

# 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.

Ónódi Adolf: A hangszalagok ellentétes mozgásairól. 335. lap.

Scherer Sándor: Közlemény a budapesti egyetem I. számú női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., udvari tanácsos, egyetemi tanár) Lehet-e irányadó a bakteriológiai vizsgálat a vetélések kezelésében? 337. lap.

Rejtő Sándor: A félkörös ivjáratok egyensúlyozó szerepéről. 340. lap.

Kaufmann Pál: Közlemény a székesfőváros Telepy-utcai kórházának XIII. belgyógyászati osztályáról. (Főorvos: Kovács József dr., egy. magántanár.) Paratyphus-sepsis. 342. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Prof. A. Biedl: Innere Sekretion. Ihre physiologischen Grundlagen und ihre Bedeutung für die Pathologie. — Új könyvek. — Lap-

szemle. Belorvostan. F. Sauerbruch: A tüdőbetegségeknek a rekeszizomi mesterséges bénítása útján befolyásolhatósága. — Sebészet. B. Reich-Bontzkus: A módosított Grossich-féle jodtinctura-desinfectio. — Szülészeti és nőorvostan. Heimann: A gynaekológiai Röntgen-therapia. — Hauch és Meyer: A pituitrin alkalmazása a szülészetben. Gyermekorvostan. Fischl: A vörheny. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Nering: Lecithin-therapia. — Hirschowitz: Székrekedés. — Rubino: A Basedow-kór gyógyítása. 344–346. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Klinikai füzetek. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 347. lap.

Vegyes hírek. 347. lap.

Tudományos társulatok. 349–351. lap

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### A hangszalagok ellentétes mozgásairól.

Irta: Ónódi Adolf dr., egyetemi tanár, az orr- és gégegyógyászati klinika igazgatója.

Egy beteget volt alkalmunk észlelni a hangszalagok feltűnő ellentétes mozgásaival, a kit Polyák Lajos főorvos további megfigyelés és a klinikára való felvétel végett hozzám küldött. Minthogy a klinika még nem volt egészen készen, csupán bejárólag észlelhettük. Közben a beteg meghalt és így a tervbe vett kórboncolástani és kórszövettani vizsgálat nem történhetett meg. Ezt a körülményt nagyon sajnáljuk, mivel a necroskopus vizsgálat lett volna hivatva az érdekes kórkép szabatos megfejtésére és egyes nyílt kérdések megvilágítására.

H. M. 63 éves férfi állítása szerint állandó rekedtsége jelentkezésekor már három hónapja tart, előtte is több ízben elrekedt rövidebb időre. Néha nyelési nehézségek is mutatkoztak, különben rendszeren étkezik. Reisz magántanár vizsgálata az idegrendszer részéről zavarokat nem állapíthatott meg. Ideges zavarok csupán a gége és légcső részéről állottak fenn úgy a mozgási, mint az érzési körben. A gégeben és a légcsőben kifejezett hypaesthesia és reflexhiány volt kimutatható, a gégebe és a légcsőbe vezetett kutatót nagyon gyengén érezte a beteg és azonfelül egy esetben sem sikerült reflexköhögést vagy mozgást előidézni. A hangszalagok mozgásaiban pedig feltűnő coordinációs zavarok voltak észlelhetők. Az első ábra a hangszalagok helyzetét és a hangrés tágasságát érzékíti nyugalmi állapotban, midőn is a betegen légzési nehézség nem áll fenn. A mint a beteg belélegzik, a hangszalagok egymáshoz közelednek, sőt össze is érhetnek, midőn a nehézlégzés észlelhető lesz. A betegben hang csakis a belélegzés alkalmával a hangszalagok ellentétes közeledésével jöhet létre. A mikor a beteg beszélni akar, a hangszalagok ellentétesen széttérnek és a hangrés a legnagyobb tágasságot éri

el. A második ábra mutatja az intendált „e” magánhangzónál a széttért hangszalagok helyzetét és a hangrés tágasságát. A harmadik ábrán az intendált „i” magánhangzónál a széttért hangszalagok helyzete és a hangrés maximalis tágassága látható.

A jobboldali mellkasfél felső részében mellhártyaizsadmány volt kimutatható, mely megnyitott.

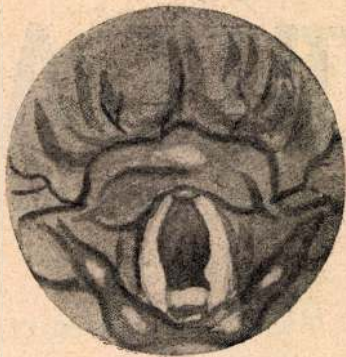


1. ábra.  
Nyugalmi állapot.

Pollak<sup>1</sup> a berlini congressuson figyelemreméltó tanulmányt mutatott be és a respiratiós ellentétes hangszalagmozgások psychogen neurosisának több típusát írta le. Az irodalomban szerinte 80 eset a hangrésizomzat pervers működése, a chorea laryngis inspiratoria, az inspiratiós functionális hangrés-görccs, vagy a hangszalagok ellentétes működése neve alatt lett közölve; ezeket nézete szerint mint a hangszalagok respiratiós ellentétes mozgásait egy és ugyanazon eredettel, vagyis mint psychogen neurosist kell felfogni. Az esetet sajátos kórképének nem könnyű magyarázata miatt Saundby, Grabower és Pollak collegákkal közöltem,

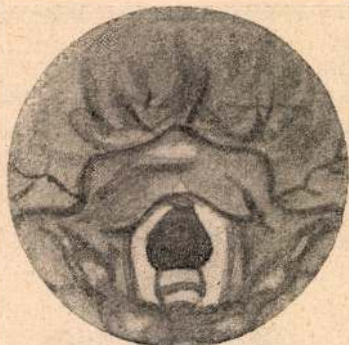
<sup>1</sup> Monatsschrift für Ohrenh. u. Laryngorhin., 18. 1911.





2. ábra.  
„e“ magánhangzó intendált hangoztatása.

kik közül az előbbi kettő csak rövid megjegyzést tett. *Saundby* ezen esetben az ellentétes mozgásokat úgy magyarázza, hogy az idegimpulsus, ha az egyik irányban nem valósítható meg, akkor a másik irányban válthatja ki a mozgást. *Grabower* azt hiszi, hogy cerebriális neurasthenia forog fenn. Részletesen foglalkozott *Pollak* az esettel, érdekes levelének tartalmát közöljük. Alig hiszi, hogy az eset eldönthető lesz kórbonczolástani lelet hiányában. Az alsó gégeideg hűdése mellett nem szól a gégelelet és az organikus hűdést nem könnyű bebizonyítani. Szól a hangszalagok functionális respiratiós ellentétes mozgásainak felvételéről, bár tudja, hogy functionális okok felvételére nehezebben határozhatjuk el magunkat öreg férfi esetében, kin látszólag organikus tünetek is — nyelési nehézségek, areflexia a gége- és légcsőben — vannak jelen. A mi azon nézetet illeti, hogy ha az idegimpulsus útja az egyik irányban meg van akasztva, akkor a másik irányban haladhat, ezen esetben azonban az ellentétes hangszalagmozgások ma-



3. ábra.  
„i“ magánhangzó intendált hangoztatása.

gyarázatára nem volna alkalmazható, ha organikus elváltozás állana fenn és a megfelelő idegrostok (sejtek) hűdése folytán az idegimpulsus az említett mozgásokat nem válthatná ki. Fel kellene venni, hogy az intendált „e“ és „i“ magánhangzónál bekövetkezett nagy kitérése a hangszalagoknak nem az alsó gégeidegeknek, hanem más idegizomcsoportoknak felel meg, de ez az emberre vonatkozólag még fel nem állított hypothesis, a miért is taglalásától el kell tekinteni. A kórbonczolástani lelet és a szövettani vizsgálat megállapíthatja volna a központi vagy környéki elváltozást, mely világosságot deríthetett volna a hangszalagok ellentétes mozgásainak okára nézve. Ezek hiánya folytán, ha nem tekintjük a kórképet functionális eredetűnek, magyarázatába nem is bocsátkozhatunk.

Közlöttük *Pollak* érdekes megjegyzéseit és a magunk részéről észrevételeink a következők. Észlelésünk tárgya voltak a *Pollak* által leírt typosok, valamint a különböző psychogen eredetű rendellenes hangszalagmozgások, a hysteriánál jelentkező hangszalaghűdés, az aphonia spastica, az aphonia és dyspnoea spastica, az apsythyria, a gégeidegek hűdése, továbbá a rendellenes és ellentétes mozgások úgy központi, mint körzeti organikus elváltozások esetén. Vizsgálataink az általunk javasolt vizsgálati módszerrel az alsó gégeideg kör-

nyéki hűdése eseteiben úgy az egyes gégeizmokra, mint azok elkülönített idegeire vonatkoztak; központi elváltozások felvételekor a gégeidegek központjai is megvizsgálandók.

Mellkas-tumor egy esetében a hangrészt tágitó izom contracturája mellett az alsó ideg törzsében egyes idegrostok hüvelyében a myelin degeneratio képe volt kimutatható. Esetünkben terveztük obductio esetén eljárásunk szerint úgy az egyes gégeizmok és elkülönített idegeik, mint a központok szabatos megvizsgálását, melytől sajnosan elestünk és így az egyedül szabatos kórsvetettani alap hiányában az ellentétes hangszalagmozgások igazi okát esetünkben nem állapíthatjuk meg. Csak valószínűséggel hajlunk azon felvétel felé, hogy esetünkben nem functionális, psychogen eredetű állunk szemben, hanem kezdődő organikus elváltozásokkal, melyek az ellentétes hangszalagmozgásokat eredményezték. Az ideg orvos, a beteg az idegrendszer részéről semminemű elváltozást sem állapíthatott meg; e mellett nyelési nehézségek, hypaesthesia és areflexia a gégeben és a légcsőben, a leírt ellentétes hangszalagmozgások és végül exsudatum pleuriticum voltak jelen. Lehetségesek a magas korral járó érelváltozások a központokban, továbbá a mellkasban, az alsó gégeideg törzsében az izzadmány okozta elváltozások is.

De ezen feltevést is a szövettani vizsgálat lett volna hivatva eldönteni. Az általunk észlelt és említett esetben ilyen módon egy ritka kórkép nyert magyarázatot, a hangrészt tágitó izom, a posticus contracturáját megfejtette a szövettani lelet, az idegrost velős hüvelyében talált kezdődő myelin-elfajulás.

A magunk részéről még egy felvetett kérdésre kívánunk reflektálni, mely úgy a psychogen alapon, mint az organikus elváltozáson nyugvó ellentétes hangszalagmozgásokkal összefügg. És ez az idegimpulsus útja functionális coordinációs zavarok vagy a gégeidegek részletes vagy teljes központi vagy környéki organikus elváltozásai alkalmával.

Ismeretes, hogy az idegimpulsus coordinációs, functionális zavar eseteiben a gégeidegek ismert rendes pályáin rendellenes irányban haladhat és ellentétes mozgásokat válthat ki. Természetes, hogy mindez megszűnik, ha a gégeidegek hűdöttek és idegrostjaik a vezetésre többé nem alkalmasak.

Az eddig ismert gégebeidegzés mellett legújabb vizsgálataim<sup>2</sup> eredményeit kívánom e helyen felemlíteni, melyek szerint az eddig ismert utak mellett más úton is lehetséges az idegimpulsus haladása.

Három kutyán végeztünk az idegtörzsek átmetszésével elfajulási kísérleteket és a három hónapi életbentartás után végzett szövettani vizsgálatok azt mutatták, hogy a felső gégeideg, ansa Galeni, idegrostjainak nagyobb része az alsó gégeidegbe tér és kisebb része az összeköttetésnél visszahajlik és az alsó gégeideg végágaival a gégehez megy. Továbbá azt mutatták, hogy az alsó és felső gégeideg elfajult törzsében és végágaiban még ép idegrostok találhatók. Ezen idegrostok eredete a következő tényekkel hozható összefüggésbe.

Három morphologiai tényt állapítottunk meg: 1. Emberen a felső gégeidegek rostkötegei az alsó gégeideggel összefüggenek a gége területében, átlépik a középvonalat, a keresztződésnél összekötődnek és az ellenoldalon haladnak tovább. 2. Az együttlérző határkötegben a rami communicantes közvetítésével a nyakon és a mellkas felső részében a cerebrospinalis idegkötegek nagyobb része felfelé és kisebb része lefelé halad, ezen viszony ellenkezője áll fenn a mellkasban és a hasüregben. Ezen cerebrospinalis idegkötegek mint környéki ágak a sympathicus közvetítésével különböző szervekhez mennek. 3. A felső és alsó idegek rendes sympathicus-összeköttetésekkel bírnak, továbbá az alsó gégeideg elkülönített légző kötege benső összeköttetésben áll a sympathicussal és a szívidegekkel, az alsó gégeideg elkülönített hangképző kötege kisebb mértékben hasonló összeköttetésekkel bír.

A felső és alsó gégeidegek kiküszöbölésekor az alsó

<sup>2</sup> Monatsschrift für Ohrenheilkunde u. Laryngorhinol., 1912.



gégeideg elfajult törzsében és végágaiban talált ép idegrostok vagy a sympathicus-összeköttetések útján ugyanazon oldalról, vagy a gége területében levő összeköttetések útján az ellenoldalról eredhetnek. Tehát olyan cerebrospinalis idegrostokkal volna dolgunk, melyek vagy a rami communicantes és a rami cardiaci útján az alsó gégeideg pályájába jutnak, vagy azt a felső gégeidegek említett összeköttetése útján az ellenkező oldalról érik el.

Ezen vizsgálati eredményeinket a gégebeidegzés kör-tanára és az idegimpulsus haladása különböző útjainak ismeretére nézve fontosnak tartjuk. A klinikai leletekkel karöltve járó kórbonczolástani és kórszövettani kutatásoknak van fenntartva ezen morfológiai tények jelentőségét megvilágítani.

Közlemény a budapesti egyetem I. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr. udvari tanácsos, egyetemi tanár.)

### Lehet-e irányadó a bakteriologiai vizsgálat a vetélések kezelésében?

Írta: Scherer Sándor dr., egyetemi tanársegéd.

Winter königsbergi tanár már az 1909. évben tartott strassburgi congressuson hívta fel a figyelmet arra, hogy a női genitális tractus bacteriumtartalma szerint változhatik egyes esetekben a lázas vetélések és gyermekágyak lefolyása: a bakteriologiai vizsgálatoknak tehát a prognosist felállításában és a therapia megfontolásakor eminens szerepet kell juttatnunk.

Ennek a kérdésnek azóta a dolog érdekességénél fogva óriási irodalma keletkezett, a melynek ezen cikk keretében még csak vázlatosan sem lehet helyet adni; főként csak azon dolgozatokról teszünk említést, a melyek a kérdést tisztán gyakorlati szempontból próbálták megoldani. Bakteriologiai vizsgálataimból az anaërob eljárások értékét s az azokkal elérhető eredményeket ezúttal kikapcsolom, egyrészt mivel a gyakorlatban a vizsgálatok komplikált volta miatt ezeknek szerep egyáltalán nem is juthatna; másrészt, mivel az anaërob eljárások értékéről és fontosságáról a szülészetben külön cikk keretében fogok ugyancsak e lap hasábjain beszámolni.

#### I.

A „Zentralblatt für Gynäkologie“ 1911. évi 15. számában Winter tanár így ír: „Az ú. n. sepsises, azaz lázzal és a peterészek bomlásával járó abortusok prognosisa általánosságban elég jónak mondható. A tapasztalás inkább odafelé hajlik, hogy a bomlott peterészeket eltávolítván, a láz elműlik, s a rendes gyermekágy kifekvése után az asszonyok minden utóbetegség nélkül meggyógyulnak. Ezt annyira megszoktuk már, hogy komolyabb veszélyre a lázzal járó abortusok kezelésekor sem gondolunk. Pedig nem is olyan ritka, hogy súlyos sepsises tünetek jelentkeznek a lázas abortussal kapcsolatban és halálra, vagy legalább is nehéz betegségekre vezetnek; ezeket az eseteket mint criminalis abortusokat szoktuk elkönnyvelni és a súlyos kór okát a magzatúzás alkalmával ejtett szöveti sérülésekben keressük.“ A sepsises abortus prognosisa felől kevés használható statisztikai adat látott napvilágot; ezért Winter csak a klinikáján gyűjtött tapasztalatokból közli a következőket:

100 sepsises abortus közül volt:

Haláleset	13
Pyæmia (nem halálos)	4
Peritonitis (nem halálos)	1
Parametritis exsudativa	18
Endometritis	10
Rendes lefolyás	54

Körülbelül 5—10%-ra lehet tenni a mortalitást. Ezen cikkében Winter teljesen pontos adatokat nem tud felhozni; de ez szerinte nem is lényeges, mert csak a rossz prognosist okozó okait és az annak megjavítását célzó javaslatait akarja előterjeszteni.

Bakteriologiai leoltásokat végeztetett 80 esetben. Ezek közül active kezeltek 63 esetet.

A lochiából kitenyészhető volt:

	Meghalt	Súlyos beteg	Könnyű lázas	Normalis
Streptococcus haemolyticus	5	4	—	5*
Streptococcus ahaemolyticus	—	—	—	10
Streptococcus (haemolysisre nem vizsgálták)	4	2	—	2
Staphylococcus	1	2	1	16
Bacterium coli	—	1	2	5
Hüvelypálczika	—	—	—	3
	10	9	3	41

Spontán befejeződött 17 eset.

Streptococcus haemolyticus	1	—	1	4
Streptococcus ahaemolyticus	—	—	—	3
Streptococcus (különbéle)	—	—	—	2
Staphylococcus	—	1	—	3
Bacterium coli	—	—	—	1
Hüvelypálczika	—	—	—	—
	1	1	1	14

Az ideiktatott táblázatból következteti Winter, hogy a spontán lefolyt abortusok prognosisa bármiféle bacteriumos fertőzés esetében (leszámítva az egészen indifferens közönséges hüvely-streptococcusokat) sokkalta jobb és hogy az abortusok activ befejezése különösen haemolytikus streptococcusok jelenlétében nagy veszélyeket rejt magában.

Pár esetet közül még, melyekkel igazát bizonyítja, majd cikke végén a következő indítványt teszi a sepsises abortus kezelése módjára vonatkozólag:

1. Ha abortus alkalmával láz áll be, s annak eredete méhbeli fertőzésre vezethető vissza, desinfectio és belső vizsgálat előtt váladékvizsgálatot végezzünk. Utána desinfectio, belső vizsgálat. A hüvelyben levő peterészleteket eltávolíthatjuk, a méhet azonban hagyjuk érintetlenül s a méh kitakarítását csak túlerős vérzés esetén végezzük.

2. A váladékot vizsgálat céljából a legközelebbi bakteriologiai vizsgáló állomásra küldjük s főleg a haemolytikus streptococcusra hívjuk fel a bakteriologus figyelmét.

3. Ha a váladékból haemolytikus streptococcusok nem voltak kitenyészhetőek, vagy gyengén haemolyzáló, akkor Winter szerint átjárható méhszáj mellett a méh kiürítése helyénvaló. A méhszáj művi tágítását s a méhnek ily módon való kitakarítását azonban ekkor sem találja jónak; lehet, hogy az okozott sebzéseken és a zúzott szövetekben a különben ártalmatlan staphylococcusok és streptococcusok virulentiája fokozódik.

4. Ha a bakteriologiai lelet: „Streptococcus haemolyticus, tiszta tenyészetben“, akkor ne nyúljunk a méhhez. Minden vizsgálat, hüvelyöblítés, befejezési kísérlet káros lehet. S bár előfordulhat, hogy a haemolytikus streptococcus ellenére befejezett abortus is jól gyógyul, de Winter szerint ez mindig kockázatos. Hacsak tehát életveszélyes vérzés nem kényszeríti a szülést, várja meg (és segítse elő chinin, pituitrin stb. adagolásával) az abortus spontán befejeződését, avagy pedig várja meg, míg a haemolytikus streptococcusok ebbeli tulajdonságukat megváltoztatják, vagy míg azok teljesen eltűnnek, a mihez persze újabb váladékvizsgálat szükséges.

Winter tanár ezen javaslatát nagykiterjedésű klinikai vizsgálatok és ebből kifolyólag irodalmi viták követték. A szerzők közül Opitz és Zangemeister áll Winter javaslatának pártjára. Walthard-Traugott még tovább megy; szerintük mindenféle streptococcus, gonococcus és gelatinát elfolyósító staphylococcus esetében, hacsak életveszélyes vérzés nem áll fenn, nem szabad befejezni a vetélést; ha a végzett bakteriologiai oltás egyéb saprophytákat jelez, akkor ki lehet

\* Ezen esetekben mindenkor várt a befejezéssel, míg a streptococcus haemolyticus eltűnt a lochiából.



takarítani a méh üregét (a saprophyták közé sorolják a következőket: coli- és paracoli-bacillus, nem folyósító staphylococcus, pyocyaneus, proteus, sarcina, tetragenus, pseudodiphtheria, stb.). Azt ajánlják, hogy várakozzunk, míg lázmentesség, alacsony leukocytaszám és jó közérzet arra enged következtetni, hogy a méhüreg streptococcusaival szemben a szervezet autoimmunisatiója létrejött s csak ha az ismételt bakteriologiai leletek streptococcusmentesnek jelzik az uterust, fejezzük be a vetélést. (4—23 nap alatt észlelték ezt az autoimmunisatiót.) Schottmüller az activ kezelésmód mellett tör lándzsát; 70 streptococcus-abortust kezelte active s ezekben 10% halálozása volt csak (szemben Winter 30%-ával). Különbözik az active kezelt eseteiben általában 5, a passive kezelt eseteiben 50% halálozása volt. Schottmüller az abortus-sepsis leggyakoribb előidézője gyanánt a vérben az anaërob streptococcus putridust mutatta ki, gyakoriság szerint következik azután a staphylococcus, bacterium coli, bacterium emphysematis Fraenkel és relative ritkán a streptococcus erysipelatos. Kiderítette, hogy az anaërob streptococcus putridus sokszor súlyos, sőt halállal végződő kórfolyamatok előidézője lehet s mivel a putrid abortusok túlnyomó részében a vérből emez anaërob csírákat kitenyészteni tudta, a toxinaemia, illetőleg sapraemia kifejezést elejti és mindeme eseteket bacteriaemiának tekinti, akképpen értelmezve a dolgot, hogy a saprikus lázak esetén csak a culturális eljárások fogyatékosága miatt nem tudunk eddig bacteriumot kimutatni. Messze vezetne Franqué, Zangemeister, Krömer, Hüsey, Fromme, Siegwart, Warnekros, Bondy, Sachs, Goldschmidt, Lamers, Schmidt, Traugott, Jötten, Veit, Schauta stb. részben teoriás cikkeiket, részben vizsgálatait mind ismertetni; a következőkben megkísérlem csak azokat méltatni, melyek a Winter-féle javaslatnak a gyakorlatban való keresztülvihetőségével foglalkoznak.

## II.

Elsősorban Traugott cikkéről kell szólnunk, a ki a Münchener medizinische Wochenschrift 1912. évi 4. számában a méh- és hüvelyváladék bakteriologiai vizsgálatának technikájáról és jelentőségéről ír. Traugott nem tartja elegendőnek a hüvelyváladékból oltást, hanem szerinte directe méhváladékból kell oltani; ezen célból külön instrumentariumot is ajánl, melyről azt tartja, hogy az oltások keresztülvitelét a gyakorló orvosok számára is könnyűvé teszi. Ajánlja a gyakorló orvosoknak, hogy lázas vajudó vagy gyermekágyas kezelésének átvételkor késedelem nélkül végezzék az oltást, mert minél kevesebb idő telt el a fertőzéstől számítva az oltásig, annál megbízhatóbb és eredményesebb a bakteriologiai lelet. A váladékot külön tartóba csomagolva küldje be az orvos a legközelebbi bakteriologiai vizsgálóállomásra azzal az utasítással, hogy a vizsgálatot főként streptococcusokra végezzék és a választ legrövidebb idő alatt adják meg. Traugott szerint a választ 1—2 nap alatt megkaphatja az orvos akkor is, ha elküldi a váladékot más helyre; addig pedig különböző ideiglenes intézkedéseket tegyen. Ha az orvos azután esetére vonatkozólag azt a választ kapja, hogy az streptococcusokkal fertőzött, nem fog hozzája nyulni, hanem kezében lesz az irányítás, hogy az ilyen beteget kórházi vagy klinikai továbbkezelésre beküldje, mert a sepsis súlyos fajtáinak gyógykezelése éppen úgy odatartozik, mint a különféle műtétes beavatkozások.

Zangemeister (Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, XIII. kötet) kísérletei alapján kiderítette, hogy a méhből vett váladék és a hüvelyváladék bacteriumtartalma között a legtöbb esetben nincs lényeges különbség s ennek alapján elégnek tartja, ha az orvos csak a hüvelyváladékból olt.

Hamm: Können wir bei der Behandlung des fieberhaften Abortes eine „bakteriologische Indikation“ anerkennen? címmel ismerteti (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 16. szám) a strassburgi klinikán végzett oltásokat. Kimutatja, hogy a lázas vetélések közül azok, melyekben manualisan kitaka-

ritották a méhüregét, többen és gyorsabban gyógyultak, mint a melyekben a pete spontán kilökődését igyekeztek előidézni. Érdekes statisztikai közlése után odakonkludál, hogy lázas abortus esetén szükségesnek tartja a méhüreg gyors kiürítését, természetesen lehetőleg kiméletesen eljárva, tekintet nélkül a bakteriologiai leletre. Még pedig elsősorban az ujjal való abortus befejezését tartja a legjobbnak s leghelyesebbnek; curettet csak szűk méhszájnal, a cervixnek Hegarokkal való feltárása után használ, de nem szívesen, mivel beismeri, hogy ha a méhüreg tartalma infectiosus, akkor a kaparás okozta friss sebzések által ez directe a véráramba kerülhet s általános fertőzést okozhat. Mindazon esetekben, a melyekben az inspectio és palpatio a fertőzésnek a méh falán túl való általános elharapódzását jelzi (parametritis, peritonitis stb.), Hamm is expectativ eljárást követ.

Holzbach (Münchener mediz. Wochenschrift, 1912, 7. sz.) szintén arról ír, hogy vajjon szabad-e a gyakorló orvosnak a lázas abortusok kezelését bakteriologiai eredmények szerint irányítani? Ezt határozottan helytelennek tartja s érvei meggyőzők. Winter-rel és Traugott-tal szemben megjegyzi ugyanis, hogy bár az is igaz lehet, hogy a mechanikai insulturnak (abortusbefejezésnek, vagyis a méhüreg kitakarításának) szerepe juthat a latens infectiónak az egész szervezetre való kiterjesztésében; azonban felette kérdéses, hogy ha hosszabb időn át ott benn bomlanak a retentiós peterészletek, nem rejtenek-e magukban nagyobb veszedelmet, mint a méhüregnek egyszeri gyors kitakarítása? Tagadja, hogy a pathogen bacteriumok idővel veszítenének virulentiájukból, sőt szerinte a szervezet veszít bactericid erejéből a retentiós csírák hatása alatt. Nagy jelentőséget tulajdonít Schottmüller újabb vizsgálatainak, de általában a kérdést csak klinikai tanulmányra alkalmasnak és a gyakorló orvos számára meg nem értetnek tekinti. S ha bármennyire sikerülne is tökéletesíteni az oltások technikáját, a nagyvárosokon kívül ennek gyakorlati keresztülvihetősége mindig akadályokba ütköznék (3—4 napot vesz igénybe).

## III.

A saját kísérleteimre rátérve, csak röviden jelzem, hogy tulajdonképpen a Winter-féle elméletnek az ellenpróbáját végeztem. Azt óhajtom kimutatni, hogy a gyakorlati életben — a minek megtestesítője a mi poliklinikai intézményünk — mennyire vihető keresztül abortus esetén az oltás; másrészt pedig láztalan esetek egy sorozatából is oltva, rájöttem, hogy mennyire kevés a különbség a lázas és láztalan abortusok bakteriologiai adatai között, azaz, hogy a láztalan, active kezelt és simán gyógyuló abortusok jelentékeny százalékában is találunk haemolytikus streptococust tiszta tenyészetben a mely körülmény az egyes szerzők által neki tulajdonított jelentőséget a lázas abortusok gyógykezelésének irányításában nagyon csökkentti. Ez annyira feltűnő, hogy egészen illusoriussá teszi indicióinknak a bakteriologiai lelettől függővé tételét, a mi különösen a kétféle statisztika egymásmellé állításakor derül ki.

A poliklinikán az alább közölt esetekben steril eprouvettában elhelyezett, a diphtheriára vizsgálathoz használatos pálczikával a hátulsó hüvelyboltozatból vettük a váladékot, mielőtt még másként hozzányultunk volna a vetelő asszonyhoz. A cső megszámozva a laboratóriumba került feldolgozás céljából. A pálczika vattás végét bouillonba helyeztük el akként, hogy a pálczika szárát a vatta felett átégettük. A mikor már 1 napig állott thermostatban a váladék, akkor került további feldolgozásra, még pedig mindegyikből 1—3 tárgylemez-készítményt kentünk fel, azután 1—1 kacsával 3 ferde agarra és két Schottmüller-féle véres agarlemezre oltottunk. A tárgylemez-készítmények mindenkor csak általános tájékozódásul szolgáltak; belőlük csak kevésbé lehet a hüvely bacteriumflorájára következtetni. A Schottmüller-féle véres agarlemez minden alkalommal külön friss vérből (2 cm<sup>3</sup> szülőszobai defibrinált köldökzsinórvér) és 3—5 cm<sup>3</sup> 42°-ra lehűtött szőlőcukros agarból lett kiöntve; mindegyikhez egy kacsnyi váladékot



téve, 24 óra multán azután ellenőriztük az oltás eredményét. Ferde agaron is sokszor jó tenyészetet kaptunk; azonban leghasználhatóbbnak a Schottmüller-féle öntött véres agarlemez bizonyult. Ezen tenyészthető a streptococcus a legjobban; ha azután kétes streptococcus-coloniát találtam, kifejezett haemolytikus udvarral, avagy közönséges streptococust, ebből oltottam bouillonba s csak 24 óra múlva csináltam tárgyalemez-készítményt, mivel a streptococcus csak ritkán tenyészik ki az agarlemezen hosszú láncokban, többnyire csak 4-6 tagú láncokban s ezért néha a differentialis diagnosis streptococcus és staphylococcus között nehéz (ugyanazt az eljárást követi K. W. Jötten [Zentralblatt für Gynäkologie, 1912, 46. szám] s mint Sachs ajánlotta methodust említi; én külföldi tanulmányutam alatt Schottmüller-nél Hamburgban tanultam, a ki erre elsősorban felhívta figyelmünket és sok szerinte téves adatot az irodalomban hasonló technikai kicsinységekre vezetett vissza). A vizsgálat eredményes befejezése a legjobb esetben is 2, esetleg 3 napot vett igénybe.

Oltottunk a következő 60 esetből:

1912. évi poliklinikai törzskönyv.

392. szám. T. A., IV-P. 8 nap óta vérzik. Abortus incompl. mens. IV-V. Hó: 37-3. Érverés 96. Magzat 18 cm. Lepény eltávolítása. A peterészek nem bűzősek. Gyógyult. Leoltás steril. — 394. sz. R. J., I-P. Szülés óta állítólag lázas. Maczerált, kora fiúmagzat segédlet nélkül szült; a poliklinikus 5 óra múlva exprimálta a lepényt. Hó: 37-8. — P. 120. A folyás nem bűzős. Parametritis lat. utr. Klinikára beszámoltva. A leoltásban streptococcus longus haemolyticus. — 401. sz. T. F.-né, IV-P. Vérzést jelentenek. Abortus incompl. mens. I-II. 37-2-96. Abortusbefejezés. A peterészek nem bűzősek. Gyógyult. Az oltásban különféle Gram-positív diplococcusok. — 404. szám. E. J., X-P. Többszörös hidegrázás, erős vérzés. Abortus incompl. m. I-II. 37-2-96. Abortusbefejezés. Doederlein-féle hüvelypálczikák. Gyógyult. — 412. sz. J. J., VI-P. Hidegrázás, erős vérzés. Abortus incompl. m. II. 36-7-104. Nagyfokú vérzés, vitalis indicióból abortusbefejezés. A peterészek nem bűzősek. Staphylococcus. Gyógyult. — 416. sz. S. J., V-P. Vérzés, a bába a lepényt nem tudja kinyomni. Abortus incompl. m. V. 36-9-120. Lepényelválasztás. Élő, 25 cm.-es leánymagzat. Staphylococcus. Gyógyult. — 434. sz. E. A., II-P. 3 napja vérzik, egyszer hidegrázás. 36-8-96. Abortus incompl. m. II. Abortusbefejezés. Staphylococcus. Gyógyult. — 440. sz. K. J., X-P. 7 napja vérzik, többször volt (4) hidegrázása. Magzat távozását nem vette észre. Abortus incompl. m. II. 37-4-108. Befejezés. A deciduacsfatok nem bűzősek. Gyógyult. Steril. — 452. sz. G. J., II-P. 5 napja vérzik, 2 nap óta többször volt hidegrázása, a magzat 4 nap előtt ment el. Abortus incompl. m. II. 37-6-100. Befejezés. Staphylococcus + streptococ. non haem. Gyógyult. — 454. sz. K. P., 7 napja vérzik, egyszer hidegrázás. Abortus incompl. m. III. 37-1-96. Befejezés. Staphylococcus + bact. coli. Gyógyult. — 460. sz. J. T., VIII-P. 1 napja vérzik, 12 cm. maczerált fiúmagzat született. Abortus incompl. m. III-IV. 37-2-100. Befejezés. Staphylococcus. Gyógyult. — 447. sz. A. S., V-P. 3 hete vérzik, erősebben egy fél napja. Abortus incompl. m. II-III. 37-3-92. Befejezés. A peterészek nem bűzősek. Steril. Gyógyult. — 448. sz. M. J., VI-P. 3 hetes vérzés. Fájasok. Abortus incipiens m. V. 37-9-92. A magzat és a lepény eltávolítása. Staphylococcus + streptococcus gyöngye haemolysissal, 24 óra múlva gyógyulás. — 466. sz. Sz. F., VIII-P. 3 napja vérzik. Abortus incompl. m. I-II. 36-8-76. Befejezés. Steril. Gyógyult. — 467. sz. Sch. F., I-P. A magzat 2 óra előtt született, azóta vérzik. Abortus incompl. m. III. 37-8-96. Befejezés. Streptococcus non haemolyticus. Gyógyult. — 478. sz. F. L., VII-P. 4 napos vérzés, mely fokozódott; abortus incompl. m. I-II. Befejezés. Bact. coli. Gyógyult. — 479. sz. L. J., V-P. 2 hidegrázás, 2 hetes vérzés. Abortus incompl. m. II-III. 37-6-96. Befejezés. Peterészek nem bűzősek. Befejezés napján délután 38-8. Következő naptól kezdve lázmentes gyógyulás. Staphylococcus + Gram-positív pálczikák. — 480. sz. Sch. A., III-P. Vérszivárgás. Abortus imminens m. I-II. 37-2-92. Therapia: expectativ. Steril. — 481. sz. B. L., II-P. Már 5 hete vérzik. Abortus imminens m. V. Cervix-hüvely-tamponade. 1½ nap múlva befejezés. 36-8-88. A magzat 24 cm. hosszú, maczerált. Steril. Gyógyult. — 486. sz. Kl. M. VI-P. 3 nap óta sok alvadt vér távozik. Abortus compl. m. I-II. 37-6-90. A méhüreg üres. Staphylococcus. Gyógyult. — 494. sz. B. J., IV-P. 1 napja vérzik, egy hidegborzongás. A magzat (14 cm.) eltávozott. Abortus incompl. m. III-IV. 37-6-96. Befejezés. Steril. Gyógyult. — 493. sz. Cs. S. XI-P. 9 hete vérzik. Hidegrázás nem volt. Grav. mens. V-VI. Abortus imminens. 37-1-92. Tamponade. A terhességet kihordta. Steril. — 1277. sz. M. S., VIII-P. 1 napja vérzik, egyszer hidegrázás. Abortus incipiens m. II. 37-0-88. Befejezés. Streptococcus haemolyticus. Gyógyult. — 1286. sz. S. A., XI-P. Vérzés, egyszer hidegrázás. Abortus incompl. m. IV-V. 36-8-90. Befejezés. Staphylococcus + streptococcus long. non haemol. Gyógyult. — 1287. sz. P. J., VIII-P. Egy napja vérzik, egyszer a hideg kirázta. Magzat távozott 1½ órával előbb. Abortus incompl. m. III-IV. 37-7-94. Befejezés. A peterészek nem bűzősek. Gyógyult. Staphylococcus. — 1292. sz. V. M., IV-P. 5 napos vérzés, ötször hidegrázás. Abortus incipiens m. II-III. 38-7-108. Cervixtágítás ujjal, a méhüreg

kiürítése. A magzat és a peterészek nem bűzősek. Sima gyermekágy. Staphylococcus és Gram-positív diplococcusok. — 1293. sz. T. P., VII-P. 1 napja vérzik. Abortus incompl. m. II. Befejezés. Staphylococcus. Gyógyult. — 1294. sz. F. F., IV-P. 1 napja vérzik, egyszer hidegrázás. Abortus incompl. m. II-III. 37-5-108. Befejezés. Gyógyult. Staphylococcus. — 1296. sz. J. E., I-P. 1 napja vérzést. Abortus imminens m. III. 37-1-88. Fekvés, nyugalom, székrendezés. Staphylococcus és streptococcus non haem. — 1299. sz. B. K., III-P. Igen erős vérzés, magzat 10 órával előbb távozott. Abortus incompl. m. II-III. 37-2-96. Befejezés. Steril. Gyógyult. — 1300. sz. M. K., IV-P. 6 órája erős vérzés. Abortus incompl. m. III-IV. 37-3-100. Befejezés. Magzat 11 cm. Streptococcus non haem. Gyógyult. — 1301. sz. J. M., IV-P. Vérzés. Abortus incompl. m. II-III. 37-3-118. Befejezés. Staphylococcus. Gyógyult. — 1303. sz. Bl. Zs., I-P., Vérzés, a 16 cm.-es magzat spontán távozott. Abortus incompl. m. IV. 36-4-96. Befejezés. Staphylococcus. Gyógyult. — 1304. sz. V. S., II-P. 20 cm.-es magzat született, vérzés. Abortus incompl. m. IV-V. 37-6-83. Befejezés. Staphylococcus. Gyógyult. — 1306. sz. H. V., II-P., Egyszer fázott. 8 napos vérzés. Abortus Incompl. m. II-III. 37-2-88. Befejezés. A peterészek nem bűzősek. Staphylococcus + streptococcus non haem. Gyógyult. — 1309. sz. O. A., I-P., 1 nap óta vérzik, a magzat 1½ napja távozott. Abortus incompl. m. II-III. 36-9-92. Befejezés. Staphylococcus + bact. coli. Gyógyult. — 1311. sz. R. H., VII-P. 1 hó óta vérzést, 1½ napja erősen. Egyszer hidegrázás. Abortus incipiens m. III. 38-1-92. A méhüreg kiürítése (a magzat 9 cm.-es leány; a peterészek nem bűzősek). Staphylococcus + streptococcus non haem. Gyógyult. — 1325. sz. Sch. J., VIII P. 5 nap óta erős vérzés. Többször fázott. Ab. incompl. m. I-II. 36-9-96. Befejezés. Gyógyult. Staphylococcus. — 1333. sz. T. Ö., I-P. Abortus incompl. m. I-II. Befejezés. Streptococcus non haem. + staphylococcus. Gyógyult. — 1334. sz. M. J., II-P. 3 hét óta vérzik. Abortus incompl. m. III-IV. 36-8-88. Befejezés. Streptococcus haemolyt. Gyógyult. — 1337. sz. Sz. E., I-P. 2 nap óta erősen vérzik, 13 cm. fiúmagzat született. Abortus incompl. m. III-IV. 36-7-108. Befejezés. Streptococcus non haem. + staphylococcus. Gyógyult. — 1321. sz. K. J., III-P. Vérzik. Abortus incompl. m. II-III. 36-9-84. Befejezés. Staphylococcus + streptococcus non haem. Gyógyult. — 1331. sz. V. G., IV-P. Vérzik 1 nap óta; 3 napon át háromszor volt hidegrázása. Abortus imminens m. II-III. Befejezés. Staphylococcus. Gyógyult. — 1330. szám. T. S., V-P. 1 nap óta vérzik. Abortus incompl. m. II-III. 37-5-88. Befejezés. Staphylococcus + Gram-negatív pálczikák (coli?). Gyógyult. — 1337. sz. Cz. G., II-P. 1 napos vérzés. Ab. incompl. m. I-II. 36-5-88. Befejezés. Streptococcus haem. Gyógyulás. — 1337. sz. Sz. J., III-P. 2 hét óta vérzik. Endometritis haemorrh. post abortum. 37-0-88. Kórházi kezelést ajánlunk. Staphylococcus. — 1340. sz. B. M., IV-P. 12 óra hosszat vérzett. Ab. incompl. m. III. 37-1-88. Befejezés. Streptococcus non haemolyticus. Gyógyult. — 1342. sz. H. P., IV-P. 2 hete vérzik. Többszöri hidegrázás. Abortus incompl. m. III. 37-1-88. Befejezés. Streptococcus haemolyticus. Gyógyult. — 1398. sz. H. K., I-P. Abortus incompl. m. III. 37-3-88. Befejezés. Staphylococcus. Gyógyult. — 1401. sz. D. J., II-P. Ab. incompl. m. I-II. 38-0-116. Befejezés. A magzatrészek nem bűzősek. Streptococcus non haem. + staphylococcus. Gyógyult. — 1343. sz. N. J., XI-P. Öt napja vérzik. Abortus incompl. m. II. 37-2-116. Befejezés. Streptococcus non haem. Gyógyulás. — 1345. sz. L. M., VIII-P. Pár órája vérzik. Hidegrázás nem volt. Abortus incompl. m. I-II. 37-0-84. Befejezés. Gyógyult. Diplococcusok (Gram-positív). — 1352. sz. T. B., IX-P. Abortus incompl. m. II. 37-2-112. Befejezés. Streptococcus haemolyticus. Gyógyult. — 1357. sz. H. J., VII-P. Két nap óta vérzik. Hidegrázása nem volt. A magzat távozását nem észlelte. Abortus incipiens m. II-III. 39-2-120. A méhüreg kitakarítása (a magzat 6 cm. hosszú, a peterészek nem bűzősek). Streptococcus non haem. + staphylococcus. Gyógyult. — 1358. sz. L. Gy., IX-P. 5 nap óta vérzik. Abortus incompl. m. II-III. 36-5-108. Befejezés. Gyógyult. Streptococcus non haem. — 1360. sz. L. R., II-P. 5 nap óta vérzik. Abortus incompl. m. II-III. 37-0-116. Befejezés. Streptococcus non haem. + Staphylococcus. Gyógyult. — 1359. sz. L. R., III-P. 5 nap óta vérzés, 1 nap óta fájasok. Abortus incompl. m. II-III. 37-0-116. Befejezés. A peterészek nem bűzősek. Gyógyult. Streptococcus haemolyticus. — 1373. sz. J. N., VIII-P. 1 nap óta vérzik, egyszeri hidegrázás. Abortus incompl. m. II-III. 38-0-108. Befejezés. Gyógyult. Steril. — 1411. sz. F. J., VIII-P. Napok óta vérzik, a magzat (16 cm. hosszú fiú) 2 órával a poliklinika kiküldése előtt született. Abortus incompl. m. IV. 36-9-88. Befejezés. Staphylococcus. Gyógyult. — 1413. sz. M. L., III-P. Egy napos vérzés, egyszeri hidegrázás. Abortus incompl. m. II-III. 36-8-92. Befejezés. Gyógyult. Staphylococcus. — 1419. sz. T. S., IV-P. Igen erős vérzés, egy nap óta. Abortus incompl. m. II-III. 36-6-80. Befejezés. Gyógyult. Staphylococcus.

A 60 átvizsgált esetben található volt:

Streptococcus haemolyticus	8
(tisza tenyészetben 7, gyöngye haemolysis + staphyl. 1)	} 24
Streptococcus non haemolyticus	
Staphylococcus	20
Bacterium coli	2
Pseudodiphtheria	1
Különféle	4
Sterilen maradt az oltás	9
Összesen	60



Jelen kísérleti eredmény annál érdekesebb, mivel statisztikailag tulajdonképpen nem áll messze a *Winter*-féle számoktól, melyeket cikkem elején közöltem. Ha ugyanis a többi, *Winter* szerint nem pathogen mikroorganizmustól eltekintünk csak a streptococcus haemolyticust vesszük tekintetbe, akkor *Winter* sepsises abortusoknak kb. 25%-ában találta őket tiszta tenyészetben, míg a fennebb közölt 60 nem lázas eset közül majdnem 14%-ban lehetett streptococcus haemolyticust kitenyészteni; ez a két szám elég közel áll egymáshoz, hogy szinte önkéntelenül felmerüljön a kérdés, hogy a haemolytikus streptococcusoknak oly nagy szerepe jut-e a sepsises abortusok létrehozásában, holott egészen láztalanul megindult, active kezelt és simán gyógyult eseteink egy ilyen sorozatának egész tekintélyes számában előfordult és mégis semmi szövődést sem okozott. Ha csak általánosságban tekintjük is az eddig elmondottakat, már akkor is a *Winter*-féle tételnek gyakorlati megvalósításakor több ellenmondásnak jutunk nyomára:

1. *Winter* csak a haemolytikus streptococust veszi számításba, minden más esetben befejezi az abortust. *Walthard-Traugott* még más csírákat is a pathogenek közé számítanak és ennek ellenére *gyógyeredményeikben a különbség nem szembeszökő.*

2. A haemolytikus tulajdonság nem mindig állandó karaktere egy streptococustörzsnek sem (mint azt *Zöppritz, Hössli, Vystavell* észleléseiből tudjuk); ennyiben tehát igaz van *Walthard*-nak és *Traugott*-nak, ha már az egyes streptococcusfajták között nem tesznek különbséget, mivel nem tudják differenciálni, melyik fajta a saprophyta és melyik pathogen?

3. Hogy is képzelem *Winter* az abortus befejezését, illetőleg befejeződését? Ha normalis lefolyású az eset, mindenestre ideális az álláspontja, mert elkerüljük a méhüreg felszabását és valamiképp kihajtjuk a petét. De ha ez a spontán befejeződés nem következik be és semmiképp el nem érhető? Akkor *Winter* szerint a) várunk, míg a folyton ismételt oltások után végre negatív eredményt kapunk a pathogen csírákat illetően; b) vagy míg a klinikai megfigyelés alapján felvehető, hogy az úgynevezett autoimmunizatio már létrejött. De kérdezem, mi történjék, ha a beteg tovább lázaskodik, a streptococcus haemolyticus nem tűnik el a lochiából és helybeli vagy általános fertőzés tünetei jelentkeznek? E kérdésre említhetem *Fromme* és *Hellendal* észleléseit. *Fromme* szerint ne hagyjunk benn semmit az uterusban, mert a róhadó peterészek állandó behatása következtében a test bactericid ereje egyre csökken és *nemcsak haemolytikus streptococcusok, hanem egyéb, különben kevésbé pathogen csírák is veszedelmessé válhatnak a szervezetre;* a várakozással mindenestre növeljük a bacteriaemia esélyeit. *Hellendal* vizsgálatai szerint protrahált abortus alkalmával egy méhüreg sem marad csíramentes; az exspectativ abortuskezelés alkalmával tehát a secundaer infectio veszélyeivel is számolnunk kell, a melynek előidézésében a kevésbé virulens csíráknak is jelentékeny szerep juthat.

Röviden összegezve tapasztalataimat, szerintem *Winter* propositiója nem fogadható el:

1. mert az oltások, illetve azok eredményei nem adnak elég pozitív útbaigazítást;

2. mivel a poliklinikai esetek legnagyobb részében, épp úgy mint a gyakorlatban, erős vérzés miatt hívnak orvost az abortushoz és így az oltáshoz szükséges 2—3 napig nem lehet várakozni; tehát nem marad más hátra, mint hogy továbbra is a klinikai képből bíráljuk el, hogy activ vagy exspectativ therapiát kövessünk-e;

3. mert socialis szempontból is a gyógyítás tartama *Winter* szerint jelentékenyen megnyúlik;

4. mert a praxisban az egész eljárás körülményes és különösen a haemolytikus streptococcus-esetek elbírálása kontroll-oltásokkal főként a szerényebb viszonyok között gyakorlatilag orvosok kezében keresztülvihetetlen.

Az abortusok kezelésének, nevezetesen a lázas abortusok befejezésének javulatát tehát tisztán a hüvelyváladékból

oltásra és az abból kapott eredményre nem alapíthatjuk. A haemolytikus streptococcus olyan, nem lázas abortus eseteiből is meglehetősen magas százalékban kitenyészhető bacteriumfajta, hogy a lázas abortusok therapiájának irányítójaul egyedül elfogadni nem lehet. Talán akkor, ha a vérben keringő bacteriumokat is kimutatjuk és *Schottmüller* anaërob kulturáit figyelembe vesszük, volna a *Winter*-féle javaslatnak némi gyakorlati értéke, de e vizsgálódások is csak klinikán vihetők keresztül. Tekintetbe kell venni természetesen itt azt a körülményt is, hogy az ilyen véroltás pozitív esetben is lehet negatív, mert sokszor csak akkor kapunk pozitív eredményt, ha a hőmérsék maximumán, vagy borzongással, esetleg hidegrázással kapcsolatosan eszközöljük a véroltást. Mindenesetre az irodalomban közölt eddigi ezirányú dolgozatok, valamint a saját tapasztalásunk sem biztatók arra nézve, hogy a saprikus és sepsises abortusoknak bakteriologiai alapon való megkülönböztetése olyan éles határértékeket adjon, hogy eddigi abortustherapiánk megváltoztatása vele megokolható lenne.

## A félkörös ívjáratok egyensúlyozó szerepéről.

Irta: *Rejtő Sándor* dr., fülorvos.

### I. A nystagmus irányáról.

A nystagmus vagy szemtekerezgés két ellenkező irányú szemtekemozgatásból áll, a melyek lehetnek egyenlő gyorsaságúak is, de legtöbbször különbözők: az egyik lassú elmozdulás, a másik gyors visszaugrás.

Egyenlő gyorsaságú eltéréseket veleszületett nystagmus eseteiben látunk; minden más nystagmus esetén, tehát a labyrinthusból eredőn is, a melyről az alábbiakban szó lesz, egy lassú és egy gyors componenst különböztetünk meg.

Ha a két componens egyenlő erősségű, akkor szóba sem jöhet a nystagmus iránya, mert éppen úgy ver az balra mint jobbra, fel- vagy lefelé. Különböző gyorsaságú componensek esetén sem beszélhetünk tulajdonképpen a nystagmus irányáról, mert a nystagmus lényege szemtekerezgést, vagyis két ellenkező irányú szemmozgást tételez fel. A labyrinthus ingerlésekor azonban úgy találjuk, hogy egyes ingereknél jobbra, másoknál pedig balra ver a nystagmus gyors componense, vagyis hogy a labyrinthusinger és a nystagmus componenseinek iránya között szoros összefüggés van és ezen az alapon beszélünk a nystagmus irányáról, a melyet eddig általában tisztán gyakorlati okból a szembetünőbb gyors componens szerint nevezünk el. Vagyis „nystagmus balra“ az általános elnevezési mód szerint azt jelenti, hogy valamely labyrinthusinger olyan szemtekerezgést okozott, a melynek gyors componense balfelé irányul.

Ezen elnevezés-mód csak úgy lehet helyes, ha felteszünk, hogy a nystagmusnak úgy a gyors, mint a lassú componense a labyrinthus izgalmától ered és így teljesen tőlem függ, illetőleg a conventio dolga, hogy melyik componens irányát akarom mintegy pars pro toto használni a nystagmus irányának jelölésére. A gyors componens pedig kétségen kívül a szembeötölőbb jelenség.

Első pillanatra teljesen megfelelőnek találhatjuk ezen elnevezés-módot, mert ha kimondjuk például a caloriás nystagmus törvényét: hogy a labyrinthus vízszintes ívjáratát hidegingerre ellenkező oldali, melegingerre pedig ugyanazon oldali horizontalis nystagmust okoz, ez könnyen érthető és észlelhető összefüggést fejez ki.

A mikor azonban ezen conventiós elnevezés-módot alapul akarjuk felhasználni a labyrinthus-izgalmak megmagyarázására, nehézségekbe ütközünk.

A labyrinthus különféle ingerlésére az egy síkban előálló nystagmusok egymástól — csekély intenzitási különbségen kívül — csakis az irányukban különböznek, vagyis a nystagmus componenseinek iránya a nystagmusnak jellemző, lényeges tulajdonsága, a mely egyetlen alapja a nystagmus eredését illető mindenféle következtetésnek.



Már ennek alapján is valószínűtlen, hogy a nystagmusnak mindkét irányú componense egyenlőképpen labirinthae eredetű volna, illetőleg hogy teljesen a conventio dolga volna eldönteni, vajjon a gyors vagy a lassú componens tartozik-e a nystagmus-, mondjuk inkább a labirinthuszizgalom okozta szemtekeeltérés lényegéhez.

És csakugyan *Bárány*<sup>2</sup> kimutatta, hogy csakis a lassú szemteke-elhúzóadás származik a labirinthus ingerlésétől, vagyis tulajdonképpen nem is szabad labirinthusinger okozta nystagmusról beszélnünk, hanem azt kellene mondanunk, hogy a labirinthus bizonyos ingerlésére a szemtekének bizonyos irányú lassú eltérése áll elő, a mint ezt narkotizált egyéneken látjuk.

Minthogy azonban éber állapotban a szemteke lassú elmozdulásához mindig hozzájárul a minden valószínűség szerint peripheriás eredésű gyors componens is, ezért a labirinthus-inger eredményeképpen nystagmusról is szólhatunk. Ez esetben azonban mindig szem előtt kell tartanunk, hogy csakis a lassú componens ered a labirinthusból és így a nystagmusnak mint labirinthus-reactionnak irányát csakis ezen lassú componens irányával jelezhetem.

Az általánosan használt, a gyors componens iránya után való elnevezés, a melyet *Bárány* említettem felfedezése után már nem tarthatunk logikusnak, mindaddig nem okoz zavart, a míg a jelenségek ismertetését, leírását szolgálja. A mint azonban ennek alapján a labirinthus izgatására előálló egyéb jelenségeket a nystagmussal összehasonlítjuk, vagy pedig a jelenségek magyarázását kíséreljük meg: ellentmondásokra akadunk.

Az első ellentmondást akkor találtam, a mikor *Bárány*-nak a labirinthuszizgatás után előálló úgynevezett reakciós eltérések irányának törvényét olvastam.

Ő ugyanis megállapította, hogy ezek a szemizomeltérésekkel teljesen párhuzamosan beálló jelenségek, a melyek a *Vorbeizeigen* módszerével a test minden izomcsoportján tanulmányozhatók, mindig ellenkező irányúak, mint a nystagmus.

Ha ezek az úgynevezett reakciós eltérések a nystagmus-sal párhuzamosan jelentkező tünetek, a melyek éppen úgy, mint a nystagmus, a labirinthus izgatására előálló izomerő-egyensúly zavarát jelzik, hogyan lehetnek akkor azzal ellenkező irányúak? Miért tér el valamely labirinthus-inger okozta egyensúly-zavarra a szemem például balra, a karom és lábam meg ugyanakkor jobbra?

Rögtön megszűnik ez az ellentmondás, ha a nystagmus irányát ennek a labirinthusból eredő lassú componense után jelzem, a mint azt *Högyes* tanár is tette. Akkor kimondhatjuk, hogy a labirinthus izgatására előálló izomerő-egyensúly-eltérések, akár a szemizmokon (nystagmus), akár más izomcsoporton vizsgáljuk azokat (reakciós eltérések), mindig azonos irányúak.

Ezek alapján már tavaly ajánlottam a Budapesti Kir. Orvosegyesületben,<sup>11</sup> hogy térjünk vissza a *Högyes* tanár ajánlotta egyedül helyes elnevezés-móddhoz. Ujabban *Ruttin*<sup>18</sup> könyvében is olvasom, hogy sokkal logikusabbnak tartja a lassú componens szerint elnevezni a nystagmus irányát.

*Bárány* magántanárral is beszéltem e tárgyról, ő azonban attól fél, hogy a már szokásjogot nyert elnevezés-módtól eltérve, a labirinthus-reactionok amúgy is bonyolódott irányjelzéseit végképpen összekuszáljuk.

Mégis megkíséreltem a labirinthusra vonatkozó physiologiai és pathologiai ismereteinket ezen alapon összefoglalni és úgy találtam, hogy ezáltal csak egyszerűbbek és világosabbak lesznek ismereteink. Azt hiszem, hogy éppen a szokásos logikaellenes irányjelzés az oka annak, hogy a labirinthus izgatására előálló jelenségek irányjelzése olyan könnyen összetéveszthető. De tovább megyek.

Ezen irányjelzés-mód alapján kezdett physiologiai magyarázatok sok félreértésnek és téves elméletnek okai és örökös hibaforrások lesznek.

Mert ha én valamely labirinthus-megbetegedés esetében azt találom, hogy „nystagmus van az ép oldal felé“ (a gyors componens irány szerint), a mikor helyesen azt kellene mon-

danom, hogy „nystagmus van a beteg oldal felé“ (a lassú componens alapján) és e lelet alapján a nystagmus létrejövését keresem, egészen más összeköttetéseket és kapcsolásokat kell feltételeznem az első esetben, mint a másodikban.

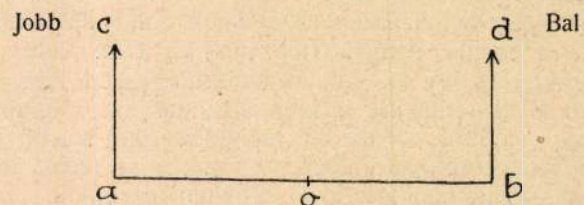
Azt kívánni pedig, hogy a jelenlegi elnevezés-módot megtartva, mindig az ellenkezőjét értsem alatta, vagyis valamely labirinthus izgatásának eredményét „nystagmus balra“ val jelezvén, ezalatt mindig „labirinthae eltérést jobbra“ értek: ha nem is tartom lehetetlennek, de világosnak és érthetőnek sem.

Látjuk tehát, hogy a labirinthus izgatására előálló nystagmus iránya annak lényeges tulajdonsága, a melyet logikusan nem lehet czélszerűségi nézőpontból elnevezni, hanem a valóban labirinthae eredetű lassú componens alapján kell jelezniük.

További következtéseimben a labirinthus izgatására előálló izomerő-egyensúly-zavarokról szólva, a nystagmust mindig a lassú componens irányával jelzem.

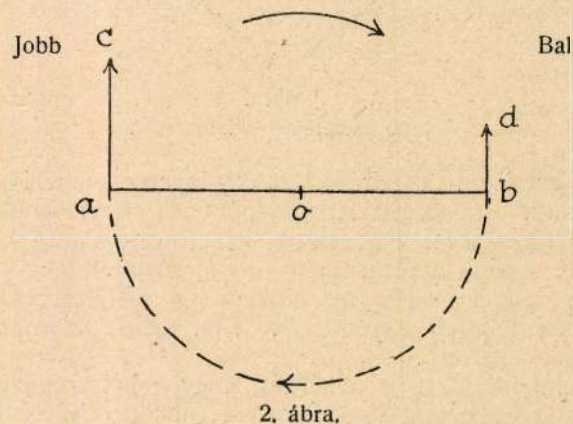
## II. A labirinthus egyensúlyozó ingereinek statikája és ezek graphikai érzéktése a szemizmokon.

A statika törvényei szerint, ha egy tengelynek két végpontjára ugyanazon irányú és egyenlő nagyságú erők hatnak, ha a forgáspont a tengely középpontjába esik, vagyis a karok egyenlők és így a forgatási nyomatékok is egyenlők lesznek: egyensúly áll elő. Legyen például *ac* erő egyenlő *bd*-vel (l. az 1. ábrát), *o* forgáspont pedig *ab* tengely középpontjában, akkor egyenlő forgatási nyomaték mellett *ab* tengely egyensúlyban lesz.



1. és 4. ábra.

Ha a két erő nagysága különböző, akkor az egyensúly megdől, mert a nagyobbik erő forgatási nyomatékának különbségével elfordítja az *ab* tengelyt. A forgásirány természetesen más lesz a tengely felett ábrázolt térben és más az alatta lévőben, mert például az óramutató irányával egyező forgáskor a felső részen balról jobbra, az alsón jobbról balra történik a forgás. Tegyük fel például, hogy *bd* erő félakkora, mint *ac* (l. a 2. ábrát.)



2. ábra.

Ez esetben *ac* forgató erő forgatási nyomatékának többletelével az óramutató irányával azonos irányban forgatja *ab* tengelyt, a mely forgás attól függően, hogy melyik phasisában vizsgáljuk, balról jobbra, illetőleg jobbról balra tart.

A labirinthus ingereinek ábrázolásakor egyszerűség kedvéért csakis egy síkban történő jelenségeket érzékíték, vagyis csakis egy ívjárat-pár ingereit rajzolom. Ámbár az emberi test izomzatának nyugalmi tonusa, illetőleg az agonista és ant-



agonista izomcsoportok egyenlő erősségű beidegzése — a mit röviden izomerő-egyensúlynak nevezek — a test bármely izomcsoportján tanulmányozható: legvilágosabban a szemteke mozgató izmain figyelhetjük meg ennek viszonyait és éppen ezért ezt kísérlelem meg lerajzolni.

Nyugalmi helyzetben a két szemteke, ha alkalmazkodás nélkül tekintünk előre (például átlátszatlan szemüvegbe meredve), akkor a szemteke egyensúlyban és pedig középállásban lesz, mert éppen olyan erős a felfelé mozgató izmok beidegzése, mint a lefelé mozgatóké, a befelé húzóké, mint a kifelé mozgatóké stb. Ezen egyenlő erősségű beidegzésnek egyik alkotórésze a labirintusból eredő tonus és így a labirintus-ingerület is tanulmányozható a szemizmokon.

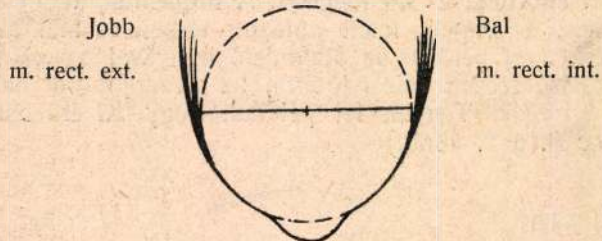
Högyes<sup>5</sup> tanár fedezte fel vizsgálatai alapján a szemmozgató apparatus és a félkörös ívjáratok között található összefüggést, a mit 1884-ben így ír le:

„A szemmozgások associatiója azáltal jön létre, hogy mindenik hártás labirintusból részben ugyanazon oldalon, részben kereszteződve mindenik szemhez reflex-idegpályák vezetnek, melyek ha mind a két peripheriás végen egyenletes izgalomban vannak, a két szemben egy labilis bilaterális nyugalmi állapotot gerjesztenek, mihelyt pedig egyik vagy másik részük izgalma fokozódik, vagy csökken, azonnal bilaterális (associált) szemmozgás keletkezik, még pedig, a mint következtetni lehet, a különböző labirintusbéli részek izgalma különböző.“

A szemmozgások közül a szemteke oldalt vagy medial felé fordulását választom, még pedig több okból.

Ezen mozgás a horizontális síkban történik, tehát a horizontális ívjáratokkal függ össze, a melyek emberen igen könnyen ingerelhetők. Ezen mozgáshoz csakis két izom szükséges, a m. rectus medialis (internus) és a m. rectus lateralis (externus) és így az erők ábrázolása egyszerű lesz. Összehasonlító állatkísérletekre is igen alkalmas ezen szemmozgás, mert míg a többi szemizom tapadása több-kisebb eltérést mutat állatszemeken az emberi szemtől, a m. rectus medialis és lateralis anatómiai viszonyai csaknem egyenlők.

Mint hogy a szem tengelyének forgáspontja, mondhatjuk, hogy a horizontális sík közepébe esik, labilis egyensúly esetén középállásban igen könnyen ábrázolhatom a két m. rectus szerepét például a jobb szemben (l. a 3. ábrát).



3. ábra.

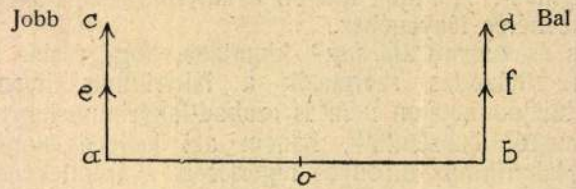
A jobb szemteke vázlatos rajza.

A két izom összehúzódása egy bizonyos felfelé ható erőt jelent (mert arra van fix tapadás-pontjuk), vagyis az anatómiai részek elhagyásával a következő képet nyerem (l. a 4. ábrát): a hol *ab* a jobb szem tengelye, *o* a forgáspont, *ac* a m. rectus externus összehúzódásának erőképe, a melylyel egyensúlyi helyzetben teljesen egyenlő *bd* a m. rectus internus összehúzódását jelző erő.

Felmerül most az a kérdés, hogy a két szemizom normális egyensúly-tonusát jelképező *ac*, illetőleg *bd* erőket szabad-e a labirintus horizontális ívjáratából kiinduló reflexeknek tekintenem?

Az ember izomtonusa több componens eredménye, a melyek egyik része a külső ingerek öntudatos felfogása alapján jön létre — cortex-tonus; a másik része pedig a külső ingereknek a szervezet számára történő öntudat nélküli feldolgozásából ered s ezek közé tartozik a labirintus ingere is. Szóval *ac*, illetőleg *bd* erők több componensből állanak. Mi az egyszerűség kedvéért bontsuk ezeket két részre és

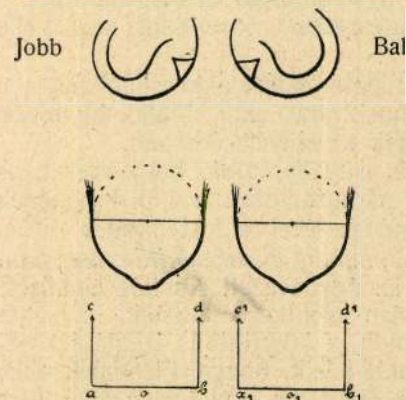
mondjuk ki, hogy *ac*, illetőleg *bd* képviseljék az izomtonus minden componensét a labirintus-componensen kívül (cortex-inger, bőrérzés, izomérzés, ízületérzés stb.), míg *ce*, illetőleg *df* a labirintus componensét (l. az 5. ábrát).



5. ábra.

Az alábbiakban azonban, minthogy az ezen ábrán jelzett *ae*, illetőleg *bf* erőket állandóan változtatni kell feltételeznünk, az egyszerűség kedvéért elhagyjuk és csakis az előbbi ábrán feltüntetett *ac*, illetőleg *bd* erőkkel dolgozunk, melyek ezentúl a labirintustonust jelképezik.

Högyes<sup>5</sup> fent idézett szavaiból, úgyszintén a klinikai megfigyelésekből biztosan tudjuk, hogy a labirintus ingerei részben ugyanazon oldalon maradnak, részben kereszteződnek, azért a *ce*, illetőleg *df* erőkre nézve ki kell mutatnunk, hogy vajjon melyik oldali horizontális ívjáratból erednek. De ki kell ezt mutatnunk a bal szem hasonló izmaira is, vagyis a labirintus-ingererek eredetét is érzékítenem kell, hogy az ingerváltozásokkal beálló egyensúly-eltéréseket tanulmányozhassuk.



6. ábra.

Hogy ezt világosan láthassuk, a következő ábrába rajzoljuk majd be ezen összeköttetéseket (l. a 6. ábrát).

(Folytatása következik.)

Közlemény a székesfővárosi Telepy-utcai kórházának XIII. belgyógyászati osztályáról. (Főorvos: Kovács József dr., egy. magántanár.)

### Paratyphus-sepsis.

Irta: Kaufmann Pál dr., alorvos.\*

A paratyphus csak pár év óta került érdeklődésünk tengelyébe. Mindössze 16 éve, hogy Achard és Bensaude a paratyphust, mint sui generis megbetegedést leírta s e 16 év alatt nézeteink a betegségről nagyot változtak. A kérdés jelentősége kiviláglik abból, hogy Huebener, a ki monographiát írt e betegségről, azt állítja, hogy a paratyphusbacillus előfordulása az emberen és állaton kívül a természetben épp oly gyakori, mint a streptococcusé. A legutolsó években a németországi typhusjárványok alkalmával az esetek jelentékeny százalékában sikerült paratyphusbacillust kimutatni és ha a nálunk előforduló járványok idején rendszeres bakteriologiai vizsgálatokat végeznénk, azt hiszem, ugyanilyen eredményre jutnánk. Tehát a megbetegedést egyáltalán nem ritka, csak bakteriologiai vizsgálattal nélkül nem diagnoskálható biztossággal; hogy nem ritka, bizonyítják a tömeges húsmérgezések alkalmával vég-

\* A kulturákat bemutatta a Közkórházi Orvostársulat 1912 november 13-i ülésén.



zett vizsgálatok, melyekből kitűnt, hogy a mit mi régen intoxicációnak tartottunk, az legtöbbször paratyphusbacillus által okozott septicaemia.

Egy ilyen esetről óhajtok beszámolni; az eset érdekességét fokozza, hogy paratyphusbacilluson kívül pneumococcus is sikerült a beteg véréből kitenyészteni. A vegyes fertőzés a beteg régi szívbaját lánggra lobbantotta, sepsises endocarditist hozva létre és ez a beteg halálát okozta. A bonczolás lelete is igen érdekes, annyival inkább, mivel paratyphus-esetek sectiója igen kis számmal van leírva az irodalomban, a rendszerint enyhe lefolyás miatt.

A 49 éves férfibeteg súlyos sepsis tünetei közt szállítottatott be 1912 július 22.-én az osztályra. Hozzá tartozói előadják, hogy 4 nap előtt betegedett meg hányással, hasmenéssel és hidegrázással váltakozó nagy lázak kíséretében; a hidegrázás naponta ismétlődött, a feje és a dereka fájt.

Felvételekor a beteg igen elesett volt, hőmérséke  $39.4^{\circ}$ , pulsusa 76. A nyelv bevont, a has kissé meteorismusos, a lép valamivel nagyobb. A tüdők felett diffus hurut jelei, a szívcsúcslökés kihelyezett, a szívtompulat balfelé megnagyobbodott, az aorta felett systolés zörej, tiszta diastolés hang, a zörej gyengébben a többi szájadék felett is hallható. Diagnózisunk régi aortastenosis mellett sepsis, illetve typhus abdominalis volt. A megejtett serológiai vizsgálat szerint azonban a beteg vérsavója 1:50 higításban typhusbacillust nem agglutinált. Szükségesnek látszott a bakteriológiai vérvizsgálat végzése. Úgy, hogy az osztályon minden lázas betegen végezzük,  $2\text{ cm}^3$  vért bouillonba és ugyanannyit epébe felfogtunk,  $3-4\text{ cm}^3$  vérral pedig agarlemezt öntöttünk.

A betegből e vérvizsgálat eredményeként kétféle bacteriumfajtát tenyésztettünk ki. Azok egyikéről rövid vizsgálat után kitűnt, hogy Gram-positív, tokkal bíró diplococcusok: *Fraenkel*-féle pneumococcusok. A másik többszörös átoltság után bacillusnak bizonyult, mely nagyjából a typhus-colicsoportba tartozó bacillusokhoz hasonlított, úgy morfológiai tekintetben, mint agar-agon való viselkedését illetőleg. Ugyanis a cultura agaron fehéres-szürke, fodrozott szélű. Szőlőcukros agaron és cukros bouillonban gázképződést mutat, függő cseppben vizsgálva a pálczikák igen élénken mozognak. A mozgás inkább csapkodó jellegű és nem kígyózó, mint a typhusé és annál sokkal élénkebb; typhusos vérsavóval hozva össze, e mozgás nem változik. Conrad-Drigalsky-táptalajon két telepek nőttek, Endo-féle fuchsinos táptalajon vörös telepek.

Jellemző volt a cultura viselkedése a *Rothberger*-féle neutralvörös táptalajon és a lakmusz-savóban. (Demonstrálás.) Utóbbiban a táptalaj kék színe csak 10 nap múlva jött létre. 24 óra múlva az oltás után a táptalaj megveresedett. Ugyanígy viselkedik a typhus és coli is; azonban, míg ezek a vörös színt napok múlva is megtartják, addig az itt kitenyészett bacteriumok pár nap múlva a táptalajt kékíteni kezdték a keletkezett alkali által, úgy hogy az 10 nap alatt erősen kék lett.

Neutralvörösön erjedés folytán gázképződés állott be s ez a táptalajt szétvetette, azonfelül elszíntelenítette, illetve fluoreskálóvá tette. Tejben, eltérőleg a colitól, alvadást nem hozott létre, ellenben az alkali által a tejet sárgás áttetszővé tette. Peptonvizes és kaliumnitrites táptalajban indolt nem fejlesztett.

Összegezve a bacillusnak culturalis viselkedését, azt csak paratyphusnak tarthattuk. Hátra volt azonban, hogy ezt állatba való oltással igazoljuk. Tengeri malaczba és egerbe oltottunk, mely utóbbi különösen érzékeny a paratyphus iránt. A malacznak  $\frac{1}{2}$ , az egernek  $\frac{1}{4}$  normalkacsnyi, fiziologiás konyhasóoldatban suspendált culturát injiciáltunk intraperitonealisán, a kontrollállatnak pedig fiziologiás steril konyhasóoldatot. Az eger 2-szer 24 óra, a malacz 4 nap múlva hullott el, a kontrollállatok életben maradtak. Valamennyi állatot felbonczoltuk s a kontrollállatokban semmi elváltozást sem találtunk és szerveikből sem tenyésztett ki semmi. Az inficiált állatok beleit puffadtak, a lépét duzzadtak találtuk. Különös tekintettel voltunk az állatok endocardiumára és beleire, azonban durvább anatómiai elváltozást nem találtunk. Ellenben az állatok

véreből, lépéből, endocardiumából és beleiből ugyanolyan morfológiai és culturalis viselkedésű bacillust sikerült kitenyészteni, mint a beteg véréből.

A beteg 12 napig volt észlelésünk alatt. Az észlelés folyamán vérzések álltak be a conjunctiván, a bőrön. Hőmenete rendetlen, remittáló jellegű volt,  $40.2^{\circ}$ -os maximális és  $36.2^{\circ}$  minimális hőmérsékkel. A tüdőben a hurutos tünetek fokozódtak és jobboldalt az interscapularis tájon gyerekenyéri tompulat fejlődött, ennek megfelelően a légzés hörgi jellegű és crepitatiótól kísért. Következő napon a köpet sanguinolens. Pár nap múlva e körülírt bronchopneumoniás gócz tünetei visszafejlődtek. A betegnek olykor borzongása volt, különösen a délutáni órákban. A másodnaponként intravenásan alkalmazott collargoltherapiától nem sok eredményt láttunk s a beteg észlelésünk 12., a megbetegedésnek 16. napján meghalt. Itt közöljük a bonczolás jegyzőkönyvét; a bonczolást *Entz* magántanár volt szíves végezni. „*Endocarditis diphtherica recurrens valvularum semilunarium aortae cum petrificatione earum. Endocarditis chronica fibrosa valvularum earumdem cum stenosi ostii arteriosi sinistri majoris gradus* (csak az olló gombját bocsájtotta át). *Endocarditis parietalis fibrosa ventriculi cordis sinistri. Hypertrophia ventriculi cordis sinistri mediocr. gradus. Infarctus haemorrhagicus parv. lienis. Abscessus parvuli per renum. Catarrhus bronchialis diffusus. Ulcera duo ligamenti vocalis spurii lateris utriusque. Ulcera parv. tria coli ascendentes superficialis. Arteriosclerosis in vestigiis. Intumescencia lienis. Oedema pulmonum. Synechia pulmonis sin.*“

A mi legfontosabb e jegyzőkönyvben az endocarditis diphtherica recurrensen kívül, az a colon ascendensben talált három kis felületes fekély. Kórbonczolástani tapasztalat szerint a typhusos fekélyek a rectumtól a coecumig sokkal ritkábbak, mint a bél felső részletében; ellenben irodalmi adatokból és a mi esetünkben következtetve hangsúlyozni kívánom éppen azt, hogy a paratyphus-fekélyek kisebb számmal és inkább a bél alsó részletében fordulnak elő. Ezt leszámítva, a lelet nagyjából megegyezik a typhus-sectio leletével. Azonban a szervekből — lép, endocardium, a fekélyek helye — végzett oltásokból szintén paratyphus-bacillus tenyésztett ki. Különösen érdekesnek tartottam az endocarditis diphtherica helyéről kitenyészett mikrobákkal alaposabban foglalkozni. Kitűnt, hogy a hullában mindig jelenlevő streptococcus viridanson kívül — mely a táptalajt pár nap alatt megzöldítette és állatba oltva, arra nézve nem mutatkozott pathogennek, a mi megegyezik *Schottmüller* adataival — paratyphus tenyésztett ki a friss elváltozások helyéről. Tehát hangsúlyozhatom a másik fontos tény, hogy, a mint azt *Ed. Kaufmann* állítja, a paratyphus csakugyan tud endocarditist létrehozni.

Úgy az élő véreből, valamint az állatkísérletekből és a hulla szerveiből kitenyészett bacteriumokkal agglutinációs próbákat végeztünk. Mivel friss paratyphusos vérsavó nem állott rendelkezésünkre, a Merck-gyár által forgalomba hozott *Jakobsthal*-féle serumpapírokkal végeztem a kísérleteket. Míg a typhusos serumpapírok a bacillusokat nem agglutinálták, addig a paratyphusos papírokkal dolgozva, 1:200 higításban agglutinatio jött létre.

Ily módon a betegség természete tisztázva lett volna, de nem kaptunk semmi támpontot a fertőzés módjára és idejére nézve, bár kérdezősködtünk a beteg hozzátartozóitól. Tudjuk, hogy a legtöbb paratyphusfertőzés tápszer útján történik. *Uhlenhuth* és *Hübener* vizsgálatai szerint az egészséges állatból kikerült kolbász- és húsfélékből is a legtöbb esetben paratyphusbacillus tenyészthető ki. Vizont *Mühlens* és *Dahm*, továbbá *Rimpau* kimutatta, hogy Németországban, a hol évenként több százra rúg a húsmérgezetek száma és a mortalitas körülbelül egy tucsat, az eseteknek  $60\%$ -ában paratyphust,  $40\%$ -ában pedig bacillus enteritidis Gärtneri-t sikerült kitenyészteni. Más szerzők azonban a legkülönbélebb betegségekben szenvedők székletéből és vizeletéből tenyésztettek ki paratyphust. Így, hogy csak néhányat említsek, a mi esetünkhöz hasonló *Babes* esete, a ki pneumoniás véreből pneumococcut, paratyphust és streptococcut tenyésztett ki. *Eckersdorff*, a ki e kérdésnek ki-



váló ismerője, cholelithiasishan szenvedő székletében szinte tiszta kulturában találta. *Sanarelli* sárgaláz eseteiben az általa bacillus icteroidesnek elnevezett mikrobát fedezte fel, melyről *Reed* és *Canol* mutatta ki, hogy azonos a paratyphus  $\beta$ -val. *Shihayama* otitis mediából, *Owada* pyothoraxból, *Lesné Dreyfuss* pedig bubóból tenyésztett ki paratyphust. Tehát mondhatjuk, hogy accidentalisan avagy természetszerűleg, épp úgy, mint a coli, az emberek béltractusában tenyészhet a nélkül, hogy megbetegedést okozna. És mondhatjuk azt is, hogy az ember paratyphussal fertőzött tápszert ehetik a nélkül, hogy megbetegedne, vagyis, hogy mint más mikrobánál, itt is sokkal gyakoribb az invasio, mint a megbetegedés. Más factorok is szükségesek tehát ahhoz, hogy az ember a fertőzés iránt fogékony legyen. Ezen factorokról közelebbit nem tudunk. Bizonyos csak az, hogy mindazon bacteriumok, melyeket különféle állati megbetegedésekben kitenyésztettek és e csoporthoz tartozónak identifikáltak, úgy morphologiai, valamint kulturalis és biologiai viselkedésüket illetőleg semmiben sem különböznek az emberi paratyphustól. Így *Löffler* a „Mäusetyphus“ kórokozójáról mutatta ki, hogy az paratyphus. Disznóvész eseteiben a *Salmon* és *Smith* által felfedezett hogcholera-bacillusról és a papagályok psittacosisáról *Xylander* és *Bohts*, *Uhlenhuth* és *Hübener* bizonyította be ugyanezt. Viszont *Kolle* és *Hetsch*, *Eckersdorff* és *Hübener* kísérletei bebizonyították, hogy e különféle betegségek bacillusai másik állatfajtában és az emberben is kórokozók lehetnek, azaz, hogy e tekintetben is egységes bacteriumfajt képviselnek.

A megbetegedésnek magának a képe azonban nem ily egységes. *Rolly* a Münchener med. Wochenschrift 1911. évfolyamában megkülönböztet egy typhusos formát, midőn a bacillusok a vérben keringenek, és egy toxikus formát, midőn csak toxinjaik szivódnak fel a bélből. Ugy látszik ezen felvétel jogosult, legalább is a húsmérgezési esetek és a mi észlelésünk e dualismusos felfogás mellett szólnak. *Rolly* 53 esetet észlelt, melyek mindenképpen agglutinációs próbát végzett pozitív eredménnyel. A tüneteket azonosnak mondja a typhus tünetivel, ellenben a kevés sectióra került esetre vonatkozólag hangsúlyozza az erős hyperaemiát, a vérzéseket és azt, hogy a fekélyek távol a lymphás apparatustól keletkeznek és inkább a bél alsó részletében vannak. Gyakorinak mondja a fekélyképződést a tonsillán.

Klinice ugyancsak a typhushoz hasonlónak mondja *Bainbridge*, a ki a Lancetben írt a mult évben e kérdéstről hosszabb tanulmányt. *Bainbridge* szerint a paratyphus  $\alpha$  és  $\beta$  által okozott megbetegedések teljesen egyformák, legfeljebb annyit lehetne mondani, hogy a  $\beta$  inkább chronikus, az  $\alpha$  inkább acut megbetegedéseket okoz. Az incubatiót 15 nappal teszi s a lefolyást könnyű typhus lefolyásához hasonlónak mondja. A láz lépcsőzetes, maximuma az 5—7. napon van és aztán lytice leszáll a könnyebb esetekben, a súlyosokban 4—7 héttig is eltart. A pulsus szapora, ellentétben az enyhe typhussal és e szaporaság itt nem jelent veszedelmet, mint a typhusban. Szabály szerinte a székrekedés (?). A kiütés purpurához vagy morbillihez hasonló, az intestinalis vérzés ritka, az átfúródás még ritkább, de az ő indiai eseteiben mégis 2% volt a mortalitás.

Tehát mindenesetre, bár normalisan enyhe a lefolyás, vannak súlyosabb esetek is. Súlyos az eset különösen, ha, mint a mi esetünkben, vegyes fertőzésről van szó. Hogy itt melyik volt az eredeti infectio, vagy hogy egyszerre történt-e mindkét fertőzés, azt eldönteni nem lehet. Mindenesetre a szemünk előtt kifejlődött és lefolyt bronchopneumonia a mellett szól, hogy a pneumococcus-infectio társult a paratyphus-fertőzéshez s ez aztán elég volt ahhoz, hogy a beteg csökken ellenállását legyőzze és halálát okozza.

**Irodalom.** *Achard et Bensaude*: Compt. rend. soc. biol., 1896. — *Achard et Bensaude*: Soc. méd. des Hop. de Paris, 27 nov., 1906. — *Bainbridge*: Lancet, 1912, march 23. — *Brion und Kayser*: München. med. W., 1912, 15. sz. és 1906, 17. szám. — *Conradi, Drigalsky und Jürgens*: Zschr. für Hyg., 1902, 42. köt. — *Fischer*: Zur Epidemiologie des Parat. Festschr. f. R. Koch. Jena, G. Fischer, 1903. — *Fromme*: Ätiologie des Typhus u. Parat. Ergebn. d. allg. Path. von Lubarsch u. Ostertag, 1909. — *Hetsch*: Cholera-verdächtige Brechdurchfallkr. Klin.

