatt legalább kétszeresükre megnöttek és a hegben is mutatkoznak csomók, úgy hogy még a csípő-izületi enucleatiót is kivihetetlennek tartják.

Az esetből azt a tapasztalatot merítették, hogy ily nagy elefántcsont-prothesis is jól begyógyul és valószínű, hogy ha recidiva nem állott volna be, az implantatio funkcióképes végtagot eredményezett volna. Mivel tudtukkal ez az első eset, hogy czombcsontdefectus pótlására és a csípőizület restitutiójára elefántcsontprothesist próbáltak alkalmazni, a rapid recidiva okozta balsiker daczára indokoltnak tartották az eset bemutatását.

Dollinger Gyula kérdi az előadót, hogyan készítette elő az elefántcsontot?

Pólya Jenő: NaCl-oldatban kifőzte. Nagy agyarnak kell lenni, hogy a czombcsont fejecse kiesztérgezható legyen.

Lymphosarcomatosis intestini okozta ileusnak műtéttel gyógyított esete.

Pólya Jenő: A beteg 31 éves, napszámos neje, felvették 1913 május 1.-én a szt. István-kórházba *Hochhalt* főorvos osztályára.

Néhány hó óta igen heves görcsös fájdalmai vannak hasában, gyakran hány, hányadék a zöldes, széke csak beöntésre van. Sokat böfög, keveset csuklik is. Egy nap óta teljes szék- és szélrekedés. Hasonló baja 4 év előtt volt pár hétig, azóta jelen bajáig, valamint azelőtt is, teljesen egészséges volt. Betegsége óta sokat soványodott. 5 rendes partus. Utolsó havibaj két hó előtt.

Mérsékeltlen fejlett és táplált beteg. A mellkasi szervek épek, a pulsus rhythmusos, száma 120. A has igen erősen meteorismos, a belek, főleg a köldök körül és az ileocoecalis tájon, tágultak, kiemelkedők, contourjaik jól látszanak. Kb. 10 percenkint a köldöktájérról kiinduló, féregszerű antiperistaltika észlelhető, a melyet felböfögés, hányás, csuklás követ. Ilyenkor a belek erősen elődomborodnak, puffadtak, kemény tapintatúak. Külső sérvnek semmi nyoma. A máj és lép alsó széle nem tapintható. A pupillák egyenlők, fényre jól reagálnak. A garatreflexek, patella-reflexek kiválthatók, nem fokozottak. Ileus-diagnosissal május 2.-án a bemutató osztályára tették át, a hol rögtön megoperálták.

Aethernarcosis. Hasmetszés a has középvonalában a köldök alatt. Tetemesen puffadt, egész karvastagságú vékonybélkacsok tolakodnak a hassebbe úgy, hogy tájékozódás czéljából a hassebet lefelé a symphysisig, felfelé a köldök fölé kell meghosszabbítani. A vékonybélkacsok eventerálása után a coecum tájékán kisalmányi térfogatnagyságú találtak. A colon transversum collabált. Az utolsó ileumkacsot extraperitonealisan helyezve, troicart-ral vagy 3 liter híg bélsarat bocsátanak ki a vékonybélből, mire ezek némileg collabálnak. Ezután az ileum alsó kacsát, melynek mesenteriumán számos lencsényi fehéres metastasis látható s a colon ascendenst a transversum kezdeti darabjáig typusosan reszekálják. A colon transversum csonkját vakon elvarrták és több rétegben serosavarratokkal, majd csepleszszel borították, az ileum alsó kacsát end to side implantálták a colon transversumba. A mesenterium és mesocolon közt maradt hasadékot néhány öltéssel elzárták. Réteges, teljes hasfalvarrat.

A műtét utáni első napokban a beteg igen collabált, pulsusa 140—160, azonban harmadnaptól kezdve, midőn a szék, szelek megindultak, összeszedte magát; a lefolyás láztalan, a seb primára gyógyult, csak a fonálkiszedés után állott be csekély felületes szétválás. Jelenleg a bélpassage szabad, a beteg még kissé gyöngye, de közérzete jó. Gravida, az uterus 3 ujjal a symphysis felett tapintható.

A kiirtott praeparatumon a vastagbél erősen vastagodott falú és 8 cm.-nyi darabon majdnem absolut szűkületet mutat. A vastagbélből kimetszett darab szövettani vizsgálata *Kundrat-Paltauf*-féle lymphosarcomatosis intestini mutatott ki.

Átfürödött ulcus duodeni műtéttel gyógyult esete.

Takács Zoltán: A 31 éves fővárosi szolgát 1913 április 12.-én vették fel. Két év óta gyomorégés és savanyú felböfögések, melyekhez csakhamar gyomorfájdalmak társultak. A fájdalmak mindig étkezés után $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ óra múlva kezdődtek és csak 2—3 órai tartam után szűntek, de 4—5 óra múlva újból visszatértek. A fájdalmak a köldök felett 1 harántujjal és tőle kissé jobbra lokalizálódtak. Másfél év előtt heves fájdalmak közben vért hányt. 3 hó előtt fájdalmai ismét erősbödtek, hányani kezdett és azóta minden étkezés után hány. Sokat soványodott s egészen elgyengült, 1 hó óta veszi észre, hogy a széke fekete.

Április hó 12.-én éjjel 1 órakor óriási fájdalmakra ébredt, röviddel utána hányni kezdett, a fájdalmak szünet nélkül reggelig tartottak, miközben folytonosan hányt, csuklott, szelek nem távoztak. 10 órával a roham kezdete után látjuk az elesett férfit. Pulsus: 100, temperatura: 37.8. A beteg állandóan hány, csuklik. A has feszes, puffadt, nyomásra mindenütt érzékeny, felette éles dobos kopogtatási hang, rendkívül erős défense, a májtompulat eltűnt. Diagnózis: perforált ulcus duodeni.

Műtét azonnal aethernarcosisban (*Pólya* főorvos). Bemetszés a köldök felett. A hasürből a peritoneum megnyitása alkalmával gázok távoznak és szennyes-zöldes folyadék ürül. A duodenum elülső falán fillérnyi perforatiós nyílás látható, melyből epés anyag ürül. A perforatiós nyílást elvarrjuk és seroserosus öltésekkel elsüllyesztjük. Az ezáltal előidézett szűkülés gastroenteroanastomosis tesz szükségessé, melyet, tekintettel a beteg elesett állapotára, mely a műtét lehető gyors befejezését kívánja, Murphy-gombbal végezzük. A sebet szélesen tamponálják. Minthogy a hasürben sok genyes fibrines folyadékot találtak, köldök alatti metszésből is feltárják a hasürt és a Douglast csikokkal drainezik. A hassebet silk-öltésekkel szűkítik.

A lefolyás, 1—2 hőemelkedést leszámítva, melyek pleuritisre voltak visszavezethetők, meglehetősen sima. A nyolczadik napon csikváltás; az első csikváltás után 10 nappal a csikokat eltávolítják, csupán a jobb rekesz alá vezetnek draincsövet, a hol csekély retentio volt. A draincsövet mind vékonyabbal felcserélve, május közepén végleg eltávolítják. Közben a gomb is eltávozott. Jelenleg a beteg teljesen jól van, semminemű gyomorpanasza sincs, jó étvágygyal táplálkozik.

A műtét után 53 nappal végzett Röntgen-vizsgálat szerint a gyomor kiürülése az anastomosis nyílásán át történik: rögtön a táplálékfelvétel után kezdődik és 2 óra múlva már befejeződik. Az eset tehát újabb bizonyítéka annak, hogy a pylorus átjárhatatlansága esetében a gombos gastroenteroanastomosis is teljesen kielégítő kiürülési viszonyokat biztosít.

Primaer typhlitis esete.

Vigyázó Gyula: A 42 éves kovácssegédet 1913 május hó 9.-én vették fel a szt. István-kórházba *Pólya* főorvos osztályára. Előző este, tehát május hó 8.-án, hirtelen rosszul lett, görcsös fájdalmak jelentek hasa jobb felében, több ízben hányt, forrósága volt. Szék, szelek nem mentek. Előzőleg már több alkalommal fogta el a mostanihoz hasonló rosszullet, legelőször 15 év előtt, mikor is negyedévenként ismétlődő 3 igen heves rohama volt, hasa jobb felében székelő igen intenzív fájdalmakkal és epehányással. E három első roham után 12 évig egészséges volt, azonban 3 év óta újból jelentkeztek a régiekhez hasonló rohamok, eleinte több havi időközben, utóbb hetenként egyre fokozódó intenzitással. A rohamok alatt mindig obstipált volt; a rohammentes időszakban rendesen székel.

Felvételkor meglehetősen elesett állapotban van. A pulsus 130, középtelt. A hőmérsék 37.3°. A has nem puffadt, de egész kiterjedésében nagy fokban érzékeny. Az érzékenység punctum maximuma az ileocoecalis tájék. Ugyanitt érintésre a hasizom deszkakemény megfeszülése van jelen és kis fokban tompult kopogtatási hang. A máj és lép tompulati viszonyai rendesek. A *Traube*-féle tér normalis nagyságú. Rectalis vizsgálattal az ampulla üresnek, a Douglas kitöltöttnek látszik. Polypnoë és dyspnoë túlnyomólag mellkasi légzéssel.

Diagnózis: Appendicitis acuta és peritonitis diffusa. E diagnosissal lát a bemutató a beteg behozatala napján (május 9.-én) esti 8 órakor, tehát 24 órával a roham kezdete után a műtétet. Aethernarcosisban *Mac Burney*-féle metszés az ileocoecalis tájon. Az izomzatot a rostok irányában tompán szétválasztva, a peritoneumot megnyitják, melyből híg, szagtalan geny ürül. Előttük fekszik a coecum, mely körül friss peritonealis és csepleszadhaesiók. A coecum fala köröskörül kemény, rigid, infiltrált, vaskos. Benne besűrűsödött bélsár nem tapintható. A coecum falán perforatio nincs. Az utolsó ileumkacsot előhúzza, az appendixet keresik, mely anomalis elhelyeződésű, tövén intraperitonealisan halad lefelé kb. 3 cm.-nyi hosszban, majd a peritonealis áthajlási redő alá bukik és retroperitonealissá lesz $2\frac{1}{2}$ cm.-nyi darabon. E részletben U-alakban visszahajolva, $1\frac{1}{2}$ cm.-nyi bunkósan megvastagodott csúcsa az áthajlási redőt felemeli és újból intraperitonealissá lesz. Az appendixet, mely rendelkezéskor fekvését és bunkósan megvastagodott végét leszámítva, épnek látszik, a mesenterium leköttése után eltávolítják s

csontját serosa-varratokkal borítják. A szabad hasürben, főképp a Douglasban levő genyet kitörülük s csikokat helyezve a lobos coecum köré, a hassebet nyitva hagyják.

A seb gyógyulása sima. A beteg azonban esténként lázas, sokat köhög. (Belgyógyászati vizsgálattal mindkét tüdőcsúcs infiltrálnak bizonyul.)

Jelenleg, 4 héttel a műtét után, a beteg, köhögését leszámítva, jól érzi magát, hasa teljesen fájdalommentes. A seb felületes, tisztán granulál.

Az exstirpált appendix szövettani lelete: Az appendix chronikus fibrosus lobja, helyenként gömbsejtes beszűrődéssel. A bunkósan megvastagodott vég teljesen obliterált. Acut gyulladásnak nyoma sincsen.

A tüdőfolyamat alapján arra lehetne gondolni, hogy a hasfolyamat kiinduláspontja esetleg a coecum gümős fekélye. Ennek nyomát a coecumon nem látták, sem egyebütt a hasüregben tuberculosus elváltozást nem találtak. A tuberculosus coeci ellen és a primaer typhlitis mellett szól az is, hogy a betegnek hasmenései sohasem voltak s hogy a betegség mindig rohamszerűen, az appendicularis rohamokhoz hasonlóan folyt le.

Ezzel kapcsolatban felemlíti, hogy osztályukon 1912 áprilisban egy trichocephalus dispar által feltételezett primaer coecum-fekélyt és typhlitist észleltek, melyet Pólya főorvos a Közkórházi Orvostársulat 1912 május 15.-i ülésén mutatott be s mely mindenben hasonlított a Gergő által a Orvosegyesületben 1912 márcziusában bemutatott esethez.

Postoperatív tüdőgangraena műtött esete.

Vigyázó Gyula: A 36 éves nőbeteget 1913 április hó 1.-én vették fel a szt. István-kórház Pólya főorvos vezetése alatt álló osztályára 6 év óta fennálló cholelithiasis miatt, mely az osztályon való megfigyelési ideje alatt is lázakkal járó rohamokat okozott.

Április hó 5.-én a bemutató a beteget aethernarcosisban megoperálta, s az ökölnyi összenövések közé ágyazott, genyvel és kövekkel telt epehólyagot eltávolította. A sebgyógyulás teljesen sima, ennek dacára a beteg a műtét után elesett, lázas lesz (37.8) és köhög, genyes-nyálkás köpetet kezd üríteni. A hőemelkedések magasabbá válnak (38^o-on felül), a köpet bűzösé válik, miért is rejtett gangraenás góczra gondolnak. A tüdő physicalis vizsgálata baloldalt hátul kifejezett tompulatot derít fel, apró hólyagú, nedves szörtyözörejekkel. A köpetvizsgálat alkalmával mérsékelt mennyiségű rugalmas rost találtatott. Gümöbacillust nem találtak. A Röntgen-átvilágítás a bal alsó lebezy alsó részének fedettségét mutatta. A hőmérsék 39^o-ra emelkedik, a pulsus 100 körül van. **Diagnosis:** a bal tüdő alsó lebezyének alsó részében hátul székelő gangraenás gócz.

Május 3.-án műtét novocain-adrenalin helyi érzéstelelésben (Pólya főorvos). Baloldalt hátul, a scapula alatt, a VII—VIII—IX. bordának megfelelőleg ívalakú metszés. A 3. bordának 8—8 cm.-nyi darabját reszekálják. Ekkor kiténik, hogy a feltárt helynek megfelelőleg ötkoronásnyi területen a pleura a tüdővel összenőtt s a pleura parietalis e helyt genyes és megvastagodott.

Próbapunctióra vörhenyes, dög-bűzű folyadékot kapnak. A próbapunctio helyén tompán behatolva, félalmányi, dög-bűzű, eves, szétesett tüdőrészetbe jutnak, mely jól el van tokolva. A gangraenás üregbe jodoformcsíkot vezetnek, a bőr-izomlebenset visszahajlítják és fedőkötést alkalmaznak.

A műtét után a köpet bűzössége azonnal megszűnt, a műtét utáni 2. naptól kezdve a beteg láztalan, a köhögés minimalis.

A láztalan állapot után 4 hét múlva ismét 39^o-ig terjedő hőemelkedések jelentkeznek, köhögés és köpet nélkül. A physicalis vizsgálat negatív. A has sebet teljesen begyógyult. Ezen lázas állapot okát minden valószínűség szerint vagy egy újabb gangraenás, illetve bronchopneumoniás góczban, vagy valamely pleuralis complicatióban kell keresni, mely jelenleg azonban még nem lokalizálható pontosan.

Az epehólyag lövészi sérülése.

Vigyázó Gyula: A 16 éves fiút június hó 2.-án éjjeli 12 órakor szállítják a szt. István-kórháznak Pólya főorvos

vezetése alatt álló osztályára. Esti 3/4 10 órakor Flaubert-pisztolylyal hasba lötte magát.

A jobboldali bordaív alatt 2 haránt ujnyival a pararectalis vonalban lencsényi, pörkölt szélű belövés. A has diffuse érzékeny, mindenütt kifejezett dífense. A májtompulat megvan. Az inguinalis és lumbalis tájakon tompulat nincs. A pulsus 84. A hőmérsék 36.9^o. Nem hány, nem csuklik. Egy ideig észleljük. A pulsus nem romlik. Éjjel egy ízben keveset hány.

Június 3.-án reggel 7 órakor az állapot a tegnapihoz képest annyiban változott, hogy kifejezett bradycardia (56—60) állott be. Ez a körülmény a máj, illetve az epeutak sérülését teszi valószínűvé. Szabad levegő a hasürben nem mutatható ki. A dífense még mindig fennáll.

Ekkor bemutató rögtön (9 órával sérülés után) laparotomiát végzett a köldök és processus xiphoideus közt a középvonalban. A máj jobb lebezyének elülső felületén a májszélhez közel csillagos belövés. A jobb hozzáférhetősé czéljából a jobb rectust is átvágta. Az epehólyag kicsiny, nem haladja meg a máj szélét, a serosa felületén 2 1/2 cm.-nyire az epehólyag csúcsától féllencsényi kilövési nyílás, melyből epe csurog a hasüregbe. A hasüregben nagy mennyiségű véres epés folyadék van. Ezt kitörlik. A keresztüllött epehólyagot a máj-ágyról felpraeparálják, a ductus cysticust, az arteria cysticát körülölik s az epehólyagot eltávolítják. A beleket végigvizsgálják. Bélsérülés nincs. Csikot helyeznek a májagyra s a hasfalat rétegesen zárják.

A beteg jelenleg 4 nappal van a műtét után, láztalan, pulsusa 80. Szék, szelek mennek. A dífense, az érzékenység megszűnt.

PÁLYÁZATOK.

133/1913. e. sz.

A vezetésem alatt álló szegedi m. kir. állami szemkórházban megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felszólítom azon orvosdoktor urakat, a kik ezen évi 1600 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás, valamint I. osztályú étellemezéssel javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy oklevélmásolattal s esetleg működési bizonyítvánnyal felszerelt s a *nagyméltóságú belügyminister* úrhoz intézett folyamodványaikat hozzám, folyó hó 30.-áig nyújtsák be.

A másodorvosi állást ideiglenes megbizatással gyakorló évesek is elnyerhetik. Az állás 1914. évi január hó 1.-ére töltendő be.

S z e g e d, 1913 december hó 15.

Leitner Vilmos dr. s. k., igazgató-főorvos.

7367/1913. sz.

Zalavármegye tapolczai járásához tartozó **kapolcsi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz tartoznak: Kapolcs, Zalapetend, Vigánt, Pula, Taliándorogd, Monostorapáti, Hegyesd, Zalahaláp, Sáska, Diszel községek Székhelye: Kapolcs.

Fizetés 1600 kor. törzsfizetés, ötödéves korpótlék, laktér, illetőleg természetbeni lakás, 500 kor. fuvaratalány és vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

A pályázók az 1908. évi 38. t.-cz. 7. §-ában előirt minősítésüket és eddigi előéletüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám 1914. évi január hó 15.-éig adják be, az elkésett vagy kellően fel nem szerelt kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választást a pályázati határidő lejártakor megállapítandó időben Kapolcs községben a község-házánál az 1908. évi 38. t.-cz. 6. §-a alapján a községek képviselőtestületeinek kebeléből és Zalavármegye alispánja által kiküldött törvényhatósági bizottsági tagokból alakult választógyűlés fogja megejteni.

T a p o l c z a, 1913 december 12.

Karácsony, főszolgabíró.

Gömörkishont vármegye közkórházánál, a közkórházban bentlakással kötelezett s az 1914. év január hó 1.-én okvetlenül elfoglalandó **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az alorvosi javadalmazás 1600 kor. évi fizetés, egy szobából álló lakás, fűtés és világítás. A város területén szabad orvosi gyakorlat annyiban, a mennyiben a kórházi szolgálat ezt megengedi. Vidéki gyakorlat nincs megengedve.

Az állás 2 évről 2 évre meghosszabbítható.

Felhívom folyamodni kívánókat, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló bizonyítványaikkal kellően felszerelt kérvényeiket, *Kubinyi Géza* vármegyei főispán ő méltóságához intézve, a Gömörvármegyei közkórház igazgatóságánál a f. év december hó 28.-áig nyújtsák be.

R i m a s z o m b a t, 1913 november hó 15.

Löcherer dr., igazg.-főorvos.

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.

Bauer Lajos: Közlemény a Szt. Margit-kórházból. A csecsemőkori pyodermia diéta gyógykezelése. 967. lap.

Ország Oszkár: Közlés az Erzsébet királyné-sanatorium (igazgató-főorvos: Scharl Pál dr.) férfiosztályáról. Az izomzat villamos ingerlékenysége mesterséges pneumothorax eseteiben. 972. lap.

Zakariás Andor: Datura-mérgezés okozta acut amentia. 973. lap.

Deutsch Ernő: Az abnormis gyermekek socialhygiénés ellátása. 974. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Ibrányi Alice: Háborús emlékek. — *Lapszemle. Belorvosan. Harry Lee Barnes:* A Friedmann-féle vaccinával (többnyire intramuscu-

larisan) kezelt 120 tüdőgümőkóros betegen eddig elért eredmények. — *Sebészet. Behrenroth:* A tüdőechinococcus diagnosisa. — *Idegkórtan. L. Bruns:* Az agydaganatok kezelése és operálásuknak jevalatai. — *O. Foerster:* Meningo-cerebellaris tünetek tuberculosis gyermekek lázas megbetegedéseiben. — *Elmekórtan. P. Junius és M. Arndt:* A paralisisek leszármazottai. — *Szülészet és nőorvosn. Grober:* A súlyos acut anaemiák kezelése. — *Húgyszervi betegségek. Cuntz:* A hexamethylentetramin (urotropin) kedvezőtlen hatásai. — *Nils Arnoldson:* A gégegümőkór sebészeti orvoslása. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Weinbrenner:* Bőrrák. 976–980. lap. *Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság.* 980. lap. *Vegyes hírek.* 980. lap.

Tudományos társulatok. 981–984. lap.

Melléklet: *Gynaekologia.* 3–4. szám. Szerkeszti: Tóth István és Scipiades Elemér.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi Szt. Margit-kórházból.

A csecsemőkori pyodermia diéta gyógykezelése.

Irta: **Bauer Lajos** dr., kórházi rendelő gyermekorvos.

A pyodermia fogalma alá soroljuk mindazon dermatosiseket, melyek akár körülírt helyre lokalizálódva, akár kiterjedten mutatkoznak, akár felületesen ülnek a köztakaróban, akár annak mélyebb rétegeiben fészkelnek, akár rövidebb ideig, akár protraháltabban állanak fenn, akár láz nélkül, akár lázakkal jelentkeznek, azon közös sajátságot mutatják, hogy kisebb-nagyobb, genynyel telt góczokat alkotnak, melyekben a pyogen coccusok csekélyebb vagy nagyobb mennyiségben fellelhetők. Ide soroljuk tehát a köztakaró felületesebb vagy mélyebb rétegeiben ülő, genynyel telt hólyagocskákat, a pustulákat, az ecthymát, az impetigót, a furunculosokat, valamint a bőralatti abscessusokat. Vagyis a köztakaró felületesebb vagy mélyebb rétegeiben keletkezett, genyet és pyogen coccusokat tartalmazó dermatosiseket soroljuk a pyodermia gyűjtőnév alá.

