

# 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.

- Frigyesi József:** A méh- és hüvelyrák kezelésének mai állása. 171. lap.  
**Scharl Pál:** Közlés az Erzsébet királyné-sanatoriumból (igazgató-főorvos: Scharl Pál dr.).  
 A tuberculosis aktivitásának megállapítása. 176. lap.  
**Frey Ernő:** Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem agyszövetani intézetéből.  
 (Igazgató: Schaffer Károly dr., egy. rk. tanár.) Angulusdaganatot utánzó nyúltvelő-  
 tuberculum esete. 180. lap.  
**Waldmann Iván:** A pupilla reakciójának vizsgálata. 182. lap.
- Irodalom-szemle. Könyvismertetés. *S. Jessner:* Lehrbuch der Haut- und Geschlechts-  
 leiden. — Új könyvek — *Lapszemle. Belorvosan. A. Mayer:* Pneumothoraxműtét

után jelentkező pleura-exsudatum. — *Sebészet. G. Klemperer:* A lépnek belső beteg-  
 ségekben való eltávolítása. — *Ideg- és elmebetegségeknél. W. Kürbitz:* Elmebajosok rajzai.  
 — *Raecke:* A paralysis progressivának salvarsannal való kezelése. — *E. Frankhauser:*  
 Az agyvelőkéregben előforduló kristályok és azok jelentősége. — *Szüllészet és nőorvos-  
 tan. Pinkuss és Kloninger:* A rák vaccinatiós kezelése. — *Börkörtan. Weinbrenner:*  
 A bőrráknak salicylsavval való gyógyítása. — *Hügszervi betegségek. W. Steckel:*  
 Onania. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Pécheux és Lotte:* Makacs csuklás.  
 — *Kohnstamm:* Elarson. — *Schwalbe:* Valisan. 183—185. lap.

*Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság.*  
 185. lap.

*Vegyes hírek.* 185. lap.

*Tudományos társulatok.* 186—189. lap.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

#### A méh- és hüvelyrák kezelésének mai állása.\*

Irta: *Frigyesi József* dr., egyet. magántanár, közkórházi főorvos.

Fontosabb, általánosan emberi és különösen orvosi szem-  
 pontból figyelemre méltóbb feladata tudományunknak, mint  
 a rákbetegség ellen való küzdelem, alig van. E küzdelem még  
 nincs befejezve; bármily nagy is a múltja, a története, ma még  
 benne megállapodni, eredményeiben megnyugodni nem sza-  
 bad. Mert ha ma a radio-actív anyagoknak a rák therapiá-  
 jába intenzívebben való bevonásával, ez irányban történt  
 újabb felfedezésekkel és tapasztalatokkal a rák kérdése kissé  
 előtérbe nyomult, ha nálunk is, külföldön is az utóbbi hó-  
 napokban tudósok és szakemberek többet foglalkoztak a rák  
 gyógyításával, a kérdés megoldásától, az emberiség e nagy  
 ellenségének leküzdésétől igen messze állunk. Ez újabban  
 fellendült mozgalom még mind csak kezdete annak a harc-  
 nak, annak a nagy munkásságnak, a melyben minden hozzá-  
 értő embernek a maga képességeivel és legjobb igyekezetével  
 kell résztvenni. A nőorvosra a rák ellen való küzdelemben  
 különösen nagy feladat vár. Ismeretes a méhrák nagy elter-  
 jedtsége, tudjuk, hogy kétszer annyi nő rákbeteg van, mint  
 férfi és hogy a nők összes rákbetegségének egy harmadát a  
 méhrák teszi. *Dührssen* számítása szerint Németország 25 mil-  
 lió nőlakosa közül évente 25.000 (*Kubinyi:* A méhrák gyó-  
 gyítása), Bajorországban *Klein* számításai szerint évenként  
 2000 asszony hal meg méhrákban. A viszonyok nálunk  
 Magyarországon sem lehetnek kedvezőbbek, mert mint azt  
*Kubinyi, Bäcker, Ákontz* a budapesti és kolozsvári női klini-  
 kák anyagából külön-külön kiszámította, az ambulans nő-  
 betegeknek közel 6%-a szenved méhrákban, ez a szám pedig  
 az ismertetett európai klinikák statisztikájában kb. a közép-  
 helyet foglalja el. De a rákkérdéssel való foglalkozásban a

nőorvos különleges helyzetét nemcsak a méhrák gyakorisága,  
 aránytalanul nagy elterjedtsége magyarázza, hanem az a körül-  
 mény is, hogy alig van szerv, melynek rákos megbetegedését  
 a sebészi kezeléssel, nevezetesen az operálással olyan sike-  
 resen tudjuk gyógyítani, mint a méhrákot. Hiszen míg a  
 gyomorrák alig 1—2%-ában, a végbélrák 8%-ában, az emlő-  
 rák az esetek 30%-ában marad műtét után recidivamentes,  
 addig a radicalis méhrák-operációk 45—50%-ában, egyik-  
 másik újabb és radicalisabb eljárás statisztikája szerint  
 52—53%-ában járnak végleges gyógyulással.

Ez az eredmény az operatív eljárásnak legszebb diadala!  
 A műtétek, melyekkel ezen eredményt elérhetjük, nehezek,  
 fáradtságosak és többé-kevésbé veszedelmesek. Csökkenti az  
 eredmények jelentőségét az a sajnálatos körülmény is, hogy  
 az eseteknek egy jelentékeny százaléka, a mikor a nőorvos  
 elé kerül, a baj előrehaladott stádiuma miatt radikálisan egy-  
 általában nem operálható. Ez a körülmény magyarázza, hogy  
 míg egyfelől lankadatlanul küzdöttünk a baj korai felismeré-  
 sének terjesztésében, hogy minél több méhrákos beteg még  
 az operabilitás stádiumában kerüljön szakorvos szeme elé,  
 majd mind radicalisabb műtétekkel igyekeztünk az operabili-  
 tás kezdetben szűk határait tágítani, másrészt mindnyájan  
 érthető mohósággal folyamodtunk a radiummal és meso-  
 thoriummal való kísérletezéshez, a mikor e szerek újabb, meg-  
 felelő adagban és megfelelő technikával való alkalmazásával  
 az idej hallei gynaekologiai congressus a nyilvánosság elé  
 lépett. A sugaras kezelés szempontjából ugyanis a hüvely- és  
 méhrák a hüvely felől való közvetlen hozzáférhetősége miatt  
 szintén kedvezőbb helyzetben van, mint a többi belső szerv  
 rákja.

Az az óriási visszhang és érdeklődés, a melyet *Krönig*  
 freiburgi gynaekologia-tanárnak és társainak közlése az egész  
 civilizált világban keltett, méltó a rákkérdés nagy fontosságá-  
 hoz. Az említett radioactiv anyagokkal való kísérletezés, a  
 mennyire e szerek nehéz hozzáférhetősége megengedte, ma-  
 gára vont a tudósok és szakemberek egész  
 munkacerejét. Mint méltóztatni tudni, nálunk *Tauffer* tanár,

\* A budapesti Közkórházi Orvostársulat 1914 január 21.-i ülésén  
 tartott előadás.

a ki eddig is a méhrák elleni küzdelem minden phasisából kivette a hozzá és nevéhez méltó részt, a radioactiv anyagok újabb irányú felhasználásának kísérletezésében is elől járt. Korunk türelmetlenségében van az oka, még pedig nemcsak a szerzőknek, hanem az olvasóközönségnek, az egész társadalomnak a türelmetlenségében, hogy csaknem minden héten két-három közlemény számol be a radiummal és mesothoriummal való kísérletezés állásáról; se szeri, se száma ma már a közleményeknek, a melyek több-kevesebb optimismussal, vagy többé-kevésbé jogosult kétkedéssel tárgyalják a kérdést. Bár arról már meggyőződöttünk, hogy a ráksejteknek minden eddiginél hatalmasabb ellenszerét és pusztítóját bírjuk a radiumban és mesothoriumban, mindazonáltal még nagyon kétséges, hogy fogjuk-e egyedül e szerekkel valaha a mélyben fekvő rákos beteg részeket gyógyíthatni, vagy nem. Nagyon kérdéses, hogy megérjük-e azt az időt, a mikor az operatív gynaekológiának a carcinoma ellen folytatott tiszteletreméltó küzdelme és e küzdelemnek szép és nagy eredményei historicumma lesznek.

A magam eddigi tapasztalása és az irodalomból vett tapasztalások alapján az a meggyőződés, hogy a radium- és mesothorium-kezelés értékéről a hallei congressus optimismusa épp olyan túlzott volt, mint az utána következő bécsi gyűlés skepsise. De ha mást nem is tudunk elérni e szerek alkalmazásával, mint a mennyi ma mint kétségbe nem vont positívum áll előttünk, e szerek újabb alkalmazás módjának megismerése orvostudományunknak nagy diadala és az emberiségnek igen nagy nyeresége. Ugy látszik, joggal várhatjuk e szerek prophylaxisos alkalmazásától operatív beavatkozásaink végleges eredményeinek javulását és a mi még fontosabb, minden eddigi palliativumnál összehasonlíthatatlanul nagyobb a hatásuk épp azokban a kétségbeesett esetekben, melyek az operatív kezeléssel meg sem közelíthetők. Így a sugaras és sebészi kezelést együtt, egymás kiegészítésére alkalmazzuk.

Nekem jutott a feladat, hogy ma a rendelkezésre álló rövid idő alatt a hüvely- és méhrák operatív kezelését ismertessem a mélyen tisztelt közkórházi orvostársulat előtt.

Azt hiszem, a mikor gyógyszerkincsünk ilyen hatásos szerrel gyarapodott, nem lesz felesleges, ha átvizsgáljuk a sebészi kezeléssel elért eredményeket és vizsgáljuk, vannak-e ténykedésünknek olyan területei, melyeket esetleg ma már joggal kivonhatunk a sebészi kezelés alól.

Nem lehet feladatom e rövid ismertetés keretében, hogy valamennyi javaslatba hozott rákoperációra és azok számtalan módosítására kiterjeszkedjem; azt hiszem, áttekinthetőbb képet nyújtok, ha ismertetem azokat a szempontokat, melyek e műtétek eredményeinek elbírálásakor irányadók s azokat a műtéteket, melyek az utolsó években a tudományos érdeklődés előterében állottak.

A méhrákra és különösen a méhrák-operációkra vonatkozó statisztikai adatok azóta vannak egységegesen, ugyanazon rendszer szerint gyűjtve az irodalomban, a mióta ez adatok gyűjtését *Winter* königsbergi tanár javaslata szerint gyűjtjük. A *Winter*-féle statisztika főbb pontjai irányadók tehát akkor is, ha a szóba jövő operációk értékéről akarunk véleményt alkotni. E szempontok a következők:

1. *Elsődleges gyógyeredmény*: Hány százaléka az operáltaknak gyógyult a műtéti beavatkozás után és mennyi a műtétnek magának a halálozási százaléka?

2. *Végleges gyógyeredmény*: Hány százaléka az operáltaknak maradt a műtét után 5 évig egészséges? A kiújulások legnagyobb része ugyan az első és második évben jelentkeznek; nagyfokú valószínűséggel azonban recidivamentességre csak a műtét utáni 5 év elteltével számíthatunk. Az ötödik év utáni kiújulások kivételek, elenyésző kis számot képviselnek s ezért számításán kívül hagyhatók.

3. *Az operálhatóság százaléka*: Száz carcinomás asszony közül hányon végezhető az illető eljárással radicalis kiirtás. Bár ez a szám a műtők egyénisége és technikája szerint, másrészt az illetőknek anyaga szerint is természetszerűen alá van vetve bizonyos ingadozásoknak, a különböző műtéti el-

járások összehasonlítására vonatkozólag belőle nagyjában helyes következtetéseket vonhatunk. Így természetes, hogy, ha két műtéti eljárásnak egyenlő az elsődleges gyógyulása, egyforma az általuk elért végleges gyógyulási százalék, a kettő közül az az értékesebb és hatásosabb beavatkozás, a melyikkel nagyobb százalékat tudjuk megoperálni a jelentkező carcinomás betegeknek, vagyis a melyikkel nagyobb operálhatósági százalékat tudunk elérni.

4. Az absolut gyógyulás százaléka azt mutatja, hogy 100 jeientkező carcinomás asszony közül hányat gyógyított meg a műtét véglegesen. Evvel külön foglalkoznunk nem kell, mert az előbbi két adatból osztás útján számítjuk ki. Ennek az adatnak nagyobb statisztikai adatok áttekintésekor vagy különböző műtétek összehasonlításakor van csak értéke. Egyedül való megemlézése csak félreértésekre vezethet. Mert ha pl. azt mondjuk, hogy a *Wertheim*-féle műtéttel elért eredmény 20—25% absolut gyógyulás, az nem azt jelenti, hogy 100 operált közül 20—25 gyógyult meg, hanem azt, hogy 100 beteg közül már 40—50 inoperabilis volt, s a megoperált 50 közül véglegesen gyógyítottunk meg 20-at. Ezért tehát a következőkben, a műtétek tárgyalásakor csak az elsődleges gyógyulásra, a végleges gyógyeredményre és az illető műtéttel elérhető operabilitásra terjeszkedem ki.

Az elsorolt szempontok szerint való összehasonlításra a méhrákoperációk közül nyilvánvalóan csak a radicalis beavatkozások, a különböző teljes méhkiirtások alkalmasak.

A partialis műtéteket mellőzhetném is, hiszen ma senkinek sem jut eszébe elvből valamely partialis műtét végzése. Egyikéről azonban a partialis műtéteknek, a hüvely felől végzett supravaginalis collumamputatióról, illik megemlékezni, mert még 1890-ben ma is élő előkelő gynaekologusok, mint *Hofmeyer*, *Winter*, nemcsak művelték, hanem nagy tudományos apparatussal védték is a jogosultságát.

A supravaginalis amputatiót *Schroeder* végezte először 1878-ban és az ő iskolája tartott ki mellette legtovább. Semmi sem igazolja jobban a kezdődő portioráknak aránylag lassú terjedését, mint hogy ezzel a kis beavatkozással, mely nem az egész méhet, csak annak a nyakát irtja ki, az említett szerzők adatai szerint 41·3%, *Winkel-Seitz* adatai szerint 41·7%-ban láttak végleges gyógyulást. És ha abban az időben az eljárás jogosultsága ellen kellőképp megindokolt kifogást nem is lehetett tenni, mert az akkor is már veszélytelen eljárással szemben a teljes méhkiirtások legegyszerűbb módja is nagy veszélyekkel és primaer halálozással járt, ma azt kell mondanunk, hogy ez eljárás rákos betegség esetén teljesen elveszítette létjogosultságát. Ezeknek a mindenesetre nagyon kivételesen észlelés alá kerülő kezdeti állapotban levő esetekben valamely radicalis műtét végzésével mindenesetre nagyobb százalékban volna végleges a gyógyulás és az ezen esetekben végezhető egyszerű kiirtásoknak mai technikánk mellett a primaer halálozási száma is minimalis.

*Winter* szerint azokban a ritka esetekben, a hol a rákos folyamat a portio külső felületén kis fekély vagy kezdődő burjánzás alakjában jelentkezik, a supravaginalis amputációnak következő indicatiói vannak (*Döderlein-Krönig*: Operative Gynaekologie):

1. Ha nagy súlyt helyeznek rá, hogy az illető asszony még szüljön.

2. Ha a hasür megnyitása valamely ok folytán különös nagy veszélylyel jár.

3. Ha a méhtest kiirtása rendkívüli nehézséggel és megfelelő veszélylyel jár.

4. Nagyfokú gyengeség (rendkívül nagyfokú vérszegénység, súlyos vesegyulladás stb.).

Ezen indicatiókhöz, illetve a teljes kiirtásnak ezen ellenjavallataihoz fűzi *Doederlein* a betegeknek igen magas korát (70 éven túl).

Magam carcinomás betegen az említett részleges műtétet sohasem végeztem.

Nézetem szerint a szóba jövő kezdeti esetekben ma az egyszerű teljes kiirtás és az amputatio veszélyessége között nincs is különbség s úgy a szervezet nagyfokú gyengesége,

vagy valamely súlyos szervi betegség esetében nem az a kérdés, részleges vagy teljes kiirtást végezzünk-e, hanem hogy egyáltalán operáljunk-e, vagy nem? *Ma már, a hol a műtétek ilyen súlyos ellenjavallatai vannak, nem az operálást, hanem a rádiummal való kezelést végezzük.*

Reátérek ezek után a gyökeres műtétekre.

A teljes méhkiirtás különböző módjai közül az előadás keretében csak arra a három műtetre terjeszkedhetem ki, melyeket ma is rendszeresen végezzünk, illetve a melyek a kérdés irodalmában ma is az előtérben vannak.

Ezek: 1. a hüvelyen át való teljes méhkiirtás; 2. a hasfalán át való gyökeres méhkiirtás és végül 3. a hüvelyen át való gyökeres méhkiirtás. Nem vehettem tárgyalásom keretébe a részint elavult, részint kivételesen szóba jövő eljárásokat, mint a perinealis, sacralis vagy parasacralis úton való méhkiirtásokat és még kevésbé térhetek ki a tárgyalandó műtéteknek számtalan módosítására vagy részletkérdésére.

A teljes méhkiirtás mindkét módját, nem tekintve az azelőtt elvétele, rendszer és tudományos alap nélkül végzett kísérleteket, 1878 óta ismerjük. Ez év januárjában végezte először *Wilhelm Alexander Freund* a hasfalán át való teljes kiirtást s ugyanez év augusztus havában részben talán már a *Freund* tapasztalataira támaszkodva végezte *Czerny* az első hüvelyen át való teljes méhkiirtást. Az azóta elmúlt 35 év az egész operatív gynaekológiának mai magas niveaujára való kifejlődése, hatalmas, szinte páratlan munkálkodás és ahhoz méltó eredmények ideje is. Hogy az út, a melyet 35 évvel ezelőtt a méhrák gyógyítására megnyitottak, milyen veszedelmes és nehéz volt, mi sem bizonyítja jobban, mint hogy az első években a *Freund*-féle totalexstirpationnak 72—74% műtéti, úgynevezett primaer mortalitása volt.

Természetes, hogy ilyen viszonyok között senki sem gondolt a műtétek minél radicalisabbá tételére, nem kutatták a végleges gyógyulás számarányát; a főczél a műtétek elsődleges eredményeinek javítása volt. Ebből a szempontból pedig a hüvely felől való méhkiirtás az akkori 32% halálozásával a hasfalán át való operálásnál sokkal enyhébb beavatkozás volt. Ez az oka, hogy a méhrák operálása alkalmával egészen az utolsó 8—10 évig általánosan a hüvely felől végzett méhkiirtást végezték.

A hüvelyen át végzett méhkiirtás elsődleges eredményei a technika, az aseptis, az érzéstelenítő eljárások tökéletesedésével soha nem remélt mértékben javultak, kezdetben 30%, majd a nyolczvanas években 25—20% halálozás, mely az utolsó években nem haladja meg a 4—6%-ot.

A *Tauffer*-klinika anyagából *Kubinyi* „A méhrák és gyógyítása” című munkájában egy 117-es sorozatot említ 2·3% halálozással. Azóta pedig a nem carcinoma miatt végzett hüvelykiirtások külföldön is, nálunk is, több műtő kezében elérték a 0% halálozást. *Tóth István* az Orvosegyesület 1913 november 15.-i ülésén egy hozzászólásában 128 hüvelyi méhkiirtásról referál, melyek közül egyet sem vesztett.

Magam sem emlékszem, hogy hasonló beavatkozás után valamelyik betegem elhalt volna. A hüvelyen át való egyszerű méhkiirtás ma gyakorlott műtő kezében kétségtelenül egyike a legkisebb veszélyű műtéteknek és ha a méhrák operálásakor az elsődleges gyógyulási eredmény volna egyedül irányadó, bizonyára nem volna szükségünk más műtétekre.

A méhrák kérdésének az utóbbi években való hatalmas fejlődését, állandó tökéletesedését mivel sem tudnám jobban jellemezni, mint ha megemlítem, hogy ezt a *Czerny*-féle hüvelyi kiirtást, melyről *Kubinyi* szerint, illetőleg a *Tauffer*-klinika álláspontja szerint valószínű, „hogy a meddig a rákot műtéttel gyógyítjuk, a méhrák számára uralkodó eljárás fog maradni”, ma, az említett munka megjelenése után 5 évvel úgy a külföldi, mint a hazai gynaekologusok túlnyomó többsége a méhrák operálásakor sokkal ritkábban végzi, mint a többi, radicalisabb eljárást, sőt alkalmazása ma már csak kivételes esetekben történik.

Az egyszerű hüvelyi méhkiirtásban a végleges gyógyulási eredmények kutatása hozta meg az első nagy csalódást.

Kiderült ugyanis, hogy 5 évi recidivamentességet véve alapul, a méhnyakból kiinduló rákos folyamatoknak körülbelül csak 35%-ában, míg a sokkal jobb természetű és sokkal hosszabb ideig lokalizáltan maradó méhtest, helyesebben méhüri rák eseteiben 75—80%-ában az eseteknek érhetünk el végleges gyógyulást. A corpusrákról ugyanis tudjuk, hogy az a parametriumokra egyáltalán nem terjed rá és a medenczebeli nyirokmirigyeket is csak igen előhaladt stadiumokban támadja meg. Az említett 35% végleges gyógyulás a méhnyakrák egyszerű hüvelyi kiirtással való operálásának leg-súlyosabb kritikája.

Ma már nem zárkozhatunk el azon felfogás elől, hogy ha csak a méhet irtjuk ki egészen, méhnyakrák esetében alig tettünk többet, mint a mit a rég elhagyott collumamputatioval is elérhettek.

Ez a magyarázata, hogy az egyszerű hüvelyi méhkiirtást manapság csak a méhtestből kiinduló rák eseteiben végezzük.

Nincs azonban kizárva, hogy a jövőben a hüvelyi kiirtás alkalmazása még ezen a kis területen is korlátozva lesz.

Az idei londoni congressuson már *Weibel*, a bécsi *Wertheim*-klinika assistense arról számolt be, hogy méhtest-rák eseteiben a folyamat a parametriumokra ugyan egyszer sem terjedt rá, de a medenczebeli mirigyek eseteiknek 16%-ában már rákosak voltak.

Ez alapon méhtest-rák eseteiben sem tartja az egyszerű hüvelyi kiirtást elegendőnek.

Véleményem szerint 16% még nem elég nagy szám arra, hogy e miatt a méhtest-rák eseteiben is elhagyjuk a teljesen veszélytelen egyszerű hüvelyi kiirtást és helyette a később tárgyalandó, hasfalán át végzett gyökeres kiirtást végezzük, annál kevésbé, mert az utóbbinak, mint látni fogjuk, maga a műtéti halálozása is egyelőre annyival nagyobb, hogy a végleges gyógyulásnál nyert különbség nagy részét elvesztesz az elsődleges gyógyulás rosszabb eredményeivel.

Hogy a hüvelyi kiirtás alkalmazhatóságáról és értékéről teljesen világos képet nyerjünk, az elsődleges eredmények és a végleges gyógyulás után foglalkoznom kell még a műtét operabilitási százalékával is, nevezetesen azzal, hogy az egyszerű hüvelyi kiirtással száz rákos beteg közül hányat kell megoperálni.

A nélkül, hogy itt kiterjeszkedhetném azokra a körülményekre, melyek az operálhatóság százalékára befolyással lehetnek, mint az illető intézet beteganyaga, az illető műtő álláspontja, technikája stb., elegendő, ha megemlítem, hogy az egyszerű hüvelyi kiirtással csak azok az esetek operálhatók, melyekben a méh még jól megmozgatható, lehúzható, hol a parametriumban nagyobb resistentia nincs, hol a portión vagy a cervixben levő roncsolás nem nagyon előrehaladt.

Ezek számbavételével az egyszerű hüvelyi kiirtás operálhatósági százaléka körülbelül 20.

A míg tehát az egyszerű hüvelyi kiirtás volt a méhrák operálásakor követett eljárás, 100 rákos beteg közül 20-at tudtak csak megoperálni és ennek cirka 40—50%-át, tehát 8—10-et véglegesen meggyógyítani.

Természetes, hogy ez a silány eredmény nem elégtett ki senkit, sőt éppen ez sarkalta a szakembereket újabb, gyökeresebb, eredményesebb eljárások kutatására és művelésére.

A végleges gyógyulási eredmények javítására az irányt itt is, mint az általános sebészetben, a műtét után való kiújulások, recidivák tanulmányozása és megismerése jelölte ki. A vizsgálatok (*Winter*, *Pfannenstiel*) kiderítették, hogy a kiújulások túlnyomó többsége, *Pfannenstiel* szerint pl. 83·3%-a, helyi kiújulás volt, a mely kiújulások mindenek szerint nem is recidivák, hanem már a műtét alatt behagyott rákcsírák burjánzásából támadtak. A *Mackenrodt* anyagából *Brunet* (*Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäk.*, LVI. köt.) az abdominalis operatiók után 42·6%-ban talált hüvelyrecidivát és 49 gyökeresen operált eset közül 42-ben talált a parametriumokban áttételeket. Megállapították azt is, hogy méhnyakrák esetei-

ben a folyamat a nyálkahártya alatt, tehát szabad szemmel nem észrevehető módon terjedt a hüvelyfalakra.

Ezen mások által is megerősített és ma általánosan elfogadott tények alapján tehát a méh alsó szakaszából kiinduló rák ellen végzett műtétnak az egész méhen kívül legalább a hüvely felső harmadát és a parametriumot is mennél többet kell kiirtania.

A helybeli és környékbeli áttételeken és recidívákon kívül nagy jelentősége van még a medenczebeli nyirokmirigyekben keletkező áttételeknek. *Kundrat, Kermauner, Pankow, Baisch* vizsgálatai szerint, a míg a parametriumok még szabadok, nyirokmirigyáttételek csak 5—19<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ában az eseteknek voltak, azokban az esetekben azonban, a melyekben a folyamat már a parametriumokra is ráterjedt, 35—50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban a medenczebeli nyirokmirigyek is rákosak voltak.

Természetesen az ilyen és hasonló felfedezések egyideig a gynaekologusokat is a nyirokmirigyek és az egész medenczebeli nyirokapparatus kiirtására ösztökélték. Az összes nyirokmirigyek és a velük összefüggő nyirokrendszer kiirtására való törekvések azonban teljesen kivihetetlennek bizonyultak és maga az úgynevezett „Drüsensucherei“ a méhrákoperációk tanának ma már csak történelmi értékű epizódja. Azonban a kutatásoknak ez a része sem maradt minden eredmény nélkül, mert ma kétségkívül megállapítható, hogy olyan esetek, melyekben a rákos áttétel egyes megnagyobbodott solitaer mirigyekre szorítkozott, a műtéttel és a tapintható megnagyobbodott mirigyek kiirtásával akárhányszor végleg meggyógyultak. Így *Doederlein* szerint az irodalomban (*Doederlein-Krönig: Operative Gynäkologie*) már 25 végleg gyógyult olyan eset van, a melyben kétségkívül rákos nyirokmirigyeket irtottak ki a műtét alkalmával. Ezen az alapon ma *Doederlein, Zweifel, Bumm, Franz, Wertheim, Mackenrodt* és nálunk is többen előnyt adnak az olyan beavatkozásnak, a melyik mellett alkalomadtán a megnagyobbodott rákos mirigyek is kiirthatók, míg a vaginalis operációk hívei, s köztük főképp *Schauta*, a nyirokmirigykiirtásra egyáltalán nem fektetnek súlyt és a kérdést elintézték tekintik, mondván, hogy azok az esetek, melyekben a nyirokmirigyek is rákosak voltak, csaknem mindig recidívában pusztultak el.

Az elmondott szempontokból mennél radikálisabban való operálás és az ezúton várható jobb végleges gyógyulási eredmény volt tehát az egyik, s az operabilitás fokozása, vagyis, hogy ne csak a kezdődő folyamatokat, hanem az előrehaladottabb esetekből is mennél többet megoperálhassunk, volt a másik cél, melyre az újabb méhrákoperációk törekedtek.

A *Freund*-féle, hasfalon át végzett teljes méhkiirtáskor *Rumpf* és *Riess* egymástól függetlenül 1895-ben érvényesíteni igyekezett azokat az irányelveket, melyeket *Volkmann* ajánlatára emlőrák-operációk eseteiben *Kocher* alkalmazott. Utánok az egész világ gynaekologusai igyekeztek az eljárást tökéletesíteni, a melylyel sikerült a méhet a vele összefüggő kötőszövettel és a környezetében található megnagyobbodott nyirokmirigyekkel együtt a szomszédos szervek megsértése nélkül kiirtani. A módszernek a kiművelése *Wertheim*-nak az érdeme, a ki nemcsak rendszerbe foglalta, tökéletesítette, hanem nagy kitartással és fáradhatatlan szorgalommal igyekezett, hogy a műtét ellen szóló argumentumokat a szakirodalomban legyőzze és hogy a műtétnak minél több hívet szerezzen. Nemrég jelent meg 500 méhrákoperálásról referáló munkája, melyet az ideai londoni congressuson már 800-ra egészíthetett ki. A hasfalon át végzett radicalis méhrákműtétet, melyet általában ma *Wertheim*-féle operatio néven ismernek, az utolsó években és ma is korunknak úgyszólván minden operáló gynaekologusa végzi és ma már bizonyára több ezer műtétnak az eredményei alapján vizsgálhatjuk a műtétnak előnyeit és káros oldalát. A műtét lényege tudvalevően az, hogy laparotomia útján az uretereket kikészítve és az egész műtét alatt szem előtt tartva, öltjük körül az uterinalis ereket és a többi vérforrás ellátása után az uterust a szomszéd szervek közül felszabadítva, minél több parametriummal, a

látható vagy tapintható megnagyobbodott mirigyekkel és a hüvelynek felső felével vagy két harmadával együtt irtjuk ki.

Bár, mint ezekből következik, a műtét megfelel azoknak a követelményeknek, a melyeket a méhrák tovaterjedésének tanulmányozásából merítettünk, a vele járó műtéti halálozás miatt egyesek ugyanezeket az eredményeket a kezdettől fogva kevésbé veszélyes vaginalis úton való operálás tökéletesítésével és szélesbítésével igyekeztek elérni. A hüvely felől való könnyebb hozzáférhetőség céljából, különösen ha a hüvely szűk és falzata nem rugalmas, *Schuchardt* 1893-ban a hüvelyt az egyik, rendszeren a bal oldalon egész hosszában végighasítja és a metszést kívül folytatja, áthatolva a paravaginalis szöveten, a végbél magasságáig, illetve legtöbbször azt megkerülve, a mögé is. *Staudé* a méhhez és parametriumokhoz való hozzáférhetést akként tette könnyebbé, hogy a paravaginalis metszést nemcsak az egyik, hanem mindkét oldalon végezte. Ezen az alapon végül *Schauta* tökéletesítette és önálló eljárássá mívelte ki a hüvely felől végzett méhrákoperálást.

A *Schauta* nevét viselő úgynevezett „erweiterte vaginale Totalexstirpation“ a parametriumokat épp úgy, vagy csaknem olyan mértékben teszi hozzáférhetővé, mint a *Wertheim*-féle abdominalis műtét; segélyével a hüvelyből mindkét eljárással egyaránt tetszés szerinti darabot irthatunk ki és magát a rákos fekélyt a műtét alkalmával mindkét eljárással a hüvelycsőnek az éppen való elzárásával kapcsolhatjuk ki a sebzéssel való érintkezéstől. S végül a *Schauta*-féle vaginalis műtéttel azokban az esetekben, a hol melléksértések elkerülése végett arra szükség van, nevezetesen a parametriumokat is infiltráló esetekben, az ureterek legelső részét is látóterünkbe hozhatjuk. Így a *Schauta*-féle vaginalis műtét a *Wertheim*-féle abdominalis kiirtással sok tekintetben veheti fel a versenyt s általánosságban nem is könnyű eldönteni, hogy az egyik vagy másik eljárás volna minden esetben végzendő.

Könnyebb áttekinthetés és összehasonlítás céljából nem idézek az irodalom rengeteg statisztikai adatából, hanem felemlitek néhány adatot a két irány legexponáltabb művelőjének, nevezetesen *Wertheim*-nak és *Schauta*-nak legutóbbi közléseiből. (*Wertheim*: Londoni nemzetközi congress. 1913; *Schauta*: Monatschrift f. Geb. und Gynäk. 1912.)

Az operabilitás *Schauta*-nál 54<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, *Wertheim*-nál 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; ez mindkét műtőnek meglehetősen rezervált álláspontját jellemzi, mert egyébként a hüvely felől végzett radicalis műtéttel az összes rákos betegeknek 60—70<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-át, a *Wertheim*-féle műtéttel pedig 70—80<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-át is meg lehet operálni. Hogy mindkét irány képviselője közel 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ig redukálta az operabilitást, az beismerése annak, hogy az operabilitás túlságos kiterjesztésében a nagyon előrehaladt esetek és nevezetesen a szomszéd szervekre (hólyag, ureter) is ráterjedő folyamatok operálásában nem volt köszönet.

Végleges gyógyulás *Schauta*-nál 37·9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, *Wertheim* anyagában 42·5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; azok közül, kik a műtétet túléltek, 53·5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> gyógyult végleg.

Műtéti halálozás *Schauta* anyagában 8·8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, az utolsó négy évben 4·6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, *Wertheim* anyagában 16·6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, az utolsó 200 esetben 12·1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Ezek az adatok nagyjában megvilágítják a két műtéti eljárás teljesítőképességét. A *Wertheim*-féle műtéttel nagyobb <sup>0</sup>/<sub>0</sub>-át gyógyítjuk meg végleg a rákos betegeknek, de egyelőre nagyobb is a műtéti halálozása.

A *Schauta*-féle műtét elterjedését viszont nagyon korlátozza, hogy ez a műtét technikailag sokkal nehezebb, rendszerint nagyobb vérvesztéssel járó, kevésbé áttekinthető sebészeti eljárás. Ez magyarázza meg, hogy a műtők túlnyomó többsége a *Wertheim*-féle műtétet végzi és inkább azokat az eseteket oldják meg a *Schauta*-féle műtéttel, a melyeknek eleve rossz kilátásuk van laparotomiára; ilyenek a 60 évnél idősebb asszonyok, kövér, hájas hasfalú, vagy leromlott, cachexiás egyének. Mások éppen a könnyű eseteket operálják per vaginam, mert ezeknek a hüvelyen át való operálása könnyebb.

Hogy azonban ezen látszólag nem nagy különbség dacára a gynaekologusok túlnyomó többsége egyáltalán csak a Wertheim-féle abdominalis műtétet végzi, egy másik része a Wertheim-műtét mellett csak bizonyos indiciók alapján, kis körre szorítva alkalmazza a Schauta-féle eljárást és végül csak alig hárman-négyen, a Schauta-féle műtét legexponáltabb képviselői operálnak csaknem mindent a hüvely felől, ennek több körülményben rejlik az oka. A laparotomia útján való operálásnak nagy előnye az áttekinthetőség; hiszen nem azon múlik a dolog, általában melyik úton irtunk ki több környező szövetet az uterusal együtt, hanem hogy adott esetben látva a rákos folyamat tovaterjedésének fokát és útját, tudatosan praeparálva az éppen haladhassunk. Ezt természetesen csak az abdominalis úton való operálás engedi meg, hol az ureternek nemcsak az alsó 4—5 cm.-nyi részletét, hanem annak az egész medenczében futó részét, és sokszor az e fölötti részletet is szem előtt tarthatjuk.

A Schauta-féle műtéténél éppen a parametrium felső része, éppen az a hely, a hol az ureter a parametriumot átfúrja, a hol a nagy nyirokutak és főleg a legtöbbször megnagyobbodott lymphoglandula parametranaz az arteria uterina mentén futnak, egyáltalán látóterünkbe sem juthat.

A parametrium hátulsó részének, nevezetesen a ligam. sacrouterinum felett levő szövettömbnek kiirtása szintén nagyon fontos, mert ebben futnak a cervix nyirokereit a lymphoglandulae hypogastricae felé. Osztom Kubinyi nézetét abban, hogy ez Wertheim-műtéttel inkább megoldható, mint a hüvely felől.

Az előrehaladott esetekben gyakran előforduló erős összenövések oldása szintén sokkal könnyebben, biztosabban történik a hasfalon át való operálással, mint a Schauta-féle műtéttel. Magam is ismerem nagy előnyét a hüvely felől való operálásnak és tapasztalásból tudom, hogy a hol eleve nem conservativ műtétről, hanem teljes kiirtásról van szó, ott ez úton a legerősebb összenövéseket is oldhatjuk; rákoperálás eseteiben azonban az uterusnak itt sokszor szükséges erősebb lefelé húzása nem alkalmazható, mert egész ilyen törekvésünket megghiusíthatja a carcinomás terület megnyílása vagy leszakadása.

Előrehaladott esetekben tehát a Wertheim-féle abdominalis eljárásnak föltétlenül előnye van a Schauta-féle műtét felett, ellenben úgy látszott, hogy a könnyű esetek a vaginalis műtét tetemesen kisebb halálozási százaléka miatt ezúton lennének operálandók. A dolog azonban nem egészen így áll; Mackenrodt, Bumm hangoztatja, hogy a Wertheim-féle műtét nagyobb mortalitását éppen az előrehaladott súlyos esetek okozzák. Tauffer tanár statisztikájában is, bár kis számra vonatkozik, a könnyű esetek halálozása 23 esetben 0 volt. Magamnak is az a tapasztalásom, hogy a mai tökéletes technikánk mellett és főképp megismervén azokat a körülményeket, mondhatnám fogásokat, a melyekkel a rák operálásakor a fertőzést elkerülhetjük, a könnyű esetek operálásakor el fog tűnni vagy legalább is tetemesen redukálódni fog a kétféle operálás primaer halálozása közti különbség. Bár magam egyike voltam az elsőknél, kik a vaginalis radicalis műtétet Magyarországon végezték és az eljárást könnyebb esetekben a műtét kisebb halálozása miatt a Wertheim-műtét fölé helyeztem; egyelőre, éppen a Wertheim-műtét eseteiben elért biztató eredményeim miatt ezt az indiciót a Schauta-műtét számára nem tartom fenn.

Ha azonban meggyőződném róla, hogy a könnyű esetekben sem tudom leszorítani a Wertheim-műtét mortalitását 4—6%-ra, úgy ez esetekben ismét vissza kellene térnem a vaginalis műtétek kiterjesztett indiciók alapján való alkalmazására.

Egyelőre pedig azokat az eseteket operálom Schauta szerint, melyekben a laparotomiának különös rosszak a kilátásai.

A mondottakon kívül más fontos körülmény miatt is előnye van a méhrák operálásakor a laparotomiának a vaginalis műtét felett. Bár a carcinomás betegeket a hüvely és végbél felől vizsgáljuk, és megvizsgáljuk a műtét előtt is narco-

sisban, mégis ismételten tapasztaltuk mi is, mások is, hogy sok esetben a méhrák kiterjedéséről, lokalizált vagy előrehaladt állapotáról hamis képet nyertünk és csak a hasfal megnyitása után, a medenczebeli szerveknek közvetlen áttapintása után tudjuk meg, milyen esettel van dolgunk. Látszólag nehéz, a környező kötőszövetre ráterjedt folyamatok laparotomia esetén olyannak bizonyulnak, hogy a végleges gyógyulás szempontjából is jó kilátással végezhetünk radicalis kiirtást. Másrészt kedvezőnek ígérkező esetben láttuk, hogy a folyamat annyira előrehaladt, hogy a legradicalisabb kiirtással sem tudnánk minden kórosat eltávolítani. Így említi Döderlein, hogy ismételten talált „váratlanul“ egészen a gerincoszlopig nagy, kemény, erősen összekapaszkodott rákos mirigyeket, úgy hogy a radicalis kiirtástól természetesen el kellett állnia. Az ilyen inoperabilis esetekben Pryor és Krönig a méhrák főtünetének csökkentésére a mindkétoldali art. hypogastrica és art. ovarica körülöltését ajánlotta, hogy így a belső nemi szervek vérrel való ellátásának tetemes korlátozásával a vérzéseket és a bő véres-genyes folyást csökkentésük.

Hofmeyer említi, hogy az ilyen érlekedések után egy évvel a kellemetlen tüneteknek csaknem teljes megszűnését és a carcinomás nagyon kiterjedt zsugorodását észlelte.

Krönig és Amann az említett verőerek körülöltésén kívül a már nyomás alatt levő uretereket is reszekálta és implantálta a hólyagba, mire a már meglevő uraemia tünetei is visszafejlődtek.

Ezt az eljárást magam is végeztem négy esetben és levélbeli kérdezősködésemre mindegyikben azt a választ kaptam, hogy a vérzés és a genyes folyás a műtét után megszűnt.

Az eljárásnak mint önálló műtétnek nincs létjogosultsága, de ha már valakit operálunk és a tervbe vett radicalis műtét nem végezhető, szívesen teszünk valamit, a minek sokszor ilyen jó palliativ hatása van.

A hüvelyrák gyógyításáról az elmondottak után nem lesz sok mondanivalóm. A méhráknál sokkal ritkábban fordul elő; átlag közel 40 méhrákesetre jut egy hüvelyrák. Tudvalevő, hogy a hüvelyrák-esetek még gyakrabban jutnak elkésve, már az operabilitás határán túl, szemünk elé.

Ennek egyik oka a szomszédos szervekkel, nevezetesen a hólyaggal és végbéllel való szoros összeköttetése, másrészt pedig az a körülmény, hogy kezdeti alakjában tüneteket még kevésbé okoz, mint a méhrák. Ugy a fájdalom, mint a vérzés és folyás kezdetben csaknem teljesen hiányzik. Ezek a körülmények magyarázzák, hogy véglegesen gyógyult esettel az irodalomban alig találkozunk. A mióta tudjuk, hogy a hüvely nyirokútjai az egész hüvelycsövet körülhálózják, hogy különösen a hátulsó hüvelyfalból eredő nyirokutak közvetlenül a végbél felé haladnak és nagy részük a végelet megkerülve a lymphoglandulae haemorrhoidales superioresbe és a mesorectalis nyirokmirigyekbe ömlenek, felmerült az az ajánlat, hogy hüvelyrák, nevezetesen a hátulsó hüvelyfal rákja eseteiben a hüvely s a méh teljes kiirtásával együtt a végbél megfelelő részletének körkörös resectióját vagy amputációját is végezzük. Az így még radicalisabbá tett műtétet lehet perinealis, vaginalis, sacralis úton, esetleg laparotomiával kezdve és alulról befejezve végezni.

A műtét, bármelyik úton végezzük is, nagy beavatkozás; a gyógyult esetek is vagy anus praeternaturalis-szal, vagy végbélresectio több esetében bizonyára végbél-hüvelysipoly keletkezésével járnak. A végleges gyógyulás százalékanak növekedése még legalább is kérdéses.

Tekintettel úgy a hüvelynek, mint a végbélnek a radium alkalmazása szempontjából való jó hozzáférhetőségére, azt hiszem, a kérdés úgy fog kialakulni, hogy a hüvelyrákot vagy csak sugaras kezeléssel, vagy a hüvelynek és méhnek előzetes kiirtása után a hüvelycsonk s a végbél felől való besugárzással fogjuk kezelni.

Nagyjában ezek a vázlatosan érintett irányok alkotják a hüvely- és méhrák sebészi kezelésének mai állását. A kétségkívül szép eredmények mellett igyekeztem mindenütt feltüntetni az eljárások véges voltát és megjelölni a határt, a me-

lyen túl az új gyógyításnak: a sugaras kezelésnek már ma is jó lélekkel és a beteg érdekeinek feláldozása nélkül adhatunk előnyt a sebészi kezeléssel szemben.

A magam anyagát nem kapcsoltam bele a nagy statisztikába, mert még csak öt hónapja van osztályom és önálló anyagom és a számok nem elég nagyok arra, hogy belőlük általános következtetéseket vonjak. Eddigi eredményeink a következők:

*Wertheim*-féle radicalis műtétet végeztünk 23 betegen. Ezek közül kettő halt meg; az egyik peritonitis következtében, a másik a műtét utáni hatodik napon, addig zavartalan reconvalescentia után, tüdőemboliában pusztult el. Ezenkívül végeztem a kórházon kívül kilencz *Wertheim*-féle és három hüvelyen át való kiirtást haláleset nélkül.

Annak daczára, hogy a *Wertheim* szerint operált esetek a kórtörténetek adatai szerint alig 5—6 esetben voltak csak a méhre lokalizált folyamatok, túlnyomó többségük tehát az úgynevezett nehéz esetek közé tartozott, az összes műtéti halálozásunk, a tüdőemboliát is beleszámítva, 6·25%. Ez a legutóbbi orvosegyesületi discussióban említett 18 és 43% halálozással szemben olyan kis szám, hogy ennek alapján nem látom indokoltnak, hogy a *Wertheim*-féle műtétek indicióját a műtét nagy mortalitása miatt megszorítsam.

Nem is választanám külön a nehéz és könnyű eseteket, mert ezek megítélése nagyon egyéni és sok félreértésre adhat okot, inkább azokat a műtéteket tartom külön csoportba veendőnek, melyeket valamely szomszéd szerven végzett beavatkozás komplikált (hólyag-, ureterresectio stb.).

A *Wertheim*-műtéteken kívül carcinoma miatt még hüvelyi kiirtást három esetben, *Schauta*-féle hüvelyi kiirtást három esetben, vulvakiirtást a lágycélmirigyekkel együtt két esetben, arteria hypogastrica-körülöltést inoperabilis méhnyakrák miatt szintén négy esetben végeztünk, halálozás nélkül.

Az újabb időben emlegetett nagy mortalitást magam nem tapasztaltam és ma még nem tartom indokoltnak, hogy úgy az orvosi, mint a nagyközönség a sebészi kezelésben való bizalmát elveszítse.

Azt a kezelést, a melylyel ilyen eredményeket lehet elérni, ma még nincs jogunk elhagyni, hanem minden igyekezetünkkel kell a továbbfejlesztésén és tökéletesítésén fáradozunk.

Egyelőre a radioactiv anyagokkal való kezelés a sebészi kezelésnek hatalmas segítője. A mit eddig saját tapasztalásunk alapján ismerünk, elegendő arra, hogy minden olyan esetet, melyben a méhrák nagy mértékben kiterjedt a környező szövetekre, vagy megtámadta a szomszéd szerveket, szóval minden olyan esetet, melyben a radicalis operálás eleve kérdéses, vagy a melyben a beteg állapota miatt a radicalis beavatkozás aggályosnak látszik, máris elvonjuk a sebészi kezeléstől és radiummal igyekezzünk gyógyítani. Hogy ezt a kezelést a jövőben szűkíteni vagy tágítani fogjuk-e, az attól függ, hogy a radiummal való gyógyítás a jövőben palliatív kezelésnek, vagy végleges gyógyításnak fog-e bizonyulni és hogy a vele való gyógyítás szintén jár-e veszedelmekkel, vagy nem.

Az operabilis, még pedig gyökeresen operálható esetek gyógyítása ma a műtét; az a körülmény, hogy 50% végleges gyógyulást kis műtéti halálozás veszélye árán érhetünk el, egyelőre elvonja ez eseteket a radioactiv anyagokkal való kísérletezés köréből. A sugaras kezelés áldásos hatását ez esetekben a postoperatív prophylaxisos besugárzással fogjuk legjobban betegeink javára fordítani.

A radiummal és mesothoriummal való kezelést már az eddigi eredmények alapján is igen nagy haladásnak és az emberiség nagy nyereségének tartom. Éppen ezért minden olyan törekvést, mely minél nagyobb radiummennyiségnek az ország, vagy a főváros részére való megszerzésére irányul, feltétlenül humanusnak, fontosnak és minden támogatásra érdemesnek tartok. Tekintettel azonban arra, hogy az ország néhány ezer rákbetegének gyógyítására szükséges radiummennyiség talán csak évek múltán és talán sohasem fog rendelkezésünkre állani, és tekintettel arra, hogy a sugaras kezelés végleges eredményeit ma még egyáltalán nem ismer-

hetjük, nem tartanám helyesnek, hogy ma az első néhány száz milligramm radium birtokában és a kísérletek első éveiben abbahagyjuk ezt a küzdelmet, melyet a méhrák ellen a sebészi kezeléssel mindenesetre megbecsülendő eredménnyel folytattunk.

Közlemény az Erzsébet királyné-sanatoriumból. (Igazgató-főorvos: Scharl Pál dr.)

## A tuberculosis aktivitásának megállapítása.

Irta: Scharl Pál dr.

A tüdővész elleni küzdelem propagatív munkája révén közszájon forognak a tuberculosis által okozott halálozás számadatai — abszolút értékben és mint halálozási arányszám is — a többi betegséghez viszonyítva. Az utolsó két évtized kutatásai viszont arra nézve szolgáltatnak ma már általánosan elismert adatokat, hogy a tuberculosis milyen elterjedésű és mint bonczolási melléklet milyen gyakran található. *Naegeli* szerint minden 40 éven felüli egyén bonczolása-kor a tuberculosisos fertőzés nyomai megtalálhatók. Bár ezt a tapasztalatot nem általánosíthatjuk minden társadalmi osztályra és lakóhelyre, de azért kétségtelen bizonyítéka a tuberculosis általános nagy elterjedtségének, melylyel szemben a tuberculosisban elhaltak csak egy töredékét alkotják a fertőzötteknek és megbetegedetteknek.

A tuberculosis fertőzésnek és megbetegedésnek diagnosztikája a fizikális és specifikus vizsgálati módszerek kialakulása révén igen sok finom vizsgálati módszert fejlesztett, de a vizsgálati eredményeknek az értékesíthetősége a gyógyítás szükségességének a megállapítása szempontjából csak korlátolt.

A fizikális vizsgálati módszerek technikája ugyanis oly mértékben tökéletesedett, hogy a tuberculosis által előidézett tüdőbeli elváltozások kezdeti szakának korai felismerése alig okoz nehézséget.

A specifikus diagnostika talán még ennél is tovább megy, a mennyiben segélyével a szervezet fertőzöttségének érzékeny indicatorát nyerjük, a mely a legrejtettebb, a legapróbb gócz jelenlétét is jelzi. Látjuk tehát, hogy a latens inactiv tuberculosis diagnosisa már oly szakban is lehetséges, midőn a baj subjective még nem manifestálódik. A latens tuberculosis diagnosisa bármily fontos is, orvosi ténykedésünket nem befolyásolja, mert gyógyításra nem szorul. Az orvosi beavatkozás ideje akkor kezdődik, midőn a latens tuberculosisból activ tuberculosis válik. A legfontosabb feladata a diagnostikának tehát, hogy a rossztermészetű fordulatot, melylyel az abszolút latens folyamatból actio tuberculosis fejlődik, minél korábban kiderítse.

Tekintve a fennemlített (*Naegeli*) adatokat semmiképpen sem tekinthetünk betegnek minden olyan szervezetet, mely valamikor gümösen fertőződött. A két állapot, tehát a fertőződés és a betegség között az átmenetet általánosságban igen hosszú lappangási szak alkotja, melynek tartama teljesen tünetmentes lehet és még a betegség kezdete, tehát az activ szak eleje is teljesen latens maradhat. A betegség első jelei nem igazi kifejezői a szervezetbeli változásoknak, hanem csak lassanként beálló és fokozódó, néha alig észrevehető kisebb-nagyobb jelentőségű tünetek összességében mutatkoznak, mely tünetcsoport éppen elmosódott contourjainál fogva nagyon megnehezítheti a tuberculosis aktivitásának a diagnosist. Az objectív lelet az értékesíthetőség határán alul maradhat még ilyenkor, vagyis a subjective manifest szaka az activ tuberculosisnak objective latens maradhat. A tuberculin-próbák az ezen lassú átmenettel bíró változások jelzésére nem alkalmasok, mert túlérzékenyek; ezen állításom bizonyítására előadásom folyamán részletesen fogok rátérni.

A szervezet fertőződése és a szervezetnek a fertőződéssel szemben való reakciója között levő időszakban számos tünet megnyilvánulása észlelhető. A szervezetnek a reakciója lefolyhatik oly alakban, hogy ez a betegnek tudomására sem jut, a reactio által feltételezett gümőkóros betegség meggyó-

gyulhat — természetesen klinice, nem pathologiai értelemben — a nélkül, hogy az illető valaha is betegnek érezte volna magát.

Kétségtelen, hogy ez, mint már hangsúlyoztam is, az esetek túlnyomó számára vonatkozik. Ez volna azon folyamat, melyben a reactio nem vált manifestté és melyben e szerint a tuberculosis az orvos első vizsgálatáig latens marad.

Más esetekben a szervezet reakciója úgy subjective megnyilvánuló, mint objective kimutatható tünetekben jelentkezik, ilyenkor beszélünk a gümőkór activ stadiumáról. Nyomatékosan hangsúlyozom, hogy ez alkalommal a reactio megnyilvánulásáról beszélek, mely hangsúlyozást mindjárt eleve szükségesnek tartom azért, hogy kiemeljem annak a fontosságát, hogy a reactio esetleges elmulásával visszamaradó anatómiai elváltozás objectiv kimutathatósága semmiképpen sem fedi az activitás fogalmát.

Az előbb említett subjectiv és objectiv tünetek igen különbözők. Mindegyiknek diagnostikai és prognostikai értéke más és más, mindegyiknek mérlegelését egyenként kell elvégeznünk. Igazi és teljes értékelhetőségük azonban — és ezt előre akarom bocsátani az egyes részletek tárgyalása előtt — csak összességükben, tehát az egész klinikai képben van megadva.

Lássuk a tüneteket egyenként, és mint talán a mi szempontunkból legfontosabbat, először a lázat.

A tüdőtuberculosis tüneteként jelentkező lázzal behatóan kell foglalkoznom, mert bár a hőemelkedésnek a fontosságát általánosan elismerik, a hőmérsékletre és a hőmenetre nézve az abszolút értékeket illetőleg még elég nagyok az eltérések, nemcsak a gümőkórosokra, hanem az egészségesekre vonatkozólag is.

Wunderlich óta hónaljmeréskor a 36°25' és 37°50' közötti hőmérsékleteket nagy általánosságban az orvosi gyakorlatban normalisnak tartották. Bár Wunderlich sem vette abszolút értékűnek a meghatározását, mert „az észlelés tárgyául szolgáló egyéneknek jelenlevő könnyű, vagy lappangó komoly egészségbeli zavarát nehéz kizárni“, még sincsen okunk kételkedni abban, hogy az ő nagyszámú pontos mérései, melyeket egy fél század előtt végzett, épp oly megbízhatók, mint a mi tapasztalataink, melyek azt bizonyítják, hogy nemcsak az egészségesnek mondható embereknek, de még a láztalan tuberculosis-eseteknek a temperaturája sem éri el Wunderlich maximumát. Nem zárkozhattunk el attól a felvételtől, hogy ez alatt a fél évszázad alatt fajunknak normalis temperaturája néhány tized fokkal csökkent.

A tuberculosissal behatóan foglalkozó orvosok és így elsősorban a sanatoriumi orvosok, kik hosszú ideig állandóan egyenletes életmódot folytató betegeknek gyakori hőmérési észlelhették, kezdték hangoztatni, hogy a normalis hőmenet maximuma nem éri el a 37°50' C-t és a napi ingadozás határait szűkebbre vonták.

A második tuberculin-aerában ismét fokozottabb figyelemmel észlelték a hőmenetet és azóta már igen elterjedt az a felfogás, hogy a 37°-on felüli temperaturák, különösen ha a napi ingadozások az egy fokot meghaladják, nem normalisak.

Ha azt a kérdést kell eldöntenünk, vajjon egy hőmenetet még normalisnak tartunk-e, nem ragaszkodhatunk semákhöz.

Figyelemmel kell lennünk a hőmérési technika legapróbb részleteire.

Összehasonlításra vagy kivitelre a gyakorlatban csak oly mérési eredmények használhatók fel, a melyek hasonló körülmények között találtak.

A különböző testrészekben végzett mérések közötti eltérések nagysága részben a mérési technikájától függ, és nem czélszerű eljárás, pedig a gyakorlatban is sokszor találunk vele, hogy a végbélben vagy szájbán talált hőmérsékletből néhány tizedet levonva állapítják meg a hónaljmerésre vonatkoztatott temperaturát. Csak az azonos helyeken nyert

adatok hasonlíthatók össze. Meddő kérdésnek tartom a gyakorlat szempontjából annak az eldöntését, vajjon a hónaljban, a szájbán, a végbélben vagy a vizelet hőmérsékletének meghatározása által nyerünk-e pontosabb értékeket. A viszonyoktól függ, hogy melyik eljárást kell választanunk és a kivitel pontosságától, hogy mennyire értékesíthető az eredmény. A kórházakban és a magángyakorlatban a hónaljban, a sanatoriumokban a szájbani mérés használatos.

Alig van eltérés a kétféle mérés között, ha mindakettőt megfelelően végzik.

Annak a kérdésnek az eldöntése, vajjon egy tuberculosust lázasnak vagy láztalannak tekintünk-e, csak úgy történhetik, ha huzamos ideig egyenlő körülmények között észleljük hőmenetét.

Tíz év tapasztalatai alapján megerősíthetem, hogy a tüdőbetegeknek temperaturája úgy az activ, mint az inactiv szakban hónapokon, sőt éveken keresztül is megmaradhat 37°-on alul, egy fél fokot meg nem haladó napi ingadozással.

Ezek a számok nemcsak sanatoriumi kúrát végzőkre, de olyanokra is vonatkoznak, kik nehéz testi munkát végeznek. A kérdés nehezebbik része az, midőn igen apró ingadozások értékléséről és oly esetekre nézve kell a lázat vagy láztalanságot eldöntenünk, melyekben más szervek szövődményeinek vagy psychés befolyásoknak részvételét kell mérlegelnünk a hőmérséklet emelésében. Ha el is fogadhatjuk a 37°-ot mint a normalis hőmérséklet felső határát, felmerül az a kérdés, hogy a néhány napon keresztül, rövid ideig, néha csak órákig tartó, 37°-nál csak néhány tizedfokkal magasabb hőmérsékleteket, melyek többször ismétlődnek, miként bíráljuk el? Ugyancsak gyakori eset, hogy hónapokon, sőt éveken keresztül 37°1'—37°3'-ot meg nem haladó maximumok mellett a napi ingadozás nem több 3—4 tized foknál? Találkozunk oly hőmenettel is, midőn a hőmérséklet napi minimumai 36°2'—36°3'-osak és a napi maximumai a 36°7'—37°0'-ot nem haladják meg, tehát normalisnak tekinthetők; ezen hőmenet mellett is előfordul, hogy időnként, napokra, hetekre 2—3 tizeddel magasabbra állítódik be a temperatura, hogy azután ismét az előbbi fokra sülyedjen, míg hetek vagy hónapok múlva ismét beáll a felfelé tolódás. Az említett hőmeneti formák oly észlelésekre vonatkoznak, melyekben kideríthető mellékkörülmények nem okolhatók a hőmérséklet változásáért. Subjective és objective egyébként inactiv gümőkór eseteiben a vázolt hőmeneti formákat nem fogjuk minden körülmények között a tüdőgümőkór aktivitása jeléül értékesíthetni, de éppen ezekben az esetekben fokozottabb figyelemmel kell oly latens szövődményeket és egyéb betegségeket kutatnunk, melyek magyarázatul szolgálhatnak. Ilyenek elsősorban a tapintható mirigyek, főleg azok, melyek még activnak látszanak és időnként megduzzadnak vagy nyomásra érzékenyek, továbbá az intrathoracalis mirigyek stb. és a többi betegség közül a syphilis és a genitáliák megbetegedései. A syphilisre vonatkozólag több esetemet említhetem, a melyekben kis kiterjedésű, teljesen latens gócz mellett évek óta fennáll, minden kezeléssel daczólag, 37°50'-ot meg nem haladó temperaturák állottak fenn, melyek (részben positiv Wassermann-reactio mellett) erélyes antilueses kúrával sem voltak befolyásolhatók.

Az activitás szempontjából ebbe a csoportba tartoznak a testi és szellemi munka, a psychés insultusok és egyéb autotuberculinisatióra vezető behatások után beálló múlt jellegű hőemelkedések még akkor is, ha egy fél foknál magasabbak. A thermolabilitás a tuberculosis mérgezési tünete általánosságban és nem vonatkoztatható biztossággal egyik vagy másik gócz aktivitására.

Más elbírálás alá esik a menstruációval összefüggő hőmeneti emelkedés, mely igen gyakran útmutatónk is lehet oly gócztünetek megtalálására, melyek az activitás mellett szólnak. A praemenstruációs hőemelkedések közül activ folyamatokban inkább azokat láttam, melyek már a két menstruatio közötti idő második felével kezdődnek és lépcsőzetesen emelkedő lázgörbét adnak, rendszeren 1/2—1°-nyi magasságban.

A menstruációval egyidejűleg beálló hőemelkedések rendszeresen nagyobb kilengésűek, mint a praemenstruációsak és gyakran esnek egybe göcztünetekkel.

Az intermenstruációs hőemelkedés oly ritka (kb. 1500 eset közül csak 2-szer észleltük), hogy gyakorlati szempontból nem bir fontossággal.

A 37.2—4.0-ot állandóan meghaladó temperaturák activ tüdőgümőkór mellett szólnak, egy foknál kisebb napi ingadozás mellett is. A borzongás, a forróság érzete, a tagfájdalom valószínűvé teszi az activitás diagnózisát. Azon esetek, melyekben minimalis objectiv elváltozások mellett igen magas lázas hőmérsékletet találunk nagy remissiókkal, nem mindig vonatkozathatók a kisfokú eltérés activitására, hanem arra utalnak, hogy tovább kutassunk, mert bár a megbetegedés kiterjedése nem viszonylik szabályszerűen a láz magasságához, mutatis mutandis a magas láz az esetek többségében csak akkor vonatkozatható valamely göczra, ha az objective is arányosnak mutatkozik a lázhoz.

Természetes, hogy a tuberculosusok is ki vannak téve mindazon egyéb betegségeknek, melyek lázat okozhatnak, mely lázak, ha nem tuberculosus eredetűek is, göcztüneteket okozhatnak és az activitás diagnózisában segítségünkre lehetnek.

A gümös göczokból a véráramba kerülő mérgek valószínű toxaemiát idéznek elő, a mely a szervezetnek functióit lényegesen befolyásolja. Magának a vérnek az elváltozásai nem jellegzetesek, előfordul anaemia gümőkórosokban, a gümőkór okozhat viszont anaemiát, ez utóbbi a gyakoribb eset. Az anaemiának foka teljesen független úgy a gümös fertőzés súlyosságától, mint a tüdőfolyamat kórczolástani természetétől és annak kiterjedésétől. Gyakoriság tekintetében nem találunk különbséget az inactiv szakban lévő és a manifest activ tüdőfolyamatban szenvedők között. A tüdőgümőkór lefolyásában az anaemia bár időlegesen lényegesen változhatik, általánosságban azonban azok a betegek, a kiken a kezdeti inactiv szakban az anaemia tünetei állottak előtérben, rendszeren mindvégig megtartják vértüknek alacsonyabb haemoglobintartalmát. A gümőkór activálódását nem követi állandóan az anaemia fokozódása és az inactiválódást sem kíséri mindig a vér összetételének javulása.

A tuberculosus intoxicatiók a mozgó, a vasomotoros és secretiós idegek reflexes ingerlékenységét is lényegesen fokozhatják, a minek következményeképpen fibrillaris rángásokat, gyorsan váltakozó arcpírt, dermographiát és mint leggyakoribb tünetet, az izzadás fokozódását észlelhetjük.

A fibrillaris rángások már a latens szakban is előfordulhatnak és végig kísérik az activ tuberculosist minden stadiumban. Ritkán fordul elő más activitást jelző tünet nélkül.

Az arcpír gyors változása, főleg psychés befolyásokra, szintén azok közé a tünetek közé tartozik, melyek a szervezet reakcióképességének végső határáig megmaradhatnak.

Az izzadás a bántalom lelegején, teljes láztalanság mellett is fokozott lehet, viszont más esetekben láz vagy egyéb kifejezett activitások tünete dacára hiányozhatnak. A láztalan izzadók mindig az activ tuberculosishoz szenvedők közé sorolandók.

A mellkasi fájdalomra vonatkozó panaszok, ú. m. a nyomás, szúrás, szaggatás, feszülés leggyakrabban mellhártya eredetűek. Lehetnek pleuropericarditisnek és pleuritis diaphragmaticának tünetei is. A pleuritisen kívül izomfájások, idegnyomási tünetek és neuralgiák is lehetnek a panaszok okai.

A pleura-fájdalomnak, ha körülírt helyen jelentkezik, döntő fontossága van az activitás mellett.

Az izomfájások intoxicatióknak a tünetei, melyek az activitás elbírálására egymagukban nem nyújtanak elég szilárd alapot. Nagyobb jelentőséget tulajdoníthatunk a beteg göcz felett levő izomzat fokozódott villamos ingerlékenységének, mely tünet nagy valószínűséggel activitás mellett szól, ha a fokozódás kifejezett és elég állandósággal bir.

A mellkas bőrének a hyperalgesia (Head-féle zónák) az activitás mellett szól.

A köhögés azon tünetek közé tartozik, melyek legkorábban irányítják a figyelmet a tüdők megbetegedésére. A makacs száraz köhécseles és köhögés csak gyanújel és nem bir döntő fontossággal. Oly köhögéskor, mely könnyen ürülő laza köpetürítéssel jár, inkább a köpetvizsgálatot fogjuk értékesíthetni. A köhécselessel együtt vagy a nélkül jelentkező *dyspnoë* activ betegségnek a jele.

A szapora és ingadozó szív működést a tüdőtuberculosis activ szakában észleljük. A tachycardiát az activitás tüneteiként csak oly betegeken értékesíthetjük, a kiknek tüdejében kimutatható elváltozások vannak, mert különben könnyen összetéveszthetjük a Basedow-kór csonka alakjaival. Jellemző, ha már csekély testi munkánál és jelentéktelen kedélyizgalomra is beáll és sokkal tovább tart, mint az egészségeseken.

A gyomor és béltractus működési zavarai közül tuberculosusokon a dyspepsia és a diarrhoea áll az előtérben. Teljesen latens inactiv tüdőtuberculosishoz is járulhat, egymagában nem jelzi a folyamat természetét, azonban hosszú tartam mellett lerontja a szervezet ellentállóképességét és elősegítheti a tuberculosis activálódását. A tünetek enyhülése talán inkább oly irányban értékesíthető, hogy az activitása valamely folyamatnak csökkent.

A physikai vizsgálatnál nyert adatok közül a kopogtatósi lelet két irányban dönthet az activitás mellett, a tompulat foka és a kiterjedése révén.

A felületes, enyhe tompulati eltérés a subjectivitásnak igen alá van vetve és így, mivel gyógyult inactiv göcz is okozhatja, egymagában nem döntő.

Különös figyelmet érdemelnek a pleuralis megvastagodások és enyhébb oly megbetegedések, melyek légtelenséget okozhatnak a tüdőben.

A tompulat kiterjedése már magában foglalja az activ gümőkór kriteriumát. Minden az első *Turban-Gerhard*-féle stadiumot nagyobb mértékben meghaladó tüdőbeli elváltozást activnak kell minősítenünk, mert tapasztalat szerint ily nagy kiterjedésű gümös folyamatok inactivvá sohasem válhatnak.

A hallgatódzasi tünetek közül a légzési eltérések különböző fajai, a bronchovesicularis, a vesiculobronchialis és a tiszta bronchialis légzés inactiv folyamatokban is előfordul.

Nagyobb a jelentősége a szörtyözereknek, a melyek hurutot vagy váladékfelhalmozódást jeleznek.

A tüdőcsúcsoknak megfelelő, izoláltan hallható ropogás, bűgás, füttyhang, nedves és száraz szörtyölések, akár tompulat felett, akár normalis kopogtatási hangot adó tüdőcsúcs felett, a folyamat activitását jelzik.

A röntgenoskopia és röntgenographia a gümőkór activitásának diagnózisában akkor van segítségünkre, ha a kopogtatás révén nem tudjuk a beszűrődéssel járó tuberculosist egész kiterjedésében felismerni. A röntgenezés révén megállapítást nyerhet a folyamat oly nagy terjedelme, mely tapasztalataink szerint egyéb tünet nélkül is kizárja a folyamat latenciáját. Első sorban a fibrosus jellegű gümőkór tartozik ide, melyben a gümös göczok körül képződő emphysema csalódásra vezethet a kopogtatás alkalmával.

Menstruatio alatt kis kiterjedésű, egyébként inactivnak látszó göczok elég gyakran az activitás jeleit kifejezetten mutatják, száraz, ritkábban nedves szörtyölések és ropogások beállása révén.

A terhesség egymagában nem befolyásolja az activitásra vonatkozó körjelzésünket. A terhesség utolsó hónapjaiban gyakran észlelhető pangásos hurutok összefüggése az inactiv göczokkal még igen kevéssé van tisztázva.

A diabetes folyamán jelentkező gümőkór latens szaka igen rövid szokott lenni és ha a gümőkór diagnózis megállapítható, az minden esetben activ. A milyen gyakori a tuberculosus társulása diabeteshez, oly ritkán találtam diabetes társulását tuberculosishoz. (5000 hosszabb-rövidebb ideig észlelt tuberculosus között egy esetben tudtam minden kétséget kizáróan megállapítani, hogy a diabetes az activ tuberculosishoz tartozott. Az észleléseknek körülbelül 1/4-e



inactiv tuberculosisra vonatkozik.) Azon esetek, midőn fennálló tuberculosishoz diabetes járul, oly ritkák, hogy az activitás elbírálása szempontjából nem bírnak gyakorlati fontossággal. A tüdőtuberculosis activ szakait, különösen ha az elváltozások kis kiterjedésűek, elég gyakran váltják fel subjective és objective inactiv szakok; diabetes eseteiben inactiválódást sohasem észlelünk.

Az intoxicációs tünetek, mint már az eddigiekből is láttuk, a tuberculosis activitásának a diagnosisában nagyfontosságúak, mert a szervezetnek a fertőzésre beálló reakcióját jelzik. Ezen tüneteknek egy része más betegségekben is előfordul egyenként vagy csoportosan is és ha valamely folyamat activitásának a megítélésében a kevésbé jellegzetes tüneteket is értékesíthetjük, ezt mindig csak a többi tünet összevetése és mérlegelése után tehetjük. A tuberculosis kórképéből kiragadott egy vagy több kevésbé jellegzetes tünet egymagában még nem bizonyítja a szervezet fertőzött voltát. A gümös fertőzöttség nagy elterjedtsége bármennyire beigazolódott is, ezt a tényt nem egyes tünetek segítségével bizonyítjuk, melyek más betegségekben is előfordulnak, hanem a bonczolásleletekkel és a tuberculinpróbákkal.

Az intoxicációs tünetek oly sokféle alakban jelentkeznek és a fokozati különbségek oly tekintélyesek, hogy az elbírálásuk nem könnyű. Különösen a Basedow-kór csonka alakjaiban érezzük a nehézségeket, midőn az egyidejűleg fennálló tuberculosis activitására nézve kell nyilatkoznunk. A Basedow-kór és a gümös intoxicatio több tünete egyezik és bár előfordul activ cavernás phthisis Basedow-kórosokon is, az inactiv alakok a leggyakoribbak.

Az *emphysemások* és *köszvényesek* tuberculosisát kétes esetekben inkább az inactiv folyamatok közé sorolhatjuk.

A *syphilis*, ha inactiv tuberculosisshoz társul, nem okoz gyakrabban aktiválódást, mint azt egyébként is észleljük. Az activ gümőkór folyamán történt fertőzés megakadályozhatja a különben jóindulatú tuberculosis inaktiválódását. A syphilishez társuló gümőkór már activ alakban kezdődhetik, de az inaktiválódás épp oly gyakori, mint a komplikálatlan esetekben.

A physicalis vizsgálatoknak és a klinikai megfigyelésnek szerepét a tuberculosis activitásának megállapításában részletesen ismertettem. Hátra van még, hogy a specifikus próbák értékét foglaljam össze tárgyam szempontjából.

Tudjuk, hogy a tuberculin-reactio a fertőzött szervezetnek tuberculin iránti érzékenységét jelzi. A tuberculin a reakcióképesség megállapítása céljából különböző módon alkalmazható. Legelterjedtebb a cutan, a conjunctivalis és a subcutan alkalmazás. Az intracutan, percutan próbák, a belső adagolás és az orrba vagy más nyálkahártyarészekbe történő bedörzsölés gyakorlati szempontból kevésbé fontos és hatás szempontjából sem kell velük külön foglalkoznom.

A  *felnőttek*  positiv cutan reakciója majdnem absolut biztossággal a mellett szól, hogy a szervezet gümösen fertőzve van — ezt a bonczolásleletek is bizonyítják —, de a betegség helyére, annak activ vagy inactiv voltára a reakcióból magából semminemű következtetést sem vonhatunk.

A negativ lelet előfordulhat absolut tuberculosismentesség esetén, teljesen inactiv, igen kis gümös góczok esetén, igen előrehaladott, miliaris és meningealis gümőkór eseteiben, morbilli alatt és tuberculin-immunizálás után.

A *conjunctivalis reactio* jelentősége azonos a cutan reakcióéval. Ritkábban positiv, mint a cutan próba, de azért nincsen nagyobb jelentősége az activitás diagnosisában; mint újabb vizsgálatok is tanúsítják, egy harmadában a klinice activ folyamatoknak negativ eredményt ad, míg az inactiv tuberculosis-esetek egy hatodában positiv reakciót mutat.

A *subcutan reactio* a cutan (*Pirquet*), az intracutan (*Mendel*) és a conjunctivalis (*Wolff-Eisner*, *Calmette*) próbák könnyebb kivitele folytán az általános orvosi gyakorlatban az utolsó években némileg háttérbe szorult. A technikai kivitele körülményesebb, mint az említetteké és csupán akkor alkalmazható, ha a vizsgálandó egyén teljesen láztalan. Már a legkisebb hőemelkedések is contraindicálják az alkalmazá-

sát. A subcutan tuberculin-reactio positiv, ha hőemelkedést, influenzaszerű közérzetet, szűrési reakciót vagy gócztünetet okoz. A positiv reactio a szervezet gümös fertőzöttsége mellett szól, a mit bonczolásleletek is bizonyítanak. A gümös tüdőfolyamat activitását a subcutan reactio csak akkor bizonyítja, ha gócztünetet okoz; a negativ eredmény nem zárja ki az activ tüdőgümőkór jelenlétét.

Általánosságban mondhatjuk, hogy a lázas esetek és a legfiatalabb gyermekkor kivételével a subcutan próba több figyelmet érdemel, mint a cutan, de egymagában nem ad teljes értékű bizonyítékot egyik irányban sem.

A tuberculin-befecskendezés után beálló lázból nem következtethetünk arra, vajjon prognostikailag kedvező, vagy súlyos elváltozás van-e jelen, valamint arra sem, vajjon activ, vagy elhanyagolt gócz idézte-e elő.

*Franz* egészséges katonákon végzett subcutan ojtásokat és 38, illetőleg 61%-ban kapott lázas reakciót. Ezek közül öt év alatt 3,2, illetőleg 7,6% betegedett meg tuberculosisban.

*Romberg*, *Otten*, *Veiel* 324 betegnek adott probatív tuberculin-ojtást a tübingeni klinikán, a kiken a tüdőcsúcok elváltozása nem volt biztosan megállapítható. Ezek közül 76 általános reakcióval felelt az injectióra. A reagálók közül 47 beteget később is vizsgáltak és csak háromban terjedt a tuberculosis. „Nem vagyunk feljogosítva csupán az általános reactio alapján a betegekre a gyógyítással járó idő- és pénzalozatok terhét róni, ha 16 beteg közül 15 egészséges marad.“

Ha ezzel szemben minden positive reagáló beteget a rosszabbodás lehetősége miatt kezelni akarnánk, szem előtt kell tartani, hogy a positiv reactio épp oly kevésbé jogosít prognosist felállítására, mint a negativ.

Az általános reakcióval szemben sokkal nagyobb jelentőségű a tuberculin-befecskendezés után észlelhető góczreactio, mely az esetek többségében activ tuberculosis jelenléte mellett bizonyít és orvosi beavatkozás szükségét is bizonyítja.

A negativ góczreactio csak azt mutatja, hogy a vizsgálat számára könnyen hozzáférhető részekben nincsen activ tuberculosis, de nem zárja ki, hogy más részekben és különösen a hilustájon activ gümös folyamat lehessen.

A góczreactio, mint a diagnostikai célból adott tuberculin legértékesebb tünete, évek óta pontos megfigyeléseim tárgya volt. Sok száz esetre vonatkozó tapasztalataim azt bizonyítják, hogy góczreactio jelentkezik láz nélkül is, sőt az a benyomásom, mintha az általános tünetek nélkül lefolyó tuberculinisatiót gyakrabban kísérnék gócztünetek, mint az általános (láz) reakciókat.

A gócztünetek megnyilvánulhatnak kopogtatási és hallgatódzási tünetek révén.

*Romberg* 221 eset közül 163-ban a góczreactiót tompulat jelentkezésével vagy tompulat kifejezettebbé válásával tudta kimutatni, míg eseteinek egy negyedében kizárólag a hallgatódzási tünetek jelezték a góczreactiót. 163 eset közül 79-ben a kopogtatási tünetek kifejezettebbé válása szörtyölés jelentkezésével, illetőleg szaporodásával járt. *Walterhöfer* a góczreactiókat 91,67%-ban hallgatódzással és csak 9,33%-ban tudta kopogtatással kimutatni. Az én tapasztalataim is azt bizonyítják, hogy a hallgatódzási tünetek a góczreactio megítélésében sokkal értékesebbek, mint a kopogtatási lelet, melyben igen nehéz a subjectivitasokat kiküszöbölni és csak akkor értékesíthetők, ha igen nagyok az eltérések.

Külön kell foglalkoznom a csecsemő- és gyermekkor tuberculosisával, mely az activitás szempontjából a felnőttek tuberculosisától eltérően viselkedik.

Az egy éven aluli gyermekek tuberculosisát *Wolff-Eisner* feltétlenül halálosnak tartja, tehát ebben az életkorban minden gümös fertőzés activ tuberculosisra vezet. Nézetét támogatni látszott az a körülmény, hogy bonczolások alkalmával a tuberculosis mint melléklet sohasem találtatott. Ha azt tekintjük, hogy ezt a tapasztalatot az allergiás próbák miként igazolják, akkor azt látjuk, hogy a csecsemőkorban az activ tuberculo-

sis legtöbbször positiv cutan próbát ad, mivel pedig a csecsemőkorban inactiv vagy gyógyult tuberculosis nem fordult elő, gümős csecsemőkön positiv Pirquet-t várhatunk. Kivétel, ha a gyermek már cachexiás, meningitisben vagy miliaris tuberculosisban szenved vagy más lázas intercurrentis betegség van jelen. (Morbilli alatt csak időlegesen válik alkalmatlanná a bőr a cutan reactióra, s azt is tudjuk, hogy ez az antianaphylaxia nem specifikus a tuberculinra nézve, mert pepton iránt is fennáll, az exanthema kitörése előtt közvetlenül és annak fennállása alatt is, de elmúltával ismét visszatér.)

*Hamburger* szerint minél idősebb gyermekeken vizsgáljuk a tuberculosisist, annál gyakrabban találjuk a folyamatot inactivnak negativ cutan, de positiv subcutan reactio mellett és annál megbízhatóbb a cutan próba, minél fiatalabb gyermekről van szó.

*Pirquet, Wolff-Eisner* és *Hamburger* igen elterjedt fel fogásával szemben, különösen az utóbbi időben, mióta a tuberculosis aktivitásának a kérdése erősen foglalkoztatja a kutatókat, mindinkább szaporodnak azok a tapasztalatok, a melyek a mellett szólnak, hogy a csecsemőkor activ tuberculosis mellett is előfordul negativ cutan reactio. *Moro, Beer, Ritschel, Soltmann, Zieler* stb. esetei bizonyítják, hogy negativ cutan reactio mellett sem zárható ki az activ tuberculosis jelenléte.

A positiv cutan reactio bizonyító gümős gócz jelenléte mellett, de mint *Pollak* kiderítette, a csecsemőkor pozitív cutan reactio is lehet klinikailag latens tuberculosisnak a jele. *Pollak* esetei igen értékes bizonyítékát adják, hogy a csecsemőkor pozitív cutan próba nem jelenti feltétlenül a betegség aktivitását, mert három esetében a gümőkór objective manifesté csak a második, illetőleg harmadik évben vált, 8 $\frac{1}{2}$ , 14 $\frac{1}{2}$  és 18 $\frac{1}{2}$  hónappal a cutan reactio után.

Nagy a különbség azonban az első és második fél évben positiv cutan reactiót adó csecsemők halálozási százaléka között, mert míg a második fél évben gümössé vált csecsemők közül 58.7% halt meg, addig az életük első hat hónapjában positiv cutan reactiót adók közül 85.7%.

Kétségtelen, hogy activ tuberculosis negativ cutan reactio mellett a csecsemőkorban is fennállhat, még ha miliaris tuberculosis, meningitis, cachexia stb. nem is komplikálja az állapotot. Positiv cutan reactiót adó gyermekek (a csecsemőkorban is) tuberculosis latens maradhat az első éven túl is és végül activ tuberculosis positiv cutan reactio mellett inactivvá válhatnak.

Minél idősebb gyermek reagáló képességét vizsgáljuk, annál nagyobb számban kapunk positiv cutan reactiót, míg a tuberculosisban elhaltak száma a haladó korról csökken. *Naegeli* szerint a 18. évben 29, a serdülő korban 50 a halálozási százalék, a csecsemőkor közel 100%-ával szemben. *Hamburger* a tuberculosisist mint bonczolási mellékletet a második életévig 17%-ban, a 11.—14. évben 53%-ban találta.

A tuberculin-próbák eredményei azt mutatják, hogy a tuberculin iránti érzékenysége a fertőzött szervezetnek igen különböző időtartamú. A fertőzött és a tuberculin iránt érzékenynyé vált szervezet ezt az érzékenységet megtarthatja igen sokáig, talán az élet végéig is. Más szervezeteknek tuberculin-anaphylaxiája gyorsan elmúlik és ez a magyarázata, hogy az inactiv tuberculosisok egyszer negativ, máskor positiv reactiót adnak.

A tuberculin-érzékenység activ folyamatokban is megszűnhet, még oly esetekben is, midőn a szervezet egyébként reactioképes, tehát az anaphylaxia megszűnése nem a cachexia következménye.

A tuberculosis aktivitását a tuberculin-próbák segítségével nem állapíthatjuk meg, kivéve azon csekély számú esetet, midőn a tuberculin hatásaképpen gócz-reactio észlelhető.

Újból kiemelem, hogy a tuberculin-reactio csupán a szervezet fertőzöttségét bizonyítja. A fertőzést követő reactioja a szervezetnek csak akkor tekinthető oly betegségnek, mely kezelésre szorul, ha valamely góczban élő bacillusok a

szövetek oly reactióját váltják ki, mely azon objectív és subjectív tünetekben jelződik, melyeket az eddigiekben tárgyaltam, egyszóval, ha klinikai értelemben activ tuberculosis van jelen.

Közlés a m. kir. tudományegyetem agyszövetani intézetéből.  
(Igazgató: Schaffer Károly dr., egyet. nyilv. rk. tanár.)

## Angulusdaganatot utánzó nyúltvelő-tuberculum esete.

Közli: *Frey Ernő* dr., kórházi főorvos.

(Vége.)

Nemcsak élettani, de rostozati szempontból is nagyfontosságú annak a megállapítása, milyen kapcsolat áll fenn a lehágóan degeneráló fasciculus longitudinalis és a *Deiters*-mag között. Erre vonatkozólag *Breuer* és *Marburg* azt találta, hogy ezen köteg rostjai azon az oldalon, a melyen a *Deiters*-mag sérült, nagyobb mértékben degenerálnak. *Econom*-nak<sup>15</sup> sikerült *Marchi*-val egy hidtuberculum esetében kimutatni, hogy a *Deiters*-mag helyét elfoglaló tumor tájékáról degenerált rostok haladnak az ugyanazon oldali fasciculus longitudinalishoz, sőt azt is, hogy egyes rostok a raphen át a túloldalihoz is haladnak. Ezen szerzők leletei megegyezők *Cajal* adataival a *Deiters*-mag rostjait illetőleg. A saját esetemben is úgy találtam, hogy azon az oldalon, a hol a *Deiters*-mag teljesen roncsolva volt, a fasciculus longitudinalis erősebben volt degenerálva, mint azon az oldalon, a hol a *Deiters*-mag ép volt, dacára, hogy ezen oldali fasciculus longitudinalis is degenerált volt. Ezen lelet is azt bizonyítja, hogy a fasciculus longitudinalis és a *Deiters*-mag között szoros kapcsolat áll fenn.

A lehágóan degeneráló pályák közül még a tractus rubrospinalis egyes sajátosságaira kell rámutatnom. Nagyon is ismert tény, hogy ezen pálya rostjai a vörös mag phylogenetice idősebb részében erednek, így lehágóan degenerálnak és így ezen pálya degenerációja a sérülés helyétől lefelé érhető. De miként értelmezendő, a mint az az én eseteimben is észlelhető volt, ezen pályának azon degenerációja, mely a sérülés felett is található. Retrograd degenerációnak tekintendő-e, vagy pedig tartalmaz centripetalis rostokat is? E kérdést illetőleg úgy *Monakow*,<sup>16</sup> mint *Brun* azon álláspontot foglalja el, hogy a sérülés helye felett észlelhető degeneratio a tractus rubrospinalisban haladó kevés számú centripetalis rost rovására irandó. Ezen felvétellel egyező saját észlelésem is és magam is azon álláspontot foglalom el, hogy a tractus rubrospinalis okvetlenül tartalmaz centripetalisan haladó rostokat is, mert másképpen a felhágó degeneratio értelmezhető nem volna. Ezen centripetalis rostok eredetére nézve esetem nem nyújt felvilágosítást, mert sajnos, a gerincvelőt nem vizsgálhattam meg.

Az agytörzs hosszú pályái közül a centralis sisakpálya is degenerált volt a sérülés helyétől lefelé. Ugyanis a hid tegmentumát a tuberculum roncsolta és a lehágó degeneratio itt vette kezdetét; cerebralis irányban a roncsolás helyétől felfelé ezen pálya épnek látszik. Ezen esetem is bizonyítéka annak, hogy a centralis sisakpálya, a mely az agy magasabb régióiban ered, lehágóan degenerál, a mit valamennyi szerző hangoztat; továbbá ezen pálya az oliva legcaudalisabb polusaig terjed és úgy látszik, hogy itt az oliva ventralis lapjába besugárzik.

Röviden rá kell térnem e helyen az oliva és az agyacs közötti összeköttetésre, mely összeköttetés az emberi agyvelőre vonatkozólag egyáltalában nincsen tisztázva. A mint az egyes metszetek leírásából látható, a bal oliva dorsalis lapja a tuberculum által roncsolva lett és így ez a frontalis harmadában teljesen elpusztult. Ezen a metszeten megállapítható az, hogy a roncsolt olivából kiinduló és a jobb nyúltvelőfelé áthaladó rostok erősen degeneráltak és számbelileg erősen megfogyatkoztak. E degenerált rostok, melyek mint ívelt rostok ismeretesek, egészen a túloldali corpus restiformeig követhetők, a melybe aztán besugárzanak. Minél kö-

zelebb esik a metszet az oliva frontalis polusához, annál nagyobbok az elpusztult olivából kiinduló ívelt rostok degenerációjára és számuk még inkább kevesebb lett és csak a praetrigeminalis rostjai az olivocerebellaris pályának nincsenek degenerálva. A homolateralis oldal azon ívelt rostjai, melyeket a lefelé kiterjedő tuberculum egyébként nem roncolt, nem degeneráltak, de a praetrigeminalis rostok hiányzanak. Ezen bonczolástani lelet alapján megállapítható tehát egyrészt az, hogy az olivocerebellaris pálya ívelt rostjai az oliva dorsalis lapjában erednek és az agyacsban végződnek, másrészt pedig azt, hogy ezen pálya tulajdonképpen kétféle rostokat tartalmaz, és pedig ívelt rostokat, melyek a túloldali olivából származnak és olyan ívelt rostokat, melyek az ugyanazon oldali olivában erednek.

Sok olyan irodalmi adattal rendelkezünk, melyek az oliva és agyacs közötti összeköttetést olyképpen magyarázzák, hogy az olivocerebellaris pálya rostjai az agyacs Purkinje-sejtjeiből veszik eredetüket és az olivában végződnek. Ezen felfogást osztja Kölliker,<sup>17</sup> Bechterew, Obersteiner, Held, Wallenberg, míg mások, mint Edinger,<sup>18</sup> Breuer és Marburg, Ziehen,<sup>19</sup> Ladame és Monakow,<sup>20</sup> Brun azon álláspontot foglalják el, hogy ezen pálya az olivában ered és az agyacsban végződik. Keller<sup>21</sup> közvetítő álláspontot foglal el. Szerinte az olivocerebellaris pálya rostjai legnagyobb tömegükben az olivában erednek és az agyacsban végződnek, míg csekélyebb számú rostjai e pályának az agyacsban veszik eredésüket.

A nem keresztezett rostokra vonatkozólag e pályának több közleményben találunk említést. Különösen kiemeli ezek létezését Edinger, továbbá Kölliker, Ramon y Cajal,<sup>22</sup> Obersteiner, Bechterew, Held, Keller, Breuer és Marburg, Brun és mások.

A lehágo trigeminusgyökér bántalmazottságára annak felső harmadában látható rostritkulása mutat. A felhágo gyökerekben elváltozást nem találtam, illetve a Weigert-féle festéssel ki mutatható nem volt.

Ezek után áttérek a klinikai tünetek méltatására. A szemtünetek közül a pupillaris differentia és a jó reactio érdemel figyelmet, a mely a legtöbb agydaganat-esetben előfordul és a mely tünet legnagyobb valószínűség szerint a fokozottabb agynyomásban leli magyarázatát. Másrészt azonban előfordul oly hidgóczok esetén is pupillaris differentia, melyek térszűkületet nem okoznak. Az ilyen esetekben a jó reactióval összekapcsolt pupillaris differentia olyképpen volna értelmezendő, hogy az oculomotorius és a centrum ciliospinale közötti összeköttetés a hidgócz által meg lett szakítva. A pangásos papilla, mely esetemben mindkét szemben elég kifejezett volt, szintén a tuberculum által okozott fokozottabb agynyomásban volna keresendő. A strabismus convergens a kétoldali abducenshüdés okozta. A baloldali abducenshüdés sokkal súlyosabb volt, mint a jobboldali. A különbség a két hüdés között onnan származik, hogy a baloldali abducensnek nemcsak a gyökérostjai, hanem a magja is teljesen el voltak roncsolva, míg a jobboldalinak csak egyes kilépő gyökérostjai.

Egy további igen érdekes szemtünetről kell még megemlékezni és ez az, hogy esetemben nemcsak hogy hiányzott a spontán nystagmus, hanem sem a Bárány-féle eljárással, sem pedig caloriás úton nem volt kiváltható. Az esetem nystagmushiánya annál felülőbb, mert az összes közölt agytörzsdaganatok eseteiben nystagmus sohasem hiányzott. A nystagmus okául valamennyi szerző a Deiters-féle mag, illetve a vestibularis roncslását jelöli meg. Hogy esetemben, dacára a Deiters-féle mag, illetve a vestibularis teljes roncslásának, nystagmus hiányzott és semmiféle eljárással kiváltható nem volt, azzal vélem megmagyarázhatni, hogy a mindkétoldali fasciculus longitudinalisban az ingervezetést a tuberculum teljesen megszakította.

Az agytörzsdaganat eseteiben ritkán előforduló tünet a trismus, a mely esetemben igen súlyos volt. A baloldali sokkal kifejezettebb volt. A trismus oly nagyfokú volt, hogy a beteg rágni sem tudott és így csak folyékony táplálékkal

táplálkozott. Ezen tünet oka a trigeminus motoros magvának izgalmában található, melyet a tuberculum idézett elő. Feltűnő volt a jobboldali mozgató trigeminusban is fennálló izgalom, dacára, hogy ezen magaslatban a tuberculum a jobb hídfélre nem terjedt át. Valószínű, hogy a jobboldali mozgató trigeminust is izgatta egy miliaris tuberculum. A keratitis neuroparalytica okát a trigeminus spinalis gyökerének bántalmazottságában vélem megtalálni.

Az elfajulási reactiót adó baloldali facialishüdés ezen ideg magvának és gyökérostjainak teljes roncslásában leli magyarázatát. Ezen tünet némi útbaigazítást nyújt a felől, hogy a tuberculum ezen a tájékon fejlődött ki legelőször, mert a beteg bemozdása szerint a legelső tünet, a mit észlelt, a szájjúgnak lassú jobbfelé húzódása volt. Ezen tünethez társult legelőször a szemek befelé fordulása, csak jóval később (2 hónap) jelentkeztek az egyensúlyzavarok és csak legvégül az egyéb bulbaris tünetek. Ezek szerint a tuberculum először frontalis irányban terjedt ki és csak később nőtt caudalis irányban. Azon körülményből, hogy a facialishüdés csak igen lassan fejlődött ki, arra lehetett következtetni, hogy legelőször a mag roncslódott és csak később társult hozzá a gyökérostok roncslása is. A tünetek ilyen fejlődése arra mutat, hogy a tuberculum előbb dorsalis kiterjedést nyert és csak később növekedett ventralis irányban is.

A bulbaris tünetek közül a nyelési nehézségekről és a folyékony táplálékok regurgitációjáról kell megemlékezni. Ezen tünet magyarázatául leghelytállóbb Wallenberg<sup>26</sup> észlése, a ki az ilyen esetekben a nucleus ambiguus középső, illetve elülső részét találta megbetegedve. Ransohoff<sup>23</sup> esetében is voltak nyelési nehézségek és ő is a nucleus ambiguus proximalis részét a hozzávaló gyökérostokkal találta elváltozva. Hasonló álláspontot foglal el Breuer és Marburg is. Saját esetemben a nucleus ambiguus proximalis része csak kis részben volt a tuberculum által roncslva, míg a kilépő gyökérostok nagyobb mértékben, és azért azt az álláspontot foglalom el, hogy a nyelési nehézségeket a vagus-glossopharyngeus-csoportozó gyökérostok roncslása idézi elő.