Jahrb., 1906. — *Hübener*: Fleischvergiftungen u. Paratyphus. Jena, G. Fischer, 1910. — *Kayser*: Münch. med. Wochenschr., 1912, 40. és 41. sz. — *Kolle*: Über Paratyphus etc. Zeitschr. f. Hygiene, 1906, 52. köt. — *Kolle und Hetsch*: Die experimentelle Bakteriologie, III. kiadás. Urban u. Schwarzenberg, 1911. — *Kurth*: Deutsche med. Wochenschr., 1901, 30—31. sz. — *Kutscher*: Fleischvergiftungsepid. Zeitschrift für Hygiene, 1906, 55. köt. — *Kutscher u. Meinicke*: Vergleichende Untersuchungen über Paratyphus, Enteritis u. Mäusetyphusbakterien etc. Zeitschr. f. Hyg., 1906, 82. köt. — *Lentz*: Beiträge zur Differentialdiagnose des Parat. Zentralblatt f. Bakt., 36. köt. — *Löffler*: Zentralblatt f. Bakt., 1892, 93. — *Rolly*: Münch. med. Wochenschr., 1911. — *Schmidt P.*: Ibidem. — *Schottmüller*: Zeitschr. für Hygiene, 1901, 35. kötet. — *Uhlenhuth*: v. Leuthold Gedenkschrift, 1. köt. Berlin, Hirschwald, 1906. — *Uhlenhuth und Hübener*: Med. Klinik, 1908, 48. sz. — *Wachholz*: Ibidem.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Prof. A. Biedl: Innere Sekretion. Ihre physiologischen Grundlagen und ihre Bedeutung für die Pathologie.** Zweite, neubearbeitete Auflage. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg.

A belső secretio tana ma az érdeklődés középpontjában van. Talán csak a bakteriológiával foglalkoztak rövid idő alatt annyit, mint a belső secretio vizsgálatával. De nem is csoda, mert az e téren végzett vizsgálódások már eddig is oly eredményeket hoztak felszínre, a melyeknek messzire kiható jelentőségük van kórtani ismereteink fejlődésére s a gyakorlati orvostan is úgy a diagnostika, mint a therapia terén lényegesen gyarapodott a belső secretióra vonatkozólag végzett kutatások révén. Pedig e vizsgálódásoknak úgyszólván még csak a kezdetén vagyunk. A fejlődés azonban oly rohamos, hogy nem lehetetlen, hogy már a közel jövőben nem egy oly kóros folyamatot fogunk a belső secretiók megváltozott voltával magyarázhatni, a melynek nyitját eddig egészen másutt kerestük. Minden valamire való orvosnak ismernie kellene ma már a belső secretio tanának főbb elveit s azért nagyon hasznos munkát végezne az, a ki ezeket röviden, könnyen érthető formában összeállítaná. Az előttünk fekvő munka azonban nem felel meg ennek a czélnek; túlságos terjedelme és minden legkisebb részletre kiterjedése miatt inkább csak az idevonatkozó kérdésekkel behatóbban foglalkozni óhajtók számára való. Ezeknek azonban kétségtelenül kitünő szolgálatot tesz s minden tekintetben megbízható forrásmunkának tekinthető, annyival inkább, mert szerzője maga is egyik elsőrangú kutatója a belső secretio tanának.

A munkának e második kiadása két kötetre osztva jelenik meg. Az eddig megjelent első kötet hatodfélszáz lapon a rövid általános részt s a részletes részből a pajzsmirigykészüléket, a thymust és a mellékveserendszert tárgyalja számos rajz és 8 színes tábla kíséretében. A munka második kötete még a tavasz folyamán megjelenik.

### Új könyvek:

*R. Traugott*: Der Traum. Psychologisch und kulturgeschichtlich betrachtet. Würzburg, C. Kabitzsch. 150 m. — *A. Hauptmann*: Die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunktion. Halle, C. Marhold. 1 m. — *H. Rieder und J. Rosenthal*: Lehrbuch der Röntgenkunde. Band I. Leipzig, J. A. Barth. 25 m. — *Nietner*: Deutsche Lungenheilstätten in Wort und Bild. Halle, C. Marhold. 18 m. — *Pirquet*: Das Bild der Masern auf der äusseren Haut. Berlin, J. Springer. 12 m. — *B. Kern*: Humanistische Bildung und ärztlicher Beruf. Berlin, Weidmannsche Buchhandlung. 1 m. — *F. Hohmeier*: Die Anwendungsweise der Lokalanästhesie in der Chirurgie. Berlin, A. Hirschwald. 4 m. — *E. Jeger*: Die Chirurgie der Blutgefässe und des Herzens. Berlin, A. Hirschwald. 9 m. — *L. Blumenreich*: Der gynäkologische Untersuchungskursus am natürlichen Phantom. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 12 m. — *K. Blümel*: Die ambulante Therapie der Lungentuberkulose. Wien, Urban und Schwarzenberg. 8 m. — *A. Celli*: Die Malaria nach den neuesten Forschungen. 2. deutsche Auflage. Wien, Urban und Schwarzenberg. 16 m. — *W. Nihues*: Die Sanitätsausrüstung des Heeres im Kriege. Berlin, A. Hirschwald. 24 m. — *Mathieu, Sergent et Tuffier*: Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'oesophage. Paris, Mas-



son et comp. 20 fr. — *Humphry Davy Rolleston*: Diseases of the liver, gall-bladder and bile-ducts. Second edition. London, Macmillan and co. 25 s. — *Francis Have*: On alcoholism: its clinical aspects and treatments. London, J. and A. Churchill. 5 s.

## Lapszemle.

### Belorvostan.

**A tüdőbetegségeknek a rekeszizom mesterséges bénítása útján befolyásolhatóságáról** értekezik *F. Sauerbruch*. A mellkas mechanikai megszükitése csak ritkán elegendő valamely a tüdőben székelő megbetegedési gócz gyógyítására, a tüdő functionalis nyugalomba hozatala nélkül.

Igy pl. részleges felsőlebens-plastika esetén a beteg tüdőszövet retrahálódik ugyan, a cavernák megkisebbednek, azonban gyógyulásra csak akkor gondolhatunk, ha a bordaresectiót a tüdő alsó része felett is végrehajtva, az egész tüdőnek nyugalmi helyzetéről gondoskodunk. Különösen fontos ez nagyfokú felsőlebens-cavernás phthisis-esetekben, a melyekben egyébként az alsó lebens infectiójának veszedelme fenyeget. Azon esetekben, a melyekben a felső lebensnek nagyfokú destructiv folyamata mellett az alsó lebensben is vannak apró elszórt góczok — mint a hogy ez többnyire előfordul —, ott az alsó lebensnek immobilizálása határozottan indikált.

Az egész tüdőnek immobilizálását egyszerűbb eljárással is el lehet érni: a phrenicotomia segítségével. A nervus phrenicus átmetszése után a rekesz a maximalis expirációs állásba jut s nem vesz részt a légzésben. Csak egészen kisfokú ingadozások észlelhetők rajta, melyek azonban paradox jellegűek, a mennyiben a belégzés alkalmával a rekeszfélre szívóhatás gyakoroltatik, míg a kilégzés alatt lefelé nyomatik. A tüdő functionalis kirekesztése esetén a felnyomult rekesz a tüdő alsó lebensének compressióját eredményezi egyrészt, másrészt pedig — épp úgy mint pneumothorax után, avagy az arteria vagy vena pulmonalis lekötése esetében — a tüdő szövetében kötőszöveti proliferatio indul meg.

A phrenicotomia nemcsak tüdőtuberculosis, hanem bronchiectasia, empyema eseteiben is sikerrel alkalmazható.

A műtét egyszerű. A betegek 2—3 nap mulva elhagyhatják az ágyat. Sem a szív, sem a légzés részéről zavarok nem mutatkoztak. (Münchener med. Wochenschrift, 1913, 12. szám.)

*Galambos dr.*

### Sebészet.

**A módosított Grossich-féle jodtinctura-desinfectióról** ír *B. Reich-Bontzkus* és megfigyeléseit a következőkben foglalja össze: A jodtincturadesinfectiónak legalább 5 percig kell hatni, hogy a bacteriumokat mozgásukban és növekedésükben meg tudja akadályozni, avagy megölje őket. Azon 100 esetben, melyet a szerző *Tavel* klinikáján figyelt meg, a seb gyógyulása ugyancsak zavartalan maradt, ha a bőrt jod-alkohol-chloroformoldattal kenték be és ezen területet 96%-os alkohololdattal lemosták 5 percnél rövidebb idő mulva. *Tavel* állandóan a jod-alkohol abs.-chloroformkeveréket használja és ha ezt 96%-os alkohollal lemossa, eczema nem keletkezik, ámbár a 10—12%-os jodtinctura használata után is ezen szövődemény ritkán fordul elő. Gyermekeken 5 éven alul a jodtinctura-desinfectiót nem alkalmazzák. Belmütétek alkalmával igen nagy fontosságot tulajdonítanak ama elővigyázatosságnak, hogy a belek a jodozott bőrral ne érintkezzenek és a szerző ennek tulajdoníthatja, hogy olyan kellemetlenségeket nem tapasztalt belmütétek alkalmával a jodtinctura-desinfectio után, mint mások (*Hindenberg* pld. felületes bélgangraenát).

A mi a histologiai leletet illeti, a jod a stratum lucidumon keresztülhatol, sőt a rete Malpighi-n túl is érvényesül bacteriumölő hatása. Ha a joddesinfectio klinikai eredményeit tanulmányozzuk, azt látjuk, hogy a leggyorsabban ható, legbiztosabb és legkényelmesebb módja a desinfectiónak a módosított *Grossich*-féle eljárás. (Wiener klin. Rundschau, 1913, 16. szám.)

*Ifj. Hahn Dezső dr.*

## Szülészet és nőorvostan.

**A gynaekologiai Röntgen-therapiáról** ír *Heimann*. Az irodalomban igen sok közlemény jelent már meg a gynaekologiai Röntgen-gyógyításról, a melyek majd mind megegyeznek abban, hogy a Röntgen-sugaras gyógyítás nagy szerepet játszik a jövő therapiájában. *Heimann* 6 esetben kezelte többgöbű gyermekfőnyi-emberfőnyi méheket. A havi-baj mindezen esetekben nagyon rendetlenül, minden 8—14 napban beállott, sokátartó és túlerős volt. Egyes esetekben a haemoglobintartalom 45%-ra süllyedt. *Heimann* mindjárt nagy adag Röntgen-sugarat alkalmazott, a mivel elkerülte az úgynevezett izgalmi stadiumot, a mely rendszerint a vérzés erősbödését szokta eredményezni. *Heimann* szerint a Röntgen-kezelés alkalmával a menstruációra nem kell tekintettel lennünk. A mi a myomák Röntgen-kezelését illeti, végleges véleményt nem tud még mondani; szerinte *Heiff* álláspontja némileg jogosult, midőn az operativ castratiókat a besugárzás fölött előny ad, mivel socialis szempontból nem lényegtelen az, hogy a műtét hamarosan munkaképesé teszi a beteget, míg a Röntgen-kezelés sokszor 3 hónapig is eltart és akkor sem vezet a daganat teljes eltűnésére, hanem csak a myomának zsugorodását idézi elő. Ezzel szemben viszont a műtét bizonyos rizikóval jár. *Heimann* a Röntgen-therapiát nem véli helyénvalónak a következő esetekben:

1. ha a legcsekélyebb gyanu van malignus degeneratióra;
2. ha a kismedenczebéli szervek részéről compressió tünetek jelentkeznek;
3. nem szabad elgenyedt és rothadt myomákat besugározni;
4. végül lobos adnextumorok esetében is contra-indikált a besugárzás, mivel ily esetekben teljesen hatástalan. (Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 37. kötet.)

*Scherer dr.*

**A pituitrin alkalmazásáról a szülészetben** ír *Hauch* és *Meyer*. 65 esetben alkalmazták a pituitrint, minden káros mellékhatás nélkül. Általában úgy találták, hogy annál hatásosabb, minél közelebb van a terhesség vége és minél előrehaladottabb maga a szülés. 7 esetben placenta praeviát kezeltek burokrepesztéssel és pituitrinnel, melyek közül 4 placenta praevia lateralis esete simán folyt le, placenta praevia totalis esetében azonban egyéb eljáráshoz kellett folyamodniok. A burokrepesztést és pituitrin-injectiókat a placenta időelőtti leválásának 3 esetében is alkalmazták, 2 esetben ezek közül az eredmény igen jó volt. (Gynäkologische Rundschau, 1913, 4. füzet.)

*Scherer dr.*

### Gyermekorvostan.

**A vörhenyről** *Fischl* tanár (Prága) főképp a gyakorló orvosnak szóló, értékes összefoglaló előadást tartott.

A vörheny kórokozóját illetőleg az orvosi tudomány még mindig a sötétben tapogatódik. Tévesnek bizonyult ama feltevés, mintha a vörheny streptococcuszerű fertőzés volna, de el kell fogadni azt, hogy a vörheny specifikus fertőzéséhez másodlagosan lánczoccusoktól előidézett fertőzések szoktak társulni, a melyek a rendesen enyhe lefolyású elsődleges vörheny megbetegedéseket súlyosbítják és komplikálják.

A vörhenyben megbetegedett egyén fertőzőképessége a betegség kezdeti stadiumában minimalis, miért is a beteg korai elkülönítése a környezetét megóvjá a fertőzéstől. Az, hogy a vörheny mikrobái főképp az orrgaratürben telepednek meg először és ott halmozódnak fel, már szinte tudattá vált. Az orrgaratürben székelő vörheny mikrobák útján történik aztán a további fertőzés.

Bizonyoságot tesznek e mellett a kórházban kezelt vörheny-betegek, a kik a betegségük gyógyulása után minden egyéni fertőtlenítés daczára, testvéreiknek a vörhenyt haza hozzák. Ezekben a betegekben ugyanis, a kik a kórházak vörheny-mikrobákkal telített levegőjében sokadmagukkal vannak,



megvan a mód arra, hogy a cavum pharyngo-nasaléjukban napról-napra friss csírák telepedjenek meg és tenyészszenek akkor is, a mikor a beteg már meggyógyult. Sőt fel kell vennünk azt is, hogy a kórházi vörhenybetegszobákban nemcsak a betegek orrgaratürében tapadnak meg és tenyésznek a virulens vörhenycsírák, hanem az ott hosszabb ideig tartózkodó egészséges egyének orrgaratürében is (ápolók). A vörheny fertőző természetét tagadni, a mint azt némelyek teszik, nem egyéb, mint a közönség úgyszintén nagyfokú könnyelműségét tovább fokozni és veszélyesebbé tenni.

A hámló bőrfoszlányok önálló fertőzőképessége kétséges; ha van is néha-néha fertőzőképességük, ez is inkább az orrgaratürből reájuk szállott és tapadt fertőző csíráktól eredhet. Azért a hámló bőrrészecskék jelentőségét a fertőzést illetőleg tekintetbe kell venni s azokat a lehetőséghez képest meg kell semmisíteni.

A vörheny terjesztése harmadik személy útján kétségtelennek mondható s ezen harmadik személy az orvos is lehet, főképp ruházata útján. Nincsenek kizárva az oly esetek sem, a mikor a vörhenybeteggel szorosan érintkező, állandóan egy szobában levő egyén mint csírahordozó az orrgaratürében megtelepedett vörhenycsírák útján is fertőzhet. Az orvos részéről kívánatos a felső ruha levétele, köpeny vagy tiszta lepedő felkötése a beteg vizsgálatakor.

Fertőzőképesek a betegszobában levő tárgyak is, azért a betegszoba és az ott lévő tárgyak a beteg felgyógyulása után fertőtlenítenedők, az olcsóbb, kisebb értékű dolgok, játékszerek, könyvek elégetendők.

Meddig tart a gyógyult vörhenybeteg fertőzőképessége? Erre vonatkozólag biztos határidő nincsen. Való az, hogy a szokásos 6 heti elkülönítés nem mindig elegendő, főképp a kórházi esetekben és ott, a hol az orrgaratünetek erősebben mutatkoztak. Zsinórmértékül szolgáljon a torok ép és teljes helyreállása és az orrváladék teljes megszűnése.

Az incubatiós stadium időpontja 1—8 nap közt változhatnak.

A vörheny kórképe kevés újat mutat, kivéve a bőrön észlelt gyakori icterusos sárgaságot, a mi a máj irritációjára és emésztési zavarokra vezethető vissza.

Ujabb felfogás az, hogy az elsődleges megbetegedések a betegség 18—22. napján, az első megbetegedési tünetek látszólagos teljes megszűnte után, úgynevezett másodlagos vörheny megbetegedésekkel lesznek tetézve, a mikor az elsődleges tünetek felújulni látszanak, avagy újabb tünetek is jelentkeznek, a melyek közt legfélelmetesebb a vörheny-vesebaj.

Vajjon ezen második megbetegedés az első megbetegedésnek a kiújulása, avagy újabb fertőzés eredménye, e felett még eltérők a nézetek. Mindenesetre vannak esetek, a melyekben az első megbetegedés elmúlása csak látszólagos volt, mert a pár tizedes hőemelkedések, a bevont nyelv, a visszamaradt mirigyek, fehérje a vizeletben főképp a szegénypraxiban elkerülték a figyelmet, csupán a baj hirtelen fellobbanása lepte meg az orvost és kórnyezetét. Egy dolog pedig feltétlenül bizonyos, hogy t. i. ezen másodlagos megbetegedések elsősorban olyan kórházakban jelentkeznek, a melyek nem állanak a kor színvonalán, a hol sok beteg van elhelyezve közös kórtermekben, a hol a levegő túlon túl telítve van mikrobákkal, a melyekkel szemben az első betegség által elgyengült betegnek nincsen már ellentálló képessége. Párisi fertőző kórházakban, a hol az elkülönítés individualis, az ilyen esetek felette ritkák.

A vörhenyes vesemegbetegedés jelentkezése vagy elmaradása főképp a genius epidemicus természetétől függ, a mit az is bizonyít, hogy vannak súlyos természetű járványok, a nélkül, hogy a vesemegbetegedés társulna hozzájuk.

S viszont vannak enyhe természetű vörheny-járványok, a melyekhez minden óvintézkedés dacára — ágyban fekvés, tejdiéta, sószegény koszt — csaknem minden 2. vagy 3. esetben veselob társul.

Előfordulnak esetek, a mikor a vörheny megbetegedés biztos megállapítása nehézségekbe ütközik, ilyenkor támpontul szolgálhat a málnára emlékeztető nyelv és a kistokú enanthera,

mert ezek sem toxikus erythema, sem influenzakiütés, sem pedig gyógyszerből eredő exanthera eseteiben nem észlelhetők.

A vörheny combinatiója diphtheriával legfőképp kórházakban szokott mutatkozni, a hol azt az orvosok és más személyek közvetítik.

A recidivák felette ritkák, de azért nem kizártak. Az első megbetegedés nem idéz elő immunitást, sőt ellenkezőleg.

A mi a betegség prognosist illeti, a legmesszebbmenő óvatosság ajánlatos úgy a gyógyulás, mint a letális kimenetel megjósolásában.

A therapiát illetőleg az úgynevezett tiszta, könnyű esetekben minden kezelés felesleges, nem is kell a betegeket tovább mint a hámlás befejeztéig ágyban tartani s külön diétaival kínozni.

A gégeöblögetések irrigátorral súlyos sepsises esetekben jó hatással vannak. Lehet ezeket kombinálni sozjodolos befúvásokkal. A bőr bekenése disznósírral, vagy a mint azt az angolok teszik, eucalyptus-olajjal, teljesen értéktelen.

A polypragmasia a vörhenyben teljesen elvesztette a hitelét, nem kell a betegeket torokgargarizálással, orvosságokkal kínozni. Kapjanak elegendő friss levegőt, gyakori ruhaváltást, tartsák tisztán kezüket, arcukat, bőségesen táplálkozzanak. Ily kezelés elegendő, semmit sem mulasztunk ezzel. A mi a serumtherapiát illeti, ez még csak a kísérletezés stadiumában van, a minek legjobb bizonyítéka a serumok folytonos változása, egynek-egynek a használata csak addig tart, a míg másikat nem találnak fel és nem ajánlanak, hogy aztán ez is a feledés homályába merüljön.

Vörheny eseteiben, főképp ulcerosus toroktünetek mellett nem ritkák az endocarditisek. Zörejek jelentkeznek, a melyeket nem igen lehet lokalizálni; a gyógyulás után is egy ideig megmaradnak, majd elmúlnak minden nyom nélkül. Néha azonban halálos kimenetelűek. A vörheny megbetegedésekhez társuló rheumatismusok nagyobb része, egy vagy több izületre szorítkozva, gyorsan és nyom nélkül gyógyul. De előfordulnak genyedésbe menő, súlyos polyarticularis rheumatismus képében jelentkező alakok is. Vannak esetek, a melyekben a tuberculosisba átmenet is előfordul.

A néha jelentkező viszketést jól enyhítik a hűsítő kenőcsök, a melyekhez 10% anaesthesint tanácsos adni. Intenzív dermatitis eseteiben jók a tölgyfakéregfürdők. Bőrápoló fürdők vételeitől nem kell félni. Súlyos esetekben a hideg fürdők nem ajánlatosak. (Medizinische Klinik, 1913, 9. és 10. szám.)

K. J.

#### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**A lecithin-therapia** divatja fokozódóban van. A belsőleg használandó lecithin-készítmények nagy száma mellett most már bőr alá fecskendezés alakjában használható készítményeket is hoznak forgalomba. Ilyen a *Merck-féle* 10%-os steril emulsió, a melyből 2—5 cm<sup>3</sup> fecskendezendő be, legcélszerűbben a hát bőre alá. *Nerking* nagyon dicséri ezt az emulsiót, a melyet jó eredménnyel használt egyrészt a narcosis megrövidítésére és kellemetlen utóhatásának megelőzésére, másrészt ideges zavarok, neurasthenia, epilepsia, dohány-amblyopia, anaemia stb. ellen. Minthogy a lecithin megakadályozza a mézlerakodást a szövetekbe és a már lerakodott meszet úgy látszik oldani is tudja, megkísérlendőnek tartja az alkalmazását arteriosclerosis eseteiben is. (Zentralblatt f. d. ges. Therapie, 1913, 2. sz.)

**Székrekedés** ellen nagyon jó szolgálatot tesz *Hirsch-kowitz* szerint a világosbarnára pörkölt és kávéőrlemben felaprított búza, mint a mely cellulose-tartalma folytán erősen fokozza a bélperistaltikát. Nagyon kellemes ízű; bevehető vízzel, tejjel stb. Főleg bélatonia okozta székrekedés ellen ajánlható. (Ref. La semaine médicale, 1913, 13. sz.)

**A Basedow-kór gyógyításáról** írt cikkében *Rubino* tanár (Nápoly) nagyon dicséretesen emlékszik meg az anti-thyreoidinról, mint a melylyel sokkal jobb és gyorsabb eredmény érhető el, mint bármely más szerrel. Napi 10 cseppel kezd és 20 nap alatt felemelkedik 100 cseppig; 4—5 nap



után ugyanilyen módon csökkenti az adagot 10 cseppig. Az ilyen turnus 4—5-ször ismétlődő. (Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 12. sz.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1913, 17. szám. *Vértes Oszkár*: Egy év laparotomiáiról. *Fischer Ernő*: Portatív extenziós készülék a felső végtag dislokált töréseinek kezelésére. „Honvédorvos” melléklet, 3. szám. *Farkas László*: A lőtt sebektől s azok elsődleges gyógykezeléséről hadsebeszeti álláspontból. *Pfann József*: Katonaorvosi tapasztalások a balkáni háborúból.

**Klinikai füzetek**, 1913, 4. füzet. *Podr Ferencz*: A dermatologia evolúciója a XIX. században, különös tekintettel hazánkra.

**Orvosok lapja**, 1913, 18. szám. *Rottenbiller Ödön*: Az érzéstenítés. *Gyömrői Oszkár*: Darwin és követői kihatásának oknyomozó történeti háttere.

**Budapesti orvosi ujság**, 1913, 18. szám. *Fonyó János*: *Acardius acephalus*. „Fürdő- és vízgyógyászat” melléklet, 2. szám. *Bosányi Béla*: A rheumatismusra vonatkozó nézetek átalakulása. *Bosányi István*: A heliotherapia jelentősége a sebészeti tuberculososok kezelésében.

### Vegyes hírek.

**Tóth Imre dr. m. kir. bányakerületi főorvos**, a kinek nevét a bányaegészségügy körébe tartozó értékes dolgozatai alapján a külföldön is jól ismerik, május 1.-én tölti be Selmezbányán való orvosi működésének 40. esztendejét.

**Megbízás**. *Weisz Samu dr.-t* az igazságügyminister megbízta a komáromi törvényszéki fogház orvosi teendőinek ellátásával.

**Kinevezés**. *Alföldy Béla dr.* óbecsei járásorvost és *Szauer Károly dr.* szilbereki községi orvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Horváth József dr.-t* Barsmegye tiszteletbeli főorvosává, *Csillag Kálmán dr.-t* a gyömrői járás orvosává, *Morava Géza dr.* mélykúti községi orvost tiszteletbeli járásorvossá, *Haász Miklós dr.-t* a kaposvári, *Orbán Gyula dr.-t* a gyöngyösi és *Perecz Barna dr.-t* a nagyszöllősi kórházhoz segédorvossá nevezték ki.

**Választás**. *Maybaum Samu dr.-t* Szepesváralján és *Richter Sándor dr.-t* Dolhán körörszállás választották.

**Meghalt**. *Tátray Gergely dr.* 80 éves korában Késmárkon. — *Keő Jenő dr.* 75 éves korában április 23.-án Komáromban. — *F. Bramann*, a sebészet tanára a hallei egyetemen, április 27.-én 69 éves korában. *Bramann*-nal Németország egyik legjelesebb sebésze szállt sírba. A neve először akkor lett ismert, a mikor 25 éves korában mint *Bergmann* tanár segéde a fuldokló *Frigyes* császáron, *Mackenzie* ellenkezését legyőzve, gégemetszést végzett, a mivel legalább egy időre könnyebbülést okozott a betegeknek. *Bramann* 1889 óta töltötte be a hallei tanszéket.

**Nemzetközi trachoma-pályadíj**. A belügyminister által kitűzött nemzetközi trachoma-pályadíjra beérkezett munkák megbírállására a belügyminister *Kolle* berni, *Nuttall* cambridgei és *Grósz Emil* budapesti egyetemi tanárokat nevezte ki.

**A tuberculososban szenvedő betegek kötelező bejelentése és lakásuk fertőtlenítése tárgyában** a belügyminister a következő rendeletet bocsátotta ki:

A tuberculosos népiirtó pusztításának gátat vetni igyekvő állami és társadalmi együttműködés sikerének első feltétele, hogy az érdekelt nagyközönség a betegség igazi természetéről helyes ismerettel bírjon, mert csakis úgy lehet a védekezési rendszabályokat belátással követni, ha azok értelmét és célját az érdekeltek kellően fel is tudják fogni. A belügyi kormány több mint 10 év óta állandó gondoskodással igyekezett ezt a célt elérni s a tuberculosist népszerűen ismertető iratoknak százezreit osztotta ismételt szíjjel az ország minden vidékén, az országban beszélt mindenféle nyelven. Ugyanezt a célt követték és követik jelenleg is a tuberculosos leküzdésére alakult különféle szövetségek, egyesületek, intézmények stb. s a tuberculosistól való óvakodás szabályainak ismertetése beletartozik az iskolák oktatási tervébe is.

Elérkezettnek látom ennél fogva az időt arra, hogy a tuberculosos és elsősorban annak legveszedelmesebb nyilvánulása, a tüdővész ellen, melynek ragályozó képességét most már általában ismert dolognak kell tartanom, erélyesebb rendszabályok életbeléptetésével szálljunk síkra.

Mint hogy a tuberculosos terjesztésében a legveszedelmesebb szerepük van a már nyílt tüdővészben vagy gégesorvadásban szenvedő betegeknek, kiknek köpésével a tuberculosist előidéző csírák rengeteg tömege jut ki a környezetbe: az egészséges egyének megóvása szempontjából legfontosabb az ilyen betegek ártalmatlanná tétele, mert ezek fertőzik meg elsősorban a lakást, műhelyt, hivatalt, vendéglőt vagy más nyilvános tartózkodó helyeket s így közvetve esetleg olyan egyéneket is, a kikkel közvetlenül nem is érintkeznek.

A tüdő- és gégetuberculosos súlyos eseteinek a hatóság tudomására hozatala tehát bizonyos körülmények között feltétlenül szükséges ahhoz, hogy a közönséget fenyegető veszedelem kellő intézkedésekkel elhárítható, vagy legalább is nagyban csökkenthető legyen.

Kétségtelen, hogy ezen feladat nehéz, sokszor kényes természetű is s azért a követendő eljárásnál kellő tapintatra van szükség. A teendő intézkedéseknél továbbá a közönség érdeke mellett a beteg érdekét sem szabad szem elől téveszteni, és sohasem szabad feledni azt sem, hogy az egészségesek megvédése nem lehet egyértelmű a betegek zaklatásával. Ehhez képest minden hatósági intézkedés vezérlő alapelvének kell lennie, hogy az egyéni szabadság s az emberi jogok korlátozásának csak a legnagyobb kímélettel és a legsúlyosabb körülmények között lehet helye.

Mindezek figyelembevételével és tekintettel az államnak és társadalmunknak jelenlegi pénzügyi, közegészségügyi és közművelődési viszonyaira, a kérdés következő megoldását tartom ez idő szerint helyénvalónak:

Az 1876. XIV. t.-cz. 80. §-a értelmében bejelentendő ragályos betegségek közé sorolom a tuberculosist is, azzal a korlátozással, hogy a tuberculosos bejelentése csak az alább felsorolt esetekben kötelező:

1. A bejelentés kötelező minden községben egyaránt, ha tüdőszorvadásban, gégesorvadásban vagy nyílt mirigy- és csont-tuberculososban szenvedő egyén elhal.

2. Törvényhatósági és rendezett tanácsú városokban, járási székhelyeken és mindazon községekben, a melyeknek közalkalmazási orvosuk van, a bejelentés kötelező halálesetek kivételével akkor is, ha az 1. pontban felsorolt betegek lakást változtattak, vagy a lakásból a beteg kórházba vagy egyéb gyógyintézetbe távozik.

3. A bejelentés kötelező továbbá, ha a nyílt tüdővészben, gégesorvadásban, avagy mirigy- és csonttuberculososban szenvedő beteg: a) másokkal együtt sűrűn lakott helyiségben társait veszélyezteti; b) intézetekben, internatusokban, szegényházakban, árvaotthonokban, pensiókban, hotelekben stb. többekkel együtt lakik, együtt étkezik; vagy vendégfogadóknak, kávéházakban, étkező helyiségekben, élelmiszereket tartó üzlethelyiségekben és hasonló rendeltetésű helyeken alkalmazva van s akár közvetve, akár közvetlenül a tuberculosos terjesztése szempontjából környezetére nézve veszedelmes; c) ha ilyen eset iskolákban fordul elő és pedig akár a tanszemélyzet, akár a tanulók között.

A bejelentések elrendelésénél és megtételénél az a szilárd alapelv az irányadó, hogy minden bejelentés szükségképpen hatósági beavatkozást von maga után. Ehhez képest rendelem a következőket:

Az 1. alatti esetben a bejelentést megtenni köteles a halottkém. A bejelentést kis- és nagyközségekben az előjáróság, törvényhatósági és rendezett tanácsú városokban az elsőfokú egészségügyi hatóságokhoz kell megtenni és pedig a jelen rendelettel előírt és ide csatolt külön minta szerint, melyekkel a halottkémekeket a hatóság tartozik ellátni. A 2. esetben (lakásváltoztatásnál) bejelentésre kötelesek: a kezelő orvos, illetőleg a beteg háztartásának a feje és a háztulajdonos vagy bérlője; a 3. esetben a kezelő orvos, az intézeti igazgató, illetőleg gazda vagy vezető; iskolákban, ha van: az iskolaorvos és a tanító, illetőleg tanítónő.

A vett jelentés után az illetékes hatóságnak a következő feladatai vannak:

a) Az 1. és 2. alatti esetekben a történt bejelentést mindig a lakás kötelező fertőtlenítésének kell követnie és pedig az 1. esetben a lakás és a beteg összes használt holmija, viselt ruhái, ág- és fehérneműje, a 2. esetben az üressé vált lakás fertőtlenítését.

b) A hozzátartozókat megfelelő felvilágosításban és orvosi tanácsadásban kell részesíteni.

A fertőtlenítésért a féltől díjat követelni nem lehet. A hol fertőtlenítő intézet van, ott a fertőtlenítést erre kell bízni. A fertőtlenítés ilyenkor az intézet elfogadott eljárása szerint történik. A hol nincs, ott a fertőtlenítést lehetőleg képzett fertőtlenítővel, ilyenek hiányában más alkalmas egyénekekkel, orvosi útmutatás szerint kell végezteni. Az ág-huzatokat és a fehérneműt szódás vagy mosásra használatos más lúgban vagy szappanos vízben kell kifőzni. Meszelt falakat újonnan kell meszelní, festett vagy tapétázott falakat legalább a beteg fekvőhelye körül 3 meternyi szélességben és elérhető magasságban 2—3 napos kenyérral le kell dörzsölni s a használt kenyeret a keletkezett morzsalékkal együtt el kell égetni. Ha a szoba padlója fából van, azt forró lúggal és kefével jól kell súrolni, a szobabútorokat, ajtókat, ablakokat lúgba mártott vagy szappanos vízzel megnedvesített és kifacsart ruhával le kell dörzsölni, fényezett bútoroknál és cézla 1 : 1000 szublimat-oldat használandó, a beteg ruhaneműjét is 1 : 1000 szublimat- vagy 3%-os carbol-oldatba mártott ruhával vagy kefével kell jól ledörzsölni, azután több napon át a verőfényen szellőztetni. Ha a padló földes, azt sűrű mésztejjel jó vastagon be kell meszelní, különösen azon a tájon, a hol a beteg ágya állott. Kiváló gondot kell továbbá fordítani a beteg által használt újságokra és könyvekre, a melyek — ha kisebb értékűek — elégetendők, ha értékesebbek, a takaréktűzhely sütőjében vagy a kenyérsütő kemencében kitárt állapotban téglára vagy cserepekre fektetve erős forróságnak teendő ki 1 órára át. Ellenőrzésül egy darabka fehér papír is helyezendő oda, ha az sárgulni kezd, a könyv kivehető.

Utaltok e helyen az 1876. évi 31.026. számú belügyministeri rendelettel kiadott szabályrendelet 10. §-ára, mely szerint minden eszköz, tárgy és készítmény, mely az emberi életre és egészségre veszélyes lehet, a szakközeg utasítása folytán lefoglalandó s egyúttal az elsőfokú hatóságnak bejelentendő, illetőleg beküldendő. Ebből következik, hogy a nyílt tuberculosos elhalt emberek viselt ruháira nézve is ezen eljárásnak van helye.

A hatóság megbízásából eljáró orvos a hozzátartozókat figyelmezteti, hogy miként óvakodjanak a tuberculosissal való fertőzéstől,



azokat esetleg ismertető füzetellátja, különösen hangsúlyozva, hogy a betegség kezdeti szakában a gyógyulásra biztató kilátás van s így különösen ügyeljenek a kezdeti tünetekre s az orvos tanácsát idejekorán vegyék igénybe.

A 3. alatt felsorolt esetekben a bejelentés célja kettős. Egyfelől a betegről való lehető gondoskodás s részére hatósági támogatás kieszközölése, másrészt pedig kellő orvosi útbaigazítással az egészségesek megóvása. Bejelentés esetén a hatóság mérlegeli az eset körülményeit, s a hatósági tisztiorvos lehetőleg a bejelentő vagy intézeti orvossal, illetőleg igazgatóval együttesen állapítja meg azt a módot, melylyel az adott körülmények között az állapot veszélyének megszüntetése lehetséges. Pl. a beteg rábírása által arra, hogy (erőszak alkalmazásának kizárásával) gyógyintézetbe, kórházba menjen, vagy más alkalmas elhelyezést találjon, esetleg a helyben működő dispensaire segítségére bízva, kellően elkülöníttessék és gondoztassák. Minden esetben azonban a beteg számára a többiekétől távollevő fekvőhelyeket kell kijelölni, öt köpöcsészével kell ellátni s ki kell tanítani a helyes viselkedési szabályokra. Az orvosok tapintatos eljárása és jóakarató felvilágosítása ily esetekben többet használhat minden kényszerintézkedésnél. Ha a beteg a tanácshoz képest kórházba vagy gyógyintézetbe vétette fel magát, kereset nélkül maradt családjának igyekezni kell kenyérkereseti forrást, illetőleg megfelelő támogatást biztosítani. Ha a betegnek önálló üzlete van, igyekezni kell rábírni arra, hogy azt ne maga vezesse, de helyettest alkalmazzon, mert neki betegségénél fogva élelmiszerek kezelésével foglalkoznia nem lehet. Ha a b) pontban felsorolt esetekben intézetekben történik a bejelentés, a bejelentő intézeti orvos, vagy ha ilyen nincs, az intézet, illetőleg üzlet vezetője a hatósági orvossal lehetőleg együttesen beszélnek és állapítják meg az eset körülményeihez mért orvoslást, ugyanolyan alapelvek szerint, mint az előző pontban, tehát a lakásban vagy szobában való elkülönítést, külön munkahelyiségben való dolgozást, ártalmas foglalkozástól való tartózkodást stb. kell igyekezni elérni.

Ha nyílt tuberculosis-esetek iskolába járó gyermekeken (c pont) fordulnak elő, akkor a kezelő orvos az igazgatóval s a mennyiben van: az iskolaorvossal együttesen felszólítja a szülőket, hogy a gyermeket gyógyítása érdekében vegyék ki az iskolából s magánúton taníttassák. Ha a tanítószemélyzet között fordul elő ilyen megbetegedés, igyekezzék a hatóság a beteg részére gyógyintézeti kezelést, vagy üdülőhelyen való tartózkodást, szabadságolást biztosítani, egyébként pedig az orvos és felettes hatósága által megállapított szabályok követésére kell a beteget kötelezni.

Az illetékes hatóság a rendeletben előirt intézkedések megtételére akkor is köteles, ha nyílt gümőkórban szenvedő betegnek bejelentése oly fél részéről történik, a mely a bejelentésre a jelen rendelet értelmében kötelezve nincs.

Az, a ki ezen rendelet 1., 2. és 3. pontjában előirt bejelentési kötelezettségét nem teljesíti, kihágást követ el s az 1876. XIV. t.-cz. 7. §-a alapján büntetendő.

**Manninger Vilmos** dr. egyetemi magántanár lakását VIII., József-utca 2. sz. alá tette át.

**Gáger Károly** dr. királyi tanácsos fürdőorvosi gyakorlatát Bad-Gasteinban — mint az ottani orvosok nestora — újból megkezdte.

**Áldor Lajos** dr. kir. tanácsos orvosi működését Karlsbadban („König von Preussen“) újból megkezdte.

**Erényi Jenő** dr. királyi tanácsos Karlsbadban fürdőorvosi működését ismét megkezdte.

**Glück Gyula** dr., előbb fővárosi sanatoriumtulajdonos, Marienbadban (Haus Aeskulap) fürdőorvosi gyakorlatot kezdett.

**Sámson Márton** dr. fürdőorvosi gyakorlatát Marienbadban („Schloss Heilbronn“) újból megkezdte.

**Hírek külföldről.** Az Archiv für klinische Chirurgie (Langenbecks Archiv) éppen most fejezte be 100. kötetét. — A német központi rákbizottság jutalommal tüntette ki **Fischer-Defoy** dr. (Quedlinburg) dolgozatát a rák korai diagnosizálásáról. — **Koch Róbert** emlékszóbot kap Berlinben, a Luisenplatzon. A szóbot **Tuailon** tanár tervezte. — Augusztus 1.—5.-éig lesz Brüsszelben a 3. nemzetközi rákconferentia, a következő tárgysorozattal: 1. A physico-chemiai módszerek alkalmazása a rák gyógyításában. 2. A daganatok vaccinatiós orvoslása. 3. A rák statisztikája és helyi elterjedése. 4. A rákbajosok kórházi ellátása, ápolása, specialis ápolók kiképzése. 5. A rákkutatás és rákgyógyítás állása az egyes országokban. Főtitkár: **Henseval** dr., Brüsszel, Palais de Cinquantenaire.

**Személyi hírek külföldről.** A königsbergi egyetem kórbonczolástani tanszékére **K. Kayserling** dr. berlini rendkívüli tanárt nevezték ki. — Az algieri egyetemen **Argaud** dr.-t a szövettan tanárává, Liverpoolban **J. W. W. Stephens** dr.-t a tropusi orvostan tanárává nevezték ki.

**Napoleon dajkája.** A francia tudományos akadémia egyik ülésén **Chuquet** érdekes adatokat mondott Napoleonnak dajkája iránti hálójáról. Nincs okunk csodálkozni, hiszen köztudomású, hogy mindig milyen szeretettel és szabadelvűséget tanusított ez a nagy ember családja tagjaival szemben. **Hari Camilla**-nak hívták az austerlitz győztes tápanyját; **Carbone Agostino** tengerész felesége volt. **Napoleon** sohasem feledkezett meg róla. Mikor az egyiptomi hadjáratról visszatérve partra szállt, egy öregasszony lépett eléje e szavakkal: Caro figlio! A nagy ember felismerte és gyengéd névvel szólította: anyám... **Camilla**, hogy a császár felkenetésén jelen lehessen, Párisba ment, de a „picco-

lino“ (szopós gyerek) iránti szeretete mellett nem feledkezett meg saját érdekeiről sem. Gyakran járt a Tuileriákra, a hol **Napoleon** „coram populo“ megölelte. Bemutatta a pápának, **Josefin**-nek, az egész császári családnak. **Josefin** gyémántokat ajándékozott neki, **VII. Pius** pedig nem tudta palástolni csodálkozását az öreg korzikai parasztasszony természetesen esze felett; másfél óra hosszat tartó kihallgatáson fogadta és áldását adta rá. **Napoleon** szinte elhalmozta dajkáját kegyével. **Chuquet** kimutatta, milyen összegeket kapott tőle és ugyancsak hosszú a lajstrom; felemlítésre méltó a 4600 frankos ellátási díj. **B. J.**

Mai számunkhoz a **F. Hoffmann-La Roche & Co.** cég „**Thigenol Roche**“ című prospectusa van csatolva.

Mai számunkhoz **Richter Gedeon** vegyészeti gyára prospectusa van mellékelve.

**Budapesti gyógymechanikai 1913 május hótól**  
**ZANDER-INTÉZET**  
**IV., Semmelweis-utca 2. szám.**  
Museum-körút 2. Igazgató-orvos: **dr. Reich Miklós.**  
(Kossuth Lajos-utca sarkán.)

**Dr. Grünwald sanatoriuma** Budapest, Városligeti-fasor 13-15.  
Férfi- és nőbetegek  
nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülönők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegy- és Röntgen-laboratorium.**

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

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

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

**Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet**

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

**Orvosi laboratorium:** **Dr. Salgó J. Vez. orvos Dr. Bihari A.**  
Üllői-út 21. Telefon 62-94.



**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 üvegcset és használati utasítást kívánatra vidékre is küldünk. Egy vérvizsgálat díja 20 korona.

**A Liget- és Park- = SANATORIUM Orvosi laboratoriuma**

Vezető: **Dr. Detre László** egy. m.-tanár. VI., Nagy János-utca 47. — Telefon 106-00

**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.

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

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

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

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

**Dr. Cukor kúrapensiója** Franzensbad, Villa Heimdall.  
Modernül berendezve, kitűnő fekvéssel, fürdő, források közvetlen közelében. Teljes pensio 5-szöri étkezéssel, szobával, kez. orvosielléssel, napi 15 korona, Prospectus kívánatra, szo-



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM:** Budapesti Kir. Orvosegyesület (VI. rendes tudományos ülés 1913 február 15.-én.) 349. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya (IV. ülés 1912 november 9.-én.) 350 l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 351. l.

**Budapesti Kir. Orvosegyesület.**

(VI. rendes tudományos ülés 1913 február 15.-én.)

Elnök: Grósz Emil.

Jegyző: Dollinger Béla.

**Penetráló gyomorfekélyek Röntgen-képei.**

**Holitsch Rezső:** Ha a gyomornak bármely helyén ülő ulcus pepticum a gyomor falzatának minden rétegén keresztül-rágtta magát és ha a serosa és a megfelelő szomszéd szerv között előzően peritonealis összetapadás történt, akkor a fekély az illető szerv állományába is beleterjedhet, a parenchymájába valóságos üreget ásva. Ez legtöbbször a máj állományába történik, de történhet a pankreasba, a lépbe stb.

Bemutatja a kis görbület felől a májba üreget ásó fekélyeknek röntgenogrammjait. A penetráló ulcus ezeken arról ismerhető fel, hogy a bismuth-kásával kitöltött gyomornak árnyéka mellett még egy különálló bismuth-árnyék is látható, a mely a gyomornak árnyékával többnyire keskeny nyakkal függ össze. Ez a hídszerű rész jelzi azt az utat, a melyet a fekély terjedésében megtett.

Az üreget kitöltő bismuthfolt mellett gyakran kis levegő-hólyag is látható. Kézrel való masszálással sem tüntethető el ezen külön bismuth-folt. E helynek megfelelően találjuk a betegnek nyomásra legfájdalmasabb pontját a hasfalán és gyakran resistenciát is tapinthatunk a fekély ürege körül levő hegyszövet által okozva. A klinikai tünetek csak igen ritkán olyan jellemzők, hogy a penetráló, chronikus fekély diagnózisát meg lehetne állapítani, míg a Röntgen-ernyőre vetett egyetlen pillantás majdnem biztosabban és szemléltetőbben tárja eléink a viszonyokat ilyen esetben, mint akár a laparotomia.

Csak kevés más folyamat jöhet számításba a differentialis diagnostika szempontjából. Ilyen lehet a szomszédosággal összekapaszkodott carcinoma, a mely középtűt kifekélyesedett. Ettől azonban lényegesen különbözik azáltal, hogy míg a fekély rendszeren a szemből levő gyomorfallal húzza be akár spasmososan, akár zsugorodás útján, addig a carcinoma által okozott telődési hiány az ugyanazon gyomorkonturnak megszakítottágán ismerhető fel. Természetesen nemcsak a műtét javulatának felállítása szempontjából megbecsülhetetlenül fontos a pontos diagnosis, hanem a műtét megállapítása és végül a műtét eredményének ellenőrzése és megbírálása szempontjából is.

**Helybeli érzéstelenítés csonttörés reponálásakor.**

**Dollinger Béla.** Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

**Klinikai adat a vagusok hatásához.**

**Ángyán János:** A szív működését magában a szívben keletkező ingerületek váltják ki.

Ismerteti a szívnek azon pontjait, a melyek legnagyobb mértékben bírják az automata-ingerképzés sajátosságát és utal arra, hogy a szívnek ezen helyein található a sajátlagos izomsejtekből álló, sok tekintetben önálló és igen bő érrendszerrel ellátott képletek, a melyeknek a közelében a szív legtöbb idegeleme van; az ingervezetés is a szívben elsősorban ezen sajátlagos izomsejtekből álló rendszer funkciója.

Anatomiai készítményt demonstrál, a melyen kiparazálta az atrioventricularis köteget és annak folytatását, a jobb és bal Tawara-ágakat.

Ismerteti a cardiographia methodikáját és néhány példán mutatja be a szív megbetegedései functionális és anatómiai localisatióinak nagy diagnostikai tökéletességét.

Bemutat a II. számú belklinika anyagából beteget, a kinek állandó bradycardiája van percenként 26 pulsussal.

Demonstrálja a betegről készült electrocardiogramokat. Bemutatja egy másik beteg cardiogramjait, a melyeken ugyancsak a pitvarok és kamarák dissociált működése látható. Demonstrálja az atrioventricularis kötegben talált anatómiai laesiót a szív megfelelő részéből készült sorozatos metszeteken. Demonstrálja egy beteg electrocardiogramjait, a melyeken a pitvar fibrilláló működése mellett lassú, de teljesen rhythmusos kamra-működés állapítható meg, jelétül a pitvarok és kamarák teljesen dissociált működésének. Egy másik beteg teljesen hasonló electrocardiogramjainak demonstrációja után bemutatja a szívből készült sorozatos metszeteket, a melyeken az atrioventricularis köteg és a jobb Tawara-ág kezdeti részének pusztulása látható.

Az extracardialis idegrendszer kapcsolatát a szívvel egy eset megbeszélése alapján világítja meg, a melynek megfigyelése a vagus hatásához szolgáltat adatot.

A beteg 4 év óta szenved paroxysmusos tachycardiában. A klinikai vizsgálat a bal gyűjtőeres szájadék szűkületét és a kéthegyű billentyű elégtelenségét deríti ki. Rohammentes időben a szív normalis, ú. n. sinus-rhythmusban működik. Roham idején ugyancsak teljesen rhythmusos a szív működés, de a szív ütemadója ilyenkor nem a sinus-csomó, hanem az atrioventricularis csomó, a mint ez a cardiogramok segítségével igazolható.

**Rothberger és Winterberg** minden esetben tudott atrioventricularis automatismust előidézni a sinus-csomó elpusztítása és a bal n. accelerans izgatása útján. Valószínű, hogy a rohamok keletkezésében részben az atrio-ventricularis csomót innerváló accelerans-rostok izgalma játszik szerepet. A beteg rohamait is a gyors járás, a bő étkezés, a coffeincsoportozhoz tartozó szerek kiváltották, vagy gyakori ismétlődésüket előidézték.

Demonstrálja az electrocardiogramokat, a melyeket a beteg rohammentes időben a Czermák-féle kísérlet alatt felvett. A jobb vagus nyomására előálló szív működés-lassulás idején a pitvarok és kamarák összehúzódásának kezdete közt eltelt idő nem változik, a baloldalt végzett Czermák-kísérlet alkalmával ellenben ez az időköz megnyúlik, jelétül annak, hogy a bal vagus gátló hatást fejtett ki az atrioventricularis csomó működésére.

Demonstrál ábrákat saját állatkísérleteiből, a melyekkel a vagusok direct hatását mutatta ki az automatás kamraműködésre és a melyeken ugyancsak különbség látható a jobb és a bal vagus hatásában, oly értelemben, hogy a jobb vagus inkább a pitvar működésére, a bal vagus inkább a kamra működésére van befolyással.

A paroxysmusos tachycardiás rohamot az észlelt esetben sohasem sikerült a jobb nervus vagusra gyakorolt nyomással megszüntetni, jóllehet a vagus ingerlésének következményeképp az ilyenkor felvett jugularis görbén az „a+c” hullámok megkisebbedése látható (a jobb vagus negatív inotrop hatása a pitvarra), ellenben könnyen sikerült a bal n. vagusra gyakorolt nyomással a rohamot teljesen megszüntetni.

Megengedve azt, hogy individualis különbségek lehetségesek, ezen eset mégis kétségtelenül igazolja azt, hogy a jobb és bal vagus innervációs területei a szívben nem fedik egymást, a jobb vagus inkább a sinus-csomóra, a bal pedig inkább az atrioventricularis csomóra hat.

A vagusok chronotrop gátló hatásukat a szívre a sajátlagos ingerképző központokra gyakorolt hatás révén fejtik ki. A negatív inotrop hatás valószínűleg más úton, a szív contractilis elemeire gyakorolt hatás révén jön létre.

A vagusok innervációjának ez a sajátossága adja meg a kulcsot annak a megértéséhez, hogy miért tudjuk megszüntetni a paroxysmusos tachycardiát a vagus múltó ingerlése útján.



A centralis vaguszigatók alkalmazása paroxysmusos tachycardiában káros lehet; a közölt esetben a paroxysmusos tachycardia megszűnése után a digitalisnek centralis vagus-izgató hatása alatt a sinus-csomó ütemadó működését nem teljesítette; valószínű, hogy részben ennek hatásaképp állott elő a pitvarok fibrillatiója.

Az extracardialis idegrendszernek *Hering* ajánlotta functionalis vizsgálatakor különös figyelmet kell fordítanunk a jobb és bal vagus külön-külön való vizsgálatára a *Czermák*-féle kísérlet útján.

## Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(IV. ülés 1912 november 9.-én.)

Elnök: **Ónodi Adolf.**

Jegyző: **Lipscher Sándor.**

### 1. Tóvölgyi Elemér: Gégelues (?) esete.

A 35 éves férfibeteget már 5 év előtt bemutatta posticus-hűdéssel, melynek okát akkor nem tudtuk adni és a mely azóta teljesen visszafejlődött.

Mostani baja ezelőtt 2 hóval nagyfokú rekedtséggel kezdődött, dysphagiája mindeztideig nem volt. A gégetükri lelet a következő:

A bal álhanszál nagy fokban duzzadt, a baloldali valódi hangszál nem látható. A jobboldali valódi hangszál oedemás. Hangadáskor feltűnik a mindkét oldalra kiterjedő lateralis paresis. Eddig semmiféle kezelésre sem javult. A beteg 10 év előtt lueses fertőzéssel ment keresztül, de ez idő óta majdnem minden évben végzett antilueses kúrát. A legutóbbi hetekben salvarsan-injectiót is kapott, végzett e mellett kénes- és jodkúrát; a Wassermann-reactio úgy a kúra előtt, mint a kúra után negativ volt.

Tuberculosis nem mutatható ki, a gégekép különben sem hasonlít tuberculosis infectiohoz. A mirigyek nem duzzadtak, a Röntgen-vizsgálat semmi elváltozást sem mutatott. A bemutató nézete szerint nem lehet másról szó, mint idősült gégehurutról, a melyhez myopathiás hűdés csatlakozott.

### 2. Tóvölgyi Elemér: Gégetumor esete.

Az 58 éves férfibeteg panaszai csekélyek. Pár hó óta rekedt, nyelése csupán hideg víz ivásakor akadályozott. Fájdalmi, légzési nehézségei nincsenek.

A gége tükrözésekor következő a kép: A bal sinus pyriformisból kiindulólág a bal aryporcztot is magába foglaló és a gégebemenetet  $\frac{3}{4}$ -részben elzáró karfiolszerű, jókora diónagyságú daganat látható. A daganat kemény, érintésre könnyen vérzik.

A mikroskopi lelet alapján a diagnosis carcinoma laryngis.

A jelen esetben is feltűnő a daganat latens fejlődése.

A főkérdés az, minő therapiát kövessünk? Ha a teljes kiirtás eredményét tekintjük: ez esetben, hol a daganat nemcsak a gége, de a garat jókora részére is ráterjed, a teljes kiirtástól nem várhatunk végleges gyógyulást, de még csak relative hosszabb időre terjedő gyógyulást sem. Volt alkalmam egyébként *Gluck* ama szájalomraméltó betegeit, a kiken a totalexstirpatio végeztetett, Berlinben látni, de ez a látvány nem volt alkalmas arra, hogy engem a teljes kiirtás hívének megnyerjen. A legtöbb esetben aránylag rövid idő alatt így is elpusztulnak a betegek, ha nem közvetlen recidivában, akkor cachexiában.

Vannak esetek, hol az endolaryngealis műtétek után a beteg még 8 hó multán is tőrhetően érezte magát, sőt *Fenin* egy esetében — hol csupán tracheotomia végeztetett — a carcinomás beteg még hét évig élt. Ha ez utóbbi esetben véletlenül teljes kiirtást végeztek volna, az eredményt biztosan a műtét javára írták volna. És ilyen eset nemcsak egy akad. Az bizonyos, hogy ha az orvos maga kerülne abba a szomorú helyzetbe, hogy carcinoma miatt magán teljes gégekiirtást végeztessen, ismerve a kilátásokat, abba semmi esetre sem egyeznék bele.

Nézete szerint a jelen esetben a tracheotomia és az endolaryngealis beavatkozás javalt, a mi a betegre nézve nem teszi kínzóvá hátralevő napjait és talán nem is teszi rövidebbé az életét, a melynek meghosszabbítását nem garantálhatjuk a teljes kiirtással.

**Zwilling Hugó:** A bemutatott esetben csak a teljes kiirtás jöhet szóba.

**Donogány Zakariás:** A daganat meglehetősen nagy és nem fájdalom. Látott esetet, melyben a tyúktójsnyri sarcoma semmi nyomást sem okozott, csak kiséfokú nyelési nehézségeket. Ha egy daganat rákra gyanus: vagy nem csinálunk semmit és akkor lassan nő, ha pedig beavatkozunk, a beavatkozás gyökeres legyen, különben gyorsan nő a daganat.

**Láng Kornél:** Az operációt illetőleg a galvánkacs szóba sem jöhet, csak annyit ér, mint pofarék esetében a thermokauter. Csak arról lehet szó, hogy operáljunk-e vagy ne. Ha operálunk, csak a teljes kiirtás jöhet szóba.

**Safranek János:** Osztom *Láng* nézetét. Distingválni kell, vajjon operabilis-e az eset. Ha igen, a legmesszebbmenő therapia van helyén. A galvanocaustikás beavatkozás csak palliatív eljárás, úgy mint az x-sugár is. Az ilyen palliatív eljárásra az inoperabilis esetek és a műtétek utáni recidivák alkalmasak.

**Polyák Lajos:** Az utóbbi időben 3 esetet operáltam *Gluck* szerint: két larynx- és egy larynx- meg pharynx-exstirpatiót végeztem. Egy esetben recidiva állott be, kettőben nem. A hemilaryngectomia után mindig beáll a recidiva és *Semon*-nal tartok, hogy csak a teljes kiirtás után nincs recidiva.

**Tóvölgyi Elemér:** Az ellenzések dacára megmarad nézete mellett. A kiterjedt rákhoz nem nyúlna hozzá, mert így még évekig elvannak a betegek. A partialis resectio kis műtét, a totalexstirpatio nagy műtét.

### 3. Láng Kornél: Partialis gégereseccio carcinoma miatt.

### 4. Ónodi Adolf: A hangszalagok ellentétes mozgásairól.

A 63 éves férfi jelentkezésekor 3 hó óta állandóan tartó rekedtségről panaszkodott; már előbb is rövidebb időre többször elrekedt, néha nyelési zavarokról is panaszkodik. Az ideggyógyász végezte vizsgálat ideges zavarokat nem tudott megállapítani. Belégzési zavarok csupán a gége és a légcső részéről vannak, a gégeben és a légcsőben kutaszolásra reflexhiány, a hangszalagok részéről pedig a hangképzéskor és a belégzéskor coordinációs zavar. Belégzéskor a hangszalagok egymáshoz közelednek, sőt össze is érhetnek, hang csak a belégzéskor jó létre, az intendált hangképzéskor pedig a hangszalagok széttérnek; az „i” betű hangoztatásának megkísérlésekor a hangrés a maximális tágasságot éri el. Jobboldalt exsudatum pleuriticum volt jelen, mely megnyitott. A beteg még a klinikára való felvétel előtt meghalt és így a bonczolás nem volt megejthető, pedig egyedül ez tudta volna megállapítani a gége beidegzési zavarának okát.

### 5. Ónodi Adolf: A choana veleszületett teljes csontos elzáródásának operált esete.

A 8 éves fiú jobb orrfele teljesen elzárt, kutaszolásakor kemény ellenállás érezhető. A hátulso orrtükrözés alkalmával a jobb orrgarat kúpszerűen szűkült, a jobb choana területe teljesen elzárt, közepén 2 mm.-nyi behúzóadás látható. A műtétet aether-bódításban végezte; az alsó kagyló resectioja után, a véső alkalmazásakor kitűnt, hogy tömör, csontos elzáródás forog fenn. A teljesen tömör, csontos réteg majdnem 1 cm. vastag volt; erős csontfogókkal semmit sem lehetett eltávolítani, erős vésőkkel 1 cm.-nél magasabb és szélesebb nyílást készítettünk. A műtétet követő két napon 39 fokos láz és elesettség állott be, aztán fokozatos hőcsökkenés kíséretében gyógyulás következett be bőséges orrlégzéssel.

### 6. Ónodi Adolf: Teljes gégekiirtás gégegümőkór esetében.

A 34 éves férfi 1912 márcziusban rekedt lett és gégefájdalmak állottak be. A rekedtség májusban állandó jellegűt öltött, nyelési fájdalmak és lázak jelentkeztek. A tüdőben a jobb csúcs felett minimalis hurut volt kimutatható. A géget akkor tejsavval kezelték. Júniusban a gégeből kimetszett szövet gümőkóros jellegűnek bizonyult. Azután két hónapra Grimmensteinba ment napkúrára, de a rossz időjárás miatt helyileg kezelték a géget (tejsav, anaesthesin). Táplálkozása



egyre rosszabbodott, lesóványodott. Szeptemberben keresett fel először. Az egész gége diffus beszűródése, nagymérvű dysphagia, időnkint laryngospasmus rohamok voltak jelen. A jobb esüteshurut kifejezettebb volt. Minthogy csak nehezen tudott tejét inni, a talált elváltozások mellett pedig a helyi kezelés teljesen czéltalannak látszott, a teljes gégekiirtás kérdése lett felvetve. A beteget október 14.-én *Gluck* megoperálta. A teljes gégekiirtás sebe per primam gyógyult, a beteg per vias naturales táplálkozott és az esténkénti hőemelkedés 0.25 pyramidonra megszünt. A beküldött készítmény mutatja az egész gégeire kiterjedt nagymérvű gümös elváltozásokat, melyek a légcső felé élesen el vannak határolva és a teljes gégekiirtás mellett szólnak.

Ismeretes a sebészek és gégegyógyászok idegenkedése gümőkórban a teljes gégekiirtástól és a többi sebészi beavatkozástól is. Az eset eddigi kedvező lefolyása és *Gluck* statisztikája hosszabb tartamú gyógyulásokról és javulásokról azonban felbátorít kedvező tükrölet mellett a gyökeres sebészi eljárás javallatának a felállítására.

**Zwillinger Hugó:** Gégegümőkór eseteiben a teljes gégekiirtástól nem kell visszariadni. A javallat felállítása azonban igen nehéz. Fontos az általános állapot, a tüdők és a gége megbetegedésének foka.

**Láng Kornél:** A gümőkóros gége extirpációjától valószínűleg azért idegenkednek a sebészek, mert a gégegümőkór általános megbetegedés részjelensége.

**Pollatschek Elemér:** Tüdőtuberculosis mellett nem lehet total-extirpációt végezni. A gégetuberculosis néha elsődleges (*Steiner* esete), de nagyon ritkán.

**Tóvölgyi Elemér:** Ha a gümőkóros géget extirpáljuk, a tüdőbeli folyamat sokszor rosszabbodik.

**Ónodi Adolf:** Két hónappal a műtét után heveny tüdőhurut vetett véget a beteg életének.

**Donogány Zakariás:** Két csontos atresiát operált. Egyik esetben reszekálta az alsó kagylót és kivéste a csontot, egy év múlva recidivált és összeszűkülte. Második műtétbe a beteg nem egyezett bele.

A másik esetben a vomer hátulso részét is eltávolította és ez nem recidivált.

A bemutatott gégetuberculosis- esetet is látta. Csekély volt a tüdőbeli folyamat, ezért indikált volt a gégekiirtás.

**Ónodi Adolf:** A hangszalagok ellentétes mozgásait illetőleg tartózkodott minden teoriától. Mondhatta volna, hogy functionalis zavar, de inkább szervi elváltozás lehet a centrumban, a miről csak a bonczolás adhat felvilágosítást. Állatkísérletben ki lehet váltani ellenmozgásokat, a mikor az impulsus más idegpályán jut az izmokhoz. Embereknél erre analogia nincs.

A gégegümőkór minden alakjában látunk jó és rossz eredményeket.

*Gluck* 34 operációt végzett és teljes gyógyulást 11 esetben ért el. Ha a tüdőbeli állapot nem ellenjavallja, a betegnek nincs veszteni valója, csak nyerhet, mert megszabadul a kínzó dysphagiától.

#### 7. Navratil Dezső: Sinus frontalis-empyema gyökeres műtétek orvosi ép csontos fal mellett észlelt genypulzálás.

32 éves nőbeteget mutat be, a ki folyó év augusztus hónapjában jelentkezett az I. számú sebészeti klinika orr- és gége-járobetegrendelésén, kezdődő meningealis tünetekkel s nagyfokú fejfájással, mely kifejezetten a jobb oldali sinus frontalis tájára lokalizálódott.

Mivel a szűk ductus naso-frontalis még a legvékonyabb szondával sem volt átjárható, kénytelen volt a fenti tünetekre való tekintettel a Killian-féle műtétet végezni; annál inkább, mivel az orrban alig volt geny látható s a készített Röntgenfelvétel is a jelzett üreget nagynak, a baloldalihoz képest kifejezetten sötétnek mutatta.

A műtétet helybeli érzéstelenítéssel végezte. Az üreg megnyitásakor feltűnt, hogy a geny pulzáva ürült. Nehogy a valahol esetleg szabadon fekvő dura megsérüljön, a legnagyobb gonddal végezte a műtétet, a melynek befejeztekor kitént, hogy a dura sehol sem fektűt szabadon. Azonban szembevetődött a kikanalazott nyálkahártya duzzadt, vérbő volta. Így tehát felvehető, hogy ezen teljesen ép, csontos falú üregben a geny pulsációját a duzzadt vérbő nyálkahártya — mely az egész üreget kitöltötte — idézte elő. A műtét helye különben kozmetikailag idealisnak mondható.

(Folytatása következik.)

#### Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

**A vakbél tágult volta és mozgékonyága** *Delbet* szerint fontos szerepet játszhatik azon zavarok előidézésében, a melyekért rendszerint az appendicitist okoljuk. Ezért már több év óta az appendicectomy alkalmával a tágult vastagbelet redőzéssel megkisebbiti és a rendellenesen mozgékony vakbelet a hasfalhoz rögzíti. 198 beteget operált ilyen módon; közülük 52-nek a további sorsát követhette. Az 52 közül csak 4-nek voltak a műtét után zavarai, a mi kedvezőbb eredmény, mint a milyent az egyszerű appendicectomy után a különböző statisztikák feltűntetnek. (Académie de médecine, 1913 április 15.-én tartott ülés.)

**Haemoptoë** eseteiben *Rist* a hypophysis hátulso lebenyének kivonatát fecskendezi be intravenásan; eredményei nagyon jók. *Sergent* szerint haemoptoë ellen még a legtöbbet ér az ipecacuanha-por kevés opiummal. *Flaudin* egy nagyon súlyos esetben 4 centigramm emetinum hydrochloricum bőr alá fecskendezésétől látott jó eredményt. (Société médicale des hopitaux, 1913 április 11.-én tartott ülés.)

**A nő sterilizálására** olyan módon, hogy esetleg később, a mikor a fogamzást ellenjavalló körülmények megszűntek, a fogamzás ismét lehetővé váljék, új módszert ajánlott *Blumberg* a berlini orvosegyesület február 26.-án tartott ülésén. A műtét lényege az, hogy az ovariumot a peritoneumnak teljesen elzárt tasakjába helyezi, úgy hogy a pete nem juthat a tubába, hanem termékenyítés nélkül felszívódik. Ezt olyan módon éri el, hogy az ala vespertilionist köpenyegszerűen a méh hátulso részére hajtja és szabad széleit a méh hátulso felszínére pontosan odavarrja, a tuba tehát a szabad peritonealis üregben marad; a varratot a mesosalpinxten át a méh oldalsó széléig folytatja. Így az ovarium szabadon mozgathatóan zárt tasakba jut. Az előadó eddig 6 esetben végezte ezt a műtétet, még pedig vaginalis úton.

#### PÁLYÁZATOK.

917/1913. szám.

Hontvármegye törvényhatósági bizottságának a közegészségügyi körök beosztása tárgyában hozott 65—3764. 1911. M.-B. számú véghatározata 1912. évi február hó 1.-én életbe lépévé, az ezen véghatározatban VII. számmal jelölt s 18 községből, ú. m. Hontnémeti, Dömeháza, Devicse, Hontrákócz, Szbelléb, Ledény, Darázi, Kisbácsfalu, Berencsfalu, Béd, Hontkirályfalva, Kormosó, Szitnyaliget, Szitnyató, Tópaták, Illés, Szentantal, Zsibritó álló közegészségügyi körben a **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, kik ezen körorvosi állásra magukat megválasztatni óhajtják, hogy 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám 1913. évi május hó 30. napjának d. u. 2 órájáig annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A körorvosi állással egybekötött javadalom a következő:

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-a alapján 1600 korona törzsfizetés, mely 5 évenként 200—200 korona korpótlékkal emelkedik, a törvényhatóság előtt megállapítás alatt lévő lakbér és fuvardíj, valamint a szabályrendelet alapján szedhető rendelési, beteglátogatási és műtétekért járó díjak.

A megválasztandó körorvos tartozik magát az e tárgyban hozandó törvényhatósági bizottsági jogerős határozatnak alávetni.

A választás napjának kitézése iránt később fogok intézkedni.

Kelt K o r p o n á n, 1913 április hó 23.-án.

*Halmay*, főszolgabíró.

1544/1913. sz.

A megüresedett nagykörűi **községi orvosi állásra** (Jásznagyközség vármegye) ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 1600 korona fizetés, 1000 korona helyi pótlék, továbbá természetbeni lakás jár.

A község 3000 lakossal bíró vagyonos hely, melynek mű-útja is van.

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

Megjegyzem, hogy a községben gyógyszerész nincs és így a megválasztandó orvos kézi gyógyszerészt is kaphat.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hivatalomhoz **legkésőbb folyó évi június hó 5.-éig** nyújtják be, mivel a később beérkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

J á s z a p á t i, 1913 április 12.

*Bodnár*, főszolgabíró.



10127/1913. sz.

A vármegye tulajdonát képező nagybecskereki közkórháznál újonnan rendszerezett **második alorvosi állásra** pályázatot hirdetnek. Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, I. osztályú élelmezés, lakás, fűtés, világítás, mosás és kiszolgálás, bentlakás-kötelezettséggel. A kinevezendő orvos tagja a megyei tiszti nyugdíjalapnak.

Felhívom azon orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket méltóságos **Dellimanics Lajos** dr. főispán úrhoz czímezten nálam folyó évi május hó 25.-éig nyujtsák be. Az elkészen beadott kérvények figyelembe nem vétetnek.

A mennyiben csak olyan orvostudor urak pályáznak, a kik még nem rendelkeznek az egy évi kötelező orvosi gyakorlattal, akkor ezek közül is történetben való jártasságukat bizonyíthatják, minden egyéb előképzettségük bizonyítványaival felszerelt folyamodványukat minél előbb nyujtsák be hozzám. A német és tót nyelv ismerete kívánatos.

Megjegyzem, hogy a nagybecskereki közkórház a vallás- és közoktatásügyi magyar királyi miniszter úr által feljogosított 9 gyakornok felvételére, tehát az egy évi kórházi kötelező gyakorlat ezen kórházban is eltölthető.

Nagybecskereken, 1913 április hó 16.

Jankó, alispán.

A **pozsonyi m. kir. bábaképezde**ben az 1400 korona évi fizetéssel és élelmezés meg lakással dotált **második tanársegédi állás** azonnal betöltendő.

A kötelező kórházi gyakorlatukkal elkészült orvosok és főleg azok, a kik szülészetben való jártasságukat bizonyíthatják, minden egyéb előképzettségük bizonyítványaival felszerelt folyamodványukat minél előbb nyujtsák be hozzám. A német és tót nyelv ismerete kívánatos.

Velits Dezső dr., igazgató-tanár.

1544/1913. sz.

A megüresedett jászszentandrás **községi orvosi állásra** (Jász-nagykúnszolnok vármegye) ezennel pályázatot hirdetnek.

Ezen állással 1600 korona évi fizetés, 1000 korona helyi pótlék, 500 korona lakásbér, továbbá:

a község 4600 lakossal bíró vagyonos hely, melynek mű-útja is van.

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

Megjegyzem, hogy a községben gyógyszerész nincs és így a megválasztandó orvos kézi gyógyszerért is kaphat.

Felhívom pályázni óhajtokat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hivatalomhoz **legkésőbb folyó évi június hó 5.-éig** nyujtsák be, mivel a később beérkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Jásznapáti, 1913 április 12.

A főszolgabíró.

Jász-Nagykún-Szolnok vármegye I. Ferencz József-közkórházában f. é. július 1.-ére megüresülő **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Javadalom: évi 1600 korona fizetés, teljes ellátás; kinevezés 2 évre történik s megújítható. Időközi távozás esetén két hónapi felmondási idő kötelező. A kórházi szabályzatok a segédorvosra is kiterjednek.

Pályázhat felavatott orvos; kórházi kötelező gyakorlat itt is teljesíthető, kivéve szülészetet. Kérvényhez oklevelet, illetve avatási bizonyítványt kell csatolni, esetleg más okmányokat is, eredetiben vagy hiteles másolatban. Ki kell mutatni a katonai szolgálati viszonyt is, és a már teljesített kórházi gyakorlati hónapokat.

Kérvényt méltóságos **Horthy Szabolcs** főispán úrhoz intézve hozzám f. évi május hó 20.-áig kell beadni.

Szolnok, 1913 április 27.-én.

Papp Gábor dr., igazgató-főorvos.

Keresztény fiatal orvos kerestetik egy **felvidéki fürdőbe**; ajánlatok **Bolemann János** dr. vármegyei tiszti főorvoshoz Turócszentmártonba küldendő, a ki a feltételekről felvilágosítást ad.

**Jómódú magyar vidéken igen jó körorvosi állás** tölendő be mielőbb. Ertesítést ad **Dobsa Sándor**, gyógyszerész, Almosd, Bihar megye.

2040/1913. szám.

A lemondás folytán üresedésbe jött **harkácsi körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Ezen egészségügyi körhöz Harkács székhelyen kívül Felsővály, Kisgergelyfalva, Alsóvály, Gömörmihályfalva, Felsőkálása, Alsókálása, Kisvisnyó, Felsőfalva, Szkaros, Alsófalva, Felsőrás, Zsór, Otrókocs, Lőkös, Deresk, Levárt és Sántfalva községek tartoznak, megjegyzem, hogy ezen községek mind jókarban tartott törvényhatósági út mellett fekszenek s a legtovábbi község 10—11 kilométernyire van a székhelytől.

Az állás javadalmazása a következő:

1600 korona kezdő törzsfizetés és négy 200 koronát kitevő ötöd-éves korpótlék, a m. kir. belügyminiszterium által engedélyezett évi 1000 korona helyi pótlék. A jóváhagyott vármegyei szabályrendeletben megállapított 700 korona fuvarátalány s a megállapított látogatási s műteti díjak és négy szobából álló modern természetbeni lakás.

Felhívom mindazokat, hogy a kik ezen állást elnyerni óhajtják, az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **június hó 9.-éig** annyival is inkább terjeszszék be, mert az elkésve beadott kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást Harkács községben a körjegyzői irodában folyó évi június hó 12.-én d. e. 10 órakor fogom megtartani.

A megválasztott körorvos állását július hó 1.-én tartozik elfoglalni.

Tornalja, 1913 április hó 28.

Főszolgabíró megb.: **Soldos**, szolgabíró.

917/1913. szám.

Hontvármegye törvényhatósági bizottságának a közegészségügyi körök beosztása tárgyában hozott 65—3764. 1911. M.-B. számú véghatározata 1912. évi február hó 1.-én életbe lépven, az ezen véghatározatban VIII. számmal jelölt s 21 községből, ú. m. Szénavár, Felsődacsólam, Alsódacsólam, Csákócz, Alsólegénd, Felsőlegénd, Nemesvarbók, Lászlód, Bozók, Szuhány, Litva, Terpény, Kecskvarbók, Bozók-alsók, Unyad, Felsőbágyon, Alsóbágyon, Csábrágvorbók, Cseri, Szelencz, Csábrágsomos álló közegészségügyi körben a **körorvosi állásra** ezenel pályázatot hirdetnek.

Felhívom mindazokat, kik ezen körorvosi állásra magukat megválasztatni óhajtják, hogy 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **1913. évi május hó 30. napjának d. u. 2 órájáig** annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A körorvosi állással egybekötött javadalmazás a következő:

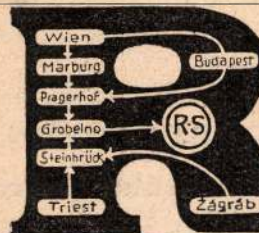
Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-a alapján 1600 korona törzsfizetés, mely 5 évenként 200—200 korona korpótlékkal emelkedik, a törvényhatóság előtt megállapítás alatt lévő lakbér- és fuvardíj, valamint a szabályrendelet alapján szedhető rendelési, beteglátogatási és műtétért járó díjak.

A megválasztandó körorvos tartozik magát az e tárgyban hozandó törvényhatósági bizottsági jogerős határozatnak alávetni.

A választás napjának kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Kelt Korpónán, 1913 április hó 23.-án.

Halmay, főszolgabíró.



Uj, pompás gyógyépület.

**Rohitsch-Sauerbrunn**

Stájer tartományi gyógyintézet. 600 szoba 2.-kor-tól feljebb, villamos világítás, lift, hegyvidéki forrásvíz.

Május 15. — szeptember 30. — Enyhe, subalpin éghajlat. Szél- és pormentes. — Prospektusok.

Ivó- és fürdőkurák kiváló gyógyeredménnyel: **gyomor-, bél- és májbajoknál, epekö-nél, cukros huyárnál, köszvénynél.**

## Epekőoldás.

A ki a különféle specialitásokat és Karlsbadot siker nélkül használta és a műtéttől méltán fél, forduljon bizalommal hozzám. Hat hétig tartó epekőoldó módszerem 4—5 évi karlsbadi kúrával felér. Számos elismerő levél.

**Dr. BERNARD JÓZSEF**

TEMESVÁR, II. ker., Fő-uteza 4. sz.

## Bad Hall in Oberösterreich.

Elsőrangú jodbromfürdő.

Európa legrégebb és leggyógyhatásosabb jodforrása. Érelmeszesedés, női betegségek, izzadmányok, idült gyulladások, köszvény és csúsz, görvéllykór, öröklött és szerzett syphilis és annak következményei, stb. stb. ellen. Ertesítéseket és prospectusokat küld a **Direktion der Landeskuranstalten in Bad Hall.**

Dr. v. Gerstel sanatoriuma télen át is nyitva van.



# 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.

**Benedict Henrik:** A metatuberculosis kór állapotokról. 353. lap.

**Galambos Arnold:** A berlini egyetem gyógyszerintézetében készült dolgozat. Igazgató: A. Heffter dr., egyetemi tanár, titkos tanácsos. (Immunitas-vizsgálati és experimentalis-therapiái osztály. Vezető: E. Friedberger dr., tanár.) Az anaphylaxia gyógyszeres befolyásolásáról. 356. lap.

**Widder Bertalan:** Abbot-féle scoliosis-kötések. 558. lap.

**Rejtő Sándor:** A félkörös ivjáratok egyensúlyozó szerepéről. 361. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés.** A. Strubell: Das Wechselstrombad. — Landois-Rosemann: Lehrbuch der Physiologie des Menschen. — Lapszemle. Belorvosan.

Allard: Cymarin — Sebészet. B. Valentin: Postoperatív parotitis. — Szülészeti és nőorvoson. Uthmüller: Az eklampsia kezelése. — Venereás betegségek. E. Finger: A syphilis mint az államot veszélyeztető baj és az állami ellenőrzés kérdése. — Húgy-szervi betegségek. Eugene Füller: A vesiculotomia értéke és céljai. — Fül-orvoson. Berstein és Nowicki: Az acusticustumorok ismerete. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Fischel: Prostatitis gonorrhoeica. — Grumme: Epeköbetegség. — Kausch: Rosenbach-féle tuberculin. 363–366. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Magyar orvosi archívum. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 366. lap.

Vegyes hírek. 365. lap.

Tudományos társulatok. 368–371. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### A metatuberculosis kór állapotokról.\*

Irta: **Benedict Henrik** dr., egyetemi magántanár, közkórházi főorvos.

Igen tisztelt Uraim!

A cím hallatára, melyet előadásomnak adtam, egy rokonhangzású szó és fogalom fog emlékezetükben felcsendülni. Én ezt a kifejezést ugyanis, mely görög és latin szóból való összetevésével nyelvtanilag talán nem egészen helyes, a *metasyphilis* és a *metasyphilises* megbetegedések analogiájára választottam és ezen analogia, mely nemcsak a nomenclaturára, hanem a lényegre nézve is fennáll, mindjárt *in medias res* vezet bennünket.

A tuberculosis tana túlnőtt azokon a klinikai kereteken, melyeket a régi nosographia neki kiszabott. Kitént ugyanis, hogy az egyes szervekben lokalizálódó gümőkóros megbetegedések, elsősorban a tüdővész, melyek brutalitásuk, végzettségük és típusos lefolyásuk miatt a gyakorlat embereit elsősorban lekötötték, csak későbbi nyilvánulásai egy általános fertőzésnek, mely többnyire a gyermekkorba vezethető vissza. Kitént, hogy a tuberculosis ugyanazokon a stadiumokon megy keresztül, mint a syphilis, melynek jellemző menetét most, a spirochaeták felfedezése óta sokkal jobban tudjuk értelmezni, elannyira, hogy a syphilis az idősült fertőző betegségek paradigmája gyanánt használható.

A syphilisben tudvalevőleg a fertőzés menete mintegy látó- és tapintó-érzésünk ellenőrzése mellett fejlődik ki. A *primaer stadium* a spirochaeta behatolási kapujának megfelelő elsődleges sclerosissal és a hozzátartozó nyirokmirigyek duzzadásával jelzi a fertőző csírák első állomásait. A *secundaer stadiumról* lázával, kiütéseivel, torok- és szájfekélyeivel, heveny

\* A bácsmezei fiókszövetség 1912 szeptember 29.-i közgyűlése számára készült előadás nyomán.

máj- és vesetüneteivel biztosan tudjuk ma, hogy ez voltaképpen nem egyéb, mint a spirochaetáknak az általános vérkeringésbe való jutásának, tehát egy hol enyhébb, hol hevesebb spirochaeta-sepsisnek a következménye, mely spirochaeta-sepsis mindannyiszor kiújul, valahányszor az először megbetegedett helyekről a spirochaeták ismét a szervezetbe kerülnek. A voltaképpeni súlyos lueses nyilvánulások: a belső szerveknek, a csontoknak, a vérereknek, az idegrendszernek gummás megbetegedései, a kórbonczolástanilag jellegzetes syphiloma elsajtosodási és szétesési hajlamosságával, a syphilis, a mely pusztít, roncsol és öl, mint *harmadlagos syphilis* évekkel később fejlődik ki olyan helyeken, melyeken a *secundaer stadium* idejéből a csírák megmaradtak.

Melyek most tehát a gümőkór megfelelő stadiumai?

A *primaer* fertőzés a gyermekkorban megy végbe. Tudjuk, hogy az újszülöttek és a csecsemők majdnem mind negatív *Pirquet*-féle reactiót adnak. Minél idősebb a gyermek, annál gyakrabban találjuk a *Pirquet*-féle reactiót pozitívnak és a 10 éves gyermekek majdnem 80%-ában az allergiás reactio jelzi, hogy a gyermek gümőkóros fertőzésbe esett. Az első étappe a behatolási kaputól egészen a legközelebbi nyirokmirigy csoportig korántsem oly kézzelfogható, mint a syphilisben, akár a tüdő, akár a garat nyirokfeleletei, akár a bél alkotja a behatolás kapuját. A hozzátartozó nyirokmirigyek rejtettek és így az első bacteriumos invasio oly lappangva történik, hogy ezen stadiumban még ritkán tárgya az orvosi megfigyelésnek vagy a diagnosis-nak.

A tuberculosis *secundaer* stadiuma, midőn a körülírt helyi megbetegedésből általánossá válik, nem következik az elsődleges stadiumból azon időbeli megkötöttség és törvényszerűség szerint, mely a *secundaer* syphilis legtöbb esetét jellemzi. De a klinikai nyilvánulások rendkívül sokfélék és meglepő változatosságúak. A legsúlyosabb formája a *secundaer* általános tuberculosisnak a gyermekkorban oly gyakori miliaris gümőkór, mely a meningitis basilaris képét ölti. Enyhébb formáját találjuk a scrophulosos megbetegedések-



ben általános mirigyduzzanataival, scrophulodermaival, bőrtuberculidjaival, phlyktaenaival, hiszen ez utóbbiak nem egyebek, mint tuberculosis-bacillus okozta metastasisok, és valóban nem erőltetett dolog, ha ezeket a secundaer syphilis exanthemáival és iritiseivel párhuzamba helyezzük. Secundaer tuberculosisist kell mindazokon a betegeken felvenni, a kik eddig mint praetuberculosisok, vagy mint larvált gümőkórosok szerepeltek. Ezen dyspepsiás, itt-ott subfebrilis, anaemiás, változó albuminuriában szenvedő fiatal gyermekekben a gümős vírus többnyire már ott kering a vérben. Igen jellemző példája ezen stadiumnak a gümős rheumatismus, melynek több esetében *Liebermeister* is, mások is ki tudták mutatni a vérben keringő tuberculosis-bacillusokat.