Csak a legritkább esetben találjuk, hogy ezen gyűjtőnévvel megjelölt, de különböző alakban mutatkozó dermatosisek együttesen forduljanak elő; gyakoribb azon eset, hogy közülük csak két vagy három alak mutatkozik együttesen. S bár a klinikai kép, melyet ezen dermatosisek mutatnak, különböző (a mi azonban magyarázatát leli a mikrobnak a köztakaró szövetében történt mélyebb vagy felületesebb elhelyezkedésében), mégis ezen dermatosiseknek gyakori együttes előfordulása a mellett szól, hogy aetiologiájuk közös. A közös eredetet nem csupán azon tény igazolja, hogy ezen klinice különböző dermatosisek által termelt genyben ugyanazon coccusokat lehet megtalálni, hanem különösen azon tapasztalat igazolja azonos kórokokat, hogy ezen dermatosisek kivétel nélkül azonos therapiás eljárással befolyásolhatók.

Említettük, hogy a pyodermia minden alakjában fellelhetők a pyogen coccusok, gyakrabban a staphylococcus pyogenes albus, mint az aureus, olykor azonban streptococcusok és egyéb mikrobák is. A bakteriologiai lelet alapján az általános felfogás oda konkludált, hogy a pyodermiák a jelzett genyfejesztők által hoztatnak létre, vagyis ezen felfogás az aetiologiát is a genyfejesztőkben kereste és találta meg. Ezen felfogáshoz képest a therapiás beavatkozás is azt célozta, mely ezen mikrobák elpusztításával vélte magát a betegséget is megszüntetni. Ezen nézet azonban, mint azt tapasztalataim mutatják, az eseteknek elég tekintélyes részében tévedésen alapul, mert igaz ugyan, hogy a bőrön mutatkozó elváltozásokat közvetlen a jelzett mikrobák hozták létre, de magát a folyamatot a mikrobák nem indítják meg. A köztakarón látható elváltozások mintegy másodlagos szerepet játszanak csupán, melyek csak azért jöhetnek létre, mert a köztakaró ellenállóképességében meggyengült s abba az ubiquitaer coccusok behatolhatnak s erősen szaporodva, genyes elváltozásokat okoznak. A bántalomnak az aetiologiáját azonban sok esetben nem a bakteriologiai alap teszi, hanem ennek eredete mélyebben fekvő okokra vezethető vissza.

Már 1910-ben a Budapesti Kir. Orvosegyesületben „Az újszülöttek és csecsemők pyodermiájáról” cím alatt tartott előadásomban kifejezést adtam azon nézetemnek, hogy bár a pyodermiáknak közvetlen kórokozói a pyogen coccusok, hogy azonban a genyfejesztők a bőrön elváltozásokat hozhassanak létre, ahhoz mindig szükséges a köztakaró ellenállóképességének a meggyengülése. A köztakaró meggyengülése tehát a causa disponens, mely nélkül a pyodermia nem fejlődhetik. A köztakaró ellenálló képességét lefokozó ok tehát legalább is olymértvű szerepet játszik a pyodermiák létrehozatalában, mint a pyogen coccusok, mert míg az előbbi nem csupán a folyamat megindítását eszközli, mely által az ubiquitaer genyfejesztőknek alkalmas talajt készít, hogy rajta az elváltozásokat létrehozassák, hanem ahhoz, hogy a folyamat visszafejlődjék, feltétlen szükséges a köztakaró

karó ellenállóképességének a fokozása: a causa disponens megszűnése.

A csecsemőkori pyodermiák eredete az eseteknek csupán kis részében exogen. Kétségtelen ugyan, hogy ismeretek direct fertőzés által, valamint mechanikai vagy thermiás stb. behatások által okozott pyodermiák, mikor a causa disponens ezen tényezők hatásában lelhető fel s a mely okoknak a megszüntetése maga után vonja, rövidebb vagy hosszabb idő múlva, az okozatnak, a pyodermiának a megszűnését is. Ezen okok azonban aránylag ritkán észlelhetők azokhoz képest, melyek a csecsemőkori pyodermiák nagy részében ezen bántalmak tulajdonképpen oka gyanánt ismerhetők fel s melyek nem külső hatásra, hanem *belső okra, rendszerint valamely táplálkozási zavarra vezethetők vissza.*

Az exogen származású s aránylag csekélyszámú pyodermiákkal tehát szemben áll az endogen okokra visszavezethető pyodermiák nagy tömege. Az exogen okokból keletkezett pyodermiákkal ez alkalommal nem kívánok bővebben foglalkozni. Csupán annyit óhajtok megjegyezni, hogy ezek csecsemőkön meglehetősen ritkán észlelhetők. Tagadhatatlan, hogy észlelhetők valamely csecsemőre direct fertőzés útján átvitt pyodermiák, a diagnózis azonban, mint exogen okokból keletkezett pyodermia, csak akkor fogadhatjuk el, ha ki tudjuk mutatni a fertőzés útját, továbbá a csecsemő táplálkozásában nem tudunk kimutatni semmi olyan momentumot, mely az endogen úton keletkezett pyodermia felvételét valószínűvé tenné. Ismeretek továbbá mechanikai vagy thermiás stb. úton keletkezett pyodermiák, pl. valamely ruhadarab állandó nyomásának kitett, vagy abnormis hő által ingerelt testrészen keletkezett stb. pyodermiás elváltozások. Ez utóbbi esetekben körülírt helyekre szorítóknak, általános kiterjedésűek rendszerint nem lesznek, a létrehozó ok megszüntével rövidebb vagy hosszabb idő múlva spontán megszűnnek.

A csecsemőkori pyodermiák legnagyobb része tehát endogen okokból származik s úgy szólván kivétel nélkül táplálkozási zavarokkal kapcsolatban váltatik ki. Ezen körülményre annál nagyobb nyomatékkal kell rámutatnunk, mert a tankönyvek legnagyobb része a pyodermiák tárgyalásával kapcsolatban olyan felfogást árul el, mely inkább ad tért az exogen okokból keletkezett pyodermiáknak s az endogen okokból származott, különösen a táplálkozási zavarokkal összefüggő pyodermiákat, mint leggyakoribb alakokat, alig említi. Természetesen ennek megfelelőleg a therapia megállapításában is ugyanezen elvek irányítják a tankönyveket, a miből kifolyólag a gyógykezelést is csupán „exogen” irányban javasolják vezetni. Ennek az eredménye az, hogy igen sok csecsemő heteken, hónapokon át szenved pyodermiában, holott a megfelelő therapiás eljárással a bántalomnak rövid idő alatt végét szakíthatnánk. A helyes aetiologia szem elől tévesztése azonban nemcsak azt eredményezi, hogy a pyodermia nem javul s hogy a dermatosis okozta viszkető, szúró fájdalmak nemcsak az éjszakai nyugalmától fosztják meg a csecsemőt s így felesleges energiapazarlást okoznak, hanem azáltal, hogy a táplálkozási zavar ezen egész „gyógykezelés” alatt változatlanul fennáll, sőt gyakran rosszabbodik, az ezzel összefüggő folytonos súlycsökkenés következtében hovatovább a csecsemő ellenállóképessége is annyira csökken, hogy a bántalom előhaladtával komoly veszedelem fenyegeti a csecsemőt.

A táplálkozási zavar által feltételezett csecsemőkori pyodermiáknak három főtypusát különböztetjük meg: 1. a hiányosan táplált csecsemőkön mutatkozó pyodermiák; 2. a túltáplálásból származó és 3. a súlyos decompositio alimentaris kapcsán jelentkező pyodermiák.

Már most megjegyezzük, hogy a hiányos tápláltságból eredő pyodermiák gyakoriságra jóval felülmúlják a túltáplálás által feltételezett pyodermiákat, bár olyan gyakran mégsem észlelhetők, mint azon pyodermiák, melyeknek alapoka a decompositio. A két előbbi typusra néhány esetet iktatunk ide, annak igazolására, hogy milyen szoros összefüggés mutatko-

zik a pyodermia és a táplálkozási zavar között. A harmadik typushoz tartozó pyodermiát felesleges példákkal illusztrálnunk, mivel ezen dermatosis és az azt előidéző táplálkozási zavar közötti összefüggés eléggé ismert.

1. eset. Mesterségesen, igen hiányosan, táplált csecsemő a táplálék mennyiségének megfelelő növelésére a hónapok óta fennálló pyodermia gyorsan javul.

M. A. 6 hónapos, igen gyengén táplált csecsemő majdnem az egész köztakaróra kiterjedő pyodermiában szenved, az arczon elszórtan pustulák, a hajas fejbőrön, valamint a tarkótájon furunculások, a végtagokon és törzsön helyenként furunculások, helyenként ecthymaszerű bőrelváltozások. Obstipatio. Végbélhő: 36.6° C. Súly: 4300 gr. Állítólag születése óta 1 rész tejből és 3 rész vízből álló keverékkel tápláltatott. Életének 4. hónapjában mutatkozott rajta először a pyodermia, mely miatt orvosi kezelésben (száritó kenőcsök és antisepticumok) részesült, a nélkül, hogy a táplálék összetételében valamely változtatás történt volna. A kezelésre a dermatosis nem javult s ilyen körülmények között mutatott be a szt. Margit-kórházban. A bemutatáskor a táplálék mennyiség, melyet a csecsemő az eddigi táplálékból naponta elfogyasztott, circa két liter. Még ilyen horribilis mennyiség mellett is a naponta elfogyasztott calóriák száma éppen a fele annak, a mennyire a csecsemőnek szüksége lett volna, tehát a csecsemő erősen hiányos tápláltságot mutatott. *Diagnosisunk volt tehát: pyodermia ex inanitione.* A bemutatás után, 1912 febr. 5.-én azonnal 2 rész tej + 1 rész lisztfőzet + 3% cukor keverékéből álló táplálékot adagolunk a csecsemőnek, egyébként semmiféle bőrgyógyászati kezelésben sem részesítjük. Két hét múlva súlya 5000 gr. (+ 700 gr.), a pyodermia lényegesen javul, a széketét normalis, monothermia; a fenti táplálékkeveréket tovább adagoljuk. Márcz. 5.-én a súly 5500 gr. (+ 500 gr.), a pyodermia teljesen eltűnt, a turgor lényegesen emelkedett, a közérzet teljesen jó. A csecsemő tehát négy hét alatt megfelelő táplálásra súlyban 1200 gr.-ot gyarapodott s a pyodermia, a nélkül, hogy egyébiránt külső kezelésben részesült volna, a súlygyarapodással együtt tökéletesen megszűnt.

2. eset. Hiányosan táplált csecsemő születése óta fennálló pyodermia gyógyulása bő táplálásra.

K. J. 3 hónapos csecsemő születése óta 1/3 tejjel tápláltatott. Állítólag születése óta pyodermiában szenved. Bemutatáskor az igen gyengén táplált csecsemőnek majdnem az egész köztakaróján elszórtan mutatkozó, helyenként beszáradt, helyenként virágzó kisebb-nagyobb furunculások és pustulák, helyenként szennyes lepedékekkel fedett ecthymák láthatók. A hajlatokban, különösen a nyakon és hónaljban, helyenként száraz pörkkel fedett, helyenként nedvező intertrigo. A csecsemő székrekedésben szenved. Végbélhő: 36.7° C. Súly: 3860 gr. A gyermek állítólag állandóan nyugtalan, a táplálások után is, igen éberen s megszakításokkal alszik; feltűnően halvány, a turgor elveszett. Állítólag huzamosabb idő óta bőrgyógyászati kezelés alatt állott, eredmény nélkül. A fenti táplálékból naponta 6-szor 200—200 gr.-os quantumokat fogyasztott, vagyis súlya szerint kilogrammonként circa 70 calóriát. Ilyen állapotban mutatott be a szt. Margit-kórház rendelésén 1912 május 8.-án. *Diagnosis: pyodermia ex inanitione.* Gyógykezelésünk eleinte azon okból, hogy a pyodermiának direct összefüggését a hiányos tápláltsággal demonstrálhassuk, csupán bőrgyógyászati volt, a csecsemő tovább is az eddigi módon tápláltatott, a nélkül, hogy az állapot valamennyire is javult volna. Május 15.-én a bőrgyógyászati kezelést abbahagytuk, csupán közömbös kenőcsökre tértünk át, azonban az eddigi táplálék helyett 1/2 tej + 1/2 nyálkásfőzet + 5% Soxhlet-tápcukorból álló táplálékot adagoltunk, melyből a csecsemő naponta 900—1000 gr.-os quantumot fogyasztott. Május 23.-án a súly 4180 gr. (+ 320 gr.), a nyugtalanság szűnik, a széketét normalis, pyoderma kezd javulni; az eddigi táplálékot tovább adagoltuk. Május 30.-án súly: 4400 gr. (+ 220 gr.), a nyugtalanság megszűnt, az alvás mély, a turgor emelkedik, monothermia, a pyodermia lényegesen javul. A következő héten a nyálkásfőzet helyett lisztfőzetre tértünk át, a tej s cukormennyiség

változatlan. Június 7.-én súly: 4710 gr. (+ 310 gr.), a *pyodermia teljesen gyógyult*.

Mindkét vázolt esetben azt láttuk, hogy a hiányosan táplált csecsemők súlygyarapodásával kapcsolatban javult, illetve véglegesen gyógyult a *pyodermia*, a mely észlelet a *súlygyarapodás és a pyodermia közötti összefüggésre, illetve arra mutat, hogy a dermatosist a csecsemőkön a caloricé ki nem elégtő táplálás idézte elő s tartotta fenn*. De azt is igazolják ezen esetek, hogy a *pyodermiának* csupán bőrgyógyászati kezelése ilyen esetekben hatástalan, minthogy a *dermatosis* endogen eredetű s mint második esetünk kétségkívül dokumentálja, *eredmény csak akkor mutatkozott, midőn a köztakarónak egészen közömbös kenőcsökkel való kezelése mellett a csecsemőt bővebben tápláltuk*.

3. eset. *Mesterségesen, hiányosan táplált csecsemőn általános pyodermia, mely bővebb táplálásra, illetve súlygyarapodásra javult, ismételt hiányos táplálásra rosszabbodott.*

H. K. 2 $\frac{1}{2}$ hónapos, gyengén táplált s fejlett csecsemő állítólag hetek óta szenved a bemutatott bajban. A kisebb-nagyobb furunculások s bőralatti abscessusok, különösen a hajas fejbőrön, a mellen s a végtagokon mutatkoznak, azonkívül nagyszámú felületes genyóc (Lewandowsky-féle periporitis) látható elszórta a köztakaró különböző helyein. Végbélhő: 36 $^{\circ}$ C. Súly: 4450 gr. A csecsemő állítólag születése után anyatejjel tápláltatott néhány héten át, azóta $\frac{1}{3}$ tejjel tápláltatik, melyből naponta 700—800 gr.-ot fogyaszt el. Hasmenésekben állítólag sohasem szenvedett, ellenkezőleg obstipált, mely baj ellen mutatott be 1912 november 19.-én a szt. Margit-kórház rendelésén. *Diagnosis: pyodermia ex inanitione*. Therapia: a furunculásokra közömbös kenőcsöt alkalmaztunk, azokivül az eddigi táplálék helyett naponta 900 gr. $\frac{1}{2}$ tej + $\frac{1}{2}$ nyálkásfőzet + 40 gr. cukorból álló táplálékkeveréket adagoltunk. November 27.-én súly: 4700 gr. (+ 250 gr.), a gyermek nyugtalansága, mely ezen táplálék adagolása előtt nagymérvű volt, megszűnt, a székletét javult, monothermia, a dermatosis beszáradóban. December 5.-én súly: 4930 gr. (+ 230 gr.), a *pyodermia* lényegesen javult. Ekkor a gyermek vidékre került, a hol azon okból, mert kismérvű bronchitise keletkezett, orvosi rendeletre ismét $\frac{1}{3}$ higítási tejjel fogták, a melyből naponta mintegy 900 gr. mennyiséget fogyasztott s ilyen táplálékon maradt egészen december 27.-éig, a mikor az ismét jelentkező *pyodermia* miatt kórházunkba került. Ekkor súlya 4820 gr. volt, a köztakarón elszórta számos genyes pustula s furunculák látható. Az elrendelt 2 rész tej + 1 rész lisztfőzet keverékből + 30 gr. cukorból álló táplálékokra a súlygörbe lényegesen emelkedik s a *pyodermia* néhány hét alatt teljesen gyógyul.

Ezen esetben az az érdekes, hogy nemcsak a súlygörbe emelkedésével kapcsolatban mutatkozott a *pyodermia* javulása, hanem a hiányos táplálással, illetve a testsúlycsökkenéssel egyidejűleg ismét nagymérvű rosszabbodás volt a dermatosisban észlelhető. *A nexus tehát a testsúly emelkedése és a pyodermia javulása, valamint a testsúly csökkenése és a pyodermia rosszabbodása között szembeötlő.*

Talán még gyakrabban észlelhetjük a *pyodermiákat* emlőn táplált, mint mesterségesen táplált csecsemőkön, a minek magyarázatát abban találhatjuk, hogy míg mesterségesen táplált csecsemőkön mégis ritkábban fordul elő a hiányos tápláltság, minthogy az anyáknak legnagyobb része körülbelül tisztában van azon quantummal, melyet a csecsemő szükségel, hacsak orvosi rendeletre nem kénytelen adagolni az anya erősen higított, vagy a gyermek szükségletét nem fedező mennyiségű tejkeveréket a csecsemőnek, mint a fentebb közölt esetekben láttuk, de másrésről a gyermek is a meglévő táplálékból szükségletét tetszés szerint fedezheti. Ellenben az emlőn való tápláláskor, mérések hiányában, a legtöbb anya természetesen nem tudja ellenőrizni a tej mennyiségét s így gyakran megtörténik, hogy a csecsemő heteken, sőt hónapokon át hiányosan tápláltatik, míg végre vagy azon okból, mert a gyermek gyengén fejlődik, vagy a mutatózó *pyodermia* miatt, vagy egyéb okból orvoshoz kerül, a mikor azután a hiányos táp-

láltság nyilvánvalóvá válik. Idevonatkozólag csupán egy esetet akarok közölni, mint típusát az eféle eseteknek:

4. eset. *Emlőn hiányosan táplált csecsemő állítólag születése óta szenved pyodermiában, mely allaitement mixtere gyorsan javul.*

G. A. 2 $\frac{1}{2}$ hónapos csecsemő állítólag születése óta gyengén gyarapszik. Bemutatáskor a tarkón, a nyakon, a mellkason, továbbá a végtagokon elszórta furunculások, genyes pustulák, valamint ezek között néhány ecthyma látható. A dermatosis az anya állítása szerint a gyermek születése utáni harmadik héten kezdődött s azóta állandóan fennáll, sőt rosszabbodott. Az utóbbi hetekben a gyermek bőrgyógyászati kezelés alatt állott, azonban a bántalom nem javult, utasításra onnan került a csecsemő hozzánk. A csecsemő súlya születésekor 3200 gr. volt, bemutatáskor a súly: 3830 gr., vagyis 2 $\frac{1}{2}$ hónap alatt a gyarapodás 630 gr. A csecsemő igen gyengén táplált, lesóványodott, állandóan nyugtalan, állítólag a táplálások után is, a turgor elveszett, a bőr helyenkint könnyen redőkbe szedhető, a has behúzódtott; a székletét változó, néha obstipatio, máskor naponta többször tartalom nélküli szék. Hőmérsék: 36 $^{\circ}$ C. Az emlővizsgálat alkalmával gyanu merül fel hypogalactia iránt. A négy napon keresztül eszközölt táplálékennyiségmérések azt derítik ki, hogy a napi táplálékfelvétel 400—450 gr. között ingadozik. *Diagnosis: pyodermia ex hypogalactia.*

Therapia: *allaitement mixte*. A csecsemő $\frac{1}{2}$ tej + $\frac{1}{2}$ nyálkásfőzet + 5% cukorból álló keverékből minden szopás után kanalankint 50—60 gr.-ot fogyaszt, egyébiránt a *pyodermiát* semmiféle kezelésben sem részesítjük, csupán védelmi célból helyenkint közömbös kenőcsöt tartalmazó tapaszt alkalmazunk. Az *allaitement mixte*-re a csecsemő az első héten 310 gr.-ot gyarapszik, a *pyodermia* igen szépen javul, újabb furunculások vagy pustulák nem jelentkeztek, a régiak beszáradnak; a nyugtalanság megszűnt, a székletét normalis. A második héten súly: 4350 gr. (+ 210 gr.), a furunculások nagy része eltűnt, csupán helyenkint látható még egy-egy erősen hámló felülettel bíró, de már ki nem emelkedő s genyet nem tartalmazó göbcsé. A harmadik héten a nyálkásfőzet helyett lisztfőzetet adagoltunk a csecsemőnek szoptatások után 2 rész tej + 5% tápcukorral, a súlygyarapodás ismét 270 gr. vagyis a csecsemő mostani súlya 4620 gr. A gyógykezelés ötödik hetének végén a köztakaró teljesen tiszta, a súly 5110 gr. (súlygyarapodás öt hét alatt 1280 gr.); a turgor igen kielégítő, az alvás nyugodt, mély. Azóta hónapok teltek el, a gyermek a vegyes tápláláson szépen gyarapszik tovább, a nélkül, hogy rajta exsudatív diathesis vagy egyéb bántalomnak a tünetei mutatkoztak volna.

Az eddig tárgyalt esetekben tehát a *pyodermiát* kiváltó oki mozzanat gyanánt a hiányos tápláltság szerepelt. A mint láttuk, az ezen bántalomban szenvedő csecsemők mind gyengén tápláltak, soványak voltak, a normalisnál kisebb súlylyal, hiányos vagy semmi turgorral; a *pyodermia* lán nélkül jelentkezett, sőt a hőmérsék tendált a subnormalis állapot felé s a folyamat fennállása idejében sem mutatkozott lán. A csecsemők a diathesis exsudativa tüneteit nem mutatták, bővebb táplálásra a súly lényegesen emelkedett és a *pyodermia* kivétel nélkül gyógyult, a nélkül, hogy egy esetben is lényegesebb bőrgyógyászati kezelést alkalmaztunk volna, sőt bővebb táplálásra sem mutatkoztak a diathesis exsudativa tünetei. Ezen esetekben tehát a bántalmat kizárólag a hiányos táplálás idézte elő, mely, mint említettük, egyik leggyakoribb oka szokott lenni a csecsemőkön jelentkező, inkább általános kiterjedést mutató *pyodermiáknak*.