A garatívek paresise bulbaris hüdés eseteiben legtöbbször egyoldali és pedig a gócz oldalának megfelelően. Egyes szerzők, mint van Oordt,<sup>24</sup> Hun,<sup>25</sup> Breuer és Marburg a garatívek kétoldali hüdéséről tesznek említést, kiemelve azt, hogy a gócz oldalán a hüdés nagyobbfokú. Ez utóbbi szerzők a régebbi irodalom áttanulmányozása után, mely a garatívek egyoldali bántalmazottságára vonatkozik, azt találták, hogy tulajdonképpen a garatívek egyoldali paresise nem is kifejezetten egyoldali, mert az összes esetekben említés történik a folyadék regurgitációjáról és ezen tényből a garatívek kétoldali bénulásos állapotára lehet következtetni; természetes, hogy a hüdés a gócz oldalán súlyosabb. Az a tünet, hogy egyoldali gócz mellett a túloldali garatív is bénulásos lesz, abban leli magyarázatát, hogy az ugyanazon oldali idegmag nemcsak az ugyanazon oldali, hanem a túloldali izomzathoz is küld rostokat. Nyilvánvaló tehát, hogy a bulbaris magvak rostjai részben keresztteződnek, a hogy azt van Oordt, Breuer és Marburg találta. A részleges keresztteződése e rostoknak azonban nagyon változó, mert egyszer több, másszor kevesebb rost keresztteződik és csak Senator<sup>27</sup> tesz teljes keresztteződésről említést. Ő ugyanis egy esetben azt találta, hogy a sérüléssel ellenkező oldali garatív hüdése állott fenn, míg az azonosoldali garatív ép volt. A garatívek hüdésének localisatióját illetőleg Breuer és Marburg, valamint Wallenberg azon álláspontot foglalja el, hogy ez akkor jön létre, ha az ambiguus magvának középső, illetve paroximalis része lett roncslva. A magam esetében dacára annak, hogy a garatívek vizsgálata a nagyfokú trismus következtében nehezen volt eszközölhető, fel kellett vennem, hogy mindkét oldali garatívek hüdéses állapota állott fenn, mert különben a folyadék más módon nem regurgitált volna. Minthogy azonban a sérülés csak egyoldali volt, fel kellett tennem, hogy a túloldali garatív hüdéses ál-

lapota csak úgy jöhetett létre, ha a magból kilépő rostok részben keresztveződnek.

A hallás csökkenését a bal oldalon eléggé megmagyarázza a bal halló idegnek a tuberculum által történt sérülése.

Különös figyelmet érdemel esetemben a szédülés érzése, a súlyos egyensúlyzavar és a balradülésre vonatkozó hajlandóság. Ezen tünetek a *Deiters*-féle mag roncsolására és az abból kiinduló pályák degenerációjára, valamint a vestibularis mag teljes elpusztulására vezethetők vissza. Ezen felvételem teljesen megegyező *Breuer* és *Marburg* véleményével, míg ellenben *Brun* és részben *Monakow* is azt az álláspontot foglalja el, hogy ezen tünetek sem nem göcztünetek, sem pedig a megfelelő pályák roncsolása által feltételezettek, mert eseteikben a *Deiters*-féle mag és a belőle kiinduló pályák roncsolva nem voltak.

Valamennyi szerzővel ellentétben esetemben érzésbeli eltérések nem voltak jelen, dacára, hogy az összes agytörzsbéli göczbántalmakban súlyos érzésbeli zavarokról állandóan megemlékeznek. Ezen jelenség okát abban vélem megtalálni, hogy úgy a hurok-, mint a spinotectalis és thalamicus pályák aránylag elég épek voltak.

Végül még néhány diagnostikai megjegyzést fűznék az eset klinikai részéhez. Már az eset diagnosztikájának megokolásakor kiemelték azt, hogy egy tünet kivételével valamennyi a mellett szólt, hogy az angulustumor diagnózisát teljesen megokolt és csak a kétoldali abducenshídés tette indokolttá azt a gyanút, vajjon nincs-e jelen esetben intrapontin folyamattal dolgunk. De ha a két bántalom tüneteit egymással szembeállítjuk, azonnal kiviláglik, hogy a kétoldali abducenshídés kivételével valamennyi tünet az angulustumor mellett szólt. Jelen esetben tehát egy oblongata-tuberculum teljesen utánozta az angulustumor tüneteit és csak a bonczolat révén lehetett helyes diagnózis csinálni. Hogy adott esetekben a helytelen diagnózisokat elkerüljük, a szimmetrián kétoldali tüneteknek nagyobb fontosság tulajdonítandó.

*Schaffer* tanárnak ez úton köszönöm meg az eset átengedését és szíves támogatását, melyben az eset feldolgozásakor részesített.

**Irodalom.** <sup>1</sup> *Oppenheim*: Lehrb. d. Nervenkrankh., 1913. — <sup>2</sup> *Hellweg*: Arch. f. Psychiatr., 19. kötet. — <sup>3</sup> *Bechterew*: Leistungsbahnen im Gehirn und Rückenmark, II. kiadás. — <sup>4</sup> *Obersteiner*: Neur. Centralbl., 1901. — <sup>5</sup> *Oppenheim*: Neur. Centralbl., 1899. — <sup>6</sup> *Colliers u. Buzzard*: Brain, 1901. — <sup>7</sup> *Wallenberg*: Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1901 és 1902. — <sup>8</sup> *Breuer és Marburg*: Arbeiten aus d. neurol. Institut von Obersteiner, 1902. — <sup>9</sup> *Held*: Arch. f. Anatom. u. Entwicklungsgeschichte, 1892. — <sup>10</sup> *Hösel*: Arch. f. Psych. 25. köt. és Monatschr. f. Psychiat. u. Neurol., 6. és 7. köt. — <sup>11</sup> *Wallenberg*: Arch. f. Psychiatr., 34. köt. — <sup>12</sup> *Brun*: Inaugur.-Dissertat., Wiesbaden, 1911. — <sup>13</sup> *Herzog*: Journ. f. Psych. u. Neurol. 1910. — <sup>14</sup> *Mayer*: Arch. f. Psychiatr., 13. kötet. — <sup>15</sup> *Economo*: Jahrbuch f. Psychiatr. u. Neurolog., 32. kötet. — <sup>16</sup> *Monakow*: Gehirnpathologie, II. kiadás, 1905. — <sup>17</sup> *Kölliker*: Handbuch d. Gewebelehre, Leipzig, 1896. — <sup>18</sup> *Edinger*: Vorles. ü. d. Bau d. nervösen Zentralorgane, 1911. — <sup>19</sup> *Th. Ziehen*: Anatomie des Zentralnervensystems. Jena, 1913. — <sup>20</sup> *Ladame és Monakow*: Nouv. Iconogr., 1911. — <sup>21</sup> *Keller*: Arch. f. Anatomie u. Physiologie, 1912. — <sup>22</sup> *Ramon y Cajal*: *Breuer* és *Marburg*tól citálva. — <sup>23</sup> *Ransohoff*: Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde, 1899. — <sup>24</sup> *van Oordt*: Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1896. — <sup>25</sup> *Hun*: The New-York medic. Journal, 1897. — <sup>26</sup> *Wallenberg*: Arch. f. Psychiatr., 34. kötet. — <sup>27</sup> *Senator*: Arch. f. Psychiatrie, 14. kötet.

## A pupilla reakciójának vizsgálata.

(Megjegyzések *Sarbó Arthur* vizsgálati módszerére.)

Irta: *Waldmann Iván* dr., egyetemi szemklinikai tanársegéd.

*Sarbó* tanár a pupilla fényreakciójának vizsgálatára új methodust ajánl az Orvosi Hetilap február 15.-i számában. Tekintve azt, hogy a pupilla fényreakciója mily fontos diagnostikai és prognostikai jelentőséggel bír, annak vizsgálata épp ezért nagy körültekintést igényel. Örömmel vesszünk tehát minden oly törekvést, mely e vizsgálat egyszerűsítését célozza, de csak akkor, ha azt úgy a gyakorló orvos, mint a szakember egyaránt jól használhatja. Minthogy azonban a *Sarbó* tanár által ajánlott módszer egyszerűsége az eredmény

megbízhatóságának rovására megy, szabadjon néhány megjegyzést fűzni hozzá.

*Sarbó* eljárását a következőképpen írja le: A beteget odaállítjuk vagy ültetjük az ablak mellé, úgy hogy a fény oldalról érje; felszólítjuk, hogy nézzen fel a menyezetre, majd szorítsa össze erősen a szeméit, s néhány pillanat múlva nyissa fel őket, de úgy, hogy ismét a menyezetre szegezze tekintetét. Rendes viszonyok között — írja a szerző — abban a pillanatban, midőn a beteg szeméit felnyitja és a messzeségbe tekint, a pupillák pillanatosan összehúzódnak és rögtön tágulnak.

Ismeretes, hogy a pupilla reakcióját több inger válthatja ki; így megszűnik a pupilla a fény behatására, alkalmazkodásra, convergentiára, a szem mozgásai alkalmával, továbbá consensualisan s végül ugyancsak pupillaszűkületet vált ki a szemhéj összeszorítása is (orbicularis phaenomen).

Ha tehát oly módszerről van szó, mely a pupilla fényreakcióját határozza meg, megbízhatóságának első feltétele mindazon zavaró reakciók kizárása, melyek egyidejűleg jelentkezhetnek ugyanoly alakban. Már pedig *Sarbó* módszerében épp az ellenkezője van meg, vagyis halmozódva vannak mindezen reakciók és így azt eldönteni, hogy az adott esetben mennyiben szerepel a fény reakciója, teljesen lehetetlen.

A nappali fényenél való vizsgálat egymagában nem adhat megbízható eredményt és különösen nem az ajánlott módszerrel. A pupillaris reactio fokát ugyanis függ a fényforrás intenzitásától, a mely napfényenél való vizsgálatkor nagy ingadozásoknak van kitéve, úgy hogy ugyanazon egyén ismételt vizsgálata eltérő eredményt adhat.

A nappali fényenél továbbá zavaró reflexek vannak, melyek miatt a pupilla szűkülése nem látható élesen. Ezenkívül — s ez nagyon fontos — nehéz kizárni teljesen a beteg az alkalmazkodást, convergentiát és e methodusban még a szemmozgást is, minthogy a betegnek szeméit gyorsan kell zárni és csukni.

A két szemem egyszerre történő vizsgálatkor a consensualis reactio is érvényesül; a szerző ennek zavaró hatását lényegtelennek tartja azon megokolással, hogy ez ritkán fordul elő; erre vonatkozólag megjegyezhetjük, hogy ez nagyon gyakran adhat alkalmat téves következtetésekre, úgy hogy a szemek külön-külön vizsgálatát egy esetben sem szabad elmulasztani.

Végül még egy momentum van, mely a módszert teljesen megbízhatatlanná teszi, s ez az orbicularis phaenomen. *Sarbó* módszerében ugyanis a beteg felszólítandó szeméinek erős összeszorítására; az orbicularis phaenomen lényege pedig éppen az, hogy a szemrésnek erős záródására a pupilla nagy mértékben megszűkül; s e tünet nemcsak normalis szemeken jelentkezik, de reflexes pupillamerevség, sőt absolut pupillamerevség mellett is létrejön s ezenkívül reflexes pupillamerevség esetén e reactio néha oly érzékeny, hogy a legcsekélyebb orbicularis contractio jelentős szűkületet válthat ki.

Mindezek alapján a szóban forgó methodust a gyakorlatra alkalmasnak nem tartjuk.

A pupilla fényreakciójának vizsgálata legmegbízhatóbb, ha azt úgy diffus napfényenél, mint sötét szobában végezzük. A napfényenél való vizsgálat igen érzékeny reakciót ad, de egymagában az említett okoknál fogva nem eléggé megbízható s ezért mindenkor kiegészítendő a sötét szobában való vizsgálattal; az eljárás a következő:

Először diffus napfényenél vizsgálva, a beteget az ablakal szembe ültetjük (nem oldalt) s felszólítjuk, hogy nézzen a távolba; szeméit kezünkkel fedjük el, kellő időt hagyva a retina adaptálódására s azután mindkét szem reakcióját külön-külön s azután a consensualis reakciót vizsgáljuk. Ezt követi a sötét szobában való vizsgálat, hol legczélyszerűbb a fényt az oldalt álló lámpáról tükrrel bevetíteni, miközben a beteg mozdulatlan szemállás mellett a távolba néz; itt is természetesen külön-külön vizsgálva a szemeket.

A pupilla reakciójának vizsgálata fontos következtetésekre ad alapot, de csak akkor, ha megbízható methodussal végezzük.

## IRODALOM-SZEMLE.

## Könyvismertetés.

**S. Jessner: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtsleiden** II. Band: Geschlechtskrankheiten. Vierte, sehr erweiterte Auflage, mit zahlreichen Abbildungen im Text und auf 22 meist farbigen Tafeln. Würzburg, Verlag von C. Kabitzsch, 1913. Preis M. 8.—

Jessner már évek óta a legjobb szerzők közé tartozik Irodalmi működésének súlypontja mindenkor a didaktika körébe esett. „Dermatologische Vorträge für Praktiker“ című füzetei oly nagy használatnak örvendtek, hogy egyre újabb kiadásról kellett gondoskodni. Jelen tankönyve pedig a 3. kiadást ért compendiumának nagyobb, bővített s rendkívül tanulságos ábrákkal ellátott folytatása. A tankönyv első, önálló kötetéről, mely a bőrbajokat öleli fel, már megemlékeztünk annak idején e lap hasábjain. A jelen kötet a mű önálló második része s a nemi bajok részletes ismertetését foglalja magába. Ezt az új kötetet is csak ugyanazok az elismerő szavak illetik meg, mint az első kötetet. Világos, áttekinthető tárgyalási módor és beosztás, mely mindenben elsősorban az orvos gyakorlati szükségleteit tartja szemmel. A kötet mintegy 22 ívre terjed; körülbelül a felét a syphilis kór- és gyógytana foglalja el, a másik felét a férfi és nő gonorrhoeája. Mindkét betegség kimerítő pontossággal, bár nem terjengősen van tárgyalva. A syphilidologia terén tett újabb nagyfonságú felfedezések pontosan beleilleszkednek a leírásba, úgy hogy a mű mindenben a tudomány mai állásának hű képét nyújtja. Jó szolgálatot tesz még a bakteriologiai és serologiai vizsgálati módoknak (gonococcusok mikroszkopos és kulturális vizsgálata, Wassermann-reactio, spirochaetafestés stb.) rövid ismertetése is, mely függelékként a könyv végéhez van csatolva. A nagy gyakorlati érzéssel megírt művet minden orvos nagy haszonnal olvashatja. *Guszman.*

## Új könyvek:

*Lange: Lehrbuch der Orthopaedie.* Jena, G. Fischer, 18 m. — *Pagenstecher: Über den Krebs der Gallenblase.* Leipzig, J. A. Barth, 1.50 m. — *Eulenburg: Kinder- und Jugendselbstmorde.* Halle, C. Marhold, 1 m. — *Lissmann: Geburtenrückgang und männliche sexuelle Impotenz.* Würzburg, C. Kabitzsch, 2 m. — *Selter: Handbuch der deutschen Schulhygiene.* Dresden, Th. Steinkopff, 28 m. — *A. Cornelius: Kopschmerz und Migräne.* Berlin, A. Hirschwald, 1.50 m. — *M. Hirschfeld: Die Homosexualität des Mannes und des Weibes.* Berlin, L. Marcus, 12 m. — *E. Meyer: Über den gegenwärtigen Stand der Pathologie und Therapie des Diabetes insipidus.* Halle, C. Machold, 1.50 m. — *Kern: Die Willensfreiheit.* Berlin, A. Hirschwald, 2 m. — *F. Winckel: Achtzehn Vorträge aus seinem Nachlasse.* Wiesbaden, J. F. Bergmann, 7 m. — *E. Rehn: Oesophagus-Chirurgie.* Jena, G. Fischer, 7 m. — *W. Braams: Zur Geschichte des Ammenwesens im klassischen Altertum.* Jena, G. Fischer, 1 m. — *K. B. Lehmann: Die Bedeutung der Chromate für die Gesundheit der Arbeiter.* Berlin, J. Springer, 4 m. — *M. Schottelius: Land- und Verkehrshygiene, Kurorte Sanatorien und Gasthäuser.* Leipzig, S. Herzel, 5 m. — *H. Sellheim: Produktionsgrenze und Geburtenrückgang.* Stuttgart, F. Enke, 1.60 m. — *Estor et Etienne: Les colites, leur traitement chirurgical.* Paris, Gittler. — *A. Flexner: Prostitution in Europe.* New-York, The Century Co.

## Lapszemle.

## Belorvostan.

**A pneumothoraxműtét után jelentkező pleura-exsudatum** keletkezésének körülményeiről ír kísérleti és klinikai tapasztalás alapján *A. Mayer.* Csak hosszabb idő óta fennálló pneumothorax után észlelt exsudatumot: 46 esetben 18-szor. Rendszerint — még az exsudatum eltűnése után is — láz állott fenn. A folyamat csaknem kivétel nélkül egyoldali volt. A pleuralemez resorptiók képessége igen csökkent (jodipin). Az exsudatum vizsgálata alapján bakteriologiai, cytologiai, chemiai irányban, az exsudatumokat 4 csoportba lehet osztani. Az exsudatum lebecsátása (punctio) s az utólagos N-töltés indokolt. Autoserotherapy azon esetekben kísérletre méltó, a hol az exsudatum bőven tartalmaz antitesteket. Igen makacs esetekben  $\frac{1}{2}$ — $1\%$  lysoformoldatnak 2—4 l. mennyiségével kimoshatjuk a pleurát. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. 1913, 29. köt., 1. füz.) *Galambos dr.*

## Sebészet.

**A lépnek belső betegségeiben eltávolításáról** értekeznek *G. Klemperer.* A lépnek eltávolítása nem tartozik a nehezebb műtétek közé. A szerzőnek húsz esetében kb. 20—25 percet vett igénybe, nagyon csekély vérvesztéssel járt és csak két beteg halt meg. A lép jelenléte nem életfeltétel és eltávolítása a szervezetre semmi különös kellemetlenséggel sem jár. Egyes esetekben a lép exstirpációja után a vörös vérsejteknek megszorodása (polycythaemia) jön létre. A lép kiirtásának indicációját alkotják az életet veszélyeztető chronikus anaemiák: 1. cachexiás anaemiák léptumorról, 2. cachexiás anaemiák léptumor nélkül. A cachexiás anaemiák léptumorról járó alakjai között vannak bizonyos kóralakok, amelyekben a lép eltávolítása nem indikált. Ide tartoznak a pangásos lép szívbántalom, májcirrhosis eseteiben, az amyloid lép és a lueses lép, leukaemia, granulomatosis, lymphosarkoma és malaria. Az operatív csoporthoz tartoznak a tuberculosis, a neoplasmák, a Banti-féle lépdaganat és a haemolysises icterus. Ismeretes, hogy miliaris gümőkór eseteiben a lépét sem kerüli el a kórfolyamat és néha jelentékeny daganatot alkot. Kevésbé gyakori a lépnek primaer gümőkórja, a mikor jelentékeny léptumor és progrediáló anaemia állhat fenn. *Bardenheuer* operált ilyen beteget, a ki még hat évvel a műtét után is teljesen jól volt. A lépcarcinoma és sarcoma csak ritkán műtét tárgya, mert ezen daganatok csak ritkán primaerek. A Banti-kórban (a lép kötőszövetének indurációját) igen jó sikerrel távolították el a lépét. Ezen betegség is anaemiával, cachexiával és léptumorról jár. A betegségnek hosszabb ideig tartó fennállása esetén májcirrhosis is kifejlődik ascites-sel. Banti-kór eseteiben progrediáló vérszegénység áll be, a melynek oka a lép megbetegedése (anaemia splenica). A Banti-kór a leggyakoribb jevalata a lép eltávolításának. Gyakorlati szempontból fontos, hogy anaemiával járó lépdaganat minden esetben a vért vizsgáltassuk meg leukaemiás elváltozásokra. Az egyszeri negatív eredmény még nem döntő, bevérandó, hogy ilyen elváltozások később nem jönnek-e létre. Ha a vérben elváltozás nincs, esetleg a lép punctiója is indikált. Wasserman-reactióval kell eldönteni, vajjon specifikus kezelésre nincs-e szükség? A szív és tüdő megvizsgálendő. Ha már most hónapokon keresztül ezen szervek egészségesek maradnak, mirigymegnagyobbodások nem állnak be, mialatt az anaemia tovább halad, a diagnosist minden valószínűséggel lépindurációra tehetjük és a lép eltávolítása indikált.

Nagyfokú léptumor keletkezhet icterussal, gyakran hereditaer, máskor szerzett alakban, továbbhaladó anaemiával és erős urobilinuriával. A szerzők nagy része ezen betegségek karakteristikumaként említi a vörös vérsejteknek hypotonosus konyhasóoldatokkal szemben való csökkent ellentállását. A haemolysises icterusnak gyógyítása léplexstirpációval több esetben jó eredményt nyújt. Minthogy azonban az acut esetek spontán is megjavulhatnak, idősebb esetekben pedig a beteg kellemetlenségei nem igen nagyfokúak, helyesebben járunk el, ha a műtéttel nem sietünk. A lép kiirtása szóba jöhet olyan cachexiás anaemia-esetekben, amelyekben léptumor nincs jelen. A múlt évben közölte *Eppinger* anaemia perniciosa 4 esetét, a mely exstirpacio után jelentékenyen javult.

*Eppinger* azon ideából indult ki, a melynek azóta is több ízben szószólója volt, hogy anaemia perniciosa eseteiben, hasonlóan a haemolysises anaemiához, a lépben a vörös vérsejteknek pathológiásan fokozott szétesése jön létre. Műtét után azt találták, hogy a lép eltávolítása után a vörös vérsejtek jelentékenyen megszorodnak, ezenkívül a szerzőnek két esetében a vérkép a csontvelő erős izgatásának jeleit mutatta. Tíz betegen végezték az említett megbetegedésben a lép kiirtását, a kik közül a műtét következtében kettő halt meg. A többi nyolc a műtétet kiállotta, ámbár mindegyiknek állapota reménytelen volt. Általában a javulás lassan haladt és eddig csak egyetlen esetben lehet határozottan állítani, hogy a gyógyulás biztos jelei mutatkoznak. Ebben az esetben a vérkép qualitative is megjavult, míg a többi eset egyikében

sem veszítette el az anaemia perniciosára jellemző specifikus karakterét. Azt mondhatjuk tehát, hogy míg anaemia splenica (Banti-kór), léptuberculosis, haemolysis icterus eseteiben a lép kiirtása gyógyulásra vezet, anaemia perniciosa eseteiben csak javulást várhatunk. Semmi esetre sincs még itt az ideje annak, hogy e tekintetben határozott ítéletet mondjunk, annál kevésbé, mert az anaemia perniciosának valamennyi esete csak igen előrehaladt stadiumában került műtét alá. (Die Therapie der Gegenwart, 1914.)

*ifj. Hahn Dezső dr.*

#### Ideg- és elmekórtan.

**Elmebajosok rajzait** tanulmányozta *W. Kürbitz*. Az elmebajosok rajzai szoros összefüggésben állanak a beteg egyéb klinikai viselkedésével. Ilyképpen érthető, hogy rajzolásukban különbséget találunk, amely egyik-másik megbetegedésre többé-kevésbé jellegző és így differentialis szempontból is felhasználható (pl. mania, depressio stb.). Az elmebajosok rajzai némileg eltérnek az ép elméjűekétől, a különbségek ugyanolyanok, mint a milyeneket a gyermekek és ösnépek rajzaiban is találhatunk. Különösen jellegzők az „átlátszó rajzok” és a profil és en face összecserélése. Ez okból nem felesleges, hogy az elmebajosok rajzaival behatóan foglalkozzunk. (Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psych. XIII. k., 153. oldal.)

*Goldberger Márk dr.*

**A paralysis progressivának salvarsannal való kezelésével** foglalkozik *Raecke*. Nézete szerint a salvarsan óvatos használat mellett nem árt a paralyisiseknek, sőt a remiszió számát és tartamát növeli és az életet meghosszabbítja. Hogy ezen javulásokat csakugyan a salvarsan idézi elő és hogy állandók-e, azt csak hosszabb észlelések igazolhatják. Mindenesetre már ma is, a betegség infaust voltát tekintve, jogosan ajánlhatjuk a salvarsan-kúra rendszeres megkísérlését. A szerző a salvarsant olyképpen használja, hogy 0,3—0,4 gr. adaggal kezdi és később 0,5—0,6 gr.-ra emelkedik. Egy kúrában 3—4 gr. salvarsant ad összesen. A kúrát 3—4 hónap mulva megismétli. (Deutsche med. Wochenschr. XXXIX. évf. 1349. old.)

*Goldberger Márk dr.*

**Az agyvelőkéregben előforduló kristályokról és azok jelentőségéről** ír *E. Frankhauser*. A szerző alkoholban kezelt agyvelő kéregében sajátságos kristályokat talált, melyek két csoportba sorozhatók. Az egyik csoportban a kristályok *csomót* alkotnak, a kristályjegeczek egy pontból indulnak ki és a végeik, még inkább a széleik szétforgácsolódnak; a másik csoportban lándzsaszerű képződések indulnak ki egy pontból és *csillagformát* vesznek fel. A csillagformák általában kisebbek, mint a csomós képződések. A két forma között egész sereg átmeneti alak található. A szerző nézete szerint a kristályok anatómiai-pathologiai leletnek tekintendők, és egyrészt súlyos testi (főképpen toxikus, infektív és anaemiás) megbetegedésekkel járó folyamatokban található, másrészt különböző psychés megbetegedésekkel (főképpen dementia praecox-szal és senilis folyamatokkal) függnek szorosan össze. A paralyisisek agyvelőjében nem található gyakrabban, mint kimerüléssel járó testi megbetegedések eseteiben és így e betegséghez nincs különösebb közük. (Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psychiatrie, XIII. köt., 301. old.)

*Goldberger Márk dr.*

#### Szülészet és nőorvostan.

**A rák vaccinatiós kezeléséről** ír *Pinkuss* és *Kloninger*. Az autovaccina előállításához vagy a kiirtott tumor extractumát, vagy pedig a tumorról együtt kiirtott mirigyeket külön használták. Szerintük lehet, hogy a mirigyekből nyert vaccina hatásosabb lesz, mint a primaer tumor extractuma. 12—20 cm<sup>3</sup>-t injiciáltak egyszerre, vagy 5 cm<sup>3</sup>-t több alkalommal ismételve. A szerzők remélik, hogy hosszabb időn át folytatott befecskendésekkel jó eredményt fognak elérni; lehet, hogy a kivonat előállításának módjának tökéletesítésével is sikerül annak hatékonyságát fokozni. Különösen remélik, hogy műtétek után a recidivák és metastasisok elkerülésében, valamint a

mesothorium-kezelésben és a távoleső áttételek kifejlődésének meggátolásában nagy segítségre lehet majd ez az ajánlott, de még nem eléggé kipróbált eljárás. (Berl. klin. Wochenschrift, 1913, 42. szám.)

*Scherer dr.*

#### Bőrkórtan.

**A bőrráknak salicylsavval való gyógyítását** végezte *Weinbrenner* (Koblenz). A salicylsavnak az epithelialis burjánzásokra való jó hatása már régebben ismeretes. A szerző ulcus rodensokra tiszta salicylsavat hintett s azt zinktapaszszal vagy 20%-os salicyltapaszzsal befődte. A salicylsavat nem kell naponta megújítani, elég azt két-, a kezelés vége felé háromnaponta megtenni. Legjobb a fekélyre porfúvó segítségével salicylport reáfújni s azután tetejébe még kristályos salicylsavat helyezni, melyet jó kissé a fekélybe sajtolni. Tanácsos, hogy a mindenkor képződő sebváladéknak lefolyást biztosítsunk, a mit a tapasz-kötés legalsó részébe helyezett gaze-zal érhetünk el. A drainaget úgy is elérhetjük, hogy a kötés közepét tapaszszal nem fődjük. A salicylsav mindig okoz necrosisos pörköt, a melyet óvatosan el kell távolítani. Az egész kezelés eléggé fájdalmas, főleg mialatt a salicyl a kóros szövetet pusztítja. A kezelés tartama kisebb rákok esetében átlagosan 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—3 hónapig tart. A szerző idáig 9 esetet kezelt salicyllal s ez valamennyi meggyógyult. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1914, 3. sz.)

*Guszman.*

#### Húgyszervi betegségek.

**Az onaniáról** igen érdekes, de a legtöbb szakorvoséval nem egyező felfogást vall *W. Steckel*. Ő ugyanis azt tartja, hogy a masturbatio igen sok embernek valóságos physiologiai szükséglet. A legtöbb ember, a ki erre rászokott s külső körülmények következtében azt hirtelen abba hagyni kénytelen, félelmi neurosisban betegszik meg. Ezen sokszor igen kínzó betegség rendesen csak akkor szűnik meg, ha az illető a régi szokását ismét felvette. A szerzőnek az a nézete, hogy nem az onania okozza a neurastheniát, hanem inkább az a körülmény, ha az illető a régi szokásától hirtelen eláll. *Steckel* továbbá még azt is állítja, hogy az onaniából kifolyólag nem látott kárt olyan emberen, a ki ebben nem hisz. Ezután néhány körtörténetet közöl a szerző, melyekkel ráutalással az onania larvatára, azt igyekszik bebizonyítani, hogy az a felfogás, hogy az onania csak a nemi szerveken folyhatik le, tévedés, sőt mi több, erre a célra a többi erogén zónák (anus, szájnnyílás stb.) mind felhasználhatók.

Ezen felfogása alapján *Steckel* az onaniának socialis fontosságot is tulajdonít, mert „ez némiképp megvédi a társadalmat az olyan szerencsétlenekkel szemben, a kiknek túl nagy a vágyakozásuk s csekély az ellenálló ethikai erejük. Az onania teljes elnyomásával a szemérem elleni vétségek hihetetlen arányokat öltenének. Az onania sok embert megvéd a büntől, mert az illető a képzelődése révén teljes érzelmi kielégülést nyer s ilyen állapotban már nem veszélyeztet a társadalmat. Ily módon tehát az autoerotismus asocialis aktusa socialis szükségletté alakul át.” A szerző azzal végzi fejtegetéseit, hogy ezzel sikerült neki az onania jogosultságát bebizonyítani. (Sexual-Probleme, 1913.)

*Drucker.*

#### Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

**Makacs csuklás** több esetében *Pécheux* és *Lotte* feltevő jó eredménnyel használta a lumnalt kis, 10—20 centigrammos adagban. (Echo médical du Nord, 1913, 28. szám.)

**Az elarson** nevű arsenkészítmény előnyére más arsenkészítményekkel szemben hívja fel a figyelmet *Kohnstamm*. Főképpen azt emeli ki, hogy az emésztőszerveket nem támadja meg. Egy tablettával kezdjük az adagolást és naponta egygyel növeljük az adagot, többnyire 9 darabig pro die, háromszorra elosztva, de azért szükség esetén 20—25 tablettáig is emelkedhetünk káros következmény nélkül. A legnagyobb adag után a szokásos módon visszafelé haladunk. (Therapie der Gegenwart, 1913, 11. füzet.)

A valisan Schwalbe tanár tapasztalatai szerint a nagyszámú valeriana-készítmény között egyike a legjobbknak. Egyesíti a valeriana és a brom sedativ sajátosságait. Gyöngyök alakjában jön forgalomba, egyenként 0.25 gramm tartalommal. Többnyire elegendő naponként 3-szor 1—1 gyöngyöt bevenni, vagy pedig ebéd után 1-et és este a lefekvéskor 2-t. Utóbbi módon mint enyhe hypnoticum is hathat. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 43. sz.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat, 1914, 8. szám. Fürész Jenő:** A salvarsanról. Schiff Ernő: Az Abderhalden-féle reactio hibaforrásairól.

**Orvosok lapja, 1914, 9. szám. Glück Tibor:** Egy új tüdőgymnastika-készülékről.

**Budapesti orvosi ujság, 1914, 9. szám. Sarbó Artur:** A villamos zsebámpa mint diagnostikai segédeszköz empyema sinus frontalis eseteiben. Láng Adolf: A medenczetörésekről és azok következményeiről.

### Vegyes hírek.

**Magántanári képesítés kiterjesztése.** A vallás- és közoktatásügyi minster megerősítette Engel Károly dr. magántanári képesítésének a belorvosi diagnostikára történt kiterjesztését.

**Kinevezés.** Petrovics István dr.-t a mármaroszigeti, Svabi Nándor dr.-t pedig a dési kórházhoz alorvossá nevezték ki.

**Választás.** Schiller Károly dr.-t és Frey Ernő dr.-t a székesfővárosi szegényházhoz főorvossá, Krenrich János dr.-t Csereván közösgéi második orvossá, Szécsi Salamon dr.-t Szászkaágyán és Foltányi Gyula dr.-t Gácson körorvossá választották.

Az orvosi továbbképzés központi bizottsága Tóth Lajos minsteri tanácsos elnöklésével 1914 február hó 25.-én tartotta negyedik közgyűlését. Scholtz Kornél titkári jelentése tanúságot tesz arról, hogy az intézmény folyton fejlődik. A lefolyt évben 5 kéthetes és 9 négyhetes, a gyakorló orvosok számára szolgáló tanfolyamon kívül a hatósági, a gyermekmenhelyi és a pénztári orvosok számára rendeztek cursusokat. Ezekben kívül Nagyváradon, Temesvároton és Gyulán voltak tanfolyamok, melyeket budapesti egyetemi tanárok nyitottak meg. A bizottság kiadásában megjelenő „Orvosképzés” 42 cikket közölt. A tanfolyamokon 249 orvos vett részt, kik közül 130-an részesültek összesen 26.000 korona segélyben, részben a bizottság, részben a belügyministerium, részben a törvényhatóságok részéről. Az elnök javaslatára elhatározta a bizottság, hogy ez év őszén a tuberculosissal foglalkozó orvosok számára külföldi tanulmányutakat rendez Fáy Aladár közegészségügyi főfelügyelő vezetésével. — Grósz Emil alelnök az orvosi továbbképzés nemzetközi bizottságának Londonban tartott üléséről számolt be, melynek napirendjén a különböző államok orvosképzése, továbbképzése és a socialis orvostan oktatása állott. A referatumok külön könyv alakjában fognak megjelenni. — A bizottság jóváhagyta az 1914. évi programot, mely szerint ez évben 15 tanfolyam lesz. A programot márczius hó elején minden gyakorló orvos megkapja.

**Meghalt.** Schwarcz Aladár dr. járásorvos 51 éves korában Készmárkon. — H. Banga, a nőorvos tanára Chicagóban.

Az epilepsia elleni nemzetközi liga ezidei gyűlését szeptember 5.-étől 12.-éig tartja Bernben a nemzetközi neurológiai, psychiatriai és psychológiai congressus, a német ideggyógyászok társaságának és a svájci neurológiai társulat összejövetelében. Kocher tanár sebész klinikáján. Előadást bejelentett T. Kocher (referatum az epilepsia sebész kezeléséről) és R. Amman (Aarau): A levegő villanyossága és az epilepsia. A többi referatumot és előadást a legközelebb kiadandó végleges programmban fogják közzétenni. Előadások bejelenthetők a liga svájci bizottsága tagjainak (Prof. Dr. Th. Kocher, Bern és Dr. A. Ulrich, Tödistrasse 6, Zürich).

A „Kálvintéri vízgyógyintézet és inhalatorium”, mely egyike a székesfővárosi legnagyobb ilyenmű intézményeinek, e hó 26.-án nyílt meg.

A III. nemzetközi congressust az ipari megbetegedésekről 1914. évi szeptember havában tartják meg Bécsben. E congressus napirendjén a következő kérdések szerepelnek: 1. A fáradtság. (Élettani és kortani szempontból, különös tekintettel az ipari munkára). A hivatásos munka hatása az idegrendszerre. Éjjeli munka.) 2. Nedves és forró levegőben való munka. 3. Lépfene. 4. A tüdő megbetegedései a munkaközben beheltet idegen anyagok (por, szénpor, kő, mész stb. törmelék) következtében. 5. Villamosság által okozott kórok ipari üzemekben. 6. Ipari mérgek. 7. A hallószerv megbetegedése ipari munka folytán. 8. Különléte közlemények. A congressussal kapcsolatban kiállítás is lesz. A tagsági díj 25 K. Bővebb felvilágosítást ad a congressus főtitkára: Teleky Géza dr., egyetemi magántanár (Bécs, IX., Türkenstrasse 23.).

**Személyi hírek külföldről.** Matteredstock tanár, a belorvostani poliklinika és a gyermekklinika vezetője Würzburgban, nyugalmába vonul. — I. Langer, a gyermekorvos tanár rendk. tanára a gráci egyete-

men, rendes tanári címet és jelleget kapott. — Zawadsky dr.-t, a belorvostan magántanárát Kasanban, a klinikai propaedeutika rendk. tanárává nevezték ki.

**Hírek külföldről.** A berlini gégeorvostani társulat február 13.-án ünnepelte megalapításának 50. évfordulóját. Az egyesületet B. Fränkel tanár alapította, mostani elnöke Killian tanár.

**Kiseb közlések az orvostudomány köréből.** A központi idegrendszer syphilise eseteiben autoserosalvarsan-kezelést kísérelt meg Mc Caskey: 0.3—0.6 gramm salvarsan intravenás befecskendezése után egy órával vért vesznek a betegtől, savót készítenek belőle, a serum 12 cm<sup>3</sup>-ét  $\frac{1}{2}$  órán át 56°-ra hevítik, 18 cm<sup>3</sup> steril physiologiai konyhasó-oldattal hígítják és intralumbalis befecskendezik. Az eredményekről még nem lehet nyilatkozni. (Journ. of the Americ. med. assoc., 1914, január 17.) — Májcirrhosis okozta hasvízkór egy esetében a hasüri folyadék állandó drainézése céljából a hógyhólyagon szelepes nyílást készített Rosenstein, a ki ezen eljárást a berlini orvosegyesület február 4.-én tartott ülésén ismertette. A hozzászólók nem nagy elragadtatással nyilatkoztak a módszerről, egyrészt, mert egyszerűbb eljárások is vannak, másrészt, mert félnek, hogy a hógyhólyagon át a szelepműködés elégtelensége folytán fertőzhetnek a hasüreg. — Lanz eszelte ki a májcirrhosis okozta hasvízkór ellen azt az eljárást, hogy a herét a lágyékcsatornán keresztül a hasüregbe helyezik s a bélfordor egy redőjében rögzítik. A plexus pampiniformis venái összenőnek a porta-rendszerhez tartozó bélfordorvenákkal s ezzel új kaput nyitottunk a pangó portalis vér lefolyására. M. H. Lorenz most igen szép eredménnyel megismételte a műtetet; a beteg két év óta mentes az ascitestől.

Mai számunkhoz Richter Gedeon budapesti vegyészeti gyáranak prospectusa van mellékelve.

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

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

**Bőrgyógyító és kozmetikai intézet** Dr. Justus J., kórházi főorvos, IV., Ferencz József-rakpart 26.

**Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet**

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

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

Reiniger, Gebbert és Schall r.-t. BUDAPEST, VIII., Rákóczi-út 19. sz. RÖNTGEN- ÉS VILLAMOS ORVOSI KÉSZÜLÉKEK.

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

DR. REICH MIKLÓS Budapesti **ZANDER-gyógyintézete**

Dr. ZANDER G. eredeti készülékének teljes sorozatával és rokon physikalikus gyógyeszközökkel tökéletesen felszerelt intézet.

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

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

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

**Epileptikus betegek intézete**

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

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

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

**MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK**

fürdőkhoz.  
:: LÁPSÓ :: száraz kivonat ládákban á 1 kiló  
LÁPLÚG folyékony kivonat üvegekben á 2 kiló

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM:** Budapesti Kir. Orvosegyesület (LXXVI. évf. záró közgyűlés 1913 december 13.-án és I. rendes tudományos ülés 1914 január 10.-én) 186. I. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 189 I.

## Budapesti Kir. Orvosegyesület

(LXXVI. évf. záró közgyűlése 1913 december 13.-án).

Elnök: id. Liebermann Leo. Jegyző: Bálint Rezső, Holzwarth Jenő.

Az elnök a következő megnyitót mondja:

Tisztelt Orvosegyesület!

Az Orvosegyesület életének főbb mozzanatairól a lefolyt évben az első titkár jelentése kellő tájékoztatást fog nyújtani; e tekintetben mondanivalóm nincs. Ha mégis szót emelek, teszem ezt azért, hogy röviden összefoglalva arra is rámutassak, melyek voltak azon nagyobb elvi jelentőségű kérdések, melyek mint nevezetes étappek tudományunk fejlődésében az utolsó időben az orvosi világot foglalkoztatták, mert előreláthatólag a közeljövőben ezek fogják lekötöni a Kir. Orvosegyesület érdeklődését. Hiszen elegendő rámutatni azon nagyszabású előadási cyclusra a carcinomák radiumkezeléséről, mely csak pár hét előtt fejeződött be ezen a helyen, mint praeludiuma annak, a mi a közel jövőben várható.

A legutóbbi időket megelőző néhány év, nem tekintve a *belső secretiók* tanulmányozását, a mely a thyreoideából kiindulva, jelentőségükben sokáig fel nem ismert mirigyes szervek fontosságát az egészség és az élet fentartásában és ezen szervek kölcsönhatását csodás világításba helyezte, és nem tekintve az *anaphylaxiás állapot* rejtélyeinek megfejtésére irányuló törekvéseket, főleg a *chemotherapy* jegyében járt. Nagy volt az izgalom, mely az atoxyl és a trypanvörös alkalmazásától néhány fertőző betegségben egészen az Ehrlich-Hata 606-ig és a salvarsanáig folyton emelkedett. A hullámok lecsendesedtek, a túlságos optimismus, a kicsapongó remények a tapasztalatnak és higgadt kritikának adtak helyet és az orvosi világ visszavonulva a küzdőtérrel és áttekintve az eredményeket, azt látta, hogy nemcsak nagyon értékes gyógyszerrel gazdagodott, de a mi több, látta azt is, hogy a *chemotherapy* főleg Ehrlich által hangoztatott *alagondolata*, t. i. hogy az emberi szövetek és kórt okozó paraziták között bizonyos vegyszerek iránt affinitás-különbségek léteznek és hogy ezen különbségeket gyógyszerelőkre fel lehetne használni, életképesnek bizonyult. Így indultak meg a carcinoma gyógyítására irányuló kísérletek különféle „tumoraffin” anyagok bevitelével a szervezetbe, különösen fémekkel és metalloidekkel: cobalt, ezüst, platina, stb. (Neuberg, Caspari, Loehle), melyek eddig igen érdekes eredményekre vezettek, a mennyiben egércarcinomák bámulatos rövid idő, 24 óra alatt is meglágyultak és eltűntek. Wassermann egereken végzett kísérleteiben még azon ügyes fogással is élt, hogy a tulajdonképpeni gyógyító, a carcinoma szövetét elpusztító selent vagy tellurt olyan festőanyaggal, eosinnal kombinálta, mely nagy affinitásánál fogva azt mintegy magával vitte rendeltetési helyére. Talán Korányi Sándor benzol-therapiája is ilyen affinitáskülönbségre vezethető vissza. Most már tudjuk, hogy electiv tulajdonságok nemcsak vegyszereken, de fizikai ágenszen is mutatkoznak. Már régebben láttuk ezt a Röntgen-, később a radiumsugarakon is, melyek aránylag könnyebben támadják meg a kóros, mint az ép szöveteket. Most a halléi congressuson elhangzottak hatása alatt áll az egész orvosi közvélemény, melyek ugyan lényegileg újat nem hoztak, de a melyek kétségtelenül bebizonyították, hogy a radioaktív anyagok, a radium és mesothorium gammasugara, tehát azok, melyek talán azonosak a Röntgen-sugarakkal, kellő erélyes és elegendő ideig tartó behatás esetén a carcinomát valóban és gyökeresen is tudják bizonyos kedvező körülmények között elpusztítani. A gammasugarak ezen hatásának mechanizmusáról is sejthetünk valamit. Lehet ugyanis, hogy a lipidok bomlását idézik elő, a mikor vegyületek keletkeznek, a melyek oldólag hatnak a protoplasma egyéb alkotórészeire.

A neurinról, a lecithin egyik componenséről, illetve bomlástermékéről p. o. már a múlt század hetvenes éveiben tudtuk, hogy a fibrin fel tudja oldani (Mauthner).

Ugy látszik, mintha a carcinománál is ismétlődni akarna az, a mit máskor is láttunk, t. i. hogy a therapia — itt természetesen eltekintünk a sebészetitől — megelőzné az aetiológiai ismeretet, mert kóroktani tekintetben alig szólhatunk határozott eredményekről. Mint azelőtt, úgy most is szemben áll még meglehetősen egyenlő súlylyal az infectio-theoretikusok tábora a másikkal, döntő érvek nélkül. Az újabb aetiológiai kutatások közül nagy hatással volt — legalább reám — a kopenhágai pathologus, Fibiger mintaszerű munkája, melyben kimutatja, hogy bizonyos svábbogarak, illetőleg ezekben élősködő féreg etetésével patkányokon gyomorcarcinomát lehet előidézni, mely valószínűleg metastasisokat okoz, és nagyon figyelemreméltónak tartom Smith amerikai biológus összehasonlítását a növényeken található alképlettekkel, melyeket baktériumok okoznak, jóllehet már eddig is számtalan az a mikroorganizmus, melyet a carcinoma okozásával vádoltak.

Ha ezeket összevetem a korábbi tapasztalatokkal, nevezetesen, hogy vannak ugyan családok, melyekben a carcinoma gyakori, de a melyek egyes tagjain a betegség teljesen eltérő életkörülmények között és egymástól geographiailag távolos helyeken jelentkezik, úgy hogy nem éppen valószínű, hogy mindegyiken egy és ugyanazon fertőző csira okozná; hogy a carcinomát ugyan transzplantálni lehet, a mikor az alképletet a transzplantált szövet vagy szövetalkotórész körül keletkezik, de hogy eddig nem sikerült általános infectiót oly módon létesíteni, mint más fertőző betegségekben; hogy carcinomához hasonló képződményeket embryonalis szövetekkel, ill. sejtekkel történt infectio után is találunk; viszont: hogy ilyen embryonalis szövetalkotórészek befecskendezésére a carcinoma ellen irányuló antitestek megjelenését is észlelték, melyek hasonló hatásúak, mint az immunizálás céljából befecskendezett, esetleg autolyzált emulsiók; ha azt látjuk, hogy a carcinomák kedvező helyei általában a rosszabb táplált szövetek és a táplálkozásban már meggyengült hanyatló öreg szervezet; s végül: hogy a szervezet még mechanikai ingerekre, vagy olyanokra mint a Röntgen-sugarak, melyeknek pedig a mikrobákra egyenesen pusztító hatást tulajdoníthatunk, mégis carcinomaképződéssel reagálhat: *alig marad más feltevés, mint az, hogy a carcinoma fejlődését nem tulajdoníthatjuk egy bizonyos specifikus virusnak, hanem hogy annak keletkezését igen különböző mechanikai és chemiai ingerek idézhetik elő*, esetleg olyanok is, a melyek mikrobáktól vagy más élősdiektől is kiindulhatnak. A fődolog a *nem normalis, úgyszólván elhamarkodott sejt-saporodásra való hajlam*, mely rosszabb táplált testrészekben és általában az ember hanyatló korában legnagyobb, a mivel véleményem szerint egyik az, hogy a vénülő emberben mindinkább nő a hajlam normalis epidermalis képződmények nagyobb mértékben való productiójára is (szőrösödés, bőrvastagodások). Hogy ennek a hajlamnak egyik kimutatható legközelebbi oka valóban bizonyos zsírsavak hiánya-e a megtámadott emberek vérsavójában és szövetiben, a mint azt legújabbban Freund állítja s hogy ez nem inkább a rákbetegségnek egy symptomája-e, mint a milyen p. o. a serum antitryptikus hatása, vagy a sósav hiánya a gyomornedvben gyomorcarcinoma esetén: annak előntése későbbi vizsgálatok feladata.

Az általános érdeklődés középpontjában kellene állania és kezd is állani, a mint látom, néhány az *éhszerű táplálkozást érintő kérdés*. Azt mondhatjuk, hogy Voit alapvető munkái óta az elmúlt század dereka táján a táplálkozás tana alig haladta meg azon kereteket, melyeket az említett müncheni bűvár megállapított. A fehérje-, zsír- és szénhidrát-szükséglet különböző életkörülmények között; kihasználási kér-



dések; az energetikai felfogás érvényesülése óta pedig a szervek munkájához és növekedéséhez szükséges energiának s eféleknek tanulmányozása, dominálják az anyagcsere-irodalmat.

Az assimilatio és dissimilatio feltételeinek mélyebb titkai csak elvétve voltak tapogatózások tárgya, a mikor a physikalisch chemia újabb eredményeit igyekeztek több-kevesebb eredménnyel ezen titkok megfajtására alkalmazni. Sokáig el volt hanyagolva az ásványi anyagok szerepének tanulmányozása, pedig a tudománynak már ezelőtt is elég oka lehetett volna az ásványi tápanyagokkal többet foglalkozni, ha tekintetünk jobban irányult volna az élő természetre mint egészre, s nem egyedül csak az állati szervezetre. Mert ha *Liebig* óta tudtuk, hogy a növény bizonyos ásványi anyagok nélkül nem tud fejlődni és megélni és ha úgy nagyjában azt is tudtuk, hogy ilyesmire az embernek is szüksége van, mert hiszen a testnek sohasem hiányzó alkotórészeihez tartoznak, szinte meglepő, hogy százak és százak évtizedekre terjedő munkája miért nem hordott össze több felhasználható anyagot és életrevaló munkahypothesist.

Azt gondolom, nagy része volt ebben azon téves axiómának, hogy az állati szervezet nem synthetikus apparatus, mint a növény, hogy jóformán mindent már készen kap s nincs egyéb dolga, mint raktározni és bontani. Ez a nézet megdőlt. A pankreasemésztés tüzetesebb ismerete, mely megmutatta, hogy a fehérjék a legegyszerűbb építőkövekig bontva, ily módon szívatnak fel; a különböző fehérjék különbözősége az azokat alkotó gyököket illetően, úgy mennyiség, mint minőség tekintetében, mely értékesíthetőségüket az állati protoplasma felépítésére sem engedi egyenlőnek tekinteni: nevezetes fordulópontot alkotnak a táplálkozás tanában.

Az organismus synthesist végez, maga készíti az egyszerű gyökökből éppen azt a fehérjét, melyből saját anyaga áll, kiválogatva a tápszerekből az értékesíthető részeket, melyek nem minden fehérjében vannak meg elegendő mennyiségben. Ismétlődik tehát az, a mit előbb bizonyos mértékig már a zsírokon is tapasztaltunk.

Hogy ilyen synthesisekre az organismusnak éppen úgy, mint a vegyszereknek, reagensekre, vegyszerekre van szüksége, legyenek azok enzymák, vagy más természetű anyagok, talán éppen az ásványi testek sorából, az világos, és így a feladat is világos: keresni kell azon tápszereket, melyek ezen fontos célokat szolgálják, s a melyek nélkül a rendes táplálkozás lehetetlen, bármilyen mennyiségben nyújtuk is a fehérjét, a zsírt és a szénhidrátot.

Szépen megvilágítják ezeket a viszonyokat *Osborne*-nak és munkatársainak kísérletei; ezek szerint a tej ezen tápanyagai a növekedő organismus felépítésére alkalmatlaná válnak (megszűnik a növekedés!), ha a tejsavóban található egyéb anyagok, anorganikus sók stb. abból eltávolíthatnak. Ezeket az anyagokat mesterségesen készített keverékkel teljes eredménnyel pótolni lehet.

Míg azonban *Osborne* és *Lafayette Mendel* eredetileg úgy látszik főleg csak az anorganikus sók szerepére gondolt, addig mások újabban arra figyelmeztetnek, hogy a tejben egy eddigelé kevésbé ismert anyag, *vitamin* van, mely csekély mennyisége dacára roppant befolyást gyakorol a szervezetre, főleg a rendes tápanyagok kellő értékesítésére, s mely szintén a tejsavóban van, sőt a chemiailag nem egészen tiszta, kereskedelmi tejcukrot is kíséri. Ide kapcsolódnak azok a dolgok, melyeket a következőkben kívánok röviden felemlíteni.

Előreláthatólag nagy lökést fognak adni az egész disciplina kiépítésének, de ezzel együtt a pathológiának és a therapiának is azon nevezetes tanulmányok, melyeket első sorban *Eijkman* s utána többen végeztek a *beri-beri* kór-oktanáról és melyek minden kétséget kizárva bebizonyították, hogy a hántolt rizs az, melynek kizárólagos élvezete okozza ezt a betegséget. A rizsnek úgynevezett ezüst hártájában, mely a hántoláskor a korpába kerül, van az az anyag, mely a betegségnak kifejlődését megakadályozza és ez az anyag, az

*oryzanin* (vitamin), úgy látszik más magvak burkában s más anyagokban, p. o. az élesztőben és állati eredetű táplálékokban is előfordul, úgy hogy újabban jogosan kikel *Hindhede* az ellen, hogy a cereeliák lisztjét szándékosan megfosztják a fontos korpaalkatrészekről.

A táplálkozás tanát nagy mértékben előmozdító munkálatok sorába tartoznak *Axel Holst* és *Theodor Fröhlich* skandináv tudósok kísérletei a skorbut eredetéről, melyek a zöldségfélék és bizonyos friss gyümölcsök szerepét, a friss és konzervált zöldség közötti különbséget eddig teljesen ismeretlen világításba helyezték, s idetartoznak végre a pellagra aetiológiájával foglalkozó szintén új vizsgálatok (*Horbaczewski*, *Raubitschek*), melyek a mellett, hogy a kukoriczát, még pedig nemcsak a romlott, de a teljesen friss kukoriczát is mint a pellagrához hasonló betegség okozóját kimutatták, azon rendkívül érdekes tény is kiderítették, hogy itt a táplálék mellett a napfénynek is szerep jut, sőt hogy ez utóbbi nélkül a pellagra vagy az ehhez legalább is hasonló állati betegség ki sem fejlődhetik.

Beláthatatlan, hogy ezen legújabb kezdeményezések hová fognak vezetni; de hogy a táplálkozás terén egy új korszak küszöbén állunk, azt teljesen bizonyosnak tartom és bizonyosnak azt is, hogy ezen gondolatok, melyek aránylag még kis körben ismeretesek, a legnagyobb mértékben megérdemlik a praktikus orvos figyelmét.

Az általános érdekű nagy orvosi kérdések közül a *tuberculosis* kérdése természetesen még mindig actualis és a rendkívül nagy irodalomból csak azt akarom kiemelni, a mi a gümőkór therapiája terén oly nagy feltűnést okozott és a leghevesebb összeütközésre is adott alkalmat. Önök bizonyára már sejtik, hogy *F. F. Friedmann* módszeréről van szó, melynek részleteiről ugyan jóformán még semmit sem tudunk, melynek lényege azonban nem más, mint az, hogy úgy praeventiv célokra, már a gyermekkorban, mint gyógyítás céljából a gümőkórban szenvedő emberbe olyan élő gümöbaccilusokat fecskendezzünk be, melyek ugyan emberi eredetűek, de állati passage révén, a teknősbékában elvesztették virulentiájukat az emberre nézve. Tudjuk, hogy ilyen virulenciacsökkentés lehetséges, sőt hogy a legvirulensebb pathogen mikrobákat különböző módon teljesen avirulenssé is lehet tenni és mint oltóanyagot használni. *Friedmann* gondolatát tehát theoretice kifogásolni nem lehet, hiszen eddig is ismert tényeknek alkalmazása a tuberculosisra.

Sőt még a tuberculosisra való alkalmazása sem mondható újnak, a mennyiben *Moeller* már 1904-ben terjedelmes kísérleteket közölt hidegvérűek élő gümöbaccilusainak és egyéb saprophytás saválló bacillusoknak alkalmazásáról gyógy-célokra. Ő különös súlyt fektetett a sikló (Blindschleiche) bacillusaira, melyekről azt konstatálja, hogy 35—37° C-on már nem szaporodnak, hanem lassanként elhalnak, úgy hogy valószínű, hogy az emberi testben létfeltételeiket nem találják meg. Az eljárásnak hatása már a priori sem valószínűtlen, mindazok után, a mit az activ immunizálásról eddig tudunk. A kérdés csak az, hogy azon különleges helyzetnél fogva, melyet a tuberculosis mint chronikus betegség elfoglal és azon tapasztalatok után, melyeket eddig a különböző, igaz, hogy csak *human* és *bovin* typusokból származó tuberculinfélékkel, de *nem élő bacillusokkal* szereztünk, várható-e kedvező eredmény, és ha igen, állandó lenne-e ez, vagy nem kell-e tartani attól, hogy a kezdetben ugyan avirulens bacillus azon kedvező körülmények között, melyeket neki az emberi szervezet, ellentétben a teknősbékához nyújt, nem nyeri-e vissza ismét virulentiáját, a mi praeventiv célokból, tehát egészséges emberen végzett oltásokkor, különösen veszélyessé válhatna. Ezekre a kérdésekre ugyan csak számtalan kísérlet, hosszas tapasztalat és észlelés után lehetne biztosan válaszolni, de mégis minden, a mit eddig a szer hatásáról tudunk, arra látszik mutatni, hogy túlságos aggodalmaskodásra nem lesz okunk. *Friedmann*-féle eljárásnak vannak meggyőződéses, lelkes szószólói, p. o. *Schleich* Berlinben, ki rendkívüli melegséggel kardoskodik mellette, saját tapasztalataira is hivatkozva; a másik, talán a túlnyomó többség, vá-

rákkozó állást foglal el, de némi rosszalással, mert *Friedmann* mindeddig nem publikálta eljárásának részleteit. Az egész, igen terjedelmesre nőtt *Friedmann*-irodalom, kezdve *Friedmann*-nak első, nagy lelkesedéssel fogadott előadásától a mult télen a berlini orvosegyesületben, a sűrűn, még a napilapokban is folyton megjelent és megjelenő, többnyire támadó cikkekig, mégis azt a benyomást kelti, hogy nagyon komoly új dologgal állunk szemben, melyet jó lesz teljes objectivitással és figyelemmel kísérni, nem hallgatva azok szavára, kik az egészben nem akarnak egyebet látni, mint a legjobb esetben a nagyközönség félrevezetésére alkalmas tévedést.

Különben úgy látszik, mintha a legújabb események, különösen a berlini Charité-ben történt bemutatások és felszólalások hatása alatt méltányosabb, igazságosabb felfogás kezdene az orvosi közvéleményben elterjedni. Mindenesetre alkalmunk lesz nemsokára saját tapasztalataink alapján állást foglalni. Hiszen számos beoltást végzett minálunk maga *Friedmann*, a mi annál fontosabb, minthogy így megvan a legjobb garancia arra nézve, hogy az indicatio körül semmi sem lett elmulasztva, a mi az eredményre befolyással lehetne.

Rendkívül nagy haladást konstatálhatunk a kórtokozó élőlények felismerésében, a mennyiben több olyan kórtokozót, melyeket eddig az úgynevezett *invisibilis virusokhoz* soroltunk, s a melyeknek a láthatatlanságon kívül még az a jellemző tulajdonságuk, hogy filtrálhatók, láthatóvá tettek, s mint véghetetlen picziny, talán a protozoonokhoz tartozó testecskéket ismertek fel. Ilyenek a *poliomyelitis*, a *lyssa* és a *variola* kórokozói. Ezen felfedezések *Flexner*, *Noguchi* és *Fornet* neveihez fűződnek. Úgy látszik ezek szerint, hogy az *invisibilis virus* fogalma most már éppen olyan obsolettá vált, mint a milyen a permanens gázoké, a mióta sikerült ezeket a kritikus hőmérsékek figyelembevételével folyadékká sűríteni. Mint gyakorlatilag legfontosabbat *Fornet* jeles munkáját kívánám még külön kiemelni, azért, mert ez egyszersmind a himlővaccina egy új kitűnő előállítási módját is tartalmazza.

Tudjuk ugyanis, hogy eddig a himlőoltó-anyagot kísérelő idegen mikrobák előlésére és az oltóanyag jobb eltarthatóságára céljából glycerint kevertek hozzá. *Fornet* vizsgálatai szerint elegendő a vaccinát aetherrel összerázni és az aetheryumokat vacuumban elűzni, hogy egy, talán határtalanul tartós, de mindenesetre idegen mikrobáktól mentes oltóanyagot tudjunk előállítani. Hogy ennek különösen az oltóanyagoknak tengeren túlra való szállításakor, p. o. a trópikusokban való alkalmazás céljából, mily roppant nagy jelentősége van, az kitűnik azon számos panaszból, mely az orvosok részéről felmerült, s mely éppen *Fornet* munkálatainak kiinduló pontja volt.

Meg kell végre még emlékeznünk arról is, hogy azzal, hogy a legújabb időben sikerült *Noguchi*-nak paralytikusok agyvelejében a spirochaeta pallidát kimutatni, valószínűleg megszűnt a betegségeknek az a kategóriája, melyeket a *parasphyllises betegségek* neve alatt foglaltunk össze. Valóban, a mint a legújabb irodalomból konstatálhatjuk is, ez a felfedezés felbátorította az orvosokat, hogy ezen betegségeket, pl. a tabest is, sokkal erélyesebb antilueses kezeléssel legyőzni igyekezzenek.

Ezen rövid áttekintés nagyon is hiányos volna, ha nem emlékeznénk meg azon dolgokról, melyeket a legújabb serologiai kutatások hoztak s melyek egyaránt érdekesek úgy általános biológiai, mint különleges orvosi szempontból.

Azt tudtuk, hogy az élő szervezet testidegen, rendszerint a fehérjefélek sorozatába tartozó anyagok bevitelére, leginkább direct a véráramba, de egyes esetekben az emésztőcsatornán keresztül is, antianyagok termelésével reagál, melyek ezen testidegen alkotórészek hatását ellensúlyozzák vagy megsemmisítik. Toxinok antitoxinokat, fermentumok antifermentumokat, bakteriumok agglutinineket és bakteriolyisineket, oldott fehérjék praecipitineket termelnek stb.

Azt is tudtuk már huzamosabb idő óta, hogy testidegen anyagok, cukorfélék (*Weinland*), fehérjék (*Weichardt* és

munkatársai), idegen sejtek (*Metschnikoff* cytolyisinjei), ha változatlanul kerülnek a véráramba — tehát nem az emésztőcsatornán keresztül —, a véráramban az emésztéshez hasonló bomlást szenvednek, a melyet éppen azért parenteralis emésztésnek is neveznek. Hiszen tudjuk, hogy ezt a parenteralis emésztést összefüggésbe is hozták az anaphylaxiával, felvéve azt, hogy ezen rendellenes emésztéskor olyan bomlás-termékek is keletkeznek, melyek bizonyos körülmények között — az antigen reinjectiójával — szabaddá lesznek és súlyos mérgezéseket idézhetnek elő. Végre azt is tudtuk, hogy ezen hatások specifikusok.

De azt, hogy itt csakugyan a fehérjék emésztéséhez hasonló folyamat szerepel, azt positive *Abderhalden* mutatta ki először a polarisatiós methodussal, később a dialyissal combinált biuret- és nynhydrinreactióval (az emésztési termékek átmennek a dialyzáló pergamenthártán s így elkülöníthetők a fehérjéktől). A dialyzált folyadékban sikerül a biuretreactio, a nynhydrin (triketohydrindenhydrat) pedig, melyet *Ruhe-mann* állított elő, hig vizes oldatban forraláskor ibolyaszínű reactiót ad.

*Abderhalden* azonban tovább is ment, kimutatva, hogy ezen védőfermentumok (*Abwehrfermente*) specifikusok s nem csak akkor produkáltak a szervezet által, ha testidegen fehérjék kerülnek a circulatióba, hanem akkor is, ha az organismus szerveiből kerül valami a vérkeringésbe. Hogy ez milyen határok között tekinthető érvényesnek, azt egyelőre nem tudjuk. Próbálgatják a legkülönbözőbb szervek betegségekben, még elmebetegségekben is. Bizonyos azonban minden eddigi tapasztalat után az, hogy a placenta bizonyos alkotórészeire a terhes asszony szervezete így reagál s hogy ennél fogva a terhesség diagnosisát oly módon állapíthatjuk meg, hogy az asszony vérsavóját placentaszövetre engedjük hatni. Terhesség esetén a dialyzált folyadékban fehérje-emésztési termékek mutathatók ki.

A mi azonban különösen a terhesség diagnosisát illeti, meg kell jegyeznünk, hogy miután *Schmorl* kimutatta, hogy a terhesek vérében testidegen anyagok előfordulnak, *Weichardt* egy specifikus serumot készített, mely a chorion külső epithelsejtjeit, a syncytiumot mérges termékek képződése mellett fel tudja oldani (syncytio-toxin), *Gózonny* pedig az eklampsia keletkezését ezzel hozta összefüggésbe: közel állott az a kérdés, vajjon a placenta bizonyos alkotórészeinek a terhesek vérkeringésbe jutását, nem lehetne-e a terhesség diagnosisára felhasználni? Tudjuk, hogy ez *Rosenthal* kárta-sunknak valóban már régebben *Abderhalden*-étől eltérő módon, t. i. *Fuld* módszerével sikerült, a mennyiben kimutatta, hogy a terhesek vérsavójában a trypsinemésztést gátló anyagok megszáporodnak.

Mindezekben egy nagy perspektiva nyílik meg előttünk a diagnosisok egyszerűsítésére és biztosítására.

Fejezzük be ezzel rövid szemlénket azon reményben, hogy a jövő évek aratása nem lesz csekélyebb és fejezzük be hálával szívünkben azok iránt, kiknek fáradozatlan munkája annyira gazdagította ismereteinket.

Ezzel a közgyűlést megnyitom.

\*

A titkár, a könyvtárnok és pénztárnok jelentésének, valamint a Szenger- és az Ivanchich-alapról szóló jelentéseknek felolvasása után megválasztottak 54 rendes tagot és 5 külföldi levelezőttagot, ú. m. Sir W. Watson Cheyne (London), Sir George Anderson Bat. Critchett (London), George H. Falkiner Nutall (Cambridge), Sir Alfred Pearce Gould (London) és Réthi Lipót (Wien).

(I. rendes tudományos ülés 1914 január 10.-én.)

Elnök: Grósz Emil.

Jegyző: Bence Gyula.

**Thymectomia suffocatiós tüneteket okozó thymushyperplasia esetében.**

**Fischer Aladár:** Röviden ismerteti a tracheostenosis thymicára és a thymushalálra vonatkozó nézeteket és az anatómiai viszonyokat, a melyek csecsemőkön és kisebb gyer-

mekeken a tracheostenosis thymica kifejlődését előmozdíják. A tracheostenosis thymica tünettanának rövid érintése után rátér saját esetére, a mely két éves gyermekre vonatkozik, a kin már régebben súlyos eczema és seborrhea capitis mellett megnagyobbodott nyaki nyirokmirigyek voltak jelen. Az utóbbi időben a gyermek görcsösen köhög és nehezen lélegzik. Egy fulladás-roham után 1913 május 22.-én a Bródy Adél-kórházba hozták, a hol először a belgyógyászati osztályra vették fel. Felvételének estéjén újra súlyos fulladás-roham jelentkezett, úgy hogy az inspectiós orvos vitalis indicatióból tracheotomiát végez és hosszú canule-t vezet be. Erre a légzés valahogy javul, azonban teljesen szabaddá nem válik. A műtét után megejtett pontos vizsgálat semmi eltérést sem mutat; mindazonáltal az anamnesis és a status thymicolymphaticus alapján a thymushyperplasia gyanuja már felmerül. A gyermeket megfigyelik, közben a légzéssel folyton vannak kisebb-nagyobb nehézségek. Mintegy három hónap múlva a légzés javulni látszik, úgy hogy a canule eltávolítható. A gyermek canule nélkül egyideig szüleinél volt. Légzése sohasem volt egészen szabad és 1913 október 2.-án éjjel heves fulladás-roham miatt ismét a kórházba hozzák. Ekkor az inspectiós orvos ismét tracheotomiát kísérel meg, azonban a légszövet megnyitni nem tudja.

A bemutató a következő reggelen látja a beteget. Kifejlesztett stridor tiszta hang mellett, nagyfokú cyanosis, a mi az eczémával borított arcznak különös külsőt ad. Feltűnik a már másoktól leírt tünet, hogy kilégzéskor a sternum fölött elődomborodás jelenik meg. Tekintettel az előzményekre és a leírt tünetekre, a bemutató a thymushyperplasia diagnózisát állította fel, a mely tracheostenosist okoz.

A műtétet *Rehn-Klose* szerint mint partialis intracapsularis thymectomiát végezte thymopexiával, azonkívül, minthogy a trachea kardhüvelyszerűleg összenyomott, összeesett volt és porczos gyűrűi megpuhultnak látszottak, a tracheát megnyitva, canule-t vezetett be. A thymektomia után a légzés rögtön felszabadult, a stridor és cyanosis megszűnt.

A további lefolyásból kiemelendő a status lymphaticus javulása. Az eczema, a mely azelőtt minden kezeléssel daczolt, a műtét után két kéten belül minden beavatkozás nélkül spontan gyógyult. A gyermek jelenleg egészséges egyén benyomását kelti és úgy testileg, mint szellemileg egész rendszeren fejlődik.

A tracheostenosis thymica miatt végzett thymectomiák száma nem nagy. *Klose* jeles monographiájában összesen 29 esetről emlékszik meg. Valamivel nagyobb számú (50) esetet gyűjtött össze *Charles A. Parker*.

Ugy *Klose*, mint *Parker* a thymectomiának említett módszerét ajánlja mint rendes eljárást. Az extracapsularisan végzett thymektomia a nagy vérzések, ideg- és pleurasértések veszélye miatt kerülendő. Totalis thymectomiát pedig épp úgy nem szabad végezni, mint totalis pajzsmirigykiirtást, minthogy a thymus, mint azt *Bass*, *Matti*, *Klose* és *Vogt* vizsgálataiból tudjuk, a korai gyermekkorban nélkülözhetetlen szerv.

**Bóky János:** A thymus hyperplasiájának kérdése sokat foglalkoztatta az irodalmat. Meg van győződve, hogy a betegágnál többet beszélnek a thymus hyperplasiájáról, mint a hogy valóban van. A bemutatott esetben volt thymushyperplasia, ezt a thymektomia igazolta. Az előadó nem említette *Veau* párisi jeles sebész két év előtt megjelent dolgozatát, mely ezen kérdést sok tekintetben tisztázta.

A diagnózisra nézve megjegyzi, hogy az előadó jellegzetesnek mondotta az inspirációs stridor és a paroxysmalis asphyxiát. Ugyanezen tünetek megvannak azonban stridor inspiratorius congenitus esetén is, és ezért a thymus-hyperplasia okozta szűkület kiderítésére a *Killian*-féle laryngoskopia directa-t kell végezni differential-diagnosztikai czélból.

A stridor inspiratorius congenitus oka az epiglottis embryonalis volta, t. i. összehajlik a helyett, hogy szétterülne, úgy, hogy az ary-epiglottis redők egymáshoz feltűnően közelednek.

*Hochsinger*-rel volt vitájában kifejtette, hogy az állítólagos thymus-hyperplasia okozta tracheaszűkületek jó része stridor inspiratorius congenitus.

**Fischer Aladár:** *Veau* dolgozatait ismeri, de nem akart kiterjeszkedni az egész irodalomra. A diagnózisra nézve megjegyzi, hogy az expirium alatt a manubrium sterni fölött tumor mutatkozott.

(Folytatása következik.)

### Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

**Az arsalyt** nevű új arsenkészítményről tett előzetes jelentést *Hahn* az „Aerztlicher Verein in Hamburg“ február 3.-án tartott ülésén. Használatra kész steril ampullákban kerül forgalomba mint a salvarsan pótszere, a melylyel szemben előnye, hogy kevésbé mérgező, localis reactiót nem okoz és olcsóbb. Eddig mintegy 1000 befecskendezést végeztek az új szerrel s az eredmények még felül is multák a salvarsannal elértek.

### PÁLYÁZATOK.

1465 fh./1914.

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

1. A székesfőváros VIII. kerületében — a Dobozy-, Magdolna-, Madách- és Szerdahelyi-utcák által határolt területen — évi 2800 kor. díjazással.

2. Nagykovácsi községben évi 600 kor. díjazással.

3. Maglód és Ecsér községekben (Maglód székhelyvel) évi 1200 korona díjazással, mely összegben a felmerülő fuvarköltés is benfoglalatik.

Az oklevélmásolatokkal s az eddigi orvosi szolgálatot igazoló bizonyítványmásokkal felszerelt pályázati kérvények **1914 márczius hó 16.-áig** adandók be a pénztár főorvosi hivatalához (VIII., Köztemető-út 19/b.) címezve, a hol az állásokra vonatkozóan hétköznapokon délelőtt 12–1 óra között részletes felvilágosítás nyerhető.

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

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

B u d a p e s t, 1914 február 20.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár.

**A Magyar Általános Köszönbánya Részvénytársulat tatabányai szénbánya- és iparműveinél egy újonnan rendszeresített hatodik társopéntári orvosi állás betöltendő.**

A pályázótól megkívántatik, hogy az összes gyógytudományok tudora legyen, Magyarországon graduáltatott, vagy oklevele Magyarországon nostrifikáltatott; ép egészséges testi szervezet és a 40. évet túl nem haladott életkor.

**Az állás javadalmazása:** évi 4000.—, azaz négyezer korona kezdő fizetés, érdem szerint 8000.—, azaz nyolcezer koronáig terjedhető fokozatos előléptetéssel, természetbeni szabad lakás, fűtés és világítással, kocsihasználat. A társulatnak teljesítendő egészségügyi szolgálatért évi 1000.—, az egyezer korona díjazásban részesül. Magánpraxis megengedve.

A megválasztandó orvos köteles magát a társopéntári alapszabályok rendelkezéseinek alávetni.

A okmánymásokkal felszerelt kérvények **1914. évi márczius hó 5.-éig** „Társopéntári Elnökség, Tatabánya“ Komárommegye címre küldendők.

Az állás legkésőbb folyó évi márczius 15.-én elfoglandó. Képesített műtörvosok vagy járványkórházi gyakorlattal bíró pályázók előnyben részesülnek.

T a t a b á n y a, 1914 február 14.

Magyar Általános Köszönbánya Részvénytársulat tatabányai társopéntári.

610/1914. sz.

Nógrád vármegye kékői járásába bekebelezett nógrádszennai **körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

A körhöz tartozik: Nógrádszenna, Száraznyirjes, Nagylám, Borosznok, Felsősztrégova, Perényes, Parócza, Felsőtisztás, Dívényhuta, Alsőtisztás, Veres, Alsósztrégova, Tótkisfalu, Hartyán, Tótkelecsény, Nagylibercse, Kislibercse, Érujfalu községek.

Körorvos évi javadalmazása az 1908: XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 korona törzsfizetés, 4-szer ötévenként emelkedő 200 korona korpótlék, 1200 korona helyi pótlék, szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak, halottkémelésért megállapított eljárás, addig míg a kör székhelyén, Nógrádszennán a körorvosi lakás fel nem épül, 800 korona lakáspénz, a körorvosi lakásnak ez évben eszközendő felépítése után Nógrádszennán természetbeni lakás és 1200 kor. fuvarátalány és esetleg kézigyógytár tartása.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi márczius hó 15.-éig annál is inkább adják be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást Nógrádszenna községében f. évi márczius hó 31.-én d. e. 11 órakor fogom megtartani.

K é k k ő, 1914 február 8. Szerémy Ödön, járási főszolgabíró.

390/1914. szám.

Csongrádvármegye tiszántúli járásához tartozó Nagymágocs községben elhalálozás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, a kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okiratokkal felszerelt pályázati kérvényüket **folyó évi márczius hó 20.-áig** bezárólag hozzám nyújtásák be.

Ezzel az állással évi 1600 korona fizetés és a 132.100/1908. sz. B. R. 15. §-a rendelkezéseinek mindenben megfelelő lakás és kert használata van egybekötve. Ezen felül a községi orvos egyúttal a község területén lévő, gróf Berchtold Lipótné és gróf Károlyi Imre tulajdonát képező uradalmak orvosa is szokott lenni, a mely teendőkért évi 1400-1400 korona, összesen 2800 korona fizetés jár. És végül, mint-hogy magánorvos közelben nincs, egyéb magángyakorlat folytán is a községi orvos tisztességes megélhetése teljesen biztosítottnak ígérkezik.

A községnek, melynek lakossága 3936 főnyi, területe pedig 21597 kat. hold, vasúti állomása, postája és távirója is van.

A választás megtartása iránt a pályázati kérvények beérkezése után fogok intézkedni.

M i n d s z e n t, 1914 február 20.

Dósa dr., h. főszolgabíró.

366/1914. szám.

Csongrádvármegye tiszántúli járásához tartozó Szegvár községben rendszeresített **II. községi orvosi állás**, az eddigi községi orvosnak a tiszáninneni járásba járásorvossá történt kinevezése folytán megüresed-ven, ezen II. községi orvosi állásra pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, a kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában körülírt képesítésüket és az eddigi működésüket igazoló okiratokkal felszerelt pályázati kérvényüket **folyó évi márczius hó 31.-éig bezárólag** hozzám nyújtásák be.

Ezen állással évi 1400 korona fizetés, 600 korona lakáspénz és a községtől 400 korona személyi pótlék jár.

A községben, melynek lakossága 7369 főnyi, területe pedig 14760 kat. hold, magánorvos nincs.

A választás megtartása iránt a pályázati kérvények beérkezése után fogok intézkedni.

M i n d s z e n t, 1914 február 20.

Dósa dr., h. főszolgabíró.

94/1914. kig. szám.

A Pozsonyvármegye nagyszombati közpórháznál üresedésbe jött **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás 1600 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás és élelmezés.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy minősítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **Bartal Aurél**, Pozsonyvármegye főispánjához címezve, **1914. évi márczius hó 15.-éig** hozzám nyújtásák be.

Az állás kinevezés után azonnal elfoglalandó.

N a g y s z o m b a t, 1914. évi február hó 21.

Nagy Pál dr., vármegyei közpórházi igazgató-főorvos.

Az északmagyarországi egyesített köszénbánya és iparvállalat r.-t. mizserfai bányagondnokságánál megüresedett a **bányaorvosi állás**, melynek betöltésére pályázatot hirdetek.

Az orvos javadalmazása 3600 korona évi fizetés, 10% drágasági pótlék, szabad lakás, fűtés, világítás és újévkor kettős havi fizetés.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy kérvényeiket **folyó évi márczius hó végéig** küldjék be, az állás pedig április hó 15.-én lesz elfoglalandó.

Északmagyarországi egyesített köszénbánya és iparvállalat r.-t. társálati elnöksége, Baglyasalja, u. p. Salgótarján.

## ASTHMA-gyógyintézet és INHALATORIUM

BUDAPEST,  
Andrássy-út 87.sz.

(körönd).

Vezető orvos:

Dr. GLÜCK TIBOR

Legmodernebb berendezés. Pneumatikus kamra, tüdő-gymnastika, oxigén stb. Asthma, tüdőtagulás, hörghurut (bronchitis), légső-, gége- és orrhurutok ellen.

## SEMMELWEIS-BATIST

a legjobb mézgázott seb-batiszt.

Kapható az összes szakbavágó üzletekben.

## Tinctura Ferri Athenstaedt

0,2% Fe = 0,4%

egy kb. 30 évi gyakorlatban kipróbált vaskészítmény. Therapeutikus használhatóságát illetőleg az orvosi irodalomban megállapított előnyei a következők:

*jól felszívódik, az intestinaltraktusra izgató hatást nem fejt ki. A chlorotikus állapotoknál oly félve várt székrekedést nem idézi elő, hatása kiválóan tonizáló és stomachikus, ize kellemes, a fogaknak nem árt.*

Minták és irodalom az orvos uraknak díjmentesen állnak rendelkezésre.

Azonkívül ajánljuk:

**Tinctura Ferri Athenstaedt arsenicosa**

0,2% Fe + 0,004% AS<sub>2</sub>O<sub>3</sub>

**Athensa** (Tinctura Ferri Athenstaedt alkoholmentes)

0,2% Fe

**Arsen-Athensa** 0,2% Fe + 0,004% AS<sub>2</sub>O<sub>3</sub>

**Athenstaedt & Redeker, Hemelingen b. Bremen.**

Magyarországi főraktár:

Dr. Rosenberg Sándor, Csillag-gyógyszertára, Budapest, VIII., Rákóczi-út 39.



### ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL.

Vesebajoknál, húgyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál a **Bór és Lithion tartalmu gyógyforrás**

# SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikerrel használtatik.

Húgyhajtó hatásu.

Kellemes izü.

Könnnyen emészthető.

Teljesen tiszta.

Állandó összetételü.

Vasmentes.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

Különösen oly egyéneknek ajánlatos, kik ülő életmódjuk folytán aranyeres bántalmakban, hasi vérbőségben, máj- és veseizgalomban vagy húgysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek. Orvosi szakvélemények, gyógyszeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

SCHULTES ÁGOST Szinyelipóczi Salvator-forrás Vállalat, Budapest, V. Rudolf-rakpart 8.

# 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.

- Mansfeld Ottó:** A méh- és hüvelyrák sugaras kezelése. 191. lap.  
**Réthy Aurél:** Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem orr- és gégegyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Ónodi A. dr., egyetemi tanár.) A bronchialis idegen testekről. 195. lap.  
**John M. Károly:** Közlemény az Országos anya- és csecsemővédő-egyesület II. sz. otthonából. (Igazgató-főorvos: Temesváry Rezső dr., egyetemi magántanár. A csecsemőosztályt vezeti: Heim Pál dr., egyet. magántanár és John M. Károly dr.) A csecsemőtáplálás fontosabb kérdéseiről. 197. lap.  
**Sarbó Artur:** Megjegyzés Waldmann Iván dr. megjegyzéseire. 200. lap.  
**Kőrösy Kornél:** Párisi benyomások. 200. lap.
- Irodalom-szemle. Könyvismertetés. A. Biedl:** Innere Sekretion. — Kraus und Brugsch: Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. — Lapszemle. Belorvosstan.

- Truneczek:** A mellkasi aorta sclerosisának felismerése. — **Loeper:** Túlérzékeny gyomor-fekély. — **Ideg- és elmekórtan. M. Rottmann:** A kisagyvelő betegségeinek tünetei és localisatiója. — **G. R. Lafora:** A normalis és kóros öregség és az öregség pathológiája. — **H. Haymann:** Elmebajosok menstruációs zavarai. — **Schuppins:** Az öröklési viszonyok szerepe a pszichiatriában. — **Börkórtan. O. Sachs:** Urotropinnak (hexamethylen-tetramin) alkalmazása a dermatológiában. — **Venerés betegségek. W. Kerl:** Concentrált neosalvarsan-injectiók. — **Húgyszervi betegségek. Cathelin:** Vese-auscultatio. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Berger:** Furunculosis. — **Jüngerich:** Aranyeres csomók. — **Klase:** Ozaena. 201–203. lap.
- Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság.** 203. lap.
- Vegyes hírek.** 203. lap.
- Tudományos társulatok.** 204–208. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### A méh- és hüvelyrák sugaras kezelése.\*

Irta: **Mansfeld Ottó** dr., közkórházi főorvos.

Az után a számos előadás és közlemény után, mely az utóbbi időkben elhangzott és megjelent, érzem a nehézségét annak, hogy erről a tárgyról úgy beszéljek, hogy ne ismétellek meg gyakran olvasott, már általánosan ismert dolgokat és a mellett mégis kifejezzem azt, a mit a méh- és hüvelyrák sugaras kezelésétől ma várhatunk. A radium felfedezésének története, az, hogy a radiumnak  $\alpha$ -,  $\beta$ - és  $\gamma$ -sugarai vannak, hogy ezek közül a gyógykezelésben csak a  $\beta$ - és  $\gamma$ -sugarak értékesíthetők, már oly általánosan ismert dolgok, hogy a napisajtó közleményeiből is meg lehetett tanulni. Ezzel tehát Önökét fárasztani nem fogom. Legfontosabb eredménynek a radium alkalmazása óta azt tartom, hogy a rákproblema ismét foglalkoztat bennünket. Azelőtt, ha egy technikailag operálható rákesetünk volt, megoperáltuk azt; de ha inoperabilis volt — valljuk meg — szabadulni iparkodtunk tőle, mert tehetetlenségünk érzése kellemetlen érzés volt, mely mindig újra bántott, valahányszor azzal a beteggel találkoztunk. Azelőtt, mikor a messzi vidékről jövő betegre ki kellett mondanom a „carcinoma inoperabile“ diagnosisát, a beteg halálos ítéletét: a beteg haza ment meghalni. Ma ezeket a betegeteket itt tartjuk, észleljük, tanulmányozzuk és azt hiszem, sok olyat fogunk rajtuk látni, a mi a rák megismerésére nézve fontos.

Az első dolog, ha a rákot eredményesen akarjuk kezelni, hogy valami fogalmat alkossunk magunknak arról, hogy hogyan is jön létre a rák s hogy tulajdonképpen mi játszódik le abban a szervezetben attól a percztől, a mikor mondjuk a portión egy mikroszkoposan megállapítható, atypusos hámburjánzás keletkezik, addig, a míg a beteg ennek folytán elpusztul. Megvallom, hogy ez a problema engem addig, a

míg csak operabilis rákokat volt alkalmam kezelni, nem is igen foglalkoztatott. Ma azonban, mikor nemcsak mint helyi, hanem mint általános megbetegedés is foglalkozásom tárgya a rákos betegség, ez a problema nyugtalanít és keresem az irodalom ez irányú adatait. *Munka-hypothesisre van szükségünk*, hogy eredményesen dolgozhassunk, még hogyha a hypothesis nem is bizonyul igaznak. A kórbonczolástanhoz e kérdésben hiába fordulunk tanácsért. Ez a mindenek fölött exact tudomány nem foglalkozik hypothesisekkel.

Irodalmi tanulmányaimban az immenstadi *Müller Christoph* dolgozatában találtam meg legkifejezettebben azt a törekvést, hogy a sugaras kezelés alapja gyanánt fogalmat alkosson magának arról, hogy tulajdonképpen mi történik a szervezetben akkor, mikor egy rákos daganat nőni kezd, majd a szervezetet kezdi elpusztítani. Engedjék meg, hogy ezen gondolatmenetet ismertessem:

Egy rossztermészetű daganat növekedésére jellemző:

1. hogy egy bizonyos sejtsoport növekedési energiája állandóan fokozott,

2. hogy ugyanezen sejtsoport burjánzása jellegében is megváltozott. A sejtleletnek ezen zavarait csakis anyagforgalmi zavaroknak tekinthetjük. Az anyagforgalom anyag felvételéből és működési termékek leadásából áll. A tápláló anyagok transsudatum módján az erek falán keresztül jutnak a szövetek nedveibe és innen, miután a sejthártyán keresztül szűrődtek, a sejt belsejébe. A sejtananyagforgalom bomlástermékei, valamint a működésből származó termékek a gyűjtőerek és nyirokutak útján lesznek ismét eltávolítva. Minden helyes sejtműködés tehát attól függ, hogy a sejt az életéhez szükséges helyes mennyiségű és minőségű tápanyagokat kapja-e. Végeredményben tehát egy ép szövetben helytelenül működő sejtsoport anyagforgalmi zavarának oka csakis a hibás vérellátásban találhatja magyarázatát.

El kell tételezni, hogy a vérben minden egyes sejtféleség számára vannak növekedését biztosító anyagok, melyek lehetővé teszik, hogy pl. egy májsejt mindig újra májsejtet produkáljon, egy hámsejt hámsejtet stb.

\* Előadás a Közkórházi Orvostársulat rákelőadásai során 1914 január 21.-én.

E mellett szükséges, hogy a szervezetben védőanyagok is létezzenek, melyek meggátolják azt, hogy egy bizonyos szövettípus egy másiknak a területébe betörjön.

A carcinoma a hám és kötőszövet határán a hám győzelmével végződő háborúnak tekintendő. Ezen háborúság keletkezését képzelhetjük úgy, hogy vagy:

1. egy sejtcsoport növekedési képessége helytelen tápláltság és ebből származó működés-zavar folytán mennyiségileg fokozott és minőségileg oly módon van megváltozva, hogy a szomszédos szövetbe be tud törni (fokozott agresszivitás);

vagy 2. egy sejtcsoport (kötőszövet) védőanyagai vannak megkevesbedve és így nem tudnak a másik sejtcsoport benövésének ellentállani (csökkent védelmi képesség).

Mélyebb okait illetőleg pedig vagy az történhetik, hogy:

1. a növekedési és védekezési anyagok eloszlása azért hibás, mert egy rosszul táplált sejtcsoportban ezek eloszlása hibás (*localis dispositio*);

2. az egész vérkeringésben hibás a védő és növekedési anyagok eloszlása (*humoralis dispositio*).

Klinikailag e kétféle dispositióból a következő lehetőségek fejlődhetnek:

1. Helyi dispositio folytán egy helyen rossztermészetű burjánzás kezdődik. A vérkeringésből kompenzáló anyagok áramlanak oda, a mi feltartja a rossztermészetű növekedést és a már beteg sejteket elpusztítja; ez történik a ritka, de kétségtelenül előforduló spontán gyógyulás eseteiben.

2. Helyi dispositio folytán rossztermészetű folyamat keletkezik. A belőle hibásan termelődő anyagok azonban nem tudják az általános vérkeringés összetételét befolyásolni és így a daganatévekig is lokalizált maradhat. Ily esetek végleg gyógyíthatók műtéti vagy más helyi gyógymódokkal.

3. A helyileg keletkező daganat hibás termékei megváltoztatják a keringő vér helyes összetételét is; következmény: metastasisok, cachexia.

4. Humoralis dispositio folytán támad a rák: gyors növekedés, metastasisok, recidivák.

A 3. és 4. pont alatti esetekben a helyi kezelés mellett általános kezelés szükséges.

Hangsúlyozom újból, hogy nem tartom fontosnak azt, hogy az itt kifejtett hypothesis igaz-e vagy sem, de kifejezi azt az érzésünket, hogy carcinoma és carcinoma közt oly különbségek vannak, melyek semmiféle tudományos módszerrel eddig meg nem különböztethetők (így gondoljunk csak a fiatal nők rákjainak rossztermészetűségére) és hogy talán van abban valami igazság, hogy az egyik rák a *priori helyi megbetegedés*, a másik pedig csak *helyi tünete egy szervezeti megbetegedésnek*.

Ezen érzésünknek a különböző szerzők iparkodtak is kifejezést adni. Így *Hochenegg* fontosnak tartja, hogy a rák miatt operált betegeket — a recidivák elkerülésére — más életviszonyok közé helyezzük. *Schweninger* egy újabb közleményében egyáltalán kétségbe vonja, hogy a rák helyi megbetegedés. *Bársony* tanár úgy fejezi ki magát, hogy a rák gyógyításához „valami” ismerete hiányzik még. *Tóth* tanár ismételtén úgy nyilatkozott a rák műtéti kezeléséről, hogy „nem ez a rák gyógymódja”, csak még nem ismerjük a gyógyszer. *Theilhaber* a méhrák *localis* okát a cervix berepedéseiben és az így keletkező rosszul táplált helyekben, az általános humoralis dispositiót pedig az egész szervezet rossz táplálkozásában keresi.

A méhrák aetiológiájánál fontosabb reánk nézve az, hogy emlékünke felidézzünk a rák tünettánából egyes jezeit és betekintést nyerjünk abba, hogy a rákos daganatokban spontán módon mi játszódik le.

Mindenekelőtt helyesen figyelmeztet arra *Christof Müller*, hogy egy daganat nem nő folyton egyforma tempóban, hanem lehet 1. stationær, 2. a mérsékelt növekedés, 3. a gyors növekedés stadiumában. Ha már most ezeket a különböző növekedési stadiumokban levő daganatokat sugarakkal kezdjük kezelni, akkor látszólag más más és eredményeket fogunk kapni.

Ha a tumor stationær volt és sugárzásra kisebbedik

vagy eltűnik, azt mondjuk, reagál; ha előbb mérsékeltén nőtt, akkor a sugárzás után azt fogjuk hinni, hogy nem reagál, mert nem kisebbedett; ha a gyors növekedés stadiumában volt, azt véljük majd, hogy a kezelés kedvezőtlenül befolyásolta, mert az első kezelési sorozat után is nő; pedig mindhárom esetben volt reactio, mely azonban az 1. stadiumban már visszafejlődést, a 2. stadiumban a növekedés megállását, a 3. stadiumban csak a meglassítást eredményezte.

Kezelésünk eredményének értékelésére tudnunk kell azt is, hogy a rákos daganat rosszul táplált, mert nem elég új vérrel rendelkező, növekedése mellett folyton szét is eső daganat. A növekedéssel egyidejű sejtsejtésést és sejthalált együttesen *necrobiosisnak* nevezzük. A széteső sejtek sejtlecithinéből *cholin* képződik, a mely cholin részben a környező sejtközi nedvbe, részben a véráramba kerül. A sejtközi nedvbe kerülő cholin a közvetlenül vele érintkező sejteket pusztíthatja, míg a véráramba eleinte csak kevés cholin jut. Később a szétesés nagyobb fokainál több.

Ismeretes, hogy a nem operált rákos betegeken előfordulnak tünetek, görcsök, izgalmi tünetek, váltakozva eszméletlenséggel, hányással, hasmenéssel, melyek mérgezés tünetcsoportját alkotják. Ezt az állapotot, mely jóval a cachexia és véglgyengülés előtt állhat be, cholinmérgezésnek kell tartani, mely a lecithinben gazdag ráksejtek széteséséből keletkezik.

A cholin szerepét a *necrobiosis*-ban azért emelem ki, mert az összes teoriák közül a legplausibilisbbnek az látszik, hogy a gammasugarak hatása a rossztermészetű daganatokra éppen az, hogy a sejtek lecithinjét megbontja. Ez a *Schwartz*-féle elmélet, melynek alapján kísérlette meg *Werner* a cholin alkalmazását. Ezen kísérletek eredménye az lett, hogy a *cholin* az egyetlen anyag, melylyel a *gamma-sugarak* hatását *chemiailag utánozni lehet*. Cholinnal Röntgen-ulcúst és minden más tünetét az intenzív besugárzásnak lehet előidézni. Érdekes *Opitz*-nak egy közleménye, melyben elmondja, hogy miként jutott ő teljesen függetlenül *Schwartz* és *Werner* elméletétől a cholin alkalmazásához: Düsseldorf klinikájába jött egy nőbeteg, a kit 4—5 évvel ezelőtt a prágai női klinikán inoperabilis méhrák miatt kezeltek. A beteg hozzátartozóinak tanácsára egy Csehországban előforduló gombafélt szedett, melyről hazájában azt tartják, hogy a rákot gyógyítja. Annyit evett ebből a gombából, hogy mérgezési tüneteket kapott és ezzel egyidejűleg bűzös folyása és vérzései megszűntek. A beteg felvételekor ismét próbálaparatomiával beigazolt inoperabilis méhrákban szenvedett. Az a tény, hogy itt egy már 4—5 év előtt klinikailag megállapított inoperabilis rák volt jelen, arra a gondolatra vezette, hogy a gombamérgezés a rák növekedését legalább egy időre feltartóztatta. Meghozatta ugyanazt a gombafajt és analysise alkalmas kitünt, hogy muscarint és cholin tartalmaz. A gomba (légyölő galócza) etetésére a cholinmérgezés tünete jelentkeztek s minthogy a továbbiakban ilyen gombafajt nem tudott kapni, cholin adagolt.