Ezen stadium magában foglalhatja a gyermekornak, a pubertásnak, sőt a későbbi életkornak nagy részét. Klinikai nyilvánulásai, mint ezen rövid vázlatból is kitűnik, proteusz-szerűen változnak. Az általános gyakorlatban többnyire még mint gümőkórra gyanusak szerepelnek és valóban az emberek legnagyobb része lassanként elveszíti ezeket a tüneteket, a nélkül, hogy a gümőkór a súlyosabb tertiaer stadiumba lépett volna.

A tertiaer stadium az, melyben a gümőkór minden kétséget legyőzve, leveti az álarcot. A tuberculosisnak klasszikus és sok orvos szemében még ma is egyetlen formái ilyen *késői* nyilvánulások. Idetartozik elsősorban a pthhisus pulmonum, továbbá az urogenitalis gümőkór, a csontok és izületeknek súlyosabb roncólásokhoz vezető cariesei. Vajjon mi szükséges ahhoz, hogy ilyen tertiaer, a többi betegség helyétől háttérbe szorító góczok keletkezzenek, vajjon a megbetegedett szervek csekélyebb helybeli ellenállásának, vajjon egy kívülről jött vagy saját bacillusai által közvetített reakciónak köszönik a létüket, ez még vita tárgya.

De az analogia evvel még nincsen kimerítve és éppen fejtegetésem célja a syphilises és gümős fertőzések közötti párhuzamot ezeknek utolsó consequentiájáig, a *metatuberculosisig* és a *metasyphilisig* folytatni. Remélem, meggyőzhetem Önöket arról, hogy e kórformák elkülönítéséhez nem az analogizáló játékban való kedvtelés, hanem a tények összefüggő láncolata, a beteg ember megfigyelése kórházban és kórházon kívül és a bonczolási anyag értékesítése vezetett.

*Metasyphilises megbetegedések* tudvalevőleg azok, a melyek luest kiállott egyénekben igen későn állanak elő. Kórbonczolástani substratumuk *toto coelo* különbözik a tertiaer lues jellemző termékeitől; a lueshez való hozzátartozóságuk nem a bonczoló asztalon, hanem a klinikán, az orvosi statisztikából és az elfogulatlan egyéni észlelésből állapított meg. A kórbonczolástani csak évtizedekkel később és akkor is eleinte habozva csatlakozott ezen betegségek lueses aetiologiájához. Legismertebb példák a tabes és a paralysis progressiva. Valóban a tabeses gerinczvelő degenerált hátulsó kötegeiben, a paralysises agykéregben, sorvadtt és elfajult ganglion-sejtjeivel és burjánzott glia-szövetével, az aortaaneurysma megvastagodott, elmeszesedett falzatában már semmi sem mutatja a lues gyári jelvényét. A spirochaetát ezekben a szöveti képződményekben hiába keressük. Pontos kórszövettani vizsgálatok csak jó későn mutatták, hogy ezen immár nem specifikus kórszövettani elváltozások bölcsője mellett a lues állott.

És ezen kórbonczolástaniilag nem specifikus folyamatok mégis a legdetermináltabb körképekhez vezetnek. A tabes, a paralysis, az aneurysma irgalmatlanul halad a maga útján. A lues elleni kezelésnek már semmi hatása; és ha az ígért therapia sterilisans magna valóban lehetséges volna és ha módunkban volna az utolsó spirochaetát utolsó rejtekhelyén elpusztítani, akkor sem tudnók már a kifejlődött tabest, paralysist, aneurysmát klinikai menetében befolyásolni.

*Metatuberculosis megbetegedések alatt már most szintén olyan kórállapotokat kell érteni, a melyek régi gümős fertőzés talaján fejlődtek ki és a melyek, míg az eredeti fertőzés lassanként kialszik vagy hatályát veszti, mint önálló evolutióval bíró alkati megbetegedések az egyén sorsát irányítják.*

Mielőtt e megbetegedések más közös tulajdonságairól szólnék, néhány typosus képen akarom a legfontosabb meta-

tuberculosis kórállapotokat Önök elé vezetni. Konkrét példákat választok közkórházi és magángyakorlatomból. Nem rarisokról van szó és így bizvást számíthatok arra, hogy ezek hallatára az Önök emlékezetében is hasonló élmények fognak életre kelni.

N. Sz. 20 éves fiatal leány jelentkezik kórházi osztályomon. Betegsége már évek óta tart és az utolsó hónapok alatt rosszabbodott. A cyanosis, a melybe némi icterusos árnyalat vegyül, a dyspnoë, mely a vízszintes fekvést lehetetlenné teszi, a 124-es alig tapintható pulsus, a has és az alsó végtagok hatalmas folyadékfelhalmozódása egy pillanatig sem hagynak kétséget aziránt, hogy súlyos vérkeringési zavar, a szív működés decompensatiója forog fenn. A vizsgálat azt deríti ki, hogy minden irányban erősen megnövekedett szívtompulat mellett a szív semminemű lüktetése sem látható vagy tapintható és hogy a szájadékok felett semmi zörejt sincs. A máj mint kemény, tömött, sima, tompaszélű duzzanat négy ujjnyival a bordaív alatt a hasür szabad folyadékában átbájlható és a cirrhosisos pangásos máj jól ismert tapintási benyomását váltja ki. A lép valamivel nagyobb, a vizelet concentrált, nyomokban tartalmaz fehérjét.

Mi okozza ép billentyűk mellett a szívnek e súlyos időszült elégtelenségét?

A tüdővizsgálat és az anamnesis megadja nekünk a választ.

A bal tüdőcsúcs tompa kopogtatási hangjával és megnyúlt, gyengén hörgi kilégzésével a régi tuberculosisból eredő zsugorodás határozott képét adta. A bal tüdő alsó részében szinte a scapulacsúcsig érő és a szívvel összefolyó igen intenzív, pleuralis folyadékfelhalmozódás gyanuját keltő tompulatot találtunk, de a nehezen behatoló próbapunctiók tú ezt hatalmas pleuralis kérgesedésből eredőnek minősítik. Úgy az alsó, mint a szívtompulattal határos elülső tüdőszélek teljesen mozdulatlanok. A szívtompulat nem követi a test helyzetváltozását.

A nyak bal oldalán szabálytalan, csillagos hegek, melyek alján sclerososis mirigymaradványok tapinthatók.

Ezeket kiegészíti az anamnesis, mely szerint hasa már gyermekkorában is néhányszor erősen meg volt dagadva; továbbá azt mondja, hogy ugyanakkor fakadtak fel a nyakmirigyei is és hogy néhány évvel ezelőtt vért köpött.

A beteg vizenyőjét és szívgyengeségét gyógyszeresen alig sikerült befolyásolni. Kétszer végeztünk rajta haspunctiót.

6 hetes kórházi tartózkodás után a beteg, a ki soha a láb legkisebb nyomát sem mutatta, mindinkább fokozódó szívgyengeség tünetei között elpusztult.

Diagnosisunk a következő volt:

*Polyserositis chronica, mediastinitis fibrosa chronica cum concrezione pericardii, tuberculosis alapon.* A pericardialis összenövések és a belőlük eredő szívgyengeség voltak azok, a melyek a kórképen uralkodtak és a beteg halálára vezettek.

A bonczolás teljesen megerősítette a felvételünket. A szív hatalmas kérgesedésekbe volt ágyazva, a melyek helyenként el is voltak meszesedve, a bal pleuralis kérgesedés alsó részében másfél ujjnyi lehetett; a máj tejszínű, fehér, rostos, vastag burkolatával a „Zuckergussleber“ képét adta, hasonló fehér porczszerű serosavastagodásokat találtak a lépén és a fali peritoneumon is. A bal tüdőcsúcsban és a peribronchialis mirigyekben néhány régi gümős sajtosodás volt található. Érdekes és meglepetésszerű elváltozásokat mutatott a jobb vese, a mely két ökölnyi gümős-sajtos zsákká volt átalakulva. Az ureter teljes heges elzáródást mutatott, a mi teljesen magyarázza azt, hogy ennek a valóban imponáló elváltozásnak a nyomait az élőben nem találhattuk.

Itt tehát olyan kórállapottal volt dolgunk, a mely az élőben már alig engedte a gümőkóros eredetét sejtetni; de kórbonczolástaniilag is a szívet körülbástyázó, meszes hegtömegek, a májat és lépét burkoló vastag rostos kötőszövet a specificitás minden jelét nélkülözték; tuberculosisist ezekkel átoltani szintén nem sikerült. Mégsem szenved kétséget, hogy ezen megbetegedés a beteg gümőkórja talaján nőtt. Az idő-



sültté vált polyserositis első heveny kezdetei nyilván abból az időből származtak, a mikor a mirigy tuberculosis florid stadiumban volt, de valószínű, hogy az elzárt, elsajtosodott jobb vese a belőle diffundáló toxinokkal szintén közbejárt. De azért nem habozom a beteg halálát okozó betegségét *metatuberculosisnak* és már nem *tuberculosisnak* nevezni, mert a beteg sorsa meg lett volna pecsételve akkor is, ha az egyetlen még meglévő, aktivitással bíró gümös gócot a szervezetéből eltávolítani, azaz a gümösvesét kórjelezni és kioperálni sikerült volna.

Ez lett volna a *metatuberculosis* kórállapotok egyik *cardialis* főtypusa. Nem titkolhatom, hogy a kórházi betegek bonczolása alkalmával hasonló *pericardialis* összenövéseken lapuló szívdecompensatiók igen gyakran csak a bonczoló asztalon lesznek kiderítve, még pedig az összenövések épp úgy, mint az egész kórkép *tuberculosis* forrása. Hogy milyen gyakoriak ezek az állapotok a későbbi gyermekkorban, bizonyítja *Flesch* és *Schossberger* néhány évvel ezelőtt megjelent kitünő dolgozata. De az ő *casuistikájukból* is kitűnik az, hogy milyen kevésé viselik ezek a szívdecompensatio képe alatt lefolyó kórállapotok a *tuberculosis* eredet hélyegét.

Még jóval gyakoribb azonban a szívdecompensatio azon formája, a mely a gümös eredetű *emphysema*hoz csatlakozik és melyet a *metatuberculosis pneumocardialis* typusának nevezhetünk. Ime egy typusos példa:

N. G., 28 éves nevelőnő minden évben ismétlődő hurutokban és asthmában szenved. Melle állandóan füttyül. Lépcsőt járni alig tud. Ajkai, kezei, körmei állandóan szilvakékek. Ha a hurut erős, akkor néhány napig lázas. *Baja 17 éves korában vérköppéssel kezdődött*, mely után legelőször támadt a köhögése és nemsokára a nehéz légzése. 1911 telén a baja különös erővel jelentkezett. Járásra absolute képtelen, lábai alul kissé dagadtak. Így került osztályomra.

A vézna, sötétkék ajkkal és cyanosisos arcszínrel ágyában ülve lihegő fiatal nőbeteg a tüdőtágulás physikai jeleit mutatja. A mellkas első megtekintésre elülső és hátulsó domborulatával az *emphysema*s mellkas benyomását kelti, de feltűnik a kulcscsont feletti árkok, főképpen a jobboldalinak beesett volta, valamint a felső tüdőapertura szűkülete. A *dyspnoë* legmagasabb fokú, a légvételek száma 60, tágult tüdő, szélei nem mozognak, a belégzés igen rövid, a kilégzés igen hosszú, sipoló, a gyengült alaplégzést a nedves zörejek teljesen fedik. A szív az epigastriumban szélesen lüktet, dilatatioja, dacára a tüdő tágulásának, igen jól megállapítható. A *pulsus* 148, filiformis, de rhythmusos, a szívhangok gyengék, a *pulmonalis* második hangja valamivel erősebb. Az érzékeny májduzzanat és a lábak vizenyője kiegészíti a szíverő hanyatlásának klinikai képét. A köpet kevés, nyálkás-genyes, a bakteriológiai lelet negatív. A temperatura nem haladja meg a 38-at.

A beteg a heveny hurut által súlyosbított fiatalkori *emphysema*-nak a képét adta, abban az előrehaladt stadiumban, melyben a szív is felmondja a szolgálatot.

Mídon a legerélyesebb *digalen*-, *kámfor*-, *apomorphin*- és *oxygen*-kezelés segítségével sikerült a reménytelennek látszó állapotot javítani, a szív compensatióját helyreállítani, az általános hurutot visszafejlődésre bírni, a pontosabban megjelölt vizsgálat a jobboldali tüdőcsúcs régi induratióját derítette ki. A *tompulat* állandónak mutatkozott és a hurutos zörejek ott sűrűn és ropogó minőségben állandósultak. A Röntgenfelvétel ugyanott a harmadik bordáig terjedő árnyékképződést, de a bal oldalon is moiret-szerű foltos, igen opak árnyékolást mutatott. A *gümöbacillust* a mind gyérebbé váló és állandóan genyes köpetben akkor se találtuk: ez a lelet a későbbi vizsgálatok alkalmával mindig azonos maradt.

A betegnek ez a története sok tüdőgümös beteg sorsát tükrözteti vissza. A tüdőcsúcs gümös megbetegedése gyógyul a nélkül, hogy *cavernaképződésre* kerülne a sor, de a *cirrrosis* tüdőszövetben állandósuló hurut folytán a tüdő rugalmas szövetei rugalmasságukat veszítették, a tüdőparenchymát kötőszöveti szigetek hatolják át, a légzés typusa megváltozik. Sok betegben a hurutos jelenségek egyenesen *asthma bronchiale*-szerű tünetekkel párosulnak; a mennyire igaz az, hogy az *asthma bronchiale* és a súlyos tüdőphthisis egymást kizáró betegségek, épp oly biztosnak tartom azt, hogy a jóindulatú kötőszövet zsugorodással és *pleuralis* összenövésekkel végződő disseminált gümös góczok kellő *dispositio* mellett valószínű *asthmaszerű* állapotokhoz vezethetnek. Különösen a szegényebb néposztályok idősebb dolgozó tagjain, a kik typusos *asthmapanaszokkal* fordulnak az orvoshoz, és kiken az *asthmás* componens fennállását a köpet minősége, valamint a *jod*- és *belladonna*-készítmények prompt hatása biztosan igazolja, majdnem állandóan találjuk a régi, valószínűleg

gyógyult, vagy legalább erősen inactív *tüdotuberculosis*st a felső tüdőrészekben.

A betegség előrehaladásával, a hurutok gyakoribbá válásával megszűnik a *dyspnoë* rohamszerű jellege és előáll a valószínű *emphysema*. Hogy a régi *latens* góczok toxintermelése a tüdő egyéb rugalmas elemeire bizonyos roncsoló hatást tud kifejteni, mint ezt egyes francia orvosok állítják, nem valószínű. Hiszen a *florid tuberculosis* is igen sokáig kiméli a rugalmas szövetelemeket a megbetegedett tüdőben, úgy hogy mindenesetre a régi gümös megbetegedésnek *közvetett hatásáról* lehet szó. Az tény, hogy a későbbi stadiumokban a felületes észlelő nem gyanítaná a majdnem hordóalakú mellkassal, tágult tüdővel bíró, állandóan köhögő, jellemző hurut nélküli egyénekben a régi gümös beteget. Csak a mellkas felső részének pontos átvizsgálása és a Röntgen-vizsgálat válik ilyenkor árulóvá. Ezenkívül a köpet átvizsgálása alkalmával néha azt találjuk, hogy a genyes, nyálkás, tisztán hurutos sputumok közé sűrűn vegyülnek olyanok is, a melyek erősen összeálló, körülhatároltak, világos-sárgás-zöldesek, porcellánszerűek, nyálkás burokkal nem bírók. Akkor, a mikor a beteg az általános hurut szünetel, ezen gomolyok izoláltan ürítetnek ki a reggeli órákban. Bár *tuberculosisbacterium*okat többnyire nem tartalmaznak, kétségtelen, hogy a fibrosusan elváltozott tüdőrészek tágult *bronchusaiból* vagy *sima falú kis cavernákból* származnak.

De majdnem lehetlenné válik a régi *tuberculosis* felismerése, ha az *emphysema*s beteg a szív-incompensatio stadiumában kerül szemünk elé. Bármilyen pontos is a tüdő vizsgálata, az eredeti baj felismerése néha lehetetlen. Néha akad egy-egy bátor klinikus, ki az ilyenkor megejtett tévedéseket a nyilvánosságra hozza, például *Jaksch*, a ki első assistensével (*Rotky*) nemrégen egy esetet közöltetett, melyben *billentyűbajt* konstataáltak, holott a bonczolás egy, az előbbihez hasonló *metatuberculosis* kórállapotot derített ki.

*Ezen cardiopulmonalis forma ismerete azonban nagy gyakorlati jelentőséggel is bír.* Az orvos ezen állapotok megítélésekor többféle tévedésbe eshetik. Ha a beteget már a határozott szívgyengeség stadiumában látja, akkor a *tuberculosis* eredet elhanyagolása nem nagy hiba, minthogy a *therapiás* intézkedések ilyenkor csakis a vérkeringés helyreállítására irányulhatnak.

Másképpen áll a dolog akkor, a mikor a *cardio-pulmonalis phasis még kifejlődve nincsen, az emphysema még keletkezésben van és a mikor az egész kórfolyamatot megindító rostos tuberculosis még nem állotta ki a teljes inaktivitásnak több éves próbáját.* Nagy hiba ilyenkor a *tuberculosis* eredet figyelmen kívül hagyni és a szemünk előtt lassan fejlődő kórállapotot a hurutos *asthma*, a banalis *emphysema* kezelésének alávetni, mert ezen *metatuberculosis* kórformák esetén mindenkor szem előtt kell tartanunk, hogy a betegség menete a *metatuberculosis útjáról ismét a tuberculosis fertőző, evolutiós vonalára kanyarodhatik át.* A beteg, a ki éveken keresztül mint *asthmás*, *emphysema*s beteg szerepelt, elveszítheti saját *gümöbacillusaival* szemben élvezett relatív immunitását és a tüdőbeli gümös folyamat felélénkülése folytán a tüdőgümőkórnak valamelyik előhaladó roncsoló válfajába esik. Minthogy ezen késői fellobbanásai a *latens*nek vélt, vagy soha fel nem ismert specifikus tüdőfolyamatnak rendesen nem lokalizálódnak a tüdőcsúcsban, igen gyakran banalis hurutos elváltozásokra, a tüdő középső és alsó részeiben lejáró bronchopneumoniákra gondolnak. A köpetvizsgálat ilyenkor néha csak napok vagy hetek mulva ad pozitív eredményt. Ha azonban a gümös folyamatnak mint ilyennek felélénkülése a *bacillusnak haematogen szétszóródására* vezetett, akkor ezen *diagnostikai támpont* is elesik. A szegény néposztály rosszul táplált, *emphysema*s, kissé *arteriosclerosisos* betegek igen gyakran lesznek az 50. éven túl ilyen *haematogen disseminatió*nak, a *tuberculosis miliaris*nak legfeljebb sejtett, de többnyire biztosan nem *diagnoskálható* formájának áldozatává.

Másrészt vannak betegek, kik a *gümőkór* jötermészetű rostos maradványaival hosszú évtizedeken át nem szorulnak arra a féltő gondra, a melyben az *activ tuberculosis*usokat ré-



szesítjük. Ezen esetekben a folyamat nagy inaktivitása mellett szól az is, hogy a rendes tuberculinreakciók többnyire nem sikerülnek, hogy a bőr- és conjunctivalis reakciók akárhányszor elmaradnak és csak nagyobb subcutan tuberculinadagokra (3 vagy 5 milligrammra) reagálnak kisebb lázzal. Ilyen csekély lévén a tuberculinérzékenyséjük, a specifikus tuberculinkezelés immunizáló javalata elesik. Sanatoriumokba főlegesen őket küldeni. Személyes jó érzésükről és jövőjük-ről eléggé van gondoskodva akkor, hogyha nagyobb másodlagos ártalmakat távol tartunk tőlük, ha őket a nagyobb megerőltetésektől, a nem fajlagos hurutoktól megóvjuk. Azt tapasztaltam, hogy a betegeknek ez a fajtája rosszul reagál a magaslati levegőre, holott a dél egyenletesen meleg, száraz levegőjében igen jól érzik magukat. Ezek azok a látszólag banális hurutban szenvedő egyének, a kik Egyiptomban fényes eredményeket tudnak elérni, ugyanabban az Egyiptomban, a mely az activ tuberculosisra nézve akárhányszor directe káros. Gleichberg, Reichenhall hemzsegnek az ilyen fajta idősebb betegektől. A munkásosztályban igen fontos feladatunk minden olyan munkának a megszorítása, a mely a szívre nagyobb feladatokat hárít; fiatalabb egyének foglalkozásának megválasztásakor ezeket a gyógyult gümös formákat szintén tekintetbe kell vennünk, főképpen akkor, a mikor a metatuberculosis elváltozások kezdetei már-már megtalálhatók stb. Azok közt az ártalmak közt, a melyek továbbfejlesztik azt, a mit a fél úton megállott tuberculosis megkezdett, nagy szerepe lehet az alkoholnak és orvosokból álló gyülekezetben nem is kell mondanom, hogy az alkohol elleni egyéni propagandának ilyen egyénekre kell kezdődnie.

Igen fontos volna annak a megállapítása, hogy áll-e ezeknek a betegeknek a fertőzőképessége másokra nézve? A bacteriumok, a melyeket esetleg saját szervezetükben hordoznak, rájuk nézve, úgy látszik, meglehetősen ártalmatlanok. Köpetük ritkán tartalmaz bacillust, és ha találunk bacillusokat, ezek igen gyérek és többnyire azok közé az avirulens formák közé tartoznak, a melyek mint *Much*-féle granulák ismeretesek (*Neumann* és *Matson*). Vannak egyének, a kik életük végéig úgy szólván csak „bacillusgazdák” maradnak, a kik azonban mint ártatlan ephysemások, asthmások vagy ál-szív-betegek szerepelvén, mégis köpetükkel környezetüket némi-képp veszélyeztethetik. Ki ne ismerne családokat, a melyekben a gyermekek gümőkórjának, az egyik gyermek görvélly-kórjának, a másik gyermek tuberculosis meningitisének senki sem tudja az okát, holott esetleg egy a családban élő idősebb hurutos ember, az „asthmás” nagyapa, a tüdőtagulásos nagyanya lassan, de biztosan terjeszti a tuberculosis virust.

(Folytatása következik.)

A berlini egyetem gyógyszerintézetében készült dolgozat. Igazgató: A. Heffter dr., egyetemi tanár, titkos tanácsos. (Immunitás-vizsgáló és experimentalis-therapiai osztály. Vezető: E. Friedberger dr., tanár.)

## Az anaphylaxia gyógyszeres befolyásolásáról.

Irta: Galambos Arnold dr.

*Auer* és *Lewis* mutatta ki, hogy atropinnal az anaphylaxia kifejlődését meg lehet akadályozni. *Biedl* és *Kraus*, *Anderson* és *Schultz* megerősítette e tapasztalatot. *Mita* ellenvetéseinek hibáira *Auer* (*Karsner* és *Nutt*) mutatott rá.

Vizsgálataim kiinduláspontjaul az anaphylaxia atropinnal való befolyásolhatóságának érdekes, fontos s még mindig vitás kérdése szolgált. Másodsorban arról igyekeztem meggyőződést szerezni, vajjon ezen hatás szigorúan atropinhatásnak eredménye-e, avagy azonban hasonló hatásokat más szerekkel is létesíthetünk-e?

Elsősorban adrenalinnal kísérleteztem. *Auer* és *Lewis* szerint az anaphylaxiában kimutatható s a *Gay* és *Southard* által leírt felfúvódása a tüdőknak (Lungenblähung) a periferián ható, bronchospasmusos, anaphylaxiás méreghatásnak az eredménye (*Auer* és *Lewis*, *Biedl* és *Kraus*, *Graetz*, *Schürer* és *Strassmann*, *Löwit*, *H. T. Karsner*), s az atropin-

hatás éppen a periferiás bronchospasmus csökkentése vagy megszüntetése alapján volna magyarázható (*Auer* és *Lewis*).

A kísérleti és klinikai úton bebizonyított, végeredményében atropinszerű (az atropin a vagusra bénítólag, az adrenalinnal az antagonistaképpen ható sympathicusra izgatólag hat) hatása az adrenalinnak (Sympathikotonie) nagy valószínűséggel engedett arra következtetni, hogy az anaphylaxiában épp úgy, mint egyéb bronchospasmusos állapotban, pl. asthma bronchiale eseteiben, gyógyítólag hat. A vagus átvágásának az anaphylaxiás méreg centralis hatásának esetében a bronchospasmus kifejlődésére szintén gátlólag kell hatnia, míg ha az anaphylaxiás méreg hatása periferiás, akkor a bronchospasmus kifejlődésének meggátlása nem várható.

Kísérleteimben tengeri malaczkok bőre alá 2 cgr. lósavót fecskendeztem 1 cm<sup>3</sup> physiologiás konyhasóoldatban. A reinjectio 13 nappal később történt. A reinjectio, valamint az ezt megelőző befecskendezése a gyógyszernek intravenásan alkalmaztatott. Az állatok testsúlyának lemérése a reinjectio előtt történt.

Az anaphylaxia kifejlődését gátló gyógyszerek alkalmazásakor két körülmény szem előtt tartása kívánatos: először ismernünk kell a gyógyszer mennyiségét — a mit különben már *Auer* is hangsúlyozott az atropin alkalmazása esetén —, másodsorban, a mint az vizsgálataim eredményéből kitűnik: azon időköz hosszát, mely a gyógyszer s az antigen (reinjectio) befecskendezésének ideje közt eltelik.

Hogy nagyobb atropinadag az anaphylaxiás méregnek többszörösen halálos adaga ellen hatásos, mint kisebb atropinmennyiség (*Auer*, *Karsner* és *Nutt*), saját vizsgálataim alapján is megerősítést nyer (egyenlő időközti tételezve fel a két befecskendés közt). Így pl., míg a XV. sz. esetben 10 mgr. atropin a lósavónak több mint 4-szeresen halálos adaga ellen (0.5 cm<sup>3</sup>) hatásosnak bizonyult s az anaphylaxia kifejlődését meggátolta, addig az atropinnak kisebb adaga, 3 mgr. (XI. sz.) ugyanezen lósavómennyiség mérgező hatását már nem tudta megakadályozni s az anaphylaxia 9 perc alatt halálhoz vezetett. Mindkét esetben 26 perces intervallumot tartottam be.

Jelentékeny védőhatás elérésére nagy atropinadagra van szükség. Középsúlyos tengeri malaczkok 24 mgr. atropint még jól tűrtek el; 30 mgr. mutatkozott csak halálosnak.

A két befecskendezés közti időköz jelentősége annál fontosabb és feltűnőbb, minthogy 25—30 percnyi idő mutatkozott optimalisnak, míg az intravenásan alkalmazott gyógyszerek hatása rendszerint másodpercsek vagy alig 1—2 perc alatt szokott nyilvánvaló lenni.

A két befecskendés közti időköz fontosságának szerepét a következő sorozat világítja meg. A XII.—XVI. sz. esetnek mindegyikében 10 mgr. atropint s különböző idő múlva 0.5 cm<sup>3</sup> lósavót fecskendeztem be. Az oltások egyidejű alkalmazása esetén (XII. sz.), valamint azon esetekben, a melyekben az injectio az atropin befecskendezése után 10 (XIII. sz.), illetve 84 perc múlva (XVI. sz.) végeztetett, a reinjectio typusos anaphylaxiás jelenségek között 4—7<sup>1</sup>/<sub>2</sub> perc alatt halálra vezetett, míg akkor, ha az időköz 18 perc volt (XIV. sz.), az állat egy anaphylaxiás shock kiállása után életben maradt. 26 perces intervallum mutatkozott optimalisnak (XV. sz.), mert ez esetben anaphylaxiás tünetek kifejlődésére nem került a sor.

Ezek alapján elérhetjük azt is, hogy e két változtatható tényezőt (gyógyszeradag s időköz) oly módon kombináljuk, hogy kisebb atropinadagok nagyobb védőhatást fejtenek ki, mint nagyobb atropinadagok, t. i. akkor, ha a reinjectio időpontját czélszerűbben választjuk meg az első, mint a második esetben. Így pl. a X. sz. esetben — 8<sup>1</sup>/<sub>2</sub> perces intervallum esetében — 0.5 cm<sup>3</sup> lósavó befecskendése 15 mgr. atropin alkalmazása mellett is 9 perc alatt halálos hatást fejtett ki, míg a XIV. sz. esetben, a melyben a két befecskendés közti időtartam 18 perc volt, még kifejezettebben azonban a XV. sz. esetben — 26 perces intervallum esetében — ugyanezen lósavó mennyiségének toxikus hatását már 10 mgr. atropin is meg tudta gátolni.



## I. sorozat.

Szám	Test-súly (gr.)	Gyógyszer és adag (folyadékmennyiség)	Később (perc)	Reinjiciált lósvó és adag (folyadékmennyiség)	Megjegyzések
I.	360	—	—	0·10 (1 cm <sup>3</sup> )	Súlyos anaphylaxiás shock. Magához tér.
II.	390	—	—	0·10 (1 cm <sup>3</sup> )	Súlyos anaphylaxiás shock. Magához tér.
III.	350	—	—	0·12 (1·2 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 4 perc alatt elpusztul. A bonczolás-lelet typosos.
IV.	37	—	—	0·12 (1·2 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 4 perc alatt elpusztul. A bonczolás-lelet jellemző.
V.	350	—	—	0·12 (1·2 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 4 perc alatt elpusztul. A bonczolás-lelet jellemző.
VI.	330	5 cm <sup>3</sup> phys. NaCl	18	0·12 (1·2 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 6 perc alatt elpusztul. A bonczolás-lelet jellemző.
VII.	400	Atropin 30 mgr. (3·0 cm <sup>3</sup> )	—	—	1½ perc alatt elpusztul (atropinhalál).
VIII.	410	Atropin 24 mgr. (2·4 cm <sup>3</sup> )	36	0·5 (0·5 cm <sup>3</sup> )	Egészséges.
IX.	390	Atropin 24 mgr. (2·4 cm <sup>3</sup> )	41	0·75 (0·75 cm <sup>3</sup> )	Egészséges.
X.	370	Atropin 15 mgr (1·5 cm <sup>3</sup> )	8½	0·5 (0·5 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 9 perc alatt elpusztul. A bonczolás-lelet jellemző.
XI.	320	Atropin 3 mgr. (0·3 cm <sup>3</sup> )	26	0·5 (0·5 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 9 perc alatt elpusztul. A bonczolás-lelet jellemző.
XII.	330	Atropin 10 mgr. (1·0 cm <sup>3</sup> )	egyidejűleg	0·5 (0·5 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 7½ perc alatt elpusztul. A bonczolás-lelet jellemző.
XIII.	300	Atropin 10 mgr. (1·0 cm <sup>3</sup> )	10	0·5 (0·5 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 4 perc alatt elpusztul. A bonczolás-lelet jellemző.
XIV.	320	Atropin 10 mgr. (1·0 cm <sup>3</sup> )	18	0·5 (0·5 cm <sup>3</sup> )	Könnyű anaphylaxiás shock. Magához tér.
XV.	320	Atropin 10 mgr. (1·0 cm <sup>3</sup> )	26	0·5 (0·5 cm <sup>3</sup> )	Egészséges.
XVI.	350	Atropin 10 mgr. (1·0 cm <sup>3</sup> )	84	0·5 (0·5 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 5 perc alatt elpusztul. A bonczolás-lelet jellemző.
XVII.	330	Adrenalin 0·4 mgr. (1·0 cm <sup>3</sup> )	—	—	4 perc alatt elpusztul (adrenalin-halál). Kisfokú tüdőtagulás; nagyfokú tüdővérzés. Igen halvány zsigerek. Túlélő sziv.
XVIII.	340	Adrenalin 0·1 mgr. (1·0 cm <sup>3</sup> )	—	—	5 perc alatt elpusztul (adrenalin-halál). A bonczoláslelet: mint az előbbi esetben.
XIX.	340	Adrenalin 1/30 mgr. (1·0 cm <sup>3</sup> )	10	0·24 (2·4 cm <sup>3</sup> )	Egészséges.
XX.	340	Adrenalin 1/30 mgr. (1·0 cm <sup>3</sup> )	—	—	6 perc alatt elpusztul (adrenalin-halál). A bonczoláslelet: mint az előbbi esetekben.
XXI.	300	Adrenalin 1/60 mgr. (0·5 cm <sup>3</sup> )	26	0·36 (0·36 cm <sup>3</sup> )	Egészséges.
XXII.	320	Adrenalin 1/60 mgr. (0·5 cm <sup>3</sup> )	15	0·4 (0·4 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 11 perc alatt elpusztul. A bonczolás-lelet jellemző.
XXIII.	330	Adrenalin 1/60 mgr. (0·5 cm <sup>3</sup> )	33	0·5 (0·5 cm <sup>3</sup> )	Könnyű anaphylaxia. Magához tér.
XXIV.	260	Adrenalin 1/60 mgr. (0·5 cm <sup>3</sup> )	21	0·6 (0·6 cm <sup>3</sup> )	1 óra hosszat teljesen ép, aztán protrahált lefolyású anaphylaxia. 100 perc múlva elpusztul. A bonczoláslelet nem jellemző.
XXV.	330	Adrenalin 1/60 mgr. (0·5 cm <sup>3</sup> ) + atropin 10 mgr. (1 cm <sup>3</sup> )	14	0·8 (0·8 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 15 perc alatt elpusztul. A bonczolás-lelet jellemző.
XXVI.	400	Mindkét n. vagus átvágása	—	—	Dyspnoë. 75 perc múlva elpusztul. Ép tüdőhatárok. Tüdővérzések. Vértelt zsigerek.
XXVII.	350	Mindkét n. vagus átvágása	egyidejűleg	0·2 (2·0 cm <sup>3</sup> )	Dyspnoë. 30 perc múlva elpusztul. A bonczoláslelet anaphylaxiára nem jellemző.
XXVIII.	360	Mindkét n. vagus átvágása	"	0·4 (0·4 cm <sup>3</sup> )	Dyspnoë. 1 óra múlva is él.
XXIX.	410	Mindkét n. vagus átvágása	"	0·6 (0·6 cm <sup>3</sup> )	Dyspnoë. Typusos anaphylaxia. 4 perc alatt elpusztul. A bonczoláslelet jellemző.
XXX.	370	Jobboldali n. vagus átvágása	"	0·2 (2·0 cm <sup>3</sup> )	Egészséges.
XXXI.	370	Jobboldali n. vagus átvágása	"	0·6 (0·6 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 4 perc alatt elpusztul. A bonczoláslelet jellemző.

## II. sorozat.

XXXII.	200	—	—	0·12 (1·2 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 3½ perc alatt elpusztul. A bonczoláslelet jellemző.
XXXIII.	200	—	—	0·12 (1·2 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 4½ perc alatt elpusztul. A bonczoláslelet jellemző.
XXXIV.	200	—	—	0·10 (1·0 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. Magához tér.
XXXV.	210	—	—	0·10 (1·0 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 8 perc alatt elpusztul. A bonczoláslelet jellemző.
XXXVI.	300	—	—	0·08 (0·8 cm <sup>3</sup> )	Egészséges.
XXXVII.	340	3 cm <sup>3</sup> physiol. NaCl	egyidejűleg	0·12 (1·2 cm <sup>3</sup> )	Bágyadt. Magához tér.
XXXVIII.	220	3·5 cm <sup>3</sup> phys. NaCl	"	0·15 (1·5 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 3 perc alatt elpusztul. A bonczoláslelet jellemző.
XXXIX.	290	3 cm <sup>3</sup> phys. NaCl	"	0·16 (1·6 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 3 perc alatt elpusztul. A bonczoláslelet jellemző.
XL.	—	Adrenalin 1/60 mgr. (0·5 cm <sup>3</sup> )	"	0·35 (0·35 cm <sup>3</sup> )	Egészséges.
XLI.	200	Adrenalin 1/60 mgr. (0·5 cm <sup>3</sup> )	"	0·6 (0·6 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 4 perc alatt elpusztul. A bonczoláslelet jellemző.
XLII.	210	Adrenalin 1/60 mgr. (0·5 cm <sup>3</sup> )	"	0·5 (0·5 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 4½ perc alatt elpusztul. A bonczoláslelet jellemző.
XLIII.	200	Adrenalin 1/60 mgr. (0·5 cm <sup>3</sup> )	12	0·5 (0·5 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 4 perc alatt elpusztul. A bonczoláslelet jellemző.
XLIV.	215	Adrenalin 1/60 mgr. (0·5 cm <sup>3</sup> )	25	0·5 (0·5 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 25 perc alatt elpusztul. A bonczoláslelet jellemző.
XLV.	180	Adrenalin 1/60 mgr. (0·5 cm <sup>3</sup> )	27	0·42 (0·42 cm <sup>3</sup> )	Egészséges.
XLVI.	270	Adrenalin 1/60 mgr. (0·5 cm <sup>3</sup> )	42	0·5 (0·5 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 4 perc alatt elpusztul. A bonczoláslelet jellemző.
XLVII.	200	Adrenalin 1/60 mgr. (0·5 cm <sup>3</sup> )	75	0·35 (0·35 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 5 perc múlva elpusztul. A bonczoláslelet jellemző.
XLVIII.	280	Adrenalin 1/120 mgr. (0·25 cm <sup>3</sup> )	27	0·3 (0·3 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 5 perc alatt elpusztul. A bonczoláslelet jellemző.



## III. sorozat.

Szám	Test-súly (gr.)	Gyógyszer és adag (folyadékmennyiség)	Később (perc)	Reinjiciált lósavó és adag (folyadékmennyiség)	Megjegyzések
XLIX.	270	—	—	0·10 (1·0 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 5 perc alatt elpusztul. A bonczolás-lelet jellemző.
L.	170	—	—	0·10 (1·0 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 4 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> perc alatt elpusztul. A bonczolás-lelet jellemző.
LI.	200	—	—	0·08 (0·8 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 5 perc alatt elpusztul. A bonczolás-lelet jellemző.
LII.	200	—	—	0·08 (0·8 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 4 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> perc alatt elpusztul. A bonczolás-lelet jellemző.
LIII.	—	—	—	0·08 (0·8 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 5 perc alatt elpusztul. A bonczolás-lelet jellemző.
LIV.	280	—	—	0·08 (0·8 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. Magához tér.
LV.	—	—	—	0·065 (0·65 cm <sup>3</sup> )	Egészséges.
LVI.	210	5 cm <sup>3</sup> phys. NaCl	egyidejűleg	0·08 (0·8 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. 4 perc alatt elpusztul. A bonczolás-lelet jellemző.
LVII.	360	4 cm <sup>3</sup> phys. NaCl	"	0·08 (0·8 cm <sup>3</sup> )	Egészséges.
LVIII.	180	3 cm <sup>3</sup> phys. NaCl	"	0·08 (0·8 cm <sup>3</sup> )	Bágyadt. Magához tér.
LIX.	190	3 cm <sup>3</sup> phys. NaCl	"	0·09 (0·9 cm <sup>3</sup> )	Anaphylaxia. Magához tér.
LX.	220	3 cm <sup>3</sup> phys. NaCl	"	0·12 (1·2 cm <sup>3</sup> )	Bágyadt. Magához tér.

Egészen hasonló viszonyokkal találkoztam az adrenalin alkalmazásának esetében is. A 30-szorosan hígított 1<sup>o</sup>/<sub>100</sub>-s adrenalinak (Parke-Davis & Co.) 1<sup>o</sup>/<sub>2</sub> cm<sup>3</sup>-ét alkalmaztam esetenként, tehát 1<sup>o</sup>/<sub>60</sub> mgr. adrenalin. Nagyobb adagok halálosak voltak.

Az adrenalinval kezelt tengeri malaczkok (XXIII. és XXIV. sz.), éppúgy mint az atropinnal kezelték, a lósavó halálos adagának többszörösét (ötszörös) is elbírták (optimalis intervallum). Rövidebb időköz itt is hatástalanabbnak bizonyult, a mennyiben pl. 15 perces intervallum esetében az anaphylaxiás jelenségek (XXII. sz.) már 0·4 cm<sup>3</sup> (3<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-szorosán halálos adag) lósavó alkalmazása mellett is, bár kissé lassabban, de 11 perc alatt mégis halálra vezettek.

Más esetekben, midőn az adrenalin s a lósavó befecskendezése egyidőben történt (XLII. sz.), vagy mikor a reinjectio az adrenalin befecskendezését 12 (XLIII. sz.), illetve 42 (XLVI. sz.) perc múlva követte, a halál 4 perc múlva következett be, míg 25 perces intervallum esetében (XLIV. sz.) a halál csak lassan, 25 perc múlva állott be. Mindezen esetekben 0·5 cm<sup>3</sup> lósavót alkalmaztam. Az 1<sup>o</sup>/<sub>60</sub> mgr. adrenalinak s 0·35 cm<sup>3</sup> lósavónak (3<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-szeresen halálos adag) együttes befecskendezése esetében az állat életben maradt, míg ha a 2 injectio közt 75 perc telt el (XLVII. sz.), az állat anaphylaxiás jelenségek közt elpusztult. 27 perces intervallum esetében (XLV. sz.) a lósavónak több mint négyszeresen halálos dosisát (0·42 cm<sup>3</sup>) túlélt az állat. Optimalis időköz (26 perc) esetében a rendszerint alkalmazott adrenalin mennyiségének a fele (1<sup>o</sup>/<sub>120</sub> mgr. adrenalin) a lósavó 0·3 cm<sup>3</sup> reinjectió dosisének alkalmazásakor is elégtelennek bizonyult (XLVIII. sz.).

Atropin s adrenalin egyidejű alkalmazása is jelentékenyen hatásosnak bizonyult, a mennyiben 1<sup>o</sup>/<sub>60</sub> mgr. adrenalin + 10 mgr. atropin oly védőhatást fejtett ki, hogy bár az intervallum csak 14 perc volt, az anaphylaxiás állapot a lósavó 7-szeresen halálos dosisének alkalmazása mellett is (0·8 cm<sup>3</sup> lósavó) csak 15 perc múlva vezetett halálra.

Egy- vagy kétoldali átmetésze a vagusnak kifejezett védőhatást fejtett ki az anaphylaxiás állapot kifejlődése, illetve a halál beállta körül. Ez teljes összhangzásban áll Friedbergernek és Gröbernek észleletével (élőszóval való közlése Friedbergernek).

A vagusátmetésnek anaphylaxiagátló hatása az anaphylaxiás méregnek centralis hatása mellett szól. Az antigen többszörösen halálos adagának reinjectiója után kifejlődött típusos anaphylaxia azonban azt is igazolja, hogy bár a központi idegrendszer sokkalta érzékenyebb a méreg iránt, mint a körzeti idegvégék, azonban koncentráltabb méreghatás eseteiben a körzeti idegvégék izgalma is anaphylaxiához vezethet. Auer és Lewis s mindazok, a kik a központi idegrendszer kiiktatásával vagy vagusátmetés után létesítettek anaphylaxiát s ilyen alapon igyekeztek az anaphylaxiás méreghatásnak peri-

pheriás eredetét beigazolni, ezen quantitativ viszonyokra úgy látszik nem voltak figyelemmel.

Az anaphylaxia okát általában kétféle módon magyarázzák: tengeri malaczkon bronchospasmus okozta asphyxia útján (Auer és Lewis, Biedl és Kraus, Schürer és Strassmann, Löwit), kutyákon Biedl és Kraus, nyúlön Friedberger és Gröber vérérébenulás útján létrejött vérnyomáscsökkenés alapján. Az atropin s adrenalin alkalmazása s a vagus átmetésze útján elért eredmények tengeri malaczkon a bronchospasmusos magyarázattal jól összeegyeztethetők. A vaguskisérletek azt is igazolják, hogy az anaphylaxiás méreg hathat centralisan is, periferiásan is, normalis viszonyok mellett azonban elsősorban centralisan.

**Összefoglalás.** Az anaphylaxiás állapot kifejlődését, mint az atropin, az adrenalin is meggátolja. A vagus-átmetés is hasonló értelemben hatásos. Az alkalmazott szerek mennyiségén kívül mindenkor figyelembe kell vennünk azon időköz hosszát, mely a védőhatású szer s az antigen injectiója közt fennáll.

**Irodalom.** J. Auer: Anaphylaxie und Atropin. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. 1912, XII. köt. — Auer u. Lewis: Journ. of the Amer. med. Assoc. 1909, 53. köt. — Anderson u. Schultz: Proc. of soc. for exp. biol. and med. 1909, 7. köt. — Biedl u. Kraus: Experim. Studien über Anaphylaxie. Wiener klin. Woch., 1909. — Biedl u. Kraus: Experim. Studien über Anaphylaxie. Wiener klin. Woch., 1910. — Biedl u. Kraus: Experim. Studien über Anaphylaxie. Zeitschr. f. Immunitätsforsch., 1910, VII. köt. — A. Bornstein: Ueber die Rolle der hypertensischen Kochsalzlösungen bei der Anaphylaxie. Zeitschr. f. Immunitätsforsch., 1912, XIV. köt. — F. Erben: Vergiftungen. — Friedberger, egyedül s tanítványival. A legtöbb munkájuk a Zeitschr. f. Immunitätsforsch.-ban. — Gay u. Southard: The localisation of cell and tissue anaphylaxis in the guinea pig etc. Journal med. Research., 1908, 19. köt. — Fr. Graetz: Die Bedeutung der Lungenblähung als Kriterium der Anaphylaxie. Zeitschr. f. Immunitätsforsch., 1911, 8. köt. — H. Hirschfeld u. L. Hirschfeld: Ueber vasokonstringierende Substanzen im anaphylaktischen Shock und bei der Anaphylatoxinvergiftung. Zeitschr. f. Immunitätsforsch., 1912, XIV. köt. — H. T. Karsner: The lungs of the guinea pig in anaphylaxis produced by Toxic Sera. Zeitschr. f. Immunitätsforsch., 1912, XIV. köt. — H. T. Karsner u. J. B. Nutt: The relation of the intoxicating dose of horse serum to the protective dose of atropin in anaphylaxie in guinea pig. Journal of the Amer. med. assoc., 1911, 57. köt. — Kobert: Toxikologie. — S. Mita: Ueber Anaphylaxie. Zeitschr. für Immunitätsforsch., 1911, XI. köt. — Löwit: Der anaph. Shock und der Peptonshock. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm., 68. köt. — Schürer u. Strassmann: Zur Physiologie des anaphylaktischen Shocks. Zeitschr. f. Immunitätsforsch., 1912, XII. köt.

## Az Abbott-féle scoliosis-kötések.

Irta: *Widder Bertalan* dr., műtőorvos.

A scoliosiskezelésben egy idő óta beállott pangást kellemes meglepetés váltotta fel, midőn az amerikai orthopaed, Abbott (Portland) közleménye megjelent. Gipszkötéssel korrigálható a bordapúp. A kötések technikája és a hozzávaló anyag, a műtőasztal, melyen a gipszkötést készíti, oly kompli-



kálnak tetszett, hogy a kötéseket csak azóta tudom jól készíteni, mióta személyesen láttam, hogy *Abbott* miképp jár el. Évek óta magam is kísérleteztem a nagyobb fokú scoliosisnak kötéssel való korrigálásával, mint azt az 1911. évi sebészeti congressuson be is mutattam; nem használtam extenziót, hanem a lejtőre fektetett törzset lehetőleg adagolt súlynyomással gipszeltem be.\*

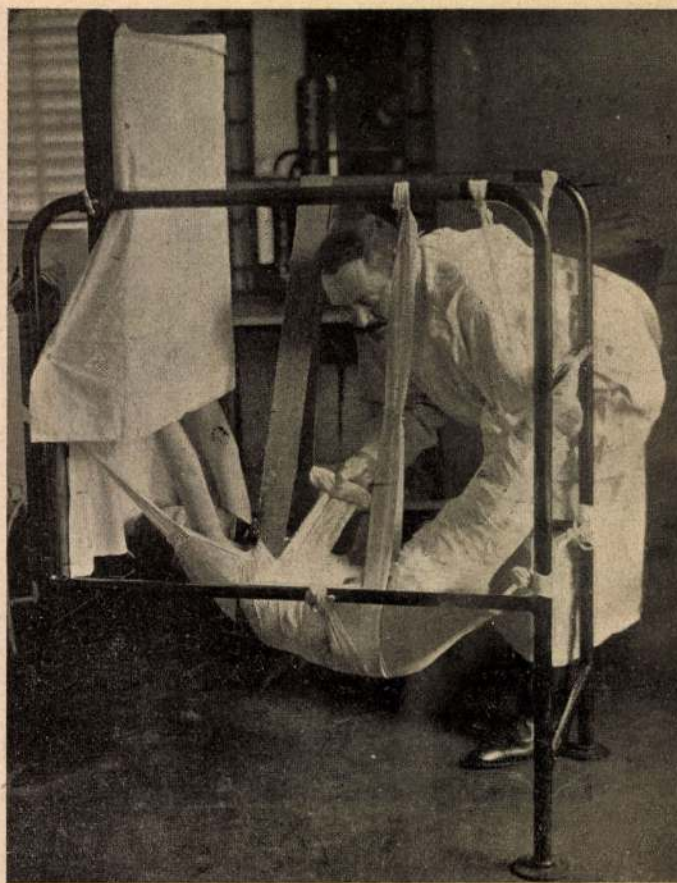
Az újfajta kötéseket, melyek a törzset úgy támasztják meg, hogy fixpontot kapok a púp redresszálására és a csigolyák torsiójának javítására, örömmel üdvözlöm. Ha nincsenek is még nagyszámú eredmények az idő rövidege miatt, mégis megmozgatta a scoliosis-therapiát. Az eddigi kötésekkel nem értünk el eredményt, mert féltünk a kötésnek nyomásától, mely sorvasztólag hat az izomzatra, részben a tüdőösszenyomatás, szíveltolatás veszélyétől.

A scoliosisokat kezelhetőségük szerint két csoportba osztom. Az elsőbe tartoznak a kezdetleges scoliosisok. Ezeket gondos gyakorlatozással, izomerősítéssel, prophylaxisosan elhárítva azt, a mi a scoliosist fokozná, elég jó eredménnyel lehetett kezelni. A másik csoportba tartoznak a nagyobb fokú, még rugalmas bordák, és a már fix scoliosisok, melyeket úgyiszlóván „készen” kapunk kezünkbe. Ez utóbbiak esetén, fájdalom, tehetetlenek voltunk. Ehhez járultak sokszor a laikus kezelők (egyenestartó-készítők, tornáztatók, sportoltatók), kik minden rendszer nélkül, tisztán anyagi haszonból fokozták az amúgy is nagy scoliosist. Így sokszor kapunk rendelésünkre olyan scoliosisokat, kik azt állítják, hogy mindent megtettek a görbület leküzdésére. Csak szakorvos kezébe nem kerültek.

A nagy fokú scoliosis korrigálása *Wullstein*, *Schultes* gépeivel csak momentán hatású; állandó correctiót elérni nem lehet, mert az erőszakos redresszálás által teremtett új alakhelyzet nem tökéletes és ha a kötést megmozgattuk, levettük, hogy újjal pótoljuk, akkor a hatása elveszett. *Abbott* rendszere éppen az ellenkező, a kötést nem mozgatja meg; az erőszakos redresszálást csak részben viszi keresztül, a többit a kötés által nyújtott fixpontok és ezen pontok kihasználása által elért fokozatos redresszálás által; *túlcorrectiót* hoz létre, a melyet állandósítani tud azáltal, hogy a kötést sokáig viselteti. Utókezelheti a *túlcorrectiót*, a mely nemcsak a púp korrigálásából, illetőleg ellenkező oldal felé nyomásából áll, hanem a megfelelő csigolyák torsióját is korrigálja. Ezért sikerül az eredményt állandósítani. Elveti az extenziót és a lordosist (mint a *Klapp*-féle „*Kriechmethode*”-ben) és a *hyperkyphosist* használja fel; a csigolyák ízületeinek lazaságára építi azok detorsióját.

*Abbott* rendszere a következő gyakorlati tapasztalatra épít: Először a scoliosis nem más, mint a *physiologic*e el-tolt hátgerincnek nagyobb fokban való eltolt helyzetben rögzítése. Ezt a tételt ő a művi scoliosissal bizonyítja. Mutatott egy medikust, kit normalisból művileg scoliosissá tett. Egy idő múlva ismét művileg redresszálta a púpot. Erre alapítja kötését. Másodszor: *túlcorrectiót* kell elérni és ezt az eredményt addig kell rögzítve tartani, míg a szövetek az új helyzetben az új alakulathoz alkalmazkodtak.

Maga az eljárás a következő: Betege törzsét előrehajlítva, alsó végtagjait feltámasztva, ezen célra konstruált asztalon rögzíti egy téglányalakú erős vászondarabon, melynek a fej felé eső része lazább, azon célból, hogy arra az oldalra kerül a concav oldal, az oda besüpped s ez már maga is segít redresszálni. Az 1. ábra mutatja az asztalt, bár nem az *Abbott*-féléét, minthogy ily rövid idő alatt nem volt módomban sem beszerezni, sem csináltatni; hasonlóval igyekszem azt épp oly jól pótolni. A medence rögzítése után következik a domború oldal redresszálása, jól megfeszített pólyákkal, lassú húzással. Ezután az ellenkező oldali váll emelése és rögzítése. Ha a csigolyán torsio van, ezt szintén ilyen pólyákkal az ellenkező oldal felé korrigálja és rögzíti. A rögzítópólyák a nemezbetétek (20 millimeter vastag) által védett festen fekszenek. A 2. ábrán látható a nemez helyzete. Jobboldali scoliosis esetén a jobb hónalj alatt van



1. ábra.



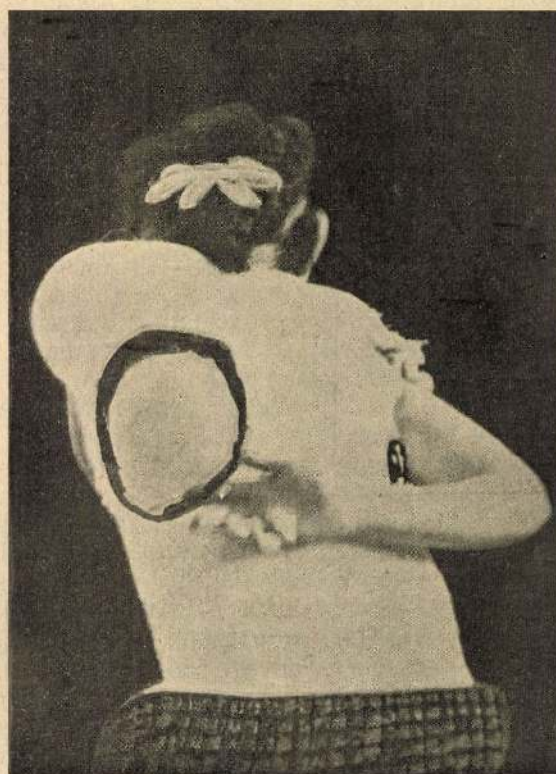
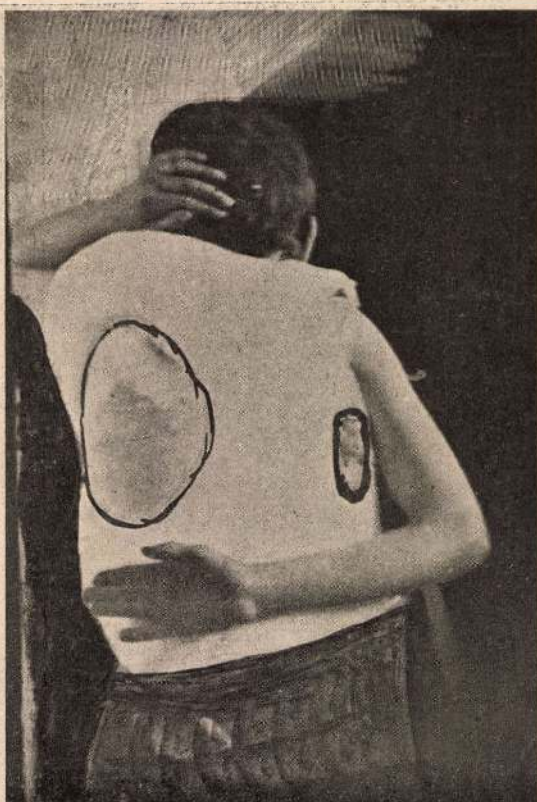
2. ábra.

nemezvédő, a bal vállon és bal csípőn szintén. Alul és felül tricotvédő van. Erre jön a gipsz. A kötés a *Sayre*-kötéshez hasonlít, de abban különbözik tőle, hogy az erősen előrehajlított bal váll magasan áll és az ellenkező oldalon (jobb oldali scoliosis esetén a bal oldalon) nagy ablakot vág ki (3. ábra) azon célból, hogy oda beletolja a concav oldalt; így *túlcorrectiót* kapván, odatolja lassanként a gerincoszlopot. Hogy ezen *túlcorrectiót* adagolhassa, a convex oldalon két hosszanti nyílást vág a gipszkötésen, a melyen keresztül hetenként megfelelő darab nemez dugunk be, még pedig abban az irányban tolva el a púpot és gerinczet, a mely irányban kell, hogy haladjon a correctio. Az ablak mindig jobban telik, a lapos oldal mindjobban beleszorul a nyílásba. Míg a túlsó oldalról a betolt nemez fokozatosan rögzítve tartják az új alakulatot.

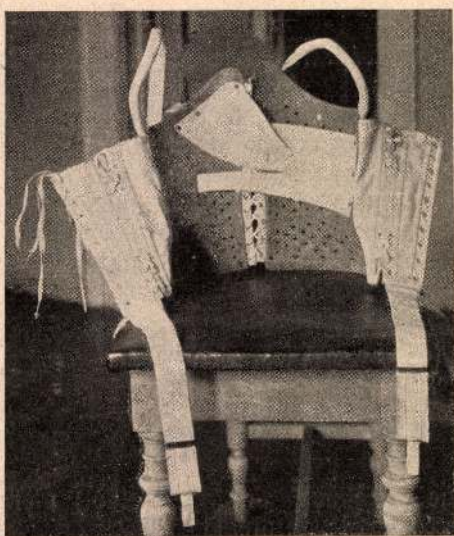
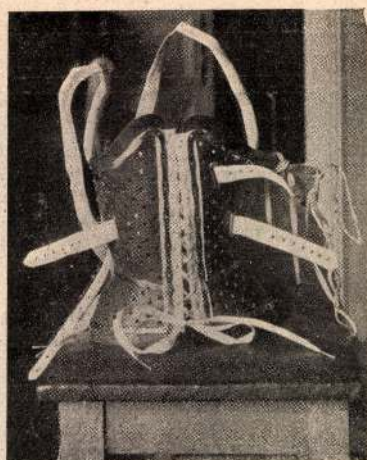
A nyomott mellkas (domború oldal) eleinte szenved, később a légzés javul; az ablakba toll tüdőrésztlet eleinte alig légzik, de igen rövid idő alatt, pár óra múlva, kezd javulni és kellő légzőgyakorlatokkal teljesen normalisan légzik. Ezt

\* Lásd: Sebészársaság munkálatai, 1911, II. kötet, 38. oldal.





3. ábra.



4. ábra.

bizonyítják Erlacher (Graz) kísérletei begipszelt légzésmérőkkel, Biesalski-éi (Berlin) légzőgyakorlatokkal. Vulpius, Wierzejszki asphyxiát is látott, de a betegek hamar magukhoz tértek. Baj csak egy esetben volt, baloldali scoliosis esetében, a mikor a kötést le kellett venni a szív eltoltása miatt. A kötést 8—10 hétig marad a betegen. Utána utógyakorlatok végzendők, a melyek *symmetriások* legyenek; ez igen fontos, mert az egyoldali gyakorlatok a hatást rontják. Egyszerű scoliosisfűzők alkalmazandók egy ideig. Az utókezelés legalább is egy évig tartson. A 4. ábrán mutatom be ezen utókezelés stadiumában a belső pelottákkal ellátott és kívül rögzíthető, általam konstruált betéteket egy egyszerű scoliosisfűzőn, melyet a kötés levétele után rögtön alkalmazok, gyakorlatok és tüdőgymnastika kíséretében. Ha a módszer beválik, a technika bizonyára változni fog, egyszerűbb és könnyebb kivitelű lesz. Én már most is aluminiumbetéttel kombinálom a kötést.

Kérdés tárgya lehet: vajjon a Röntgen-képek igazolják-e a gyakorlati úton máris konstatálható sikert. Továbbá, vajjon igazán a hyperkyphosisos állás a legjobb redresszáló helyzete a gerincoszlopnak. Lehet-e majd a nemezzel való folytatólagos redresszálást egyszerűbb módon végrehajtani. Tudunk-e majd teljesen fixált scoliosist is redresszálni? Mire tanít majd a légzés- és vérnyomásjelző az összenyomott mellkasoldalon? Kettős görbület esetén célt érünk-e? Vajjon egyformán javíthatók-e a rachitises és a szerzett scoliosisok?

Sok más kérdés merül még fel és sokan emeltek már kifogásokat a kötés ellen, így Lorenz sem tartja jónak. Azonban szemmel látható a kötés praktikus volta és meglepő az eredménye. Ezt eltagadni nem lehet. Valamint azt sem, hogy intenciója nagy gyakorlatra és mély tudásra vall; kivitele pedig a mai korszak scoliosistherapiájában genialis. A kisméretű scoliosis-esetekben úgysem használjuk; a nagyobb fokúakban pedig bármilyen lesz is a végeredmény, még abban az esetben is, ha csalna a következtetésem, hogy nagyfokú scoliosist csakis kötésekkel lehet gyógyítani, akkor is nagy az érdeme az amerikai orthopaednek, hogy megmozgatta az egész világ orthopaedjeinek figyelmét és megzavarta csendes szunnyadásában a scoliosistherapiát.



### A félkörös ívjáratok egyensúlyozó szerepéről.

Irta: *Rejtő Sándor* dr., fülorvos.

(Folytatás.)

Högyes tanár módszerét követem, a mikor a szemizmokhoz eljutott labyrinthus-ingerület eredetét kutatva, a kiesési tünetet veszem alapnak. A két szem addig marad meg bilaterális egyensúlyában — írja Högyes „Az associált szemmozgások idegmechanismusáról“ írt második közleményében —, míg mindkét labyrinth ugyanazon körülmények között úgy szólván egyenletes izgalomban van, mihelyt pedig egyik vagy másik fél izgalma fokozódik vagy csökken, azonnal bilaterális szemmozgások mutatkoznak! A legbiztosabb módja pedig a labyrinthus-inger csökkentésének, ha 0-ra redukáljuk, vagyis kiirtjuk.

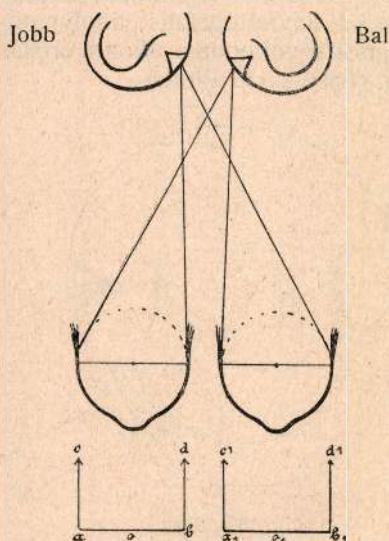
Klinikai tapasztalataink határozottan útba igazítanak minket ezen bilaterális szemmozgások irányára nézve. Ismerjük az ú. n. kiesési tünetet („Ausfallserscheinung“), a mely szerint az egyik oldali labyrinth teljes roncsolódása után — a míg ez valamely úton nem kompenzálódik — nystagmus jelentkezik ugyanazon oldal felé. A klinikusok könyveiben, a kik az általánosan szokásos módon, a gyors componens után nevezik el a nystagmus irányát, természetesen úgy szól e tétel, hogy „nystagmus jelentkezik az egészséges oldal felé“. (V. ö. E. Ruttin,<sup>13</sup> Sonntag-Wolff,<sup>14</sup> M. Rosenfeld.<sup>12</sup>) Induljunk ki ezek alapján azon feltevésből, hogy a jobb labyrinth működése megszűnt, a mikor törvényünk szerint nystagmust kapunk, a melynek lassú componense jobbra tart, más szóval: a megzavart labyrinthus-izomerő-egyensúly eredményeképpen mind a két szem jobbfelé tér el.

Mint említettem, a szemtekék ezen eltérése nemcsak a horizontális síkban történt, mert nemcsak a m. rectus internus és externus szerepel, hanem a többi szemizom is, mégis a horizontális síkban történő elmozdulásnak medialis vagy laterális irányát mindig tisztán láthatjuk.

Minthogy a két szemtekének jobbratérítésekor a jobb oldali m. rectus externus és a bal m. rectus internus működnek a horizontális síkban, fel kell tennünk, hogy ezek ingerüket megtartották, tehát az ép baloldali labyrinthusból nyerték, míg a tonusuk csökkenése miatt elernyedett jobboldali m. rectus internus és a bal m. rectus internus a tönkrement jobboldali labyrinthussal áll összeköttetésben.

Ugyanezt találjuk, ha a baloldali labyrinthus kiesésére előálló tüneteket vizsgáljuk, mert akkor a szemtekék balra mozdulnak el, vagyis a bal m. rectus externus és a jobb m. rectus internus működik, a melyek tehát ingerületüket az ép jobb labyrinthusból nyerik.

Ezen eredményünket sémánkba rajzolva, a következő képet nyerjük (l. a 7. ábrát):



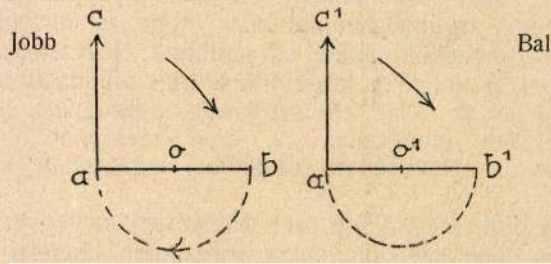
7. ábra.

*ac* erő a jobboldali m. rectus externus, *a'c'* a baloldali m. rectus internus tonusát jelzi, a melyek a baloldali labyrinthusból erednek,

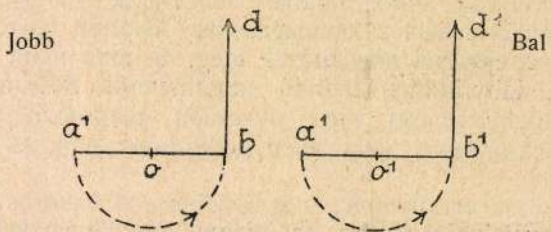
*bd* és *b'd'* erők pedig a jobboldali labyrinthusból eredő jobb m. rectus internus, illetőleg a bal m. rectus externus tonusát jelzik.

A mikor a jobb vagy a bal labyrinthus kiesésének eredményét keresem, erőpáraink mindenkor a klinikai megfigyelésekkel teljesen egyező eredményt adnak.

A jobb labyrinthus kiesésekor *bd* és *b'd'* erőket, mint a melyek a jobb labyrinthusból erednek, egyszerűen elhagyjuk (= 0); a bal labyrinthus kiesésekor pedig *ac*, illetőleg *a'c'* erőket hagyjuk el (l. a 8. és 9. ábrát).



8. ábra.



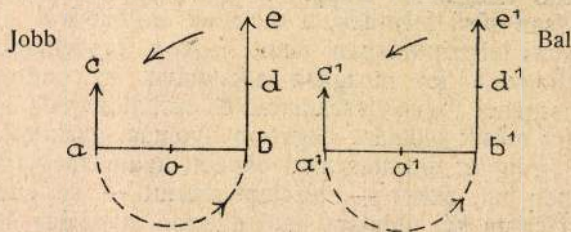
9. ábra.

Látjuk, hogy mindkét esetben az izomerő-egyensúly megzavarása forgást okoz, a melynek iránya a tengely alatti részben mindig a kiesett labyrinthus felé van.

Ezen a kiesési tünet alapján felvett összeköttetéseket, hogy t. i. mindegyik labyrinthus az ugyanazon oldali m. rectus internussal és a másik oldali m. rectus externussal függ össze (csak a horizontális síkban történő mozgást veszem!), a labyrinthusok izgalmi tünetéből is levezethetjük. Ezen tünet (Reizerscheinung) abban nyilvánul, hogy valamely labyrinthus izgalmi állapotában nystagmus jelentkezik az ellenkező oldal felé. (Bárány szerint a gyors componens után nevezvén a nystagmust, „az izgatott oldal felé“.)

A jobb labyrinthus izgalmi állapotakor tehát balfelé tér el a két szemteke, vagyis a bal m. rectus externus és a jobb m. rectus internus tonusa fokozódik s ennek alapján feltehető, hogy ezek állanak az izgatott jobb labyrinthussal összeköttetésben. Fenti 7. ábránk ugyanezen összeköttetéseket mutatja.

Grafikusan tüntetvén fel ezen viszonyokat, az izgatott jobboldali labyrinthusból eredő, a bal m. rect. ext. és a jobb m. rect. int. tonusait jelző *bd* és *b'd'* erőket nagyobbaknak kell felvennünk a normalis tonust jelző *ac* és *a'c'*-nél. Legyen például *be* és *b'e'* a jobb izgatott labyrinthusnak a normalis tonusnál nagyobb ingerülete (l. a 10. ábrát).



10. ábra.



Az erők eredményeképpen *be* és *b'e'* forgatási nyomatékuk többletével forgatják tengelyüket a nyíl irányában, úgy hogy nystagmust kapunk balra.

A mint látjuk, az izgalmi tünet alapján ugyanazon eredményhez jutunk, vagyis hogy a szemtekék horizontális síkban történő mozgásainál mindegyik labirintus az ugyanazon oldali *m. rectus internussal* és a másik oldali *m. rectus externussal* áll összeköttetésben.

Ezen *Högyes* tanár kezdeményezte módszernek alapja azon föltevés, hogy a két labirintusból „nyugalmi állapotban is folytonosan özönlének a szemizmokhoz reflex-izgalmak“, mert csakis ebben az esetben kaphatunk az egyik labirintus tönkremenése után a másiknak nyugalmi állapotában kiesési tünetet. Ezen állandó nyugalmi ingerületét (*Ruhtonus*) már *Goltz* feltételezte, tanítványa pedig, *Ewald*, két klasszikus argumentummal bizonyította, a melyeket ma is döntő bizonyítékoknak kell elfogadnunk. Nevezetesen, hogy 1. ezen kiesési tünetek a labirintuskiirtás pillanatától kezdve fennállanak és az állat elpusztulásáig qualitative sohasem változnak, csak quantitative; 2. ezen zavarokat a kiirtott labirintus *n. octavusának* (idegtörzs) izgatásával el lehet tüntetni.

Vizsgáljuk meg, hogy ezen feltevéssel megegyeznek-e a labirintus-inger physiologiájára vonatkozó ismereteink?

Ha minden kritika nélkül fogadjuk el azon általánosan vallott nézetet, hogy a félkörös ívjáratoknak ingere az endolympa áramlása, akkor mindjárt nehézségbe ütközünk, mert ez az áramlás csakis a fejmozgásokkal kiváltott labirintus-ingerület létrejövését magyarázza meg, de nem nyújt felvilágosítást a labirintus állandó ingerületéről. Sőt majdnem kizárja ennek létezését, mert nyugalmi állapotban nincsen endolympa-áramlás, nem lévén pedig inger, nem lehet ingerület sem.

Hogy az endolympa megmozdulása a félkörös ívjáratoknak physiologiai ingere, azt bizonyítanom nem kell, elég ha a fejmozgásokkal beálló associált szemmozgásokra vagy a forgatással előidézett nystagmusra hivatkozom. Ha tehát mi a félkörös ívjáratoknak ilyen kettős funkciót tulajdonítunk, akkor olyan ingert kell találnunk, a mely mind a két esetben szerepelhet.

Több hypothesis van erre nézve, de azt hiszem egyik sem magyarázza meg világosan a félkörös ívjáratok nyugalmi és mozgási ingerületének létrejövését.

*Goltz* feltevése, a ki a félkörös ívjáratok adaequat ingerének a gravitációt vette fel, az állandó tonus létrejövését megmagyarázza ugyan, de a fejmozgások okozta ingerületről nem világosít fel; *Breuer* és *Mach* teoriája az endolympa-áramlásról viszont, mint említettük, az állandó ingerületet nem magyarázza.

*Ewald*, a ki ezen *Breuer* és *Mach* által feltételezett endolympa-áramlás ingerét állatkísérleteivel fényesen bebizonyította, hogy az állandó labirintus-ingert magyarázhassa, feltételezte, hogy az endolympa állandó áramlásban van. Utóbb maga is belátta, hogy feltevése tarthatatlan és a crista végkészülékén lévő idegszöröknek (*Tonusaare*) állandó activ mozgását tételezte fel, hasonlóan a csillószörök mozgásához és ezt vette az állandó nyugalmi tonus ingerének. Ezen csillószörös mozgást nézete szerint az endolympa áramlása fokozhatná és így az endolympa-áramlás ingere is érhető volna.

Ezen feltevésnek azonban nincs meg a kellő anatómiai alapja, mert *Hasse*<sup>4</sup> egyetlen adatán kívül senki sem látta még a „hallószöröknek“ activ mozgását.

Ujabb vizsgálatok alapján tudjuk, hogy az endolympa meglehetősen sűrű folyadék, a melynek áramlásáról az igen szűk hártás labirintusban nem nagyon beszélhetünk. A tény az, hogy a fej mozgása alkalmával az endolympa tehetetlenségénél fogva visszamarad és ezáltal a crista acustica egyik vagy másik oldalára nagyobb nyomást gyakorol.

Ha pedig az áramlás által okozott nyomásnövekedés ingerképpen hat, akkor — nézetem szerint — az endolympának a crista két oldalára ható állandó nyomása lehet a nyugalmi ingerület állandó ingere.

A félkörös ívjáratok ingere ezek szerint a végkészülék

szörös epithel-sejtjeire ható nyomás, a melyet nyugalmi állapotban az endolympa gyakorol egyenletesen az egész cristára, a mely endolympa-nyomás a fej mozgásakor a cristának egyik vagy másik oldalán fokozódik.

Az állandó nyomás eredménye a nyugalmi ingerület, a mely a test összes izomzatának tonusához járul és az izomerő-egyensúlyt hozza létre; a fejmozgásokkal járó nyomásfokozódás eredménye pedig a tonusnak egyik irányban előálló növekedése vagy csökkenése, illetőleg az izomerő-egyensúly megszűnése és a testrészeknek bizonyos irányú reflex-eltérése.

Hogy az endolympának állandó egyenletes nyomása lehet a *n. vestibularis* idegvégkészülékének állandó ingere, arra példát mutat nekünk az utriculusban és sacculusban lévő „otolith organ“, a melynek szörös epithelsejtjeinek állandó ingere a kis otolith gravitációja által kifejtett állandó nyomás.

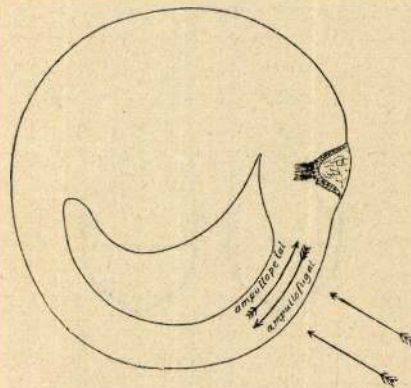
A feltételezett állandó labirintustonussnak ezen alapon felvett élettani magyarázata egyetlen ismeretünkkel sincsen ellentmondásban.

*Ewald* bizonyítékainak súlyával el kell fogadnunk ennek létezését és így nem kételkedhetünk az ezen alapon talált szemizomösszeköttetések helyességében sem.

Lássuk, hogy ezen összeköttetések alapján milyen eredményeket adnak a caloriás és forgatási izomeltérések statikai képei.

Feltételezett összeköttetések alapján vizsgáljuk meg a hőinger és a forgatáskor előidézett egyensúlyzavarok statikáját. A *Bárány* módszerével végzett klinikai megfigyelések eredményeit a hideg- és melegvíz-kifecskendezésekre röviden a következőkben fejezhetjük ki: *Ép viszonyok mellett meleg vízre az izgatott labirintussal ellenkező oldal felé, hidegvíz-ingerre pedig ugyanazon oldal felé jelentkeznek a nystagmus az izgatott félkörös ívjárat síkjában.* Ezek szerint a jobb labirintust meleg vízzel izgatva (csak a horizontális ívjáratokról szólunk), mindkét szem ellenkező oldal felé, vagyis balfelé tér el. Narcosisban valóban csakis ezen lassú baloldali eltérést látjuk, éber állapotban ehhez a nystagmus gyors componense is csatlakozik. Balfelé mozgáskor a baloldali *m. rect. ext.* és a jobboldali *m. rect. int.* működnek, tehát ezeknek ingerei nagyobbak lesznek, mint az antagonisták nyugalmi tonusa. Mint-hogy pedig, mint láttuk (lásd a 7. ábrát), a bal *m. rect. ext.* és a jobb *m. rect. int.* a jobboldali, jelen esetben meleg vízzel izgatott labirintussal vannak összeköttetésben, föl kell tételeznünk, hogy a jobb labirintusból kiinduló tonus fokozódott. Ábránkon a jobb labirintus tonusát jelképező *bd* és *b'd'* erők helyett a nagyobb *be* és *b'e'* erőket kell fölvennünk, a melyek forgatási nyomatékuk többletével a nyíl irányában forgatják a szemet, balfelé okozván az eltérést. (Lásd a 10. ábrát.)

Ha azt kutatjuk, hogy a melegvíz-inger milyen physikai elváltozást okoz a félkörös ívjáratban, látjuk, hogy fölfelé irányuló úgynevezett ampullopetalis endolympa-áramlást idéz elő, vagyis nyomásnövekedést okoz a cristának a csatorna felé eső oldalán. (Lásd a 11. ábrát.)



11. ábra.

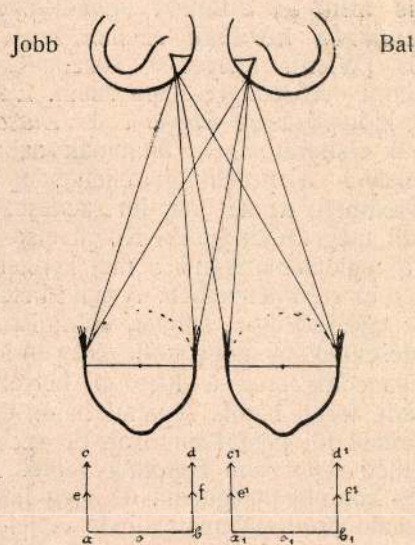
Az endolympa-mozgások vázlatos képe *Bárány* szerint. Az ívjáraton kívül fekvő nyílak a hőinger behatásának helyét jelölik. (*Bárány-Wittmaack* referatúmanak ábrája.)



A jobb labyrinthust hideg vízzel ingerelve, törvényünk szerint nystagmust kapunk ugyanazon oldalra, jobbra, tehát a jobb m. rect. ext. és a bal m. rect. int. tonusában kell valami pluszt keresnünk. A melegingernél könnyű volt ezen plusznak magyarázatát adnunk, mert a jobboldali labyrinthusnak éppen az akkor szerepelt izmokkal van összeköttetése; most azonban a hidegingernél bajos ezt megértünk, mert a most szereplő jobboldali m. rect. ext. és baloldali m. rect. int.-hoz a jobb labyrinthusból nincsen semmiféle összeköttetés. (Lásd a 7. ábrát.)

Két módon oldható meg e kérdés:

1. Fölvehetem, hogy mindegyik labyrinthus mindegyik szemizmokkal direct összeköttetésben van és hogy a cristának egyik oldalára gyakorolt nyomás — mint a meleginger ampullopetalis áramlásakor láttuk — az ellenkező oldali m. rect. ext.-hoz és az ugyanazon oldali m. rect. int.-hoz vezet az ingerületet, míg a crista másik oldalára gyakorolt nyomás-nagyobbodás, vagyis a hidegvízinger okozta ampullofugalis endolympha-áramlás, az ugyanazon oldali m. rect. ext.-szal és ellenkező oldali m. rect. int.-szal áll összeköttetésben. A míg tehát a melegvizinger az ellenkező oldal felé mozgató szemizmok tonusát növeli, addig a hidegvízinger az ugyanazon oldal felé mozgató izmok tonusára hatna erősítően. Ezen feltevés szerint a labyrinthusokból kiinduló összeköttetéseket következőképpen kellene ábrázolnunk. (Lásd a 12. ábrát.)



12. ábra.

Ezen összeköttetések mellett azonban semmiféle physiologiai érvünk sincsen. Ilyen összeköttetések mellett a normalis nyugalmi tonusnak is mindezen utakon kellene lefolynia, de ekkor az egyik labyrinthus kiesése az egyensúlyt megzavarni nem tudná. Mert ha  $ae$ ,  $bf$ ,  $a'e'$ ,  $b'f'$  erők erednek a jobb labyrinthusból,  $ec$ ,  $fd$ ,  $e'c'$ ,  $f'd'$  erők pedig a baloldaliból, akármelyik labyrinthus erőit hagyjuk is el, a tengely egyensúlya nem változik meg. Ezen feltevés tehát ellentmondásban van a kiesési tünett. Ha pedig ezen feltevés absurdum, akkor nem marad más hátra, mint valami analógiát kell keresnem a kiesési és izgalmi tünet, meg a hidegvíz- és melegvizingerrel előálló tünetek között, vagyis:

2. fel kell tételeznem, hogy a hidegvízinger eredménye is ugyanazon utakon fut le a szemizmokhoz, mint a melegvizingeré, csak hogy a míg a meleginger a normalis tonust erősítette, addig a hideginger csökkenti ezt. Ezen módon képzelve el az egyensúly zavarát, a jobb labyrinthusból eredő  $bd$  és  $b'd'$  erőket kisebbitenem kell a normalis nyugalmi tonust jelképező  $ac$  és  $a'c'$ -vel szemben. Az erők ilyen megváltozása nystagmust okoz jobbra oldal felé.

Ezen második feltevés mellett szól Ewald is, a ki határozottan kimondja, hogy az a tény, hogy valamelyik labyrinthus ampullopetalis és ampullofugalis endolympha-áramlása más és más irányú izomeltérésekhez vezet, más-

képpen nem érhető meg, mint hogy feltételezzük az egyiknek ingernövelő, a másiknak pedig gyengítő hatását. Ezen feltevés alapján kimondhatjuk, hogy a meleginger ampullopetalis áramlása a cristának a cső felé eső oldalán fokozza az endolympanyomást és ennek eredménye a nyugalmi tonus növekedése lesz; a hidegvízingeré pedig, a mely ampullofugalis endolympha-áramlásával a cristának az ampulla felé eső oldalán fokozza a nyomást a nyugalmi tonus csökkenése.

Anatomiai és physiologiai ismereteink e kérdést eldönteni nem tudják. A physiologia csak annyit mond, hogy az endolymphanak mind a két irányú áramlása physiologiás ingert hoz létre.

Ezen ténynyel természetesen nem ellenkezik azon feltevésünk, hogy az egyik inger erősítően, a másik csökkentően hat. Anatomiai ismereteink úgyszólván revízióra szorulnak e téren. Nem térek ki azon nehézségek ecsetelésére, a melyek ezen szerv mikroszkopos vizsgálata alkalmával felmerülnek, csak utalok a különböző szerzők legkülönbözőbb crista acustica-rajzaira. (V. ö. *Gustav Brühl*: Atlas d. Ohrenheilkunde. S. 47. *E. H. Starling*: Principles of Human Physiology, 676. oldal. *Pollitzer*: Ohrenheilkunde, 563. old. stb.)

Való az, hogy a crista egy sejtsoprot kiemelkedése, a melynek oldalain van a nervus vestibularis szőrszerű végkészüléke. Valószínűnek látszik, hogy a crista egyik oldalára ható erőkülönbség csak az azon oldali idegvégkészüléket izgathatja, mert a crista sejtsoprotja mint választófal szerepel. Az újabb szerzők rajzaikban a cristának mind a két oldalát teljesen symmetriásnak rajzolják, így azonban nehéz elképzelnünk, hogy ugyanazon mechanikai hatás ugyanazon idegvégkészülékén az egyik oldalon gátló, a másikon izgató hatást idézne elő. Valószínűbbnek tartom a szörök olyan elrendeződését, hogy az egyik irányú áramlás mintegy szőrmentén, a másik irányú pedig szőr ellenében érinti a végkészüléket és ily módon idézik elő ellentétes hatásait.

(Vége a jövő számban.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**A. Strubell: Das Wechselstrombad.** Dresden und Leipzig, Th. Steinkopff.

A váltakozó áramú fürdő hasznáról és javalatairól még meglehetősen ellentmondók a nézetek s azért a szerző jó szolgálatot tett nagyszámú, számos évre terjedő vizsgálatainak közreadásával. A könyvben foglalt számos kórtörténet, vérnyomásmeghatározás, elektrographiás felvétel alapján most már megállapítottnak mondható, hogy a szóban levő eljárás, a melyről eddig azt hittük, hogy a vérnyomást fokozza: éppen ellenkezőleg az eseteknek túlnyomó többségében csökkenti azt s azért alkalmazásának egyik legfontosabb tere az angiosclerosis. Thyreotoxosis eseteiben is szép eredmények érhetők el a váltakozó áramú fürdővel.