A csecsemőknek *pyodermiában* megbetegedett másik csoportja az előbbeni csoporttal *sok tekintetben ellenkező típust mutat*. Ezen csecsemők rendszerint jól tápláltak, kifejezett zsírpárnával, sőt egyes esetekben pastosus külsővel bírnak. Az ilyen habitussal bíró csecsemőkön is elég gyakran mutatkozik *pyodermia*, csak hogy ilyen esetekben a bántalmat a hiányos tápláltság ellenlábasa, a túltáplálás szüli. *A második táplálkozási zavar tehát, mely csecsemőkön pyodermiát válthat ki, a túltáplálás*. Ilyenkor már joggal felmerül

ama kérdés, vajjon ilyen esetekben a pyodermia keletkezésében milyen szerepet játszik a diathesis exsudativa, annival inkább, mert a túltáplálásból eredő pyodermiák mellett olykor megtaláljuk a diathesis exsudativa tüneteit. Ilyen a következő eset:

5. eset. Emlőn táplált csecsemőn túltáplálásra általános pyodermia; táplálékreduktóra gyógyulás.

M. A. 2 hónapos csecsemő, születése óta emlőn (dajka) táplált, állítólag három hét óta szenved pyodermiában. Az elváltozások a köztakarón leginkább a tarkótájra, a mellkas felső részére, a hátra s a végtagokra szorítkoznak, mely helyeken furunculások s genyes kisebb-nagyobb hólyagocskák észlelhetők. A hajlatokban, a hónaljokban és a lágyék, valamint az anus vidékén intertrigo látható. A csecsemő jól táplált s fejlett, elég vastag bőralatti zsírpárnával, kifejezett turgorral. A hajas fejbőrön seborrhoea, az arczon crusta lactea, a nyakon elszórtan borsónyi-babnyi tömött mirigyek érezhetőek. A székletét kb. két hét óta gyakori, vizesebb jellegű. dyspepsiás. Az alvás állítólag nyugtalan. Végbélhő: 37.6° C. Súly: 5200 gr. A csecsemő rendetlen időközökben szopik, a szopások tartama hosszú. Az emlővizsgálat igen bő tejelválasztást konstata, melyet a táplálékmérések is megerősítenek. *Diagnosis: pyodermia ex hypernutritione.* Therapia: 4 óránkénti táplálás 10 percnyi tartammal, helybelileg a dermatosist mutató helyekre fedő kötés, minden külső kezelés nélkül.

1913 április 12.-én, vagyis egy hét múlva a csecsemő súlya 5340 gr., tehát a megszorított táplálkozás ellenére még 140 gr. a gyarapodás, a hőmérsék 37.4—37.6° C között változik, a székletét változatlan, a vizeletben semmi idegen alkotórész, a pyodermia változatlan. Ekkor 4 órai időközökben csak 4—5 percig teszszük emlőre a csecsemőt (megfelelő mennyiségű saccharinos teával). Április 19.-én a csecsemő súlya: 5330 gr. (vagyis —10 gr.), a dermatosis javulóban. Az inaurált terapiát változatlanul tovább folytatjuk a következő héten is. Április 26.-án súly: 5280 gr. (ismét —50 gr.), a pyodermia majdnem teljesen, az intertrigo teljesen eltűnt, székletét csak másodnaponként, monothermia. A 4 óránkénti táplálás mellett megmaradunk, de már 8 percnyi szopási tartammal. Május 3.-án súly: 5325 gr. (+ 45 gr.), a pyodermia teljesen eltűnt, a bőr tiszta. A székletét normalis. Az alvás mély. Most a szopások tartamát 10 percre terjesztjük ki; egy hét múlva, vagyis május 10.-én súly: 5440 gr. (+ 95 gr.). Ilyen táplálás mellett maradtunk meg továbbra is, s bár a súlygyarapodás hetenkint 150—200 gr. között ingadozott, de pyodermia vagy exsudativ diathesis tünetei nem észlelhetők.

Valószínű, hogy a különben diathesis exsudativára hajlamos alkat, mely már ab ovo fogékony különböző dermatosisek iránt, a pyodermia keletkezésére is termékeny talaj, tehát ilyen szervezetű csecsemőkön a causa disponens az abnormis constitutio, de a kiváltó ok a túltáplálás. Ezt látszik bizonyítani ama tapasztalat is, hogy a túltáplálás kapcsán jelentkező pyodermiákat mindig kisebb-nagyobb fokú lázak kísérik, melyek kétségkívül nem a pyodermiától, hanem a táplálkozási zavartól vannak feltételezve s melyek mindaddig fennállanak, míg a táplálkozási zavar nem szűnik. Meg kell jegyeznünk, hogy túltáplálásból eredő pyodermia nemcsak a diathesis exsudativa tüneteit mutató csecsemőkön fordul elő, hanem olyanokon is, a kiken ezen constitutióknak semmiféle jelensége sem mutatható ki. Sőt túltáplálásból és hiányos táplálásból eredő pyodermia egy és ugyanazon csecsemőn is észlelhető, természetesen nem egy időben, a mikor is a fentebb említett sajátosságait a kétféle táplálkozási zavarnak, illetve az azokkal összefüggő pyodermiáknak még külön-külön is fellelhetjük. Példa erre a következő eset:

6. eset. Női tejen hiányos tápláltság folytán pyodermia, bővebb táplálásra súlygyarapodás, a pyodermia gyógyulása; túltáplálásra ismét pyodermia, mely táplálékreduktóra javul.

K. J. 2½ hónapos, születése óta női tejjel (dajka) táplált csecsemő állítólag 4 hét óta szenved dermatosisban, mely eleinte mérsékelt, itt-ott mutatózó genyes hólyagocskák je-

lentkezésében nyilvánult, körülbelül egy hét óta a bántalom a köztakaró legnagyobb részére kiterjedt. Bemutatáskor 1913 május 2.-án a köztakaró említett helyein részben beszáradt, de nagyrészen virágzó furunculások, valamint gombostűfőnyi, sőt borsónyi genyes pustulák láthatók. A csecsemő gyengén fejlett és táplált, erősen csökkent bőrturgorral, állandóan nyugtalan (táplálások után is), a székletét obstipatióra hajló. Az anya állítása szerint a csecsemő kezdetben egy-egy tápláláskor 50—60 gr. tejet szopott, mely az utóbbi időben sem haladta meg a 70—80 grammot. Végbélhő: 36.7° C. Súly: 4370 gr. A dajka emlőinek vizsgálata valóban mérsékelt mennyiségű tej cecernálását állapította meg. A három napon keresztül végzett táplálékmennyiség-mérések pedig azt mutatták, hogy a csecsemő tejfelvétele átlag naponta a 400 grammot alig haladja túl. *Diagnosis: pyodermia ex hypogalactia.* Therapia: bővebb táplálás, illetve dajkaváltoztatás, valamint a pyodermiás helyekre alkalmazott fedőkötés közömbös kenőccsel. Az első héten a csecsemő tejfelvétele dajkaváltoztatás után átlag naponta 650—700 gr. között mozog. Súly május 14.-én: 4450 gr. (+ 80 gr.), a furunculások s genyes pustulák egy része beszáradóban, új eruptio nem jelentkezett, a székletét normalis, a nyugtalanság megszűnt, monothermia. Therapia idem. A következő héten a tejfelvétel átlag naponta 750—800 gr. között változik. Május 21.-én súly: 4670 gr. (+ 220 gr.), a pyodermia majdnem teljesen gyógyult. Ezután a súlygyarapodás folyton haladt előre s ezzel együtt a köztakaró körülbelül május végére teljesen megtisztult, valamint a súly is a csecsemő korának megfelelő értéket június első napjaiban teljesen elérte.

Július hó elején táplálási hiba folytán hig, vizes székletetek jelentkeztek a csecsemőn mérsékelt hőemelkedéssel, ugyanekkor a mellkason és háton diffus pír mutatkozik, melyen számos apró gombostűfőnyi, felületen, genyet tartalmazó vesicula is látható. A következő napokban a genyhólyagocskák még szaporodnak és megnagyobbodnak, köztük, valamint a végtagokon szétszórtan néhány furunculások, sőt a hajas fejbőrön egy nagyobb bőralatti abscessus is észlelhető, a hőmérsék 38.6° C-ig emelkedik. Kérdezősködésre kitűnik, hogy a csecsemő, az azelőtti rendtől eltérőleg, rendetlen időközökben tétetett emlőre az utóbbi időben s a most már igen jól táplált csecsemő napi átlagos tejfelvétele a 900 grammot meghaladta. *Diagnosis: pyodermia ex hypernutritione.* Therapia: táplálékreduktio és laxansok adagolása, külsőleg szárító kenőcs. Ezen beavatkozásra a láz csakhamar szűnik, a székletetek javulnak, valamint a dermatosis körülbelül 10—12 nap alatt teljesen gyógyul.

Ez utóbbi eset a mellett szól, hogy bizonyos csecsemőkön a hiányos táplálás éppen úgy oka lehet a pyodermia kifejlődésének, mint a túltáplálás és hogy az egyik momentum éppen úgy előidézheti a köztakaró ellenállóképességének meggyengülését, tehát a causa disponens, mint a másik. Ezen tapasztalat is azt tanúsítja, hogy nem okvetlen szükséges, hogy a pyodermiában szenvedő csecsemők abnormis constitúcióval bírjanak.

Igaz, hogy az abnormis constitúcióval bíró csecsemő köztakarója igen alkalmas terrenum különböző dermatosisek kifejlődésére, a mint azt különösen a túltáplált csecsemőkön mutatózó eczematosis stb. elváltozások majdnem naponta igazolják, azonban úgy hiszem, az általam felsorolt esetekben a pyodermia és az abnormis constitutio között semmi nexus sincs. Mert nem is számítva azt, hogy ezen csecsemőkön, egyet kivéve, sem a bántalom fennállása idejében, sem pedig utólag hosszas megfigyelés után sem lehetett semmi olyan tünet észlelni, mely az abnormis constitutio jelenlétét csak valószínűvé is tette volna, de ellene szól ezen felvételnek azon körülmény is, hogy, mint tudjuk, az abnormis constitutio, pl. a diathesis exsudativa mellett éppen a túltáplálás idézi elő a dermatosiseket, melyek táplálékreduktóra szűnnek, holott az általam észlelt esetek legnagyobb részében éppen olyan időszakban keletkezett a dermatosis, mikor a csecsemő hiányosan tápláltatott és a bővebb táplálásra állott be a javulás.

Azon esetekben továbbá, melyekben a túltáplálással kap-

csolatban mutatkozott pyodermia, egy esetet leszámítva, szintén nem találtuk tüneteit a diathesis exsudatívának, a mely alapbántalom mellett, mint ismeretes, túltáplálás folytán inkább eczema, intertrigo vagy prurigo a megszokott kép s nem pyodermia. De végül, ha azon eseteinkben, melyekben a pyodermia kiváltó oka gyanánt a túltáplálást szerepeltetjük, a dermatosisok az abnormis constitutiótól lettek volna feltételezve, akkor a későbbi s olykor intenzív súlyemelkedések, melyeket a csecsemőkön észleltünk, ismét előhívták volna a dermatosist, minthogy a Czerny nyomán elterjedt általános felfogás szerint az abnormis constitúcióval bíró csecsemő szervezete, ha különben valamely dermatosissra hajlandó, minden intenzivebb súlyemelkedésre ismét dermatosissal vagy valamely olyan tünettől reagál, mely az abnormis constitúcióra jellegzetes. Ezt pedig egy esetünkben sem észleltük.

Nézetem szerint tehát a hiányos táplálásból eredt pyodermiák és valamely abnormis constitutio között semmi összefüggés sincsen, azok kizárólag a hiányos táplálkozásra vihetők vissza.

A túltáplálásból származó pyodermia és az abnormis constitutio között is nagyon laza a nexus. S bár egy csecsemőn nyomaít láttuk a diathesis exsudatívának, ebből még nem következik, hogy azon csecsemőn a pyodermia is ezen constitutio által lett volna feltételezve. Csupán annyi koncedálható a túltáplálásból eredő pyodermiás eseteinkben, hogy, mint általában minden dermatosis, könnyebben keletkezik abnormis szervezettel bíró köztakarón, így már a normalisnál kisebbfokú túltáplálás is elegendő volt a pyodermia keletkezésére, vagyis hamarabb meg volt adva az alkalom a köztakaró meggyengítésével a dermatosis fejlődésére.

Utolsónak említjük a *harmadik táplálkozási zavar*, a decompositio kapcsán jelenkező pyodermiát. Ez jól ismert állapot. Hosszas előző táplálkozási zavar után erősen lesorvadt csecsemőkön mutatkozik e dermatosis, melynek jelentkezése már rendszerint az alapbántalom súlyosságára mutat. A pyodermia alap-oka ilyen esetekben könnyen felismerhető, hiszen a súlyos decompositio képe annyira közismert, hogy bővebben vázolni felesleges. A furunculások száma ilyen esetekben néha rendkívül nagy, az egész tarkóját, a nyakat, a mellkast, a hátat elfoglalják, sőt kiterjeszkednek a végtagokra is. Kezdetben számos apró genypustula jelentkezik, melyekből később furunculások, sőt nagyobb abscessusok is fejlődnek.

Valószínű, hogy úgy a decompositio, valamint a fentebb tárgyalt táplálkozási zavarok kapcsán jelentkező furunculások további terjedése nem csupán a genynek a köztakaró egyéb helyeire történt széthurczolása és átoltása, hanem haematogen úton is történik, mert sem a decompositióból, sem a többi felsorolt okból származó furunculásoknak a tovaterjedését, a szaporodását, ha egyébiránt az alapbántalom ellen a diéta terápia meg nem indítjuk, a legnagyobb tisztasági cautelák betartásával sem tudjuk megakadályozni; de hogy mindezen esetekben a táplálkozási zavar, illetve az ezáltal ellenállóképeségében meggyengített köztakaró volt a folyamatot megindító s azt fentartó momentum, a causa disponens, részéről kétségtelennek tartom.

A decompositio kapcsán keletkezett pyodermiát egyébiránt végeredményben úgy lehet felfogni, mint a hiányos tápláltságtól feltételezett pyodermiát, a mennyiben súlyosabb decompositióban a táplálékkal szemben fennálló nagyfokú intolerantia tulajdonképpen nem egyéb, mint olyan állapot, mint ha a szervezet nagyfokú inanitióban szenvedne. Míg azonban hiányos tápláltság esetében úgynevezett „külső okok” szerepelnek az inanitio előidézésében, t. i. a szervezet nem láttatik el elegendő táplálékkal, decompositióban „belső okok” miatt támad az inanitio: a szervezet részeseül ugyan elegendő táplálékban, azonban azt értékesíteni, assimilálni nem tudja, a minnek a folyamánya a nagyfokú inanitio, illetve az ennek következtében előálló pyodermia. Hogy ezen felfogás nem egészen alapnélküli, azt bizonyítani látszik ama körülmény is, hogy a decompositióhoz csatlakozott pyodermiát

is csupán akkor tudjuk befolyásolni, ha a megfelelő diéta gyógykezeléssel a szervezet táplálékfelvevő, illetve assimilálóképességét sikerül emelnünk, vagyis a nagyfokú inanitiót, melybe a decompositio folytán a csecsemő szervezete jutott, szüntetni tudjuk. Végleg csak akkor tűnik el a pyodermia, a midőn a csecsemő olyan mennyiségű táplálékot, mely korának megfelel, jól tud áthasonítani, vagyis midőn a decompositio megszűnt. *A táplálkozási zavar által feltételezett pyodermia az alapbántalomnak hű tükré.* Ha javul a pyodermia: javult az alapbántalom is. S csakugyan ezen tapasztalat klinice is mindig beválik: a pyodermia javulásából jogosan lehet következtetni az alapbántalom javulására is.

Csecsemőkori pyodermia eseteiben tehát — leszámítva a rendszerint kis térre lokalizált mechanikai, chemiai vagy thermias hatásból eredő, valamint a csekélyszámú, „exogen” fertőzésből származó pyodermiát —, a midőn ki tudjuk mutatni a fertőzés útját és ki tudjuk zárni a táplálkozási zavart, az esetek zömében endogen eredetre kell gondolnunk s kutatnunk kell valamely táplálkozási zavar után. Ezt elsősorban a csecsemő hiányos tápláltságában — akár mesterséges, akár emlőn táplálásról van szó, bár ez utóbbi esetben gyakoribb — találjuk meg. Gyanunk beigazolódik, ha a csecsemő a hiányos tápláltság tüneteit mutatja, gyengén fejlett, súlya a minimalison alul marad, obstipatióra hajló, hőmérséke subnormalis, ha táplálékmenyisége calorice nem kielégítő s különösen, ha a bővebb táplálékra a pyodermia javul.

A második typus az acut táplálkozási zavar tüneteit mutató, emelkedett hőmérsékű, calorice teljesen kielégítően, esetleg még a csecsemő szükségletén felül táplált csecsemőkön fejlődött pyodermia, mely folyamat táplálékreduktióra javul.

Vége a harmadik typus a decompontált állapotban levő, vagyis a *hosszas táplálkozási zavar* folytán lesorvadt csecsemőkön le lehet, midőn a táplálékassimilálóképesség annyira csökken, hogy a csecsemő quasi súlyos inanitioba kerül s a midőn csak a szervezet tolerantiáját meg nem haladó táplálékmenyiségnek fokozatos emelésével tudjuk a pyodermiát befolyásolni.

A fenti esetekben rá akartunk mutatni arra, hogy a csecsemőkori pyodermiák keletkezésében és terapiájában milyen fontos szerepet játszanak a különböző táplálkozási zavarok, annyira, hogy ezek szem elől tévesztése esetén a gyógykezelés majdnem elháríthatatlan akadályba ütközik. Nem hallgatjuk el azonban azt sem, hogy az endogen eredetű pyodermiák gyógykezelésekor sem szabad figyelmen kívül hagyni a diéta terápia mellett a medicinalis kezelést. Mert *vannak esetek, melyekben a diéta kezelésnek kizárólagos alkalmazása nem vezet célhoz.* Azon körülmény, hogy a pyodermia tovaterjedése a genynek a köztakaró más helyeire történt átoltása útján is történik, kötelességünké teszi arról is gondoskodni, hogy a mikrobák megfelelő medicinalis gyógykezeléssel el is pusztíttassanak, vagyis *a diéta kezelés mellett a medicinalis gyógykezelést sem szabad elhanyagolnunk.*

Mert igaz ugyan, hogy a csecsemő táplálkozásának rendezésével a köztakaró ellenállóképeségét emeltük, de a mikrobákat, melyek a bőr felületén még sokáig életképes állapotban megmaradnak, még nem semmisítettük meg. Így megérthetők azon esetek, melyekben, bár a szükséges diéta terápia helyesen alkalmaztuk, az eredmény mégis részleges maradt, a mennyiben a táplálkozási zavar megszüntetésével a pyodermia javul, illetve gyógyul ugyan, azonban egyes gyengőczok, bár sokkal mérsékeltebb kiadásban, rövidebb-hosszabb ideig utólag még felütik fejüket a köztakaró különböző helyein, és csak akkor szűnnek meg véglegesen, a mikor a mikrobák életképeségüket elvesztették, vagyis a mikor a diéta terápia alkalmazása mellett a köztakaró kellő fertőtlenítéséről is gondoskodunk.

Közlés az Erzsébet királyné-sanatorium (igazgató-főorvos: Scharl Pál dr.) férfiosztályáról.

Az izomzat villamos ingerlékenysége mesterséges pneumothorax eseteiben.*

Irta: Ország Oszkár dr., osztályos főorvos.

Tüdőtuberculosisban szenvedő egyének idegrendszerén olykor nagyszámú és sokféle jelenségek észlelhetők. Így ismertek a betegek nagyfokú ingerlékenysége, lelki és vasomotoros zavarok, fájdalmak, ideggyulladás, pupillaris eltérések. Az izomzaton észlelhető tünetek közül említésreméltók az idiomuscularis rángások, olykor izomsorvadás, az izomzat merevsége (*Pottenger*) és a villamos ingerlékenység fokozott volta. Az izomzat utóbbi tulajdonságának ismerete teljesebbé vált, midőn *Bálint*¹ kimutatta, hogy a beteg tüdőnek megfelelő oldalon az izomzat ingerlékenysége nagyobb, mint a túloldalon lévő izmoké.

Mesterséges pneumothorax-szal kezelt betegeink észlelésekor felmerült az a kérdés, nem változtatja-e meg a légmell a rendszerint észlelhető fokozott villamos ingerlékenységet, s ha igen, mily következtetések vonhatók le ebből. Szolgáltató-e ez oly adatokat, a melyek a tüdőfolyamat aktivitása megszűnésének, illetőleg csökkenésének objectiv bizonyítékául felhasználhatók volnának. E kérdés fontos azért, mert a phthisiologia ma sem rendelkezik oly módszerrel, melylyel a tüdőgümőkór aktivitása kétségtelenül meg volna állapítható. Egy régebbi dolgozatban az izomzat villamos ingerlékenységének vizsgálatára éppen e szempontból hívtam fel a figyelmet, a mely eljárás, tekintve az objectivitását, tévedésekre kevésbé szolgáltathat alkalmat, mint a *Pottenger* által e célból ajánlott light touch palpation, mely az izomzat merevségének fokából von következtetést a tüdő megbetegedésére.²

Mielőtt a kitűzött kérdés vizsgálatához kezdtem, összehasonlító vizsgálatokat végeztem tüdőbetegeim izomzatán. A vizsgálatokat farados és galvanos árammal végeztem. Lényeges eltérést találtam a beteg és az egészséges tüdő oldalának megfelelő izmok ingerlékenységében. A vizsgálatokat túlnyomó részben a musculus pectoralis maior, m. trapezius, sternocleidomastoideus, latissimus dorsi, triceps és deltoideuson végeztem. A vizsgálat előtt az izmok ingerlési pontjait pontosan megállapítottam s csak kellő pihenési idő után végeztem a kvantitatív vizsgálatot. 10—15 ingerlés után az izmok ugyanis annyira kimerülhetnek, hogy jellegző viszonyukat nem mutatják. 14 esetben végeztem a vizsgálatot, melyeket a következő táblázatban állítottam össze:

Szám	A beteg neve	Kezelt oldal	Az izmok nagyobb ingerlékenységet mutatnak					
			m. pect.	sternocleidomast.	trapez.	lat. d.	tric.	deltoid.
1	S—l	bal	jobb	jobb	—	—	jobb	jobb
2	T—y	jobb	bal	bal	bal	—	bal	bal
3	K—n	bal	jobb	jobb	jobb	—	jobb	jobb
4	T—n	jobb	bal	—	—	—	bal	bal
5	W—y	jobb	jobb	—	bal	bal	jobb	jobb
6	F—r	jobb	bal	bal	bal	—	bal	bal
7	D—s	bal	j.=b.	j.=b.	j.=b.	j.=b.	j.=b.	j.=b.
8	F—k	bal	jobb	jobb	—	—	jobb	jobb
9	W—g	bal	jobb	jobb	jobb	jobb	jobb	jobb
10	R—r	bal	jobb	jobb	jobb	jobb	jobb	jobb
11	B—i	jobb	—	bal	—	—	bal	bal
12	H—g	bal	jobb	—	—	—	—	bal
13	N—y	bal	jobb	—	bal	bal	bal	bal
14	I—sz	bal	—	bal	bal	jobb	jobb	jobb

* Előadatott a Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének ez évi nagygyűlésén.