Egyelőre vegyünk tehát annyit tudomásul, hogy úgy a rossztermészetű daganatok spontán *necrobiosis*akor, mint a sugarak következtében a daganatsejtek lecithinje szétesik, cholin képződik és ennek a cholinnak pusztító hatása van a többi daganatsejtre, de egyszersmind nagyobb adagokban az egész szervezetet is mérgezni tudja.

Megállapítottuk tehát eddig, hogy egy a valószínűség látszatával bíró feltevés szerint a rák és így a női nemi szervek rákja is keletkezésében egyszer helyi megbetegedés, más-szor csak helyi tünete egy szervezeti megbetegedésnek; hogy ezidőszerint semmiféle tudományos módszerünk nincs, a melylyel az adott esetről megállapíthatnánk, hogy mely dispositio alapján keletkezett.

Említettük, hogy a rákos daganat rosszul táplált, könnyen széteső daganat, melyből a sejtlecithin szétesésével cholin szabadul fel és hogy valószínűleg ez a cholin okozza a cachexiához vezető szervezeti intoxicációt.

A sugarak hatását illetőleg elmondtuk, hogy legplausibilisbbnek azt a hypothesis-t kell tartanunk, mely szerint a  $\gamma$ -sugarak hatása szintén lecithin bontása és cholinképződés

mert eddigelé a cholin az egyetlen chemiai anyag, melylyel a sugár-hatást imitálni lehet.

A legtöbb szerző, a ki eddig a méhrák sugaras kezelését tárgyalta, szükségesnek tartotta a sugaras kezelés jogosságát azokkal a rossz végleges eredményekkel indokolni, melyeket a műtéti kezelés ad. Talán nem lesz felesleges egyszer a rák régebbi palliatív kezelésének áttekintése sem. Nem azon szempontból, hogy a radium előtt ismeretes kezelések a sugaras kezeléssel összehasonlíthatók volnának, hanem azért, hogy felidézzük emlékünke a nem operált rákos betegek tünettanát és azon principiumokat, melyeket azok állítottak fel, a kik az ily nem operálható eseteket kezelték. *Veit* kézikönyvének megfelelő fejezeteiből véve az adatokat, mindenekelőtt megállapítjuk, hogy a méhrákban szenvedő és egyáltalán nem kezelt betegek élettartama átlag két év. Fontos tudnunk, hogy mi a haláluk közvetlen oka?

A betegeknek 50—72%-a a húgyutak és a vese fertőzése folytán hal el, egy része peritonitisben oly módon, hogy a rákban székelő bacteriumok a hátulsó hüvelyboltozaton és peritoneumon keresztül peritonitist okoznak. Tehát csak kis százaléka a betegeknek hal meg metastasisokban és cachexiában. Excochleatiókkal és edzésekkel, melyeket rendszeres időközökben ismételték, a betegek élettartama 11 hónappal meghosszabbítható.

A Chrobak-klinika 408 így kezelt esetéből 342-ről tudott az ellenőrzéskor adatokat szerezni.

Az esetek 31.8%-a az excochleatio után egy évnél tovább élt, 9.6%-a 2 évnél tovább élt, 4.6%-a 3 évnél tovább élt. 1 eset hat, 1 eset kilencz, és 1 eset 11 év után még életben volt.

*Lomer* az irodalomból összeállított 213 esetet, melyeket thermokauterrel kezelték, és a melyek ezen kezelés után legálább két évig recidivamentesek voltak, 149 eset pedig 5 éven túl volt recidivamentes.

*Fromme* mindezen részben meglepő eredményeket kommentálva, a következő conclusióra jut:

Excochleatio és kikaparás csak *próbalaparotomiával megállapított módon inoperabilis méhrák eseteiben* végzendő. Ezen palliatív módon a betegek élete bizonyos rövid meghosszabbítást nyer; fontosabb a betegek kedvező psychés hatása, a kifolyás, vérzés néhány hétre megszűnik. Ezen beavatkozással rendszerint a baj tovaterjedése fel nem tartóztatható. Egyes esetekben előfordultak éveken tartó gyógyulások, ezek úgy magyarázhatók, hogy a rák kiterjedése *bimanualis vizsgálattal túlbecsülte* és az újképződmény alapos kikanalizálással és edzéssel elpusztítottván, a környező beszűrdések, melyek nem rákosak, hanem lobosak voltak, visszafejlődtek. Vagy pedig a visszamaradt kevés rákos sejt eltokoldott és itt éveken át szunnyadó állapotban maradt.

Az előbbi előadásból (I. ezen folyóirat utolsó számában) hallották, mit tudunk és tudunk a műtétekkel a méhrák elleni küzdelemben elérni. Most elmondtam, mit tudunk a hallei congressusig palliatív úton produkálni. Lássuk immár, miként változott meg a therapia a tavasz óta.

Azt hiszem mindenkinek, a ki most nálunk a sugaras kezeléssel foglalkozik, egy hibát jóvá kell tennie azon kutatókkal szemben, a kik 5 év óta végzik a rákok sugaras kezelését, a nélkül, hogy ezt komolyan vették volna. Így *Wickham*, *Degrais*, *Dominici* francia kutatók methodusai, elméletei, teljes érvényben állnak és a hallei congressus egyetlen, de nagy érdeme az volt, hogy kitűnő insceniozással az egész világ figyelmét a kérdésre terelte. A németek közül *Sticker* foglalkozik legrégebben a kérdéssel, míg nálunk Röntgen-sugarakkal *Kelen* már 4 éve. Ezért további fejtegetéseimet ezek álláspontjának ismertetésével kezdem.

*Sticker* elsőbb physikai ismereteinket a radioactiv anyagokról ismerteti. Ezekre nem térek ki, hivatkozván *Hevesi* orvosegyleti bevezető előadására. Kiemelném mégis a Röntgen-csőben keletkező sugarak analogiáját a radiumtokocsokban keletkező sugarakkal és idézem, hogy „egy radioactiv anyaggal megtöltött tokocska, melynek falzata oly vastag, hogy  $\alpha$ - és  $\beta$ -sugarakat nem bocsájt át, tehát csak  $\gamma$ -sugarakat

produkál, nem egyéb, mint egy miniature-Röntgen-cső, melynek sugarai azonban egyelőre még intenzivebbek, mint a Röntgen-sugarak.“ A Röntgen- és radium-kezelés tehát lényegileg azonos és így *Butcher* ajánlatára a továbbiakban *gamma-therapiáról* fogunk beszélni.

*A mi már most a cardinalisan új dolog a régi, eddig ismert palliatív eljárásokkal szemben, az az, hogy bár minden élő sejt radioactiv anyagokkal megtámadható, de az érzékenységükben fokozati különbségek vannak.* Egyrészt az öreg sejtek kevésbé fogékonyak, mint a fiatal sejtek, másrészt a kóros szövetek fogékonyabbak, mint az egészségesek.

*Ez az érzékenységbeli különbség annyira szembeeső lehet, hogy látszólag csak a kóros szövetre van a  $\gamma$ -sugár hatással és ezen az alapon beszéltek némelyek a radium-sugarak elektív (kizárólagos) hatásáról a ráksejtekre, a mely pedig ily értelemben nem létezik.*

A rákszövetre való hatás vagy úgy nyilvánul, hogy a rák szövege regressív metamorphosis útján gyorsan felszívódik, vagy pedig egy chronikus interstitialis kötőszöveti burjánzás szétroncsolja a rákos szövetet.

Szabadjon ezután *Wickham* és *Degrais* azon referatuma ismertetni, melyet az elmúlt év augusztus havában Londonban tartottak:

E szerzők évek óta foglalkoznak a rák sugaras kezelésével és ezt oly objectív kritikával teszik, hogy követendő példának kell tekinteni.

Referatumnak következő címet adják: *Használható-e a radium a sebészetnek a rossztermészetű daganatok leküzdésében?* Minthogy a kérdésre igennel válaszolnak, a sebészet mai irányát, hogy dokumentálják a sebészet és radium-kezelés együtthaladásának szükségességét, „*radium-chirurgiának*“ nevezik el. A radium hatásáról kifejtik elsőbb, hogy az nem causticum, hanem a fenti értelemben electív hatású; szövettani tanulmányaikkal igazolják, hogy egyrészt a ráksejtek beolvadnak (cytolysis), másrészt a kötőszövet megifjodik, embryonális sejtek jelentkeznek benne, előbb a kötőszövet szétfeszíti a rákmezőket, majd teljesen elfoglalja azok helyét. Megállapították azt is, hogy mily mélységre hatnak a sugarak: 9 cm.-re, a mi különösen a nőgyógyászati sugárzás terén elégségesnek mondható, mert a méh tengelyétől számítva, egy-egy oldalra nincs több, mint 4—5 cm.-nyi parametrium, azaz a cervixben fekvő radium sugarai az egész kis medence kötőszövetét átjárhatják.

A gynaekológiában a radium alkalmazását, recidivák elkerülésére, közvetlenül *Wertheim*-műtétek után ajánlják, továbbá azt mondják, hogy az operabilitás növekedni fog azáltal, hogy a méh környezetében levő „granulatiók, beszűrdések megpuhulnak, a méh mozgékonyabbá lesz“.

A conclusiók pedig ezek:

„Ha a sebészet egyesítése a radiummal a rák elleni küzdelemben jó kilátásokkal kecsegtet is, mégis a radiumnak egészen különös feltételekre van szüksége, mielőtt azt a helyet foglalná el, melyet neki ezen szövetségben adni kívánunk. Mindenekelőtt szükséges, hogy a sugárzás minden rosszindulatú elemet elérhessen. A sugárzás lehetőleg egyöntetű legyen és irányuljon úgy a daganat alapja, mint peripheriája felé. Ezen kedvező feltételek megteremtéséhez a sebészet nagyban hozzájárulhat, egyrészt úgy, hogy megnyitja a radium-alkalmazás útját, másrészt úgy, hogy a rossztermészetű daganat nagyobb, eltávolítható részét eltávolítja stb.“

Egy másik referense a londoni congressusnak, *Foveau de Courmelles*, a méhrák kezeléséről a következőket írja: *Chéron* és *Rubens-Duval* voltak Franciaországban az első, a kik 50 esetet kezelték, ezekből 18-ban teljesen begyógyultak a fekélyek. Ez esetek 7—18 hó óta jó erőbeli állapotban vannak, némely kezdődő recidiva újból visszafejllesztett. Igen kiterjedt esetekben a javulás ugyan kifejezett, gyakran azonban csak rövid tartamú.

Körülrít esetekben, ha a folyamat túl is lépte a méh határait, a környező szövetek kötőszövetes átalakulása áll be. Oly esetek is, melyekben már a hólyag és végbél is beteg, kedvezően befolyásolható, ha nem túlságosan előrehaladt

esetek. Véleménye szerint, miután mindazt, a mit sebészileg el lehetett távolítani, eltávolítottunk, a radium a sebbe alkalmazandó, mert meggátolja a recidivákat.

*Bayet*, a brüsszeli egyetem tanára, mérlegelve a radium hatásait, azt mondja: „A priori elfogadandó, hogy a radium, minthogy oly kedvező hatásokat fejt ki hozzáférhető, felületes rák eseteiben, a legtöbb mélyenfekvő rákra is kell, hogy ily kedvezően hasson, azon feltétel alatt, ha a sugaraknak a mélybe hatása elégséges.“

Előbb hallottuk *Wickham* és *Degrais* vizsgálataiból, hogy a sugarak 9 cm. mélyre hatnak. Mégis *Bayet* is azon az állásponton van, hogy a mi operative úton eltávolítható, az eltávolítandó, mert — indokolása oly egyszerű, hogy érdemesnek tartom feljegyezni —: „Der gesunde Menschenverstand sagt, dass man von allen Methoden die rascheste und radikalste wählen soll. Man kann immer noch nach der Operation eine Nachkur mit Radium machen.“

A „Strahlentherapie“ ugyanazon füzetében van *Krönig* londoni referatuma, a ki vizsont így indokol: Bár ma még senki sem tudja megmondani azt, hogy a radiumkezelés végleges eredményei milyenek lesznek, mert ehhez 4—5 év szükséges, a freiburgi klinika azon az állásponton van, hogy a látható vagy tapintható rákokat nem operálja, hanem sugarakkal kezeli. Ezen álláspontját azok a kétségbeejtő eredmények indokolják, melyeket a műtéti esetek revisiója után nyertek: „Szolgálatot teszünk-e betegeinknek,“ mondja, „ha *primaer hüvelyrák* esetében a hüvely, végbél, méh és petefészkek kiirtását végezzük és a 4 év utáni ellenőrző vizsgálatkor megállapítjuk, hogy ezen esetek több mint 95%-a recidivált? Hogy cervixrák eseteiben 20% abszolút gyógyulási %-ot érünk el (abszolút 20% = 20%-a az összes jelentkezett [nem mind operált] rákoknak), oly műtétet kell végeznünk, melynek közvetlen halálozási %-a 15—20%.“

„Nem veszítünk tehát semmit, ha megkíséreljük az operálható eseteket műtét helyett sugarakkal kezelni. Reméljük, hogy a végleges eredmények nem fognak épp oly csalódást hozni, mint a műtétet utániak. De ha ez be is következne, akkor is megmaradna a radium jelentősége mint a recidivát gátló kezelés, mert 21 postoperatív sugárzott esetből eddig egy sem recidivált.“

Éles ellentétben áll ezen állásponttal ismét *Wertheim* felfogása: „A carcinoma eltűnése csak oly esetekben következett be, a hol kifelé burjánzó vagy felületes rákokról volt szó“ és egyelőre az a benyomása, hogy „a hol a carcinoma eltűnt, ott excochleatióval és paquelinezéssel vagy a portio amputálásával ugyanazt érte volna el“. Határozottan óv nagy adagok alkalmazásától és újra hangsúlyozza, hogy az ő róla elnevezett műtéttel az operált esetek 50%-a 5 éven túl is recidivantes.

Végül még fontosnak tartom *Bumm* legutóbbi előadásából idézni, hogy eddig kezelt 108 esetéből eddig 15-ben van recidiva.

*Tauffer*, *Herczel*, *Bárony* tanárok orvosegyeleti előadásait, azt vélem, mindnyájan ismerjük és így átfutottuk volna az utolsó hónapok irodalmát.

Szabadjan ezek után saját észleléseimről beszámolni:

Eddig 24 esetet volt alkalmam kezelni. Nem tartom célszerűnek az eseteket felsorolni és Önöket ezzel fárasztani, hiszen a cardinalis kérdésre, vajjon gyógyult-e egy eset is, feleletet csak 4—5 év múlva tudunk adni.

Ahhoz a tényhez, hogy carcinomasejtek  $\gamma$ -sugarak hatására felszívódnak, hogy kráterek zsugorodnak, a vérzés, folyás megszűnik, kétség többé nem férhet. Felületes burjánzások a portión vagy a hüvelyfalon directe nyomtalanul beolvadnak és ezek oly eredmények, melyeket eddig semmiféle palliativ kezeléssel sem tudunk elérni. Fontosabbnak tartom azt, hogy egyes tapasztalásokat és azoknak magyarázatát, továbbá a technika kérdéseit adjam néhány tanulságos esetem kapcsán.

Van egy esetem, a hol a jobboldali hüvelyboltozatban ült egy kétkoronásnyi területen burjánzó rákképlet. A portio, a cervix szabad. Kétoldalt tojásnyi adnextumok. Azon az

állásponton lévén, hogy ha csak a műtétnek némi kilátása is van, akkor az végzendő, megnyitottam a hasat. Ekkor kitént, hogy a primaernek látszó hüvelyrákon kívül mindkétoldali petefészekrák van jelen, azonkívül a peritoneumon diffusus carcinosis. Elzártam a hasat és már most tisztán demonstratio causa a hüvelyrákot radiummal kezeltem. A hüvelyrák nyom nélkül eltűnt, a beteg közérzete kitünő — ez természetesen psychés hatás! — és e mellett universalis carcinosis van. Mi következik ebből az esetből? Ha itt próbálaparotomiát nem végzek, ez egyik fényesen gyógyult eset gyanánt szerepelne. Így azonban azt bizonyítja, a mi a sugaras kezelés főhátránya, hogy t. i. mielőtt explorativ laparotomiával nem tisztáztuk a rák kiterjedését és localisatióját, nem tudjuk a palliativ kezelést sem úgy alakítani, hogy az *homo-*gen legyen és mindenható hasso, a hol rákos szövet van. Nem akarom ebből azt a conclusiót levonni, hogy minden radiumkezelés előtt próbálaparotomia végzendő; ha a hólyag vagy a végbél nagy terjedelemben infiltrálva van, azt cystoskopiával és rectalis vizsgálattal is meg tudjuk állapítani; de a parametriumok, a peritoneum, az iliacalis mirigyek szabad vagy nem szabad voltáról másképp mint próbálaparotomiával meggyőződni nem tudunk és így a hol nem vagyunk teljesen biztosak a rák kiterjedéséről, a sugaras kezelés előtt próbálaparotomia végzendő, épp úgy, mint a hogy ezt a feltételt a *Veit*-klinika már az azelőtt ismert palliativ kezelésekre is kimondotta.

Ez az eset mindenekelőtt demonstrálja a sugaras kezelés legnagyobb hátrányát, azt, hogy sötétben dolgozunk.

Más hátrányai is vannak a radiumkezelésnek: ezek egyrészt a szervezetben nyilvánuló általános hatások, elesett-ség, láz, melyet a daganatsejtek széteséséből, esetleg cholin felszívódásából magyarázunk, másrészt helyi hatások: sipolyok keletkezése a hólyag vagy a végbél felé, melyek a kezelés folytatását meggátolhatják. Ezen kellemetlen mellékhatások híre annyira elterjedt, hogy az utóbbi időkben orvosi körökben már egész scepticismus fejlődött ki a radium hatásával szemben. Hogy a radium elesettséget és hőemelkedést okozhat, az kétségtelen. *Legtöbbször azonban a láz okát uem a radiumban kell keresni, hanem egészen más körülményekben.*

Kis számú esetemből már eddig két radiummal kezelt betegemen tudtam kimutatni, hogy a láz *cystopyelitistől* származik, tehát attól a bajtól, melyben a méhrákban szenvedő betegek 50—72%-a szokott elpusztulni.

Ez tehát accidentalis egybeesése egy amúgy is gyakori szövődménynek a radium adagolásával és gyakoriságát tekintve, ajánlom minden lázas carcinomás betegnek ez irányban való vizsgálatát.

Egy harmadik betegemen a radiumot előbb a portióra alkalmaztam. Miután így 6000 mgr.-órát kapott, hogy a hatást fokozzam és a cervixbe alkalmazzam a radiumot, mivel az átjárható nem volt, laminariát helyeztem be. Azonnal súlyos lázzal reagált a beteg és 48 óra múlva meghalt. A sectio kimutatta, hogy a hátulsó hüvelyboltozatról a peritoneumon keresztül per continuitatem keletkezett peritonitisben pusztult el a beteg. Ez oly halál-ok, melyet a vesemegbetegedések után leggyakoribbnak említettem a nem kezelt rák-esetekben is *Koblanck* összeállítása nyomán.

Ez a beteg sem a radiumsugarak hatására lett lázas és halt meg, hanem azon manipulációk folytán, melyek a streptococcusokkal mindig zsúfolt carcinomás szövet megbolygatására vezettek. Azt hiszem, nem ritkán a méhrák sugaras kezelésekor beálló láz ilyen manipulációkra és nem a radium hatására vezethető vissza és ezt a szükségszerű megbolygatását a bacteriumokkal zsúfolt területeknek tartom a sugaras kezelés második nagy hátrányának. Én ezen eset óta, ha a radiumot a cervixbe kell alkalmazni és a nyakcsatorna nem átjárható, előbb excochleálok, paquelinezek, 10%-os arg. nitricummal vagy jodtincturával desinficiálok, úgy mint ezt műtét előtt szintén desinficiálás céljából végezzük.

Másik ismert káros hatása a radiumnak, hogy sipolyok keletkezhetnek. Eddig két esetemben keletkezett végbélsipoly,



mindkettő inoperabilis hüvelyrák, a hol a rák a septum recto-vaginalét átjárta. Itt sipolynak kell keletkeznie, mihelyt a radium megkezdí a rákos szövet beolvasztását, mert hiszen a válaszfal a rectum felé rákos és ennek beolvadásával megvan a communicatio. Vagy mondjunk le tehát, mint Schauta, ezen esetek kezeléséről, vagy fogadjuk el, hogy a rákos szövet esetleg sipoly árán fog elpusztulni. *Cervix- vagy portio-rák kezelésekor melléksérülést nem láttam.*

Átérve immár a technikára, 25 mgr. radiumbromidot tartalmazó tokocskákat használok, úgy hogy az egyik tok a cervixbe, a másik a portio elé vagy valamelyik hüvelyboltozatba kerüljön. Így 50 mgr.-ot 24 óráig fekvé hagyva, 1250 mgr.-órát adagolok. 24 óra szünet után röntgenezem a beteget, 8 napi szünet után megint radiumot kap. A szükséges mennyiségek esetenként különbözők. A radiumot csak a hüvely felől alkalmazom, még pedig újabban réz-szűrőkben.

Feltétlenül szükséges a radiumsugarakat Röntgen-sugarakkal kiegészíteni. Lényeges, hogy a legkedvezőbb besugárzási helyeket válaszsuk arra, hogy az egész kis medenczét átjárják a sugarak; ezért a has és a hüvely felől és a keresztcsonton át kell röntgenezni.

Az utolsó  $\frac{1}{2}$  évben a Röntgen-technika óriási haladást tett. Amrhein, a Veifa-Werke mérnöke új módját találta ki az antikathod hűtésének és így a lámpa 10 perc alatt 3 mm. aluminiuszűrő alatt 120 x-et bír adni. A Veifa-Werke készülékét és ezen lámpákat használom. Ezekkel a csövekkel dolgozva, mondja Bumm utolsó előadásában, jobb eredményeket ér el, mint a radiummal.

Ezek után, miután a sugaras kezelésnek kiemelten inkább a hátrányait, mint az előnyeit, engedjék meg, hogy összefoglaljam a mondottakat:

A hüvely és méhrák kezelésében a sugaras kezelés azt célozza, hogy minden rákos szövetet elpusztítson. Ezen célját ma még nem tudja oly biztosan elérni, mint az abdominalis radicalis műtét, mert bár „sugaras kezelés” a neve, a sötétben dolgozik. Ezért minden olyan eset, mely operálható, egyelőre operálandó.

A radium-kezelés nagy előnye az, hogy veszélytelen oly értelemben, hogy óvatos adagok és megfelelő szűrés mellett, szemben a műtéti kezeléssel, halálozási százaléka nulla.

A kezelés alatt és a kezelés daczára azonban a méhrákos beteg lázas lehet, sőt meg is halhat ugyanazon halál-okok folytán, melyek a nem kezelt méhrákosak legtöbbjét is megölik, nevezetesen ascendáló pyelonephritisben és a rákban székelő igen virulens bacteriumok okozta peritonitisben. Sőt ezen utóbbi, a fertőzéses halál, gyorsabban állhat be, ha a radium applikálásával járó manipulációk a bacteriumok szunynyadó virulentiáját a lobgátak megbolygatásával életre keltik.

A legnagyobb csalódás számomra a gamma-therapiában az, hogy utána is beállnak helyi recidívák. Ezt tudjuk most már Foveau de Courmelles, Bumm és egy saját esetemből is.

A műtétek radicalismusát ad maximum fokoztuk és mi volt az eredménye? A ma „palliatív, nem radicalisnak tekintethető” egyszerű hüvelyfelőli méhkiirtás után végleg gyógyult 45% (Taufner-klinika). A legradicalisabb méhkiirtás ezt a számot csak 5%-kal tudta megjavítani. Az esetek fele, akármit csinálunk is, recidivál. És az initialis, bőven az ép szövetben kiirtott esetek, a hol biztosan nem maradt benn ráksejt, épp úgy recidiválnak, mint az előrehaladottak! A sugaras kezelés után — nem tudjuk még hány %-ban — szintén vannak már recidívák. Nem következik-e ebből szükségszerűen az, hogy a helyi kezelésen kívül általános kezelésre is van szükség, hogy a humoralis dispositiót megváltoztassuk? Én azt hiszem, hogy igen. Sőt azt is, hogy nemcsak a primaer rák keletkezésének kell egyszer helyi, máskor humoralis dispositióból való származását feltételezni, hanem ugyanazt kell gondolnunk a recidívák keletkezéséről is. A méhrákot tehát ki kell irtani késsel, ha lehet, és sugarakkal, ha operálni már nem lehet; de ezzel csak az esetek bizonyos %-át tudjuk meggyógyítani és még egész ismeretlen factorok (a vér helyes összetétele?) határozzák meg azt, vajjon az adott esetben a gyógyulás tartós lesz-e?

Közlemény a kir. magy. tudomány-egyetem orr- és gégegyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Ónodi Adolf dr., egyetemi tanár.)

## A bronchialis idegen testekről.

Irta: Réthi Aurél dr., operateur.

Az acut bronchialis idegen testek eltávolítása rendszerint nem ütközik nagyobb nehézségekbe; nem ritkán meg-esik az, hogy a bronchoskop csövét bevezetve, az idegen test egy köhögési roham kapcsán spontán kilöködik, a nélkül tehát, hogy tulajdonképpen beavatkozást lettünk volna kénytelenek végezni. Ez azonban csakis könnyű fajsúlyú idegen testek esetében történhetik meg s épp ezek azok, a melyek a legkellemetlenebb tüneteket idézik elő, minthogy a légárammal együtt mozoghatnak s így a köhögés-rohamok alkalmával a görcsösen zárult hangszalagok alsó felületéhez ütődhetnek, majd a légárammal ismét a bronchus mélyébe szivatnak.

Ezzel szemben gyakori jelenség, hogy kisebb terjedelmű, de nagyobb fajsúlyú idegen testek egy egészen rövid köhögési roham csillapulta után tünet nélkül meglapulnak a helyükön s csak később, lassanként, de annál súlyosabban támadják meg a szervezetet.

A chronikussá vált idegen test előbb vagy utóbb kiváltja amaz elváltozásokat, melyek a szervezet súlyos károsodását vonják maguk után. Kivételes ritkaságnak kell tartanom amaz eseteket, a melyek eme hátrányos tulajdonságokat nélkülözik. Az Orvosegyesület sebészeti szakosztályában Alapy megemlékezett egy esetről, a melyben intubatio alkalmával az amerikai mandrin utolsó percze letört s mint a Röntgenvizsgálat is mutatta, egy harmadrangú bronchusba esett. Minthogy megfelelő kicsiny bronchoskopja nem volt és másrészt a gyermek is gyenge volt, az idegen testet bennhagyta. A gyermek egy hétig köhögött, de azután megnyugodott; s bár azóta 6 hónap telt el, mérsékelt atelektasián kívül más elváltozás nincs jelen. Felveti Alapy a kérdést, vajjon minden idegen testet el kell-e távolítanunk? Saját tapasztalataim, valamint az irodalom gondos áttanulmányozása után úgy vélem, hogy erre a kérdésre igennel kell válaszolnunk. Ha az idegen test eleinte nem is okoz lényeges elváltozást, lassan-lassan, némelykor hirtelen eme elváltozások mégis beállnak; de különben is meg kell gondolnunk, hogy az idegen test okozta izgalom granulatiókhöz vezet, a mi által a bronchus lumene mégis elzáratik vagy legalább is lényegesen szűkítettik. De a bronchus falzatának bizonyos destructiója, heges szűkülete is létrejöhet az idegen test állandó nyomása következtében.

Természetesen a ránk hárult feladatnak megoldása is sokkal súlyosabb lesz a chronikus esetekben. Tehát magát az extractio nehézségeit véve szemügyre és nem tekintve a tüdő complicatióit, minők a pleuritis, bronchitis putrida, tüdőatelektasia, tüdőangraena, emphysema, chronikus pneumonia, secundaer tüdőtuberculosis stb., látjuk, hogy a légutak az idegen test környezetében chronikusan gyuladtak, s mint már fentebb említettük, az állandó irritatio eredményeként némelykor tömeges granulatio van jelen, melyet rendszerint el kell előbb távolítani, ha az idegen testet meg akarjuk pillantani. Ilyen esetekben magát az idegen testet megtalálni rendszerint nagyon nehéz, a mit még fokoz az, hogy a secretio is megnövekedett s a granulatiók igen vérvékenyek, miáltal a finomabb részletek elmosódnak. Ilyenkor tehát a bronchoskopia segítségével könnyen meg tudjuk mondani, hogy melyik tüdőfélben ül az idegen test, de már nehezebb annak helyét meglelni, hisz előtte is, mögötte is granulatiók vannak s gyakran be is fedik. A röntgenologice érzékíthető idegen testek esetében a röntgenogramm értékes felvilágosítókat nyujthat, bár hogy ezek nem pontosak, azt mutatja a 2. ábrán bemutatott Röntgen-kép, a mely az idegen test helyétül feltűnően medialis és magasan fekvő pontot jelöl meg. A képből nem igen lehetne arra következtetni, hogy az idegen test mélyen a bal alsó másodrendű bronchusban ül. Ha az idegen test megtalálásakor nehézségek merülnek fel s

az idegen test röntgenologicze érzékhethető, a következő segítő eljárást ajánlom:

A bronchoskopiát a Röntgen-vizsgálóasztalon hajtjuk végre, a gyanus, granulatiókkal kitöltött bronchust a csővel beállítjuk s egy selyemszálra felfüggesztett sörétszemet helyezünk el a bronchusban. A bronchoskop csövet most lassan visszahúzzuk, vigyázva arra, hogy a sörétszem kilógó selyemszála egy tompa kampó segítségével visszatartassék és így a sörét eredeti helyéből ne mozduljon ki. Ha most Röntgen-felvételt készítünk s vigyázunk arra, hogy a sugarak lehetőleg merőlegesen érjék a gyanus területet, a Röntgen-kép két idegen test árnyékát fogja mutatni. Az eredeti idegen test és az arteficialis idegen test árnyéka közötti relatív viszonyból következtetést vonhatunk az idegen test helyére, illetve a két idegen test közötti távolságra. Természetesen úgy is eljárhatunk, hogy a Röntgen-felvétel alatt a csövet benthagyjuk a bronchusban, miáltal a bronchus irányáról is felvilágosítást nyerünk (l. az 1. ábrát). Megtörténhetik azonban, hogy a granulatióktól fedett idegen test mellett a csővel elhaladunk, s így a képen az idegen test esetleg nem lesz látható.



1. ábra.

A mi már most a tulajdonképpeni extractiót illeti, ez mindig *fekvő helyzetben* kell, hogy történjék. Az ülő helyzet teljesen kielégítő az egyszerű diagnostikai, esetleg egyszerűbb localis kezelések és vizsgálatok alkalmával, sőt, minthogy ülő helyzetben a cső bevezetése lényegesen könnyebb, ilyen esetekben az ülő positio ajánlatos is; de *idegen testek esetén az ülő positiot a legnagyobb mértékben veszedelmesnek kell tartanunk*. Tehát mindig a fekvő helyzetet kell alkalmaznunk. Gondoljunk csak arra, hogy chronikus idegen test esetén a megfelelő tüdőfél majdnem mindig súlyosan megbetegedett s másrészt nagyon könnyen fordul elő szerencsétlen véletlen: a fogóval megfogott idegen test a fogóból kicsúszhatik, a mi különösen az előugró, szűkebb glottison való áthaladás alkalmával történhetik meg, s az idegen test az ép tüdőfélbe esik, minek folytán azonnali fulladásos halál következhetik be. De e súlyos eset bekövetkezhet acut idegen test esetén is. Így legutóbb *Hinsberg* közölt ilyen esetet. A kórtörténetben nincs ugyan directe megmondva, hogy a vizsgálat ülő helyzetben történt, de mégis határozottan következtethetünk arra. A 36 éves nő 4 nap előtt szilvamatot aspirált. A jobb főbronchusban csipővel megragadják az idegen testet, de az a glottisnál kicsúszik a fogóból. A beteg hirtelen dyspnoét kap s cyanosisos lesz. „A székről hirtelen felugrik.“ Az idegen test a bal felső lebeny bronchusába került s azt teljesen elzárta. Az eltávolítás lehetetlen volt. 24 óra múlva exitus. A halál oka az volt, hogy a jobb tüdő

a korai ifjúságban lefolyt gyuladással folytatódó következtében teljesen össze volt zsugorodva s míg a szilvamatot első ízben, a mikor a főbronchusban fektűt, a levegő útját nem zárta el teljesen, addig a felső másodrangú bronchusba jutván, azt teljesen kitöltötte s így a még működésképes tüdőfél egy jelentékeny részét kiiktatta. Nagyon kellemetlen esete volt *Pieniazek*-nak. A 13 hónapos leánygyermek két nap előtt egy babszemet aspirált; ő ülő helyzetben eltávolította a bab egy részét; egy újabb részletet ragadva meg, az az époldali főbronchusba esett, minek folytán azonnali fulladásos halál következett be.

De a mondottaktól eltekintve, a fekvő positio aránytalanul megkönnyíti a bronchusokban való dolgozást. Ha a csőbevezetés nehézségeit leküzdöttük, fáradságunk sokkal nagyobb ellenértékkel lesz megjutalmazva. Egyébként a cső bevezetését lényegesen megkönnyíthetjük azzal, ha a bevezetés alkalmával a beteget a bal oldalára fektetjük s a cső bevezetése után ismét hátára fordítjuk (*Brünings*). Még könnyebb lesz a helyzetünk, ha a beteget úgy ültetjük a műtőasztalra, hogy lábai az asztal tengelyének megfelelőleg feküdjenek. Az asztal háttámaszát megfelelőleg felnyitjuk, miáltal a beteg megfelelő támasztékot nyer. Ily módon a csövet ülő helyzetben vezethetjük be. A bevezetés után a műtő a bronchoskopcsövet helyében rögzítve, a segédszemélyzet a háttámaszt lassan és óvatosan leengedi. *Ez az eljárás teljesen veszélytelen, ha a beteg helyzetváltoztatását nem pusztán kézzel, hanem az említett háttámaszszal eszközöljük.*

Míg az ülő helyzetben történő vizsgálat alkalmával a vizsgáló legtöbbször nagyon kifárasztja magát, addig fekvő positióban minden megerőltetés nélkül, a legnagyobb kényelemmel dolgozhatunk. De a beteg sem lesz oly hamar fáradt. A mélyben az egyes részletek beállítása nagyon könnyen sikerül; az ok könnyen megérthető, ha tekintetbe vesszük, hogy a fekvő beteg teljesen passiv viselkedik. Az ülő vizsgálat alkalmával az izmok bizonyos összműködést fejtenek ki, a mely még akkor sem iktatható ki teljesen, ha az illető jól begyakorolt élő phantom. Ha azonban fekvő helyzetben történik a vizsgálat, akkor az illető izmai teljesen elernyednek, mert működést kifejténiük nem kell s a mennyiben a vizsgált működésbe hozni igyekszik azokat, sokkal könnyebben legyőzhetők. A test könnyen tolható valamely oldalirányba s úgy is marad, a meddig szükséges. Előnye még a fekvő eljárásnak az is, hogy a vér és váladék nem gyülemlik meg a cső alatt, a mélyben, hanem a látótér teljesen szabad marad; nyálcsívót nem igen kell alkalmaznunk; elégséges egy vattatupferrel szárazra törölni a műtét területét, vérzékenység esetén ezután még tonogenes tamponnal megérintjük a vérzékeny helyet s utána újból megszáritjuk száraz tupferrel.

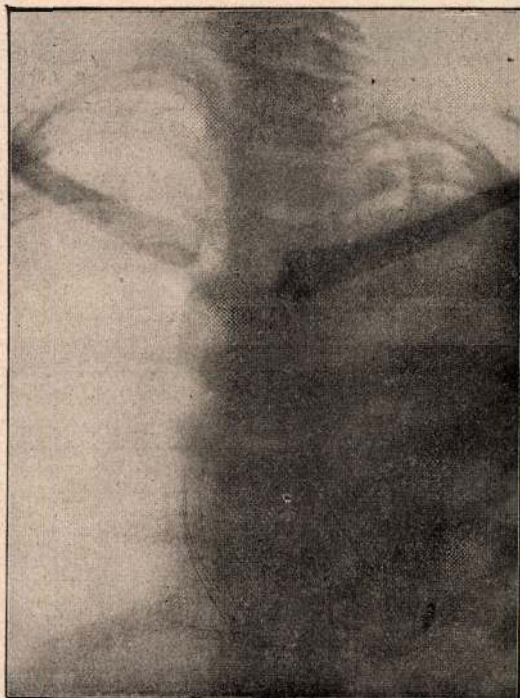
*Neumayer* a diagnostikai bronchoskopiát szintén fekvő positióban végzi; én úgy vélem, hogy a tisztán diagnostikai vizsgálat alkalmával az ülő positio nemcsak hogy kielégítő, hanem ajánlatosabb is, mert a vizsgálat rövidsége folytán nem jutnak érvényre az ülő helyzet hátrányos oldalai s a bevezetés könnyüése mégis egyszerűbbé teszi dolgunkat. Ha azonban egyáltalában operatív ténykedést fejtünk ki, a mikor fontos, hogy kezünk ne fáradjon ki s így biztonságát megőrizze, ott mindig előnyösebb a fekvő helyzetet választani.

A mi a csöveket illeti, felnőttön mindig a meghosszabbítható *Brünings*-féle csöveket használok. Gyermekeken azonban eme csövek nem felelnek meg. Mint ismeretes, gyermekken a gyermeki gégeének megfelelő, tehát kiskaliberű csöveket kell használnunk, miáltal a mélyben való tájékozódás nagy mértékben meg van nehezítve. Ha már most a *Brünings*-féle meghosszabbítható csöveket használjuk, a melyekben a tulajdonképpeni bronchuscső egy külső, a tracheába való bejutásra szolgáló vezetősőben van elhelyezve, úgy természetesen ezzel együtt a nehézségek növekednek. Gyermekken legajánlatosabb az új *Killian*-féle csövek használata, melyeknek alakja körülbelül megfelel a gége természetes ürének s másrészt oly nagyra vannak készítve, a mely nagyok veszély nélkül lehetnek.

Ha keressük, hogy mely idegen testek azok, a melyek a legsúlyosabb elváltozásokat okozzák, igazat kell adnunk *Mann*-nak, ki szerint az inggombok a bronchusokba kerültek s eddig leírt idegen testek között a legveszélyesebbek. *Mann* a Handbuch der speziellen Chirurgie des Ohres stb.-ben megjelent összefoglaló dolgozatában az irodalomban csak 7 esetet talált leírva. Ezek közül csak 3 esetben sikerült az idegen testet a bronchoskopia sup. segítségével eltávolítani; négy beteg meghalt. *Mann* dolgozatának megjelenése után *Hinsberg* közölt ugyancsak halálos kimenetelű esetet. Egy 14 éves fiú egy hónap előtt gallérgombot aspirált. Az eltávolítás a legnagyobb fáradozások dacára sem sikerült. Az eltávolítás kísérlete közben a bevezetett kampó egy vena falát megsértette s pár pillanat alatt elvérzéses-fulladásos halál következett be.

Legutóbb alkalmam volt egy súlyos esetben inggombot eltávolítani, mely már 6 hónap óta volt a bronchusban.

Sz. Gy. 11 éves fiú, 1913 február 17.-én jelentkezett klinikánkon. A nevezett hat hónap előtt inggombot vett szájába, a mely játék közben a torkába lecsúszott. Köhögési rohamot váltott ki, de azután nagyobb kellemetlenséget nem okozott. Később azonban a gyermekem pleuritis jelentkezett, a mely exsudatív jellegű volt. Az exsudatum helyzetének pontosabb megállapítása céljából *Gönczy* dr. esztergomi kórházi főorvos Röntgen-felvételt készített, a mely a bal tüdőfélben egy idegen testnek megfelelő árnyékot mutatott. A gyermeket azután hozzánk utalta. A mi Röntgen-felvételünk (*Dörner* dr.) ugyanerre az eredményre vezetett. (Lásd a 2. ábrát.)



2. ábra.

A legyengült gyermekem három ízben végeztem bronchoskopia superiorit. Az egy ülésben való eltávolítást a gyermek nem bírta volna ki. Az első alkalommal csak tájékoztam a viszonyok felől. Jobboldalt a főbronchus és ágai teljesen épek. A baloldali főbronchus bemenete lényegesen megszűkült; nyálkahártyája gyuladósan megvastagodott. Magának a bronchusnak lámenae granulatiókkal majdnem teljesen kitöltött. Három nappal később a granulatiók bőséges tömegét eltávolítottam s így az ülés végén a mélyben már megpillanthattam a feketes idegen testet. Minthogy azonban a gyermek már nagyon fáradt volt, a tulajdonképpeni eltávolítást négy nappal később végeztem. Egy hosszú *Killian*-féle csövet vezettem be az idegen testig, a mely meglehetősen mélyen, az alsó lebeny bronchusában ült, széles hátával felénk tekintve s így az egész bronchuslumenet kitöltve. Valami eszközzel mögéje kerülni lehetetlen volt, mert a szélei granulatióba voltak ágyazva. Ezért úgy jártam el, hogy erős *Killian*-féle csípővel kis ütést mértem a gomb alsó szélére, miáltal a felső széle előre fordult. A most már szabaddá vált felső szél megragadva, az idegen test könnyen volt eltávolítható.

A gyermek úgy az extractio előtt, mint pedig utána gondos belorvostani vizsgálatnak vettetett alá (*Kern Tibor* dr.). Az idegen test eltávolítása előtt retraction thoracis post exsudatum pleuriticum volt jelen. A bal tüdőcsúcs felett léghang van; hátul a III. bordától kezdve tompulat mutatható ki s ezen területen légzés nem hallható. A próbapunctio negatív eredménnyel járt. Az extractio után az egész bal tüdő

felett diffus érdes légzés hallható, bűgások és füttyhangok, körülírtan szörtyzörejek. A betegnek tehát ekkor diffus bronchitise van, néhány körülírt bronchopneumoniás góccsal. Két hét múlva a bal tüdő felett gyöngült sejtes légzés, szörtyzörejek nélkül.

Eme eset mutatja a bronchoskopiának életmentő szerepét. Volt oly esetem, a mely a bronchoskopiás idők előtt nagyon kellemetlen következményekkel járhatott volna. A königsbergi gégepoliklinikán idősebb férfin gégepolypust kellett eltávolítanom. A beteg nagyon rossz szul tartott. Megfelelő gégepolypus-fogót vezetve be, a polypust megragadtam. A fogót kihúzva, nagy meglepetésemre a fej a polypuson csüngve maradt, s a tükörben még megfigyelhettem, hogy a trachea mélyében eltűnik. Késedelem nélkül kifőztem a bronchoskopot s ezalatt a beteget átvilágítottam. Feltűnt, hogy az átvilágítás az idegen test nyomát sem mutatta. Rendes Röntgen-képet készíteni már nem volt időm, mert a beteg úgyszólván sok cocaint kapott s az újabb adagot el akartam kerülni. A 3 cm. hosszú fémdarab a carinán ült. Fogóval könnyen volt eltávolítható. A polypust direct úton ugyanezzel a fogóval vettem ki.

Közlemény az Országos anya- és csecsemővédő-egyesület II. sz. otthonából. (Igazgató-főorvos: *Temesváry Rezső* dr. egyetemi magántanár. A csecsemőosztályt vezeti: *Heim Pál* dr. egyetemi magántanár és *John M. Károly* dr.)

### A csecsemőtáplálás fontosabb kérdéseiről.

Irta: *John M. Károly* dr.

#### IV. A túrók tej gyógyító hatásáról. A csecsemőkori dyspepsiák pathogenesiséről.

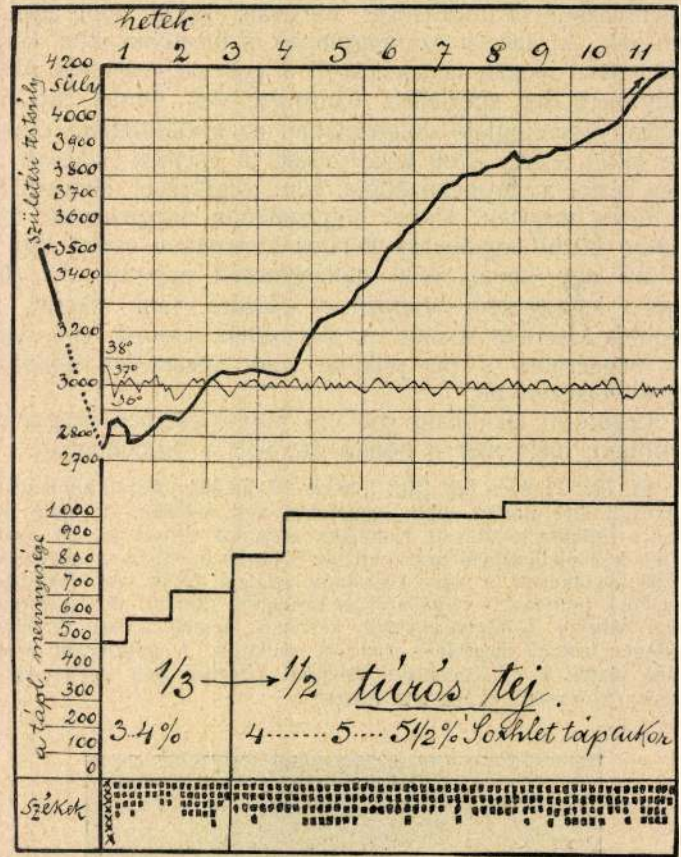
A tapasztalás bizonyítja, hogy az alimentaris dyspepsia gyógyszeres terapiája hatástalan és hogy eredményeket — de sok esetben még így sem — csupán diéta eljárásokkal érhetünk el. Aránylag könnyű a helyzetünk, ha hibás étrend okozza az emésztési zavart, a mikor a hiba kijavításával, tehát aetiologiás kezeléssel normalis viszonyokat teremthetünk. Így ha tehéntejjel való túltáplálásról van szó: fél- vagy egynapos teadiaeta után a tej mennyiségének és a szoptatási időközöknek megfelelő szabályozására a hasmenés megszűnik és gyorsabban következik be. Már sokkal bonyolultabbak a viszonyok, ha a csecsemő korának és súlyának megfelelő mennyiségű és a kellő időközökben adott romlatlan tehéntej okozta a dyspepsiát. A mikor tehát tulajdonképpeni diéta-hibáról nem beszélhetünk, hacsak a mesterséges táplálást nem minősítjük egyáltalában annak. Ez esetekben az étrend teljes megváltoztatása válik szükségessé.

*Bókay Árpád* vizsgálataiból tudjuk, hogy organumos savak és különösen az alacsony zsírsavak a bél peristaltikáját erősen fokozzák. Savak a táplálék zsírjából és szénhidrátjaiból keletkezhetnek. Az előbbiből fermentálás, az utóbbiakból bacterialis befolyások következhetnek. A dyspepsia aetiologiájában a COH-erjedés viszi a fontosabb szerepet. Különösen az esetben, ha hígított, tehát redukált zsírtartalmú tejet adunk cukorral. Minél zsírosabb valamely tej, annál nagyobb valószínűséggel van része a dyspepsia előidőzésében a tej zsírcomponensének is. Egybehangzóan az elmondottakkal, a dyspepsia kezelésében a tej hígításán (és így a zsírreduktóján) kívül a szénhidrátok %-os mennyiségének csökkentését tartjuk fontosnak. E közben sok esetben azt tapasztaljuk, hogy a csecsemő sem a nádcukrot, de még a hígított tehéntejben oldott minimalis mennyiségű genuin (tej-) cukrot sem tűri. Megkísérlelhetjük ilyenkor a könnyen erjedő nád- és tejcukor helyett a *Soxhlet*-féle tápcukor adagolását, vagy ha ez sem vezet eredményre, az oldható cukroknak oldhatatlan szénhidráttal (liszttel) való helyettesítését. Fialat csecsemők azonban a lisztet rendszerint nem jól tűrik.

Vegyünk a kedvezőbb esetet: a szénhidrátoknak és a tej zsírtartalmának csökkentésére a dyspepsia végre megszűnik. Kétségen felül áll, hogy ez az adott tejkeverék tápértékének nagymértvű csökkentése árán érhető el csak. Ha ezen érték a megélhetési minimumra (átlag 70 caloria pro kg. és pro die) süllyed, ebből baj egyelőre még nem származik, bár

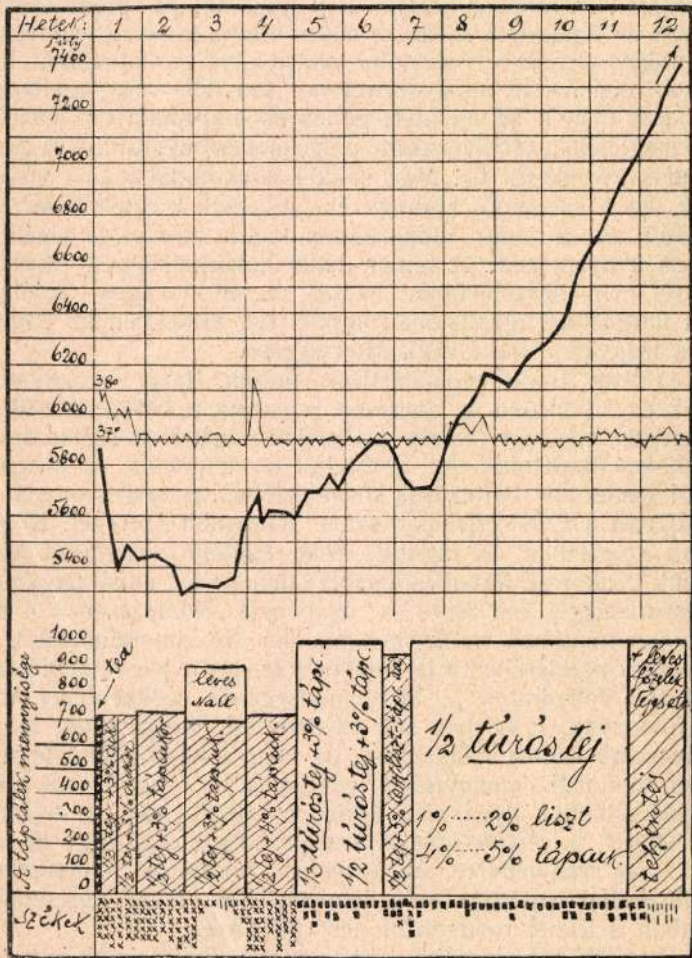
gyarapodás tartósan ez esetben nem következik be. De ha a megélhetési minimumnál kevesebbet adunk, a dyspepsia helyett inanitiót létesítünk. Ha már most a szervezet energetikai követelményeivel számolva, a tej tápértékét COH- és zsír-hozzáadással növelni megkísérlenénk — és ez adja a helyzet nehézségét —, a dyspepsia azonnal kiújul. A mesterségesen táplált (nem túltáplált!) fiatal csecsemők alimentaris dyspepsiáinak makacs voltát és e dyspepsiafajok kezelésének háládatlan mesteriségét minden gyakorló orvos jól ismeri. Ez esetekben egyedüli gyógyszernek a női tej bizonyult. Ha női tej nem áll rendelkezésünkre: a tej fokozatos hígításának szükségessége és így tápértékének csökkentése inanitiót, ennek láttára koncentráltabb táplálékkal való kísérletezés ismét dyspepsiát, szóval tarthatatlan helyzetet létesít, melynek következményei az atrophia klinikai képében és végül a csecsemő korai elhalálozásában jutnak kifejezésre.

Több száz esetben alkalmazva bebizonyosodott, hogy a **túrós tej az alimentaris dyspepsia legkitűnőbb gyógyszere.** A mitől azelőtt irtóztunk: fiatal csecsemők makacs dyspepsiájától, attól többé félnünk nem kell. Gyermekorvosi gyakorlatom legszebb sikerei e tejhez fűződnek. Mesés eredményeket érünk el vele olyan csecsemőkön, kik hosszú idő óta fennálló dyspepsia következtében erősen lesoványodtak. **A dyspepsia rendszerint 24 óra alatt gyógyul.** Ezen idő alatt következik be a vizes vagy vágott szék végleges transformatiója szappanszékké. Ettől kezdődően a túrós tejet, mint rendes táplálékot adagoljuk, mert ezen tej a dyspepsia eddig ismert legjobb prophylacticuma. Közben pedig olyan súlygyarapodásokat (2—5. ábra) észlelünk, melyeket előbb meg kell szoknunk, hogy meg ne ijedjünk tőlük. E gyarapodások realis voltáról több hónapos megfigyelés alatt meggyőződhettem, valamint arról is, hogy ez esetekben nem só- és víz-



3. ábra.

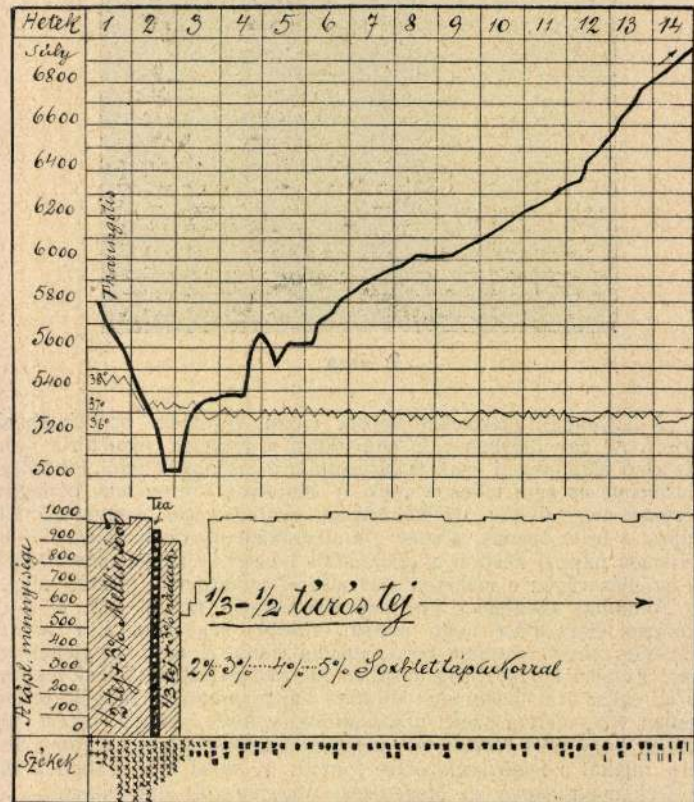
J., 7 hetes fiúgyermek. Decompositio-atrophia. A testsúly születéskor 3500 gr., a 7. hét végén 2750 gr. Női tejet egyáltalában nem kapott. A mióta él, hasmenése van. Túrós tejjre kifogástalan gyarapodás.



2. ábra.

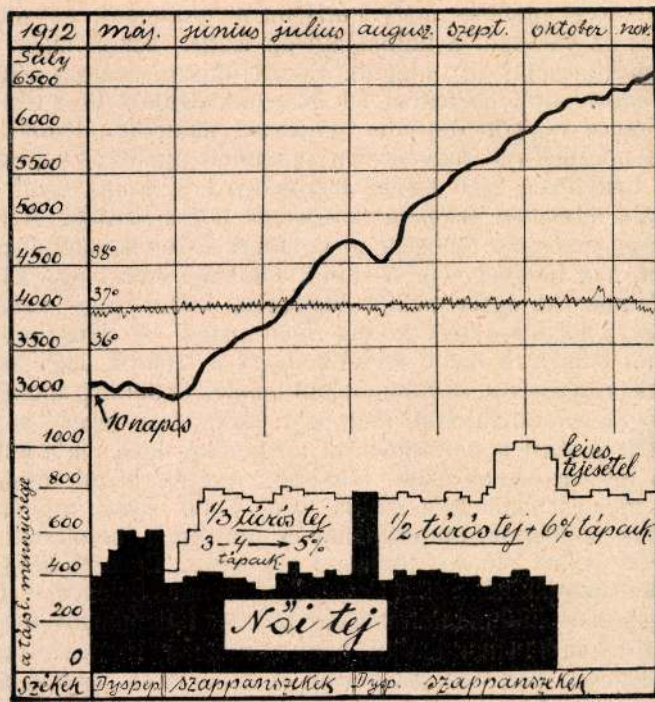
W., fiúgyermek. 6 1/2 hónapos. Idült dyspepsia, mely túrós tejjre gyógyul.

Jelmagyarázat: ■ női tej □ túrós tej ▨ tehéntej ▩ tea  
 |||| pépes székek ××× dyspepsiás székek ■■■ szappanszékek



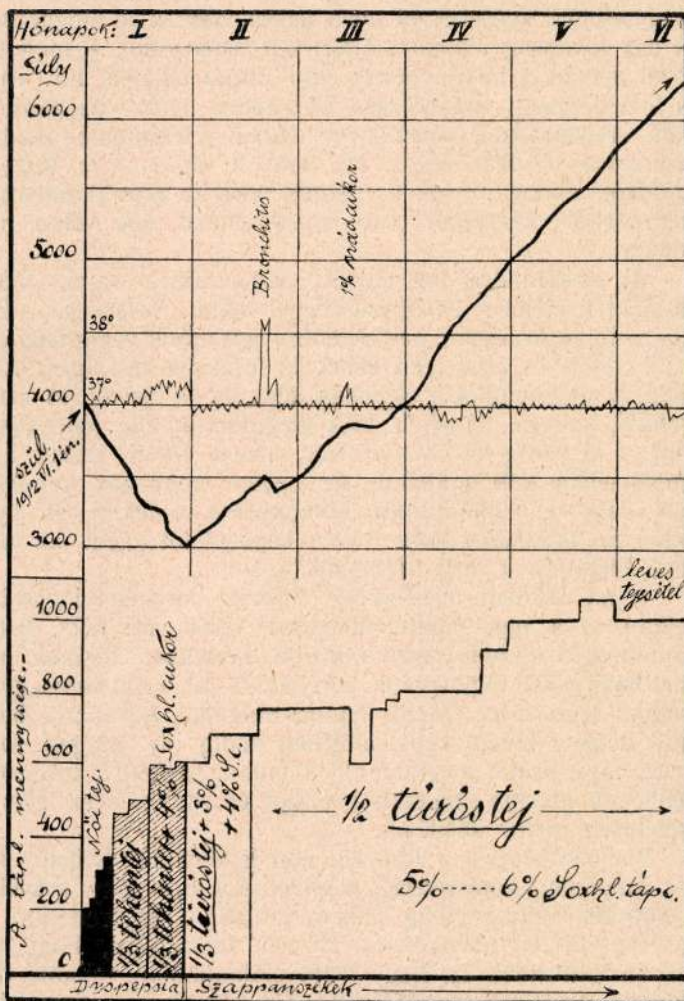
4. ábra.

F., 8 hetes fiúgyermek. Mesterségesen táplált. Parenteralis infectio. 3 hétig hasmenés, mely túrós tejjre azonnal gyógyul.



5. ábra.

F., 10 napos leánygyermek. Dyspepsia és súlycsökkenés elegendő női tejjel való táplálás dacára. Allaitement mixte túróstejjel. Erre szappanszékek és gyors gyarapodás. Megint csak női tejet kap: dyspepsia és 250 gr. fogyás. Visszatérve az előbbi étrendre, zavartalan és tartós gyarapodás.



6. ábra.

St., leánygyermek. 5 hetes koráig dyspepsia. Ezen idő alatt 1000 gr. súlycsökkenés. Túróstejre a dyspepsia 24 óra alatt meggyógyul és tartós gyarapodás következik.

retentióról van szó hydraemyzáló értelemben, hanem só- és vízrestitutióról, melynek jogosultságáról, sőt szükségességéről (a III. fejezetben) már szóltam. Az 5. és 6. ábra nemcsak azt demonstrálja, hogy súlyos dyspepsiák milyen gyorsan gyógyulnak, hanem azt is, hogy milyen szépen alakult a csecsemők további fejlődése. Ilyen gyogyeredményeket (a fehérjés tejen kívül) eddig semmiféle gyogyeljárással sem lehetett elérni. Sokszor még a női tejjel sem.

A dyspepsia diatás gyogykezelését, tekintet nélkül a csecsemő korára,  $\frac{1}{3}$  túróstejjel + 3% Soxhlet-féle tápcukorral kezdjük meg. Ha szappanszékek mutatkoznak: a cukor mennyiségét 4–5%-ra emeljük. Igen súlyos hasmenések esetében (alimentaris intoxicatio = cholera infantum) 1–2 napig cukor nélkül nyujthatnánk a túróstejet. A 3. napon ez esetekben sem késhejtünk a cukor adagolásával, mert szényhidratok hiánya további súlyvesztést okozna és így a csecsemő szervezetét egymagában is veszélyeztetné. Egészen fiatal csecsemők az  $\frac{1}{3}$  túróstejet 3–5% tápcukorral a második hó elejéig kapják. A második hó elejétől kezdve tartós súlygyarapodást csak  $\frac{1}{2}$  túróstejjel érünk el. Ilyen esetekben, ha  $\frac{1}{3}$  túróstejjel megszüntettük a hasmenést, esetleg már néhány nap múlva  $\frac{1}{2}$  túróstejre és 5–6% tápcukorra térünk át. Félévnél idősebb gyermekek (az  $\frac{1}{3}$  és  $\frac{1}{2}$  túróstej után) túróstejbe főtt tejesételeket kapnak kétszer napjában. Ha a határt átléptük és a székek ismét puhulni kezdenek, a mi némi óvatosság mellett alig fordul elő, a tett engedményeket fordított sorrendben redukáljuk.

Ha ezek után a dyspepsiák egyéb féleségeit vizsgálhatom abból a szempontból, vajon alkalmasak-e a túróstejjel való kezelésre: egy nem éppen ritka formáról, a szoptatott csecsemők alimentaris dyspepsiájáról kell szólnom. Vannak csecsemők, kiknek úgy látszik még az anyjuk (vagy a dajka) teje sem eléggé ideális táplálék. Csecsemők, kik a legelső szopástól kezdődően állandóan és hónapokon keresztül naponta több nyálkás, zöldes, híg széket ürítenek. Nyugtalan gyermekek ezek, kik sírásukkal a ház népét éjjel ébren tartják és a mi ezek után érhető, igen lassan gyarapodnak, esetleg súlyban megállanak, sőt fogynak is. Ha rövidebb időközökben szoptatjuk, vagy bőtejjü emlőre teszszük őket, még fokozódnak a dyspepsiás jelenségek. De nem szűnik meg a dyspepsia még akkor sem, ha a női tej mennyiségét a megélhetési minimumig redukáljuk. Ezalatt a csecsemő, ha nem is fogy, azáltal, hogy hosszirányban folyton nő, soványodni látszik. Ilyen „exsudatív” gyermekekkel úri családok körében mind sűrűbben találkozunk. A házi orvosnak rendszerint nem irigylendő a helyzete. Még legtöbbször megy türelmes várakozással és 5-szöri szoptatással naponta. A szülők, kik a kezelésben és a dajka tejében keresik a fogyatékoságot és sohasem a gyermekben magában, nem hívei a türelmes megadásnak. A gyermekük életéért való aggodalom, valamint a szánalom, melyet a folyton síró-rívó gyermek szívében kelt és nem utolsó sorban az éjjeli csendháborítás fárasztó volta érhetővé teszi ezt. Az ilyen csecsemő „bélhurutját” rendszerint több orvos gyogyítgatja, a táplálékot pedig dajkák hosszú sora szolgáltatja. Végre — és ez rendszerint be is következik — az utóljára hívott „jó orvos” és az utóljára alkalmazott „jó dajka” rendbehozza a gyermeket.

Ha ilyen csecsemőknek 1–2 szopás helyett  $\frac{1}{3}$  túróstejet adunk, a dyspepsiának 24–48 óra alatt rendszerint vége. A gyarapodás szemmel láthatóan megindul (5. ábra), a gyermekek megnyugosznak. Az allaitement mixte-nak ezen formája, mely eseteimben igen használhatónak bizonyult, az elválasztás idejéig folytatható. A túróstej-adagok után szappanszékek mutatkoznak, a szopások után pedig pépes székek, szappanszékekkel keverve. Hogy e változást csakis a túróstejnek köszönhetjük, arról könnyen meggyőződhetünk, ha ismét kizárólagos női tejjre térünk vissza. A dyspepsia, a nyugtalanság, a súlycsökkenés, szóval az összes zavarok ilyenkor újból előállanak.

A gyakorló orvos mindenesetre szívesen fogja venni, ha olyan gyogyeljárás birtokába jut, mely kisegíti éppen azon esetekben, melyekkel eddig tehetetlenül állott szemben.

(Folytatása következik.)

## Megjegyzés Waldmann Iván dr. megjegyzéseire.

Waldmann Iván dr. az általam leírt pupillaris vizsgálati módszert nem tartja megbízhatónak, mert szerinte nem biztos, hogy vele a fényreactiót vizsgáljuk.

Megnyugtathatom: egész kétségtelen, hogy módszerem a fényreactiót szolgálja; az okadatolást illetően arra kérem Waldmann Iván dr. urat, olvassa el figyelmesebben közleményemet, különösen pedig, hogy jöjjön tisztába azzal, hogy mi is az az *orbicularis phaenomen*? Egyébként módszerem úgy a bel-, mint a külföldi vizsgálók hivatott foruma elé van bocsájtva; ha jó, el fog terjedni és én bízom benne, hogy úgy lesz.

Sarbo Artur  
egyetemi tanár.

## Párisi benyomások.

Irta: Körösy Kornél dr.

A következőkben Páris tudományos életéről akarok képet nyújtani. Ismertetésemet annak előrebocsátásával kell kezdenem, a mit már elégszer mondtam előttem, hogy t. i. a francia tudományosság valami egészen más, qualitative más dolog, mint a mi, a kik többé-kevésbé a német tudomány befolyása alatt nevelkedtünk fel, tudományos élet alatt értünk. Ennek a különbségnek a teljes jelentőségét azonban csak az látja át, a ki egy ideig itt él. Első benyomásra a legtöbben hajlandók leszünk a francia tudományos élet jelentőségét lebecsülni; hogy ez nem helyes, az úgy hiszem ezen ismeretetés folyamán kellően ki fog világítani. Ritka esetben oly nehéz magunknak végleges ítéletet alkotni, mint ebben, és kétségtelenül helyesebb volna az összehasonlító értékelést ez esetben teljesen mellőzni; de hiába, az összehasonlítás szempontja már benne van minden megfigyelésünkben.

A mi egyébként magukat a francziákat illeti, ők nem igen tartózkodnak ettől az összehasonlító értékeléstől és a tudomány szempontjából az emberiséget aránylag elég egyszerű kategóriákba osztják: az igazi tudomány hazája Franciaország; az angol tudományt illik kellő udvariasságra méltatni, mert hiszen Franciaország nagy barátjának, Eduárdnak az országából jön; a mi a tengeren túlról kerül át ide, az american bluff; van azután német tudomány is, de az más, mint a francia — maradjon a németeké; végül Németországban túl „lä-bas“ is élnek holmi kétes tudományos existenciák, a kik el szoktak jönni Párisba, egy kis igazi tudományt tanulni. Az igazi tudósok természetesen itt is érdeme szerint s előítélet nélkül ítélik meg az egyes embert, de az átlagember felfogását körülbelül hiven jellemeztük a fenti beosztással.

Saját tudományosságuk ezen túlbecsülésében azonban nyoma sincs a gögnek vagy elbizakodottságnak: az idegennel szemben modorukban, de belsejükben is a legbarátságosabbak. A francia tudomány elsőbbsége nekik teljesen magától értetődő, „hors concours“ dolog. A poroszok viselkedése e tekintetben éppen az ellenkező: figyelembe veszik az összes többi nemzet tudományát, de viszont mélységes megvetéssel tekintenek mindenre, a mi nem német.

Az egyes nemzetek tudományával ugyanúgy vagyunk, mint a nemzeti élet egyéb nyilvánulásaival: minden nemzet tudományában találunk sajátos vonásokat, melyeket csak a nemzet fejlődéséből, a nép jelleméből és a nemzeti élet egyéb nyilvánulásaival való összefüggésükből tudunk megérteni. A mennyire kívánatos a tudomány továbbfejlődése érdekében, hogy az egyes nemzeti tudományok a nemzetközi érintkezésben egymáshoz simuljanak és így az egyik a másik jó tulajdonságait átvegye, rossz tulajdonságairól pedig leszokják, annyira szükséges az is, hogy azok az előnyös tulajdonságok, melyek történeti és localis sajátosságok által vannak feltételezve, változatlanul fennmaradjanak.

Ha valahol, úgy Franciaországban nem tudunk magunknak helyes képet alkotni a tudományos életéről, a míg nem tekintjük azt az egész nemzeti élettel való összefüggé-

sében. Régi mondás, hogy Párisban a tudomány az utcán hever; és valóban, a tudomány az étellel sehol sincs oly szoros kapcsolatban, mint itt. Ennek illusztrálására a példának egész sorát hozhatom fel. Nézzünk például be a Collège de France vagy a Muséum d'histoire naturelle előadásaira. Ezen intézmények tudvalevően semmiféle praktikus képesítést nem nyújtanak, igen magas tudományos nívóan tartott előadásai mindenki számára szabadon hozzáférhetők. A hallgatóság túlnyomó többsége idős, látunk közöttük katonatisztet, papot, sok hölgyet, van közöttük sok magasabb rangú államhivatalnok. Az egyetemektől független, többé vagy kevésbé népszerű előadásoknak száma igen nagy. A Muséum-nak kitűnő, utánzásra méltó szokása, hogy a tanárok vagy asszistensek vezetésével vasárnaponként rendez botanikai, zoológiai, geológiai kirándulásokat, melyeken bárki részt vehet, a ki a kitűzött időben a pályaudvaron megjelenik. Igen sok a különböző fokban népszerűsítő folyóirat, melyek közül többnek igen régi és tekintélyes múltja van. Több ilyen folyóiratot árulnak napilapok, szépirodalmi és művészeti folyóiratok, regények mellett minden földalatti állomáson. Egészen kis szállodák is járatják néha pl. a Revue Générale des Sciences-t. De a napilapok is kitűnő információt hoznak tudományos eseményekről. Valóban mondhatjuk, hogy a tudomány Franciaországban teljesen demokratizálva van. A demokratia egyáltalában sokkal mélyebben gyökerezik a nép jellemében, mint sokan gondolják, különösen a szélső politikai irányok gyors változása alapján. Vagy nem csodálatos példája-e a mélyreható demokráciának, hogy egy tanár tanulatlan testvéröccsét maga mellé veszi laboratoriumi szolgáknak?

Másrészt a tudósok sehol sem veszik ki annyira részüket a közéletből, mint itt. Az Académie de Médecine ülésain és bizottságaiban alaposan megtárgyalják a felmerülő közegészségügyi kérdéseket, pl. legutóbb a tuberculosis kötelező bejelentésének kérdését és néha heves viták után megszavaznak egy kívánság alakjába öltöztetett határozatot, a mely határozat azután a törvényhozás előtt döntő súlylyal bír. Minden közegészségi vonatkozású intézkedés előtt megkérdezik kiváló orvosok véleményét; ebben a tekintetben például Roux óriási munkát végez. Ide tartozik végül az is, hogy itt a tudósok sokkal többször vesznek részt az aktív politikában, mint máshol: Berthelot, mint köztudomású, két ízben volt minister.

Az akadémiára, bár eleget humorizálnak rajta, mégis mindenki tisztelettel és büszkeséggel tekint. Véletlenül alkalmam volt az Académie des Sciences egy ülését végighallgatni. Az ülés előtt és alatt igen élénk és fesztelen társalgást folytatnak az akadémikusok egymás közt és a jelenlevő nemtagokkal, annyira, hogy az ülés megnyitását alig lehet észrevenni, a ki pedig az előadót meg akarja érteni, annak egészen közelébe kell férkőznie. Az egyes előadások rendszeren úgyis csak a legközelebbi szaktársakat érdeklik és ilyen módon az akadémia ülése további kapcsolatot jelent az akadémia tagjai és a rajta kívülállók között.

A mi minden megfigyelő embert Párisban legjobban megkap, az a nép intelligenciájának rendkívüli foka. Ezt a tulajdonságot természetesen fokozott mértékben találjuk meg a tudományal foglalkozók körében, a kik csodálatos gyorsasággal fognak fel először hallott dolgokat. A francia tudomány némely kiváló képviselőjében pedig oly magas fokot ért el, hogy szinte megijedünk, a mikor az illető a szó szoros értelmében kivieszi szájunkból a szót és rögtön kész éles és tökéletesen biztos ítéletével.

Hasonlóképpen a francia nép jelleméből érthető meg az a hihetetlen könnyedség, a mivel itt a tudományt művelik: az emberek valóban félig játszva jutnak a legeredettebb és legértékesebb eredményekhez. Hiszen kétségtelen, hogy sok hibának kútforrása az, hogy kellő előtanulmány nélkül vágnak bele kérdéseik megoldásába. De másrészt kezdem érteni Claude Bernard hosszas meggondolását,<sup>1</sup> a min eddig csak mosolyogni tudtam, hogy tudniillik mi helyesebb: tekintetbe

<sup>1</sup> Cl. Bernard: Introduction à la médecine expérimentale.

venni a kísérletek megkezdése előtt a kérdés addigi irodalmát, vagy egész szabadon dolgozni? Vajjon lett volna-e bátorsága Perrin-nek az atomok létezését bizonyító gyönyörű kísérleteihez hozzáfogni,<sup>2</sup> ha a kérdés teoriás alapjaiba túlmélyen behatolt volna? Vagy nem rendkívül érdekes-e másik példaként Fabre-nak elbeszélése,<sup>3</sup> hogy Pasteur-nek fogalma sem volt a selyemhernyóról és gubójáról, mikor elment a vidékre a selyemhernyó-epidemiát tanulmányozni, a mely kérdést azután oly fényesen sikerült megoldania? Jó iskola Páris már azért is, mert megtanuljuk becsülni a tudományos dolgozásban a methodika mellett az eredeti gondolatok jelentőségét,

A francia népjellem egyik legszebb vonása, az önzetlenség, is olyan tényező, melynek hatását a tudomány fejlődésére alig lehet túlbecsülni. A tudomány bármely kérdésének fejlődését kövessük figyelemmel, mindig újból meglepődünk azon, milyen kis lépésekben történik a haladás; hogy ezen lépések közül melyik válik fontosabbá, az lényegében külső körülményektől függ. A tudomány fejlődésében bármelyik egyes egyén működése kieshetné, mindig akadnának mások, a kik pótolják, a nélkül, hogy a fejlődés lényegesen más irányban történne. Ebben a tekintetben a praktikus életben éppen fordítva áll a dolog, ott az egyéniségeken múlik minden. A tudományban azonban semmi jogosultsága sincs az egyéniség előtérbe nyomulásának. Arra nézve, hogy a francziák mennyire önzetlenül művelik a tudományt, elég Berthelot példájára utalnunk, a ki mint az organikus synthesisis chemiának egyik megalapítója semmilyen újonnan előállított anyagot sem szabadalmaztatott, vagy Carrel-ére, a ki lemondva egy nyilván óriásivá válандó sebész praxis jövedelméről, a sebészet tudományos továbbfejlesztésére vetette magát.

Ha tehát, a mint láttuk, a tudomány Franciaországban szorosán össze van nőve a népelettel, másrészt nem szabad elfelejtenünk, hogy sehol a világon nem ismerik úgy a tudományt, mint a világon nem ismerik úgy a tudományt, mint itt. A Collège de France és a Muséum d'histoire naturelle századok óta fennálló intézmények a tiszta tudomány művelésére, a mint erre a részletes ismertetésben még vissza fogunk térni. A tiszta, nem praktikus célokért dolgozó természettudományt senki sem dicsőítette szebben, mint a történész Renan.

Mi ránk, a kik német szellemben nevelkedtünk, mihelyt itt először magunk körül nézünk, idegenszerűen hat a tudományos intézmények szigorú szervezettségének hiánya. A németek nagyobb szorgalma és kitartása mellett kétségtelenül ezen múlik, hogy végeredményben, akárhog is vegyük a dolgot, a németek sikeresebben dolgoznak. Másrészt azonban nem szabad elfelejtenünk, hogy a francia intézmények szervezettségének ruganyossága igen nagy előnyökkel is jár: így sokkal könnyebben alkalmazkodnak a tudomány gyors fejlődéséhez és az egyesek individualis szükségletéhez. Fejlődő félben levő, féltudományok művelésére félintézeteket létesítenek, a melyeket aztán a szükséghez képest tágítanak. Ennek illusztrálására a részletes ismertetés alkalmával számos esetet fogok felsorolni. Így azután úgyszólván mindenkinek megvan a lehetősége a dolgozásra. Ezzel szemben Németországban az új irányokban dolgozók helyzete sokkal jobban meg van nehezítve.

Minthogy ilyenképpen a laboratóriumokat gyakran az egyes emberekhez szabják, természetesen előadódhatik, hogy az illető halála után nincs megfelelő utód; ilyenkor valamely rokonszak számára átszervezik vagy kettéválasztják az intézetet, mint az pl. Berthelot meudoni laboratóriumával történt. A fényes laboratóriumokat egyébként csak a legkiválóbbak kapják és a kisebbek néha hihetetlen szegényesen vannak felszerelve. De az új laboratóriumokat könnyen állítják fel; a Jardin colonialt Nogent s. Marneban például egy kiállítás céljából szervezték, ennek bezárása után azonban az

épületeket fentartották, de nemcsak múzeum, hanem laboratóriumok számára is. Igen gyakori eset, hogy egy embernek több laboratóriuma van, pl. egy egyetemi, egy városi és egy egyesületi, a mint tudvalevően a legkiválóbb tudósok is kénytelenek több mellékállást elfoglalni az egyes állások rossz fizetése miatt.

(Vége a jövő számban.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**A. Biedl: Innere Sekretion.** Zweite, neubearbeitete Auflage. Zweiter Teil. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg.

Hogy a belső secretio tana mennyire az érdeklődés középpontjában van ma, semmi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy az idetartozó irodalmi közlések felsorolása több mint 200 oldalra terjed, a mihez még további 50 oldalt kitevő pótlás járul az 1912. és 1913. évről. Ezt a nagy anyagot Biedl tanár csodálatraméltó szorgalommal és rendkívüli nagy tudással dolgozta fel, úgy hogy a munka új kiadásának most már teljessé válásával a szó legszorosabb értelmében vett hézagpótló munkával gyarapodott az orvosi világirodalom. A munka befejező második része folytatólagosan a mellékvesét, a carotismirigyét, a hypophysist, a glandula pinealist, a csíramirigyeket, a pankreas, a gyomor- és bélnyálkahártya, meg a vese belső elválasztását tárgyalja physiologiai alapon és a kórtanhoz való vonatkozásaiban, számos ábra és 6 színes tábla melléklésével.

**Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten.** Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg.

A Kraus és Brugsch tanárok szerkesztésében megjelenő, összesen 10 kötetre tervezett új belgyógyászati gyűjtőmunkából — a melynek tervezetét és különösen a gyakorló orvos igényeit szemmel tartó voltát az első füzetek megjelenése alkalmával már ismertettük — megjelent a 17.—24. füzet, a melyekben a fertőző betegségek folytatólagos ismertetését találjuk. Mairinger főorvos (Wien) a varicellát és variolát írta meg a vaccinatióval kapcsolatosan, Citron tanár (Berlin) a parotitis epidemicát ismerteti, a kanyaróról, rubeoláról és vörhenyről szóló fejezetek Salge tanár (Strassburg) tollából valók, Hetsch (Hannover) kimerítően tárgyalja a lépfenét, takonykórt és veszettséget, Plaut (Hamburg) pedig a mycosisokat. Römer tanár (Berlin) terjedelmes dolgozata a Heine-Medin-betegségről fejezi be az újabb füzetek tartalmát. Számos ábra és színes tábla teszi még tanulságosabbá a nagyon jól megírt fejezeteket.

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

A mellkasi aorta sclerosisának felismerésére jól felhasználható jelnek tartja Truncenek a véroszlopnak a subclaviákon érezhető odaütődését. Normalis viszonyok között, a mikor a bal szívkamara bizonyos mennyiségű vért juttat az aortába, ez a benyomuló vér által kitágítatik, de rugalmassága folytán csakhamar ismét összehúzódik. Ha azonban az aorta fala elvesztette a ruganyosságát, akkor ez a térfogatváltozás nem következhetik be. A minden szívösszehúzódás alkalmával hirtelen bejutó vér tehát teljes erejével jut az aorta legközelebbi ágaiba, így a subclaviákba is, a melyeknek főleg a felső falához ütődik erősen a vér, a mit a scalenusok között a kulcscsont felett tapintó ujj jól megérez. Ezen odaütődés erejéből és kiterjedtségéből az aortasclerosis fokára is következtethetünk, úgyszintén arra, vajjon csak a felszálló aorta sclerosis, avagy az egész aorta-ív is. Az előbbi esetben csak jobboldalt érezhető az odaütődés, az utóbbi esetben ellenben mindkét oldalon. (Münchener med. Wochenschrift, 1914, 6. szám.)

<sup>2</sup> J. Perrin: Les atomes. Alcan, 1913.

<sup>3</sup> J. H. Fabre: La vie des insectes. Delagrave.

**Túlérzékeny gyomorfekély** eseteiben, a melyekben a gyomor semmit sem tűr el, rögtön hányás következik be, *Loeper* a cukordiaetát ajánlja. A cukor elsősorban nagyon értékes kimélő szer, továbbá csökkenti a gyomornedvelvasztást, gyorsítja a gyomor kiürülését és directe sedativ hatású is. Tápláló értéke nagy. A cukordiaeta gyümölcs-sirup, gyümölcsgele, gyümölcsnedv, árpacukor, alkohol nélküli sorbet stb. adásában áll. A cukordiaeta mellett beálló erjedések mérsékeltek és múlóak. A szervezet demineralisatiójának elkerülésére egyúttal natrium- és mészfosphatot adunk. Rendes májműködéssel bíró egyéneknek a cukordiaeta nem okoz glykosuriát. A szigorú cukordiaetát 5—6 napig folytatjuk, a mikor is a gyomor állapota többnyire már megengedi, hogy részben pótoljuk a cukrot másféle könnyű táplálékkal. (*Progrès méd.* 1913, 40. szám.)

#### Ideg- és elmekórtan.

**A kisagyvelő betegségeinek tüneteiről és localisatiójáról** tartott referatutumot a londoni congressuson *M. Rottmann*. Ujabb állatkísérleti s klinikai tapasztalatok lehetővé teszik a kisagyvelőn belül a localisatiót. A kisagy medialis részének, a féregnek megbetegedése jellemző az ú. n. cerebellaris járás (tántorgás), a fejnek kényszerhelyzetben való tartása, sajátságos lassú, elmosódott beszéd s az „asynergie cerebelleuse”. Ez utóbbi a törzs és végtag önkéntelen együttmozgásaiban való incoordinatio, a mint az főképp a járásban és állásban nyilvánul. A kisagyi hemisphaerák megbetegedése kezdetben csakis az azonoldali végtagok, különösen a felső végtag mozgásainak rendellenességében nyilvánul, melyet mint ataxiát, atoniát s dysmetriát szoktak leírni. A mozgások ereje s iránya nem felel meg a célnak; azon mozgások, melyek az antagonista izmok pontos együttműködését kívánják meg, pl. egymást követő gyors supinatio-pronatio, nem sikerülnek (adiadokokinesis). Legbecesebb vizsgáló módszer ezen zavarok kiderítésére a *Bárany-féle* „Zeigeversuch”, mely szerzője szerint az egyes hemisphaerákon belül való localisatióra is felhasználható. A kisagy szürke magvainak megbetegedése jellemző az egyensúlyozó képesség nagyfokú zavara, erős szédülés, a törzs kényszertartása s az izomtonus sajátságos elváltozása, mint pl. katalepsia, tonusos görcs-rohamok. A nystagmus, a szemizombeidegzési zavarok s számos más tünet, melyet kisagybetegeken, különösen előrehaladott stadiumban, észlelni szoktunk, nem a kisagyvelő, hanem a vele együtt szenvedő hátulsó koponyaüregbeli alkotórészek bántalmazottságából ered. (*Monatsschrift f. Psychiatrie und Neurologie*, 1914. I.)

L.

**A normalis és kóros öregséget és az öregség pathológiáját** ismerteti *G. R. Lafora*. Előfordul, hogy nagyon öreg emberek agyveleje, dacára, hogy kóros öregségben (agyvelő-arteriosclerosisban) szenvedtek, nem mutatják az öregség igazi szövettani elváltozásait (senilis plaque-t, *Alzheimer-féle* fibrillumos elváltozásokat stb.). Viszont vannak esetek, a hol már aránylag korai életévekben is az öregség szövettani elváltozásait találhatjuk, a nélkül, hogy az életben az *Alzheimer-féle* betegség jelei voltak volna. A metaboliás zavarok, melyek ezen elváltozásokat előidézik, sajátos jellegűek és más pathológiás folyamatban (rákos, tüdővész cachexia, anasarca, athyreoidismus eseteiben) nem lelhetők fe. Tagadhatatlan azonban, hogy minden somatikus megbetegedés az öregségi elváltozások kifejlődését elősegíti. (*Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psychiatrie*, XIII. köt., 469. old.)

Goldberger Márk dr.

**Az elmebajosok menstruációs zavarait** ismerteti *H. Haymann*. Elmebetegség eseteiben elég gyakran marad el a menstruatio. Elmaradhat az elmebaj minden stadiumában, elvétele megelőzi a kifejezett psychés tünetek jelentkezését, többnyire azonban csak az elmebaj hosszabb-rövidebb fennállása után (legtöbbször 1—2 hónap múlva) mutatható ki és így az elmebaj kitorése és a cessatio mensium között nincs oki összefüggés. Chronikus paranoia eseteiben, úgy látszik, sohasem fordul elő a cessatio mensium, imbecillitásban is

ritka jelenség, gyakrabban észlelhető hysteriás, psychopathás és degenerált elmebajosokban. Epilepsiás elmebajosok között mintegy feleszámában, maniás-depressiós elmezavarban  $\frac{1}{3}$ -ban fordul elő. Leginkább dementia praecoxban és főképpen ennek katatonias csoportjában és a durva organomos megbetegedésekben (beleértve a paralysis progressivát) található. Legtöbb esetben a cessatio mensium súlyfogyással jár, a havibaj beállásával a súly is növekszik. A cessatio mensiumból némileg következtethetünk a betegség súlyosságára, diagnosisos segédeszközül azonban alig szolgál. A prognosis tekintetéből ugyanolyan fontossággal bír, mint a súlyfogyás és növekvés. (*Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psychiatrie*, XV. köt., 511. old.)

Goldberger Márk dr.

**Az öröklési viszonyok szerepét a pszichiatriában** tanulmányozta *Schuppins*. Vizsgálatai alapján arra jut, hogy az elmebajok öröklése semmiképpen sem egynemű, hanem az egyes családok összes nemzedékeiben az elmebetegségek minden képzelhető formája előfordul és a functionalis és organomos megbetegedések között sincs különbség. Joggal feltehető azonban, hogy mindezen megbetegedéseknek közös és ugyanazon dispositio az alapja, a melyet annál is inkább felvehetünk, mert a szerző megvizsgált családokban is, a hol az elmebaj legkülönbözőbb formái fordultak elő, a *Mendel-féle* törvény valamely variatióját mindenkor megtalálhatta. E tapasztalatokból azonban ma még nem lehet általános érvényű szabályokat levonni és az adatok további gyűjtése szükséges. (*Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psychiatrie*, XIII., 217. old.)

Goldberger Márk dr.

#### Bőrkörtan.

**Az urotropinnak (hexamethylentetramin) a dermatológiában való alkalmazását** kísérlete meg *O. Sachs* (Wien). A szerző 1912-ben kimutatta, hogy az urotropinnak belső adagolására (4—6 gr. pro die) a herpes zoster, erythema bullosum hólyagjaiban, valamint az impetigo contagiosa crustáiban formaldehyd, az urotropinnak hasadási terméke vegyi úton kimutatható. Ezt a vegyi leletet egy klinikai jel is szokta kísélni, mely abban áll, hogy az urotropinszedés nyomán a hólyagos kiütés egyes elemeit igen élénk, szokatlanul nagy hyperaemiás udvar veszi körül. *Sachs* ezek után arra a gondolatra jutott, hogy megkísérli az urotropint therapiás szempontból bizonyos bőrbajok ellenében alkalmazni. Vizsgálatai 82 herpes zoster, 29 erythema exudativum multiforme et bullosum, 41 impetigo contagiosa és 2 varicella esetére vonatkoznak. E vizsgálatok annak a megállapítására irányultak, hogy megrövidíthető-e ezeknek a bajoknak a gyógyulási időtartama urotropin adagolásával vagy sem. A szer napi mennyisége 3—4 gr. között mozgott. Lehetőleg étkezés után vegye a beteg, jó sok víz kíséretében. Ily módon ritkán állnak be kellemetlen mellékhatások (gyomortáji nyomás, vizezés-zavar, obstipatio stb.). A herpes zosterre vonatkozóan az a tapasztalása a szerzőnek, hogy az urotropinkezelés nemcsak a baj gyógyulását gyorsítja lényegesen, hanem annak valamennyi szövödményét is, elsősorban az esetleges neuralgiákat kifogástalanul megszünteti. Nagy előnye e kezelés-módnak az is, hogy helybeli gyógyításra nincsen szükség. Mindez arra bírja a szerzőt, hogy az urotropinban a herpes zosternek specificumát lássa. Az urotropinkezelés úgy látszik az erythema exudativum multiforme et bullosum ellenében is beválik. A szerzőnek az a véleménye, hogy a tünetek és esetleges szövödmények az urotropin hatása alatt enyhébbek és rövidebb tartamúak, bár az esetek kisebb száma miatt határozott véleményt nem mondhat. Ugyancsak sikerrel járt az urotropinkezelés impetigo contagiosum és eczema impetiginosum eseteiben is, a mennyiben minden helybeli kezelés nélkül aránylag kiterjedtebb esetek is 10—14 nap alatt teljesen meggyógyultak. Kétségtelen, hogy az impetigós folyamatoknak csupán csak belső kezelése a dermatologiai therapiának lényeges egyszerűsítését jelenti. Mellékhatásként ezekben az impetigós esetekben 3 ízben gyomortájéki nyomás, 1 ízben pedig haematuria jelentkezett.



A kísérleti sorozatok áttekintése kétségtelenül azt bizonyítja, hogy az urotropinkezeléssel érdemes lesz a dermatoterápiában kísérletezni. (Wiener klinische Wochenschrift, 1913, 49. sz.)

Guszman.

### Venereás betegségek.

**Concentrált neosalvarsan-injectiókat** alkalmazott *W. Kerl* (Wien). *Ravaut* és *Duhot* kísérlete meg először a könnyen oldható neosalvarsannak koncentrált oldatban való alkalmazását. A kísérletek igen kedvező eredményt adtak s ezt utóbb *Stern* és *Strauss* is megerősítette. A csekély folyadékmenyiség miatt az oly bőven tárgyalt „vízhiba” nincs meg s a gyors eljárás a káros oxydatiós folyamatot is lényegesen csökkenti. Ez a mérlegelés vezette *Zumbusch*-t is, a ki meglehetősen magas adagokban (0.75—0.9 gr.) adta koncentrált alakban a neosalvarsant s csak 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban észlelt hőemelkedést. *Schreiber* szerint 1 gr. neosalvarsan 8 gr. vízben oldva oly koncentrációjú oldatot ad, mely a vérisoniának megfelel. A szerző *Riehl* tanár klinikáján 118 beteget 345 injectióval kezelt ilyen koncentrált neosalvarsan-oldattal. Az oldatot úgy készítette, hogy aqua destillata sterilisátának minden 2 cm<sup>3</sup>-e 0.15 gr. neosalvarsant tartalmazott oldat alakjában. Az injectio 10—20 cm<sup>3</sup>-t tartalmazó fecskendővel történt intravenásan. Hőemelkedés a 345 injectio nyomán 48 ízben volt. Feltűnő, hogy a lázas mozgalom ily módon később jelentkezik, mint az infúsiók után. Kellemetlen mellékhatások nem gyakoriak s leginkább csak helybeliek, az injectio körül keletkezők s kellő óvatosság figyelembe vételével nagy mértékben elkerülhetők. Tekintve, hogy a fecskendővel való injectiók csekély folyadékmenyiségüknél fogva nem tekintendők nagyobb beavatkozásnak, a neosalvarsant többszörös kis adagokban lehet alkalmazni. A szerző ilyen módon kezelte eseteit, de nem egyforma kis adagokkal, hanem fokozatosan emelkedőkkel, körülbelül oly arányban és azon az alapon, a hogyan az arsenat a psoriasis és a lichen ellenében már régóta adjuk. A helyes eljárás a szerző tapasztalása szerint tehát az, hogy nem kell ugyanazon az adagon megmaradni, hanem azt fokozatosan növelni lehet, hogy a therapiás hatás fokozódjék. A szövetekben fekvő spirochaeták ugyanis nehezebben, csak fokozódó adagok által pusztíthatók, a mivel szemben a vérben veszteglő spirochaeták már kis adagokkal is könnyen befolyásolhatók. (Wiener klinische Wochenschrift, 1913, 50. sz.)

Guszman.

### Húgyszervi betegségek.

**A vese-auscultatio** című közleményében *Cathelin* (ezt a szokatlan elnevezést a saját bevallása szerint azért alkalmazta a szerző, hogy az érdeklődést a munkájára terelje) azon három körülmény lelkiismeretes megfigyelésére hívja fel a figyelmünket, melyek az ő tapasztalatai szerint a vese állapotáról és működéséről kellőképpen tájékoztatni bírnak bennünket csakúgy, mint az auscultatio a tüdők s a szív állapotáról. Ez a három körülmény névszerint a következő: 1. az ureternyílás alakja, 2. a kiválasztott húgyanyag és chloridmenyiség megállapítása és 3. a vesetermék kiválásának a módja. Természetes, hogy ezt a három vizsgálati eljárást mindenik vesén kell foganatosítani.