**Landois-Rosemann: Lehrbuch der Physiologie des Menschen.** Dreizehnte Auflage. Berlin und Wien. Urban und Schwarzenberg.

Szívesen hívjuk fel a figyelmet Landois élettanának legújabb, immár tizenharmadik kiadására, a melyet Landois halála óta Rosemann, a münsteri egyetem physiologia-tanára ad ki, teljesen a könyv előbbi kiadásainak intentioni értelmében. Érdekes, hogy a munka, noha híven regisztrálja az élettan terén tett haladást, terjedelmében nem növekszik, sőt talán még kevesebb oldalra terjed, mint némelyik régebbi kiadása. A magyarázata ennek az, hogy mellőzi, illetve mind rövidebben adja azokat a részeket, a melyek tudományos szempontból jelentősek ugyan, az orvosgyakorlattal való vonatkozásukban azonban ezidőszert legálább nem igen játszanak szerepet.



## Lapszemle.

### Belorvostan.

A **cymarin** (az apocynum cannabinum chemice tiszta, kristályosított glycosidja) *Allard* tanár klinikai tapasztalatai szerint gyorsan és erélyesen ható szív-szer, a mely sok esetben még akkor is eredményesen használható, a mikor a digitalis már cserben hagy. Ezenkívül nagyon kifejezett húgyhajtó hatása is van. Nagy előnye, hogy a therapiás és a mérgező adagai aránylag távol esnek egymástól. A mi az adagolás módját illeti, per os lehetőleg kis (0.3 milligrammos) adagokat kell rendelni a gyomor lehető kimélése végett. A napi mennyiség 1—2 milligramm lehet. Ha ezen napi mennyiségre nem mutatkozik kifejezett hatás, czéltalan a további emelkedés. 5 napi használat után jó szünetet tartani. Intravenásan először mindig 0.5 milligrammot adott, a mit a betegek kifogástalanul tűrtek. Ennél kisebb adagok csak bizonytalanul vagy éppen nem hatnak. 1 milligramm erélyesebben és már néhány perc múlva hat; ennél többet azonban intravenásan adni nem ajánlatos. A cymarin kapható 0.3 milligrammos tablettákban, valamint oldatban ampullákban; minden ampulla 1 cm<sup>3</sup> folyadékban 1 milligramm cymarint tartalmaz. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1913, 17. szám.)

### Sebészet.

A **postoperativ parotitistről** értekezik *B. Valentin*. Műtétek után parotitiseket régebben ovariotomiák után láttak, miért is a genitáliák és a parotis között szorosabb, belső vonatkozást tételeztek fel. A gynaekologusok eme tapasztalata tette figyelmessé a sebészeket ezen megbetegedésre és egyúttal arra, hogy mely momentumok játszanak fontosabb szerepet a parotitis aetiologiájában. Kétféle véleményt találunk az irodalomban, a melyek egymással mereven szembehelyezkednek: 1. a ductus parotideus és 2. a véráram útján való infectiót. Tagadhatatlan azonban, hogy egyes megfigyelések megerősítik a régiiek tapasztalatát is, hogy a genitáliák a parotitis infectiójának bizonyos praedispositióját adják. Így *Peters* esete, a ki a mensruatio hirtelen kimaradása után látott keletkezni parotitist, avagy *Rives*-é, a ki pessarium behelyezése után figyelt meg hasonló elváltozást. 1908-ig *Wagner* könnyen érthető feltevését fogadták el, hogy különösen laparotomiák után a nyáleválasztás szünetel, a minek az a következménye, hogy bacteriumok, melyeket rendes körülmények között a nyálfolyás a mirigyből kifelé sodor, bejuthatnak a mirigyállományba. Megerősítik mindezt *Pawlow* kísérletei is, a ki azt látta, hogy különösen belek előhúzása után a submaxillaris működése jelentékenyen alábbszáll. De más körülményben is kereshetjük az infectio ezen módjának magyarázatát. Az aethernarcosis a nyálmirigy hypersecretióját, míg a chloroform annak hűdését hozza létre. A hypersecretiónak természetesen szintén hűdés lehet a következménye. *Burrow* szerint a morphium is elősegíti secundaer parotitis kifejlődését. Nem szabad azonban figyelmen kívül hagynunk, hogy bizonyos körülmények a haematogen infectio mellett szólnak, úgy hogy a parotitisek néha a reconvalescentia alatt keletkeznek, a midőn az említett körülmények nem igen jöhetnek számításba. Valószínű tehát, hogy többféle momentum közrejátszása folytán fejlődik ki a postoperativ parotitis.

A mi a therapiát illeti, igen eltérő a francziák és a németek felfogása. Míg az előbbieket általában a secundaer parotitist enyhén lefolyó betegségnek tekintik és ennek megfelelőleg a parotistáj massage-át is elegendőnek tartják, addig az utóbbiak — miként a leggyakrabban így is van — a postoperativ parotitiseknek igen súlyos alakjait és következményeit is látták. Ezért véleményük az, hogy ha borogatásra nem fejlődik vissza, leghelyesebb mély incisiókat végezni. A genyedés felismerése néha igen nehéz, mert a parotist a fascia parotideomasseterica fűdi és éppen ennek tulajdoníthatjuk, hogy gyakori az abscessusnak a hallójáratba avagy a nyak és thorax felé való sülyedése avagy áttörése. (Berliner klinische Wochenschrift, 1913, 11. szám.)

*Ifj. Hahn Dezső dr.*

### Szülészet és nőorvostan.

Az **eklampsia kezeléséről** ír *Uthmöller*. Szerinte a vérlebocsátás (érvágás) az eklampsia kezelésében a leghatásosabb eljárás. 8 esetében ért el vele eredményt, melyek mind súlyos megbetegedés képét viselték magukon. A mi a vérlebocsátás főelőnyét és szembezőkö jóságát teszi: az a prompt gyors gyógyhatás, a melyhez hasonlót talán még csak a szülés gyors befejezésével lehet elérni. 6 esetében a rohamok a vérlebocsátás után rögtön megszűntek, mintha elvágták volna őket. Franciaországban mindig hűek maradtak ehhez az eljáráshoz és az oka annak, hogy Németországban elhagyták, valószínűleg abban van, hogy nagyon csekély mennyiségű vért bocsátottak le. Eklampsia azon eseteiben, a melyekben a vérnyomás magas, csak természetes, hogy erőteljes reactio előidézésére nagyobb mennyiségű vérlebocsátás szükséges. *Uthmöller* 1000—1200 cm<sup>3</sup> vér lebocsátását hozza javaslatba. Ezt a nagymennyiségű vért azonban csak a szülés lefolyása után lehet lebocsátani. *Uthmöller* végső eredményképpen azt tartja, hogy gyógyeljárásunknak első célja a magzat eltávolítása legyen, azután kezeljük az asszonyt a *Stroganoff*-féle séma szerint és ezzel egyidejűleg végezzük az érvágást. (Zentralblatt für Gynäkologie, 1913, 13. füzet.)

*Scherer dr.*

### Venereás betegségek.

A **syphilis mint az államot veszélyeztető baj és az állami ellenőrzés kérdése** címen közli referatumát *E. Finger* tanár (Wien), melyet a közeljövőben összeülő nemzetközi londoni orvoscongressusra szánt. E fontos socialhygienés thema kidolgozására *Finger*-t és *Blaschko*-t kérték föl. Az utóbbinak elaboratuma az államnak azon intézkedéseit öleli föl, melyek a prostitutio ellenében szükségesek. *Finger* ezzel szemben azokat az intézkedéseket tárgyalja, melyek azonkívül még szükségesek. Kifejti elsősorban munkájában, hogy a reglementarismus a mai keretében nem felel meg és tökéletlen az eredményeiben. A nemi betegségek elleni küzdelemben az egészségügyi, ethikai, administratív és repressiv intézkedéseknek oly nagy tömegére van szükség, hogy nem is csoda, ha eddig még a legtöbb helyen terjedőben vannak a szóban forgó bajok. A nemi bajok ellen már évtizedek óta állítottak föl postulatumokat, de ezeket idáig az egész vonalon még sehol sem hajtották végre. A viszonyok nehézségében és komplikáltságában, de még inkább a mindenütt tapasztalható prűderiában található ennek az oka. A nemi bajok elleni küzdelemnek szükségképpen több útja van, mely célra vezet. Az első a prophylaxis, mely az egészségesekek védelmére irányul, a második a beteg egyének kezelése és gyógyítása, a mi ugyancsak a prophylaxis célját szolgálja. De szükségesek azonfelül még törvényes intézkedések is, melyek azok ellen fordulnak, a kik a nemi bajok terjedését előmozdítják. Bármely időszűlt endemiás contagiós betegségben szenvedő emberekre vonatkozóan, a kik bajuk ellenére is hivatásuk betöltése körül egészséges emberek között élnek, oly kötelező intézkedéseket kellene felállítani, melyek az egészségesekek védelmét biztosítják. S éppen a nemi bajokra vonatkozóan állítható határozottan, hogy ha minden beteg mindazt elkerülné, a mivel betegségét továbbviheti s valamennyi egészséges egyén minden alkalmat kikerülne, mely az infectiót megkönnyíti, akkor ezek a veszedelmes bajok hamarosan és föltűnően csökkennének. A nagyközönségnek ez a kioktatása egyben azonban a nemi bajoknak jelentőségét is föltárná így nem tekintenek azokat többé ártatlan ifjúkori bajoknak. E célból szükséges volna, hogy a mindkét nemű ifjúság nemi érettségének küszöbén kellő kioktatásban részesüljön. A kioktatás azonban töredékes, ha egyedül csak a nemi bajokra vonatkozik. Szükséges azonfelül még az általános sexualis paedagogia is, melyet az ifjúságnak nevelő- és tanrendszerébe kell beleilleszteni. A sexualis immoralitás és könnyelműség, valamint a felelősségnek hiánya csak ily módon volna kiirtható. A fölvilágosítás nehéz feladata a szülői házra és az iskolára



háramlik egyaránt. Szükséges természetesen, hogy a fölvilágosítás előbb az oktatókra vonatkozzék, mert csak ha azok már belenevelődtek az általános hygienés ismeretekbe, gondolható a rájuk bízott fiatalok helyes kioktatása. Hogy ez a kioktatás nem állhat a sívár askesisnek hirdetésében, az magától értődik. A sexualis paedagogiának rendezését és annak egységes, rendszeres végrehajtását azonfelül nagyban előmozdíthatják a népszerű előadások, a röpiratok és a tömegesen szétosztott apró káték (ú. n. Merkblätter).

De azért az egyéni prophylaxisra is súlyt kell helyezni; szükséges ezért a házasságon kívüli nemi érintkezésre szorultakat is kioktatni mindazokra az utakra és módokra, melyek segítségével magukat a fertőzéstől megóvhatják. Igaz ugyan, hogy ezek a módok nem nyújtanak abszolút védelmet, de kétségtelen, hogy sok bajnak veszik elejét. Sajnos azonban, hogy újabban több országban törvényes úton is nehézséget támasztanak az ilyen prophylaxisos irányzatok végrehajtásában. Így Hollandiában büntetés terhe alatt tilos az óvószerek készítése és terjesztése. Hasonló tendenciát követ Svédország és Anglia („prevention of immorality bill“) is. „Moralis“ szempontból újabban Németországban is úgy magyarázzák a büntetőtörvénykönyv megfelelő paragrafusát (§ 148, 3), hogy abból alighanem az egyéni prophylaxis fog nagy károkat szenvedni.

A beteg egyének kioktatásának feladata elsősorban a kezelőorvosra háramlik. Az az orvos, a ki e kötelező feladatot elmulasztja, bűnrészes az ilyen tudatlanságból eredő esetleges fertőzésnek. Dániában az orvost erre a kötelességére a törvény is kényszeríti. Sajnos azonban, hogy az orvos szóbeli kioktatása legtöbbször csak rövid hatású. Egységes, szakszerűen megírt és nyomtatott fölvilágosításra volna ezért szükség.

Mindezek az általános prophylaxisos direktívákon kívül azokra a különböző hivatásokra, foglalkozásokra is nagyobb figyelmet kell fordítani, melyek a betegségek terjedésére alkalmat adhatnak. Hogy minden syphilitikus orvos vigyázzon arra, hogy működése közben mást ne fertőzzön, nagyon valószínű. Nagyobb fontosságú, hogy a szülésznők is tudomással bírjanak, hogy miképpen védjék a reájuk bízott nőket, illetőleg hogy ők miként óvják magukat, ha syphilitikus szülővel állanak szemben. A dajkaságnak nagy fontossága a syphilis kérdésében szerencsére eléggé ismert. A fontos azonban az, hogy ne csak a csecsemőt védjük a syphilitikus dajka elől, hanem hogy viszont az egészséges dajkát sem szabad kitenni a fertőzés veszedelmének, mely őt a syphilitikus idegen gyermek részéről fenyegeti.

A prophylaxisnak fontos tényezője a nemi bajok erélyes kezelése is. Módot kell nyújtani arra, hogy valamennyi venerás beteg mindenkor teljes és kielégítő kezelésben részesüljön. Ezzel nemcsak a betegnek vagyunk segítségére, hanem elérjük azt is, hogy az egészségesek kevésbé vannak általa veszélyeztetve. E tekintetben legjobb a kórházi ápolás, mert a beteget a legbiztosabban izolálja. (Wiener med. Wochenschrift, 1913, 16. sz.)

Guszman.

### Húgszervi betegségek.

A vesiculotomia értékéről és céljairól ír Eugene Füller a legkülönbözőbb ondóhólyagbetegségek miatt végzett 254 műtét alapján. A fertőzéses folyamat legtöbbször a ductus ejaculatorii-n keresztül terjed át az ondóhólyagokra és ilyenkor úgy az izomréteg, mint a nyirokpályák és az ondóhólyag körüli kötőszövet egyaránt megbetegedhetnek. De az ondóhólyagfertőzés aránylag ritkán vezet tályogképződésre. Viszont azonban a ductus ejaculatorii szűk lumene és csavarodott menete következtében az ondóhólyagbetegségek nagyon nehezen gyógyulnak természetes úton, a legfontosabb therapiati teendő tehát a helyes drainezés. A szerző nem osztja azt a nézetet, hogy a bemetszés feltétlenül káros hatással van az ondóhólyag működésképességére.

Az ondóhólyagbetegségek a legkülönbözőbb klinikai képeket tárhatják fel előttünk a szerint, hogy milyen tünetek

— tünetek a húgyrendszer vagy a nemzési képesség részéről, avagy ideges és psychés tünetek, vagy pedig rheumás jelenségek — állanak az előtérben. Ha a kankós fertőzés a prostatatokra terjed át, akkor húgyretentio is bekövetkezik; ilyenkor egyedül a vesiculotomia indikált, míg a perineumos cystostomiából kellemetlen complicatiók keletkezhetnek. A nemzési képesség tekintetében legtöbbször az impotentia a beteg legsúlyosabb panaszja. A harmadik és negyedik csoporthoz tartozó, tehát az ideges és psychés, valamint a rheumás tünetekről panaszkodó betegek ritkán kerülnek műtetre, bár éppen ezeken a nem operatiós therapiától alig várhatunk kedvező eredményt. A harmadik csoportba tartozó betegek tünetei depressziós és félelmi jelenségekben, neurastheniában és a legkülönbözőbb testrészekben, de különösen a peritoneum körül, az ágyék-, a kereszt- és a lágyéktájon jelzett fájdalmakban nyilatkoznak. Nagyon fontosak a negyedik csoport rheumás jelenségei, mert ezeket igen könnyen ízületi gümőkórral, köszvénynyel, arthritis deformanssal, idősült rheumatismussal, polyarthritissel és atrophia progressiva musculorummal és myelitissel téveszthetjük össze.

Az ondóhólyagdrainezés és a sepsises anyagok elvezetése következtében a tünetek hosszabb-rövidebb időn belül megszűnnek. Az izomatropiának és az ízületi betegségeknek massage-zsal és passiv mozgásokkal való gyógyításával várjunk 2—3 hónapig a műtét után. Az idősült esetek legtöbbször gonococcut már nem fognak találni, úgy hogy toxinos hatásra is kell gondolnunk.

A szerzőnek 254 operált betege közül egy sem halt meg; húgyretentiót nagyon ritkán észlelt. 24 órával a műtét után adjunk ricinusolajat és ellenőrizzük pontosan a bélműködést. A rheumás csoportba tartozó 89 beteg közül 80% meggyógyult, sőt a csökkent nemzőképességgel és az ideges, illetőleg psychés tünetekben szenvedő betegeken is feltűnő kedvező eredményeket ért el a szerző. A vesiculotomia különös sebészi jártasságot igényel, minthogy a műtét inkább az ujjunk, mint a szemünk ellenőrzése alatt folyik le. (Revue clinique d'urologie, 1913, 1. sz.)

Drucker.

### Fülörvostan.

Az acusticustumorok ismeretéhez szolgáltató tanulságos adatokat *Berlstein* és *Nowicki* (Lemberg) egy eset kapcsán. Betegük, 21 éves nő, minden irányban kiterjedő igen tüzetes vizsgálat tárgya volt, majd műtetre került s a műtét után 30 nappal meningitis purulentában elhalván, igen gondos kórboncolás és tüzetes mikroskopos vizsgálat végeztetett. Az eset neurologiai szempontból is igen érdekes, mert azon csekély számú műtetre, illetve obducióra került esetek közé tartozik, a melyekben a localis tünetek közül csakis a nervus octavus bántalmazottsága mutatkozott; noha a betegség legalább két évig tartott, a tumor jelentékeny nagyságú volt, a facialist teljesen dislokálta és részben a trigeminus anatómiai helyzetét is megváltoztatta: a klinikai képben a jelzett idegek részéről a legcsekélyebb tünet sem volt jelen, nem voltak subjectiv panaszok a trigeminuságak területén, a corneareflex viselkedésében nem volt különbség, hiányoztak a cerebellaris tünetek is és így az eset tisztán monosymptomás volt s a topikus diagnosis csupán a beható otológiai vizsgálat alapján volt lehetséges. Ez utóbbi jobboldalt a labyrinthus teljes kikapcsoltságát mutatta (teljes süketség, a calorias ingerelhetőség hiánya, a forgatási és galvános reakciónak a vestibularis apparatus egyoldali kikapcsoltságára jellegzetes viselkedése); baloldalt a cochlearis apparatus intactasága mellett a vestibularis készülék calorias és forgatási ingerekre nem reagált; ezen tünetet még másik négy acusticustumor esetében is megállapították s magyarázatul *Neumann* magyarázatát fogadják el. A szóbanforgó esetben még papillitis s a visus igen erős csökkenése, Röntgen-vizsgálattal a sella turcica ellapulása, vékony, majdnem függőleges clivus, az elülső koponyaárokban jól kifejezett impressiones digitatae, jól látható varratok állapították meg; a meatus acusticus internus kiszélesedése azonban nem volt konstatálható. A műtét két szakaszban végeztetett; a decompressio után a beteg állapota



annyiból súlyosbodott, hogy visusa még inkább romlott; 8 nap multán a műtét második actusa alkalmával a tumorból a porus acusticus internus tájáról csak igen csekély részlet volt el-távolítható, mert a beteg állapota nagyon fenyegetővé vált; a műtét utáni napon jobbfelé és lefelé nézésekör igen erős spontán nystagmus mutatkozott s a betegnek további észlelése alatt is kimutatható volt; exitus 30 nap multán. A bonczolás alkalmával a postoperatív elváltozásokon kívül a jobb kis-agyhídszögletben tyúktójsányi, szilárd consistentiájú, környe-zetétől élesen elhatárolódott tumor volt, mely dugaszszerűen behatolt a kitágult porus acusticus internusba, a melyet tel-jesen kitöltött; a facialis az acusticustól hátfelől elválasztotta, a ponst és nyúltvelőt balfelé eltolta, nyomást fejtett ki az aquaeductus Sylvii tájékára, miáltal különösen az oldalkama-rában nagyfokú hydrocephalust okozott. A mikroskopos vizs-gálat a következőket mutatta: a tumor sejtes-rostos structu-rájú, bőven erezett, különösen a periferián, a hol véralva-dékok és óriássejtek is találtak (az operatív beavatkozás, illetve postoperatív gyuladás következtében); a tumorban egyes halvány reticularis helyek vannak; a dugószerű része compact, rostos structurát mutat kevés sejttel és érrel s a hallójárat mélyebb részeiben az acusticussal és főleg a vesti-bularissal szorosan összenőtt; a facialis és acusticus a cen-tralis segmentumokban regressiv és némileg regeneratív el-változásokat tüntet fel, a belső hallójárat területén külö-nösen az acusticus a daganat dugasza által laposra nyomott, még pedig laposra nyomott és elvékonyodott a cochlearis és a vestibularis; a ganglion spirale részben elpusztult; a Corti-féle szerv nagyrészt szétesett; a crista acustica nagy mérvben atrophias; a labyrinthusban bőséges alvadt és szemcsés anyag. A vizsgálatok eredményeit a szerzők a következőkben foglal-ják össze: 1. A neurinomás structurájú tumor az acusticusból indult ki, még pedig nagyon valószínűen ennek a hallójáratban levő segmentumából, csontpusztulást és a belső hallójárat lumenének jelentékeny kiszélesedését idézve elő. 2. A nyomás következtében nagymérvű sorvadást idézett elő az acusticus-ágakban, a cochlearisban és vestibularisban; a facialis, noha szintén ki volt téve a nyomásnak, csak igen csekély elvékonyodást szenvedett. 3. Az acusticuságak sorvadásával együtt elpusztult a labyrinthus idegvégkészléke, legkifejzettebben a macula, illetve crista acustica táján, a mely nagyon való-szerűen legegységesebb esett áldozatul. A klinikai kép teljesen fedte az anatómiai leletet. Klinice teljes siketség volt megállapít-ható, az anatómiai lelet a ramus cochlearisnak és idegvég-ződéseinek jelentékeny elpusztulását, illetve atrophiját mutatta; ugyanez áll a ramus vestibularisra, csak hogy ennek idegvég-ződései előrehaladottabb atrophiat mutatnak. A mi a többi agyideget illeti, kiemelendő a nervus facialis viselkedése, a mely klinikailag semmi tünetet sem mutatott, anatomic pedig csak csekély atrophiat, noha az egész belső hallójáratot kit-öltötték a tumormassák. A trigeminus és abducens részéről sem klinice, sem anatomic nem volt pathológiás elváltozás. Ez esetben tehát csakis a nervus acusticus mutatott tüneteket, valamint kórbonczolástani elváltozásokat. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie, 1913, 3. füzet.)

Safranek János dr.

#### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Prostatitis gonorrhoeica** ellen *Fischel* (Berlin) a jodi-pin használatát ajánlja klyasma alakjában. 100 gramm 25% jodipin és 200 gramm oleum olivarum elegyből naponként, enyhébb esetekben kétnaponként 10 grammot fecskendez be kis fecskendővel a végbélbe. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 12. sz.)

**Epekőbetegségben** *Grumme* a reszelt retekéből kiperé-selhető nedvnek rendszeres ivását ajánlja. Az első napon 100, azután 200, majd pedig 400 cm<sup>3</sup> nedvet itat naponként; 3 hét elteltével csökkenti az adagot, úgy hogy végül már csak hetenként 3-szor kell 100 cm<sup>3</sup>-t elfogyasztani. A nedv naponként frissen készített, akár meghámozott, akár fehér, akár fekete retekéből. (Medizinische Klinik, 1913, 13. sz.)

**A Rosenbach-féle tuberculinnal** tett tapasztalatait ismerteti *Kausch* és eredményei alapján nagyon ajánlja a kísérletezést vele. *Rosenbach* tuberculinja abban különbözik a *Koch*-féle tuberculintól, hogy az ártalmas és a gyógyításhoz nem szükséges anyagok ki vannak küszöbölve valamilyen trichophyton-gombával együtt tenyésztés útján. Alkalmazása befecskendezés alakjában történik, még pedig vagy magába a kóros góczba, vagy annak környékébe, vagy pedig, ha a gócz nem érhető el, a kar, illetve a lábszár bőre alá. Először többnyire 0.1 cm<sup>3</sup>-t kell befecskendezni s azután minden be-fecskendezés alkalmával ugyanennyivel fokozni az adagot 1 cm<sup>3</sup>-ig. Nagyon satnya betegeknek kezdetben jóval kisebb (0.01 cm<sup>3</sup>) adagokat adunk. A befecskendezés megismétlése-nek idejét a reactio foká és tartama szabja meg; többnyire 3—4 napos szünetet kell tartani az egyes befecskendezések között. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1913, 6. szám.)

#### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1913, 18. szám. *Kovács Bertalan*: A fehérjés tej szerepe a csecsemők emésztési zavarainak gyógykezelésében. *Vértes Oszkár*: Egy év laparotomiáról.

**Magyar orvosi archívum**, 1913, 2. füzet. *Benedek László*: A szétsugárzó görcsös dadogásról. *Mansfeld Géza* és *Bosányi István*: Chemiai vizsgálatok a magnesiumnarcosis lényegéről. *Elfer Aladár*: Adatok a glandula pituitaria infundibularis kivonatának hatásához kóros viszonyok között. *Bogdándy István*: 1. A chloridok és bromidok meghatározása állati nedvekben. 2. A bromidoknak a bélből való felszívódásáról. 3. A pepsinhatás mennyiségi meghatározása.

**Orvosok lapja**, 1913, 19. szám. *Rottenbiller Ödön*: Az érzés-telenítés.

**Budapesti orvosi ujság**, 1913, 19. szám. *Okolicsányi-Kuthy Dezső* és *Lobmayer Géza*: Mesterséges pneumothorax gravidánál.

#### Vegyes hírek.

**Kinevezés.** *Freund Miksa* dr. báni járásvorost a m. kir. államvasutakhoz orvosi tanácsadóvá, *Török Lajos* dr.-t (Kaposvár) és *Révész Zsigmond* dr.-t pályavorossá, *Feuer Egon* dr.-t és *Kiss Menyhért* dr.-t a szegedi közpórházhoz segédorvossá nevezték ki.

**Választás.** *Kemény Jenő* dr.-t Csányon körorvossá, *Tóth Pál* dr.-t Gádonon községi orvossá választották.

**A budapesti egyetem I. számú női klinikáján** április hó-ban 194 szülés folyt le. A nőgyógyászati osztályon 96 beteget ápoltak. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét 102 esetben vették igénybe; a műtétek száma 81 volt.

**Meghalt.** *Krikk Imre* dr., Mezőberény ügyvezető orvosa 62 éves korában április 29.-én. — *S. Jaccoud* dr., ismert belklinikus, a párisi Académie de Médecine örökös titkára, 83 éves korában.

**Trachoma-tanfolyamok.** A trachoma kórtanából és gyógyításá-ból községi, kör- és hatósági orvosok számára a belügyminister megbízásából tíz napig tartó trachoma-tanfolyamok fognak tartatni, és pe-dig: június 16.—25.-éig bezárólag: 1. Budapesten a királyi magyar tudomány-egyetem I. számú szemklinikáján és a budapesti magy. kir. állami szemkórházban legfeljebb 25 orvos, 2. Brassóban a m. kir. állami szemkórházban legfeljebb 5 orvos, 3. Szegeden a m. kir. állami szemkórházban legfeljebb 5 orvos, szeptember hó 9.—18.-áig pedig: 4. Kolozsvárt a magyar királyi Ferencz József tudomány-egyetem szemklinikáján legfeljebb 10 orvos számára. Az indokolt jelentkezések a vá-lasztott hely megjelölésével f. évi május hó 31.-éig a közigazgatási fe-ltettes hatóságok útján a m. kir. belügyministerhez intézendők, a ki a felvételt felett dönt. A résztvevő orvosok összes költségeik fedezésére egyenként 200 korona segélydíjban fognak részesülni.

**Az orvosi továbbképzés nagyváradi tanfolyamát** vasárnap nyitotta meg *Tóth Lajos* ministeri tanácsos, a központi bizottság elnöke. Ez alkalomból *Liebermann Leó* és *Grósz Emil* egyetemi tanárok tartot-tak előadást, az előbbi a táplálkozásról, az utóbbi a szem tuberculo-sisáról. A megnyitáson a tanfolyam 26 vidéki hallgatóján és a helybeli orvosokon kívül Bihar vármegye és Nagyvárad főispánja, a kir. tábla elnöke, a római katolikus és görög egyesült egyház püspöke is részt vett. Jelen volt *Müller Kálmán* báró is, ki mint a tuberculose elleni küzdelem kormánybiztosa a nagyváradi dispensaire ügyében tartózkodott Nagyváradon. — A *Temesvározt* rendezett tanfolyamot *Dollinger Gyula* egyetemi tanár a rákbetegségről szóló előadással nyitotta meg. Az előadáson a vidéki és helybeli orvosokon kívül katonarvosok is nagy számmal vettek részt.

**A Magyar sebésztársaság VI. nagygyűlése** *Chudovszky Mó-ricz* elnöklete alatt május 23.-án és 24.-én lesz a Nemzeti Múzeum dísztermében. Az igazgató-tanács az idei nagygyűlésre két vitakérdést tűzött ki. Ezek: a koponyasérülések sebészete (referensek: *Bakay Lajos*, *Hirsch Hugó*, *Imre József*, *Reutter Kamillo*) és a pankreas se-bészete (referensek: *Bence Gyula*, *Pólya Jenő*, *Róna Dezső*). A vités-



sel kapcsolatos bemutatásra (május 23.-án este) eddig a következő bejelentések érkeztek be: *Dollinger Gyula*: Ritkább törések és ficzamosítások x-sugaras képei; *Gergő Imre*: A gyomorbélrendszer x-sugaras vizsgálatának diagnosztikai értéke az I. sz. sebészeti klinikán észlelt esetek kapcsán; *Dollinger Béla*: Törések repositiója helybeli érzéstelenítésben Röntgen-ernyő előtt; *Fischer Ernő*: Csontdaganatok Röntgen-képei. A nagygyűlés Röntgen-képekből kiállítás is rendez. A nagygyűlésre vonatkozó mindennemű felvilágosítással *Manninger Vilmos* dr. titkár (VIII., József-utca 2) szolgál.

**Ranschburg Pál** dr. egyetemi magántanár, főorvos lakását IV., Bécsi-utca 1. szám alá tette át.

**Kisebb közlések az orvostudomány köréből.** A *vörheny* esetiben némelyek által talált képletek a polynuclearis leukocytákban, a melyeket körjelző értékkel gondoltak felruházhatni, *Bongartz* vizsgálatai szerint nem egyebek, mint általános toxikus befolyások következtében képződött sejtmagtörmelékek. (Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 12. sz.) — *Adigan* néven ismét egy újabb digitális-készítményt hoznak forgalomba, a mely a digitálisnak valamennyi hatóanyagát tartalmazza, de állítólag nincsenek benne a saponin-anyagok, a melyek a digitális kellemetlen mellékhatásait okozzák. (Wiener klin. Wochenschrift, 1913, 16. szám.) — A gyermekkor óta fennállott és minden kezeléssel daczolt *asthmarohamok* megszűnését észlelte *Glasgow* salvarsan befecskendezése után; a salvarsant a betegen jelentkezett kemény fekély ellen adta. (Ref. La semaine médicale, 1913, 16. szám.) — *Az idegrendszer syphilitikus bajait* neosalvarsan intraarachnoidealis befecskendezésével próbálta befolyásolni *Marinesco*. Eredményei nem biztatók. (Zeitschr. f. physik. Therapie, 1913, április.) — *A Bastedo-féle tünetet* (fájdalmak jelentkezése a vastagbélnek levegővel felfújásakor) *Hertz* jellemzőnek mondja idősült appendicitisre. (Lancet, 1913, március 22.)

**Személyi hírek külföldről.** A madridi egyetem anatómiai tan-zsékére *Fr. Porpeta y Llorente* dr.-t, a granadai egyetem tanárát nevezték ki. — *A. Grotzahn* dr. berlini magántanár (közegészségtan) tanári címet nyert. — *A. Lacassagne*, a törvényszéki orvostan tanára a lyoni egyetemen, nyugalmába vonul.

**Friedmann** az ő tuberculosiss-serumával, a melylyel Németországban a berlini orvosi fakultás lesújtó kritikája miatt nem tudott zöld ágra vergődni, Amerikában nagy anyagi sikereket arat. Bár a new-yorki Medical Society közbelépésére Newyorkban a rendőrség betiltotta neki az orvosi gyakorlatot és szerének alkalmazását mindaddig, a míg abból nem enged valamit át ellenőrző kísérletekre a nevezett egyesületnek, szerét mégis sikerült 1,925.000 dollárért (1 dollár = 4 K 90 f.) egy részvénytársaságnak eladnia. Ebből az összegből 125.000 dollárt készpénzben fizettek ki neki, a többi az Egyesült-Államok különböző városaiban 5 millió dollár költséggel alapítandó *Friedmann-intézetek* részvényeiben. *Friedmann* szere tudvalevően teknősbéka tuberculosiss-bacillus-kultúráiból áll.

**A budapesti orvosi kör országos segélyegyletében** befizettek: *Olariu Valér*, *Szilágyi János*, *Barla-Szabó József*, *Bicskey Béla*, *Brünauer Ambrus*, *Spányi Géza*, *Koch Béla*, *Gerber Károly*, *Kernik József*, *Varga István*, *Remenár Elek*, *Adler Béla*, *Blau Adolf*, *Bácskay Béla*, *Burger Simon*, *Fodor Ödön*, *Grasser József*, *Haft Ede*, *Halász Henrik*, *Jancsó Ödön*, *Klein Artur*, *Kmettykó János*, *Magyar Károly*, *Politzer Tivadar*, *Popper Sándor*, *Pozsgay Lajos*, *Róth László*, *Rutsek Pál*, *Steiner Gyula*, *Weisz Dávid*, *Weisz Armin*, *Kerbolt Lajos*, *Mayer Árpád*, *Baky Endre*, *Balog Jenő*, *Baiogh János*, *Baltzar Géza*, *Belloncsik Márton*, *Bleier Leó*, *Braun Jakab*, *Dömötör József*, *Engel Ignác*, *Fehér Samu*, *Fischer Miksa*, *Fleischmann Lajos*, *Földi Miklós*, *Frommer Ignác*, *Frydrichowsky László*, *Genersich Antal*, *Hajcsy Sándor*, *Hanke József*, *Holländer Dávid*, *Holzmann Dávid*, *Hubert Bernát*, *Kaiser József*, *Kassovitz Henrik*, *Kertész Lipót*, *Khoor Dezső*, *Kovács Gyula*, *Kregczy Ottó*, *Lampl József*, *Laurovits János*, *Lechner Antal*, *Lehotzky Imre*, *Leszlauer Lipót*, *Lévay Dezső*, *Lövy Zsigmond*, *Mauks Károly*, *Morava Géza*, *Moskovits Miksa*, *Papp Gábor*, *Polereczky Endre*, *Raisz Sándor*, *Rajz Miksa*, *Rameshofer Sándor*, *Róth Jónás*, *Sajgó Gusztáv*, *Stricker Péter*, *Szommer Antal*, *Szudárovics Ferencz*, *Unger Mátyás*, *Vaday Kálmán*, *Vajda Géza*, *Vincze Jenő*, *Abt Alfréd*, *Auerbach Lajos*, *Balassa Péter*, *Balogh Ernő*, *Balog J. Zs.*, *Boskovitz Mór*, *Braun Gyula*, *Breuer József*, *Czilczér Benedek*, *Czuckermann Samu*, *Csillag Ignác*, *Chalaupek József*, *Chimbir Pál*, *Déri Henrik*, *Dobos László*, *Dudich Endre*, *Duchon János*, *Erreth Lajos*, *Fischer Ágoston*, *Fodor Ignác*, *Földi Adolf*, *Friedländer Adolf*, *Gellényi Miksa*, *Genersich Andor*, *Gélyi Dezső*, *Gottlieb Ede*, *Grauer Adolf*, *Gusbeth Ede*, *Gyikos Béla*, *Hertskó Adolf*, *Herz Samu*, *Hochstein Mór*, *Horváth Antal*, *Huszár Adolf*, *Kaldrovits Andor*, *Kapp Viktor*, *Katona Gyula*, *Kelen Lipót*, *Kerekes Gyula*, *Kertész Béla*, *Kiss Vilmos*, *Klein Adolf*, *Kóczián Géza*, *Kottler Sándor*, *Kováts Lajos* 4—4 koronát. *Katona József* dr., pénztáros.

Mai számunkhoz a „Sanatorium Dr. Ludwig Schweinburg, Zuckmantel” című prospectus van csatolva.

Lapunk mai számához *Dr. Kereszty*, *Dr. Wolf és Társa*, vegyészeti gyár, Ujpest, „Cadogel” című különnyomata van mellékelve.

Nemrég elhunyt kiváló nőorvos-tanár hagyatékából

**nőorvostani műszerek**  
egészben vagy darabonként **eladó**k. Megtekinthetők Főherczeg Sándor-utca 30/a, I. em., d. u. 3-5 óra közt.

**Budapesti gyógymechanikai**

## ZANDER-INTÉZET

Muzeum-körút 2. Igazgató-orvos:  
**dr. Reich Miklós.**

1913 május hótól

**IV., Semmelweis-  
utca 2. szám.**

(Kossuth Lajos-utca  
sarkán.)

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

**MARIENBAD**

**Dr. Glück Gyula** volt klinikai  
orvos, a buda-  
pesti Glück-sanatorium volt igazgató-főorvos,  
rendel Haus Aesculap (Ferdinandbrunnstrasse).

## Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

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

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

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



**Dr. Mátrai Gábor és Dr. Sas Bernát** **Orvosi laboratoriuma**  
VI., Andrassy-út 38. Telefon 26—96.

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

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

**Ujtátrafüred** magaslati gyógyhely. Egész éven  
át nyitva. Vízgyógyintézet. Sana-  
torium. — Modern kényelem,  
közp. fűtés, villanyvilágítás. Prospectus. Vezető orvos **Dr. Szontagh Miklós.**

**A Liget- és Park-  
— SANATORIUM Orvosi laboratoriuma**

Vezető: **Dr. Detre László** egy. m.-tanár. VI., Nagy János-utca 47. — Telefon 106—00

## 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. Widder Bertalan** operateur orthopéd-sebészeti in-  
tézetét Budapest, VII., Rákóczi-  
út 10. szám alá helyezte át.

**Orvosi műszerek,** kötszerek, villanygépek, leg-  
jobb sörvőkötők, has-  
kötők, összes betegápolási tárgyak és gummiárúk elsőrendű  
minőségben jutányosan kaphatók:

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

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

## MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK

fürdőkhoz.

;; **LÁPSÓ** ;;  
száraz kivonat  
ládákban á 1 kiló

**LÁPLUG**  
folyékony kivonat  
üvegekben á 2 kiló

**Dr. Cukor kúrapensiója** Franzensbad, Villa Heimdall.  
Modernül berendezve, kifűnő  
fekvéssel, fürdők, források  
közvetlen közelében. Teljes  
pensio 5-szöri étkezéssel, szo-  
bával, kez orvosiéssel, napi 15 korona. **Prospectus kívánatra.**



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM:** A Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének első nagygyűlése (1913 április 12—13.) 368. l. — Budapesti Kir. Orvos-egyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya (IV. ülés 1912 november 9.-én.) 369. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya (1913 április hó 5.-én tartott IX. szakülés.) 370. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 371. l.

## A Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének első nagygyűlése.

(1913 április 12—13.)

Ismerteti: *Ország Oszkár* dr.

*Korányi Sándor* báró elnök megnyitó beszédében az orvosi testületnek a specializálás által okozott tagolódásával foglalkozott. Csak annak a specialis szaknak tulajdonít létjogosultságot, melynek különválását kényszerítő szükség parancsolja. Ez az egyesület a specialisták csoportját egyesíti, hogy az általános orvosi tudomány megnyilatkozására adjon alkalmat oly kérdésekben, melyeknek oktana és prophylaxisa egséges.

Reámutat a tuberculosis nagy pusztításaira. Hangoztatja a helyes ember-oekonomia fontosságát Magyarországon, a hol a gyermekhalandóság és a kivándorlás oly nagy károkat okoz. Célyszerű küzdelem a tuberculosis ellen, úgy mint Németországban és Angliában, a lakosság millióit mentheti meg az életnek. Kell, hogy e küzdelemben az egész nemzet résztvegyen. E küzdelem támogatása tudományos tevékenységgel az egyesület fontos célja. E célzott akkor fogja elérni, ha a tuberculosis tanának tudományos fejlesztésével foglalkozik, a leküzdés társadalmi útjai felől a vitatkozást lehetőleg kiküszöbölő és e tekintetben a tudományos előkészítésre szorítkozik. Fontosnak tartja a discussiót a therapiával kapcsolatos kérdésekben. A tüdőtuberculosis belorvosi therapiájának csak egy oly methodusa van, a melynek értéke felől nézeteltérés már nem lehet, és ez a diatétis-hygiénés gyógyítás. Sikerei bizonyos fokig hátráltatják a therapia egyéb módszereinek fejlődését. Hiszen ezekben senki sem bízik annyira, hogy mellettük az előbbi gyógyeljárást ne alkalmazzák és nagy a veszedelme annak, hogy a siker, a melyet talán egymagában is előidézne, a mellette alkalmazott egyéb eljárásoknak tulajdonítatik. A gyógyítás fejlesztésének irányítására az állatkísérlet sem áll úgy rendelkezésünkre, mint más betegségekben, a mennyiben eddig csak acut általános megbetegedést tudtunk előidézni. Az előadó reméli, hogy az állatkísérleti technika újabb vívmányai a tuberculosis kísérleti gyógyítását is fejlődésnek fogják indítani. E fejlődést azonban csak sokaknak szigorú és sokoldalú kritikája védheti meg tévedésektől. Reméli, hogy az együttműködés a tuberculosis ügye iránti szeretetet fokozni fogja és így az egyesület a tuberculosis elleni küzdelem országos bizottságának hathatós támogatója lesz. Végül megemlékezett az elhunyt tagokról.

*Hutyra Ferencz:* Az ember és az állatok tuberculosis. Referatumban ismertette az újabbkori kísérleteket és tanulmányokat, melyek megállapították, hogy a tuberculosis bacillusának ember-, szarvasmarha- és szárnyas-typusa bizonyos biológiai tulajdonságokban élesen különbözik ugyan egymástól, azonban ugyanegy typus több állatfajban okozhat kóros elváltozásokat. Nevezetesen a szarvasmarhák tuberculosisát okozó bacillus csak nagyon kivételesen okozója ugyan az emberi tüdővésznek, de már a csontok és az ízületek tuberculosisá az esetek 5%-ában, a gyermekek scrophulosisa pedig éppen séggel az esetek 40—50%-ában vezethető vissza ennek a bacillusnak hatására. Az állatok tuberculosisá tehát komolyan veszélyezteteti az emberek egészségét, különösen a gümőkóros tehének teje révén, mely a nagyvárosok piaczforgalmában a megvizsgált próbák átlag 10—15%-ában bizonyult fertőzöttnek. Fenforog továbbá a veszély az emberrel együtt élő állatok, így a kutyák, a macskák s főképpen a papagályok és kanári madarak részéről, mert ezek tuberculosisát rendszerint ugyanazon bacillus okozza, mint az emberi tüdővést. Az állat tuberculosisának gyérítése tehát a közegészségügynek fontos érdeke és ezen a téren a skandináv államokban a *Bang*-féle

módszerrel máris nagyon szép eredményeket értek el. Magyarországon azonban ma majdnem kizárólag csak egyes nagy uradalmak küzdenek a szarvasmarhák gümőkórja ellen, míg a hatóságok alig törődnek vele, pedig a betegségnek máris nagyon erős elterjedése az állatvilágban kívánatosá teszi az erélyes hatósági védekezést.

*Okolicsányi-Kuthy Dezső:* A referatum két elméleti pontjához szól hozzá. A bovin bacillus kisebb veszedelmességének legvalószínűbb magyarázatát abban látja, hogy minden állatfajra a szervezetéhez leginkább hozzáidomult vírus a legvirulensebb. A szólo magyarázni iparkodik azt a körülményt, hogy a bovin fertőzés gyakrabban mutatható ki az emberek mirigy tuberculosisában, mint csont- és ízületi gümőkór esetén. A bacillus útja a csonthoz és ízülethez hosszabb, mint a mirigyekhez s ez idő alatt attenuálódik.

*Okolicsányi-Kuthy Dezső és Pekánovich István:* A gümöbacillusok Ziehl szerint nem festődő alakjáról. Az előadók készítmények bemutatásával ismertetik a tuberculosis-bacillusnak Ziehl-festéssel ki nem mutatható granularis alakját. E granulák felfedezése által a gümöbacillus kimutathatóvá vált számos olyan esetben, a melyben azelőtt nem lehetett festés útján ráakadnunk. Az előadók hangsúlyozzák, hogy a granularis alak megjelenése a fennálló kórfolyamatnak jóindulatú volta mellett szól.

*Ország Oszkár:* 13 éve fennálló gümőkór esete *Much*-féle granulákkal. A bemutató tüdőgümőkóros beteget és Röntgen-fényképét mutatja be, a kin a 8 év alatt nagy számban végzett köpetvizsgálat mindig negatív eredményt adott. A *Much*-féle festési eljárással azonban a tuberculosisbacillus granularis, Gram-positív alakjai voltak kimutathatók. A beteg köpete állatkísérletben fertőzőnek bizonyult. Az eset kapcsán felhívja a figyelmet arra, hogy a saválló bacillusokat nem tartalmazó köpet is fertőző lehet, másrészt arra, hogy a granulák főleg a jótermészetű esetekben mutathatók ki.

*Okolicsányi-Kuthy Dezső:* A bemutató esetben bizonyítékát látja annak, hogy a *Much*-granulák jó prognoszt nyújtanak.

*Entz Béla:* Az aorta miliaris gümőkórja. Bemutatja 28 éves férfi készítményeit, a ki gümős csípőizületi gyuladáshoz csatlakozó florid tuberculosisban halt el. Az aorta oly megbetegedését találta, a mely részjelensége volt az általános gümős fertőzésnek.

*Entz Béla:* Placentaris fertőzésből eredő, a májra és lépére szorítókozó miliaris tuberculosis. A bemutató e bajban elhalt csecsemő szerveit demonstrálja. Az 5 hetes csecsemőt, a kinek anyja is tuberculosisban halt meg, már 13 napos korában elválasztották anyjától s így a méhen kívüli életben nem fertőztetett az anyjától; a tejjel való fertőzést azért lehetett biztosan kizárni, mert a gyermeket egészséges dajka táplálta s így a harmadik lehetőség marad: a méhen belüli fertőzés. Erre utal az is, hogy a gümős elváltozások, a mennyire megítélhetők, 5 hétnél régebbi keletűek, s így csakis intrauterin infectio eredményei lehetnek. A bemutató evvel kapcsolatban kritikálja *Baumgarten* felfogását a gümőkór keletkezéséről.

*Kovács József:* A latens tüdőtuberculosis bonczolástani viszonyai. Az előadó kórbonczolástani tanulmányai alapján foglalkozik a latens gümőkóros góczok jelentőségével és arra a következtetésre jut, hogy úgy phthiseogenetikai, mint nosológiai szempontból ezek a góczok nagyobb figyelmet érdemelnek, mint a mennyit hajlandók vagyunk nekik tulajdonítani. Tekintve, hogy hosszú időn át változatlanul és mozdulatlanul lokalizálva maradhatnak, de fertőzőképességüket megtartják, adandó alkalommal ezekből a jelentéktelennek látszó góczokból indul meg az expansiv tuberculosis kifejlődése. Nem tartja őket klinikai szempontból sem minden körülmények között indifferensnek, mert meggyőződhetett róla, hogy jelentéktelen, babnyi-mandulányi, teljesen lokalizált gó-



czok mellett is kifejezett mérgezési tünetek jelentkezhetnek, persze nem mindenkor meghatározott stigmák szerint, nem egyszer egyik-másik más szerv működésének megzavarásával.

**Orsós Ferencz:** *A tüdőcsúcsok szerkezetéről.* A mellkas és a tüdők fejlődése szoros viszonyban áll egymással; a postembryonalis életben, rövid tartamú kivételes állapotoktól eltekintve, a tüdők és a mellkas nem nyomó-, hanem szívóhatást gyakorolnak egymásra. Ezután az előadó a tüdőcsúcsoknak az I. bordagyűrűhöz való viszonyát ismerteti és több fényképen a leggyakoribb normalis csúcsalakzatokat és azután a másodlagos alkalmazkodás néhány pathológiás példáját mutatja be. Az I. bordapár angularis része többnyire a tüdő geometriai csúcspontja mögé és alá esik, de magán a csúcson olykor az előtt is fekszik. A bordabarázdákra nézve az előadó kijelenti, hogy azok csupán térbeli alkalmazkodás és nem pathológiás nyomás termékei. *Schmorl*-lal ellentétben a barázdák csecsemők tüdején felfúvás és kitöltés után is megmaradtak. Végül az előadó a hörgőrendszerre tér ki. 70-nél több esetben *Wood*-öntvényen in situ kitöltötte a hörgőrendszert és a felső lebenyek hörgőelágazódásának viszonyain kívül figyelemmel volt a hörgőknek a légzési mozgásokkal járó alakváltozására is. Kijelenti, hogy az expiratórikor a hilus felemelkedik és úgy a finomabb, mint az erősebb hörgők összehúzódnak, mérsékelt fokú hullámos és spirális görbületeket alkotva. A rekeszi belégzés alkalmával a tüdőkapu leszáll és a verticalis hörgőágak úgy az alsó lebenyben, mint a tüdőcsúcsokban megnyúlnak és egyenessé feszülnek. Egyoldali rekeszi belégzések az ellenkező oldali tüdő transzversalis szívóhatás érvényesül. A csúcshörgőknek a légzés különböző phasisaiban való összehasonlításakor kitűnik, hogy a rekesz a tüdőcsúcsokra is jelentékeny respirációs hatást fejt ki.

**Büch-Hirschfeld** azon leletét, hogy az apicalis és subapicalis hörgőágak a legtöbb tüdőben összeszorultak és elkorcsosultak, az előadó számos készítménye alapján nem támogathatja. Egyéni variációk mindenesetre előfordulnak, de normalis viszonyok mellett a szóban levő felületen a hörgők elágazódása nem volt szabálytalanabb vagy tömörültebb, mint egyebütt és a görbületek, melyeknek *Büch-Hirschfeld* a tuberculosis iránti hajlamosság kérdésében oly nagy szerepet tulajdonít, úgy a csúcsokban, mint másutt, csakis az expirációs állapotban készült praeparatumokon voltak megtalálhatók.

**Scharl Pál:** *A tüdőtuberculosis aktivitásának megállapítása.* A referens hangsúlyozza a tuberculosis aktivitása megállapításának fontosságát az orvosi beavatkozás szempontjából. Részletesen ismerteti a betegség azon tüneteit, melyek az aktivitásnak, tehát a klinikai értelemben valódi gümős tüdőmegbetegedésnek a jelei és azon tényezőket, a melyek a gümős tüdőmegbetegedést az aktivitás szempontjából befolyásolhatják, így a terhesség, a diabetes, a syphilis, a köszvény stb. befolyását. A tuberculinpróbák értékére vonatkozólag előadja, hogy ezek segítségével csak az deríthető ki, hogy a szervezet fertőzve van-e, (de nem az, hogy activ vagy inactiv a folyamat. A fertőzést követő reactio csak akkor tekinthető kezelésre szoruló betegségnak, ha az ismertetett objectív és subjectív tünetekkel jár, tehát ha klinikai értelemben vett tuberculosis van jelen.

Az előadáshoz fűződő vitában *Korányi Sándor* báró hangsúlyozza, hogy a tuberculin-reactionnak csak akkor van diagnostikai jelentősége, ha góczreactio észlelhető. A tuberculosis aktivitásának diagnosisa tisztán gyakorlati feladat. Methodikája a régi orvosoknak az újabb kor által finomított betegvizsgálata. A tüdő tuberculosisában különösen fontos a köpet rugalmas rost-tartalma.

**László Gyula:** A normalis hőmérséklet felső határa 37 fok alatt van, ennél magasabb hőfok activ folyamatot jelent. A szülő inactívnek tartja a folyamatot, ha nincsenek szörtyzörejek, ha nincs 37 fokot meghaladó hőemelkedés, ha a pulsus jó, a beteg nem soványodik, minden más esetben activ.

**Kovács József:** Délelőtti előadásával kapcsolatban néhány megjegyzést tesz. A száraz, sajtos, mozdulatlan góczok az esetek 10–15%-ában találhatók meg, s ezekben több rejtélyes klinikai észlelet magyarázatát látja. Nézete szerint e mozdulatlan góczok közvetve vagy közvetlenül activnak tekinthetők, vagy az aktivitás határán állva periodice activak.

**Okolicsányi-Kuthy Dezső:** Az általa leirt acromialis tünetnek jelentőséget tulajdonít az activ folyamat felismerésében.

**Scharl Pál:** Óvatosságra int a normalis hőmérséklet alsó határának megállapításakor, a 37 fokos hőmérsékleti maximumot normalisnak tartja. Az acromialis tünetnek van jelentősége, ha a többi klinikai tünettől együtt észlelhető.

(Folytatása következik.)

## Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(IV. ülés 1912 november 9.-én.)

Elnök: **Ónodi Adolf.**

Jegyző: **Lipscher Sándor.**

(Vége.)

### 8. Navratil Dezső: Oesophagokoppal a bárzsingból eltávolított csontdarab esete.

Az első esetben 71 éves nőről van szó, a ki az I. sz. sebészeti klinika orr-gégejárombeteg-rendelésén azzal a panaszszal jelentkezett, hogy 1 $\frac{1}{2}$  óra előtt szárnyast evett s azóta úgy érzi, hogy valami a torkában elakadt. A megejtett Röntgen-átvilágítás a 2. és 3. borda közti területen ökölnyi aneurysmát talált s ennek megfelelően a bárzsingban hegyes vékony tárgy volt rögzítve, mely egyik végével az aneurysmának támaszkodott. E meglehetősen kellemetlen körülmények mellett kiméletes dolgozással mégis sikerült oesophagokoppal segítségével az aneurysma falának nekifeszült, 3 cm. hosszú, túszerű lúdcsontot a rajta lógó bonyedarabbal együtt eltávolítani minden különösebb szövödmény nélkül. A második eset 24 éves férfi, a ki azzal a panaszszal jelentkezett a rendelkezés, hogy egy hét előtt szárnyast evett s úgy érezte, mintha valami a torkában megakadt volna. Azóta csak folyékony táplálékot tud magához venni. A könnyebb tájékozódás céljából a beteggel ostyába rejtett bismuthum-bolust nyeletett. A Röntgen-átvilágítás alatt tisztán látszott, hogy a bismuthumbolus a bifurcatio tájékán a bárzsingban elakadt, de ott mindjárt szét is pukkadt. Idegen testet azonban kifejezetten látni e helyütt nem lehetett. Mivel a jelzett helyen feltétlenül lenni kellett valaminek, az előadó az átvilágítás után oesophagokoppiát is végzett és sikerült egy kb. 20 fillérnyi, zezugos szélű lúdcsont-darabot eltávolítani. Az eltávolítást megnehezítette a bismuthum, mely a bárzsing e területét teljesen bevonta fehér színével, s így a fehér színű csont meglátását akadályozta. A beteg meggyógyult.

Hasonló esetekben, ha csak elkerülhető, ne alkalmazzuk a bismuthumot, mivel úgy az idegen testnek Röntgen-vizsgálata, valamint annak oesophagokoppal eltávolítása alkalmával is zavarólag hathat; hanem végezzünk minél előbb oesophagokoppiát, melylyel, ha kiméletesen alkalmazzuk, bajt nem okozhatunk.

**Zwillinger Hugó:** Bemutat egy csirkecsontot, melyet egy collega bárzsingjából húzott ki.

**Láng Kornél:** A bemutatásból nem értette meg, miért történt a Killian-műtét? Acut volt-e a frontalis empyema? Megtörtént már, hogy csontos üreget megnyitottak és az pulzált, azt hitték, hogy a dura, pedig lobos nyálkahártya volt, a mely szintén pulzál.

**Navratil Dezső:** Azért mutatta be az esetet, mert ritkaság, hogy ilyen nagy sinus mellett postoperative nincs behorpadás. Azért történt a sinus felvétele, mert a Röntgen-vizsgálat különbséget mutatott a jobb és bal oldal között, nagy fájdalmak, lázak voltak, sőt gyanu volt meningitisre is. A sinus frontalis ductusát nem lehetett szondázni, ezért volt kénytelen Killian-műtétet végezni.

### 9. Safranek János: Idegen test a bárzsingban.

A 42 éves férfi azzal a panaszszal jelentkezett, hogy előző napon tejelevest evett s az ebbe főzött tészta torkán akadt; orvosa bárzsingját megszondázta, mire gyermekököllyi tömegű, összetapadt tésztát hányt. Újbóli szondázáskor a bárzsingszonda állítólag akadálytalanul lejutott a gyomrába. Nyelni ugyan tud, azonban nyeléskor, de egyébként is a bárzsing bizonyos helyén fájdalmakat érez. A Röntgen-kép a jugulum magasságában 5 koronányi, kerek idegen testet mutat; oesophagokoppal ezüstszínű, fénylő, sima felületű, félkör alakban meghajlott test látszik, mely mellett a tubus igen könnyen a mélybe siklik s a melyet a nyelőcső falzatához szorosan oda-



fekvő és rögzített helyzetéből kimozdítani, illetve fogóval felül-ről megfogni nem sikerül; végül is a Gräfe-féle pénzfogó kampóját alulról beléakasztva, ezzel sikerül az idegen testet kiemelni, a mely tejesüveg ólomkupakjának bizonyul. A kupak félköralakban volt meghajlítva s ez érthetővé teszi, hogy mellette a bárzsingszonda a mélybe jutott; de nincs kizárva, hogy éppen az első szondázáskor formáltatott ilyenné, tolatott le a jugulum mélységéig és itt rögzített. Ez az eset is nagy óvatosságra és tartózkodásra int a bárzsingszondák alkalmazását illetőleg idegen test esetén.

#### 10. Dörner Dezső: Gégescleroma esete.

Az eset különösen a gégebeli elváltozások miatt érdemel figyelmet. A 37 éves férfi légzési nehézségei miatt jött ezelőtt 3 héttel klinikánkra s elmondotta, hogy kb. 5—6 év óta veszi észre, hogy hangja rekedtebbé vált, nyelése és légzése neheztült. Fájdalmi sohasem voltak. Az orrbemenet mindkét oldalt kissé szűkült; ezen szűkületet egy diffus beszűrődés okozza, mely különösen az orrszárnyakra terjed ki és nagyjában puha, alapjáról elmozdítható. Kívülről az orron nincs elváltozás, megtapintva keményedés nem érezhető. A szájgarat hátsó és oldalsó részében, valamint az arcus palatoglossusson hegek láthatók, melyek elszórtan fekszenek, az arcusokat a hátsó garatfalhoz húzzák és a velumot felemelik. Hátsó rhinoskopiával látható, hogy a légyszájpad az oldalsó és hátsó garatfallal hegesen összefügg és ezáltal a choanákat erősen szűkíti, úgy hogy csak a septum középső része látható, mely szintén megvastagodott, e miatt a choanából csak egész keskeny rész látható a septum mellett. A gégebemeneten érdekes elváltozás van: az epiglottis kissé összehajtott, az aryepiglottikus redők, valamint az aryporcokat takaró nyálkahártya megvastagodott s lebenyszerűen a gége bemenete felé nyúlik, úgy hogy mintegy diaphragmaszerű képződményt alkotva, a gégebemenetet igen erősen szűkíti, a mit még fokoz a petiolus epiglottidis duzzanata. E szűkület miatt a hangszalagok alig láthatók. A hangszalagok látható kis részletéből következtetve, azok igen korlátolt mozgásúak. Autopskiával vizsgálva a géget, azt látjuk, hogy ezen lebenyes képződmény igen kemény, heges, úgy hogy az autopskoppal e heges szűkületen áthatolni nem tudunk és így a hangszalagokat jobban meglátni és a subglottikus tájat megvizsgálni nem tudjuk. A mindinkább fokozódó légszomj miatt tracheotomia inferiort kellett végezni.

A garatban a choanák tájékán és az orrban való elváltozások biztos következtetést engednek az iránt, hogy ez scleroma, s így a gégebeli elváltozás is annak tekinthető, a mit különben a heges megkeményedés is megerősít. A szövettani vizsgálat, melyet az orrból kivágott darabon végeztünk, szintén scleromát eredményezett. Az eset érdekessége és ritkább volta abban áll, hogy a gégebeli elváltozások nem a subglottikus tájékon láthatók, mint a hogy az legtöbbször észlelhető, hanem a gége bemenetén. Hasonló eseteket az irodalomban csak elvétve találunk, ezekben is inkább a petiolus epiglottidis tájékán voltak a nagyobb elváltozások, míg a mi esetünkben inkább az aryporcok mentén. Érdekes még, hogy az elváltozások nem mutatják azt a göbcsés jelleget, a melyet scleroma eseteiben rendszeren látni lehet és hogy a rendszeren előforduló jellegzetes édeskés szag, a melyből sokszor egészen biztos diagnosist lehet felállítani, teljesen hiányzik.

#### 11. Lengyel Árpád: Idegen test a gégeben.

67 éves nőbeteget mutat be, a ki a klinika ambulanciáján való jelentkezése előtt 5 nappal nagy varrótút nyelt le. A nyelvében érzett fájdalmakat. Vidéken Röntgen-vizsgálattal sem lelték meg az idegen testet.

Gégetükörrel vizsgálva, a hangrésben, vele párvonalosan elhelyezkedve, tü látszott, a mely mindkét végével be volt ékelődve. A bárzsing bemenete felett a hátsó garatfal rendkívül bővérű és előboltosult. Mackenzie-gégefogóba fogva a tü, a gégetükör világítása mellett látszott, hogy az elül a hangrés alatt és hátul a bárzsing bemenete felett a hátsó garatfalba ékelődött. Ujjal kiszabadítva a tü egyik végét és

az ujj vezetése mellett megfogva a gégefogóval, sikerült az eltávolítás.

Némelyek a beékelődött tü eltávolítására annak eltörését ajánlják s e célra már külön műszert is szerkesztettek. Hátránya azonban ennek az, hogy ilyenkor egy helyett két idegen test szerepel, továbbá, hogy könnyen a mélybe eshet valamelyik.

#### 12. Uthy László: Koponyaalapi fibroma operált esete.

#### 13. Réthi Aurél: A tonsillectomia új módja.

Eljárásának előnyei: 1. gyorsasága, 2. a sebalap simasága, 3. a vérzés hiánya, 4. az enucleatio végzésekor a mandulafogó felesleges, a látótér tehát szabad, másrészt szakadékony mandulaszövet esetén kellemetlenségektől megóv.

Az eljárás lényege az, hogy az általa konstruált eszköz a nem szakadékony fasciát ágyából automatásan kifejti s a most már kocsányon függő mandula erős kacs segítségével teljesen leválasztható.

**Navratil Dezső:** Az ajánlott tonsillectomia subtotalis egyszerű, sebészi és teljesen megfelel: nem vesz el a tonsillából mindent, a garatveket nem sérti és pár pillanat múve. Ha azonban az egész tonsilla detritus-tömeg, az éles kanál a megfelelő műszer.

**Safranek János:** A műszerről lehet kritikát mondani, mert kissé komplikált, de a műtétet mindenesetre szépen lehet vele végezni. A tonsillát a tokjával együtt kiveszi, azokban az esetekben nevezetesen, melyeket chronikus tonsillitis név alatt ismerünk.

**Réthi Aurél:** Műszerével mindig lehet tonsillectomiát végezni, mert a fasciát fogja meg vele, nem a tonsillát, mely esetleg szakadékony lehet. Kiírta a tonsillát 1. ha gyakran recidiváló gyuladása van, 2. ha chronikus gyuladásban van, mely állandó veszélyt rejt magában (nephritis, polyarthrit), 3. makroszkopice látható gümőkóros elváltozások esetén, 4. hosszú ideig fennálló Vincent-angina esetén.

### Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1913 április hó 5.-én tartott IX. szakülés.)

Elnök: **Davidá Leó.**

Jegyző: **Konrádi Dániel.**

**I. Kenessey Albert: Spontan aortarepedés esete.** A 67 éves napszámos azzal a panaszszal vettette fel magát a belklinikára, hogy munkaközben hirtelen rosszul lett, mellkasi fájdalmi támadtak, melyek jobb oldalába kisugároznak. A klinikán 34 légzést és időnkint telt, máskor gyengébb, gyors, dicrot, sőt időnként anachrot jellegű pulzust találtak. Bejövetele után 6 órával hirtelen meghalt. Klinikai diagnózis: Haemorrhagia cerebri? Albuminuria. Bonczolásakor 500 cm<sup>3</sup> vér a pericardiumban. Az aorta felszálló részének legmagasabb pontján kissé hátratekintőleg a külső adventitialis felületen 1 cm. hosszú hosszanti rés, melynek környékén kb. 4 cm. széles területen az aorta egész területén az adventitia véromlony által felemelt, le egészen az arteria coronaria dextra kiindulása tájáig. A bal szív nagy mértékben túltengett; a billentyűk, szájadékok épek. Az aorta két belső rétegén átható, éles szélű, 4 cm. hosszú repedés van a félholdképzű billentyűk felett 1 cm.-re, kiindulva az arteria coronaria dextra szájadéka felett, melyen át szondával az említett adventitialis haematomába lehet jutni. Az aorta belfelületén egész lefutásában nem nagyon sok sárgás, zsiros, kissé kiemelkedő folt, de kifoszlások, elmeszesedések, bujakóros hegek nincsenek. Az egész aorta diffuse hengerdeden tágult. A környéki és agyalapi erek meglehetősen előrehaladt arteriosclerosist mutattak.

**II. Veszprémi Dezső: 1. Volvulussal szövődött atresia ilei congenita.** A 36 órát élt újszülött bonczolása alkalmával feltűnt, hogy a vékonybelek nagyon puffadtak, ki vannak tágulva. Ennek oka gyanánt teljes 360°-os bélcsavarodást lehetett találni, a mely az ileum alsó részén a megfelelő helyen igen erős leszorítást is okozott. Igen szokatlan s első pillanatra alig érthetőnek látszott az, hogy a leszorítás helyétől elvezető ileumrészlet szintén nagyon kitégült, sőt fokozottabb mértékben, mint a volvulus fölött levő bélkacsok. Tüzetesebb megtekintéskor kiderült, hogy a bél ezen legalsó, legnagyobb görbületén mérve mintegy 20 cm. hosszú része vakon vég-



zódik, nem folytatódik a vakbélbe és azzal egyáltalán semmi összefüggésben sincs. Ez utóbbi rendes helyétől kissé magasabban és a gerincoszlophoz közelebb fekszik s proximálisan egy 6 cm. hosszú, összetett, lúdtollszár vastag, szintén vakon, kissé csúcsosan végződő, zárt ileumrészletbe megy át. Egyébként a vakbél, a vastagbél, az S romanum, a végbél ugyancsak összeesett, alig czeruzavastagságú. Helyzetük, lefutásuk — leszámítva a vakbelet — rendesnek mondható. Ebben az esetben tehát az atresia az ileumon 6 cm.-re keletkezett az ileocecalis billentyű fölött. A felső, vakon végződő és előzetesen a meconium felhalmozódása miatt bizonyára nagy mértékben kitágult bélrészleten képződött minden valószínűség szerint a volvulus, a melynek kifejlődésére a feltűnően hosszú, kivongált, szabad mesenterium és az ileum vakon végződő részének szálagos odanövések által törént rögzítettsége kedvező viszonyokat teremtett.

2. **Ascarisok által okozott cholangitis.** A 47 éves nő ductus hepaticusában, a májból jövő nagy epeutakban mintegy beékelődve néhány ascaris találtatott, közöttük az egyik szinte összetöprődött, epesen beivódott. A ductus choleochus és hepaticus tágult, nyálkahártyájuk duzzadt, belővelt, tartalmuk zavaros, genyes hig epe. A máj felületese részeiben szétszórtan pár helyen tályogok vannak. A sárgaság hiányzott, a minek az a magyarázata, hogy az epeutak nem voltak teljesen elzárva s így epepangás sem állott fenn, mert az epe kiürülését az ascarisok nem akadályozták számbavehető mértékben.

(Vége következik.)

### Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

**Az albuminuria kezelését alkaliakkal** — a mit néhány évvel ezelőtt ajánlottak — 24 esetben kísérte meg *Weiland*. Eredményéről a kieli orvosgyesület február 27.-én tartott ülésén számolt be. 7 esetben mutatkozott ugyan némi javulás, a többi esetben ellenben nem, sőt néha tetemes rosszabbodás állott be, illetve nagyon aggasztó tünetek mutatkoztak, úgy hogy véleménye szerint az eljárás határozottan elvetendő.

**Diabetes insipidus** esetét ismertette *Adler* a csehországi német orvosok egyesületének márczius 14.-én tartott ülésén. Az eset 21 éves fiatal emberre vonatkozik, a kinek nem voltak ugyan syphilisre utaló tünetei, de a Wassermann-reactio erősen pozitív volt. Ezért salvarsan-infusiót kapott, továbbá belsőleg jodnatriumot, nemkülönben kenőkrémekben is részesítették, mire a diabetes insipidus tünetei visszaféjték. A Wassermann-reactio azonban még most is pozitív.

## PÁLYÁZATOK.

3066/fh. 1913.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár pályázatot hirdet a következő **kezelőorvosi állásokra**:

1. a székesfőváros VIII. kerületében a Mátyás-tér, Déri-utca, Német-utca, Mária Terézia-tér és Tavaszmező-utca által határolt területen évi 2400 korona törzsfizetéssel,

2. a székesfőváros VIII. kerületében a Dobozi-, Magdolna-, Madách- és Szerdahelyi-utca által határolt területen évi 2400 korona díjazással,

3. Maglód községben évi 1200 korona díjazással.

A pályázati kérvények, a melyek oklevélmásolattal s az eddigi orvosi szolgálatot igazoló bizonyítványmásolatokkal szerelendők fel, **1913. évi május 23.-áig** adandók be a pénztár főorvosi hivatalához (VII., Damjanich-utca 36) címezve, a hol az állásokra vonatkozóan hétköznapokon d. e. 12—1 óra között részletes felvilágosítás nyerhető.

Az állásokat a pénztár igazgatósága választás útján tölti be.

A megválasztott orvos tartozik a mindenkor érvényben lévő szolgálati, fegyelmi és illetmény szabályzatot, valamint a szolgálati ügyrendet magára nézve kötelezőnek elismerni s a számára kijelölt körzetben lakni.

Az alkalmazás egy évig ideiglenes jellegű.

Az állások az alkalmaztatást kimondó igazgatósági határozat kelteől számított 14 napon belül foglalandó el.

B u d a p e s t, 1913 május 7.-én.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár.

A kecskeméti m. kir. állami gyermekmenhelynél megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: Évi 1200 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és I. oszt. ételmezés.

Felkérem azon orvosdoktorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányaik hiteles másolatával felszerelt és a belügyminister úrhoz címzett, egykoronás bélyeggel ellátott kérvényüket hozzám **1913. évi május hó 27.-éig** küldjék be.

Gyermekkorházakban vagy más gyermekvédelmi intézetben szerzett gyakorlatlal bírók előnyben részesülnek.

K e c s k e m é t, 1913 május 6.

Egressi Lajos dr., igazgató-főorvos.

460/1913. szám.

Békésvármegye közpórházánál a belgyógyászati osztályon **egy**, a sebészeti osztályon **2 (kettő) segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: a belgyógyászati és sebészeti segédorvosi állásnál egyenkint évi 1200 korona, az elmebeteg-osztály segédorvosi állásánál évi 1600 korona készpénzfizetés, egyenkint és mindegyik állásnál lakás fűtés-világítással és I. oszt. teljes ellátás.

Pályázni szándékozókat felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló, okmányokkal felszerelt folyamodvényaikat *id. Kéry Gyula* úrhoz, Békésvármegye főispánjához intézve, **1913. évi május hó 22.-éig** küldjék be.

G y u l a, 1913 május 7.

Békésvármegye közpórházának igazgatója.

1964/1913. sz.

Zólyom vármegye beszterczebányai járásában levő és 6180 lakost számláló óhegyi orvosi körben a **körorvosi állás** megüresedvén, arra pályázatot hirdetek. Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi június hó 15.-éig** nyújtsák be.

Az állással a következő javadalmazás jár:

1. Törzsfizetés 1600 korona és ötödévenként 200—200 korona korpótlék.

2. 1000 korona külön tiszteletdíj a kincstári munkások gyógykezeléséért.

3. Lakpénz 600 korona.

4. Fuvarátalány 1800 korona.

Összesen 5000 (ötezer) korona.

5. Szabályrendeletileg megállapított látogatási és műteti díjak.

Ezenkívül kilátás van arra, hogy a megválasztandó körorvos részére házi gyógyszerár, valamint az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 16. §-ában körülirt helyi pótlék is engedélyeztetni fog, úgy hogy az állás jövedelme a körorvos gondmentes megélhetését teljesen biztosítja. A kör székhelye, Óhegy község Beszterczebánya várostól 13 km.-nyire államút mellett fekszik.

Miután ezen állás a megszüntetett kincstári orvosi állás helyett a kincstár nagymérvű (2800 koronát tevő) hozzájárulásával rendszerezett, ennek fejében a körorvos tartozik a körben lakó kincstári munkásokat és a családtagokat díjtalanul orvosi segélyben részesíteni.

B e s z t e r c z e b á n y a, 1913 április 28.

Ujhelyi Sándor s. k., főszolgabíró.

2040/1913. szám.

A lemondás folytán üresedésbe jött harkácsi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen egészségügyi körhöz Harkács székhelyen kívül Felsővály, Kisgergelyfalva, Alsóvály, Gömörmihályfalva, Felsőkálósa, Alsókálósa, Kisvisnyó, Felsőfalu, Szkáros, Alsófalu, Felsőrás, Zsór, Otrókocs, Lökös, Deresk, Levárt és Sankfalva községek tartoznak, megjegyzem, hogy ezen községek mind jókarban tartott törvényhatósági út mellett fekszenek s a legtovábbi község 10—11 kilométernyire van a székhelytől.

Az állás javadalmazása a következő:

1600 korona kezdő törzsfizetés és négy 200 koronát kitevő ötödéves korpótlék, a m. kir. belügyministerium által engedélyezett évi 1000 korona helyi pótlék. A jóváhagyott vármegyei szabályrendeletben megállapított 700 korona fuvarátalány s a megállapított látogatási s műteti díjak és négy szobából álló modern természetbeni lakás.

Felhívom mindazokat, hogy a kik ezen állást elnyerni óhajtják, az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **június hó 9.-éig** annyival is inkább terjeszszék be, mert az elkésve beadott kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást Harkács községben a körjegyzői irodában folyó évi június hó 12.-én d. e. 10 órakor fogom megtartani.

A megválasztott körorvos állását július hó 1.-én tartozik elfoglalni.

T o r n a l j a, 1913 április hó 28.

Főszolgabíró megbízásából:  
Soldos, szolgabíró.



5669/1913. sz.

A pesti izr. hitközség kórháza belgyógyászati osztályán a főorvosi állás megürült. Felhivatnak mindazon 45 évnél nem korosabb magyar honos orvostudorok, kik a jelzett állásra pályázni óhajtanak, hogy születési bizonyítványuk és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat a pesti izr. hitközség elöljáróságához (VII., Sip-utca 12) folyó hó 24.-éig bezárólag nyújtsák be.

Budapest, 1913 május 7.

A pesti izr. hitközség elöljárósága.

A „Kaláni bánya- és kohó-részvénytársaság“ pusztafaláni (Hunyad m.) gyártelepén f. é. július 1.-én, esetleg előbb is elfoglalandó és 3000 korona évi törzsfizetéssel, természetbeni lakással s rendszerezett fűtési illetményvel javadalmazott gyári és bányorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetünk.

Egyefemes orvostudori képesítéssel és kellő gyakorlattal bíró pályázók hiteles okmányokkal felszerelt folyamodványai folyó évi május hó 31.-éig alulírott hivatalhoz nyújtandók be.

Kaláni Bánya- és Kohó-Részvénytársaság  
Budapest, V., Nádor-utca 36, II. emelet.

2846—47/1912. sz.

A pályázat meddősege folytán be nem töltött *hagymádfalvai és szalárdi körorvosi állásra* újból pályázatot hirdetek.

Felhívom tehát mindazon orvos urakat, kik az állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket annak megjelölésével, hogy az állások közül bármelyiket is elfogadják, hozzám folyó évi június hó 10.-éig nyújtsák be.

Az állások javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. szerint. A *hagymádfalvai* körorvos kézi gyógyszerész tartására is van kötelezve. Mindkét állás folyó évi július 1.-jére elfoglalandó.

A választás határidejét csak a pályázatok beérkezése után fogom kitűzni s annak határidejéről a pályázó orvos urakat értesíteni.

Szalárd, 1913 április 30.

Kelemen, főszolgabíró.

3—56/1913.

A *szekszárdi kerületi munkásbiztosító pénztár* igazgatóságának 35. jkv. 1913. sz. határozata alapján az elhalálozás folytán megüresedett *bátaszéki kezelőorvosi állásra* pályázatot hirdetünk.

A pályázati folyamodások benyújtásának határideje ennek a hirdetésnek a „Munkásbiztosítási Közlöny“-ben való megjelenésétől számított 30. nap déli 12 órája.

A 2000 korona kezdőfizetéssel és 240 korona fuvardíjatalánnyal javadalmazott állás székhelye Bátaszék; a 496 átlagos taglétszámú körzet Bátaszék, Bata, Alsónyék és Várdomb községekre és az ezekhez tartozó külterekre terjed ki.

A megválasztandó pénztári orvos kötelessége lesz az említett községekben és kültereken lakó pénztári tagokat és ezek családtagjait az 1907. évi XIX. t.-cz.-ben megjelölt orvosi gyógyellátásban részesíteni. A járó betegek az orvost a kijelölt rendelőórákban felkeresni tartoznak, ellenben azokat, a kik kór állapotuknál fogva ott meg nem jelenhetnek, az orvos köteles meglátogatni.

A sajátkezűleg írt és aláírt pályázati kérvényhez csatolni kell a valamely hazai törvényhatóság által beiktatott és kihirdetett orvosi oklevelet, működési és erkölcsi bizonyítványokat. Azok az orvosok, a kik közhatósági szolgálatban állanak vagy valamely munkásbiztosító pénztárnál vannak alkalmazva, oklevelük és működési bizonyítványaik helyett az őket alkalmazó hatóság vagy pénztár által vezetett szolgálati táblázatuk hiteles másolatát is betérjeszthetik, mégis azzal a kikötéssel, hogy a legutóbbi, illetőleg jelenlegi működésükről külön bizonyítványt tartoznak bemutatni.

A pályázó tartozik kijelenteni, hogy a pénztár jelenlegi szolgálati, fegyelmi és illetmény szabályzatát magára nézve kötelezőnek elismeri és megválasztása esetén állását a megválasztásról szóló értesítés vételétől számított 14 napon belül elfoglalja.

Az állás betöltésénél előnyben részesül, a ki magánál e pénztárnál vagy más kerületi munkásbiztosító pénztárnál, illetőleg az Országos Pénztárnál eltöltött, hosszabb ideig tartó sikeres szolgálatot igazol.

A hirdetett állásra csak oly magyarul tudó magyar állampolgár választható meg, a ki csőd vagy gondnokság alatt, avagy hivatalvesztésre vagy politikai jogainak felfüggesztésére szóló ítélet hatálya alatt nem áll és nyereségvágyból elkövetett büntett vagy vétség miatt jogerős bírói ítélettel el nem marasztaltatott. Nem választhatók meg az eladósodott vagy erkölcsi szempontból súlyos kifogás alá eső egyének, továbbá a kik valamely pénztárnál szolgálnak vagy szolgáltak ugyan, de a választás idejében fegyelmi eljárás során felfüggesztettek, illetőleg jogerős fegyelmi ítélettel elbocsáttattak.

Az elkészen érkező és hiányosan felszerelt folyamodások figyelembe vételét nem fogják.

A körzet székhelye: Bátaszék 8000 német, magyar és részben szerb lakossal bíró virágzó és gyorsan fejlődő nagyközség a fiumenagyvárdi fővonal mellett. Vasuton Szekszárdtól 20, Bajától 40, Pécs-től 68 és Kaposvártól 95 km. távolságra esik.

Szekszárd, 1913 május 2.

Stokinger János  
alelnök.

Mirth Gyula  
igazgató.

1134. kt. sz.

Szeged szab. kir. város közkórházánál lemondás folytán megüresedett *segédorvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom ennél fogva mindazon nőtlen orvos urakat, kik ezen évi 1200 korona fizetéssel s a közkórházban természetbeni lakással, fűtéssel és világitással és I. osztályú élelmezéssel egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényüket Szeged szab. kir. város polgármesteri hivatalához címelve folyó évi május hó 17. napjának déli 12 óráig nyújtsák be.

Szeged, 1913 május 1.

Boros József dr., igazgató-főorvos.

## MEDIC. UNIV. DR. PETŐ JÁNOS

rheumás-, ízületi betegségek, gyógygymnasztika, massage s szívbántalmak szakorvosa.

Nyáron:

Balatonfüred.

Télen:  
Budapest, VI., Váci-körút 31. I.

## Römerbad

Déli vasúti állomás.

Évad kezdete május elején.

(A stájerországi Gastein.)

Stájerország legnagyobb gyógyerejű radioaktív akrotóforra 362—375° C. hatásában hasonlít Gastein, Teplitz, Pfäfers-re, javulva köszvény, csúsz, női és idegbajok, gyengeségi állapotok, sérülések, influenza és következményei ellen: Enyhe subalpin éghajlat, modern komfort, olcsó ellátás. Bécsből 8, Triesztből 5, Budapestről 9 óra.

Prospektust ingyen küld a BADE-DIREKTION, RÖMERBAD, Steiermark.

# Ureabromin

Sedativum

Nervinum

Antiepileptikum

A szívtévékenység rendezése,  
a vér Ca-tartalmának emelése,  
a diuresis serkentése.

Kísérleteknél találtatott, „hogy betegek bromintoxikációs tünetei különösen BROMAKNE rövid idő (kb. 2 hét) alatt teljesen elmaradtak, anélkül hogy a bromelválasztás félve várt következményei mutatkoztak volna“.

(Berliner klin. Woch. 1911, Nr. 41.)

GEHE & Co., A.G., DRESDEN-N

## Sanatorium Purkersdorf Wien mellett

Ideg- és belbetegek számára.

Elmebetegek és fertőző betegségekben szenvedők kizárva.

Hizláló kúrák, gyomor- és bélbetegek, valamint diabetes részére külön osztály.

Külön osztály szívbeteg részére Dr. Max Herz magántanári vezetése alatt. Egész éven át nyitva. — Főorvos: Dr. Ludwig Stein, császári tanácsos.



# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

## TARTALOM.

### EREDETI KÖZLÉSEK.

Weisz Ede: Az ízületi betegségek egy nem eléggé méltatott jelenségéről. 373. lap.

Fonyó János: A hypophysiskivonat alkalmazásáról 100 eset kapcsán. 375. lap.

Benedict Henrik: A metatuberculosis kórállapotokról. 377. lap.

Rejtő Sándor: A félkörös ivjáratok egyensúlyozó szerepéről. 380. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Ifj. Liebermann Leó: Látáspróbák nemzetközi és Snellen-féle jelzéssel, többnyelvű olvasópróbákkal. — Új könyvek. — Lapszemle. Bel-orvostan. Rolly: A diabéteses coma lényege és kezelése. — Szülészeti és nőorvostan.

Veit: A terhesség serundiagnosisa. — Húgyszervi betegségek. Casper: A hógyhólyag kikapcsolása gümőkór miatt. — Orr-, torok- és gégebajok. Piffel: A Waldeyer-féle garatgyűrű és a szervezet. — Kisebb közlések az orvostudományról. Berliner · Dymal, Kakowski: A gombaevés vesebajokban. — Garbmann: Urticaria kezelése. — Lewin: Valamin. 382—385. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 385. lap.

Vegyes hírek. 385. lap.

Tudományos társulatok. 387—391. lap

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Az ízületi betegségek egy nem eléggé méltatott jelenségéről.

A XXIII. magyar balneologiai congressuson előadta Weisz Ede dr. (Pöstyén).