¹ *Bálint Rezső*: Tüdővészések izomzatának villamos ingerlékenységéről. Orvosi Hetilap, 1903.

² *Oskar Ország*: Zur Frage der Muskelrigidität als Zeichen zur Erkennung von Lungenkrankheiten. Wiener klin. Wochenschrift, 1910.

E táblázatból látható, hogy a mesterséges pneumothorax az esetek túlnyomó részében az izomzat villamos ingerlékenységét teljesen megváltoztatja; míg, mint említettük, az ingerlékenység a beteg tüdő oldalán rendszerint fokozott, pneumothorax fennállása esetén nemcsak hogy nem az, hanem az egészséges oldalánál is kisebb. Kilencz esetünkben az összes vizsgált izmokban egyenlő csökkenést láthatunk. E lelet azonban a pneumothorax felszívódásakor megváltozhatnak. Egy esetben a két oldal egyenlőnek mutatkozott, négy esetben azonban dissociációt láttunk különböző izmokban. Oly esetünk, melyben a beteg oldal összes izmai fokozott ingerlékenységet mutattak volna, egy sem volt. E négy eset közül a N—y-al jelzett betegen a gyógy mód teljesen eredménytelennek bizonyult. H—g-n a betegség hosszas kezelés dacára is széteső jellegűnek mutatkozott, pneumothoraxa részleges volt. I—sz súlyos állapotát előrehaladott gégefolyamat komplikálta. T—n esetünkben a légmell magától keletkezett s teljesen a mesterséges pneumothoraxnál észlelhető izomingerlékenységi viszonyokat mutatta, miután a beteget utánatöltöttük. W—y-n a később megismételt vizsgálat az ingerlékenység teljes csökkenését mutatta.

A mely esetben lényeges javulás következett be, abban a villamos ingerlékenység megváltozása is kifejezettebb volt. Több ízben volt alkalmunk látni, hogy a légmell fennállásának időtartamával és nagyságával, illetőleg a beteg állapotának javulásával arányosan az ingerlékenységi különbség is kifejezettebbé vált. Az esetek nagy részében a betegek fájdalomérzése a villamos ingerlékenységnek megfelelő változást mutatott.

5., 12., 13. és 14. esetünkben láttuk, hogy az izmok egy része a beteg, más része az egészségesebb oldalon mutatott fokozottabb ingerlékenységet. Ez eseteket fentebb jellemeztem. A sajátságos dissociatio magyarázatát leli *Bálint*-nak már régebben szerzett azon észleletében, hogy kétoldali tüdőmegbetegedés egyes eseteiben az izomingerlékenység fokozódása nem mutat teljesen szigorú elrendeződést. Ugy találta, hogy az egyik oldalon az izmok nagy része ingerlékenyebb, míg néhány izom a másik oldalon mutatott fokozott ingerlékenységet. Pneumothoraxos betegeimen szerzett ez észleletem megerősíti *Bálint* tapasztalatait, bár azoknak tükörképét adja.

Midőn a mesterséges pneumothorax által létesített ezen izomingerlékenységi jelenségek magyarázatával foglalkozunk, feltétlenül szükséges, hogy ismerjük azokat az adatokat, a melyek a tüdőgümőkóros egyénekben észlelhető fokozott izomingerlékenység magyarázatának támpontjául szolgáltak. Kétségtelen, hogy az idegrendszer a tüdőfolyamat által megváltoztatott állapotba kerül. Feltűnő, hogy e változás bizonyos területekre korlátozódik. Így ismeretes a beteg tüdő oldalán a bőrnek fokozott érzékenysége, valamint fájdalmassága, az idegeknek és izmoknak nyomás után jelentkező hyperalgeziája, a melyet hemialgia, illetőleg hemihyperaesthesia neuromuscularisnak, vagy leirója után *Weil*-féle syndromának nevezünk. *Anton* és *Benedict* a hemialgiás oldalon a bőrreflexeket általában fokozottabbnak találta. *Pottenger* viszont alapos vizsgálatokkal kimutatta, hogy a megbetegedett, illetőleg aktívabb megbetegedésű tüdőfél oldalán az izomzat rigiditása nagyobb, s az izom gyenge ütögetésre jól reagál, a mit saját vizsgálataimmal is megerősíthetek. *Head* vizsgálatai kimutatták, hogy phthisis eseteiben a bőr egyes zónáin túlérzékenységi eltérések vannak jelen, az érzékenység más zónákba is átsugározhatik. E fokozott érzékenységet oly módon magyarázta, hogy a beteg ingerületek mint abnormis impulsusok a gerincvelő megfelelő részének, az idegközpontnak állapotát megváltoztatják, minthogy abban felhalmozódnak. A peripheriáról jövő újabb külső ingerületek tehát a már túlingerült gerincvelőn át jutnak az agyba és így a különböző ingerek összege azt élénkebben izgatja, tehát mint erősebb inger fog tudomásunkra jutni az esetleg csekély külső inger. Ezen alapon kísérel meg *Bálint* az izomzat túlingerlékenységének magyarázatát. A tüdőből a gerincvelőbe jutó ingerek a szürke állományban, főleg a hátulsó szarvban halmozódnak fel és

valószínű, hogy egy részük innen a collateralisok útján a megfelelő oldali elülső szarvba, az izomzat mozgató sejtjeihez is eljut, a mely sejtek így állandóan bizonyos inger hatása alatt állanak. Ennek következtében a megfelelő izom, minthogy központja már ingerelve van, csekélyebb villamos áramtól fog összehúzódni, mint a túoldalali, melynek központja nagyobb nyugalomban van. A túlingerlékenység főleg azokban az izmokban a legkifejezettebb, a melyek mozgató rostjaikat a tüdőcsúcsokkal összefüggésben levő gerinczvelő-segmentumokból kapják, mint a pectoralis maior és a trapezius. *Bálint* e magyarázatát ajánlatomra *Pottenger* az izomrigiditas keletkezésének értelmezésére is elfogadta.

Vizsgálataim megkezdésekor azt gondoltam, hogy a tüdő összenyomása folytán a benne normalisan is keletkező ingerék száma, illetve nagysága csökkenni fog s e csökkenés folytán az izomzat érzékenysége is alászáll. Az izomzat ingerlékenysége függ azonban tapasztalataink szerint a tüdőfolyamat aktivitásától is. Tekintetbe kell vennünk azt is, hogy a tüdőnek mint olyannak összenyomása maga is befolyással lehet a gerinczvelő, illetőleg a tüdőből hozzávezető idegek beidegzésére. Minthogy több körülmény játszik szerepet az izomzat ingerlékenységének alászállításában, nem foglalhatunk határozottan állást sem az egyik, sem a másik mellett. Kétségtelenül legnagyobb jelentősége a tüdő összenyomásának van. Megemlítem, hogy nagy exsudatum pleuriticum eseteiben az izomzat villamos ingerlékenysége szintén alászállhat, ha nagyfokú acut lobosodás nem áll fenn s a tüdő állapota kielégítő.

A nyomás fokozása tehát magában véve is megváltoztathatja a viszonyokat, viszont nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy azokban a súlyos esetekben, a melyekben a kezelés eredménytelen volt, a pneumothorax létesítése nem tudta az ingerlékenységi viszonyokat oly teljes mértékben megváltoztatni, mint a jóindulatú esetekben. E két körülmény tekintetbevétele szükséges akkor, a midőn az általunk ismeretett jelenség értelmezését akarjuk adni. Az a körülmény, hogy a pneumothorax létesítése által a villamos ingerlékenység csökkenése nemcsak a normalis határokig történik, hanem annál kisebb értékeket mutat, megnehezíti a jelenség magyarázását s exact bizonyítékok híján hypothesisek felállítását tenné szükségessé.

Tekintve azt, hogy a villamos ingerlékenység az után-töltések után változást mutatott, oly esetekben gyakorlatilag is értékesíthető volna, a midőn Röntgen-készülék hiányában nem ellenőrizhetjük kellőképpen a pneumothorax nagyságát, a mikor a már előzőleg megállapított ingerlékenységi viszonyok változásából vonhatunk a pneumothoraxra következtetést. Megállapíthatjuk ugyanis, hogy a pneumothorax már nem fejt ki oly intenzív hatást, mint annakelőtte. Ugyancsak ez alapon azt is láthatjuk, hogy egyes esetekben a pneumothorax több töltés után sem tud a tüdőre kellő nyomást kifejteni.

Vizsgálataimat összefoglalva, azok eredménye a következő: A mesterséges pneumothorax megváltoztatja az izomzat fokozott ingerlékenységét, a mennyiben azt a normalisnál is kisebb mértékre szállítja le. Bizonyítéka ez annak, hogy a collabált tüdőből kevesebb inger jut az idegközpontokba.

Datura-mérgezés okozta acut amentia.

Közli: *Zakariás Andor* dr.

Gyakran előfordul, hogy gyermekek játékközben mérges növényi részeket szájukba vesznek, vagy gyümölcshez hasonló mérges növényeket megesznek. Az ily módon történő mérgezések az elfogyasztott mérges anyag mennyiségétől függőleg enyhébb vagy súlyosabb tünetek közt folynak le, de a kórképen majdnem kivétel nélkül a testi tünetek uralkodnak. Azon mérgezés, melyet nekem volt alkalmam észlelni, azért tanulságos, mert feltűnőbb testi jelenségek nélkül, a psychés téren folyt le.

Este nyolcz óraker izgatottan keresett fel egy intelligensebb iparos azon kéréssel, hogy mennék el vele azonnal lakására, mert öt éves leánya hirtelen megzavarodott. Útköz-

ben megtudtam, hogy a gyermek azon napig teljesen egészséges, jó eszű, eleven leányka volt. Soha beteg nem volt. Egész délután négy óráig több hozzá hasonló kis gyermekkel lakásuk közelében játszott. Ekkor hazament ozsonnázni s jókedvűen játszott egész este hét óráig. Ezen időtáiban észrevette anyja, hogy nem a körülötte levőkkel beszél, hanem olyan pajtásaival, kik akkor nem voltak a szobában; majd állatokat kezdett kergetni s feltűnően nyugtalan lett. A gyermeket atyja, midőn este 1/28-kor a munkából hazament, teljesen elmezavart állapotban találta. Egy ideig szólottak hozzá, de mind zavartabban viselkedett s nyugtalansága fokozódott. A család kimondta a véleményt, hogy a gyermek megőrült. Ezért hívtak engem a gyermekhez.

A kis beteget anyja ölében, élénken hadonászva találtam, a család nagyszámú tagjától körülvéve. Ottlétemről egyáltalában tudomást sem vett, hanem hallucinált, gyermekekkel s állatokkal bajlódott. Midőn leülve mellé, kezét megfogtam s nevén szólítottam, egy pillanatra reám nézett, de a másik pillanatban már elvonták figyelmét a hallucinációk. Többször ismételt kérésemre, hogy mondaná meg nevét, elmosódó, a részeg emberéhez hasonló kiejtéssel kezdte is mondani, de mielőtt keresztnevét befejezte volna, a szót középen félbehagyva, hirtelen félreugrott s egy hallucinált macskát kezdett odacsalogatni; a következő pillanatokban megijedve, valamitől rémült arczzal hátraugrott. Általában keveset beszélt, de kézzel-lábbal annál többet dolgozott. Hangulata gyorsan változott; többnyire vidáman játszott képzelte alakokkal, csak néha vágott hirtelen ijedt vagy haragos arcot. A folytonosan váltokozó hallucinációk miatt figyelmét semmivel sem lehetett lekötöni. Közérzete kellemes volt, észrevevését a tömeges érzékcsalódás meghamisította, tudatossága ködös, felismerése bizonytalan, öntudata zavart, figyelmeztése szakadozott, megítélése helytelen s mozgási ösztöne fokozott volt.

Hyperaemiás arcza s kezei hőemelkedést gyanítottak, de a csak nagy fáradozással végzett hőmérés normalis temperaturát mutatott. Az érverés percenként 80 volt. A test részéről feltűnt a motoros agitatio, a mindkét oldali mérsékelt pupillatágulat s a nehézkes beszéd. A gyermek állani, járni tudott fogódzás nélkül, de tartásában bizonytalanságot lehetett észrevenni. A gyermek sem zavartságát megelőzőleg, sem zavartsága alatt nem hányt s nem panaszkodott semminemű fájdalomról. A vidám, normalis gyermek feltűnő jelenségek nélkül lett zavart s hozzátartozói csak akkor vették észre a bajt, mikor már teljesen kifejlődött.

Vehemensen jelentkező lázas betegségekben motoros agitációval összekötött deliriumot gyakran lehet látni, de jelen esetben a normalis hőmérsék a lázas deliriumot kizárta. Alkoholos részegségről szó sem lehetett.

A psyche részéről észlelhető összes jelenségek egy hirtelen beállott amentia hallucinatoriára emlékeztettek. Minthogy előzőleg több esetben volt alkalmam észlelni ép elmeállapotú egyéneken alkalmazott hyoscin-injectio után tömeges hallucinációt és ezzel járó tájékozatlanságot s zavartságot, az iránt kezdtem érdeklődni, hogy nem használ-e valaki a családban szemcseppeket? Atropinra vagy scopolaminra gondoltam. Tagadó választ kaptam. A nem nagyfokú, de jól észlelhető pupillatágulat, az akaratlagos izmok részéről észlelt bizonytalanság mind jobban erősítette abbeli gyanumat, hogy a gyermek zavartságát valami mérgezés idézi elő, daczára annak, hogy testi rosszulát nem volt észlelhető. Kérdeztem a családtól, hogy nincs-e a lakás körül „bolondító növény”? Nem tudtak róla. Ennek daczára erős senna-infusumot adtam a betegnek s a szülőket megnyugtanni próbáltam. Távozásomkor meghagytam, hogy a betegre felváltva ügyeljenek s ha látnák, hogy feltűnően elgyengül, azonnal jöjjenek utánam, de reggelre mindenesetben hozzanak a vizeletéből vizsgálatra.

A gyermek reggel hat óráig, tehát tizenegy órán át a fennebb leírt módon hallucinált s nyugtalanodott tovább. Addig be sem hunyta a szemét. Reggel nyolcz óraker felébredt, de ismét egészen tájékozatlan, zavart volt.

A reggel vizsgálatra hozott vizelet, bár friss volt, erősen ammoniakzagú, káposztalé színű s nagyon zavaros volt és

rövid állás után már vastag üledéket adott. A vegyhatás erősen lúgos volt s fehérjét nem tartalmazott. A vizelet sav hozzáadására rendkívül erős pezsgés közben — mialatt egy része kiszaladt a kémleőcsőből — teljesen megtisztult. Tehát nagyfokú carbonaturia volt jelen.

A gyermek amentias állapotja csak a harmadik napon kezdett némileg enyhülni. Ekkor már kezdett a háziakkal foglalkozni, de a még mindig sűrűn jelentkező hallucinációk gyakran elvonták figyelmét. A zavartsága alatti éjjeleken mind többet és többet aludt. Az ötödik nap reggelére teljesen felisztult elmével ébredt.

Ekkor szülei, utasításom szerint, feltűnés nélkül kikérdezték azon délutánra vonatkozólag, melyen beteg lett. Jókedvűen mondta el, hogy a kérdéses délután kimentek a közeli szántóföldre s tövises disznóval játszottak; egy ilyen tövises disznót megtörték s ő kivette belőle a mákot s megette. Anyjának meg is mutatta, hogy honnan szedték. A gyermek tövises disznónak hívta a datura stramonium tuskés részét s máknak a magját.

A mérsékelt pupillatágulat két napig, a carbonaturia egy hétig tartott. Az arcon és kezeken észlelt hyperaemia már másnapra eltűnt.

A gyermek bemondása igazolta a psychés tünetek, a csekély pupillatágulat s az izmok bizonytalan működése alapján felvett intoxicatiós amentia diagnosisát. A datura magvai a gyomrot egyáltalán nem izgatták; ezért semmi gyomor-bél-tűnet sem volt jelen.

Az atropincsoportba tartozó mérgek valamennyien okoznak az intoxicatio elején izgalmi tüneteket, de ezek helyébe csakhamar a narcosisos szak lép. Nagyon kis adag esetén az excitatiós szak rövid s a narcosisos szak el is maradhat. Jelen esetben az öt éves gyermek a datura mérgevel szemben erősen reagált, főleg a psychés téren, de csak egy feltűnően elnyújtott, 4 napra kiterjedő expansiv tünetcsoporttal, mely az amentia kórképének felelt meg, de a depressiós szak, melyet a bevezető tünetek súlyossága miatt a betegség elején vártam, elmaradt.

Az abnormis gyermekek socialhygienés ellátása.

Előadás, tartotta a XVII. nemzetközi orvoskongressuson *Deutsch Ernő* dr. igazgató-főorvos.

(Vége.)

Avédőhímlőoltás előtt az esetek 35%-a, utána 0.3%-a (1901-ben 700 esetre *Herisch* szerint) volt *hímlőre* visszavezethető.

Görvény- és bujakór eseteiben a szaruhártyán gyakran oly sűrű hályog keletkezik, hogy a látóképesség a minimumra redukálódik.

Trachoma és diphtheria eseteiben a szaruhártya másodlagos megbetegedése folytán a látóképesség veszélyeztetését gyakran észleljük.

Ipari üzemből s egyébként is *baleset* folytán nem egyszer jó létre vakság.

Az *alkohol* és a *nikotin* mint idegmérgek a látóideget is károsíthatják.

Kerschenbaumer a 80-as évek elejére vonatkozó statisztikája fényesen igazolja, hogy megfelelő prophylaxissal és therapiával mily szép eredmények érhetők el:

100 vakra jut mint a vakság oka	Boszniában (nyomorult közegészségügyi viszonyok!)	Alsó-Ausztriában
Veleszületett vakság	1.5	1.5
Retinitis pigmentosa	3.0	1.8
Blennorrhoea neonatorum	30.0	6.0
Variola	30.0	0.5
Morbilli	1.0	1.0
Scarlatina	1.0	1.0
Scrophulosis	6.0	0.5
Diphtheria	0.5	0.5
Összesen	73	12.8

A veleszületett vakság ellen folytatott küzdelem az eugenika alapelvei szerint történik; leghelyesebbnek vélem, már a vakok munkájának kellő értékesítése szempontjából is, az élethossziglani elhelyezést intézetekben.

Az 1882 óta ismeretes *Credé*-féle prophylaxisos lapis-becseppetetésnek kötelezővé tételére és a szemészet egyetemi oktatásának kiépítésére való törekvés az újszülöttek kankós szemgyuladása elleni küzdelemben nagy horderejű.

A *hímlőoltás* kötelezővé tétele a vakság prophylaxisában nagy haladást jelent; csodálatos, hogy még mindig vannak az oltásnak fanatikus ellenzői.

A görvényesek gyógyszeres, diatás és klimás kezelése, szigorú orvosi vizsgálat s kezelés lueses házaseleken, a trachoma s diphtheria erélyes therapiája (gyógysavó prophylaxisos és praeventiv használata), kellően iskolázott orvosok alkalmazása ipari üzemekben és iskolákban a vakság elleni küzdelemben nagy horderejűek.

Fennálló vakság esetén az orvos felügyelete alatt történjék az oktatás, hivatásválasztás s esetleg internálás. Propaganda a kötelező oktatás és továbbképzés érdekében! Az internálás mellett szólnak *Cohn L.* adatai is, melyek szerint keresnek:

vak női kézimunkások és másolók évente	72—180 márkát
székfonók	200—300
kefekötők	130—350
kosárfonók	240—550
kötélverők	650—800
masseurók	600—1000
zenészek és hangolók	760—1500

Tehát a minimalis életszükségleten alóli összegeket keresnek, míg intézetben a vakok érdeke szem előtt tartása mellett munkaerejük kellőképp kiaknázható.

* * *

98263 nyomorék létezik a Német birodalomban, kórkortani felosztásuk ez:

Bénulások	16.4%
Gümőkór	15%
Skoliosis	12.2%
Rachitis	9.5%

Az 1906-os német nyomorékstatisztika szerint:

		Intézeti kezelésre szorul
Gerincoszlop nagyfokú elgörbülése	1167	3965
Csont- és izülettuberculosis	11303	5326
Egy testrészt hiánya	1109	822
a) veleszületett	459	354
b) szerzett	650	468
Testrészt eltorzulása	7614	3111
a) veleszületett	1858	970
b) sérülés következtében	3794	1332
c) gyuladás következtében	1962	909
Ficzamodás	8401	3057
a) veleszületett	7202	2581
b) szerzett	1199	475
Digit supernumerarii	298	75
Concretio digitorum	664	306
Merev flektált állás	443	178
Laza izület	403	316
Hátrahajlott térd	77	63
Nagyfokú angolkór	2367	1814
" X-láb	2367	1437
" O-láb	1776	923
Angolkóros elgörbülés	4724	2907
Eltorzult láb	4658	2393
Hydrocephalus	809	680
Atrophia musc. progr.	364	320
Izomnyugtalanóság, athetosis, tic	384	348
Veleszületett izületi merevség	679	642
Gyermekbénulás	11165	10101
Bénulások (egyéb aetiologiával)	1178	1062
Egyéb nyomorékok	1423	734

10000 esetben az ok baleset, mely javarészt ipari vagy földműves-üzemnek tudható be.

3148	nyomorékon	epilepsiát is észleltek,
304	"	süketnémaságot is észleltek,
173	"	vakságot is észleltek,
6481	"	gyengeelméjűséget vagy hülyeséget is észleltek.

Az aetiologiai összeállítás igazolja, hogy az elváltozások megelőzése érdekében az elfajulás, a gümőkór, az ipari és és földműves-balesetek ellen kell küzdeni.