Az ureternyílást a szerző a vesék tükrének mondja, úgy a hogy a nyelvet a gyomor tükrének nézzük. Mindenekelőtt tehát azt írja le elég képletesen, hogy milyen a normalis ureternyílás, ezután pedig a különféle pathologiai változásokat írja le és ezek fontosságát fejtegeti a vese és az ureterek betegségeinek körjelzése tekintetéből. E téren szerzett tapasztalatait a következőkben összegezi. Az ureternyílás normalis vándorvese eseteiben, a nephritis haemorrhagica egyes alakjaiban, továbbá a sepsises vesekövek és némely veserák esetében is; kóros elváltozásokat észlelünk az ureternyílásokon vesegümőkór, hydronephrosis, fertőzött vesekövek és pyelitis egyes eseteiben. A cystoskopi képeket csak a kezdők magyarázzák tévesen, még pedig legtöbbször olyképpen, hogy

félreismerik a fekélyeket és a kisebb diverticulumokat, melyeket a tükrözésben kevésbé járatosak esetleg ureternyílásnak is néznek.

Ezek után igen részletesen tárgyalja a szerző, hogy milyen fontosak a kiválasztott húgyanyag- és sómenyiségek a különböző (főképpen a tubuli contorti-t és a *Henle*-féle kacsokat illető) vesebetegségek körjelzése tekintetében. Végül pedig annak a magyarázatát kísérli meg, hogy a vesesecretumnak az ureternyíláson át történt kilövelési módjának mechanikai mozzanataiból lehet-e következtetni a vesének (különösen a pyramisoknak és a papilláknak) egészségi állapotára. (Journal d'urologie medicale et chirurgicale, 1913, II. füz.)

Drucker dr.

### Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

**Furunculosis** ellen *Berger* jód és ichthyol együttes alkalmazását ajánlja. Kezdődő esetekben a furunculosokat és környéküket jódincturával erősen beecseteli és utána vastag rétegben ichthyolt ken fel. Másnap az ichthyolnak meleg vízzel eltávolítása után megismételi ezt az eljárást és ezt folytatja addig, a míg a duzzadság és pirosság teljesen megszűnik, a mikor is a jodot elhagyja és csak ichthyolt alkalmaz. Előrehaladott vagy elhanyagolt esetekben jodecsetelés után 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os ichthyol-vaselint alkalmaz késfoknyi vastagságban mull-kompresszre kenve. Tisztogatás naponként benzintupferekkel és megismétlése az eljárásnak. A geny áttörése vagy felszívódása után elhagyja a jodot és tiszta ichthyolt alkalmaz. Előnye ez eljárásnak, hogy a fájdalom gyorsan csökken, hogy a kezelés tartama rövid és hogy végeredményképpen puha, rugalmas heg marad vissza. (Mediz. Klinik, 1913, 46. sz.)

**Aranyeres csomók** ellen *Jüngerich* jó eredménnyel használja a bismolan-suppositoriumokat és a bismolankenőcsöt, mint a melyekben vérzéscsillapító, összehúzó és fájdalomcsökkentő szerek vannak egyesítve. A bismolan-suppositorium összetétele a következő: Bismuthum oxychlorat. 0.1, Zincum oxydatum 0.15, Solut. suprarenini (1 : 1000) 0.005, Eucainum hydrochlor. 0.05, Menthol 0.05, Lanolinum 0.5, Vaselinum solid. ad 2.0 A suppositoriumok reggel a székürülés után és este lefekvés előtt alkalmazandók, a kenőcs pedig közvetlenül a székelés előtt használandó a végbél táján. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 44. sz.)

**Ozaena** eseteiben *Klase* kedvező eredményeket ért el a prophylacticum Mallebrein-nel, a melynek 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os oldatába mártott vattatamponok viendők mindkét orrfélbe reggel és este 1/2—1 órára. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1913, 45. szám.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1914, 9. szám. *Szegő László*: Spontan vesekőrüli vérzés. *Porosz Mór*: Vakon végződő, 12 cm. hosszú második húgycső.

**Orvosok lapja**, 1914, 10. szám. *Neumann Henrik*: Socialis egészségügy az Egyesült-Államokban.

**Budapesti orvosi ujság**, 1914, 10. szám. *Kern Tibor* és *Wiener Imre*: A functionalis pankreasachyilia diagnostikája és therapiája. „Szemészeti lapok” melléklet, 1. szám. *Lauber H.*: Szemüveggel való sérülések. *Nestlinger Miklós*: Panophthalmitis esete izolált metastasis folytán. *Tóth Matild*: A novojodin a szemészetben. *Goldzieher Vilmos*: 1. A szemteke spontan rupturájáról. 2. A gyengéltásuak iskoláztatása.

### Vegyes hírek.

**Kitüntetés.** A király *Müller Vilmos* dr.-nak, a tátraházai tüdőbeteg-sanatorium igazgató-főorvosának a királyi tanácsosi címet adományozta.

**Az igazságügyi orvosi tanács új tagjai.** Az igazságügyminister *Grósz Emil* dr.-t és *Bálint Rezső* dr.-t az igazságügyi orvosi tanács tagjává nevezte ki.

**Kinevezés.** *Pásztor Sándor* dr.-t a magyar királyi államvasutak temesvári üzletvezetőségéhez felügyelő főorvossá, *Reisz Mór* dr. zólyomi járásorvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Ziegler Károly* dr.-t Marosvásárhely tiszteletbeli főorvosává, *Ternovszky Jenő* dr.-t ugyanott tisz-

teletbeli rendőrorvossá, *Kohn Ignác* dr.-t a szolnoki, *Hönigsfeld Jenő* dr.-t a miskolci közkórházhoz segédorvossá nevezték ki.

**Választás.** *Korcsák Rezső* dr.-t a gyöngyösi alapítványi közkórházhoz főorvossá, *Láposy Kálmán* dr.-t Mezőtúron III. városi tisztí orvossá, *Szécsi Salamon* dr.-t Szászabányán és *Wosinszki János* dr.-t Felső-kismartonhegyen körorvossá választották.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum februárban 104 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 77 volt.

**Meghalt.** *Zsiga Mór* dr. nyugalmazott m. kir. bányafőorvos február 23.-án 72 éves korában Máramaroszigeten. — *Gubody Ottó* dr., nyugalmazott járásorvos és tiszteletbeli megyei főorvos, 69 éves korában február 26.-án Kiskunfélegyházán. — *Kugel József* dr., nyugalmazott főorvos február 25.-én 74 éves korában Sopronban. — *G. Joachimsthal*, az orthopaediai sebészet rendkívüli tanára a berlini egyetemen, február 28.-án, 51 éves korában. — *P. Spillmann*, a sebészet rendszer tanára a nancy-i egyetemen.

**Megjelent.** *Alexander Béla*: A magzati csontosodások syphilitikus változása, különös tekintettel a gerincoszlop csontosodására. Budapest, Franklin-társulat. Ára 6 K. — *Fabinyi Rudolf*: Hogyan ápoljunk elmebetegeket? Budapest, Pesti könyvnyomda részvénytársaság. — *Vámossy, Fenyvessy és Mansfeld*: Gyógyszer-tan. Harmadik kiadás. Budapest, Mai Henrik és fia kiadása. Ára 11 K. — *Forel*: A hypnotismus. Fordította *Herz Sándor* dr. Losoncz, Kármán Zsigmond bizománya. Ára 8 K. — *Lukács és Papp*: A cukorbeteg diétája. Budapest, a „Petőfi” irodalmi vállalat kiadása. Ára 4 K.

A düsseldorfi orvosi akadémián a folyó évben a következő kurzusokat tartják: Május 4.-étől 16.-áig kurzus vasuti és társasági orvosok részére. Július 6.-ától 18.-áig socialis és balesetorvostani kurzus. Szeptember utolsó hetében a sebészet és nőorvostan újabb haladását ismertető tanfolyam bel- és külföldi sebészek és gynaecologusok közreműködésével, *Witzel* és *Pankow* tanárok vezetése mellett. Október 19.-étől 27.-éig *Hoffmann* tanár kurzusa a szív és az erek betegségeiről.

**Személyi hírek külföldről.** *M. Neu* heidelbergi és *E. Holzbach* tübingeni magántanárok (nőorvostan) rendkívüli tanári címet nyertek. — A párisi orvosi fakultáson megünnelt két sebészeti tanszék (Poncet és Jaboulay tanárok tanszékére) a fakultás *Louis Tixier* és *Léon Bernard* tanárokat hozta javaslatba.

**Statisztikai adatok Európa lakosságának a szaporodásáról.** A bajor statisztikai hivatal kiadványainak legújabb füzeteiben érdekes átnézet van a születések számának fokozatos csökkenéséről az egész kulturvilágban az utolsó 80 évben. Ezen egybeállításból merítjük a következő érdekes adatokat. 1. A születések száma Európában keletről nyugatra csökken. 1910-ben 1000 lakosra e szám a következő volt: Oroszország 43,9, Bulgária 42,0, Románia 39,2, Szerbia 38,5, Ausztria 32,6, Magyarország 35,7, Olaszország 33,3, Spanyolország 33,1, Portugália 32,3, Németország 29,8, Hollandia 28,6, Dánia 27,5, Norvégia 26,1, Svédország 24,7, Nagybritannia 25,0, Svájc 25,0, Belgium 23,6, Franciaország 19,6. Ezzel szemben azonban a halálozások száma is feltűnő csökkenést mutat Európa keleti államaiból a nyugati államok felé. A halálozási arány 1910-ben 1000 emberre számítva a következő volt: Oroszország 28,9, Románia 24,8, Bulgária 23,5, Szerbia 22,1, Magyarország 23,6, Ausztria 23,1, Spanyolország 23,3, Portugália 19,8, Franciaország 17,8, Németország 16,2, Belgium 15,2, Svájc 15,1, Nagybritannia 14,0, Svédország 14,0, Hollandia 13,6, Norvégia 13,5, Dánia 12,9. E két számsorozat egybevetéséből a következő eredmény derül ki. A lakosság szaporodása 1910-ben 1000 emberenként tehát volt: Bulgária 18,5, Szerbia 16,4, Hollandia 15,0, Oroszország 15,0, Dánia 14,6, Románia 14,4, Németország 13,6, Olaszország 13,4, Portugália 12,7, Norvégia 12,6, Magyarország 12,1, Ausztria 11,3, Nagybritannia 11,0, Svédország 10,7, Svájc 7,9, Spanyolország 9,8, Belgium 8,6, Franciaország 1,8.

**Kisebbségi közlések az orvostudomány köréből.** *Méhenkivül terhesség* eseteiben *Schottmüller* szerint úgy látszik állandóan van haemolysis vagy haemato-hepatogen icterus, illetve haematinaemia. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1914, 5. szám.) — *A vesegümőkór spon-tán gyógyulásáról* ír *Harlitz* esetek kapcsán, a melyekben a vesebeli gümőkóros góczok teljesen eltökölődtek és ártalmatlanná váltak, úgy hogy spontán gyógyulásról beszélhetünk. (Norsk Magazin for Laegevidenskaben, 1913, 10. szám.) — *Az istizin* nevű új hashajtószer használata után *Fischer* szerint a vizelet vékony rétegben sárgás-barna, vastag rétegben csaknem fekete színű lesz, sokszor 2-4 napra is, úgy hogy az illetők azt hiszik, hogy véreset vizelnek. (Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1914, 5. szám.) — *Izületcsúsz eseteiben a Wassermann-reactio* *Boffinger* szerint 59%-ban positiv; ennek ellentmond most *Zwicke*, a mennyiben heveny izületcsúsz 44 esete közül csak egy, és 8 idősebb eset közül egy esetben sem talált positiv Wassermann-reactiót. (Deutsche militärärztl. Zeitschrift, 1914, 3. szám.) — *Fiatal embereken Spoerl* szerint gyakori a *lágycsúsz fájdalom*, a mely azonban nem kezdődő lágycsúsz a jele, hanem a funiculus spermaticus duzzadása, illetve a n. spermaticus externus neuralgiája által feltételezett; gyógyításra belladonnát vagy bromot ajánl a lágycsúsz enyhe masszálásával. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1914, 5. szám.) — *A kezdődő gonorrhoea kezelésére* *Ballenger* és *Elder* 50%-os argyrol-oldatot fecskendeznek a húgycsőbe és utána legalább 6 órára calodiummal elzárják a húgycső nyílását; ilyen módon állítólag 3-6 nap alatt gyógyulás érhető el. (Zeitschr. für Urologie, 8. kötet, 1. füz.)

A *H. Finzelberg's Nachf.* Chemische Werke, Andernach a/Rh. által előállított *Cornutin. Ergotic. „Bombelon”* ideális anyarozs-készítmény, melyet évtizedek óta a bel- és külföld legkiválóbb nőgyógyászai jó eredménnyel alkalmaznak; **tabletták alakjában** is forgalomba kerül. Vezérképviselő: *Pohl Gyula* Budapest, IX., Ráday-u. 2.

Eredményes hízlaló kúrát, valamint görvélykórosok és cukorbeteg táplálkozását a legkiválóbb módon a csukamájolajjal lehet elérni azért, mert tápértéke felülmul minden más tápanyagot; ha nagyobb táplálkozási eredményeket akarunk elérni, csak a **Zoltán-féle csukamájolajat** alkalmazzuk.

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

Lapunk mai számához *Balla Sándor és Társa „Haemostan” és „Vaginol”* című prospectusa van csatolva.

## Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81—01.  
**Diaetás osztály** cukorbetegségeknek, anyagcserebetegségeknek. Hízlaló és soványító kúrák.  
Belgyógyászati osztály vezetője: **Dr. Dolecskó János**, főorvos.

**Dr. Batizfalvy-fele** Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vízgyógyimód, villamos kezelések. Hízlaló, soványító kúrák. Bejáróknak is.  
**sanatorium és vízgyógyintézet**  
Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon. Vezető főorvos: **Dr. Ulrich Gyula**.

**Bőrgyógyító és kozmetikai intézet** **Dr. Justus J.**, kórházi főorvos, IV., Ferencz József-rakpart 26.

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

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

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

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

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

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

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

## Epileptikus betegek intézete

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

**Dr. Szontágh Miklós gyógyintézete** **Újtrátfüred**  
Egész éven át nyitva. — **Lakás,**

ellátás, orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10 koronától kezdve.

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

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

**Dr. Réh** Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz.

Az összes elektrotherapiai eljárások: D'Arsonvalisatio, diathermia, vill soványítás stb. *Almatlanság, neurosisok, neuralgia, arthritisek, tabes dors. arteriosklerosis* stb. ellen. =

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

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

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

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

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (I. és II. rendes tudományos ülés 1914 január 10.-én és 17.-én) 205. I.

## Budapesti Kir. Orvosegyesület

(I. rendes tudományos ülés 1914 január 10.-én.)

Elnök: Grósz Emil.

Jegyző: Bence Gyula.

(Folytatás.)

## A tüdő egyik kopogtatási hangváltozásának mint új diagnostikai jelnek alkalmazásáról.

Molnár Béla: Az ép tüdő kopogtatási hangjának ezen változása a következő módon magyarázható. A belélekezés a tüdő levegőtartalmát növeli, ezzel a kopogtatási hangot hangosabbá teszi. Ez az egyik befolyás. A másik befolyás azonban abban áll, hogy belélekezéskor a mellkas izomzata, rugalmas részei és a tüdő szövete megfeszül és feszülésük növekedése a kopogtatási hangot halkabbá teszi. Hogy a két ellentétes befolyás melyike jut túlsúlyra, az a kopogtatás által keltett rezgések mélyrehatásától függ, vagyis a szerint változik, a mint gyengén vagy erősen kopogtatunk. A gyöngye kopogtatás által keltett hangra aránylag nagyobb a befolyása a mellkasfalnak, míg az erősebb, mélyebben beható kopogtatást jobban befolyásolja a tüdőnek a belélekezéssel járó növekedő levegőtartalma.

Az általa észlelt tünet abban áll, hogy a tüdőcsúcsonak már kismértékű elváltozásai megfordítják a gyöngye kopogtatáskor észlelhető physiologiai hangváltozást, úgy hogy egészséges ember tüdőcsúcsa felett a gyöngye kopogtatási hang belélekezéskor tompul, ellenben a tuberculosisnak már korai időszakában, néha már akkor, mikor egyéb kopogtatási eltérés még nincs, a kopogtatási hang belélekezéskor erősödik.

Tüdőtuberculosisban szenvedőkön vizsgálva a lélekezés befolyását a kopogtatási hangra, eddig ismeretlen tünetre bukkant és ez abból áll, hogy gyenge kopogtatáskor a beteg tüdőcsúcs fölött a kopogtatási hang belélekezéskor erősödik. A tünet leírása ugyan már megjelent az Orvosi Hetilapban, azonban mégsem látszott feleslegesnek, hogy a dolgot az Orvosegyesületnek is bemutassa, hogy ily módon alkalma lehessen a tünetet közvetlenül demonstrálni, a mit a leírás nem ad meg.

Régebben ismeretes, hogy az ép tüdő kopogtatási hangjának intenzitása és magassága a mély lélekezés-mozgásokkal kapcsolatban változik. Egészen gyenge kopogtatáskor a kopogtatási hang mély belélekezéskor veszít élességéből, míg erős kopogtatáskor belélekezéskor az élessége fokozódik. Ez a viselkedés az ép tüdőre vonatkozik, újabban Brugsch hívta fel rá a figyelmet, de a diagnostikai jelentőségéről nem tesz említést. Sahli említi tankönyvében, hogy az erős kopogtatáskor hiányzó lélekezési változás a tüdőcsúcson felett esetleg fennálló gyanút azok tuberculosis megbetegedésére meg erősítheti.

A tünet vizsgálatakor a következő körülményekre kell figyelemmel lenni: 1. a beteg mély lélekezést vegyen, ügyeljünk arra, hogy vállait ne huzogassa, 2. a kopogtatás egészen gyöngyén történjék, 3. a kopogtatott ujjat kis nyomással kell a mellkasfalra helyezni, minthogy erős nyomással föltett ujjon gyöngyén kopogtatva, a kopogtatás egyenértékű a közönséges erős kopogtatással, végül 4. a kopogtatás ne történjék a Krönig-féle hangos tér határainak közelében, a hol a tér megnagyobbodása belélekezéskor egészséges emberen is esetleg hangosabbá teheti a gyöngye kopogtatási hangot.

Abból a magyarázatból, a mely a physiologiai hangváltozás megfejtésére szolgál, a pathologiás viszonyokra alkalmazva az következik, hogy a tuberculosis tüdőcsúcs felett a mellkas izomzatának, rugalmas részeinek és a tüdő szövetének a kopogtatási hangot tompító inspirációs megfeszülése csökken és veszít jelentőségéből, úgy hogy a levegőtartalom növekedésének a hangot erősítő hatása kerül túlsúlyra.

Az elmondottak értelmében a tüdőcsúcs tuberculosisának korai jele a gyöngye kopogtatási hangnak mély belélekezés alatti erősödése az ép tüdőcsúcs fölött észlelhető gyöngyüléssel ellentétben.

## Traumás eredetű arachnitis circumscripata okozta pangásos papilla.

Pólya Jenő: A 46 éves lakatost 1913 május 27.-én vették fel. E hó eleje óta látása rohamosan gyengül, ez idő óta erősen szédül és fejfájásokban is szenved. 4 év előtt egy vakoló kanálra lépett, mely felcsapódott és fejét megütötte. Fejfájásai ez idő óta jelentkeznek. Felvételnél nevezetesebb eltérést a mozgási és érzési körben nem találnak. A látás a jobb szemén  $\frac{5}{10}$ , a bal szemén szem előtt olvas ujjakat. Szemfenéki lelet: papillitis oculi utriusque (I. számú szemklinika). A Wassermann-reactio negativ. A pangásos papilla gyógyítása céljából decompressiv trepanatióra határozzák el magukat. A fej leborotválása után látják, hogy a bal faltájékon csekély horpadás van, melynek megfelelőleg a koponya kopogtatásra fájdalmas. Egyébként sehol sem fájdalmas.

Műtét 1913 június 5.-én novocain-localanaesthesiában. Behatolás hosszirányú metszéssel a kívülről tapintható horpadás helyén. Ezen a helyen 2 mm. mély és 5 cm. hosszú vályú van a csonton, mely verticalis irányban felülről lefelé fut. Ennek a vályúnak a folytatásában felfelé még egy 1 cm. hosszú fissura látszik a csonton. A horpadás körül 5 koronánál nagyobb terjedelemben eltávolítják Luer-vel a csontot. A csontból fennálló vérzést izomdarab odahelyezésével prompt csillapítják. A dura alatt egy helyen krajczárnyi területen puhább helyet éreznek, ezt megnyitva liquor ürül. A durát négyzetes lebenyben visszahajtva, látják, hogy a dura az arachnoideával összenőtt, az arachnoideán kitágult erek és oedema. Az oedemát helyet scarifikálják. Az agyban punctiót végezve, ez negativ eredménnyel jár. A duradefectus pótlására a fascia temporalisból vett lebenyt használnak. E felett a temporalis izmot összevarrják és azt tapasztalják, hogy a fascia leválasztása után ez sokkal könnyebben sikerült. Exact bőrvarrat. A lefolyás láztalan. A műtétet követő napon fejfájás. Sima, láztalan sebgyógyulás.

Június 10. A fejfájás elmúlt. A beteg a kórházat elhagyja. A trepanatio helyén az agy inkább behúzódnak, mint elődomborodó.

Szemészeti lelet június 20.-án: jobb:  $\frac{1}{2}$  méterről olvas ujjakat, bal:  $\frac{5}{70}$ . Mindkét papilla lelapult. Kismértékű concentrikus szűkület (Waldmann).

Július 8.-án: Jobb  $\frac{5}{7}$ ? Mindkét papilla erősen decolorált, pangás nincs. Bal  $\frac{5}{7}$ ? A látóterek szabadok (Liebermann).

Július 9. Jól van, fejfájása már nincs. Látása teljesen jó.

Július közepe táján vette észre, hogy beszéde romlik, először csak akadózni kezdett, későbbben nem tudta kimondani, hogy mit akar. Ez idő óta jobb keze szintén gyengült. Július 28.-án ismét felvettette magát osztályukra. Itt a jobb oldali bénulás fokozódását észlelték. Az operatio helyén a koponya kidomborodott. A látás is romlott. Az augusztus 8.-án megejtett szemvizsgálat szerint: jobb  $\frac{5}{10}$ ? bal  $\frac{5}{15}$ . Augusztus végén a status a következő: Beszélni egyáltalán nem tud. A mondottakat megéri ugyan, de a szavakat ismételni nem tudja, csak érthetetlenül dadog. Jobboldali facialisbénulás. Jobb felső végtagja teljesen béna, sem karját, sem ujjait nem tudja mozgatni. Járnai is csak igen nehezen tud.

Szeptember 8.-án punctio az elődomborodás helyén. Először finom tűvel pungálnak; mintegy  $1\frac{1}{2}$  cm.-re a felülettől cseppenként kevés folyadék kezd ürülni, ezért vastagabb tűvel pungálnak, mire 20 cm<sup>3</sup> sárga, kissé zavaros folyadékot nyernek, melyben fibrin-czafatok úszkálnak. A koponya elődomborodása azonnal lelapul, a beteg érthetően kezd beszélni, egyes szavakat ugyan nem talál meg, de a

kérdésekre értelmes feleletet ad. A következő napokon beszéde javult, újra tudott járni és a műtét után egy héttel karját és ujjait is tudta mozgatni.

Szeptember végén állapota ismét rosszabbodott, először a jobb felső végtag mozgékonyasága, azután a beszédje romlott olyannyira, hogy jobb felső végtagja teljesen bénává vált és beszélni egyáltalában nem tudott.

Október 4.-én ezért a régi hegben újra behatolnak és szélesen feltárják a folyadékfelhalmozódást, a mely az agy felületén az agyállományba nyomuló tyúktöjásnyi üregben foglalt helyet s kb. 3 evőkanálnyi véres savó volt. Az üreget gaze-zel tamponálják. A beszéd közvetlenül a műtét után ismét megjavult; a műtét napján egy ízben görcsei voltak, a midőn öntudatát is elvesztette. A következő napokon járása megjavult, karjának a használhatósága lassanként szintén javult. 2 nappal a műtét után tudta emelni az alkarját. 8 nap után már egyes tárgyakat is tudott a kezébe fogni.

December 8.-ára a seb teljesen begyógyult. Január 7.-én 3 perczig tartó, az egész testre kiterjedő görcsei voltak, melyek alatt eszméletét elvesztette.

Jelenleg csekély jobboldali facialis paresis, a felső végtag is kisebb fokban paresises, a kéz szorítóereje gyengült, azonban tudja használni. Az alsó végtag mozgása kifogástalan. Beszéde kissé akadozó, a szavak néha nehezen jutnak az eszébe, de gondolatait érthetően tudja kifejezni. Fejfájása, szédülése nincs, látásával meg van elégedve. Az utolsó szemészeti vizsgálat eredménye (Waldmann) 1913 december 27.-én: Látás: jobb  $\frac{5}{10}$ , bal  $\frac{5}{10}$ ? Kisfokú látótérszűküllet. A papillák szürkésfehérek, kiemelkedés nincs.

#### A baloldali parietalis agylebenyben székelő subcorticalis cysta megnyitása.

Pólya Jenő: A 42 éves vasuti málházónak 5 hónap óta fáj a feje és rosszabbodik a látása. Zavar sem a mozgási, sem az érzési körben nem mutatható ki. A labyrinthus-vizsgálat negatív. Mindkét szemén atrophia hajló pangásos papilla. A látás mindkét szemén  $\frac{5}{30}$ . Mivel góccstünet nincs, a papillitis miatt decompressiv trepanatiót láttak indikálni és pedig localisatiós tünet híján jobboldali subtemporalis decompressiót szándékoztak végezni. A fej leborotválása után kitűnik, hogy a lambdapont felett 5—6 cm.-rel a középvonaltól balra egy kis mogyorónyi pulzáló csomó (varix) található, mely a koponyaurba visszanyomható. Azon feltevésben, hogy ezen varix összeköttetésben van az intracranialis folyamattal, az eredeti tervet megváltoztatva, e helyen hatolt be. A műtétet december hó 15.-én novocain-localanaesthesiában végezte. A bal parietalis tájon az összes lágyrészeket selyemmel körülvarrja. A helyén egy median felé tekintő alappal bíró, lekerékített szögletű, négyszögletes lebenyt készít. A bőrlebenyt a csonthártyával együtt a csonttól lehúzza, a mikor is a fent leírt kis csomóhoz érve, erős venosus vérzés áll be, melyet tupper-rányomással csillapít.

Ezután a nyílvarrat és a bal faldudor között a csontot megfúrja, a csont e helyen feltűnően vékony. A lékelés helyéről kiindulva, a csontot köralakban féltényérnyi nagyságban kitördeli. A dura igen feszes, sajátságos kékesen átűnő, egyik helyén finom repedésen az agyállomány kitolul. A durát a középvonal felé néző nyéllel bíró lebeny alakjában felvágva, az agyfelszint szabaddá teszi, ez igen nagy feszülés alatt domborodik elő. Punctióra tiszta sárga folyadékot nyert, mely részint a fecskendőbe jut, részint a tű mentén tör elő. Az ür kb. 8—10 cm<sup>3</sup> folyadékot tartalmaz, subcorticalis elhelyeződésű, az agykéreg alatt mintegy  $\frac{1}{2}$  cm.-rel fekszik. Punctio után az agy e helyen besüpped. A punctio helyén levő nyílást tágítja és akkor látja, hogy a cysta falát hártya alkotja, melyet azonban nem sikerül eltávolítani, mert eltávolítás közben bő vérzés áll be, melyet csak olyan módon tudott csillapítani, hogy felette a durát catgut-öltésekkel összehúzta. Egyebütt a durát nem varrja, hanem a szabadon maradó agyrészekre a scalplebenyéből vett periostdarabot fektet. Bőrvarrat, nyomókötés.

A lefolyás teljesen sima, láztalan, a fejfájás elmúlt, a seb per primam egyesült.

A 12 nappal a műtét után (december 27.-én) megejtett szemészeti vizsgálat azt mutatja, hogy a látás mindkét szemén  $\frac{5}{10}$ , a látótérek csekély mértékben szűkültek, a jobb papilla még 2 D.-nyira kiemelkedő, a bal nem. Mindkét papilla atrophia hajló (Waldmann). A január 9.-én megejtett szemészeti vizsgálat szerint a visus mindkét szemén  $\frac{5}{10}$ , mindkét papilla atrophia hajló, azonban határai élesek (Waldmann).

Az esetet, valamint az előbb bemutatottat, főleg azért tartja érdekesnek, mert a koponya külső vizsgálata alapján sikerült az intracranialis laesio helyére reájutniok, a melynek localisatiójára a neurologiai lelet nem szolgáltatott kielégítő támpontot.

#### Szemdiagnostikai tévedések és hibás szemdiagnosisok.

Hoor Károly: Az Axenfeld, Bach, Elschmig, Greeff és mások által megírt, Axenfeld szerkesztésében már harmadik kiadást megért szemézi tankönyvben Axenfeld a conjunctivitis pseudomembranaceáról szóló fejezetben ezeket írja: „A conjunctivitis pseudomembranosa enyhe alakjait régebben mint conjunctivitis crouposát a súlyos diphtheria conjunctivaevel állították szembe“, továbbá: „A súlyos alakok, melyek klinikailag is azonnal diphtheria conjunctivae nek diagnoskálhatók, a következő kórképet mutatják“.

Mindenekelőtt régebben nem a diphtheria conjunctivae-vel állították szembe a conjunctivitis crouposát, hanem, nagyon helyesen, a conjunctivitis diphtheriticával, és azután a súlyos alakok nem diagnoskálhatók azonnal diphtheria conjunctivae nek; diphtheritisnek igen, de diphtheriának csak „esetleg“ a bacteriologiai vizsgálat alapján. A conjunctivitis crouposa és conjunctivitis diphtheritica anatomiai, illetőleg kórbonczolástani, a diphtheria aetiologiai, illetőleg bakteriologiai diagnos, mely csak akkor lesz helyénvaló, ha akár a croupos, akár a diphtheritises kötőhártyán Löffler diphtheria-bacillusa kimutatható. Ez a bacillus okozhatja a kötőhártya croupját és annak diphtheritist, mely akkor egyúttal diphtheria conjunctivae; de úgy a conjunctivitis crouposát, mint a diphtheriticát, még pedig ennek sokszor igen súlyos alakjait, más mikroorganizmus, nevezetesen a streptococcus is okozhatja; ilyenkor streptococcus-fertőzés okozta diphtheritis conjunctivae-vel van dolgunk, de nem diphtheria conjunctivae-vel.

Éppen annyira indokolatlan diagnos, mint a mennyire elterjedt, a conjunctivitis phlyktaenulosa, mert ez az ú. n. phlyktaena sem fejlődése kezdetén, sem lefolyásában nem phlyktaena, nem hólyag, hanem lágy összeállású, de szolid csomó. Stellwag és az ő iskolája a herpes conjunctivae diagnosist használják, ezt a diagnosist azután meg azok nem fogadják el, kik a phlyktaena diagnosisával élnek. Csakhogy a herpes éppen úgy jelenti a hólyagot, mint a phlyktaena, és ha rossz a herpes, rossz természetszerűen a phlyktaena is.

A keratitis parenchymatosa synonymájaként sokan a keratitis specifica elnevezést használják; ez sem helyes, mert ez a keratitis nem a luessel általában van aetiologiai vonatkozásban, hanem a lues hereditariával; de nem találó egészen a keratitis ex lue hereditaria sem, mert ennek a keratitisnek oka a szerzett lues is lehet, azután a tuberculosis, az influenza, a febris intermittens stb.

Sűrűn tévesztik össze az iritis papulosát az iritis gummosával, pedig ez a két szembaj sok mindenben és lényegesen különbözik egymástól. A papulák a lues második szakában, a gummák a harmadikban jelentkeznek, a gomma nagy hajlamot mutat arra, hogy a sugártestre áterjedjen és genyesen szétessék, a papula csak nagy ritkán terjed át a sugártestre, genyesen meg nem igen esik szét, az iritis papulosa prognosisa jó, az iritis gummosáé nem kedvező.

Helytelen az insufficientia recti interni diagnosisa, mert az izom absolute véve korántsem insufficiens, elégtelen működésű, hanem tisztán és kizárólag csak az összehajlás szolgáltatában, és nem találó vagy legalább nem mindig találó az

associált vagy conjugált szemizombénulás diagnózis sem, mert izombénulásról nincs szó.

Sokan a *ptosis trachomatosa*t a *ptosis ex hypertrophia palpebrarum*mal azonosítják, a mi egészen helytelen, mert a *ptosis trachomatosa*t egészen sima, elhegedt vékony kötőhártyánál és rendes vastagságú vagy vékony porcánál és szemhéjnél is megláthatjuk, a mikor tehát *ptosis ex hypertrophia palpebrarum*ról szólni tiszta *contradictio*.

Egészen rossz diagnózis a *ptosis adiposa*, mert a szemhéjlecsüngésnek semmi köze sincs a zsírfelhalmozódáshoz; ezt a *ptosis*t ugyanis a levator palpebrae superioris hiányos összefüggése okozza a szemhéjbőrrel és szemhéjporccsal.

Nem helyes diagnózis rendszerint a *distichiasis* diagnózis a kötőhártya és porc trachomás hegesedésénél és heges zsugorodásánál; a mit itt *distichiasis*nak diagnoskálnak, az jóformán mindig a *trichiasis* kezdete és a hegesedés befejeztével az ú. n. *distichiasis*ból egysoros *trichiasis* lesz.

Igen sokszor helytelen diagnózis a *blennorrhoea sacci lacrymalis* diagnózis, az *acut dacryocystitis* meg sohasem szabatos diagnózis. A *keratitis marginalis profunda* nem *kerato-skleritis* és az ú. n. *keratitis striata* nem szaruhártyagyulladás.

(II. rendes tudományos ülés 1914 január 17.-én).

Elnök: Salgó Jakab.

Jegyző: Dollinger Béla.

**Nagydosisú autovaccin használatára rohamosan gyógyult heveny ophthalmoblennorrhoea.**

**Szily Pál:** A 18 éves munkásleány 4 hónap előtt heveny gonorrhoeás fluort szerzett. December 15.-én szemét vizeletével megmosta, 2 napra reá jobb szemén typosus ophthalmoblennorrhoea állott be. Az esetet a kórház serológiai és kísérleti gyógytani állomására küldték vaccinás gyógyítás megkísérlése céljából.

Megjelenésekor a szemhéj erősen duzzadt volt, nagyfokú chemosis állott fenn, a bő genyes váladék rengeteg gonococust tartalmazott. A szaruhártya teljesen ép volt. Serumagaron a conjunctiva genyéből a gonococust azonnal kitenyésztette és abból vaccint készített. A coccosokat 1 $\frac{1}{2}$  óráig 60 C<sup>0</sup>-on tartással ölte meg. Minthogy a folyamat gyors előhaladása miatt a beavatkozás sürgős, másnap reggelre 300 millió coccust injeciált intramuscularisan. A beavatkozásra sem helyi, sem általános tünet nem jelentkezett, azonban már másnap a klinikai kép teljesen megváltozott. Váladék alig volt, gonococcus nem volt található, a chemosis, a szemhéj duzzanata lelohadt, a subjectiv panaszok teljesen megszűntek. Ezen körülmény arra készítette, hogy az injectiót még aznap nagyobb dosisban megismételje (600 millió coccus). Harmadnap egyáltalán nem volt váladék nyerhető és a szemészek szerint a conjunctiva az időszült lob képét mutatta. Mellék-tünet ismét nem volt, úgy hogy a nő még két egymásutáni napon 800 millió coccust kapott. A jelentkezés utáni ötödik napon elmaradt és ismét munkába állott. Ma látta viszont a kórházban. Helybeli kezelésben nem részesült.

A bemutató azon meggyőződést merítette a vaccinkezelést illető tapasztalásaiból, hogy a helybeli folyamatokban az autovaccin sokkal nagyobb dosisokban és előnyösebben használható, mint a polyvalens vaccin, mellékhatások kevésbé mutatkoznak. Ezen tapasztalásait elsősorban azon eredmények igazolják, melyeket csecsemők multiplex tályogjainak (60 eset) autovaccinkezelésével nyert. 6—8 nagydosisú (200—500 millió) staphylococcus-autovaccinbeoltásra a pyoderma teljesen meggyógyult, a nélkül, hogy a kórtól megviselt csecsemőkön a beavatkozás után mellékhatást észleltek volna. A mellett a negativ phasistól való aggodalom feleslegesnek és az opsonin-index ingadozásának megállapítása elhanyagolhatónak bizonyult, az adagolás tisztán a klinikai észlelésre volt bízható.

**Meisels Vilmos:** Röviden reflektálni akar azon tapasztalatokra, melyeket részben opsonogennel és antigennel, részben pedig autovaccinnal ért el. A gyári opsonogennel a legnagyobb dosisban is cserbenhagyták prostata-gonorrhoea, kankós ízületi vagy más bántalmakban. Az utóbbi időben autovaccinnal kísérletezett igen jó eredménnyel. Az

első napokon 38.2—38.5<sup>0</sup> láz és bágyadság volt észlelhető, de harmadnapra a láz megszűnt s az ökölnagyságú prostata diónagyságúra lohadt le.

**Egyszerű eljárással gyógyított heges végbélszűkület.**

**Pólya Jenő:** Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.

**A phrenicusbénulás kérdéséhez.**

**Manninger Vilmos és Borgyoski Milivoj:** A múlt évben egymást érték a közlemények, melyek a *Kuhlenkampff* módjára végzett plexus-érintés során jelentkező súlyos szövőd-ményről számoltak be. A tünetcsoport annyira egységes, hogy ismeretéhez elegendő egy esetnek leírása; csak intenzitásbeli, de nem lényeges eltérések vannak az egyes esetek között. Két esetet észleltek. Közülök az első az abortív alakot, a második a teljes kórképet mutatta. Ez esetben néhány perczzel a be-szúrás után igen heves fájdalmak jelentkeztek a megfelelő oldali mellkasfélen, a VIII—IX. borda magasságában, főleg a hónaljvonalak között. A lélekzés szapora, felületes, akadozó. Az arcz halvány, kissé cyanosisos, a pupillák egyenlő tágak. Halálfélelem, hideg veriték. A beteg a fájdalmas oldal felé görnyed, mélyen lélekzeni nem tud. Röntgen-átvilágításkor a megfelelő rekeszfél magasabban áll, nem vesz részt a lélekzésben, ellenben paradox mozgásokat mutat. A mamma alatt 3×10 cm. kiterjedésű, a borda lefutását követő, erősen hyperalgesias zóna. A fájdalmak csökkennek, a mint a megfelelő mellkasfélt feltett kezekkel relativ nyugalomra bírjuk. Hasonló eredménnyel jár az erős ragasztótapaszos kötés. 2 cgr. morphinra a fájdalmak lényegesen csökkennek, úgy hogy a bonyolódott felkötés kellő ellátása lehetségessé válik. 6 óra alatt a tünetcsoport majdnem teljesen eltűnik, a lélekzés felszabadul. Fájdalmak — kisebb mértékben — azonban még másnap is vannak. Teljesen analog kórképeket irt le *Heile*, *Eberle*, *Siebert*, *Sievers*, *Klauser* és *Stein*. Maga *Kuhlenkampff* egy hasonló és több abortív lefolyó esetről tesz említést. Végül *Brunner* két hasonló kórképet ír le golyvaműtétek kapcsán.

E tünetcsoport magyarázatára három elmélet ismeretes. *Heile* és *Kuhlenkampff* pleurasértésre, illetve a pleuraüregbe való befecskendésre vezeti vissza a fájdalmakat, *Sievers* és *Siebert* a phrenicus paresisére, *Stein* a n. thoracicus longus sértésére.

A három elmélet közül egyik sem magyarázza teljesen az összes tüneteket. A pleura-injectio, illetve az ennek kapcsán fejlődő pleuritis felvétele valószínűtlen, 1. mert a 12 eset közül csak egyben volt pleuritis kimutatható, 2. mert *Brunner* két esetében a pleura közelébe sem értek, egy esetében pedig narcosisban történt a műtét, 3. mert a *Sievers* és a bemutatók esetében észlelt rekeszbénulást nem magyarázza. A phrenicus bénulása nem magyarázza a fájdalmakat, *Stein* elmélete pedig egyáltalán nem érteti meg a kórképet.

A bemutatók véleménye szerint egységes értelmezést csakis a phrenicus közvetlen vagy közvetett sértése, illetve az ennek kapcsán fejlődő izgalmi állapot enged meg. A kórkép teljesen megfelel annak, a melyet először *Peter* irt le 1871-ben neuralgie diaphragmatique et faites morbides connexes neve alatt és a melyet a phrenicus izgalmanak tulajdonít. Ma már általánosan ismert, hogy a phrenicusban érő rostok futnak, melyek a bordaközi érő idegekkel közlekednek. Ez magyarázza a mellkasfalra projeciált fájdalmakat. A phrenicus sértése pedig anatomicen nagyon is magyarázható. Az atlaszok és a hullán végzett dissectiók nem adhatják a phrenicus és plexus topographiájának helyes képét, éppen mert dissekált állapotban, a rögzítő és elválasztó fasciáktól csupaszon mutatják a viszonyokat. *Braune* atlaszának egy képén, valamint fagyasz-tott tetemen készült horizontális metszeteken bizonyítja, hogy a phrenicus az esetben, ha pontosan betartjuk *Kuhlenkampff* utasítását, beleesik a szúrás irányába. Akár direct szúrás, akár a feszes fascia-üregbe történő bevérzés megmagyarázza a phrenicus paresisért, illetve neuritisét. Ez pedig teljesen megfejt mind a 12 esetet.

Gyakorlati szempontból két következtetést von le: 1. nem ajánlatos a beszúrást közvetlenül az art. subclaviá-

tól kifelé eszközölni, hanem jobb attól 1—2 cm.-rel kifelé menni; 2. kétoldali plexusanaesthesiát végezni tilos. Ugyanez áll a kétoldali mély nyakanaesthesiára, a melynél a 3—5. gyökpár bénítása feltétlenül kétoldali phrenicusbénulással járna.

**Holzwarth Jenő:** Hogy a nervus phrenicus bénulása a *Kuhlenkampff*-féle érzéstelenítés kapcsán gyakrabban fordul elő, mint gondoljuk, bizonyítják *Härtel* és *Keppler* ezirányban folytatott vizsgálatai a *Bier*-féle klinikáról. Röntgen-vizsgálattal megállapították, hogy 17 eset közül 14-ben volt phrenicusbénulás s ennek okául a novocainnak a musc. scalenus anticus mentén való diffúzióját veszik fel. E vizsgálatok azonban egyszersmind azt is kiderítették, hogy a bénulás subjectív tünetek nélkül mintegy 3 órai tartammal bír és azután önként visszafejlődik. A mi a nervus phrenicus direct megszurását illeti, az akkor, ha pontosan *Kuhlenkampff* utasításához tartjuk magunkat, esetleg lehetséges, de nem valószínű, mert a befecskendezés helye kb. 2 cm.-rel oldal van a phrenicus lefutása helyétől. A szóló valószínűnek tartja, hogy a phrenicusserülés rovására írt fájdalmakat vagy egy más ideg, vagy a pleura sértéséből kell magyarázni.

(Vége következik.)

## PÁLYÁZATOK.

289/1914. ált. szám.

A vezetésem alatt álló közkórháznál lemondás folytán megüresedett egy alorvosi és két segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az alorvos javadalmazása 2000 korona, lakás, fűtés és élelmezés. A kinevezés két évre szól, de meghosszabbítható; magángyakorlat csak annyiban van a városban megengedve, ha mennyiben az a szolgálattal összeegyeztethető. Orvosi gyakorlatra utasított és nős pályázók figyelembe nem jöhetnek.

A segédorvosok javadalmazása egyenként 1200 korona, lakás, fűtés, élelmezés; a kinevezés két évre szól. Más pályázók hiányában orvosi gyakorlatra utasított orvosok is kinevezhetők. Magángyakorlat nincs megengedve.

A folyamodványok méltóságos *Makfalvay Géza* úrhoz, Somogyvármegye főispánjához intézendők és a kórház-igazgatóságnál nyújtan-dók be márczius hó 23.-áig.

K a p o s v á r, 1914 márczius 3.

*Szigethi-Gyula Sándor* dr., igazgató-főorvos.

Az északmagyarországi egyesített kőszénbánya és iparvállalat r.-t. mizserfai bányagondnokságánál megüresedett a bányorvosi állás, melynek betöltésére pályázat hirdettetik.

Az orvos javadalmazása 3600 korona évi fizetés, 10% drágasági pótlék, szabad lakás, fűtés, világítás és újévkor kettős havi fizetés.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy kérvényeiket folyó évi márczius hó végéig küldjék be, az állás pedig április hó 15.-én lesz elfoglalandó.

*Északmagyarországi egyesített kőszénbánya és iparvállalat r.-t. társulási elnöksége, Baglyasalja, u. p. Salgótarján.*

**Kálvintéri vízyógyintézet**  
**és inhalatorium**  
 Budapest, Kálvin-tér 10.sz.  
 Mérsékelt árak. Legmodernebb berendezés.

A pozsonyi m. kir. bábaképezdében megüresedő II. tanár-segédi állás 1400 korona évi fizetéssel és teljes ellátással folyó évi április hó 1.-én betöltendő.

Az eddigi orvosi működést és nyelvismeretet feltüntető, szabály-szerű pályázatok az igazgatósághoz küldendők be.

*Velits Dezső* dr. udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.

236/1914. szám.

A nagyági m. kir. bányaműigazgatóság Ferencz József altárho bányosztályánál, Felsőcsertés állomással, a X. fizetési osztály 3. fokozatába sorozott évi 1600 korona fizetéssel, az 1904. évi I. és 1906. évi IX t.-cz. értelmében fizetés természetével bíró évi 400 korona személyi pótlékkal, természetben adott lakással, vagy ennek hiányában a törvényszerű lakpénzzel, 54 köbméter tűzifajárandósággal, vagy ennek mindenkor megállapított megváltási árával, évi 231 korona utazási átalánnyal javadalmazott, házi gyógyszerértartási kötelezettséggel egybekötött és 1914 november 1.-én elfoglalandó bányorvosi állásra ezennel pályázat hirdettetik.

Felhivatnak azok az orvostudorok, kik ez állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott folyamodványaikat előljáró hatóságuk, vagy ha állami szolgálatban nem állanak, azon törvényhatóság főispánja (Budapesten a polgármester) útján, melynek területén laknak, folyó 1914. évi április hó 11.-éig a m. kir. pénzügyministeriumhoz czimezve, alulírott bányagazgatósághoz nyujtsák be. Későbbben beérkező folyamodványok nem vétetnek tekintetbe.

Folyamodók kötelesek hiteles okmányokkal igazolni, illetőleg mindazon kellékeket kitüntetni, a melyek a kiírt állásra megköveteltetnek, nevezetesen:

1. családi és utónevüket, honosságukat, születési helyüket és életkorukat, vallásukat és családi állapotukat;
2. megszokítás nélküli előéletüket (curriculum vitae);
3. nyelv- és szakismereteiket, netaláni klinikai vagy kórházi szolgálataikat;
4. erkölcsi magaviseletüket;
5. hogy katonai kötelezettségüknek miképpen feleltek meg;
6. hogy oly egészségi állapotban vannak, miszerint a szolgálattal egybekötött köteleességek teljesítésére képesek.

A kinevezés, ha az illető még nem állami alkalmazott, egy év tartamára ideiglenesen történik, s a véglegesítés csak egy évi próbaszolgálat után következik be, feltéve, hogy az illető a szolgálat teljesítésével járó köteleességeknek minden tekintetben megfelel.

N a g y á g o n, 1914. évi február 23.

M. kir. bányaműigazgatóság.

**Végbélbántalmak ellen és azok elkerülésére legalkalmasabb az eredeti Prof. Lenhossék-féle ANICURE-fecskendő**  
 Kapható kizárólag:  
**Fischer Péter és Tsa R.-T.-nál** Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 6. szám. Telefon 9-58.  
 Most megjelent **Betegápolási Értesítőnk** kívánatra ingyen és bérmentve.

**SANATORIUM REKAWINKEL** Legmodernebb berendezés, az összes gyógy-eszközök, hozzáépítéssel most meg-nagyobbítva. Erdőktől környezve.  
**Legegyénibb kezelés. 4 orvos.**  
 Megbeszélő állomás: Wien I., Operngasse 6, szerdán és szombaton 1/25—1/26.  
 Prospectus kívánatra. Egész éven át nyitva.

→→→ ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL. ←←←

Vesebajoknál, húgyhólyag-bántalmaknál és kőszénynél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál a **Bór és Lithion tartalmu gyógyforrás**

**SALVATOR** a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikerrel használtatik.

Hugyhajtó hatása. Kélemes izü. Könnyen emészthető. Teljesen tiszta. Állandó összetételü. Vasmentes.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

Különösen oly egyéneknek ajánlatos, kik ülő életmódjuk folytán aranyeres bántalmakban, hasi vérbőségben, máj- és veseizgalomban vagy húgysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek. Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

SCHULTES ÁGOST Szinyelipóczi Salvator-forrás Vállalat, Budapest, V. Rudolf-rakpart 8.

# 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.

**Pólya Jenő:** Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház III. sebészi osztályáról. Egyszerű eljárás bizonyos heges végbélszűkületek gyógyítására. 209. lap.

**Balás Dezső:** Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház gyermekosztályáról. (Főorvos: Hainiss Géza dr., egyet. m.-tanár.) A gyermekkori izületi tuberculosis gyógyításának mai állása. 212. lap.

**John M. Károly:** Közlemény az Országos anya- és csecsemővédő-egyesület II. sz. otthonából. (Igazgató-főorvos: Temesváry Rezső dr., egyetemi magántanár. A csecsemőosztályt vezeti: Heim Pál dr., egyet. magántanár és John M. Károly dr.) A csecsemőtáplálás fontosabb kérdéseiről. 215. lap.

**Katona József:** Gyógyítson-e az iskolában a középiskolai egészség-tanár és iskolaorvos? 217. lap.

**Kőrösy Kornél:** Párisi benyomások. 220. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Gózon Lajos és Lénárt Vilmos:** A gyakorlati bakteriologia zsebkönyve. — **Kampis János:** A községi és körorvosok nyugdíjintézete. — Új könyvek. — **Lapszemle. Belorvostan. A. Meyer:** A lép működésének ismerete. — **Sebészet. Neugebauer:** Bélpneumatisis. — **Dreyer:** Rekeszsérvtől okozott ileus esete. — **Ideg- és elmekórtan. H. Krueger:** Az agyvelő súlya és a koponya térfogata psychés megbetegedésekben. — **Ch. Col és Dupin:** A hiányos mirigyműködés és a rendellenes lustaság a katonai szolgálatban. — **Venerás betegségek. E. Klausner:** Pallidinreactio. — **Hüszszervi betegségek. M. Palazzoli:** Az innesső hügycső puha infiltratúrájának gyógyítása. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Klebelsberg:** Luminal. — **Jüdicke:** Brom-medicatio. — **Eppinger és Stein:** Epeutak betegségei. 222–224. lap.

**Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Klinikai füzetek. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság.** 224. lap.

**Vegyes hírek.** 224. lap.

**Tudományos társulatok.** 224–227. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház III. sebészi osztályáról.

### Egyszerű eljárás bizonyos heges végbélszűkületek gyógyítására.

Irta: **Pólya Jenő** dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

A kinek heges végbélszűkület gyógyításával valaha dolga volt, tudja, hogy az igen makacs, a beteg és orvos türelmét nagy próbára tevő megbetegedés, igazi crux chirurgorum. A bougiezás hosszadalmas, fájdalmas kezelési methodus s a vele elért eredmény rendszerint csak igen közepes és a bougiezás elhagyása után hamarosan elvész, úgy hogy az esetek legtöbbszörében az orvos kénytelen magára a betegre bízni, hogy a tágitás bizonyos fokának elérése után a kezelést folytassa. Különösen ilyenkor, de bizony az orvos által, még pedig a legnagyobb gonddal és ügyességgel végzett bougiezás után is nem ritkák a kisebb vérzések, a hidegrázással beköszöntő lázas hőemelkedések és könnyen létrejöhetnek súlyosabb complicatiók is, minők a profus vérzések, a periproctalis genyedések, a peritonitis és az általános sepsis.

Az operatív gyógyítás csak az analis nyílásra szorító rövid szűkület eseteiben sikerül könnyen a *Dieffenbach* által leírt egyszerű plastikai eljárás szerint. A magasabban székelő vagy hosszabb szűkületek operatív gyógyítása már igen nehéz. A gyökeres eljárás, a hegesen szűkült végbél teljes kiirtása, mivel ezen végbélszűkületekkel rendszerint a periproctalis szövet kiterjedt hegesedése és lobos beszűrődése is együtt szokott járni, aránylag sokkal nehezebb és sokkal veszélyesebb, mint a környezettel össze nem kapaszkodó rákos végbél kiirtása.

A sértetlen végbélnyíláson át végrehajtható műtétek, a hegnek már a múlt század elejének sebészei által ajánlott bemetszése (proctotomia interna) késsel vagy galvanokaustikai kacsccsal (*Middeldorp*), vagy a heg egyes részleteinek kimet-

szése (*Lenk*) csak kisebb szűkületek mellett jönnek szóba, veszélyesek és utólag hosszú és rendszeres bougiekezelést tesznek szükségessé.

A *Péan*, majd *Hildebrand*, *Sokoloff*, *Herczel* által egyes modificatiókkal leírt, a *Heinecke-Mikulicz*-féle pylorusplastikához hasonló plastikai eljárás, a rectumnak a hegesedés helyén hosszirányban való bemetszése és a sebnek harántirányban való egyesítése csak egész rövid strictura eseteiben bírhat értékkel s utólagos bougiezás nélkül gyors recidivával fenyeget, mint azt egy ilyen esetben magam is láttam.

Nagyobb terjedelmű végbélszűkületek megszüntetésére is alkalmas eljárás a rectotomia externa seu linearis, mely az os coccygis, esetleg a keresztcsont végének eltávolítása által szabaddá tett szűkült végbél hátulsó falának felhasításában áll. Ez az eljárás kétségtelenül alkalmas arra, hogy a végbélben még jelenlevő activ ulceratiók erélyesen kezeltesenek (kikaparás, égetés) és az ilyen módon elért nyitott kezelés mellett a proctitis ulcerosa az esetek nagy részében valóban ki is gyógyul, azonban utólagos bougiezás nélkül itt is könnyen állanak elő a dorsalis seb begyógyulása után stricturák. Ha a sphincter is át lön metszve, könnyen marad vissza incontinentia is, azért *Sonnenburg* azt ajánlja, hogy a sphincter kiméltessék meg. Mint azonban *Körte* helyesen utal erre, különösen a pars analisban levő fekélyesedések esetén a sphincter átmetszésének elhagyása könnyen a váladék retentiójára s újabb fekélyek és stricturák képződésére vezethet.

Ily módon aztán érthető, hogy a szerzők egész sora ab ovo lemond a strictura helybeli sebészi gyógyításáról, és a strictura felett bélsárfistulát, anus praeternaturalist (coecostomia, colostomia, sigmostomia, anus sacralis) készít; egyesek megkerülni igyekeznek a rectalis stricturát sigmo-proctostomiával (*Bacon*, *Rotter*), colotransversoproctostomiával (*Hacker*) vagy a strictura felett átvágott colon pelvinumnak a végbélnyílás hátulsó fala mögött a sphincter ani területébe való lehúzásával (*Fedorow*).

Mások a colostomiát csak ideiglenes műtétnek tekintik, mely után a heges rectum kiirtását végzik vagy melyen át a

beteg rectumot irrigációkkal, *Hacker-féle szondázással* (*Lieblein, Clairmont*) kezelik, a minek veszélyeire és súlyos stricturák esetén való hasznavehetetlenségére *Körte* igen határozottan figyelmeztet.

Az bizonyos, hogy a colostomia igen egyszerű, enyhe, a beteg végbelet egy csapással nyugalomba helyező eljárás és azért ott, a hol a beteg nagy kimerültsége, gyöngegsége vagy ileus miatt gyors és gyökeres segítségre van szükség és a mellett az eljárás súlyosságát a minimumra kell redukálnunk, a legokosabb, a mit csinálhatunk, a colostomia; viszont azonban az is igaz, hogy ezzel a beavatkozással az egyénnek, ha nem is a munkaképességét, de a keresőképességét, socialis helyzetét és életörömét lényegesen lerontjuk és ezért ezt a beavatkozást igazán csak ultimum refugiumnak és az anus praeternaturalist csak ideiglenes állapotnak szabad tekintenünk és arra kell törekednünk, hogy ha a beteg kedvező viszonyok közé jut, őt ettől az állapotától megszabadítsuk s a bélsár távozását a végbélen át lehetővé tegyük.

És azért azt hiszem, hogy a colostomia kellemetlenségeinek és a heges végbél exstirpációja veszélyeinek elkerülése szempontjából meglesz az értéke és meglesznek az előnyei azon eljárásnak, melyet az alábbiakban bátorkodom ajánlani, mely igen egyszerű, veszélytelen, nem jár túlságosan hosszadalmas reconvalescentiával, mely azonban csak a rectumstricturák egy bizonyos részében lesz alkalmazható, tudniillik olyanokban, melyekben a strictura a szorosabb értelemben vett rectumon nem terjed túl s melyekben már a flexura sigmoidea legalsó szakasza is ép, vagy legalább is jól átjárható.

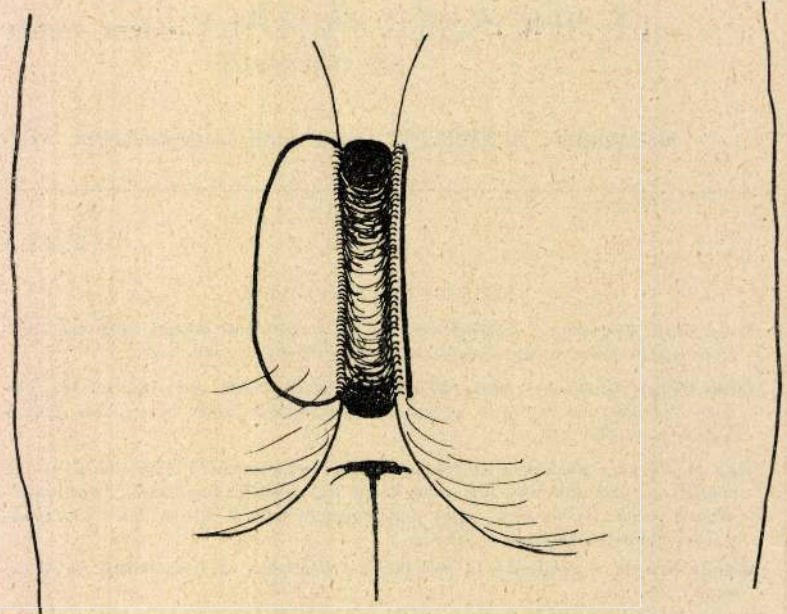
Az eljárás lényege az, hogy elsősorban a rectumstrictura felhasítása által a végbél még florid fekélyesedéseinek kigyógyulásáról, s a heges rectum széleinek a bőrhez való kivarraása s ily állapotban való hagyása által a szűkült rectum nyálkahártyájának kiszélesedéséről történik gondoskodás.

Eddig az eljárás megegyezik a *Körte, Israel, Sonnenburg* által ajánlott rectotomia externával, ezután azonban nem bízom a dorsalis sebet a spontán gyógyulásra, hanem a rectum defectusát kipótolom egy beléje fordított, a fartájról vett bőrlebenynyel. A bőr ugyanis tapasztalat szerint nyálkahártyaüregekben maga is egészen nyálkahártyaszerűvé válik s a végbélbe ültetett bőrlebenyről előrelátható volt, hogy jelentékenyen ki fogja szélesíteni a rectum lumenét s abban a későbbi ulceratióknak inkább ellenálló hámfelületet fog alkotni.

Ilyen bőrlebeny implantációját a rectumba analis strictura egy esetében a fartájról vett bőrlebenynyel már néhány évvel ezelőtt megkísérlettem, a lebeny meg is tapadt, de a beteg hamarabb eltűnt észlelésem elől, semmint hogy valamilyes tartós eredménnyel meggyőződést szerezhettem volna. Az irodalomban tudtommal legalább eddig csak *Braquehaye*<sup>1</sup> tette az 1907.-i francia beszéscongressuson azt az ajánlatot, hogy előzetes colostomia után 3 hóval elülről felhasítván a rectumot, a felhasított szűkület helyébe férfiakon a scrotumból, nőknél a hátulsó hüvelyfalból vett lebenyt implantál; utólag elzárja a fistula rectovaginalist s az anus praeternaturalist. Több esetében ért el ilyen módon gyógyulást, puha és continens rectummal; a gyógyulás, dacára annak, hogy bougiezás nem történt, éveken át állandó maradt.

Ezen eljárásnál sokkal egyszerűbb és veszélytelenebb az enyém. Mint említém, az általam ajánlott műtéti eljárás a rectotomia linearisból indul ki, a rectum hátulsó falát szabaddá téve, azt egész hosszában, azonban ha a pars analis intact, lehetőleg az analis nyílás és a sphincter megkimélésével felhasítom, a míg egészen túljutok a stricturált részleten; a coccyxot és ha szükséges az utolsó sacralis csigolyát előzőleg eltávolítom. Ha lehet, a bőr sebszéleit kivarrom a felhasított

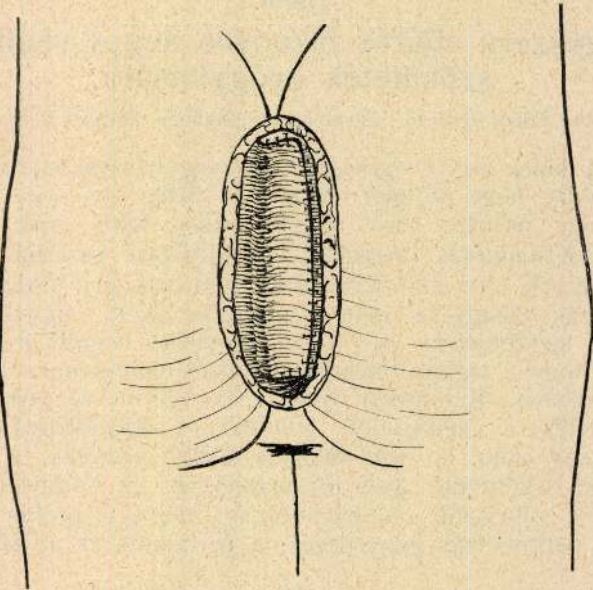
rectum sebszéleihez; ha ez a periproctalis szövet heges, merev volta miatt nem sikerül, vagy — mondjuk periproctalis genyedés miatt — nem ajánlatos, akkor varrás nélkül, per secundam gyógyulásra bízva kezelem. A továbbiakban azonban nem bízom a sebet a spontán összehegedésre, hanem egy idő múlva, midőn a nyálkahártya és a bőr összevarrt sebszélei már összegyógyultak vagy legalább a seb tisztán sarjadzik, egy a rectalis defectus egyik széléről vett, a defectus hosszával megegyező hosszúságú bőrlebenyt (1. ábra)



1. ábra.

A dorsalis végbélcsipoly bal oldalán a készítendő lebeny contourja, jobb oldalán a felfrissítés módja látható.

fordítok be hámos felszínével a rectumba, melylyel a rectum hiányzó nyálkahártyáját pótolom s melyet a másik oldali felfrissített nyálkahártya sebszéleéhez varrok (2. ábra) és ezen



2. ábra.

A lebeny hámos felszínével a végbélbe van fordítva, sebes felszíne a testfelület felé néz; a hosszirányban egyesítendő bőrseb alakja látható.

hely felett összehúgom a külső bőrsebet. A rectumba fordított bőrlebeny csak a bőr alatti kötőszöveten, illetve a vele összenőtt nyálkahártyaszélen függ oly módon, mint a hogy az a *Kraske-* vagy *Gersuny-féle* pofanyálkahártya-plastikák alkalmazásával történik. Ezt az eljárást eddig 4 heges rectumstrictura<sup>2</sup> és egy idegen test miatt végzett rectotomia után

<sup>2</sup> Ezekon kívül jelenleg 2 eset áll kezelésem alatt, a hol a műtétnek csak első szakasza történt meg, a plastika még nem, ezen esetek kórtörténetét nem közlöm ez alkalommal.

<sup>1</sup> Revue de Chirurgie, 1907, 36. kötet, 606. old. Bőrlebenyt rectum plastikára alkalmazott még *Rotter* és az ő nyomán *Doering, Tictoc*, de itt nem bőrlebenynek hámos felszínével a rectumba való fordításáról volt szó, hanem arról, hogy rectumresectio után és circularis rectumvarrat után a varratvonalra kívülről fektettek egy nyeles bőrlebenyt, hámos felszínével természetesen a bőr felé.



keletkezett ajakos végbélsipoly esetében próbáltuk ki osztályomon és az eredmény, melyet ezen igazán rendkívül egyszerű eljárással értünk, ha nem is ideális, de teljesen kielégítő.

Eseteink a következők:

1. M. M., 32 éves cseléd, felvételt osztályomra 1913 január 7.-én. 6 év előtt gonorrhoeát acquirált, 4 év óta végbélpánaszok; eleinte folyás és tenesmus, később diarrhoeákkal váltakozó székrekedés, mely akár 8 napig is eltartott. Sokszor ismétlődő, nagy görcsökkel és hányással járó bélelzáródásos tünetek. Felvételt az anus felett 3 cm.-nyire kezdődő strictura, melyen kisujjakkal egy darabon keresztül birunk hatolni, feljebb azonban a strictura átjárhatatlan.

1913 február 10.-én aethernarcosis; hosszmetzés a középvonalon az analis nyílásig, az os coccygist reszekáljuk, a kb. 6–8 cm. hosszú és igen nagyfokú stricturát végighasítjuk a külső seb egész területében az analis nyílás megkimélésével s a felhasított rectum széleit kivarjuk a bőrhöz; a pararectalis szövetbe csíkok. Megjegyzendő, hogy a felhasított területen túl a nyálkahártya még nem teljesen ép, de a lumen egy ujj számára kényelmesen átjárható.

Miután a végbélnyálkahártya kivarrt sebzéle a bőrrel egyesült s a meglehetősen leromlott beteg összeszedte magát, 1913 május 16.-án a keresztjáj bőréből az ajakos végbélsipoly bal oldalán egy 3 ujj széles lebenyt készítünk, mely a felhasított végbél egész hosszára kiterjed; ezt a lebenyt felpraeparálom annyira, hogy csak a végbélnyálkahártyával való összenövés helyén függ, azután hámos felszínével a végbélbe fordítom, miután előzőleg az ajakos végbélsipoly jobb szélét felrisszítettem s azután a bőrlebeny sebzését a nyálkahártya sebzésével egyesítettem.

Végül a bőrsébet egyesítettem silkvarratokkal, csak alul és felül maradt egy kis hiány, melyen át jodoforgazé-zal draineztem. Láztalan lefolyás. A drainage helyén két sipoly maradt vissza, melyek közül a felső szonda számára átjárható, az alsó kisujjnyi. (Ily állapotban mutattam be a sebzésért szakosztályban 1913 június 5.-én.) Az alsó fistula miatt június 28.-án sphincterotomiát végeztem.

Július 16. Két finom fistulával távozik a kórházból. A rectum egy ujj számára kényelmesen átjárható, az ujjat benne körül lehet vezetni, a nyálkahártya illetve a nyálkahártyaszervé átalakult bőr a transplantatio helyén mindenütt puha, sima tapintatú, csak legfelül (a mely terület már nem esett a rectotomia és a plastika körébe) kissé heges tapintatú. Székét könnyen tudja üríteni, székét tartani is jól tudja, csak híg széknél kell sietnie.

Jelenleg, körülbelül  $\frac{3}{4}$  évvel kibocsátása után, dacára annak, hogy semmiféle utókezelés, bougiezás nem történik, az állapot változatlan, csak annyiban állott be változás, hogy a felső fistula teljesen begyógyult, az alsó helyén pedig gombostűfejnyi sarjfelület van. Kibocsátása óta a rectum egy cseppet sem szűkült meg.

2. S. J.-né, 42 éves, örmester neje. Felvételt 1913 április 10.-én. 12 év előtt szülés után gátrepedés, melyet összevarrtak, ez idő óta vannak végbélpánaszai és fistulája a végbéltáján.

Azóta gátrepedés, végbélfistula és végbélszűkület miatt több ízben lett operálva. Jelenleg a nehéz székelés és a végbél mellett levő sipoly a főpanasz; székeléte rendszerint csak hashajtóra van, ha széke kemény, alig czeruzavastagságú darabokban nagy fájdalmak közt ürül és véres; a széketéteket megelőzőleg hasában érez nagy fájdalmakat.

Felvételi status: Erősen lesóványodott nő. A végbélnyílás fölött kb. 3 cm.-nyire circularis kemény heges szűkület található, mely az ujjkúpot sem fogadja be. A végbél mögött genyet ürítő fistuláját. A rectumból genyes folyás.

Első műtét április 28.-án. Bemetszés a középvonalon. A kereszt-csont utolsó csigolyájának levésése és ennek az os coccygissal együtt való eltávolítása. Minthogy a végbélből híg bélsár ürül, a sebüreget tamponálva, a műtétet megszakítjuk.

Második műtét május 16.-án. A stricturát egész hosszában felhasítjuk; a strictura hossza 6 cm., területén a végbél nyálkahártyája 2 cm. széles. A strictura felső vége a sacrum csonkjá alá terjed, úgy hogy csak gombos késsel lehet felhasítani. Ez alkalommal erős vérzés, mely azonban tamponádra áll.

A rectum széleinek a bőrhöz való kivarrása nem sikerül, oly merev a végbélben és a végbél körül levő hegszövet s ezért meg kell elégednünk a seb feszes kitamponálásával.

Harmadik műtét június 30.-án. Ekkorra a felhasított végbél szélei többnyire a bőrhöz nőttek, csak helyenkint vannak köztük sarjzódó felületek. A kivarrt végbélnyálkahártya kiszélesedett és felpuhult. A felhasított végbél széléhez tapadt bőrből 3 cm. széles lebenyt készítünk, mely csak a végbéldefectus szélével marad összefüggésben; ezt hámos felszínével a végbélbe fordítjuk s felette a bőrt silkvarratokkal egyesítjük, a bőrsébet alsó és felső végébe egy-egy kis csíkot helyezvén.

A lebeny nagyjában megtapadt, csak felül volt egy kis szétválás, melynek helye aztán lassan kisebbedett.

Szeptember 9.-én elhagyta a kórházat a következő állapotban: A végbél a meddig ujjal elérhető, 1 ujj számára kényelmesen átjárható, sőt az ujjat még körben is lehet mozgatni. A metszés felső végén bélsarat ürítő fistulanyílás. Fájdalmak nincsenek, naponta spontán van bő széke. 1914 január 20. és január 24.-én irt leveleiben azt írja, hogy állapota nagyjában változatlan, csak hogy jelenleg 3 fistulanyílása van, melyek közül kettőn kevés bélsár jön ki, sebe időnként fáj, többször

hashajtót kell vennie, hogy széke legyen és széketéteinek inkább szalagszerű, mint kerek formája van.

3. T. R. 35 éves varrónő. Felvételt 1913 augusztus 3.-án. Néhány év előtt fluor, kb.  $\frac{1}{2}$  év óta van genyes folyása a végbélből és székelési nehézsége. Székelése egyáltalán csak keserűvízre van és mindig nagy fájdalmakkal jár.

Felvételt az analis nyílástól kb. 5 cm.-nyire impermeabilis strictura, a végbélből fluor.

Műtét 1913 augusztus 12.-én (Vigyázó dr.) aethernarcosisban. Behatolás Kocher szerint; a végbél hátulsó felületének feltárása után a stricturán ujjal áthatolnak, a szűkült részt felhasítják a sphincter megkimélésével s a nyálkahártya sebzéseit a bőrhöz kivarrik. A tulajdonképpeni stricturált rész csak  $\frac{1}{2}$  cm. hosszú volt.

A lefolyás sima, a nyálkahártya bőségesen secernál; a plastikával várunk addig, a míg a secretio megszűnik; ez megtörténvén, szeptember 20.-án pótolta Vigyázó dr. a fent leirt módon a rectum defectusát.

Szeptember 26.-án az első széketét után a seb nagy része szétvált, csak a seb közepén maradt egy bőrhíd vissza, a defectus azonban besarjadt és 1914 január 24.-én, midőn a beteget az orvosegyesületben bemutattam, már csak két lencsényi sipolnyílás volt jelen a seb felső és alsó zugában. A végbélnyálkahártya s a beléplántált bőr sima, a végbél tág, könnyen székel, teljes continentiája van, panaszai nincsenek és kezdi összeszedni magát. Ezen állapotban hagyta el január 25.-én a kórházat.

4. V. S. 50 éves zenész. Felvételt 1913 augusztus 6.-án. Rosszabb idő óta nehezen székel, az utóbbi időben nehézségei különösen fokozódtak és nagy fájdalmak vannak. Felvételt a végbélnyílás felett 6 cm.-nyire kérges heges szűkület, melyen az ujj nem hatolhat át. Augusztus 7.-én műtét aethernarcosisban (Vigyázó dr.). Az os coccygis eltávolításával feltárt rectum hátulsó falát felhasítják, a 2 cm. hosszú szűkületet feltárik s a nyálkahártya sebzését a bőrével egyesítik. Ezek primára egyesültek. Augusztus 22.-én történt meg a fent leirt plastika, egy kis csíkot vezetve be a külső bőr s a rectumba helyezett bőrlebeny közé az egész sebet elzárják. Sima gyógyulás. 1913 október 6.-án fistula nélkül távozik. Végele tág, a végbélnyálkahártya sima, csak egyes kisebb polypusok vannak benne, a végbélbe átplántált bőr nyálkahártyaszervé alakult, székelési nehézségei teljesen megszűntek, kifogástalan continencia. Deczember 28.-án újra jelentkezett a lebenyek közt levő kis lobos infiltrációval, megnyitásra azonban geny nem jött, csak kevés serosus folyadék. 1914 január 24.-én az orvosegyesületben való bemutatása alkalmával e helyen kis lencsényi sipolnyílás, mely azonban a végbéllel nem közlekedik; a végbélstatus olyan, mint a kórházból való első távozása alkalmával.

5. S. J. 54 éves, munkás. 1913 november 17.-én a végbélbe csúszott kukoricacsutka eltávolítása céljából az os coccygis resectiója után rectotomia posteriori végzett rajta osztályomon Vigyázó dr. a sphincter megkimélésével. A rectum varrata szétvált s a rectotomia helyén 6 cm. hosszú, 4 cm. széles ajakos fistula keletkezett, melyen át a végbélnyálkahártya prolábil.

1914 február 3.-án e miatt végezte az általam ajánlott plastikát, az ajakos sipoly jobb szélét felrisszítván s bal széléről vett félhold-alakú lebenyt fordítván be a végbélbe és felette a bőr sebzéseit egyesítvén. A seb nagyjában egyesült, csak egyes fonalak mentén támadt kisfokú genyedés és ezek nyomán több kicsi, bélsarat ürítő sipoly; a végbél nyálkahártyája sima, a végbél kényelmesen átjárható, székelési nehézségek nincsenek. Ily állapotban hagyta el márczius 5.-én a kórházat.

Áttekintve az eseteket, látjuk, hogy az általam ajánlott plastikai eljárással könnyen és veszélytelen módon lehet az analis és ampullaris részben székelő végbélstricturákat meggyógyítani. Az eredmények tartósságának megíélésére az esetek megoperálása óta eltelt idő rövid, de azt mindenesetre constatálhatjuk, hogy az 1. esetben 9, a 4. esetben 5 hóval és a 3. esetben 4 hóval a plastikai műtét után, dacára annak, hogy semmiféle bougiezás nem történt, a végbél lumene változatlanul tág és jól átjárható maradt s a betegek végbélpánaszai megszűntek. Hogy a 2. eset ezidőszerint anatomicamente mily állapotban van, nem tudjuk, azonban ez esetben sem jött létre valami lényeges rosszabbodás a kórházból való távozás óta s a visszamaradt pánaszok oka az lehet, hogy a stricturát nem birtuk a hátulsó rectotomiával teljes hosszában alaposan feltárni, úgy hogy ezen eset bizonyos fokig túl volt az általam ajánlott eljárásra alkalmas esetek határán. Az egyetlen hiba, a mely az eljáráshoz fűződik, fistulák visszamaradása, azonban ezek is mutatnak bizonyos gyógyulási hajlamot, úgy hogy lehetséges, hogy idővel el fognak tűnni és ha nem is, fenmaradásuk alig jó számba a colostomia kozmetikai és socialis hátrányaival és a heges végbél kiirtásának veszedelmével szemben.

Közlemény a szt. István-kórház gyermekosztályáról.  
(Főorvos: Hainiss Géza dr., egyet. magántanár.)

## A gyermekkori izületi tuberculosis gyógyításának mai állása.\*

Irta: Balás Dezső dr., műtőorvos.

A midőn a gyermekkori gümős izületi megbetegedések gyógyításának mai állását általánosságban és csak vázlatosan óhajtom tárgyalni, jól tudom, hogy vonatkozásaiban, jelentőségében és dimenzióiban oly nagy és súlyos horderejű tárgykört érintek, melynek méltatására talán eddigi tapasztalásom, és részleges taglalására a rendelkezésemre álló idő sem elégséges. S hogy itt a gyermekkori gümős izületi megbetegedések gyógyítását szóvá teszem, teszem ezt azzal a célzattal, hogy egyrészt a mélyen tisztelt nagygyűlés figyelmét erre a mindennapos sebészi gyakorlatban annyira fontos kérdésre, a gyermekkori sebészi bántalmaknak eme javarészét kitevő megbetegedésre irányítsam, másrészt, hogy a jelenleg dívó gyógyító eljárásokat illetőleg a mélyen tisztelt nagygyűlés kritikáját mintegy provokáljam.

A sebészi gümős bántalmak gyógyítása, dacára a gümős folyamat alapos ismeretének, még ma sem mondható egységesnek és különösen a gyermekkorban, a műtéti eredmények szempontjából, a modern chirurgia leggyengébb pontja. Míg az antisepsis aerában és az asepsis aera kezdetén a sebészi gümőkór műtétes kezelése nagy arányokat vett és csaknem kizárólagos volt, ma már a műtétes eljárások statisztikai eredményeinek a conservatív eljárások statisztikai eredményeivel való összehasonlítása a mérleget csaknem teljesen a conservatív gyógyítás javára billentette, melyet még betetőznek újabban a heliotherapiával, a Röntgen-besugárzással és a specifikus eljárásokkal elért eredmények. A conservatív gyógyítás foganatosítására, valamint az elérhető eredményre a fertőzés virulentiáján, a fertőzés helyén és a kórfolyamat súlyosságán kívül kétségkívül nagy befolyással van elsősorban a beteg socialis helyzete. Kedvező socialis körülmények között a szervezetnek megfelelő klimato-diaetás és medicamentosus roborálásával conservatív eljárást sikeresen alkalmazunk ott is, hol különben a conservatív eljárás sikerrel nem kecsegtetne, máskor a beteg socialis körülményei teszik szükségessé a műtéti beavatkozást ott, a hol a conservatív eljárás is a legnagyobb valószínűséggel a kívánt eredményre vezetne. Ma már a sebészek kiforrott álláspontja, hogy a gyermekkorban az izületi tuberculosis gyógyításának lehetőleg minden esetben conservatívnak kell lennie. A gyermekkorban gyakoribb a tisztán góczmegbetegedés a tuberculosis generalisatiója nélkül, ezért a reparatióra alkalmas gyermeki szervezet tisztán konzerválás mellett hajlamosabb a spontán gyógyulásra s a gümős fertőzéssel való megküzdésre, mint a felnőttek szervezete; másrészt a növényi epiphysisporcz kimélesének szükségessége miatt a gyermekkorban a nagyobb izületek radicalis műtéte igen gyakran sokkal kisebb intenzitással végezhető, mint felnőtteken s ezért a műtéti közvetlen eredmény, de a felhalmozott statisztikai adatok alapján a késői functionalis eredmény is rosszabb a gyermekkorban, mint felnőtteken a műtéti beavatkozások esetén, szemben a conservatív eljárásokkal.

A conservatív gyógyító eljárások feladata oly helyzet teremtése, mely az adott socialis viszonyok között az izületi folyamat elhatárolódását hozza létre, a képződött granulációs szövet szétesését meggátolja s annak zsugorodását elősegíti, a gyógyfolyamatnak és a későbbi functionalis követelményeknek megfelelő izület-állásokat létesít.

A kórfolyamat elhatárolásának egyik főkövetelménye a lobos izület nyugalomba helyezése, az izület rögzítése abból a célból, hogy az izületet minden mozgástól megóvjuk s így azon ártalmakat, melyek a lobos synovialisra és a beteg izvégekre a mozgásból mint traumából származnak, kiküszöböljük.

\* A magyar sebésztársaság 1913. évi nagygyűlésén tartott előadás.

Az állandó extensiók eljárásokkal szemben, különösen a gyermekkorban, előny nyújtandó a rögzítő és nyújtó gipszkötéses eljárásoknak, melyek az izület nyugalmának biztosítása mellett a betegnek mozgás-képességet és jobb hygienés viszonyokat teremtenek. Lényegében, csekély variációval, jelenleg a Ludloff-Lorenz-féle és a Dollinger-féle eljárás irányadó és számottevő a rögzítő gipszkötések alkalmazásában. A Ludloff-Lorenz-féle eljárás lényege abban kulminál, hogy a beteg izületet pathologiás állásában redressio nélkül rögzíti, s az izület kóros állását csak a gyógyulás befejezte után és osteotomiával korrigálja. Ezzel szemben Dollinger étappeos eljárásával, fokozatosan redresszáló, ismételt nyújtó-gipszkötések alkalmazásával, az izület kóros állásának kiegyenlítését minden nagyobb erőszak igénybevétele nélkül már a gyógyfolyamat alatt foganatosítja, úgy hogy a gyógyulás befejeztekor egy az izületi functióra már alkalmas helyzetet teremt, a mi a correctiós műtéti beavatkozás szükségességét, az elhanyagolt késői eseteket leszámítva, feleslegessé teszi.

A Ludloff-Lorenz-féle eljárás hívei a Dollinger-féle eljárás hibájául azt röjják fel, hogy fokozza a periarticularis izomsorvadást, elősegíti a granulatiók elgenyvedését, ezzel a sipolyképződést és előidézheti a fertőzés generalisatióját.

Ezzel szemben Alapi statisztikai alapon, a kriterium mértékéül szolgáló csípő- és térdizületi megbetegedéseknek étappeos kezelési eredményeit a Lorenz-féle eljárás eredményeivel összehasonlítva, megdönti e vád jogosultságát s leszögezi azt a tényt, hogy a Dollinger-féle étappeos eljárás nagy előnye, hogy a betegnek már a gyógyfolyamat alatt lehetővé teszi az egyenes járást. Az étappeos eljárás az izomsorvadást, a végtag rövidülését, az izületi genyvedés és fertőzés általánosodásának veszélyét nem fokozza. A functionalis eredmények legalább is oly jók, mint a Lorenz-féle eljárásnál s az utólagos osteotomiát (csípőizületeken az esetek  $\frac{2}{3}$ -ában) feleslegessé teszi.

Az ablakos rögzítő-nyújtó gipszkötés alkalmazásán kívül az izület helybeli kezelése peri- és intraarticularis befecskendésekkel történik.

A Lannelongue-féle izületkörüli ú. n. sklerogen eljárásnak hívei mindinkább kevesbednek. A kezelés lényege abban áll, hogy izgató befecskendésekkel (5—10%-os chlorzinkoldat) a gümős izület körül lobos gátat vonjunk, a mely később hegesedik.

Általánosan bizonyos ferment-termelő anyagoknak intraarticularis befecskendései vannak jelenleg alkalmazásban, a melyeknek hatása Heile, Jochmann stb. vizsgálatai szerint abban keresendő, hogy a befecskendezett anyag reactiv gyuladással localis leukocytosist hoz létre, s a bevándorolt sokmagvú fehér vérszövetek szétesésekor szabadul fel az a fehérjeemésztő fermentum, mely az elfolyósító hatást kifejti. A befecskendésre alkalmazott számtalan ferment-termelő anyagból jelenleg leginkább a jodoform, a kámfor-naphthol és a trypsin van forgalomban.

Az újabb közlemények alapján különösen a gyors oldódást előidéző kámfor-naphtholnak glycerines emulsiójával (Calot I) és a jodoform-creosotnak aetherolajos emulsiójával (Calot II) végzett befecskendések biztatnak nagyobb sikerrel. Az eredmények nemcsak tisztán fungosus vagy zártürü tályogos esetekben múlják felül az eddig elért eredményeket, hanem kellő izületi rögzítés, methodusos eljárás és kellő kitartás mellett még előrehaladott, elhanyagolt sipolyos esetekben is meglepők az eredmények (R. Wreden).

Meg kell itt említenem, hogy a Beck-féle eljárásról fűzött remény, a tályogos és sipolyos eseteknek bismuthum subnitricum-vaselinpastával való kezelése, nem vált be. Nem csupán azért, mert a bismuth hatásában a jodoformot nem pótolhatja, hanem mert a bismuthoxyd, Dalche és Villegian vizsgálatai szerint, főlős fehérje jelenlétében fehérjetestekkel oldható és gyorsan felszívódó vegyületet alkot és mint ilyen, a mint ezt A. Reich közleménye igazolja (11—13 mérgezés, 6—7 toxikus halál), mérgező hatást, sőt halálra vezető mérgezést is okozhat. Újabban Brandes a bismuthum subnitricumnak bismuthum carbonicummal való helyettesítésével

ajánlja a *Beck*-féle eljárást különösen postoperatív sipolyok gyógyítására.

A helybeli conservatív eljárások közé kell sorolnunk a *Bier*-féle pangásos hyperaemiás eljárást is, midőn a végtag izület fölötti részét naponként kétszer 1—2 órára több héten át az ismert technika szabályai szerint leszorítjuk. Az eredmények az előző kezelési eljárásokkal kombináltan, különösen zárt alakokban, kedvezők, míg sipolyos alakokban az eljárás sokszor hatástalan, vagy egyenesen káros hatású is lehet, a midőn a duzzadás nem lohad le, a genyedés egyre fennáll, sőt fokozódik s az állapot egyre rosszabbodik.

Az izületi tuberculosis conservatív helyi kezelésében *Redard*, *Freund*, különösen *Iselin* közleményei óta mind nagyobb területet hódít a beteg izületnek Röntgen-besugárral való kezelése. Míg *Redard* és *Freund* szerint csak felületesen fekvő gümös csontgócok és az izületi megbetegedésnek csak zárt alakjai biztatnak Röntgen-besugárral jó eredménnyel, addig *Iselin* szerint nagy dózisú Röntgen-sugár adagolásával az elő nem haladott sipolyos esetek is gyógyulnak. *Iselin* a Röntgen-kezelést felnőttek s különösen idősebb emberek kéz-, láb-, térd- és könyökizületi fungosus megbetegedése eseteiben tartja értékesnek ott, a hol a műtéti beavatkozás nem végezhető, vagy midőn a műtéti eredmény negatív, vagy ha a kés számára hozzáférhetetlen granulációs szövet miatt a műtétnél kiegészítése javalt, a mennyiben egy esetlegesen kétes eredményű műtétet biztossá tehet. A Röntgen-sugarak hatása oly módon magyarázható, hogy a sugarak a gyengébb ellenállóképességű kóros szövetek sejtjeit tönkreteszik, egyúttal gyuladást reakciót váltanak ki az ép környező szövetekben, mely a kóros szövet kiküszöbölését eszközli. A Röntgen-besugárzás hatása alatt a tumor albus gyorsan lappad, a bőr ráncosodik, s az izületben erősen heges kötőszöveti zsugorodás áll be. Az elért hegesedés után az izület mozgékonyabbá válik.

A Röntgen-kezelés hátránya, hogy gyermekeken a növési szakban csak megszorítással alkalmazható. *Perthes* és *Försterling* állatkísérletei bizonyítják, hogy a nagy izületeket határoló epiphysis-zónák ismételt Röntgen-besugárral ártalmas a növési epiphysisporcra, a minek növési visszamaradás lehet a következménye. Azért *Iselin* a gyermekkorban nagyobb izületek (váll, csípő, térd) kezelésekor a Röntgen-besugárzást kerülendőnek tartja.

Az a közlemények és minden várakozást felülmúló eredmények, melyek *Bernhard* (Samaden) és különösen *Rollier* (Leysin) intézetéből jelentek meg, s a melyeknek realitását oly kiváló sebészek, mint *Bardenheuer*, *Eiselsberg*, *Morauf*, *Hoehenegg*, *Jerusalem* stb., a legnagyobb entusiasmus hangján erősítik meg, kell, hogy a sebészi tuberculosis bántalmak conservatív gyógyításakor a sebészek figyelmét a legnagyobb mértékben az insolatiós kezelésre (heliotherapiára) irányítsák. A délfranciaországi sebészek, *Millioz*, *Révillet*, különösen *Poncet* és *Ollier* több mint egy évtized óta leglelkesebb harcossal a direkt napkúrás kezelésnek.

A magaslati klímában eszközölt rendszeres napkúra hatása alatt, mely nem csupán a megbetegedett testrészeknek, hanem az egész testnek napi 3—5 óráig tartó napsugárban való fürdetésében áll, nem csupán a zárt, nem inficiált gümös csontgócok, gümös izületek és mirigyek gyógyulnak tisztán csak az előzetesen tárgyalt conservatív eljárások (nyugalom, rögzítés, punctiók stb.) szigorú betartásával, hanem az elhanyagoltabb inficiált sipolyos esetek is. *A. Franzoni* szerint a sequesterek spontán, egészen szárazon lökődnek ki, s ezt azonnal a sipoly záródása s a folyamat kötőszövetes heges gyógyulása követi az izületi functio megtartásával. *J. Witmer* eseteiben typosus súlyos izületi gümösödések gyógyultak ki a normalisnak megfelelő működési képességgel.

Kétségtelenül fel nem becsülhető előnye a magaslati napkúrás eljárásnak, hogy még olyan esetekben is, a midőn különben tisztán conservatív eljárásokkal már nem boldogulunk, vagy a műtéti eredmény is már negatív, az insolatiós eljárással az elhatároló ép szöveteknek legnagyobb kimé-  
 mellett, az izületi functio megtartásával, sőt fokozásával még meglepő sikerek érhetők el.

mellett, az izületi functio megtartásával, sőt fokozásával még meglepő sikerek érhetők el.

Talán legjobban érzékitem az insolatióval elért eredmények hatását, ha *Bardenheuer*-nek, a műtétes beavatkozás legradikálisabb harcosának szavait idézem: „Ich bin ein begeisterter Anhänger der Resektionen gewesen, . . . zumal für die extrakapsuläre Ausführung aller Resektionen, anregend tätig gewesen, indessen heute glaube ich, dass für tuberculöse Gelenke meist die Operation umgangen werden kann, wofern man die Patienten in eine hoch gelegene Anstalt schicken kann.“

Az insolatiós eljárásnak hátránya, hogy hosszan tartó, néha éveken át rendszeresen és kitartóan végzett kezelésre van szükség a teljes gyógyulás elérésére, ennek pedig az alapja a megfelelő socialis viszonyok jelenléte; másrészt az insolatio hatása kevésbé érvényesül alacsony éghajlati klímában, mint magaslati klímában. Ennek magyarázata, leszámítva a klímás hatást, egyrészt abban keresendő, hogy a magaslati klímában a levegő szárazsága és ritkább volta mellett a napsugár ultraviolet sugarainak bactericid hatása és infravörös sugarainak hyperaemizáló antibactericid hatása (*Malgat*, *Jensen*, *Wiesner*) sokkal intenzivebb, mint alacsony klímában, másrészt magaslati klímában a napsugárzás egész éven át folytatható, míg alacsony klímában ez csak az év bizonyos szakában eszközölhető.

*Bardenheuer* kísérletei bizonyítják, hogy különösen zárt izületi esetekben és resectiók után támadt sipolyos esetekben, rendes kórházi kezelésben is, módszeres napsugaras kezeléssel eddig nem várt eredmények érhetők el.

Törekvésünknek oda kellene irányulnia, hogy a tüdőnépsanatoriumok mintájára magaslati helyeken sebészi gümös népsanatoriumok építtessenek, s hogy a napsugár lehető kihasználására a kórházi sebészi osztályok terrasszal láttassanak el.

*F. de Quervain* a heliotherapiának Röntgen-besugárral való combinatióját ajánlja mindazon esetekben, midőn a napkúra insolatio hiányában rövidebb vagy hosszabb időre megszakítást szenved

A sebészi gümös bántalmak conservatív kezelésében jelentős szerepet játszanak újabban a specifikus eljárások, a bántalomnak activ (tuberculinkészítmények) és passiv (serumok) immunizáló eljárásokkal való kezelése.

Az activ immunizálás célját szolgáló tuberculin-készítmények közül (melyeknek *Rotschild* a kereskedelmi forgalomban levő 38-féle praeparatumát állította össze) legáltalánosabban a *Koch*-féle Alttuberkulin és a *Beranek*-féle tuberculin van használatban. A passiv immunizálás célját a *Marmorek*-serum, a *Maragliano*-serum és a *C. Spengler*-féle I. K. szolgálja.

Ha a sebészi gümös esetekben alkalmazott immunizáló eljárások irodalmi közleményeinek hosszú sorozatát tanulmányozzuk, azt látjuk, hogy a sebészi tuberculosis specifikus kezelésének kérdése még csak forrásban van, s az ezirányú végleges megállapodások még távolról sem alakultak ki. A szerzők egy része kedvező eredmények alapján a specifikus eljárást melegen ajánlja, másik része az eljárást hatás szempontjából elvetendőnek tartja, sőt a közölt esetek nagy számára hivatkozva egyenesen károsnak ítéli. Nem kisebb emberek mint *Hoffer*, *van Hüllen*, *Ullmann*, *Hymanus*, *Strauss* stb., nálunk *Wein* a Marmorek-serummal elért kedvező eredményekről számolnak be, míg *Hohmeyer*, *Grüner*, *Ribera*, *Bandelier*, *Roepke* stb. mint hatástalant mellőzendőnek ítélik.

Nem kevésbé eltérők a vélemények sebészi gümös bántalmakban a tuberculin hatásáról és az elérhető eredményekről. Sőt a tuberculinkészítés hívei is a tuberculin adagolásának mennyiségét és mikéntjét illetően a szerint, a mint a *Sahli*- vagy *Schlossmann*-féle eljárásnak hívei, egymással is ellentétes álláspontot foglalnak el.