Ha a lobos megbetegedések nagy fejezetén végigtekintünk, nagyobb jelentősége sehol sincsen a lob heveny és idősült alakulásának, illetve a kétféle stadium közti különbségnek, mint éppen az ízületi betegségek terén. Másutt is nagyon fontos dolog jókor észrevenni a megbetegedés kitérését, szigorral kezelni annak minden phasisát, hogy a sokkal nehezebben gyógyítható idősült stadiumnak elejét vegyük. Ámde a therapiában oly éles elvi ellentétek sehol sem forognak fenn a heveny és idősült stadium között, mint éppen az ízületi betegségekben.

Például a hevenyen megbetegedett ízületnek sok, néha absolut nyugalom kell, bizonyos esetekben annak rögzítő kötással vagy készülékkel való biztosítása, esetleg hűsítő borogatás stb. De már a heveny szak lezajlása után a nyugalmat a mozgás, a mobilizálás, a massage és gymnastika váltja fel, a hűvös borogatást meleg, sőt forró applicatio. Még nagyobb mérvben activ, szinte aggressiv a therapia a kifejezetten idősült esetek egy részében.

Míg tehát a therapia tekintetében más téren a heveny és idősült stadiumot többnyire az analog eljárások hídja köti össze, itt mély űr tátong a kettő között, mely contrast-területeket választ el.

Itt két ellentétes véglet között — kimélő és erélyes irányban — százféle fokozatban inog a therapia ide-oda.

Engedjék meg, hogy némi adattal járuljak azon kérdés megoldásához, vajjon a beteg ízület heveny s idősült jellegét lehet-e egymástól elkülöníteni és mi módon?

Gyakorlatilag a kérdés rendkívül fontos. A túlszigorú

intézkedéseknek ízületi bajokban kellő ok nélkül való prolongálása itt nemcsak idővesztést jelent, hanem sokszor súlyos mulasztást, a mennyiben a restitutio ad integrum lehetőségének alkalmas időpontját nemcsak elodázza, hanem sokszor örök időre visszahozhatatlanul veszni engedi. Másfelől bizonyos, ha idő előtt avatkozunk be erélyesebben valamely ízületi megbetegedés lefolyásába, ezáltal súlyos, sokszor jóvá sem tehető károkat okozhatunk.

A sokféle, elég gyakran ellentétes intézkedés csak akkor helyes, ha teljesen időszerűen történik. Az a kérdés tehát, létezik-e valamely tárgyi jelenség, melyet ezen tekintetben indicatornak lehetne használni?

A láz elégszer meglehetősen jól határolja el a megbetegedés heveny stadiumát annak idősült voltától, de nem minden esetben. Van például az acut polyarthritisknek akárhány abortiv módon lefolyó esete, mely minimalis és ezért igen sokszor észre sem vett hőemelkedések közepette folyik le, akárhányszor minimalis fájdalommal is, úgy hogy a csak későbbben feltűnő szívbjaj derít világosságot a lefolyt alapbántalomra. Viszont idősült esetekben sokszor hónapokig és évekig állhatnak fenn subfebrilis hőemelkedések, melyekről a betegnek tudomása sincsen és melyeket akárhányszor az orvos sem vesz észre.

Ha a láz manifest tünetei jelen vannak, természetesen ez az eset elbírálását az egyik vagy a másik irányban megkönnyíti.

Ámde a kifejezetten heveny és kifejezetten idősült alakok között igen nagy kiterjedésű terület létezik számtalan átmenettel, a heveny megbetegedésnek lezajló phasisaival egyrészt, az idősült alakulásnak hevenyebb kitéréseivel, exacerbatioival másrészt, a hol a láznak jelen- vagy jelen-nemléte biztos tájékozást nem nyújt.

Még egy dolog van, a mely az általános hőemelkedésnek, a láznak ebbeli jelentőségét csökkenti. A láz sohasem ad felvilágosítást az egyes ízületek helybeli állapotáról külön-külön, pedig sokizületi megbetegedésben fontos elv, minden



egy-izületnek állapotát külön-külön mérlegelni, a therapiát ehhez szabni és izületenként kellőképpen lokalizálni.

A láz azon fontos kérdésre, hogy az egyes izületekkel individualisan mi történjék és azokat külön-külön hogyan kezeljük, elégszer semmiféle feleletet sem ad.

*Helyi tünetet* kell tehát keresnünk, a mely betekintést nyújtva a helyi események lefolyásába, alkalmas a kérdést eldönteni, vajjon az ott lefolyó vagy lefolyt tünetnyelvek hevenyebb vagy idősebb jelleget adnak-e az izületbajnak.

Ezen szempontból vizsgálva a gyuladós megbetegedésnek, a lobnak triasát, a következő eredményre jutunk:

A tumor, rubor és calor közül az izzadmánynak kisebb-nagyobb volta, a tumornak többé-kevésbé jelentékeny kiterjedése semmit sem árul el a bajnak heveny vagy nem heveny természetéből. A rubor, a pír már inkább jellemző egyik irányban, abban t. i., hogy a lefolyó folyamat hevenyebb természetű. Aránylag azonban a bőr elszínesedése még hevenyen megbetegedett izületek felett is elég ritka, átmeneti alakoknál meg éppenséggel hiányzik, úgy hogy gyakorlati értéke a kívánt tekintetben nagyon kevés.

Tehát a lob triasából mint egyetlen jelenség az *izületek localis hőemelkedése* az, mely, mint látni fogjuk, az izület klinikai elbírálásában és a localis therapia megállapításában döntő jelentőséggel bír.

Gyakorlatom jóformán első évétől kezdve különös figyelmet szenteltem ezen jelenségnek, mely a pathologiai tünetnyelvek és a therapiái feladatok tömkelegében elég biztos fonálnak bizonyult. Szíves engedelmükkel ezen tapasztalataimról óhajtók kellő rövidséggel beszámolni, példának kiragadva néhány mindennapi esetet.

Polyarthriti rheumatica acután átesett beteg sorsáról van szó. A láz már megszűnt, de a makacs izületbeli izzadmányok és az azokkal járó következmények semmi hajlamot sem mutatnak javulásra. A vizsgálat alkalmával kitűnik, hogy egyik-másik izület felett a hőmérséklet jelentékeny mérvben fokozott, az izület meleg vagy forró.

Az esetet úgy kell értelmeznünk, hogy a szervezetnek az infectióval szemben való általános reakciója már odáig lezajlott, hogy láz többé nincsen. Ámde a megbetegedés góczán helybelileg még élénk, mondhatni acut küzdelem dühög a kórokozó csírák és az illető testrészek nedv- és szövetbeli elemei között. Az egész folyamat, a láz is lokalizálódott, de itt helyben még fennáll.

A szervezetnek harcziás védekezése ezen helyen még nem jutott nyugvóponttra. A bacteriumok akár phagocytosis, akár lysis útján ártalmatlanná téve még nincsenek, még mindig van oly irányban ártalmas élük, hogy permanentiában tartják a szervezetnek bacteriumölő csatározását, mely úgy a nedveknek odatódulását, mint a sejtes elemeknek mobilisatióját, a vérszövet helybeli összecsődülését, a lob folytatását provokálja.

Nevezetes dolog, hogy valamint a test védekezése láz kíséretében történik, olyképpen a szöveteknek most már lokalizált helybeli védekezése is fokozott hőtermeléssel jár.

Érdekes tünetnyelve ez a pathológiának és világos jel arra nézve, hogy a bacteriumok, illetve toxinok, úgy látszik minden idegközponttól függetlenül is, tisztán a szövetek helybeli reakciójaként birnak fokozott hőtermelést előidézni, mely minden tekintetben a körülírt *szervi láz* jellegével és jelentőségével bír.

Therapiái tekintetben tehát az izület hőemelkedése azt jelenti, hogy ott a heveny kórfolyamat még nem zajlott le teljesen, a mi kellő óvatosságra int és minden aggressiv therapiát ellenjavall.

Nézzünk egy másik példát a gyakorlatból: *Idősült* sok-izületi csúszban évek óta szenvedő bizonyos betegnek egyik-másik izülete a szokott elváltozások mellett még fokozott hőemelkedést mutat. Kutatva a különböző izületeknek viselkedését, azt halljuk, hogy éppen a meleg izületek viselkednek legrosszabbul és gyakran betegszenek meg újból.

Az izületek meleg voltát itt is annak jelül kell tekin-

tenünk, hogy a szövetek és a kórokozó csírák között a küzdelem még nem nyert befejezést.

Tapasztalataim szerint az ilyen izületek sokkal rosszabbul tűrik az erélyesebb beavatkozást, mint ama társaik, a melyek hasonló elváltozások mellett rendes hőmérsékletűek. *A legtöbb ilyen idősebb esetben kizárólag ezen jelenség alapján a prognosist is sokkal kétesebbnek kell jelezniünk*, mintha az izületek hőmérséklete nem volna fokozott. Memento ez arra nézve, hogy a szobanforgó idősebb eset recidivákra, exacerbatiókra rendkívüli hajlammal bír.

Az activ és nem activ syphilis analogiája szerint azt kell itt is hinnünk, hogy a kórokozó csírák a fenforgó esetben még nem veszítették el activ szerepüket.

A mit a *heveny és idősebb csúszról* elmondottunk, áll ceteris paribus a *gonorrhoeás* és a *lueses izületi bántalmakra*, nemkülönböztetve a *gümös természetű* megbetegedésekre is.

Az elv általánosítását még tovább ki lehet terjeszteni, a mennyiben még traumás természetű megbetegedésekben is az izületnek melegebb vagy kevésbé meleg volta betekintést enged a tekintetben, vajjon a traumát követő szervi reactio milyen fokon áll és ehhez képest a sokféle beavatkozás közül miféle therapiás fokozatokat tűr el legjobban.

Az *anyagcserebeli megbetegedésekben*, jelesen a *köszvényben* szintén figyelemmel kell lenniünk az izületi hőemelkedésekre. Itt is acut vagy acutabb symptomát jelentenek, a mi a therapiában mindig megfelelő méltánylást követel.

Nem lehet ma a fokozott localis hőemelkedés magyarázatával bővebben foglalkoznunk. Tekintve, hogy minden *fertőzés- és anyagcserebeli toxin nélkül egyszerű traumás vérzés is* elegendő, hogy ott helyben a szövetek reakciójaként lobot és fokozott hőemelkedést kiváltson, azt kell hinnünk a serologia tanai szerint, hogy az izületek nemcsak fajidegen fehérjéket és egyéb vegyi termékeket nem tűrnek lobos reactio nélkül, hanem a test saját véreinek extravazált és dekomponált állapotban resorptióra kerülő elemeit sem.

Természetes dolog, hogy kisebb jelentősége van a localisan fokozott hőmérsékletnek traumás esetben, mintha mikroba- vagy anyagcserebeli mérgek okozzák. Nyilvánvaló továbbá, hogy fertőzéses esetben ismét kényesebb dolog az izületek feletti hőemelkedés, mint például köszvény eseteiben, a mennyiben a fokozott hő a bacteriumoknak még virulens voltával függ össze és fennáll a lehetőség, hogy a bacteriumok nem idősebb, túldrastikus beavatkozásunk által reactiválva, heveny visszaesést okoznak.

De ki kell emelnem, hogy noha az izületeknek fokozott hőemelkedése általában úgy thermalis, mint mechanikai kezelés (massage, mozgatás) tekintetében óvatosságra int, vannak bőven esetek éppen a heveny lefolyás kapcsán, a hol daczára a localis hőemelkedésnek, a thermalis és mechanikai kezelés erősebb fokait is idővel okvetlenül igénybe kell venni, mert különben az izület állapota holtpontra vesztegel.

Az ilyen holtpontra való veszteglés megértéséhez fel kell tennünk, hogy a fenforgó esetben úgy a szervezetnek általános, mint az izületnek rendelkezésre álló localis védekezési fegyverei nem elegendők, hogy az ott megrekedt kórokozó elemeket ártalmatlanná tegyék. Nem tehetetlenül ugyan s nem minden reactio nélkül állnak a szövetek a kórokokkal szemben, mert ime a hőemelkedés mérvéig tudnak reagálni. De ez a reactio nem elegendő arra, hogy a kórokokat teljesen kiküszöbölje, megsemmisítse.

Más szóval folyik a harc szinte egyforma erővel a kórokozó elemek egyrészt és a szöveti elemek között másrészt, de ezen harc, éppen mert egyforma erővel folyik mindkét részről, heteken és hónapokon át eldöntetlen marad, a hőemelkedés az illető izületek felett állandósul. Az izület sorsa nem mozdul sem jobbra, sem balra.

Ilyenkor a thermalis s néha a mechanikai beavatkozásnak, pl. a massagenak valóságos mentő szerepe lehet. Az az izület, mely heteken és hónapokon át holtpontra vesztegelt, beavatkozásunkra rohamosan kezd javulni és rövidesen gyógyul.



Ime, minden óvatosság mellett bizonyos esetekben viszont kellő bátorságra van szükség, hogy az esetet rendbehozzuk. Therapiánknak ez a legnehezebb része.

A mi a látszó ellentmondás magyarázatát illeti, illetve ama paradoxonnak megfejtését, hogy vannak néha fokozott hőemelkedésű izületek, melyek — eltérőleg sok más esettől — éppen az erélyesebb beavatkozásokat igénylik, a következő föltevással élhetünk.

Localisan is rendszeresen kétféle dolog történik. Vagy erősebb a kórokozó elemek rontó s izgató hatása és akkor bizonyos határig a lobos jelenségek egyre fokozódnak, a gyuladás folyton nő. Vagy pedig túlsúlyra vergődik a szövetek védekezési hatalma, a lob enged s vele csökken a localis hőemelkedés is.

De létezik, mint már röviden jeleztem, még egy *harmadik* lehetőség. Az ugyanis, hogy egyforma elszántság, egyenrangú erők viaskodnak mindkét oldalon. A kórokozó elemek nem tudnak jobban pusztítani, de a szövetek védekezése is megállott, kimerült. A lob nem növekszik, de nem is tűnik. Beállott, szerencsésen vagy szerencsétlenül, az a bizonyos egyensúly, ha úgy tetszik fegyverszünet, mely sem életet, sem halált nem jelent.

Itt kívülről kell a segítséget odavinnünk, hogy a gyenge, reakciójukban már-már kimerülő szöveteket újabb kirohanásra, utolsó erőlködésre serkentjük.

Be fogjuk látni, hogy ilyen körülmények között mit jelent az, ha a végszükség pillanatában külső beavatkozásokkal, pl. kellő thermalis applicatióval s óvatos massage-zsal újabb vértömegeket, friss nedveket és még ki nem merült sejtes elemeket vihetünk a győzelem jegyében a csatátra.

Beáll az a csodás pillanat, a mikor a lob jelenségeinek jól kiszámított időleges fokozásával egy csapásra a lob csökkenéséhez, majd végleges beszünetéhez járulhatunk.

Ha szabad így beszélnünk, az ellenség kezéből kiragadtuk a gyilkos fegyvert és ellene fordítjuk.

Mindezen biológiai, rendkívül érdekes tüneményeknek állandó kísérője, mintegy zászlóvivő hírnöke éppen az izületeknek hőemelkedése szokott lenni, mely e szerint valóban több figyelmet érdemelne, mint a mennyiben részestül.

A kérdéssel az utolsó években néhány német szerző is foglalkozott (*Kothe, Melchior, Wolff* stb.), de teljesen téves eredményre jutottak.

Ők félreismerve a nagy általános pathológiai vonást, mely az izületek fokozott hőemelkedésében rejlik, *diagnostikai* irányban keresik az izületi hőemelkedés jelentőségét, a menyinyben szerintük gümös és lueses izületek esetén a hőemelkedés rendszeren fokozott, míg idősült csúsz eseteiben az izület felett állítólag hőemelkedés sohasem fordul elő.

Részemről az izületi hőemelkedésnek semmiféle diagnostikai jelentőséget sem tulajdoníthatok, mint azt a most lefolyt berlini congressuson kifejtteni alkalmam volt.

Az izületi hőemelkedés nem specifikus aetiológiai symptoma, hanem általános jel azon irányban, vajjon az izületi folyamatnak van-e még acutabb éle, a mi úgy therapiái, mint prognostikai tekintetben döntő fontossággal bír.

## A hypophysiskivonat alkalmazásáról 100 eset kapcsán.

Irta: *Fonyó János* dr., operateur-nőorvos, a II. számú sebészeti klinikum műtőorvosa.

A hypophysis kivonatának a therapiába való bevezetése által szülészeti gyógyszerünk hatalmas vegyi agenssel gyarapodott. Ugyanis, ha szülés közben a fájások gyengesége esetén a vajudónak, vagy szülés után a lepényi időszakban 0.20 gr. hypophysiskivonatot adunk subcutan vagy intravenásan, minden tudományos vizsgálódás és előzetes tapasztalás nélkül is azonnal konstatálhatjuk, hogy a szer hatása következtében a méh tevékenysége fokozódik, a lepény távozását követő vérzés pedig 2—3 percen belül megszűnik. Még csak alig néhány éve, hogy a szer a pharmacopoeában meg-

jelent (1909), könnyű hozzáférhetősége, nemkülönben hatása miatt, alkalmazása villámgyorsan terjedt el és ma már kénytelenek vagyunk elismerni, hogy a hypophysiskivonat a szülészeten nélkülözhetetlen. Hatása meglepő volt, úgy hogy egy csapásra pótszere lett a chininnek és kiegészítője az ergotinnak. Míg azelőtt rémünk volt az atonia és a legkomplikáltabb eljárásokat, fogásokat, ú. m. a bimanualis massaget, a méhtampont, azt aorta compressióját voltunk kénytelenek alkalmazni, ma mindezeket mint gyógyító eljárásokat a hypophysis kivonata feleslegessé teszi, sőt szülészeti armamentariumunkból lassanként teljesen ki is szorítja. Minthogy pedig alkalmazása által a szülés befejezését siettetni tudjuk és hatalmas hajtóereje folytán a fogóműtési beavatkozásoknak egy sorozatát elkerülhetjük, nagy szerep jut és még nagyobb fog jutni neki a jövőben a gyermekágyi láz prophylaxisának kérdésében is.

Jelenleg a hypophysiskivonatnak háromféle készítménye van leginkább elterjedve, ú. m. a pituitrin (*Parke, Davis & Co.*), a pituglandol (*Roche*) és a glanduitrin (*Richter*). Mind a három készítmény a glandula pituitaria hátulsó részletéből, az ú. n. neurohypophysisből készül. A steril ampullák 1 cm<sup>3</sup> vízben 0.20 gr. kivonanyagot tartalmaznak. Készítésükkor ajánlatos nagy mennyiségű mirigyét felhasználni, mert működési állapotuk szerint különböző mennyiségben tartalmazhatják a hatóanyagot (*Eisenbach*). Intravenás injectiók nyulakon rövid vérnyomás-emelkedés után a vérnyomás leesését okozzák, a szív működés lassúbbodásával és csökkenésével. Néha a szív működés ezen állapotokban kihagyóvá is válik. Később ismét emelkedik a vérnyomás, egy ideig a normalis felett marad s azután ismét leesik, sokszor a normalis alá. Az egész idő alatt az érverésnek lassúbbodása észlelhető. A légzés egy ideig kimarad. Ha a kísérleti állaton a vagust átmetszszük, a légzeshűdés nem áll be. Később még secundaer légzési kimaradások is észlelhetők, a melyek azonban a vagus átmetszése által nem befolyásolhatók. Néha a légzés napokon át lassúbb marad. A további injectio a kísérleti állat pulsusára és légzésére nincsen lényegesebb hatással, inkább csak hyperaesthesia áll fenn 5 napon át még kisebb adagok iránt is (*Pankow*). *Claude* és *Baudoin* hypophysiskivonat injectiója után glykosuriát észlelt. E szerzők szerint ugyanis 100 gr. szőlőcukor elfogyasztása és hypophysismirigysubstantia (5.10/100) subcutan injectiója után 2 órával liter vizeletenként abban 4—5 gr. mennyiségű cukor mutatható ki.

A kivonanyag élettani hatásával *Oliver-Schäfer* alapvető tanulmánya után *Fröhlich* és *Frankl-Hochwart* (1909) annak különösen a méh izomzatára és a hólyagra való hatását hangsúlyozta. Szerintök e kivonat összehúzóásra serkenti a méh izomzatát és a fáradós izgatással szemben ingerlékenyebbé teszi a nervus hypogastricusban futó motoros méhhidegeket, izgatja a hólyag izomzatát és fokozza a motoros hólyagidegeknek ingerlékenységét. *Malinovsky* úgy találta, hogy hypophysiskivonat alkalmazása után az intrauterin nyomás 29.5 mm. Hg-ra emelkedik és hatásának optimuma a kitolási időszakra esik. *Foges* és *Hofstätter* (1910) erre a szülés utáni, valamint a gyermekágyban jelentkező vérzések alkalmazásával használta, *Hofbauer* pedig fájásgyengeség eseteiben kísérletezett a szerrel. Utóbbi szerző megkísérelte a szer alkalmazását gyermekágyasok vizeletretentiója ellen is, két esetben jó eredménnyel. A II. számú női klinika szülészeti szempontból legnagyobb jelentőségűnek a szülés alatt való fájást keltő, illetőleg fájásokat erősítő hatását tartotta, minthogy a fájások keltésére használt eddigi szerek, ú. m. a cukor, a chinin adagolása, vagy a meleg borogatások, meleg fürdők alkalmazása részben elégtelenek, részben megbízhatatlanok. De már az első kísérletek alkalmazásával látták, épp úgy mint *Hofbauer*, a fájásoknak rohamszerű jelentkezését, következményes asphyxiákat és atoniákat, a melyek a rohamos szülőtévékenységnek és a méh gyors kiürülésének lehettek következményei. *Wertheim*-műtétek után az ischuria gyógyítására is felhasználták. Minthogy pedig az említett műtét után a hólyaghoz vezető idegek nagy része megsérült, az ischuria gyógyulásából arra lehetett következtetni, hogy a hypophysis-



kivonat nemcsak az idegeknek ingervezető képességét fokozza, hanem a sima izomelemekben lévő idegvégződésekre közvetlenül is hat. Már *Fröhlich* és *Frankl* is kiemelte, hogy a hypophysis kivonata nem kifejezetten fájást keltő szer, a mely direct az uterusra hat, hanem olyan, a mely az uterus beidegzésének tonusát, azaz a sympathicus ingerlékenységét fokozza. *Mansfeld* a hypophysis kivonattal jó eredményeket kapott olyan asszonyokon, a kiken beidegzési zavar, szóval primaer fájásgyengeség volt a fájások kimaradásának oka. Szerinte egész typusa van az először szülő asszonyoknak, a kik pl. obesitasban szenvednek, a kiken ovarialis vérzéseik vannak, a kik bizonyos fokban infantilisek és a kiken az uterus működése már elejétől fogva elégtelen szokott lenni. Azt hiszi, hogy ezen asszonyokon jobb eredményt fogunk elérni, mert a hypophysis kivonat a sympathicus ingerlékenységét fokozza, szemben az olyan multipara asszonyokkal, a kiken az uterus fáradt kötőszövetes izomzatában van a hiba s ennél fogva ezeken a szer gyengébben hat.

Hogy azonban a hypophysis kivonat tulajdonképpen mire bir hatással, a sima izomelemekre, vagy pedig a sympathicus-idegekre, vagy ezeknek az izmokban levő végkiszülékeire, az ezidőszerint még nem tisztázott dolog. Az általános benyomás szerint, minthogy a méhre, a hólyagra és a belekre hat, a centrum genitospinalnak, mivel pedig az erek falai összeesnek és úgy a méhben, mint a hólyag és a belek falában simaizomelemek vannak, a simaizomelemeknek specifikus ingere.

*Jaschke* a szert általános, a hólyagra, a belekre, a szívre, a splanchnikus erekre való hatásánál fogva általános tonicumnak használja fel mütétek után. Ugyanis a szer hatása következtében, a motoros pályák izgatása folytán a betegek még a mütét napján spontán vizelnek és szelek távoznak tőlük, jelölve annak, hogy a szer a belekre is hatással van. És minthogy a szív működését lassítja, de a mellett erősíti, a vérnyomást is fokozza, szerepét a mütétek után azért tartja oly fontosnak, mert a vér nyomása a mütét alatt a narcosis és a vérvesztés következtében úgyszint szenved. A splanchnikus erekre való hatásánál fogva szűkíti azokat, a mi által a szervezetben a vér elosztódása ismét normalissá válik, különösen akkor, ha a vesztett vért konyhasós infúziókkal pótoljuk.

*Franz* szerint a szer a diuresist is fokozza.

Ha a szer subcutan alkalmazva hatásában cserben hagy és directe a portiába fecskendezzük, a méhvérzést 48 órára is meg tudja szüntetni (*Schmid*).

*Reynolds* hivatkozik *Ott* állatkísérleteire, minthogy ő is úgy találta, hogy a hypophysis kivonat igen hatásos galactogogum. Ugyancsak e szerző állítja azt is, hogy a szer lázas esetekben nem hat. Ezen állítást azonban tapasztalataim értelmében tagadásba veszem, minthogy éppen egy lázas esetben történt meg velem, hogy a szer fokozott hatása és az uterus tetanusos összehúzódása következtében rupturát kaptam.

*Guggenheim* physiologiai és chemiai kísérleti tanulmányai alapján úgy véli, hogy a hypophysis kivonat hatása kombinált hatása különböző „amin“-oknak, nem pedig egy „basis“-nak.

*Trapl* nem látta a szer káros hatását sem nephritisben, sem szívbaiban szenvedőkön s ezért a szer alkalmazását melegen ajánlja.

*Wilchingen* kombinálta a hypophysis kivonat alkalmazását pantoponnal és úgy látta, hogy az utóbbi nemcsak hogy nem befolyásolta a hypophysis kivonat hatását, hanem ellenkezőleg még erősítette azt, hatását még inkább fokozta. Mindamellet e szerek kombinált alkalmazását leginkább csak a kitolási időszakban ajánlja.

Az előadottakon kívül tapasztaltam, hogy a mikor egy időben, vagy igen csekély időközben 0.01 cgr. morphiumot és 0.20 gr. hypophysis kivonatot alkalmaztam subcutan, az utóbbinak a méhre való hatása teljesen elmaradt. Ha pedig a szülés folyamata alatt scopolamin-morphin-amnesiát vezettem be, az utána alkalmazott hypophysis kivonathatása

csak félannyi volt, a contractiók erejét azonban fokozta s így a szülést minden körülmények között sietette. *Hegge* ugyan nem azon czélból, de hasonlóan járt el, mint én. Minthogy ugyanis bizonyos esetekben hypophysis kivonat alkalmazása után a fájásoknak viharszerű beálltát látta, ezeknek enyhítésére scopolamin-morphint alkalmazott subcutan, a hypophysis kivonat alkalmazása előtt. Ezzel azután ismét tökéletesbült a scopolamin-morphin-technika.

Ismeretes ugyanis, hogy scopolaminnak és morphiumnak kombinált alkalmazása után, az amnesia tetőfokán, a szülés némileg (néha 1—2 órát is) elhúzódhat, különösen akkor, ha akár az anya, akár a magzat részéről relativ téraránytalanság forog fenn. Ha már most a szülésnek ilyenfajta elhúzódása esetén hypophysis kivonatot adunk subcutan, a fájások ismét nyerne számban és erősségben, a szülés ideje ismét jelentékenyen megrövidül s a már elhúzódó jelleget mutató szülés ismét gyorsabb lefolyást vesz, a scopolamin-morphin által előidézett késedelem tehát korrigálva van.

Chloroformnarcosisban a hypophysis kivonat hatása nem módosul és ugyanezt tapasztaltam tropacocainos lumbalis analgesia esetében is. Sem a chloroform, sem a hypophysis kivonat, sem a tropacocain egymás hatását nem módosítja. Herniamütét esetében például, a melyet lumbalis tropacocain-analgesiaiban végeztem, hypophysis kivonathatást subcutan alkalmazása után a mütét területe 3 percen belül úgyszólván vértelenné vált. A varicosus és a gyűjtőerek felényire összeestek. A gyűjtőerek falának feltűnő összeesését különösen a köldökön aluli mütétek alkalmával észleltem. Minél feljebb a testen, a törzsön vagy a nyakon történt a mütét, a fejhez közelebb, mind élénkebbé vált a sebvézés. A hajszáleres vézés azonban megszűnt, a látható erek lüktetése pedig felényire csökkent.

A méh izomzatára való rendkívüli hatásánál fogva a hypophysis kivonathatását kezdettől fogva fájások keltésére és erősítésére, valamint a lepényi időszakban atoniás vérzések leküzdésére használtam. De mindamellet, hogy az eredmények oly kecsgetetők voltak, nem voltam meggyőződve a szernek teljesen veszélytelen voltáról. Az irodalomban olvasható közlések is a szernek kétirányú veszélyességéről tesznek említést. Hatásánál fogva, a melyet talán fokozott ergotin-hatásnak nevezhetünk, a belső méhszájnak időelőtti záródását észlelték, másrészt pedig tonusos összehúzódásának következményeként súlyos utóvérzéseket irtak le. Mindezekből tehát látható, hogy alkalmazásakor mégis kissé óvatosabban kell eljárunk, mint a hogy azt eddig tettük. Azonkívül sietünk kell indicatióinak és contraindicatióinak szabatossá tevésével, hogy sok keserves tapasztalásnak elejét vehessük. Így pl. *Malinovsky* szerint a szülés első időszakának korai óráiban tetanus uteri állhat elő, a mely közép-számítás szerint 17 percig tarthat. *Heil* egy ikerszülést irt le, a mikor az első magzat megszületése után 0.5 gr. hypophysis kivonatot adott subcutan. Erre bár heves szülési fájások keletkeztek, a belső méhszáj mégis inkább szűkült, mint tágult, úgy hogy fordítást és extractiót kellett végeznie. A magzat halott volt, az anya meg pyaemiában pusztult el.

Még a közelmúltban a hypophysis kivonathatását egyenlőtlenül ható, nem állandó, szóval megbízhatatlan szernek tartották, ebből kifolyólag az említett káros kísérő tüneteket, mint a milyen a belső méhszájnak időelőtti bezáródása és az uterus tonusos összehúzódása, a tetania uteri, nemkülönben az atoniát vagy hatásának teljes kimaradását megbízhatatlanságának tulajdonították. Véleményem szerint azonban a látszólagos különböző hatásnak egyedüli oka nem a szer készítésében volt, hanem elsősorban abban a körülményben, hogy eddigi adagolása nem volt egységes, másodszorban pedig abban, hogy a szer a méh izomzatát mindig más és más állapotban találta.

A mennyiben a szer a méhre hat és annak ingerlékenységét fokozza, a hatás attól fog függeni, hogy az uterus milyen fokban lesz ingerlékeny. Ez pedig egyének szerint rendkívül különböző. Mert vannak méhek, a melyek a legkülönbözőbb ingerekre könnyen és prompt reagálnak, és vannak



olyanok, a melyek még a legerélyesebb ingerekre sem húzódnak össze. Tapasztalásból tudjuk, hogy mesterséges koraszülés esetén is mily különbözőképpen reagálhat a méh akár bougiera, akár burokrepesztésre vagy hysteurysisre.

A méh individualis ingerlékenységén kívül láttam azt is, hogy minél közelebb esett a szer alkalmazásának ideje a terhesség végéhez, annál hatásosabb volt az. Csakhogy ez nemcsak a hypophysiskivonattal van így, hanem más fájást kiváltó szerrel vagy eszközzel is (chinin, bougie, hysteurinter), úgy hogy talán azt mondhatjuk, hogy a hypophysiskivonat a terhesség első felében semmi vagy csak nagyon gyenge fájást vált ki, míg a terhesség vége felé hatása annál sikeresebb, minél inkább közeledett a terhesség a vége felé. De azért határozottan tagadásba kell vennem a szerzőknek ama állítását, hogy a kivonat a terhesség kezdeti szakában nem hat. A curettage alkalmával a portiónak fehérségéből akárhányszor konstatálhattam, hogy a kivonatnak direct és indirect hatása a méhre a terhesség kezdetén ugyanaz, mint a terhességnek más, illetőleg végső szakában, csak hatásának nyilvánulása nem lehet ugyanaz, minthogy a méh tömege, kiterjedése és ingerlékenységének foka sem ugyanaz a terhesség elején, mint a terhesség végén. A terhesség különböző idejében mások a fizikai és a physiologiai viszonyok, mások az erőcomponensek. A terhesség elején a pete hol részben, hol egészben a méh falába van ágyazva, később sem fekszik mindig az uterus üregének középpontjában. Ennélfogva azon körülményen kívül, hogy a terhesség eleje felé a méh mind kevésbé ingerlékeny, ha hat is a hypophysiskivonat fájástkeltőleg, a méh összehúzódásának ereje nem érvényesülhet a petén oly mértékben, mint kiviselt terhesség esetén, minthogy akkor a pete a méh üregének úgyszólván középpontjában van.

Tapasztalataim alapján, a melyek 100 esetre vonatkoznak, mondhatom, hogy csak elvéve tapasztaltam kellemetlen mellékhatásokat, ú. m. ájuldozást, szívpanaszokat, főfájást, fülzúgást, félelemérzést, albuminuriát és bradycardiát a hypophysiskivonattól, úgy hogy mindegyik készítményét egyenrangúnak és jónak tarthatjuk; a magzat szívhangjaira sem volt semmiféle hatással és a magzatnak elhalását sohasem okozta.

A 100 eset közül 54 esetben a tágulás, 27 esetben a kitolás és 19 esetben a lepény időszakában alkalmaztam a kivonatot. A szernek 5 esetben, még pedig 2-szer a tágulás, 2-szer a kitolás, 1-szer a lepény időszakában semmiféle hatását sem észleltem. 15 esetben — ú. m. 7 esetben a tágulás, 5 esetben a kitolás, 3 esetben a lepény időszakában — a hatás elégtelen volt, a szülés az injectiók által nem fejeződött be, a méh atoniás állapota többé-kevésbé továbbra is fennmaradt, szóval a szer e 15 esetben hatásra nézve elégtelen volt. Viszont 80 esetben — és pedig 45-ször a tágulás, 20-szor a kitolás és 15-ször a lepény időszakában — az eredmény teljes volt, az injectiók által provokált szülőtevékenység a szülés végéig megmaradt s az atoniás vérzés megszűnt.

A 15 esetben, a hol a hypophysis kivonatának hatása nem volt kielégítő, a szülőnők közül 4 primipara és 11 multipara volt. Mindegyikben korán folyt el a magzatvíz. A hypophysiskivonat ezen esetekben a gyenge és szabálytalan méh-tevékenységet szabályozta ugyan, a hatás azonban 2 óra leteltével teljesen megszűnt, a nélkül, hogy a szülést lényegesen előre vitte volna, vagy a lepényi időszakban az atoniát megszüntette volna, úgy hogy a magzat fejének egy helyben való hosszas fennakadása miatt a fogóhoz kellett folyamodnom, a lepényi időszakban pedig a hideg és a forró méhírrigatókhoz.

A 80 eset közül, a melyekben a szer hatása teljes mértékben kibontakozott, 45 esetben a fájások gyengése miatt, a tágulás időszakában, multiparákon alkalmaztam. A szülés, annak állapotától függőleg, a befecskendezés után 2—10 óra múlva következett be.

20 esetben a szert a fájások erélytelensége miatt a kitolás időszakában, primiparákon alkalmaztam, mindannyiszor igen jó eredménnyel. A szülés tartama a befecskendezés

után 1½—2 órát vett igénybe, úgy hogy az egyes szülések lefolyását tekintve, minden kétséget kizárólag, benyomásom szerint, megközelítőleg 10 fogóműtetes beavatkozás volt elkerülhető.

A 45 multipara közül 4 esetben, a 20 prima közül pedig 2 esetben, összesen 6 esetben placenta praevia volt jelen, azonkívül a nulliparák közül 2 volt karelőeséssel, 4 köldökkelőeséssel kombinálva. Ugyancsak a multiparákhoz tartozott az eklampsiás eset is, a melyben a hypophysiskivonatot eredménnyel alkalmazhattam.

Alapvető tételként szerepel az eklampsia gyógykezelésében a szülésnek lehető gyors befejezése, de úgy e tétel, mint az indicatio nem minden esetben vihető ki könnyen és kiméletesen. Ezért örömmel nyultam egy alkalommal a hypophysiskivonathoz, a mikor eklampsiához hívtam, a kin a szülést siettető eljárások, ú. m. burokrepesztés, idegen test behelyezése (katheter) még 14 óra múlva is a méhszájnak csak jelentéktelen megnyitását idézte elő, a subcutan alkalmazott hypophysiskivonat ellenben 3 órán belül a szülést a befejezéshez juttatta.

24 éves nulliparáról volt szó, a ki terhességének VII. havában minden körelőzményi adat nélkül görcsös állapotba jutott. A nőt öntudatlan állapotban, tág és merev pupillákkal találtam. Végtagjai és törzsizmai görcsöktől rángatództak, csekély időközökben ismétlődve. Az uterus fundusa a köldök és a processus xiphoideus között a középen volt tapintható. A morphium, a chloralhydrat, a bepakkolások eredménnyel nem jártak. A görcsök ismétlődtek. A cseppeként adott chloroformtól azonban az erős rángások megszűntek. Minthogy a görcsök minden eljárás mellett ismétlődtek, magzati szívhangokat kivenni már nem lehetett, de contractiók mindamellett nem keltek, az első rángatógörcs jelentkezésétől számított 40 óra múlva, narcosisban burkot repesztettem és az uterusba kathetert vezettem. Minthogy eljárásomnak mégsem volt eredménye és fájások még 14 óra múlva sem keltek, 1 cm<sup>3</sup> hypophysiskivonatot adtam subcutan, a mire 3 óra múlva egy halott, kora, 48 cm. hosszú leánymagzat született. A magzat elhalásának ideje nem volt meghatározható, halálát azonban minden körülmények között az eklampsiára vezethetjük vissza, minthogy magzati szívhangokat már szülés közben sem tudtam kivenni.

Gyorsabban és kiméletesebben befejezni a szülést nem lehetett volna, úgy hogy a kivonat ez esetben egyenesen életmentő volt, a mennyiben gyorsan és a lehetőleg legkiméletesebben és természetes úton tágítottak a szülőutak. Ennélfogva a hypophysiskivonat az eklampsia kezelésében még nagy szerepet fog játszani, annyival is inkább, mert aránylag könnyen szerezhető meg és még rossz és mostoha külső körülmények között is eredményesen lesz alkalmazható.

Visszatérve a placenta praevia, a kar- és köldökkelőesés eseteire, meg kell jegyeznem, hogy a kivonatot minden esetben csak a belső manipulációk után adtam, a fej beigazítása, a köldökzsinór és a kar repositiója és a burokrepesztés után, alább megmagyarázandó okoknál fogva. Mindezen esetekben a hypophysiskivonat által 2—3 percen belül kiváltott fájások az előlfekvő részt a medenczé bemenetére rögzítették, miáltal placenta praevia eseteiben a vérvesztés lehetőségét, a kar és köldök ismételt előesését meggátoltam, a magzat pedig a beavatkozástól semmiféle kárt sem szenvedett.

(Folytatása következik.)

### A metatuberculosis kórállapotokról.

Írta: *Benedict Henrik* dr., egyetemi magántanár, közkörházi főorvos.

(Folytatás.)

Míg a cardiopulmonalis metatuberculosis kórállapotok enyhébb formái a gyakorló orvos legjobb ismerőseihez, súlyosabb formái kórházak és klinikák állandó lakóihoz tartoznak, addig a most vázolandó típus: a metatuberculosis *hepatitises typusa* jóval ritkább. De fontosnak tartom a kiemelését, mert az általános orvosi köztudatba ezen



kórforma még nem ment át; sőt a klinikusok zöme is a májcirrhosisok tuberculosus eredetével szemben még némiképpen skeptikus.

Abban ugyan senkisémet kételkedik, hogy a máj elzsírosodása, a máj amyloid elfajulása kórbonczolástaniilag mindenképpen beilleszkedik abba a keretbe, a melyet a metatuberculosis számára felállítottam. Csakhogy ezek az állapotok nem vezetnek önálló kórképhez, következményeikben nem olyanok, hogy a beteg sorsát a gümőkór megszűnése után is irányítják: hiányzik tehát a metatuberculosis kórállapot legfőbb klinikai kriteriuma. Másképpen áll ez a máj cirrhosisa eseteiben. Azon feltevésemhez híven, hogy orvosoknak szánt ezen előadásomban a kísérleti pathologia eredményeit figyelmen kívül fogom hagyni, csak futólag említem azokat a kísérleteket, a melyekben részint gümö-bacillusoknak, részint a bacillusokból nyert toxinoknak befecskendésével a máj cirrhosisára jellemző kórbonczolástani és kórszövet-tani elváltozásokat lehetett létesíteni. Klinikusoknak és kórbonczolóknak is egyaránt feltűnt az, hogy a májcirrhosisok egy részében más okot, mint régi tuberculosus fertőzéseket találni nem lehetett. Az alkohol óriási szerepe a Laënnec-féle májcirrhosis kóroktanában még mindig el van ismerve, de most már távol van azon monopoliumtól, melyben még egy-két évtizeddel ezelőtt részesült. A syphilis a máj gummás megbetegedéseivel tudvalevőleg diffus cirrhosisnak szintén válhatik okozójává, a mely klinice alig, kórbonczolástaniilag és kórszövet-taniilag igen nehezen különböztethető meg a kizárólagosan alkoholos cirrhosistól. Ezen lueses diffus májcirrhosisok joggal nevezhetők metalueseseknek, hiszen határozott határesetekben, melyekben a cirrhosis már befejeződött, a luesellenes gyógykezelésnek már semmi foganatja sem lesz. Mindenek szerint fel kell vennünk, hogy a tuberculosus egyes esetekben épp úgy vezethet diffus májcirrhosisra, mint a lues. Igen megbízható észlelők, pl. *Jagic*, *Neusser* klinikájáról, egyenesen azt állítják, hogy a gümőkór az alkohol után a májcirrhosis leggyakoribb oka.

Megjegyzem, hogy ezekben az esetekben nem a pericardialis összenövéséből származó pseudomájcirrhosistról van szó, a „Zuckergussleber“-ről, mely a polyserositisek kórképéhez tartozik. Ezen kórforma, a mely részletesebben ismertetett első esetünkben is előfordult, mint többnyire tuberculosus eredetű általánosan el van ismerve. Hanem a *diffus májcirrhosistról* van szó, *összes klinikai jeleivel*: májnagyobbodás vagy kisebbedés, tömörülés, a széli részek atrophijája, portalis pangás, múltó icterusok, lépnagyobbodás és az *összes kórszövet-tani kriteriumokkal*: a parenchymás elemek elfajulása, a lebenyek közti kötőszövet hyperplasiája, majd zsugorodása és a májszövet szigetenként történő regenerációjára.

Ime egy példa, mely éppen észlelésem alatt van.

B. K.-né, 50 éves, példás viselkedésű asszony, alkohollal sohasem élt. Két testvére gümőkórban halt el, ő maga fiatal korában és még 5 évvel ezelőtt is vért köpött. Két évvel ezelőtt fájdalmakat kezdett érezni a jobb mellkas alsó részében. Hasa lassan megdagadt, egész bőre megsárgult, vizelete sötét lett, székletéte azonban nem vált színtelenné. Körülbelül egyidejűleg nyaka jobb oldalán egy tyúktójasnyi és több kisebb mirigy támadt, mely azóta nem nőtt. A kórházban a beteg sárgasága gyorsan mult és csak a hasvizenyője maradt vissza, melyet eleinte rövidebb, később hosszabb időközökben le kellett csapolni. A folyadék tiszta transsudatumnak bizonyult. Alakelemeket nem tartalmazott. A folyadék lebocsátása után nagyon jól lehet a kemény, szívós, kissé egyenetlen felületű és jobb lebenyében határozottan sorvadtt májat tapintani. A lép kikopogtathatóan nagyobb. A bal tüdő elülső medialis szélé zsugorodott, a szív bal felé van diszlokálva, mozgékonyasága csekély, a zsugorodott tüdőrészek felett ropogások változó intenzitásban. A bal tüdő fölött hátul alul két ujnyi tompult sáv döcögő légzéssel, itt-ott ropogással. A Wassermann-féle reactio negativ, a Pirquet pozitív.

Kétséget nem szenved, hogy a tünetek legnagyobb része itt a májcirrhosisból ered, melyre nézve más keletkezési módot, mint a beteg tuberculosisát nem tudjuk elképzelni. A beteg láztalan, a mirigyek nem nőnek, a gümőkóros fertőzés tehát egy időre beszüntette az evolutióját, a kórképet a máj metatuberculosis kötőszövetzsugorodása által okozott cirrhosis determinálja. A fájdalmas keletkezés nem teszi lehető-

lenné, hogy mint complicatio itt is a perihepatitis szerepel, de a máj tömörsége, zsugorodása, a portalis pangás mégis a kötőszövet intrahepatikus periportalisan elhelyezkedésére enged következtetni. Az egy időn át észlelhető icterus nyilván egy komplikáló cholangitisre vezetendő vissza.

Előfordulhat az is, hogy ezen kórképben a lépnagyobbodás előtérbe lép. Vannak esetek, a melyek némileg a *Banti*-féle betegség lefolyására emlékeztetnek és a melyek mégis csak a tuberculosus talaján fejlődtek. Ilyen esetet közölt nem régen *Skuteczky*. A nagy lépdaganattal járó *Gaucher*-féle betegségről tudvalevő, hogy maga *Gaucher* és utána mások is ezt a lépnek a tuberculosusvirsra való saját szerű reakciójából származtatják. Osztályomon is hónapokon át észleltem egy beteget, ki a *Banti*-féle betegség típusát mutatta és kin mást, mint a lefolyt tuberculosus jeleit konstatálni nem tudtuk.

\* \* \*

Gümőkóros betegek hullájában akárhányszor találunk májcirrhosist, melyre nézve semmi más magyarázat nincs, mint maga a gümős infectio.

Egy körülbelül 28 éves fiatal embert észleltem kórházi osztályomon, elgenyedt, több sipolylyal a külvilággal közlekedő coxitisel. Általános hydraemiás jellegű oedema volt jelen. Az első gondolat vese-amyloidra irányult, de a vizelet csak nyomokban tartalmazott fehérjét. A máj ellenben meglehetősen tömegesnek, tompaszélűnek, keménynek látszott. A lép is valamivel nagyobb volt. A bonczoláskor kitént, hogy a jobb czombfej és czombnyak és az acetabulum teljes cariosus pusztulásán, genyedő periarthritisen és a lágyék- és medenczebéli mirigyek hatalmas sajtos szétesésén kívül, továbbá néhány régebbi pulmonalis gümős maradványon kívül még lebenyes máj volt jelen, mely egészen a hepar lobatum syphiliticumra emlékeztetett. Sem az egyén anamnesisében, sem pedig a legszorgosabb obductió vizsgálatban semmire sem lehet akadni, a mi lueses fertőzés mellett szólna. Az eredeti májszövet, úgy látszik, teljesen el volt sorvadva; a mi alsó tompa szélnek látszott, nem volt más, mint újonnan képződött, göbyszerűen előburjánzó májszövet, míg az eredeti májszél mint keskeny, elvékonyodott majdnem teljesen kötőszövetből álló szegély ezen képződmény alsó szélén fityegett. Amyloid elfajulás nem volt található.

Hogy ezeket a májcirrhosisokat kellőképpen magyarázhatassuk, fel kell vennünk, hogy a tuberculosus bacteriumai a specifikusnak ismert elváltozásokon kívül látszólag nem specifikus lobos elváltozásokat tudnak a kötőszövetben megindítani. Minthogy tudjuk, hogy a gümöbacteriumok a betegség másodlagos stadiumában mindenhová kerülhetnek és mint-hogy ilyen esetekben már a bacteriumokat ki is tudták mutatni, ezen későbbi májcirrhosishoz kifejlődési lehetősége tudásunk mai állása szerint meg van adva. A savós hárttyákról már általánosságban el van ismerve, hogy a tuberculosus fertőzésre akárhányszor látszólag nem specifikus, fibrosus kötőszövet-képződéssel végződő gyuladásokkal reagálnak és azt hiszem, hogy a kórbonczolástannak a nagy parenchymás szervek kötőszövetére nézve ugyanerre az állápontra kell helyezkednie. Az, vajjon a parenchymás elemek elfajulása a bacteriumok, avagy a toxinok munkája; vajjon még másodlagos ártalmak szükségesek ahhoz, hogy a gümösen fertőzött szervben ezen elváltozások előálljanak, ez nézetem szerint másodrangú kérdés. Akkor is, ha teszem az alkohol közreműködését is szükségesnek tartanók, a betegség kifejlődési feltételei közt ott volna a gümőkór és így teljes jogosultsággal nevezhetjük e bajokat metatuberculosisoknak: legalább is annyi joggal, mint az amyloid elfajulásokat, melyek mindenkor létrejöttek a tuberculosison kívül valószínűleg más, csak általunk még nem ismert alkati feltételei is vannak.

\* \* \*

Sokat beszéltek és írtak azokról a gyomor-zavarokról, melyek a *praetuberculosis* stadiumban előfordulnak, de nem igen foglalkoztak azokkal, melyek a *metatuberculosisra* jellemzők. Igaz, ezek többnyire nem egyebek, mint residuumai azoknak a heveny elváltozásoknak, melyek a gyomorban a tuberculosus secundaer és néha tertiaer stadiumában lejátszódtak és a melyek fenmaradnak akkor is, ha a specifikus folyamat már rég elvesztette a fulánkját. Nagy része az idősebb gyo-



morinvalidusoknak, kik életük végéig dyspepsiások és változó hasmenésekben szenvednek, kiknek gyomra sósav és fermentumok kiválasztására képtelen, voltaképpen gyógyult vagy erősen inactív tuberculosis hordozója. A gyomormirigyapparatusban lejátszódó degeneratív folyamat, a kötőszöveti elemekben végbemenő burjánzási és zsugorodási jelenségek, a muscularis gyengülése mindenek szerint abban az időben indultak meg, mikor a tuberculosisbacillusok és toxinok még a vérben és a nedvekben keringtek; az elváltozások gastritissé, atoniává, sülyedéssé állandósultak, dacára annak, hogy a gümős folyamat mint ilyen megállott. Nem szenved kétséget, hogy bizonyos „*linitisek*“ vagy a gyomor jóindulatú diffus cirrhosisai ilyen régi tuberculosusokban találhatók.

De mindinkább valószínűvé válik az is, hogy egyes *heges gyomorszűkületek* szintén nem egyebek, mint tuberculosus folyamatok residuumai. Nem tartom ugyan valószínűnek, hogy ezek mind egyszerűen lobos úton, a „*tuberculose inflammatoire*“ közvetítésével jöttek volna létre, hanem azt gondolom, hogy ezekben a tuberculosusnak eredetileg granuláló, többé-kevésbé kifehélyesedő formájával lehetett dolgunk. A sebészek mind több és több esetet közölnek, melyekben a várt fekély vagy rák helyett a tuberculosusnak ilyen természetű formáját találták. Ha ezen gümős szövetképződéssel és széteséssel járó stadium lappangva folyik le és a zsugorodás stadiumába is lappangva megy át, akkor az első tünet, melyet észreveszünk, a már be is következett heges pyloruszűkület következménye. Activ tuberculosis ilyenkor már nehezen mutatható ki. Az anamnesis, a pontos tüdővizsgálat azonban néha útbaigazíthat bennünket. Ha ezekben az esetekben a gastroenterostomia kényszere előáll, akkor a solid, hengerded, sima körülírt képlet már nem árulja el gümős eredetét. Vannak azonban esetek, melyekben a szomszéd nyirokmirigyek még gümős elváltozásokat mutattak, vagy melyekben a szomszéd hashártya apró gümöket tartalmazott. Az olaszok a pyloruszűkületeknek ezt a lappangva keletkező formáját *Patella*-féle betegségnek nevezik és szerintük is feltűnő, hogy majdnem mindig régi tuberculosusokban található.

Így néhány héttel ezelőtt operáltattam egy kb. 30 éves gyögyszerest, kin a pyloruszűkület tünetei már évek óta állottak fenn. Műtétkor (*Pólya*) a pylorus sima hengerded daganattá volt átalakulva, a serosán és az omentum minuson gombostüfejnnyi és valamivel nagyobb fehér képletek látszóttak. A sebész megcsinálta a gastroenterostomiát és kiirtotta az egyik csomót, melyben a kórszöveti vizsgálat óriássejteket derített ki. Utólag megvizsgálván a beteg tüdejét, az egyik csúcsot zsugorodottnak találtam. A műtét utáni második héten sajátos remittáló lázas mozgalom indult meg, mely — látszólag minden substratum nélkül — néhány hétig húzódot. Fölötte valószínűnek tartom a műtövel együtt, hogy itt metatuberculosus kórállapottal volt dolgunk.

Ismétlem e helyen *Rovsing*-nak, a híres kopenhágai sebésznek a szavait: „*Nem valószínűtlen, hogy ha egyszer a sebészek figyelme általánosságban ezen lehetőség felé terelődik, a pyloruszűkületeknek és fekélyes daganatoknak nem csekély része gümős eredetűnek fog bizonyulni.*“

\* \* \*

Ez annál plausibilisebb, mert a *bél pathológiájában* bizonyos heges szűkületek, főképpen ha a vékonybelekben és a regio ileocoecalisban találhatók, már régóta tekintetnek gümőkóros eredetűnek még akkor is, ha műtétkor a gümőkórra jellemző elváltozásokat nélkülözik és a kiirtott heg készítményén nem találják a gümőkór kórszöveti signaturáját és pecsétjét. Azaz már nem találják. Hiszen éppen ez teszi ezeket az elváltozásokat *metatuberculosussá*, éppen ezért nincs jogunk ezeket a sohasem lázas, sohasem hasmenéses, fertőző anyagot már nem produkáló, de az időszült stenosis minden jelét mutató betegeket tuberculosusoknak nevezni. De akkor is, ha szervezetük egyéb részeiben még a manifest gümőkór jeleit viseli: a *bélbajuk, mely miatt szenvednek, mely táplálkozásukat gátolja és mely miatt, ha acut ileus esetében*

a sebészeti segítség túlkésőn jön, meg is hálnak, metatuberculosus természetű.

\* \* \*

Nagyfontosságú fejezet következik most és ez a gümőkórosok *brightismusa*, vagy a hogyan joggal nevezhetők, a *metatuberculosis renalis typusa*. Igen nagy azon gümőkóros betegeknek a száma, a kik látszólag mint egyszerű időszült vesebetegek fejezik be pályafutásukat.

Természetes, hogy ezen a helyen a klasszikus sebészeti vesetuberculosisról nem lehet szó, de nem is azon gyakori parenchymás formákról, a melyek a tüdőtuberculosis előhaladó formáit hónapokon át, egészen a halálig kísérik és melyek úgyszólván a tüdőtuberculosis árnyékában meghúzódnak; hanem azokról a betegekről lesz szó, kikben az activ gümőkór teljesen visszavonulván, a Bright-kórnak engedí át a terrenumot, úgy hogy az utóbbinak valamelyik formája adja az egész esetnek a klinikai signaturáját.

Ki gondolt volna tuberculosisra a következő esetben:

Hatalmas termetű, sápadt, erősen oedemás fiatal ember majdnem elephantiasisos végtagokkal, has- és mell-vizkórral kerül az osztályomra. A szív dilatált, a pulsus kishullámú, igen gyenge, digitalis által nem befolyásolható, a máj nagyobb, tömött. A vizelet mennyisége 800–1050 cm<sup>3</sup> között ingadozik, fajsúlya 1010–1014; 4–6‰ fehérjét, szemcsés cylindereket, zsíros vesehamokat tartalmaz. Hólyagzavar nincs, sehol fájdalom. Absolut láztalanság. A tüdők felett, a mennyire átvizsgálható, semmi, a mi tuberculosusra engedne következtetni. Az anamnesisben szintén semmi, csak azt tudja, hogy az oedemája 2½ évvel ezelőtt kezdett fejlődni.

Természetesen feljogosítva éreztük magunkat arra, hogy a beteg nephritis parenchymatosát körjelezzünk. A beteg, kinek állapota húgyhajtó szerek által absolute nem volt befolyásolható, hat hét múlva mindinkább előhaladó szívgyengeség tünetei közt pusztult el. A boncolás azt derítette ki, hogy mindkét vesében csakugyan degeneratív diffus folyamat volt jelen, de ezenkívül régi gümős eredetű összenövéssek a szív és a tüdők savós hártáján éppen ilyen eredetű perihepatitis, továbbá szétszórt, specifikus gümős elváltozások a hashártyán és mindkét vesében. Kétségtelen, hogy az illető diffus nephropathiája ölte meg, melynek éveken keresztül volt a betege, bár a pericardialis összenövés okozta szívgyengeségnek szintén lehetett része a súlyos kórállapot létesítésében. Az bizonyos, hogy ezen progrediáló, a szervezetet mindinkább aláásó degeneratív folyamatok akkor is haladtak volna a maguk útján, ha a csekély, még activ gümős folyamatokat valamely úton-módon megállíthattuk volna.

Az eset tipusos azokra a betegekre nézve, kikben a nephropathia lappangva, az epithelialis elemek lassú parenchymás és zsíros elfajulásán épül fel, néha amyloidosisal párosulva. Ezek azok a betegek, kiknek a voltaképpeni tüdő-tuberculosis az orvos öröme széken gyógyul, kik láztalanul, bacteriumok, sőt néha köpet nélkül, gyakran feltűnő hízással hagyják el a sanatoriumot és gyógyhelyet. Az embonpointjuk mellett sápadtak, pastosusak. Közérzetük javulása elmaradt. Munkaképességük állandóan csökken; vizeletük eleinte nem állandóan tartalmaz fehérjét és néha csak évek múlva mutatja a nephritis parenchymatosa chronicára jellemző összetételt. Ha az ilyen betegek a 40. éven túl vannak, főképpen, ha, mint ezt a munkásosztályban látjuk, az alkohol túlságos élvezete is hozzájárul, akkor az arteriosclerosis praecox kifejlődésével a renalis megbetegedés is a zsugorvese bizonyos sajátosságait mutathatja: a híg, fixált fajsúlyú és fagypontú vizeletet, az üledék csekély voltát, a vizenyő cardialis jellegét. *Müller Fr.* szerint ezen nephritisek nem járnak balszívtúltengéssel; a halál a cardialis elégtelenség vagy az időszült uraemia folytán áll be. Feltűnő, hogy *Herxheimer* a glomerulusok hyalin elfajulását, melyet magasabb korúakon az arteriosclerosis okoz, fiatal korúakon csak erősebb gümőkór mellett találta.

Lobos tüneteket a betegek ezen lassú degeneratív folyamataiban nem találunk: ha ilyen lobos, igazán „*nephritises*“ stadium előzte meg, minden esetre lappangó lefolyású volt és a gümős megbetegedés előbbi stadiumaiba esett, midőn is a bacteriumoknak a vérben való keringése a vesének góczszerű, de boncolástanilag még nem specifikus megbetegedését vezetett. Lehetségesnek tartom, hogy a „*praetuberculosis*“ fehérjevizelet máris ilyen szétszórt góczos megbetegedés kifejezése.



Hogy ez kórbonczolástaniilag lehetséges, bizonyítja *Fischer*-nek egy esete. Bár nem volt szándékom e rövid előadást irodalmilag is megterhelni, mégis jónak látom éppen ennek az esetnek a kiemelését, mert éppen *Fischer* az, ki a gümős eredetű, de kórbonczolástaniilag nem specifikus nephritisekkel szemben még a kelleténél is skeptikusabb. Két éves gyermekek, ki idősült gümőkórral és meningitis tuberculosával, de miliaris tuberculosus nélkül került bonczolásra, mikroskopiailag sem mutatkoztak vesegümők. Ellenben számtalan góczban lehetett kis kéregbeli sejtburjánzásokat találni, főképpen a gomolyok körül. A sejtes burjánzások néha olyan sűrűn voltak a csövecskék körül elrendezve, hogy alig lehetett a csatornácskák hámszejteit a burjánzott kötőszövet-sejtektől különválasztani. A hámszejtekben sok helyütt valószínű mitosisok és többmagvú epithelsejtek. Itt-ott gümö-bacillusokat is lehetett kimutatni. Ezen folyamatok erősen emlékeztetnek azon elváltozásokra, melyeket *Buday* a tengeri malacz kísérleti vesegümőkórjában talált. Csakhogy ezen kitűnő magyar bűvár azon glomerulusok körül, melyekben a bacillusok visszatartottak, kezdettől fogva még kifejezetten lobos tüneteket, többmagvú fehér vérszövetek felhalmozódását és a beteg kacsok erős kitérülését tapasztalta. Fel kell tennünk, hogy kevesebb és kisebb virulentiájú bacterium disseminálása mellett a veseelváltozások nem mennek túl ezen a fokos, de mint más bacteriumos eredetű gócznephritisek, később idősült nephropathiákra vezethetnek.

Vannak azonban esetek, melyekben az idősült nephropathiák egy *clinice* manifest lobos nephritishez csatlakoznak, mely nem ritkán heveny haemorrhagiás. Ezen esetekkel nemrég *Tobiesen* foglalkozott összefoglalóan.

Bár elismerjük, hogy a gümőkór folyamán beálló ezen heveny vérzéses nephritisek gyakran simán gyógyulnak, mégis nem egyszer idősült nephritiseknek válnak kiinduló pontjává. Kétségen felül lobos eredetüket az idősült stadiumban is a vizeletben található vérszövetek árulják el. Feltűnő gyakran csatlakoznak tüdővérzéshez.

Kezelésem alatt áll egy nephritises ügyvédjelölt, kinek tüdőtuberculosisa majdnem gyógyultnak mondható. 5 évvel ezelőtt egy tüdősanatoriumban erős tüdővérzést kapott, melyhez lázak, orr- és bőrvérzések, izületi fájdalmak és vérvizelés társultak. A vizelete azóta állandóan tartalmaz 1–2% fehérjét, kevés vért, néhány hyalin cilindert. Daczára tüdeje kedvező állapotának munkaképtelen. Jelenleg Egyiptomban keres alkalmazást.

Ezekben a heveny haemorrhagiás esetekben természetesen felmerül a kérdés, nincs-e másodlagos streptococcus-fertőzésekkel dolgunk? Hiszen a gümö-bacillus és a streptococcus egyes esetekben valószínű symbiosisban él és előhaldottabb esetekben gyakran nem is tudjuk megmondani, hogy mi az egyiknek és mi a másiknak a munkája. De ki kell emelnünk, hogy maga a tuberculin is bir haemorrhagiás nephritiseket előidézni, a mire az első tuberculinaerából elég példát citálhatunk. Vajjon mint ilyen hatott-e a vesére, vagy pedig a gümö-bacteriumok erősebb aktiválása és a véráramba való sodrása által, ez nézetem szerint másodlagos kérdés. De még abban az esetben is, ha ezen nephritiseknek egy része a streptococcusok társinfekciójának munkája volna, kénytelenek volnánk a belőle származó maradandó károkat in ultima analysi a gümőkór rovására írni.

A gümős eredetű, nem granuláló nephropathiák közt a francia klinikusok éles szeme kiemelte azokat, melyekben a vizeletbeli elváltozások aránylag kismértékűek és melyekben a *vesetáji fájdalmak* a kórkép kimagasló momentumát alkotják. Adhaesiv paranephritisek játszhatnak ott közös szerepet, melyek esetleg hegesen gyógyult, peripheriás elhelyezésű, gümős góczok felett fejlődtek és melyek alatt a lobosan elváltozott vese „glaucomás” feszülésbe jön. A fájdalmak rohamszerűek, úgy hogy a neuralgiás forma elnevezés nem minden jogosultság nélküli. Ime egy idevágó eset:

T. E.-né, szobrász 27 éves felesége régi tüdőtuberculosis és mellhártyagyulladás maradványaival heves jobboldali vesefájdalmakban szenved. Subfebrilis. A vizeletben kevés geny, valamivel több (1/100 körül) fehérje, néhány hyalin cylinder. Gümöbacillusok sem mikroszkop alatt, sem állatkísérlettel nem voltak kimutathatók. A vesefájdalmak naponta

többször nagy hevességgel állnak be, fájdalomcsillapítókra alig reagálnak. Ritkábban mutatkoznak a fájdalmak a bal oldalon. Egyszer állítólag egy kölesnyi concrementum távozott, a Röntgen-kép azonban ismételten negatív. A vesék nem tapinthatók. A hólyagtükrözés negatív, a vesék funkciós vizsgálatakor mindkét vese egyforma vizeletet ürít, a mi akkor még a vesék elég jó funkciójára engedett következtetni.

A fájdalmak végre annyira erősödtek, hogy a jobb vese lumbalis feltáráására került a sor. A vese az erősen adhaerens zsíros tokból ki lett hámozva, de a teljesen áttapintható vesemedenczében és az ureter szomszédos részében nem lehetett találni concrementumot. A vese saját tokjának felhasítása és nem könnyű lehúzása után a sebész a vesekéreg egy részét mikroszkopi vizsgálat céljából lemetszette. Ezen vizsgálat disseminált nephritises elváltozásokat mutatott. A fájdalmak szüneteltek a műtét után. Nemsokára azonban uraemiás tünetek is jelentkeztek, a bal vese is kezdett fájdalmassá válni, de az ott végzett kihámozás már semmi eredményt nem járt. A beteg néhány héttel később uraemiában elpusztult.

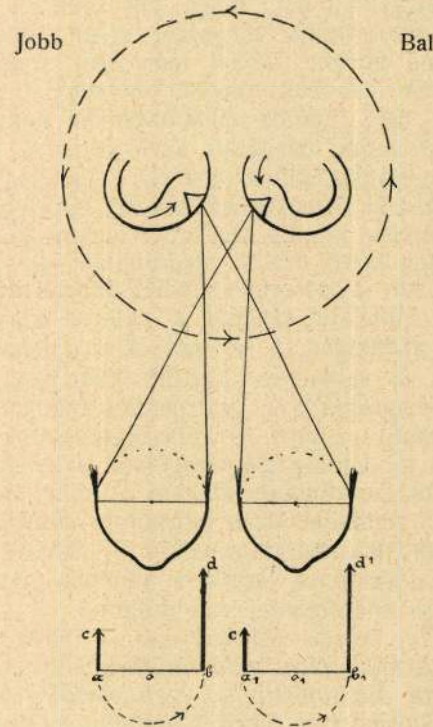
(Vége következik.)

## A félkörös ivjáratok egyensúlyozó szerepéről.

Irta: *Rejtő Sándor* dr., fülorvos.

(Vége.)

A forgatással előidézett egyensúlyzavarokat könnyen megérthetjük, ha a hideg és meleg víz okozta endolymph-áramlások eredményeit egyszerűen alkalmazzuk. Forgatáskor is az endolymphának áramlása szerepel, csakhogy mindig mind a két labirintusé egyszerre, a mint ezt a 13. ábra mutatja.



13. ábra.

Forgatás alatt, mondjuk inkább a forgatás megkezdésekor, a tehetetlenségénél fogva visszamaradó endolymph a forgatással ellenkező irányú áramlást vesz föl és okozza a forgatás alatt beálló nystagmust, a mit azonban a gyakorlatban nem veszünk tekintetbe. A forgatás megszűntével (a gyakorlatban rendszeren 10-szeri forgatás után hirtelen megállva) az endolymph áramlása mind a két labirintusban a forgatással azonos irányú lesz, vagyis pl. balra forgatáskor (lásd az ábrát) mind a két labirintusban balfelé áramol az endolymph, de a félkörös ivjáratok elhelyezkedése miatt, a míg az egyikben ampullofugalis lesz az áramlás iránya, a másikban ugyanakkor ampullopetalis. A hőnystagmusnál láttuk, hogy az egyik labirintusnak ampullopetalis áramlása ugyanazon egyensúlyzavarokat hozza létre, mint a másiknak ampullofugalis áramlása, így forgatáskor a két labirintusnak ingere egymást mindig fokozza. Jelen esetünk-



ben balfelé forgatás után hirtelen megállva, a jobb labirinthusból kiinduló *bd* és *b'd'* erőket nagyobbítja, ugyanakkor azonban a bal labirinthusból kiinduló *ac* és *a'c'* erőket csökkenti. Az eredmény tehát erős nystagmus lesz balra. (Lásd a 14. ábrát.) Jobbra forgatás esetén éppen ellenkező irányú endolympha-áramlások miatt az *ac* és *a'c'* erők növekednek, *bd* és *b'd'* csökkennek, vagyis nystagmust kapunk jobbra. Ezen statikai eredményekkel teljesen egyezik a physiologia empiriás törvénye, melyet *Ewald* így fejezett ki: *Forgatás után a nystagmus lassú componensének iránya az endolympha elmozdulásának irányával azonos.* (V. ö.: *Bárány.*<sup>2)</sup>

A labirinthus physiologiás ingere esetén, tehát a fej mozgásai alkalmával, a mint a fej bizonyos irányban fordult (a forgás megszűntével), endolympha-áramlás áll elő e mozgással egyenlő irányban és ezáltal a szemtekék is a fej irányában mozdulnak el, vagyis a labirinthus-inger reflexesen végzi el a szemtekéknek beállítását a fej síkjába („grobe Einstellung“, *O. Zoth*). Az állandó nyugalmi inger hatásának köszönhetjük pedig azon fontos dolgot, hogy nyugalmi állásban szemünk optikai tengelye mindig a horizont felé van irányítva.

### III. Az ú. n. reakciós mozgások statikája.

Azt a viszonyt, a mit a szemnek a vízszintes síkban történő elmozdulásai alkalmával a négy egyenes szemizom és a horizontális ívjárat között megállapítottunk, a szemtekének a többi síkban történő mozgásai alkalmával is megtalálhatjuk az illető szemmozgató izmok és a mozgás síkjának megfelelő ívjárat közt. Vagyis a mint a horizontális ívjárat a horizontális síkban mozgó izmokkal áll direct összeköttetésben, éppen úgy függ össze a frontális-és sagittális ívjárat a frontális és sagittális síkban mozgó szemizmokkal, illetőleg izomcsoportokkal.

A félkörös ívjáratoknak izomösszeköttetései korántsem szorítkoznak csakis a szemizmokra, mert a labirinthusok a test minden egyes harántcsíkos izmával összeköttetésben állanak. Mint tudjuk, ezen vestibulo-muscularis összeköttetések csakis a szemizmoknál haladnak a n. vestibularis pályáiról egyenesen a szemmozgató izmok magvaihoz; a test többi izomcsoportjainhoz indirecte a kis agyvelőben történik a kapcsolás, a hová az izmokhoz haladó ingerületek úgy a labirinthus felől, mint a kéreg és érzékszervek részéről haladnak és ott összetevődnek és ezen egybeolvadt ingerület a gerincvelő ugyanazon oldali elülső szarván át jut el az izmokhoz. Ezért akkor, a midőn valamelyik labirinthus a normalisnál nagyobb vagy kisebb ingerületet szállít a kis agyvelőbe, megdől a test agonista és antagonisták izomcsoportjait egyenletesen beidegző egyensúlytonus és a megváltozott labirinthus-ingerület síkjában eltérés mutatkozik. A míg azonban a szemizmokon ezen eltérések könnyen észrevehetőek, részben a jelzett direct vestibularis összeköttetések, részben pedig a szemtekének specialis anatómiai helyzete következtében, addig az emberen a test többi izomcsoportjában ezen eltérések csak nehezen mutathatók ki. Hangsúlyozom, hogy emberen, mert feltűnő az a kvantitatív különbség, a melyet az emberi és mondjuk szorosán vett állati labirinthus szerepe között találunk a törzs és a végtagok izomtonusában. A míg állaton a labirinthus szerepének kiesése már első pillanatra szembe-tűnő súlyos és maradandó izomerő-egyensúly-zavarokat okoz a test minden egyes izomcsoportjában, az emberen ezen zavarok sokkal kisebbfokúak, aránylag hamar kiegyenlítődnek és első-sorban a szemizmokon észlelhetők. Innen van az, hogy a míg a physiologusok állatkísérleteik alapján a labirinthustonus kiesése vagy fokozása következtében előálló tüneteket vizsgálván, a törzs és végtagok izomcsoportjaira vonatkozó tünetek egész sorozatát írják le, addig a klinikusok észlelései úgyszólván csakis a nystagmusok leírására szorítkoznak. A klinikusok figyelmüket a nystagmusra és a szédülésre fordítván,

a test egyéb izomcsoportjaiban beálló egyensúly-zavarokat alig veszik észre és ha a beteg eldőlésében látják is ezeket, ezeknek lényegét sokszor fel nem ismerik és félreértik. Sokan például ma is a szédülést ellensúlyozni akaró activ ú. n. reakciós mozgásnak tartják a nystagmuskor támadó eldőléseket, holott ezek nem egyebek, mint a törzs izmaiban beállott izomerő-egyensúly-zavarok. Ezen téves felfogásnak kedvez a nystagmusnak, mint már kimutattam, hibás elnevezés-módja, mert ha a test izmaiban észlelt eltérések irányát mindig a nystagmus irányával ellenkező irányúnak vesszük fel, akkor nem nagyon tűnik ki ezen eltéréseknek közös eredete. Zavart okoz az is, hogy a labirinthus izgatására előálló szédülés érzését mindig beleszövik a klinikusok az izomeltérések létrejövésének magyarázásába. Az elesés iránya és az elszédülés iránya között oki összefüggést keresnek, mint hogyha a szédülő ember öntudatosan akarná ellensúlyozni az eldőlés érzését. Pedig már *Ewald* kimondotta és bebizonyította, hogy „ezen mozgások nem lehetnek az érzések következményei“.

Tudjuk, hogy a labirinthus érzékszerv. Mint minden más érzékszervünk, ez is kettős működést fejt ki: először a külső ingereket öntudatosan feldolgozza, ez az egyensúlyérzés, másodszor a külső ingereket öntudat nélkül felhasználja a szervezet javára, a harántcsíkos izomzathoz állandó tonust küldve, ez az egyensúlyi állapot. A mikor tehát ezen érzékszerv működését megzavarom, egyidőben egymástól függetlenül áll be úgy az izomerő-egyensúly zavar, mint az erről szóló tudatunk, a szédülés. Hogy emberen az izomerő-egyensúly-zavarokat olyan nehezen tudjuk észlelni, annak oka, hogy az ember állandó izomtonusában csakis kis szerepet játszik a labirinthus-ingerület, a látás, hallás, bőr-, izom- és ízület-érzések okozta reflexek mellett. *Bárány* ügyes módszerével lehetővé tette, hogy ezen reakciós mozgásokat a test bármely izomcsoportjában, különösen a végtagokon tanulmányozhassuk és ezen módszerével végzett vizsgálatok kimutatják, hogy az ú. n. reakciós mozgások iránya mindenkor megegyezik a nystagmus lassú componensének irányával. *Schaffer* tanár szíves engedelmével idegostályán számos esetben próbáltam ezen reactio-mozgásokat a test különböző izomcsoportjain kimutatni és többé-kevésbé minden esetben megkaptam ezeket a nystagmus lassú componensének irányában. Ezek tehát a nystagmussal parallel jelentkező, a labirinthusból eredő tünetek. Állatokon ezen labirinthus-ingerület az izomtonus legfontosabb componense, és így természetes, hogy megzavarásakor kifejezett izomerőzavarokat látunk. Csak röviden hivatkozom az irodalom ismeretes adataira: *Schiff* labirinthusától megfosztott kutyája petyhüdt izomzataival lépcsőn lefelé járni vagy székről leugrani nem tudott; *Schrader* békái a labirinthus kiirtása után hasukkal felfelé fektetve úgy maradtak a vízben és végezték gyenge úszómozgásaikat, pedig tudjuk, hogy akármilyen súlyosan sebesült béka is a hasára fordulva vánszorog tovább. *Marikovszky* házinyula a nyelőmozgásokat sem tudta elvégezni és éhen pusztult. Legérdekesebben látjuk a labirinthus szerepének hiányát madarakon. *Ewald* kísérletei nyomán magam is megkísérletem galambokon ezen kiesési tünetek észlelését. A kir. magy. tudományegyetem általános kórtani intézetében néhány típusos kiesési tünetet észleltem, melyek közül kettőt az alábbiakban közlök.

*I. kísérlet.* Galambot felületesen narkotizálva, bal horizontális ívjáratát kiirtom. Az állat bódulásából rövidesen magához tér és földre helyezve gyorsan balfelé forog. Néhány percz múlva már nem csinál olyan kis köröket, látszólag hosszabb darabon egyenesen is szalad, de mindig balfelé fordul, jobbra fordulni egyáltalán nem tud. Felrepülván, alig másfél méter magasságra, a levegőben balfelé csavarodik, majd hamarosan leereszkedik, csaknem azon pontra, a honnan kiindult.

A tünetek okát kutatva, látjuk, hogy az állat egyik lába, még pedig a jobb, erősebben van beidegezve, mint a bal. Ennek következtében jobb lábával mindig nagyobbakat lép és így természetesen mindig balfelé forog. Minthogy az állatnak jobb szárnya is sokkal erősebben van beidegezve mint a bal, repülés közben is érvényesül az asymmetriás erők hatása.

*II. kísérlet.* Míg az előbbi kísérletben a horizontális ívjáratot mechanice tettem tönkre, ezen kísérletben *Högyes* módszerével 5%-os cocainoldatot fecskendeztem az elaltatott galambnak baloldali sagittális



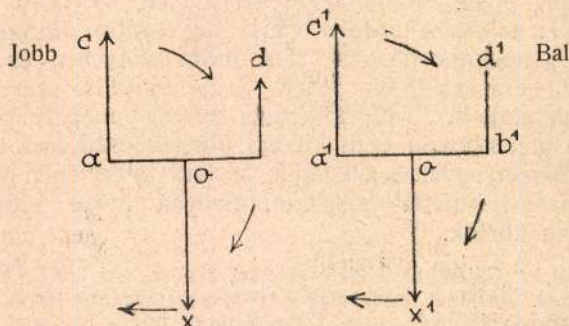
ívjáratába és a felébredt galambot a földre tettem. Az állat fejét hátra vetve, vagy 15–20 bukfencczel vetett gyors egymásutánban hátrafelé, végül is két szárnyát kiterjesztve, hátrahajtott fejével igyekezett testét rögzíteni. Járnai, repülni egyáltalán nem tudott. A sagittális ívjáratot bántalmazván, a sagittális síkban állott be az egyensúlyi zavar és azért nem tudott az állat két lábán megállani és nem tudta fejét nyugodtan tartani, csak úgy, ha hátára fektette rá.

Már ezen kísérletek is bizonyítják, hogy madarakon a félkörös ívjáratok a megfelelő síkban mozgó minden egyes izomcsoporttal szoros összefüggésben állanak. Ewald kísérletei mutatják, hogyha egy ilyen elroncsolt labirintussal bíró galambot néhány hónapig sikerült életben tartani, az állat látása segítségével ismét megtanult járni, de ha szemét bekötötték, az egyensúly-zavarok ismét előállottak. Repülni ezen állatok sohasem tudnak többé.

Mindezekből az is kiderül, hogy miért van az állatban nagyobb szerepe a labirintus-ingernek a test izomcsoportjaira, mint az emberben. A labirintus automatás egyensúlyozó szerv, a melyre elsősorban a repülés alkalmával van nagy szükség. Járáskor kevéssé. Hogy az állatoknál a járáskor is van szerepe, az első pillanatra szembetűnik, ha összehasonlítjuk, hogyan tanul meg járni az ember és hogyan például a kis csirke. A csirkének születésekor már alkalmas az ideg- és izomrendszere a járásra; a gyermeknek körülbelül egy éves korában vannak meg ezen kellékei. A míg azonban a gyermek a járást öntudatosan, gyakorlás útján tanulja, hogy egyenesen tudja beidegezni használt izomcsoportjait és szemével folyton ellenőrzi mozgásait, addig a kis csirke rögtön tud szaladni és pedig egyenes irányban. Vagyis izomcsoportjait automatásan tudja egyenesen beidegezni, mert az egyenes irányú járáshoz a két lábnak teljesen egyenlő erejű beidegezése szükséges. Hogy az egyenes irányú haladáshoz az erőnek milyen szimmetriája szükséges, azt nagyon szépen láthatjuk pl. csónakázáskor. A mint az egyik oldal evezőivel kisebb erőt fejtünk ki, a csónak rögtön oldalt fordul és nagyobb asymmetria esetén helyben forog. Könnyen elképzelhetjük, hogy milyen fontos szerepe van ezen automatás egyensúlyozó szervnek a repüléskor, a mikor a tér mindhárom síkjában egyszerre történik a mozgás.

Ha emberen a *Bárány* methodusával kimutatható izom-erő-egyensúly-zavarok graphikai ábrázolását óhajtjuk látni, erre is felhasználhatjuk eddigi ábránkat, csak a tengelyt kell mindig valamely izület tengelyének felvennünk.

Legyen például *ab* a bal vállizület horizontális tengelye. Izzassuk a jobb labirintust hideg vízzel, a mikor, mint az eddig elmondottakból tudjuk, a jobb labirintusból eredő *bd* componens kisebb lesz. Az eredmény: *ac* erő forgatási nyomatékának többletével forgatja el *ab* tengelyt, a minnek az eredménye lesz, hogy a kinyújtott kart jelző *ox* egyenes jobbfelé tér el (lásd a 14. ábrát). Ugyanekkor a jobb vállizületben



14. ábra.

is kisebb lesz *bd*, a minnek eredménye szintén a jobb nyújtott kart képviselő *ox* jobbfelé történő eltérése lesz. Vagyis a végtagok az egyik oldali agonisták s a másik oldali antagonisták működése következtében mindenkor párhuzamos mozgásokat végeznek a nystagmus irányában.

**Irodalom.** <sup>1</sup> Robert Bárány: Physiologie und Pathologie des Bogengang-Apparates. Wien, 1907. — <sup>2</sup> R. Bárány-K. Wittmaack: Funktionelle Prüfung des Vestibular-Apparates (Referat). 1911. — <sup>3</sup> R.

Ewald: Physiologische Untersuchungen über das Endorgan des Nervus octavus. Wiesbaden, 1892. — <sup>4</sup> Hasse: Die vergleichende Morphologie und Histologie des häutigen Gehörorgans der Wirbeltiere. — <sup>5</sup> Högyes Endre: Az associált szemmozgások idegmechanismusáról. A Magyar Tudományos Akadémia kiadásában. (Értekezések a természettudományok köréből.) 1881., 1882., 1885. — <sup>6</sup> Högyes Endre: Ujabb vizsgálati módszerek a n. vestibularis működésének tanulmányozására. Orvosi Hetilap, 1902. — <sup>7</sup> Högyes Endre: Ujabb kísérleti adatok a fül és szem között létező reflexkapcsolatok ismeretéhez. Mathem. és természettudományi értesítő, 1899. — <sup>8</sup> Marikovszky György: A fül félkörös csatornáinak működéséről. Orvosi Hetilap, 1905. — <sup>9</sup> W. Nagel: Handbuch der Physiologie des Menschen, 1905. — <sup>10</sup> F. Pérez: Oreille et Encephale. Buenos-Ayres, 1910. — <sup>11</sup> A. Rejtő: Ueber eine neuere Methode der Untersuchung des Labyrinths. 1912. — <sup>12</sup> M. Rosenfeld: Der vestibuläre Nystagmus. 1911. — <sup>13</sup> E. Ruttin: Klinik der serösen und eitrigen Labyrinth-Entzündungen. 1912. — <sup>14</sup> Sonntag-Wolff: Anleitung zur Funktionsprüfung des Ohres. 1912. — <sup>15</sup> E. Starling: Principles of Human Physiology. London, 1912. — <sup>16</sup> Stein: Die Lehre von den Funktionen der einzelnen Theile des Ohrlabyrinths. Jena, 1894. — <sup>17</sup> Zuntz-Loewy: Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Leipzig, 1909

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Látáspróbák nemzetközi és Snellen-féle jelzéssel, többnyelvű olvasópróbákkal.** Szemorvosok, hatósági, katonai, vasúti, iskola- és gyakorlóorvosok használatára szerkesztette *iff. Liebermann Leó* dr., egyetemi szemklinikai tanársegéd. Budapest, Franklin-társulat, 1913. Ára 4 korona.

A használatos látáspróbák és olvasópróbák mind egy és ugyanannak az elvnek az alapján készülnek. Jó és a gyakorlati használatra alkalmas minden olyan próbatábla és olvasópróba, mely elég választékot nyújt, melyet nem állítanak össze a legnehezebben felismerhető betűkből, melynek kiállítása technikailag kifogástalan, melyen betű és alap között megvan a kellő árnyalatkülönbség: tiszta fekete, nem fénylő betű vagy jel, tiszta fehér, nem fénylő alapon.

Mindezeknek a követeléseknek teljesen megfelelnek *Liebermann* 5 m.-nyi távolságból való vizsgálatra szerkesztett próbatáblái; az egyikben betűket, a másikon számokat látunk, a harmadikon az ismert kampókat (alphabetáknak), a negyedikon a *Landolt*-gyűrűket találjuk. Minden sor mellett a látásélesség értéke közönséges és tizedes tört alakjában van feltüntetve.