A nyomorékok érdekében rendelőintézzettel kombinált otthonok alapítandók, melyekben sebész, testgyógyász, gyermekorvos és gyógypaedagogus karöltve ténykedjen. Az otthon áll sebészi és testgyógyászati osztályból, melyen csontok, ízületek, izmok, inak s idegeken — mindig a conservatív elvet tartva szem előtt — végeztenek műtétek; áll továbbá a kellő tudás elsajátítására iskolából és végre ipari kiképzésre szolgáló műhelyekből, a hol az esetleg prothesisekkel ellátottak végzik munkájukat.

Az orvos e téren is az intelligentia megítélése, az iskolázás, hivatásválasztás és esetleges élethossziglani internálás szempontjából nagyhorderejű munkát végezhet.

* * *

Winkemüller a psychopathákról helyesen jegyzi meg: „Die im Grenzland der Gesundheit wohnenden Zwittergeschöpfe gehören dem grossen Gebiete der Entartung an.“ A psychopathák jelleme, akaratereje és érzelmi világa gyenge, intelligenciájuk hiánya az ethikai és érzelmi világ keretében mutatkozik, gondolatvilágukban hiányzik a folytonosság, ragaszkodnak biztos alap nélküli képzetekhez, hajlam hallucinációkra, képtelenség kellemetlen érzetek legyőzésére, ügyetlenség, psychés megrázkódtatások vagy szeszélvezet folytán provokált rohamszerű állapotok, gyakran perversek, suggestiónak könnyen engednek s könnyen válnak mindezek szerint antisocialissá.

Kraepelin szerint Jávában 50.000, Indiában 70.000 lakóra 1, Zürichben 10.000-re 97 s Poroszországban 26 elmebeteg jut. *Koller* és *Diens* kimutatásai alapján állíthatjuk, hogy egészségesek elődei is terheltek, de nem oly nagy arányban, mint az elmebetegeké, még pedig 1.5×2 oly nagy az ascendens degeneráltak száma. Terheltségi momentumok: Ideg- és elmebetegségek, iszákosság, apoplexia, dementia senilis, abnormis jellem, öngyilkosság.

Saját adataim:

Az intézet neve	A növénydek száma	Vele-született elmebaj	Átöröklés kimutatható	Szerzett elmebaj
Gyógypaedagogiai intézet Budapest	108	46	14	62
Kisegítő iskola Budapest	151	45	43	106 ¹
Gyógypaedagogiai intézet Borosjenő	95	35	13	60 ²
Nevelőintézet Pelsőcz	260	164	96	126 ³
Összesen	614	260	166	354

¹ ² ³ 55, 33, 55 esetben homályos az aetiologia.

Érdekes tanulmányi anyag a gyermekkori *hysteriások* tömege. Jellemző a nagy autosuggestibilitás, a pseudologia phantastica, a hysteriás gondolkodás és eszlekvés. Hysteriás alapon fejlődtek a középkori gyermekkeresztes hadjáratok, a tánczdüh, a „Rattenfänger von Hammeln“ legendája, stb. stb. A vezetésem alatt álló süketnéma-intézetben észleltem egy hysterikától kiinduló psychés infectio alapján keletkezett astasia- és abasia-endemiát, mely psycho- és elektrotherapiára elmúlt. Az általam ellenőrzött patronage-egyletben nap-nap után van alkalmam hysteriás csavargókat s fiatalokú prostituáltakat észlelni. Emlékezem egy 17 éves

hysterikára, ki szolgálattételének első napján a családfőt s fiát közösülésre csábította s megrovását egyáltalában nem tudta megérteni.

Az *epilepsia* chamaeleonszerű képet nyújt, különösen ha a rohamokat helyettesítő psychésaequivalenseket is tekintetbe vesszük. Nagy az epilepsiások ingerlékenysége, feltűnő a hangulat-ingadozásuk s tehetségük a butaság s genialitás közt ingadozik. Orvos határozza meg, hogy az epilepsiás a házasságra alkalmas-e s hogy a beteg gyermek képességei szerint internáltassék vagy iskolába kerüljön.

Ritka kórkép a *dementia*, mely infantilis, praecox és epileptica alakban jelentkezik, mely megbetegedésekben a tudás szerzése gátolt, vagy a már meglévő megveszendőbe. A beteg, valamint környezete érdekében az internálás javalt.

Nagy horderejű a *szellemileg gyengék* (debilisek, imbecillisek és idioták) gyógypaedagogiai elbírálása és ellátása. A kórokozó momentumok méltatása felette fontos: 25—30%-ban alkoholismus, 15%-ban bujakór, gümőkór (különösen a mongolismus aetiologiájában), a szülők előrehaladott kora (különösen mongolismus eseteiben), a sok szülés folytán gyenge anya, a szülési traumák (szűk medence, forceps — a szülési sebészbeavatkozás kellő indiciójának felállítására megfelelő technika kiképzése!), az ivóvíz eredetének befolyása a kretinismusra (a talaj geológiai alakulása!). A terapia szempontjából különválasztandók az általában nem kezelhetők azoktól, kik belsőleg avagy sebészi beavatkozás révén gyógyíthatók. A bujakórosak (salvarsan, kéneső, jod), az endemiás kretinek (thyreodea-kezelés, vízvezeték rationalis berendezése),¹ a debilisek (esetleges adenotomia), *Little*-kórosok (izom, inak, idegek műtévése) az utóbbi, a mikro-, makro-, poren-, hydro²-cephaliában, mongolismusban vagy toronykoponyában szenvedők az első csoportba tartoznak.

A debilis gyermek közel áll az átlagemberhez, az imbecillis gyakran anti-, az idiota pedig extra-socialis lény. Kiképzésükre szolgálnak kisegítő-iskolák, osztályok, internatusok, esetleg elmeegógyintézetekhez kapcsolt osztályok. Az imbecillisek közt a népiskolai műveltség fele s a munkaképesség $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ -e érhető el s elég gyakran egyoldalú tehetségeket fedezhetünk fel köztük.

A gyermekbíróságokban és patronage-egyesületekben felette szükséges a kellő előképzetségi orvos szereplése, hogy kellőképp latolja a dysharmoniát a kor s az egyén szellemi és erkölcsi értéke közt. („Lebensalter und Lebenswerte.“)

* * *

A gyermek *jellemének* fejlődése s kóros elváltozásainak orvosi megfigyelése fedezte fel, hogy az elváltozások gyakran előfutárjai avagy tünetei egy lelkibetegségnek s hogy minden gyermek életében van egy antisocialis korszak, mely megfelelő nevelés mellett megszűnik, helytelen elbánás mellett pedig elfajul. Az orvos határozza el, hogy mely esetekben indikált a gyógypaedagogiai eljárás alkalmazása.

A *koráérttség*, a mely pathológiai állapotoknak avagy az igazi genialitásnak lehet az előjele (*Mozart* 4 éves korában kiváló zenész, *Rietschel* szobrász) orvosi szempontból olyténképpen kezelendő, hogy a túlfinomult idegrendszer mellé erőteljes szervezet kapcsolódjék s hogy a család lehetőleg kimélje a gyermeket s ne aknázza ki őt, sajnálatraméltó csodagyermekké bélyegezve.

* * *

Előadásom keretében a családból, intézetből és iskolából szokványosan *szökő* gyermekekről is meg akarok emlékezni. Az orvosi ellenőrzésem alatt álló árvaházakban és patronage-egyletben sok oly gyermeket észleltem, kik a nélkül, hogy magyarázattal szolgálhattak volna, elhagyták azon kört, hol

¹ Rupperweilban a vízvezeték berendezésének befolyása a golyvával bíró gyermekek számára statisztikailag lett kimutatva: 1885-ben 59%, 1886-ban 44%, 1889-ben 25%, 1895-ben 10%, 1907-ben 2 $\frac{1}{2}$ %.

² Kivételt képeznek azon esetek, melyek lumbalpunkcióval vagy antiluesesen kezelhetők.

minden tekintetben jól ment a soruk s visszahozva, adott alkalommal szokásukat megismételték. Kezdődik ez állapot az egyszerű iskolakerüléssel s idővel csavargássá fajul; ezen hysteriás psychopatha gyermekek olvasmány és mozgófényképrámák által ösztökélve vándorútra kelnek s nem egyszer psychés fertőzés révén másokat is, kik *Enedikt* kifejezésével élve, az akarat neurastheniájában szenvednek, magukkal ragadnak. Ezen csoportba tartoznak azon lelki egyensúlyukban megzavartak, kik túlérzékenységük által vezéreltetve, szülei házukat a legcsekélyebb büntetés miatt elhagyják. Ezen keretbe tartozik még: az epilepsiás roham aequivalensének megfelelő kóros vándoröszön, a hysteriások ú. n. „fugues“-je, a dementia praecoxban szenvedők psychomotoros nyugtalansága s végre az akaratot bénító alkohol, melyről egy német tudós oly helyesen jegyzi meg: „wäre die Möglichkeiten gegeben, den Alkoholmissbrauch aus der Welt zu schaffen, so wäre die Vagabundenfrage vier Fünfteln gelöst“. *Bonhöffer*-nek a boroszlói és saját magának az orsz. izr. patronage-egyesület csavargó növendékeire vonatkozó adatai szerint ezek átlag csupán 15%-ban normalisak, a mire utalni orvosi feladat, mely az egyének gyógypaedagogiai ellátásának új irányt adva, a magasfalú fogházszerű intézetek helyébe a nyílt ajtó systemáját fogja tenni.

Leányoknál az esetek java részében a *csavargáshoz* a titkos kéjelgés is járul. Ezen *Lombroso* szerint született prostituáltakon a pubertás, az erotika s lascivitás korán jelentkezik, szemérmetlenek s a sexualis becsület híján vannak.

A nyomorult lakásviszonyok, az ágyrajárás, a szesz és a gyermekmunka (korcsmai alkalmazás, házalás, házi foglalkozás) szintén megteszik a magukét. Az orvos mind e socialis ártalmak ellen vegye fel a küzdelmet, törekedjék a prostitutio szabályozására s a nemi felvilágosítás kellő irányítására.

* * *

„A gyermek nincs kitéve az élet keserveinek, a pénzkeresés szenvedélyének s a létért való küzdelem különböző esélyének“ mondja igen helyesen egy kiváló német tudós „s 1905-ben Poroszországban 100.000 lakóra 8:26 fiatalok öngyilkos esik“; hasonló adatokkal szolgál a „Gyermekek öngyilkosságáról“ szóló tanulmányomban. Ha *Eulenburg* összeállítását tartjuk szem előtt, mely szerint az öngyilkosok 10%-ában elmezavar, 18%-ában veleszületett gyengeség s 49%-ában aránytalanság a gyermek tehetsége s az iskola követelményei közt észlelhető, akkor világos, hogy az orvos feladata e téren: küzdelem az elfajulás ellen, az ú. n. öngyilkos családok megfigyelése, az iskola ellenőrzése, hogy az oktatás individualizálva eszközöltessék s hogy a „vitae et non scholae discimus“ elv győzedelmeskedjék.

* * *

A mi már most a psychopathák nagy csoportjának gyógypaedagogiai ellátását illeti, saját tapasztalataimból is megtanultam, hogy gyakran a gyermek hibái, neveltlensége s rosszul tanulása részben az illető neuro- vagy psychopathiájának, másrészt környezetének tulajdonítható. Az orvosi tudományt *Strümpell* és *Heller* ezirányú tanulmányai gazdagították. Főelv a degeneráltak születésének megakadályozása s a meglevőknek a rendes „milieu“-jükből való eltávolítása.

Az orvos ítélkezzék, hogy melyik gyermek kerüljön a rendes, melyik a kisegítő iskolába s hogy mily úton-módon kell a képességeket túleröltetés nélkül fejleszteni (*Stöltzner*).

Azon gyermekanyag, mely a kisegítő iskolákat keresi fel, sokféle változatot mutat.

Bernhardt mutatta ki, hogy a berlini gyermekek naponta átlag 40—100 perczzel kevesebbet alszanak a kellenél, 0.5% nem kap meleg reggelit s nagy részük háziiparral s újságkihordással van elfoglalva. Hasonló adatokat állítottam össze Budapestre vonatkozólag „A gyermek alvásáról és álmairól“ című tanulmányomban. Ezen gyermekek a nélkül, hogy elme gyengék volnának, fáradságuk folytán képtelenek a tanításban részt venni; ezek nem valók a kisegítő iskolába,

ezekekről a különböző gyermekvédelmi intézmények gondoskodjanak.

Erdei iskolákba s szünidei telepekre valók a vérszegény, mirigyés, gyenge látású s hallású gyermekek.

Csupán a *Stöltzner* felfogásának megfelelően szellemileg gyengék kerüljenek a kisegítő iskolába.

Az ideg- s elme gyenge gyermekek egy csoportja intézetben helyezendő el, kiragadva rendes környezetéből, a hol azután az orvosi és tanító személyzet karöltve ténykedjék a növendékek érdekében. A kezelés részben suggestiv, munkára, illetőleg kézügyesség fejlesztésére szoktató, tornával egybekötött legyen. Elethosszigan intézetbe helyezendők, kik nyomorék voltak vagy nagyfokú elme gyengeségük folytán a külvilágban megélni képtelenek. Az epilepsiáról megjegyzendő, hogy a genuin alak gyógyíthatatlan, a brom csak nyugtatóan hat; a *Jackson*-féle műviileg, a lueses s anyagcsere zavaron alapuló belsőleg eredményesen kezelhető.

Fejtegetéseimet *Dannemann* szavaival végzem: „Wenn der Erzieher der stiefmütterlich von der Natur Bedachten an seine Aufgabe herantritt, ausgerüstet mit vollem Verständnis für die Ursachen ihrer Mängel, bewusst der Ziele, bis zu welchen sie überhaupt geführt werden können und durchdrungen von der Wichtigkeit sorgsamer hygienischer und sonstiger medizinischer Massnahmen, so darf er da wie sonst hoffen, Erfolge zu haben, die ihm andernfalls versagt bleiben oder sich doch erheblich geringer darstellen würden“!

IRODALOM-SZEMLE.

Ibrányi Alice: Háborús emlékek. (Számos képpel.) Miskolcz, Ferenczi B. kiadása. 1913. Ára 3 korona.

Lapunk olvasói nagy figyelemmel kísérték annak idején a Vöröskereszt szófiai missiójába kiküldött orvosok, *Holzwarth Jenő* és *Pfann József*-nek az Orvosegyesület plenuma előtt tartott előadásait a balkánharctéri sebesülésekről. Ezen előadások természetesen kizárólagosan orvosi érdekű tapasztalatokról számoltak be.

Az imént hagyta el a sajtót egy kis könyv, mely körülmenyesen felvilágosít bennünket a szófiai missio működéséről. *Ibrányi Alice*, a Vöröskereszt ápolónők főnöksasszonya írta meg „*Háborús emlékek*“ czímen a szófiai kiküldetéséről a mémoiresait. Bennünket orvosokat is közelről fog érdekelni ez a könyv, nemcsak azért, mert tiszta képet nyújt arról a helyről, a hol *Holzwarth* és *Pfann* szerzte be a valamennyiünk érdeklődését lekötött tapasztalatait, de érdekelni fog a szerző egyéniségénél fogva, mert maga az a tény, hogy *Ibrányi Alice* oly kivételes megbízásban részesült, a minőben nőknek alig van részük, t. i. hogy a missio vezetésével ő volt megbízva, érdeklődést ébreszt bennünk iránta. Ha pedig végigolvassuk a könyvét, mely úgy a stylusa, mint gondolatainak önállósága és finomsága által végesvégig leköti figyelmünket, akkor csakugyan meg fogjuk érteni, hogy a meboldogult *Schwartz* báró, mint a Vöröskereszt-egyesület főnöksasszonyának gyöngéden erélyes kezeire. Azt kívánjuk, hogy *Ibrányi Alice* könyvének idehaza s elsősorban az orvosok körében épp oly meleg fogadtatásban és elismerésben legyen része, mint a mily enthusiasmuszerű elismerést vívott ki magának, a Vöröskeresztnek s általában a magyar névnek odakünn Bulgáriában. Az ottani működéséért kapott három dekorációjánál is értékesebbnek tartom ezt a negyediket, melylyel maga ékesítette fel magát: gyönyörűen megírt „*Háborús emlékeit*“ Győry.

Lapszemle.

Belorvostan.

A *Friedmann*-féle vaccinával (többnyire intramuscularisan) kezelt 120 tüdőgümőkóros betegen eddig elért eredményekről számolt be a Rhode Island Medical

Society 1913 szeptember 4.-i ülésén *Harry Lee Barnes* dr., a Wallum Lake State Sanatorium főorvosa. Az előadás szövege nyomtatásban f. é. november havában jelent meg s azt most kaptuk kézhez. Az új kezelésmódnak többnyire a betegség II. szakában lévő tüdőgümőkórosokra való hatásáról a következő összefoglalást adja a szerző:

1. A vaccina bacillusai nem voltak mindig savállóak.
2. Egy vaccina-befecskendezés ártalmatlannak bizonyult a tengeri malacra és teknősbékára.
3. A betegek 40%-a 100° F-en (37.7—37.8° C) felüli lázas reakciót mutatott.
4. Az első injectio után 70%-ban képződött induratio a befecskendezés helyén.
5. Az induratiók átlagos tartama 41 nap volt.
6. 23%-ban abscessus támadt.
7. Az abscessusok átlagos lefolyása 23 napot vett igénybe.
8. A köhögés és köpet feltűnő javulást nem mutatott.
9. A positiv bacillaris leletű esetek 85%-ában továbbra is megmaradtak a bacillusok.
10. Az étvágy változatlan maradt, kivéve a reagált betegeket, a kiken rosszabbodott.
11. A vaccinált betegek nagyobb súlyfogyást mutattak, mint a nem ojtottak.
12. A mellkasi fájdalom 23%-ban enyhült, a többi esetben változatlan maradt vagy fokozódott.
13. A betegek láza és éjjeli izzadása tetemesebb volt az ojtás után, mint előtte.
14. A vérköhögés legalább ugyanoly gyakori volt a vaccinált, mint a nem vaccinált betegeken.
15. A *physicalis tüneteket* illetőleg nem mutatkozott semmiféle szokatlan javulási tendentia, sőt az ojtás előtt javult betegen sokszor még kifejezettebbé vált a lelet.
16. 85 beteg közül, a kiknek állapota átlag 4 hónapig az első vaccinatio után volt megfigyelhető, 40%-ban rosszabbodás konstatáltatott.
17. A 120 beteg közül egy sem mutatta a *Friedmann* és mások által a berlini orvosegylet előtt ismertett gyors és csodálatraméltó eredményt.

18. Ellenkezőleg, kb. 17%-ban a tüdőgümőkór fokozott aktivitása jelentkezett a vaccinatio után.

19. 5 extrapulmonalis tuberculosis-eset közül 1 izületi gümőkór feltűnő javulást mutatott, más 4, nem tüdői activ tuberculosisban ellenben nem lehetett valami szokatlan javulást észlelni.

20. Főleg a tüdőgümőkór-esetekre áll azonban, hogy a vaccinatio hasznát vagy kárát csak hosszabb idő (1—3 év) elteltével lehet majd teljes pontossággal megítélni.

Ámbátor az amerikai sanatorium fenti előleges adatai a tüdőtuberculosis *Friedmann*-kezelését illetőleg valóban nem biztatók, mégis annál több jogosultsága van a gyors ítélettel való tartózkodásunknak, mert újabban az injectiók technikája változott s nem lehetetlen, hogy ez a körülmény befolyással lesz a végső eredmény kialakulására.

Okolicsányi-Kuthy dr.

Sebészet.

A tüdőechinococcus diagnózisáról ír *Behrenroth*. A klinikai lefutását illetőleg három stadiumot különböztetünk meg. Az initialis stadium, midőn a cysta képződni kezd, a mi symptoma nélkül szokott lefolyni. A betegség második szakaszát jellemzi a daganatképződés, míg a harmadik szakban azok a tünetek lépnek előtérbe, a melyek az ilyen echinococcuscysták elgenyedését, ritkábban elmeszesedését vagy perforatióját szokták jelezni. A Röntgen-vizsgálat nélküli diagnózis csak akkor lehet biztos, ha a perforatió át ürült jellegzetes részek kétségtelenül ezen megbetegedésre vallanak. A klinikusok legtöbbje — a betegre nézve jelentékeny veszedelem miatt — a punctiót nem alkalmazza, miért is a korai diagnózisok csak Röntgen-vizsgálattal állapíthatók meg, a mihez az újabb időben a vérvizsgálat is jelentékenyen járul. A

vérvizsgálatnak az eredménye azonban nem döntő jelentőségű, mert többféle megbetegedésre enged következtetni.

Az eosinophil leukocyták megsaporodása kb. az esetek 50%-ában található. A complementkötési módszer a cystának teljes eltávolítása után is még gyakran positiv reactiót ad. A Röntgen-felvétel két esetben mondhatja fel a szolgálatot. Elsősorban, ha a cysták körül súlyos elváltozások vannak (bronchopneumoniás és genyedő folyamatok), másrészt pedig a ruptura után gyakran nem ismerhetjük fel tisztán az echinococcus helyét a képen. Mindezen esetekben a klinikai diagnózis akkor lesz biztos, ha a tüdőn kívül más szervekben is ki tudunk mutatni echinococcut. A mi a tüdőechinococcus kezelését illeti, a parapleurális cysták, a melyek rendszerint igen nagyok és könnyen recidiváló pleuritisekre vezetnek, feltétlenül sebészileg kezelendők. A centralisan vagy parabronchialisan fekvő echinococcusok nem igen szorulnak sebészi beavatkozásra. A beteg gyakran expectorálja, ezt magunknak is különböző gyógyszerekkel elő kell segítenünk. Utólagos megbetegedések, secundaer infectiók, inplantatiók, a miként az irodalmi adatok mutatják, általában igen ritkák. (Deutsche med. Wochenschr., 1913, 46. sz.)

Ifj. Hahn Dezső dr.

Idegkórtan.

Az agydaganatok kezeléséről és operálásuknak javalatairól referált a londoni congressuson *L. Bruns*. Az eseteknek kb. 30%-ában lehetséges a biztos általános és localis diagnózis s olyan a daganat fekvése, hogy a sebész hozzáférhet. Ezeknek tizedrészében, tehát csak 3—4%-ban lehet jelentékeny gyógyulási eredményt elérni. A míg 1—2 évtized előtt csak a regio centralist tekintették műtetre alkalmasnak, ma az agyvelő legnagyobb részéhez hozzá lehet férni, sőt utóbbi időben a kis agyon, a hátulsó koponyaárokban végzett műtétek épp oly gyakoriak, mint a regio centralison. Operatió kivül esnek még mindig a centralis ganglionok, a III. agykamara s az agytörzs belseje. Mind nagyobb tért hódít a palliativ trepanatio, melynek indicatiói tisztán az általános tumor-tünetek, ha az életet elviselhetetlenné teszik, nevezetesen a haladó látásromlás; egyéb indicatio hiányában a jobb parietalis lebeny felett végzendő (jobbkezeseken), mert az esetleg képződő prolapsus itt okoz legkevésbé bajt. (Monatschr. f. Psychiatrie u. Neur., 1913, 6. sz.) L.