A *Spengler*-féle I. K.-rel elért kedvező eredményekről számolnak be nálunk *Wein* és *Hollós*.

Bár az immunizáló eljárások localis hatását illetően gümös sebészi bántalmakban legellentétebbek a vélemény-

nyek és tapasztalatok, az általános hatás szempontjából a szerzők nagyobb része szinte egyértelműen kedvező befolyást állapít meg. Az immunizáló kezelés alatt a beteg közérzete megjavul, táplálkozásának fokozódásával erőbeli állapota is visszatér, s ezzel a szervezet újból reakcióképesé válva, határozottabban birkózik meg a gümős fertőzéssel.

Az elmondottakból következik, hogy az immunizáló eljárások sebészi gümős bántalmakban különösen mindazon esetekben alkalmazhatók előnyösen, midőn a localis megbetegedés leküzdésére foganatosított conservatív eljárások is sikerrel kecsegtetnek, vagy a mikor a szükséges műtéti beavatkozás bármely okból nem végezhető. A szükségessé váló műtéti beavatkozás sem contraindicatiója az immunizáló eljárásnak, sőt általános roboráló hatásával, a szervezet ellenállásának fokozásával, különösen a gyermekkorban, hol a műtét esetlegesen radicalisan nem is vihető keresztül, egyenesen szükségessé válhatik a műtéti eredmény biztosítására.

Nem minden ízületi gümőkór gyógyul meg a felsorolt conservatív eljárások mellett s különösen nem minden beteg kerül oly állapotban a kezelés alá, hogy eredményes konzerválás volna keresztülvihető.

*A gyermekkorban lehetőleg minden esetben törekedjünk a műtéti beavatkozás elkerülésére.*

Mindazonáltal szükségessé válik a műtéti beavatkozás mindazon esetekben, midőn a beteg socialis viszonyai a konzerválással járó időbeli és anyagi áldozatot nem engedik meg, midőn a szakszerű konzerválás bizonyos határidőn belül nemcsak hogy javulást nem eredményezett, hanem a helybeli folyamat rosszabbodása és az általános erőbeli állapot hanyatlása megállapítható, midőn extraarticularis izolált gümős gócz az ízületbe való áttöréssel s így az ízület fertőzésével fenyeget. Szükséges a műtéti beavatkozás mindazon lázas sipolyos esetekben is, midőn az általános állapot súlyosságát fokozódó vérszegénység, lesóványodás, esetleg szervi gümősödés tünetei jelzik s az amyloidosis elhatalmasodása fenyeget.

Mindazon esetekben, midőn sebészi beavatkozás történik, annak a kóros szövet eltávolításával a lehető legradicalisabbnak kell lennie, mert csak ily módon érhető el a per primam gyógyulás. Ellenkező esetben a keletkező sipolyok csaknem kivétel nélkül másodlagos fertőzésre vezetnek, a mi a legszebb műtét sikerét is kétséssé teszi. Ennek az elvnek fontosságát talán leghívebben *O. Wolff* szavai fejezik ki: „Wie wir beim Karzinom, beim Sarkom den Schnitt von vornherein im Gesunden anlegen müssen, wenn wir Aussicht auf kürzere oder längere Heilung haben wollen, so pflegen wir auch entsprechend bei der Tuberkulose vorzugehen, wir behandeln sie wie einen bösartigen Tumor, wenn wir ihr operativ nähertreten“.

Míg felnőtteken a műtéti radicalismus határait csak a beteg erőbeli állapota s az ép szövetek határai szabják meg, addig a gyermekkorban, és pedig annál inkább, mennél jobban távolodunk a pubertás korától (15. év), számolnunk kell a növesi porczkorong sérülésének következményeivel s a késői hiányos functionalis eredményekkel.

Tudvalevő, hogy a nagyobb ízületeket határoló növesi porczkorong alteratiója vagy sérülése a végtag növesi visszamaradását s így rövidülését hozza létre.

Ezen alapon *Tschudy* iskolája a gyermekkorban műtéti beavatkozásnak szükségessége esetében csakis az arthroctomiát tartja jogosultnak, s a resectiót lehetőleg kerülendőnek ítéli.

Ezzel szemben *Dollinger* mutatta ki, hogy conservative kezelt, nem reszekált gyermekek végtagjának is növesi visszamaradása indul meg abban a pillanatban, mihelyt a heges zsugorodás következtében az ízület körül számos vérér öbliteratiója jön létre, s az ízületi porcz hiányos vérellátás folytán táplálkozásában szenved. Ezt bizonyítja az a tény, hogy *Dollinger* súlyos tuberculosus, nem reszekált esetekben 8—10 cm., sőt 19½ cm.-nyi rövidülést is észlelt.

Ha tekintetbe vesszük továbbá *Dollinger*-nek következő tapasztalati tényét: „Aber schon der Umstand, dass die Verkürzung der Extremität selbst dann nicht ausbleibt, wenn die

Knorpelscheiben bei der Resektion geschont wurden, macht es wahrscheinlich, dass in diesen Fällen für die Verkürzung nicht der operative Eingriff zur Verantwortung gezogen werden kann, sondern dass die Epiphysenknorpel durch den tuberkulösen Prozess zur regelmässigen Knochenbildung unfähig werden“, a melyhez *Hoffa* is teljes mértékben csatlakozott, akkor kétségen felül áll, hogy a resectio után beálló rövidülések nem róhatók fel egyedül a resectió mütétek hibájául s nem teszik indokolttá és jogosulttá a gyermekkorban nemcsak a kiméletes, hanem még a kiterjedtebb (extracapsularis) ízületi resectiók mellőzését sem.

A resectió műtéti beavatkozás hátránya, szemben a konzerváló eljárással, a gyermekkorban nemcsak a végtag fokozott rövidülésében nyilvánul meg, hanem még eklatánsabb a késői functionalis eredményeknek, az oldalirányú elgörbüléseknek, a flexiós contracturák fokozatos beállításának egyenesen lesújtó voltában. Ezt élénken demonstrálják az alábbi statisztikai adatok:

	Egyenes	Görbe	Nagyon görbe
<i>Drandt (Garré)</i> --- ---	53·7%	33·3% (— 150°)	12·9%
<i>Hofmeister (Bruns)</i> --- ---	27·1%	28·0% (— 130°)	44·9%
<i>Hoffa</i> --- --- ---	22·9%	47·1%	29·8%

E szomorú functionalis eredmények *M. Brandes* szerint csak úgy kerülhetők el, ha a *Helferich*-féle kiméletes resectio végzése mellett a gyógyult beteget még éveken át szigorú ellenőrzés alatt tartjuk s a végtag egyenes állását szükség esetén gipszkötésekkel vagy rögzítő tokokkal biztosítjuk.

Az ízületi resectio a gyermekkorban a conservatív eljárásokat tehát nem pótolhatja és ily értelemben nem szolgálhat a betegség gyógytartamának megrövidítésére. Mindazon súlyos esetekben azonban, hol a rationalisan keresztül-vitt és hosszantartó conservatív therapia a felsorolt okoknál fogva a kívánt eredményre nem vezet, jogosult a gyermekkorban is a *Helferich*-féle resectio végzése, különösen ha az elért functionalis eredményt gondos utókezeléssel is biztosíthatjuk.

Ezen okokból a gyermekkorban az amputatio végzése csak akkor jogosult, ha a beteg annyira elerőtlenedett, elgyengült, hogy a hosszabb ideig tartó műtéti beavatkozást igénylő resectio végzése a beteget egyenesen életveszélybe döntené, vagy azon súlyos esetekben, midőn a 15 évnél jóval fiatalabb korú gyermekeken végzendő resectio az epiphysis-porczot áldozatul követelné.

\* \* \*

Ha az imént elmondottakat mérlegeljük, a gyermekkori ízületi tuberculosis gyógyításának mai állását a következő tételekben foglalhatjuk össze:

A gyermekkorban a gümős ízületi gyuladások kezelésekor uralkodó legyen a conservatív eljárás és lehetőleg minden esetben törekedjünk a műtéti beavatkozás elkerülésére.

A rögzítő-nyújtó eljárások közül, szemben a *Ludloff-Lorenz*-féle eljárással, előny biztosítandó a *Dollinger*-féle étappeos eljárásnak, mely káros hatás nélkül már a gyógyfolyamat tartama alatt is kedvezőbb helyzetet teremt s el nem hanyagolt esetekben feleslegessé teszi a redresszáló mütétet.

A legnagyobb rigorozitással kell ügyelnünk arra, hogy a zárt folyamatok sipolyossá ne váljanak; a hideg tályogok teljes asepsis betartásával punctio útján ürítendő ki; a befejskendező ferment-termelő anyagok közül újabban a *Calot*-féle oldatok biztatnak nagyobb sikerrel.

A felnőttek, különösen idősebb egyének ízületi tuberculosis ellen jó hatásúnak bizonyult Röntgen-besugárzás a gyermekkorban, a Röntgen-sugaraknak a növesi porczkorongra gyakorolt káros hatása folytán, csak megszorítással alkalmazható (váll, csípő, térd).

Magaslati klímában kellő kitartással és hosszabb időn

át (esetleg 2—3 év) folytatott direct napsugaras kezelésre nemcsak a zárt, hanem a sipolyos izületi tuberculosisokban is csodás hatás érhető el; az esetek nagy számában ugyanis az izületek normalis funkcióképességgel gyógyulnak, vagy a mennyiben a sequester spontán kilökődése jött létre, az izületi functio lényeges javulása következik be. *Bardenheuer* a kórházi kezelésben is igénybevett direct napsugaras kúrának kedvező hatásáról számol be.

A sebészi tuberculosis specifikus kezelésének kérdése ma még forrásban van, az ezirányú végleges megállapodások még távolról sem alakultak ki. Míg a localis hatás szempontjából legellentétebbek a szerzők véleménye, addig az általános roboráló hatás szempontjából a szerzők nagyobb része kedvező befolyást állapít meg.

Mindazon esetekben, midőn műtéti beavatkozás válik szükségessé, a kóros szöveteiket a gyermekkorban is a lehető legradicalisabban kell kiirtanunk, mert csak így várhatunk per primam gyógyulást s zárhatjuk ki másodlagosan fertőzött sipolyok keletkezését, melyek a műtét sikerét kockáztatják.

Ha az arthrectomia nem vezet célhoz, súlyos esetekben a gyermekkorban is jogosult a radicalis resectio végzése, mert, mint azt *Dollinger* kimutatta, hasonló esetben a növesi porckorong kóros szöveti pusztulása a konzerváló gyógyulás mellett is lényeges rövidülést eredményezne.

A gyermekkorban végzett resectiók után jelentkező késői oldalirányú és flexiós contracturák keletkezésének elejét vehetjük gondos ellenőrzéssel, hosszabb időn át rögzítő gipszkötéseknek vagy tokoknak hordatásával.

A gyermekkorban amputatio végzése csak akkor jogosult, ha a resectio végzésének időbeli tartama az elgyengült beteget életveszélybe döntené, vagy ha az igen fiatal korú gyermekben végzendő resectio az egész epiphysisporcot követelné áldozatul.

Közlemény az Országos anya- és csecsemővédő-egyesület II. sz. otthonából. (Igazgató-főorvos: Temesváry Rezső dr. egyetemi magántanár. A csecsemőosztályt vezeti: Heim Pál dr. egyetemi magántanár és John M. Károly dr.)

### A csecsemőtáplálás fontosabb kérdéseiről.

Irta: John M. Károly dr.

#### IV. A túrók tej gyógyító hatásáról. A csecsemőkori dyspepsiák pathogenesiséről.

(Folytatás.)

A dyspepsiák egy másik csoportját „parenteralis infectiók” elnevezéssel illetjük. E kifejezés alatt a gyakorlatban sokszor félreismert azon béljelenségeket értjük, melyek a csecsemő szervezetének infectiói, különösen a felső légutak hurutja alkalmával észlelhetők. Coryza, pharyngitis stb. után, tehát másodlagosan áll be a dyspepsia, súlystagnálás vagy -fogyás kíséretében a nélkül, hogy enteralis okokról, étrenai hibáról, tehát a táplálékkal kapcsolatos ártalomról lehetne szó. A szoptatott csecsemőknek különösen téli dyspepsiája az esetek legalább 90%-ában pharyngealis eredésű. Hogy a dyspepsiának ezen formája a mesterségesen táplált csecsemőkön is, és rendszerint súlyosabb formában áll be: a dolog természetéből következik. A garatképletek heveny megbetegedése és gastro-intestinalis jelenségek consecutiv beállása általánosságban még nem eléggé ismert dolog. A szülő nem a pharyngitis miatt fordul az orvoshoz (hiszen erről nem is tudhat), hanem a mi az ő részéről érhető, a sokkal szembe-tűnőbb dyspepsiás jelenségekre keres orvoslást. Ha a pharyngitist mint alpbántalmat felismerni elmulasztjuk, a hőemelkedés, a hányás-hasmenés okát emésztési zavarokban keressük: a helyzetet teljesen félreismertük. Ennek hibás therapia lesz a következése. Hashajtóknak adagolását és az éheztetést parenteralis infectiók tiszta eseteiben indokolatlannak, sőt károsnak kell tartanunk. Ezen beavatkozással a csecsemő nyugtalanságát csak fokozzuk és a mi nagyon is megfontolandó: több száz grammnyi súlyvesztéséget okozunk.

A hurutos csecsemő amúgy is fogy, mert csökkent az étvágya, de absolut koplalásra spontán aligha szánja rá magát. És sohasem a női tejjel szoptatott csecsemő, bár a rendesnél kevesebbet szopik ez is.

Dyspepsia eseteiben tehát ne feledkezzünk meg az orrgaratúr inspectiójáról. Gastro-intestinalis jelenségek egyidejű beálltakor pedig — az étrend józan szabályozásán kívül — az alpbántalom: az orr-garatképletek kezelésére kell a főszólyt helyezni.<sup>1</sup>

Azon kérdésre, hogy hurutos infectiók enteralis jelenségeket mely utakon váltanak ki, csak feltevésekkel válaszolhatunk. A garatképletek hurutjának — „influenza” — előidézésében sokféle bacterium szerepelhet. Ezek közismerten nem okoznak erjedést. Előreláthatóan különben is elpusztulnának az egészséges gyomorban. A táplálék megvonásának — az erjedés meggátlása céljából — tehát semmi értelme sincsen. Már csak azért sem, mert nem valószínű, hogy az erjedés hivatásos mikroorganizmusai éppen a nátha kitörésének napján vándorolnak fel a vastagbélből a vékonybél majdnem steril felső részleteibe. A hányást a fokozott garatreflexből (*Schloss*) még megmagyarázhatnánk, a hasmenést pedig toxikus befolyásokból, melyek az idegrendszer vagy a véráram útján érvényesülnek. Vajjon fokozott transsudatióval a bél lumene felé, avagy a bélperistaltika pathológiás fokozódásával állunk-e szemben, bajos eldönteni. Hurutos infectiók alkalmával haematogen úton közvetített pyelitisekkel is találkozunk. A pyelitist a garatképletek megbetegedésétől azonban mindig hosszabb időköz választja el egymástól. Minthogy a dyspepsiás jelenségek az orr- és garattünetekkel majdnem egyidejűen jelentkeznek, e jelenségek okát nem a bél lumenében lezajló folyamatokban, hanem magára a bél falára, a bélperistaltikára ható nervosus befolyásokban kell keresnünk.

Klinice jól áttekinthető a helyzet, ha az addig egészséges csecsemő lázas és hurutos lesz s e jelenségekkel egyidejűen dyspepsia áll be. A légutak hurutos infectiója megtörtént és kimutatható, az infectio kapuja parenteralis, a gyomor-béltüneteket más okokra nem vezethetjük vissza. A szoptatott csecsemők a továbbiakban rendszerint úgy viselkednek, hogy a hurutos jelenségek és a dyspepsia egy időben szűnnek meg. Mesterségesen tápláltakon ezt szabálynak nem tekinthetjük. És előfordul elég gyakran, hogy az infectio látható jelei már régen elmúltak, de a dyspepsia még tovább tart. Ha ezen időben kerül a beteg szemünk elé, a tájékozódás meglehetősen nehéz, különösen akkor, ha a hurutos infectio a környezet figyelmét elkerülte. Így be kell vallanunk, hogy a parenteralis eredésű dyspepsiák körjelzése nem minden esetben olyan egyszerű, mint azt a dyspepsiák theoriás csoportosítása után elvárhatnánk.

Ha előbb azt mondtam, hogy dyspepsia minden esetében a torokképleteket is meg kell tüzetesen vizsgálnunk, úgy hozzá kell még tennem, hogy hurutos infectiók alkalmával — tekintet nélkül arra, hogy kísérik-e a bél részéről tünetek vagy nem — sohase mulasztjuk el érdeklődni aziránt, vajjon az anamnesisben emésztési vagy táplálkozási zavarok szerepeltek-e? Mert elképzelhető az az eset is — mesterségesen táplált csecsemők ennek gyakori példáját szolgáltatják —, hogy alimentaris dyspepsiában szenvedő csecsemők felső légutai megbetegednek és az alimentaris dyspepsia a parenteralis eredésűvel súlyosbítva kerül szemünk elé. Ez a szövődmény, mely a csecsemő életét is veszélyezteti, a már említettektől eltérő étrendi dispositiókat tesz szükségessé. De még ez esetekben is azt ajánlanám, hogy addig, míg a láz és a hurutos infectio tart, érzük be az azelőtt való étrend quantitativ reductiójával és a qualitativ változtatásokkal várjunk lehetőleg addig, míg az infectio heveny tünetei már lezajlottak. A tapasztalás azt bizonyítja, hogy a hurutos infectiók acut stadiuma contraindikálja a megszokott étrend elvi megváltoztatását.

Szoptatott csecsemőknek parenteralis dyspepsia esetében

<sup>1</sup> Tonogen-bórkenőcs az orrba. Izzasztás. Antipyreticumok. Bis-muthum opiummal.

túros tejet adni meg sem kísérlettem. Az ilyen csecsemők parenteralis dyspepsiája amúgy is meggyógyul napok alatt és így semmi értelme sem volna a női tejtől eltérni. Másképpen alakulnak a viszonyok, ha mesterségesen táplált csecsemőkről van szó. A dyspepsiás jelenségek ez esetekben oly intenzitással jelentkezhetnek és oly makacsossá válhatnak, hogy az addigi táplálkozási rendszer a siker reményében többé nem folytatható. Ha női tej nem áll rendelkezésünkre, *túros tejet adhatunk, mely ilyen esetekben is kitűnő szolgálatot tesz.*

Az alimentaris intoxicatio (cholera infantum) eseteiben túros tejjel nem kísérletezhettem. Az utolsó két nyár folyamán a mi éghajlatunk alatt élő csecsemőket káros hőhatások alig érthették. *Finkelstein* és más szerzők állítják, hogy a fehérjés tej alimentaris intoxicatio eseteiben rendkívül hatásosnak, egyesek szerint a női tejnél is jobbnak bizonyult. Nincs okom feltenni, hogy a túros tej nyári hasmenés eseteiben a fehérjés tejet ne tudná pótolni.

A túros tej már nagyobb (több éves) gyermekek dyspepsiája eseteiben is sikerrel alkalmazható. Az ilyen gyermekek étrendje a következő: reggel 250 gr. túros tej zsemlyével, délben leves, hús, túros tejbe főtt dara (tapioka, kétszer-sült), délután 250 gr. túros tej zsemlyével, vacsorára túros tejbe főtt dara.

\* \* \*

A túros tej antidyspepsiás hatását annak erjedésgátló tulajdonságaiban kell keresnünk. E tulajdonságok ismertetése a gyógyhatást, melynek teoriás jelentősége is fontos, plausibilissé fogja tenni. Tudott dolog, hogy a dyspepsiát a bél lumenében keletkező pathológiás erjedések létesítik. Az erjedés közegeit: a cukrot és a zsírt, a csecsemő táplálékában mindenkor megtalálhatjuk. Pathológiássá akkor válik az erjedés, ha 1. az erjedés közegei nagyobb tömegben, vagy az erjedésre alkalmasabb formában vannak jelen, 2. ha az erjedést okozó mikroorganizmusok létszáma és ezeknek vagy a fermentatásnak aktivitása növekedik. A mi a szénhidrátokat és különösen a bennünket érdeklő cukrokat illeti, ismeretes, hogy a három kétvegyértékű cukorféleség közül a tejcukor az, amely a leglassabban szívódik fel, amelynek főlösege a legkönnyebben erjed. Mivel már normalis körülmények között is a tejcukor egy része a vékonybél alsó részében (a felső úgyszólván steril), úgyszintén a vastagbélben erjedésnek indul és az e helyen való erjedés a bélmozgásnak egyúttal physiologiás ingere: a cukor pathológiás szerepe akkor kezdődik, ha rendellenes mennyiségben és rendellenes helyen kezd erjedni. Az erjedés következtében a bél legérzékenyebb helyén (a vékonybél felső részleteiben) savak keletkeznek, melyek a bél falát izgatják és a szervezetnek vízvesztést okoznak. Mindezzel természetesen velejár az is, hogy az elerjedt cukormennyiség a COH-anyagcsere szempontjából kárbavesztett.<sup>2</sup> Anyagcserevizsgálatokból tudjuk, hogy ennek folytán a többi tápanyag kihasználása is szenved. És nincs okunk kételkedni azon, hogy a bélben a neutralis zsírokból fermentatás következtében keletkező magasabb zsírsavak egy része a közömbösítést elkerülve, alacsony (és veszélyes) zsírsavakra bomlik. Míg a magasabb zsírsavak a táplálékból származó mézszókkal egyesülve, oldhatatlan és ennél fogva nem ártalmas Ca-szappanokká válnak, az alacsony zsírsavak még Ca-sók jelenlétében is oldatlan maradnak. Ezen a cukorból és a tej zsírjából keletkező bomlási és erjedési termékek most egyesült erővel kezdik ki a bél falát, functionalis zavarokat okozva. Bár eddig el nem döntötték, hogy a zsírból és a cukorból keletkező savak közül pathogenitás dolgában melyiket illeti meg az elsőbbség, mégis valószínű, hogy az alimentaris dyspepsia a legtöbb esetben a szénhidrátok rendellenes szétbontásából keletkezik. Hogy nem ez az útja a *Czerny*-féle „tejtartalomnak“, nem kell bizonyítanom. De rá kell mutatnom erre, mikor a csecsemődietaetika terén

vezető iskolák a „*dyspepsia*“ fogalmát mint önálló és helybeli jelentőségű megbetegedést az általuk proponált nomenclaturából szándékosan kihagyták és minden jelenségben csak *táplálkozási*, illetőleg *anyagcserezavart* látnak; elsődleges dyspepsiáról, tehát *emésztési* zavarról tudni sem akarnak; dyspepsiás tünetek jelentkezését más szervezetben, mint az olyanban, melynek anyagcseréjét előzetes táplálkozási zavarok még meg nem rongáltak, elképzelni sem tudnak. Ez a felfogás, amelyet *Czerny* boroszlói iskolája is képviselt, a táplálkozási zavaroknak *Finkelstein* ajánlotta beosztási rendszeréből is kitűnik. Mert másképpen ezt a sorrendet: első stadium egyensúlyzavar, második stadium dyspepsia, harmadik stadium decompositio: értelmezni nem lehet.

Hogy heveny *emésztési* zavarok a csecsemőkorban is léteznek, annak ezer és ezer példáját látjuk; hogy ezek a táplálkozási ártalmaktól (a „Nährschaden“-tól *Czerny* értelmében) különválasztandók, természetes követelés, mely elől elzárkózni nem lehet. Minthogy a *dyspepsia nem stadium, hanem sui generis megbetegedés, a dyspepsia fogalmát régi értelmében fenn kell tartani.* Ujabban *Langstein*, *Schloss* és *Lesage* már ilyen értelemben nyilatkozik. A míg a táplálkozási ártalmak kifejlődéséhez idő kell, és hetek ahhoz, hogy az anyagcserezavar klinice is észrevehetővé váljék, addig a dyspepsiás folyamatok máról-holnapra köszöntenek be, akár hányszor, ha fiatal szoptatott csecsemőnek *egyszer* adunk tehéntejet. A táplálkozási ártalom mindenkor komoly bántalom, mely a szervezet chemismusát megzavarja. A dyspepsia ezt nem teszi és annyira jellemző tünetekkel jár, hogy számára minden beosztási rendszerben önálló nevet és helyet kell biztosítani.

A dyspepsia a csecsemőkor tuczatmegbetegedése és csakis ez a gyakoriság jogosít fel arra, hogy e körkép relatív veszélytelenségéről beszélhessünk. Sajnos, igen makacs dyspepsiákkal is találkozunk, melyek atrophira vezethetnek. Különösen akkor, ha a dyspepsia valóban táplálkozási ártalomhoz csatlakozott. Ez esetekben persze csupán az emésztési funkciók zavaráról többé nem beszélhetünk. Azt pedig határozottan kimondhatjuk, hogy nemcsak a tipusos tejártalom az az út, melyen át valamely csecsemő az atrophia (decompositio) stadiumába juthat. Számos saját megfigyelésem győzött meg arról, hogy a csecsemő mindjárt kezdettől fogva dyspepsiásan — a tipusos tejártalom jelenségei nélkül — vált később atrophiaszá.

A túros tej a bélben az erjedésre alkalmatlan viszonyokat teremt; az erjedés feltételeinek megszüntetésével a talajt a rothadás számára készíti elő. A rothadás az erjedéssel ellentétes folyamat, mely a csecsemő bélhuzamát nem veszélyezteti. 24 óra alatt kitűnő szappanszékek keletkeznek, melyeknek szaga is elárulja, hogy a bélben rothadó folyamatok és annak közegei dominálnak. Tulajdonképpen azt tesszük tehát, hogy a tehéntejben levő szerves és szervetlen anyagok normalis relációjának megváltoztatásával olyan tejártalmat juttatunk a csecsemő belébe, mely a rothadás floráját favorizálja. Ennek eredménye a híg székek transformatiója szappanszékeké, melyeknek constructiója oly szilárd — és ebben rejlik a gyógyhatás ereje —, hogy elegendő mennyiségű szénhidrát adagolása válik lehetségessé. A csecsemő súlygyarapodásának így megadták a feltételei.

A mi már most a túros tej gyógyhatásának finomabb részleteit illeti, *Heim Pál*-lal tett tapasztalásaink alapján *Finkelstein* és *Meyer*-nek a fehérjés tejjel vonatkoztatott elméletét nem fogadhatjuk el. *Finkelstein* és *Meyer* ugyanis azt állítja, hogy a bél toleranciája a szénhidrátokkal szemben ceteris paribus nagy mértékben azon közegtől függ, melyben oldva adjuk azokat. A tehéntej savója — mint azt *L. F. Meyer*<sup>3</sup> többek által megtámadott savócsere kísérletei bizonyítani látszanak — szerintük e tekintetben alkalmatlan közeg, mely szerves anyagokkal, különösen a cukorral való correlációban a concentratio arányában segíti elő az erjedést. E feltevés

<sup>2</sup> *Reuss* gondolatmenetét követve: Die Bedeutung der Kohlehydrate für die Ernährungsstörungen im Säuglingsalter. Wiener med. Wochenschr., 1910, 28—30. sz.

<sup>3</sup> Monatschr. f. Kinderheilk. V., 7. sz., Jahrb. f. Kinderheilk. 71; *Finkelstein*: Lehrbuch.

értelmében *Finkelstein* és *Meyer* a savó mennyiségének felére való redukálást, valamint — az író felhasználásával — a könnyen erjedő tejcukor csökkentését látta szükségesnek. Felvették továbbá, hogy a fehérs tej, mivel nagymennyiségű caseint tartalmaz, pozitív értelemben is hat, még pedig azért, hogy a bél alkális váladékát fokozza; az alkális közeg viszont az erjedés termékeit, a savakat kötné le, minek vég-eredményben a szénhydrattolerantia fokozása lenne a követke-  
 zése.

*Finkelstein* tehát, ki a táplálkozási zavarok pathogenesisében a tehéntejsavónak juttat fontos szerepet, a fehérs tej gyógyhatásának egyik tényezőjét — logikus következtetéssel — a savoreduktióban látja. A *túros tejjel tett tapasztalások a savoreduktio therapiás értékét kétségessé teszik*. Ez állítás bizonyosságául felhozom, hogy csecsemők százai, kik  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$  tehéntejtől dyspepsiát kaptak:  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$  túros tejjel táplálva (tehát ugyanannyi savóval, mint azelőtt) 24 óra alatt meggyógyultak. Bár e példák még nem czáfolják meg *Finkelstein* azon feltevését, mely szerint a tehéntejsavó a táplálkozási zavarok pathogenesisében szerepet játszanék, azt az egyet kétségtelenné teszik, hogy a *túros tejjel a bélbe vitt tehéntejsavó a gyógyulást semmiképpen sem zavarja*.

Ha a tehéntejsavónak az erjedést elősegítő hatásában még a mondottak után is tudnánk hinni, el kell ismernünk, hogy ez a hatás a túros tej adta közegben nem érvényesül. A szappanszékék jelentkezése ennek szemmel látható bizonyítéka.

Az oldhatatlan szappanszékék vegyi structuráját illetőleg tudjuk, hogy keletkezésükhöz oldható mészsók találkozására szükséges le nem kötött magasabb zsírsavakkal. Ezen a szappanszékék képződéséhez szükséges komponenseket — a zsírt és a calciumot — viszzük *Stolte*<sup>4</sup> szerint a túros tejjel a csecsemő szervezetébe a tej megalvadásakor keletkező paracaseincalciumphosphat alakjában, mely a zsírt is magával viszi.

Zsirártalom esetében is képződnek szappanszékék. Ezen pathognomostikus jelentőségű szappanszékék anyagát: a zsírsavakat, mint zsírt a táplálék, az alkáliákat és alkáliás föld-fémeket a szervezet szolgáltatja. A szervezet ennek következtében demineralizálódik. Dyspepsiás csecsemők, ha túros tejet kapnak, szintén szappanszékéket ürítenek. E székék ez esetben nem ártalmat, hanem kívánt fordulatot: a dyspepsia végét jelentik. Ezen szappanszékék képződéséhez a szervezet a maga részéről semmivel sem járul hozzá, mert — mint már említettem — a szükséges anyagokat, a zsírt és a paracaseincalciumphosphatot a túros tejjel viszzük a bélbe. A szervezet demineralizálódása így nem következik be. Mindennek a klinikai reparatio a legbeszédesebb bizonyítéka.

Ezen elméleti fejtegetésekre,<sup>5</sup> melyek e kérdésben *Heim Pál*-lal való felfogásunkat tükröztetik vissza, azért kellett kitérnem, hogy a túros tej gyógyhatását, melyet a gyakorlat mindenképpen igazolt, elméleti oldalról is bemutassam.

## Gyógyítson-e az iskolában a középiskolai egészség-tanár és iskolaorvos?

Irta: *Katona József* dr., székesfővárosi tisztviselő orvos.

Alig hogy nyilvánosságra került a középiskolai tanítási reform tervbevétele, nyomban megmozdultak nemcsak az összes tudományos és a középiskolai tanítással foglalkozó testületek és körök, egyrészt, hogy a reform szükségességét tudományosan megvitassák, másrészt pedig hogy az összes tudományszakok mentsenek, a mit menteni lehet. Kétségtelen dolog ugyanis, hogy a reform keresztülvitele az egyes tárgyak tanítási óráinak számát más tárgyak tanítási óráinak

<sup>4</sup> Über die Bedingungen für das Zustandekommen fester Stühle. Jahrb. f. Kinderh. 1911, 24. köt., 4. füz.

<sup>5</sup> Részletesebben l. *Heim u. John*: „Über die Verwendbarkeit kaseinangereicherter Kuhmilch.“ Zeitschr. f. Kinderh. IV. köt., 1. füz. — *Heim u. John*: Die kaseinfettangereicherte Kuhmilch etc. Monatschr. f. Kinderh. XI. köt., 12. sz.

előnyére vagy hátrányára emelni vagy kisebbiteni fogja. Ez utóbbit nem akarja egyik tudományos szak sem, azért hívei és emberei mindent elkövetnek, hogy tárgyak fontosságát és szükségességét bebizonyítsák. Memorandumok, küldöttségek mennek a minister elé és mindenki feszült figyelemmel várja, melyik tárgy kerül ki győztesen más tárgyakkal szemben.

Magától értetődő dolog, hogy a higiéné is felhasználja az alkalmat és részt kér az osztokodásból. Nem akar többé csak túrt, rendkívüli tárgy lenni, hanem jogaira és fontosságára hivatkozva, helyet akar foglalni a többi rendes és kötelező tantárgy sorában.

Az országos közegészségügyi egyesület is kötelesség- és hivatásszerűleg foglalkozni kezdett a középiskolai tanítási reform kérdésével s iskolaorvosi és egészség-tanári szakbizottsága útján tervezetet dolgozott ki az egészség-tanítás rendszerének mikéntjéről és az iskolaorvosi állásoknak a középiskolához való rendszeresítéséről.

A tervezet, a mely *Pekár Mihály* dr. tollából került ki, a következő főbb alapelveken épül:

Az egészség-tan kötelező tantárgy legyen s tanítassék a IV. osztályban 2, a VIII. osztályban heti 3 órában.

Az egészség-tanár szavazati joggal bíró tagja a tanár-testületnek. Fizetése óránként és évenként 120 korona, a mi 5 évenként 200 koronáig emelkednék.

Minden középiskolához iskolaorvosi állás is rendszerezés-tendő. Az iskolaorvos teendőinek sorába a tervezet mindazt felvenni kéri, a mi a 44250/887. sz. vallás- és közoktatásügyi ministeri rendeletben részletesen benfoglaltatik, kiegészítve egyes modern üdvös és hasznos gyakorlati újításokkal. Az iskolaorvos fizetése osztályonként és évenként 100—100 koronára van tervezve.

A fenti rendelet tanuságot tesz arról, hogy azt oly szakférfiak készítették, a kik korukat e tekintetben több évtizeddel megelőzték, s oly mestermű, hogy az abban részletezett iskolaorvosi teendők sorába sem nálunk, sem külföldön új eszméket, új üdvös és hasznos alapelveket felvenni nem igen lehetett, csupán az egyes teendők modern gyakorlati kivitelében lehetett változtatni egyet-mást.

És megis az iskolaorvosok és egészség-tanárok szakbizottságában több oldalról egész komolyan felvetették azt az indítványt, hogy a járóbeteg-kezelést igénylő tanulók kezelését az iskolában az iskolaorvos rendes kötelező mindennapi ambulantián végezze. Az indítványozók egyedüli indokolása abból állott, hogy a tanuló az orvosi rendelésekre eljárva mulaszt és erkölcsöt a rendeléseken veszélyeztet, no meg hogy azt a kezelést, a mit a rendelő-intézetek nyújtanak, az iskolaorvosok is tudják nyújtani. Mi az a kis szembecsöpgtetés, porbehintés, fülkifecskendezés stb. stb.

A gyermek gyógykezelését illető társadalmi jogrendet, az orvosethikában uralkodó felfogást és orvosi socialis érdeküket oly mélyen sértő és lábbal tipró ezen indítványok ellen a hangulat és ellenszenv már az első ülésen oly erős volt, a bizottság ellenvéleménye a kezeléssel szemben annyira kialakult, hogy maguk az indítványtevők még szavazást sem provokáltak s a bizottság a beteg tanulók iskolai gyógykezelését az iskolaorvosok teendői közül teljesen kihagyta.

De az indítványtevők indítványuk elvetésébe való bele-nyugvása csak látszólagos volt. Daczára a kimondott és elfogadott határozatnak, az utolsó bizottsági ülésen, a melyen a megszerkesztett memorandum befejező tárgyalása és felolvasása volt a tárgysorozaton, azt vétették fel a tervezetbe, hogy az iskolaorvosnak legalább az absolute szegény tanulók iskolai kezelése engedtessek meg.

Mint hogy a memorandum végleges felolvasása alkalmával más új indítvány nem tétetett, a gyógykezelési indítvány tárgyalását az ülés végére halasztották, a mikor a többi pontot már elfogadták.

Azonban az új indítvány megokolása, megvitatása elmaradt, abból az egyszerű okból, mert a bizottság elnöke, hivatkozva az előrehaladt időre és arra, hogy ő már előre látja, hogy a vita felesleges és meddő lesz, mert a vélemények már kialakultak, pusztán a szavazást rendelte el.

A szakbizottság, a melynek tagjai közül ezen az ülésen csak kevesen jelentek meg s ezek közül is az ülés végére már csak alig tizenhárman maradtak, szótöbbséggel elfogadta a javaslatot.

Tekintettel arra, hogy az esetleg létesítendő egészség-tantanári és iskolaorvosi intézmény az ország orvosainak érdekeit sokoldalúlag érinteni fogja, azt hiszem, nem végzek felesleges munkát, a mikor e kérdést az orvosi szaklapokban ismertetem s egyúttal nyilvánosságra hozom azt az ellenvéleményt, a melyet *Gerlőczy Zsigmond* dr. egyetemi tanár és csekélységem az országos közegészségi egyesület választmányához benyújtott.

Már az 1887/44.250. sz. vallás- és közoktatásügyi ministeri rendelet megalkotói *Fodor* tanárral élükön hangsúlyozták, hogy az iskolaorvosi intézménynek szüksége van a gyakorló orvosok támogatására, a gyakorló orvos és az iskolaorvos közös érdeke a collegialis jó viszony, épp azért szükséges, hogy az iskolaorvos mint ilyen az iskolában a gyógyításba egyáltalában ne avatkozzék, mert ebből félreértések keletkeznek.

Mennyire igaza volt *Fodor*-nak és társainak a fent előadottakban, igazolják ezt a németországi rendelkezések, a hol az iskolaorvosok szolgálati utasítása egyenesen kimondja: „A megbetegedett iskolásgyermek gyógykezelése nem az iskolaorvosok feladata“.

Az 1898-ban kibocsátott porosz ministeri rendelet, a mely az iskolaorvosi állások rendszeresítését sürgős szükségnek mondja, az iskolaorvosi intézmény ellen felhozott érvek megczáfolásával foglalkozva, megjegyzi, hogy nem kell attól tartani, mintha az iskolaorvosi intézmény a gyakorló orvosok és iskolaorvosok közötti collegialis viszonyt megzavarná, mert a szolgálati utasítás ama intézkedése, mely szerint a beteg tanulók kezelése nem az iskolaorvos feladata, úgy a háziorvosi gyakorlatba, mint az orvosok betegkörébe való bármely beavatkozásnak gátat vet.

Az úgynevezett absolute szegény középiskolai tanulók tervbe vett gyógykezelése nem tekinthető másnak, mint beavatkozásnak más, erre hivatott, ezért fizetett orvosok beteggyakorlatába.

De nem engedélyezhető ez már abból a szempontból sem, mert ennek, a mint azt orvosi karunk egyik legkiválóbbja jelezte, egyes iskolaorvosok részéről csak az lenne a folyamánya, a mit a farkas és a pásztor meséjében láttunk. A farkas megegyezett a pásztorral, hogy csak a döglött birkákat kapja, egyideig beérte ezzel, de nemsokára már a beteg birkákat is követelte s végül pusztítani kezdte az egészségeseket is.

#### Különvélemény.

##### Tisztelt Választmány!

Az iskolaorvosok és egészség-tanítók szakbizottsága a m. kir. vallás- és közoktatásügyi minister úrhoz való benyújtás végett memorandumot dolgozott ki az egészség-tanító tanításának a módozatairól és az iskolaorvosi állások rendszeresítéséről a középiskolákban.

Ezen memorandum elfogadás és illetékes helyre való felterjesztés végett a t. választmányhoz van benyújtva.

A szakbizottság memorandumában a többi közt azt javasolja, hogy az iskolaorvos az absolute szegény tanulókat az iskolában kezelhesse.

Alulirottak a szakbizottságban ki akarták fejteni az iskolai gyógykezelés elleni véleményüket, ezt megtenni azonban nem volt alkalmuk, mert a bizottság a kérdést vita kizárásával egyszerű szavazással döntötte el.

Eltekintve ezen szokatlan eljárástól, a melynek helyes vagy helytelen voltáról ezúttal nem akarunk nyilatkozni, pusztán az alább kifejtett elvi okok alapján az iskolai gyógykezelést illető fentjelzett javaslattal szemben külön véleménynyel, külön javaslattal élünk. Teszszük ezt annál inkább, mert a bizottságnak a gyógykezelést illető javaslata a kérdés nagy fontosságához, jelentőségéhez és kényes voltához képest

különben is nagyon tágran és szabadon értelmezhető, nem elég világos.

Indokainkat a következőkben foglaljuk össze:

A tanulóknak a középiskola falain belül való gyógykezelése, eltekintve sok egyéb ellenjavallattól, kardinalis alapelvekbe ütközik. Áll ez főképp az iskolákban rendszeresítendő egészség-tanítók és iskolaorvosok részéről való kezelést illetőleg.

A középiskola a tanítás, a nevelés és a tanulás csarnoka, oda azt, a mi ezzel össze nem függ, bevinni nem szabad.

Az iskola magasztos feladata és munkája nem egyeztethető össze s nem fér meg egy fedél alatt a betegkezelés nem kevésbé fontos, szükséges és magasztos ténykedésével.

A beteg tanulóknak nincsen helye az iskolában, ott nem kezelhető, maradjon otthon s gyógykezeltesse magát.

Sajnos, elég gyakoriak az olyan testi fejlődési bajok és hibák, úgyszintén elhúzódó, megállapodottnak látszó, idősült betegségek, a melyek nem zárják ki azt, hogy a tanuló a mellett, hogy az említett baját gyógyíttatja, előadásokra ne járhasson.

Ilyenek az egyes bőrbajok, szem-, orr-, fülbántalmak, testegyenészeteti kezelést igénylő fejlődési, növényi hibák stb. Főképp ezen bajok azok, a melyek kezelése és gyógyítása miatt egyesek szükségesnek gondolják az iskolai betegrendelések intézményének az életbe léptetését. Hangoztatták, hogy a tanuló nem ér reá a rendelésekre eljárni s akkor, a mikor orvoshoz vagy nyilvános rendelésekre megy, tanítást mulaszt, zavarja a tanítást, ütközben elcsavarog stb. stb.

Mindezen felhozott érvek azonban egyrészt csak látszólagos érvek, a mélyebb bírálatot ki nem bírják, másrészt pedig eltörpülnek a nagy elvi momentumokkal és ellenérvekkel szemben.

Ugyanis a gyermek az iskolában naponta legfeljebb 4—5 órát tölt, még mindig 7—8 órája marad, hogy kezelőorvosához elmenjen, s ezt annál is inkább megteheti, mert hisz a fentjelzett fogyatkozások és bajok esetén ritkán szükséges a mindennapi orvosi kezelés.

Az iskolai tanítás rendjét és menetét egyformán zavarhatja, ha a tanuló akár az iskola falain belül, akár az iskolán kívüli megy rendelésre, a mit az iskola nem igen tűrhet, nem igen engedhet meg. Melyik középiskola rendje tűrné meg azt, hogy az iskolaorvosnak az intézetben való megjelenésekor, a mi főképp vidéki városokban nem igen történhetik egyazon időben, lévén az iskolaorvos magán-gyakorlatot űző orvos is, a kezelésre járó tanulókat osztályról-osztályra összetoborozzák. A míg a sor egyre-egyre reákerül, az iskolaorvos rendelőjében is várakozni kellene. Hogy pedig a tanuló nyilvános klinikai és kórházi rendelőkben bármely erkölcsi veszély fenyegetné, arról nem kell komolyan beszélni.

A társadalmi jogrend az, hogy a gyermek gyógykezeléséről való gondoskodás joga és kötelessége elsősorban a szülőt illeti, orvosát az választja meg, miért is a szülő beleegyezése nélkül nem szabad az iskolának a tanulót bármilyen mű gyógykezelésnek alávetni.

Ezen jogok mellözése, tekintetbe való nem vétele törvényes következményeket vonhatna maga után, a melyek alól sokszor sem az iskola, sem az iskolaorvos nem vonhatná ki magát.

Az orvosethikai szabályok és az orvosi tisztesség pedig megköveteli, hogy az orvos a maga tudását és gyógyítását senkinek ne kínálja fel, annál kevésbé kényszerítse bárkire.

Mindezek folyamánya, hogy az iskolaorvos, a mikor bármely tanulón bajt, betegséget talál, a mely gyógykezelést igényel, a társadalmi jogrend, az orvosethikai szabályok és az orvosi tisztesség szempontjából nem tehet egyebet, mint hogy az iskola igazgatójával, a tanuló osztályfőnökével egyetértőleg és ezek bevonásával a szülő vagy a tanuló hozzátartozóival tudatja, hogy ilyen és ilyen betegséget talált a tanulón, a mely orvosi kezelést igényel és követel. Ezután a szülő és a hozzátartozó gondja és kötelessége, hogy a gyermek gyógy-



kezelése szempontjából azon orvoshoz forduljon, a kihez neki bizalma van. Magától értetődő dolog, hogy az ilyen gyermek kezelése semmiképp sem történhetik az iskola falain belül, még azon esetben sem, ha a választott orvos maga az iskolaorvos.

Természetesen nem lehet vita tárgya, hogy az iskolaorvos a tanulókat szülői és hozzátartozói megbízásából, a mikor ezek hozzáfordulnak, rendszeresen épp úgy kezelheti, mint bármely más orvos. De ez az iskola falán belül nem történhetik, az iskolaorvos magát kezelőorvosnak nem ajánlhatja, mivel a beteg tanulók kezelése akár lakásukon, akár az orvos lakásán, teljesen magándoiga az orvosnak, ez nem férhet össze az iskolával semmiképpen sem.

Azért konstatáljuk ezeket a dolgokat, mert a betegkezelés orvosi jövedelmi kérdés is, s mint ilyen, orvosi társadalmi és etikai szempontból is jön elbírálás alá s ebből a szempontból nézve, az iskolaorvosnak szigorúan kell őrködni a felett, nehogy csak a gyanujába is essék annak, hogy iskolaorvosi állását betegek szerzésére, közvetve jövedelme gyarapítására használja fel, avagy pedig, a mi még súlyosabb elbírálás alá esik és az orvosi tisztességbe ütközik, egyes betegeket vagy családokat más orvostól elhódítson. Az ilyen esetek minden körülmények között helyi botrányokra adnak alkalmat, a mi úgy a tanulók, mint az iskolaorvos, mint pedig az iskola szempontjából káros. Így áll a dolog az iskola módosabb és orvost és gyógyszer fizetni tudó tanulókat illetően.

Milyen a helyzet az orvost és gyógyszer fizetni tudó tanuló és az iskolaorvos között a gyógyítást illetően? Olyan tanuló, a ki orvoshoz és gyógyszerhez nem juthatna, nincs. A munkás-szülők gyermekeinek ott áll rendelkezésre a most már eléggé jól szervezett pénztári orvosi intézmény. Az oly tanulók gyógyításáról pedig, a kiknek szülője sem orvost, sem gyógyszer fizetni nem tud, a mi a középiskolákban elég ritka eset, gondoskodik a törvény az e célra rendszerezett és fizetett hatósági orvosok és a betegápolási alap révén.

Daczára annak, hogy erre a tanulók és az iskola szempontjából szükség nincsen, a memorandum mégis javasolja, hogy az iskolaorvos az absolute szegény tanulókat kezelheti az iskolában. Az absolute szegény definitio is felette tágan értelmezhető, mert sehol sincs még definiálva, hogy a tanulóknál hol kezdődik az absolute szegénység, s így már ez is sok félreértésre szolgálhat alapul. De nem lehet egy nyilvános középiskolában alkalmazott iskolaorvos hatáskörébe az olyan teendőket utalni, a melyek teljesítése nem kötelező. Különben is a középiskolában, mint említettük, absolute szegény tanuló nem is igen jár.

Igaz az, hogy az iskolaorvosi intézmény felállításának a célja nem lesz azáltal teljesen elérve, ha az iskolaorvosok vizsgálataik alkalmával talált javítható fogyatkozásokat és bajokat az egyes tanulókon csak megállapítják és statisztikai táblázatokba foglalják, hanem igenis szükséges, hogy az iskola mindezen hibák javítására és e bajok gyógyítására felhívja a szülők és hozzátartozók figyelmét s ott, a hol ilyenek nincsenek, utasítja a tanulót a hatósági kórházi és rendelőintézeti kezelésre. Ez utóbbi tanulók bajainak gyógykezelése épp oly fontos, mint a módosabb szülők gyermekeié, épp ezért nem hárítható ez csupán egyes, bár önként jelentkező emberek vállára, mert ezek a kötelesség alól minden felelősség nélkül bármikor kivonhatják magukat.

A köz gondoskodik az ilyen tanulók gyógyításáról. A legszegényebb tanuló is könnyen hozzájuthat ingyen orvoshoz, a kinek kötelessége őt gyógyítani, nem humanismusból, hanem mert meg van érte fizetve.

A teljesen szegény tanulók gyógyíttatása tehát csakis az iskolaorvosok szempontjából lehet kívánatos. A mit a bizottság a memorandumban kér és kíván, nem egyéb, mint az, hogy a minister bocsássa rendelkezésükre az iskolaorvosoknak az absolute szegény beteg tanulókat gyógyítási kényük kedvére. Miért? Milyen alapon? A tanulóknak erre nincsen szükségük. Az orvosok úgy a multban, mint a jelenben is az úgynevezett ingyenrendeléseket csak két okból végezték,

egyrészt humanismusból, másrészt pedig, hogy fizetési beteg híján legalább szegény beteganyagon szerezzenek orvosi gyakorlatot, no meg szegény beteg útján hírnevet és fizetési praxist. Ez utóbbi célra az iskolai beteg tanulókat átengedni mégsem lehet.

A memorandum az egészségügytanárok és iskolaorvosok részére tisztességes fizetést kér, azért nem szabad beneficiumképpen ráadásul kérni még a szegény beteganyagnak a kihasználási jogát is. Viszont fizesse csak az állam az orvosok munkáját csengő pénzzel, nem pedig az ingyen gyógyítás lehetőségével.

De nem szabad megengedni azt sem, hogy az iskolaorvos az iskolában akár sajnálatból, akár humanismusból ingyen gyógykezeljen. Erre nincs szükség, miért fogadják el a tanulók az iskolaorvos kegyeit, a mikor nem benevolus gyógyítás, hanem fizetett orvosok állanak rendelkezésükre. A benevolus orvos akár érdekből, akár humanismusból gyógyít, felelősségre nem vonható. A fizetett hatósági orvos igen. Állami intézetek, városi intézetek ingyen orvosi kezelést, ajándékmunkát ne fogadjanak el. Ha már az egyes iskolaorvos nem bir humanus érzelmeivel s azokat okvetlenül beteg, szegény tanulókra akarja pazarolni, végezheti azt saját lakásán is. Természetesen a látszatát is kerülni kell annak, hogy ide a tanulók akár közvetve, akár közvetlenül beteretnek.

Megjegyezzük, hogy az orvosi közvélemény, épp úgy, mint az egyes magánygyakorlatot űző orvosok, az ilyen magánygyógykezeléseket és ingyenrendeléseket nem nézik jó szemmel s éppen ezért az utóbbi időben szinte teljesen megszűntek.

Megjegyezzük még, hogy az egészségügytanári és az iskolaorvosi intézmény nagynevű megalkotói úgy 1886-ban, mint 1887-ben alapelveként hangoztatták, hogy sem az egészségügytanárnak, sem az iskolaorvosnak a tanulók gyógykezelésébe befolyjni, beavatkozni sohasem szabad, mert azáltal a gyakorlóorvosok érdeke mélyen sértve lenne, ez szembehelyezné a gyakorlóorvosokat az iskolaorvosi intézménnyel, már pedig mindkettőnek az egymás iránti jóindulatra szüksége van.

Az iskolai rendelések behozatala nem volna egyéb, mint több száz ingyen rendelő-intézet felállítása, a mi sem a betegek, sem az orvosok érdekében nem kívánatos és nem szükséges.

Minden, a mi az iskola falain belül történik, az iskola aegise alatt történik, az iskola vezetőségének felelőssége alól ki nem vonható, legyen az jó vagy rossz. Áll ez a gyógykezelésre is, történjék ez akár pénzért, akár ingyen, akár a szülő beleegyezésével, akár az orvos önkényes beavatkozása alapján.

Nem szabad megengedni, hogy az iskola falain belül olyan ténykedések folyjanak le, a melyekbe az iskola vezetősége bele nem tekinthet, a melyeket nem ellenőrizhet, a a melyekhez hozzá nem szólhat, mert ha baj van belőlük, a baj árnyéka egyaránt esik úgy az iskolára, mint a vezetőségre.

Már pedig az orvosi gyógykezelés titoktartással jár, titoktartásra kötelez, ez a titoktartás az iskolai rendeléseknél veszélyben foroghat és félreértésre adhat okot az orvos és az iskola vezetősége között. De sok kellemetlenséggel is járhat az iskolai gyógykezelés, főképp ha a rábeszélés vagy az önkényesség jellege reányomható, ezekből a kellemetlenségek-ből jutna az iskolának és a vezetőségeknek is.

Miért legyen minden szükséges ok nélkül mindezeknek kitéve az iskola és annak a vezetősége?

Mindezeknél fogva a kérdéses iskolai ingyen gyógyítási javalatnak nemcsak a teljes kihagyását kérjük, hanem szükségesnek tartjuk a következő indítvány bevetelét: Sem az iskolaorvos, sem más orvos, az iskola falain belül a tanulókat, az első segélyt kivéve, nem gyógyíthatja, nem kezelheti. Nem szabad sem az iskolaorvosnak, sem pedig az iskolaalkalmazottaknak a beteg tanulókat az iskolaorvos magányrendeléseire utasítani vagy utalni.

## Párisi benyomások.

Irta: *Körösy Kornél* dr.

(Vége.)

Ezen általános jellemzés után rá kívánnék térni néhány, a biológiai tudományok művelését szolgáló intézmény ismertetésére, melyeknek működését itt tartózkodásom alkalmával tanulmányoztam. Az egyetemnek két physiologiai intézete van: az egyik az orvosi fakultáson, ennek vezetője *Richet*, a másik a természettudományi fakultáson (Faculté des sciences), vezetője *Dastre*. Ezenkívül van az orvosi fakultásnak még egy orvosi chemiai, ezelőtt *Gautier*, jelenleg *Desgrez*, és egy orvosi physikai intézete, *Weiss* vezetése alatt. Igen nagy jelentősége van a természettudományi fakultás keretében fennálló physiologiai intézetnek, a mi úgy tudom, legalább Európában, csak Franciaországban létezik. Ahhoz, hogy a physiologia ne váljék túl egyoldalúvá, szükséges, hogy azokon kívül, a kik orvosi szempontból művelik, legyenek olyanok is, a kik természettudományi képzettségük és érdekkörük folytán egész általánosságban foglalkoznak az élő lények tulajdonságaival: az általános physiológiával vagy biológiával. *Dastre* intézetében igen élénk munka folyik; egyebek között *V. Henri* igen érdekes tanulmányokat folytat az ibolyántúli sugarak chemiai és biológiai hatása körül, *Bierry* pedig a szénhidratok anyagforgalmát tanulmányozza.

Ugyane fakultásnak külön laboratoriuma van a fejlődési, öröklési és hasonló kérdések tanulmányozására: a *Giard* számára alapított, jelenleg *Caullery* által vezetett Laboratoire d'évolution des êtres organisés et embryologie générale, melyben jelenleg szűk viszonyok között igen szépen dolgoznak, többek között a rovarok steril tenyésztésének kérdésében, míg az épülőfélben levő új intézet el nem készül. Hasonló irányban dolgozik továbbá az egyik zoologiai intézet, *Delage*-é (lab. de zoologie, d'anatomie et de physiologie comparée), míg a másik, *Houssay*-é, főleg fejlődésmechanikával foglalkozik. Ez utóbbi a faculté des sciences-szal kapcsolatban álló École normale supérieure-ön van, mely intézmény internátusából kerülnek ki Franciaországnak úgyszólván összes legnagyobb tudósai.

A francia orvosképzésnek tudvalevően az az elve, hogy egy évi természettudományi előkészítő kurzus után (Études physiques, chimiques et naturelles: P. C. N.) az anatómiával és physiológiával egyidőben megkezdik a klinikai tanulmányokat is kórházi „stage“-ok alakjában. Ezen P. C. N. kurzus számára külön épületet emeltek a rue Cuvierben, a hol a hallgatók az említett tárgyakban elméleti és gyakorlati oktatást nyernek. E kurzus 1893 óta áll fenn és eredményével a tanárok és a tanulók igen meg vannak elégedve.

A Collège de France és a Muséum d'Histoire naturelle laboratoriumai, mint említettük, tisztán tudományos, nem tanító intézmények. Az 1518-ban (!) alapított Collège de France intézetei között látjuk *Marey* volt intézetét (Histoire naturelle des corps organisés), melynek igen szűk, elavult helyiségei jelenleg *Francois Franck* vezetése alatt állanak. Néhány év előtt állították fel *Gley* számára a Biologie générale című laboratoriumot, melyben főleg a belső secretio tanulmányozásával foglalkoznak rendkívüli intenzív módon. Az intézet, bár a padlásig ki van használva, máris szűknek bizonyult; *Gley Francois Franck*-kal együtt nemsokára új intézetet fog kapni. A biológiai intézetek közé sorolandó továbbá *d'Arsonval* laboratoriuma (Médecine), melynek új fényes épülete nemrég készült el Páris mellett Nogent s. Marne-ban.

A Muséum d'histoire naturelle-t 1626-ban alapították eredetileg mint orvosi füvészkertet, utóbb azonban rendkívüli módon kibővült. Jelenleg áll a növénykerten kívül egy terjedelmes állatkertből, egy természetrajzi múzeumból, melynek összehasonlító anatómiai, zoologiai, botanikai, geologiai és paleontologiai osztályai vannak és a tudományos laboratoriumok egész sorából. Jelenlegi igazgatója *E. Perrier*, az összehasonlító anatómiai tanszék tanára. Eredetileg a természettudományok gyakorlati alkalmazása volt a főcélja, jelenlegi célja egyrészt a tiszta természettudományok művelése, más-

részt azok eredményeinek a közönség széles rétegeivel való közlése. Az a szoros kapcsolat, a mely ilyenképpen az élő lények gyűjteménye, a holt organismusok múzeuma, a természettudományi kutatás és oktatás között fennáll, egész külön helyet biztosít ezen intézmény számára, bizvást mondhatjuk, az egész világon. Méltán lehetnek büszkéek a francziák ezen intézményük multjára: egyebek között itt dolgozott *Buffon*, *Lamarck*, *Cuvier* és *Claude Bernard*.

Minket természetesen elsősorban a laboratoriumok érdekelnék. Ezeknek felszerelése változó, általában azonban, sajnos, nem valami fényes. Egyike a leggyengébben felszereltnek a physiologiai laboratorium: ez volt valamikor *Claude Bernard* igazi laboratoriuma, mert bár francia szokás szerint volt neki más intézete is, inkább itt szeretett dolgozni. *Gréhant* után jelenleg *Lapique* tölti be e tanszéket, a ki főleg idegphysiológiára rendezi be intézetét. Tulajdonképpen physiologiára van berendezve a Muséumnak egy másik, sokkal nagyobb intézete is: az összehasonlító pathologiai. Ezt *Chauveau* számára rendezték be anyagforgalmi és vérkeringési vizsgálatokra; ő azonban jelenleg hajlott korára való tekintettel alig dolgozik benne. Helyettese, *Lucet*, összehasonlító pathológiával foglalkozik, mihez az állatkert bő anyagot szolgáltat. Ezen összehasonlító irány nagy jelentősége mind jobban előtérbe lép a pathologia legkülönbözőbb ágaiban.

A botanika különböző részei számára fennálló öt tanszék közül különösen kiemelendő *van Tieghem* és *Mangin*-é, a kik experimentalisan dolgoznak, továbbá a kitűnő szénhidratchemikus, *Maquenne* növénychemiai intézete. Ezeken kívül van egy chemiai laboratoriumuk *Arnaud* vezetése alatt és egy physikai (Physique appliquée à l'histoire naturelle), melyet alapítása óta jelenleg a *Becquerel* családnak negyedik generációja tölt be. Itt fedezte fel *Henri B.* a radiumsugarakat és jelenlegi vezetője, a fiatal *Jean B.* is a különböző sugárzások physikájával foglalkozik. E laboratorium egyébként 100 év óta van ideiglenesen elhelyezve, részben *Cuvier* régi lakásában; *Cuvier* konyhája jelenleg az intézet lojtára.

Végül megemlítendő még az anthropologiai intézet, melynek helyettes vezetője, *Rivet*, e tudományt a legszélesebb alapon igyekszik továbbfejleszteni, a mennyiben egyrészt a külön kioktatott utazói (főként gyarmati orvosok) által végzett mérések éppen úgy kiterjeszkednek az egész test egyéb méreteire, mint a koponyáéira, másrészt pedig az adatok feldolgozásában a főleg *Pearson* által kidolgozott biometriai módszereket alkalmazza.

Ugy a Sorbonne (= Faculté des sciences és Faculté des lettres), mint a Collège de France, valamint a Muséum egyes tanszékeinek vannak csatolt laboratoriumai a vidéken, különösen tengeri laboratoriumok, pl. *Delage*-é Roscoffban, de nemcsak tengeriek, pl. *Bonnier* növényphysiologiai laboratoriuma Fontainebleauban.

E helyütt meg kell továbbá emlékeznünk a francia tudományos oktatás és kutatás egy sajátos intézményéről, az 1868-ban szervezett *École pratique des hautes études*-ről, melynek öt osztálya közül csak a philologiai és theologiai létezik külön intézmény alakjában, míg a többi, így a minket érdeklő természettudományi laboratoriumok is, szét vannak osztva a legkülönbözőbb főiskolák, sőt kórházak egyes intézetei, illetőleg osztályai között. Ilyen például *Toulouse* kísérleti psychologiai laboratoriuma a villejuifi elmeegógyintézetben és *Piéron* hasonló célú laboratoriuma a Sorbonneon. Az illető osztály vezetője tetszés szerint bárkit felvehet osztályába kísérleti laboratoriumi munkára, előképzettségre és korra való tekintet nélkül. Ez tehát így elvben igen szép példája a tudomány demokratizálásának: a valóságban persze nem mindig válik be. Vannak, a kik igen meg vannak elégedve az ilyen amateur-munkatársak dolgozásával, mások rossz tapasztalatokat tettek: itt is természetesen az illető laboratoriumvezető egyéniségén múlik minden. A legtöbb szívesen látott titulusnak tekintik intézetük dotációjának növelésére.

A magántermészetű intézmények között elsősorban a *Pasteur-intézet*ről kell megemlékeznünk. Tudományos labora-

toriumai három főcsoportra oszthatók: bakteriologia, parasitologia és biológiai chemia; e laboratóriumokon kívül van több praktikus, oltással, védőanyagtermeléssel stb. foglalkozó osztálya, valamint egy nagy kórháza. Az egyes nagyobb és kisebb osztályok nincsenek szigorúan egymás alá és mellé rendelve: itt is látjuk a rugalmas szervezésnek előnyeit. Többek számára szerveztek személyes laboratóriumokat, a hol egyedül dolgoznak az illetők, teljesen függetlenül. A laboratóriumok iránya a legkülönbözőbb; még tiszta physikával foglalkozók is vannak. A különböző osztályvezetők közreműködésével évenként tartanak igen magas nívoun álló bakteriologiai előadássorozatot, gyakorlatokkal egybekötve; *Bertrand*-nak biológiai-chemiai osztálya pedig egyidejűleg a *Faculté des sciences* biológiai chemiai intézete, hová e facultás hallgatói eljárnak az előadást hallgatni és a gyakorlatokat végezni. E laboratórium dotációjában természetesen részesedik az egyetem is.

A *Metschnikoff* vezetése alatt álló bakteriologiai osztály működése eléggé ismeretes, úgy hogy annak, valamint a *Laveran* és *Mesnil* vezetése alatt álló parasitologiai laboratóriumoknak tárgyalását mellőzhetjük. Kevésbé ismert azonban a biológiai-chemiai intézet működése. Ennek legnagyobb osztályát *Bertrand* vezeti. Ebben egyrészt fermentumokkal foglalkoznak, különösen az úgynevezett oxydasekkel, másrészt különböző ritka fémek és egyéb minimalis mennyiségben előforduló elemeknek kimutatásával különböző mikroorganizmusok kulturájában. Az élesztő mikrobiológiája számára külön osztály létezik *Fernbach* vezetése alatt, míg a különböző bakteriumos erjedésekkel a *Mazé* vezetése alatt álló osztály foglalkozik, hol az utolsó időben főleg a növények steril kultiválásának kérdését vizsgálják. Igen jelentékeny továbbá a chemotherapia művelésére nemrég alapított osztály, melynek élén *Fourneau* áll.

Biológiai irányban dolgozik továbbá két, az orvosi épületben elhelyezett osztály: *Delezenne* physiologiai osztálya, hol főképp a belső elválasztás kérdéseit tanulmányozzák, és a *Blaringham* számára nemrég berendezett kis laboratórium a kísérleti örökléstan vizsgálására. Utóbbinak kiterjedt kísérleti területei Párison kívül vannak.

Mindezzel természetesen nem merítettük ki a *Pasteur*-intézetnek összes, többé-kevésbé biológiai irányú laboratóriumait, de ha hozzávesszük a még nagyobb számú orvosi laboratóriumokat, melyeknek részletes ismertetését szándékosan mellőztük, akkor körülbelül képet alkothatunk magunknak arról a kiterjedt tudományos bűvárokodásról, a mely itt folyik. Az egyes osztályok alkalomadtán együtt dolgoznak; e kapcsolat szorosabbá válása azonban kétségtelenül még fokozná az intézet munkásságának eredményét. Egy ily óriási intézmény vezetőjének tudományos kvalitásain és sok irányú képzettségén kívül valóban a legkülönbözőbb kiváló tulajdonságokat kell magában egyesítenie: szigorú adminisztratív képzettséget, a mely a mellett nem válik bürokratikus, emberismeret, tapintat, igazságosságot és sokszor önmegtagadást. A *Pasteur*-intézetnek valóban szerencséje, hogy *Roux*-ban oly igazgatója van, a ki mind e tulajdonságokat egyesíti magában; ő valóban teljesen azonosnak érzi magát az intézetével.

A természettudományok jövő fejlődésében kétségtelenül az ilyen intézetek fogják a legnagyobb szerepet játszani: egyrészt mert a tanítástól menten egész erejüket a tudomány művelésére fordíthatják, másrészt mert módot nyújtanak az egyes szakok művelőinek, hogy szomszédos szakok művelőivel együttesen dolgozhassanak. Igen érdekesek e tekintetben *Ostwald* fejtegetései<sup>1</sup> a tudományos munkásság szervezéséről, melyet a közel jövő legnagyobb feladatának tekint; szerinte a kereskedelmi élet nagy szervezeteinek kell e tekintetben mintaképpül szolgálniuk. Hogy a tudományok mind jobban specializálódnak és hogy ez további fejlődésükre károsan hat ki, ezek annyira közhelyek, hogy bővebb fejtegetésük teljesen felesleges. De arra sem volna nehéz példát

találnunk, hogy valamely tudomány új életre kel egyszerűen azáltal, hogy valaki kapcsolatot teremt közte és valamely szomszédos tudományág között; gondoljunk csak a physicalis chemia keletkezésére. Ezt a sikeres kölcsönhatást csak úgy lehet állandósítani, ha módot nyújtunk arra, hogy különböző szakok művelői egyes kérdések megoldására közös munkára egyesüljenek. Hiszen ilyen együttes dolgozásnak a tudományok történetében nem egy példáját találhatjuk, de ezek mégis szörványos esetek. Arról van szó, hogy ezen együtt-dolgozás rendszeresíttessék. A mi ennek útjában áll, az az egyéni érvényesülés vágya. Egyelőre a tudományos életben éppen úgy, mint a gyakorlati életben a létért, illetve a pénzért, vagy helyesebben az energiáért, vagyis leghelyesebben a felhasználható energiáért való harc uralkodik. De azon kell lennünk mindnyájunknak, hogy ez elsősorban a tudományos életből küszöböltessék ki. Ezen demokratikus ideál elérésére azonban az egyes egyéneknek az aristokratás gondolkodásmódnak igen magas fokát kell elérniök.

A nem állami intézmények közül még egyre akarunk reáterni, a Boulogne sur Seine-ben levő *Institut Marey*-re. *Marey* a Collège de France-beli fentemlített szűk laboratóriuma mellé kapott Boulogne sur Seine-ben egy nagyobb laboratóriumot, mely mellett azután 1898-ban nemzetközi, de főleg francia hozzájárulásokból felépítették a jelenlegi *Institut Marey*-t. Eredeti rendeltetése a physiologiai methodika fejlesztése és egységesítése volt és így eddig főleg a regisztráló eszközök és a tudományos kinematographia tökéletesítésével foglalkozott. Jelenleg az intézet *Richet* vezetése alatt áll, a ki nem elégszik meg e keretekkel, hanem felvette munkaprogramjába és már meg is kezdte az ipari munka physiologiájának és hygienejének tanulmányozását. Ezen intézet nemzetközi jellegére jellemző, hogy egy alkalommal négyen voltunk együtt: az intézet helyettes vezetője *Bull*, a ki ír származású, egy német zoologus, egy orosz aviatikus és én; a társalgási nyelv természetesen a francia volt.

\* \* \*

Mindezen említett és más nem említett intézetek munkásságának eredményei a különböző tudományos társulatok ülésein kerülnek bemutatásra „note“-ok alakjában (*Académie des Sciences*, *Académie de Médecine*, *Société de Biologie* stb.). Régi szokása a francziáknak, hogy eredményeiket ilyen kis note-okban közlik. Valamely kérdés irodalmának tanulmányozása így kétségtelenül meg van nehezítve; e hátrányon viszont azzal igyekeznek a francziák segíteni, hogy időnként valamely archívumban „memoire“ alakjában összefoglalják a kis részletekben közölt eredményeket. Ha ezt rendszeresen keresztülvinnék és így egy memoire lépne idővel bizonyos számú note helyébe, melyek ezáltal feleslegessé válnának, akkor ezt nem is mondhatnók rossz rendszernek, tekintve, hogy a vizsgálatok eredményeinek kis részekben való gyors közlése mindinkább annyira lábra kap mindenütt, hogy alig küzdhetünk ellene. Mindenesetre jobban azonban e francia rendszer, mint a német irodalomban újában nem ritka azon szokás, hogy egy folyóirat ugyanazon számában egy kérdéstről egymásután közölnek első, második stb. hatodik közleményt.

A könyvtári viszonyok itt elég rosszak, majdnem oly rosszak, mint nálunk. Rettenetes bürokráciával kezelik, úgy hogy pl. idegen csak a nagykövetség vagy valamely nagyon tekintélyes egyéniség ajánlatára kaphat a *Bibliothèque nationale*ban egy időben több könyvet kézhez. Viszont meg kell hagyni, hogy alig láttam érdekesebb képet, mint a *Bibliothèque nationale* olvasóközönségét, valamint azt is, hogy a könyveken meglátszik, hogy nem muzeális célokra gyűjtetnek, hanem valóban olvassák őket. Ezen legnagyobb könyvtárban egyébként a külföldi tudományos irodalom nagyon gyengén van képviselve, a melynek azután az egyes fakultások vagy intézetek könyvtáraiban kell utánajárni. Hasonlóképpen rendkívüli hátránynak érzi az idegen a könyvkereskedés szervezetlen voltát; sok könyvet csak a kiadónál lehet megkapni és a megtekintésre való küldést nem ismerik. Viszont igen kelle-

<sup>1</sup> „Scientia“, 1912.

mesek azok a nagyforgalmú könyvkereskedések, melyekben pl. úgyszólván az összes orvosi könyvek nagy állványokon mindenki számára szabadon hozzáférhetően fekszenek és lapozhatók.

Ha mindent összefoglalva, végleges képet akarunk magunknak alkotni a francia tudományos életről, azt kell mondanunk, hogy sok szép sajátos vonása mellett van olyan is, melyet hibáztatnunk kell; az előnyöket mindenesetre csak az élvezheti a maguk teljességében, a ki itt él, míg a hátrányokat fokozott mértékben érzi az, a ki csak rövid ideig tartózkodik itt. Alkalmam volt egyik legkiválóbb és teljesen elfogulatlanul gondolkozó francia biologussal a francia és német tudományosság különbségéről beszélgetni; az illető *Eckermann* nyomán *Goethe*-nek azon megjegyzését citálta, hogy nem érti, miért vitatkoznak a németek azon, ki a nagyobb költő, ő-e vagy *Schiller*, a helyett, hogy örülnének, hogy van *Goethe*-jük és *Schiller*-jük. E hasonlat valóban találó, de mégis felmerül a gondolat, nem csinált volna-e *Schiller* jobb verseket, ha többet tanult volna *Goethe*-től? Mi magyarok mindenesetre tanulhatunk a némettől is, a francziától is, de igyekezzünk mindkettőtől azt tanulni, a mi jó és szép!

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Gózonny Lajos és Lénárt Vilmos: A gyakorlati bakteriologia zsebkönyve.** Budapest, Mai Henrik és fia bizománya. Ára vászonkötésben 4 korona.

A gyakorlati oktatás segédeszközének készült kis munka röviden, de minden lényegesre kiterjeszkedve írja le a mikroorganizmusok vizsgálásának módjait s mint ilyen nagyon alkalmas arra, hogy kiszorítsa nálunk a használatból a hasonló irányú idegen munkákat, annál is inkább, mert az egyes mikroorganizmusok jellemzésére nagyobb súlyt helyez, mint a hasonló terjedelmű idegen munkák. Különösen kiemelendő a mikroskopról szóló fejezet, a melyből a kezdő igazán könnyű szerrel és megbízhatóan sajátíthatja el a mikroszkop szerkezetére és használatmódjára vonatkozó ismereteket. A rövid serológiai függelék, a mely mintegy dióhéjban adja az idetartozó vizsgálódások eredményeit, szintén jó szolgálatokra hivatott. Kívánjuk, hogy a kis könyv, a melyhez *Preisz Hugó* tanár írt nagyon meglehetősen előszót, nemsokára új kiadásban jelenhessen meg, a mely azután a munka ellen emelhető egyedüli kifogásra — némelyik ábra használhatatlanságára — bizonyára nem fog már alkalmat adni.

**Kampis János: A községi és körorvosok nyugdíjintézete.** Budapest, Pesti könyvnyomda részvénytársaság.

Ugy az érdekelt községi és körorvosok, mint az intézmény végrehajtására hivatott hatóságok is, különösen az életbeléptetés első idejében, a mikor még új szabályokkal állanak szemben, szívesen vesznek minden alapos útbaigazítást, a mely esetleg felvetődő kétségeiket eloszlatja és a magukkal, családjukkal és hivatalukkal szemben való felelősségük gondját leveszi a vállukról. Ezt a szolgálatot teszi meg nekik *Kampis* belügyministeri osztálytanácsos könyve. Közli az összes szabályokat és tudnivalókat és mindegyikhez hozzáfűzi a legilletékesebb magyarázatot s a maga gyakorlati tanácsait és útbaigazításait. Ily módon ez a könyv bizonyára az orvosok és a hatóságok nélkülözhetetlen kézikönyve lesz. A csinos kiállítású, vastag kötet ára 5 korona.

### Új könyvek:

*Bacmeister*: Die Entstehung der menschlichen Lungenphthise. Berlin, J. Springer. 240 m. — *M. Levandowsky*: Die Hysterie. Berlin, J. Springer. 6 m. — *H. Schulz*: Die Behandlung der Diphtherie mit Cyanquecksilber. Berlin, J. Springer. 240 m. — *W. Birk*: Leitfaden der Säuglingskrankheiten. Bonn, Marcus und Weber. 480 m. — *Th. Boveri*: Zur Frage der Entstehung maligner Tumoren. Jena, G. Fischer. 150 m. — *G. B. Gruber*: Ueber die Doehle-Heller'sche Aortitis. Jena,

G. Fischer. 12 m. — *Hirth*: Wandlungen und Gegensätze in der Lehre von den nervösen und psychotischen Zuständen. Würzburg, C. Kabitzsch. 170 m. — *F. Göppert*: Die Nasen-, Rachen- und Ohrenerkrankungen des Kindes. Berlin, J. Springer. 9 m. — *W. Kruse und P. Selter*: Die Gesundheitspflege des Kindes. Stuttgart, F. Enke. — *Reuss*: Die Krankheiten des Neugeborenen. Berlin, J. Springer. 22 m. — *Hasebrock*: Ueber den extrakardialen Kreislauf des Blutes vom Standpunkt der Physiologie, Pathologie und Therapie. Jena, G. Fischer. 9 m. — *Martins*: Konstitution und Vererbung in ihren Beziehungen zur Pathologie. Berlin, J. Springer. 12 m. — *M. Verworn*: Erregung und Lähmung. Jena, G. Fischer. 10 m. — *Ch. Müller*: Die Krebsbehandlung. München, J. F. Lehmann. 180 m. — *M. Hirsch*: Fruchtabtreibung und Präventivverkehr in Zusammenhang mit dem Geburtenrückgang. Würzburg, C. Kabitzsch. 6 m.

## Lapszemle.

### Belorvostan.

**A lép működésének ismeretéhez** szolgált adatot *A. Meyer*. Eddigélő főleg csak a vérkészítéshez való vonatkozásaiban tanulmányozták a lépét, az emésztőszervekhez való vonatkozásait ellenben elhanyagolták. Pedig úgy látszik, hogy a lép elég jelentős szerepet visz az emésztésben. Így első sorban a lép mintegy öre az emésztőszervek vérrel való ellátásának. Ezenkívül anyagokat termel, a melyek a bélemésztés munkáját elősegítik; egy ilyen anyag például valószínűleg a pankreas protrypsinjét aktiválja trypsiné; egy másik anyagának alkalmasint a pepsinmirigyekre van specifikus izgató hatása. A bélperistaltikát fokozó anyagot is termel a lép. *Zuelzer* azt hitte, hogy a peristaltika-hormon a gyomor nyálkahártyájában készül és a lépben csak felraktározódik. A splenectomia után gyakran észlelt bélhűdés azonban a mellett szól, hogy a lép termeli a jelzett hormont. A szerző maga is észlelt három ilyen esetet, a melyekben a traumás lép-repedés miatt végzett lépkirátás után bélhűdés állott be. Az ilyen hűdés okozta tünetek 20 cm<sup>3</sup> hormonal intravenás befeccskendzése után 15—30 perc alatt megszűntek. A szerző állatkísérleteket is végzett, a melyek a lép befolyását a bélperistaltikára igazolták. Ezzel kapcsolatban felemlíti *Soulié* esetét, a melyben a makacs obstipatiót a túltengett vándorlépre vezették vissza; az *Edebohl*-féle vesedecapsulatio módjára decapsulálva a lépét, a lép működése rendessé vált és ennek megfelelően a bélműködés is rendbe jött. (Zentralblatt f. d. Grenzgebiete der Med. u. Chir., 18. köt., 1. füz.)

### Sebészet.

**A bélpneumatosisról** ír *Neugebauer*. A húsz éves férfi-beteget hat hónappal a műtét előtt alhasi fájdalmak lepték meg. E fájdalmak különösen a jobb oldalra lokalizálódtak és álló helyzetben váltak különösen hevessé, míg fekvés közben eltűntek. Étvágytalanságon kívül egyéb tünetek nem mutatkoztak, a bélpassage is zavartalan volt. Az ileocecalis tájon egy hosszúságú, sima, kissé mozgatható, fájdalmas tumor volt észlelhető. Műtétkor kitűnt, hogy ezen daganat a colon ascensussal és a caecummal állott összefüggésben. Már szabad szemmel láthatók voltak sűrűn egymás mellé helyezett hólyagocskák, a melyek a bél serosája alatt foglaltak helyet. Különösen feltűnőek voltak az erősen felfúvódott haustrumok. A szerző resectióját végezte ezen bélrészletnek és oldalsó anastomosist létesített az ileum és colon transversum között. A beteg meggyógyult. A bél lumene azáltal, hogy falai befelé is párnaszerűen fel voltak fújva, szűkebb volt, de nem záródott el teljesen. A nyálkahártya teljesen sértetlen és előző megbetegedésnek semmi nyomát sem mutatja. A szövettani vizsgálat a megbetegedésnek helyét a submucosában találta. Ezen rész nagyszámú finom léghólyaggal van kitöltve, a mi a szövetnek szivacszerű külsőt kölcsönöz. Bacteriumoknak jelenléte valószínűvé teszi, hogy a gázképződést mikroorganizmusok okozták. (Berliner klin. Wochenschrift, 1914, 4. sz.)  
*iff. Háhn Dezső dr.*

**Rekeszsérv által okozott ileus** esetét közli *Dreyer*. Esete 19 éves patientsőre vonatkozik, a kinek az anamnesisében a trauma hiányzik, előadja azonban, hogy a műtét megelőző időben sokat kellett hajolnia. A műtétkor a szerző azt találta, hogy a bal rekesz kúpján fillérnagyságú nyíláson

keresztül nagy darab cseplés jutott a bal mellürbe, ott beszorult és a belet egészen a nyílásig maga után húzta. A colon transversum a flexura lienalisba való átmeneténél fixálva volt, minek következtében megcsavarodott és volvulus jött létre. Óvatos húzással sikerült a cseplést a mellkas üregéből kihúzni és a nyílást a rekeszen elvarrni. A beteg meggyógyult. (Berliner klin. Wochenschrift, 1914, 4. sz.)

ifj. Háhn Dezső dr.

### Ideg- és elmebetegségek.

**Az agyvelő súlyáról és a koponya térfogatáról psychés megbetegedésekben** ír *H. Krueger*. Dementia paralytica eseteiben a betegség tartamával megegyező agyvelősorvadást találunk és pedig 2—4 év alatt lefolyó esetekben a legösszevágóbb ezen összefüggés. Az agyvelő sorvadásának megfelelően a liquor cerebrospinalis megszorodik, még pedig hydrocephalus externus és internus formájában. Dementia senilis eseteiben agyvelősorvadást találunk, mely az öregséggel járó sorvadást jóval felülmúlja, de elvéve előfordulnak nagyobb súlyú agyvelők is, mindenestre gyakrabban, mint a dementia paralyticában. A dementia arterioscleroticában meghaltak agyveleje is gyakran sorvad, a mit az agyvelő súlya és a koponya térfogata közti különbség mutat, bár az agyvelő súlya a normalistól ritkán különbözik és azt tapasztaljuk, hogy a nagysúlyú agyvelők betegeknél meg leginkább dementia arterioscleroticában. Dementia praecox egyes eseteiben is találunk agyvelősorvadást, de az agyvelő a legtöbb esetben megtartja a rendes súlyát. Az epilepsziások agyveleje többnyire nagyobb súlyú, bár elvéve nagyobb atrophiat is észleltek; hogy ezek milyen esetekre vonatkoznak, nem dönthető még el. Veszületett elmebetegségek eseteiben nem igen fordul elő nagyobb agyvelősorvadás és az agyvelő súlya és a koponya térfogata között fennálló különbségek a veszületett vagy korai életévekben szerzett liquor cerebrospinalis szaporulatára vezethetők vissza. A functionalis elmebetegségek agyveleje normalis viszonyokat tüntet fel. (Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psychiatrie, XVII., 80. old.)

Goldberger Márk dr.

**A hiányos mirigyműködésről és a rendellenes lustaságról a katonai szolgálatban** ír *Ch. Cot és Dupin*. A sorvadott pajzsmirigy hiányos működésének legfeltűnőbb klinikai tünete a lustaság, mely vagy testi, vagy lelki téren nyilvánul kifejezettebben. A lustaság átmenetileg oly nagyfokú lehet, hogy a narcolepsiára emlékeztető merevséggel jár. Egyéb mirigyek hiányos működése mellett is fellelhető e tünet, de a pajzsmirigyé mellett a legkifejezettebben. A katonai szolgálatban a passiv lustaság nagy részét épp e betegségek szolgálatják. E lustasághoz néha elmezavar (zavartság, melancholia, desequilibritas) csatlakozhatik. E lustaság okának felismerése fontos, mert az illetőket jogtalanul büntetik a katonai fegyelem megszegése miatt, másrészt orvosi beavatkozással ez állapot teljesen megszüntethető. (L'encéphale, VIII. évf., I. rész, 223. old.)

Goldberger Márk dr.

### Venereás betegségek.

**A pallidinreakcióval kísérletezett E. Klausner (Prága)**. A pallidin nevű szervkivonat oly vizsgálati anyag, mely pneumonia albás tüdőkből készül s újabban a Merck-féle gyár hozza forgalomba. A kivonatnak gyári előállítására azokra a jó eredményekre támaszkodik, melyeket *O. Fischer* és a szerző számos esetben megállapított. A pallidinreakció oly cutanreactio, mely különösen kezeletlen, illetőleg kevésbé kezelt tertiaer vagy congenitalis lues eseteiben jöhet szóba. A pallidinnal végzett cutanreactio technikája igen egyszerű. Az oltásra használt szikét minden egyes karczolás előtt aetherrel megtisztítjuk s így mártjuk a pallidinba. Az ebbe mártott szikével 2—2 egymásra merőleges, 1½ cm. hosszú karczolás ejtünk, melyek mindegyikének kissé véreznie kell, jelétül annak, hogy a metélés a cutisba terjedt. A cutireactiót legjobb a felkaron végezni. Kötést nem kell alkalmazni. A reactio 24 óra múltán áll be, tetőfokán 48 óra után van, a mikor

az oltás eredményét leolvassuk. A míg a nem lueses egyének, illetőleg az I. és II. stadiumbeli syphilisbetegek oltásos karczolásai reactio nélkül maradnak, addig a tertiaer és veszületett lues-esetekben a reactio positiv alakban jelentkezik. Ez abban nyilvánul, hogy az oltás helyén kissé kiemelkedő gyuladós papula támad, melyet 1—2 cm. szélességben erythemás udvar vesz körül. Teljesen kezeletlen esetekben a reactio olykor oly heves, hogy felületes nekrosis áll be. Az oltási papula 1—2 hét múltán múlik csak el. A szerző ezt a reactiót specifikusnak tartja tertiaer és veszületett syphilis részére. Ezekben az esetekben egyenértékűnek tartja a Wassermann-reactióval. Fontos és azért meg kell említeni, hogy tabes, paralysis és lueses érbaj eseteiben a pallidinreactio mindenkor negativ eredményt ad. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1914, 2. sz.)

Guszman.

### Húgyszervi betegségek.

**Az innenső húgycső puha infiltratumának gyógyításáról** ír *M. Palazzoli*. Puha infiltratumoknak nevezi a szerző a mucosa és submucosa felületes beszűrődéseit, és pedig ellentétben a mélyekkel, melyek a mirigyek körül fejlődnek ki. Ezen puha infiltratumokat mindenekelőtt bizonyos epithel- elváltozások jellemzik, melyek különböző fokot érhetnek el a szerint, vajjon csak a sejtsorok szaporodtak-e el, vagy pedig a cylindersejtek laphámmá változtak át. Sőt az epithel- elváltozás a keratinisatióig fokozódhatik, a mikor a nyálkahártya már a bőrhöz hasonlít. A submucosában infiltratumokat találunk kerek és epitheloid sejtekkel, valamint érűképződésekkel. A mucosa állapota mindig a submucosához igazodik.

Ezen infiltratumok felismerésére szolgálnak a gombos kutaszok, a szonda feletti tapintás s az urethroskopia. A szonda felett végzett tapintással a beszűrődések nagyságáról, számáról és kiterjedéséről győződhetünk meg, de a nagyon apró beszűrődéseket csak az urethroskoppal fogjuk felismerhetni; e nyálkahártyát ugyanis ilyenkor duzzadtnak fogjuk találni s így az jóval kevesebb ránczot fog vetni, mint rendesen; emellett a központi kép eltűnt s az urethranyalás tágong. Ha az epithel már keratinizálódni kezd, akkor a nyálkahártya már nem rózsaszínű, nem vörös, hanem mind halványabb, sőt végül már egészen fehér.

A szonda felett kitapintható infiltratumok az endourethras kezelés mellett mechanikai kezelésben — dilatatio s massage — is részesítendők, míg amazok, a melyek csak urethroskop segítségével ismerhetők fel, a becsőpöntésekre rendesen igen szépen gyógyulnak. Előbb azonban húgycsőtükrrel győződünk meg arról, hogy a nyálkahártya még nem keratinizálódott, mert ebben az esetben a gyógyszeroldat már nem tud a kemény felületen át a mélybe nyomulni s így nem is hathat a submucosus infiltratumokra. A kérésedett góczokat dilatatióval avagy elektrolyssal igyekezzünk felszívódásra bírni, de bármelyik therapiás eljárásra határozottuk is el magunkat, a kezelést ne erőltessük hosszabb időn át, sőt a nyálkahártyának adjunk időről-időre hosszabb-rövidebb pihenőt. (Revue clinique d'urologie, 1913, 9. füzet.)

Drucker.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**A luminallal tett tapasztalatait a következőkben foglalja össze Klebelsberg:** 1. A luminal főleg epilepsia eseteiben rendkívül kedvezően hat, olyankor is, a mikor a brom felmondotta a szolgálatot. 2. Az esetleg (ritkán) jelentkező melléktünetek miatt czélszerű az első napokban nagyon kis adagot (0.1 gramm) adni. 3. Néha a luminal sem hatott, még pedig olyankor sem, a mikor előzőleg már tetemes javulást hozott. (Psychiatisch-neurologische Wochenschrift, 1913, 34. sz.)

**A brom-medicatio** legjobb módja *Jödicke* szerint az, hogy naponként 2—3 gramm bromkaliumot adunk gelodurat-capsulában, továbbá 0.1—0.3 luminalt vagy 1.0 gr. chloralhydratot konyhasóban szegény diaeta mellett. (Medizinische Klinik, 1913, 44. sz.)

**Az epeutak betegségeiben** a Noorden-klinikán *eubilein*-nel tett kedvező tapasztalatokról számol be *Eppinger* és *Stein*. Az eubilein fő alkotórésze a glycocholsavas natrium natrium oleinicummal. Naponként 6—9 capsula veendő be. Nagyon ajánlható az eubilein kombinációja pro die 2 gramm urotropinnal. (Wiener klin. Rundschau, 1914, 1. sz.)

**A testijodyl** nevű új jodvasfehérje-készítményt nagyon jó eredménnyel használta *Blumenthal*. Olyan esetekben javult a használata, a mikor a jodhatás mellett a vérszegénység ellen is kell küzdenünk, továbbá a mikor más jodkészítmények jodismust okoznak. Naponként 3-szor adandó eleinte 1, később 2 tableta az étkezések után. (Deutsche med. Wochenschrift, 1914, 4. sz.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1914, 10. szám. *Okolicsányi-Kuthy Dezső*: A mesterséges légmellről. *Kovács József*: Az öregkori szivbajok kezeléséről.

**Klinikai füzetek**, 1914, 2. füzet. *Szili Sándor*: A malignus daganatok serodiagnostikája. *Markbreiter Irén*: Adat az öregkori cataracták aetiologiájához.

**Orvosok lapja**, 1914, 11. szám. *Lóránd Gyula*: Pneumonia crouposa két pseudocrisissel.

**Budapesti orvosi ujság**, 1914, 11. szám. *Hortobágyi Béla*: Patkóvese bőralatti repedésének esete. *Gergely Jenő*: A tüdőtuberculosis kezelése a kezdeti szakban. „Gyermekeorvos” melléklet, 1. szám. *Fischer Aladár*: Tracheostenosis thymica miatt végzett thymectomia. *Groszmann Ferenc*: Spasmus ventriculi in individuo spasmophilico.

### Vegyes hírek.

**Kitüntetés.** A király *Szöke Bertalan* dr. székesfővárosi gyakorló orvosnak a közegészségügy terén szerzett érdemei elismeréséül a királyi tanácsosi címet adományozta.

**Uj egyetemi magántanár.** *Verzár Frigyes* dr.-nak a budapesti egyetem orvosi karán a kísérleti kórlelettanból magántanárrá történt kiegészítését a vallás- és közoktatásügyi miniszter megerősítette.

**Választás.** *Pollák Ignác* dr.-t Pándorfalun körorvossá választották.

**A budapesti egyetem I. számú női klinikáján** február hóban 183 szülés folyt le; a nőgyógyászati osztályon 42 beteget ápoltak. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét 113 esetben vették igénybe; a műtétek száma 89 volt.

**A budapesti önkéntes mentő-egyesület** januárban 1614 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1107 szállítást végzett, 104-szer mint mozgóórség szerepelt és 19 esetben vaklárma és téves jelentés folytán vonult ki. A január havi működési főösszeg tehát 2844 volt.

**Meghalt.** *Ákontz Antal* dr. 44 éves korában márczius 8.-án Kolozsvárt.

**Gehe's Arzneipflanzen.** A *Gehe*-féle vegyészeti gyár a jelzett címen vállalatot indított, melynek célja a gyógynövények bemutatása színes fényképfelvételeken. A levelezőlap-nagyságú egyes lapok igazán nagyon szépek és nagy előnyük, hogy az illető gyógynövényt abban a környezetben mutatják be, a melyben előfordulnak. A lapok sorozatokban jelennek meg, egy-egy sorozat 6 lapot tartalmaz, rövid magyarózó szöveg kíséretében. Eddig öt sorozat jelent meg, egy-egy sorozat ára 50 német fillér.

**Szemerey Bertalan** dr. fürdőorvosi gyakorlatát Lipikén már megkezdette.

**Személyi hírek külföldről.** *K. Ludloff* dr. boroszlói címzetes tanárt meghívták az új frankfurti egyetemre az orthopaediai klinika vezetésére. — A würzburgi egyetemen megüresedett belorvostani poliklinikai rendk. tanári állásra *L. R. Müller* dr. augsburgi kórházi főorvost nevezték ki. — *M. Wolfrum* dr. lipcei magántanárt (szemészet) rendk. tanárrá nevezték ki. — *J. L. Hornowski* magántanár a leMBERGI egyetemen (kórbonczolástan) és *Faulhaber* magántanár a würzburgi egyetemen (röntgenologia) rendk. tanári címet nyert. — A stockholmi egyetem gyermekeorvostani tanszékét *J. Jandell* magántanárral töltötték be.