A magyar-, német-, tót-, románnyelvű olvasópróbákon kívül helyet talál *Donders* alkalmazkodás- és szemüvegtáblázata, a munkaképességnek %-okban kifejezett csökkenését feltüntető táblája, az „Utasítás” hadkötelesek, nemkülönben a vasúti szolgálatra alkalmazandók látásának vizsgálatára, az ábra *Graefe Albrecht* egyensúly-kísérletéhez stb.

Ezek a látáspróbák és olvasópróbák számunkra minden másféle, idegen próbatáblát és olvasó-próbát feleslegessé tesznek és azért *Liebermann* megszerkesztésükkel kétségtelenül elismerésre méltó, érdemes munkát végeztek. *H. K.*

### Új könyvek:

*P. G. Unna*: Biochemie der Haut. Jena, G. Fischer. 3 m. — *M. Löhlein*: Die Gesetze der Leukozytentätigkeit bei entzündlichen Prozessen. Jena, G. Fischer. 1 m. — *Wildbolz*: Chirurgie der Nierentuberkulose. Stuttgart, F. Enke. 8.60 m. — *J. Bauer*: Die Methodik der biologischen Milchuntersuchung. Stuttgart, F. Enke. 3 m. — *S. Laache*: Über Schlaf und Schlafstörungen. Stuttgart, F. Enke. 2.40 m. — *W. Waldschmidt*: Die Unterdrückung der Fortpflanzungsfähigkeit und ihre Folgen für den Organismus. Stuttgart, F. Enke. 4.80 m. — *L. Jores*: Anatomische Grundlagen wichtiger Krankheiten. Berlin, J. Springer. 15 m. — *A. Steiger*: Die Entstehung der sphaerischen Refraktionen des menschlichen Auges. Berlin, S. Karger. 18 m. — *Anton und Bramann*: Behandlung der angeborenen und erworbenen Gehirnkrankheiten mit Hilfe des Balkenstiches. Berlin, S. Karger. 9 m. — *J. Schwentner*: Leitfaden der Momentaufnahmen in der Röntgenphotographie. Leipzig, O. Nemnich. 14 m. — *G. A. Wagner*: Beiträge zur Frage der Herkunft des Fruchtwassers. Wien, F. Deuticke. 5 m. — *J. Werboff*: Die Gebärmutter des Weibes, ihre normale Arbeit und ihre Zerreißung während der Geburt. Berlin, S. Karger. 6 m. — *H. Herz*: Die Störungen des Verdauungsapparates als Ursache und Folge anderer Erkrankungen. 2. Auflage. Teil II. Berlin, S. Karger. 8 m. — *P. J. R. Kämpfer*: Praktische Winke für Lungenkranke. München, J. F. Leh-



mann. 1.20 m. — *L. F. Meyer*: Über den Hospitalismus der Säuglinge. Berlin, S. Karger. 4 m. — *C. A. Ewald*: Über Altern und Sterben. Wien, A. Hölder. 1 m. — *O. Naegeli*: Über den Einfluss von Rechtsansprüchen bei Neurosen. Leipzig, Veit und Comp. 1.40 m.

## Lapszemle.

### Belorvostan.

**A diabeteses coma lényegéről és kezeléséről** értekezik *Rolly*. Betegeinek 57-20%-a pusztult el diabeteses comában. A comát nem az aceton különös mérgező hatása váltja ki és ma inkább azt gondolják, hogy az aceton egyéb savakkal együttesen lehet okozója a coma kórképének. Az ecetsav sem mérgezőbb azonban, mint az aceton. A diabeteses comát  $\beta$ -oxyvajsavval való mérgezésnek is gondolták, de ez is nehezen fogadható el. A míg azonban normalis viszonyok között mindezen savak azonnal élenyülnek, súlyos cukorbeteg esetén az élenyülés egyáltalában nem, vagy csak lassan megy, miért is óvakodjunk attól, hogy ezen savak mérgező hatását illetőleg az egészségesben való viselkedésből vonjunk következtetést.

*Ehrmann* helytelenül a diabeteses comát vajsavval való mérgezésnek gondolja. Mások a diabeteses comát uraemiás állapotnak vélték tarthatni: ez utóbbinak klinikai képe azonban egészen más. *Stadelmann* szerint a coma tulajdonképp savmérgezés; e felfogás helyessége mellett látszott szólni a vér alkaliságának csökkenése és az ammoniakkiválasztás fokozódása coma eseteiben. Azonban a fokozott ammoniak-képződés nem mértéke a savtermelődének és pl. a májműködés zavarai mellett is, másodlagosan észlelhető. Másfelől a vér alkalisága, a hogy az pontos, elektrometriás meghatározásokból kiderül, coma mellett sem csökken szükségképp nagyobb mértékben, mint a hogy azt más, haldokló betegek, sőt más, nem comatosus cukorbetegségeken észlelhetni. Pusztán savmérgezésről már csak azért sem beszélhetünk, mert nagy mennyiségű szóda adagolásával a vér alkaliságát teljesen normalissá tehetjük, a beteg azonban mégis comában pusztul el. A mondottak alapján tehát a *Naunyn*-féle felfogásnak megfelelő pusztán savmérgezést csak a diabeteses comás esetek kis részében vehetünk fel. Nagyobb részére nézve azonban e felfogás nem áll. Azt sem mondhatni, hogy a savat a szövetek kötik meg és hogy a vérbe nem kerül, mert más szövetnedvek, így pl. a lumbalpunkciós folyadék vizsgálatakor sem találjuk csökkentnek az alkaliságot. Az is nehezen érthető, hogy az általános savhatás mellett miért kell még különleges mérgező hatást felvinnünk. E felfogás szerint tehát minden savmérgezés alkalmával két tényező érvényesül, t. i. a savmérgezés mint olyan és a különös méreghatás. Hogy e mellett a diabeteses coma kiváltásában miféle toxinok és egyéb mérgek játszhathatnak még szerepet, nem tudjuk.

A mi a coma gyógyítását illeti, tudjuk, hogy ha az kitört, a beteg többnyire menthetetlen. Minthogy az acetontestek zsírokból és fehérjéből csak szénhidrat-hiány esetében keletkeznek, súlyos diabetes eseteiben bőséges cukorvesztés és pozitív Gerhard-próba mellett sohasem szabad a szénhidratokat teljesen megvonunk. Jó hasznát vehetjük az ú. n. liszt- napoknak is. A betegnek annyi alkali adunk (5—50 gr. szódát), hogy vizelete alkalis legyen: natron bicarbonat adásával együttesen fokozódik az acetontest kiválasztása is: így a coma elodázható. Ha kitört a coma, intravenásan mielőbb liternyi 3—5%-os szóda-oldatot adunk. 5—10%-os szőlő-cukor-oldat injekciójával is tehetünk kísérletet, a nélkül azonban, hogy több eredményt látnánk tőle, mint a konyhasós beöntéstől. Bőséges vérbocsájtással is (300—600 cm<sup>3</sup>) próbálkozhatunk. Adhatunk enyhe hashajtót, valamint a gyomor és bél kimosását is megkísérthetjük, habár ettől sem remélhetünk valami sokat. Adott esetben coffeint, kámfort és aether adhatunk bőr alá vagy digalant és strophantint intravenásan: esetleg az erős kávénak, teának és cognacnak is hasznát vehetjük. (Medizinische Klinik, 1913, 15. szám.)

*Halász Aladár.*

### Szülészet és nőorvostan.

**A terhesség serumdiagnosisáról** ír *Veit*. A tudományos szülészetben *Abderhalden* munkája, a mely optikai és chemiai úton a terhesség diagnosisának a felállítását tette lehetővé, joggal nagy feltűnést keltett és a különböző női klinikák mind megpróbálkoztak azzal, hogy a diagnosist ilyen úton minden esetben pontosan és biztosan fel lehet-e állítani. *Veit* sohasem kételkedett a methodus biztosságában és ezért bizonyos elégtétellel regisztrálja és értékeli a különböző klinikák eredményeit. Ez a methodus tette lehetővé azt, hogy a foetalis fehérje felvételét az anyai vérbe és annak következményeit nyomatókusan demonstrálhassuk. Az a modern tanítás, a mely a syncytiumnak az anyai vérbe való bejutását hirdeti, ezáltal erős támaszt nyer. Természetesen egyes kérdéseket még tisztáznunk kell. Fontos teoriás értékkel bír az a tény, hogy *Abderhalden*-nek sikerült terhes teheneken is a terhesség diagnosisát ezen a módon felállítani és ebben az esetben most majd az lesz eldöntendő, hogy ez a tényállás mennyire fér össze azzal az eddigi nézettel, hogy a bolyhok teheneken nem lépnek át a vérbe. Eldöntendő lesz továbbá, vajjon az eljárás lényege corpuscularis elemeknek vagy chemiai anyagoknak a parenteralis felvételén alapszik-e. Már kevésbé feltűnő és vitás lehet az *Abderhalden*-féle reactio positiv kiesése az emberi terhesség első hónapjában, hiszen maga *Veit* volt az, a ki a *Siegenbeek van Heukelom*-féle fiatal petében syncytiumsejteket látott az anyai vénákban.

Az *Abderhalden*-féle terhességi sero-diagnosist a többi diagnostikai eljárás közé kell sorolnunk és most az a kérdés, vajjon melyik kategoriába sorozható. Háromféle terhességi jeleink vannak: 1. a biztosak: a magzatrészek tapintása, a gyermekmozgások megérzése és a magzati szívhangok hallása. 2. Valószínűségi jelek. Ezek a női genitáliák terhességi elváltozásai és az emlők elváltozásai. Ezek néha nem terheseken is előfordulhatnak, mindenesetre azonban csak az anyán előforduló jelek. 3. A bizonytalan jelek. Ezek a terhesség következményes állapotai más szerveken és subjectiv jelenségek, melyek végeredményképp férfiakon is előfordulhatnak. Ha most nézzük, hogy az új eljárás hova tartozik, bármennyire is értékesnek kell ezt az eljárást becsülnünk, mégsem lehet a biztos terhességi jelek közé sorozni, a mennyiben nem a magzat részéről kiinduló reactio, hanem a petének a peripheriájáról, a placentából kiinduló folyamat. Azért tehát mindig szem előtt kell tartani a methodusnak ezt a különleges állását és *Veit* szerint a reactio positiv volta benne mindig azt a meggyőződést kelti, hogy még élő placenta van jelen a méh üregében. Erre több esetet hoz fel. Továbbá leír eseteket, a melyekben az *Abderhalden*-féle reactio negativ volt, dacára annak, hogy a méhüregben még placenta maradt vissza. Ennek alapján nyilvánvalónak tartja, hogy *Abderhalden* eljárása semmiesetre sem biztos methodus a normalis terhesség megállapítására, sokkal valószínűbb az, hogy a reactio positiv volta esetén a méhüregben még élő lepény-szövet található. *Veit* úgy nyilatkozik cikkében, hogy eredetileg az a reménye volt, hogy az *Abderhalden*-féle reactióval ki lehet mutatni, mely esetekben van élő magzat és mely esetekben van halott magzat a méh üregében. Sajnos, ez a reménye nem teljesedett; practice azonban fontosnak tartja mégis azt az eredményt, hogy a methodus positiv eredmény esetén megmutatja azt, hogy élő lepény van még a méh üregében. A gyakorlatban főelőnye a terhesség első 5 hónapjában van az eljárásnak, a mikor különben csak a valószínűségi jelekre vagyunk utalva. A bizonyosságunk azonban csak annyira terjed, hogy a méhüregben egy terhességi productum van jelen; hogy ez élő pete, avagy csak lepény, arra vonatkozólag a reactio, sajnos, nem ad felvilágosítást.

A második terrenum, a melyen a methodusnak nagy jelentősége lesz, az adnextumorok diagnoskálása. Ha el akarjuk dönteni, hogy tubaris terhesség, vagy lobos adnextumor valamely daganat, akkor ezidőszertint nincs jobb eljárásunk, mint az *Abderhalden*-féle.



Veit azt hiszi, hogy a methodusnak nem annyira a gyakorlatban, mint inkább a physiologiában jut eminens szerep s bár a gyakorlati eredményekkel nem is lehetünk tökéletesen megelégedve, a kísérlet teoriás-tudományos szempontból nagy becsűlést bír. (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 72. kötet, 2. füzet.) Scherer Sándor.

### Húgyszervi betegségek.

**A húgyhólyag kikapcsolásáról gümőkór miatt ír Casper.** Egyik betegének a szerző 8 év előtt nagyfokú nephrolithiasis miatt kivágta a bal veséjét; a beteg a műtét után csakhamar megerősödött, a hólyagpanaszai csökkentek és a másik veséből származott vizelet idővel teljesen feltisztult s esetenként csak néhány leukocytát tartalmazott. A beteg, a ki kovács volt, ezután több éven át akadálytalanul folytatta nehéz mesterségét. Az 1911. év őszén ismét igen súlyos hólyagzavarok és szakadatlan tenesmusok jelentkeztek rajta; a nagy kínok között kiszorított vizelet zavaros, illetőleg piszkos, genyes volt. A beteg néhány hét alatt csontvázá soványodott.

A beteg szenvedéseinek enyhítése céljából a szerző a gümőkóros hólyagot teljesen kikapcsolta, még pedig olyképpen, hogy a jobb uretert a bőrbe implantálta. Ez a műtét igazán feltűnő kedvező eredményt adott: Már másnap teljesen megszűnt úgy a vizelés-inger, mint a fájdalom; a beteg 3 hónap alatt 12 fonttal hizott és a mikor a kórházból elbocsátották, a vizelet ismét teljesen tiszta volt, csak néhány genysejtet és cylindert tartalmazott.

A szerző a beteget az urológiai szakosztályban bemutatta s akkor csaknem az összes felszólalók azt hangoztatták, hogy a hólyagpunctio előnyösebb, mint a kikapcsolás. Casper azonban az azóta szerzett tapasztalatai alapján újból figyelmezteti a sebészeket, hogy hólyaggümőkór esetében sipoly létesítéséből álljanak el, minthogy ez után sem a fájdalom, sem a tenesmus nem szünetel, sőt ellenkezőleg legtöbbször még erősödik. A gümőkóros hólyag ugyanis nem tűr meg semmilyen idegen testet, már pedig a canule avagy az állandósított katheter is ugyanígy izgatja a hólyagot, mely erre az izgalomra azután szüntelen összehúzódással reagál. A hólyagkizárás ellen továbbá még azt a körülményt is felhozta, hogy ezideig nem sikerült egészen kifogástalan vizeletfelfogó edényt készíteni. Ez az ellenvetés még ma is jogosult, mert még a legjobb ilyen készülék mellett is a beteg bizony néha nedves lesz. A legkomolyabb kifogás azonban az volt, hogy az a vese, a melyet a külvilággal közvetlenül hozunk kapcsolatba, feltétlenül mihamarabb elpusztul, mert *feltétlenül megfertőződik*. Ezt az állítást a szerző az 1911 őszén megoperált beteg demonstrálásával cáfolja meg, a kinek a vizelete még ma is teljesen tiszta, fehérjét, bacteriumot nem tartalmaz, legfeljebb néhány leukocytá van benne. A vizelet tehát steril, vagyis *a vese 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> éven át nem fertőződött*. A beteg a második műtét óta panaszmentes, a közérzete a viszonyokhoz mérten kielégítő s mint kapus egy gyárban akadálytalanul teljesít szolgálatot. (Berliner klinische Wochenschrift, 1913, 11. sz.) Drucker.

### Orr-, torok- és gégebajok.

**A Waldeyer-féle garatgyűrű és a szervezet** című közleményében Piffel tanár (Prága) részletesen tárgyalja a garatbeli nyirokcsomógyűrű szerepét élettani és kóros viszonyok között. A három nagy tonsillaformation kívül tudvalevően bőséges lymphás szövet van a tuba nyílása körül és medialis falán, a plicae salpingopharyngeae-ben, a hátulsó garatfalán, a sinus pyriformesben és a nyelvgyökön (tonsilla lingualis); míg azonban ezen képletek anatómiai-histológiai szerkezetét jól ismerjük, még nagyon bizonytalan a tudásunk élettani jelentőségükre vonatkozóan. Míg a régebbi kutatók nyálkás váladék termelését tekintették a tonsillák feladatának, mások a tonsillák adenoid szövetét tartották legfontosabb részeseknek és megállapították, hogy a tonsillákban leukocyták produkáltak; míg egyesek a tonsillák vérvérvető funkcióját

emelik ki, Brieger és tanítványai azon kétségtelenül bebizonyított ténynek, hogy a tonsillákban leukocyták képződnek és az epitheliumon átvándorolnak, más értelmezést adnak. Szerintük csak kis részben van szó leukocytákról, hanem nagyobb részben lymphocytákról, a melyeket valamely nyirokáramlat juttat kifelé a tonsillákból; ezen nyirokáram a tonsillákba kívülről behatoló fertőző csírákat kimoshatja és így a szervezetet betegségek ellen megvédelmezheti, vagyis a tonsillák mint a szervezet védelmi készülékei szerepelnek. A garat lymphás képleteinek vértképző funkciója mellett szólnak a fejlődéstani viszonyaik is, illetve involutiójuk; hasonlóan más szervekhez, pl. a thymushoz, a tonsillák fokozatos növekedést mutatnak, míg funkciós periodusuk magasságát eléri, majd rendeltetésük elvégzésével visszafejlődnek, sorvadnak. Bármennyire tetszetős is a Brieger-Görke-féle átáramlási és védelmi theoria, a kifelé irányuló nyirokáramlás létezése bebizonyítva még nincs, másrészt pedig az olyan szerv, a mely saját magát sem tudja betegségek ellen megvédelmezni, kevésbé szerepelhet az egész szervezet védelmi apparatusa gyanánt; sőt, a szerző szerint, ha ezen kérdéssel objective foglalkozunk, azon következtetésre jutunk, hogy a tonsillák anatómiai szerkezetükénél és ép, de különösen kóros viszonyok között meglevő hámdefectusoknál fogva praedilectió helyét alkotják a betegségek csírának behatolására. A csírák behatolása a behatolás helyén a primaer affectus egy nemében manifestálódik, mely sokszor az illető betegség különleges jeleit mutatja; így az anginák egyes alakjai diphtheria és scarlatina eseteiben a torokmandulákon, de a garatmandulán is; idetartozik a Pfeiffer-féle mirigyláz is, a mely tulajdonképpen a garatmandula gyuladása. Sokszor azonban a tonsillák primaer megbetegedése háttérbe lép és az általános jelenségek vagy más szervek megbetegedései dominálnak, a melyek azonban tonsillamegbetegedésből származnak. Idetartoznak a septicopyaemia és ízületi rheumatismus, továbbá osteomyelitis, endocarditis ulcerosa, pericarditis és a myocardium „rheumás“ gyuladásai, továbbá bronchitis, pneumonia, pleuritis, peritonitis, nephritis és appendicitis. Számos vizsgáló megállapította, hogy a vörheny a garatképletekből, nevezetesen a tonsillákból indul ki; valószínűnek látszik az is, hogy typhus abdominalis egyes eseteiben a bacillusok behatolási kapuját a mandulák alkotják; olyan észleletek is vannak, a melyek szerint egyes, nálunk ritka betegségek, mint a pestis, lepra és takonykór, valamint aktinomycosis eseteiben is olykor a garat lymphás szervei útján halad az infectio; a meningitis cerebrospinalis epidemica kórokozójának, a meningococcus intracellularisnak a garatmandulán át való behatolása is bebizonyított. Ha mindezeket kívül még tekintetbe vesszük, hogy a tuberculosis is a garatbeli nyirokcsomógyűrűn át hatolhat a szervezetbe és a tonsillákból kiinduló toxemia útján még más megbetegedéseket is tonsillaris eredésűnek tartanak, érthető az a nagy érdeklődés, melyet e kérdések az utóbbi években keltettek. Sokszor azonban hiába kutatunk tonsillaris megbetegedés után, úgy hogy nagyon valószínűen a kórokozók a tonsillákon áthaladnak a nélkül, hogy a behatolás helyén észrevehető elváltozásokat hagynának maguk után. A bonczolóasztalon persze a hosszabb idő előtt lefolyt acut tonsillitis nyomait hiába keressük s ily esetekben csak a klinikai megfigyelésekre lehet szorítkozni, míg a tonsillák hasadozottsága, a kinyomható csapok stb. mint a chronikus tonsillitis tünetei csak akkor bírnak jelentőséggel, ha bomlási processust mutatnak, mindig újból kezdődnek, folyton megújuló acut gyuladásokat váltanak ki stb., a mit természetesen a kórbonczoló meg nem állapíthat s így érthető az az eltérő álláspont, a mely egyes kórbonczolók és klinikusok között van. Ha a garatbeli nyirokképletek viszonyát a tuberculosis-hoz nézzük, egyrészt e képletek saját morbiditását kell tekintenünk, másrészt pedig szerepüket a tuberculosis vírusának felvételi és átmeneti statioja tekintetében. A mi az első szempontot illeti, a szerző igen nagyszámú esetre vonatkozó vizsgálataival az eseteknek 4—5%-ában állapított meg latens tuberculosis az exstirpált garatmandulákban, a tuberculosis



secundaer alakja azonban tüdőmegbetegedés esetén sokkal gyakoribb és phthisises egyének torokmanduláin a szerző úgyszólván rendszeresen konstatálni tudta, de a hátulsó garattal nyiroktüszőiben, a plicae salpingopharygeaeen is nem ritkán kimutatta; az infectio ez esetekben a sputum útján történik. A mi a második szempontot illeti, vagyis a garatbeli nyirokcsomógyűrű szerepét mint a tuberculosisnak a szervezetbe behatolási kapuját, felvehető, hogy egyes esetekben a garatmandula alkotja az infectio fel nem fedezett behatolási kapuját; bizonyítják ezt ama nyaklymphoma-esetek, amelyekben mikroskop alatt mutattatott ki a garatmandula tuberculosis, és hogy csakugyan a garatmandula volt az infectio kiindulási helye, azt a mirigy-tumoroknak a garatmandula kiirtása utáni feltűnő visszafejlődése bizonyítja; ugyanez áll a torokmandulákra is. Az infectiónak a tüdőcsúcsokhoz való további útjára nézve a vélemények eltérők; még egyesek a manduláktól a nyaki nyirokmirigyeken át descendáló, pleuraösszenövésnek útján a tüdőcsúcsokra terjedő tuberculosis létrejötté mellett foglalnak állást s ezt bakteriologiai állatkísérletekkel is bizonyítják, mások a tuberculosis áttérjedését a tüdőcsúcsokra a nyirokutak útján tagadják, így *Most* a cervicalis és peritrachealis-tracheobronchialis mirigyek között összeköttetést kimutatni nem tudott. De a nyaki lymphás szervekről való tovaterjedés mikéntjénél inkább érdekel az a kérdés, vajjon az ilyen inficiált egyének később megbetegednek-e tüdőtuberculosisban vagy sem? Számos vizsgáló szerint a megbetegedés bekövetkezése kétséget nem szenved. Kiváló klinikusok statisztikái pedig azt mutatják, hogy azon egyének közül, kiknek gümös nyakmirigyek operatio útján eltávolították, később 10—25% tüdővészessé lett. Ebből *Piffel* azon következtetést vonja le, hogy ezen 10—25%-ban a megbetegedett nyakmirigyek exstirpatiója nem óvja meg a szervezetet a további megbetegedéstől, és pedig azért, mert a primaer behatolási kapu — a garatbeli nyirokcsomógyűrű — nem vétetett figyelembe, a honnan pedig mindenkor újbóli infectio történhetik. A sebészi eljárás ezen esetekben tehát csak akkor lesz teljesen eredményes, ha az inficiált nyirokmirigyek exstirpatiója előtti vagy ezzel egyidejűleg a megbetegedés eredési fészke is eltávolítottatik, csakúgy mint carcinomák eseteiben; ezen eredési fészket pedig a megbetegedett nyirokmirigyek localisatiója alapján megállapíthatjuk. Az ideális cél persze az, hogy a primaer módon megbetegedett mandulákat még a folyamat propagálása előtt megtaláljuk és eltávolítsuk; a latens fészkek kimutatása azonban tuberculin-injectio stb. segítségével igen nehéz és csak tüzetesebb módszerek segítségével lesz lehetséges. Végül utal még a szerző a szervezet azon kártékony befolyásolására, melyet a mandulák, különösen a garatmandula hyperplasiája fejt ki. Végső következtetéseiben *Piffel* azon nézetének ad kifejezést, hogy a tonsillák operatiójára vonatkozó két ellentétes álláspont egyike sem állja meg helyét minden esetben. Nem helyes az, hogy ezen szerveket, mert oly sokféle és jelentékeny veszedelmet rejtenek magukban, okvetlenül totalisan exstirpálni kell; másrészt az sem áll, hogy a tonsillákat, tekintettel physiologiai funkciójukra, minden körülmények közt kimélni kell. Ha szem előtt tartjuk, hogy a tonsilláknak fiatal egyéneknek vértképző szerepe van, később azonban involutiót szenvednek el és hogy a *Waldeyer*-féle garatgyűrű oly egészet alkot, melynek egyes részei vikariálólóg egymásért helyt állanak: ebből az következik, hogy kicsiny gyermekeken a mandulákat nem fogjuk feláldozni, ha nincs reá okvetlenül szükség, olyan esetekben azonban, amelyekben az orrlégzés zavara, a gyuladásokra való erős hajlamosság stb. a fejlődésre zavarólag hat, nyugodtan eltávolíthatjuk a mandulák egyikét vagy másikat, vagy mint a torokmandulákon végezzük, részlegesen csonkoljuk őket. Ily esetekben a tonsilla visszamaradó része, valamint a többi része a lymphás csomóknak veszi át az eltávolított rész funkcióját. Nagyobb gyermekeken és felnőtteken azonban a tonsillák physiologiai funkciójára nem kell tekintettel lennünk, sőt ellenkezően mindazon esetekben, amelyekben a nyaki lymphás szervekből a szervezet súlyos ártalmi származnak, az ezeket előidéz

részeket gyökeresen kell eltávolítani, s ezt még akkor is meg kellene tennünk, ha nem oly szervről volna szó, melynek functiója kialvóban van vagy már meg is szűnt, a mint hogy a sebészetben eminens physiologiai jelentőségű szervekkel (pl. vese) is megteszik, ha a szervezet többi részének érdeke ezt megkívánja. (Medizinische Klinik, 1913, 8. sz.)

Safranek János dr.

### Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

**A dymalt** másodfokú égés eseteiben nagyon jó eredménnyel használta *Berliner*. A törzsön és a végtagokon pólyával rögzítette a ráhintett dymalport, az arczon ellenben csak egyszerűen ráhintette a port és szorgalmasan megismételte a hintést azokon a helyeken, a honnan a por levált. A fájdalomcsillapítás és a gyors gyógyulás dymal használata mellett oly feltűnő, hogy a szerző elébe teszi e szert minden más, hasonló célra ajánlott szernek. (Allg. mediz. Zentral-Zeitung, 1912, 49. szám.)

**A gombaevést vesebajokban** némelyek ajánlják, *Kakowski* beható vizsgálatai szerint azonban vesebaj fenforgása esetén kerülni kell a gombákat. A némely esetben mutatkozó fokozott diuresis csak látszólagos, egyébként pedig határozottan káros a gombaevés a vesékre. (Therap. Monatshefte, 1913, 4. füzet.)

**Urticaria, pruritus** és általában bőrvizketés ellen *Garnmann* nagyon ajánlja a thigenolt 5%-os oldatban. Ez az oldat, a mely vízzel vagy víz és gycerin keverékével készül, egyszerűen rákenendő a kóros területre. A vizketés már 10—15 percz múlva megszűnik. (Therapie der Gegenwart, 1913, 4. füzet.)

**Valamin** néven egy új valeriana-készítményt hoztak forgalomba. A valamin (az amylenhydrat valerianasavestere) vizes oldat, mely capsulákban kapható; minden capsula 0.25 grammot tartalmaz. Naponként 3—4 capsula veendő be. *Lewin* dicséri ezt az új készítményt. (Therapie der Gegenwart, 1913, 4. füzet.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1913, 19. szám. *Tausz Béla*: Adatok a belső secretio tanához. *Berczeller Imre*: Inoperabilis portiocarcinoma palliativ kezelése cukorporral. *Vértes Oszkár*: Egy év laparotomiáiról. „Honvéd-orvos” melléklet, 4. szám. *Farkas László*: A lött sebekről és azok elsődleges gyógykezeléséről hadsebészeti álláspontból. *Pfann József*: Katona-orvosi tapasztalások a balkán háborúból.

**Orvosok lapja**, 1913, 20. szám. *Okolicsányi-Kuthy Dezső*: A vizelet-lelet jelentőségéről tüdőgyümőkórban.

**Budapesti orvosi ujság**, 1913, 20. szám. *Tausz Ferencz*: A tüdőtuberculosis klinikai formái az aggkorban. „Közegészségügyi és törvényszéki orvostudományi szemle” melléklet, 2. szám. *Ranschburg Pál*: Az emlékezet lélektani hygienéjéről. *Szilgyi Adolf*: Iskola és szem. *László Gyula*: A testgyakorlat socialpaedagogiai jelentősége.

### Vegyes hírek.

**Kitüntetés.** A király *Stricker Mór* dr. székesfővárosi orvosnak a közegészségügy terén szerzett érdemei elismerésül a királyi tanácsosi címet, *Adda Viktor* dr. Nyitra vármegyei járásorvosnak pedig buzgó szolgálata elismerésül a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

**Megbízás.** A belügyminister *Niedermayer Gellért* dr.-t a budapesti, *Rözenbaum Mór* dr.-t a munkási és *Lenk Rezső* dr.-t a szombathelyi állami gyermekmenhelyen a másodorvosi állás teendőinek ellátásával bizta meg.

**Kinevezés.** *Ternovszky Jenő* dr.-t a marosvásárhelyi állami kórházhoz és *Bajor Dezső* dr.-t a szegedi állami szemkórházhoz másodorvossá, *Reiter Artur* dr.-t Kolozsvárt vasuti orvossá, *Haász Miklós* dr.-t az újvidéki köz-kórházhoz segédorvossá nevezték ki.

**Választás.** *Hortáver József* dr.-t Szásztyukoson, *Richter Sándor* dr.-t Dolhán körorvossá választották.

**Meghalt.** *Fodor Pál* dr. Miskolczon, május 11.-én. — *Roediger Béla* dr. pomázi járásorvos, tiszteletbeli megyei főorvos 44 éves korában május 6.-án. — *J. Calleja y Sanchez*, az anatomia tanára Madridban, számos jeles idegszövet-tani dolgozat szerzője. — *Gye Mc Clellan*, az anatomia tanára a philadelphiai Jefferson Medical College-en. — *A. P. Korkusoff*, a belorvostan tanára a tomski egyetemen.



A régi Glück-féle sanatorium és vízgyógyintézet teljesen újra átalakítva és modernül berendezve a Therapia-sanatorium r.-t. bérletébe ment át; *Rajnik Pál* dr. és *Kovács Aladár* dr., az Erzsébet királyné-sanatorium volt assistensei fogják vezetni.

*Irsay Artur* dr. egyetemi tanár rendelőhelyiségét IV., Reáltanoda-utca 18. szám alá tette át.

*Tuszkai Ödön* dr. orvosi gyakorlatát Marienbadban újból megkezdte.

*Turán Bódog* dr. orvosi gyakorlatát Franzensbadban („Prinz Wales“) ismét megkezdte.

**Kisebb közlések az orvostudomány köréből.** *Mesterséges pneumothorax* egy esetében *Zink* halálos nitrogen-embóliát észlelt. (Beitr. z. klinik. d. Tuberkulose, 25. kötet, 3. füzet.) — *Kittört veszett-ségnek salvarsan* használatára meggyógyult esetét közölte a múlt évben egy olasz szerző. Ez birta rá *Isabolinsky*-t, hogy a salvarsan hatását a veszettségre állatokon tanulmányozza. Kísérletei szerint a salvarsannak a veszettségben sem védő, sem gyógyító hatása nincs. (Zeitschrift für Immunitätsforschung, 17. kötet, 3. füzet.) — *A vizelet fehérjetartalmának quantitativ meghatározásáról* írt cikkében *E. Pfeiffer* újból figyelmeztet az *Esbach*-eljárásnak teljes megbízhatatlanságára. Jól használható azonban a *Tsuchiga*-féle eljárás, a melyet a szerző módosított (a kicsapás phosphorwolframsavval történik). *Claudius* eljárása is jó, csakhogy körülményesebb, hosszabb időt vesz igénybe. (Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 15. szám.) — *A szívbillentyűbajok sebészete* is már közeledik a megvalósulás szakába. *Schepelmann* kísérleteket ismert, a melyekben állatokon plastikás operációval összeköttetést sikerült létesíteni a szívkamarák és a pitvarok között; ezáltal a vér egy része az ép szívrészletbe tereltetvén, a beteg billentyű részben tehermentesítette. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 120. kötet, 5. és 6. füzet.)

**Személyi hírek külföldről.** *M. Rohr* dr.-t, a jeni Zeiss-gyár tudományos tanácsadóját, a jeni egyetem orvosi karán az optika rendkívüli tanárává nevezték ki. — *P. Fleischmann* berlini magántanár (bel-orvostan) tanári címet kapott. — *Poncet* lyoni tanárról néhány hét előtt azt a hírt közöltük, hogy nyugalomba vonul; megbízható értesülés szerint ez a hír nem felel meg a valóságnak, mert csak négy havi szabadságra ment.

**Hírek külföldről.** Berlinben május 5.-én nyílt meg a *His* tanár vezetése alatt álló I. belklinika új épülete. — Bécsben a hallgatóság nagy száma miatt megbízást adtak *A. Fraenkel* dr.-nak, a poliklinika sebészeti osztálya vezetőjének, hogy tartson rendszeres klinikai előadásokat, a melyek beszámíthatnak.

A budapesti orvosi kör országos segélyegyletében befizettek: *Kőhegyi Károly*, *König József*, *Kuszing János*, *Kuthy Béla*, *Lax Simon*, *Lechner Károly*, *Lóránt Lipót*, *Löwinger Miksa*, *Madarász Lipót*, *Magyar József*, *Markovits Soma*, *Matavovszky Zsigmond*, *Matics Mihály*, *Mayer Adolf*, *Megay Gyula*, *Miklós Jakab*, *Misner Antal*, *Nagy Samu*, *Neuwirth Mór*, *Németh Károly*, *Nuszer Lajos*, *Ormós Béla*, *Pap Mihály*, *Pásztor Dezső*, *Pláner József*, *Politzer Jakab*, *Pongrácz Gyula*, *Rainer Miksa*, *Reiter Lajos*, *Révai Izidor*, *Rosenauer Gusztáv*, *Rüll János*, *Sarlai Vilmos*, *Sóbányi Pál*, *Somló Adolf*, *Sugár Bertalan*, báró *babarcsi Schwartz* *Ottó*, *Stark Miksa*, *Stauber Hugó*, *Stein Ferencz*, *Steinhardt Sándor*, *Stern Mór*, *Stillmann Adolf*, *Stumpf Lajos*, *Szathmáry István*, *Szederkényi Mihály*, *Szegő Géza*, *Székely József*, *Szöke Gyula*, *Szücs Bertalan*, *Sztahovszky Antal*, *Sztehló Aurél*, *Tordon Mihály*, *Tóth Gedeon*, *Urbanecz Ede*, *Vadas Vilmos*, *Varjas Mór*, *Vida Lajos*, *Wagner Károly*, *Wolf Béla*, *Wollner Miksa*, *Wurmfeld Zoltán*, *Zappé Ede*, *Zátony József*, *Reichenfeld Mór*, *Androvich Sándor*, *Aniszfeld Endre*, *Antalik Károly*, *Balás Dezső*, *Bársony János*, *Bolgár Lőrincz*, *Borsodi Miksa*, *Csatkai Ignác*, *Csáp Miklós*, *Daday Vilmos*, *Deutsch Ignác*, *Dsida Sándor*, *Ernyei János*, *Fanzler Lajos*, *Fejér Dávid*, *Generisch Vilmos*, *Generisch Antal* (Hódmezővásárhely), *Generisch Margit*, *Goldner Jenő*, *Gönczy Béla*, *Grünwald Adolf*, *Gyergyai Árpád*, *Heller József*, *Horony Vincze*, *Hunyady Béla*, *Hüllt Hümér*, *Jachmann Ede*, *Kiss Gyula*, *Kovács Henrik*, *Kovács József*, *Láng Jakab*, *Lányi Benedek*, *László Kálmán*, *László Ernő*, *Lefkovits Mór*, *Lukács Imre*, *Murády Árpád*, *Nemlaha Géza*, *Pándy Kálmán*, *Perl Antal*, *Reiner Mór*, *Ruber József*, *Schwartz Sándor*, *Sternberg Géza*, *Stuchlick Tivadár*, *Székely Jónás* 4—4 koronát. *Katona József* dr., pénztáros.

A kényesebb izlésű gyermekek is szívesen veszik a *Zoltán-féle csukamájolajat* azért, mert sem kellemetlen íze, sem rossz szaga nincsen. A *Zoltán-féle csukamájolajhoz* a legkiválóbb származású valódi norvégiai csukamájolajat használják, mely a legkönnyebben emészthető.

Lapunk mai számához *Dr. Kereszty*, *Dr. Wolf* és *Tarsa*, vegyészeti gyár, Ujpest, „*Cadogel*“ című különnyomata van mellékelve.

Mai számunkhoz *Dr. J. Gordon* „*A vas-arzén terapiához*“ című különnyomat van csatolva, mely a Heilige Geist Apotheke, Wien „*Arsoferrin*“ szerét tárgyalja.

**Budapesti gyógymechanikai**

**ZANDER-INTÉZET**

Muzeum-körút 2. Igazgató-orvos:  
dr. Reich Miklós.

1913 május hótól

IV., Ssemelweis-  
utca 2. szám.

(Kossuth Lajos-utca  
sarkán.)

## Ótátrafüred

magaslati gyógyhely (1020 m.).  
Vízgyógyintézet az összes physikai  
gyógymóddal ideg- s belbetegek-  
nek. Vezetőorvos: **Dr. Groó Béla.**

**Dr. Grünwald sanatoriuma** Budapest, Városligeti-fasor 13-15.

nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegy- és Röntgen-laboratorium.**

**Orvosi labororium:** **Dr. SZILISÁNDOR**, v. egy.tanársegéd.  
VII., Király-utca 51. Telefon 157-71.

**Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet**

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

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

**THERAPIA** sanatorium vízgyógyintézete  
Budapest, Városligeti fasor 11. szám,  
e hó végén nyílik meg.

**Dr. Doctor** Kossuth Lajos-utca 3. sz. (Telefon 697.) **Orvosi labororiumában** az összes diagn. vizsgálá-  
tokon kívül autovaccin előállításával is foglalkozik.

**MARIENBAD** **Dr. Glück Gyula** volt klinikai  
pesti Glück-sanatorium volt igazgató-főorvosa,  
rendel Haus Aesculap (Ferdinandbrunnstrasse).

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



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

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

**Az orvosi dajkavizsgáló-intézetben** (Szív-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 egy-  
szerűsített — Wassermann-féle vérvizsgálathoz szükséges vérvételt bárkitől lakásán (VII.,  
Erzsébet-körút 14) d. u. 3-4 óra között veszi. A vérvételhez szükséges steril üvegcsejt  
és használati utasítást kívánatra vidékre is küldünk. Egy vérvizsgálat díja 20 korona.

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

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

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

**Orvosi labororium:** **Dr. Salgó J. Vez. orvos** **Dr. Bihari A.**  
Üllői-út 21. Telefon 62-94.

**A Liget- és Park-  
— SANATORIUM Orvosi labororiuma**

Vezető: **Dr. Detre László** egy. m.-tanár. VI., Nagy János-utca 47. — Telefon 106-00

**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. béliügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére  
vétetnek fel.

**WEISZ EDE** INTÉZETE  
Dr. PÖSTYÉN

Röntgen. Zander. Modern kényelem. Mérsékelt árak.  
Dietetikai és mechanikai gyógyintézet. 4258 Alapítva 1893.

**Dr. Cukor curpensiója** Franzensbad. Villa Heimdall.  
Modernül berendezve, kitűnő  
fekvéssel, fürdők, források  
közvetlen közelében. Teljes  
pensio 5-szöri étkezéssel, szo-  
bával, orvosi kezeléssel, napi 15 korona.  
Prospectus kívánatra.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM:** XXIII. országos balneológiai congressus (I. ülés május 2-án délután.) 387. l. — A Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének első nagygyűlése (1913 április 12—13.) 389. l.

## XXIII. országos balneológiai congressus.

(I. ülés május 2-án délután.)

Elnök: **Bókay Árpád.**

Jegyző: **Vámosy Zoltán.**

*Dr. Bókay Árpád elnöki megnyitója.*

Tisztelt congressus!

23. ízben jövünk ma össze, hogy a magyar fürdők és ásványvizek iránt melegen tartjuk az érdeklődést az orvosok és a közönség körében, hogy alkalmat adjunk fürdőorvosainknak szaktudományuk körében tett tapasztalataikat velünk és egymással közölhetni, s hogy összehozzuk fürdő- és forrástulajdonosainkat orvosi, főleg fővárosi orvosi és egyetemi körökkel.

Az első két feladatnak évről-évre elég jó sikerrel tudunk eleget tenni, a harmadik feladat megoldása azonban már kevésbé sikerül, mert fürdő- és ásványvítulajdonosaink és fürdőigazgatóink sohasem tisztelték meg e congressusokat jelenlétükkel oly számban, a mint ez az ő érdekükben állana. Régi panaszunk ez. Pedig főleg érettük, az ő fürdőikért és ásványvizeikért, tehát az ő anyagi érdekeikért van ez az egész egyesület és vannak ezek a congressusok.

Valóban csodálatos és majdnem érthetetlen, hogy orvosok, főleg a Budapesti Kir. Orvosegyesület tagjai és a budapesti egyetem tanárai összeállanak és huszonhárom év óta fáradságosan dolgoznak ingyen és önzetlenül a magyar fürdőkért és ásványvizekért és a tulajdonosok egy része ezt az altruistikus munkát még azzal sem honorálja, hogy idejénne vagy ideküldjen képviselőit.

De ez még nem elég, tisztelt congressus, mert őszintén meg kell mondanom, hogy még az Országos Balneológiai Egyesület évközi rendes tevékenységét sem részesítik mindnyájan azon figyelemben és méltánylásban, sőt sokszor a köteles udvariasságból sem, a melyet saját érdekük is megkívánna. Kérvelevelinket, kérdéseinket válasz nélkül hagyják, vállalkozásainkat, melyeket az ő érdekükben példátlan fáradsággal, áldozatkészséggel s az egész vonalon ingyen munkával végezzük, sokan nem támogatják, úgy hogy az egyesület szinte akarata ellenére kell, hogy boldogítsa őket, a mi tudvalevően a leghálátlanabb feladat. Mindezt gyakran kedvetlenedünk el a vezetőség, kérdezzvén önmagától: szükséges-e az, hogy ily nembánomságot észlelve, időt, fáradságot, buzgóságot, energiát áldozzon továbbra is és nem volna-e jobb magukra hagyni a fürdőket, hogy boldoguljon mindegyik úgy, a hogy éppen tud. Talán a szükség és elhagyottság érzése felébresztené őket.

De nemcsak ez kedvetlenít el bennünket, hanem a köz-kormányzat érdeklődésének és gondoskodásának a hiánya is. Nem tartozom azok közé, a kik mindenért a kormányhoz futnak s a kik mindent a kormánytól várnak. Sőt ellenkezőleg! De egyet mindnyájan megkövetelhetünk, azt t. i., hogy a mikor közgazdasági érdekekből, tehát közérdekből a köz-kormányzathoz fordulunk, nem jóakarattal — mert nem kegyekről van szó —, hanem kötelességszerűen támogassa munkánkat. A fürdőtörvénnyel való huzavona már nem is az a bizonyos tengeri kigyó, hanem egy végtelenül szomorú kortörténeti adat. És majdnem minden igazgatósági ülésen előfordul egy-egy elszomorító esemény, mely a kormány vagy közgazgatás részéről sújtja a fürdő-ügyet. Ma egy kiterő vagy elutasító válasz az államvasúttól, így legutóbb a csízi állomás ügyében, tegnap egy ásványvíztelephez vezető járhatatlan útnak egyszerű szolgabírói nyilatkozattal járhatónak deklarálása és így tovább. A Déli Vasut tarifája és menetrendje a Balaton somogyi partjának fejlődését majdnem cél-tudatosan hátráltatja s a kormány semmit sem tesz ellene. A rosszul épített balatoni vasút nem tudja fejleszteni a zalai

part fürdőhelyeit. Az államvasutak olcsóbb menet-térti jegyei, a Magas Tátrát kivéve, megszűntek, helyettük élvezzük a tarifa-emelést. A fürdőorvosi honorariumok ügyében, nemkülönben a fürdőorvosi cím zavartalan használata tárgyában tett felterjesztéseink számlálhatatlan hónapok óta válasz nélkül maradtak. Még sok mindent tudnék felsorolni, de nem folytatom, mert nem jó a sebet minduntalan megbolygatni.

Ha mindezt szomorúan tapasztalva mégsem akasztjuk szögre munkaeszközünket, tulajdonítsák ezt annak, hogy mindennek daczára eredményeket is látunk. Nem tűntek-e el asztalainkról és a betegszobából, kórházakból és klinikákról a külföld ásványvizei, melyek 20 év előtt, midőn e helyen legelső ízben hoztam szóba a külföldi invasio kérdését, még sok millió palack alakjában károsították közgazdaságunkat?

Nem emelkedett-e fürdőink látogatottsága évről-évre, mióta az egyesület és e congressusok érdekükben az orvosok és a közönség körében a propagandát megindították? Nem emelkedett-e fürdőorvosaink színvonala nagyot a régi állapotokhoz képest? Nincs-e már kis balneológiai irodalmunk is? Nem lett-e néhány fürdőnk európai mértékkel is mérhető?

Megelégedettséggel felelhetjük, hogy igen. És mindebben nem csekély részük van azoknak, a kik a mi egyesületünkben és congressusainkon állandó és önzetlen munkát végeznek.

Ezért, ha néha el is kedvetlenedünk, mégis mindig felülkerekedik érzéseinkben az optimismus, a jobb jövő reménye. Ezzel az optimista érzéssel, a jobb jövő reményében nyitom meg a 23. balneológiai congressust, lizstelettel és bajtársi szeretettel üdvözölve a megjelent buzgó munkatársakat.

*Detre László: A vérvizsgálatok fontossága a rheumás kóralakok elkülönítő körjelzésében.*

A rheuma név alatt oly kóralakokat foglalnak általában egybe, a melyek bizonyos külső atmosphaerás, káros hatásokra keletkeznek avagy súlyosbodnak. A rheuma fogalma tehát részben egybeesik a meghűléses betegségek fogalmával: a meghűlésnek körkiváltó hatása ugyanis, bár biológiailag kevésbé ismert, de tagadásba nem vehető. Újabb vizsgálatok szerint a meghűlés a vér bacteriumölő erejének (mások szerint opsoninos hatásának) időleges csökkentése útján váltja ki a szervezetben lappangó csírák által való fertőzést. Ily módon magyarazzuk az influenzás, pneumo- és streptococcusos, a tuberculosus fertőzésnek beálltát vagy súlyosbodását erős lehülés után, a nélkül, hogy a lehülésnek a fertőzés létrejöttében szükségképpen szerepet tulajdonítanánk. Hiszen ugyanezen fertőzések a normalis szervezetet is érhetik. A rheuma fogalma, mely eredetileg a hurutos náthás megbetegedéseknek megjelölésére szolgált, lassanként bővült: oly kóralakokat ölelt fel, a melyeknek csak kiváltó oka közös, aetiologiája azonban különböző. Különböző izület-, inthüvely- és izom-megbetegedések soroztattak a rheumatismus vagy a rheumás kóralakok közé, a melyek egyaránt ölelték fel pl. a specifikus arthritiseket, a deformáló, a köszvényes elsődleges megbetegedéseket s a tabeszes, a neuritises arthropathiák egész sorát. Csak az az orvos áll a kor magaslatán, a ki ezen különböző alakoknak elkülönítő körjelzésében járatos, mert csak az tudja az esetenként különböző gyógytervet megállapítani.

A diagnostikában a vér- és általában a bakteriológiai vizsgálatoknak igen sokszor döntő szó jut. Mindinkább terjed azok száma, a kik minden lázas mozgásban az élő kórokozónak a keringésbe való bejutását látják. Ma már a legkülönbözőbb betegségekben, még ha localisnak látszanak is, sikerült a kórokozónak a vérből való kitenyészése: elég, ha a typhus-coli csoportra, az anthraxra, a pneumoniára és a



tuberculosisra utalok. Az ú. n. rheumás ízület- és inhuvely-betegségeknek egy egész, gyakoriságban talán legelső helyen járó csoportja jár lázzal, és ez a *tonsillás eredésű* arthritisek csoportja. Ezeknek felismerése elsősorban a vérvizsgálat útján lehetséges. A bakteriologiai vérvizsgálat csakis akkor lesz eredményes, ha a vérvétel a lázas mozgalomnak tetőfokán, avagy emelkedő szakában ejtetik meg. A venaepunctio a sterilitás szempontjából kötelező. Már 37.3—37.5° mellett is sikerült az előadónak egyes esetekben a kórokozó kitenyészése; minél magasabb a láz, annál nagyobb a pozitív lelet valószínűsége. A kórokozók közül leggyakoribb az ú. n. tonsillaris diplostreptococcus, oly csíra, a mely a strepto- és pneumococcusok közt foglal helyet. Ez a csíra okozza leggyakrabban a tonsillitisekkel kezdődő azon arthritiseket, a melyeket pathologiailag *chronikus sepsisnek* kell felfogni. A kórjelzés azért fontos, mert ilyen esetek az elsődleges gócz eltávolítására — tonsilla kitakarítása, miként gégegyógyászok észlelete tanúsítja — gyorsan gyógyulnak, illetve javulnak. Gyógyulnak, ha a tonsillagóczok a fertőzésnek egyedüli forrásai, javulnak vagy éppen változatlanok maradnak, ha a fertőzés az operatio szakában már egyéb szövetekre — pl. az endocardiumra — terjedt át, a honnan a reinfectio csak úgy mehet végbe, mint az elsődleges góczból. Ha már endocarditis van jelen, akkor csakis specifikus ténykedések indikáltak, így a serumos és a vaccinás gyógyítás. Az előadó több ilyen esetét ismerteti.

Az egyéb bacterium okozta arthritisek felismerésében a vérvizsgálatnak helyét egyéb bakteriologiai eljárások foglalják el. Az acut polyarthritist kórokozóját ugyanis nem ismerjük és a többi ízületi gyulladás vérbakteriologiaja még nincs kellőképp kidolgozva. Kétes esetekben ezért beteg ízületek (inhuvelyek stb.) punctiós nedvét vizsgáljuk bakteriologiai módszerekkel. Így sikerült az előadónak kankós arthritisek, synovitisok, sőt pemphigushólyagocskák nedvében a gonococcusnak, synovitis villosa esetében a Schüller-féle corynebacteriumnak, arthritist chronicam deformans 3 esetében a tonsillaris streptococcusnak kitenyészése. A tuberculosis arthritisekben a *mindig* kimutatható igen erős tuberculinreactio 24 óra alatt megadja a kórjelzést; ellentétben a tüdőgümőkórral, a gümős ízületi rheumák, még ha évek óta állnak is fenn, szerfelett erős Pirquetet adnak, még pedig abban a — gyakran lymphangioitissal társult — formában, a melyet az előadó mint „acut human“ vagy „acut bovin“ reactiót irt le.

Megemlítendő az anaphylaxiás arthritist ritka alakja, a melyet a szervezetnek az idegen serum iránt való túlérzékenysége hoz létre. Ezt kimutatni igen könnyű, mert az anaphylaxiás szervezetbe bejuttatott pl.  $\frac{1}{3}$ —1 cm<sup>3</sup> lóserum az injectio helyén már pár óra alatt is erős lobot hoz létre, míg a normalis szervezet kis adagot minden reactio nélkül elvisel.

Hogy a lueses primaer arthritiseknek csoportja a vérsavóval végzett Wassermann-reactio segítségével könnyen felismerhető, azt ma már említeni is fölösleges. Látnivaló tehát, hogy a klinikailag egységesnek látszó idősült vagy subacut ízületi rheumatismusok bakteriologiai vizsgálatok segítségével aetiologiailag jól különálló és specifikus kezelésnek hozzáférhető csoportokká különíthetők el, a melyek pl. a tulajdonképpen nem bacteriosus rheumatismusoktól, valamint a köszvényes csúzóktól élesen elválaszthatók.

A köszvényes diathesisnek vizeletvizsgálat útján szokásos felismerése teljesen illogikus eljárás. Csak a vérvizsgálat — akár a Garrod-féle fonalpróbának, akár az exact húgysavkimutatásnak alakjában — tudja a köszvény rejtettebb alakjait felismerhetővé tenni.

Az izomrheumák elég gyakran rejtett, de a vérvizsgálat felismerhető betegségeknek részjelenségei. Az előadó utal a lueses eredésű fájdalmas neuritisekre, a tabes myopathiákra, a melyekben a Wassermann-reactio helyes mederbe terelheti a kezelést. Részletesen referál egy addig omalgia ellen kénes fürdővel kezelt betegéről, a kin a vállfájdalmakat lueses myocarditis váltotta ki, a mely specifikus kezelésre (salvarsan) meggyógyult. Egy másik „lábrheuma“ esetében a

promontoriumon ülő mesenterialis nyirokmirigy-csomó váltotta ki a fájdalmakat. Egy további esetben a két váll rheumás fájdalmait Röntgennel felismert intrathoracalis struma sebészi eltávolítására szüntek meg. Ez utóbbi esetben a Kocher-féle jel, a vérbeli lymphocytosis talán már régen felhívta volna a valódi kórjelzésre a figyelmet.

Mindezek alapján az előadó felhívja a congressus tagjait, hassanak oda, hogy legalább a nagyobb fürdőhelyeken a modern bakteriologiai és immunitástani technikában járatos szakemberek telepedjenek meg, a kik az orvosokat az elkülönítő diagnostikában — adott esetben — támogatásuk és irányításuk.

*Schulhof Vilmos* (Hévízfürdő): Köszöni az előadónak, hogy újból rámutatott a köszvénydiagnosissal való visszaélésre. Egyszerű vizeletvizsgálatra köszvényt diagnoskálnak a legtöbben. A nem infectiosus, idősült csúzos ízületbajokat illetőleg felhívja a figyelmet arra, hogy gyakran a petefészek működésének hiányával függnek össze; így esetekben az ovariumkészítmények jók. A nagy fürdőhelyeken bakteriologiai laboratoriumok nincsenek; ajánlja, hogy a fürdőorvosok minden rendelkezésre álló módon kutassanak az infectio helye után; nem mindig a tonsilla a székhelye a fertőző gócznak, sokszor a medenczebeli szervekben, a prostatában van az. Az izomrheumára nézve megjegyzi, hogy az sokszor a mélyebben fekvő bajok miatt keletkező védekező mozgások révén kifáradt izom fájdalomérzése.

*Weisz Ede dr.* (Pöstyén): Az ízületi betegségek egy nem eléggé méltatott jelenségéről. Egész terjedelmében hozzuk.

*Dalmady Zoltán* (Budapest): Elismeri az előadó tételének nagy gyakorlati jelentőségét, de kétségbe vonja, hogy az ízület fölötti bőr melegebb voltát fokozott hőtermelés okozná; inkább az élénkebb vérkeringéssel kívánna magyarázni.

*Debre László* (Budapest): Csakis akkor fogadná el Weisz nézetét a helybeli hőtermelésről, ha mérésekkel kimutatta volna, hogy az ízületek mélyében magasabb a hőmérséklet, mint a vérben. Ha az ízületekben hőtermelés létesülne, akkor a vérkeringés folytonossága a vér hőmérsékletét is emelné, pedig hallottuk, hogy láztalan esetekben is kimutatható a beteg ízületek magasabb hőfoka. Ennélfogva a leirt igen fontos és jelentőségteljes tünetmenny a bacterium-termékek által kiváltott helybeli, activ hyperaemiában leli magyarázatát.

*Weisz Ede*: Nem akartam rövid előadásomban a magyarázat részleteire ennyire kitérni. Nincs kétség, hogy a szóban forgó jelenségben a hyperaemia is szerepel, de valószínűleg nem egyedül. Hypothetisiként részéről a lázról szóló általános tant helyi értelemben az ízületekre is alkalmaznám. Vajjon a fokozott hőmérséklet csak a bőrön, avagy a mélyben is székel, azt csak az ízületekbe szúrt elektrothermiás tűkkel lehetne adatszerűen bizonyítani, a mire azonban a fürdőorvosi gyakorlatban nincs meg a lehetőség. De éppen Dalmady nagyon elmesél adrenalin-kísérletei inkább az én felfogásom mellett szólnak, hogy mélyebben székelő jelenségről van szó. A mi a hyperaemiát illeti, az erről szóló tan kiegészítő revizióra szorul, mert csupán a hyperaemiával a bőr bonyolult működését sem rendes, sem kóros viszonyok között eléggé magyarázni nem lehet, mint azt a hőmérsékletre vonatkozó régebbi dolgozataimban kísérletekkel s adatokkal igyekeztem igazolni.

*Czékkel Ferencz* (Lipik): A scrophulosis modern diatetikájáról.

A balneologiai congressusokon 1906 óta nem foglalkoztak a scrophulosissal, pedig azon idő óta a Czerny által leírt exsudativ diathesis kórképének diatás kezelése alapján a scrophulosis diatás kezelése is megváltozott. Sorba veszi ama három megbetegedés-formát, a melyeket azelőtt a scrophulosis neve alatt emlegettek. Az exsudativ diathesist, a melynek alapoka az organismus háztartásának a defectusa, diatetice vegyes, de főleg vegetabilis és hizást nem okozó diatával kezelik. A mirigy- és kötőszövet-tuberculosisokat mint tiszta tuberculosis fertőzéseket túltáplálással kezeljük. A most is scrophulosisnak nevezett megbetegedés — melyet exsudativ diathesises egyénben a tuberculosis fertőzés okoz — diatás kezelésének első célja az exsudativ symptomák eltüntetése, a mit exsudativ diatával érhetünk el. Ha erre nem javul az eset, megpróbálkozhatunk a bő táplálással is.

Ma ezen diatás kezelés keresztülvihetőségére a fürdőknek már diatás konyhára van szükségük, a hol nemcsak minőségben kell a szükséges ételeknek a legnagyobb választékban a betegek rendelkezésére állni, hanem a quantitást is az orvos utasítása szerint pontosan be kell tartani. Így a diatás kezelés nagyban fogja támogatni a balneo- és klimatoterapiás módon elért eredményeket.



**Hankó Vilmos:** Az ásványvizek külső kiállításának kérdése.

Az ásványvizek külső kiállítása adta elsősorban az impulzust a külföld ásványvíz-iparának felvirágozásához. Utalt az általa és *Édeskuthy Jenő* által hazai és külföldi objectumokból egyidőben rendezett ásványvízkiállításra, mely meggyőző bizonyítékát szolgáltatja annak, hogy a magyar ásványvizek nemcsak az összetétel, de a kiállítás dolgában is versenyképesek.

**Vámosy Z.:** Utalva arra, hogy az új fürdőtörvénytervezet tárgyalása alkalmával azon nézetével, hogy minden ásványvízes palack címkéjén a teljes analysis feltüntetése kötelező legyen, kisebbségben maradt, e helyen újra hangsúlyozza annak elengedhetetlen szükségességét és azt éppen a források érdekében levőnek tartja. Orvosaink és a laikus közönség csakis a vígnetták után tanulják megismerni a vizeket, s jellegét eltitkolni egy forrásnak sem áll érdekében.

**Oelhofer H. Gy.:** *Hankó* előadására reflektálva, a capsulák felesleges voltát vitatja. A nagy forgalmú ásványvizeknél lehetetlen ellenőrizni a dugók kiszáradását. A dugók és a capsula között egész penészgomba-tenyészet támad, a melynek ártalmi ismeretese. A még életbe nem lépett fürdőtörvény felmenti az ásványvíztulajdonosokat a capsula kötelező használata alól. Ajánlja, hogy addig is, míg a fürdőtörvény életbe lép, rendeleti úton történjék intézkedés a capsula dolgában (abban az értelemben, hogy a capsula használata ne legyen kötelező); rendeleti úton lépjen életbe a törvénynek közegészségi szempontból nagyon fontos azon szakasza, mely az ásványvízkezelésre, a töltésre, a dugaszolásra, a címkére, a megjelölésre stb. vonatkozik.

**Bókay Árpád:** Helyesli, hogy rendeleti úton megváltoztassák *Hankó* és *Oelhofer* tagtársak, valamint *Vámosy* tanár ajánlata szerint az ásványvizek kiállítására vonatkozó szabályokat és ajánlja, hogy a congressus ezt a kérdést az igazgatótanácshoz utalja tárgyalás és további eljárás céljából.

**Papp Samu (Alsótátrafüred):** Új szempontok a női bántalmak balneoterapiája terén.

Az előadó ismertetette a női bántalmak és a vasas fürdők között fennálló szoros kapcsolatot. A maga részéről is teljesen jogosultnak tartja a szénsavban gazdag, vastartalmú források kiterjedt használatát a szóban forgó bántalmak ellen. Vannak azonban olyan esetek, melyekben inkább megfelelnek a sósfürdők és előfordulnak olyan anaemiák, melyek ellen hatásosabb a vérképződést elősegítő havasi levegő. A hol lápföldet (moor) találtak, ott azt is fölhasználják fürdők készítésére. Ezeket a sűrű, iszapszerű fürdőket rendszeren más, enyhébben ható fürdőkkel váltakozva szokták rendelni s ezzel ellensúlyozzák izgató hatásukat. Az előadó úgy tapasztalta, hogy olyan ideges nőknek, kiknek alapbetegsége a moorfürdők alkalmazását teszi szükségessé, nagyon célszerű ezeket úgynevezett félfürdőkkel, ledörzsöléssel, vagy langyos zuhanynyal váltakozva rendelni. Ez a combinatio egyszerre megfelel mind a két indicciónak: a helyi bántalom és az azzal összefüggésben lévő ideges tünetek kezelésének.

(Folytatása következik.)

## A Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének első nagygyűlése.

(1913 április 12–13.)

Ismerteti: *Ország Oszkár* dr.

(Folytatás.)

**Torday Árpád és Wiener Imre:** Az urochromogen gyakorlati jelentősége gümőkór eseteiben. Az előadók a nevezett reakciót a diazo-reactio helyett alkalmazták. Vizsgálataik szerint az urochromreactio a diazoéval párhuzamos s csak kevés esetben különbözik az eredmények. A diazoreactiót feltűnőbb színe miatt előnyösebbnek tartják.

**Frommer Ignác:** Nem gümőkóros esetekben is pozitív eredményt kapott.

**Torday Árpád:** Gyógyszerek, épp úgy, mint a diazo-reactiót, befolyásolhatják. *Weiss* előírását be kell tartani. Az előadó egészséges egyéneken nem kapott pozitív eredményt.

**Okolicsányi-Kuthy Dezső:** A mellregés és bronchophonia dissociációjáról tüdőgümőkór eseteiben. E két physikailag párhuzamos tünetnek tüdőbajosokon gyakran ellenkező viselkedésre hívja fel a figyelmet és méltatja e jelenség fontosságát

gát a jó- vagy rossztermészetűség szempontjából való osztályozáskor.

**Ország Oszkár:** A tüdősyphilis diagnostikájának és gyógyításának néhány kérdéséről. Az előadó négy esetről számol be, melyekben a diagnosis megállapítását a más szervben levő localisatio megkönnyítette. A diagnostikát tárgyalva, sem a tuberculin-, sem a Wassermann- és Herxheimer-féle reakciónak nem tulajdonít jelentőséget. A gyógykezeléssel csak a gummosus folyamatokban várható siker s e célból a jod- és kénesókúrát ajánlja. Tüdőtuberculosis csekély gyanuja esetén nagy óvatosságot tart szükségesnek. A salvarsant kockázatosnak tartja, minthogy esetleg jelenlevő gümös góczokat felpuhíthat. A tüdősyphilis gyógyításában, különösen indurativ folyamatok mellett, jóhatásúnak tartja a hygieno-dietás életmódot.

**Pollatschek Elemér:** A szóló a harmadik esetben bronchoskopiával a bal főbronchusban heges szűkületet talált. Fontosnak tartja a bronchoskopiás vizsgálatot a bronchusok syphilisének megállapításában.

**Csurgó Jenő:** Tüdőluces-életet ismertet, a mely 1902-ben állott az Erzsébet királyné-sanatoriumban gyógykezelés alatt. Ez a beteg később antilueses kúrától teljesen meggyógyult. Hangoztatja, hogy luces anamnesisnél a tüdő ily betegsége is gondolni kell.

**Benedict Henrik:** Az előadó negyedik esetével kapcsolatban hangoztatja a keratitis parenchymatosa és a chorioiditis gyakran gümös jellegét. Sokszor a lues jó hatással van a beteg tuberculosisára. A laboratoriumi módszerek gyakran cserben hagynak; lázas chorioiditis egy esetében a Wassermann negatív volt, a tuberculin pozitív. A specifikus kezelés eredménytelensége után enesol-kúrára gyors gyógyulás állott be.

**Ország Oszkár** válaszában kimutatja, hogy eseteiben a tuberculosis a rendelkezésre álló módszerek alapján ki volt zárható. *Benedict* lázas chorioiditis-esete megerősíti a tuberculin- és Wassermann-reactióról mondottakat. III. esetében a bronchoskopiának volt a diagnosis köszönhető.

**Tauszk Ferencz:** A tüdőtuberculosis klinikai formái az aggkorban. Gyakorlati szempontból az aggkorban előforduló tüdőtuberculosis 3 csoportba osztályozza. Vagy fiatalkori megbetegedésnek megszakításokkal való folytatása, vagy valamely alkati betegséghez csatlakozik, vagy látszólag elsődleges. Felsorolja azokat a nehézségeket, a melyek az aggkorban a betegség körjelzésekor mutatkoznak. A Röntgen-vizsgálatot és a kopogtatási viszonyokat nagy óvatossággal ítéli meg. A köpetvizsgálat negatív eredménye nem jellegző. A senilis kor a tuberculosisal szemben nagyobb immunitást tanúsít. A betegségre ismétlődő hurutok, hőemelkedések, lesóványodás, étvágytalanság és asthmaszerű rohamok kelthetik fel a gyanút. A folyamat phthisis fibrosa chronica jellegű, a melyhez másodlagos tüdőátulás csatlakozik. A halandóság nem nagy, a betegség terjedése lassú, úgy hogy az orvosi kezelésnek hálás tér nyílik.

**Steinfest Jenő:** Röntgen-fényképek demonstratiója. Néhány kóresetet mutat be, melyben a diagnosis főleg a radiologia segítségével volt megállapítható, illetve melyben annak döntő értéke volt. Ilyen eset a tüdőcsúcs körülírt tágulata, a melyben a kis góczokat emphysemás tüdőszövet vette körül. Bemutatta többek között pleuritis diaphragmatica és oly esetek fényképeit, melyekben mellhártyaösszenövések befolyásolták a mesterséges légmell létesítését és alakját.

**Benedict Henrik:** A gümös rheumatismus. A gümös rheumatismus kérdése közel áll mindazokhoz az általános kérdésekhez, melyek a tuberculosis tanát jelenleg mozgatják. Egyik képviselője azoknak a gümőkóros fertőzéseknek, a melyeket lobos tuberculosisnak nevez *Poncet* és iskolája; *Liebermeister* szerint, ki a gümőkór cyklusos lefolyását *Pirquet*, *Hamburger*, *Römer* és *Ranke* alapján a syphilisével hasonlítja össze, az úgynevezett secundær tuberculosis legszembe-szökőbb példája; *Landouzy* szerint a tuberculosis a typhobacillosisokhoz tartozik, melyek tulajdonsága tudvalevőleg az, hogy specifikus elváltozások létesítése nélkül hol heveny, hol enyhe sepsis alakjában állnak be. *Hamburger* a gümös rheumatismus egyes nyilvánulásait lysesis reakciónak nevezi és a természetes önimmunizálással hozza kapcsolatba. A kórállapotok legszorgalmasabb leírója *Poncet*. Leírásai, melyek már egész tanná sűrűsödtek, sok hívet szereztek neki,



de kétségtelen túlzásai a komoly köröket visszatartották attól, hogy ezen kórfarmákkal érdemlegesen foglalkozzanak. De *Poncet* előtt is voltak ezen hasonló kórfarmáknak igen jó leírói, pl. *Griesinger*, *Kussmaul* és az olasz *Grocco*. A gümös rheumatismus definitiója igen nehéz. Klinice még olyan módon adható, hogy e név alatt a gümőkórral kapcsolatosan jelentkező rheumaszerű, az ízületi gümőkór rendes képétől eltérő megbetegedéseket foglaljuk össze. Egységes kórbonczolástani definitio azonban nem adható, mert a mi a betegségnek a rheumás jelleget megadja, az a kórbonczolástani analysisben elvész, vagy még jobban mondva, a mi az orvos szemében rheumának imponál, annak a kórbonczolástani substratumának nem egységes. Olyan gümös ízületi megbetegedések, melyek klinice kétségtelenül a rheumás jelzöre rászolgáltak, igen sokszor valóságos gümös synovitiseken, vagy visszafejlődésre képes gümös osteomyelitiseken alapulnak. Az eseteknek egy másik részében igazi gümös elváltozások nem specifikus lobosodásokkal együtt fordulnak elő. Csak egy 3. csoportban találhatjuk a nem specifikus heveny vagy idősült gyuladás jeleit.

A 3. csoportra nézve, a mely a *gümös rheumatismus* „sensu strictissimo”, a kórbonczolástani még várakozó álláspontot foglal el. Ezen esetekben nem találni mást, mint megvastagodott, túlbujánzott, feltünően vérbő, vagy kocsonyás, vizenyő folytán feltünően szintelen savós hárttyát, periarticularis oedemás beszűrődésekkel. *König*, kihez *Pribram* is csatlakozik, úgy véli, hogy az elsődleges gümös elváltozások már visszafejlődtek és helyüket banalis, lobos elváltozások foglalták el. *Poncet* szerint azonban ezek az esetek a voltaképpeni lobos tuberculosis legmarkánsabb iskolapéldái, azaz kifejezései egy enyhébb fertőzésnek, mely specifikus gümös elváltozásokat létesíteni nem birt.

Az előadó azután igen behatóan foglalkozik a gümös rheumatismus klinikai képével. Leírja először a heveny formákat. Van olyan polyarthritisszerű heveny megbetegedés, mely nem egyéb, mint az ízületi savós hárttyák miliaris gümőkórja. De ezen esetek ritkák. Gyakrabban fordul elő, hogy egy betegség mint heveny polyarthrititis kezdődik és mint miliaris gümőkór végződik, a nélkül, hogy az ízületek a bonczoláskor kimutatható gümőkórt mutattának. Ilyen kórképet kapni néha tuberculinbefecskendezés után. Vannak esetek, melyekben polyarthritisszerű heveny kezdet után mirigy- vagy heretuberculosis jelentkezésével az ízületek ismét lelohadnak.

Gyakori a *subacut forma*, a mely enyhe, közönséges polyarthrititis rheumaticához hasonlít. A betegek igen elgyengülnek, a salicyl hatástalan, ellenben igen erősen reagálnak tuberculinra. Lassanként, többnyire csak évek múlva szokott a tüdőgümőkórnak egy jóindulatú formája beállni. Vannak esetek, melyekben valamennyi ízület lelohad, csak egy vagy két ízületben fejlődik ki igazi gümös megbetegedés. Máskor az ízületi gyuladás idősültté válik. A kórkép néha a myorheuma, vagy a polyneuritis képe alatt mutatkozik. Máskor a nyálkatömlők és inthüvelyek, megint máskor a belső zsigerek savós hárttyái vannak megtámadva. Lehetséges, hogy a tiszta mitralis szűkület ilyen enyhe gümös fertőzésnek a folyománya. Ezen kórképek gyakran járnak thyreosisal.

Röviden tárgyalja az erythema nodosumot, melyről újabban szintén azt állították, hogy az esetek egy részében gümös eredetű.

Fontosak azok az esetek, melyekben a gümőkór heveny sepsis alakjában jelentkezik és hónapok vagy évek lezajlása után mutatkoznak rheumaszerű ízületi bántalmak, nyilván az első haematogen infectio folytán az ízületi végekbe került csírák fejlődése révén. Ezeket a kórképeket, valamint a vérköpéshez vagy már kifejlődött tüdőgümőkórhoz csatlakozó rheumás állapotokat *másodlagos rheumatismusnak* lehet nevezni.

Az *idősült* gümös rheumatismus beosztása igen nagy nehézségekbe ütközik. Ide tartoznak a sokizületi hydrarthros, az arthritis chronica deformans tuberculosa, az eddig caries siccának nevezett egyes kórfarmák. Ezek többnyire már az előrehaladott kor betegségei. Olyan gümös betegeken fejlőd-

nek ki, kik már hosszabb idő óta szenvednek jótermészetű rostos tuberculosisban. A beteg ízület helyzete, igénybevétele, az illető egyén táplálkozása, a virus localisatiója az ízület más-más részében, a csontvelőnek csontrefrikálással járó hyperostosisal történő reactiója mindig új meg új kórképeket fog szülni, melyek sokféleségében a tulajdonképpeni Ariadne-fonál mégis csak az aetiologiai egység, az attenuált gümös virus. *Poncet* a spondylosist, a fájdalmas lúdtalpat, a genu valgumot stb. szintén az eseteknek egy részében a gümös rheumatismushoz számítja. Bizonyítása itt azonban föltötte hiányos.

A *gümös rheumatismus kórjelzése* igen nehéz. Bár e kórkép létezését elvben el kell ismerni, mégis az egyes esetben nagyon skepsisesen kell eljárni. A pusztá együttes előfordulás nem elegendő. *Streptococcus*al való vegyes fertőzések is jelentkezhetnek; lehetséges az is, hogy a streptococcus előkészíti a gümöbaccillus talaját. De kétségtelennek bizonyos bonczolástelepek. Vannak esetek, melyekben az ízületek egy részben makroszkopos, a másik részében mikroszkopos gümőkór, a harmadik részében azonban csak közönséges lobos elváltozások találhatók. Az esetek egy részében sikerült már az élőben az ízületi folyadékból, vagy a vérből bacteriumot kimutatni. Többnyire azonban csak nagy valószínűséggel tudjuk a kórjelzést megállapítani, de csak úgy, ha a beteget hosszabb időn át, néha éveken keresztül észlelhetjük. Maga a *Pirquet-reactio* nem bizonyít. A korai kórfarmák igen élénken, a későbbi idősült formák igen renyhén reagálnak tuberculinra.

A gümös rheumatismus kezelésekor mindenkor szem előtt kell tartani, hogy a betegek nemcsak rheumasok, hanem gümökórosok is. Igen nagy szerepe van a physico-diaetás gyógymódnak, a káliszappan-kezelésnek, a jodnak és a napkúrának. A specifikus kezelés szintén eredményes lehet.

A referatum második része foglalkozik a gümös rheumatismus helyzetével a gümös rheumatismus keretében. A tuberculosis inflammatoria természetével igyekszik tisztába jönni. Minthogy a klinika, a kórbonczolástani és a kísérlet kimutatta, hogy a gümöbaccillus a klasszikus gümön kívül látszólag nem specifikus lobos elváltozások előidézésére is képes, azon álláspont látszik jogosultnak, hogy eltekintve a kórbonczolástani gümőtől, tuberculosisnak vehető mindaz, a mit a gümöbaccillus vagy termékei létesítenek. Az állatkísérletben is lehetett látszólag aspecifikus elváltozásokat csekély virulentiájú bacteriumokkal létesíteni. A gümös rheumatismus korai megjelenési formája, valamint a tuberculinbefecskendezés után észlelhető rheumatismusok valószínűleg szintén bacillaris eredetűek. Korán inficiált, erős allergiás reagáló képességgel bíró egyéneken jelentkeznek, úgy hogy spontán reactióknak vehetők, mint a scrophulosis bizonyos tünetei és a status thymico-lymphaticusban szenvedők gümökóros nyilvánulásai. A túlérzékenység korszakát néha éveken át tartó relativ immunitás követi, a gümőkór súlyosabb, destructiv formáival szemben. A mostan divó és a lues beosztását követő nosologiai felfogás szerint ezen formák a másodlagos tuberculosis tünetköréhez tartoznak. A későbbi kor inkább degenerativ formáit, ugyancsak az analogiára támaszkodva, metatuberculosisoknak lehetne nevezni, a mennyiben ezekben a régi gümőkór csak mint egyik keletkezési feltétel szerepel.

*Hollós József*: A gümös rheumatismus kórjelzésekor értékes segéd-eszköznek tartja az I. K.-kezelést, melytől a bántalom megszűnését észlelte. Néhány kórtörténetet sorol fel.

*Ács Nagy István*: *Benedict* referatumaéhoz hozzászólvá, egy esetet ismertet és hangsúlyozza a tuberculin-injectio helyi reactiójának jelentőségét a polyarthrititis rheumatica diagnózisában. Az ízület fájdalmosságát nem tekinti a tuberculin-reactio kétségtelen jelének.

*Hollós József*: A Basedow-kór gümös eredete. 33 eset kapcsán e betegséget gümös eredetűnek tartja s azt I. K.-kezeléssel részint meggyógyította, részint javulást ért el. Az egyszerű gümökóros intoxicatio és a kifejezett Basedow-kór között fokozati átmenetet állapít meg. Végül I. K.-re meggyógyított beteget mutat be.

*Dollinger Gyula*: A bemutatott beteg ízületi fájdalmai miatt több ízben jodkaliumot és jodipint szedett. A Basedow-kór a jodkalium-



szedés után jelentkezett. A jodkaliumtól származó Basedow-kór a gyógyszer elhagyása után hosszabb idő múlva tuberculosissellenes kezeléssel is meg szokott gyógyulni.

**Acz Nagy István:** *Holló* előadásához hozzászólva, a kolozsvári belklinikán végzett vizsgálatok alapján az I. K.-t teljesen hatástalan szernek minősíti. Tagadja a bőrbe való bedörzsölés használhatóságát. Még 500 milligramm higítatlan glycerines tuberculin bedörzsölésével sem tudott általános vagy helyi reakciót előidézni, tisztán bőrreakció jött létre.

**Scharl Pál:** Tagadja a Basedow-kór gümőkóros eredetét. Tapasztalatai alapján nem tartja a tüdőtuberculosisist gyakoribbnak Basedow-kórosokban, mint egyébként. Az I. K. nem tekinthető a tuberculosis gyógyszerének, tehát az azt követő javulás sem lehet bizonyítéka a Basedow-kór gümős eredetének.

**Kentzler Gyula:** Különbséget tesz az igazi Basedow-kór és a tuberculosisban szenvedőkön gyakran észlelhető pajzsmirigy-megnagyobbodás között. A Basedow-kór és tuberculosis között tagadja az okozati összefüggést. Beteganyagában gyakran talált tuberculosusokon pajzsmirigy-megnagyobbodást. Ily tekintetben kapcsolatot maga is felvesz. I. K.-bedörzsöléstől és befecskendezéstől semmiféle gyógyeredményt nem látott.

**Hollós József:** A jod adagolása csak abban válthat ki Basedow-kórt, a kiben dysthyreoidismus van jelen. A bemutatott beteg 5 évvel a kezelés előtt szedett jodot, a többi beteg pedig még annyi jodot sem szedett.

**Benedict Henrik:** A thyreosisok gyakoriságát a gümőkór enyhébb formáiban említette. A jod a gümőkóros betegre néha igen erősen hat. Nem tartja valószínűtlennek, hogy *Hollós* esetében ily excessiv jod-érzékenység volt jelen.

**Tomor Ernő:** *A tuberculosis diéta kezelése.* A pathologus a tuberculosisist infectiosus bajnak mondja, a therapia pedig anyagcsere-bántalom gyanánt kezeli. Az elméletnek és gyakorlatnak ilyen kettéválásából mindakettőre, de főképpen a gyakorlatra nagy hátrányok származnak.

**Brehmer és Dettweiler-**nek diätetikai alapelve a vegyes táplálkozás volt, a mit a laikus betegünk részére úgy fejzhetnénk ki, hogy 1 rész húsrá 3 rész növényi tápszer jusson. Az elkészítéskor használt zsiradék úgy az állati, mint a növényi tápszerben jelenlevő fehérjének és zsírnak olyan arányát adja, mely szükséges szénhidratokkal kiegyezítve, megfelel a physiologiai kísérletekből leszárt arányszámoknak. A vegyes táplálék elve ma is érvényben van a gümőkórosok diätetikájában. Mióta a tudomány komolyan foglalkozik a diätetika problémáival, azóta felismertük az átlagos rendes táplálkozás alapvető hibáit és ennélfogva az egész vonalon reformokat sürgetünk. Fokozott mértékben áll ez a követelmény a hazai átlagos táplálkozásra nézve, melyben a fűszerek túltengése, a fehérjéknek és zsíroknak a szénhidratokkal szemben való aránytalansága sürgős változtatást igényel. A tejfel való visszaélés főleg a hizlaló kúrák jellemző vonása. E tekintetben a népsanatoriumoknak és tüdőbeteg gondozó intézeteknek kellene a mennyiségek reductiójával nevelő hatást gyakorolni.

**Id. Liebermann Leó:** A vegyes koszt definitiójában a hygienikusok úgy állapodtak meg, hogy az 40% állati és 60% növényi N-t jelent.

**Csurgó Jenő:** Hangsúlyozza, hogy a vidéki tüdőbeteg gondozó-intézetekben tekintettel vannak a tej-táplálás túlhajtására és az alkohol elleni mozgalomra.

**Pekanovich István:** *Chemotherapiás kísérletek tüdőtuberculosis eseteiben.* Az előadó a dioradinnal, néhány réz-sóval és az aurum kalium cyanatummal tett kísérletet a tüdőtuberculosis gyógyítására. Az említett szerekkel semmi eredményt sem ért el.

**Ország Oszkár:** A radiumot nemcsak jó eredményűnek nem látta, hanem nagyobb mennyiségben károsnak tartja, a mennyiben tüdővérzést okozhat. A rézkezelésnek kiinduláspontja teljesen helytelen, úgy hogy eredmény nem is volt várható tőle.

**Grósz Menyhért:** *A tuberculin adagolása.* Az előadó vizsgálatai szerint semmi ok sincs, hogy a Koch-féle készítmények helyett más készítményeket részesítsünk előnyben. A tuberculinreactio specifikus hatású lévén, nem tekinthető albumose- vagy peptonreactionnak. A gyógyításkor lehetőleg kerülni kell a hevesebb reakciót, miért is csak minimalis adagokat kell adni.

**Hochhalt Károly:** *Az albumosementes tuberculinok értékéről.* Az előadó mintegy száz esetben alkalmazta a Rosenbach-tuberculinot. Kísérletei eredményének elbírálásakor abból a szempontból indult ki, hogy a tuberculin nem immunizál, csak méregmegkötést vált ki és így közvetve gyakorol im-

munizáló hatást, mely mellett a természetes gyógyulás érvényesülhet. Kezdődő esetekben a hygieno-diätás eljárással egymagában is czélt értünk, de bizonyos refractaer esetekben, továbbá a cavernás folyamatokban a specifikus kezelés javalt. Az ellenindicatiók méltatása után a maximalis dosisok protrahált adagolásakor észlelt érzékenységről emlékezik meg, mely ideges izgalomban és makacs étvágytalanságban nyilvánul. Tapasztalata szerint a Rosenbach-féle készítmény enyhébb az A. T.-nál s vele a tuberculinkárok majdnem teljesen elkerülhetők.

(Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK.

**Az Ogulin—országhatárszéli vasútépítési vállalat betegsegélyző pénztára egy 60 ágyas kórház részére egy vezetőorvost és ugyanoda egy alorvost keres.**

Bővebb felvilágosítással szolgál az Ogulin—országhatárszéli vasutat építő részvénytársaság, Budapest, V., Rudolf-tér 5—6. szám, negyedik emelet.

A Budapestvidéki Kőszénbánya részvénytársaság társaspénztára Pilisszentivánon (Pestmegye) a megüresedett társaspénztári orvosi állásra pályázatot hirdet.

A választmány által megválasztandó társaspénztári orvos évi fizetése 4500 korona, további javadalmazása: szabad lakás, fűtési és világítási évi átalány 200 korona.

Az orvos állandó lakása Pilisszentiván községben, a fővárostól vasúton egy órányira van. Magánpraxis gyakorolható.

Pályázhatnak oly orvosok, a kik az összes gyógyászat tudorai és Magyarországon avattattak fel, vagy olyanok, a kiknek diplomái törvényes módon közhírré tettettek, avagy ilyennek elismertettek.