Meningo-cerebellaris tüneteket tuberculosis gyermekek lázas-megbetegedéseiben gyakran észlelt *O. Foerster*. A súlyos meningitises tünetek többnyire lázas bronchitist, bronchopneumoniát kísértek, néha bevezették a bajt, mindenesetben azonban jóval tovább tartottak, mint amaz: mindazonáltal valóságos meningitist nem lehetett felvenni, mert a lumbalpunkciós folyadék teljesen tiszta és steril volt. Legfeltűnőbb azonban az volt, hogy a „meningismust“ egy hosszú, hetekre, hónapokra terjedő időszak követte, melyben a gyermekek kifejezetten cerebellaris ataxiában szenvedtek. Végre ez is teljesen nyomtalanul eltűnt. A betegek tuberculina valamennyien positive reagáltak. (Neurologisches Centralblatt, 1913, 22. sz.) L.

Elmekórtan.

A paralysisések leszármazottait vizsgálta *P. Junius* és *M. Arndt*. A paralysisések gyermektelen házassága jóval gyakoribb, mint az ép lakosságé, még pedig sokkal több esetben fordul elő, ha az anya paralysises, mint ha az apa. A paralysises házasságok rövidebb tartamúak akkor, ha sterilek, mintha életképes leszármazottaik vannak. A teljesen magtalan házasságok száma is jóval nagyobb a paralysisések között, mint az ép lakosság között és a különbség akkor nagyobb, ha az anya paralysises. A paralysis progressiva kiöregése alkalmával életben volt gyermekek száma jóval kevesebb, mint a meghaltaké és itt is az életben maradtak száma kisebb akkor, ha az anya paralysises. A paralysises családokban a halvaszülöttek száma kétszer oly nagy, mint az ép lakosságban, hasonlóképpen viselkedik az abortusok száma. A férfiparalysises házasságok 6%-ában, a női paralysisesek 13%-ában csak

halvaszületés és elvetélés fordul elő. A paralysses családok tendenciája tehát a kihalás felé hajlik. Az anya paralysis progressivája jóval károsabb hatású a leszármazottakra, mint az apáé. Mint az irodalmi adatok mutatják, hasonló viselkedést találunk a tabesek házasságában is. A paralyssesek és tabesek házasságai rossz leszármazási viszonyainak csak a lues az oka. A paralyssesek leszármazottainak kvalitásáról nem mondhatnak még biztos ítéletet. A leszármazottak elég nagy száma ideges vagy elmebajos. Valódi elmebetegség ugyan ritkábban fordul elő, leginkább még a dementia praecox szerepel. Bár a juvenilis paralysisben csak tabes, paralysis vagy lueses szülők gyermekei szenvedhetnek, mégis a paralyssesek leszármazottainak csak csekély részét alkotják. A paralyssesek gyermekei között gyakrabban találunk abnormis karaktereket, moral insanityket, psychopathákat, öngyilkosságra hajlamosakat és siketnémákat. A functionalis idegbajok közül az epilepsia, chorea, hystéria, hemicrania, pavor nocturnus, enuresis nocturna fordul elő. A paralyssesek gyermekeinek nagy része azonban egészséges marad. A paralyssesek leszármazottainál található ideges és psychés elváltozások az öröklött, illetve szerzett luesnek tudhatók be. Hogy a paralysis progressiva egymagában okoz-e ideges vagy psychés hajlamot a leszármazottakon, egyelőre még nem dönthető el. A szerzők nem csatlakozhatnak Scholtens-Obersteiner nézetéhez, hogy a paralyssesek gyermekein annál inkább észlelhetők az öröklés veszélyei, minél közelebb esik a születésük ideje a szülők paralyssisének kitöréséhez. Sőt inkább Semper nézetét fogadják el, a ki szerint azon gyermekek vannak leginkább veszélynek kitéve, a kiknek születése a szülők lueses fertőzésének idejéhez közelebb esik, vagyis többnyire a házasságból származó idősebb gyermekek. A szerzők sem tagadják azonban, hogy a paralysis kitöréséhez közelebb eső gyermekek is ideges hajlammal születhetnek. A lueses fertőzés ideje előtt született gyermekek általában egészségesek. (Zeitschr. f. d. gesamt. Neurol. u. Psych., XVII. k. 303. old.)

Goldberger Márk dr.

Szülészet és nőorvostan.

A súlyos acut anaemiák kezeléséről ír Grober tanár (Jena). Az anaemia nem önálló betegség, hanem csak symptomája számos szerv megbetegedésének. A diagnosis nem nehéz. A bőr halványsárga színe, de főként a nyálkahártyák teljes vértelensége hamar felhívja figyelmünket az anaemia gyanújára, biztos diagnosit azonban csak a vér sejtjes elemei, nevezetesen vörös vérszálak számának és a vérfesték mennyiségének megállapításával tehetünk. A subjectiv tünetek közül legszembetűnőbb a betegek légszomja és nagyfokú nyugtalansága. A légszomj direct okát a vér sejtjes elemeinek megfogyásában találjuk. Minthogy a megfogyatkozott sejtjes elemek mellett az oxygenfelvétel nem történhetik elegendő mértékben, a szervezet szöveteiben a szénsav felhalmozódik. A betegek nagyfokú nyugtalansága a felhalmozódott szénsav izgató hatásának a következménye, viszont az oxygenfelvétel korlátozott lehetősége okozza a légszomjat. Az előbbi tünet ellen helyesen küzdünk narcoticumok kisebb adagjainak nyújtásával; a szervezet meggyöngyült ellenálló képességéhez mérten $\frac{1}{2}$ —1 cgr. morphium, megfelelő mennyiségű pantopon vagy codein adagolása nem hogy káros, hanem egyenesen indikált. Az utóbbi tünet ellen tiszta vagy levegővel kevert oxygen bőséges belélekeztetése csaknem mindig eredménnyel jár. Ezen gyakorlati tapasztalás részben ellenkezik a physiologia ismereteivel, amennyiben az oxygenel telített vörös vérszálak a rendesnél több oxygent felvenni nem tudnak. Valószínű feltevés, hogy az oxygen a vér sejtjes elemek kívül a vér más elemeihez is kötődik, és a számukban megfogyott vörös vérszálakkal egyetemben mintegy inger a vértképző szervekre, hogy azok fiatal, újabb oxygenmennyiségek felvételre alkalmas vörös vérszálakkal lássák el a szervezetet. Innen van az oxygenbelélekeztetésnek a gyakorlatban észlelt jó hatása.

A subjectiv tünetek megnyugvása után első kötelességünk a vér objectiv elváltozásainak a megjavítása. Láttuk, hogy a vörös vérszálak számának hirtelen megfogyása erős inger a vértképző szervekre fiatal vérszálak termelése érdekében. Az ingert mesterségesen fokozhatjuk kisebb vérmennyiségeknek (50 cm³) 7—10 naponként való lebecsátásával. Közelfekvő gondolat a hiányzó vérmennyiséget idegen vérmennyiséggel helyettesíteni azon czélzattal, hogy az idegen vérszálak, hacsak rövid ideig is az elveszett vérszálak functióját pótolják. Weber 5—10 cm³ vérnek ismételt intravenás befecskendezését ajánlja; más szerzők, élükön Moravitz-czal nagyobb vérmennyiségeknek transfusióját javasolják. Nagyon természetesen csak defibrinált egészséges emberi vér jöhet alkalmazásba. Eredményt láttak 30—40 cm³ vér intramuscularis injectióitól is. A vértransfusiók eredményesség vagy eredménytelenség tekintetében már sok vitára adtak alkalmat; a szerző bizonyos kedvező, vértransfusiókra alkalmas esetekben igen szép eredményeket látott. Rövid ideig alkalmazott autotransfusio acut anaemia eseteiben gyakran vezet célra. Az autotransfusiónak leggyakoribb indicatioja a vérrendszer hiányos teltsége, a mint azt acut anaemia eseteiben olyan gyakran tapasztalhatjuk. Itt jöhetnek tehát szóba a vér folyadékmennyiségének emelését czélozó, különféle intravenosus és subcutan infusiók physiologiai konyhasó- vagy a vérre kevésbé differens Locke- és Ringer-féle oldatokkal. Ugyanczen czélt szolgálják a per os és per rectum adott folyadékmennyiségek is. Az utóbbiak alkalmazásának különösen postlaparatomias állapotokban van helye.

A vérrendszer hiányos teltsége gyakran okoz szívgyengeséget. Meleg alkohollal, erős kávéval adagolása helyénvaló. A szerző digalen vagy strophantin intravenás alkalmazásától nem kapott minden esetben eredményt. Megfelelőbbnek tartja a coffein- és kámfor-injectiókat s még inkább az adrenalin 1 mg.-os adagait subcutan.

Nagy gond helyezendő az anaemiások megfelelő táplálására és melegen tartására is.

A vérzés csillapítását illetőleg a therapia legelső sorban okszerű legyen. Szemmel látható vérzés esetén ez könnyű feladat; rejtett vérzések esetén nehéz. Az operatív beavatkozásokon és tamponáló eljárásokon kívül a különféle vérzéscsillapító gyógyszerek, mint a gelatina, állati és emberi serumok, vaschlorid, adrenalin stb. számos ily gyógyszerünk kiválóbbjai közé tartoznak.*

Végeredményben a súlyos anaemiás állapotok kezelésében az első teendő a betegek subjectiv panaszainak enyhítése, második teendők czéltudatos therapiával az objectiv elváltozások megszüntetése. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1913, 47. sz.) Szénágy dr.

Húgszervi betegségek.

A hexamethylentetramin (urotropin) kedvezőtlen hatásait tanulmányozta Cuntz a heidelbergi bőrkórtani klinikán. A kedvezőtlen mellékhatások a szokásos étkezés utáni adagolás mellett és a nélkül, hogy a megengedett dosisnál nagyobbak nyujtának, a levezető húgyutak izgalmában, haematuriaiban és fehérjevizelésben nyilatkozhatnak. Erre a tényre a szerző szerint a legtöbb szakorvos sincs figyelemmel s így megeshetik az, hogy ezeket a készítményeket az illető beteg kárára ezentúl még nagyobb adagban tovább rendelik. A következő kórtörténetből a hexamethylentetramin kedvezőtlen hatása különösen kiváglik. Egy 22 éves kereskedősegédnek ambulans rendelésen urethritis simplex ellen 3-szor napjában egyenként 2 tableta à 0.5 gr. hexamethylentetramint rendeltek egy pohár vízben feloldva étkezés utáni fogyasztásra. Alig 14 nap múlva az illető beteget heves hólyagtáji fájdalom, gyakori vizelés-inger és haematuria miatt felvették a klinikára. A vizeletben: albumen 4 prom. Esbach. Minthogy a beteg más gyógyszert nem szedett, hexamethylen-

* A budapesti bábaképző intézetben nyert tapasztalatok szerint a calcine is kitűnő újabb segítőszert a vérzés csillapítására.

tetramin által okozott izgalomra kellett gondolni. Ezt a gyógyszer-tel tehát elhagyták, mire másnap már csak 3 prom., harmadnapra 2 prom. albumen (Esbach) mutatkozott, ezentúl pedig fehérjét már nem találtak a vizeletében. Négy nap mulva a beteget gyógyultán bocsátották el a klinikából.

A betegség ezen lefolyása tehát a mellett szól, hogy a hólyagizgalmat, a haematuriát s a fehérjét a vizeletben a hexamethylentetramin okozta. Minthogy a beteg eddig az urotropinnak úgynevezett pótkészítményeit fogyasztotta, ezentúl most már ambulansan eredeti urotropint rendeltek neki 3-szor napjában két tablettát à 0.5 gr. étkezés utáni fogyasztásra. Két nap mulva a vizsgálat ismét fehérjét állapított meg a vizeletben. Az urotropint tehát elhagyták, a vizelet csak 3 nap mulva lett fehérjementes és a nappali, úgy mint az éjjeli vizeletnek a következő 14 nap alatt a rendes táplálkozás s munkálkodás után és több ízben erőltetett séták után történt vizsgálata alkalmával fehérjét többé nem találtak a vizeletében. Ebben az esetben tehát albuminuria orthostatica ki volt zárható s a hexamethylentetramin kedvezőtlen hatása eklatánsan bebizonyult.

Ugyanabban az időben egy másik, urethritis anterior s posteriorban szenvedő beteg is feküdt a klinikán; a vizeletében nem volt fehérje. Naponta 3-szor 1 gr. hexamethylentetramin-adagolásra 10 nap mulva a húgyrendszerben izgalmi jelenség és albuminuria (0.3 prom. Esbach) mutatkozott. Az üledékben temérdek leukocytá és epithel, de cylinderek nem voltak. A gyógyszer elhagyására az izgalmi jelenségek 8 nap alatt elmúltak, a vizelet teljesen feltisztult és fehérjementes lett. Egy hét mulva a kísérletet ugyanazon adaggal megismételték, mire az izgalmi jelenségek megújultak s a gyógyszer kihagyása után fokozatosan megszűntek. Tehát ezt az eredményt is a hexamethylentetramin rovására kell írni.

A szerző ezentúl még 22, a legkülönbözőbb húgyszervi betegségekben szenvedő betegnek adott két héten át hexamethylentetramint napi 3-szori 1 gr.-os adagokban és pontosan ellenőrizte a vizeletet és a betegek subjectiv állapotát. A legtöbb beteg a húgyszervi folyamatok feltűnő gyorsan javultak és kedvezőtlen mellékhatások nem mutatkoztak. Csak egy betegen jelentkezett a 4. napon hólyagizgalom s 6 nap mulva haematuria. Bármilyen nagyra tartjuk is tehát a hexamethylentetramin (urotropin) therapiás értékét, az elmondottak alapján a szerző mégis óva int attól, hogy ezt a gyógyszert indifferensnek tekintsük s csak úgy sémásan rendeljük. Minden betegnek a vizeletét, a ki hexamethylentetramint szed, ezen idő alatt állandóan fehérjére gondosan meg kell vizsgálni. A beteget a hexamethylentetraminnak idejében való elhagyásával igen kellemetlen utókövetkezményektől kímélhetjük meg. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 30. szám.)

Drucker.

Orr-, torok- és gégebajok.

A gégegümőkór sebészeti orvoslásáról ír Nils Arnoldson (Stockholm). Körülbelül 600 gégegümőkóros beteg közül mintegy 150 beteget endolaryngealisán operált. Eredményeit 34 kórtörténettel illusztrálja, melyek kivonatát teszük egy nagyobb monographiájának, mely a gégegümőkórra vonatkozó tanulmányait foglalja magában. Az *endolaryngealis véres műtétek* célja a tuberculosus fészkek lehető legteljesebb eltávolítása; ezen célra a *kettős curette*-et tartja legalkalmasabbnak s a „curettage“ terminus helyett az „*excisio*“ elnevezést tartja célszerűnek. Endolaryngealis activ eljárásra azon eseteket tartja alkalmasnak, a melyekben az általános állapot stabilis, a tüdőbeli folyamat csak kevésbé kiterjedt vagy stationaer, a folyamat a gége belsejére szorítkozik, szétesésre és tovahaladásra csak csekély hajlamosságot mutat. Ezen feltételek jelenléte esetén a gégegümőkórt erélyes localis kezelésnek vethetjük alá s kilátásunk van arra, hogy a gégebéli folyamat körülírt marad, hogy functionalis tekintetben javulást, egyes különösen kedvező esetekben klinikai értelemben vett gyógyulást is érhetünk el. A *kettős curette*-tel való *excisióra* tehát különösen azok az esetek alkalmasak, a melyekben nem túl-

ságosan kiterjedt infiltratum van jelen, különösen ha ez tumorszerű és solitaer, vagy ha lassan fejlődik és nem hajlamos a szétesésre. A gége hátulso falán levő infiltratumok tapasztalásai szerint határozott hajlamot mutatnak a kiújulásra. Multiplex infiltratumok, nevezetesen az álhangszalagokon, olykor szintén sikeresen excindálhatók, még akkor is, ha szétesők. Diffus beszüremkedések, kivált ha szétesésre hajlamosak és mélybenyúlók, vagy ha igen gyorsan fejlődnek, csak azon célból excindálhatók, hogy megkisebbittessenek és ezáltal az esetleges dyspnoë vagy dysphagia enyhíttessék. Különösen ominosusak a kiterjedt subchordalis beszüremkedések. Kiterjedt elváltozásokat mutató esetek, totalis infiltratiók sebészileg csak akkor kezelhetők, ha a tüdőbeli folyamat igen csekély s az általános állapot jó; utóbbi esetben a gégebéli folyamat localis sebészi gócz gyanánt tekinthető s *extralaryngealis beavatkozásra*, esetleg totalis exstirpációra lehet alkalmas; elsősorban pedig azon ritka esetekben, a melyekben a gégebéli folyamat *elsődleges* vagy a melyekben számbavehető tüdőbeli elváltozást kimutatni nem lehet. A véres excisio csakúgy, mint bármely más erélyesebb beavatkozás, *ellenjavalt* azokban az esetekben, a melyekben az általános állapot rohamosan rosszabbodik s a gégebéli folyamat is rapide terjed, a hol complicatiók (bél-tuberculosis stb.) vannak jelen s localis restitúcióra remény nincs. A kettős curette-tel való excisióval szemben a többi activ eljárás, nevezetesen a *galvanocaustika* mélyszúrás és lapszerinti égetés alakjában, semmi előnnyel sem jár, akár magában, akár az excisióval kapcsolatosan alkalmaztatik. Bár különösen a mélyszúrás anatómiai hatásait illető észleletek figyelemre méltóak, az eddigi gyakorlati eredmények még nem eléggé meggyőzők. A caustikás kezelés különösen kezdődő és technikailag nehezebben hozzáférhető esetekben jön számításba, így a keskeny égővel való mélyszúrás különösen zárt infiltratumok esetén javalt, melyek kettős curette-tel nem foghatók meg. A lapszerinti való mély égetés subchordalisán vagy fenyegető stenosis esetén az erős reactio miatt ne alkalmaztassék. Aránylag nagyszámú gégegümőkóros betegten tett tapasztalásai alapján a következő következtetésekre jut: 1. A gégegümőkór rendszerint másodlagos; az elsődleges folyamat a gégeben oly ritka, hogy gyakorlati szempontból alig jó számításba. 2. A gégegümőkór gyógyszeres localis kezelése a baj lefolyására lényeges befolyással nincs. 3. Az endolaryngealis véres beavatkozások általánosságban veszélytelenek; sebinsfectióval, aspiratiós pneumoniával, vérzéssel a gyakorlatban számolnunk alig kell. 4. Az endolaryngealis excisio, az epiglottis amputatióját is beleértve, azon különös előnnyel jár, hogy igen gyakran gyorsan bekövetkező functionalis javulás áll be. A sebészi kezelés más rationalis helyi kezeléssel (caustika) kombinálható. 5. A tuberculosus hangszalagok partialis vagy totalis endolaryngealis excisiója alkalmas esetekben jó eredményt ad, nevezetesen a hang javulása és klinikai gyógyulás várható (excisióra alkalmas a hangszalag, ha tumorszerű körülírt infiltratumot mutat s akkor is, ha az egész hangszalag infiltrálva van, feltéve, hogy az aryporc mozgékonyság és egyébként súlyosabb elváltozások a gégeben nincsenek). 6. Elenyészően csekély számú, kiváltképpen kedvező esetekben a gégegümőkór spontán gyógyulást vagy javulást mutathat, ez azonban nem jogosít fel a rationalis localis kezelés elhanyagolására. 7. A legnagyobb súlyt az okszerű helyi kezeléssel kombinált *általános higiénés-diaetás kezelésre* kell helyezni, és pedig gümőkóros egyének számára való gyógyító intézetekben. Az *extralaryngealis operatiók* irodalmát áttekintve, saját eseteiről referál, melyek közül 2 esetben laryngofissiót végzett, az egyikben a megbetegedett lágyszöveteket kimetszette, a másikban pedig Röntgennel „operatiós mély-sugárzást“ alkalmazott; az első esetben a műteti seb gyógyulása 10 hónapig tartott, a második beteg a műtét után 2 hónap mulva meghalt; egy harmadik esetében totalexstirpációt végzett, de hatodnapra a beteg pneumoniában elpusztult. Szerinte a *kísérlet*, hogy külső operatio által a gége tuberculosus elváltozásait radicalisan távolítsuk el és ily módon érjünk el gyógyulást, azon esetekben *jogosult*, ha az általános állapot jó, ha a

tüdőbéli folyamat körülírt és nem acut vagy progressiv, ha a trachea és pharynx ép, ha a gégebeli folyamat az általános és endolaryngealis kezelés dacára rosszabbodásra mutat hajlamot. (Archiv für Laryngologie, 1913, XXVII. köt., 1. füzet.)
Safranek János dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Bőrrák eseteiben Weinbrenner a fekélyt kristályos salicylsavval hinti be és Beiersdorf-féle zinktapaszmmullal fedi be. 2—3 naponként csipeszszel eltávolítja a vart, a melyet a szövettörmelék a salicylsavval alkotott, bórsavoldattal megtisztítja a fekélyt és újból alkalmazza a salicylsavat. A váladék felszívására a kötés legmélyebb helyére mulldarabkát helyez. A salicylsav alkalmazása után rövid időre fájdalom áll be, majd 10—12 óras fájdalom nélküli szak után 12—24 óráig tartó kisugárzó fájások következnek. Az ily módon kezelt esetek némelyikében már 3 éven túl tart a gyógyulás. (Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilkunde, 1913 júl. 14.-én tartott ülés. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1913, 47. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1913, 12. füzet. Goldberger Márk: Wassermann-reactio és functionalis idegbajok.

Gyógyászat, 1913, 51. szám. Justus Jakob: A radiummal való rákgyógyítás értékéről. Kasztriner Árpád: A cort. cascarae sagradae új glycosidjáról, a peristaltinról.

Orvosok lapja, 1913, 52. szám. Tauszk Ferenc: A légzőszervek váladékképződéssel járó betegségeinek gyógykezelése. Sellei József: A gonorrhoeás húgycsőfüggelék vizsgálatáról és gyógykezeléséről. „Socialis egészségügy” melléklet, 4. szám. Szana Sándor: Az elhagyott csecsemők magyar állami védelmének 1912. évi eredményei. Hampel Ferenc: Elveszületés és csecsemőhalálozás. Egressi Lajos: Büntetőjogi megtorlás a gyermekek ellen elkövetett bűntetteknél és kihágásoknál.