**Haláleset a Friedmann-féle szer folytán.** A heidelbergi egyetem ismert orthopaedia-professora, *O. Vulpius, C. Laubenheimer* magántanárral együtt irt cikkekben, mely a Deutsche med. Wochenschrift márczius 5.-i számában jelent meg, igen rossz tapasztalatokról számol be a *Friedmann*-féle szerre vonatkozólag. 47 esetben alkalmazta a szert, részben intramuscularis, részben intravenás befecskendezés alakjában. Javulást egy esetben sem látott, de igenis több esetben súlyos, sepsisre utaló tünetek következtek be, melyeknek egyik betege két nappal a befecskendezés után áldozatul is esett. A *Friedmann*-féle szer bakteriologiai vizsgálata azt mutatta, hogy 15 ampulla közül csak kettő tartalmazta a teknősbéka-bacillusokat tiszta kulturában, a többi egyéb bacteriumokkal volt többé-kevésbé szennyezve, többek közt igen virulens pathogen bacteriumokkal (*staphylococcus pyogenes aureus*) is. Ily viszonyok közt *Vulpius* óva int a *Friedmann*-féle szer használatától, a mig a gyártását az állam nem veszi a felügyelete alá.

**Kisebb közlések az orvostudomány köréből.** A párisi „Académie des sciences” november 3.-án tartott ülésén *Robinson* kísérleteket említett, a melyeknek eredménye arra látszik utalni, hogy a felegnyúlvány nem főlöszleges szerv, mert oly anyagot termel, a mely a vakbelet összehúzóására serkenti és így a bél kiürülését elősegíti. — **Szülés utáni vérzés** több esetében *Fioux* a vérzésnek úgyszólván rögtöni megszűnését észlelte, a mikor a nőt Trendelenburg-helyzetbe hozta. (Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux, 1914, 1. sz.) — **Az aorta-elégtelenség prognosist** illetőleg *Ferrannini* azt állítja, hogy ha néhány napon át megismételt kis adrenalin-adagokra a pulsus rendellenes volta nem változik, rövid idő múlva beáll a halál; véleménye szerint ugyanis aorta-elégtelenség eseteiben a compensatiót főleg az erek végzik, a melyeknek működésképtelenségét jelzi az adrenalin-hatás elmaradása. (Olasz belorvosok társulatának 23. congressusa 1913 december 20.-ától 23.-áig.) — **Bélvérzés** eseteiben *Josué* szerint kedvező hatású az emetinum chlorhydricum 2—4 centigrammjának bőr alá fecskendezése. (Société médicale des hopitaux, 1914 január 30.-i ülés.) — **Gümőkór** ellen új vaccinát ajánl *Bruschettini*; házinyulak mellüregébe glycerines burgonyán tenyésztett gümöbaccilusok emulsióját fecskendezi s a fejlődő exsudatumot azután quazhomokkal, chloroform hozzáadásával, emulsióvá dörzsöli; az ily módon készült oltóanyag teljesen ártalmatlan s e mellett állítólag kifejezett gyógyító hatása van. (Riforma medica, 1914, 8. szám.)

Lapunk mai számához *Balla Sándor* és *Tarsa* „Haemostan” és „Vaginol” című prospectusa van csatolva.

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

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

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

**Bőrgyógyító és kozmetikai intézet** Dr. Justus J., kórházi főorvos, IV., Ferencz József-rakpart 26.

**Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet**

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

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

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

**DR. REICH MIKLÓS Budapesti ZANDER-gyógyintézete** Dr. ZANDER G. eredeti készülékeinek teljes sorozatával és rokon physikalis gyógyeszközökkel tökéletesen felszerelt intézet. IV., Sesselweis-utca 2. sz. Kossuth Lajos-utca sarkán.

**Reiniger, Gebbert és Schall r.-t.** BUDAPEST, VIII., Rákóczi-út 19. sz. RÖNTGEN- ÉS VILLAMOS ORVOSI KÉSZÜLÉKEK.

**Epileptikus betegek intézete**

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

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

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

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

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

**MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK** fürdőkhöz. ■■■ LÁPSÓ ■■■ száraz kivonat ládáknban á 1 kiló ■■■ LÁPLUG ■■■ folyékony kivonat üvegekben á 2 kiló

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM:** Budapesti Kir. Orvosegyesület (II. rendes tudományos ülés 1914 január 17.-én) 225. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 227. l.

**Budapesti Kir. Orvosegyesület.**

(II. rendes tudományos ülés 1914 január 17.-én).

Elnök: **Salgó Jakab.**

Jegyző: **Dollinger Béla.**

(Vége.)

**Patkóvese bőr alatti repedésének esete.**

**Borszék Károly:** A vese bőr alatti repedésére a trauma behatása után beálló vérvelés, esetleg a hirtelen fejlődő lumbalis haematoma annyira jellegzetes tünetek, hogy jelenlétük esetében a vesesérülést biztosan és könnyen felismerhetjük. Nem ilyen egyszerű a körjelzés akkor, ha a vérvelés hiányzik, vagy ha a vese hilusának vagy ereinek sérülése következtében a körképen a hasüri vérzés uralkodik. A vérvelés hiányozhatik a vesekocsány teljes keresztülzakadása esetén vagy ha az uretert véralvadék zárja el; ez utóbbi esetben a fokozódó és igen heves vizelésinger azonban mégis sejtetni engedi a vese sérülését (*Boross Ernő*). Intra-abdominalis vérzés esetében a körjelzés legtöbbször lehetetlen és csak a hasüreg megnyitása után lehet a vérzés forrását megállapítani. A heveny vérszegénység, a *défense musculaire* azonban azonnali beavatkozást tesz szükségessé még akkor is, ha a diagnosis nem tisztázott. (*Manninger* esete.)

A 39 éves házmesternét 1913 november hó 26.-án déli 12 órakor auto elütötte, úgy hogy a járda szélének esett. Az esés után azonnal összevizezte magát, a saját lábán ment haza, még dolgozott is otthon, de hirtelen erős fájdalmakat érzett bal oldalában, szédülni kezdett, úgy hogy le kellett feküdni. Orvosa hasüri sérülést állapítván meg, a 2. számú sebészeti klinikára szállította.

A sérülés után 4 óra múlva a beteget halotthalványan, hideg végtagokkal találja; a *radialis pulsus* nem érezhető; a has kissé meteorismusos, a baloldali *rectus felett* erős *défense*. A bal bordaív alatt két tenyéryi tompulat. Csapolásra 150 cm<sup>3</sup> véres vizelet ürül.

Műtét azonnal aethernarcosisban, előzetes kámforinjection után. Hasüregmegnyitás a középvonalban a *symphysistól* a *proc. xiphoidesig*; a szabad hasürben kb. félliternyi vér. A *colon descendens* nagy kiterjedésű *subserosus haematoma*, hasonlóképpen a *mesocolon descendens* is. A *colon descendens lateralis* oldalán hosszmetéssel a vesetájékot hozzáférhetővé teszi; a nagymennyiségű véralvadék eltávolítása közben a vese hilusa felől erős verőeres vérzés indul meg, a melyet csak a vese kocsányának lefogása után tud csillapítani. Az *arteria* és *vena renalis*on kívül a vesehilus körül több repedés látszik; a vesekocsány leköttése után a vese felső polusát szabaddá teszi és a vesét elő akarja húzni. Ekkor kiderül, hogy az ureter a vese előtt fut le és hogy alsó polusa a gerincoszlop felé húzódván, a középvonalban a másik oldali, a sérült vesefélénél jóval kisebb vesébe folytatódik: tehát *patkóveséje volt a betegnek*.

A sérült vesét alsó polusa előtt reszekálja, a metszésfelületet csomós catgutvarratokkal egyesíti és extraperitonealis nyíláson keresztül tamponálja; a hasüreget teljesen zárja. Teljesen zavartalan gyógyulás. A *pyelographiás* Röntgen-képen látni, hogy a jobb vesemedence majdnem teljesen a középvonalban fekszik.

A kiirtott vese ébrényi lebenyzettséget mutat, felső polusa vastag, lekerekített, alsó polusa hosszabb, vékonyabb. Alsó polusán egész vastagságán áthaladó és a medenczébe terjedő zeg-zugos, véralvadékkal kitöltött repedés.

**Májbeli echinococcustömlőnek kiirtással gyógyított esete.**

**Borszék Károly:** A májbeli echinococcustömlők eddigelé általánosan gyakorolt műtét-módja a kivarrásban és drainezésben állott; nem is számítva az ily módon operált esetek igen hosszú, hónapokra, sőt egy évig is terjedő gyógytartamát,

hátránya ezen műtét módnak a gyakran beálló epefolyás és utóvérzés. A megnyitott és drainezett nagy üreg a májban könnyen fertőződhetik és a betegek nem ritkán sepsises cholangitisben vagy májtályogban pusztulnak el. Mindazon műtét módoknak, a melyeket a gyógytartam megrövidítése céljából ajánlottak, hátránya, hogy recidivák fejlődhetnek és hogy a máj állományában epe gyűlhet meg vagy genyedés áll be és életveszélyes szövődményeket okozhat. Ugy a recidivával, mint minden későbbi szövődménnyel szemben csak akkor lehetünk biztosítva, ha az anyagot egészében az öt körülvevő kötőszöveti tokkal együtt eltávolítjuk a májból. Azonban a tömlőnek a kihámozása nagy vérzéssel jár, a melynek exact csillapításától és a megsérült májbeli epeutaknak pontos elvarrásától függ a műtét jó sikere.

A lig. hepatoduodenale műszeres compressiójában, úgy a mint azt *Báron* ajánlotta, a májbeli praeventiv vérzescsillapításnak oly módját ismerjük, a mely a tömlőkihámozás veszélyeit a minimumra szállította le. A vértelenné lett májállományban minden egyes keresztülmetszett ér és epeút lumene könnyen megtalálható és lekötődhet. A ligamentum hepatoduodenale műszeres leszorítása a májban végzett műtétek alkalmával mindeztideig általános elterjedést nem nyert, mert a vizsgálók, főleg *Thöle* és *Burdenko*, állatkísérleteik alapján az eljárást directe életveszélyesnek minősítik.

Az 1913.-i londoni orvoscongressus sebészeti szakosztályában a II. sz. sebészeti klinikán operált 11 májresectio esetéről számolt be, a melyek mindegyikében a lig. hepatoduodenale műszeres leszorítását alkalmazta, a nélkül, hogy annak valami káros hatását tapasztalta volna. Hogy mindazon ellenvetések, a melyeket a lig. hepatoduodenale leszorítása ellen felhoznak, tisztán csak akademikus értékűek, és hogy kellő technikával és kellő óvatossággal alkalmazva, az eljárás igen megbízható és veszélytelen, a következő esete is bizonyítja:

A 25 éves nő gyomortájékán egy év óta daganat nő, mely kisugárzó fájdalmakat és kellemetlen állandó feszültségérzést okoz. Az alacsony, rosszul táplált és halvány nőbeteg a 2. sz. sebészeti klinikára történt felvételekor az epigastrialis tájékon férfiökölnyi daganatot talált, a mely a légzőmozgásokat követte. A *Kétly* tanár klinikáján megejtett vizsgálat szerint a gyomorban semmi eltérés sincs, a *Wassermann-reactio*, az *echinococcus-complementkötés* negatív.

1913 decz. 20.-án veronal-chloroformnarcosisban megnyitja a hasüreget és ekkor kiderül, hogy a máj bal lebenyében férfiökölnyi echinococcustömlő van. A lig. hepatoduodenalét rugalmas bélfogóval leszorítja; 5 perc múlva a máj felszínén halvány foltok mutatkoznak. A tömlő tartalmát aspirálva, a körülvevő kötőszöveti tokkal együtt a tömlőt kifejti; a kifejtés után kiderül, hogy a máj jobb lebenyében almányi második tömlő van, a melyet szintén kifejti a májállományból. Ez alkalommal egy czukorspárga vastagságú vena bereped; a sérülést érvarratokkal elzárja. A két tömlő kifejtése után visszamaradt üregeket részben elsülyesztett dohányzacskószerű *capitonage-varratokkal* szünteti meg, részint a máj szabad széléhez közel eső részen a sebfelszíneket directe egyesíti. A ligamentum hepatoduodenale leszorításának tartama 40 perc. A hasüreget a máj resectiós felületére helyezett vékony draincsík kivételével teljesen zárja.

Zavartalan, teljes, per primam gyógyulás.

**A könytömlő betegségeinek gyógyításáról és közvetlen operálásáról az orr felől.** (*Dacryocystostomia intranasalis.*)

**Polyák Lajos:** Az eddig alkalmazott szemorvosi eljárások különösen genyes dacryocystitis esetében — a *Totiféle* műtét kivételével — magukat a szemorvosokat sem elé-

gíftették ki. A szondázás értékéről a vélemények nagyon ellentmondók, a könytömlő kiirtása pedig, a külső heget nem is tekintve, nem közömbös, mert könycsurgás marad vissza sikerült műtét után is, úgy hogy e miatt a könymirigyét is ki kell irtani. A régi óhajt, hogy szükség esetén a könytömlő és az orrüreg között maradandó közvetlen összeköttetés hozáséig létre és a genyedő folyamat a physiologiai functio ép-ségben maradása mellett gyógyíttassék ki, *Toti* oldotta meg az ő genialis műtétével, melyet *Blaskovics* módosítása még tökéletesebbé tett.

A *Toti*-féle műtétnek azonban, bár ügyesebb művelői közel 100% gyógyulást kaptak, hátránya az, hogy külső sebzéssel jár, ezért többé-kevésbé látható heget hagy vissza, ezenfelül pedig alkalmazásának a határai is meg vannak szorítva. Nem alkalmazható a könytömlő acut genyes és fistulás alakjaiban, tuberculosisban és a könytömlő kiirtása után visszamaradó sebgyenedés eseteiben.

Ezen körülmények a rhinologusokat már régóta arra készítették, hogy részükrol a könycsatorna megbetegedéseinek kezelését az orr felől kíséreljék meg. *La Forest* és *Gensoul* már másfél évszázad előtt ajánlotta a ductus retrograd szondázását az orr felől.

Az előadó a kérdéssel 14 év óta foglalkozik. 12 év előtt ugyanezen helyen új eljárást ajánlott a ductus nasolacrymalis retrograd szondázására. Közben *Caldwell*, *Killian*, *Passow* és mások az alsó orrjáratból felfelé haladva, kivésték a ductust a szűkületig és így iparkodtak — sok esetben sikerrel — a könyeknek szabad lefolyást biztosítani.

Közben egy átjárhatlan szűkület esetén 1909 márczius 3.-án az előadó a ductust a szűkület felett, közvetlenül a középső orrjáratban véste fel. A műtétre a könycsurgás és a dacryocystitis végleg gyógyult. Ugyanezen eljárást később végezte, de előbb közölte *West*, ezért a ductus-műtétek prioritása a középső orrjáratból őt illeti meg.

*Strazza* egy esetben az alsó orrjáratból egészen a saccusig hatolt fel és azt kikaparta. A műtét sikertelen volta miatt azonban ez eljárást elhagyta. *Bryan* egy esetben a középső orrjáratból hatolt fel a saccusig és annak alsó részét eltávolította. A beteg meggyógyult.

Az előadó 1911 óta foglalkozik a könytömlő direct operálásával az orr felől oly értelemben, hogy a *Toti*-féle külső műtétet akarja teljes kivitelben, de külső sebzés nélkül az orr felől elvégezni. A megoldás nem volt könnyű, mert anatómiai nehézségeket kellett leküzdeni; nevezetesen a középső kagyló tapadáshelye és a rostasejtek állanak útban nem ritkán. A műtét technikáját először hullán oldotta meg, megfelelő műszereket is szerkesztett és a kész eljárást 1912 szeptember havában közölte.

*West* az előadó közlése nyomán szintén a saccus közvetlen operálására tért át, módszerét főleg az előadótól, ezenfelül *Halle* egy módosításából kölcsönözte, de a forrásokat elhallgatja. Az ebből keletkezett prioritási vita a német laryngológiai társaság 1913. évi congressusán az előadó javára dőlt el.

Az előadó műtétének jelenlegi kiforrott technikája abból áll, hogy előzetes canaliculus-felhasítás és szondázás nélkül előbb nyálkahártya-periosteum-lebenyt készít a középső orrjáratban a saccus felett, a lebenyt megtartja és hátratólja, azután szélesen felvési a csontot (a felső állcsont homloknyulványa, könycsont, esetleg ha útban van, rostacsont) és a nyílást szükség esetén csontstanzával tágítja, míg a könytömlő szabad lesz és kívülről reá gyakorolt nyomásra megjelenik az orrban. A könytömlő nasalis fele, és ectasisa esetén a külső fal egy része is, el lesz távolítva (*Toti-Blaskovics*), végül a lebeny visszahelyeztetik, csak felső részéből csipnek ki a tömlőnek megfelelő kerek nyílást.

Ily módon 1913 végéig 70 esetet operált. Közülük teljesen gyógyult egy műtétre 50, ismételt beavatkozásra 3 és szemézi utókezelésre 3, összesen 56=80%; javult egy műtétre 7, újabb beavatkozásra 1, összesen 8=11.4%; gyógyulatlan a nyílás elzáródása miatt 4, ezután végzendő szemézi beavatkozás miatt 2, összesen 6=8.6%.

Legszebb eredményeket a műtét éppen genyes dacryocystitis eseteiben szolgált, de ezenfelül biztosan gyógyulnak (külső felhasítás nélkül) az acut és chronikus fistulás esetek, látszólag gyógyul a saccus-tuberculosis, ha a fedő bőr még ép és ezenfelül a könytömlő kiirtása után visszamaradt genyedés és sipolyképződés is meggyógyult az előadó mindhárom esetében, sőt sikerült a könytömlő hiánya daczára is teljes könyleveletést biztosítani.

Az indicatiókat illetőleg a döntés a szemorvosokat illeti meg, csak ők illetékesek annak megbíráására, hogy az adott esetben melyik eljárás czélszerűbb. A rhinologus feladata csak az legyen, hogy a hozzá utalt betegen a javalt műtétet végrehajtsa.

Eljárásának előnyét a különben kitűnő *Toti*-féle műtét felett abban látja, hogy kozmetikailag előnyösebb, mert külső sebzéssel és heggel nem jár és ezenfelül, mint a statisztika mutatja, sikert nyújt oly esetekben is, a melyekben *Toti*-féle műtét már nem végezhető.

**Grósz Emil:** Azon czéltudatos és tervszerű munkásságnak, melyet az előadó e téren évtizedek óta folytat, megvan a maga eredménye, mert a chirurgiát értékes műtéttel gazdagította.

Az indicatiók felállításában a két szakma képviselőinek együtt kell eljárni.

A szólónak az a véleménye, hogy az előadó által igen helyesen ismertetett többi műtétnek is megvan a maga jogosultsága a megfelelő esetekben. Még a szondázást sem tartja mellőzendőnek, mert számos esetben ez is czélra vezet, sőt pusztán könyezés miatt a többi műtétet nem is tartja megokoltnak. Azon esetekben, a midőn az eljárás nem vihető keresztül anatómiai okokból, vagy a beteg socialis helyzete nem engedi meg a hosszas kezelést s genyedés van jelen, ennek megszüntetésére kell törekedni. Ez az egész kérdés lényege, mert a könytömlő genye állandóan veszélyezteti a szaruhártyát s ezzel a látást. Ezt leggyökeresebben a könytömlőkiirtás szünteti meg, csak hogy ezáltal a könyezés állandósul. E műtét indicatiója most is megvan, mert olyan esetben, a midőn a szemtekén műtétet kell végeznünk, pld. hályogoperálást, azt a methodust kell választani, mely a veszélyes genyedést gyorsan és biztosan megszünteti. A *Toti*-féle műtét különösen *Blaskovics* kitűnő módosításával haladás, de ma még nem tudjuk, hogy megszünteti-e éppen olyan biztosan és éppen olyan gyorsan a genyedést, mint a könytömlő kiirtása. A *Polyák* által ajánlott eljárás még további tökéletesítés, mert különösen olyan esetekben, a midőn a rostasejtek is betegek, az orr felől való operálás észszerűbb. Egyik műtét technikája sem könnyű, de hogy a *Polyák*-féle műtét nem támaszt leküzdhetetlen nehézségeket, arról meggyőződött azon esetekben, a melyek végrehajtását *Polyák*-tól s *Paunz*-tól látta. Kétségtelen, hogy *Polyák* ezen műtétével a külföld előtt is becsületet szerzett nekünk.

**Paunz Márk:** A *Polyák*-féle műtét alapfogalata jó, mert a könytömlőt — éppen úgy, mint a *Toti*-féle műtét — egyenes összeköttetésbe hozza az orrüreggel, tehát mindig a könytömlő tágulását és genyesedését okozó szűkület felett létesül az anastomosis; tudvalevőleg a köny-orrveték szűkületei többnyire ott fejlődnek, a hol a könytömlő átmege a ductus naso-lacrymalisba. A műtét technikai kivitelé nem nehezebb, mint hasonló orrműtéteké.

A mi a műtét javalatait illeti, azokba nemcsak a szemésznek, hanem a rhinologusnak is bele kell szólnia, azon egyszerű oknál fogva, mert a könytömlő bántalmaj majdnem mindig nasalis eredetűek és így fontos, hogy a műtét előtt tisztában legyünk az orr állapottal. Előre is kimondhatjuk, hogy ha pl. melléküreggyenedést avagy orrpolypus-képződést találunk a könytömlőgenyedéssel szövődve, okvetlenül előbb az orrüreggel kell rendbehozni és ezzel együtt egyszerűsmin a könytömlő is összeköttetésbe hozható az orrüreggel a *Polyák* által kidolgozott módszer szerint. Eddig összesen 5 esetben végezte a *Polyák*-féle műtétet (3 genyedő, 2 egyszerű idősült dacryocystitis) mindig teljes sikerrel, a mennyiben a genyedés, illetve könyezés már a műtétet követő napon teljesen megszűnt. A módszer azáltal, hogy a könyleveletés, csak úgy, mint a *Toti*-féle műtét után, megmarad, a szemészek részéről előszeretettel gyakorolt könytömlőkiirtás felett áll. Ezt igen jól megállapíthatta egy nöbetegén, a kinek baloldali könytömlőgenyedését 2 év előtt operálták egyszerű könytömlőkiirtással teljes sikerrel (a mi a genyedés megszűnését illeti); jobboldalt a szóló a *Polyák*-féle műtétet végezte. A beteg bal szeme most is könyezik, jobb szemén pedig nemcsak a genyedés, hanem a könyezés is teljesen megszűnt.

Kétségtelen, hogy a *Polyák*-féle műtét teljesen egyenértékű a *Toti*-féle műtéttel és valószínű, hogy a gyakorlatban, minthogy külső sérüléssel nem jár, főként nöbetegéken, ezt kell majd gyakrabban végezni.

**Polyák Lajos:** Egyetért *Paunz*-czal, hogy a műtét nem nehéz, nem nehezebb a concharesectionnál. A könytömlő sokszor felterjed a középső kagyló alá, máskor meg 0.5 cm.-re a középső kagyló előtt fekszik. De a kidomborodó concha lacrymalis megmutatja a helyét és ha ferdén teszszük fel a vésőt, megtaláljuk a könytömlőt. Gyakran halljuk emlegetni a könytömlő-genyedés rhinogen eredetét, *Kuhnt* szerint 97% ilyen. De a szóló úgy tapasztalta, hogy ez túlzás, mert 70 esetében a causalis összefüggést a könytömlő és az orr baja között csak nehezen



lehetett kideríteni. Muló genyes lobok felterjedhetnek a ductusba, de tartós orrbetegségek, kivéve a rostasejteket, nem igen.

A műtét első eredmények igen szépek. A betegek nem könyeznek, de ha a lebenyt nem tesszük vissza, synechiák képződhetnek. Az eredmény 6—8 héten belül végleges és 2—3 hó alatt megítélhető.

#### Az üvegtestből eltávolított cysticercus két esete.

Ifj. Imre József: Magyarországon a szemben fejlődő cysticercus nagy ritkaság. Az I. szemklinikán egy az elülső csarnokban levő és egy subretinalisan elhelyeződött cysticercust távolított el Grósz professor. Egy cysticercust a caruncula lacrymalisból az új szent János-kórházban vett ki a bemutató. Az üvegtestben volt cysticercus is csak egy esetben került műtetre, ezt Béla Pál közölte. Ezekhez csatlakozik most az I. szemklinikán két esete, melyekben éppen a legkritikább helyen: az üvegtestben fejlődött a féreg.

Az első esetet Vajda Géza miskolci szemész-főorvos észlelte és küldte a klinikára. Az illető 35 éves kertész. Bal szemében az üvegtestben fejlődött cysticercus, melynek mozgásai tükörrel jól láthatók. Minthogy a beteg a műtétől vonakodott, intravenás salvarsan-infúzióval kísérletet tett meg a féreg előlése, mire a mozgások néhány napig alig voltak észlelhetők, de négy nap múlva az állapot a régi volt.

A beteg műtétbe nem egyezvén, távozott. Három hó múlva visszajött: ekkor előbb a bulbus alsó-külső részén meridionalis sclerotomia történt, eredmény nélkül, majd december 5.-én felül-belül meridionalis metszéssel át az extractio sikerült; tetemes üvegtestvesztés. A beteg három hét múlva nem egészen megbékült szemmel távozott.

A másik eset 30 éves nő Szászrégenből. Julius óta észlelt fokozottabb látásromlást. Augusztusban a szemfenéken apró hópehelyszerű foltokban jelentkező retinitist és igen erőltetett lefelé nézéskor egy előredomborodó daganat íves szélét lehetett látni. Októberben ismét megjelent, ekkor már csak hiányos fényérzése volt; az üvegtestben jól volt látható lefelé nézéskor egy jókora, erősen irizáló hólyag, melyből időnkint nyakszerű nyulvány bujt elő.

November hó 19.-én sclerotomia alul-belül eredmény nélkül.

December hó 3.-án extractio. Az alsó egyenes lefejtése után ennek megfelelően 12 mm. hosszú meridionalis metszés. A sebszélek szétválasztása irishorgokkal, kevés üvegtest ürül s a féreg távozik. Sima gyógyulás; a 8. napon a conj. varratok kivétele. Az izomvarrat benmaradt.

#### Blepharoplastika néhány esete.

Ifj. Imre József: Az alsó szemhéj részleges és teljes pótlására, valamint külső szemzug-defectusok fedésére ívben elvált bőrreszletet használnak Burow-háromszöggel kombinálva. Négy esetet mutat be, melyekben ezen eljárással teljesen kielégítő kozmetikai és functionalis eredményt kapott. Előnyét abban látja, hogy az aránylag igen kis beavatkozással nagy anyagihiányokat fedhetünk, a visszamaradó hegesedés kevés, a fedésre használt bőrreszlet tápláltsága kifogástalan. Az egész alsó szemhéjra kiterjedő hiány pótlásakor a metszés az *id. Siklóssy-féle* ektropium-ellenes metszésnek felel meg, a különbség az, hogy *Siklóssy* csak ektropium ellen, ferde varratok behelyezésével, karély készítése nélkül használta fel az íves metszést, módszere plastikára egymagában nem alkalmas.

#### Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Angina pectoris esetét ismertette Gerhardt a „Würzburger Aerzteabund“ november 25.-én tartott összejövetelén. A 60 éves férfi 1½ év óta szenved angina pectorisban és a rohamoknak mind gyakoribbá válása és szívinsufficiencia jelentkezése miatt került kórházba. Digitalis használatára (0,3 gramm pro die) az oedemák csakhamar eltűntek és egyidejűleg az angina-rohamok is elmaradtak, úgy hogy az illető 7 hét múlva elhagyhatta a kórházat. Egy hét múlva azonban újból jelentkezett a panaszaival, de angina-rohamai nem vol-

tak; panasza digitalis kis adagaira (0,1 gramm pro die) megint csakhamar megszűntek. Az eset bizonyítja a chronikus digitalis-adagolás hasznát, másfelől pedig, hogy a magas vérnyomás nem ellenjavallja a digitalis használatát és hogy néha súlyos angina-rohamokat is meg tud szüntetni a digitalis.

Az időszült rheumatismus kezeléséről colloidalis kénnel tartott előadást Robin és Maillard a párisi „Académie de médecine“ november 25.-i ülésén. Abból indultak ki, hogy az ízületeket alkotó szövetekben időszült ízület-csúsz eseteiben a kén anyagcseréje rossz. Ennek javítására próbálták adni a colloidalis ként polyarthrititis deformans eseteiben és nagyon jó eredményeket értek el.

A Röntgen-energia értékesítésének új módjáról tárgyaltak nemrégiben a moszkvai tudományos társulatokban Wermel előadása kapcsán, a melyben kifejtette, hogy a Röntgen-fénnyel kezelt egyének vérenek ugyanolyan sajátága van, mint a Röntgen-fénynek magának, s ennek folytán az ilyen vér — illetve a belőle készített serum, mert ez tartalmazza ezt a sajátást — gyógyításra felhasználható. Különösen csont- és ízület-gümőkór eseteiben végeztek gyógyító kísérleteket ezen úgynevezett „x-serum“-mal, biztató eredménnyel. (Ref. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1914, 8. szám.)

## PÁLYÁZATOK.

874/1914. ig. sz.

A pécsvárosi közkórház anyakórházában és az elmeosztályon megüresedett **egy-egy másodorvosi állásra** ezenel pályázatot hirdetek.

Az anyakórházi másodorvos javadalmazása 1200 korona fizetés, természetbeni lakás és I. osztályú ételmezés. Az elmeosztályi másodorvosé 2000 korona fizetés, természetbeni lakás és I. osztályú ételmezés. A bentlakás mindkét állásnál kötelező.

Felhívom a pályázni kívánó orvosdoctorokat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz.-ben előírt minősítésüket igazoló, valamint egészségi bizonyítvánnyal felszerelt pályázati kérvényüket méltóságos *Vízy László* úrhoz, Pécs szab. kir. város főispánjához címezve, alulírt kórházigazgatósághoz legkésőbb **f. évi márczius hó 25.-éig** nyujtsák be.

Megjegyeztetik, hogy kellő minősítésű pályázó hiánya esetén a másodorvosi állásokra ideiglenesen kötelező kórházi évét töltő orvosgyakornok is nyerhet alkalmazást.

A kinevezendő másodorvosok helyüket csak a lemondástól számítandó 4 hét letelte után hagyhatják el.

Pécsen, 1914. évi márczius hó 10.-én.

A pécsvárosi közkórház igazgatósága.

289/1914. ált. szám.

A vezetésem alatt álló közkórháznál lemondás folytán megüresedett **egy alorvosi és két segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az alorvos javadalmazása 2000 korona, lakás, fűtés és ételmezés. A kinevezés két évre szól, de meghosszabbítható; magángyakorlat csak annyiban van a városban megengedve, a mennyiben az a szolgálattal összeegyeztethető. Orvosi gyakorlatra utasított és nős pályázók figyelembe nem jöhetnek.

A segédorvosok javadalmazása egyenkint 1200 korona, lakás, fűtés, ételmezés; a kinevezés két évre szól. Más pályázók hiányában orvosi gyakorlatra utasított orvosok is kinevezhetők. Magángyakorlat nincs megengedve.

A folyamodványok méltóságos *Makfalvay Géza* úrhoz, Somogyvármegye főispánjához intézendők és a kórház-igazgatóságnál nyujtandók be **márczius hó 23.-áig**.

Kapósvár, 1914 márczius 3.

Szigethi-Gyula Sándor dr., igazgató-főorvos.

Az északmagyarországi egyesített köszénbánya és iparvállalat r.-t. mizserfai bányagondnokságánál megüresedett a **bányaorvosi állás**, melynek betöltésére pályázat hirdettetik.

Az orvos javadalmazása 3600 korona évi fizetés, 10% drágasági pótlék, szabad lakás, fűtés, világítás és újevkor kettős havi fizetés.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy kérvényeiket **folyó évi márczius hó végéig** küldjék be, az állás pedig április hó 15.-én lesz elfoglalandó.

Északmagyarországi egyesített köszénbánya és iparvállalat r.-t. társálati elnöksége, Baglyasfalja, u. p. Salgótarján.

A pozsonyi m. kir. bábaképezdében megüresedő II. tanársegédi állás 1400 korona évi fizetéssel és teljes ellátással folyó évi április hó 1-én betöltendő.

Az eddigi orvosi működést és nyelvismeretet feltüntető, szabályszerű pályázatok az igazgatóságához küldendők be.

Velits Dezső dr. udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.

236/1914. szám.

A nagyági m. kir. bányaműigazgatóság Ferencz József altáró bányaosztályánál, Felsőesertés állomással, a X. fizetési osztály 3. fokozatába sorozott évi 1600 korona fizetéssel, az 1904. évi I. és 1906. évi IX t.-cz. értelmében fizetés természetével bíró évi 400 korona személyi pótlékkal, természetben adott lakással, vagy ennek hiányában a törvényszerű lakpénzzel, 54 köbméter tűzifajárandsággal, vagy ennek mindenkor megállapított megváltási árával, évi 231 korona utazási általánnyal javadalmazott, házi gyógyszerértartási kötelezettséggel egybekötött és 1914 november 1-én elfoglalandó bányorvosi állásra ezennel pályázat hirtetik.

Felhívtnak azok az orvostudorok, kik ez állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott folyamódványaikat előjáró hatóságuk, vagy ha állami szolgálatban nem állnak, azon törvényhatóság főispánja (Budapesten a polgármester) útján, melynek területén laknak, folyó 1914. évi április hó 11.-éig a m. kir. pénzügyminiszteriumhoz czimezve, alulírott bányai igazgatóságához nyújtsák be. Későbbben beérkező folyamódványok nem vétetnek tekintetbe.

Folyamódók kötelesek hiteles okmányokkal igazolni, illetőleg mindazon kelleket kintüntetni, a melyek a kiírt állásra megköveteltnek, nevezetesen:

1. családi és utónévüket, honosságukat, születési helyüket és életkorukat, vallásukat és családi állapotukat;
2. megszakítás nélküli előéletüket (curriculum vitae);
3. nyelv- és szakismereteiket, netaláni klinikai vagy kórházi szolgálataikat;
4. erkölcsi magaviseletüket;
5. hogy katonai kötelezettségüknek miképpen feleltek meg;
6. hogy oly egészségi állapotban vannak, miszerint a szolgálattal egybekötött kötelesek teljesítésére képesek.

A kinevezés, ha az illető még nem állami alkalmazott, egy év tartamára ideiglenesen történik, s a véglegesítés csak egy évi próbaszolgálat után következik be, feltéve, hogy az illető a szolgálat teljesítésével járó köteleseknek minden tekintetben megfelel.

Nagyágón, 1914. évi február 23.

M. kir. bányaműigazgatóság.



Fájdalomcsillapító bedörzsölés.

**Menthocapsol „SKALA“**

Analgetikus, rubefaciens, resorptív, fájdalomcsillapító, izgató és felszívódó.

Irodalom és minták az orvos uraknak rendelkezésre állanak. — 1 tégely ára 1 kor.  
Schutzengel - Apotheke Gr.-Seelowitz (Morvaország).

„Bayer“ **CONTRATUSSIN** „Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

**Bayer-gyógyszertár** BUDAPEST VI.,  
Andrássy-út 84.

Főhercegi udvari szállító.

Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

213/914. sz.

Békés vármegye közkórházának elmebeteg-osztályán egy segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás évi 1200 K fizetés, 400 K osztálypótlék, lakás, fűtés, világítással és I. oszt. teljes ellátás.

Pályázni szándékozók felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló okmányokkal felszerelt folyamódványaikat méltóságos Kéry Gyula úrhoz, Békés vármegye főispánjához intézve, alulírott közkórház igazgatójához 1914. évi március hó 24.-éig küldjék be.

Gyula, 1914 március 8.

Békés vármegye közkórházának igazgatója.

**ASTHMA-gyógyintézet és INHALATORIUM**

**BUDAPEST,**  
Andrássy-út 87.sz.

(körönd).

Vezető orvos:

**Dr. GLÜCK TIBOR**

Legmodernebb berendezés. Pneumatikus kamra, tüdő-gymnastika, oxigén stb. Asthma, tüdőfagulás, hörghurut (bronchitis), légső-, gége- és orrhurutok ellen.

**Dr. Szegő Kálmán sanatoriuma és vízgyógyintézete**

felnőttek és gyermekek részére Abbazia tengeri fürdőben (Ausztria).

Elsőrangú intézet. Egész éven át nyitva. Az összes physikális gyógy módok. Zander-intézet. Erősítő-, edző-, hízalókúrák. Gyengeszervezetűek, lymphatismus, dispositiós katarrhusok, idült peritonitikus exsudatiók stb. speciális kezelése. Idült izület- és csontbetegek conservatív kezelése, torlódási hyperaemia, fixatiós kötések, tengeri fürdők, általános erősítés stb. által. 7 éven felüli gyermekek kíséret nélkül is felvétetnek.

LEGTISZTÁBB LEGKÉNYELMESEBB BEDÖRZSÖLÉSI KURA.

**MERCURO-CRÈME** SEC. DR. ROSENBERG

BEDÖRZSÖLÉS 3-5 PERCIG NEM PISZKITJA A FEHÉRNEMŰT.

ZSIRTALAN SZAGTALAN

Új csomagolás:

Mercurocrème mife 1 csom. à 10 dob. à 3 gr. 22<sup>1</sup>/<sub>2</sub>% Hg. = 2 gr. 33<sup>1</sup>/<sub>2</sub>% Hg.  
Mercurocrème normale 1 " à 10 " à 3 gr. 33<sup>1</sup>/<sub>2</sub>% Hg.  
Mercurocrème forte 1 " à 10 " à 3-33 gr. 50% Hg. = 5 gr. 33<sup>1</sup>/<sub>2</sub>% Hg.

Régi csomagolás:

1 graduált tubus à 30 gr. 33<sup>1</sup>/<sub>2</sub>% Hg.

Minden csomag ára 2 kor.

„CSILLAG“-GYÓGYSZERTÁR, Budapest,  
VIII., Rákóczi-út 39. (József-körút sarok.)

ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL.

Vesebajoknál, húgyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál a Bór és Lithion tartalmu gyógyforrás

**SALVATOR**

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kintűnő sikerrel használtatik.

Húgyhajtó hatása.

Kellemes ízű.

Könnyen emészthető.

Teljesen tiszta.

Állandó összetételű.

Vasmentes.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

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

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

SCHULTES ÁGOST Szinyelipóczi Salvator-forrás Vállalat, Budapest, V. Rudolf-rakpart 8.



# 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.

- Epstein László:** A tengerentúli kivándorlás elmeorvostani szempontból. 229. lap.  
**Torday Árpád és Wiener Imre:** Közlés a budapesti k. m. tudományegyetem I. sz. belklinikájáról. (Igazgató-helyettes: Báró Kéty László dr., ny. rk. tanár.) 233. lap.  
**Zwillinger Hugó:** Adatok a nyirokpályák útján keletkező rhinogen koponyaürbeli és agyvelő-complicatiók kérdéséhez. 234. lap.  
**John M. Károly:** Közlemény az Országos anya- és csecsemővédő-egyesület II. sz. otthonából. (Igazgató-főorvos: Temesváry Rezső dr., egyetemi magántanár. A csecsemőosztályt vezeti: Heim Pál dr., egyet. magántanár és John M. Károly dr.) A csecsemőtáplálás fontosabb kérdéseiről. 235. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Szabó József:** Gyakorlati fogászat. — *Lapszemle. Belorvostan. Kollé, Hartoch és Schürmann:* Chemoterapiás kísérleti eredmények. —

*Mühsam:* Lépképzés. — *Sebészet. Technau:* A műtét utáni tüdőcomplicatiók prophylaxisa és therapiája. — *Tietze:* Az ileus localis diagnózis. — *Ideg- és elmeorvostan. H. Ahrens:* A liquor cerebrospinalis keringése. — *A. Gorrieri:* Epilepsiásokon végzett haematologjai vizsgálatok. — *E. Oberholzer:* Az öröklés módja s a regeneratio epilepsiás családokban. — *Szülészeti és nőorvostan. J. Veit:* Eugenika és nőgyógyászat. *Húgyszervi betegségek. Rochet:* A vese- és hólyagülmőkór első stadiumának gyógyítása. — *Kisebb közlések az orvógyakorlatra. Jüngerich:* Proctitis. — *Tenosin. Walker Wood:* Estoral. 240–242. lap.

*Magyar orvosi irodalom. Magyar orvosi archívum. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság.* 242. lap.

*Vegyes hírek.* 242. lap.

*Tudományos társulatok.* 244–247. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### A tengerentúli kivándorlás elmeorvosi szempontból.\*

Irta: **Epstein László dr.**, a budapest-angyalfüldi m. kir. állami elmeorvosi intézet igazgatója.

A múlt nyáron egyik napilap azt a hírt hozta Fiuméből, hogy az „Austro-Americana” hajósvállalatnak egy gőzöse tizennégy elmebetegét hozott vissza Magyarországra, a kik az erős munka folytán betegedtek meg Amerikában. E hírből engem csupán az lepett meg, hogy az illető lap az említett tizennégy kivándorló elmebetegének aetiologiájával annyira tisztában van. Kevésbé lepett meg a hír tárgyi része, az tudniillik, hogy egyszerre 14 elmebeteg egyént szállítottak vissza Amerikából, mert a mikor e hír megjelent, már közel három év óta figyelemmel kísértem volt az Amerikából elmebeteg miatt visszaszállított magyarországi kivándorlók egy részét és így már a fent közölt hírt megelőzőleg tudomásom volt róla, hogy az ilyképpen visszakerült egyének száma meglehetősen nagy.

Már 1910 őszén ugyanis, a mikor az angyalföldi elmeorvosi intézet vezetését átvettem, feltűnt nekem, hogy a csacziai járás főszolgabírája mily sűrűn keresi meg az intézetet elmebeteg elhelyezése iránt. Az intézet zsúfoltsága miatt kezdetben oda is épp úgy, mint egyébképpen, a stereotyp válasz ment: „Nincs hely”. De a távirati megkeresések gyakorisága mindinkább felkeltette érdeklődésemet és az intézet zsúfoltsága is azidőtájt némileg engedett és így utóbb mindig helyet szorítottunk a nevezett főszolgabíró által beutalt betegeknek.

E betegek egy-két kivétellel, a melyet a továbbiakban természetesen figyelmen kívül hagyok, mindannyian oly kivándorlók voltak, a kik elmebeteg miatt az Egyesült-Államokból, vagy még hajóraszállítás előtt egy európai állomárról visszaszállítottak. Az 1910. év végétől egészen 1913 novem-

ber hó végéig 103 ilyen egyén, még pedig 42 férfi és 61 nő került megfigyelésünk alá. Ez magában véve nem nagy szám és nevezetesen nem elég nagy ahhoz, hogy oly statisztikai vizsgálatok alapjául szolgáljon, a melyekből általánosító következtetéseket lehet levonni, de némely, statisztikailag is érdekes megállapításokra mégis vezethet, annál is inkább, mert elég tekintélyes, ha figyelemmel vagyunk arra, hogy Csacza az országnak csak egyik és pedig nem is legtágasabb kivándorlási, illetőleg visszavándorlási kapuja, a mennyiben Csacza az Amerikába törekvő kivándorlók közül nagyobbára csak azok vonulnak át és azok is csak részben, a kik Hamburgban vagy Brémában kelnek a tengeri útra. Már pedig az említett két kikötő a magyar-amerikai kivándorlásnak csak kisebbik részét bonyolítja le. Így 1911-ben 40.746 oly egyén közül, ki a tengerentúli utazásra nézve a kivándorlási törvény (1909: II. t.-cz.) alapján az engedélyezett hajósvállalatokkal megkötötte a szerződést, Fiumén át 18.867, Hamburgon át 5102, Brémán át 10.236, Rotterdamban át 976, Antwerpenen át 2922, Havren át 508 ment tengerentúlra.<sup>1</sup>

Minthogy ilyképpen a kivándorlóknak csak egy része érinti Csaczát és másfelől a később még behatóbban idézendő amerikai bevándorlási törvény értelmében visszaszállítandó egyének szállítása ugyanazon az úton eszközöltetik, a melyen át a kivándorlás történt, ennél fogva a Csaczából intézetünkbe beszállított elmebeteg, a kiket rövidség kedvéért ezentúl csacziai betegeknek fogok nevezni, csak egy részét alkotják azon magyarországi kivándorlóknak, a kik elmebeteg miatt kerülnek vissza az országba.

Csacziai betegeink számából tehát ez utóbbiak számára még nem lehet biztos következtetést vonni. De tekintélyes számuk azt a benyomást kelti, mint hogyha az elmebeteg állapotban visszakerült kivándorlók száma az összes kivándoroltak számához viszonyítva még felülmulná azt a százalékot, a melyet lakosságunk körében általában az elmebetegek képviselnek.

\* Kivonatolva előadatott a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1914. évi február 7.-i ülésén.

<sup>1</sup> A m. kir. kormány 1911. évi működéséről és az ország közállapotairól szóló jelentés és statisztikai évkönyv, 15. o.

E benyomást még megerősíti a következő számítás:

Az 1911 január 1.-én megejtett népszámlálás szerint Magyarország népessége 1910. év végén volt 9,062.935 férfi és 9,201.598 nő, összesen 18,264.533 egyén. Ebből a) hülye: 20.945 férfi és 15.653 nő, összesen 36.598 egyén; b) elmebeteg: 10.490 férfi és 8569 nő, összesen 19.059 egyén. Minthogy hülye csak elvéve akad a kivándorlók között, vagy visszaküldetik, még mielőtt hajóra szállhatna, csakis a szoros értelemben vett elmebetegeket vehetjük itt számba és pedig a kivándorlók korának megfelelőleg csakis a 15 éven felülieket. A fentiek szerint az elmebetegek az ország lakosságának valamivel több mint 0.1 százalékát teszik ki. Az elmebetegek közül volt 15—19 éves: 563 férfi és 516 nő, összesen 1079 egyén; továbbá 20 éves és azon felüli: 9370 férfi és 6799 nő, összesen 16.169 egyén, vagyis a 15 éven felüli elmebetegek körülbelül 0.09%-át teszik az összlakosságnak.

Ezzel szemben csaccai betegforgalmunk a kivándorlás adataival egybevetve, a következő képet nyújtja. 1911-ben a Magyarbirodalomból, tehát az anyaországból és a társországo-kból együtt német kikötőkön át 38.360 egyén vándorolt ki az Egyesült-Államokba;<sup>2</sup> a rákövetkező 1912. évben pedig 34 beteg került hozzánk Csaczból, a mi az előbbi számhoz viszonyítva körülbelül 0.08%-ot tesz ki. Ez csak 0.01%-kal maradna alul azon arányszámnak, melyet a 15 éven felüli elmebetegek Magyarország összlakosságában képviselnek. Tekintetbe véve azonban, hogy ez utóbbiak között körülbelül egy hatodrészt az 50 éven felüli, ellenben az ilyen korú egyének a kivándorlók között csak 5.5%-kal<sup>3</sup> szerepelnek; tekintetbe véve továbbá, hogy a német kikötőkön át visszazállított elmebeteg kivándorlóknak csak egy része került intézetünkbe, az utóbb kimutatott 0.08% egészen más jelentőséget nyer és indokolttá teszi azon feltevést, hogy a kivándorlók között aránylag sok az elmebeteg, illetve sok válik elmebeteggé.

Különösen áll ez a női kivándorlókra nézve. Míg ugyanis a nők 1911-ben 45.9%-át tették a kivándorlóknak,<sup>4</sup> míg az országban létező elmebetegek között 52% férfival 48% nő áll szemközt, addig csaccai betegeink sorában a férfiak 40.8%-kal, a nők pedig 59.2%-kal vannak képviselve. Ez mindenképpen feltűnő jelenség, mert ha e számok általános érvénynyel nem is bírhatnak, az mégsem lehet véletlen, hogy csaccai betegeink között a nők annyira túlnyomó számban szerepelnek, hanem vissza kell ezt vezetnünk arra, hogy a kivándorlók között a nőknek az elmebetegségben való részese-dése valóban nagyobb, sőt lényegesen nagyobb, mint a férfiaké.

Nem tagadható, sőt hangsúlyozom is, hogy az előbb megejtett számítás nem nyugszik oly alapokon, hogy annak eredményét megtámadhatlan való gyanánt lehetne elfogadni, de arra irányuló törekvésem daczára nem sikerült oly adatok birtokába jutnom, a melyek pontosabb számításra tettek volna lehetővé és így a fent közölt adatokhoz kellett folyamodnom, hogy ezen, a kivándorlóknak megbetegedési arányára vonatkozó és társadalomtudományi, valamint kórtani szempontból egyaránt érdekes és nem alárendelt jelentőségű kérdésre nézve legalább némi képet nyerhessünk.

Eltér-e, illetőleg mennyire tér el a valóságtól ez a kép, azt megállapítani, legalább ezidőszert, nem áll módomban, de más források nyomán haladva, a melyekre később még rátérünk, ugyancsak arra az eredményre jutunk, hogy a kivándorlók között több az elmebeteg, semmint gondolnók. Eleve ugyanis fel lehetne tételezni, hogy a kivándorlók között előforduló elmebetegek arányszáma sokkal kisebb, mint az ország összlakosságában talált elmebetegek arányszáma, minthogy a kivándorlásra egyáltalában rendszerint csak a testileg és szellemileg erőteljesebb emberanyag vállalkozik, a mely nemcsak a kivándorlás idején ép, hanem esetleges viszontagságokkal és egyéb káros befolyásokkal szemben nagyobb ellentálló képességgel bír és így a megbetegedés veszélyének kevésbé is van kitéve.

<sup>2</sup> Idézett kormányjelentés, 57. o.

<sup>3</sup> Idézett kormányjelentés, 60. o.

<sup>4</sup> Idézett kormányjelentés, 223. o.

Ugy látszik azonban, hogy a kivándorlással járó viszontagságok és egyéb káros befolyások mégis oly mérvűek, hogy velük szemben a máskülönben talán nagyobb ellentállóképesség is elégtelennek bizonyul, vagyis olyanok, hogy gyengébb egyéni hajlamosítás mellett is bírnak elmebajt kiváltani. És ez lehet az oka azon előbb kiemelt feltűnő jelenségnek is, hogy a kivándorlók között a nők absolute és relative sokkal nagyobb számban betegednek meg, mint a férfiak, mert gyengébb idegzetükkel és esékény kedélyületükkel még kevésbé tudnak az említett káros tényezőkkel szemben helytállni.

Mindezen szerencsétlenül járt kivándorlók nagy része immár azon szigorú intézkedések folytán, a melyekkel az Egyesült-Államok néhány év óta a nekik nem kívánatos bevándorlás ellen magukat körülbástyázzák, kényszerűen visszakérül hazájába.

Ezen intézkedéseket az 1907. évi július 1.-én életbe léptetett bevándorlási törvény (Immigration Act of February 20, 1907) és az annak alapján kibocsátott kormányrendeletek állapítják meg.<sup>5</sup>

A törvény 2. szakasza szerint ki vannak zárva az Egyesült-Államokba való bebocsáttatásból egyebek közt, de első helyen említve: hülyék, imbecillisek és egyéb gyengeelméjű egyének (idiots, imbeciles, feeble-minded\* persons), továbbá epilepsiások, elmebetegek és oly egyének, kik az utolsó öt év lefolyása alatt elmebetegek voltak; oly egyének, kik megelőzőleg bármely időben két vagy több rohamon mentek keresztül (who have had two or more attacks of insanity); szegények és olyanok, kik előreláthatólag az államnak fognak terhére esni; oly egyének, kik gümőkórban vagy valamely undorító vagy ragályos betegségben szenvednek; oly egyének, kik az itt felsorolt kizárt osztályok egyikébe sem tartoznak ugyan, de a vizsgáló orvos által testileg vagy szellemileg hibásnak találtatnak és a bizonyítványban ilyenek vannak feltüntetve, ha ezen szellemi vagy testi hiány oly természetű, hogy az illetőnek önfentartási képességét korlátozza stb.

Ezen rendelkezést, a mely az idézett szakasz további részében a külföldieknek még egyéb sok csoportját is kizárja a bevándorlásból és a melynek fajhygieniai és nemzetgazdasági célzata és jelentősége nyilvánvaló, hatásossá teszi a törvény megfelelő szigorú intézkedések által. Így a 9. szakasz szerint: „Bárkinek, beleértve személyszállító társaságokat is, a melyek közül azonban kivétnak azon vasúti vonalak, melyek idegen szomszédos területről vezetnek az Egyesült-Államokba és beleértve valamely hajó tulajdonosát, kapitányát, ügynökét vagy átvevőjét, tilos az Egyesült-Államokba olyan külföldit beszállítani, a ki a következő fogyatkozások (disabilities) valamelyikében leledzik: hülyék, imbecillek, epilepsiások, oly egyének, a kik gümőkórban vagy valamely undorító vagy veszélyes ragályos betegségben szenvednek, és ha a kereskedelmi és közmunkatitkár (Secretary of Commerce and Labor) bebizonyítottan tekinti, hogy az említett betegségek vagy fogyatkozások (diseases or disabilities) valamelyikében már a külföldön való hajóraszállítás idején szenvedett és hogy ezen betegség vagy fogyatkozás kellő orvosi vizsgálat mellett már a hajóraszállásnál megállapítható lett volna, ezen esetben, minden ilyen egyén vagy személyszállító társaság, vagy az ilyen hajónak kapitánya, ügynöke, tulajdonosa vagy átvevője azon kerület vámszedőjének, a melyben az érkezési kikötő fekszik, ezen törvény rendelke-

<sup>5</sup> Immigration Laws and Regulations of July 1, 1907. Washington, 1909.

\* „Imbecil“ és „feeble-minded“ is szó szerint egyaránt gyengeelméjűt jelent, de abból, hogy a törvény mind a két kifejezést használja, azt kell következtetni, hogy a gyengeelméjűnek két különböző kategóriáját akarja megjelölni. Milyen két kategóriát, az nem derül ki tisztán a szövegből, de egy később idézendő évi jelentésnek egyes fejtegetéseiből következtetve, úgy vélem, hogy „imbecil“-en a szorosabb értelemben vett elmebeteg, „feeble-minded“-en pedig azokat érti, a kiket a németek a „psychopathisch minderwertig“ elnevezés alá foglalnak. Cikkemben a „feeble-minded“ szót, megkülönböztetésül a „gyengeelméjű“-től, „hibás elméjű“-nek fordítom, bár tudom, hogy ezen kifejezés a fogalmat nem fedi.

zéseinek minden egyes megszegéseért 100 dollárt tartozik fizetni“.

A 12. szakasz értelmében tartozik a hajó parancsnoka a partra szállított külföldiekről lajstromot beszolgáltatni, a melyben minden egyesre nézve többek között arra a kérdésre is kell felelnie, volt-e az illető valaha oly intézetben vagy kórházban, a hol elmebetegnek kezeltetnek és gyógyítottak, továbbá, hogy milyen az illetőnek szellemi és testi egészsége. E jegyzéket a hajóparancsnoknak (a 13. szakasz szerint) nemcsak aláírásával, hanem esküvel (oath of affirmation) is kell hitelesítenie annak igazolására, hogy az általa hozott külföldieket a hajó orvosával megvizsgáltatta és hogy az orvos jelentése, valamint saját utánjárása szerint a külföldiek egyike sem hülye, imbecillis, hibáselméjű vagy elmebeteg („that no one of said aliens is an idiot, or imbecile, or a feeble-minded person, or insane person“). Mindezt pedig a hajó orvosának is (14. szakasz) aláírásával és esküjével kell igazolnia.

De a törvény ezen tanuságtétellel nem elégszik meg, hanem elrendeli (16. és 17. szakaszában), hogy minden megérkező külföldinek testi és szellemi megvizsgálása az Egyesült-Államok nyilvános egészségügyi hivatalának és tengeri kórházának (U. St. Public Health and Marine Hospital) orvosi hivatalnokai által is eszközöltessék, a kiknek legalább két évi gyakorlattal kell bírniok hivatásukban.

A felsorolt tiltó rendelkezések megszegését a törvény érzékeny büntetésekkel sújtja. Így mindenki, a ki tilalom ellenére külföldit az Egyesült-Államokba behoz vagy azt csak megkísérli, minden egyes ilyen külföldiért 1000 dollárig terjedhető pénzbírsággal vagy két évig terjedhető fogházzal, esetleg mindkettővel büntetetik. Minden külföldi pedig, a ki törvényellenesen hozatott be az Egyesült-Államokba, ha csak lehetséges, rögtön azzal a hajóval, melylyel jött, azon országba, a melyből jött, visszaküldendő. A visszaszállítás és az eltartás azon hajóstársaság terhére esik, a melynek hajóján az illető érkezett. Ha azonban az orvos (medical officer) bizonyítványa szerint egy elmebeteg külföldinek egészsége vagy biztonsága az azonnali visszaszállítás (deportation) esetén lényegesen veszélyeztetve volna, akkor az ily külföldi a bevándorlási alap terhére addig tartandó vissza, a míg visszaszállítása veszély nélkül történhetik.

De a törvény nem éri be azon külföldiek visszaszállításával, a kik a megérkezés idején találtak bizonyos okból alkalmatlannak, hanem elrendeli (20. és 21. szakasz), hogy minden olyan külföldi, ki a törvény megszegésével lépett az Egyesült-Államok területére és olyan okból, a mely már partraszállása előtt fennállott, az állam terhére esik, azon országba, a melyből jött, a megérkezését követő három évi időtartam alatt bármily időpontban a kereskedelmi és közmunkatitkár parancsára elfogandó, és azon államba, a melyből jött, visszaküldendő.

Ha a visszaszállítandó egyén elmebajos vagy testileg beteg és szállításához külön kíséretet és felügyeletet igényel, úgy erről is a kormányrendelet 37. §-a szerint annak a hajózási vállalatnak kell gondoskodnia, a melynek hajóján az illető egyén érkezett.

Máskülönben, ha ily külön kíséretre nincs szükség, a mint a „Holland-Amerika vonal“ budapesti ügynökségnél értesültem, a visszaszállítás olyképpen történik, hogy a beteget a hajó kórházi osztályára teszik. A megfelelő európai kikötőbe érkezvén, a beteget állapotához mérten vagy egy ottani elmebetegintézetben helyezik el, vagy közvetlenül hazaszállítják, még pedig rendszerint úgy, hogy a származási ország határáig viszik, a hol a honi hatóságnak adják át, de ha szükséges, akkor a társaság a beteget a lakóhelyére is kísérteti, a honnan az illető elindult.

Ezen kényszeres visszaszállítások révén az egyes hajózási társaságokra nézve tetemes költségek merülhetnek fel. Így Weygandt<sup>6</sup> szerint a „Hamburg-Amerika vonal“ csak ápo-

lási díjak fejében fizetett a friedrichsbergi elmebetegintézetnek 1908-ban 21.630 márkát, 1909-ben 36.894 márkát és 1910-ben 18.672 márkát.

Tekintélyes összeget tesznek ki azok a büntetések is, a melyeket az esetben rónak ki a hajózási társaságokra, ha egy külföldit partra szállítanak, a ki a bevándorlási törvény fentemlített 9. szakaszában említett testi vagy szellemi (idiota, imbecilis, epilepsiás) fogyatkozások valamelyikében szenved. Ily címen az amerikai bevándorlási főbiztos utolsó évi jelentése<sup>7</sup> szerint 1911 július 1.-étől 1912 június 30.-áig 205 esetben alkalmazták az előírt 100 dollárnyi büntetést, tehát összesen 20.500 dollár (102.500 korona) erejéig.

Ilyen körülmények között érthető, ha a hajózási társaságok lehetőleg nagy elővigyázattal járnak el és a kivándorlókat orvosok által ismételt, több állomáshelyen is megvizsgáltatják, mielőtt őket a hajóra bocsátják.

Ezen tömeges és rövid idő alatt elvégzendő vizsgálatok azonban, a melyeket kütönbben is elmekörtanilag rendszerint kevésbé vagy alig képzett orvosok teljesítenek, nem lehetnek oly behatóak, hogy rejtettebb vagy nehezebben kideríthető elmebajok az orvosok figyelmét ne kerülhessék el.

Talán ez a körülmény az oka annak, hogy a törvény csak a szembeötlőbb vagy könnyebben kideríthető szellemi fogyatkozásokban vagy bajokban szenvedő (idiota, imbecilis, epilepsiás) külföldiek partraszállításáért állapít meg büntetést, míg ellenben a szorosabb értelemben vett elmebetegekre vonatkozóan csak azoknak visszaszállítását rendeli el, ha elmebetegek gyanánt felismertnek, de kiszabandó büntetésről nem tesz említést. A bevándorlási főbiztos azonban ezt a törvény hiányának tekinti és úgy véli, hogy a hajózási társaságok elmebeteg egyének behozataláért éppúgy lennének büntetendők, mint idiota, imbecillis és epilepsiás egyének behozataláért; a büntetést pedig a jelenlegi 100 dollárról 200 dollárra kellene felemelni.<sup>8</sup>

Ezen álláspontjának okszerű és következetes voltát elvitatni nem lehet, de érvényesítése alkalposabb orvosi vizsgálatot is tenne szükségessé. Ezt ő maga is, különösen a hibáselméjűség (feeble-mindedness) felismerése céljából szükségesnek tartja és ez irányú fejtegetései, a melyeknek egy külön fejezet<sup>9</sup> szentel, oly érdekesek és tanulságosak, hogy meg nem állhatom, hogy azokat itt bőven, részben szó szerinti fordításban ne ismertessem, annál is inkább, mert egyfelől némi betekintést engednek a bevándorlók szemben követett eljárás módzataiba, másfelől élénk világot vetnek arra a komoly és céltudatos törekvésre, a mely az amerikai társadalomban a fajjavításra és ennek okából a káros elemek távoltartására irányul.

Annak kifejtése után, hogy a hibáselméjűség (feeble-mindedness) nem ismerhető fel oly korán, mint az idiotismus és az imbecillitas és hogy ezen baj a jövőben nemzedékek szempontjából mily veszthető lehet, kívánatosnak mondja, hogy a jelenlegieknél hathatósabb rendszabályokat kellene követni a hibás elméjű (feeble-minded) kivándorlók partraszállásának megakadályozására. Említi, hogy ez irányú felszólításának eredményeképpen több orvosi testület, kereskedelmi kamara és forgalmi (trade) hivatal elhatározta, hogy felszólítja a Congressust, hogy oly helyzetbe juttassa a bevándorlási hatóságokat, hogy azok a törvényt pontosan kerestülvihessék. „Éz azt jelenti — írja tovább —, hogy több orvos, több idő és több hely álljon rendelkezésre az elmebeli vizsgálatnak annyira fontos munkája részére. Az évenként New-Yorkba érkező 70.000 bevándorló közül felismerni a szellemileg fogyatékosakat mindig roppant nehéz feladat lesz és annak kerestülvitelét lehetőleg meg kell könnyíteni, még pedig azáltal is, hogy a bevándorlási hajókon orvosokat lehessen elhelyezni, a hol azoknak az utazás tartama alatt elegendő idejük volna észrevenni a legtöbb

<sup>7</sup> Annual report of the Commissioner General of Immigration to the Secretary of Commerce and Labor for the fiscal year ended June 30. 1912. Washington, 1913.

<sup>8</sup> Id. „Annual report“, 28. o.

<sup>9</sup> „Ann. report“ 23—24. o.

<sup>6</sup> Weygandt: Die ausländischen, insbesondere die überseeischen Geisteskranken. Münchener med. Wochenschrift, 1912, 2. szám.

szellemi fogyatékoságot, a melyekről azután a megérkezés-kor a hatóságoknak jelentést tesznek. Minden szükséges könnyítés tételesség meg, tekintet nélkül a költségre. Evvel kapcsolatban helyén való a Congressust és a közönséget arra emlékeztetni, hogy az államnak a New-Yorkba érkező bevándorlók révén 3,000.000 dollár az átlagos jövedelme s hogy a Congressus annak csak egy részét juttatja a törvény keresztülvitelére Ellis-Islandon.<sup>10</sup> Panaszkodik, hogy az a kérelem, hogy megfelelő hely bocsáttassék rendelkezésre, a hol a szellemi fogyatékosokra gyanusak megfigyelendők lennének, visszautasított és hogy Ellis-Islandon a szolgálatra kirendelt orvosok és tolmácsok száma elégtelen.

„Azonban — úgymond — bármily gondosan ejtessék is meg a bevándorlók ellenőrzése Ellis-Islandon, mégis a szellemileg fogyatékosok egy része felismeretlen fog maradni. Ez elkerülhetetlen, mert egynémelyik psychopathás hajlamokkal (tendence) érkezik, a mi csak azután mutatkozik, mikor a bevándorló már az országban van, másrészt elmebeteg megérkezhetnek betegségük lucid időszakában. Mások elmebetegé lesznek az új környezet és balsors következtében. A Congressus egy bizonyos kiterjedésben tudomást vett ezen eshetőségekről, gondoskodván, hogy minden idegen, ki megérkezése után 3 éven belül úgy minősítették, hogy „törvénybe ütköző módon“ vándorolt be, vagy a köznek terhére vált oly okok miatt, melyek „a partraszállás előtt már fennállottak“, utasítsák ki. Azonban a hatóságnak gyakran lehetetlen megállapítani, hogy egy 3 éven belül elmebetegé lett idegen olyan okból lett-e azzá, mely a partraszállás előtt is fenforgott már. Rendszerint nincsen mód annak megállapítására, milyen volt a szellemi állapot odakünn.“ „A Congressus figyelme ezen hivatal által már fölhevített ezen szavak szerencsétlen hatására: „okok, a melyek a partraszállás előtt már fennállottak“; daczára ennek, még mindig a törvényben maradnak s a végrehajtó hatóságok ezáltal gyakran korlátozva vannak azon igyekezetükben, hogy megszabadítsák az országot elmebeteg idegenektől, kik érkezésük után 3 éven belül az állam terhére esnek. A legsújtottabbak egyike New-York állam, a hol a szellemileg fogyatékos idegeneknek már most is elég nagy száma, úgy látszik, évről-évre emelkedik. Néha halljuk azt az ellenvetést, hogy az előnyök, melyekhez a bevándorlók révén jut, annyira túlsúlyban vannak a hátrányokkal (terhekkel) szemben, melyeket a közterhet tevő idegenek okoznak, hogy az utóbbit illetőleg hallgathat (t. i. New-York állam). Ezen ellenvetés talán megállhat azokat illetőleg, a kik szegényházak lakóivá lesznek, de nem állhat meg a szellemileg fogyatékosokra nézve általában. Ezeknek főtartási költsége igen elenyésző kár azon veszélyhez viszonyítva, mely az országra hárul azáltal, hogy egyáltalában a kötelékébe tartoznak, mert erősen megszorítják a gonosztevők csoportját.

Ezek szerint úgy látszik, nincsen semmi ok arra nézve, hogy ne vegye törvénybe a Congressus azt, hogy minden idegen, ki megérkezése után megfelelő időn belül (mondjuk 5 év) szellemi fogyatékoságot mutat, a végrehajtó hatóság által kiutasítsassék.“

A bevándorlási főbiztos tehát nem éri be azzal, hogy csak az a külföldi utasítsassék ki az Egyesült-Államokból, a ki a partraszállástól számított három éven belül oly okokból válik elmebetegé, a melyek már a partraszállás előtt fennálltak, hanem kívánja, hogy egyáltalában minden idegen, a ki meghatározott időn (5 éven) belül szellemi fogyatékoságot mutat, kiutasítsassék.

Kétségtelenül most sem igen kutatják, hogy milyen okból lett egy idegen elmebetegé, de nem valószínűtlen, hogy az amerikai törvényhozás az itt javasolt szigorúbb rendszabályokat előbb-utóbb törvényben is meg fogja állapítani és életbe léptetni, mert a politikai áramlat is kedvez minden olyan mozgalomnak, a mely a bevándorlóknak szigorúbb megválogatását célozza.<sup>11</sup>

<sup>10</sup> A fedélközi utasok kikötőhelye New-York mellett.

<sup>11</sup> Legújabbán már az írni és olvasni nem tudókat is ki akarják zárni a bevándorlásból.

Az Európából Amerikába bevándorló emberanyagban ugyanis az utolsó három évtized folyamán lényeges eltolódás ment végbe, a mely az Egyesült-Államokat, mint Hoffmanné L. Paula<sup>12</sup> írja, aggodalommal tölti el. Míg azelőtt a bevándorlás túlnyomó része Európa germán államaiból történt és míg 1880-ban Corbach<sup>13</sup> szerint 64·5%-ot tett, addig most már évek óta a túlsúly Európának leginkább román és szláv népek lakta keleti és déli részeire esik, úgy hogy az arány teljesen megfordult és 1911—12-ben olyképpen állt, hogy az összes amerikai bevándorlásnak csak körülbelül 19%-a Európa északi és nyugati államaiból történt, körülbelül 68%-a pedig a keleti és déli részekből, hozzávéve az iberiai országokat és az ázsiai Törökországot; Magyarország egymaga 93·028 bevándorlóval az összes bevándorlásnak körülbelül 11%-át szolgáltatva és így az összes országok között a harmadik helyet foglalta el, a mennyiben előtte csak Olaszország és Oroszország szerepel egyenként 19%-kal.<sup>14</sup>

A bevándorlás tehát régebben túlnyomóan rokon (teuton és kelta) fajbelieket vitt be az Egyesült-Államokba, ezidő-szerint pedig a bevándorlás által leginkább idegen fajok kerülnek be, a mi politikai és gazdasági okokból nyugtalanítólag hat az amerikai közvéleményre, mert ezen idegen fajbeliek nehezebben asszimilálódnak és mert a szláv és román népekhez tartozó bevándorlók csekélyebb igényeiknél fogva az amerikai munkásoknak erős konkurrencziát csinálnak.

Bár az amerikai Congressus kivándorlási bizottsága a magyar kivándorlókat Kádár<sup>15</sup> szerint a bevándorlásra nézve a „kivánatos“ elemek közé sorozta és őket mindenütt szorgalmas, értelmes munkásoknak tartják, mégis Corbach szerint annyi gyűlölet halmozódott fel a bevándorolt magyarok, lengyelek, oroszok, olaszok, portugáliak, görögök, örmények stb. tömegei ellen, hogy az amerikai sajtó minduntalan az „új“ bevándorlást teszi felelőssé a kriminalitásnak az Egyesült-Államok népeségében tapasztalható fokozódásáért, a nélkül azonban, hogy csak a legkisebb kísérletet is tenné ezen súlyos vád igazolására.

Sőt az elmebeteg szaporodását is a bevándorlással hozzák kapcsolatba, a mivel szemben azonban a *New-York Medical Journal*<sup>16</sup> George W. Stoner, Ellis-Island főorvosa nyomán kiemeli, hogy az amerikai közigazgatásban elhelyezett elmebetegeknek csak 13%-a olyan külföldi, a ki három évnél rövidebb idő óta tartózkodik Amerikában, hogy tehát szerinte a bevándorló emberanyag elmebelileg feltűnően ép, ha tekintetbe vesszük, hogy a bevándorló hirtelen oly egészen másnemű életviszonyok közé kerül, a melyek alkalmasak arra, hogy szellemi letörését vonják maguk után. A köztudat azonban mégis csak az, vagy legalább beleviszik a köztudatba azt, hogy a bevándorlók nagy része tényleges vagy lappangó elmebajban szenved és így az állam terhet növeli, vagy alkalmas arra, hogy az országnak eugenikai mértékét (eugenic standard) leszállítsa.

A közvéleménynek ilyen alakulása mellett az amerikai törvényhozás nem igen fog vonakodni attól, hogy a bevándorlási főbiztos óhaja értelmében a letelepedni készülő külföldieket alaposabb és szigorúbb elmeorvosi vizsgálatnak vetesse alá és ezáltal is a nem jó szemmel nézett bevándorlást Kelet- és Déleuropából megnehezítse.

Hogy mennyire megnehezítik ezen bevándorlást már most is, mutatja a sok közül egy magyar kivándorló esete<sup>17</sup>

<sup>12</sup> Hoffmann Gézáne: Az amerikai bevándorlás 1910—1911-ben. Huszadik Század, 1912 június.

<sup>13</sup> Corbach: Die amerikanische Einwanderung in Europa. Dokumente d Fortschritts, 1912, Juni.

<sup>14</sup> Idézett „Annual Report“ p. 5. — Időközben megjelent az 1912—1913. évi jelentés, a melyből a napilapok híradása szerint kiténik, hogy a Magyarországból származó bevándorlók száma 117.580-ra emelkedett. De ezen emelkedés daczára Magyarország a negyedik helyre került, mert Ausztria 137.245-tel előbbre került.

<sup>15</sup> Kádár Gusztáv: Az amerikai magyarságról. Magyar Figyelő, 1912, 23. szám.

<sup>16</sup> Insanity among immigrants. Ref. New-York Medical Journal. July 5. 1913.

<sup>17</sup> Garvay Andor: Uti jegyzetek. „Az Ujság“, 1913 szeptember 14.

is, a kit azért nem engedtek be Amerikába, mert könyökben merev volt az egyik karja. Hiába erősítette a magyar tolmács útján, hogy ő a kacska karjával úgy felhajt a vállára egy másfél mázsás búzászsákot, mint a pelyhet, a bevándorlási bizottság könyörtelenül visszaküldte Európába a józan életű, dolgos embert, a kinek mindene ráment erre a kirándulásra.

*Kurt Aram*<sup>18</sup> tapasztalatai szerint egyébként most már a nyugateurópai nemzetek hozzátartozóival szemben sem járnak el hajszálnyival sem jobban, mint a délszlávokkal és a galicziai zsidókkal szemben. Jellemző például hozza fel, hogy egy erőteljes péklegény, a ki bőségesen el volt látva pénzzel és ajánlatokkal, a kinek azonfelül barátai és rokonai voltak Amerikában és alapos kilátása volt, hogy azonnal biztos állásba jut, visszautasított és visszaszállított hazájába, mert dadogott, a mely fogyatkozása a hatóság felfogása szerint őt a megélhetésben akadályozhatja, úgy hogy ő ezután valamely amerikai község terhére esik.

A péklegénynek fogyatkozása tehát nem fajhygieniai, hanem gazdasági szempontból esett kifogás alá, a mi pedig éppenséggel nem volt helyénvaló, mert hiszen a pék nem a nyelvvel, hanem a kezeivel keresi a kenyerét. A fajhygieniai szempontból emelt kifogás még összeegyeztethető lett volna a már fentemlített eugenikai törekvéssel, a mely Amerikában már hasonlíthatatlanul elterjedtebb és előrehaladottabb, mint Európában, sőt néhány amerikai államban tudvalevőleg már egyes oly gyökeres kormányintézkedésekhez (például a sterilisatióra vonatkozólag) vezetett, a melyekkel a conservativebb európai felfogás alig tudna megbarátkozni.

Ezen amerikai törekvés tudományos és gyakorlati irányítója az 1903-ban megalakult „Tenyésztők egyesülete” (American Breeders Association), a mely fajhygieniai adatok gyűjtése és feldolgozása céljából 1910-ben külön hivatalt (Eugenics Record Office) létesített, hogy annak segítségével az öröklési viszonyokat a legkülönbözőbb irányokban vizsgálhassa és az így nyert tapasztalatokat gyakorlatilag érvényesítse. Az egyesület, illetve a hivatal sokoldalú és nagy-szabású munkásságát mutatja az, hogy külön bizottságok, a melyekhez az ország legismertebb szakbúvárai tartoznak, a következő kérdések tanulmányozásával foglalkoznak: A gyengeelméjűség, az elmebajok, az epilepsia, a gonosztevői hajlamok, a siketnémaság, a szemhibák, a szellemi ismerető jelek öröklése, a bevándorlás, a terméketlenítés (sterilizálás), a genealogia.<sup>19</sup>

(Folytatása következik.)

Közlés a budapesti k. m. tudományegyetem I. sz. belklinikájáról. (Igazgató-helyettes: Bárány Kéty László dr., ny. rk. tanár.)

### Lueses és carcinomás serumoknak sajátos kémiai anyagokkal szemben.

Irta: *Torday Árpád* dr., egyetemi magántanár, klinikai laboratoriumi tanársegéd és *Wiener Imre* dr., klinikai gyakornok.

Az inaktivált emberi vérsavó *arany-cyan-aldehyd* keverékével csapadékot ad, a mely csapadék lues és carcinoma bizonyos eseteiben *tömény eczetsavra* feltisztul, míg egészségesen nem változik.

A reakcióhoz szükséges anyagok a következők:

1. Tiszta serum, melyet inaktivált állapotban használtunk.
2. Kalium-aurum-cyanatum-oldat, a melyből 0.10 gr.-ot 20 cm<sup>3</sup> destillált vízben oldottunk fel.

<sup>18</sup> *Corbach*: L. c.

<sup>19</sup> *Géza v. Hoffmann*: Das amerikanische Bureau für Rassenhygiene. Die Umschau. 1913, 9. szám. Terjedelmesen és behatóan ismerteti ezen szerző az Egyesült-Államok fajhygieniai törekvéseit és intézkedéseit egy időközben megjelent értékes munkájában „Die Rassenhygiene in den Vereinigten Staaten von Nordamerika”. Lehmann, München, 1913.

3. *Ehrlich*-féle aldehyd-reagens, a melynek összetétele a következő: Paradimethylamidobenzaldehyd 20 cm<sup>3</sup>,  
acid. hydrochloric. conc. 100 + 400 ?  
aqua destill. 500.

4. Tömény eczetsav.

A reakciót úgy végeztük, hogy 0.2 cm<sup>3</sup> serumhoz gummi-sapkával ellátott pipetta segítségével 1.8 cm<sup>3</sup> kalium-aurum-cyanatum-oldatot öntöttünk. A folyadékot egyszerre bocsátottuk a serumhoz, azután pedig az *Ehrlich*-féle aldehyd-reagensből szintén ily módon 2 cm<sup>3</sup>-t adtunk hozzá. Ilyenkor az addig eléggé tiszta folyadék lassan zavaros lesz, a mely zavarodás azután 2 cm<sup>3</sup> tömény eczetsavnak hirtelen hozzábocsátására vagy megmarad, vagy teljesen feltisztul. Az esetek egy részében csekély zavarodás marad vissza, miért is ilyenkor határozott vélemény nem adható. Ezek a kétes esetek. Ha a zavarodás teljesen feltisztul, akkor pozitív reakciónak beszélünk, míg ha a zavarodás továbbra is megmarad, akkor negatív reakciónak szólunk.

Ez eljárással elsősorban egészséges egyének serumát vizsgáltuk és azt találtuk, hogy azok 5% kivételével minden esetben csapadékot adnak. Minthogy a normalis serumnak ezen anyagokkal szemben való viselkedésével tisztába jöttünk, egyes betegségekben szenvedők serumának vizsgálatára tértünk át. Elsősorban a *Wassermann*-féle vérvizsgálatra beküldött serumokkal foglalkoztunk. Az eredmény megítélésekor a *Wassermann*-féle vizsgálatok eredménye szolgált alapul. 130 eset közül 91-ben a *Wassermann*-nal egyező eredményt kaptunk (70%). A hol a mi vizsgálati eljárásunk eredménye a *Wassermann*-féle módszerrel kaptottal nem egyezett, ott oly irányban nem találtunk törvényszerűséget, hogy pl. pozitív *Wassermann*-nak minden esetben pozitív arany-cyan-aldehyd-reakció felelt volna meg. Ilyformán a mi reakciónk nem értékesíthető úgy, mint a *Wassermann*-féle, a hol tudvalevőleg a pozitív eset teljesen bizonyító értékű. Azonfelül azt is ki kell emelnünk, hogy az eredmény sokszor kétes volt, a mikor tehát a csekély zavarodás alapján nem tudtuk határozottan eldönteni, hogy milyennek minősítsük az eredményt.

Minthogy a reakciót a nehéz fémsók kicsapása által okozott fehérje-reakciónak tartottuk, azt is vizsgálat tárgyává tettük, hogy a reactio eredménye és a serumok refractometriás értékei között van-e valamely párvonal. E tekintetben azt találtuk, hogy a pozitív *Wassermann*- és pozitív arany-cyan-reakciót adó esetekben a refractio többnyire normalis, sőt néha annál kissé magasabb értékeket is adott.

Másodsorban rákban szenvedő betegek vérsavóját vizsgáltuk. Itt 25 eset közül 18-ban tisztult fel a serum (72%), tehát elég jelentékeny számban.

A refractio ezen esetekben legtöbbször a normalisnál jóval alacsonyabb volt, a mi nyilvánvalóan a serumok fehérje-szegénységével függ össze (1.343, 1.345, 1.344, 1.345, 1.347).

Ily alacsony refractometriás értékeket *Engel Károly* dolgozatában is találtunk, minthogy azonban ott e körülmény nincs kellőleg hangsúlyozva, szükségesnek véltük a hydraemiát, illetve cachexiát jelentő ezen eljárásra az orvosi közönség figyelmét felhívni.

Tekintettel, hogy rákban szenvedő egyéneken igen gyakran kaptunk reagenseink segítségével pozitív eredményt, a tünetet cachexiás reakciónak minősítettük. E véleményünkkel azonban ellenkezik a luesesek serumával kapott eredmény, a hol ellenkezőleg a serumok rendes fehérjetartalma dacára kaptunk pozitív eredményt. (A fehérjetartalom rendes voltára a normalis refractiós értékek alapján következtettünk.) Így tehát a mi reakciónkat nem lehet pusztán cachexiásnak felvenni, hanem itt egyéb biológiai és pathológiai körülményeknek is közre kell működnie.

Gümőkóros egyéneken a reactio többnyire negatív.

Vesebántalmakban változó az eredmény. Az esetek egy részében a csapadék feltisztul, főleg az azotaemiás csoportba tartozókon. Azonban e reactio alapján az azotaemiás és hydraemiás vesebajokat egymástól megkülönböztetni nem lehet.

Vizsgálataink alapján azt hisszük, hogy az arany-cyanaldehyd-reactióban érdekes biológiai eljárás birtokába jutotunk, a melyet azonban diagnosztikai czélokra csak akkor lehetne felhasználni, ha az eljárást sikerül tökéletesíteni.

Vizsgálatainkat ez irányban folytatjuk, s annak idején eredményeinkről részletesen beszámolunk.

### Adatok a nyirokpályák útján keletkező rhinogen koponyaürbeli és agyvelő-complicatiók kérdéséhez.\*

Közli: *Zwillinger Hugó* dr.

A Budapesten lefolyt XVI. nemzetközi orvoscongressus XV. (orr- és gégeorvostani) szakosztályának plenuma előtt megtartott referáló előadásában, melynek tárgya „Az orrmelléküregmegbetegedések intracranialis és cerebriális complicatiói“<sup>1</sup> s melyben részben saját vizsgálatai nyomán, ezen folyamatok bonczolástani alapjai vannak letéve, azt emeli ki *Onodi* a nyirokpályákat illetőleg, hogy „ezeknek a már jelzett tényezők mellett szintén jut szerep a fertőző anyagoknak az orrból és melléküregeiből a koponyaüregbe való átvitelében“. *Schwalbe*, *Key* és *Retzius* és mások szerint a subduralis és subarachnoidealis üreg az olfactorius perineuralis hüvelyével összefügg, nyirokerekéből álló hálózattal összekötöttek. Ezen a perimeningealis üregek és a szagló nyálkahártya nyirokpályáinak állapotban és emberben kimutatott összefüggésén kívül való az, hogy a melléküregek véreirei, perivascularis nyirokpályái nemcsak összefüggenek egymással, hanem azon gyűjtőér-anastomosisoknak is megfelelnek, melyek a melléküregeknek a dura és pia materrel való összeköttetését közvetítik.

*Poli Camillo*,<sup>2</sup> ki a harmadik nemzetközi orr- és gégeorvostani congressuson „Az orr és orrgaratür nyirokszerkezete és ennek viszonya a test többi részéhez“ című referáló előadásában eme kérdés bonczolástani részét tárgyalja, azt mondja az intranasalis nyirokterületről, hogy a koponya epiduralis nyiroküreivel continuus összefüggésben áll. Ezen először *Schwalbe* és *Michel* által ismertett tény *Key* és *Retzius* kutyákon és tengeri malaczokon is kimutatta. Az összefüggés finom, a lamina cribrosán izoláltan áthaladó csatornácskákon keresztül történik, melyek az olfactorius hüvelyeitől teljesen függetlenek. *Zuckerlandl* megerősíti ezen, a perimeningealis üregek és a nasalis nyirokpályák közötti összefüggést, lehetségesnek tartja azonban a pia mater szakadását, extravasatiót és csak consecutív megtelődését a nyirokereknek. *Cuneo* és *André* végre emberen is megerősítik *Key* és *Retzius* vizsgálatainak eredményeit, kimutatva, hogy az összefüggés önálló, az olfactorius hüvelyeitől független pályákon keresztül létezik. A hálózat lymphás jellege nemcsak a szövettani vizsgálat által, hanem azáltal is megállapított, hogy a véregek is megtelődtek, főleg pedig azáltal, hogy a direkt beszűrés által kimutatott hálózat azonos volt a subarachnoidealis injectio által kimutatott hálózattal.

Ide sorolandók saját vizsgálataim,<sup>3</sup> melyeket az I. sz. anatómiai intézetben végezhettem, s melyeknek folyamán sikerült az orrüregnyálkahártya felső szakasza nyirokpályáinak összefüggését a központi idegrendszer nyiroküregeivel emberen bonczolástani kimutatni. Az olfactorius perineuralis nyirokpályáitól teljesen független felületen nyirokérhálózatot mutathattam ki az orrüreg nyálkahártyájának felső szakaszában emberen s ezen hálózatnak összeköttetését, úgymint a perineuralis nyirokpályák összefüggését is, a perimeningealis nyiroküregekkel. Az utak, melyeken át az orrüregből kiindulva postoperatív és más természetű meningealis és cerebriális szövődmények keletkezhetnek, az eddig is ismerteken kívül

tehát a nevezett üregekkel közvetlen összefüggő nyirokpályái az orrüregnyálkahártya felső szakaszának is lehetnek. A Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztályának 1912 február 13.-án tartott rendes ülésén készítményeket mutattam be, melyek az orrüreg felső szakasza nyálkahártyája nyirokpályáinak összefüggését a perimeningealis nyiroküregekkel világosan demonstrálják.

A *Gerota*-féle masszával a subduralis és a subarachnoidealis üregekből injiciált készítményeken ezen viszonyok könnyen áttekinthetők. Emberen ezen kísérletek, a már említett *Marc-André* kísérleteit is beleértve, tulajdonképpen az elsők, melyek kifogástalanul sikerültek. Az összeköttetés tehát, mint kiemeltetett, nemcsak az olfactorius idegrostjainak hüvelyein át van meg, de fennáll ezektől függetlenül, külön nyirokpályákon keresztül is. Ezen független nyirokpályák a lateralis falon is kimutathatók, az orrsövényen pedig lefelé haladnak és ennek körülbelül negyedrészt foglalják el.

Ezen viszonyok megismerésének fontosságát illetőleg, melyekre *Killian* figyelmeztetett újabban, reá akarok mutatni *Miodowski* adataira, a boroszlói Allerheiligen-hospitalból közölt eseteire, melyekben submucosus septum-resectio után letalis kimenetelű meningitis következett be. A pontos kórtörténeteken kívül a bonczoláslelet, de legfőképp a kórszövettani lelet hívja fel érdeklődésünket. Ez utóbbi szerint az első esetben a dura egyik részében feltűnő sok góczalakú kerek és hosszúkás beszűrődött hely látható, mely utóbbiak a dura rostjaival párhuzamosan futnak, lympho- és leukocytákból álló góczok, melyek idegrostok harántmetszetei körül csoportosulnak vagy a dura nyirokreszeit töltik ki. Az idegrostok már topographiai elrendeződésüknél fogva is, mint olfactoriusrostok ismerhetők fel. Néhány metszeten a szaglóidegrostok egész hosszukban követhetők, a mint a lamina cribrosán, a csonton és a durán áthaladva, az orrüregnyálkahártyát a lobus olfactoriusal összekötik. A perineuralis izzádmánya a meningealis genyegőztől az olfactoriusrostok mentén az adenoid rétegbe követhető. A lateralis fal területén a szaglóidegrostok körül szintén látható a perineuralis beszűrődés, nem oly mértékben azonban, mint az orrsövényen.

A második esetben a lamina perpendicularis nyálkahártyája mindkét oldalon, de különösen a jobb oldalon a lamina cribrosáig le van emelve, összes rétegeiben genyesen beszűrődött, a csontnyálkahártya fibrindús sarjakkal fedett, a csonton néhány csontnyálkahártyalemezke látható. A csontnyálkahártyának a csonttól való leemelődése következtében keletkezett résekben csontszilánkok láthatók, a leghatulsó szakaszban megmaradt csontrészek organizált vérömleny által fedettek. Az olfactoriusrostok mint széles halvány szalagok láthatók, a mint a lamina cribrosán át az adenoid állományba befutnak. A rostok nagyobb része szélesbített perineuriumot mutat. A szélesbítés a perineuralis nyirokürben látható lymphocytahalmazódás által okozott. Ugyanezen lelet jelen van a lateralis falon is, de legkifejezettebben a lamina cribrosa szomszédságában, különösen a nagyobb átméretű törzökön. A központ felé a beszűrődés a lobus olfactorius genyeregébe megy át. Mindkét esetben rhinogen meningitisről van szó, a rostacsont vizsgálata, mint legfontosabb leletet, genyese beszűrődést, a szaglórostok ily genyese betokolását mutatja. „Ha az első eset képeit szemléljük, a szaglóideg rostkötegei körül látható sűrű sejtfelhalmazódást, szükségszerűleg azon gondolat támad bennünk, hogy azon úttal állunk szemben, melyen az infectio az endocraniumba haladt.“ Már azáltal, hogy a csont egyes részein periostlemezek maradtak, történt az, hogy nyirokpályák megnyitottak. *Killian* és *Marschik*<sup>4</sup> esetein kívül ilyen leletek még ritkák. Így magyarázható, hogy *Logan Turner*<sup>5</sup> terjedelmes és alapos referatumban „The lymphatic apparatus of the nose and nasopharynx, in its relation to the rest of the body“ az orr melléküregeiből kiinduló endocranialis complicatiók a legnagyobb helyet foglalják el. Nem egy végzetes eredménye

\* Megjelent németül a Monatsschrift f. Ohrenheilk. u. Laryngorhinologie 46. évfolyamának *Onodi* tiszteletére kiadott ünnepi számában.

<sup>1</sup> Compt. rend. XVI. internat. med. Congr. XV. Sect.

<sup>2</sup> Verh. des III. internat. Laryngorhinologen-Kongresses, I. rész.

<sup>3</sup> Orvosi Hetilap, 1912. évf. Arch. f. Laryngologie und Rhinol., XXVII. köt.

<sup>4</sup> A III. nemzetközi laryngorhinolog. congressus tárgyalásai, II. rész, 79. oldal.

<sup>5</sup> Compt. rend. XVI. internat. orvosi Congr.

<sup>6</sup> Tárgyal., I. rész.



volt már a submucosus septumresectionnak, mondja a szerző, s felemlíti azon eseteket, melyekben az ornyálkahártya kauterezése után meningitis folytán halál következett be. Ezen esetekben azonban nem rendelkezünk bonczoláslelettel, úgy hogy a fertőzés átvitele tekintetében csak valószínűségekre gondolhatunk. Halál következett be agyhártyalob folytán, orrpolypusok eltávolítása, a középső orrkagyló resectiója után, de ez esetekben is hiányoznak megfelelő bonczolásleletek. Hayem esetében epistaxis volt jelen, melynek csillapítása céljából az orrüreg vaschloridba mártott gyapottal töltetett ki, s a beteg néhány nap múlva meningitisben elpusztult. A bonczolás a szaglóidegcsatornáknak egész hosszukban való megbarnulását derítette ki, míg az idegállomány poroszképpel való reakciót adott. Evidens volt, hogy a vaschlorid az agyat az idegrostok mentén a rostalemezen át érte el. A szerep, mely az ornyálkahártya felső szakasza nyirokpályáinak az influenzameningitis keletkezésében jut — Fränkel E. teoriája szerint az influenzabacillus ez úton halad a lamina cribrosa át a koponyaüregbe —, igen valószínű, bizonyítékok azonban eddig hiányoznak. Cerebrospinalmeningitis eseteiben Wickham figyelmeztetett az ornyálkahártya nyirokpályáira, mint a fertőzés útjaira, a bizonyítás azonban kísérletileg és szövettanilag nem sikerült. A gümöbaccillus kimutatása az ép orrüregben Weigert-et azon gondolatra vezette, hogy az orrnak a gümös meningitis keletkezésében fontos szerep jut. Magunna és Knowles Renshaw ismert kísérleteik alapján nem tudták a regio olfactoria nyirokpályáit, mint ezen fertőzés útjait kimutatni épp oly kevéssé, mint Demme és Huey klinikai észlelései. Flexner kísérleti vizsgálatai eléggé támogatják azon következtetést, hogy mivel a nyirokárám a koponyaüregből az orrüreg felé folyik, a meningealis complicatiók veszedelme csökken.

Ellentétben azon bonczolásleletekkel, szövettani és kísérleti vizsgálatok eredményeivel, melyek a melléküregekből kiinduló intracranialis és cerebriális complicatiók eseteiben birtokunkban vannak, az orrüreg nyirokpályái útján keletkező koponyaüregbeli szövödmények esetei a klinikai észlelet és különösen a kórbonczolástani vizsgálat szempontjából eddig csak szórványosak. E helyen az előbbiekre, mint célunkon túl lévőkre, nem szándékunk kitérni. Itt csak reá akarunk mutatni, hogy némely esetben, mint Killian és Miodowski eseteiben, könnyen volt felismerhető, hogy a fertőzés a nyirokpályák közvetítésével történt, míg más esetekben fáradságos vizsgálatok eredménye leendő csak annak bizonyítása, hogy a lobos folyamat a nyirokpályák mentén terjedt tovább. Bonczolástani bizonyítása az orrüreg-nyálkahártya felső szakasza összefüggésének a koponyaüreggel a nyirokpályák útján, nehezen sikerül, annál nehezebben bizonyos mikroorganizmusoknak bevándorlása ez utakon.

Logan Turner úgy nyilatkozik idézett referáló előadásában, hogy az orrüregből a nyirokpályák útján keletkezett intracranialis szövödmények eseteinek bizonyítása nagyobb biztosságot követel, mint az eddig lehetséges volt. Azon következtetésre jut, hogy minden egyes ily esetben pontos szövettani vizsgálat szükséges. „Az előbb mondottak után bizonyos, hogy a nyirokpályák azon szerepe, melyet ezeknek a fertőző anyagok átvitelében a felső légutakból a koponyaüreg felé tulajdonítanak, nagy részben speculativ természetű, még bizonyításra szorul. A gyűjtött adatok nyomán úgy látszik, hogy néhány szerző az orr és melléküregei és a központi idegrendszer között lévő nyirokpályáknak oly szerepet juttatott, mely, a mennyire eddig ismeretes, anatómiai tények által alig látszik igazoltnak“. Broecker<sup>7</sup> valószínűnek tartja, hogy direct összeköttetés az orr nyálkahártyája és a subarachnoidális üreg között nyirokpályák útján nincs. A Key és Retzius, később Marc André által injiciált hálónak, mely független, a lamina cribrosán áthaladó kis csatornákból áll, lymphás volta még sehogyan sincsen bebizonyítva. Azt hiszi, hogy a nyirokpályáknak leírt utak kötőszövetrések, bizonyos

fokig a fül nyirokereihez hasonlatosak, melyek Mouret szerint nem egyebek, mint kötőszövetrések.