A kellő okmányokkal és curriculum vitaevel felszerelt kérvények legkésőbb 1913. évi május hó végéig a Társaspénztár elnökségéhez, Pilisvörösvárra küldendők be.

Az állás folyó évi július hó 15.-éig elfoglalandó.

Pilisvörösvár, 1913 május 9.

A Budapestvidéki Kőszénbánya r.-t. társaspénztárának elnöksége.

460/1913. szám.

Békésvármegye közpénztáránaál a belgyógyászati osztályon egy, a sebészeti osztályon 2 (kettő) segédorvosi állásra pályázatot hirdetnek.

Javadalmazás: a belgyógyászati és sebészeti segédorvosi állásnál egyenkint évi 1200 korona, az elmebeteg-osztály segédorvosi állásánál évi 1600 korona készpénzfizetés, egyenkint és mindegyik állásnál lakás fűtés-világítással és I. oszt. teljes ellátás.

Pályázni szándékozók felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló, okmányokkal felszerelt folyamodványaikat id. Kéry Gyula úrhoz, Békésvármegye főispánjához intézve, 1913. évi május hó 22.-éig küldjék be.

Gyula, 1913 május 7.

Békésvármegye közpénztáránaál igazgatója.

1964/1913. sz.

Zólyom vármegye besztercebányai járásában levő és 6180 lakost számláló óhegyi orvosi körben a körorvosi állás megüresedvén, arra pályázatot hirdetnek. Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi június hó 15.-éig nyújtsák be.

Az állással a következő javadalmazás jár:

1. Törzsfizetés 1600 korona és ötödévenként 200—200 korona korpótlék.

2. 1000 korona külön tiszteletdíj a kincstári munkások gyógykezeléséért.

3. Lakpénz 600 korona.

4. Fuvarátalány 1800 korona.

Összesen 5000 (ötezer) korona.

5. Szabályrendeletileg megállapított látogatási és műteti díjak.

Ezenkívül kilátás van arra, hogy a megválasztandó körorvos részére házi gyógyszerház, valamint az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 16. §-ában körülírt helyi pótlék is engedélyeztetni fog, úgy hogy az állás jövedelme a körorvos gondmentes megélhetését teljesen biztosítja. A kör szék-heye, Óhegy község Besztercebánya várostól 13 km.-nyire államút mellett fekszik.

Miután ezen állás a megszüntetett kincstári orvosi állás helyett a kincstár nagymérvű (2800 koronát tevő) hozzájárulásával rendszerezett, ennek fejében a körorvos tartozik a körben lakó kincstári munkásokat és a családtagokat díjtalanul orvosi segélyben részesíteni.

Besztercebánya, 1913 április 28.

Ujhelyi Sándor s. k., főszoigabíró.



A „Kaláni bányá- és kohó-részvénytársaság“ puszta Kaláni (Hunyad m.) gyártelepén f. é. július 1.-én, esetleg előbb is elfogalando és 3000 korona évi törzsfizetéssel, természetbeni lakással s rendszeresített fűtési illetményrel javadalmazott gyári és bányorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetünk.

Egyetemes orvostudori képesítéssel és kellő gyakorlattal bíró pályázók hiteles okmányokkal felszerelt folyamodványai folyó évi május hó 31.-éig alulírott hivatalhoz nyújtandók be.

Kaláni Bányá- és Kohó-Részvénytársaság  
Budapest, V., Nádor-utca 36, II. emelet.

2846—47/1912. sz.

A pályázat meddősege folytán be nem töltött *hagymádfalvai és szalárdi körorvosi állásra* újból pályázatot hirdetnek.

Felhívom tehát mindazon orvos urakat, kik az állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket annak megjelölésével, hogy az állások közül bármelyiket is elfogadják, hozzám folyó évi június hó 10.-éig nyújtsák be.

Az állások javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. szerint. A *hagymádfalvai* körorvos kézi gyógyszerész tartására is van kötelezve. Mindkét állás folyó évi július 1.-jére elfogalando.

A választás határidejét csak a pályázatok beérkezése után fogom kitűzni s annak határidejéről a pályázó orvos urakat értesíteni.

Szalárd, 1913 április 30.

Kelemen, főszolgabíró.

472/1913. ikt. sz.

A vezetésem alatt álló közkórházban lemondás folytán megüresedett két *segédorvosi állásra* pályázatot hirdetnek.

Javadalmazás: Évi 1200 korona, lakás, fűtés, ételmezés. A kinevezés 2 évre szól. Távozás 4 héttel előbb jelentendő.

Más pályázók hiányában orvosi gyakorlatra utasított orvosok is kinevezhetők. Magánygyakorlat nincs megengedve.

A folyamodványok méltóságos *Makfalvy Géza* úrhoz, Somogyvármegye főispánjához intézendők és a kórházigazgatóságnál nyújtandók be május 27.-éig.

Kaposvár, 1913 május 13.

Szigethi-Gyula Sándor dr., igazgató-főorvos.

A kecskeméti m. kir. állami gyermekmenhelynél megüresedett *másodorvosi állásra* pályázatot hirdetnek.

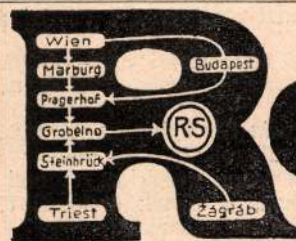
Javadalmazás: Évi 1200 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és I. oszt. ételmezés.

Felkérem azon orvosdoktorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányaik hiteles másolatával felszerelt és a belügyminister úrhoz címzett, egykoronás bélyeggel ellátott kérvényüket hozzám 1913. évi május hó 27.-éig küldjék be.

Gyermekórházakban vagy más gyermekvédelmi intézetben szerzett gyakorlattal bírók előnyben részesülnek.

Kecskemét, 1913 május 6.

Egressi Lajos dr., igazgató-főorvos.



Uj, pompás gyógyépület.

# Rohitsch-Sauerbrunn

Stájer tartományi gyógyintézet. 600 szoba 2.-kor. -tól feljebb, villamos világítás, lift, hegyvidéki forrásvíz.

Ivó- és fürdőkurák kiváló gyogyeredménnyel: gyomor-, bél- és májbajoknál, epekövel, cukros húgyárnál, köszvénynél.

Május 15. - szeptember 30. - Enyhe, subalpin éghajlat. Szél- és pormentes. - Prospektusok.

GYÓGYHELY

## Gleichenberg

STEIERMARK.

SAISON: Május hó 15.-étől szeptember hó 30.-áig.

Felülmulthatatlan a légzőszervek összes betegségeinél.

Világhírű gyógyforrások (Emmafórárs, Konstantinforrás.)

Értesítéseket és prospektust küld: **KURKOMMISSION GLEICHENBERG.**

**Epeköoldás.** A ki a különféle specialitásokat és Karlsbadot siker nélkül használta és a műtéttől méltán fél, forduljon bizalommal hozzám. Hat hétig tartó epeköoldó módszerem 4—5 évi karlsbadi kúrával felér. Számos elismerő levél.

**Dr. BERNARD JÓZSEF**

TEMESVÁR, II. ker., Fő-uteza 4. sz.

## Bad Hall in Oberösterreich.

Elsőrangú jodbromfürdő.

Európa legrégebb és leggyógyhatásosabb jodforrása. Érelmeszesedés, női betegségek, izzadmányok, idült gyulladások, köszvény és csúsz, görvéllykór, öröklött és szerzett syphilis és annak következményei, stb. ellen. Értesítéseket és prospectusokat küld a **Direktion der Landeskuranstalten in Bad Hall.**

Dr. v. Gerstel sanatoriuma télen át is nyitva van.

„Bayer“

## CONTRATUSSIN

„Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a **VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR** Budapest, VI., Andrássy-út 84. Minden gyógyszerárban kapható. Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

## Családi otthona

kedély- és idegbetegeknek

☐☐ Sátoraljaújhely. ☐☐

Vízgyógyintézet és nyaralóhely

Neuhaus, bei Weissenbach a. d. Triesting  
1<sup>3</sup>/<sub>4</sub> órányira Wientől, Leobersdorfon át.

**Subalpin éghajlat!**

Physikai-diatetikai gyógymódot, hydrotherapia, nap-, villamos és forrólégtüzdők.

:: Orvosok: **Dr. UTSCHICK JÓZSEF** és **Dr. LÁNYI GÉZA.** ::

— Prospektust kívánatra bérmentesen küld: —

◆ **Gr. Wimpffen Simon-féle** Jóságigazgatóság ◆

Neuhaus bei Weissenbach a. d. Triesting.

## Erzsébet királyné Sósfürdő

Kitűnő gyogyeredmények főleg női bajoknál.

Elő- és utóidényben mérsékelt szobaárak. — Villamos-közlekedés Budapest-Kelenföld. Az elismert természetes budai **Király keserűvíz** (ezelőtt Mattoni) kiviteli telepe.

**A fürdőigazgatóság.**

Uj vendéglős: Gaál Andor, a Lipótvárosi Kaszinó volt bérlője.

## SANATORIUM REKAWINKEL

Ideg- és kedélybetegek részére.

Legmodernebb berendezés, az összes gyogyeszközök, hozzáépítéssel most meg-nagyobbítva. Erdőktől környezve.

Legegyénibb kezelés. ☐ 4 orvos.

Megbeszélő állomás: Wien I., Operngasse 6, szerdán és szombaton 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—1<sup>1</sup>/<sub>6</sub>.

Prospektus kívánatra. Egész éven át nyitva.



# ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

## TARTALOM.

### EREDETI KÖZLÉSEK.

**Némái József:** Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem I. sz. anatómiai intézetéből. (Igazgató: Lenhossék Mihály, egyetemi tanár, udvari tanácsos.) Milyen anatómiai viszonyokon alapszik az emberi hangképzés felsőbbsege? 393. lap.

**Benedict Henrik:** A metatuberculosis kórállapotokról. 398. lap.

**Fonyó János:** A hypophysiskivonat alkalmazásáról 100 eset kapcsán. 400. lap.

**Jendrassik Ernő:** Korányi Frigyes emlékezete. 402. lap.

**Irodalom-szemle.** Könyvismertetés. *F. Oehlcker:* Die Behandlung der Knochen- und Gelenktuberculose mit orthopädischen Massnahmen. — *Lapszemle.* Belorvosstan.

*Schmidt Adolf:* A túlságos elfáradás. — *Gyermekorvosstan.* *Rabinowitsch Dina:* Egészséges gyermekek fehér vérsajtjeinek vizsgálata. — *Keiner:* A tracheotomia transversa alkalmazása a gyermekkorban. — *Veneréus betegségek.* *Finger:* A syphilis mint az állatot veszélyeztető baj és az állami ellenőrzés kérdése. — *Hügszervi betegségek.* *Götzl:* A prostatatuberculosis. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* *Citron:* A Plaut-Vincent-angina gyógyítása. — *Ebstein:* Istizin. — *Rosenhaupt:* Csecsemőkori ideges hányás. — *Wiedemann:* Izületcsúz. — *Jaschke:* Narcophin. 404—406. lap.

*Magyar orvosi irodalom.* Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 406. lap.

**Vegyes hírek.** 406. lap.

**Tudományos társulatok.** 408—410. lap

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem I. sz. anatómiai intézetéből. (Igazgató: Lenhossék Mihály dr., egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

### Milyen anatómiai viszonyokon alapszik az emberi hangképzés felsőbbsege?

Irta: *Némái József* dr., magántanár.\*

Összehasonlító anatómiai vizsgálataimmal főképpen ama kérdés felderítését tűztem ki czélul, hogy milyen anatómiai berendezésben rejlik az emberi hangszervnek oly kiválóan nagy felsőbbsege az állattal szemben. E kérdés szoros kapcsolatban van egy másikkal, azzal ugyanis, hogy az emberi gége hangképző mechanizmusának melyek a leglényegesebb és legértékesebb összetevői, melyek azok, a melyek figyelmünket és érdeklődésünket leginkább magukra kell, hogy vonják.

A kitűzött irányban járattan úton kellett haladnom, mert az irodalomban eddig megjelent összehasonlító dolgozatok csak a gége fejlődésére és phylogenesisére vetnek világot; a mechanikai működés összehasonlítására nem történtek tanulmányok.

Mindenekelőtt a hangszalagok fejlettségére és alkotására fordítottam figyelmemet, továbbá az őket működtető izomzatra: ezek a hanginstrumentum legfontosabb részei.

A madarak hangszervére nem terjesztettem ki vizsgálataimat, noha ennek érdekessége kétségtelen, mert ez már nagyon messzé elvezetett volna. Ugyanis a madarak hangképző szalagai nem magában a gégeben, hanem a légcső osztódása helyén egy külön szervben — a syrinxben — vannak elhelyezve és így a madár gégeje az emlősökével való

\* Előadatott a Kir. Orvosegyesület 1913 márczius 1.-én tartott ülésén.

összehasonlításra nem használható fel. Ez utóbbiakon megtalálhatjuk az emberi gége minden lényeges alkotórészét, habár a különböző fajokban különböző morfológiai eltérésekkel. Leginkább elütők e tekintetben a placenta nélküli ősi emlősök (monotremata és marsupialia). Ezeknek a gégeje jóval alacsonyabb fokú; a gyűrű- és pajzsporcz egymással összeforrott, a gége bejárata majdnem egészében porczogós, a hangszalag vagy egyáltalában nincs meg, vagy egyszerű nyálkahártyaredő, mely még nem jutott szoros összeköttetésbe a hangképző izomzattal és mindenek szerint ősi fejlődési alakja a magasabb emlősök kifejlett hangszalagjának.

Ha e kihalófélben levő emlősöktől eltekintünk és csak a földkerekséget ezidőszerint benépesítő placentás emlősöket vesszük figyelembe, azt látjuk, hogy *nemcsak a gége porczogós váza, hanem a hangszalagok és ezek izomzata is lényegében ugyanolyan elrendezésben van meg mindenütt, mint az emberen.* Hogy egyes fajokon, mint pl. a ceteken, az életviszonyok másodlagosan nagyobb morfológiai elváltozásokat hoztak létre, az nem sokat változtat ezen az általános tényen.

Az izomzat tekintetében az egyedüli, lényegesebbnek látszó különbség az emberi és állati gége közt az, hogy a tulajdonképpeni hangszalagizom (musculus thyreo-arytaenoideus) az emberben komplikált rostozattal bír, az állatban pedig egyszerű. Ámde összehasonlítva az emlősöket egymás közt — azokat, a melyeknek hangképessége magasabb fokozott áll (ragadozók), azokkal, a melyeké jelentéktelen (rágcsálók, rovarévek) —, azt tapasztaltam, hogy a gégerésznek kisebb morfológiai különbségei oly kaleidoskopszerűen változóak, hogy egységes alapot a hangképesség anatómiai feltételeinek megállapítására nem találunk.

Sem a gégebejárat alakja, a melyet fajtörténeti szempontból az eddigi szerzők legfontosabbnak vélték, sem a hangszalagok formája vagy lefutásuk iránya, sem pedig az izomzatban található kisebb vagy nagyobb eltérések nem adják meg az egységes kulcsot az állatok hangképességében



nyilvánuló különbségek anatómiai magyarázatára. Így pl. az oroszlánnak (s a macskafélék családjának általában) a gégeje sokkal elemibb typus szerint van felépítve, mint pl. a nyúlé vagy öze; mindamellett ezeknek a hangproductióját össze sem lehet hasonlítani az oroszlánéval. Úgy látszik, hogy a hangképesség fejlettségének többféle feltétele van, a melyek közé fel kell vennünk még az állat temperamentumát is.

Vizsgálataim folyamán egy ideig úgy látszott, hogy e feltételek egyike a *musculus crico-thyreoideus* (hangszalagnyújtó izom) erősebb fejlődése, különösen pedig rostozatának függélyes iránya. E feltevés bizonyos fokig eleve valószínűnek látszott, mert a hangszalagnak hosszúságban való megfeszítése, melylyel ez a laza hullaállásból azonnal feszes szalaggá változik át, egyik főkelléke a hangképzésnek. Ha pedig az egyébként jól fejlett, erős *musculus crico-thyreoideus* rostozata függélyes irányú, különösen alkalmas a gyűrűporcznak a pajzsporczhoz való emelésével a hangszalag nyújtására, míg ha lefutása ferde és közelebb hajlik a vízszinteshez, izomerejének csak egyik összetevője, tehát csak egy hányada fejtheti ki a függélyes irányban való erőhatást.

Egyes állatfajokon, különösen a kutya- és macskaféléken, a fókán, részben a sertésen is, ezen izomnak erős kifejlődése és rostozatának meredek, a függélyeshez közeledő lefutása található. Ezzel a viselkedéssel majdnem ellentétes a lónak, továbbá a legtöbb kérődzőnek és sok rágcsálónak hangszalagnyújtó izma, mert a rostok nagyon ferdén, sőt részben már majdnem vízszintesen haladnak. A rostozatnak ez az iránya a gyűrű- és pajzsporcznak vízszintes irányban való eltolódását eredményezi olyképpen, hogy a gyűrűporcz hátrafelé, a pajzsporcz előre tér ki, miáltal a hangszalag hosszabbra nyúlik. Ámde ez a nyújtás korántsem lehet oly erélyes, mert az eltolódás csak kis fokban történhet a pajzs- és gyűrűporcz közti szoros ízületi összeköttetés miatt. Sokkal erélyesebb a hangszalag nyújtása, ha a gyűrűporcz szögletemélyű módjára hat, vagyis ha az izom e porcz elülső ívét erélyesen felhúzza a pajzsporczhoz. És valóban, ha a felsorolt állatok hangképességét tekintjük, azt látjuk, hogy a macskás és kutyaféléknek, a sertésnek erős magas, sokszor áthatóan éles hangja van, míg a legtöbb kérődzőnek és a lónak nagyon alantas értékű a hangképessége. Az emberi *musculus crico-thyreoideus* a leírt két typus között középhelyen áll: vannak meredekebb izomkötegei, bár nem egészen oly meredek irányúak, mint a ragadozóké (portio recta), és vannak ferdén hátrafutó rostkötegei is, mint a szarvasmarhán (portio obliqua). De vizsgálataim során úgy találtam, hogy a nyúlféleken is meg lehet találni a *musculus crico-thyreoideus*nak meredek irányú rostozatát, még pedig oly kifejezetten, hogy ezen az alapon a nyulat kellene hangképesség tekintetében első helyre tennünk, olyannyira függélyes és hosszú ez az izma. Pedig a nyulak hangképzés tekintetében éppen nem tűnnek ki. (Ahhoz a különben kényelmes feltevéshez nem akarok folyamodni, hogy a nyúlfélek talán régen, ősalakjaikban használhatták hangszervüket nagyobb mértékben.)

Így tehát nem lehetett általánosítani azt a tételt sem, hogy az erős és magas hangok productiója összefüggésben van a *musculus crico-thyreoideus*nak különleges fejlettségével; de mégis megjegyzésre méltó marad, hogy éppen a ragadozó és számos más olyan állat (különösen a majmok közül is), mely hang tekintetében kiválik a többi közül, erősen fejlett és meredek rostozatú *crico-thyreoideus*-izmokkal van ellátva.

Az állatok hangképessége az általános szervezetbeli fejlettségi fokozattal nem tart lépést. Egyébiránt nehézségekbe ütközik, hogy az emlősök egyes osztályait és családait pontosan be tudjuk osztani valamely fejlődési rangfokozatba, a mi pedig a géget illeti, ennek fejlődési foka nem áll mindig összhangban az állatok egyéb fejlettségi jellegével. Így már említettem, hogy a macskafélék gégeje még nagyon kezdetleges typusú, a hangszalagokat mindjárt a gégebejáratban találjuk, a két nyálkahártyaredő, mely az epiglottistól hátrafelé húzódik (plicae aryepiglotticae), a kannaporczokat nem éri el, hanem szabadon végződik a hypopharynxban, úgymint az erszényesekben, a mi által a gége két oldalról nincs úgy

elhatárolva, mint a fejlettebb osztályokban. A gége fejlettségét tekintve, távolról sem lehet a macskaféléket a kutya- vagy medvefélékkel összefoglalni, a melyeken az aryepiglottisos redőben már a *Wrisberg*-féle porcz és azonkívül a *Morgagnit*asak is megjelenik. Az oroszlán gégeje, melylyel az állat oly erős hangokat tud létrehozni, a phylogenesisben sokkal távolabb áll az emberétől, mint bármely patás, rágcsáló és számos más állat, mely alig tud hangot hallatni.

Így tehát eszik az a lehetőség, hogy az állat hangképességét az illető állat magasabb fejlődési fokozatával, vagy a gégeének az emberihez hasonlóbb szerkezetével magyarázhatjuk meg.

\* \* \*

Vizsgálataim közben azonban oly lényeges kriteriumát fedeztem fel a magas szervezettű hangszervnek, a mely kétségtelenül módot nyújt az emberi hangszerv nagy fölényének magyarázatára és a mely, úgy látszik, az állatoknál is a hangképzés különbségének legfőbb oka.

Tudvalevő, hogy *Johannes Müller* és az őt követő életbúvárok, kik az emberi hangképzés tüneményeit tanulmányozták, kísérleteikre a tetemből kivett géget használták, a melyen a hangrés zárását mesterségesen hozták létre. Ez úgy eszközölhető, hogy a porczos hangrésen, tehát a kannaporczokon át erős tűt szúrunk át harántirányban, a tűnek két kiálló végét pedig fonállal jó erősen összehurkoljuk, hogy így a két kannaporcz egymás mellett maradjon rögzítve. Egyébiránt a két kannaporczot össze is lehet varrni és ha még a hangszalagoknak hossznyújtásáról is gondoskodunk, akkor — természetesen még mindig messze maradva az élő tüneménytől — oly mesterségesen zárt hangrés van előttünk, melyet fujtatóval meg lehet szólaltatni.

A midőn az állati hangrészt erre a kísérletre való tekintettel vizsgáltam, csodálkozással vettem észre, hogy a hangrészt egészében zárni nem lehet. Alulról nézve a hangrészt, könnyen meg lehet győződni, hogy bármennyire sajtoljuk is egymás felé a hangszalagokat és a kannaporczokat, sohasem sikerül a teljes zárás, mert hátul a porczogós hangrésben mindig fenmarad egy kisebb-nagyobb hézag.

Minél nagyobb a gége, annál szembeszökőbb ez a jelenség, úgy hogy pl. a lónak hangrését nézve alulról, ebbe a fenmaradó hézagba mutatoujjunk hegyét könnyen be lehetjük ugyanakkor, a mikor a hangszalagok a középvonalban szorosan érintkeznek egymással. Az oldalsó összenyomást kívülről közvetlenül a kannaporczokra lehet gyakorolni a pajzsporcz oldallapjainak eltávolítása után, a nélkül, hogy a porczogós hangrésből a hézag eltűnnék.

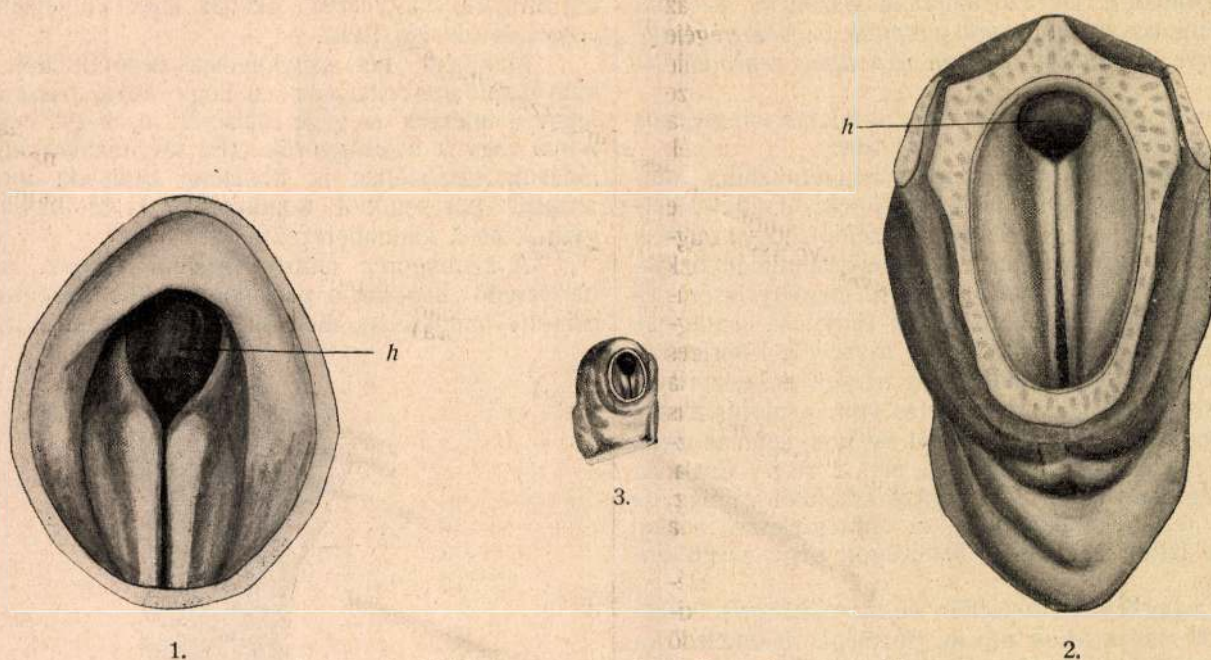
Látjuk tehát, hogy a porczogós hangrés nem zár, a két medialis felület nem bír egymáshoz simulni. Ennek az oka pedig az, hogy a kannaporcz medialis lapja erős vájulatalt bír. A felezett gége belsejében e vájulatot azonnal megláthatjuk; különösen szépen látható az a szarvasféleken, lovon, sertésen, melyeken mély árok képében jelentkezik, de megvan az általam elég nagy számban vizsgált emlősök valamennyijén.

Természetes, hogy a hangrés zárása csak akkor lehet tökéletes, ha a jobb- és a baloldali kannaporcz medialis felületével teljesen érintkezik, ennek azonban feltétele, hogy a felületek simák legyenek, mert ha két excavatio kerül egymással szembe, hézagok kell maradnia a porczogós hangrésben. Az 1., 2. és 3. ábrán ez a hézag a hangrés hátulsó részében alulról van feltüntetve; a hangnyúlványok, melyek a hangszalagok hátulsó tapadásába vannak beágyazva, érintkeznek egymással, valamint a hangszalagok is, de a kétoldali kivájtás hézagot fog közre, a mely nagy a szarvason, kisebb a sertésen és legkisebb a macskán. E hézagot hiatus inter-vocalisnak (vagy hiatus glottidisnek) neveztem el.

Csak alulról tűnik szembe, felülről a hangrés zárásakor nem látható, mert a kannaporczogók felső nyúlványai ilyenkor jól összeilleszkednek és a hézagot felülről elfödik.

Meg kell itt jegyezni, hogy míg az emberi kannaporcz felfelé megvékonyodik és a hegyén még a vékonyka





1.

3.

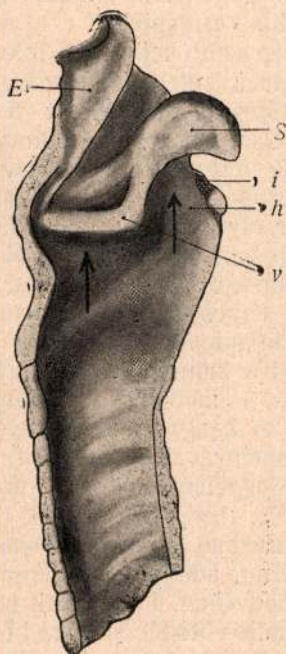
2.

A hangrés alulról 1. szarvason, 2. sertésen, 3. vadmacskán.

A hangszalagok és a kannaporczok mesterségesen hozattak a hangképzés helyzetébe. A hangszalagok és hangnyulványok a középvonalban érintkeznek ugyan, de a kannaporczok vájolata mégis hézagot (*h*) alkot.

Santorini-porczogóba folytatódik, addig állatokban széles porcslapok találhatók a Santorini-porc helyén (4. ábra). Felülről nézve az állati gégebejáratot, nem a gömbölyded kis csúcsát látni a kannaporcznak, hanem sagittalis irányban álló nagy tarajokat. Egyébiránt az állatban az egész kannaporcz sagittalis irányban sokkal terjedelmesebb; az emberi formához való közeledést csak majmokon találunk.

Nézzük már most, hogy a hiatus intervocalis miféle zavart okoz az állat hangképzésében. A phonatio közben a légszöböl föltóduló és feszültség alatt álló légoszlop mindenestre két irányba oszlik el. Az egyik része a zárt hangszalagrés alá, a másik a hiatusba tolul. A hiatus megtelik levegővel, mely ugyanoly légnomású, mint a hangszalagok alatti. Ellentállás nélkül azonban a levegő a hiatusból sem távozhat kifelé, mert a kannaporcz homorúsága nem terjed egészen a felső széléig, hanem a kannaporcz taraja, mely résztvesz a gégebejárat alkotásában, már alkalmas arra, hogy a másik oldalival zárást hozzon létre (l. 4. ábra). Lényegé-



4.

Öz. A jobb gégefél belülről.

(E) epiglottis, (S) a kannaporcz taraja (Santorini-porc), (*h*) a kannaporcz vájolata, (*v*) hangnyulvány, (*i*) m. interarytaenoides.

ben véve tehát phonatio alkalmával a hiatus magasabb nyomású levegővel megtelt, lefelé nyitott, de úgy elül, mint hátul, valamint felül is elzárt pneumatikus üreg, a melynek levegője csak akkor repeszi meg a felső elzárást, a midőn a tüdőből felnyomuló levegő a nyomást megfelelő fokra növesztette. Ez esetben minden valószínűség szerint a kannaporcz tarajait, tehát a gégebejárat egy részét csak úgy fogja rezgésbe hozni, mint a hangszalagokat. Világos, hogy tiszta, különösen pedig zenei értelemben vett tiszta hang így nem jöhet létre, mert a gégebejárat mellékörejei jelentékenyen zavarják a hangszalagrezgések hangját.

Vegyünk tekintetbe egy másik lehetőséget, a mely úgy látszik szintén előfordul, azt t. i. hogy a gégebejáratban erősebb az az izomerő, mely a kannaporczok tarajait egymáshoz sajtolja, mint az az erő, a mely a hangszalagokat adductióban tartja. Ugyanis az állatok egy része igen erős izomhúrokkal rendelkezik a gége bejáratában, másrészt pedig a nyeldekli izomzata is erősen zárja a gégebejárat porczogós részét. Lehetséges tehát, hogy a pneumatikus üreg levegője nem bírja megrepeszteni felfelé a zárást. Megrepeszti tehát elül, vagyis közvetlenül a hangszalagok mögött. A légnomása csak ugyanoly magas, mint azé a légoszlopé, mely alulról hat a hangszalag felületére, tehát, ha a nyomás annyira megnő, hogy alulról megrepeszti a hangrészt, akkor a hiatus intervocalisból is meg bírja repeszteni a hangszalagok hátsó insertiójának zárását és létrejöhet egy apróbb exploziók sorozatából álló hangképzés, a minő a ló nyerítése, vagy pedig előállhat az az eset, hogy az állat már eleve apróbb exploziókra állítja be a hangszervét, a minő a kutya ugatása.

Még egy harmadik lehetőségre is kell gondolnunk, arra t. i., hogy a levegő jóval kisebb nyomással is megrepesztheti az ellentállást felfelé. Ez esetben fúvó melléköreinek kell képződnie, a mely elvegyül a hangszalag hangjával. De mind ez esetekben az egyenlőtlen légvesztés akadályozza annak, hogy egyenletes és lehetőleg ingadozás nélküli légnomás hozza rezgésbe a hangrészt.

Ezek az anatómiai viszonyok világot vetnek az állati hangszerv alantas voltára és annak némely sajátosságára. A hang nemcsak hogy nem lehet zenei tisztaságú, hanem ellenkezőleg olykor nagyon kellemetlenül rikácsoló; elég gyakran egyes hangexplosziók sorozatából áll, mintha az állat nem tudná soká tartani a hangot, néha pedig csak fokozatosan éri el az intendált magasságot és erősséget (pl. az oroszán előbb mintegy próbálja a hangját, a mig hangos phonatió-



ban éri el a tetőfokát). De az anatómiai viszonyok azonnal megértetik velünk azt is, hogy min alapszik az emberi hangszerv nagy fölénye az állatével szemben és a hang zenei tökéletessége is.

Abban rejlik ennek az oka, hogy a hiatus intervocalis eltűnt és a hangrés teljesen záróképesé vált.

A szóbanforgó hézag az állati hangrésben mindaddig ismeretlen maradt, noha az anatómiai vizsgálatokon kívül számos élettani kísérletet is végeztek az élő állaton oly célból, hogy az izmok beidegzését és a hangképzés mechanizmusát tanulmányozzák. Tehát elég alkalom nyílt volna a hangrés megfigyelésére és ha a leírt hiatus mégsem tűnt fel eddig senkinek, ennek az oka egyrészt az, hogy éppen a kutyán, a mely e kísérletekre majdnem kizárólag szolgált, a hangrés hézaga aránylag jóval kisebb is, másrészt pedig, mint említve volt, a glottis zárása alkalmával a kannaporczok felső szélei egészen egymás mellé illeszkedvén, ezek eltakarják szemünk elől a rést. Csak az állat mély belégzésekor lesz láthatóvá a kétoldali vájulat, de mivel felülről nézünk a hangrésre, ez természetesen sokkal kevésbé lehet feltűnő, mint a kettévágott gége megtekintésekor.

Az állati hangképzés tökéletlen voltát a hangrés tökéletlen zárásából magyarázom ugyan, de mégis tekintetbe jöhetnek más tényezők is. Ilyen az a körülmény, hogy az emlősök gégegyílása az orrgaratüregben fekszik. Midőn az állat hangot produkál, ezt kinyitott szájjal (resonator-toldalékkal) teszi és így előbb kénytelen a géget az úgynevezett isthmus nasopharyngealisból, mely az emlősök specialis tulajdona, lefelé húzni, hogy a szájlégzéshez beigazítsa. A jelzett isthmusban pedig a gége beékelése a különböző fajok szerint lazább vagy szorosabb. Lazább a ragadozóknak és így ezek kevesebb izomerővel és gyorsabban is bírják a gégegyírást a kinyitott szájuüreghez adaptálni.

Tekintetbe kell továbbá venni a különböző beidegzést s az idegközpont különböző szereplését, más szóval tehát az állat intelligenciáját is. Kétségtelen azonban, hogy a beidegzés a végkészüléket csak annyira és oly módon tudja működtetni, a hogyan az szerkesztve van, tehát alkalmazkodni kénytelen annak képességéhez. Viszont pedig a végkészülék fejlődésképesége és kihasználása az idegimpulsusoktól függ és így az innervatio vagy mondjuk az értelmi szándék egyrésztől és a végkészülék tökéletessége vagy fogyatékosága másrésztől, kölcsönösen függ egymástól. Hogy a kettő közül melyik az elsődleges, arra nem térek ki, mert előadásom tárgya csak magának a hangszerkezetnek anatómiai vizsgálata.

\* \* \*

A kannaporcz medialis felületének kivájsága az emlősök osztályainak egymásutánjában nagyon érdekes, ha azt fajtörténeti szempontból vizsgáljuk.

Látjuk, hogy a patásokon ez a vájulat mély és majdnem élesen határolt árok, mely felülről lefelé terjedve, a medialis felületnek jelentékeny részét foglalja el. Ezen állatok gégegyírási irányban növekedett meg. Más állatokon, mint pl. a húsevőkön, az árok elülről hátra, tehát sagittalis irányban terül el, de a gége is ebben az irányban növekedett erősebben.

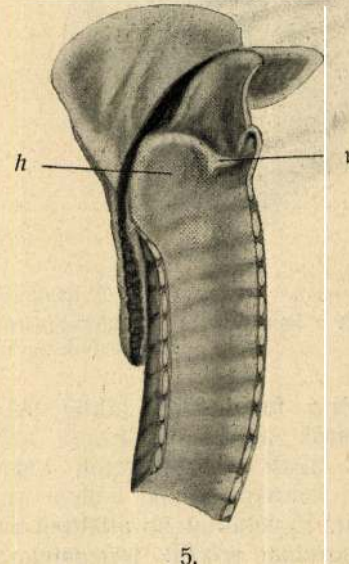
Ezeknél a különbségeknél sokkal fontosabb azonban egy másik körülmény: mennél alacsonyabbfokú az állatfaj, annál nagyobb területet foglal el a vájulat az aryporc medialis felületén, míg nem a legalsóbb rangú emlősök kannaporca egészében homorú porczlemez alakjában jelenik meg.

Az ősi emlősök két legrégebb élő képviselője: az ornithorynchus és echidna mindaddig nem állott rendelkezésre, de tüzetesen és részletesen vannak leírva Göppertnek (Heidelberg) egy nagyobb dolgozatában. A placentálkülieliek közül csupán a halmaturus (kenguru) és petrogale penicillata gégegyírást vizsgálhattam meg néhány példányban. A kannaporczok ezekben az állatokban is még a gége ürege felé homorú porczogós lemezek alakjában találhatók meg, melyek főleg sagittalis irányban nagyon terjedelmesek, még pe-

dig annyira, hogy ezek alkotják majdnem kizárólag a gége üregének oldalsó falait.

Majdnem két kagylófélhez hasonlíthatók, melyeknek nyilvánvaló rendeltetésük az, hogy külső összenyomás ellen megvédelmezzék a gége belsejét; csakúgy, mint a gyűrűporcz vagy a légcsőgyűrűk. (Ez utóbbiakkal egyébiránt fejlődésük tekintetében is homolog képletek, mert ugyanegy primitív porczogóból bontakoznak ki és tagolódnak szét a gyűrűk és a kannaporczok.)

A kannaporcz elülső széléből vékony, rövid nyalkahártyaredő húzódik a pajzsporcz elülső szögletéhez. Ez a primitív hangszalag, mely még nem tartalmaz izmot (5. ábra)



Halmaturus (känguru). A bal gégefél belülről. (v) a primitív hangszalag, (h) a kannaporcz vájulata.

és a gége nyilírányú átmérőjének alig teszi  $\frac{1}{5}$  részét. Ezen állatoknak tehát alig van hangrésük, mert a szalagos hangrés primitív és rövid; ennél négyszerte hosszabb a porczogós hangrés, ez azonban erősen kivájt. A kannaporczok csak a felső peripheriájukkal birnak zárást létrehozni és ezáltal a gége bemenetét idegen anyagok behatolása ellen megvédelmezzik; a gége ürterében pedig csak homorú felületükkel közeledhetnek egymás felé, úgy hogy az egész hangrés helyét egy hiatus intervocalis foglalja el. A homorú porczlemezek tehát jól elzárják a gégegyírást (aditus laryngis), de nem alkotnak záródó glottis cartilagineát.

A valamivel magasabb fejlettségi fokon álló, placentával bíró emlősök közül tekintsük például a foghíjasok osztályába tartozó *Orycteropus capensis* gégegyírást. Itt a hangszalag még eléggé primitív, de már hosszabb, a kannaporcz a gége belseje felé homorú, de terjedelme már redukálódott; mindamellett a kivájt porczogós hangrés sagittalis irányban elég hosszú, még egyszer oly hosszú, mint a hangszalag.

Minél fejlettebb emlősosztályt vizsgálunk, annál inkább találjuk már a kannaporcznak, tehát a porczogós hangrésnek reductióját, a mivel kapcsolatban a hangszalag hosszabb lesz és kifejlődik a tulajdonképpeni rima glottidis. Ugyanekkor már kifejlődött a kannaporcz hangnyúlványa is, melyre a hangszalag tapad, a medialis homorúság pedig kisebb területre szorítkozik. A hangnyúlvány csúcsa, mely a hangszalag rugalmas állományával összeforrott, adductio alkalmával a hangszalaggal egyetemben már kifogástalanul zár és csak mögötte marad a hangrés hátulsó részében hézag. A míg tehát a halmaturusban az egész hangrés egy mindig nyitottan maradó hézag, addig az *Orycteropus*ban csak hátulsó kétharmadában, a medvében, lóban csak hátulsó negyedében, a szarvasban csak hátulsó ötödében marad fenn hézag és a sertésben a hézag a hangrésben még kisebb. De éppen ezáltal még feltűnőbb; mert sokkal inkább ötlük szembe a hézag a különben jól záró hangrésnek hátulsó részében, mint olyankor, a mikor a hangrés majdnem egészében hézagos. (Ez



utóbbi esetben egyébiránt a hangrés hiánya fel sem tűnik, mert ha a géget két oldalról összenyomjuk és alulról beledéjük, akkor teljes elzáródást lehet látni. De ez a zárás nem a hangrésben megy végbe, hanem az aditus laryngisben, a melyben a kannaporczok felső peripheriái két oldalról hézag nélkül egyesülnek.)

Elérkezvén a majmokhoz, ezeken a kannaporcznak már oly reductióját és a hangszalagnak oly meghosszabbodását találjuk, mint az emberi gégeben. De a hangrés porczogós részében a teljes záróképeség még nem jött létre és a felezett gégeben a kannaporcz medialis felületén mindig látni még egy változó méretű sekély, keskeny árkot. Vizsgálataim anyaga többféle *cercopithecus*, *macacus*-féle, *cynocephalus*, *hapale* és *csimpánz* gégeje volt. Azt kell azonban megjegyezni, hogy egyes családokban (vagy talán csak egyénekben?) a hézagot már csak alig lehet vagy éppen nem lehet constálni. Az egyetlen csimpánz-gégén (*trogodytes niger*), mely gyűjteményemben van, valóban nehéz eldönteni, marad-e a hangrés hátsó részében vékonyabb kis hézag az erősebb adductio alkalmával.

A hézag tehát, ha meg is van, mindenesetre már nagyon kicsiny. Mindamellett azt lehet mondani, hogy a hangrés a teljes záróképeségét — noha egyes majmokban már jelezve találjuk — csak az emberi gégeben éri el. Sőt az emberben is megmarad még némi nyoma a hiatus intervocalisnak, mint a fajbeli fejlődés emléke; mert bár a két kannaporcz és a kétoldali hangnyúlvány záróképes, mégis csak a nyálkahártya segítségével lesz a zárás teljessé. Ha a nyálkahártyát a porczogóról lekészítjük, akkor — a mint már *Zuckerlandl* is megemlíti — vékony hézag marad meg a hangnyúlványok alsó szélei közt.

Azt látjuk tehát, hogy a *faj történet menetében az emberi hangporcz egy igen széles, belül homorú porczlemezről redukálódott, a minőt találunk az alsórangú emlősökön* és a mely ezeken nyilvánvalólag a gége oldalfalainak védelmére és a gégebéjárat elzárására szolgál, de a glottisképződést homorú alakjánál fogva lehetetlenné teszi. A *porczogó visszafejlődésével viszont a szalagos hangrés indult erősebb fejlődésnek és egyúttal lassankint lefelé tolódott a gégecső belsejében; a hangporczogónak medialis vájzata mind kisebb felületre szorított, míg nem az emberben egészen eltűnt, vagy oly minimalisra fejlődött vissza, hogy többé nem jön számba.*

Az emberi hangszerv fölényes működésének anatómiai magyarázatát tehát abban találjuk, hogy a szalagos és porczogós hangrés kifogástalan együttműködése tökéletesen záródó és zenei rezgésekre is alkalmas hangrészt tud létrehozni.

Csakis miután ez a phylogenesisben eléretett, következhetett be a hangszervnek finomabb különbségekre és változatos erősségű, valamint különböző zenei jellegű hangokra való beállítása.

Ezzel kapcsolatban egyszersmind azt tapasztaljuk, hogy az emberi *m. thyreo-arytaenoideus* és ennek a hangszalagállományba beékelődő részlete: a *m. vocalis bonyolódottabb szerkezetűvé válik.*

Bárha az emlősökben ez az izom állandóan megvan, még pedig — az ősi emlősök primitív berendezésétől eltekintve — szintén szoros kapcsolatban a hangszalaggal, a melynek az erős *musculus vocalis* mintegy tartalmát teszi, és bár az izom egyes nyalábjai nyilvánvalólag a működésbeli differenciálódással kapcsolatban külön vannak tagolva: mégis az emberi hangszalagizomhoz viszonyítva, homogen és nagyjában párhuzamosan futó nyalábokból áll. Csak az emberben, a hol a hangszalagok már a durvább izomműködéssel is jól rezgő sípnyelvek módjára állíthatók be, alakult ki a hangszalagizomnak finomabb tagoltsága és az izomnyalábocskáknak rendkívül komplikált, különféle irányban való elosztódása. A míg az állat hangképzés céljából a hangrészt izomerővel csakis elzárni iparkodik, addig az emberi gégeben a hangrés teljes elzáródása aránylag könnyen hozható létre és most már mintegy mikrometerszavár finomságával van módjában a hangszalagizomnak a finomabb hangkülönbségeket beállítani, a midőn az egyes nyalábok hol szélesebbre vagy keskenyebbre,

hol hosszabbra vagy rövidebbre mérik a rezgő zónát, avagy az egész hangszalagot tömörebbé is alakítják. A *musculus thyreo-arytaenoideus* komplikált rostozata az emberben másodlagos fejlődési tulajdonság, a mely csak akkor alakulhatott ki, a mikor a hangrés már jól záródott és az izomnak már módjában volt finoman tagolt munkát végezni és mikor a változatos beállítási különbségek eszközzésére az idegközpontból is már finomabb árnyalatokban váltakozó impulsusok jutottak hozzá.

Önkéntelenül felmerül a kérdés, *van-e az állatoknak valami előnyük abból, hogy a hangrésük hézagos, vagy jobban mondva, hogy a hangporcz medialis felülete kisebb vagy nagyobb mértékben kivájt?* Erre azt kell mondanunk, hogy ez a légzés céljából előnyös; mert kétségtelen, hogy az excavatio folytán a rima glottidis tágabbá lesz és belégzés alkalmával szélesebb utat nyit a beáramló levegőnek. A hangrésnek különösen a hátsó részlete, a porczogós hangrés az, a mely leginkább nyílik szét belégzéskor, a miért glottis respiratoriának is nevezték el és csak nagyon természetes, hogy ha ennek oldalfalai árokszerűen kivájtak, ezzel még jobban kitágul. A különbség nem is oly csekély, mert ha csak néhány millimeter mélységű is mindkét oldalt az excavatio, ez által a rima glottidis haránt átmérője már felével megnövekszik. De még jóval szélesebbre is válik némely állaton.

Alsóbb fokon álló emlősökön ez a kivájtág nem látszik oly mélynek, mint pl. a lovon vagy szarvason, de viszont jóval nagyobb az a felület, melyet elfoglal. A mint említve volt, ezeken a hangrés nagyobb részlete, sőt majdnem az egész hangrés porczogós, a porczogó pedig a gége belseje felé homorú felületet fordít.

Továbbá az sem lehet vitás, hogy a légzés gyuladással szemben ellenében jobban van biztosítva az excavatio következtében. Mert a nyálkahártya vékonyan és szorosan odanöve fedti a hangporcz homorú felületét és nem tud nagyobb mértékben megduzzadni, úgy hogy a tág glottis respiratoria nem egykönnyen fog az állatban bedagadni. Olyan subglottikus gyuladásokat, melyek az embert fulladás veszélyébe döntik, az állat még mindig jól elviselhet tágasabb hangrésével.

De viszont a hangrés tágassága, vagy, a mi ugyanazt jelenti, a hangrés hézagos volta hátráltatja a hangképzést. *A mily arányban visszafejlődik a hangrés hézaga, ugyanoly mértékben veszít a gége belégzési kapacitásában, de viszont nyer hangképző értékében.*

Ha ezeket fontolóra vesszük, de még egyéb körülményeket is, melyeket a gégebejáratra vonatkozólag más helyen ismertettem, akkor azt kell mondanunk, hogy a *gége volta-képpen légző szerv* és eredetileg csakis erre a célra volt berendezve; hangképző tulajdonsága csak másodlagos fontosságú és csak később fejlődött és tökéletesedett. Tehát voltaképpen oly szelep, mely a légső és táplálócső találkozásának helyén a légső elé van igtatva és arra szolgál, hogy a légzést biztosítsa, de mégis szükség esetén a légző csövet el is zárhassa az idegen anyagok behatolása ellenében. Hangot képezni a legelső rendűekben még alig tud, a fejlettebb emlősökben már alkalmassá vált egyes harsányabb hangok képzésére, de még mindig majdnem kizárólag a légzést szolgálja. Az emlősök világa voltaképpen többnyire hallgató és csak szükségből szokott megszólalni. Az általunk közelebből ismert rágcsálók közül pl. a házinyúl végig éli az életét hangképzés nélkül, a patások naphosszat legelnek csendben, épp így a vastagbőrűek. Csak a ragadozók, különösen a kutya, szokott temperamentumának hangképzésben is kifejezést adni és a majmok használják már nagyobb változatokra is kifejlett hangszervüket. Az emberi gégeben a hangképzés mechanizmusa rendkívül nagy mértékben tökéletesedett, de viszont a belégző kapacitás kisebbedett és a gége jobban is van kitéve veszélyeknek, a minők gyuladások és izombénulások alakjában jelentkehetnek.

Az ember tehát, éppen úgy mint érzékszervei, támadó és védelmi eszközei tekintetében, légző képességére nézve is tökéletlenebb, mint az állat és mind e fogyatékoságokat intelligenciájával kénytelen pótolni.



## A metatuberculosis kórállapotokról.

Irta: *Benedict Henrik* dr., egyetemi magántanár, közkórházi főorvos.  
(Vége.)

Metatuberculosisoknak nevezhetjük még azokat az *izületi elváltozásokat*, melyek a gümőkórosok későbbi életéveiben gyakoriak. Élesen különválasztandók azoktól a hevenyebb, lázzal járó, a sokizületi csúz enyhébb formáira emlékeztető rheumás megbetegedésektől, melyek a gümőkór secundaer stadiumának egyik sajátos nyilvánulása. Ez utóbbiak rendszeren korán állnak be, még mielőtt a gümőkór klasszikus tertiaer formái, a tüdőtuberculosis vagy más granuláló és széteső góczmegbetegedés manifestálódtak volna. Az itt tárgyalandó metatuberculosis elváltozások azonban akkor mutatkoznak, a mikor a gümőkór már rég levetette az álarczát, sőt a mikor néhány látszólag zavartalan év a gümőkört elfelejtette. Az izületi elváltozások így lassan, lappangva, lázas mozgalom nélkül fejlődnek ki. A savófelhalmozódás nem erős, de állandó; az izületi tok, a periarticularis képletek megvastagodása és utólagos zsugorodása erős deformációkra, az ízület rostos rögzítésére vezethet. Nem ritkák a valóságos ankylosisok. Az epiphysisekben osteoporosis, sclerosis és hyperostosis folyamatok játszódnak le. Bizonyos spondylosisok szintén ide tartoznak. A tüdő állapota fibrosusan gyógyultnak látszik: a betegek láztalanok, az egyik vagy másik tüdőrézlet compact légtelen hegesedés képét mutatja. Gyakoriak ebben a formában a pleuralis kérgesedések is. A betegek többnyire véznák, vérszegények, de gyakran látam őket oly jól tápláltaknak és piros pozsgásoknak, hogy az izületi bajuk megtekintésekor köszvényes eredetre kellett gondolnom.

Az arthritis deformans-szerű kórképek metatuberculosis jellege *Köhler* definitiójában igen szépen jut kifejezésre: „Az izületvégek gyógyult lobos folyamatai, pl. gümőkór eseteiben, az arthritis deformans keletkezésekor fontos szerepet játszanak. Ezen folyamatok olyasmint hagynak hátra az izületi végekben, a mi nem absolute kóros, hanem a mit az illető ízület élet-tani funkciói gyengülésének kell neveznünk. A csonttömegek engednek a tehernek és a húzásnak, a porcogók lekopnak és lecsiszolódnak, az izületi tok zsugorodik és ránczosodik, kis részek leválnak és szabad izületi testekké lesznek stb.“

Felsorolásom távol van attól, hogy teljes legyen. A zavaróan gazdag casuistikából, melyet a gümőkór-betegek a későbbi évtizedekben nyújtanak, midőn a gümőkór mint fertőző folyamat már megszűnt működni, midőn azonban az eredeti betegség helyébe más, már nem fertőző, de klinice determinált, néha feltartóztathatatlan és halálos kórállapotok léptek, csak néhány különösen frappáns typust akartam kiemelni. Ezen típusok természetesen nem fognak mindig tisztán élni tárulni. Igaz: gyakran fognak egymás közt szövődni; igaz: még gyakrabban előfordul, hogy az eredeti gümős fertőző folyamat ugyanebben a szervben vagy más szervcsoportban idősült tertiaer formában még fennáll; sőt néha azt látjuk, hogy sub finem vitae a valahol lappangó gümős folyamat ismét életre kel; hogy az emphysema, idősült nephritis, pericardialis synechia, idősült arthritis miatt kezelt betegeken a gümőkór néhány héttel a halál előtt még egyszer és utoljára leveti az álarczát; hogy a betegség, mely egy emberöltőn át annyiszor változtatta az aspectusát, végaccordképpen mint gyorsan élő tuberculosis, mint napokig tartó miliaris gümőkór jelentkezik.

De vannak a sor végén álló *tiszta esetek*, melyekben a leírt kórállapotok teljes önállósággal bírnak és ezen határesetekből merítem a jogcímet arra, hogy ezeket mint *metatuberculosisokat* különválasszam.

\* \* \*

Midőn most a fenti részletezés alapján a metatuberculosis kórállapotok együttes összefoglaló jellemzéséhez hozzáfogok, visszatérek kiinduláspontomhoz: a gümőkór és a syphilis cyclusos lefolyásának összehasonlításához, a metatuberculosis és a metasyphilis egyes közös jellemvonásaihoz.

Hogy egy kórállapotot *metatuberculosisnak* nevezhesünk, kell hogy a fertőzés eredete és az illető betegség nyilvánulásai közt hosszabb időköz lett legyen. A lueses fertőzés és a tertiaer syphilis közt 5 vagy 10 év van; a lueses fertőzés és a metasyphilis tabes, paralysis, aneurysma és májcirrhosis közt 10 vagy 20 év fekszik. A gyermekkori gümőkóros fertőzés és a tertiaer tüdőgümőkór közt szintén hosszú idő, 10—15 év múlik el, de a metatuberculosis kórállapotok még később állanak elő; ezek a harmadik, negyedik és ötödik életdecennium betegségei. Vajjon az illető egyénnek *absolute* magasabb korá szükséges ahhoz, hogy előálljanak, vagy vajjon a fertőzésnek csak bizonyos időn át kell a szervezetben időznie, hogy ezen metatuberculosis szervreakciók keletkezessenek, nem könnyen eldönthető kérdés. Én az utóbbi lehetőséget valószínűbbnek tartom, mert a mint a juvenilis tabeseket és paralysiseket korán szerzett vagy veleszületett lues mellett láthatjuk, éppen úgy mutatkozhatnak ezen metatuberculosis megbetegedések néha-néha a második életdecenniumban, hogyha a gümőkóros fertőzés világhozott vagy a zsenge gyermekkorban szerzett.

Ha az elfogulatlan klinikai megfigyelés a metatuberculosis kórállapotoknak ugrásnélküli, átmenetes jelentkezését deklarált gümőkóros betegeken biztosan állíthatja, jóval bizonytalanabbá válik a helyzetünk, ha a problemát aetiológiai élességgel akarjuk felállítani, mert a kórbonczolástani és kórsvéttani elváltozások, melyek e kórállapotok substratumát alkotják: a pericardium és pleura kérgesedése; a sorvadtt és rugalmasságát vesztett tüdőszövet, szétszórt rostos és elmeszesedett kötőszövetzigeiteivel; a máj peri- és intrahepatikus idősült kötőszövetképződése a májsejtek elfajulása mellett; az idősült nephropathiák parenchymás és zsíros elfajulása stb. teljesen nélkülözik a specifikus gümőkór kórsvéttani jellegét, a gümőt és ennek metamorphosisait. A gümöbacillust épp oly kivételesen fogjuk ezekben található, mint a spirochaeta pallidát a paralysisek agyban, a már kifejlesztett aneurysma-falzatban vagy az orchitis hegben. Azok az esetek tartoznak a kivételek közé, melyekben a bacteriumok degenerált, avirulens formái még megtalálhattak, vagy melyekben ezen termékek bacteriumos eredete a post mortem megejtett állatkísérlet által igazolható.

Sőt még ezekben az esetekben sem biztos a következtetésünk, mert a gümöbacillusok utólag is kerülhettek a betegesen elváltozott szervekbe. Mégis bizonyos valószínűséggel mondhatjuk, hogy a metatuberculosis elváltozásoknak a *gümős fertőzéstől való direct leszármazása háromféleképpen történhetik. Először* úgy, hogy a gümőkór korábbi stadiumaiban, többnyire a betegség secundaer phasisában *valóságos gümős elváltozások* létesültek, melyek a virulencia csökkenésével specifikus jellegüket elvesztették és lassan banalis reparatív folyamatoknak adták át a helyüket. *Másodszor* úgy, hogy a bacteriumok kezdettől fogva kisszámúak és csekély virulentiájúak lévén, specifikus elváltozásokat kezdetben sem tudtak létesíteni. *Harmadszor* úgy, hogy másutt levő valóságos gümős szervekben *toxinek* képződnek, melyek távolabbi szervekben vagy szövetekben degeneratív, sclerotizáló stb. elváltozásokra vezetnek.

De szóba jöhet a *gümőkóros fertőzés* mint a metatuberculosis elváltozások *indirect forrása* is, még pedig az idősült fertőző betegség okozta *dyskrasia* révén, ha ezen régi kifejezés alatt az egyes sejtcsoportok functionális egyensúlyának, a szervek altruismusának a zavarát értjük. Hosszantartó idősült kórállapotokban ezen tényezőkhöz láncolata nehezen áttekinthető. De elég átlátszó *Hansemann* példája a gümőkórosak májelzsirosodásáról, a mely a beteg tüdő csökkent légzési felületéből, az ily módon redukált oxygenfelvételtől és lezállítóit zsírbontásból egyenesen leszármaztatható.

Be kell vallanom, hogy a klinikus szempontjából ezek a kérdések csak másodrangúak: előadásomnak célja nem is az, hogy általános érvényű pathogenetikai alapelveket konstruáljak, hanem az, hogy az életben gyakran előforduló klinikai profilokat rajzoljak. Egyelőre azt kell mondanunk, hogy az egyoldalú aetiológiai szemléleti mód ezen kérdésekben nem



fog bennünket nagyon előrevinni és *Hansemann* megváltás-ként ható könyve után tényleg itt is a „*conditionalis gondolkozás*“ fog nekünk Ariadne-fonal gyanánt szolgálni. A metasymphilises megbetegedések oka szintén nem a syphilises fertőzés, hanem csak egy, igaz többnyire determináló, *feltétele*. A legirányadóbb kutatók ma is a tabes és paralysis keletkezésére nézve még más, hol endogen, hol exogen factorokat tartanak irányadónak. 15 évvel ezelőtt *Krafft-Ebing* „*Syphilisation und Zivilisation*“-ja volt egy szívesen hallott aetiologiai formula; *Edinger* elmélete, mely a syphilis mellett az idegelemeknek használat által okozott deconstitúciójára helyezte a fősúlyt, most sincs ad acta téve; legújabban a veleszületett endogen dispositionnak, a belső elválasztásoknak bizonyos rendellenességeit is számítják a tabes feltételeihez, természetesen a syphilisen kívül.

A *metatuberculosis megbetegedések létrejöttének is vannak factorai, a melyek a gümős fertőzésen kívül esnek*. Kétségtelen, hogy ezek részben endogenek, alkatiak. Legáltalánosabban kifejezve: a betegnek először oly alkattal kell birnia, hogy a tuberculosis fertőzést túlélje; csak úgy léphet a metatuberculosisok sorába. Bizonyos kórfarmák, pl. hepatitisek, idősült arthritisek és polyserositisek kifejlődésekor a rostos kötőszövet képződésére való hajlam a *conditio sine qua non*, melyről tudjuk, hogy a későbbi életkor félig-meddig physiologiai tulajdonságaihoz tartozik. Az astheniás alkatú, splanchnoptosisos emberek atrophias gastritissel fognak a gümőkórral folytatott harcából kikerülni. Nem mindenki, kinek tüdőgümőkórja pleuralis összenövésével vagy peribronchialis megvastagodásokkal végződött, lesz asthmássá, hanem csak az, kit az autonom idegrendszer veleszületett ingerlékenysége erre praedestinált. A metatuberculosis emphysema létrejöttéhez talán még a rugalmas tüdőelemek veleszületett gyengesége, a bordaporczok korai elfajulási hajlama szükségeltetik.

Az *exogen segítő feltételek* szintén sokfélék és az egyes metatuberculosis kórállapotok szerint változók. Említtem az alkoholismus és gümőkór együttműködését a szövetségi májlob kifejlődésekor, a nem specifikus hurutok, a másodlagos hörgőtágulások szerepét a cardiopulmonaris typus, egyes streptococcus-fertőzések szerepét bizonyos nephropathiák keletkezése körül.

A feltételek sokfélesége az előadásomban közelebből nem érintett metatuberculosis *neuritisekben* tűnik szembe; egy részükben még az alkohol is szerepel, más részükben a trauma a kiváltó momentum. Az *alvás alatt előálló traumás radialis hűdések nagy része idősőbb gümőkórosokon fordul elő*.

\* \* \*

Ha a metatuberculosis megbetegedések *közös klinikai vonásait* akarjuk kiemelni, akkor a fősúlyt egy negativumra kell helyezni: ezek a kórfarmák már nem birnak a fertőző betegség klinikai kriteriumaival. Kifejezett esetekben láztalan lefolyást találunk. A kórtünetek tisztán csak a megbetegedett szervek megváltozott vagy csökkent funkciójának a függvényei. Az idősült gümős bélszűkület csak mint szűkület fog hatni még akkor is, ha a rostos tömeg itt-ott még specifikus szövetelemeket, gümöket, elsajtosodott részeket tartalmaz. A nephropathia okozta uraemia tisztán csak a vizeletelválasztó elemek kisebb vagy nagyobb pusztulásától fog függni, akár vannak még szétszórt gümős elváltozások a többi szervben, akár nincsenek. De ha egy metatuberculosis megbetegedés folyamán maga a gümős specifikus folyamat akár a beteg szervben, akár másutt ismét fellobban és a betegség idősült menetét keresztezi — sajnos igen gyakran a *crux mortis* értelmében —, akkor ez mindenesetre egy okkal több arra, hogy az eredeti idősült kórállapotot utólag metatuberculosisnak ismerjük el.

Egy okkal több, de semmiképpen sem döntő bizonyíték. Épp oly kevésbé az, mint az *előző* gümős megbetegedés vagy más szerv egyidejű gümős megbetegedésének kimutatása. Biztos kórjelzésről csak ott lehet szó, a hol a metatuberculosis kórállapotnak a gümőkórosból való fejlődését minden kétsé-

get kizáró módon követhetjük; ha például pericardialis összenövés okozta szívgyengeségben évekkal ezelőtt ki tudtuk mutatni az ezt létesítő polyserositisnek *gümőkóros* voltát; ha évről-évre követhettük, miként fejlődik a tüdőgümőkór gyógyulásával a mellkas merevedése, a tüdő kóros tágulása.

Az orvos, a ki már kész kórképet kap, többnyire csak *valószínű diagnosisokat* fog felállíthatni. Sőt ha abban a helyzetben van, hogy kórjelzéseinek egy részét obductiók által ellenőrizheti, még a kórbonczolótól sem várhat abszolút felvilágosítást, épp oly kevésbé, a mint a bonczolás és a legszorgosabb szövettani vizsgálat sem tudja mindig megnyugtanni a klinikust aziránt, vajjon az általa észlelt tabes vagy paralysis metalueses eredetű volt-e vagy sem.

A specifikus biologiai reakciók, a subcutan és kötőhártya-reakciók ezekben az esetekben igen gyakran hagynak cserben. Néha csak nagy adagokra kapunk reakciót, néha egyáltalán nem, dacára annak, hogy biztosan gümőkór-viselt egyénekkel van dolgunk. Ezen többnyire idősőbb emberek, kik évtizedeken át impraegnálódtak tuberculinnal és kiken a cachexia bizonyos fajtája akárhányszor kimutatható, már különösen érzéketlenek a tuberculinnal szemben. De ha egyszer meg is kapjuk az erős positiv reakciót, ez szintén nem mond túlsokat, legfeljebb azt, hogy ez valahol még erősebb aktivitású góczok vannak a szervezetben. Ha a tuberculinbefecskendezés egy metatuberculosisan afficiált szervben reakciót vált ki, akkor ez azt mutatja, hogy az activ gümőkór ott még nem tért nyugalomra, éppen úgy, mint a *salvarsan* is gyakran tud fejlődőfélben levő tabes eseteiben *Herxheimer*-féle reakciót kiváltani, az inveterált, befejezett tabes-esetekben azonban nem.

A metalueses és metatuberculosis megbetegedések további közös vonása az, hogy az eredeti fertőzés nem tartozott a legsúlyosabbak közé. Tudvalevő dolog, milyen ritkán találjuk kifejezett tabes eseteiben a súlyosabb tertiar lues akár klinikai, akár kórbonczolástani jeleit. A metatuberculosis betegek szintén nem a súlyos phthisisek sorából kerülnek ki; inkább a jobbindulatú, lassú lefolyású, induratióra hajló formák szokták a metatuberculosis folyamatok talaját előkészíteni.

\* \* \*

Ezen állapotok *therapiájában* a legfontosabb kérdés az, vajjon szorulnak-e még specifikus kezelésre? Lássunk-e ezekben a betegekben még gümőkóros egyéneket, vagy szorítkozzunk-e a megbetegedett szervek funkciós kezelésére és a másodlagos ártalmak távoltartására? Általános szabályokat felállítani rendkívül bajos. Minden esetben újból eldöntendő, vajjon a metatuberculosis elváltozások már teljesen kifejlődtek, vajjon már befejezett kórbonczolástani állapotokkal van-e dolgunk. Ott, a hol a gümős elváltozások mintegy szemünk előtt kerülnek kifejlődésre; a hol pl. erős tuberculinreactio révén okunk van felvenni, hogy a gümőkór vírusa akár bacteriumok, akár toxinok útján még munkálkodik, ott a specifikus kezelés mindenesetre ugyanolyan jogosultsággal bírhat, mint az antilueses kezelés egy keletkezésben levő tabes- vagy paralysis-esetben. De természetesen felesleges, esetleg káros, egy emphysemához vagy synechiához kapcsolódó szívgyengeséget, egy uraemiás állapotot specifikusan kezelni, még akkor is, ha ennek metatuberculosis eredete kétségtelenné vált.

Bármilyen hiányos is az ezen előadásomban nyújtott összefoglalás, mégis terjedelmesebbé vált, semmint eredetileg terveztem; de így sem tudom, sikerült-e hallgatóim és olvasóim előtt plausibilissé tenni azt, hogy a metatuberculosis kórállapotok felvétele és elhatárolása bizonyos kényszerűséggel folyik abból a mind világosabbá váló párhuzamból, mely a gümős és lueses fertőzés között létezik és mely párhuzam csak a metatuberculosis kórállapotok felvétele által válik teljessé. De ha esetleg nem is sikerült volna Önöket levezetésem helyességéről meggyőzni, mégis köszönöm, hogy alkalmat adtak arra, hogy orvosi tekintetüket új kéretem belül az elősorolt változatos, mindnyájunk gyakorlatában bőven előforduló, de nem mindig kellően értékelt kórállapo-



tokra irányíthassam, azokra a gümőkóros betegekre, a kik a betegségük felett diadalmaskodtak, de úgy, hogy diadaluik Pyrrhus győzelmévé vált.

### A hypophysiskivonat alkalmazásáról 100 eset kapcsán.

Irta: *Fonyó János* dr., operateur-nőorvos, a II. számú sebészeti klinikum műtőorvosa.

(Vége.)

Hogy miért tartom annak kimondását, hogy a hypophysiskivonat teljesen veszélytelen szer, kissé korainak és elhamarkodottnak, kiderül a következőkből.

Már az irodalmi adatok között is olvashattuk egyik-másik szerző közlésében, hogy a hypophysiskivonat bizonyos esetekben a belső méhszájnak időelőtti záródását idézte elő. Sok esetben a méhnek tetanusos összehúzódásáról tesznek említést. Már fennebb közöltem, hogy *Hegge*, miután bizonyos esetekben a hypophysiskivonatnak alkalmazása után a fájásoknak viharszerű beálltát látta, ezeknek praeventiv enyhítésére scopolamin-morphint is adott subcutan. Lepényretentiókat is gyakrabban figyeltek meg, úgy hogy a szer rendkívüli dicsérete mellett méltán ütközhattünk meg *Rieck*-nek szavain, a ki azt mondotta, hogy a hypophysiskivonat alkalmazása a koraszülés és az abortus minden szakában kerülendő, mert könnyen állhatnak be állandó tonusos contractiók, a melyek a későbbi műtéti beavatkozást lényegesen megnehezíthetik, vagy veszélyessé teszik.

Egy esetben egy V. hónapos, folyamatban levő abortushoz hívtak, multiparához, a kin egy ujj számára átjárható rigid portiót, 39° C hőemelkedést, 140 pulsust, kiújuló hidegrázást és profus vérzést találtam. A folyamat mielőbbi befejezése céljából hypophysiskivonatot adtam subcutan. A rigid méhszáj azonban egyáltalában nem tágult meg 4 óra elteltével sem, mindamelllett, hogy contractiók elég sűrűn jelentkeztek. A cervix dilatatioja közben tetanust kaptam és az uterus kiürítése után a jobb parametriumba terjedő s a peritoneumig hatoló rupturát találtam. E ruptura kellő drainezés mellett szerencsére nem okozott complicatiókat, de a betegre nézve végzetessé is válhatott volna, különösen inficiált méhür mellett.

Éppen ez esetből kifolyólag bizonyos megütközéssel olvastam *Herzberg* eljárását, a ki placenta praevia eseteiben hypophysiskivonatot ad, majd metreurysissel kombinálja, azután fordít és extrahál.

Óva intek mindenkit ettől az eljárástól, különben keserves tapasztalatokat fog szerezni. Esetemből kifolyólag határozottan állíthatom, hogy a hypophysiskivonat alkalmazása intrauterin beavatkozások előtt semmilyen körülmények között sem ajánlatos.

Sokkal észszerűbb *Trassl* ajánlata, a ki bizonyára nem ok nélkül csak az előzetes beavatkozások után adja a hypophysiskivonatot. A szerző szerint pl. placenta praevia eseteiben, ha hosszfekvés van jelen, különösen pedig fejkézés, ha a szülés annyira haladt, hogy a nyakcsatorna megrövidült és a méhszáj nyitott, burkot repeszt és csak azután adja a kivonatot. Ha nagyobb lepényrészlet fekszik elül, kombinált fordítást végez *Braxton-Hicks* szerint, lehozza a lábat és csak a beavatkozás után adja a hypophysiskivonatot. Ha pedig a méhszáj még nem eléggé tágult, előbb metreurysist végez.

Láthatjuk mindezekből, hogyan alakul ki a hypophysiskivonat kérdése. Sejtették ugyanis azt, hogy bizonyos körülmények között a kivonat a fájásoknak rohamszerű jelentkezését idézheti elő, hogy multiparákon, a kiken az uterus kötőszövetben gazdagabb, a méhszáj rigid, a cervix nem tágul, a lepényi időszakban alkalmazva, a belső méhszájnak erős contractióját és a lepénynek incarceratióját idézheti elő és ehhez járul még esetem, a melyben a cervixet dilatalni voltam kénytelen és közben az uterusnak tetaniáját kaptam; mindezekből azt következtetem, hogy a kivonat ezen veszedelmes hatásánál

fogva leginkább csak egyenes fekvések, és ezek közül is inkább csak fejkézés fekvések esetén alkalmazható. Mindazon esetekben pedig, a melyekben beavatkozás van kilátásba helyezve, a szer alkalmazása csak a beavatkozás után eszközölhető. Mert a kéznek vagy a fogónál nagyobb műszernek bevitele az uterus ürébe annak tetanusos összehúzódását és akarva-nem akarva annak rupturáját idézheti elő. Medenczevégű fekvés esetén, ha a láb fekszik elül, vagy az könnyen lehozható, a hypophysiskivonata alkalmazható. De ha a lábak fel vannak csapva és kilátás van arra, hogy a lábért fel kell mennünk az uterusba, a szert csak a beavatkozás után tanácsos alkalmazni. Éppen úgy nem alkalmazható a szer sem külső, sem belső fordítás előtt, a ruptura veszedelme miatt. Kar- és köldökzsinór-előesés esetén csak a repositio és a burokrepszítés után alkalmazunk hypophysiskivonatot. Hasonlóképpen nem tanácsos a szer alkalmazása perforatio, decapitatio, embryotomia, keresztfekvés, fordítás előtt, túlnagy magzatnál és szűk medenczénél 7½ cm.-en alul, szóval mindazon esetekben, a melyekben a méh ereje a szülés elvégzéséhez nem elegendő.

Ellenben jól alkalmazható és indikált a szer alkalmazása a fejkézés bármely fajtája esetén s ezen esetekben sokszor bámulatos gyors eredményt fogunk konstátálhatni; farvégű fekvések esetén, ha a lábak fekszenek elő, minden egyéb más esetben pedig csak a fordítás és előesett végtágrészletek repositioja és a buroknak megrepesztése után, placenta praevia eseteiben pl., ha a magzat hosszfekvésben van és mechanikai akadályok a magzat kitolásában nincsenek, a méhszáj kellőleg tág, hogy a burkon elég nagy repedést idézhessünk elő. Jól és hasznosan alkalmazható a szer a szülés gyors befejezésére eklampsia eseteiben, a mikor a szülés befejezésének minél gyorsabbnak és minél kiméletesebbnek kell lennie.

Végül nem ajánlatos a szer alkalmazása az abortus bármely szakában, mert nem tudhatjuk, hogy mely pillanatban lehet szükség a kézzel vagy műszerrel beavatkozásra.

Az említett okokon és intő példákön kívül nem hagyhatjuk figyelmen kívül *Spaeth* intelmét sem. A szerző ugyanis esetet ír le, a hol ő szülés közben 2 × 0.5 gr. hypophysiskivonatot adott subcutan. A magzat fartartásban, de complicatiók nélkül, simán született meg asphyxiás állapotban. Szívhangjai, szívverése jól volt tapintható és hallható, de igen lassú volt. Csak néha vett lélekzetet és minden élesztési kísérlet dacára az újszülött ½ óra mulva elhalt. A magzat sectioja negativ volt és felvették, hogy halálának oka csak a hypophysiskivonat által előidézett intoxicatio lehetett.

A hypophysiskivonatnak a magzati szívhangokat lassító hatása már régen ismert, de magyarázata tekintetében meg egyezni nem tudtak. A szernek erős cardiovascularis hatását különben már *Jaschke* észlelte az arteria coronariákon s ehhez járul még a szernek rendkívül gyors felszívódóképessége, úgy, hogy nem is lehetett tagadásba venni, hogy a szer a placenta át felszívódva, a magzat simaizomelemeire és sympathicus-idegeire is hathat. Így a magzati szívhangok lassúbbodása nemcsak a placenta compressiójában és a magzati vérnek CO<sub>2</sub>-vel való telítettségében keresendő, hanem a méregnek direct hatásában is a magzati szívre.

*Spaeth* esete mindenestre a magzatokat illetőleg is vigyázatra és óvatosságra int.

A mi a szer adagolását illeti, én eseteimben 1—2 cm<sup>3</sup>-t adtam subcutan, a befecskendezés szüksége szerint és a fájások viselkedése szerint 1—2 órai időközben. A hol pedig semmi, vagy csak igen gyenge méhtevékenység volt jelen a tágulási időszakban, 1—3 cm<sup>3</sup>-t, szóval ismételt 1 cm<sup>3</sup>-es adagokat alkalmaztam a méhtevékenység fentartására. Talán a nem kielégítő esetekben is eredményt értem volna el, ha a fájások elmaradásával az injectiókat megismételtem volna a szülés végéig.

A mi a méhtevékenység mineműségét illeti, határozottan állíthatom, hogy a szer által kiváltott fájások az esetek túlnyomó részében physiologiai, regularis jelleggel bírtak, 10 esetben azonban minden kétséget kizárólag görcsösnek



tűntek fel. Az uterus az injectiók utáni első félórán határozottan görcsös állapotban volt. 4 esetben a szülés után a méh tetanusos összehúzódása folytán a lepény incarcerationiója jött létre.

Az első fájások átlag 3—10 perc múlva jelentkeztek az injectio után, majd  $\frac{1}{2}$  óra múlva elérte a méh tevékenységének maximumát. 1—2 óra elteltével a méh fokozatosan ismét elcsendesedett, míg a legtöbb esetben a méh tevékenysége a szülés végéig megmaradt.

A lepényi időszakban a hatás szintén prompt volt, 2—3 perccel belül a méh petyhüdsége megszűnt, kökeményé vált, a vérzés vagy teljesen megszűnt vagy sötétbarnás vörös venosus vérzés alakjában állott még fenn néhány percig, majd a lepény távozásával teljesen elállott. A hol a szülés után a méh tetanusos összehúzódása folytán a lepény sem spontan, sem *Credé*-féle fogásra 2 órán belül távozni nem akart, scopolamin-morphint, tiszta morphint vagy opiumcseppeket adtam, mire a lepény enyhe nyomásra távozott. Egy esetben, a melyben még ezen eljárások után sem távozott a lepény, annak odanövése volt az ok és lege artis kellett a lepényt leválasztanom. 2 esetben a lepény fele a hüvelybe megszületett, a másik része a méhben maradt, úgy hogy a hüvelybe nyúlva minden ellenállás nélkül tudtam eltávolítani a lepényt. Minthogy pedig a hypophysiskivonat alkalmazása folytán a méh tetanusától tarthatam, a lepényleválasztás előtt is morphiumot adtam subcutan és a méhbe a kezemmel csak nagyon lassan hatoltam be. Közben észleltem, hogy a belső méhszáj némileg rigid és hogy az uterus ürege homokóra-alakulatot mutat a hypophysiskivonat hatása következtében. Általában véve azonban mondhatom, hogy a lepényi időszak úgy a szülés alatt, mint az után adott hypophysiskivonat után zavarok nélkül folyt le s az utófájásokat az anyák nem mondták különösen fájdalmasnak.

Post partum-vérzéseket és atoniát összesen 9-szer észleltem, 5—7 órával a szülés után, egy esetben határozottan igen nagyfokú atoniás vérzéssel. 8 esetben a kivonatnak ismételt adagolására és secacorninnal kombinálására a vérzések meg is szűntek, az említett esetben azonban a vérzés még 3 óra múlva sem akart szűnni, mire óvatosan *Dührssen*-tampont alkalmaztam.

A szülőfájásoknak ritka görcsös jellege, a lepénynek gyakoribb retentiója, nemkülönben leírt esetem, a melyben az enyhe dilatatio után rupturát kaptam, figyelmeztet arra, hogy a hypophysiskivonattal kissé elővigyázatosabban kell bánni. A méhnek tetanusos összehúzódását és a belső méhszáj időelőtti záródását előidéző hatásánál fogva alkalmazása intrauterin beavatkozások előtt kerülendő. Tapasztaltam már tetania uterit ergotin hatása következtében is. Láttam egy ízben ergotintól oly fokú tetania uterit, hogy kollegám, a ki a szülést vezette és a szülés előtt közvetlenül ergotint adott subcutan, az első magzatot halva, a másodikat törött végtagokkal hozta ki, a méhet pedig a hüvelyről körkörös lerepesztette, leszakította. Sokszor láttam a lochiák pangását ergotin adása után a gyermekágyban, minthogy az ergotin hatása folytán a belső méhszáj idő előtt záródott.

A hypophysiskivonat klinikai hatása véleményem szerint fokozott ergotinhata és alkalmazása műtétek előtt épp oly kevésbé ajánlatos, mint az ergotinnak ilyenmő alkalmazása. Természetesen ezt csak a szer hatásának klinikai megnyilvánulására mondom, míg physiologiai és egyéb tekintetben a két szer nem állítható egymás mellé.

Ezen fejtegetések után ki kell térnem még az atoniás vérzések kezelésére. Ugyanis minden esetben előbb a méhnek massage-a és ergotin adása által kíséreltem meg az uterus összehúzódásra birni és csak ha ezek nem vezettek eredményre, adtam hypophysiskivonatot subcutan. Az eredmény minden esetben frappáns volt. Míg az injectio előtt a puha méh a massage által csak renyhén, kihagyóan és csak igen rövid időtartamra volt összehúzódásra birható, addig a befejskendezések után prompt és hosszú ideig tartó összehúzódások jelentkeztek, miközben a méh kökeményé vált. És

ezen összehúzódások eredménye az volt, hogy a vérzés azonnal megszűnt. De természetesen csakis azon esetekben, a melyekben a lepény és a burkok teljes egészükben távoztak. A hol pedig a lepényből vagy a burkokból a méhben valami visszamaradt, ott a méhvérzés mindaddig nem szűnt meg vagy ismételtén visszatért, a míg a burok- vagy a lepényrészeket, vagy adott esetben a melléklepényt a méhből ki nem hoztam. A méh ismételt elpuhulásakor csak igen csekély dörzsölésre volt szükség, hogy ismét erős contractiót válthassak ki.

Ezen megfigyelések alapján teljes mértékben járulhatok *Foges*, *Hofstätter* és mások véleményéhez, a kik a hypophysiskivonatot atoniás vérzés eseteiben a lehető legmelegebben ajánlják, különösen pedig éppen olyan esetekben, a melyekben az ergotin a szolgálatot felmondotta, ellentétben azok nézetével (*Jäger*, *Schäffer*), a kik a hypophysiskivonatot az ergotin javára nélkülözhetőnek tartják. Főfeltétele azonban a szer alkalmazhatóságának, hogy a lepényből vagy a burkokból ne maradt légyen vissza semmi.

Mindezek alapján megfigyelésem eredményeit röviden összefoglalva, a következőket mondhatom:

A hypophysiskivonat teljesen megbízható és biztosan ható méhösszehúzó, ezidőszerint a legjobb fájást kiváltó szer. Az esetek legnagyobb számában, helyesen megválasztott esetekben és helyesen adagolva, minden fájásgyengeséget jól befolyásol, a szülés idejét ezáltal lényegesen megrövidíti és alkalmazása által arra való esetben a fogó alkalmazása és a metreurysis kikerülhető. Mint ilyen szer az intrauterin beavatkozások számát csökkenti, tehát prophylacticuma a gyermekágyi láznak.

Különösen ajánlható a kivonat az atoniás vérzések kezelésére, ennek feltétele azonban az, hogy a méh üregében ne legyen lepényi vagy burokrészlet visszamaradva.

Káros mellékhatások, ú. m. ájuldozás, szívűjái fájdalmak, szívdobogás, főfájás, fűlűgás, félelemérzés, albuminuria, bradycardia czűlszerű adagolása (1—2 cm<sup>3</sup>) mellett nem fordulnak elő.

Indikált a szer alkalmazása szűlés közben, fájdalomgyengeség eseteiben, mindazon esetekben, a melyekben hosszfekvés, különösen azonban, a hol fejúvűgű fekvés van jelen. Indikált farvűgű fekvés esetén, ha a lábak vannak elől. Indikált placenta praevia, kar- és köldökelűsesés esetén, azonban csak a correctio és burokrepestűs után, ha a méhszáj kellűleg kitágult. Indikált különösen eklampsia eseteiben, gyors hatása és a többszűrűs beavatkozás elkerűlése miatt. Szűk medence esetűben  $7\frac{1}{2}$  cm.-en felűl.

Kerűlendű a szer alkalmazása mindazon esetekben, a melyekben intrauterin beavatkozásra van kilátás. Kivétel a fogó alkalmazása, mert általa a méh ürege lényegesen és károsan nem tágított. Kerűlendű az említett esetekben a szer alkalmazása különösen azért, mert a méh fokozott ingerlűkenysűge miatt az uterusnak tetaniája állhat be és a fokozott ellenállás következtűben a méh repedűse jűhet létre.

0.01 cgr. morphium subcutan 0.20 gr. hypophysiskivonatot hatásút teljes mértűkben paralyzálja.

0.0003 decimilligramm scopolamin és 0.01 cgr. morphium subcutan 0.20 gr. hypophysiskivonatot tetanizáló hatásút megsűnteti. A milyen mértűkben késlelteti a szűlést a scopolamin-morphin-injectio, épp oly mértűkben sietteti azt a hypophysiskivonatot.

Sem chloroform-narcosisban, sem lumbalis tropacocain-analgesiában a hypophysiskivonatot hatása nem módosul, a vűrben keringve egymás hatásút nem módosított.