Budapesti orvosi ujság, 1913, 52. szám. Sellei József: A lupus kezelése rézkészítményekkel. Fejér Gyula: A mindennapi szembetegségek diagnosztikája és terapiája. Stein Lajos: A staphylococcus okozta bőrbetegségek vaccinás terapiája. „Fülészet” melléklet, 4. szám. Krepuska Géza: Casuistikus adatok az agytályogok fejlődéséhez és tünettanához. Schwarcz Ede: Ambulanter végzett koponyalékelések. Germán Tibor: A dohártya perforatióinak trichlorezcetsavval történt összenövesztéséről.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Genersich Antal* dr. nyugalmazott egyetemi tanárnak a tudomány és közélet terén kifejtett sok évi érdemes működése elismerésül a Ferenc József-rend lovagkeresztjét adományozta.

Kinevezés. Báró *Korányi Sándor* dr.-t a közegészségügyi tanács rendes tagjává, *Barcsi Lajos* dr.-t és *Tóth Gábor* dr.-t főbányorvossá, *Molitorisz Kálmán* dr.-t a makói közkórházhoz főorvossá, *German Sándor* dr.-t a besenyői, *Theil Albert* dr.-t a karánsebesi, *Fischer Ágoston* dr.-t a dettai, *Komka József* dr.-t a felvidéki járás orvosává nevezték ki.

Választás. *Kenyeres Gyula* dr.-t Nagykőrösön és *Kovács Károly* dr.-t Gyulán városi orvossá, *Brichta Arnold* dr.-t Ruttkán, *Baumann Izsó* dr.-t Oravicabányán és *Csáky József* dr.-t Gácson körorvossá választották.

A **Belvárosi Orvostársaság** évi tisztújító közgyűlésén ismét egyhangúlag *Haberern Jonathan Pál* udv. tanácsos, egyetemi tanárt választották meg elnöknek. Alelnök lett: *Hüttl Hümer*, *Varró Indár*; titkár: *Schmidlechner Károly*; jegyző: *Doctor Károly*; pénztárnok: *Karef Oszkár*; választmányi tag: *Basch Imre*, *Boross Ernő*, *Drechsler Dezső*, *Drucker Viktor*, *Frigyesy József*, *Gobbi Károly*, *Hochhalt Károly*, *Hudovernig Károly*, *Jármay László*, *Láng Menyhért*, *Marikovszky György*, *Meisels Vilmos*, *Mutschenbacher Béla*, *Pákozdy Károly*, *Pfeiffer István*, *Walla Béla*, *Walheim Béla*, *Weresmarthy Ödön*.

Meghalt. *Dohány Lajos* dr., a hóliki kör orvosa, tiszteletbeli járásorvos, december 18.-án. — *G. Juffinger*, az oto-rhino-laryngologia rendes tanára az innsbrucki egyetemen, 60 éves korában.

A **cholera állása hazánkban.** A december 14.-étől 20.-áig terjedő héten újabb megbetegedés nem fordult elő. Magyarország területén ezidőszereig már csak cholera-csírát hordozók vannak megfigyelés alatt és elkülönítve, még pedig a bácskai Kula községben 2 és Temerin községben szintén 2.

Személyi hírek külföldről. *P. Adloff* dr., a fogászat magántanára a greifswaldi egyetemen, tanári címet nyert. — *S. Schuhmacher* dr.-t, a bécsi állatorvosi főiskola rendk. tanárát a szövettan és fejlődéstan rendk. tanárává nevezték ki az innsbrucki egyetemre.

Hírek külföldről. *Nuscha Butze*, híres berlini színésznő a kuruzslásnak lett áldozata. Czukorbetegségével egy reáimádkozással gyógyító kuruzslónő kezébe került s ennek befolyására elhanyagolta az or-

vosa által előírt diétát, a mi vesztét okozta. — A német fogorvosok mozgalmát indították meg a fogorvos-doktori cím elnyeréséért. A fogorvosi tanfolyam Németországban érettségi bizonyítványhoz van kötve s négy évi egyetemi tanulmányból áll; ily körülmények között valóban méltányos a követelésük. A mozgalom érdekében a fogorvosi tanfolyam hallgatói streikba léptek, de most már ismét látogatják az előadásokat.

Lapunk mai számához a „Chinoin” *Dr. Kereszty, Dr. Wolf és Társa*, vegyészeti gyár, Ujpest, „Cadogel” című prospectusa van csatolva.

Lapunk mai számához *Dr. Kade-Berlin SO. 26 „Asthmolysin”* című prospectusa van mellékelve.

Mai számunkhoz *Richter Gedeon* budapesti vegyészeti gyárának prospectusa van mellékelve.

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 Vezető: *Dr. VAS BERNÁT*, Poliklinika. Szövetség-utca 14—16. Telefon József 16-03.

DR. REICH MIKLÓS Budapesti **ZANDER-gyógyintézete**

Dr. ZANDER G. eredeti készülékeinek teljes sorozatával és rokon physikalis gyógyszerközzel tökéletesen felszerelt intézet.

IV., Semmelweis-utca 2. sz. Kossuth Lajos-utca sarkán.

Dr. Doctor Kossuth Lajos-utca 3. sz. (Telefon 697.) **Orvosi laboratoriumában** az összes diagn. vizsgálatok kivül autovaccina előállításával is foglalkozik

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15.

Felvételnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegyí és Röntgen-laboratorium.**

Orvosi laboratorium: *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.

Diagnostikai laboratorium *Dr. Székely Imre és Dr. Szilas Jenő* orvosok. Erzsébet-körút 22, földsz. Tel. 34—97.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézetében VII., Nyár-u. 22. sz. **fekvő betegek is felvétetnek.**

Az orvosi dajkavizsgáló-intézetben (Sziv-u. 28. sz. Telefon 93-22.)

Dr. Neumann M. vezetése mellett — a dajkák állandó orvosi vizsgálat és felügyelet alatt tartatnak. Az intézet minden egyes dajkán az eredeti Wassermann-féle vérvizsgálatot végezi. *Dr. Neumann M.* az eredeti — nem egyszerűsített — Wassermann-féle vérvizsgálathoz szükséges vérvételt bárkitől lakásán (VII., Erzsébet-körút 14) d. u. 3—4 óra között veszi. A vérvételhez szükséges steril üveges és használati utasítást kívánatra vidékre is küldünk. Egy vérvizsgálat díja 20 korona.

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz.

Az összes elektrotherapiai eljárások: D'Arsonvalisatio, diathermia, vill. soványítás stb. **Almatlanság, neurosisok, neuralgia, arthritisek, tabes dors. arteriosklerosis** stb. ellen. =

Dr. GÁMÁN BÉLA
dietaés orvosi intézete
■■■ VOLOSCA-ABBAZIA. ■■■

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

Park-sanatorium: Külön szülő-osztály

San Remo

téli klímás gyógyhely az olasz Rivierán
Sanatorium külön tüdőbetegek és külön az anyagcsere betegségeiben szenvedők részére Fekvőcsarnokok. Magyar ápolónők. Meleg tengeri fürdők. Kívánatra prospectusokat küld *Czifrusz Dezső* dr. kir. tanácsos.

Dr. GARA GÉZA, Meran. Sanatorium. Ujjonnan átalakítva. Prospectus.

Epileptikus betegek intézete

BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál a gyógyfürdő gondnoksága vagy *Wosinsk István* dr., örökös római gróf igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Dr. Szontágh Miklós gyógyintézete Ujtátráfűred Egész éven át nyitva. — Lakás,

ellátás, orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10 koronától kezdve.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat (VIII. bemutató szakülés 1913 október 15.-én.) 981. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (X. ülés 1913 október 30.-án.) 982. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya (I. ülés 1913 január 28.-án.) 984. l.

Közkórházi Orvostársulat.

(VIII. bemutató szakülés 1913 október 15.-én.)

Elnök: Ángyán Béla.

Jegyző: Szinnyei József.

Polyneuritis-esetek.

Keller Kálmán: A 24 éves rajzoló családjában idegbajos nem volt. Jelen baja előtt 1901-ben vért köpött, köhögött és nagyon lesóványodott, később e baja megszűnt.

1906 június 23.-án szédülést és fejfájást kapott, 24.-én lázas lett, hányt, majd 29.-én a jobb felső és alsó végtagban és a bal czombban fájdalmak jelentkeztek, ugyane végtagok megbénultak. A bénulás beállta után 3 napig vizetete nem indult meg, úgy hogy csapolni kellett. A lázas állapot 5—6 hétig tartott, 38—39° között ingadozott. Nemi betegsége nem volt, szeszes italokkal nem élt. A jobb felső végtag, továbbá a két alsó végtag teljesen bénult, a bal felső végtag ép. Az izomzat különösen a jobb felkaron erősen sorvadásnak indult, a jobb kéz szorító ereje 0. A törzsizmok bénultak. A bénult végtagok in- és csonthártya-reflexei a bal Achilles-reflex kivételével hiányoznak, a bőrreflexek megvannak, de a talpreflexek hiányoznak. Babinski-tünet nincs. A sensibilitás nem mutat elváltozást. A villamos ingerlékenység quantitative csökkent. A beteg 5 hó múlva már fel tudott ülni ágyában, hat hó múlva már botra támaszkodva felállt, 9 hó múlva járt. A vizelés-zavar is visszafejlődött.

Nyolcz év eltelté után a beteg állapota a következő: A jobb vállöv és a felkar izmai sorvadtak, a két alsó végtag izomzata mérsékelten sorvadt. A lábszárak és a lábak hidegek, jobboldalt pes equinus. A jobb felkart mozgatni nem tudja, az alkar és kéz mozgásai elég jók, a kéz szorító erő kielégítő. Az inreflexek, bár a bénulások nagy részben visszafejlődtek, nem tértek vissza. A sensibilitás sértetlen, a hőérzés a hideg lábakon paradox módon viselkedik, a mennyiben a láb hőmérsékleténél valamivel melegebb, de azért hideg tárgyat melegnek jelez. A pupillák jól reagálnak. Az alsó végtagokon villamos elfajulási reactio. A beteg elég jól jár bot és támasztógép segítségével.

A hirtelen beállott fájdalmak és végtagbénulások polyneuritist jeleztek, akár typhus kapcsán, mint a beteg azt állította, akár más infectiós vagy intoxicatiós alapon. Feltűnők a polyneuritis kapcsán kivételesen észlelhető hólyagzavarok, melyek betegünkön csak hónapok alatt fejlődtek vissza. E hólyagzavarok a gerinczvelőnek a folyamatban való részvételére utalnak (poliomyelitis adultorum). Ezt bizonyítják a typhus kapcsán többek által észlelt Landry-typusú bénulások és myelitis megbetegedések is, úgy hogy az újabbban szaporodó klinikai megfigyelések és szövettani leletek alapján a polyneuritiseket kísérő gerinczvelőelváltozások sohasem zárhatók ki.

Második esetünkben az 56 éves férfi a mult év december 6.-án jobb czombjában fájdalmakat kapott, 8.-án este lábai bizseregni kezdtek, e bizsergés felfelé haladt, a fájdalmak fokozódtak; december 9.-én este saját lábán hazament, majd pár óra leforgása alatt teljesen megbénult. A bénulás a felső és alsó végtagokon egyformán teljes volt. Két hét múlva kezdte jobb felső végtagját mozgatni, 3 hét múlva a balt, de az alsó végtagok izomereje máig sem tért vissza. A betegnek a bénulás beálltakor vizelés-zavarai nem voltak, nemi betegségről nem tud. Éveken át aránylag igen nagy mennyiségű szeszes italt ivott.

A beteg pupillái a felvétel alkalmával elég jól reagáltak. Összes inreflexei hiányoztak, sensibilitása nem mutatott eltérést, bár állítása szerint betegsége első napjaiban alsó végtagjainak bőre rendkívül érzékeny volt. A Wassermann-reactio positiv (1913 január 8.-án). A bénulás első hónapjában az idegek és izmok a villamos elfajulás kezdődő képét mutatták.

1913 október 15. Fekvő helyzetből felkelni csak úgy tud, ha felhúzzák; a felső végtagok szabadon mozgathatók, bár a goromba izomerő erősen csökkent; az alsó végtagokat alig tudja megmozgatni. Az összes végtagok izomzata közepesen atrophias. A felső végtagok in- és csonthártya-reflexei gyengén kiválthatók, a térdreflexek kiváltásakor a quadricepsen egyes fascicularis rángások észlelhetők. Az érzés rendben van. A felső végtagokon a farados ingerlékenység csökkent, az alsó végtagokon a peroneus területén villamos elfajulásos reactio.

Esetünkben feltűnő a végtagbénulásoknak rapid módon, pár óra alatt történt kifejlődése, a mi egészen a polyneuritis acutissima kórképére emlékeztet. Az a körülmény, hogy a beteg vére a bénulás kifejlődése idejében positiv Wassermann-reactiót jelzett, arra a gondolatra is vezethetne bennünket, hogy az alkoholon kívül a bénulás keletkezésében a syphilisnek is volt szerepe. Ez a feltevés azonban a syphilises alapú polyneuritisek aránylagos ritkasága miatt meglehetősen ingatag alapú. Az antilueses kezelés eredménytelensége nem bizonyít az esetleges lueses eredet ellen.

Szontágh Félix: Hálával tartozunk az előadónak az ilyen esetek bemutatásáért, különösen most, a mikor úgy Amerikában, most pedig Európában — jelenleg pl. Németország egyes vidékein — a Heine-Medin-féle betegség esetei halmozottan, mondhatni járványszerűen mutatkoznak. Mint olvashatjuk, *Flexner* és *Noguchi*-nak sikerült az okozó vírus fölfedezése, sőt tenyésztése. Azon a véleményen van, hogy az első eset, daczára, hogy felnőttről van szó, inkább poliomyelitis, mint a másik eset — a bénulás symmetriás és diffus voltát és a kedvező lefolyást tekintve — polyneuritis, mindenek szerint alkohol-abusus talaján fejlődve. Figyelmeztet arra, hogy a toxinos eredetű polyneuritisekben a gerinczvelő rendszerint bántalmazva van, vagyis a poliomyelitis és polyneuritis nem határolható el élesen, az esetek kevertek.

Wenhardt János: Ez év tavaszán szt. István-kórházi osztályára kb. 28 éves nőt hoztak Felsőmagyarországból poliomyelitis anteriorral. 8 hónapos gyermekét vele együtt ugyanazon kórházba hozták hasonló bajjal. Kiderült, hogy a gyermek megbetegedése után egy héttel kapta meg az anya a bajt. Az anya 7 év óta most először hagyta el faluját és állítólag az egész vidéken hasonló beteg mostanában nem volt. Ha csak nem akarjuk azon — nézetem szerint kissé erőltetett — feltevést elfogadni, hogy a gyermek és egy héttel később az anya ugyanazon helyen és módon fertőződött, akkor ezen észlelet érdekes és értékes abból a szempontból, hogy a poliomyelitis anteriorban szenvedő gyermek nemcsak gyermekekre, hanem felnőttekre nézve is veszélyes.

Keller Kálmán: Célja az volt, hogy rámutasson arra, hogy a polyneuritisek egy részében gerinczvelő-elváltozások is kimutathatók. Látott olyan eseteket, melyekben az illető egészen skelettezve volt, de a meglevő izomrostmaradék némi mozgást még megengedett, míg poliomyelitis anterior acuta esetén maradandóvá teszi a bénulást az elülső szarvak elpusztulása.

Koponya-plastica.

Pólya Jenő: A 35 éves napszámot márczius 20.-án mutatta be a Közkórházi Orvostársulatban. Miután 1912 január 15.-én Jackson-epilepsiát okozó agycystát nyitott meg rajta, 1912 január 25.-e óta görcsök nem jelentkeztek ez évi szeptember 1.-éig, a midőn a jobb karjában Jackson-typusú görcsök állottak be. 4 nap múlva újra, azután mind gyakrabban jelentkeztek ezen görcsök, melyek a jobb lábára, majd az egész testére kiterjedtek és 4 ízben oly súlyosak voltak, hogy eszméletét is elvesztette. A beteget szeptember 5.-én vették fel újból a Szt. István-kórház III. sebészeti osztályára, a hol a jobb testfelre kiterjedő, napjában többször ismétlődő és szeptember 9.-én status epilepticusba átmenő tonico-clonusos görcsök észleltettek. Objective az előző műtét helyén azt találták, hogy koronányi bemélyedés van, melynek megfelelően a csont hiányzik.

Műtét szeptember 10.-én. A bemélyedt hely körül hátul fekvő basissal bíró lebenyt készítenek a bőrből, a melyet a csonttól és a szabadon fekvő pulzáló agyfélgyánról lepraeparálnak. A lebeny csúcsából kiindulólag metszést visznek sagittalis irányban a homlok felé és a bősébszéleket szétkampózva, ezen a helyen egy a lamina externára és a di-

plöe felső rétegére terjedő nyelvalakú csontlebenyt írnak körül, mely csonthártájára útján a defectus szélével összefügg.

Ezen csontperiosteum-lebenyt visszahajtva, a csontdefectust fedik, majd a bőrlebenyt visszahajtták és a bőrszélet mindenütt silk-varratokkal gondosan egyesítik. A betegnek a műtétet követő napon 8-szor voltak görcsei, melyek brom- és morphiium-adagolásra megszűntek. 12 nappal a műtét után, szeptember 22.-én, 6 ízben, 24., 25. és 27.-én egy-egy alkalommal voltak görcsei, a melyek csak az alsó végtagon jelentkeztek. Azóta görcsei nincsenek és teljesen jól érzi magát, a seb p. pr. egyesült; a csontlebeny szilárdan odagyógyult, úgy hogy jelenleg horpadás nincs és a koponyának mindenütt kemény, csontos burka van.

A fossa ischio-rectalisből eltávolított ritka nagyságú fibroma.

Pólya Jenő: A 44 éves napszámosnőt 1913 augusztus hó 21.-én vették fel a Szt. István-kórház III. sz. sebészeti osztályára. Itt elmondja, hogy 3 év előtt vette észre, hogy bal fara táján kb. zsemlelányi nagyobbodás keletkezett, mely fájdalmas volt s az utóbbi idő alatt rohamosan növekedett. Felvételkor a bal fartájon gyermekfejnyi daganat, mely elég jól mozgatható, elernyedti izomtapintatú, élesen elhatárolt minden irányban, kivéve a medence felé, a hol a felső része elvész. A daganat a végbélnyílást balra húzza.

1913 szeptember 9.-én novocain localanaesthisben fogott a műtéthez. A daganat a bőr alatti kötőszövetből könnyen volt kifejtendő, azonban a fossa ischio rect.-ba folytatódott. Itt felső részét nem érték el, azonban húzással a daganat mindinkább kifelé jött. A felületén levő vagy kanyargós vénákat és néhány kis fecskendő arteriát lekötve, a daganatot mindinkább kifelé húzzák, miközben a beteg hasában fájdalmakat jelzett. A rendkívül hosszú daganat végül felfelé egy kb. ujjnyi vastag zsirtartalmú kötegben végződött, melyet lekötnek. Az üregből venosus vérzés, mely tamponálásra csillapul. Nagyjában sima, némi hőemelkedéstől zavart lefolyás. Jelenleg a tamponade helyén 6 cm. mély, keskeny sarjadzó üreg van. A beteg teljesen jól érzi magát.

Az eltávolított daganat friss állapotban szürkés-fehér színű, kissé göbös, szívós képlet volt, mely 56.5 cm. hosszú és a hossz tengelyre merőleges irányban mért legnagyobb körfogatóján 34 cm. széles; súlya 2600 gr. volt.

A szövettani vizsgálat (*Entz Béla*) a következőt derítette ki: A daganat különböző részeiből vett kötőszövetrészek mindenütt teljesen egyforma, nagyon laza szövésű rostos kötőszövetből állnak, melynek finom rostjai hol párhuzamos, hol egymással kereszteződő kötegekbe rendeződtek. A rostok közt mindenütt egynemű alapanyag van. A rostok mentén szabályos körökben találjuk a sejtmagvakat, a melyek hosszúkasak, orsóalakúak. Ezeket kívül semmi más szövet nincs. A daganat szöveti szerkezete szerint laza fibroma; minthogy kihámozható és túlságosan sejtűs, a daganatot teljesen jóindulatúnak lehet mondani.

Pruritus vulvae et vaginae.

Frigyesi József: Egy esetben a pruritus következményeképpen kifejlődött a kis ajk elephantiasisa, egy másik esetben kraurosis vulvae és a kraurosis területen utóbb lap-hámrák keletkezett. Részletesen foglalkozva a pruritus vulvae gyógykezelésével, a sebészi kezelést csak ilyen kifejezett és önmagában is műtétet igénylő elváltozások esetében tartja szükségesnek. Egyébként a nem régi, nem elhanyagolt esetekben célt érünk az alpbántalom kezelésével. E célból 3—5%-os carbol-oldattal való mosások, 5—10 3%-os cocain-, vagy cocain-menthol-kenőcs alkalmazása, 10%-os arg. nitríciummal, vagy mesotannak oleum oliv.-ban való 33%-os oldatával való ecsetelések ajánlatosak. A régi esetekben, ha a pruritus körülírt kis területre szorítkozik, a bőrnek physiologiai sóoldattal való infiltrálása ajánlatos (*Sieburg* eljárása), ha pedig a viszketés nagy területen van, érzéstelenítés perineuralis befecskendezéssel. Ez utóbbi a bemutatónak eredeti módszere, melytől súlyos esetekben is jó eredményeket látott.

Hernia diaphragmatica vara.