Ezen feltevés ellen kiemelendő, hogy a Key és Retzius által kimutatott háló törzsekben egyesül, melyek a szájpád felé lefutnak és ott igazi nyirokmirigyekbe gyűlnek. Továbbá, hogy ha a vérerek injiciáltak, látható, hogy ezen a subarachnoideális üregből injiciált háló ezektől teljesen független. Ezen háló már alakja révén a nyirokérhálózathoz tartozónak bizonyul, szövettani vizsgálat alkalmával pedig a nyirokerek összes tulajdonságait mutatja. A direct beszúrással való injectio által keletkezett háló pedig azonos a subduralis vagy subarachnoideális injectio által kimutatható hálóval. A kérdéses háló lymphás természete ezek szerint tehát eléggé bebizonyított. Ha azután Broecker<sup>7</sup> zárószavában mondja: „Les quelques faits nouveaux rapportés ainsi que les nouvelles recherches de Zwillinger et d'autres ont conformé cette opinion qu'il n'existe pas, a notre connaissance, des communications directes entre le resau lymphatique des fosses nasales et des sinus et les espaces sousarachnoïdiennes. Tout les cas des complications meningitiques rapportés jusqu'ici, tels des Miodowski, de Sicur et Jacob et d'autres doivent se expliquer par une diffusion microbienne directe, par une penetration des germes dans les gains des nerfs olfactifs“, úgy ez csak ismétlése a referáló előadásában már állítottaknak.

Minthogy most már az orrüreg nyirokpályáinak összefüggése a koponya nyiroküregeivel bonczolástaniilag bebizonyított tény és az eddig rendelkezésre álló, igaz csak gyér bonczoláslelet és szövettani vizsgálat alapján a fertőző anyag behurczolása ezen utak mentén bebizonyítottnak tekintendő, mégsem értékelhető eléggé, legalább eddig nem, azon szerepe a nyirokpályáknak, mely nekik ezen folyamatok keletkezésében jut. Ezen szerep, az anatómiai viszonyokat tekintetbe véve, sehogyan sem lehet alárendelt. Az adott tényekből azon következtetés vonható le, hogy rhinogen infectio azon eseteiben, melyekben a lobos folyamatnak közvetlen terjedését kimutatni nem tudjuk, nemcsak a perforáló gyűjtőereket, hanem a nyirokpályákat is a legszorgosabb vizsgálatnak kell alávetni, hogy így pontos és számos bonczolástani vizsgálat alapján ezen kérdéseket megfelelő biztossággal tudjuk majd megoldani.

\* \* \*

A német gégeorvosok egyesületének 1913-ban Stuttgartban megtartott ülésén egy esetről referált Kümmel,<sup>8</sup> melyben a középső orrkagyló intranasalis eltávolítása után a dura sérülése következtében halálos kimenetelű meningitis keletkezett. A discussio folyamán Hinsberg három idevágó esetről számolt be, az elsőben a lamina cribrosa sérült meg, az utóbbi két esetben az autopsia alkalmával a rostacsont sérülése nem volt megállapítható, a dura ép volt; a leletből kifolyólag feltehető volt, hogy ezen két esetben a fertőzés a szaglóidegrostok hüvelyének mentén történt. Szövettani vizsgálat nem volt megejthető, mint ezt Hinsberg megjegyzi.

Közlemény az országos anya- és csecsemővédő-egyesület II. számú otthonából. (Igazgató-főorvos: Temesváry Rezső dr., egyet. magántanár. A csecsemőosztályt vezeti: Heim Pál dr., egyet. magántanár és John M. Károly dr.)

### A csecsemőtáplálás fontosabb kérdéseiről.

Irta: John M. Károly dr.

(Folytatás.)

V. A casein-zsírdús tejkeverékek veszélyeiről, azok elhárításáról. Az angolok és a spasmophilia prophylaxisát észszerűen mely időben kezdjük meg?

Hogy félre ne értessem, a címbe jelzett veszélyek alatt nem olyanokat kell érteni, melyek éppen a casein-zsírdús tejkeverékekkel táplált csecsemőket fenyegetik, hanem olyanokat, melyek a csecsemőket casein-zsírdús táplálék dacára is érik.

<sup>8</sup> Verhandl. des Vereines deutscher Laryngologen, Würzburg, 1913, 174. és 191. old.

<sup>7</sup> III. nemzetközi orr-gégeorvostani congressus I. rész.

A tehéntej, bármiképpen is változtassunk az összetételén, mindenkoron csak mint másodrangú táplálék jöhet tekintetbe. Sikerül ugyan fehérjés tejjel és a rokonhatású túrós tejjel, mint a két legmegbízhatóbb mesterséges táplálékkal, a legtöbb esetben egészen fiatal csecsemőket nemcsak életben tartani, hanem megnöveszteni és meghizlálni, de azért ezen tejszervek — a szervezetre gyakorolt különböző hatásuk révén — mégis csak idegen fajú tejek maradnak. Minthogy e hatás főképpen a csecsemő ideg- és csontrendszerében nyilvánul meg, figyelmünket a spasmophilia és az angolkór köti le elsősorban.

Megegyeznek a szerzők abban, hogy az angolkórra és a spasmophilára elsőbbséget hajlam praedestinál és csak másodsorban jönnek tekintetbe kóroktanilag egyéb hygienés, de különösen alimentaris tényezők.

Ezen felfogástól csak *Kassowitz*<sup>1</sup> tér el, ki az angolkórt veleszületett betegségnek tartja. Ez a szerző, ki e kérdés tanulmányozására egy emberöltőt szánt azon tapasztalás alapján, hogy szoptatott csecsemők is kaphatnak angolkórt, e baj táplálkozási aetiologiájában nem hisz és mint okot a piszkos lakásokban levő romlott levegőt, tehát légzési ártalmakat ( $\text{NH}_3$ ) állít oda.

Arra a fontos kérdésre azonban, vajjon az angolkór és a spasmophilia egymástól független, avagy közös pathológiás alapon fejlődő és így egymás mellé rendelt, vagy a mi a harmadik lehetőség, két együvé tartozó betegségnek jelentkezésében (de jelentőségében is!) különböző klinikai képe, feltevésekkel már sokan feleltek, de meggyőző érveléssel még senki sem.

Nem beszélhetnék az angolkór és a spasmophilia prophylaxisáról és nem tudnám az olvasóval intentióimat megértetni, ha rá nem térnék előbb az angolkór és a spasmophilia klinikai és kórvegytani tejezetének régebbi megfigyelésekből és újabb anyagcserevizsgálatokból eredő néhány tételére.

Az angolkór, mint az köztudomású, vagy észrevétlenül kezdődik, vagy olyan határozatlan jellegű jelenségekkel, melyek e betegségre nem typosusak. Oly határozott kórjeleket — mondja *Bókay János*<sup>2</sup> —, melyek az angolkór fejlődését kezdetfől fogva felismerhetővé teszik, nem ismerünk s így a bántalom megismerése lehetségessé rendszerint csak akkor válik, a mikor a csontképletek jellegzetes elváltozásai már jelentkezni kezdenek. Az angolkórra jellegzetes csont-elváltozások felismerése kezdetben, *Salge*<sup>3</sup> szavaival élve, sokszor „izlés dolga”. Ha a nagy kutacska involutiójának késését nem tekintjük, melynek megállapítása különben is hosszabb időbe kerül, a nyakszirtecsontban jelentkező kerekded porcos ellágyulást, a craniotabest tartjuk azon csont-elváltozásnak, melyre a csecsemőkori rachitis kórjelzésében az első és második évnegyedben támaszkodunk.

Ismeretes, hogy az első két hónapban klinikai rachitis alig fordul elő. A megbetegedések gyakorisága mindenesetre a 8—14. hóban éri el tetőpontját. Tudjuk azt is, hogy az angolkór az egyik csecsemőn előbb, a másikon később jelentkezik és rendszerint az adott időben leggyorsabban növekedés mutatkozik. Éppen ezért támadja meg a 3—8. hónapban csupán a koponyát. *Heubner*<sup>4</sup> figyelmeztet azon körülményre, hogy éhező gyermekek nem kapnak rachitist. Annál nagyobb számban a gyorsan növekedők és mesterségesen tápláltak. A malátalevesen és irón élő csecsemőkről ezt már régebben tudjuk és e tekintetben a túrós tej, mely kifejezetten gyarapító táplálék, sem kivétel. De hiszen az ideális csecsemőtáplálék, maga a női tej sem zárja ki az angolkórt.

A rachitis súlyos formáit azonban mégis csak azon mesterségesen táplált csecsemőkön látjuk leginkább kifejlődni, kik súlyosabb heveny vagy idősült táplálkozási zavarokban szenvedtek. Ennélfogva az olyan táplálék, mely szolid növekedést biztosít, heveny és idősült táplálkozási zavarokat nem

okoz, az angolkór aetiologiájában, ha nem is mint absolut értékű, de mindenesetre számbaveendő prophylaxisos tényező szerepel. Annak a bizonyítására pedig, hogy a hibás mesterséges táplálás az angolkór előidézésében mint kiváltó ok (esetleg egyéb kóros tényezők társaságában) milyen szerepet játszik, nem kellene újabb adatok.

Még tovább megy *Klotz*<sup>5</sup>, ki az angolkórt mint congenitalis defectust, a méisztartalmú szervek és főleg a csontok veleszületett mészszegénysége gyanánt fogja fel. A mészdepót nagyságától függ szerinte, hogy az angolkór mikor és milyen intenzitással jelentkezik. És el tudja képzelni a mészraktárnak olyan hiányos felszerelését is, mely mellett a női tej sem bírja többé az angolkór kifejlődését megakadályozni. Az ásványi depót ezen elégtelensége persze még nem jelenti azt, hogy az angolkór veleszületett betegség, mint azt *Kassowitz*<sup>6</sup> eléggé elszigetelten még most is hirdeti.

Minthogy idő kell ahhoz, hogy a normalisan növekedő csontképletek mészszegénynyé váljanak, a klinikai rachitis sem lehet az angolkórnak mint anyagcserebetegségnek kezdete. És igaza van *Heubner*<sup>7</sup>-nek, a mikor azt mondja, hogy klinikai értelemben vett acut rachitis nem létezik.

Ismert dolog az az ingerentia, melyet az egyes táplálékok a csont fejlődésére, vagyis az osteoid anyagoknak szolid csontszövetévé való átalakulására gyakorolnak. E szövetmetamorphosisra gyakorolt kedvező hatása révén a tápláléksorozat élére mindenesetre a női tej kerül. De ez sem bizonyul minden esetben elég erősnek az angolkór kifejlődésének megakadályozására. Éppen ezért a női tejnek specialis angolkórellenes hatásáról beszélnünk nem is szabad. Az egyes táplálékfeleségek között e tekintetben csak fokozati különbségek állnak fenn. Ezt mi sem bizonyítja jobban, mint az a tapasztalás, hogy az idősebb angolkóros csecsemőre nézve a női tej már nem az az értékes táplálék többé, mint a milyen az 1., 2. és 3. évnegyedben volt. Sőt bevált szokás ilyenkor a női tej mennyiségét restringálva, a szokottnál korábban nyújtani vegetabiliákat és késleltetők az angolkór gyógyulását, ha azt a szoptatás prolongálásával kísértenék meg.

Az a tapasztalás, hogy az emlőn táplált és egyébként is kitűnően gondozott csecsemő is lehet angolkóros, oda vezetett bennünket, hogy veleszületett egyéni dispositio létezését vegyük fel és az angolkórról mint diathesissről beszéljünk. Az egyéni hajlamot — e kifejezéssel senkinek sem ártunk — bátran elfogadhatjuk. De hogy ez minden esetben öröklött, vagy hogy az angolkór kifejlődéséhez ilyen specialis és öröklött hajlam okvetlenül kellene, azt mégsem állíthatjuk. Mert mihelyt öröklött dispositióról mint sine qua nonról beszélünk, kimondottuk egyúttal azt is, hogy minden angolkóros gyermeknek angolkóros volt valamelyik vagy mindkét szülője. Ezt a tapasztalás nem igazolja. Másrészt el lehet képzelni olyan táplálkozási és hygienés ártalmakat, melyek önmaguk is kiváltják az angolkórt.

A diathesisek korát éljük. Képzelt diathesisek egész sora létezik immár. Inkább fogalmak, mint realis tudás ezek és arra hivatottak, hogy aetiologiás ismereteink hiányosságát leplezzék. A normalis constitutio tulajdonképpen semmi egyéb diathesisnélküliségnél. De születnek-e még nagy városokban ilyen gyermekek? Ha meggondoljuk azt, hogy az angolkórtól a nagyvárosi lakosság csecsemőinek (*Bókay János*<sup>8</sup> szerint) csak 5%-a tökéletesen mentes, nem fogunk hibázni, ha az e betegségre való hajlandóságot általánosnak véljük és csupán fokozati különbségeket veszünk fel.

Az angolkór különben, beleszámítva mindazon tüneteket, a melyek a tiszta kórkép keretébe illeszthetők, a kedvező kimenetelű betegségek közé tartozik. Az meg egészen bizonyos, hogy orvosi ellenőrzés alatt álló csecsemőn az angolkór súlyosabb formái a legritkább esetben fejlődnek ki. Ha mégis szép számban találkozunk olyan csecsemőkkel, kik az

<sup>1</sup> *Kassowitz*: Praktische Kinderheilkunde, Berlin, Springer. 1910.

<sup>2</sup> *Bókay J., Fleisch, Bókay Z.*: A gyermekorvoslás tankönyve. 517. oldal. Budapest, Mai H. 1912.

<sup>3</sup> *Salge*: Kinderheilkunde. Berlin, Springer. 1909.

<sup>4</sup> *Heubner*: Lehrbuch der Kinderheilkunde. Leipzig, Barth. 1906.

<sup>5</sup> *Klotz*: Die Bedeutung der Konstitution f. die Säuglingsernährung. Würzburg, Kabitzsch. 1911.

<sup>6</sup>—<sup>7</sup> Már idézett tankönyvében.

<sup>8</sup> *Bókay J., Fleisch, Bókay Z.*: A gyermekorvoslás tankönyve, 513. oldal.

angolkórtól súlyosan betegek vagy annak következeiben el is pusztulnak: ezek többnyire olyanok, kik hygienés és táplálkozási ártalmaknak hetekig-hónapokig voltak kitéve.

A rachitis anyagcserefejezetéből tudjuk, hogy az angolkóros csecsemő bizonyos ásványi anyagokat, bár bőven kap ezekből a tehéntejjel, nem használ ki kellőképpen csontrendszer számára. Így elsősorban a csontképzéshez szükséges mész és a phosphorsav retentiója elégtelen. A csecsemőkorbán — a mint azt anyagcserevizsgálatok bizonyítják — a mész-sók retentiója tetemes. Női tej mellett a bevitel 60%-át is elérheti. Florid rachitis eseteiben ez a mérleg a zéruspontra vagy az alá is sülyedhet.

Ezen értékeknek újból való emelkedése mindenkor párhuzamosan halad a klinikai rachitis javulásával. Ezt is anyagcserevizsgálatok bizonyítják. A dolog természetéből következik, hogy a klinikai rachitis később reparálódik, mint az anyagcsere zavara. A mint eleve és mindig azon nézetem voltam, hogy a klinikai rachitis a csontokon látható és tapintható jeleivel sohasem kezdete a rachitisnek.

Az angolkór diagnosisát főleg a csontrendszer elváltozására és bizonyos statikai funktiók kimaradására alapítjuk. Nagyon helyesen. Egrészert azért, mert az angolkórra jellemző tünetek csakugyan a csontrendszerben játszódnak le. Másrészt az ú. n. általános tünetek csakugyan általánosak és más kór-kép keretében is előfordulnak.

Az angolkór lényegét nem ismerjük. Nem tudjuk, hogy mikor, miért és a szervezetben hol kezdődik. Már befejezett tényekkel állunk szemben a csontelváltozások megjelenésekor.

További kérdés már most, hogy a csontképletek ezen elváltozását és a jellemző anyagcserezavart, melyeket szorosan együvé tartozónak szerepeltetünk, egymástól függő és ha igen, milyen sorrendben függő jelenségeknek tekintjük?

Bár az elpuhuló csontok a megbetegedés folyamán a saját mészállományukból is leadnak, mégis bajos elképzelni, hogy a csontszövetben játszódjék le a rachitis első felvonása. Már az általános, ha nem is specifikus tünetek kedvéért sem. És bajos elképzelni, hogy a csontrendszernek primaer, de nem infectiosus megbetegedése, hanem inkább növekedési zavara — nem a csontvelő állítólagos megbetegedésére gondolok, melyért Marfan<sup>9</sup> száll sikra — hogyan válthatna ki ideges jelenségeket, általános izomhyperaesthesiát, pathológiás izzadást, léptumort, pókhasat, anaemiát és egyebet? És így inkább azt kell tartanunk, hogy a klinikai rachitis a manifest stadiuma egy már régebb idő óta latens formában fennálló általános megbetegedésnek. Hasonlóan a spasmophiliához, melynek szintén manifest és latens stadiumát ismerjük. De míg a latens spasmophiliát a galvános áram segítségével leleplezhetjük, addig a rachitis ilyen rejtett, de hozzáférhető tünetét eddig nem ismerjük.

Ha elhiszszük a különböző szerzőknek, a mit a városi csecsemők rachitisgyakorlásáról mondanak, hogy ez proletárkörökben úgyszólván kötelező betegség, hogy a városi csecsemőknek csak 5%-a mentes, akkor az előkészítő latens rachitist legalább is ugyanannyin sejtethetjük, de különösen a szóban forgó anyagon, a mikor városi, csecsemőotthonban élő és mesterségesen táplált csecsemőkről van szó.

E feltevésből indultam ki, a mikor osztályunkon a prophylaxisos phosphoros csukamájolajkezelést minden csecsemőre a 2. hó elejétől kötelezővé tettem, a klinikai rachitis tüneteit be sem várva. A mióta ezen prophylaxisos eljárást gyakoroljuk: 10 hónapos korukig megfigyelt csecsemőinkön cranio-tabesnek még csak a nyomát sem láttuk.

Ha tehát, mint a mi eseteinkben, P-olajnak huzamos ideig való adagolásával meg tudtuk akadályozni azt, hogy a csecsemők közül csak egyetlen egy is rachitist kapjon, e gyógyszer prophylaxisos értékét máris bebizonyítottuk. A P-olajat a 2. hó elejétől kezdve, tehát azon korban adagoltuk, melyben az angolkór, klinikai értelemben véve, még nem szokott előfordulni.

<sup>9</sup> Hutinel: „Le Rachitisme“ című, a XVI. nemzetközi orvoscongressuson tartott referatumból.

Ha mégis regaszokodom a therapia szóhoz: az ezen korban már feltételezhető anyagcsere-rachitisre gondolok. Anyagcserevizsgálatokat, sajnos, nem végezhetünk (végeztek, mint arról szó lesz, másutt), de ha elfogadjuk azt, hogy a klinikai rachitist az anyagcsere-rachitis latens stadiuma előzi meg, a gyógykezelésnek már ezen szakban való megkezdését célszerűnek kell tartanunk.

Már javában gyakoroltuk a prophylaxisos P-olajtherapiát — és ezt kórtörténeteinkkel is igazolhatjuk —, a mikor Meyer Curt<sup>10</sup> dolgozata vonta magára figyelmünket. E dolgozatában anyagcsere-kísérletekről referál és egyebek között olyan kéthónapos csecsemőről számol be, ki a kísérlet idejében a legjobb egészség közepette és klinikai rachitis minden jele nélkül a mész és a phosphorsav anyagcserejének a rachitisre jellemző passiv mérlegét mutatta.

Ez esetben az anyagcsere-rachitis néhány héttel a kísérlet befejezése után klinikai rachitissé alakult át. A szerencsés véletlen tehát Meyer C. kezébe latens rachitist esétét jutatta, melynek felderítése erősen támogatja a prophylaxisos rachitis-therapia alapjául szolgáló feltevésünk helyességét.

Meyer e nyomokon haladva, olyan csecsemőket is vizsgáltatott, kiknek anyagcsere-rachitise később el is múlt, a nélkül, hogy az egész megfigyelési idő alatt klinikai jelek csak nyomokban is mutatkoztak volna. Tapasztalta Meyer még azt is — a mit Schabad és Birk vizsgálataiból is tudunk —, hogy a florid rachitis esetében észlelhető kedvezőtlen CaO-mérleg phosphoros csukamájolaj adagolására hamarosan megváltozik. Így a Ca-retentio — mesterséges táplálás dacára — 60%-ra emelkedett, tehát olyan értékre, melynél különbet az egészséges és emlőn táplált csecsemőn sem láthatunk. Mellesleg említem meg, hogy a magnesium volt az egyedüli basis, melynek retentiós értékei Meyer eseteiben — egyetlenegynek kivételével — a rendestől eltérést nem mutattak.

Ha azon már említett körülmény elismerésével, hogy az első két élethónapban klinikai rachitis nem fordul elő, mégis és újból hangoztatom, hogy minden mesterségesen táplált csecsemőt, de különösen azokat, kik csecsemőotthonokban nevelődnek, a 2. hó elejétől a vegyes táplálék kezdetéig prophylaxisos phosphoros csukamájolajkezelésben kell részesíteni, azt nem az angolkór mint csontmegbetegedés kedvéért teszem. Bármennyire kívánatos, hogy a csontképzés ne késék, hogy a csecsemő a kellő időben bizonyos statikai és mozgási funktiókat már végezni tudjon, elvégre az sem szerencsétlenség (a csontképzés nem életfontos functio, mondja Müller Erich), ha a gyermek későbbben kezd ülni, állni és járni, vagy elkésve nőnek a fogai. A mikor tehát magam is elismerem, hogy a csontképzés előrelátható megzavarásáért való aggodalom egymagában nem adhat jogczímet a prophylaxisos P-therapiára, e praeventiv intézkedésnek éle, nézetem szerint jogosultan, az angolkórral oly gyakran kapcsolatos spasmophiliás tünetcsoport ellen irányul.

A spasmophiliát az idegrendszer részéről mutatkozó kóros jelenségek jellemzik. Öröklött familiaris betegségnek tartjuk ezt is és felveszszük, hogy kifejlődéséhez egyéni dispositio szükséges. A spasmophilia a csecsemőkorbán és a kezdeti gyermekkorban életveszélyes megbetegedése, mely veszélyesség dolgában az angolkórral egyáltalán össze sem hasonlítható. A csecsemőkori hirtelen halálesetek javarésze e betegségre vezethető vissza. A spasmophilia kórjelzésében ma már nem támaszkodunk csupán manifest tünetekre, hanem felismerhetjük azt még mielőtt az ismert izgalmi jelenségek: a gégegörcs, a rángógörcs, a kéz és a lábfej tetaniás állása a bajra már a szülőket is figyelmeztetik. A spasmophiliára vonatkozó ismereteink értékes gyarapodását jelenti és alapvetőnek mondható Thiemich és Mann<sup>11</sup> azon felfedezése, melynek értelmében az 5 M.-A.-nél kisebb kathod szakitási rángás csecsemőnél a 3. hó elejétől kezdve már latens spasmophiliára

<sup>10</sup> C. Meyer: Zur Kenntnis des Mineralstoffwechsels bei der Rachitis. Jahrb. f. Kinderh., 1913, 27. köt., 1. füz.

<sup>11</sup> Pfaundler u. Schlossmann: Handbuch der Kinderheilk., II. köt., II. füz., 832. old. Leipzig, Vogel, 1906.

valló pathognostikai érték. A peripheriás idegeknek latens tetaniára jellemző illetén viselkedését nem szabad csak prodromalis jelenségnek tartanunk. Ez már maga a betegség klinice latens formájában rejtett, de kimutatható tünetekkel, melyek a manifest stadium folyamán is változatlanul fennállanak. A peripheriás idegek fokozott galván ingerlékenysége e constitutionális anomáliának a manifest jelenségekkel teljesen egyenértékű tünete.

De nem érjük be ma már a manifest spasmophilia eddig ismert tüneteivel sem. A gégegörcsön, a rángógörcsön és a tetania eseteiben szereplő görcsökön kívül más harántcsikolt, sőt sima izomsejtek görcséről is tudunk.<sup>12</sup> A ciliaris izmok spasmusát írja le *Kunn*, a sphincter és dilatator pupillae-ét *Feer*, *Escherich* és mások, a pharynx, az oesophagus, a sphincter ani görcséről beszél *Ibrahim*. Más szerzők a gyomor és egyéb, a vegetatív idegrendszer által ellátott szervek fokozott ingerlékenységéről és görcséről írnak, mint olyan tünetekről, melyek az eddig ismertekkel teljesen egyenrangúak. *Ibrahim* a vagus-sympathicus-pályán lefolyó szívtetania létezésében hisz; *Curschmann*, *Falta*, *Rüdinger* a vérerek tetaniás görcsállapotáról referál, *Lederer*<sup>13</sup> a bronchusok sima izomsejtjeinek görcse gyanánt bronchotetania névvel új körképet állít fel.

A jövőben tehát majd sokkal több spasmophiliás jelenségre kell majd ügyelnünk, mint a hogy ezt eddig megszoktuk.

A magam részéről a mesterségesen táplált fiatal csecsemők gyorsan növekedő anaemiáját a spasmophilia szempontjából mindig gyanus szemmel néztem és minden ilyen esetben a közeli veszély elhárítására a női tej adagolásának sürgősségét hangoztattam.

A peripheriás vérerek tetaniás görcsállapotára — az *angiospasmusra* — gondolok ezúttal, mely mint hiszem, sokáig állhat fenn és nem tartozik a ritkaságok közé. Ez a pseudoanaemia, mely különben a spasmophiliás rohamnak is kísérője, sokszor már hetekkel előzi meg azt. Az *Ibrahim*-féle szívtetaniát is ezzel kapcsolnám egybe. Két csecsemőt láttam a közelmúltban olyan körülmények között meghalni, hogy másra, mint atypusos spasmophiliára gondolni nem tudtam. Mindkét esetben a csecsemők haláluk napjáig normalisan gyarapodtak, emésztési zavarban pedig sohasem szenvedtek. Az egyik fel is boncoltatott: thymusa nem volt megnagyobbodva. Fontosnak tartom még megemlíteni, hogy e csecsemők kéthónaposak voltak és így olyan korban pusztultak el, melyben fokozott galvaningerlékenység *Thiemich* és *Mann* értelmében még nem fordul elő és a laryngospasmus is a legnagyobb ritkaságok közé tartozik.

Ahhoz, hogy a csecsemőkori hirtelen halálformákat ilyen okokra vezessük vissza, semmiesetre sem kell merészebb fantázia, mint a mennyi a thymushalál felvételéhez. A közvetlen halál-okra gondolok ezúttal és egyáltalában nem szándékom praejudikálni még olyan feltevéseknek sem, melyek a belső secretióknak az angolkór vagy a spasmophilia kóroktanában akár döntő szerepet is juttatnak.

Máris vannak feljegyzések arra nézve, hogy a spasmophilia az első hónapokban a későbbi kortól eltérő formában jelentkezhetik. Így *Rosenstern*<sup>14</sup> 4 esetről számol be, melyekben az első hónapok folyamán jól fejlett csecsemőkön görcsök álltak be a nélkül, hogy szervi megbetegedés vagy infectio mint kiváltó ok szóba jöhetett volna. De a mi több szempontból érdekes, ez esetekben minden egyéb spasmophiliás jelenség hiányzott és csak hetek múlva állott elő a peripheriás idegeknek fokozott galvaningerlékenysége. P-olaj és női tej adagolására azután úgy a görcsök, valamint az *Erb*-féle tünet is megszűnt, jelölül annak, hogy mindkét jelenség egy alapon, a spasmophil diathesis talaján keletkezett. Csupán a tünetek időbeli jelentkezésének sorrendjében mutatkozott eltérés a normalistól. E megfigyelésből elsőbb az követ-

kezik, hogy a spasmophilia már az első élethónapokban is beállhat, de még az is, hogy az idegengerlékenységi tünet hiánya e korban még nem zárja ki görcsös jelenségeknek a spasmophiliához való tartozandóságát.

Ugyanezen szerző<sup>15</sup> azon (különben nem ismeretlen) körülményre is figyelmeztet, hogy a koraszülött és a debilis csecsemőknek spasmophiliára való hajlama még sokkal nagyobb, mint a hogyan eddig hittük. Így 38 csecsemő közül, kik 2500 gr.-nál kisebb testsúlyllyal születtek, az első félév végéig 29 esetben mutatkozott fokozott galvaningerlékenység (K. Sz. R < 5 M.-A.), a mi 96%-os aránynak felel meg, jöllehet e csecsemők születésük óta orvosi megfigyelés alatt állottak és így durvább étrendi hibák nem történtek. De még a csakis női tejjel tápláltak között is 43%-ban jelentkezett a spasmophilia.

Látjuk tehát, hogy a női tej debilitas congenita eseteiben mint a spasmophilia prophylacticuma nem bizonyult megbízhatónak, ellentétben kihordott csecsemőkön tett tapasztalásainkkal, a melyek alapján a női tejet nemcsak a legmegbízhatóbb alimentaris prophylacticumnak kell tartanunk, hanem ha mesterséges táplálás mellett fejlődött a spasmophilia, kifejezett gyógyítóképeségének is. A diathesist megszüntetni azonban mégsem bírja. Recidivák, ha ismét tehen-tejre térünk át, napirenden vannak és így a spasmophilia causalis gyógyszerének nem tarthatjuk.

Hogy miképpen vérteti és védi a női tej a csecsemőt a spasmophilia ellen, arra mai tudásunkkal megfelelni nem tudunk, valamint azon kérdésre sem, hogy a mesterséges táplálás mely utakon mozdítja elő annak kifejlődését. Vannak, kik azt hiszik, hogy a női tej mint diatás prophylacticum hat azáltal, hogy az emésztési és a táplálkozási funkciók normalis lebonyolítására kedvező viszonyokat teremt és így a szervezetet ilyen természetű káros következtől megóvjá. Noha elismerjük e körülmény fontosságát, az adott magyarázattal mégsem érhetjük be. Egyrészt azért, mert szoptatott csecsemők, ha heteken át dyspepsiások is (a mi nem ritkaságszámba menő esemény), rendszerint mégsem válnak spasmophiliássá. Másrészt a mesterségesen tápláltak még azon esetben sem mentesek e bajtól, ha az emésztési funkciókat és a súlynövekedést addig mi sem zavarta.

Hogy szabad-e a spasmophiliát táplálkozási zavarnak tartani, a melyet a tehéntej savója idéz elő, a mint azt *Finkelstein*<sup>16</sup> hiszi, még kérdéses. Kétség egyelőre csak ahhoz nem fér, hogy a spasmophiliás megbetegedés és a táplálkozás között intim az összefüggés. Ezen összefüggésnek finomabb részleteiben való kiderítése még a megoldásra váró feladatok közé tartozik.

Míg kellő védelmet az azonos fajú tejtől függő korban egyesgyedül a női tej nyújt: a mesterséges tápféleségek kivétel nélkül a spasmophilia eshetőségének teszik ki a csecsemőt. Olyannyira, hogy az egyes mesterséges tápféleségeknek az idegrendszerre gyakorolt káros hatásáról beszélhetünk csupán, megengedve különbségeket, melyek, ha az egyik vagy másik tápformát alkalmasabbnak is tüntetik fel, a női tej védőhatása mögött messze elmaradnak. A mesterséges táplálékféleségek közül bizonyos előnnyel bírnak azok, a melyek 1. szolid gyarapodást tesznek lehetővé, 2. a csecsemőt emésztési és táplálkozási zavaroktól megóvják. Mindennek dacára kétségtelen, hogy a fiatal csecsemő idegrendszere túri összes szervei közül legkevésbé a mesterséges táplálást. Bár a test egyéb szervei is kárát vallhatják a mesterséges táplálásnak, mégis ezen „functionalis“ zavaroktól féltjük a csecsemőt leginkább és joggal, mert a csecsemő életét semmi sem fenyegeti annyira közvetlenül, mint éppen ezek.

Tisztában vagyunk tehát azzal, hogy úgy az angolkór, valamint a spasmophilia kóroktanában alimentaris okok nagyon is szerepelnek. Alimentaris eredésű befolyások érvényesülnek,

<sup>12-13</sup> *Lederer*: Über „Bronchotetanie“ (Zeitschr. f. Kinderh., 1913, VII. köt., 1-2. füz.) című dolgozata nyomán.

<sup>14</sup> *Rosenstern*: Über bemerkenswerte Abweichungen in der zeitlichen Folge der spasmophilen Erscheinungen. (Zeitschr. f. Kinderh., 1913, VIII. köt., 2. füz.)

<sup>15</sup> *Rosenstern*: Debilitas congenita u. spasmophile Diathese (Zeitschr. f. Kinderh., 1913, VIII. köt., 2. füz.)

<sup>16</sup> *Finkelstein*: Lehrbuch der Säuglingskrankheiten. Berlin, Kornfeld, 1908.

melyek az anyagcserére mindkét esetben rendbontólag hatnak. De a míg tudjuk, hogy az angolkóros csecsemő háztartását mely ásványi anyagok vesztesége éri, addig a spasmophiliás rendbontás mibenlétét még csak nem is sejtjük.

Semmiesetre sem azonosítható az angolkóros anyagcserezavar a spasmophiliával, a hogyan a phosphoros csukamájolajnak a mézretentióra gyakorolt hatását sem tarthatjuk a spasmophiliát gyógyító tényezőnek.

Ha anyagcserevizsgálások útján eddig nem is sikerült e két tünetcsoportra vagy betegségre közösen jellemző elváltozásokat megállapítani, ha látunk is súlyos angolkórt spasmophilia nélkül és spasmophiliás csecsemőket, a kiken csont-rachitisnek még csak nyoma sem látszik, mégis számos körülmény szól amellett, hogy e két betegség genesisében — valahol — közös momentumoknak kell szerepelniük.

Ilyen közös vonása a két állapotnak a táplálkozástól való függése. *A táplálkozásnak inkább dispositiós, mint genesises a szerepe.* A női tejnek a spasmophilia ellen irányuló praeventív és fennállása esetében gyógyító hatása sokkal kifejezettebb, mint a melyet az angolkórra gyakorolni bír. Ez az oka annak, hogy emlőn vagy allaitement mixte-tel táplált csecsemőkön a spasmophilia mégis csak ritkaság számba menő esemény, holott az angolkórról ezt éppen nem állíthatjuk. Ezt a tapasztalás bizonyítja. *Finkelstein*<sup>17</sup> 474 mesterségesen táplált 3—12 hónapos csecsemő közül 264 esetben állapíthatott meg spasmophiliát az *Erb*-féle tünet alapján. Ezen 55·7%-os részesedéssel szemben a szoptatott gyermekeknek mindössze csak 2 százaléka szerepelt.

Nem tagadhatjuk továbbá, hogy a spasmophilia és a florid rachitis, bár súlyosság dolgában parallelismus közöttük nem áll fenn, a legtöbbször mégis csak egymással szövődve jelentkeznek. E jelenséget azután különbözőképpen értelmezhetjük. *Kassowitz* a spasmophiliát a rachitis részjelenségének, illetve következésének tartja és az angolkór tiszta kórképéhez tartozó nervosus zavarokról beszél. Mások tagadják ezt, csupán parallelismust fogadnak el és azt hiszik, hogy a csont-elváltozások és az ideges jelenségek azért társulnak oly gyakran, mert a mely körülmények az egyiket okozzák, a másik kifejlődését is elősegítik. *Thiemich* szerint a viszony koordinált, de azonos vagy egymáshoz közeli vonatkozásban áll az anyagcserezavar, mely a két bántalmat feltételezi. Exact bizonyítékok híján egyelőre be kell érünk azzal a csecsemőre mindenestre fontosabb tapasztalással, hogy a *P-olaj úgy az angolkór, mint a spasmophilia közös gyógyszere.* És mi bizonyíthatná a kettejük között való szoros összefüggést, melyet *Bókay János*<sup>18</sup> szerint a „spasmophilia pathogenesiséről nyert mai felfogás dacára sem tagadhatunk“ jobban, mint a *P-olaj* mindkét esetben megállapított gyógyító hatása. A mikor rövidesen elmúlnak a spasmophilia latens és manifest tünetei, elmúlik az izzadásra való hajlam, a pókhas, a léptumor, a halvány arcszín és meggyógyul a craniotabes és a többi angolkóros csont. És azt látjuk, hogy még azok a szerzők is, kik az angolkórt és a spasmophiliát egyúvé tartozónak nem tekintik, a therapia fejezetében már csak egységes, közös és specifikus *P-therapiáról* beszélnek. Minthogy pedig a *P-kezelés* causalis therapiának mondható, már ez a körülmény is egyazon vagy közelálló ok létezését sejteti mivelünk.

Ha már most ezen összefüggés mibenlététől mint még tanulmányozandó kérdéstől eltekintünk, a nagyvárosban élő mesterségesen táplált csecsemőket már *elevé is rachitisjelteknek tarthatjuk* és megíjósolhatjuk azt, hogy e csecsemőkön az angolkór — ha fokozati különbségekkel is — előreláthatóan ki fog fejlődni.

Kiindulva azon feltevésből, hogy a manifest rachitist bizonyítatlan tartamú anyagcserezavar előzi meg — és miért ne vegyük fel ugyanezt a spasmophiliáról, mint valószínű anyagcserebetegségről —, *az angolkór és a spasmophilia kezdetét, ezen előkészítő stadiumokat beteszámítva, az eddiginél korábbi*

*időpontra kell helyezni.* Ha ezt elfogadjuk, fel kell vennünk azt is, hogy a spasmophilia készülődő formájában már a 3. hó előtt sem tartozhatik a ritkaságok közé. *Rosenstein* esetei is e mellett szólnak. Az *Erb*-féle tünet már is nem *conditio sine qua non*.

Már említettem, hogy a mesterségesen táplált fiatal csecsemők gyorsan növekedő pseudoanaemiáját spasmophiliás jelenségnek néztem. Nem olyanokat értek ezalatt, a kik már veleszületetten a vérképző szervek hypoplasiája alapján sápadtak, hanem azokat, a kik mesterséges táplálás folyamán — emésztési zavarok nélkül és gyarapodás közepette — néhány hét alatt válnak azzá. Ilyen rövid idő alatt a világhozott vasdepót ki nem ürülhetett, de különben is kísértetiesen fehér csecsemőket láttam a nélkül, hogy a vér haemoglobintartalma lényegesen megváltozott volna, vagy legalább is nem olyan mértékben, mint azt az arcszín velem sejtette. Bőranaemiák ezek a vérnek a belső szervek felé való terelődésével. A magán-gyakorlatban észlelt két ikertestvér esete hívta fel erre először figyelmemet. E testvérek (2320 és 2350 gr. születési súlylyal) két hétig emlőn, majd túros tejjel táplálva jól gyarapodtak. A második hó vége felé mindketten színüket veszítették. Az egyik, ki azon a héten 210 gr.-ot hízott, hirtelen meghalt. Ugyanazon napon a másik testvér, ki napok óta feltűnően halvány, eclampsias rohamokat kap. Állapota válságos. A csecsemő női tej óvatos adagolása és *P-olaj-kezelésre* lassan reparálódik, görcse azóta sohasem volt és viruló gyermek lett belőle.

Az előbbieken kifejtettek és a klinikai megfigyelés érlelte meg bennünk azon elhatározást, hogy csecsemő-otthonunkban túros tejjel táplált csecsemőinket *a 2. hó elejétől kezdődően folytatólagos prophylaxisos phosphoros csukamájolaj-kezelésben részesítsük.* Inkább a spasmophilia és nem a rachitis kedvéért, mely utóbbinak kezelésével elvégre akkor sem késtünk el, ha az már klinikailag is felismerhető. Kezdetben 1/2 milligrammot (0·01 P:100 olei jec. aselli-ből 1 kávéskanálnyi) adunk napjában folytatólagosan *a vegetabilák adagolásáig.* A csecsemők a *P-olajat* akadálytalanul vették még nyáron is. Emésztési zavarokat nem okozott, az étvágyat sem rontotta. A kisebb csecsemők könnyebben szokták meg a *P-olaj* ízét, mert a fiatalabb korban az izdistinctio még nem oly kifejezett, mint később. Parenteralis infectiók, lázas megbetegedés esetében 1—2 hétre elhagytuk és a láz elmúltával újból rendeltük. Mérgőzés-tünetek (icterus, májdaganat) sohasem mutatkoztak.

*A prophylaxisos P-therapiával elért eredmények igazolták feltevésünk helyességét. Azóta craniotabes vagy spasmophiliát osztályunkon kifejlődni nem láttunk.*

Ha tehát sikerül még fiatal csecsemőket is túros tejjel megnövesztetni és meghizlalni, prophylaxisos *P-therapiával* az angolkórt és a spasmophiliát elhárítani, *ez olyan eredmény, melynek jelentőségét gyermekorvos előtt fejtegetni felesleges.* *Heim*-mel tett tapasztalásaink alapján bizvást állíthatom, hogy *az ezen elvekből kiinduló mesterséges táplálásról más eredményeket várhatunk, mint a milyenekhez eddig szokva voltunk.* De csak akkor, ha a táplálást biztos kezek irányítják és az adott irányt engedelmes és értelmes személyek követik.

*A csecsemőknek otthonokba való felvétele nem lesz többé oly kétes értékű vállalkozás, az ilyen otthonok felállítása pedig nemzetgazdasági szempontból igen rentabilis befektetést fog jelenteni.*

Végzem, a mivel kezdtem: a tehéntej mindenkor csak mint másodrangú csecsemőtáplálék jöhet tekintetbe, és teljesen félreért, ki azt hiszi, hogy hiveket akartam szerezni a mesterséges táplálásnak.

A mesterséges táplálást tökéletesítenünk kell azok kedvéért, a kiknek a legszélesebb körben mozgó szoptatási propaganda sem tud női tejet nyújtani. És ki tudná megmondani, hogy ezeknek száma hány ezer?

<sup>17</sup> *Finkelstein*: Lehrbuch, I. rész, 244. o.

<sup>18</sup> Már idézett tankönyv, 525. oldal.

## IRODALOM-SZEMLE.

## Könyvismertetés.

**Szabó József: Gyakorlati fogászat.** Budapest. Universitas könyvkiadó társaság, 1914. Ára 16 K.

Szeretném elkerülni azt a phrasist, hogy Szabó könyve hézagot pótol, de most nem tehetem. Hiszen olyan régen éreztük egy ilyen eredeti magyar könyvnek a hiányát! Felőlel mindent, a mire szükségünk van, de nem téved abba az útvesztőbe (a mi sok szakmunka hibája), a melyekben nem látja az ember a fától az erdőt.

Szabó könyve a „súlyos“ kézikönyv és a — majdnem azt mondtam, hogy — mellényzsebkönyv közt a leghelyesebb középútat tartotta meg.

Hogy előbb a hibáival végezzek, majdnem egyetlen hibájának azt tartom, hogy a könyv kitűnő tartalmát nem osztja be szerzője elég praegnansan. Kimerítően tárgyalja a fogak anatómiáját és fejlődéstanát, pathológiáját és terápiáját, és ezek a részek nincsenek elég hangosan elválasztva egymástól. A tárgyalás menete kitűnő, de ezt a beosztást nélkülözöm. Technikailag is jobban külön kellene ezeknek a részeknek válni, gyakorlati szempontból is célszerű lenne ez a beosztás s úgy hiszem, a könyvnek mint olvasmánynak élvezetes voltát csak fokozná, ha a több mint 400 oldalas munka anyaga jobban volna feldarabolva. Ez azonban elvégre is inkább technikai kifogás. A tudós esetleg találhat a könyvben egyéb gáncsolni valót is, magam, mint egyszerű praktikus, alig. Dicséretet azonban annál többet érdemel Szabó munkája.

Nem is képzeli az, a ki még nem nézte át, hogy mi-csoda óriási munkának a gyümölcse ez a könyv. Hiszen pl. a tartalomjegyzékben valami 12 hasábot foglal el azoknak a szerzőknek a neve, a kiknek dolgozatait Szabó felhasználta, hogy tapasztalataikra hivatkozva, könyvét értékesebbé, az egyes teoriák, therapeutikai eljárások kritikáját alaposabbá tegye. Nehogy azonban megijeszszem ezzel az olvasót! Szabó nem összefoglaló szemlét irt, könyve nem adathalmaz. A sok szerző sok munkája átdolgozásának fáradságából nekünk nem jut. Mi ennek a fáradságnak csak ízes, könnyen emészthető gyümölcsét élvezzük.

A 12 hasábon felsorolt szerző mellett talán kissé túlzó szerénységgel találkozunk Szabó részéről. Szerettem volna, ha a privát praxisában tapasztaltakat többször és hangosabban tette volna szóvá, mint a hogyan valójában teszi. Mert ne felejtjük el, hogy a klinika voltaképpen iskola, a hol sokszor iskola-esetekkel van dolgunk és a hol sokszor sémásan dolgozunk. A klinika igen helyesen csak a legjobbra akar tanítani, de a cél elérése körül néha talán túloz is. Az eszmemenet körülbelül az, hogy minél több klinikai tudással és mondjuk pedantériával indul neki az életnek a fiatal orvos, annál több marad meg a magába szedett jóból, a praxis zátonyai között. Mondjunk erre példát: A klinika azt tanítja, hogy a gyökcsatornát sterilizzük, Szabó pedig bevallja (279. oldal), hogy ezt mai tudásunkkal nem tudjuk biztosan keresztülvinni. A klinika azt tanítja, hogy a fogbelet in toto irtsuk ki, Szabó pedig hozzáteszi, hogy az néha igen sok akadályba ütközik. És itt elérkeztem Szabó könyvének egy igen igen jó tulajdonságához. Egyáltalában nem nagyképszerűsködik, és ezt igen helyesen teszi. Elvégre a fogászat elsősorban gyakorlati tudomány, s mesterének mindenképp felett az a feladata, hogy betegén segítsen, nem pedig az, hogy elméleti tudásával lenyitgőzze.

Szóvá kell még tennem a könyv 538 ábráját. Az nem hibájuk, hogy jórésztük nem eredeti. A fontos az, hogy jók legyenek, ezek pedig igen jók. Az extractiókról felvett eredeti fényképeken kissé derűsen néz ugyan a patiens a műtét elébe, de azért igaza van. Mert a hogy Szabó kezelési eljárását ismerem, magam se néznék nagy aggodalommal a foghúzás elé, tudva azt, hogy Szabó kezében van a fogó.

Marikovszky.

## Lapszemle.

## Belorvostan.

**Chemotherapiás kísérleti eredményeiket** ismertetik Kollé, Hartoch és Schürmann trypanosomiasis eseteiben. Az antimonvegyületek közül azok, melyekben az antimon öt vegyértékkel szerepel, teljesen hatástalanok, míg a három vegyértékű antimonpraeparatumok, s ezek közt elsősorban az antimontrioxyd (trixidin) hatásosak. Az antimontrioxyd úgy az álomkór, mint dourine, nagana-infectio esetében — egéren és tengeri maaczon — néha már egy injectio után is sterilizáló hatást fejtett ki. Nagyobb állatokban az intramuscularisan alkalmazott trixidin hatása kevésbé szembetűnő volt. Az injectio helyén — nyúlón, kutyán, majmon, lovon, emberen — nagyobb infiltratum képződik, mely gyakran elgenyed. Ezen abscedáló folyamat elkerülése semmi módon sem sikerült. Talán a calciumchlorid egyidejű alkalmazása volt e tekintetben még a leghatásosabb. Egészen elkerülhetővé tenni e kellemetlen genyedéses folyamatot az antimon-trioxydnak — physiologiai konyhasóban suspendálva — intravenás injectiójával sikerült. Az eredmények még jobbak voltak akkor, ha az antimontrioxydot finom kolloid-szerű formában alkalmazták. Az oldhatatlan, depotképző és lassan felszívódó antimon-szerek prophylaxisos hatást fejtenek ki; e hatás több hétig eltarthat. Jó hatás érhető el, ha az antimon kenőkéra alakjában alkalmazzuk, vagy organikus oldhatatlan antimonvegyület alakjában, mint a milyen pl. a dimethylphenilpyrazolonantimontrichlorid. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1914, 5. szám.)

Galambos dr.

**A lépkiirtást** a vér különböző megbetegedéseiben javalt-nak tartja Mühsam, ellenben az infectiosus megbetegedések eseteiben megnagyobbodott lép kiirtását (typhus, sepsis) csak igen ritka esetben, a lép spontán rupturája esetében tartja kiviendőnek. Malaria eseteiben a lépkiirtás a betegségre kevésbé hat, nem is indokolt, kivéve azon eseteket, melyekben a lép kocsánycsavarodása vagy sülyedése, vagy a léptok megrepedése szolgál a javalat alapjául. Leukaemia eseteiben a lépkiirtás ellenjavalt. Banti-kór eseteiben korai lépkiirtással elég bizonyossággal számíthatunk teljes gyógyulásra. A betegség harmadik szakában a Talma-műtéttel kombináltan végzett lépkiirtás szintén gyógyulásra vezethet. Épp így gyógyíthatjuk meg az anaemia splenica infantumot lépkiirtással. Haemolysises icterus eseteiben szintén felállítandó a splenektomia indicatiója. Anaemia perniciosa sok esetében érhető el lépkiirtással jelentékeny javulást. Némely esetben biztos hatás nem mutatható ki. Hogy mely esetek alkalmasak a javulásra splenektomia után, mely esetekben marad el a hatás, erre a kérdésre mindeztideig nem válaszolhatunk. (Deutsche med. Wochenschrift, 1914, 8. sz.)

Galambos dr.

## Sebészet.

**A műtét utáni tüdőcomplicatiók prophylaxisáról és therapiájáról** értekezik Technau. A szerző a breslauer klinikán 49 esetet kezelt menthol-eukalyptol-injectiókkal (Menthol 10'0, Eucalyptol albiss. Schimmel 20'0, Ol. dericin. 50'0). Ezen esetek közül 35 megdiagnoskált tüdőszövődmény volt, 14 esetben pedig prophylactice alkalmazta az említett injectiókat. A tüdőcomplicatio a szerző műtétjei közül leggyakoribb volt carcinoma ventriculi műtétje után (11), de előfordult carcinoma oesophagi, linguae, mammae, hasfal-sérvek, strumák, ulcus ventriculi és duodeni után is. A 49 beteg közül 7 halt meg a tüdőmegbetegedésben. Kettőben a bonczolás alkalmával nem találtak már a tüdőben elváltozást, jóllehet klinice kifejezett bronchopneumonia volt jelen. A többi 5 elhalt beteg közül kettőben bronchopneumoniát, kettőben tüdőgangraenát és egyben hypostasisos pneumoniát találtak a bonczolás alkalmával.

Két croupus pneumonia, 5 bronchopneumonia, 1 pleuritis, 24 bronchitis igen magas lázzal és egy beteg bronchiectasiával (bronchitis foetida) meggyógyult ezen kezelés mellett. A prophylactice kezelt 14 beteg közül 10-en

nem állott be tüdőcomplicatio. 4 esetben a prophylactice alkalmazott injectiók daczára beállott bronchitis, mely azonban gyorsan visszafejlődött. Egy esetben látott a szerző kellemetlen tüneteket a vasomotorok részéről egy ideges nőbetegen, az injectiókat azonban itt sem kellett elhagyni. A szerző szerint ezen injectiók különösen alkalmazandók már 1—2 nappal a műtét előtt idős egyéneknek, a hol előreláthatólag a műtét hosszabb időt vesz igénybe.

*Küttner* is saját tapasztalatai alapján igen kedvezően nyilatkozott a menthol-eukalyptol-injectiókról. (Berliner klinische Wochenschrift, 1914, 4. sz.)  
*Ifj. Hahn Dezső dr.*

**Az ileus localis diagnosisáról** értekeznek *Tietze*. Ileus eseteiben legfontosabb klinikai kérdés a bél elzáródásának localdiagnosisa, mert ennek megoldásától függ a teljes therapia. Sőt néha a technika kérdésében döntő fontosságú, mert ileus eseteiben igen gyakran a legcsekélyebb eszközökkel a legnagyobb hatást érhetjük el. A szerző 133 operált esetében azt találta, hogy a *Wahl*-féle törvények nagyjából megbízható tanácsadók az ilyen műtétek alkalmával, azonban gyakran látunk kivételeket is. Egy esetben pl., a melyben majdnem az összes vékonybelek egy retroperitonealis tasakba voltak beszorulva, egy esetben pedig, a hol a vastagbél volvulusa volt jelen, contra legem nagymértékű peristaltika volt látható, a mi a *Wahl*-féle törvénynek klinikai jelentőségét kérdésessé teszi. A szerző azt igyekszik bebizonyítani, hogy a belek peristaltikás viselkedésére épített körjelzés már azért is bizonytalan és nehézségekkel jár, mert ileus eseteiben az egész béltractus igen gyakran nem mutat egyöntetűséget a peristaltikát illetően. Az akadály felett néha a felfújó bélrészeket kívül gyakran kollabált vagy spasmusosan kontrahált bélrészeket is találunk, úgy hogy a belek felfúvódása alapján tájékozódás műtét közben igen gyakran nehézségekbe ütközik. A szerző ileus eseteiben nagy fontosságot tulajdonít a hányásnak és a hányás módjának, és különösen kiemeli, hogy vérhányás ileus eseteiben magasan ülő vékonybélstrangulatióra mutat, ugyanezen tünet azonban epekőileus eseteiben is előfordul. A Röntgen-vizsgálat különösen vastagbél-elzáródás eseteiben szolgál felvilágosítással. (Berliner klin. Wochenschrift, 1914, 4. sz.)  
*Ifj. Hahn Dezső dr.*

#### Ideg- és elmekórtan.

**A liquor cerebrospinalis keringését** tanulmányozta *H. Ahrens* és 30 kutyán végzett vizsgálatai alapján azon véleményét fejezi ki, hogy a liquor cerebrospinalis a plexusban termelődik, az agyvelő felszínére vándorol és onnan részben a test szöveteibe folyik, részben az intraadventiás hézagokon keresztül az agyvelő felszínéről ismét a plexushoz és ependymához tér vissza. A szerző nézete szerint a liquor áramlását a vérkeringés és sejtműködés irányítja. (Zeitschrift für d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, XV. köt., 577. old.)

*Goldberger Márk dr.*

**Epilepsiásokon végzett haematologiai vizsgálatok** közül *A. Gorrieri*. Az epilepsiások leukocytáinak száma az interparoxysmosus időszakban általában nagyobb, mint normalisan, de feltűnő individualis különbségek találhatók. Az epilepsiás roham idejében állandóan többé-kevésbé kifejezett leukocytosis jelentkezik; egyes esetekben már párperczzel a roham előtt is kimutatható, de többnyire csak a roham után áll be. A szerző csaknem minden esetben talált eosinophiliát, mely röviddel a roham előtt és kezdetén kevésbé, a roham után általában erősen kifejezett. Az eosinophil sejtek több-kevesebb elváltozást szenvednek, melyek főképpen a protoplasmát illetik. Az epilepsiások vérnyomása többnyire magasabb, mint a normalisoké, de nagy individualis ingadozásnak van alávetve. Az epilepsiások vérsejtjeinek resistenciája az interparoxysmosus időben rendes, a rohamok idején azonban általában növekszik. A vérserum osmosis nyomása úgy látszik nem változik meg és a roham ideje alatt sem mutatható ki különösebb változás. (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., XV. k., 443. old.)  
*Goldberger Márk dr.*

**Az öröklés módját s a regeneratiót epilepsiás családokban** tanulmányozta *E. Oberholzer*. A szerző egyik epilepsiás betegének családfáját kutatta át és úgy találta, hogy az öröklés mindenkor egynemű volt és több nemzedéken keresztül epilepsián kívül más psychés neurosisos zavar nem fordult elő. A beházasodott szülőknél semminemű manifest betegség nem volt kimutatható, csak egy esetben volt az anyai részről is terhesség. Az epilepsiának legkülönbözőbb formái fordultak elő a családban, a legenyhébbtől a legsúlyosabbig. Enyhébb formákat a fiatalabb nemzedékekben találtak, míg az idősebbekben a görcsös megbetegedések voltak előtérben. Hasonlót észlelt az egyes individuumokon is. A görcsös állapotok tekinthetők az epilepsia legsúlyosabb formájának és legelőbb tűnnek el úgy a nemzedékek sorában, mint az egyeseken. A görcsös állapotot a szédülések és absence-ok követik és utolsó fokban a gyermekkori görcsös állapotok mutatkoznak. Legtovább maradnak meg a psychés megnyilvánulások, melyek még az esetben is fellelhetők, ha különben egyéb zavar nem fordul elő. A spontán gyógyulás és regeneratio tehát, mely időnként az egyes egyéneknek észlelhető, a családokban is felismerhető, tehát a genealogia is a gyógyulási tendenciát igazolja. Hogy az öröklés miképpen történik, nem volt biztosan megállapítható, mert a családban nagy volt a gyerekhálozás. (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., XVI. k., 105. old.)  
*Goldberger Márk dr.*

#### Szülészet és nőorvostan.

**Eugenika és nőgyógyászat.** *J. Veit* tanár ezen a címen tartott előadást a hallei orvosegyesületben. *Hirsch* berlini orvos indította meg az ú. n. eugenikai mozgalmakat ezirányú czikkeivel. Részben ezekre a cikkekre és az ezek nyomán elterjedt nézetekre akar *Veit* tanár felelni. Sok tétel van, a hol az eugenikai alapon felállítható javulatok és a gyakorlati indicatiók találkoznak. A tuberculosis *Veit* szerint, szemben mások véleményével, csak nagyon végső esetekben indicatiója a terhesség megszakításának. *Veit* szerint az asszonyt el kell különíteni, meg kell kísérelni gyógyítását és ápolását és csak ennek sikertelensége után szabad megszakítani a terhességet. Sok esetben megtörténik, hogy klinikákon a terhességet megszakítják s ennek daczára azután az asszonnyal többet nem törődnek. Ilyen esetekben kérdéses a használat a terhesség megszakításának. Ezért *Veit*, ha csak lehet, megkísérel előbb az intézeti kezelést. Ezzel szemben mások sokkal engedékenyebbek, a méhet és ovariumokat kiirtják és egyéb radicalis eljárásokhoz folyamodnak. *Veit* itt megjegyzi, hogy ez az eljárás már annyiból sem közömbös, mivel könnyen akár acut miliaris tuberculosisnak lehet az okozójává. *Hirsch* az eugenikát véve alapul, még ezekkel az indicatiókkal sem elégszik meg, hanem az asszony tuberculosis esetén ezt a nő sterilizálására oknak tekinti. A mi a psychosisokat illeti, itt is különbözőképpen lehet a dolgok felől ítélni, de nincs rá bizonyíték, hogy melyik psychés betegség öröklődik okvetlenül. Ez az egész kérdés különben az öröklés tanával függ össze és ebben leginkább segítségünkre lehet a *Mendel*-féle öröklési theoria, mely szerint különböző súlyos psychés megbetegedések után az utódok egy része a domináló jelenségektől mentes marad, ha talán ezek latens módon meg is maradnak. Az epilepsia, imbecilitás, kretinismus, idősült alkoholismus következményeivel egyaránt így áll a dolog. A mi a fertőző betegségeket illeti, szintén nem tudjuk, mikor áll be a káros utóhatás. Így a gynaekológiában bizonyos fertőző betegségek után súlyos elváltozások jöhetnek létre az ovariumokban. Súlyos puerperalis infectiók után amenorrhoea és ennek következtében a folliculusok részleges elpusztulása szintén hatással lehet a generációkra. Azonban biztos adat arra vonatkozólag, hogy a káros hatás mikor fog bekövetkezni, nincs a kezünkben. Még a syphilis sem kivétel, mert mint *Veit* helyesen mondja, talán minden idősebb orvosnak van személyes tapasztalása, a hol syphilises szülőktől igazi egészséges gyermekek származtak. A rokonok házassága tekintetében oly kevés a tapasztalása,

hogy egyáltalában bajos nyilatkoznia. Ennyit mond általánosságban. A részletezésnél tekintettel arra, hogy az utódok károsodása a szülők megbetegedése és a szülők öröklött dispositiója következtében szokott beállani, de nem áll be szükségszerűleg, a következő két kérdést állítja fel: az eugenikának tisztázni kell a következőket: 1. mely hibákat lehet az öröklésre visszavezetni egyáltalában; 2. mely hibák öröklődnek törvényszerűen az utódokra.

Tekintettel ezen tudományág fiatalására, Veit hangsúlyozza, hogy nagyon veszélyesnek tartaná, ha a dolgok mai állása mellett messzemenő gyakorlati következtetéseket vonnánk le az eugenikából; példának hozza fel a terhelt egyének házassági tilalmát, a mely indítványok alakjában már Németországban is szerepelt (Hegar), azonban keresztülvinni mindenütt bajos. Amerikában vannak államok, a hol az ilyen tilalom fennáll, ennek következménye azután az, hogy ezek a szomszéd államokban kötnek házasságot. Sokkal többet ér Veit szerint, ha az eugenikát a népek erkölcsi érzületébe vésnök be. A népnek felvilágosítása bizonyos veszedelmes bajok öröklése felől a legtöbbit ér és a felvilágosítás többre vezet, mint az amúgy is tökéletesen keresztül nem vihető törvények. Az eugenikának különböző egyéb, részben túlhajtott javasla- taival csak röviden foglalkozik Veit, ezek között mint specificumot említi meg az egyik szerző javaslatát, a ki a hivatalnokokat tekinti különösen derék embereknek és ennek alapján a hivatalnoki kar dotációját akarja emelni és ezáltal őket családszaporításra, az eugenika istápolására bátorítani!

Azután áttér azokra a javaslatokra, a melyeket M. Hirsch komolyan proponált, melyeket azonban Veit határozottan el- lemez. Ilyen az a javaslat, hogy az öröklés útján terhelteket és azok utódait mesterségesen sterilizálni kell. Ezt a kérdést Hirsch könnyen elintézi, pedig egyrészt az emberi szabadságnak határozott megsértése, de meg másrészt oly következményekre vezethetne, a melyek morális szempontból beláthatatlanok. Ugyancsak idetartozik a művi vetelés indi- catioja is. Veit nem akarja tagadni, hogy vannak orvosok, kik tudományos meggyőződésből szakítják meg a terhessé- get már könnyű tüdőcsúcshurut esetében is, azonban szük- ségesnek tartja ezen szempontból is a legmesszebb menő szigorúságot; arról pedig, hogy a tuberculosus *terheltség* legyen javalata a terhesség megszakításának vagy esetleg a művi sterilizációnak, hallani sem akar. Ugyanez a nézete a psychosisokra, az idősült alkoholismusra s más fent említett dolgokra nézve. Manapság a művi vetelés javalatai igen tág alapokra vannak fektetve és már sokszor elhangzott a kíván- ság, hogy csak több orvos közös elhatározása lehet jogos indicatio. Ha azonban valaki komolyan gondol arra, hogy jövőben a fent említett eugenikai indicatiok alapján történjék a sterilisatio vagy a vetelés megindítása, akkor, bár ennek az ideje remélhetőleg még messze van, de már előre is ki kell mondani, hogy ehhez csak hozzáértő hatóság beleegye- zése alapján szabad hozzáfogni. (Deutsche mediz. Wochen- schrift, 1914, 9. sz.)

Scherer Sándor.

### Húgszervi betegségek.

A vese- és hólyaggümőkór első stadiumának gyógyításáról ír Rochet. A londoni nemzetközi orvoscon- gressusnak szánt referatúrájában a szerző részletesen tárgyalja a különféle operatív és nem műtéti gyógyító eljárásokat és igen érdekes tanulmányának a végén a therapia tekintetében a következő feltételeket állítja fel: Ha egy betegről az a be- nyomásunk, hogy az egyoldali vesegümőkór úgynevezett granulomás alakjában szenved, mely sajtos szétesésre nem, hanem inkább gyógyulásra hajlandó, akkor a műtéttől el- állhatunk. Való az, hogy a vesegümőkór ilyen jóindulatú alakjának a létezését eddig nem sikerült bebizonyítani, de ennek ellenkezőjét sem és a klinikai tapasztalatok de facto mel- lette szólnak. Ilyen esetben tehát a műtéttel várni fogunk és a beteget a szokásos belső, hygienés és esetleg specifikus gyógymódokkal fogjuk kezelni. E mellett azonban a beteget folytonosan szigorúan kell ellenőrizni, hogy az operatív sür-

gető symptomákat azonnal felismerjük. Ez utóbbiak közül a nevezetesebbek a pyuria, a beteg vese működéscsökkenése, a legkülönbözőbb complicatiók, úgymint haematuria, hólyag- tünetek, és a láz. Ha ezekből a sajtos szétesés megkezdő- désére következtethetünk, akkor azonnal vágjuk ki a beteg vesét.

Kétoldali vesebetegség esetében természetesen a műtét- ről le kell mondanunk, de a specifikus therapiának tág tér nyílik. Csak abban az esetben határozzuk el magunkat mégis a nephrectomiára, ha az egyik vesében már olyan nagyok a sérülések, hogy azok már a beteg életét veszélyeztetik. Az olyan hólyaggümőkór, mely vesetuberculosis által idézte- tett elő, ez utóbbival együtt gyógyul meg. Ha a hólyagbaj a férfiiivarszervből indult ki, akkor először is ezt kell meggyó- gyítani. Ilyen esetben a gyógyítás a beteg here kikaparásá- ból vagy kimetszéséből, vagy pedig prostataexstirpatióból fog állani. Az elsődleges hólyaggümőkór nagyon ritka beteg- ség; a mennyiben ilyenről van dolgunk, akkor először is az általános gyógyeljárásokkal igyekezzünk azt kedvezően befolyásolni és csak a mikor már vérzés, geny és polakisuria állott be, akkor indítsuk meg a helyi therapiát. (Revue cli- nique d'urologie, 1913, 9. füzet.)

Drucker.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Proctitis eseteiben, a melyekben nem végezhető rend- szeres naponkénti helyi kezelés, Jüngerich jó eredménnyel használja az Athenstaedt és Redeker gyártotta acetonal-kúpo- kat, a melyek 2% alsolt (aluminium aceticum) és 10% ace- ton-chloroform-salicylsavestert tartalmaznak. Hatásuk egyrészt fertőtlenítő és összehúzó, másrészt érzéstelenítő. Naponként 1—2 alkalmazandó. (Berliner klinische Wochenschrift, 1914, 8. szám.)

A tenosin nevű secale-készítményt kedvező eredménnyel próbálták ki a jeni nőbeteg-klinikán. Hatása megegye- zik a secale-kivonatéval; azt, hogy gyorsabban vagy hossza- sabbban hatna, nem tapasztalták. Előnye azonban, hogy állandó összetételű és tartós, továbbá, hogy a mérgező és a vérnyomást csökkentő secale-alkotórészeket nem tartalmazza. Adható 1 gramm adagban intramuscularisan, vagy belsőleg naponként 3-szor 15—20 csepp mennyiségben. (Münchener med. Wochenschrift, 1913, 48. sz.)

Az estoral kedvező hatására orrbajokban hívja fel a figyelmet Walker Wood. A nevezett szer menthol összekötte- tése bórsavval. A menthol — mint ismeretes — már régóta használják orrbajokban; vele szemben előnyben részesítendő az estoral, mert egyrészt hatása sokkal tartósabb, másfelől pedig az érzéstelenítő és antisepsis tulajdonsága is kifeje- zettebb. Befűvés alakjában alkalmazandó, legcélszerűbben egyenlő mennyiségű tejzúccsal elegyítve. (The medical times 1913, decz. 6.)

### Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archivum, 1914, 1. füzet. Rados Endre: Kisé- rleti vizsgálatok a haematogen metastasisok fellépéséről a szemben, különös tekintettel a kísérleti metastatikus ophthalmia szövettanára. Dienes Lajos: Különböző eredetű fehérvék tápértékére vonatkozó kísér- letek. Vámosy Zoltán és Schönfeld Jenő: 1. Kis mennyiségű kénéső meghatározása. 2. A kénéső eloszlása az állati szervezetben mérge- zés esetén.

Gyógyászat, 1914, 11. szám. Vidakovich Kamill: A műtéttel járó veszélyek és káros hatások elkerülésére irányuló törekvések a modern sebészetben. Porosz Mór: A gyermektelen házasságok.

Orvosok lapja, 1914, 12. szám. Hoffmann Jenő: A villamos sová- nyító eljárások alapja és lényege.

Budapesti orvosi ujság, 1914, 12. szám. Neubauer Adolf: Bal- eset és a hallószerv megbetegedése közötti összefüggés. Sándor János: A tüdő bujakóros megbetegedéseiről. „Bőr- és bujakórta” melléklet, 1. szám. Géber János: Újabb szempontok a bőrbetegségek kórtanában, Fischer Aladár: Súlyos status eczematosus visszafejlődése thymuskimet- szés után. Lichtenberg Sándor: A helyi érzéstelenítés alkalmazás módjá- ról a bőrön végzendő beavatkozásokkor.



### Vegyes hírek.

**Hajós Béla** dr. közegészségügyi főfelügyelőnek a király a minis-  
teri tanácsosi címet adományozta.

**Kinevezés.** *Hecht Arnold* dr.-t, Arad város tisztiorvosát tisztelet-  
beli főorvossá, *Reisz Mór* dr. zólyomi járásorvosát tiszteletbeli megyei  
főorvossá, *Cholnoky Ferencz* dr.-t Pécsét vasúti orvossá, *Kiss Antal*  
dr.-t a szolnoki kórházhoz segédorvossá nevezték ki.

**Választás.** *Kapuy Miksa* dr.-t Csepregen körorvossá, *Fodor Fülöp*  
dr.-t Gamáson közsegi orvossá választották.

**Meghalt.** *W. K. Simpson*, a gégészet tanára a newyorki Colum-  
bia-egyetemen. — *Roswell Park*, a sebészet tanára a buffaloi egyetemen.

**Congressus.** A német belorvostani congressuson, a mely április  
20.-ától 23.-áig lesz Wiesbadenben, a következő kérdéseket fogják tár-  
gálni: 1. Az álmatlanság lényege és gyógyítása. Referensek: *Gaupp*  
(Tübingen), *Goldscheider* (Berlin), *Faust* (Würzburg). 2. A belső szervek  
újképleteinek sugárkezelése. Referens: *R. Werner* (Heidelberg). 3. A  
sepsis lényege és gyógyítása. Referens: *Schottmüller* (Hamburg).

**Személyi hírek külföldről.** A német orvostudomány két leg-  
első kutynősege, *Ehrlich* és *Behring*, a napokban töltötte be 60. életévét.  
A német orvosi lapok ez alkalommal ünnepi számokban fejezték ki  
hódolatukat a két nagy tudós iránt. — A düsseldorf-i orvosi akadémián  
a szemészeti klinika igazgatójává *W. Krauss* marburgi rendkívüli tanárt  
nevezték ki. A jelöltek közt volt *Szily Aurél* freiburgi rendkívüli tanár is.

**Hírek külföldről.** A porosz közoktatásügyi miniszter a budget-  
tárgyalások alkalmával kijelentette, hogy a porosz egyetemeken az orosz  
illetőségű egyetemi hallgatók felvétele tekintetében numerus clausus  
állított fel, még pedig a felvehető számot 900-ban állapították meg, a  
különböző egyetemekre elosztva. Berlinben ezidőszert nem vesznek fel  
orosz hallgatót.

**A Budapesten tavasszal megtartandó tisztiorvosi vizsgára**  
való előkészítő tanfolyam április hó 14.-én kezdődik. Bővebb felvilágo-  
sítást ad *Kaiser Károly* dr. (IX., Gyáli-út 7.)

**A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat** e hó 30.-án d. u. 6 óra-  
kor tartja évi közgyűlést a Budapesti Kir. Orvosegyesület házában.

**A mesterséges léghemmel-kezelés tanulmányozására** 1912-ben  
*Forlamini* és *Saugman* tanárok elnökelete alatt alakult egyesület nem-  
sokára külön lapot fog kiadni tagjai részére francia nyelven, melyben  
azonban német és angol referatumok is helyet foglalhatnak. Az egye-  
sület magyarországi képviselőjéül az elnökség *Okolicsányi-Kuthy Dezső*  
dr. egyetemi magántanárt kérte fel.

**Kisebbségi hírek az orvostudomány köréből.** A *cholerás coma*  
hasonlósága a diabéteses comához már régebben ismeretes. Ennek alap-  
ján *Rosenthal* berlini orvos, a kinek a balkáni háború idején volt alkalmá  
*cholerás* betegekkel foglalkozni, felveszi, hogy a *cholerás* comának az  
oka az esetek egy részében savmérgezésben keresendő. Az ezen  
alapon adott alkális infúziók kedvező hatásának bizonyultak. (Ber-  
liner klin. Wochenschrift, 1914, 8. szám.) — A *korai felkelést mütetek*  
után *Hofmann* nem tartja egészen veszélytelennek, mert az operatív  
shock, a vérvesztés és a narcosis a szívizomzatot megkárosította s így  
szívcollapsus lehet a korai felkelés következménye. Az embolia veszé-  
lyének elkerülésére — éppen ezen célból ajánlották főleg a korai fel-  
kelést — lehetőleg korán végzendők mozgások az ágyban, továbbá  
módszeres mély belégzést folytasson a beteg és csökkentse a vér  
alvadékpességét. (Berliner klin. Wochenschrift, 1914, 8. szám.) —  
*Epilepsia* néhány súlyos esetében *Gordon* epilepsziás beteg liquor cerebri-  
spinalisának bőr alá fecskendezésével nagyon kedvező eredményt ért el.  
3 cm<sup>3</sup>-t fecskendezett be 4—5 napos időközökben többször. (New York  
med. Journ., 1914, jan. 17.) — Azon antagonizmus alapján, a mely a  
calcium meg a jód és brom között fennáll, *Frey* tanár (Marburg) a jód  
és brom okozta gyuladást megelőzésére a calcium jodatum és  
bromatum használatát ajánlja, annyival is inkább, mert a calcium-  
nak gyuladáscellenes tulajdonságai is vannak. (Medizinische Klinik, 1914,  
9. szám.)

**A budapesti orvosi kör országos segélyegylete pénztárába**  
alapítványt: Hüttl Hümér 800, id. Glass Izor 20, Katona József 20, Fő-  
városi rendőrorvosok Rákosi Béla nevére 213, Erreth Lajos Pécs 50,  
Vámossy Zoltán 20, Munk Adolf 20, Stauber Hugó, Mágocs 20, Borsod-  
vármegyei orvos-gyógyszerész-egylet 75, ifj. Murányi Károly, Jászáro-  
k-szállás 50, Mann Jakab, Szeged 100, Farkas Benő, Komárom 100, Mayer  
Árpád 20, Hugonny Vilma 50, Imrédy Béla 100, Lóvy Jakab, Mohács  
300 koronát. — Adományt: Steiner József, Kalocsa 10, Orvosi Casino  
Pester Lloyd útján 60, Boytha József, Budapest 20, R. B. Navratil-  
plakett megváltása 5, Homicsko Vladimir, Trencsén 20, Rosenberg Jenő  
6 koronát. — Szász József, Tenner Vilmos, Wertner Mór, Szmik Gyula,  
Tessányi Pál, Bruñauer Ambró, Kaczander József, Welvert Adolf,  
Márkus Gyula, Kunitzer Sándor, Horváth Leó, Bagarus András, Kápol-  
nay Kálmán, Szepesi Zsigmond, Friedler Ernő, Ósmann Mór, Steiner  
József, Berger József, Huszár Gyula, Gonda Péter, Ostatea Valér, Ola-  
riu Valér, Budai Mór, Vass Sándor, Székely Dezső, Schwarz Adolf,  
Schmidt Imre, Schilling Árpád, Fáy Aladár, Kollár Lajos, Révész Zsig-  
mond, Kádár Antal, Szilágyi János, Koreim Adolf, Kern János, Török  
Vilmos, Mandl Miksa, Korom Lajos, Graszl József, Breznay Ernő,  
Köszter József, Kappel Izidor, Pechán László, Serhádi Mór, Kulpin  
Dániel, Seitz Vilmos, Szilágyi György, Turócziarmegyei orvosi fiók-  
szövetség, Davida Miklós, Kellner Mór, Barabás Arnold, Ajtós Imre,

Bókay Árpád, Antal Illés, Blum Róbert, Bonyhárd Mór, Boytha József,  
Braun Sándor, Brückler Antal, Eisler Miksa, Feleki Sándor, Flesch  
Nándor, Fuchs Sándor, Fuchs Dávid, ifj. Glass Izor, Goldstein Adolf  
4—4 korona tagdíjat befizettek.

Katona József dr., pénztáros.

Lapunk mai számához a *Farbenfabriken vorm. Friedrich Bayer*  
& Co., *Leverkusen bei Köln a. Rh.* „Istizin-Tabletten“ című prospectusa  
van csatolva.

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

Mai számunkhoz *C. F. Boehringer & Soehne* cég „Diplosal“  
készítményeinek prospectusa van csatolva.

### Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

#### Diaetás osztály

szukorbajosoknak, anyagcserebete-  
geknek. Hízaló és soványító kúrák.  
Belgyógyászati osztály vezetője: **Dr. Dolesekó János**, főorvos.

#### Dr. Batizfalvy-féle sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon.

Bel-, ideg- és női betegek csa-  
ládiás otthona. Vízgyógyimód,  
villamos kezelések. Hízaló,  
soványító kúrák. Bejáróknak is.

Vezető főorvos: **Dr. Ullrich Gyula**.

#### Bőrgyógyító és kozmetikai intézet

**Dr. Justus J.**, körhazai főorvos,  
IV., Ferencz József-rakpart 26.

#### Dr. Doctor

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

#### Diagnostikai laboratórium

**Dr. Székely Imre és Dr. Szilas Jenő** orvo-  
sok. Erzsébet-körút 22, földsz. Tel. 34—97.

#### Dr. Grünwald sanatoriuma

Budapest, Városligeti-fasor 13—15.

Felvétetnek férfi- és nőbetegek  
nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülőnők. A betegnek  
kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratórium.

#### DR. REICH MIKLÓS Budapesti ZANDER-gyógyintézete

**Dr. ZANDER G.** eredeti készülékének teljes sorozatával és rokon physikalís  
gyógyeszközökkel tökéletesen felszerelt intézet.

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

#### Epileptikus betegek intézete

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

#### Dr. Szontágh Miklós gyógyintézete

Ujtátrafűred

Egész éven át  
nyitva. — Lakás,  
ellátás, orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10 koronától kezdve.

#### Dr. GÁMÁN BÉLA

diaetás orvosi intézete

■■■■ VOLOSCA-ABBAZIA. ■■■■

#### Tátra-Széplak

magaslatti gyógyhely 1010 m., vízgyógyinté-  
zet, sanatorium ideg- és Basedow-betegek ré-  
szére, egész éven át nyitva. Hízaló-  
kúrák. Vezető orvos dr. Guhr Mihály. Tüdőbetegek nem vétetnek fel.

#### Dr. GARA GÉZA, Meran.

Sanatorium.  
Ujonnan átalakítva.  
Prospectus.

#### Dr. Weltmann

Pöstyén. (Amália-udvar, Királyisor 8.)  
A Szt. Lukács-fürdő éveken át v. orvosa.

A köszvény-, csú- és neuralgiás (ischias) bántalmak szakorvosa.

#### Therapia sanatorium r.-t.

Budapest, VII., Városligeti fasor 11.

Bennlakó és bejáró belbetegek ré-  
szére. Diagnostica. Therapia. Mindennemű ojtásos kezelések. Hízaló és soványító kúrák. Nagy  
vízgyógyintézet. Laboratórium. Röntgen. Vezető orvosok: *Rajnik Pál* dr. és *Kovács Aladár* dr.

#### Orvosi laboratórium

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

#### Kopits Jenő dr.

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

#### D<sup>R</sup>. Réh

Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz.

Az összes elektrotherapiál eljárások: D'Arsonvalisatio, dia-  
thermia, vill. soványítás stb. *Almatlanság, neurosok, neural-*  
*= giák, arthritisek, tabes dors. arteriosklerosis* stb. ellen. =

#### Orvosi laboratórium:

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

#### Az orvosi dajkavizsgáló-intézetben

(Sziv-u. 28. sz.  
Telefon 93—22.)

**Dr. Neumann M.** vezetésével — a dajkák állandó orvosi vizsgálat és  
felügyelet alatt tartatnak. Az intézet minden egyes dajkán  
az eredeti Wassermann-féle vérvizsgálatot végezi.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM:** Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya (II., III., IV. és V. szakülés január 31.-én, február 7.-én, 14.-én és 28.-án) 244. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya (II. ülés 1913 márczius 11.-én) 245. l.

### Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(II. szakülés 1914 január hó 31.-én.)

**Mátyás Jenő** előadása: Állat- és embercsontok közötti különbségek.

(III. szakülés 1914 február hó 7.-én.)

Elnök: Klumák Adolf.

Jegyző: Konrádi Dániel.

**I. Kenyeres Balázs:** A gonosztevők titkos értekezésének módjai. Az előadó ismertetve a titkos értekezésnek különböző eszközeit, részletesen foglalkozik azokkal az írásos vagy az íráshoz hasonló más módon, ú. m. rajzolás, karcolás, vésés stb. útján előállított közlésekkel, a melyeknek írása csak vérbe áztatás, melegítés vagy más módon végzett előidézés után lesz láthatóvá. Ismerteti a leghíresebb úgynevezett sympathetikus tintáknak, a híres *Wiedemann*-féle tintának, a különböző fémsó-oldatoknak tökéletlenségeit. Vizsgálatai közben ezekkel egyenértékű, sőt ezeknél sok tekintetben még tökéletesebb anyagokat talált és pedig közkezen forgó, illetve könnyen megszereshető olyan anyagokat, a melyek írása az előidézés előtt teljesen láthatatlan. Ilyen anyag pl. a szappanoldat, a szappanrúd és a kámforszesz. Írásuk a legtöbb papírfajtán egyáltalában nem tűnik fel s ha egyik-másikon nyomai némileg meg is látszanak, ezek lesimítás, összegyűrés által teljesen eltüntethetők. Az előidézés egyszerűen vízbe mártással, illetve vízben áztatással történik s az írás a legtöbb papírfajtán nagyon szembetűnő lesz. Hasonló anyagok — a melyek írása azonban melegítés útján (vasalóval, kályhára helyezéssel, égő gyufa alátartásával) idézendő elő — a citromlé, almale, timsóoldat és még egy csomó más anyag. Az előadó a közkezen forgó anyagok közül nagy tömeget vizsgált végig titkos írás készítésére való használhatóságuk és írásuk előidézésének módja szempontjából, ú. m. az emberi testnek különböző váladékait (hígított vért, nyálat, vizeletet), különböző ételneműeket (gyümölcsnedveket), a háztartásban használt anyagokat (lúgot, stearint, keményítőt stb.) s azt találta, hogy ezek nagy része írások készítésére alkalmas s előidézésük is egyszerű eszközökkel, ú. m. vízbemártás, melegítés, leporozás útján könnyen végezhető. A némelyek ajánlotta festőeljárásokat a hatóságok — minthogy az okmányt elronthatják — nem használhatják; károsíthatja az okmányt a nedvesítés és melegítés is s ezeket kerülni kell annyival is inkább, mert rendelkezésre állanak az előidézésre kiméletes eljárások is; ilyen a beporozás. Erre az ajánlott graphit-pornál sokkal jobbnak bizonyult a minium-por, a mely úgyszólván minden anyaggal adott eredményt.

Egészen kiméletes, de sajnos, eredményt nem mindig adó eljárás a fényképezés, a melylyel még borítékba zárt levelek tartalmának megismerése is lehetséges, még akkor is, ha a borítéknak színes bélése van.

Minthogy titkos írásnak hordozója nemcsak papír, hanem más anyag is lehet (fehérnemű, fakanál, cipőtalp, fémtárgyak), ajánlatos, hogy a fogházból semmit ki és oda semmit be ne ereszszenek. A leveleket csak másolatban szabadna továbbítani, az eredetieket az úgy irataihoz csatolva.

**II. Purjesz Béla:** A szív-ritmiákról.

(IV. szakülés 1914 február 14.-én.)

Elnök: Davida Leo.

Jegyző: Konrádi Dániel.

**Pósta Sándor:** Új rendszerű prothesis a mandibula resectiója után. (Betegbemutatással.)

Az eddig ismert prothesisek ismertetése után részletesen szól saját új rendszerük előnyeiről, a mely a csonkokat helyükön tartja, alkalmas arra, hogy a beteg a műtét után hamarosan tudjon rágni és beszélni, a tisztántartása nehézséget nem okoz.

(V. szakülés 1914 február 28.-án.)

Elnök: Tompa János.

Jegyző: Konrádi Dániel.

**I. Fugulyán Katalin:** Műteti teljes irideremia esete. Mult év december 22.-én 36 éves nőbeteg jelentkezett az ambulancián, bal szemén másodlagos glaukomával, mely 8 hónappal azelőtt lefolyt iritis következtében beállott pupilla-elzáródás után keletkezett. A szemnek fényérzése nem volt, tensio T + 2. Műtétet ajánlottunk, azonban a beteg nem egyezett bele azonnal a műtétbe. Mintegy 3 heti pilocarpinozás után szeme még mindig fájdalmas volt, keménysége nem engedett, a miért azután felvételre jelentkezett.

Január 13.-án *Imre* tanár iridectomiát készült végezni, azonban az iris megfogásakor az iris a szemben levő oldalon egyszerre kezdett leválni a gyökéről. A műtő ezt azonnal észrevette, de a műtétet abbahagyni nem akarta és így lassú húzás közben az egész irist egy darabban kihúzta.

A műtétnek ez a váratlan eredménye egyáltalán nem tekinthető műteti balesetnek, a mennyiben ezt a műtétet a szakirodalomban ajánlották már abszolút glaukoma ellen és *Imre* tanár maga is látott ilyen műtét után igen jó eredményt.

A szem a műtét után elég hamar meggyógyult, tensiója csökkent, némi ingadozással. A műtét után 8 nappal a tensio 44 mm. volt. Jelenleg a tensio normalis. A szemben az irisgyök szálai jól látszanak a leszakadás helyén, a lencse-szél, a zonula Zinni szintén. A lencse elülső felszínén kicsiny, barna vérrög és finom pontszerű homályok vannak. A pupilla sorvadt, szűk erekkel, excavatio nincs. Külsőleg feltűnő, hogy a beteg ép szeme kék, az operált szeme koromfekete.

Hozzászól: *Imre* tanár.

**II. Imre József** bemutatásai: 1. **Sympathizáló szem meggyógyult esete.** Hályogműtét után, mely (a beteg fékezhetetlen magaviselete, a lencse kiugrása s nagy iris-előesés miatt üvegtesztesztesség után) lappangó irido-cyclitissel s előbb  $\frac{6}{36}$ -ot látva, teljes pupilla-elzáródással végződött, 2 hónap múlva a másik szem sympathiás irido-cyclitisbe esett, teljesen megvakult, kemény lett. Az előbb operált szem iridectomia után  $\frac{6}{50}$  látással távozott s közben a vak és kemény sympathizált szem trepanálásra meglágyult. Az előadó szerint ez az eset nemcsak azt példázta, hogy a sympathiás lob kitérése után a sérült szemet, ha fényérzete van, nem szabad eltávolítani, hanem kórtani tekintetben is érdekes, mert a lobos változások az irisre és a sugártestre szorítottak, kisfokúak voltak s mégis sympathiás lobot okoztak. Ezért volna jó az operált s rendellenesen gyógyuló szemeket sokáig tartani megfigyelés alatt.

2. **Orbita-sérülés utáni haláleset.** Idősebb férfi bal szemét tehén szarva ütötte meg; az ínhártyán nagy repedés, a szem összeesett, kissé előrenyomott; sem fejfájás, sem agyjelenség két hétig nem jelentkezik. A második hét végén felvételi magát, a klinikán láztalan; lobellenes eljárás; 12 nap múlva fejfájás, láz, émelygés, nagy gyengeség, 3 nap múlva kábultság, jobboldali hemiplegia s a 4. napon halál.

Bonczolás: a bal orbita-fedél 1 cm. átmérőjű helyen áttörve, darabjai a koponyaüregbe állanak; a homloklebeny kéregállományában hüvelykujj hegyét befogadó, süppedt, lágyult fészek; a koponyaalapon sok friss vér a scala mediában, a mi az arteria cerebrin ülő borsónyi aneurysma megrepedéséből származik. A szemgödör sérülése tehát lefolyt volna a csontfedél törése és az agyvelő zúzódása ellenére, a nélkül, hogy az okozott súlyos bonyodalmakat gyanítani lehetett volna, ha a vele össze nem függő aneurysma halált nem okoz. Röviden rámutat az előadó az eset esetleges törvényszerű vonatkozásaira is.

III. Makara Lajos: A radius környéki felének egy év előtt hulla-nyaggal történt pótlása. Az egy év előtt operált beteget azért mutatom be ma, mert most már az elért eredmény állandóságát illetőleg több bizalmunk lehet, mintha közvetlen a sebgyógyulás után mutattuk volna a beteget.

Az akkor 24 éves férfibeteget 1912 november 28.-án vettük föl a klinikára. Előadása szerint betegsége 2 év előtt támadt, a mikor létráról bal tenyerére esett. A sérülés után alkarja megdagadt, miért is a betegsegítő egyesületben rendszeres kezelésben részesült két hétig. A fájdalom és dagadt-ság azonban nem mult el, sőt lassanként fokozódott, úgy hogy a felvételkor dolgozni már nem tudott.

A bal radius környéki harmada — a mint az a Röntgen-képen is látható — ökölnyire meg volt dagadva. A daganat csontkemény, nyomásra fájdalmas. A daganat helyén az alkar kerülete 35 cm., míg az ép oldalon e magasságban 19 cm., tehát 16 cm. különbség mutatkozott. A kéztő-mozgások a fájdalmak miatt korlátoztak, a kéz nyomóereje gyenge, a kar izomzata is megfogyott.

A diagnosis daganat, ostitis gummosa és chronikus osteomyelitis közt ingadozott, miért is a beteget 3 hónapig észlelés és kezelés alatt tartottuk, mielőtt a műtétet fogantatosítottuk. A beteg állapota azonban az észlelés ideje alatt nemcsak nem javult, de rosszabbodott, dacára a Wassermann-reactio positiv volta miatt fogantatosított 8 heti jodkalikúrának.

Végre is az eredménytelen kezelés, sőt fokozatos rosszabbodás a daganat gyanuját erősítvén meg, műtetre határoztuk el magunkat. A radius pótlását friss baleseti anyaggal terveztük.

A műtét 1913 február 18.-án történt. Ekkor akadt egy szíven szúrt, 26 éves, egészséges egyén, kitől 18 órával a halál után a megfelelő rendszabályok mellett kivételt a radius, mely Ringer-oldatban 0<sup>o</sup> mellett 26 óráig állott a műtétig. Radialis hosszmetészből a radiust a megvastagodás fölött 2 cm.-rel vésővel átmetszettük, s alsó végét a lágyrészek lehető kimélése mellett kiszeltük. A megmaradt rész velő-üregét gömbfúróval kitégítettük, hogy a pótlásra szolgáló radius megfelelően kihegyezett vége összeilleszthető legyen. Beillesztés után a csont felett az izomzatot és a fasciát catguttal egyesítjük, azután a bőrsébet bevarrjuk s a végtagot gipszsinre helyezzük.

A beteg bal keze ugyan sokkal gyengébb, mint a jobb, de jól használhatja; az ízület mozgásai minden irányban megvannak, a mozgások szabadok és fájdalomtalanok. A Röntgen-kép mutatja, hogy egy év múlva a beültetett csont alig változott; csak a karcnyujtvány körül mutatkozik némi rarificatio. Az összecsapolás most is látható, ott callusburjánzás nincs, de azért a csontgyógyulás szilárd.

Manap már az irodalomban bővíben találkozunk a csapolások mindenik fajtájával. Sikerre annál nagyobb a kilátás, minél bizonyosabb az asepsis és ha jó ágyat kap a beültetett csont, vagyis lágyrészekkel vastagon és bőven borítjuk.

IV. Genersich Gusztáv: 3 különböző fejlődési rendellenességben szenvedő gyermeket mutat be.

Hozzászól: Szabó Dénes.

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

(II. ülés 1913 márczius 11.-én).

Elnök: Irsay Arthur.

Jegyző: Lipscher Sándor.

1. Donogány Zakariás: A heveny tonsillitis gyógykezeléséről.

2. Navratil Dezső: Sinus frontalis-empyema Killian szerint műtött esete.

A bemutatott esetben régi empyemás folyamat állott fenn jobboldalt, időlegesen el-eldugult a szűk, szondával csak nehezen átjárható ductus és innen magyarázható, hogy az üregben a geny pangott, a mi a sinus frontalis alsó csontos falát lassan elpusztította a nélkül, hogy kifelé áttört volna. E folyamat első látásra inkább elgenyedt mucokele képét mutatta, de műtét közben kitént, hogy idősült sinus frontalis-

empyemával van dolgunk, a melynek igen szűk ductusában a nyálkahártya billentyűszerűen zárt. A kozmetikai eredmény is igen kielégítő. Nem kellett utólag paraffinnal korigálni a műtét területét, a mit annak tudok be, hogy iparkodtam a lehetőséghez képest igen széles csontléczet meghagyni. Oly esetekben, a mikor esetleg erősebb behorpadás jön létre és a sinus hátulsó csontos fala a műtétkor nincs igen elvékonyodva, szóba jöhet a paraffin-technika; ha azonban a hátulsó fal igen vékony, ajánlatosabb zsírt implantálni. A bemutatott esetben, épp úgy mint előbbi eseteimben, a sinus frontalis-empyema gyökeres műtétét helyi érzéstelenítésben végeztem. Mindenesetre kellemesebb így operálni, mivel lassan dolgozhatunk és több időt szentelhetünk a kozmetikának. Mivel ez az eset is, mint az előzők, nő volt, a Killian-féle metészt alkalmaztam a bőrön. Ha azonban nem igen erősen szőrözött szemöldökű férfiú kerülne hasonló panaszokkal hozzám műtetre, nem tudom, hogy nem mellőzném-e a szokott Killian-metészt és nem végezném-e inkább egy kardvágást utánzó metészből a műtétet.