Dolgozatom befejeztűvel jelentek meg *Fűhner*-nek vizsgálatai, a melyekben a szerű a hypophysiskivonatot hatűanyagait chemiai úton izolálta. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1913, 14. sz.) Phosphorwolframsavval a kivonattűl csapadűkot kapott, a melynek kűnsavas sűja (*Präparat Nr. 947 F. 49*) mindamellert, hogy egysűges test benyomását adta, chemiaiilag mégsem bizonyult egysűgesnek, hanem keverűknek, a mely 4 kűlűnbűzű testűl állott és a melyeknek szűtválasztása többszűrűs fractio által sikerűlt. A hypophysiskivonatot hatűanyagát ezen említett 4 kűlűnbűzű anyagűl állű keverűk alkotta és a hochsti gyűr „hypophysin“ néven hozzű forgalomba. Azonban a hypophysiskivonatot



ból az említett 4 testen kívül még 4 kristályos test állítható elő, ezek azonban a méhre nem hatnak és így gyakorlati értékük nincsen.

Mint hogy a hypophysiskivonatoknak a méhre való hatása annak nem egy hatóanyagához van kötve, hanem az anyarozshoz hasonlóan több chemiai anyaghoz, a melyek hatásban egymást erősítik, nincs célja, hogy ezen hatóanyagok a therapiában külön-külön alkalmaztassanak. Ezért az említett kénsavas só, Fühner-nek 947. F. 49. számú készítményét a hoehsti gyár kristályos alakban „hypophysin“ név alatt bocsájtja forgalomba, még pedig steril 1<sup>o</sup>/<sub>100</sub>-s vizes oldatban, úgy hogy 1 cm<sup>3</sup> 1 milligramm hypophysint tartalmaz. Ezt a concentratiót azért választották, mert a hypophysinnek 1 milligrammja ugyanolyan hatást fejt ki, mint az eddigi készítmények 1 cm<sup>3</sup>-e, a hol 1 cm<sup>3</sup> hypophysiskivonat 0.20 gr. friss kivonatanagnak felel meg.

Hatása a vérnyomásra és a légzésre a következő: Kezdeti rövid vérnyomásemelkedés után hosszabb vérnyomáscsökkenés áll be, a mely után ismételt és hosszas vérnyomásemelkedés következik. A vérnyomás ezen ingadozásának megfelel a légzés viselkedése is. A kezdeti rövid vérnyomásemelkedésnek megfelel egy rövid lélegzészünet; a vérnyomás süllyedése alatt a légzés ismét bekövetkezik, hogy a vérnyomás ismételt emelkedésekor ismét kimaradjon.

Ezen vérnyomás- és légzés-hatások csak az első és hatásos adag után figyelhetők meg. A többi befecskendés és ugyanazon adagoknak vagy még nagyobbaknak ismételt alkalmazása az említett irányban teljesen hatástalan volt. Sok órának kell elmulnia, míg a hypophysinnek hatása típusos alakjában ismét kiváltható.

Megfelelő adagolás mellett a méh izomzatának tonusát fokozza. Ha a méh működésben van, működésének optimumán a hypophysin semmi változást sem idéz rajta elő. Ha azonban a méhműködés renyhe, a méhösszehúzódások hypophysin alkalmazására fokoztatnak.

A mint a vérnyomás és a légzés, úgy a méh contractiói is érzékelhetők (P. Trendelenburg eljárása szerint, Fühner) és a leirt görbék-ből a következőket olvashatjuk. Az első intravenás injectio (1 mgr.) igen erős uteruscontractiót vá ltki, a mely kb. 2 perc múlva enged. A görbe leszálló szárán még apró contractiók emelkedései voltak láthatók. 10 percczel később az ismételt ugyanoly mennyiségű anyag kevésbé intenzív contractiót váltott ki, mint az első, helyette azonban a contractio oldódásakor sokkal nagyobb második contractiók jelentkeztek, mint először. Ismét 10 percczel később egy hasonló mennyiségű injectio ugyanolyan hatással volt, mint a II. Az injectiók abbagyásával az uterus lassanként kezdeti nyugalmi állapotába tér vissza.

Figyelemreméltó, hogy egymást nem éppen gyorsan követő injectiók a méhben ugyanazt a hatást váltják ki, míg a szernek ismételt hatása a vérnyomásra és légzésre teljesen elmarad.

Puerperalis uteruson is órákon át, nem gyors tempóban követő adagok hasonlóképpen contractiókat válthatnak ki, úgy hogy ebben egyúttal a méhre ható szerek értékelésére nézve is methodus adatott. Fühner 1/2-1 mgr. adatokkal kísérletezett, hogy a szer hatását a vérnyomásra és a légzésre tanulmányozhassa és közben az is kiderült, hogy méhcontractiókat sokkal kisebb adagok, például 1/10 mgr. is kiválthatnak, a nélkül, hogy a vérnyomás és a légzés típusa megváltoznék. A hypophysiskivonatok hatása tehát az uterusra specifikus, a mennyiben annak működése kisebb adagokra is létrejön.

Ki kell még emelnünk a szernek minimalis mérgező hatását más fájást keltő szerekkel szemben. 1 mgr.-os dosisok, melyek emberben már fájásokat váltanak ki, nyulakat egyáltalában nem mérgeznek. De 10 mgr. adagok intravenásan sem váltanak ki mérgezési tüneteket nyulakon, csupán a szernek említett hatását a vérnyomásra és légzésre. Ezen csekély mérgező hatásánál fogva különbözik a hypophysiskivonat előnyösen a histamin ( $\beta$ -imidazolyläethylamin)-től, a mely teljesen azonos hatást gyakorol a vérnyomásra, a légzésre és a méhre, mint a hypophysiskivonat, de annak ható adagai közelítenek már a toxikus adagokhoz.

Kratochvil például 0.75-3 cm<sup>3</sup>-t is adott szülőnőnek és tőle sem az anyára, sem a magzatra semmiféle káros hatást sem látott.

**Irodalom.** Biedl: Innere Sekretion. Urban u. Schwarzenberg, 1910. — Fröhlich, Frankl-Hochwart: Zur Kenntnis d. W. d. Hypoph. Wiener kl. W., 1909. — Foges-Hofstätter: Zentralbl. f. Gyn., 1910. — Neu: Münchener med. Wochenschr., 1911. — Gottfried: Zentralbl. f. Gyn., 1911. — Hell: Münchener med. Wochenschr., 1911. — Eisenbach: Münchener med. Wochenschr., 1912. — Trapl: Monatsschr. f. G. u. Gyn., 1912. — Schmid: Deutsche med. Wochenschr., 1912. — Heil: Zentralbl. f. Gyn., 1912. — Matinowsky: Zentralbl. f. Gyn., 1912. — Cohn: Berliner klin. Wochenschr., 1912. — Hirsch: Therap. Monatsschrift, 1912. — Herff-Hell: Archiv f. Gyn., 1912. — Claude és Baudoin: Wiener med. Wochenschr., 1913. — Gussev: Zentralbl. f. Gyn., 1912. — Rieck: Münchener med. Wochenschr., 1912. — Trassl: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., XXXVI. köt. — Stolz: Gynäk. Rundschau. Jg. VI. — Herzberg Fr.: Deutsche med. Wochenschr., 1913. — Pankow: Pflügers Archiv, 147. köt. — Clavier: Le Scalpel, 1912. — Klotz: Münchener med. Wochenschr., 1911. — Schmid: Gyn. Rundschau, 1911. — Hofbauer: Zentralbl. f. Gyn., 1911. — Schäfer: Münchener med. Wochenschrift, 1912. — Hamm: Münchener med. Wochenschr., 1912. — Bondy: Berliner klin. Wochenschr., 1911. — Jäger: Münchener med. Wochenschrift, 1912. — Schneider-Sievers: Zentralbl. f. Gyn., 1912. — Voigts: Deutsche med. Wochenschr., 1911. — Stern: Zentralbl. f. Gyn., 1911. — Wilchingen: Zentralbl. f. Gyn., 1913. — Mory: Pitugl. als Wehenmittel. I.-D. Strassburg, 1912. — Steuernagel: Ueber Pitugl. I.-D. Marburg, 1911. — Fühner: Deutsche med. Wochenschr., 1913, 14. sz. — Reynolds: Amer. Journ. of Obst., 1912. — Hirsch: Therap. Monatsschr.,

1912. — Trapl: Časopis lékařu českých, 1912. — Guggenheim: Therap. Monatsschr., 1912. — Kratochvil: Časopis českých lékařu, 1912. — Linzenmeier: Zentralbl. f. Gyn., 1913. — Stolper: Zentralbl. f. Gyn., 1913. — Spaeth: Zentralbl. f. Gyn., 1913. — Jaschke: Münchener med. Wochenschr., 1912. — Franz: Mitteil. d. Ver. d. Aerzte in Steiermark, 1912. — Roemer: Münchener med. Wochenschr., 1912. — Grünbaum: Münchener med. Wochenschr., 1912. — Humpstone: Amer. Journ. of Obst., 1912. — Guseff: Journ. f. Geb. u. Frauenkr., 1912. — Koch: Archiv f. Gyn., 1913. — Hager: Zentralbl. f. Gyn., 1912. — Strassmann: Zentralbl. f. Gyn., 1912. — Wright: Interstate med. Journ., 1911. — Hamm: Münchener med. Wochenschr., 1912. — Patek: Zentralbl. f. Gyn., 1912. — Mansfeld: Gynaekologia. — Frigyesi: Gynaekologia. — Bogdanovich: Orvosi Hetilap, 1912, 52.

## Korányi Frigyes emlékezete.

1828 decz. 20—1913 május 19.

Korányi Frigyes báró halálának híre nem volt váratlan, hiszen nagy betegsége és nagy kora hiúnak jósolt minden reménységet, s mégis e hazának minden számottevő polgára megilletődéssel vette tudomásul a gyász hírt. Korányi Frigyes halála nemcsak az egyén pusztulását jelzi: vele lezáródott hazánk orvosi történetének legnevezetesebb korszaka. Ő maradt meg mind mai napig utolsónak abból a jeles gárdából, a mely politikai újjászületésünk idejében az orvosi oktatás és búvárlat ügyét tehetséggel, a jövőbe vetett optimista bizalommal, önzetlenséggel és lelkesedéssel vette kezébe és szolgálta a legsanyarúbb viszonyok között. Korányi Frigyes ebben a társaságban a legfiatalabb volt; ebből fakadt az ő sajátos nagy feladata: a régi nagy elvek átszarmaztatása az újabb generációra. Ennek a feladatnak megoldásában nyilvánult meg nagy halottunk legkiválóbb tevékenysége. Munkásságának példájával, tanári, orvosi, közegészségügyi közügyekben határozó szavával, hatalmas, általános és orvosi műveltséggel, a fényes tradíció erejével folyt be az ügyek menetébe s a mikor mindez nem volt elég: orvosi köreinkben teljesen példátlan szónoki képességével karolta fel mindig a legnemesebb célt s vitte ki az ügy sikerét. A ki helyesen akarja megítélni ama kor férfainak lelki nagyságát, a kiknek társaságában Korányi Frigyes nagygyá lett: annak el kell gondolnia, hogy milyen viszonyok voltak akkor hazánkban s az orvosi ismereteinkben. Az átalakulás mindkét téren oly óriási volt, hogy a multban hiába keresnénk hasonlóan haladó időszakot s még a jövőben sem lehet egykönnyen ilyen korszakot elgondolni. Korányi Frigyes-t még németül tanították egyetemünkön tanárai s hazánk intelligenciája is ezen a nyelven társalgott. Fiatal orvosainknak, ha behatóbb tanulmányra vágytak, külföldre kellett ezért menniök. Ily mostoha viszonyok között küzdöttek ama kor előretörő tudósai a még ki nem alakult tudományos magyar nyelvvel s az intézetekben hihetetlenül szegényes ellátással. Küzdöttek és bíztak, s mert bíztak, győztek. A mikor az 50-es évek végén a német nyelvű tanároknak el kellett vonulniok, valóban aggodalmasnak látszott, hogy lehető lesz-e a tanszékeket ellátni az orvosi oktatás nagy visszaesése nélkül? A politikai elnyomatás azonban nem csüggesztette el az akkori fiatalságot s a felszabadulás reménye, lassú bekövetkezése új életkedvet öntött mindenkibe s a ki hivatalhoz jutott, annak az általános felbuzdulás erőt s ambíciót adott. Így támogatták egymást e lelkes csoport tagjai, a kiket az akkori szűkebb keretek még szorosabb baráti kötelékbe s gyakori érintkezésbe is hoztak. Ezek a viszonyok bizony nagyon is megváltoztak, de Korányi Frigyes mindig híven kitartott a régi elvek mellett s számtalan alkalommal iparkodott az együttérzésből fakadó kölcsönös becsülésnek és buzdításnak ápolására alkalmat találni. Ez volt egyik nagy erőssége; a mily végtelen nagy szeretettel és tisztelettel volt a régiek iránt, oly figyelmes, jóindulatú, buzdító a fiatal nemzedékkel szemben.

De lássuk az érem másik oldalát is. Korányi Frigyes idejében az orvostan teljesen átalakult s ezzel az átalakulással az ő nagy szelleme mindvégig együtt tartott. Tudomá-



nyunk revolúciója csendesebben folyt le mint a politikai, de a míg eíhez a lelkesedés és bátorság elegendő volt, az utóbbi kitarító munkát, az egész gondolatrendszernek új és új átalakítását szükségelte. Csak az, a ki e nagy átalakulásokat megélte, bírja felfogni, hogy mily szellemi erő kellett ahhoz, hogy megszokott igazságoktól elpártoljunk, hogy belássuk a régi, gyakran meggyőzőnek látszott okadatolás hiányosságát, téves voltát s felismerjük az újban a helyeset, de megóvjuk magunkat annak túlzásától. Hogy *Korányi Frigyes* mennyire át tudta érezni az új eszméket, annak fényes jelét adta 1905-ben, tehát 77 éves korában, a mikor a belorvostan újkori haladása címén *Markusovszky*-előadásait mondotta. A belorvostan haladása valóban imponáló módon jutott e mesteri fejtegetésben érvényre, de a mi mindnyájunkat még nagyobb mértékben meglepett: az az előadó szellemi frissége volt, a ki ezeket a legnehezebb, hosszas és gondos előtanulmányokat feltételező ismereteket teljesen átértette s párosulva nagy didaktikai képességével megvilágította. És még ez sem volt utolsó szava tudományunkban; még később, 80. évében, a gerincoszlop kopogtatásának új vizsgálati módszerével állott elő; oly rendszeres, széles alapon végzett kísérletekkel ellenőrzött vizsgálatok voltak ezek, a melyek becsületére váltak volna bármely fiatal buvárnak. Bár abban az időben testi ereje még teljesen jó volt: mindnyájunkat lehangolt az a gondolat, hogy ennyi tudás, tapasztalat, ily iskolázott s fegyelmezett szellemi tulajdonságok mellett az emberi kor mégis mindennek kielégíthetetlenül hátrált fog szabni. *Korányi Frigyes* tudományos munkálatai egyébként klinikai megfigyelésen alapultak, legértékesebbek voltak ezek közül a tüdőbajokról, a lépfenéről, a malleusról, az aktinomikózisról, a száj- és körömfájásról írt, részben magyarul is kiadott dolgozatai, a melyek *Pitha-Billroth* sebészi, *Nothnagel* belorvosi gyűjteményében, továbbá *Eulenbug* Real-Enciklopédiájában jelentek meg. Ezekhez méltóan sorakozik az a sok fejezet, a melyet a *Bókay Árpád*-dal és *Kéttly Károly*-lyal együtt kiadott nagy magyar Belgyógyászat Kézikönyvében írt meg. Számos egyéb tárgyról, kóresetekről, betegségekről írt cikkei mindig tanulságosak voltak; fényes műveltségéről, kiváló stílusáról tanuskodnak beszédei, a melyeket mint Egyetemünk Rektora, továbbá a *Wunderlich*-, *Skoda József*-, *Balogh Kálmán*-, *Markusovszky*-emlékünnepeken s elnöki megnyitók alkalmából mondott. Annyi közvetlenség, megkapóan előadott részlet volt ezekben, hogy igazán ünnepi hangulat vett erőt a hallgatóságban. Ugyanilyen élvezetesek voltak rögtönzött pohárköszöntői, a melyek mindegyike a szónoki gondolatfűzés és szellemes tartalom mintaképe volt.

*Korányi Frigyes* nevéhez azonban még más érdemek is fűződnek. A míg klinikája a régi újvilág-utcai kolostor második emeletén igen mostoha viszonyok között volt, írásban és szóban, orvosi körökben s a nagyközönség előtt nem szűnt meg propagandát csinálni új intézetek létesítése céljából. A talaj ekkor már jól elő volt készítve, a tanári testület évek során át szorgalmazta új egyetemi telep megteremtését, de a kémiai s utána a fiziológiai intézet oly lassan létesült, hogy *Korányi* buzdítására nagy szükség volt. Így épült meg az Üllői-úti telepen előbb a sebészeti klinika s mindjárt utána *Korányi* II. sz. belklinikája. Hogy mily nagyjelentőségű lépés volt ez abban az időben, azt csak az tudja elgondolni, a ki a régi klinikát ismerte, a melyben 3 szobában mintegy 20 ágy volt, ezenkívül egy apró szobácska mint laboratórium szerepelt. A tanterem a szemészettel közös volt. *Korányi* akciójának természetes következménye lett azután az a nagyarányú építkezés, a mely azóta sem szünetel s a mely orvoskari intézeteinket a külföldiekkel egyenlő értékűvé tette, sőt nem egy irányban túl is szárnyalta azokat.

Ezen új intézetben érte el *Korányi Frigyes* mint tanár és mint klinikai igazgató legnagyobb sikereit. Előadásainak tudományos színvonalát mindig elismerték, de ezen épületben indult meg tanítványainak a klinikával kapcsolatos laboratóriumi munkássága is s főképp *Bókay Árpád*, *Udránszky László* s legintenzívebben *Korányi Sándor* ezen intézet hírnevét a tudományos világban ismertté és becsültté tette. Hogy ezen munkálatok menetébe mennyire belemélyedt

*Korányi Frigyes*, azt legjobban bizonyítják már említett előadásai a belorvostan haladásáról.

Nagy halottunk munkásságának igen nevezetes részében a fertőző bajok leküzdésére törekedett. Már tanársága első éveiben *Markusovszky*-val és *Jendrassik*-kal kidolgozott néhány javaslatot, a melyek alapján létesült a közegészségügyi tanács s aztán ennek keretén belől, eleinte mint tanácsstag, később mint elnök igen hasznos és nagy kihatású munkásságot fejtett ki. Gyakorló orvos korában, majd mint a kolera-osztály főorvosa, a fertőző bajokról s ezeknek a vidéken és a fővárosban való elterjedésének faktorairól alapos informálást szerzett s ezen tapasztalatait értékesítette ezen tevékenységében. Később a gümőkóróság kötötte le figyelmét; belátta, hogy míg a többi epidémia ellen a hatóság elég szívesen indítja meg óvintézkedéseit, a tüdővészszel sem a társadalom, sem a hatóságok nem törődnek eléggé. Napilapokban, tudományos egyesületekben s leghathatósabbban a főrendek házában fejtegette e betegség ellen való küzdés lehetőségét s ennek a küzdelemnek fontosságát s ékesszólása, tudományos érvelése igen értékes eredményt teremtett. Ő hozta létre így az első magyar tüdőbajos-népszanatóriumot, majd a dispensaire intézményét s bizonyára még sokkal többet ért volna el e téren, ha az ő buzgalomával arányban csökkent volna a hatóságok, a társadalom indolenciája.

Élete utolsó éveiben az igazságtügyi orvosi tanácsnak volt elnöke s ezen működéséhez fűződik e tanácsnak az a törekvése, hogy az ott szerzett tapasztalatokat nagyobb körben is értékesítsék.

Mint orvos igen nagy elismerésre tett szert; finom, rokonszenvet keltő modora, fáradhatatlan orvosi lelkiismerete egyaránt biztosította számára a gyakorlat terén a sikert. Valóban jó ideig ő volt hazánk legkeresettebb orvosa.

És milyen szerencsés volt életében! Atya *Korányi Sebald* dr., a ki szintén 85 évet élt, maga is orvos volt, sőt tudományos dolgozatait az Orvosi Hetilapban közölte. Ezek egyike az *akaratképesség önállóságáról és a beszámítás-ról* szól, tehát ugyanarról a tárgyról, a melyet fia rektori beszédeül választott. Alighogy orvostanhallgató lett, megindult a forradalom, hallotta *Petőfi*-t, a mikor a Talpra magyart szavalta s maga is beszédeként mondott mint az akkori ifjúság irodalom-művelő társaságának tagja. Résztvett mint az ifjúság szónoka ama küldöttségben, a mely az elfogott *Balassa* szabadságát kívánta, majd a kolozsvári küldöttségben az unio elfogadásának tárgyában is a kiküldöttek közt szerepelt. Már akkor becsülték szónoki képességét. A szabadságharcban mint alorvos, majd mint hetyettes főorvos szolgált. A szabadságharc után egy ideig *Balassa* tanítványa volt, majd 1851-ben felavatták Pesten orvosdoktorrá. Ekkor Bécsbe utazott s *Schuh* tanár sebészi klinikáján műtőnövendék lett, de *Prottmann* befolyására, mint politikai téren szerepelt egyént hirtelen felszólították, hogy Bécsből távozzék, majd megparancsolták neki, hogy szülővárosában, Nagykállón telepedjék meg. Ez volt talán legkeservesebb időszaka életének, a mikor úgy látszott, hogy tudományos ambíciója elvesztette fejlődésének alapját. Nagy szellemi energiája azonban nem engedte meg, hogy csüggedjen s csakhamar szülővárosában kórházi főorvos lett. Ezen időben is foglalkozott szaktudományával s néhány jeles cikket is írt, ezek közül az egyik az Orvosegyesület pályadíját megnyerte. *Balassa* állandóan figyelemmel kísérte őt, meglátva benne a nagy tehetséget, s a mikor a politikai viszonyok megengedték, az ő támogatásával *Korányi* Pestre jött; itt az idegkórtanból magántanári képesítést nyert s 1866-ban a sebészek számára rendelt belorvosi klinikának megüresedett tanári állását — nem csekély küzdelmek árán — elnyerte. *Kussmaul* Jugenderinnerungen című életleírásában úgy véli, hogy vele történt meg egyedül az, hogy vidéki gyakorló orvostól egyetemi tanár lett; ime *Korányi* 12 éves falusi doktorságból szintén katedrara jutott. Innen kezdve *Korányi* élete a sikerek láncolata volt s az elismerések sorozata érte; ezek között legkimagaslóbb: az egyetem Rektorsága, a főrendek házában tagsága, a magyar bárói rang. Számos társulat, a magyar tudományos Akadémia is, tagjai sorába választotta.



Ezen tüneményes életfolyásban talán a legnagyobb szerencséje családi boldogsága volt. Pályájának kezdetén nagyban fokozta ambícióját az a vágy, hogy szíve választottját elnyerje; minden szellemi nemességgel megáldott feleségével valóban a legboldogabb életet élte s gyermekeiben nagy öröme telhetett; valóban alig gondolható apára nagyobb szerencse, mint ha látja olyan fiúban élete ideáljának megvalósulását, mint a milyen lett *Korányi Sándor*. Ennyi szerencse, oly hosszú életkor után, kell hogy kibékítsen minket a halál gondolatával.

Tudományos és közérdekű munkái itt maradnak körülünkben továbbra is, mi csak a barátot, a nagylelkű embert veszítjük el ez órában. Nem, még ezt sem, élni fog ő emlékeztünkben s életének példája mindannyiunkra buzdítóan fog hatni!

Jendrassik Ernő.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**F. Oehlecker: Die Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose mit orthopädischen Massnahmen.** Kurt Kabitzsch, Würzburg, 1913. 90 oldal, 69 képpel. Ára 3 márka.

A terjedeleme nem nagy monographia gazdag tartalmat tár az olvasó elé. Sorra megbeszélés tárgyává teszi a csont- és ízületi tuberculosis különböző alakjait: a gerincoszlop, az ileosacralis izesülés, a csípőizület gümőkórját, a gonitis tuberculosát, a láb, a mellkasi csontképletek, a vállöv gümős bántalmait, az omarthritis tuberculosát, végül a könyök és a kéz csont- és ízületi tuberculosisát. Mindenütt rövid bonczani, kórbonczolástani és pathologiai bevezetés előzi meg a therapia tárgyalását s ezzel és a szöveg közé iktatott tanulságos ábrákkal az előadottak könnyen érthetővé vannak téve.

A csípőizület tuberculosisának fejezetében a *Dollinger*-féle etappeszerű correcturás eljárásnak a szerző teljes figyelmet szentel.

Külön fejezetben foglalkozik a *Bier*-féle pangásos kezeléssel és a gümős tályogok és fistulák gyógyításával; továbbá külön fejezet tárgyalja az általános kezelést, melynek keretében a *Rollier*-féle heliotherapia is megfelelő méltánylásban részesül.

Értekes befejezése a könyvecskének az a fejezet, a mely a szerző bakteriologiai vizsgálatainak eredményét foglalja össze a csont- és ízületi gümőkórt illetőleg. Itt természetesen előtérbe lép a *human* és *bovin* typus egymáshoz való viszonyának kérdése is; a kettő között *Oehlecker* meglehetősen éles határvonalat húz.

Végeredményben azt a nézetét fejezi ki a szerző, hogy a szarvasmarhatuberculosis az emberi gümőkórnak mint *népbetegségnek* terjesztésében *nem bír* nagy szereppel.

Ezt a tételét bizonyítják saját vizsgálatai 50 különböző gümöbacillus-törzsen, melyeket ő maga tenyésztett ki és differenciált sebészi tuberculosis-esetekből. Ugyanis: 2 nyaki nyirokmirigy tuberculosos esetben felnőttön nem volt jelen a bovin bacillus; 12 gyermekkori nyaki mirigy tuberculosos esetre 4 gyöngyör-eredetű esett és 34 csont- és ízületi tuberculosis-esetből (26 gyermek, 8 felnőtt) csak egyetlenegyben talált bovin bacillust.

Hogy az aránylag kisszámú bovin eredetű gümőkór-esetekben a *fertőzött tej* volt az infectio forrása, azt érdekesen világítják meg a szerző további adatai. Mind az 5 bovin-származású esetben az első gümőkóros jelenségek már a 2.—5. életévben mutatkoztak. Az illető családokban s a megbetegedett gyermekek környezetében tudóveszes egyén felfedezhető nem volt. Mind az 5 gyermek gümős megbetegedése előtt többé-kevésbé bőségesen kapott *forralatlan tejet*. Egy esetben biztossággal meg lehetett állapítani, hogy hosszabb időn át egy súlyos tőgy-gümőkórban szenvedő tehén forralatlan tejevel táplálták.

Hogy *Oehlecker* a gyöngyör-eket általában *jöndulatúaknak* mondja, ez (bár fordultak elő az irodalom tanúsága szerint [*Park*] halálos gyöngyör-fertőzések is emberen, ref.) jól összevág avval a több neves szerző (nálunk például néhai *Pertik* tanár) által elfogadott tantétellel, mely szerint minden állatfajra a szervezetéhez szokott, ahhoz accomodált virus infectiója a legveszélyesebb, az inaccomodált bacillussal történt fertőzés ellenben gyöngébb eredményt ad, tehát kevésbé súlyos megbetegedést okoz.

Azt a jelenséget, melynek magyarázatát szerzőnk nyílt kérdésnek hagyja, hogy t. i. miért ritkább a bovin csont- és ízületi gümőkór, mint a nyaki mirigy tuberculosos — talán abból lehetne megértenünk, hogy a tejjel történt fertőzések alkalmával a nyelési, deglutitiós infectióra bő alkalom nyílik, a mikor is a virus a szájaratüregből lymphogen úton rövidesen eljut a nyaki mirigyekhez s sokkal kisebb pályán kell végighaladnia, átszenvedve a szervezetben rejlő védekező tényezők támadását, mint ha a csontokhoz és izületekhez sodortatik el a gyomor- és béltractus nyirok- és vérpálya hosszú útján annak minden gyöngítő factorán keresztül. Ennek a magyarázatnak a jogosultságát a referens, a ki a fertőzés útjának a szervezetben az infectio eredményére jelentékeny szerepet tulajdonít, nem zárhatja ki, főleg a bovin bacillusra vonatkozólag nem, mely az emberre nézve amúgy is attenuált, tehát az emberi szervezettel szemben kevésbé ellenálló gümős virus szerepével bír.

*Oehlecker* munkáját nemcsak az orthopaed és seborvos, de minden kartárs, a ki a tuberculosis kérdése iránt behatóbban érdeklődik, tanulsággal forgathatja.

*Okolicsányi-Kathy* dr.

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

**A túlságos elfáradásról** ír *Schmidt Adolf*. A túlfáradást a kimerüléstől élesen megkülönböztethetőnek tartja: mindkettő valamely szerv működési képességét meghaladó igénybevételének következménye, a míg azonban *kimerüléskor* a szervre végül nemcsak a megszokott, hanem még a legnagyobb inger sem hat és nyugalomban semmi kóros jelenséget sem mutat, *túlfáradáskor* megtartja ingerelhetőségét s mintegy kivánczozik az inger után s csak akkor látszik betegnek, ha nyugalmi állapotba jut.

Mindezt példákból jobban megérthetjük. Ha a szívbajos fokozott munkát végez, a szív tartalékereje is kimerül, hanyatlak, nehézlégzés áll be, vizenyő jelentkezik s az érlökés száma minden mozdulattal megszorodik. Ha az ilyen beteg ágyba fekszik, ezen tünetek mind visszafejldnek. Ellenkezőleg a vesezsugorodásban szenvedő túltengett szíve a hanyatlási szak kezdetén napközben még bírja a munkát, ha azonban este lefekszik a beteg, akkor jelentkezik a nehézlégzés s lesz szapora a pulsusa: a beteg szinte fél a lefekvéstől. Ilyen esetben igen jóhatású a morphin, mely úgy látszik, az itt szereplő lelki momentumok, nevezetesen a félelem leküzdésével hat. Fárasztó hegymászás után nem tudunk aludni: izmaink mozognak s alig várjuk a reggelt, hogy már felkelhessünk. Folytonos gyomornedvtermelés esetén már a lenyelt nyál is elegendő inger, hogy a gyomornedv elválasztása meginduljon s ezért a beteg olyan időben is vágyik étel után, hogy felesleges gyomorsavát megkösse, a mikor természetesen szünetet kellene tartani az étkezésben, pl. éjjel. Ha már most ilyenkor nem adunk neki enni, csakhamar jelentkeznek a túlfáradás tünetei, a nyelv bevonttá lesz, a beteg étvágyát veszti s a kinek gyomra azelőtt mindent elbirt és e mellett állandóan éhezett, gyomor bajosnak érzi magát. Így van ez a sexualis excessusokat követő gyakori pollutiókkal is.

Legszembeötlőbbek a középponti idegrendszer túlfáradásával járó tünetek, mire jó példa az a mindennapos tapasztalás, hogy fokozott testi, illetve szellemi munka után nem jön szemünkre álom. Fialat nők, kiket a gyakori szülés, szoptatás és a házi teendők nagyon kimerítettek, mérsékelt



vérszegénységgel, nagyfokú fáradtságról panaszkodva, gerincz-velőizgalmi tünetekkel és nyomott kedélyhangulatban kerülnek az orvoshoz s rendes panaszuk, hogy az elrendelt abszolút nyugalom és a családjuktól való távollét inkább káros hatású rájuk nézve, semmint előnyös. Csak ha a túlfáradás kezdő szakát bódító szerekkel leküzdöttük, jelentkezik a kimerülés érzése s most már a beteg maga fogja az ágynyugalmat kívánni.

A tapasztalás azt mutatja, hogy egészséges idegrendszerű emberek a legnagyobb ingerre is csak addig reagálnak, míg az illető szerv munkabírása ki nem merül; az elfáradás érzése álom alakjában pihenésre készíti őket. Gyenge idegzetűeken az álomot az erős lelki inger távol tartja, szokatlan hosszú ideig ébrentarthatók és munkaképesek; ha végül teljesen kimerülnek, nem tudnak többé nyugalmat találni, munka után vágnak és a kórosan ingerelhetőség állapotába jutnak. (Medizinische Klinik, 1903, 15 sz.)

Halász Aladár.

### Gyermekorvostan.

**Egészséges gyermekek fehér véresejtjeinek vizsgálatáról** számol be *Rabinowitsch Dina*, ki e vizsgálatokat a *Sahli* tanár által vezetett poliklinikai osztályon végezte Bernben. A vizsgálatok eredménye a következő: Egészséges gyermekek (1—15 évig) egy cm<sup>3</sup> vérében a fehér véresejtek száma átlag 6—7000, a nemnek e számra nincs befolyása. A neutrophil sokmagvú leukocyták száma a gyermek korával együtt nő, az első életévekben ezek az összes fehér véresejtek 30%-át teszik, a 15.—16. évben 70%-ra emelkedik ezek arányszáma, mint a felnőttekben. A lymphocyták az 1.—2. életévben az összes fehér véresejtek 60%-át teszik, de a kora ezek száma állandóan fogy, úgy hogy a 15.—16. évben eléri a felnőttekben lévő viszonylatot, azaz az összes fehér véresejtek 30%-át. Kis gyermekekben tehát több a lymphocyta, nagyokban több a neutrophil sokmagvú leukocyta, kb. a 6. életévben egyenlő arányú a két fehérvésejt-féleség.

Az eosinophil sejtek száma átlag 4—6%, az átmeneti alakok száma 2—3%, a basophil myelocyták (Mastzellen) száma 0.3—0.6%; a nagy mononuclearis fehér véresejtek száma meglehetősen állandó a különböző korú gyermekekben s az összes fehér véresejtek 1—3.3%-át teszi ki. (Archiv für Kinderheilkunde, 1913, LIX. kötet, 161. lap.) Koós dr.

**A tracheotomia transversa alkalmazása a gyermekkorban** címen tartott előadást *Keiner* a strassburgi orvosegyesület egyik ülésén. A *Franck* által ajánlott tracheotomia transversát úgy módosította, hogy a harántul átmetszett bőrt a műtét idejére a felső, illetőleg alsó nyaki részekhez hozzáöltötte, úgy hogy állandóan változatlan műtégi területe volt. A tracheotomia transversa előnye, hogy ugyanazon metszésből úgy a tracheotomia superior, mint az inferior elvégezhető, noha ez utóbbi az arrosiós vérzések miatt nem ajánlható. A műtét alatt az intubációs tubus a larynxban van, hogy a gége-nek a légzés következtében való fel- és leszállása közben a géget meg ne sértsük. A tracheotomia transversa előnyei: a könnyű tájékozódás, a megnyitás után tatóngó trachea és a majdnem ideális gyógyulás, a mennyiben a keletkező heg-vonal valamelyik nyaki redőben elvész. Nehéz decanulement-t vagy később keletkező tracheaszűkületet nem észlelt. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1912, 38. szám.) Gara dr.

### Venereás betegségek.

**A syphilis mint az államot veszélyeztető baj és az állami ellenőrzés kérdése** címen közli *Finger* (Wien) azon referatúmának második részét, melyet a közeli londoni congressusra szánt s a melynek első részét legutóbb e helyen már ismertettük. A szükséges kórházi kezelésnek akadályai, hogy a legtöbb városban abszolút hiány van a syphilises betegeknek szánt ágyakban. Nagy baj az is, hogy a kisjöveldelmű művelt középosztály számára sehogy sem állanak kórházi ágyak rendelkezésre. A meglevő csekély választás csakis

a közkórházi osztály és drága sanatoriumi helyek között van. A kevés kórházi ágy következtében a venereás betegeket befogadó osztályok nemcsak túl vannak zsúfolva és így igen sok fertőzőképes beteg ápolás nélkül marad, de a fölvett nyert betegek gyógyítása is csak igen rövid, és éppen csak az erősen fertőző tünetek legszükségesebb elmulasztására szorítkozik. A kezelés rövid tartamát azonban sokszor a beteg is sürgeti s a mi viszonyaink között az erőszakkal való visszatartás könnyen az egyéni szabadság meggátolásának tekinthető. A prophylaxis érdekében természetesen legfőljebb csak bizonyos cautelák mellett volna szabad a betegeket idő előtt kibocsátani. Dániában az 1906. évi törvény értelmében a közkölségen ápolat venereás beteg 1 hónapig terjedhető fogházbüntetés terhe alatt csakis a kezelőorvos beleegyezésével hagyhatja el a kórházat. A kórházi költségek behajtása körül is sok a baj, ha az ápolat maga vagyontalan. Szükséges volna ezért, hogy az állam mindenütt maga viselne a venereás betegek ápolási költségeit. A dán törvény valamennyi venereás betegnek biztosítja az államkölségen való gyógykezelést. De viszont kötelesek is ezt a kezelést igénybe venni, ha csak nem igazolják, hogy magánúton kezeltetik magukat.

Szükséges volna, hogy a közkórházakban a venereás betegek mindenkor fölvétnének, még ha a számukra limitált ágyak már be is vannak töltve. Ezzel szemben a betegeknek elutasítása az osztályon levő helyhiány czimén mindennapi tapasztalás.

A venereás betegek nagyobb száma ambuláns gyógykezelésben áll. Nagyvárosokban a szegények számára különböző poliklinikák és rendelő helyiségek állanak rendelkezésre. A kezelés ingyenes, de csak névleg. Mert hiszen egyedül az ingyenes orvosi tanácsadástól a betegség még nem gyógyul meg, az orvosságot pedig a betegnek — nem pénztári tagok-ról van itt szó — saját pénzén kell vennie. De azonfelül munkaidejéből is veszítvén ilyenkor, ezen az úton is van anyagi károsodása. Szükséges volna tehát — s csakis ez volna az igazi ingyenes gyógyítás —, ha a szegény beteg az orvosságot is ingyen kaphatná. Nagy haladást jelent e téren a pénztárak működése, mely így a venereás bajok prophylaxisában is jelentékeny szerepet visz.

A nemi betegségeknek nemi érintkezés útján való szándékos vagy vétkes könnyelműségből eredő terjesztését a legtöbb állam büntetőtörvénykönyve büntetéssel sújtja. De ez az intézkedés a legtöbb esetben illusorius. Nemcsak azért, mert nehéz a bűnnek rábizonyítása, hanem főként azért, mert a fertőzött egyén legtöbbször óvakodik, hogy bajával a bíróság elé menjen. Helyénvaló volna külön keretben ilyen törvényt alkotni, mert az a könnyelmű fiatalságra talán jobban hatna elriasztóan.

Szükséges, hogy az állam arról is gondoskodjék, hogy a venereás egyének kiadósan és hosszasan kezeltesse-nek. Az olaszországi 1888.-i „Regolamento Crispi sulla profilassi e sulla cura delle malattie veneree“ e tekintetben még nem tökéletes. Az általános kötelező kezelést következetesen csak a skandináv államok követelik. Így Svédországban valamennyi nemibajosnak kötelező államkölséges gyógyítása már 1817 óta van életbe léptetve. Hasonló intézkedés Norvégiaiban és Dániában is található. Mind a három országban a statisztikák a mellett szólnak, hogy a nemi bajok terjedése csökkenőben van. (Wiener med. Wochenschrift, 1913, 18. sz.)

Guszman.

### Húgyszervi betegségek.

**A prostatatuberculosisról** ír *Gözl*. Szerinte a nemi szervek közül a prostata is elég gyakran betegszik meg gümőkórban, bár az a kérdés, vajjon létezik-e primaer prostatatuberculosis, még további szorgos kutatásokat igényel. Elméletileg ez a lehetőség mindenesetre fennáll, még pedig a legtöbb valószínűséggel mint egy nem asepsises csapolás következménye. Ennél azonban a prostatában is jóval gyakoribb a másodlagos tuberculosis, vagyis a mikor a testben másutt már létezik gümőkóros gócz. A secundaer tuberculosis, csakúgy mint a többi nemi szervre, a prostatára is



vagy a vérpálya, vagy a nyirokmirigyek útján, vagy pedig per contiguitatem terjed át.

A haematogen fertőzés szempontjából a prostata a húgyivarrendszer 4 centrumának (vese, prostata, ondóhólyag, mellékvese) egyike és mint ilyen akár egyedül, akár a többivel együtt, még pedig vagy előbb vagy később betegedhetik meg secundaer tuberculosisban. Ezzel szemben a nyirokmirigyek útján terjedő secundaer fertőzés mindig a nyirokárám irányában halad. A szerző egyik esetében azonban meg lehetett állapítani, hogy a fertőzés mindkét irányban, tehát úgy a váladékárám mentén, mint ezzel szemben terjedt tovább.

A prostatatuberculosis a leggyakoribb a sexualis activitás idejében, bár úgy a korai gyermekkorban, mint aggokon] is észlelték már ilyen eseteket. A többi oknál (trauma, túlgyakori közösülés) gyakrabban a hátulsó kankó adja meg a lökést a prostata gümőkóros megbetegedésére.

Egyébként a prostatatuberculosis ugyanúgy folyik le, mint a gümőkór a többi szervben, de különösen kiemeli a szerző, hogy a tuberculosis a prostatában nagyon hajlandó úgy a betokolódásra, mint az elmeszesedésre. Elég gyakori továbbá az a jelenség is, hogy a gümőkóros prostatában vegyes fertőzés következik be más, genyedet okozó bacteriumokkal; ilyenkor azután tályogok keletkeznek, melyek a hólyagba, a húgycsőbe, a végbélbe törnek, de legtöbbször mégis a gáton át keresnek maguknak utat.

Minden olyan rendkívül makacs s minden kezeléssel dacoló kifolyás, melyben már kezdetben sem lehetett a gonococust kimutatni, vagy a hol kankós fertőzés után gonococust már nem lehet kimutatni, valamint a már mindjárt az elején idősülten jelentkező prostatitis is, főképpen egyébként is suspectus egyéneken, feltétlenül gyanus prostatagümőkórra s ilyen esetben a váladékot — esetleg állatkísérletek útján is — feltétlenül meg kell vizsgálni gümőkórbacillusokra is. A végbélvizsgálatkor pedig tájékozást nyújt azon lelet, hogy a prostatában helyenként dudoros, kemény, fájdalmas csomókat és nyomásra besüppedő helyeket tapintunk.

Sem az általános rendszabályoktól, sem a palliativ localis gyógyeljárásoktól, de épp oly kevésbé akár a parenchymába történt befecskendezésektől, avagy a tuberculinkezeléstől nem várhatunk kedvező gyógyeredményt; míg a sipolyok és a mirigy gyökeres kikaparása nem egy esetben igen jóhatásúnak bizonyult. Végleges gyógyulást csakis a radicalis eljárásokkal lehet elérni. Ha elérjük majd azt az időt, a mikor a prostatagümőkórt minél korábban tudjuk diagnosztizálni, akkor nagyon valószínű, hogy igen sok esetben nem lesz szükség kiterjedt műtétekre, hanem a prostatectomia már egymagában teljes sikert fog biztosítani a betegnek.

A szerző a perineumos prostatectomiát tartja a legkedvezőbb műtétnak; de a mikor a beteg közérzete már olyan rossz, hogy a prostata gyökeres kiirtására nem gondolhatunk, akkor a vas deferens kettős átmetszése kecsesget még aránylag a legjobb kilátással. (Folia urologica, VII. kötet, 7. sz.)

Drucker.

#### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**A Plaut-Vincent-angina gyógyítására Citron** a salvarsan helybeli alkalmazását (0.1 salvarsan, 5 cm<sup>3</sup> glycerinnel mozsárban összedörzsölve) ajánlja, mert intravenásan a salvarsan nem éri el a necrosos fekély lepedékében burjánzó mikroorganizmusokat. (Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 14. szám.)

**Az istizin** nevű új hashajtószerről ír *Ebstein* a leipzig belklinikán végzett kísérletei alapján. Az istizin (1.8—dioxanthrachinon) narancsszínű lemezekben, illetve porban kapható. 0.3—0.45 gramm bevétel után 10—14 óra múlva pépes székürülést okoz, főleg a vastagbél motoros működését fokozó hatása folytán. Kiemelendő, hogy a szer megszokását és ennek folytán hatástalanná válását a szerző eddig még nem észlelte. A Fr. Bayer-gyár készíti, még pedig tablettá-alakban is. (Medizinische Klinik, 1913, 18. szám.)

**Csecsemőkori ideges hányás** ellen *Rosenhaupt* az anaesthesint ajánlja. A 2—3%-os gummosus mixturából kávékanálnyi ad az evés előtt 10 perczzel. Az anaesthesin nagyon ártalmatlan szer; házinyúlra csak 2 grammon felüli adagok mérgezők. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1913, 16. szám.)

**Izületcsúz** súlyos esetében *Wiedemann* nagyon jó eredménnyel használja a 2.5%-os chlorsavas aluminiumot 10% liquor aluminii acetico-tartarici hozzáadásával nedves borítások alakjában. Ugyanezzel az oldattal a torok is gyakran öblítendő. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 14. szám, 790. l.)

**A narcophin** (morphin-narcotin-meconat) használatáról a szülészetben ír *Jaschke* docens, a giesseni nőklinika szerzett tapasztalatai alapján. Az esetek túlnyomó többségében 3 centigramm befecskendezése után 10 perczzel beáll a kifejezett megnyugtató hatás; a szülőfájdalmakat, noha erősségük nem változik, kevésbé érzi a nő. A hatás kb. 2—3 óra alatt éri el a tetőfokát. Károsító hatás az anyára vagy gyermekére sohasem volt kimutatható. A jelzett 3 centigrammos adag steril oldata ampullákban készen kapható. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 2. szám.)

#### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1913, 20. szám. *Lőrincz Béla*: A klimakterikus vérzési rendellenességekről. *Nagy Sándor*: A gyógyszeres selectio.

**Orvosok lapja**, 1913, 21. szám. *Stein Lajos*: A neosalvarsanról.

**Budapesti orvosi ujság**, 1913, 21. szám. *Bókay Árpád*: A jodgazdag és jodszegény diéta. *Hammer Dezső*: A formalinfertőtlenítésről és a „hydroformal” fertőtlenítő gépről. „Szülészet és nőgyógyászat” melléklet, 2. szám. *Mészáros Károly*: A glanduitrin alkalmazása a szülészetben. *Hollaender Jenő*: Ovariumelváltozások mola hydatidosa kapcsán.

#### Vegyes hírek.

**Kinevezés.** *Vincze Aladár* dr.-t, Lugos város tiszti főorvosát tiszteletbeli megyei főorvossá, *Dembitz Sándor* dr. ópalánkai községi orvost tiszteletbeli járásorvossá, *Rácz Zoltán* dr.-t a szabadkai közpórházhoz alorvossá nevezték ki.

**Választás.** *Dömötör Miksa* dr.-t Magyarokanizsa város főorvosává, *Tallatschek Ferencz* dr.-t Nagysinken és *Szokol Edgár* dr.-t Jókán körorvossá, *Athanakovits Miklós* dr.-t Bácsstóvároson községi orvossá választották.

**Alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán.** Megválasztottak: az I. sz. belklinikához: *Jankovic Száva* dr. gyakornoknak; az I. sz. szemklinikához: *Viola György* dr. gyakornoknak. — A tanártestület a 2000 K-s állami utaztató ösztöndíjat *Gózonny Lajos* dr.-nak, a bakteriológiai intézet tanársegédének, a 400 K-s Gróf *Andrássy Szerafina*-féle szorgalmi díjat *Szarvas Jenő*-nek, a 130 K-s *Barner Ignác*-féle szorgalmi díjat *Lippe Edé*-nek s a 800 K-s *Fischhoff*-féle szigorlati segélydíjat *Jellman Gusztáv*-nak ítélte oda.

**A budapesti egyetem II. számú női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum** áprilisban 108 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 88 volt.

**A debreczeni egyetem** alapkövetétele ez év őszén lesz; az orvosi kar 1916/17 őszén kezdi meg működését a harmadik, negyedik és ötödik évfolyammal és szigorlati joggal.

**Jelentés a Somogy vármegyei kaposvári közpórház tüdőbeteg-pavillonjának és a kaposvári tüdőbeteg-gondozónak (dispensaire) 1912. évi működéséről.** A *Csurgó Jenő* dr., kórházi főorvos gondos összeállításában megjelent füzet részletesen ismerteti a czimben jelzett intézményekre vonatkozó adatokat és rajzok kíséretében leírja a kaposvári közpórháznak a múlt évben megnyitott, 170.000 korona költséggel felállított tüdőbetegpavillonját.

**Meghalt.** *Riesz Gyula* dr. járásorvos 60 éves korában Felsővisón. — *Th. Anger*, jeles francia sebész, volt kórházi főorvos, számos értékes dolgozat szerzője, 67 éves korában.

**Szabóky János** dr. fürdőorvosi gyakorlatát *Gleichenbergben* ismét megkezdette.

**Politzer Alfréd** gyermekorvos lakását VI., Teréz-körút 50. szám alá tette át.

**Evans-intézet.** *Th. Evans*, Páris legnevesebb fogorvosa a második császárság idejében, végrendeletében 15 millió franc-t hagyományozott Philadelphia városának egy fogorvosi intézet felállítására. A végrendeletet azonban megtámadták s a nevezett város hosszas per után csak most jutott a nagy hagyaték birtokába, a melyből felállítják az Evans nevet viselő pártatlan intézetet.



**Kisebb közlések az orvostudomány köréből.** *Anatomiai készítmények konzerválására* azon kedvező eredmények alapján, a melyeket gyümölcsöknek cukor-oldatban eltartásával értek el, *Magnus* szintén végzett kísérleteket erős cukoroldatokkal, a melyek nagyon biztató eredményre vezettek. A természetes színek megtartása céljából előbb néhány órára 10%-os formalin-oldatba és azután 24 órára 50%-os alkoholba teendő a készítmény. (Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 14. szám.) — *A gümőkór chemotherapiájához* szolgálhat adatokat *Mehler* és *Ascher*. Abból kiindulva, hogy a lecithinnek és hasadástermékeinek tetemes bakteriolysises hatásuk van, a cholinnal, mint a lecithin hasadástermékével kísérleteztek. A cholin lazán kötött só (borcholin) alakjában baj nélkül fecskendezhető aránylag nagy mennyiségben a vérbe s az eddigi tapasztalatok szerint a gümőkórra kedvezően hat. A szernek az általános gyakorlatba bevezetése előtt azonban még további vizsgálatokra van szükség. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 14. szám.) — *A bélmozgások tanulmányozására* *Katsch* és *Borcherz* házi nyulak hasán négyyszögű lyukat készítettek s ennek helyére átlátszó celluloid-lemezt tettek, a mely kifogástalanul begyógyult. Az ilyen ablakos hasú állatokon már eddig is nagyon érdekes megfigyeléseket tettek a bélmozgások köréből. (Zeitschrift für exper. Pathologie und Therapie, 12. kötet, 2. füzet.)

**Személyi hírek külföldről.** *E. H. Kisch* tanár, az ismert marienbadi fürdőorvos, a balneologia rk. tanára a prágai német egyetemen, félszázados doktori jubileumát ünnepelte. Marienbadban ez alkalommal egy utcát átkereszteltek az ő nevére. — *Boveri* tanár Würzburgban, a kit meghívtak a Vilmos császár-társaság részéről Berlin mellett szervezendő nagy kísérleti biológiai intézet élére, a meghívást nem fogadta el. — A newyorki Cornell-egyetemen a nőorvostan tanárává *C. C. Barrows* dr.-t nevezték ki.

**Hírek külföldről.** A Londonban tartandó 17. nemzetközi orvosi congressus szemészeti szakosztályának elnöke az elhunyt *Swanzy* dr. helyett *Sir Anderson Critchett* lett. — Egy névtelen adakozó 10.000 márkás díjat tűzött ki annak a jutalmazására, a ki olyan módszert talál, a melylyel az ú. n. „Typhusdauerausscheider“-eket meg lehet szabadítani a typhusbacillusoktól. A pályázónak be kell tudnia bizonyítani, hogy a módszerével kezelt egyének bélürülékében és vizeletében már 1/2 évvel a kezelés után nem volt typhusbakterium. A díjra bármely nemzetiségbeliek pályázhatnak; a pályaművet, melynek német nyelven kell írva lennie, 1914 okt. 1.-éig kell benyújtani a bíráló bizottság elnökéhez, *Schjerning* tanárhoz Berlinben. A bizottság tagjai azonkívül még *Ehrlich* (Frankfurt), *Kraus* (Berlin), *Gaffky* (Berlin), *Uhlenhuth* (Strassburg) és *Hoffmann* (Berlin) tanárok. — Párisban a születések arányszáma a lakosság számához viszonyítva 1912-ben 16:4‰ volt, a legkisebb eddig előfordult szám!

**A budapesti orvosi kör országos segélyegyletében befizettek:** Szikes Lajos, Takács Lajos, Unterberg Hugó, Valovics Gyula, Viltsek Vilmos, Bodon Károly, Völgyi Elemér, Kapp Jakab, Baneth Ignác, Berger József, Bothár Samu, Csiky Ferencz, Dabasi Ödön, Dragits Imre, Fodor Leó, Freund Márk, Gál Artur, Gelléri Samu, Görgényi Károly, Guhr Géza, Günczler Márkus, Halle Henrik, Hanny György, Hensch Géza, Hoffmann Zsigmond, Karsay Zoltán, Kirchner József, Klein Jakab, Kovács-Sebestyén Endre, Kraemer Lipót, László Károly, Litsek Akos, Lurtz Ottó, Mérey Béla, Méri Sándor, Mladinu Péter, Nádai Lipót, Neumann Miksa, Polgár Károly, Reismann Adolf, Solt Lipót, Schéda Gergely, Stettner Ödön, Szabady Lajos, Szauer György, Szász Ágoston, Tapai József, Török Artur, Tenner Vilmos, Véber Ignác, Wassermann Simon, Veres Sándor, Asztalos Kálmán, Bartha Sándor, Adonyi Gyula, Erdős János, Dévai Mór, Csillag Gyula, Vaskovits Sándor, Csilléry András, Dávid Zsigmond, Bella János, Fodor Mór, Friedmann Ede, Faragó Andor, Gergő Samu, Guhr Mihály, Grosz Menyhért, Gold Samu, Gábor Menyhért, Geiringer Henrik, Gara Artur, Hunwald Tóbiás, Heumann Miksa, Hesz Gyula, Löwensohn Izsó, Kemény Antal, Kenessey Aladár, Schmidt Antal, Loevy Ignác, Kaufer Mór, Kellerstein Bodó, Szilárd Armin, Lencső Ferencz, Lakatos Mihály, Kammer Mór, Komlósi Béla, Kabos Márton, Márer József, Magas Árpád, Nagy Ottó, Reisz Miksa, Rosenberg Jenő, Rosenthal Félix, Rosenthal Bertalan, Ponyiczky Elek, Strósz Ernő, Schönfeld László, Szauer Vilmos, Tauffer Vilmos, Tauffer Jenő, Molnár József, Porutiu Romulus, Zemplényi Dezső, Weinberger Sámuel, Weinberger Mór, Ullmann Antal, Varga Zsigmond, Ambró Nándor, Biró Mór, Blumberger Mór, Brach Samu, Bolner Sándor, Budai Mór, Buder Ferencz, Csiky János, Deési Pál, Deutsch József, Dobrovics Máttyás, Engel Nándor, Frankel Károly, Frey Lajos, Gállosy József, Gál Adolf, Glattstein Ernő, Grünfeld Zsigmond, Gyárfás Ferencz Gyémánt Jakab, Hasenberg Károly, Hoff Mór, Kanócz János, Kerekes István, Kerekes Pál, Kicska Emil, Klein Mór, Klein Zsigmond, Kozma Jenő, Löffelmann Félix, Maybaum Sándor, Mikó Géza, Molnár Hugó, Murányi Károly, Mustó Sándor, Necz Nándor, Oszmann Mór, Papp Izidor, Porgesz Bertalan, Reinkopf Izidor, Sebők Adolf, Soltész József, 4—4 koronát. *Katona József* dr., pénztáros.

**Dr. Szigeti Márton** Abbáziából *Gleichenbergbe* érkezett és fürdőorvosi működését újból megkezdte.

Mai számunkhoz *Richter Gedeon* vegyészeti gyára prospectusa van mellékelve.

Mai számunkhoz a *Vial és Uhlmann* cég „*Tonica-bor*“ című prospectusa van csatolva.

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

**Ótátrafüred** magaslati gyógyhely (1020 m.). Vizgyógyintézet az összes physisikai gyógymódokkal ideg- s belbetegeknek. Vezetőorvos: **Dr. Groó Béla.**

**Istvánúti sanatorium és vizgyógyintézet** Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81—01. **Röntgen-laboratorium.** Vezetője: **Dr. Alexander Béla,** egyetemi magántanár.

**Dr. Mátrai Gábor és Dr. Sas Bernát** Orvosi laboratoriuma VI., Andrassy-út 38. Telefon 26—96.

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

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

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

**THERAPIA** sanatorium vizgyógyintézete Budapest, Városligeti fasor 11. szám, e hó végén nyílik meg.

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



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

**Dr. Turán Bódog** Franzensbad („Prinz Wales“). május hó 1.-étől október hó 1.-éig

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

**POLGÁR SÁNDOR,** Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50. — Legújabb nagy képes főárjegyzék bérmentve. — Invitásokat elfogad. (Alapítva 1892.) Telefon 583.

**MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK** fürdőkhöz. **„LÁPSÓ”** száraz kivonat ládákban á 1 kiló **LÁPLÚG** folyékony kivonat üvegekben á 2 kiló

**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.

**WEISZ EDE** INTÉZETE **PÖSTYÉN**

**Röntgen. Zander. Modern kényelem. Mérsékelt árak.** Diätetikai és mechanikai gyógyintézet. 4258 Alapítva 1893.

**Dr. Cukor curpensiója** Franzensbad, Villa Heimdall. Modernül berendezve, kitünő fekvéssel, fürdők, források közvetlen közelében. Teljes pensio 5-szöri étkezéssel, szobával, orvosi kezeléssel, napi 15 korona, Prospectus kívánatra.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM:** Magyar Tudományos Akadémia (III. osztály ülése 1913 május 19.-én.) 408. I. — A Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének első nagygyűlése (1913 április 12–13.) 409. I.

## Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1913 május 19.-én.)

Elnök: Entz Géza r. t. Titkár: Fröhlich Izidor r. t.

Orvosi érdekű előadások voltak a következők:

I. Lenhossék Mihály r. t. bemutatja a budapesti egyetem I. számú anatómiai intézetében készült következő dolgozatokat:

1. Nagy László: *Az ileocoecalis tájék embryonalis topographiájára vonatkozó adatok.*

Az eddig ismeretes általános felfogás a féregnyujtvány s az ileocoecalis tájék fejlődésére nézve az volt, hogy a magzati élet 3. hónapjában a köldöksérvből visszakerülő féregnyujtvány a máj alatt helyezkedik el, magasan a jobb hypochondriumában. Innen lassan vándorol le a fossa iliacaiba, a hova a 9. hó elején jut le. Ezen felfogás alapján a magas fekvésű féregnyujtványokat fejlődési visszamaradásnak tekintették.

Ezzel szemben Nagy 77 harmadik, negyedik, ötödik és hatodik hónapbeli foetuson kimutatta, hogy a féregnyujtvány s az ileocoecalis tájék már eleve úgy helyezkedik el, hogy ez későbbi helyzetére hatással lesz. Az esetek legnagyobb részében nem fedi a máj, hanem a máj és a csípőárok között fekszik, néha már kezdetben a fossa iliacaiban van, ritkán fenn a máj alatt. A fejlődés közben történő eltolódás nem a féregnyujtvány levándorlásának, hanem a hasfalak, főleg a medence növéseinek eredménye, tehát passiv elmaradás.

A felnőtben magas fekvésű féregnyujtványok keletkezését mechanikai okokkal, bélhurkok nyomásával magyarázza, s így bizonyos fokban pathologiai tünetnek tekinti.

2. Péterfi Tibor: *Vizsgálatok az izomfibrillumok és az infibrillumok egymáshoz való viszonyáról.*

A mult esztendő folyamán két nagyobb dolgozat, Schultze O. és Loginow dolgozata foglalkozott a szövettannak a vitás kérdésével, hogy az infibrillumok közvetlen folytatásai-e az izomfibrillumoknak, vagy az izomrostot körülvevő kötőszövetből erednek-e. Mindkét dolgozat azt állítja, hogy közvetlen összefüggés van az izom és az infibrillumok között. Schultze vizsgálatai szerint, melyeket Loginow megerősített és kibővített, az izomfibrillumok fokozatosan kötőszöveti fibrillumokká alakulnak át, melyek átfúrják a sarkolemmát s az izomrost végén inná egyesülnek.

Ezzel szemben a szerzőnek sikerült specifikus kötőszöveti festésekkel kimutatnia, hogy az infibrillumok nem az izomfonalkák folytatásai, hanem a sarkolemmából eredő kötőszöveti fonalkák. Az izomrostot körülvevő sarkolemma ugyanis nem homogen hártya, hanem hyalinszerű alapanyagba ágyazott kötőszöveti fonalkahálózat s ennek a hálózatnak fibrillumáiból keletkezik az izomrost végén az ín. Minthogy azonban a sarkolemma-hálózat közvetlenül a myofibrillumok felett fekszik, könnyen keletkezhetik olyan kép, mintha a kötőszöveti fibrillumok az izomállományban benn, a myofibrillumok folytatásában feküdnének. Ilyen látszólagos izom-infibrillum-kontinuitások keletkeznek, ha az izomrost felülete nem állítható be elég élesen (különösen, ha az izomrost vége olyan vékony, hogy a sarkolemma-hálózat és a myofibrillumok közötti nívaukülönbség alig észlelhető), továbbá, ha az izomrost összehúzódása vagy egyenetlen elernyedése alatt a rost térfogatnövekedésének ellentálló kötőszöveti hálózat belevágódik az izomállományba.

3. Péterfi Tibor: *Az emberi húgyhólyag izomzata.*

Az eddigi leírások szerint a hólyagizomzat három többé-kevésbé összefüggő rétegből: külső hosszanti, közbülső körös és belső hálózatos rétegből áll.

A szerző kimutatta, hogy a hólyagfal izomzata összefüggő

egységes izomhálózat, melybe az ureterek beszájadzása folytán a sphincter vesicae int. beleszővődik. A hólyagfal izomzatának punctum fixuma abban a síkban fekszik, mely a symphysistól az első farkcsigolyáig a pars prostatica urethraen keresztül fektethető. Ebben a síkban három eredési vonalról, a külső, belső és oldalsó vonalról erednek az izomrostok, melyek már eredésüknel anastomozálnak egymással, a hólyagfalra terjedve pedig állandóan és sűrűn cserélnek egymással rostokat. Ez a rostcsere a hólyagizomzatnak, általában a sima izomzat elrendeződési módjának igen jellemző vonása. Egyes izomkötegek hosszabb szakaszon keresztül azonos irányú rostokból állanak, ezek önállóbbak s külön névvel jelölhetők. Ilyenek az elülső és hátulsó detrusor-kötegek, az ureterek beszájadzását körülhálózó ívelt kötegek és a hátulsó hólyagfal belső hálózatos rétegének verticalis vagy arboreskáló kötegei. Azonban ezek is összefonódnak egymással és a mélyebben vagy peripheriasabban fekvő izomkötegekkel, úgy hogy sem rétegekre nem lehet fejteni az izomzatot, sem nem állíthatjuk azt, hogy a külső rostok mind longitudinalisok s a belsők circularisok volnának.

Az izomhálózat elrendeződésében mechanikai törvényszerűségek nyilvánulnak meg. A kötegek nagyobb részt symmetriásan helyezkednek el, még pedig úgy, hogy a belső nyomással szemben a hólyagfalnak lehetőleg minden pontjára trajectoryumokat alkothassanak. Ebből az elrendeződési módból arra következtethetünk, hogy a hólyagizomzatnak elsősorban statikai szerepe van, a hólyag megtelődése alatt szabályozza a hólyagfal tágulását s lépést tart a fokozódó belső nyomással.

4. Szent-Györgyi Albert: *A végbél és a pars analis recti mikroskopi szerkezetéről.*

A szerző az I. sz. anatómiai intézetben 20 végbél vizsgálata alapján revisio alá vetté a végbél alsó szakaszának szövettani szerkezetéről szóló fejezetet s dolgozatában kiterjeszkedett a pars analis recti nyálkahártyájának makroszkopos viselkedésére is. Alulról felfelé menve a végbélen a következő részeket különbözteti meg: zona cutanea, zona intermedia, linea sinuosa analis, zona columnaris, linea ano-rectalis, zona glabra, zona reticularis s. follicularis. Mind e részek szövettani szerkezetét behatóan ismerteti, tekintettel a hám, a kötőszöveti alaprét, a mirigyek s az izomzat viszonyaira. A zona cutaneában különösen a nagy circumanalis verejtékmirigyekre (Gay-féle mirigyek), a zona intermediában az először Romiti-től észlelt szabad faggyúmirigyekre fordít figyelmet, melyeknek első részletesebb leírását adja. A Morgagni-oszlopok közti bemélyedésekben gyakran észlelhető másodlagos hámgödröcskékkel és hámmenetekkel (canaliculi Morgagni) bőven foglalkozik. Megállapítja, hogy a többrétegű hám 9 mm.-nyire terjed fel a linea sinuosától a Morgagni-redők zonájára, e redőknek csaknem felső végéig, többrétegű lapos hám alakjában a redők élén s többrétegű hengerhám alakjában a redők közti bemélyedésekben. Kimutatja, hogy a linea ano-rectalist nem a hám megváltozása, hanem a Lieberkühn-mirigyek megjelenése okozza. Részletesen foglalkozik végül a végbél nyirokapparatusával, különösen a végbélre jellegzetes félhólyagos nyiroktüszőkkel (noduli semilunares).

II. Udránszky László lev. tag bemutatja a budapesti egyetem élettani intézetében készült következő dolgozatokat:

1. Körösy Kornél: *Mikrocalorimeter bacteriumok hőtermelésének meghatározására.*

A bacteriumok csekély mértékű és hosszasan elnyúló hőtermelésének meghatározására külön mikrocalorimeterre van szükség. Az eddig erre a célra ajánlott eszközök a termelt caloriamentységet mind csak közvetett úton adják meg, és



ennek következtében jelentékeny hibával dolgoznak. *Kőrösy* az aether párolgási hőjén alapuló közvetlen módszert ismeret, melynek keretében a termelt melegmennyiséget az átpárolgó aether mennyiségéből számítjuk ki. A calorimeter különböző hőmérsékleteken egyaránt használható. A bacteriumokat tartalmazó tápláló talaj hőmérséklete a kísérlet közben alig nagyobbodik.

Az átpárolgó aether mennyisége a hőtermelés gyorsaságától majdnem független, a mennyiben óránkénti 8 caloria termelésekor  $13.8 \text{ cm}^3$ , óránkénti 570.3 caloria termelésekor pedig  $15.1 \text{ cm}^3$  aether párolgott át 1000 caloriánként. További előnye az eljárásnak, hogy vele különböző hőmérsékleten végezhetünk meghatározásokat.

A tanulmányozás körébe vont folyamat a denitrificációnak magában véve endothermikus, de a mikroorganismus organikus táplálékának kapcsolatos oxydatiója következtében exothermikusá váló folyamata. Valószínűvé vált, hogy az egyenlő mennyiségű nitrát bontásakor szabaddá váló meleg az organikus táplálék töménységének növelésével nagyobbodik.

## 2. *Kőrösy Kornél: A chlorophyll-assimilatio kérdéséről.*

A növények zöld részeinek szénsavassimilációjáról való ismereteink kvantitatív tekintetben igen hiányosak. Az e kérdéssel foglalkozó vizsgálok legnagyobb része a levelek száraz anyagában támadó gyarapodás megfigyelésére szorítkozott, vagy az elhasznált szénsav mennyiségéből vont következtetést az assimilatio intenzitására. Az assimilatio közben felgyülemelő anyagok kvantitatív elemzése és azok égésmelegének meghatározása alapján remélni lehetett, hogy a folyamat lényegébe mélyebb betekintést nyerünk és hogy nevezetesen a felől tájékozódunk, nem kapcsolatos-e az endothermikus szénsavassimilációval valamely exothermikus folyamat.

Az akáczfaleveleken végzett vizsgálat arra az eredményre vezetett, hogy a keményítő- és cukortartalommal talált gyarapodás a száraz anyag gyarapodásának csak mintegy  $10\%$ -át képviselte. Minthogy a levelek zsírtartalma sem nagyobbodott számbajövő mértékben és minthogy az égésmelegmeghatározások ahhoz a feltevéshez találnak, hogy a felgyülemelt anyag szénhidrát, legvalószínűbbnek kell tartanunk, hogy az assimilatio termékei a levelekben végérvényben celluloseszerű anyag alakjában gyűltek meg. Ezek szerint tehát nincs okunk annak feltételezésére, hogy az assimilációval kapcsolatosan valamilyen exothermikus folyamat történik.

## A Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének első nagygyűlése.

(1913 április 12–13.)

Ismerteti: *Ország Oszkár* dr.

(Folytatás.)

*Hollós József: A Spengler-féle Immunkörper- (I. K.) kezeléséről.* A szernek az előadó szerint részint antitoxikus, részint bacillusoldó hatása van. Az utóbbi okozza a kezelés folyamán beálló lázakat. Tudatos individualis kezelést az autoimmunizálás és az azzal járó intoxicációs tünetek szem előtt tartásával végezhetünk. Következtetéseit több ezer esetből vonja le s véleménye szerint a szerrel oly eredmények érhetőek el, melyeket más specificum nem ad.

*Geszti József: A pneumothorax-műtét punctiós módszeréről.* Az előadó a mesterséges pneumothorax-szal való gyógyítás minél nagyobb mértékben való gyakorlását óhajtja s e célból a könnyebben kivihető punctiós módszert ajánlja, a melyet veszélytelennek tart. A *Brauer* által ismertett bal eseteket a hibás technikának tulajdonítja. Fontosnak tartja, hogy addig sohase bocsássunk be nitrogent, míg a manometer a typosus nyomásviszonyokat nem mutatja. 22 esetben végzett punctio alkalmával 12-szer pozitív eredményt ért el, sohasem tapasztalt nehézséget.

*Okolicsányi-Kuthy Dezső és Lobmayer Géza: Mesterséges pneumothorax gravidán.* Egy a terhesség negyedik hó-

napjában levő súlyos tüdőbeteg (főleg jobboldali disseminált peribronchitis és bronchopneumonia specifica) jobboldali pneumothoraxot létesítettek, mely után a beteg feltűnően javult, jelentékenyen gyarapodott ( $11\frac{1}{2}$  kgr.), a tüdőbeli folyamat látszólag megnyugodott, úgy hogy a beteg házi körében teljesen munkabíróvá vált. A szülés után a beteg igen lázas lett; rohamosan gyengült és két hónappal később meghalt. A terhesség nagy része alatt a mesterséges légmell eredményes volt s csak akkor állott be rosszabbodás, a mikor a méh előre dőlt s a tüdő compressióját már nem támogatta. A szülés és gyermekágya a kitünőnek ígérkező eredményt tönkretette. Hozzájárul ehhez az is, hogy a beteg a kezelőorvosoknál nem jelentkezett és így az utántöltések nem voltak folytathatók. Bemutatják a beteg Röntgen-képeit.

*Geszti* előadásához hozzászólva, *Dollinger Gyula* hangsúlyozza a punctiós eljárás veszélyes voltát, a mennyiben a tüdőbe szúrva, az esetleg befertőzött tüdő fertőzheti a mellhártyát és a beteg genyész mellhártyagyuladást kaphat. Másrészt nitrogen-embolia jöhet létre, a mely a beteg halálát okozhatja. E két complicatio elkerülhető, ha helybeli érzéstelenítéssel 5 cm. hosszú seben át a mellüregig hatolunk, *Brauer* szerint végezzük a műtétet. E műtét oly csekély, hogy bármely tiszta szobában elvégezhető. A *Brauer*-féle műtét technikája könnyen elsajátítható.

*Geszti József:* A punctiós eljárást alkalmasabbnak tartja arra, hogy vele a pneumothorax-kezelés nagyobb körben is végeztesék.

*Kovács Aladár:* Ha évekre visszaterjedőleg végigtekint a specifikus gyógykezeléssel kezelt és nem kezelt eseteken, nem zárkozhatik el azon benyomás elől, hogy a kezelés a beteg életét évekké hosszabbíthatja.

*Csurgó Jenő:* Óva int mindenkit tüdővérzésben szenvedő betegek a vérzés alatt vagy közvetlen utána tuberculint alkalmazni.

*Kovács József:* 46 betegen, kiknek túlnyomó része az első és második stadiumban volt, 5–8 hónapon át alkalmazta az I. K.-t. Az eredmény nulla volt. E betegek közül számosan tuberculinra reagáltak s e kezeléssel subjectív és objectív javulást ért el. Nézete szerint az I. K.-kezelés eredménytelensége nem a hiányzó reakcióképességre volt visszavezethető.

*Diósszilágyi Sámuel:* 100 esetben alkalmazta az I. K.-t. Csakis a kezdeti szakban ért el oly szép eredményeket, a minőket tuberculinnal nem tudott megközelíteni.

*Süsz Ferencz:* 25 kezdődő esetben szintén jó eredményeket ért el.

*Tomor Ernő:* A legnagyobb *Spengler*-láz idején Davosban működött s alkalma volt a *Spengler* által kezelt betegek közül 12-t észlelni, a kik hónapokig tartó kezelés után eredménytelenül hagyták abba a kúrát és visszatértek a hygiénés-diaetás kezeléshez. Saját vizsgálatai alapján is az a véleménye, hogy a szer a kórfolyamatot befolyásolni nem tudja. Az egy-egy esetben mutatkozó javulás épp oly gyakran minden specifikus kezelés nélkül is előfordul.

*Hollós József:* Az I. K.-kezelés eredménytelenségéről szóló véleményeket a helytelen alkalmazásra vezeti vissza. Sokszor súlyos, eredménytelen esetek is meggyógyultak. Bemutatja 3 intercurrens betegségben elhalt, régebben I. K.-rel kezelt egyén tüdőkészítményét, melyen gyógyult góczok láthatók.

*Ország Oszkár:* Az izomzat villamos ingerlékenysége mesterséges pneumothorax esetén. Az előadó a villamos ingerlékenység jelentőségének a tüdőtuberculosis aktivitásának megállapításában való méltatása után ismerteti vizsgálatait, melyek szerint az előzőleg fokozott villamos ingerlékenység mesterséges pneumothorax létesítése után nemcsak normalissá válik, hanem annál csekélyebb értékeket is mutat. Az izomzat ingerlékenységének eme megváltozása sokszor oly rövid idő után észlelhető, mely alatt a tüdőfolyamat nagyobb fokú változása még nem következhetett be. E vizsgálok módszer gyakorlati értékkel bírhat oly esetekben, a melyekben a Röntgen-vizsgálat nem vihető ki s a melyekben az ingerlékenység megváltozásából következtethetünk a pneumothorax viszonyaira.

*Polyák Lajos:* Az orr-, garat- és gégetuberculosis gyógyításáról. Az orr gümös megbetegedései többnyire primaerek és jóindulatúak, a kezelés sebészi. Igen jónak tartja a radiumbesugárzást, megkísérhetőnek a Röntgent. A garat kezelésében az edzőszereknek, a napkúrának és a röntgenezésnek híve. A gégetuberculosis nagy hajlammal bír a spontán gyógyulásra. Rossz hatással van rá a terhesség. Ezért az megszakítandó. A gyógykezelést teljesen értékellennek tartja. A teljes szótlanságot hónapokon át szükségesnek tartja, mert a suttofog beszéd néha jobban fárasztja a géget, mint a hangos. Kedvező eredményeket látott a radium-készítményektől. A különböző



műtéti eljárások felsorolása után hangsúlyozza, hogy az orr- és gégetuberculosis gyógyhajlam és gyógyíthatóság tekintetében nem áll a tüdő mögött. Hangoztatja a gégeszeti szaktudás szükségességét tüdőbeteg-sanatoriumokban és kórházakban.

**Kellermann Emil:** Orr- és gégetuberculosis gyógyult esetei. 50 éves asszonyt mutat be, a kin a jobb hangszalag egészében tumorszerű infiltratummal volt fedve, s a kit a régi szent János-kórházban megoperáltak. Bemutat azonkívül egy 25 éves férfibeteget, a ki *Polyák* főorvos ambulantiáján jelentkezett vizenyős, duzzadt ary-szalagokkal és porcokkal, igen nagy fekélyes interarytaenoidalis infiltratummal. Mindkét beteg műtéttel meggyógyítható volt.

**Pollacsek Elemér:** A dysphagia különböző alakjait tárgyalta s azok orvoslásával behatóan foglalkozott. Nagy beteganyagban az alkoholos injectiók jótékony hatását észlelte.

**Réthy Aurél:** A dysphagia okának a n. laryngeus sup. túlérzékenységét tekinti. Ez ideg bemeneti helyére gyakorolt állandó nyomás a fájdalmat csökkenti. Pelottát készítettett e czélból, melylyel 3 esetben jó eredménnyel csökkenteni tudta a nyelési fájdalmat. A dysphagia végleges megszüntetése czéljából 2 esetben végezte az ideg átmetszését. A resectio indicatióinak a következőket tekinti: 1. Ha a beteg alig, vagy nem tud nyelni; 2. a többi eljárás eredménytelennek bizonyult; 3. a gyógyulás, javulás kizárt; 4. a beteg ereje kibírja a beavatkozást.

**Pollacsek Elemér:** A Réthy-féle pelottát rövid időn át tartó érzéstelenítésre alkalmasnak tartja. Előadásában a hosszabb időn át tartó és részben gyógyító eljárásokkal akart foglalkozni.

**Donogány Zakariás:** Primaer tracheatuberculosis esete. Beteget mutat be, a kin a tracheoskopiai vizsgálat (*Polyák*) a trachea jobb oldalán széles alapon ülő szemcsés daganatot mutatott ki, mely csúcsosan körülbelül a trachea közepéig terjedt, sőt azt helyenként meg is haladta. A kivágott rész szövettani vizsgálata tuberculosisist bizonyított. A beteget megoperálva, a kórházból elbocsátják. Az esetet érdekessé teszi, hogy a klinikai kép rosszindulatú daganat mellett szolt és csak a szövettani vizsgálat derítette ki, hogy a tuberculosisnak nagyon ritka elsődleges jelentkezési módja és ritkábban észrevehető daganatos alakja forog fenn.

**Morelli Gusztáv:** A stomatologia jelentősége a tüdőgümőkór intézeti kezelésében. Az Erzsébet királyné-sanatorium betegek közül 2 év alatt 535 betegen végzett részletes szájvizsgálatot. Ez alapon megállapítja, hogy a száj-tuberculosis igen ritka, 4 esetet észlelt. A nem gümőkóros elváltozások igen gyakoriak. Hangsúlyozza a szájápolás és a fogak gyógykezelésének jelentőségét a tüdő-tuberculosis intézeti kezelésében.

**Deutsch Ernő:** A gyermekorvos socialhygienés feladata a tuberculosis elleni küzdelemben. Az előadó a gyógyíthatatlan betegeket intézetekben izolálná, a gyógyíthatókat pedig a tüdőbeteggondozó révén kellő lakással, táplálékkal és gyógykezeléssel látná el. A beteg családfő és az egészséges gyermekek napközi ellátásáról gondoskodnék a czélből, hogy a lakás kellőképpen szellőztessék és az egészséges családfő munka után nézhessen. Ismerteti a főváros gyermekeinek lakás- és táplálkozási viszonyaira vonatkozó észleleteit és statisztikai adatait, melyek a városi szegénylakások berendezésének és az alkohol elleni küzdelemnek nagy horderejét szemléltetik a gümőkór megelőzésében. Az ingyentej-kiosztó-, gyermeksanatorium-, szünidei gyermekelep-egyesületek között szerves kapocs megteremtését szükségesnek tartja. Óhajtja, hogy a mirigy-, csont- és izülettuberculosis gyógyításakor a conservatív álláspont győzedelmeskedjék és az orvosok a gümőkór specifikus kezelésébe fokozottabb mértékben vezetessenek be.

**Kentzler Gyula** az előadás két pontjához fűz megjegyzéseket. A lakásviszonyokra vonatkozólag a budapesti tüdőbeteggondozó intézet adatai alapján kimutatja, hogy a lakás közvetíti a fertőzést oly egyéneken, akik egészségesen kerültek be a fertőzött lakásba. Elismeri az üdülőtelepek hasznos voltát, de úgy véli, ha a gyermekek e helyekről újra fertőzött lakásba, a beteg családtagok környezetébe kerülnek vissza, akkor a beteg a fertőzés veszélyének épp úgy ki van téve, mint volt azelőtt.

**Gruber József:** Miképp gátolható meg a tüdővész terjedése. Szükségesnek tartja minden vármegyében két-három tüdőbeteggondozó intézet létesítését.

## PÁLYÁZATOK.

Végzett nőtlen orvos **sanatoriumi alorvosnak 1600 korona évi fizetés és elsőosztályú teljes ellátás mellett felvétetik.**  
Czím: Dr. Láng Sándor, mütő, Debreczen, Kossuth-u. 39.

A „Kaláni bánya- és kohó-részvénytársaság“ **pusztakaláni** (Hunyad m.) gyártelepén f. é. július 1.-én, esetleg előbb is elfoglalandó és 3000 korona évi törzsfizetéssel, természetbeni lakással s rendszeresített fűtési illetményvel javadalmazott **gyári és bányatorvos állásra** ezennel pályázatot hirdetünk.

Egyetemes orvostudori képesítéssel és kellő gyakorlattal bíró pályázók hiteles okmányokkal felszerelt folyamodványai folyó évi május hó 31.-éig alulírott hivatalhoz nyújtandók be.

Kaláni Bánya- és Kohó-Részvénytársaság  
Budapest, V., Nádor-utca 36 II. emelet.

472/1913. ikt. sz.

A vezetésem alatt álló közkórházban lemondás folytán megüresedett **két segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A segédorvos javadalmazása 1200 korona, lakás, fűtés, ételmezés. A kinevezés 2 évre szól. Távozás 4 héttel előbb jelentendő.

Más pályázók hiányában orvosi gyakorlatra utasított orvosok is kinevezhetők. Magánygyakorlat nincs megengedve.

A folyamodványok méltóságos **Makfalvay Géza** úrhoz, Somogyvármegye főispánjához intézendők és a kórházigazgatóságnál nyújtandók be **május 27.-éig.**

Kapospár, 1913 május 13.

Szigethi-Gyula Sándor dr., igazgató-főorvos.

## BADGASTEIN A világ legradioaktívabb hőforrása.

Salzburg, Ausztriai tartományban, a Tauernvasút főállomása, magas, szélftől védett fekvés (1012), dús konifererdőségek közepén. Kitűnő hatású az aggkor bántalmainál, az idegrendszer, a hátergincz megbetegedéseinek, csúsz, rheumánál, vese-, hólyag- és női betegségeknél. **Inhalatio** a természetes radiumemanatióból, közvetlenül a hőforrásoknál. A mechanikai, physikalís és villanytherapia legmodernebb gyógyszerközei. A legegyszerűbbtől a legelkényeztetettebb igényeknek megfelel 100 szálloda és lakóház, melyek közül a legtöbb hőfürdővel bír. Tágas, ritka szép sétányok. Felvilágosítások és prospekt. a gyógykezelőség által. **Böckstein** klimatikus gyógyhely közvetlen közelében.

## Sanatorium Dr. Schweinburg

### Zuckmantel

Legmodernebb és legtökéletesebben berendezett intézet fizikai és diatetikai gyógymódok részére. Előkelő tartózkodási hely. Remek fekvés. Legelőcsőbb általánnyarak. Prospectusok ingyen küldetnek.

Oszt. - Szilészia.

### Radium-emanatiós Inhalatorium.

## „Bayer“ **CONTRATUSSIN** „Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a **VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR**  
Budapest, VI., Andrassy-út 84.  
Minden gyógyszerárban kapható.  
Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

## ST. JOACHIMSTHAL

Karlsbadtól 25 percnyi távolságban

## A VILÁG LEGERŐSEBB RADIUMFORRÁSA természetes radiumfürdők 150.000

**Mache-egységgel. Gyógyít:** Köszvény, idült izületi- és izomcsúzt, ischiast, neuralgiát, apoplexia és neuritisek után fellépő benuulásokat, paraesthesiát, sexualis neurastheniát és hasonló bajokat, arteriosclerosis, idült bronchitist, női bajokat stb.

### RADIUM-GYÓGYINTÉZET

Főorvos: **Dr. M. Helner.**

Szálloda (300 szoba), radiumfürdők, emanatorium, a radiumtherapia valamennyi segédesszköze kéznél, szobák és pensio 18 koronától feljebb.

AZ ÁLLAMI RADIUMFORRÁSOKBÓL KÖZVETLENÜL VEZETETT TERMÉSZETES RADIUM-GYÖGYVÍZ.

Prospectusokat küld az igazgatóság, valamint a „Radium-Kurhaus A.-G.“ főorvosa, St. Joachimsthal in Böhmen.