Entz Béla: A rekeszsérvek jelentékeny része tulajdonképpen nem valóságos sérv, hanem egyszerű prolapsus. A sérv három lényeges része közül (sérvtömlő, sérvkapu és sérvtartalom) az egyik, a sérvtömlő, rendszerint hiányzik és a hasüri zsigerek a rekesz hiányán át, tehát egészen szabadon prolabálnak, jutnak be a mellüregbe, vagyis az ú. n. rekeszsérv tulajdonképpen egy rekesz-defectuson át létrejött prolapsus. A bemutatott eset a ritka valódi rekesz-sérvek közül való, a hol a sérv mindhárom alkotórésze, a sérvkapu, a sérvtartalom és a sérvtömlő is megvan. A két éves fiú bonczolása közben már a hasüreg megnyitásakor szembeötlött, hogy a gyomor egy része, a fundus s a nagy görbületnek mintegy harmadrésze egy a rekeszen levő jó krajczárnyí nyíláson át a mellüreg felé nyomult, de onnan nagyon könnyen kihúzható. A gyomornak azon a részén, a mely a sérvkapuban volt, sekély körkörös befűződés látszik, úgy hogy a gyomor egy részének a kiszorulása miatt homokóra-gyomor keletkezett. A többi hasüri zsiger bonczolásakor kitűnik, hogy a bal mellürbe közvetlenül a gerincoszlop előtt, tőle kissé balra, a bárzsing mellett, diónyi gömbölyded tömlő domborodik be, a mely egészen sima felületű, falát vékony áttűnő hártya alkotja, a tömlő a hasür felől beléje nyomul megfelelő nagyságú gyomorrészlettel van kitöltve. A gyomornak az a recessusa tehát, amely a rekeszen levő nyíláson át a mellür felé nyomult, nem esett elő szabadon a mellürbe, hanem hártvás falú sérvtömlőben foglalt helyet. A tömlőt a rekesz inas részéből képződött hártya alkotja, mely a sérvtömlőnek megfelelőleg egészen hártvásan áttűnő, szerfelett elvékonyodott. A rekeszsérv tehát nem a rekesz defectusán, nem is a rekeszen levő praeformált nyílásokban (hiatus oesophageus, hiatus aorticus stb.) nyomul elő, hanem a rekesz inas részéből képződött valóságos sérvtömlőben foglalt helyet. Keletkezését illetőleg ez a sérv is úgy magyarázható, hogy a rekesz hiányos fejlődése miatt képződött, de nem hiányzik a rekesz egy része sem teljesen, hanem a rekesz izmai nem nőttek be a rekesz hártvás részébe oly terjedelemben, mint ép viszonyok között.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(X. ülés 1913 október 30.-án).

Elnök: **Alapy Henrik.**

Jegyző: **Ádám Lajos.**

Purpura abdominalis Henoch esete, tekintettel a baj sebészeti vonatkozásaira.

Grósz Gyula: A purpura abdominalis Henoch nem sui generis betegség, hanem tünet-complexum, a melyet *Henoch* már 1868-ban leírt; sajátságos formája a purpurának, *rheumatoid* fájdalmak állanak be a különböző ízületekben, továbbá a bőrön *purpura-foltok* és nemsokára *súlyos gyomor-béltünetek* szegődnek a körképhez, *hányás és erős kólikaszerű fájdalmak*. *Henoch* több észlelete kapcsán hangsúlyozza, hogy a purpura-foltok megjelenése és a hasi tünetek között *okvetlenül valami összefüggésnek* kell lennie. Vérzések mutatkozhatnak azonban nemcsak a bélben, hanem a légzőszervekben, az agyban és a vesékben is.

A bélvérzést megelőzi a hasgörcs. A *hasgörcsös* szakban úgyszólván mindig megtaláljuk az *invaginatio helyi jeleit*: a rendkívül heves spontán és nyomás-érzékenységet, az invaginációs tumort, de izom-spasmus nélkül. Ez az invaginációs tumor az, a mely érdeklí úgy a belorvost, mint a sebészt.

Az invaginációnak sebészi megoldása azonban nem jelenti a betegség gyógyulását, mert hiszen az alpbántalom a purpura, a mely újabb és újabb invaginációkra adhat okot.

Nézete szerint a purpura abdominalis Henoch esetekben jelentkező invaginációs tumorok a legkritikább esetben szorúlnak a sebészre.

Három esetükben megtalálták az invaginációs tumort, sőt első esetükben, a melyet múlt év december havában ész-

leltek, az invaginációs tumor oly kellemetlenségeket okozott (heves fájdalom, többszöri hányás, szapora pulsus, hőemelkedés), hogy műtetre határozták el magukat. A műtétet Fischer Aladár végezte. Feltűnő volt a bõralatti kötõszövet oedemása, az alsó ileum-kacsok belõveltek, serosájuk gombostûfejnõi haemorrhagiákkal volt behintve, falazatuk vastagabb és tömöttebb volt, mint a többi bélkacs falazata; a serosának ez az elváltozása körülbelül 80 cm.-es bélkacsrészen volt meg. Szóval a bélfalazat ezen megvastagodásán kívül egyebet nem találtak. A gyermek gelatinát és lóserumot kapott. A reá következõ napon újból gelatinát és lóserumot. A sima sebgyógyulás után, körülbelül a 10. napon, újabb kólikás roham jelentkezett, jól tapintható resistencia kissé a köldök fölött balra, vizes székekkel és hőemelkedéssel, utána pedig újból vérzések foltok a térdek és a bokák körül. Ezek a tünetek néhány napig állottak fenn, végre bekövetkezett a teljes gyógyulás.

A másik két esetben is megtalálták az invaginációs tumort és a Henoch-féle purpura jellegzetes tüneteit: a purpurafoltokat, az izületfájdalmakat és a hőemelkedéseket. Diagnostikai tévedésekre tehát az invaginációs tumor nem adhatott alkalmat.

Mind a három esetükben a has behúzódságát találták, míg az invaginációhoz természetesen hozzá tartozik az, hogy az oclusio helyén felül esõ bélrészek puffadtak, az alul levõk összeestek.

A bemutatott eset a következõ:

A 13 éves fiút ez év szept. 23.-án vették fel. A fiú eddig beteg nem volt. Az anamnesisbõl kiderül, hogy 3 hét elõtt kezdett a lába és lábszára fájni, megduzzadni, a mely fájás néhány nap múlva felkarjában is jelentkezett. 10 nap óta erõs hasfájdalom kínozza, egy héttig obstipált.

A beteg hőmérséke felvételkor 37,7° C. Hasa behúzódsott, czombjain régi purpurás foltok. A felvétel napján este mindkét patella alatt hirtelen élénken fluctuáló duzzanat támad; másnap reggelre ezek a tünetek elmúlnak. Többször hányt, 1—2 vizes szék, melyben véres nyálkacszafatok úszkálnak, ugyanekkor a has bal felében a köldök magasságában gyermekökölnyi resistens tumor keletkezik, nyomásra fájalmasság.

5 csepp opiumtincturára a tumor lassanként elernyed, puhább tapintattal, homályos szélekkel még 6 napig észlelhetõ.

Szeptember 28.-án az arc bal felén és a mastoidealis tájon tenyérenél nagyobb területen térszatapintatú, érintésre igen fájdalmas, a bõrt fölemelõ vérzés, mely hirtelen keletkezett s lassan múlik.

Szeptember 29.-én a jobb parietalis tájon hasonló folyamat, d. u. a jobb felsõ szemhéj és temporalis tájék megdagad. Gelatina-injectio.

Szeptember 30.-án a jobb arcfél mumpsszerűen elváltozik. Újabb gelatina-injectio.

Azóta nagyobb haemorrhagiás purpura-eruptiót nem láttak, ellenben a törzsön, a penisen és a scrotumon 4—5 naponként apró kis foltok támadnak.

Október 2.-ától calc. chlor.-ot szedetnek. A vérzések foltokat *haskólikák váltják fel; a köldök alatt az ileo-coecalis tájnal kissé feljebb 7—8 cm.-es, hosszúkás alakú, jól elmozgatható kemény tumor támad.* Elõzõleg többször hányás, vizes szék, majd obstipatio. A has állandóan behúzódsott, szelek mennek, tenesmus nincsen.

Október 8.-ától atropint adnak a betegnek 1/2 milligrammos adagokban 21.-éig összesen 20 × 1/2 milligrammot szedett.

Azóta a beteg állapota javul, a tumor lassan eltűnik, úgyszintén a purpura-foltok. Spontán szétkürülései vannak; fájdalmai nem jelentkeztek, sem vérzései. Október 22.-én a bokák körül apró vérzések mutatkoztak, mérsékelt hőemelkedésekkel (37,1—37,6°). Október 28.-án az alsó végtágon sűrűbben jelentkeztek apró purpura-foltok; a hasban a régi helyen ismét körülbelül ökölnyi tumor tapintható, a mely nem érzékeny.

Gümös eredetű duodenumszűkület operált esete 10 éves gyermekben.

Fischer Aladár: A szoros értelemben vett peptikus duodenumfekély az első évtizedben alig fordul elő. Az idevonatkozó gyűjtő összeállítások (Moynihan, Collin stb.) ily esetről nem emlékeznek meg. Egyéb természetű duodenalis ulceratiók azonban a gyermekkorban elég gyakoriak. Ezek Melchior szerint a következõ csoportokba oszthatók: 1. Ulcus duodeni peonatorum, 2. paedatrophias gyermekek ulcusai, 3. typhosus és uraemiás alapon fejlõdõ ulcusok, 4. sepsises fekélyek, 5. gümös eredetű duodenumfekélyek. Sebészeti fontossággal csak ez utóbbiak bírnak, ha solitaerek és nem általános béltuberculosisnak a részjelenségei. Duodenalis fekélyek tuberculosis egyénekben elég gyakran észlelhetõk, Pólya az általa összegyűjtött esetek 20%-ában talált gümös elõzményeket. Azonban a tuberculosis egyénben talált duodenalis fekély még nem ulcus tuberculosum. Az igazi ulcus tuberculosum elég ritka. Moynihan csak 41 esetet tudott összegyűjteni, õ maga csak kettõt operált. A gümös duodenalis fekély alapján fejlõdõ stricturákra nem sok adatot szolgáltat az irodalom. Ide tartoznak Henle és Dauwe esetei. Jellemzõ ezekben, úgy mint a bemutató esetében is, hogy maga a duodenalis ulceratio nem okozott tünetet és hogy a jelentkezett tünetek rögtön a stenosis tünetei voltak.

Esete 10 éves leányra vonatkozik, kit 1913 május 13.-án vettek fel az osztályára. A beteget 7 és 2 év elõtt gümös bajok miatt már operálták. Mintegy 8 hó óta fokozatosan a pylorusstenosis klasszikus képe fejlõdik ki, a mely hosszabb ideig folytatott gyomormosásokra nem javul. A Röntgen-vizsgálat óriásilag kitágult gyomrot mutat, a bevitt bismuthnak még 7 óra múlva is alig a fele ürült ki. A gyermekben megejtett műtét (gastroenterostomia antecolica ant. Braun-féle anastomosissal) a következõt deríti ki: A Mayo-féle venától jobbra 1 cm.-nyire mintegy 2 1/2 cm. széles, körkörös, a pankreas fejéhez tapadó heg, tehát heges duodenalis szűkület van jelen. A klinikai kép a pyloruszűkület képe volt, azonban a suprapapillaris duodenumszűkület és pyloruszűkület képe között alig van különbség, sokszor a Röntgen-eljárás is cserben hagy. A stenosis gümös eredetűnek kell tartani a következõ okokból: 1. az elõzõ gümös anamnesis miatt; 2. a heg körkörös alakja miatt, 3. az egész kórkép lappangó kifejlõdést mutat; ulcustünetek nem voltak, hanem mindjárt a stenosis tünetek jelentkeztek, 4. minden más aetiologiai alap hiányzik. A műtét után a lefolyás teljesen zavartalan volt. A Röntgen-átvilágítás jól mûködõ anastomosist mutat, a gyomor 5 óránál rövidebb idõ alatt teljesen kiürül, a pylorus felé bismuthpép nem távozik. A gyermek a műtét óta 9 kilót hízott.

Multiplex májéchinococcus esete.

Fischer Aladár: Az újabb vizsgálatok szerint a multiplex májéchinococcus nem ritka. Ehrlich szerint az esetek 10%-ában fordul elő. Sokkal ritkábban lehet azonban — mint azt Thöle hangsúlyozza — a multiplicitást klinice megállapítani. Esete 8 éves fiúra vonatkozik, kit 1913 június 25.-én vettek fel a Bródy Adél-kórházba. Az anamnesis szerint 1/2 év óta daganat nõ a hasában. A jobb regio epigastricában férfikölnél nagyobb, a májjal összefüggõ, a légzést követõ daganat van, mely homályosan hullámzik. Már a physicalis tünetek majdnem biztossá tették az echinococcus diagnózisát. Gyermekkorban a bemutató tapasztalata szerint különösen az V—VII. bordaporczból kiinduló és a rectushüvelyben az izom mögött sülyedõ hideg tályogok veendõk tekintetbe a differentialis diagnosis szempontjából. Gümös megbetegedést azonban a Pirquet-féle reactio hiánya a jelen esetben kizárt. Tekintettel a klinikai tünetek kifejezett voltára, a Ghedini-Weinberg-féle reactio végzése nem mutatkozott szükségesnek. A bemutató a májat és a tapintható tömlõt a Kehr-féle metszéssel nyitja meg. Két ökölnyi echinococustömlõ nyomul a sebbe, melynek alsó felszínén fekszik a megnyúlt epehólyag. A colon adhaesióinak szétválasztása után kiderült, hogy a máj bal alsó felszínén még egy tömlõ foglal helyet. A hasüreg pontos elkülönítése

után a nagyobbik, könnyen hozzáférhető tömlőt a *Delbet*-féle eljárás szerint varrja el, a hátulsó tömlőt pedig marsupialja. Mindkét tömlő egy üregű, a benne levő vaskos chitinburok könnyen eltávolítható. Minthogy az első tömlő elvarrásakor az alsó felszínén kifeszítve feküdt epehólyag a ductus cysticusnál megtört: hogy az epehólyag részéről zavarok ne jelentkezzenek, cholecystectomiát végez. Ideális lefolyás, 6 hét alatt a beteg teljesen meggyógyult, has-sérv nincs. Az esetből a következő tanulságok vonhatók: 1. Echinococcusmítét alkalmával a beteg szerv feltárására alkalmas elég tágas metszést ejtsünk; ha a bemutató az echinococustömlőt csak rövid metszésből behatolva egyszerűen kivarrta volna, a második tömlő bizonyosan elkerülte volna figyelmét. 2. Ha csak lehetséges, végezzük a tömlő megkisebbitését és elvarrását, csak szükség esetén forduljunk a marsupiatióhoz. 3. Szükség esetén az epehólyag eltávolítását minden következmény nélkül végezhetjük.

Schlatter-betegség esete.

Báron Sándor: Az előadó e ritka kóralakot egy esete kapcsán ismerteti. A betegség legfőbb tünetének, a fájdalomnak okát az eddigi irodalmi tapasztalatokkal ellentétben a bursa practibialis profunda következményes megbetegedésében látja. Az alkalmazott gyógyítás: alkohol-injectio, igen jól bevált.

(Folytatása következik.)

Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(I. ülés 1913. jan. 28.-án.)

Elnök: Ónodi Adolf.

Jegyző: Lipscher Sándor.

1. Lénárt Zoltán: Féloldali gégekiirtás carcinoma miatt.

Az 54 éves férfi több hónap óta rekedt. A bal álhangeszáltagot és az epiglottis laryngealis felületét halványvörös, dudoros felületű daganat foglalja el, a mely a bal valódi hangszáltagot teljesen eltakarja; a daganat elül a gége középvonaláig terjed, míg hátul a középvonalon innen marad. A jobb gége-fél ép. Hangoztatáskor feltűnik, hogy a bal gégefél rögzítve van, sőt az epiglottis bal széle is merevnek látszik. A nyakon mirigyek nem tapinthatók. A daganatból kimetszett szövetet *Entz Béla* vizsgálta meg és laphámrákot állapított meg.

Műtét 1912 december 16.-án. Helyi érzéstelenítés 1%-os novocain-oldattal, injectiók a nervus laryngeus superiorba. Tracheotomia inferior s utána laryngofissio. A carcinoma a bal álhangeszáltagon terül el s ráterjed az epiglottisra, a melynek laryngealis felületét jórészt elfoglalja, alsó határa a sinus Morgagni, a hangszáltag ép; jobbra kis darabon túlterjed a középvonalon, hátul a középvonalon innen marad. Az epiglottis teljes kiirtása szükségesnek mutatkozik és ezért a metszést az os hyoideum átvágásával meghosszabbítom. Belül paquelinnel körülhatárolom a carcinomát, azután kívül felszabadítom a pajzsporcz felét és az epiglottissal együtt eltávolítom; a jobb gége-félből is, a hol a rák a hangszáltag elülső részére és a környező gégerészre is áttért, egy darabot szintén reszekálom. A sebet jodoformmal behintem fenn és alul, a canule felett jodoformcsíkok vezetek a sebüregebe s az izmokat és lágyszöveteket egyesítve, zárom a sebet. A táplálás céljából állandó kathetert vezetek az orron át az oesophagusba.

A seblefolyás végig láztalan volt. Január 3.-án a beteg már maga táplálkozik és dacára annak, hogy az epiglottis teljesen hiányzik, a folyadékot is jól nyeli. A gége reactiv duzzadása megszűnt, a gége-rés szabad és ezért a canulet bedugaszolom. Január 11.-én a canulet végleg eltávolítom. Január 18.-án a trachealis sipoly is elzáródott. A gége-rés, bár nemcsak a bal gége-fél, hanem a jobb oldalon egy része is el van távolítva, annyira tág, hogy a beteg egészen szabadon lélegzik. A hangja is, jóllehet az egész bal hangszáltag és a jobb hangszáltag elülső része ki lett irtva, erőteljes

és nem rosszabb, mint a milyen az operatio előtt volt. Igen érdekes jelenség, hogy a bal oldalon a hangszáltag helyén hosszanti kötőszöveti lécz képződött, a mely mozdulatlan hangszáltag képét mutatja s a melyhez hangoztatáskor a másik oldali hangszáltag hozzáilleszkedik. Ennek köszönhető az aránylag jó hang.

Zwilling Hugó: A gyógyulás végleges volta felett ítéletet mondani még nem lehet, mert az észlelés ideje rövid. Aetiologiai szempontból hívja fel a figyelmet a hyperkeratosisra, melyből észlelete szerint epithelioma fejlődhetik. Ilyen esetét *Dollinger* operálta és az Orvosegyesületben be is mutatta.

Láng Károly: Féloldali larynxexstirpációt nem végez, mert néhány esetében csakhamar recidiva állott be mirigyduzzanatokkal. A bemutató korainak tartja, mert a gyógyulás még nem végleges.

Morelli Károly: A daganatnak ha csak gyanuja is forog fenn, pl. a gégefedőn, szükségesnek tartja a totalis exstirpációt. Egy esetében a hangszáltagok elülső egyesülése helyén látott egy gyanus borsónyi daganatot, melyet polypusként távolítottak el, de 3 hét múlva a carcinoma suffocatiós tüneteket okozott. A beteg másutt gégeresectiót végeztek áprilisban, de augusztusban újra megvolt a recidiva. Majd újból megoperálták, de kis gombostűfejnyi gócz maradt vissza, melyből a recidiva újra kiindult és 18 hó múlva meghalt a beteg.

Van a szótónak egy 13 évvel ezelőtt operált esete, mely azóta recidivamentes.

Két évvel ezelőtt bemutott antimeristemmel kezelt két sarcoma esetet, melyek feltűnően javultak. Hogy carcinoma ellen használ-e ez a szer, erre vonatkozólag még fentartja nézetét, de inoperabilis esetben megkísérteni okvetlenül ajánlja.

Donogány Zakariás: Hogy a féloldali, vagy a teljes exstirpatio a helyesebb, röviden eldönteni nem lehet. Nemcsak a rák kiterjedésétől függ a dolog, hanem a malignitásától is. Ötféle rák ismeretes eddig, melyeknek különbözősége oka a műtéti eljárások jó vagy rossz eredményének.

Navratil Dezső: A fél- vagy harmad-gégekiirtásnak nem barátja. Ha már a fél gége kiirtása javalt, akkor legjobb teljes kiirtást végezni. De ha csak a hangszáltagon van a daganat, elég laryngofissióval eltávolítani a daganatot, a mint *Semon* ajánlja.

Pollatschek Elemér: A carcinoma operálásakor sebészi elv lehetőleg az épségben dolgozni és minden kórosat eltávolítani. Ha nem szükséges, nem kell az egész géget kivenni, a mint ajakrác esetén sem távolítják el az egész ajkát.

Polyák Lajos: A teljes kiirtás híve, nem mintha a recidiva veszélye kisebb volna, hanem mert a teljes kiirtás mortalitása kisebb, mint a féloldali kiirtásé.

Lénárt Zoltán: Laryngofissiót akkor kell végezni, ha az álképlet csupán a hangszáltagra van korlátozva; ha az álképlet áttért a porcra, akkor a gége resectióját kell végezni, nem részletenként, hanem vagy a felét, vagy az egészét a szükséghez képest.

Donogány és Pollatschek felszólására nincs mit mondania. Sok kiváló sebész híve a féloldali resectiónak. Nem a véletlentől függ a gyógyulás, hanem a jól felállított indiciótól és a műtét szabatos kivitelétől. A részleges gégekiirtás, megfelelő esetben végezve, épp oly recidivamentességet biztosít, mint a teljes gégekiirtás. Az operatióknál a legfontosabb, hogy minden kórosat eltávolítsunk és túlzásnak tartom az egész szerv feláldozását, a mikor erre szükség nincsen. A teljes gégekiirtása után a betegek állapota oly szármalmas s ezzel szemben a partialis eltávolítás annyi előnyt nyújt, hogy erről egykönnyen lemondani nem szabad. Nagyon sok féloldali larynxkiirtással operált carcinoma gyógyult esete van közölve, szülő maga is bemutatta két év előtt egy betegét 5 évvel az operatio után, a kin rák miatt féloldali larynx-exstirpációt végzett s a ki még most is, 7 évvel a műtét után, recidivamentes. Az antimeristemtől nem látott eredményt.

2. **Freystadt Béla:** Gégetünetek heveny bulbaerparalysiben. (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.)

PÁLYÁZATOK.

7699/1913.

A f. hó 12.-én 7367/1913. sz. a. a kapolcsi körorvosi állásra közzétett pályázati hirdetményemhez kiegészítésül közhírré teszem, hogy az előbbeni körorvosnak 800 korona helyi pótlék is engedélyeztetett a m. kir. belügyminister úr által.

T a p o l c z a, 1913. december 22.

A főszolgabíró.

25399/1913. kig. sz.

Baja th. város közkórházánál üresedésbe jött 2600 korona kezdőfizetéssel és 600 korona lakbérrel javadalmazott osztályos főorvosi állásra pályázat nyitattik.

Pályázni öhajtók felhivatnak, hogy kellő minősítésüket s gyakorlati képzettségüket feltüntetve okmányokkal felszerelt kérvényüket 1914. évi január hó 31.-éig méltóságos *Purgly Sándor* dr. főispán úrhoz Szabadkán nyujtsák be.

B a j a 1913. december 19.-én tartott törvényhatósági bizottsági közgyűlésből.

Polgármester helyett:
Erdélyi főjegyző.