Láng Kornél: Az eset lehetett mucokele vagy chronikus periostitis, de nem volt tiszta empyema.

Navratil Dezső: Nyálka-tömlőre állította fel előbb a diagnosit, de a műtétkor kiderült, hogy empyema. A ductusban ventilhez hasonló volt a nyálkahártya, ez elzárta a levezetést és a geny usurálta a sinus alsó falát.

3. Navratil Dezső: A nyak beretvával elmetszése után támadt teljes gégeporcz-elhalás miatt készített műgége.

A bemutatott nőbeteg két év előtt öngyilkossági szándékból beretvával elvágta a nyakát. A hosszantartó genyedés folytán beállott gégeporcz-elhalás és nagyfokú gégeszűkület miatt később légszómetszést végeztek az első számú sebészeti klinikán. A beteg két hónap előtt felkereste a klinikát azzal a kéréssel, hogy módot nyujtanának neki ahhoz, hogy beszédét visszanyerje. A megejtett laryngofissio alkalmával kitént, hogy a cartilago thyreoidae colliquatio necrosis folytán teljesen tönkrement és így porcz-, esetleges csontlemez-plasztikával sem érhetünk célzt, mivel nincs támaszték. Miután Mikulicz-féle lapis-kenőccsel impraegnált tamponokkal sikerült a Wolff-féle beszéd-canule részére megfelelő vajúlatot készítenünk a gége helyén és a tracheotomia nyílását egy centimeterrel följebb helyeztük: a beszéd-gégét elhelyezhettük. A beteg a beszéd-részlet alkalmazása nélkül sokkal jobban beszél. Ezen sajtyszerű tényt már több esetben észlelték, a mikor gégerák műtete után Wolff-féle műgégét voltak kénytelenek alkalmazni.

Láng Kornél: A beteg nem phonál, hanem csak sutfog a száj képletei segítségével.

4. Polyák Lajos: Intranasalis dacryocystostomiával operált esetek.

A bemutatott eljárása abból áll, hogy fel nem hasított könycsatornácskák mellett a szondázatlan ductus nasolacrymalist megnyitja a középső orrjárat bemenetében már ismeretett műtétmódja szerint és innen az általa szerkesztett csont-csípőfogók és más műszerek segítségével hatol fel a könyzacskóig, eltávolítja ennek nasalis falát és széles összeköttetésbe hozza az orrüreggel.

I. eset: 37 éves nő, 20 éve szenved baloldali könytömlőgenyedésben, mely szondázásra nem javult. Kocsis főorvos utalta át, mielőtt saccus-kiirtást végezne. Műtét február 15.-én. Utána még 2 napig megvolt a könnyezés, de azóta teljesen megszűnt, nyomásra geny már nem ürül. Orrfuvásra levegő már a műtét előtt is jött a szembe.

II. eset: 17 éves. A bal oldalon Grósz tanár saccus-kiirtást végzett 3 hét előtt és a jobb oldal rendbehözására intranasalis műtét végett hozzám utalta. Előzőleg szondázták. Műtét két nap előtt, márczius 9.-én. A könnyezés a műtét után azonnal megszűnt.

A végleges eredményt természetesen csak 1—2 év múlva lehet megítélni.

Markbreiter Irén: Kérde, hogy élőben kivihető volna-e egy műtét, melyet hullákon sikerült végrehajtaniok Gyergyai kartárral Kolozsvárott. T. i. a könycsatornán igen vékony, éles lándzsával átdöfve a saccus belső falát és vele együtt a könycsontot, az orrból kis stanza

segítségével a lándzsa körül a könycsontból egy kerek darabkát kivettek, így állítva helyre a köny lefolyását. Kérde, hogy előben gördülne-e ez elé akadály?

**Láng Kornél:** Látott néhány műtet, a mely azonban nem olyan egyszerű, mint a hogyan az előadó ismertette. A tájékozás sem könnyű. A ductus nasolacrimalis alsó nyílását nehéz megtalálni, mert változik a helyzete. Néha meg nehéz áttörni a csontot. Az eljárás még sok correctióra szorul. De nagy jövőre jogosít.

**Paunz Márk:** Örömmel üdvözlö az új eljárást, mely hivatva lesz az eddigi eljárásokat — a könytömlő kiirtását kívülről és a *Totti*-féle műtetet — sok esetben pótolni. Főként nőknél fontos, hogy oly eljárást alkalmazzunk, mely után külső heg nem marad. Mindenesetre kívánatos azonban az operált esetek nagyobb sorozata és hosszabb észlelési idő, míg végleges ítéletet mondhatunk.

**Polyák Lajos:** A kívülről való betörés alkalmával a rostasejtek megnyílnak, míg endonasalis úton könnyebben elkerülhetők. Nem nagy baj ugyan, ha megnyílnak, de a tájékozódást megnehezítik. Részletesen akkor fogja közölni eljárását, ha 50–100 esete lesz és ezek is már hosszabb idő óta állottak észlelés alatt. Most csak előlegesen közölte eljárását a prioritás megóvása czéljából.

## PÁLYÁZATOK.

166., 167/1914.

A vezetésem alatt álló győri közkórháznál két segédorvosi állás 1914 április hó 15.-ére lemondás folytán meg fog üresedni, miért is azokra pályázatot hirdetek.

Az állások mintegy 1200–1200 korona évi fizetés, ételmezés, szabad lakás, fűtés és világítás élvezetével vannak egybekötve. Kérvények *Szodfridt József* Győr vármegye és Győr szab. kir. város főispánjához czímezve 1914 április hó 10.-éig hozzám adandók be.

Győr, 1914 márczius hó 17.-én.

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

213/914. sz.

Békés vármegye közkórházának elmebeteg-osztályán egy segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás évi 1200 K fizetés, 400 K osztálypótlék, lakás, fűtés, világítással és I. oszt. teljes ellátás.

Pályázni szándékozók felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos *Kéry Gyula* úrhoz, Békés vármegye főispánjához intézve, alulírott közkórház igazgatójához 1914. évi márczius hó 24.-éig küldjék be.

Gyula, 1914 márczius 8.

*Békés vármegye közkórházának igazgatója.*

944/1914.

Szabolcs vármegye ligetaljai járásában elhalálozás folytán megüresedett nyiracsádi körorvosi állásra pályázatot nyitok.

A körorvos évi törzsfizetése 1600 korona, fuvarátalány 600 korona, lakbér 400 korona és a szabályrendeletileg megállapított gyógykezelési díjak. Az elhalt körorvosnak 1000 korona helyi pótléka is volt, melyet az új körorvos is kérhet s azt minden valószínűség szerint meg is kapja.

A körorvosválasztást a kör székhelyén, mely egyúttal járási székhely is, Nyiracsádon, a folyó évi április hó 14.-én délelőtt 10 órakor fogom megtartani.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1908:XXXVIII. t.-cz. 7.§-ában előírt képesítésüket igazoló bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi április hó 10.-éig délután 4 óráig adják be.

A később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Nyiracsád, 1914 márczius hó 11.

*Somlyódy, főszolgabíró.*

289/1914. ált. szám.

A vezetésem alatt álló közkórháznál lemondás folytán megüresedett egy alorvosi és két segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az alorvos javadalmazása 2000 korona, lakás, fűtés és ételmezés. A kinevezés két évre szól, de meghosszabbítható; magánygyakorlat csak annyiban van a városban megengedve, a mennyiben az a szolgálattal összeegyeztethető. Orvosi gyakorlatra utasított és nő pályázók figyelembe nem jöhetnek.

A segédorvosok javadalmazása egyenkint 1200 korona, lakás, fűtés, ételmezés; a kinevezés két évre szól. Más pályázók hiányában orvosi gyakorlatra utasított orvosok is kinevezhetők. Magánygyakorlat nincs megengedve.

A folyamodványok méltóságos *Makfalvay Géza* úrhoz, Somogyvármegye főispánjához intézendők és a kórház-igazgatóságnál nyújtandók be márczius hó 23.-áig.

Kaposvár, 1914 márczius 3.

*Szigethi-Gyula Sándor dr., igazgató-főorvos.*

236/1914. szám.

A nagyági m. kir. bányaműgazgatóság *Ferencz József* altárhoz bányaosztályánál, Felsőcsertés állomással, a X. fizetési osztály 3. fokozatába sorozott évi 1600 korona fizetéssel, az 1904. évi I. és 1906. évi IX t.-cz. értelmében fizetés természetével bíró évi 400 korona személyi pótlékkal, természetben adott lakással, vagy ennek hiányában a törvényszerű lakpénzzel, 54 köbméter tűzfajárandósággal, vagy ennek mindenkor megállapított megváltási árával, évi 231 korona utazási általánnyal javadalmazott, házi gyógyszerértartási kötelezettséggel egybekötött és 1914 november 1.-én elfoglalandó bányorvosi állásra czennel pályázatot hirdetek.

Felhívom azokat az orvostudorokat, kik ez állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott folyamodványaikat előjáró hatóságuk, vagy ha állami szolgálatban nem állanak, azon törvényhatóság főispánja (Budapesten a polgármester) útján, melynek területén laknak, folyó 1914. évi április hó 11.-éig a m. kir. pénzügyministeriumhoz czímezve, alulírott bányagazgatósághoz nyújtsák be. Későbbben beérkező folyamodványok nem vétetnek tekintetbe.

Folyamodók kötelesek okmányokkal igazolni, illetőleg mindazon kellékeket kitüntetni, a melyek a kiírt állásra megköveteltettek, nevezetesen:

1. családi és utónevüket, honosságukat, születési helyüket és életkorukat, vallásukat és családi állapotukat;
2. megszakítás nélküli előéletüket (curriculum vitae);
3. nyelv- és szakismereteiket, netalán klinikai vagy kórházi szolgálataikat;
4. erkölcsi magaviseletüket;
5. hogy katonai kötelezettségüknek miképpen feleltek meg;
6. hogy oly egészségi állapotban vannak, miszerint a szolgálattal egybekötött kötelesek teljesítésére képesek.

A kinevezés, ha az illető még nem állami alkalmazott, egy év tartamára ideiglenesen történik, s a véglegesítés csak egy évi próbaszolgálat után következik be, feltéve, hogy az illető a szolgálat teljesítésével járó köteleseknek minden tekintetben megfelel.

Nagyágón, 1914. évi február 23.

*M. kir. bányaműgazgatóság.*

**Végbélbántalmak ellen és azok elkerülésére legalkalmasabb az eredeti Prof. Lenhossék-féle**

**ANICURE - fecskendő**

Kapható kizárólag:

**Fischer Péter és Tsa R.-T.-nál** Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 6. szám. Telefon 9-58.

Most megjelent **Betegápolási Értesítőnk**et kívánatra ingyen és bérmentve.



→→→ ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL. ←←←

Vesebajoknál, húgyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál a **Bór és Lithion tartalmu gyógyforrás**

**SALVATOR**

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikerrel használtatik.

Hugyhajtó hatásu.

Könnyen emészthető.

Állandó összetételü.

Kellemes izü.

Teljesen tiszta.

Vasmentes.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

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

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

**SCHULTES ÁGOST Szinyelipóczi Salvator-forrás Vállalat, Budapest, V. Rudolf-rakpart 8.**

# 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 KÖZLESEK.

**Stiller Bertalan:** Az asthenia. 247. lap.

**Ország Oszkár:** Közlés a budapesti kir. magy. tud.-egy. III. számú belklinikájáról (igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyetemi tanár) és az Erzsébet királyné-sanatorium (igazgató-főorvos: Scharl Pál dr.) férfiosztályáról. A tudósypilis diagnostikájának és gyógyításának néhány kérdéséről. 250. lap.

**Epstein László:** A tengerentúli kivándorlás elmeorvostani szempontból. 254. lap.

**Deutsch Ernő:** Közlemény az „Ingyentej-egyesület” rendelő intézetéből. A hyperrolról. 259. lap.

**Tangl Ferencz:** Udránszky László. 260. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvtismertetés. Karl Blümel:** Die ambulante Therapie der Lungentuberkulose. — Új könyvek. — *Lapszemle. Belorvostan. Salomon:* A diabetes mellitus

juvenilisnek innocens formái. — *Sebészet. Preiser:* A pylorus ellátása ulcus duodeni eseteiben. — *Ideg- és elmekórtan. Strümpell és Handmann:* A pseudosklerosis tana. — *E. Frey:* Calcium a jod- és bromkúrák mellékhatásai ellen. — *Venerás betegségek. S. Gross:* Ulcus vulvae acutum. — *Húgyszervi betegségek. H. Wischer:* Intravenás arthigoninjekciók. — *Orr-, torok- és gégebajok. Rhese:* A rhinitis sicca postoperativa, valamint a rhinogen postoperatiós agyvelőszövődmények elkerülése. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Ebious:* Makacs fekélyek. — *Neubauer:* Oxyuriasis. — *Jansen:* Apyron. 262–263. lap.

*Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság.* 263. lap.

*Vegyes hírek.* 264. lap.

*Tudományos társulatok.* 265–267. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Az asthenia.

Irta: *Stiller Bertalan* tanár.

Az 1907. évben megjelent művem az astheniáról ezen körképnek nemcsak egész keretét, egyes vonásait és más betegségekhez való viszonyát, hanem egyszersmind fejlődéstörténetét is tárgyalja. Jó része polemiás jellegű; mert az új tant nemcsak a régi uralkodó nézetekkel szemben kellett lábraállítani, hanem azon nagy ellenzékkel is harcot kellett vívni, mely az astheniának már előző irataimban kifejtett csírát heves, sőt néha gúnyos támadásokkal illette, úgy hogy művem tanomnak létéért való küzdelmét is ábrázolja. Ezen körülmények miatt könyvem egyes fejezetei bizonyos terjengősséget nyertek, mely a tárgy átnézését sok olvasónak megnehezítí, kénytelenek lévén a tan velejét hüvelyéből kihámozni. Vajmi kevés gyakorló orvos van, a kinek ideje és hajlama volna ilyen bizonyára érdekes szellemi munkára vállalkozni. Több oldalról felszólítottak tehát, hogy a kartársak számára mai álláspontomról a tárgynak jól körülírt képét adjam, a mely nekik biztos és kényelmes útmutatásul szolgáljon. Ez a következő sorok feladata. Nagy meglepéssel állíthatom, hogy az asthenia tana közben még legszivósabb ellenfeleim körében is nagy hódításokat tett s már jelentékeny irodalmat szült, mely a terjedelmes tárgyat több pontban tisztázta és bővítette.

Az asthenia nem valami kórtani ritkaság, nem is elméleti conceptio; ellenkezőleg nagyon is gyakorlati értéke van, mert az orvos lépten-nyomon találkozik vele mindennapi gyakorlatában. Csakhogy azelőtt az eseteket az egyes tünetek kidomborodása és színezete szerint a legkülönbébb diagnostikai rovatokba sorozták. Szerepeltek mint ideges dyspepsia, gyomortágulat, fekély, gyomorhurut, mint *Reichmann*-féle betegség, habitualis székrekedés, mint vándorvese, gastroptosis, neurasthenia, hypochondria, epekő, méhbaj, anaemia, szívgyöngeség, cor juvenile, mint lappangó rák és végül mint teljes egészség is. Hiányzott a fonal, mely a minden irányban széjjelszórt

láncszemeket összefűzné, hiányzott a fogalom, mely keretébe ölelhette a majdnem hihetetlenül szerte ágazó körjelzési ítéleteket. Ezt a fonalat és ezt a fogalmat az asthenia képviseli. Azon betegségek közé tartozik, melyek veleszületett és öröklött hajlamosságon fejlődnek. Ezen dispositio vagy diathesis alapja pedig egy sajátos testalkat vagy constitutio, a mely az elődöktől átszármazott tulajdonképpeni örökséget képviseli; a belőle fejlődő betegség nem teszi directe az átöröklés tárgyát, mert az csak az élet folyamán nő ki külső okok befolyása alatt a világrahozott kedvező talajból. Ez adja a hajlamosságot bizonyos betegségekre; minél nagyobb ezen dispositio, vagyis minél kifejezettebb a specialis alkati szervezet, annál kevesebb külső segítő tényezőre van szükség, hogy betegség fejlődjék. Ha az illető constitutio a neki megfelelő hajlamosságával hiányzik, akkor a legerősebb külső okok sem bírják a betegséget előidézni. Drastice fejezi ezt ki *Martius* következő mondása: „Egy fiatal leány, a ki mentes minden sápkóros hajlamtól, a legnagyobb nyomorultabb viszonyok közt élve, vérszegénységbe, kimerültségbe, tudóveszbe eshetik, akár inanitióban éhen is halhat, de sápkóros sohasem lesz.” Ezzel a dispositio sajátlagos voltára utal, a mely a specifikus szervezettől függ. Így történik, hogy egy és ugyanazon okbéli tényező, az alkat minősége szerint, igen különböző betegségeket termelhet. Ugyanaz a lelki trauma egyiken neurastheniát, másikon hysteriát, harmadikon Basedow-kórt, negyedikén diabetest, ötödiken elmekórt szülhet.

Már most valamennyi alkat közt, mely kóros hajlamosságot involvál, az astheniás szervezet messzire kimagaslik. Nemcsak leggyakrabban fordul elő, hanem a legegységesebb dispositiók talaja, a mennyiben nem csupán egy, hanem számos fontos betegségnek a forrása. Ezen szervezetben továbbá a világrahozott anomaliák nemcsak egy szervezetre vagy egy functióra szorítkoznak, hanem a testnek majdnem valamennyi részében megnyilvánulnak; és ezen rendellenességek, mint a kóros alkat egyes elemei, egyszersmind oly fokban vannak kiderítve és tisztázva, mint semmi egyéb diathesisben. Hozzájárul még azon eléggé nem értékelhető

körülmény, hogy az astheniás szervezet már külsőleg is egy sajátlagos *habitus* által árulja el magát, mely annyira szembe-ötöl, hogy a gyakorlott szemlélő már a felöltözött egyé- nen is első pillanatra felismeri. Végre nyomatékosan kieme- lendő, hogy ezen *habitus* egyes vonásai többnyire már a gyermekek, sőt a csecsemők is ki vannak fejezve, úgy hogy nemcsak ennek kórtani jövője vagy prognosisa áll tisztán előttünk, hanem a gyógyítás legértékesebb része, a legkorábbi prophylaxis is lehetővé válik. Mindezt egyéb kóros alkatokon hiába fogjuk keresni.

Az astheniás szervezetnek uralkodó jellege és bélyege: annak minden részeiben nyilvánuló gyöngédsége, petyhüdt- sége, atoniája. Ez már a csontvázban mutatkozik; gerendá- zata vékony, inkább nőies, a test nagysága többnyire a kö- zépen alul van; az arc a koponyához képest kicsiny, a mi az arczsontok, különösen az alsó állkapocs véznaságának következménye. Különösen jellemző a mellkasnak szűk, lapos és hosszú alakulása; a felső és alsó aperturája keskeny; a bordák oldalt és hátul meredeken futnak felfelé, a felhasi szöglet szűk, a bordaközök szélesek, a kulcs- és lapoczsont a sekély mellkas színvonalára fölé áll ki. Mindezen vonások a thorax paralyticus hű képét adják. Különösen kiemelendő ezen mellkason egy általam megállapított stigma, mely az astheniásoknak mintegy családi bélyege: a costa decima fluctuans, vagyis a rendesen odarögzített tizedik bordaporcz- nak világrahozott kisebb-nagyobb hiánya, minek folytán an- nak vége szabadon tapintható, még pedig annál tompábbnak, minél nagyobb a hiány. Igen kifejezett esetekben a kilencze- dik borda vége is tapintható, de mindig kisebb fokban, mint a tizedik. A bordaövek astheniás lazulása lazulása ritka esetekben még abban is nyilvánulhat, hogy a 12. borda az egyik oldalon egészen hiányzik. A szabad 10. borda ott mutatja leginkább stigmás jelentőségét, a hol a mellkas atoniás alakzata nem nagyon kifejezett; ily esetekben a bordajel maga elégséges arra, hogy az egyént, már a gyermeket, még a csecsemőt is, astheniásnak bélyegezze. Sőt a 10. bordaporcz hiányának fokából többnyire az astheniás szervezet kifejlődési fokára is lehet következtetni. A csontvázban még más vonások is fel- tűnnek, különösen a női medenczén, a mely többnyire szűk — épp úgy, mint a fanszeglet — és a rendes ágyéki lordo- sis ellapulása folytán nem dül eléggé hátra, hanem inkább egyenesen lefelé irányul, miáltal a szeméremrés előre tolul és láthatóvá válik. Az általános alkati atonia természetesen a lágy részeken még erősebben jut kifejezésre. A halvány bőr vékony, az egész izomzat, valamint a zsírpárna silány és petyhüdt, minélfogva az egész test gyöngéd és satnya benyomást tesz.

Az eddigiekben az astheniások külső megjelenését rajzol- tuk; ez azonban csak a tulajdonképpeni belső szervezetnek mutatója és kifejezése. Mindkettőt különben élesen szétvá- lasztani nem lehet. A constitutio vázlatában mindenekelőtt kiemelendő, hogy a belső szervek sima izmai is résztvesznek az általános atoniában; a gyomor, bél, epehólyag és méh izomzata épp úgy, mint a test összes kötőszöveti és ruga- nyos rostjai. A tüdők, a mellkas keskenysége daczára, a ren- desnél terjedelmesebbek, mert a thorax nagyobb, hosszúsága túlkompensálja a szűk voltát; a tüdőszövet épp úgy, mint a beléző és hörgő-izmok petyhüdtek. A szív nem csu- pán atoniás, hanem fejlődésében visszamaradt, a Röntgen- képen jellemző a szív kicsiny, vékony alakja (*Groedel*); a mellett mélyebben és függőlegesen áll a rekesz mélyebb hely- zete folytán (cseppszív). A vérerek vékonyak, szűkek és puhák; a pulsus tehát kicsiny és könnyen elnyomható. A vérkészítő szervek működése hiányos, a mi a csaknem állandó anaemiában nyilvánul meg. A vesék functionális gyöngeséget mutatnak, a Röntgen-képen kicsinyek és véznák, mint maga az astheniás test (*Alexander*). A méh sok esetben infantilis, a petefészkek többnyire kicsinyek, ritkábban túlnagyok. Az asthenia továbbá mind a központi, mind a vegetatív ideg- rendszerben működési gyöngeségben jut kifejezésre. Végre a klinikai jelenségek nyomán fel kell tenni, hogy a mellek- vesék is functionális gyöngeségben szenvednek; erre az

ingerlő hormonját nélkülöző sympathicus astheniája, valamint az érrendszer tonusának hiánya vall.

A szóbanforgó szervezet azonkívül külső és belső stig- máknak, vagyis fejlődési eltéréseknek egész sorát mutatja, melyek az elfajulás bélyegét nyomják reá. Már az említett vonások közt van számos olyan, mely tulajdonképpen ide- tartozik: a bordajel, a mellkas és medencze alakbeli eltéré- sei, a méh, a petefészkek és a szív hypoplasiája. Ezekon kívül előfordulnak különféle anomáliák a koponyán, a csígyolyákon és a bordákon. A belső szervekben pedig még több fejlő- dési rendellenesség található: lebenyes máj, vese és lép, patkóvese, a vékonybél rövidebb volta, egyes bélrészek me- senteriumának, a féregnyulványnak és méhkürtöknek abnormis hosszúsága, veleszületett mitralis szűkület, kryptorchismus és sok más. Mindezen eltérések arról tanuskodnak, hogy az asthe- niás alkat degeneratív fejlődésnek a szüleménye.

A ki a kóros állapotok és folyamatok természetét ismeri, az nem szorol annak hangsúlyozására, hogy a felsorolt külső és belső bonczolás- és élettani eltérések nem fordulnak elő mind és mindig együtt az illető egyénben. Egyik-másik vagy több is hiányozhatik, vagy kifejlődésében tökéletlen. Vannak ese- tek, a hol a *habitus* vonásai oly kevéssé domborodnak ki, hogy még a tapasztalt orvos is habozik, vajjon astheniával van-e dolga vagy sem. Tapasztalatom szerint állíthatom, hogy a *habitus* kialakulási foka a legtöbb esetben arányban áll a kóros szervezet kifejléttségével, vagyis annak dispositionális erejével; sőt ezen viszony már a *habitus* egyes részleteire nézve is érvényesül némileg, különösen pedig a bordajelre nézve.

Ezen alaki hibáktól és működési gyarlóságoktól hem- zsegő testalkat talaján fejlődik mindenekelőtt a tulajdonképpeni *morbus asthenicus*, még pedig többnyire az élet virágkorában. Ezen betegségnek fővonásai: az enteroptosis, az ideges dyspepsia, egy sajátlagos neurasthenia és az előidéző okok- kal szemben aránytalanul nagyfokú táplálkozási zavarok.

Nézzük az *enteroptosist*. Egy szerző nem kevesebbet, mint 36 különféle oktani magyarázatot gyűjtött össze az iro- dalomból ezen eltérés kiderítésére; a vélemények eme mód- nélküli zavarának az asthenia tana egyszersmindenkorra véget vetett. A ptosisok keletkezése egyszerűen az összes szövetek petyhüdttségéből folyik. Az astheniás egyénben ugyanis mind- ama tényezők károsultak, melyek a has zsigereit de norma helyzetükben tartják. Nemcsak a szalagok lazultak, sőt néha rendellenes hosszúságúak, hanem az egész gyomor-bélcsatorna falazata elvesztette tonusát, miáltal a szervek lefelé süllyed- nek. Ennek következtében növekszik egymásközi megterhel- tetésük, a le és előre irányuló hydrostatikai nyomás gyarapodik és nem találja a szükséges ellennyomást az eler- nyedt hasfalban. Ezen kedvezőtlen viszonyokat még az is fokozza, hogy az atoniás tüdő nem gyakorolja a rendes hatalmas aspiratiót a hasüreg tartalmára, nem húzza fel mint- egy a rekesz boltozatába, a mint az erős mellkasú és tüdejű egyéneken történik.

Ezen általános viszonyokhoz a vese és gyomor részéről még külön tényezők járulnak; amazon a capsula adiposa zsírtalansága, továbbá a májnak inspiratorius nyomása (a miért is a nephroptosis legtöbbször csak jobboldali), és végre a vesefülkék sekély és meredek volta. Ezen utóbbi mozzanatot *Wolkow* és *Delitzin* a vándorveséről szóló monumentalis mű- vükben a nephroptosis sarkalatos okának nyilvánították, holott a vesefülkék ezen alakja nem egyéb, mint az astheniás test- alkatnak egyik résztenete. A gastroptosis keletkezésének fő megindítója pedig az atoniás gyomornak tartalma által való fokozatos lefelé irányuló vongalódása. Minden egyéb azelőtt legfontosabbnak tartott ok: fűző, szorító ruhák, magas czipősarok stb. csak csekély jelentőségű segédok, mely a dispositio hiányában teljesen hatástalan. Különben megjegyzendő, hogy az itt tárgyalt szervezeti enteroptosison kívül van egy sokkal ritkább, tisztán mechanikai eredetű is, a mely erős alkatú és jól táplált nőknél is ismételt szülések után jöhet létre a hasfal túlságos nyújtása, vagyis a valódi lógó has kifejlődése révén.

Leggyakoribb ptosis a vándorvese, különösen nőkben, és a gastroptosis, a mely férfiakon is majdnem épp oly gyakori és rendszeren a colon transversum sülyedését vonja maga után. A vékonybél ptosisa megint inkább nőkben fordul elő és az alhas elődomborodásán ismerhető fel. A máj lesülyedése ritka, még ritkább a lépé. Ide tartozik még a méh, hüvely és végbél előesése, valamint az uterus dülése és hajlása. A szövetek általános petyhüdttségének következményei a zsigersülyedéseken kívül az atoniás scoliosis, a lúdtalp, a gyűjtőerek tágulása, különösen a varicocele és az aranyeres csomók, a sérvképződés és az egyenes hasizmok diastasisa. Ezen bántalmak némelyike voltaképpen még a ptosis keretébe sorozandó. Sőt a mellkas ptosisos alakja is részben a szalagok és izmok elernyedésének szüleménye, noha sarkalatos tényezője a csontváz eredeti alakulásában rejlik.

Eddigélé azt hitték, hogy a ptosisosoknak annyira szembeötlő ideges, emésztési és táplálkozási zavarai egyenesen a zsigerek sülyedésének rovására esnek. Maga *Glenard* is, az enteroptosis tanának érdemdús megalapítója, ezen véleménynek hódolt. De a szorgos megfigyelés helyesebb útra terel bennünket. Látunk számos fiatal astheniást, a kina ptosisnak még nyoma sincs és a ki mindazáltal már a dyspepsiás és ideges tünetek egész raját mutatja. Viszont az egészében kifejlődött kórkép mellett a számos és súlyos zavarnak időnként oly tökéletes megszűnését észleljük, hogy az illetők teljesen egészséges egyének benyomását teszik, noha a szervek sülyedése miben sem változott. Végre látunk számos beteget, a kik szenvedésekkel telt évtizedek után előrehaladt korukban bajaiktól megszabadulnak, sőt oly táplálkozási állapotra tesznek szert, melyre egész életükön át hiába törekedtek; és mindez megint a nélkül, hogy a sülyedt szervek rendes helyzetbe jöttek volna. Ezen tapasztalatok megdönthetetlen bizonyítékot szolgáltatnak az eddig uralgott nézet ellenében. De még egyéb meggyőző érvekkel is rendelkezünk. A valódi lógó has, a mely legerősebb alkatú nőkn is előfordul, oly nagyfokú sülyedéseket mutat, a milyeneket astheniásokon nem észlelünk és melyek még oly szerveket is illetnek, mint a májat és lépét, melyek a mi betegeinkben csak igen ritkán mozdulnak helyükből; ugyanis lógó has eseteiben a hasfalak elernyedése oly fokot érhet el, mely asthenia eseteiben sohasem észlelhető. És mindazáltal teljességgel hiányzik az astheniás dyspepsia és idegesség kórképe. Ugyanaz áll a nagy scrotalis sérvéről, a hol a zsigerek teljes eventrátiója állhat elő a nélkül, hogy az enteroptosist jellegző zavarok mutatkoznának. Mindez tisztán bizonyítja, hogy nem a szervek sülyedése okozza az astheniások bántalmait, hanem főleg neuropathiás szervezetük. Különben ugyanerre az eredményre jutottak újabban a nőorvosok is a méh helyzetváltozásaira nézve, melyek szintén a szervezeti ptosisok keretébe tartoznak. Mindazonáltal helytelen volna a ptosisokat egészen közömbös állapotnak tartani; csak hogy kóros befolyásuk teljesen háttérbe szorul a szervezeti idegkórral szemben.

Az enteroptosis mellett egyik sarkalatos vonása az astheniának a dyspepsia. Legalább 20.000-nyi esetre rúgó beteganyag alapján meggyőződtem, hogy ez az előtérbe nyomuló dyspepsiás kórkép nem egyéb, mint az, a melyet eddigélé *ideges dyspepsiának* nevezünk és fogtunk fel. Meggyőződtem ugyanis, hogy mindezen ideges dyspepsiásokon majdnem mindig megvan az astheniás testalkat a bordajelével együtt, megvannak a belső constitutio sajátosságai, megvan a hasi szervek sülyedése. Ezen ideges, functionalis dyspepsiát, mely a gyakorlatban előforduló gyomorbajos eseteknek mintegy  $\frac{3}{4}$  részét képviseli, *Beard* több évtizeddel *Leube* előtt írta le; és igen érdekes, hogy amaz amerikai orvos már akkoriban astheniás dyspepsiának nevezte el, a mikor az asthenia mai fogalma még meg sem fogamzott; kétségkívül azért, mert leginkább gyengéd alkatú, vézna egyéneken találta.

Ez a dyspepsia nem csupán számtalan érzési zavarban nyilvánul, melyek a betegeknek leginkább előtérbe nyomuló panaszait teszik, hanem különféle mozgási és elvá-

lasztási eltérésekben is. A motoros téren legelől áll a gyomor atoniája, melynek physicalis jele a locsogás, alaki kifejezése pedig többnyire a gastroptosis. Ezen atonia leginkább a corpust illeti és abban nyilvánul, hogy a gyomor falzata nem alkalmazkodik szorosán tartalma térfogatához, hogy rendes concentrikus összehúzódása (peristole) hiányos. Ez még nem motoros elégtelenség, vagyis még nem a gyomor kihajtó erejének gyengülése. Ez ugyanis csak akkor áll be, ha az atonia oly nagyfokú lett, hogy az izomerős portio pylorica, a gyomor tulajdonképpeni motora is megérzi azt és szintén petyhüdtté válik; csak ekkor áll be az igazi mozgási elégtelenség.

Végre a gyomor secretiós működése is meg van zavarva, még pedig szintén jellemző módon. Míg ugyanis a szerves gyomorbajok mindegyike az ő sajátlagos eltérését mutatja — a gastritis, a rák a sósav hiányát vagy csökkenését, a gyomormirigyek sorvadása az achyliát, a fekély a savtermelés fokozódását —, addig ideges dyspepsia eseteiben ezen eltérések mindegyike előfordulhat, csak hogy a túlsavanyúság határozottan a leggyakoribb. De ezen nagy változékonyság még nem meríti ki a secretiós képet; mert nemcsak a különböző esetekben látunk különböző savértékeket, hanem néha ugyanazon egyénben gyorsan beálló kiválasztási változásokat, vagyis heterochyliát. Sőt még ezzel sem végeztünk; a mennyiben még egy gyökeresebb eltérést észlelünk, midőn ugyanis az ételk törvényes ingere nélkül néha tömördek mennyiségű gyomornedv választatik el (hypersecretio). A secretiós ezen rendkívüli változatossága épp oly jellemző az astheniára nézve, mint a mindegyikét megillető kiválasztási eltérés a szerves betegségekre nézve. A különbséget könnyen meg lehet magyarázni. A szerves bajokban ugyanis a helybeli bántalom directe hat a gyomormirigyekre, a rák, gyuladás és aglandulia eseteiben egyenesen pusztítólag, fekély esetén izgatólag, úgy hogy minden egyes betegség az ő sajátlagos secretióját szüli. Másképpen áll a dolog asthenia eseteiben, a hol a mirigyek működése kizárólag ideges befolyások alatt áll, melyek az egyik esetben ingerlőleg, a másikkban gátlólag hatnak, míg egy harmadikban nagy ingatagság folytán heterochylia, végre állandó ingerállapot útján hypersecretio támad. Ezen kiválasztási viszonyok, melyek a sympathicustól függenek, képmásukat találják az astheniásoknak a központi idegrendszerből folyó hangulatában, a mely az egyikken nyomott, a másikon izgatott, a harmadikon mindkettő közt néha gyors tempóban ingadozik.

A mondottakból kiderül, hogy az enteroptosisnak és ideges dyspepsiának az ő természetszerű és törvényes kórtani helyüket jelöltük ki az asthenia keretében és hogy ezentúl a vándorvesét, a gastroptosist és ideges dyspepsiát nem szabad többé önálló betegségnek tekintenünk. Ugyanaz áll a motoros elégtelenségről, az achyliáról, a hyperaciditásról és hypersecretióról, melyek a tankönyvekben külön fejezetekben mint önálló kórképek tárgyaltnak.

A gyomortünetek kapcsán említsük meg röviden a belét. Ez is részt vesz az általános atoniában, minek következménye az asthenia eseteiben majdnem állandó székrekedés. De az atonia kétségkívül nem meríti ki az obstipatio okait; kétségtelen, hogy azon szövevényes idegmechanismus, a mely a rendes székelést eredményezi, szintén meg van zavarva. Némely szerzővel ellentétben én nem hiszem, hogy a vastagbél görcse oly állandó lehet, hogy habitualis székszorulást idézhetne elő; a spasmosus obstipatio csak időnként szakasztja meg az atoniás eredetű bélrenyheséget. Megemlítendő e helyütt a beleknek egy sajátlagos betegsége, a mely majdnem csak astheniásokon fordul elő, t. i. a colica mucosa vel membranacea, a hol fájdalmas görcsök közt nagy mennyiségű nyálka ürül ki a többnyire kemény székkal, gomoly- vagy csövalakban. Ezen betegséget a legtöbb megfigyelő kiválasztási bélneurosisnak fogja fel.

(Folytatása következik.)

Közlés a budapesti kir. m. tud.-egyetem III. sz. belklinikájáról (igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyetemi tanár) és az Erzsébet királyné-sanatorium (igazgató-főorvos: Scharl Pál dr.) férfi-osztályáról.

### A tüdősyphilis diagnostikájának és gyógyításának néhány kérdéséről.\*

Irta: Ország Oszkár dr., osztályos főorvos.

Bár a syphilis rendkívül elterjedt betegség és a Wassermann-féle reactio számos oly bántalomnak (aortitis, aneurysma aortae stb.) lueses természetét mutatta ki, melynek eredete azelőtt ismeretlen volt, mégis aránylag ritkán történik a tüdő ily betegségének felismerése. Ennek okát nagyrészt abban kell látni, hogy a tüdőtuberculosis teljesen hasonló tüneteket okoz, aránytalanul gyakoribb és elterjedtebb betegség, minek folytán a diagnosis megállapításakor rendszerint elsősorban reá gondolunk. Másrészt gyakran nemcsak a klinikán, hanem sokszor a bonczolóasztalon sem rendelkezünk oly módszerrel, a mely a két betegség megkülönböztetését határozottan lehetségessé tenné. A kórbonczoló gyakran kénytelen mikroszkoppal megállapítani a differentialis diagnosist, sőt vannak esetek, melyekben a mikroskopi vizsgálat sem dönti el azt. Természetesen azokban az esetekben, melyekben a Koch-féle bacillus kimutatható, könnyebb a lues kizárása, nem tévesztendő azonban szem elől, hogy vannak esetek, melyekben a kétféle betegség együttesen fordul elő. Ezek az okai annak, hogy a tüdő syphilisének aránylag kevés esete válik ismeretessé. A syphilidologusok, a kik érdeklődéssel kísérik a syphilis minden nyilvánulását, s betegek észlelése közben contactusban állanak a belgyógyászsal, csak kevés esetet ismernek. Így Schwimmer három beteget észlelt, Róna csak egyet. Róna nézete szerint élőben igen ritkán lehet a betegséget körjelezni, még oly esetben is, ha a tüdőben nagyobb elváltozások vannak jelen. Marfan hangsúlyozza, hogy egyetlenegy absolut biztos kriteriuma sincs e betegségnek, diagnosis csak valószínűségi diagnosis. Döntőnek tekinti a tuberculosis-bacillus hiányát a köpetben, a többi szervben a syphilis tüneteit és főleg azt, ha az antilueses kúra jó eredményűnek mutatkozik. Ez utóbbi körülmény fontosságát különösen Dieulafoy is hangsúlyozza. A tüdősyphilis körjelzése azonban aránylag oly ritkán történik, hogy a külföldi szerzők egyes eseteiknek körtörténetét is közölni szokták.

A harmadik számú belgyógyászati klinikán s utóbb az Erzsébet királyné-sanatoriumnak vezetésem alatt álló osztályán öt év óta kísértem figyelemmel a betegek tüdőbántalmát oly irányban, nem áll-e fenn náluk tüdősyphilis. Az a körülmény, hogy prosectura felett nem rendelkezünk, valószínűleg több eset felismerésétől fosztott meg. A tapasztalatok azonban, a melyeket az alább felsorolt esetekben szereztem, feljogosítanak arra, hogy néhány adatot fűzzek a tüdősyphilis diagnostikájának és gyógyíthatóságának kérdéséhez. Nem veszem tekintetbe azokat az eseteket, a melyekben a Wassermann-reactio positiv volta mellett a tüdőmegbetegedésnek gümőkóros természetét nem tudtuk kizárni. Hasonlóképpen nem veszem figyelembe azokat az eseteket sem, a melyekben a két betegség együttes fennállása volt feltételezhető.

I. eset. Özv. F. I.-né 56 éves napszámos, lakik Budapesten, a III. sz. belgyógyászati klinikára 1910 január 20.-án vették fel. A beteg előadja, hogy anyja choleraiban, atyja és több testvére ismeretlen betegségben halt meg. Három testvére egészséges. Első menstruációja 18 éves korában jelentkezett s négy év előtti rendszeren ismétlődött. Hatszor volt más állapotban, négy gyermeke csecsemőkorában halt el, utolsó két terhessége abortussal végződött a harmadik hónapban, az utolsó 14 év előtt. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy ez előtt 14 évvel, néhány hónappal abortusa után kezdődött. Lázás lett, szédülni és gyengülni kezdett. Látása romlott. Kulcsontján jobboldalt s mindkét lábszárán elül és czomb-

ján kemény daganata támadt, a mely a jobb lábszáron kifejeződött. E fekély nyolcz év után gyógyult be orvosszerek használata után. A beteg öt év óta fokozatosan gyengül, gyakrabban szédül, fejfájása és hányásingere van és ilyenkor híg, sárgás-zöld váladékot ürít. Látása fokozatosan romlik, sokat köhög, fehér nyálkás köpetet ürít, légzése mind nehezebbé vált. Lába bokától felfelé megdagadt, szemei körül és kezén azonban duzzanatok nem láthatók. Különösen mult év novembere óta ágybanfekvés után jobban érzi magát. Ez idő óta lába állandóan meg van dagadva. Teljesen étvágytalan, vizelete nagymennyiségű; rövid idő óta nagyot hall. A kis-termetű, rosszul fejlett s táplált nőbeteg jobb kulcsontján nagyobb megvastagodás, az izomzat kis térfogatú, elég tömött. A bőr színe feltűnően halvány sárga, száraz tapintatú, ránczokba emelhető. A bőr alatti kötőszövet zsírtartalma csekély. Mindkét czombon elül forintnyi heg, oldalt a hajlító felszínén háromszor akkora hasonló elváltozás. A lábszárak bőre sima, fénylő, duzzadt, az ujjbenyomatot megtartja. A lábszár felső felét annak elülső és külső részén tenyéryi szabálytalan, fehéres rózsaszínű, pigmentált heg foglalja el, mely jól mozgatható. A lábszár alsó harmadának hátulsó felszínén sárgás-vörös hegesedés. Az ágyék- és keresztájon a bőr oedemás. A kötő- és látható nyálkahártyák feltűnően halványak. A mellkas rövid, lapos, a kulcs alatti és feletti árkok besüppedtek, a légzés mellkas-hasi jellegű a bal mellkasfél nagyobb kitérésével. Száma perczenként 18. A szívcsücslökés a hatodik bordaközben a bimbóvonalon kívül körülirtan gyengén tapintható. Az absolut szívtoppulát előre a szegycsont jobb széléig ér, fölfelé a negyedik borda alsó széléig. A relativ jobbfelére a jobb parasternalis vonalig ér, kifelé a csücslökés helyéig, felfelé a III. borda alsó széléig. A szívcsücs felett fűvó systolés zöreje, az aorta második hangja nem ékelt, musicalis jellegű. A verőerek fala kissé kemény, lüktetése jól látható. A pulsus rhythmusos, kissé gyors, elég telt és feszes, száma perczenként 80. A vérnyomás Recklinghausen szerint 95 és 270.

Mindkét kulcs felett és alatt t. é. n. d. a kopogtatási hang, mely a bimbóvonalban a 6. borda alsó, a középső hónaljvonalban a 7. borda alsó széléig ér. Mély légvételre a toppulát csak kevésé tisztul fel. A manubrium sterni felett s attól jobbfelére toppulát a kopogtatási hang. Hátul jobboldalt a tüdőcsücs mélyebben áll, a 9. bordától kezdve absolut toppulát mutatható ki. Baloldalt a tüdő alsó határa a 11. bordánál van. A légzés érdes-sejtes, baloldalt hangosabb, jobboldalt az interscapularis tér közepétől lefelé gyengült s nagyszámú közép- és kishólyagú szörtyzörejtől kísért. Baloldalt elvéve egy-egy szörtyzöreje. A has elődomborodó, a hasfal laza, rajta több terhelességi heg. Rendellenes resistentia nem tapintható. A kopogtatási hang váltakozva dobos. A nyelv bevont, foetor ex ore. A máj homályosan tapintható, a lép normalis. A vizelet 600 cm<sup>3</sup>, világos borsárga, átlátszó, savi, fajsúlya 1004, fehérjetartalma 9.75 pro mille, geny, cukor nem mutatható ki. Mikroszkop alatt az igen gyér, centrifugált üledékben néhány laphám- és genysejt, kevés amorph urát, egy-két hyalin és szemcsés cylinder. A gerincoszlop felett kopogtatva a 2-3. hátsógolya felett léghang, a 4. felett toppulát találtatott. A vérsavó refractiója 1.3452. A pupillák egyenlőtlenek; fényre renyhén reagálnak. A térdreflex fokozottabb. Testhőmérsék 35.8. A Wassermann-reactio positiv.

A betegség lefolyásából a következőket közlöm:

Therapia: jodkalium, diuretin, digitalis. A diuresis állandóan 300-600 cm<sup>3</sup> között mozog. A fehérjetartalom 5-6 pro mille.

Február 2. A mellkason jobboldalt hátul alul a szörtyzörejek száma nagyobb; a beteg sokat köhög.

Február 4. Kínzó csillapíthatatlan köhögés; morphin, coffein.

Február 12. Az oedemák már csökkentek, a sensorium zavart. A beteg sokat köhög és hány, bőrviszketés, aluszékonyság; a diuresis 1000-ig növekedik.

Márczius 1. A beteg sokat hány, diffuse száraz szörtyzörejek.

\* Előadatott a Magyar Orvosok Tuberkulózis-Egyesületének 1913. évi nagygyűlésén.



Márczius 7. A táplálkozás teljesen elégtelen.

Márczius 8. Nagy hátfájdalmak, a vizelet mennyisége 5—600 cm<sup>3</sup>.

A következő héten a beteg alig táplálkozik, folyton hány, pulsusa 80 körül van.

Márczius 17.-én meghal.

*Bonczolás-jegyzőkönyv.*

Magasabb termetű, lesoványodott női hulla, bőre általában barnás. A farpofában genyedő decubitusok. A mellkas lapos, a has behúzódt, a hashártya sima, fénylő. Rekesz-állás mindkét oldalt V. borda alsó szélé. A bal tüdő szabad, a jobb tüdő alsó lebenye szálagon a mellkas falához nőtt. A jobb mellürben 400 cm<sup>3</sup> vörhenyes, zavaros, de áttetsző folyadék. A szívburok szabad, a pericardium mindkét lemeze sima, a bal szívizomzat 1.5 cm., a jobb alig 0.8 cm. vastag, az izomzat barnavörös, törékeny, metszslapja fényvesztett, az összes szájadékok kellően átjárhatók, a kéthegeyű billentyűk szélé megvastagodott, sárgás-fehéres, heges tapintatú. Az aorta bal hátulsó billentyűje megvastagodást mutat, egyébként a billentyűk vékonyak, hártásak. A jobb tüdő kisebb, sajátságos lebenyes alakú és főleg széléin erősen puffadt, légpárnatapintatú. Metszslapján sugarasan elágazódó és helyenkint finom reczére oszló, helyenkint pedig tömött góczokat alkotó palaszürke hegszövetet láthatunk, a melyben általában sehhol sem láthatunk sajtos berakodást, egyedül a középső lebenyben találunk egy babnyi, ezüstszürke, törmelékeny, sajtos góczot. A peribronchialis nyirokmirigyek nagyok, de sehhol sem sajtosak, a tüdő szövete egyebütt légtartalmú. A bal tüdő normalis nagy, széléin tömör, általában tézstatapintatú és metszslapjáról mindenütt nagy mennyiségű, erősen habzó és az alsó lebenyben sötétvörös savó ürül. A légutak nyálkahártyája belövelt, nyálkával fedett. A garat nyálkahártyája halvány, a nyelvgyök tüszői sorvadtak. A nyelvgyök elsimult, a tükröző nyálkahártya részben megvastagodott, fehéres színű. A lép kicsi, tömött, pulpája ki nem vakarható. A máj középnagy, tokja helyenkint kissé megvastagodott, basisán számos sekély sugaras behúzódtás látható. Állománya tömött, barnavörös. Rajzolata kevésbé kifejezett, az epehólyagban tyúktojásnyi, azt teljesen kitöltő kő. A gyomor nyálkahártyája duzzadt, halvány, szürkés színű, nyálkával fedett. A belek nyálkahártyája halvány. A jobb vese középnagy, tömött, nehezebben levonható tokja alatt finoman szemcsés felszín tűnik elő. A felszínen még számos egész lencsényi, vékonyfalú, vörhenyes folyadékkal telt cysta látható. A metszslapon a kéregállomány erősen megkeskenyedett, sárgásan foltozott, rajzolata elmosódott. Az átmetszett verőerecskék tátonganak, a velőállomány halvány, szürkés-vörös színű, kifejezett rajzolatú. A bal vese lúdtójásnál alig nagyobb, ébrényi lebenyezettsége mellett finoman szemcsés felszínén számos egész lencsényi aphtha. Felső polusán egy lencsényi sárgás-fehér góczocska, melynek metszslapja sajtos, gyriiform rajzolatot mutat. A vesemedence körüli zsírszövet erősen megszorodott. A húgyutak nyálkahártyája halvány. A hólyagban sűrű, zöldes, nyúlós geny. A jobb kulcsosonton a középtájon dudoros megvastagodás, melynek megfelelően a periosteum nem választható le. A clavicula compact csontozata egyenlőtlenül megvastagodott, szivacsos állománya igen kis likacsú, helyenkint pedig egészen tömörre vált.

Diagnosis: Pneumonia interstitialis pulmonis dextri, praecipue lobi inferioris et medii cum adhaesionibus pleuralibus. Anthracosis lymphogland. et lymphadenitis chron. hyperplast. Emphysema pulmonum. Endoarteriitis chronica deformans aortae. Lingua glabra syphilitica. Hyperostosis ex fractura spontanea claviculae dextrae. Nephritis chronica parenchymatosa in stad. atroph. Hypertrophia ventriculi. Hypoplasia renis sinistri et cystadenoma papillifer. magnitudinis lentis eiusdem. Cystitis purulenta, cholelithiasis. (Goldzieher).

II. eset. H. I.-né 32 éves okleveles szülész, lakik Félegyházán. A III. számú belgyógyászati klinikára 1910 márczius hó 2.-án vették fel. A beteg előadja, hogy szü-

lei és két testvére élnek és egészségesek, egy testvére előtte ismeretlen bajban halt meg. Havi baját 14 éves korában kapta meg, a mely négy hetenként négy napi tartammal rendszeren jelentkezett. Más állapotban egyszer sem volt, 13 éves korában typhusa volt. 16 éves korában hosszabb ideig fájt a torca, miután e baja elmúlt, testén kiütések támadtak, melyek ellen orvosa hat turnusos kenő-kúrát végeztetett vele. Ezután állapota javult, de három év előtt kiütései újra láthatóvá váltak. Öt év előtt törzsén, végtagjain, izületein, valamint izmaiban hirtelen beálló, leginkább éjjel jelentkező fájdalmi támadtak, melyek 3—4 órai tartam után elmúltak. Este forrósága volt, nappal borzongott. Ez időben a jobb vese táján, valamint gyomrában görcsös fájdalmak keletkeztek, melyek megismétlődve télen át eltartottak, e görcsök nem sugároztak ki, s a rohamok alatt vizeletét nem tudta megtartani. A gyomorgörcsök után hányt is, mely hányadék a beteg állítása szerint ételmaradékokból állott. Egy és fél év előtt jobb vállán és a szegycsontján lassan növekedő daganat támadt, mely általában fájdalomtalan volt, hat hó után e daganatokat felvágták, gyógyulásuk azonban 20 hétig is eltartott. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy két év előtt azt vette észre, hogy vizelete véressé vált, két-három nap után azonban ismét feltisztult. Ez idő óta gyengült, gyakran fájt a feje, szédült, látása romlott, lélekzete főleg járás után nehézzé vált, lábai a bokától felfelé s hasa nagyobb mértékben megdagadtak, e daganat estére kifejezettebbé vált, míg reggelre elmúlt. Arcza kis mértékben megpöfödött. Ezen dagadt állapot orvosi kezelés s ágyban fekvés után mult év decemberében visszafejlődött, de midőn ágyát elhagyta, ismét jelentkezett. Vizeletének mennyisége általában változó, fekvéskor rendszer, míg ha fenn van, kevesbedik. Körülbelül négy hét óta féloldali fejfájása is van.

Nem hány, nem köhög, étvágya, széke rendszer, aludni tud. A beteg még megemlíti, hogy jobb oldalán a szegycsont mellett három hó óta meglevő daganata van, mely kis mértékben fájdalmas.

Jelen állapot: A mérsékeltén fejlett és táplált közép-termetű nőbeteg csontrendszere ép, izomzata középtérfogatú. Bőrszíne barna, a vállon jobboldalt kb. gyermektenyérynnyi szabálytalan, részben ép bőrt tartalmazó heg található, mely a csont felett kissé elmozdítható. Baloldalt az articulatio sternoclav. mellett mintegy koronányi, a csonthoz mélyedő, egyébként az előbbihez hasonló heg látható. A 3. és 4. borda izesülése helyén kb. öt koronányi, elastikus tapintatú tumor található.

Nyirokmirigyek: mindkétoldalt az áll alatt babnyi mirigyek tapinthatók, a kötőhártya és a látható nyálkahártyák középvértartalmúak. A mellkas dombordad, a légzés mellkasi-hasi jellegű, egyenlő kitérésekkel. Szívcsúcs-lökés nem tapintható. A szív-tompulat mint relatív a III., mint abszolút az V. bordán kezdődik a parasternalis vonalban, előre mint abszolút a szegy bal, mint relatív jobb széléig ér, kifelé a IV. bordaközben nem éri el a bimbóvonalat. A szívhangok tompák, a csúcs felett systolés zöreje hallható, az aorta II. hangja ékelt.

A pulsus rhythmusos, elég telt, kevésbé feszes, könnyebben elnyomható. Baloldalt a kulcsosont és a tövis felett rövidebb a kopogtatási hang, egyébként a tüdő kopogtatási lelete normális. Hátul a tüdő felett diffuse hangosabb, érdes megnyúlt légzés hallható. A bal tüdő felső lebenyében néhány finomabb hólyagú szörtyzöreje is hallható. A has elődomborodó, fala kissé feszes, benne semmiféle resistencia sem tapintható. A nyelv tiszta. A máj nem tapintható. A lép tompulata a 7. bordától a 9.-ig terjed, előre nem terjed túl a linea costoclavicularison. A gerincoszlop kopogtatási viszonyai és az idegrendszer normalisak. Felvételnél láztalan. A Wassermann-reactio positiv.

A vizelet napi mennyisége 80 cm<sup>3</sup>, vegyhatása savi, fajsúlya 1030, fehérjetartalma 10<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, geny nyomokban mutatható ki. A katéterrel vett vizeletben mikroszkop alatt sok laphámsejt, farkos hámsejt, néhány genyesejt és vörös véresejt és látóterenként 5—6 vesehámsejt látható.

Therapia: Diuretin, szürkekenőcsös bekenés. Márczius

2.-án jodkaliumot kap, 10.-én a mellcsonton levő gumma kisebbedett. A vizelet fehérjetartalma  $2.5^{0/100}$ . A vizelet mennyisége növekszik, 1200—1700  $\text{cm}^3$ .

Április 7.-én 1 mgr. alttuberkulint kap, másnap  $38^{\circ}$ -ig emelkedő hőmérsék, rossz közérzet, csekély haemoptoe. Április 10.-én teljesen láztalan. Ugyanekkor a vizelet fehérjetartalma  $2^{0/100}$ , vesealakelemek és vörös véresejtek nem találtak. Április 19.-én  $1.0 \text{ cm}^3$  Köpp-féle salicylsavas kéneső subcutan injectiója. A beteg jobban érzi magát, láz nem jelentkezik. A vizeletben  $1.5^{0/100}$  fehérje, vesealakelemek nem találtak. A beteg lényegesen javult állapotban távozott. Tüdőpanaszai nincsenek, gyarapodott.

III. eset. K. M. 34 éves földműves, lakik Balatonfüreden, az Erzsébet királyné-sanatoriumba felvételét 1912 március 29.-én. Atyja sérülés következtében halt el. Két testvére él és egészséges, felesége tüdőbajban, két gyermeke csecsemőkorban halt meg. Tíz év előtt tüdőgyulladás volt; hét év előtt luest kapott, mely ellen öt izben kenőkrát használt, utoljára egy év előtt. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy az 10 hó előtt erős köhögéssel vette kezdetét, mely annyira fokozódott, hogy fuldoklása is támadt. Az erős köhögés dacára köpetet alig ürített, éjjel erősen izzadt, láza, vércöpése nem volt. Lélekzete utóbb süvítővé vált. Étvágya kielégítő volt, mindazáltal 5—6 kilót fogyott. Néhány izben  $37.8^{\circ}$  hőemelkedése volt. Később az állapota javult és hizott, utóbb oldalszúrásai támadtak. A közép-termetű, közepesen táplált férfibeteg ép csontrendszerű, izomzata kisebb térfogatú és tömörségű. A bőr színe kissé halvány, a bőr alatti kötőszövet zsirtartalma kissé megfogyott. A nyakon néhány lencsényi nyirokmirigy tapintható; a kötő- és látható nyálkahártyák kissé halványak. A mellkas elődomborodó, a kulcs feletti árkok kifejezettek, az epigastriális szöglet kiszélesedett, a mellkas belégzési stadiumban van, légzéskor mindkét fél csekély kitérést végez. A légzés mellkasi-hasi jellegű, száma percenként 20. A szívcsúcs-lökés nem tapintható, a szívtompulat, mint relatív a 3. borda alsó, mint abszolút a 4. felső széléig kezdődik. Jobbra mint relatív a szegycsonton jobb széléig ér, mint abszolút két ujjal a szegycsonton belül ér véget. A szívhangok tiszták. Az arteria radialis pulsusa rhythmusos, közepelt, száma percenként 74. Bronchoskopiával (Pollatsek) a tracheában a bal bronchus nyílása felett jelentékeny szűkület. Mindkét kulcs felett és alatt rövidült a kopogtatási hang, úgyszintén hátul a tövis feletti árokban. A Krönig-féle tér jobboldalt  $6\frac{1}{2} \text{ cm}$ ., baloldalt  $7\frac{1}{2} \text{ cm}$ . A teljes éles n. d. kopogtatási hang hangzatos, elől jobboldalt a három kopogtatási vonalban a 7. borda felső, a 7. alsó és a 8. felső széléig ér. Az itt kezdődő tompulat felső határa légvételre alig tisztul fel. A légzés általában stenosisos, a jobb tüdő felett érdes-sejtes, a bal tüdő felett különösen a csúcsban gyengült. A kilégzés süvítő, megnyúlt. Az interscapularis térben baloldalt néhány bűgás. A háti gerincoszlop kopogtatási hangja a 7. nyakcsigolyáig t. é. n. d. A köpet nyálkás, kevésbé genyes, Koch-féle bacillus nem található, kevés rugalmas rost. A máj- és léptompulat rendes. A vizelet napi mennyisége  $1300 \text{ cm}^3$ , borsárga, idegen alkotórészt nem tartalmaz, fajsúlya 1019. A Wassermann-reactio erősen positiv. A pupillák egyenlők, közeptágak, jól reagálnak, a térdreflex normalis.

A beteg április 11.-én a III. belklinikára helyeztetett át, a hol előadja, hogy köhögése és nehéz légzése sanatoriumi tartózkodása alatt csökkent. A klinikai vizsgálat adatai egyeznek a fenti statussal. A köpetben tuberculosiscoccus ki nem mutatható. 15.-én  $0.6 \text{ salvarsan}$   $6 \text{ cm}^3$  olajban bőr alá fecskendezve.

16.-án a beteg láztalan, az injectio helye kissé érzékeny.

22.-én a beteg közérzete jobb, lélekzése könnyebb.

24.-én a bronchoskopia változatlan status talált. A beteg nagy adag jodkaliumot kap.

Május 2. Hidegrázás kíséretében a hőmérsék  $38.6^{\circ}$ -ra emelkedik. A bal felső lebeny felett hátul szörtyözörejek hallhatók.

Május 5. A láz fennáll. Szörtyözörejek hallhatók. A köpet genyes, saválló bacillus nem mutatható ki.

Május 7. A beteg láztalan.

Május 10. A hőmérsék  $38^{\circ}$ , többet köhög.

Május 15. Három napi láztalanság után a hőmérsék  $38.1^{\circ}$ , a pulsus debilis; digalen, ipecacuanha.

Május 17. Láztalan, kevesebbet köhög.

Május 20. Többet köhög, süvít, hőmérséke  $38.5^{\circ}$ . A tüdő kopogtatási lelete változatlan, a légzés érdes, sejtes, sok bűgás; ezután lázas és láztalan napok váltakoznak. A beteg  $1 \text{ kg}$ .  $70 \text{ dg}$ -ot gyarapodott.

Május 23. A Margit-kórházba helyeztetik át.

IV. eset. B. A. 16 éves tanuló, lakik Budapesten. Az Erzsébet királyné-sanatoriumba felvételét 1911 január 5.-én. Atyja állítólag szívbajban 36 éves korában halt meg. Anyjának előadása szerint lueses volt. Anyja és három testvére egészséges. Négy év előtt a beteg meghült, lázas lett, köhögött és bőven ürített nyálkás-genyes köpetet; étvágytalan lett és fogyott. Kétheti ágybanfekvés után ismét jól érezte magát, étvágya rendes lett és három éven át, a bő köpést leszámítva, betegségének semmi tünete sem volt. 1910 decemberben szűrő fájdalmak jelentkeztek mellében, köhögni kezdett, azonban láztalan volt. Köpete egy alkalommal véres volt; állítólag gyermekkorától éjjeli izzadásban szenved. Betegségének kezdete óta soványodott.

A nyulánk termetű, rosszul fejlett és mérsékelt táplált beteg csontrendszere gracilis. A második bordaporcz izesülésénél erősen megvastagodott. Az izomzat kisebb térfogatú, tonusos; a bőr középvértartalmú, a bőr alatti kötőszövet zsirtartalma csekély, a kötőhártya és a látható nyálkahártyák középvértartalmúak. A mellkas hosszúságos, lapos, kissé rachitoides jellegű, a gerincoszlopon bal felé domborodó skoliosis. A kulcs feletti és alatti árkok kevésbé besüppedtek, a légzés hasi jellegű. A nyakon, főleg baloldalt, az áll alatt mirigyek. A szív teljesen normalis. A szívcsúcs felett systolés zörej; a pulsus közepelt, rhythmusos, száma percenként 72, a vérnyomás  $127 \text{ Hg}$ . Jobboldalt a kulcs felett tompult, a kulcs alatt rövidült a kopogtatási hang. Baloldalt a kulcs felett rövidült. Hátul a jobb tövis feletti árokban tompult a kopogtatási hang, az interscapularis tér felső harmadában rövidült. A bal tövis felett rövidült kopogtatási hang nyerhető. A légzés érdes-sejtes, megnyúlt a jobb tüdőcsúcs felett. A tüdő alsó háttárai normalisak. A köpet fél Dettweiler-mennyiségű, Koch-féle bacillusokat nem tartalmaz, kissé nyálkás-genyes. A hasban rendellenesség nem található, a máj és lép kopogtatási viszonyai normalisak, a vizelet normalis, hasonlóképpen a reflexek. Testsúlya felvételkor  $57.20 \text{ kg}$ . A beteg sanatoriumi tartózkodása alatt láztalan, testsúlyban gyarapodik, míg  $64 \text{ kg}$ -ot ér el. Néhány izben csekély vértartalmú köpetet ürít. Ez időtől kezdve fokozatosan soványodik. Objectív tüdőállapotának változása nem mutatható ki.

Március 5.-étől kezdve, a mikor a testsúly fogyása beállott, subfebrilis lesz, hőmérséke  $37.2^{\circ}$ -ra emelkedik. Ugyancsak ez időtáiban jobb szemén keratitis parenchymatosa keletkezik, a mely szakszerű kezelésben részesül. A Wassermann-reactio igen erősen positiv. A betegnek jodkaliumot rendeltünk. Köpete bőven van, testsúlya mindegyre fogy június 6.-áig, a mely időponttól kezdve ismét hizik távozásáig. Május 15.-én három napig tartott pleuritis volt kimutatható. A beteg július 17.-én hagyta el az intézetet, közérzete teljesen jó volt, keratitis parenchymatosája azonban változatlanul fennállott. Tüdő- és szembántalma ellen Beck tanár ajánlatára enesol-kúrába kezdett, majd inunciókat végzett. Kezelőorvosának értesítése szerint a beteg teljesen meggyógyult.

\* \* \*

A felsorolt esetekben látható, hogy a betegség különböző localisatiót mutathat. Első esetünkben főleg a középső lebenyben voltak elváltozások. Második és negyedik esetünkben az egyik, harmadik esetünkben mindkét tüdőcsúcsban. Mindebből az következik, hogy a tüdőlues diagnosisakor a localisatio kérdése nem lehet döntő fontosságú. Leírt eseteink

ben nagyobb szétesés tünetei nem voltak észlelhetők, zaonban a tüdőlués az irodalmi adatok szerint a szétesés és cavernaképződés tüneteit épp úgy mutathatja, mint a tuberculosis. Második és harmadik esetünkben nagyobb lázat, negyedik esetünkben subfebrilis hőmérsékletet észleltünk, a láztalanság tehát nem lehet bizonyíték tüdősyphilis mellett.

A kopogtatás és hallgatódzás lelete nem ad oly adatokat, melyek a lueset a tuberculosisistól megkülönböztethetővé tennék. A physikaliz vizsgálát ugyanis teljesen azonos adatokat szolgáltat. Említésre méltó azonban az a nagy zsugorodás, a mely a gummás esetek gyógyulásakor kifejlődik és könnyen kimutatható. Így első esetünkben a tüdő retractiója folytán a szívotmpulat lényeges megnagyobbodása volt kopogtatással kimutatható, holott a bonczolás normalis szív-nagyságot mutatott. Ismeretes, hogy tuberculosis eseteiben is létrejönnek zsugorodások, azonban rendszerint hosszabb idő után, a betegség manifest fennállásának folyamán. Negatív köpetlelet esetén jóindulatúnak látszó vagy lappangó lefolyású tüdőbántalomnál a szívotmpulat e megváltozása a lues lehetőségére hívhatja fel tehát figyelmünket.

A köpetvizsgálat nem döntő fontosságú. Vannak esetek, melyekben a köpetben a Koch-féle bacteriumok csak granulált alakban mutathatók ki, saválló bacillusok nem találása esetén tehát nincs jogunk a tuberculosisist kizárni. Egy ily esetet mutattam be e nagygyűlésen, a melyben nyolcz év alatt egyetlen egyszer sem lehetett saválló bacillust kimutatni. A Much-féle granulák biztos hiánya esetén azonban a lues valószínűsége nagyobb. A rugalmas rostok jelenléte nem differenciáló jelentőségű, mert mindkét betegségben kimutatható lehet.

A spirochaeta pallida kimutatása a köpetben nehéz eljárás, bár Spengler Károly gyakran vélte megtalálni. Tudva azt, hogy a szájban a spirochaeták nagy számmal tenyésznek, tévedés könnyen elképzelhető. A pozitív spirochaetalelet csak akkor volna bizonyító, ha állatkísérlet (nyúlszembe oltás) vagy tenyésztés bizonyítaná azonosságát a lues kórokozójával.

A tuberculint nem tartom értékesnek a két betegség megkülönböztetésében. A próba-befecskendezés értéke a tuberculosis megállapítására az utóbbi évek tapasztalatai alapján nagy mértékben alászállott. Tudjuk, hogy a nem actív betegségben szenvedő egyének nagy része is positive reagálhat. Második esetemben még megkísérletem az alkalmazását, a betegen lázas reactio jött létre, a mely néhány nap alatt lezajlott. Nicolas, Favre és Charlet vizsgálatai szerint azonban a lueses egyének tuberculinnra mind erősen reagálnak. Gyakorlatilag igen értékes Benedict észlelése, a kinek jobb oldali productív chorioiditisben szenvedő betege egyébként teljesen egészséges szervezetű s egy év óta 39–40°-os lázai voltak. A Wassermann-reactio negativ volt, a tuberculin-reactiók positivak. A beteg néhány enesol-injectio után teljesen meggyógyult. A mi esetünkben az összes körülmények a mellett szótak, hogy a betegnek nincs tuberculosis a s így a fentebbi adatok tekintetbevételével a tuberculinreactio positiv voltával nem voltunk feljogosítva a lues kizárására s a gümőkór felvételére. A tuberculint a mondottak alapján nem tartjuk alkalmasnak a két betegség megkülönböztetésére.

A Wassermann-féle reactio positiv volta a mellett szól, hogy a beteg lueses fertőzésen esett át. Kétségtelenül a tüdősyphilis felvételének gyanuját megerősítheti, de döntő fontossága nincs, mert Wassermann-positiv egyénekben is állhat fenn tüdőtuberculosis. El kell azonban ismernünk, hogy a Wassermann-reactiónak nagy segítő értéke lehet a diagnosis megállapításában.

A Herxheimer-féle reactio kiváltása hasonlóképpen nem bizonyult czélszerűnek. Ugyanis nem állandó lues eseteiben, másrészt a tuberculosis egyének egy része fémsó (kéneső) befecskendezése után lázzal reagál. Mindkét eshetőségre számos példát hozhatnék fel. A második esetben egy valóban nagy adag, 0.10 salicylkéneső befecskendezése után a manifest luesben szenvedő beteg nem mutatott reactiót.

A Röntgen-vizsgálát a tüdősyphilis diagnostikájában

nem teljesíthette a hozzáfűzött várakozásokat, a mi tekintve a betegség kórbonczolástánát, érthető. Még leginkább lehet segítségünkre akkor, a mikor a kóros folyamat az alsó vagy középső lebenyben körülírt gümö alakjában látható.

Eseteimben a diagnosis felállításakor mindig tekintetbe vettem, nem mutatható-e ki más szervben syphilises elváltozás. Az első esetben a vese, a második esetben a bőr, a csontok és a vese, a harmadik esetben a trachea, a negyedik esetben a cornea elváltozásai voltak észlelhetők. Ezek alapján, úgy mint Schnitzler, a tüdőlués diagnostikájában a többi szerv hasonló elváltozása kimutatásának döntő jelentőséget tulajdonítok.

A gyógyítás kérdése a diagnostika szempontjából is fontossággal bír. Az antilueses kúrára gyógyuló betegek nagy részében ugyanis megállapíthatjuk, hogy a betegség valóban syphilis volt-e. Nagy fontosságot tulajdonítok azonban annak a kérdésnek, vajjon a betegség gummosus vagy idősült indurativ infiltratio. Syphilidologiai ismereteink szerint ugyanis a gümö jól befolyásolható, ellenben a kötőszövetesen hegesedő kóralakok a kezeléssel daczolnak. Pl. III. esetünkben. Az a körülmény tehát, javul-e a tüdőállapot antilueses kezelésre, főképpen csak a gummosus folyamatok utólagos körjelzésekor volna felhasználható, tehát azon esetekben, a melyek már magukban véve is könnyebben ismerhetők fel.

Ami eseteink közül az első nem részesült antilueses kezelésben s egyéb súlyos bántalom következtében halt meg. A második eset általános állapota kenőkúra és jodkalium használata után lényegesen javult. A beteg testsúlyban gyarapodott. Harmadik esetünk salvarsanra és jodkaliumra nem mutatott javulást, sőt állapota súlyosabbá vált, bár testsúlyban némileg gyarapodott. Negyedik esetünk enesol-kúrára mutatott lényeges javulást, majd pedig kenőkúráról teljesen meggyógyult.

Felmerül ezek után az a kérdés, mely gyógyimódot kövessünk a tüdősyphilis diagnosis esetén. Rendelkezésünkre áll a kéneső, a jod és a salvarsan. Tisztázandónak tartom e kérdésben való válaszadáskor mindenekelőtt azt, kizárható-e a tuberculosis vagy e két betegség együttes jelenléte. Tuberculosis eseteiben a kénesőkezelés károsnak mutakozhatik. Ezért oly esetekben, midőn a tuberculosis nem zárható ki teljes biztossággal, nagy óvatossággal kell alkalmazni. Voltak oly tuberculosis-eseteink, melyekben a lues ellen rendelt kénesőkúra az állapotnak határozott rosszabbodását eredményezte, a táplálkozás romlott, a hőmérsék emelkedett. Kevésbé káros a jod, bár nagy mennyiségben adva, az étvágyat és ezáltal a táplálkozást is befolyásolhatja.

Lesser és Ziembicky, Bensaude et Emery néhány tüdőlués-esetben jó eredményt ért el salvarsannal. Ismeretes azonban, hogy a salvarsan a gümös góczokat felpuhíthatja és e révén a folyamat előrehaladását, másrészt miliaris gümőkór és agyhártyagyuladás keletkezését okozhatja. Kétségtelen, hogy ez sok esetben nem következik be, de Herxheimer és Altmann-nak, Mucha-nak, és másoknak esetei kell, hogy a legnagyobb óvatosságra intsenek a salvarsankezelés indiciójának felállításában. A salvarsan gyógyértékére vonatkozó adatokat ma már kisebb optimismussal ítéljük meg, nem mutat oly előnyöket, melyek az ily esetekben esetleg bekövetkező életveszedelmet ellensúlyozhatnák. A jod és a kéneső értéke a gummosus folyamatok gyógyításában kétségtelen. Így negyedik esetünkben az enesolnak és kenőkúrának feltűnő jó hatását láttuk.

Tekintve azt, hogy tuberculosis fenforgása esetén az antilueses kúra veszedelmessé válhatik, úgy vélem, hogy azt erélyesen csak abban az esetben végezzük, ha manifest lues áll fenn. Ha gümőkór gyanuja áll fenn, akkor a kezelést csekély dosisokkal kezdjük el. Az ily kétséges esetekben, a midőn a beteg állapota kielégítő, tehát nem mulasztunk semmit, vagy az elváltozás chronikus indurativ jellegűnek mutatkozik, alkalmazzuk a hygienés-diaetás kezelést, a melynek jótékony hatása teljesen ugyanazon körülmények folytán és teljesen ugyanolyan módon következhetik be tüdőlués, mint tuberculosis eseteiben. Ugyanezt a nézetet vallom a tüdő egyéb idősült megbetegedéseire vonatkozólag is, melyeknek

gyógykezelése a szokásos gyógyszerek adagolása mellett a sanatoriumi kúrával kapcsolatban kétségtelenül előnyösebbnek mutatkozik. A határozottan gummosus folyamatok gyógykezelése kénesóval és joddal kétségtelenül jó eredményeket ad, tehát feltétlenül megkísérelendő.

Az előadottakból levont következtetéseket a következőkben foglalhatom össze: A tüdőlues klinikai diagnosisa nagy valószínűséggel akkor állapítható meg, a mikor más tertiaer nyilvánulások is vannak. A rendelkezésünkre álló vizsgáló módszerek az esetek nagy részében a tuberculosis-tól való határozott megkülönböztetést nem teszik lehetővé. A tuberculin- és a *Herxheimer*-reakciónak nem tulajdonítok jelentőséget. Az anamnesis, a Röntgen-vizsgálat és Wassermann-reactio támogatja a diagnosist, még legértékesebb az utóbbi.

A gummosus kóralak antilueses gyógyszerekkel gyógyítandó. Tuberculosis gyanuja esetén a salvarsan kerülendő, a kénesó és a jod nagy óvatossággal adható. Ily esetekben és az indurativ jellegű lues esetében a hygienés-diaetás kezelés értékes.

**Irodalom.** *Marfan*: Syphilis du poumon (Charcot-Bouchard: Traité de médecine). — *Schwimmer*: Budapesti Kir. Orvosegyesület, 1883. — *Róna*: Venereás betegségek. — *Dieulafoy*: Leçons sur la syphilis du poumon et la plèvre. Gaz. hebdom. 1889. — *Nicolas, Favre, Charlet*: Réactions des syphilit. à la tuberculine. Lyon médicale. 1910. — *Benedikt Henrik*: Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesülete, 1913. — *Schnitzler*: Ueber Lungensucht u. ihr Verhältn. z. Lungenschwindsucht. Wiener med. Presse, 1879. — *Lesser*: Berlin. med. Gesellsch., 1910. — *Ziembicky*: Ein Beitrag z. Lungensyph. auf Grund eines Falles, der mit Salvarsan behandelt wurde. Ref. Int. Zblatt f. inn. Mediz., 1913. — *Bensaude et Emery*: Syphilome intrathoracique stb. Bull. et mémoires de la Societ. des hôpít. de Paris, 1913. — *Herxheimer és Altmann*: Ueber eine Reaktion tuberk. Prozesse nach Salvarsaninjektionen. Deutsche med. Wochenschr., 1911. — *Mucha*: Die Salvarsanbehandlung der Syphilis. Wiener klin. Wochenschr., 1911.

### A tengerentúli kivándorlás elmeorvosi szempontból.

Irta: *Epstein László dr.*, a budapest-angyalföldi m. kir. állami elmeorvosintézet igazgatója.

(Folytatás.)

Az itt röviden vázolt politikai, gazdasági és fajhygieniai szempontok azok, a melyeknél fogva valószínűnek mondható, hogy az Egyesült-Államok az eddigieknél is szigorúbb rendszabályokat fognak életbe léptetni, hogy az alkalmatlan elemek beözönlését megakadályozzák.

A mennyiben ez megtörténik, úgy kétségtelen, hogy a testi vagy szellemi baj miatt visszautasított külföldiek száma lényegesen szaporodni fog, a mi a származási országra nézve nem lehet közömbös, mert egyfelől a kivándorlásnak amúgy is sajnálatos ténye még kedvezőtlenebbé válik, ha az Amerikában megejtett megrostálás folytán a használható, ép és egészséges elemek kinn maradnak, a silányak, betegesek pedig visszakerülnek és itt évről-évre halmozódnak; másfelől az elmebaj miatt visszazállított kivándorlóknak intézeti elhelyezése, ha az, a mint látni fogjuk, sokszor csak rövid tartamú is, mégis csak gondot és nehézséget okoz és fog a jövőben még többet okozni, ha a bevándorlási szabályoknak Amerikában sürgetett szigorítása bekövetkezik és ezzel együtt az elmebeli fogyatkozás miatt visszazállított kivándorlók száma szaporodni fog.

Hogy pedig ezen eshetőleg bekövetkező szaporodás nem lesz kismérvű, azt nemcsak általánosságban azon irányzatnál fogva lehet feltételezni, a mely a fentebb előadottak szerint az Egyesült-Államokban a bevándorlással szemben érvényesül, hanem következtetni lehet az 1907. évi bevándorlási törvény mikénti alkalmazásából és számokban kifejezetten meg nyilvánuló hatásából is.

A törvénynek ezen hatásáról tiszta képet nyújt a már idézett „Annual Report“-nak XVII./A. táblázata, a mely 1892-től kezdve a bevándorolt és visszautasított, valamint a belépés után visszazállított külföldiek (aliens debarred and

aliens deported after entering) számát a visszautasítás okának megjelölése mellett közli. E táblázatból épp úgy, miként az ezután felhasználandó táblázatokból, csak azon adatokat veszem ki, a melyek elmeorvosi szempontból érdemelnék figyelmet. A törvény életbelépte előtti és utáni állapot összehasonlítására pedig elegendő, ha az utolsó tíz évet vesszük tekintetbe, megjegyezvén, hogy az egyes évek mindig június 30.-ával végződnek (fiscal year), úgy hogy például 1903 az 1902 július 1.-étől 1903 június 30.-áig terjedő időtartamot jelzi.

A) táblázat.

Év	Bevándorolt	Visszautasított						Összeg	*
		idiotá	imbecilis	egyéb gyengeelméjű (feeble minded)	epilepsiás	elmebeteg (Insane person)			
1903	857.046	1	—	—	—	23	24	—	
1904	812.870	16	—	—	—	33	49	—	
1905	1,026.499	38	—	—	—	92	130	—	
1906	1,100.735	92	—	—	—	139	131	—	
1907	1,285.349	29	—	—	—	189	218	—	
1908	782.870	20	45	121	25	159	370	870	
1909	751.786	18	42	121	26	141	348	370	
1910	1,041.570	16	40	125	29	169	379	312	
1911	878.587	12	26	126	33	111	308	3055	
1912	838.172	10	44	110	28	105	297	2288	

\* Orvosi bizonyítvány szerint oly testi vagy szellemi hiányban szenvedők, a mely az önfentartási képességet korlátozza.

E táblázatból látjuk mindenekelőtt, hogy a bevándorlási törvény életbelépte előtt az elmebaj okából történt visszautasítások alkalmával csak idiotákat és elmebetegeket különböztettek meg és e két rovatba foglalták a gyengeelméjűeket és epilepsiásokat is; látjuk továbbá, hogy azon a czímen, hogy valaki oly testi vagy szellemi fogyatkozásban szenved, a mely megélhetési képességét korlátozza, visszautasítás egyáltalában nem történt. A legfontosabb azonban az, hogy azon időponttól kezdve (1907 július 1), a melyben a törvény életbelépett, a visszautasítások száma hirtelen felszökik. Daczára annak, hogy 1907-ről 1908-ra a bevándoroltak száma félmillióval apadt, az elmebaj miatt visszautasított külföldiek száma mégis 218-ról 370-re emelkedett, a mi körülbelül 0.01%-ról 0.04%-ra való emelkedést jelent, mely magaslaton a visszautasítások a későbbi években is megmaradnak. Ehhez azonban hozzájön még azoknak a száma is, a kik pontosabban meg nem határozott elmebeli fogyatkozás miatt lettek visszautasítva, de a testi fogyatkozásban szenvedőkkel együtt egy rovatba vannak foglalva, miért is a számuk nem állapítható meg.

Feltűnő és érdekes, hogy az utóbb említett rovatba foglaltak száma mily nagy ingadozásokat mutat és az utolsó két évben mennyire emelkedik. Míg 1910-ben az ezen rovatba esők a bevándoroltaknak csak körülbelül 0.03%-át tették, addig 1911-ben ennek több mint tízszeresét, körülbelül 0.35%-át. Érthető is ezen nagyfokú ingadozás, mert az ezen rovat alá eső fogyatkozások elbírálásakor rendkívül tág tere nyílik az egyéni felfogásnak és bármilyen irányzat vagy célzat itt tetszés szerint érvényesülhet.

De azonnal ki kell emelnem, hogy a bevándorlási hivatal által közölt statisztikai adatok egymagukban nem nyújtanak okot azon feltevésre, mintha a bevándorlók orvosi vizsgálatok, a mi legalább az elmebajosokat illeti, a kik itt kizárólag vizsgálódásunk tárgya, csakugyan bizonyos irányzat vagy célzatosság uralkodnék; legkevésbé állapítható meg pedig az a kelet- és déleuropaiakra nézve hátrányos értelemben; sőt ellenkezőleg, inkább azt fogjuk látni, hogy a nyugat-europai nemzetek kivándorlói azok, a kik közül aránylag többen térítetnek vissza elmebaj miatt, mint a kelet- és déleuropaiak közül.

Ennek megállapítása csakis az egyes fajok és népek szerinti megoszlásban történhetik, mert az „Annual Report“

## B) táblázat.

Fajok és népek	Év	Bevándorolt	Visszautasított							Visszautasított általában	Az összes visszautasítottak hány %-a volt elmebajos?
			idiotia	imbecillis	hibás elméjű (feeble minded)	epilepsiás	elmebeteg és olyan, ki a megelőző 5 éven belül volt elmebeteg, vagy előzőleg bármikor kétszer elmebeteg volt	összesen elmebaj miatt	% a bevándoroltakhoz viszonyítva		
Afrikai	1911	6721	—	—	—	—	1	1	0·014	285	0·35
	1912	6759	—	—	—	1	—	1	0·014	286	0·35
Örmény	1911	3092	—	1	—	—	1	2	0·06	319	0·626
	1912	5222	—	—	—	—	—	—	—	280	—
Cseh és morva	1911	9223	—	—	—	1	—	1	0·011	93	1·075
	1912	8439	—	—	1	1	—	2	0·023	38	5·263
Bolgár, szerb és montenegrói	1911	10222	—	—	—	—	—	—	—	749	—
	1912	10657	—	—	1	—	—	1	—	542	0·184
Kínai	1911	1307	—	—	—	—	—	—	—	769	—
	1912	1608	—	—	1	—	—	1	0·062	433	0·23
Horvát és szlavón	1911	18982	—	—	2	2	2	6	0·031	298	2·013
	1912	24366	—	—	2	—	2	4	0·017	318	1·257
Cubai	1911	3914	—	—	—	—	1	1	0·025	39	2·55
	1912	3155	—	—	—	—	—	—	—	13	—
Dalmát, bosnyák és hercegovinai	1911	4400	—	—	1	—	—	1	0·022	91	1·098
	1912	3672	—	—	1	—	—	1	0·027	94	1·063
Hollandi	1911	13862	—	—	1	—	—	1	0·007	89	1·123
	1912	10935	—	—	—	1	1	2	0·018	91	2·197
Keletindiai	1911	517	—	—	—	—	—	—	—	862	—
	1912	165	—	—	—	—	—	—	—	104	—
Angol	1911	57258	1	1	11	10	11	34	0·059	1433	2·307
	1912	49689	—	5	10	7	13	35	0·07	1117	3·142
Finnországi	1911	9779	—	—	—	—	—	—	—	103	—
	1912	6641	1	1	1	2	1	6	0·092	76	7·894
Franczia	1911	18132	1	—	5	—	5	11	0·06	626	1·757
	1912	18382	—	1	7	2	2	12	0·065	659	1·820
Német	1911	66471	1	1	13	1	8	24	0·036	1021	2·350
	1912	65343	—	3	14	2	11	30	0·045	758	3·957
Görög	1911	37021	—	1	1	—	1	3	0·008	1963	0·152
	1912	31566	—	—	1	—	—	1	0·003	1396	0·071
Héber	1911	91223	1	9	16	2	10	38	0·041	1999	1·900
	1912	80595	3	10	9	—	8	30	0·037	1064	2·819
Írországi	1911	40246	—	1	10	5	22	38	0·095	793	4·665
	1912	33922	—	1	4	3	14	22	0·064	576	2·430
Olasz	1911	189950	4	6	31	2	13	56	0·029	3979	1·407
	1912	162273	3	13	29	—	17	62	0·038	2321	2·671
Japán	1911	4575	—	—	—	—	—	—	—	80	—
	1912	6172	—	—	—	—	—	—	—	166	—
Koreai	1911	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	1912	33	—	—	—	—	—	—	—	7	—
Lítván	1911	17027	—	1	3	1	—	5	0·029	248	2·016
	1912	14078	—	—	1	—	1	2	0·014	142	1·408
Magyar	1911	19996	—	—	1	—	4	5	0·025	274	1·824
	1912	23599	—	1	2	1	—	4	0·016	225	1·777
Átvitel	1911	623926	8	21	95	24	79	227	—	16113	—
	1912	567271	7	35	84	20	70	216	—	10706	—

Fajok és népek	Év	Bevándorolt	Visszautasított							Visszautasított általában	Az összes visszautasítottak hány %-a volt elmebajos?
			idiotia	imbecillis	hibás elméjű (feeble minded)	epilepsziás	elmebeteg és olyan, ki a megelőző 5 éven belül volt elmebeteg, vagy előzőleg bármikor kétszer elmebeteg volt	összesen elmebaj miatt	% a bevándoroltakhoz viszonyítva		
Áthozat	1911 1912	623926 567271	8 7	21 35	95 84	24 20	79 70	227 216		16113 10706	
Mexikói	1911 1912	18784 22001	3 3	— 1	6 1	2 1	7 7	18 13	0·095 0·059	1242 1380	1·449 0·941
Pacific-szigetlakók	1911 1912	12 3	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —
Lengyel	1911 1912	71446 86163	— —	1 1	8 11	— 1	3 12	12 25	0·017 0·029	1133 846	1·059 2·955
Portugál	1911 1912	7469 9403	— —	1 —	— —	— —	— 1	1 1	0·013 0·01	107 72	0·934 1·388
Román	1911 1912	5311 8329	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	238 225	— —
Orosz	1911 1912	18721 22558	— —	— —	— —	— 2	— 1	— 3	— 0·013	466 306	— 0·980
Rutén	1911 1912	17724 21965	— —	— 1	2 6	— —	— —	2 7	0·011 0·031	394 391	0·507 1·790
Skandináviai (norvég, dán, svéd)	1911 1912	45859 31601	— —	— —	4 5	2 —	10 7	16 12	0·034 0·037	275 233	5·814 5·150
Skót	1911 1912	25625 20293	— —	2 3	4 3	4 3	6 6	16 15	0·061 0·075	557 416	2·872 3·605
Tót	1911 1912	21415 25281	— —	1 —	2 1	1 1	4 —	8 2	0·039 0·008	301 249	2·657 0·803
Spanyol	1911 1912	8068 9070	— —	— 2	— —	— —	— —	— 2	— 0·022	201 216	— 0·926
Spanyol (amerikai)	1911 1912	1153 1342	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	15 20	— —
Syriai	1911 1912	5444 5525	1 —	— —	1 —	— —	1 —	3 —	0·055 —	669 404	0·448 —
Török	1911 1912	918 1836	— —	— —	— —	— —	— 1	— 1	— 0·074	92 109	— 0·917
Welsi	1911 1912	2248 2239	— —	— —	4 —	— —	1 —	5 —	0·222 —	52 41	9·614 —
Nyugatindiai	1911 1912	1141 1132	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	21 18	— —
Egyéb	1911 1912	3323 3660	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	473 425	— —
Összesen	1911 1912	878587 838172	12 10	26 43	126 111	33 28	111 105	308 297	0·035 0·035	22349 16057	1·378 1·849

oly kimutatást nem tartalmaz, a mely országok szerint csoportosítaná a különböző okok miatt visszautasított és visszazárlított idegeneket. Így tehát a „Jelentés“-ből pontosan meg nem állapítható, hogy az egyes országokból bevándorlás céljából Amerikába érkezett egyének közül hány utasítottat vissza és a már bevándoroltak közül a törvényszabta időn belül hány szállítottat vissza. Erről csak a különböző fajokra és népekre vonatkoztatva nyerünk tájékozást, még pedig a XVII. és XVIII. táblázatból, a melyek alapján a rendelkezé-

semre állott két „Report“-ból az 1910/1911. és 1911/1912. évekre vonatkozólag a következő két táblázatot állítottam össze, belevonván egyúttal a VIII. táblázatból a bevándorlók számát, hogy a megfelelő viszonyszámokat nyerhessük. A B) táblázat azokat a külföldieket tünteti fel, a kiktől elmebaj miatt a belépési engedély megtagadtatott, a kik tehát már a partraszállás idején visszautasítottak; a C) táblázat pedig azokat, a kik a belépéstől számított három éven belül visszazárlítottak hazájukba. Ez utóbbiakat a „Report“ három alcsoportba osztva

C) táblázat.

Fajok és népek	Év	Bevándorolt	Visszaszállított						Általában visszaszállított	Az összes visszaszállítottak hány %-a volt elmebajos?
			imbecillis	hibás elméjű (feble-minded)	epilepsiás	egyéb elmebajos	összesen elmebaj miatt	% a bevándoroltakhoz viszonyítva		
Afrikai	1911	6721	—	—	—	8	8	0·119	24	33·33
	1912	6759	—	—	—	18	18	0·263	38	47·36
Örmény	1911	3092	—	—	—	3	3	0·097	14	21·42
	1912	5222	—	—	—	7	7	0·134	11	63·63
Cseh és morva	1911	9223	1	—	—	7	8	0·086	22	36·36
	1912	8439	—	—	—	4	4	0·047	11	36·36
Bolgár, szerb és montenegrói	1911	10222	1	—	—	4	5	0·049	19	26·31
	1912	10657	—	—	—	—	—	—	8	—
Kinai	1911	1307	—	—	—	—	—	—	146	—
	1912	1608	—	—	—	1	1	0·062	185	0·54
Horvát és szlavón	1911	18982	—	—	—	11	11	0·055	56	19·64
	1912	24366	—	—	—	15	15	0·061	43	34·88
Cubai	1911	3914	—	—	—	—	—	—	9	—
	1912	3155	—	—	—	—	—	—	1	—
Dalmát, bosnyák és hercegovinai	1911	4400	—	—	—	2	2	0·045	6	33·33
	1912	3672	1	—	—	—	1	0·027	4	25·00
Hollandi	1911	13862	—	—	—	9	9	0·065	37	24·32
	1912	10935	—	—	—	4	4	0·036	28	14·28
Keletindiai	1911	517	—	—	—	—	—	—	36	—
	1912	165	—	—	—	2	2	1·212	11	18·18
Angol	1911	57258	1	1	4	41	47	0·082	248	18·95
	1912	49689	—	—	1	25	26	0·052	227	11·45
Finnországi	1911	9779	—	—	—	31	31	0·317	68	45·58
	1912	6641	—	—	1	19	20	0·301	50	40·—
Francia	1911	18132	2	—	—	23	25	0·138	211	11·84
	1912	18382	—	—	—	15	15	0·081	81	18·51
Német	1911	66471	—	—	—	64	64	0·096	229	27·94
	1912	65343	—	1	—	56	57	0·087	244	23·36
Görög	1911	37021	—	—	—	16	16	0·043	86	18·6
	1912	31566	—	—	—	13	13	0·041	77	16·88
Héber	1911	91223	1	—	—	76	77	0·246	209	36·84
	1912	80595	—	2	2	76	80	0·099	191	41·88
Irországi	1911	40246	1	—	—	50	51	0·126	133	38·34
	1912	33922	1	—	1	61	63	0·185	135	46·66
Olasz	1911	189950	—	1	1	87	89	0·046	286	31·12
	1912	162273	—	1	2	80	83	0·051	277	29·96
Japán	1911	4575	—	—	—	3	3	0·065	176	1·7
	1912	6172	—	—	—	—	—	—	35	—
Koreai	1911	8	—	—	—	—	—	—	—	—
	1912	33	—	—	—	—	—	—	—	—
Litván	1911	17027	—	1	—	23	24	0·141	43	55·81
	1912	14078	—	—	—	6	6	0·042	16	37·5
Magyar	1911	19996	1	—	—	9	10	0·05	46	23·91
	1912	23599	—	—	—	14	14	0·059	39	35·89
Mexikói	1911	18784	—	2	3	8	13	0·069	157	8·28
	1912	22001	—	—	2	11	13	0·059	236	5·5
Átvitel	1911	642710	8	5	8	475	496	—	2261	—
	1912	589272	2	4	9	427	442	—	1948	—

Fajok és népek	Év	Bevándorolt	Visszaszállított						Általában visszaszállított	Az összes visszaszállítottak hány %-a volt elmebajos?
			imbecillis	hibás elméjű (feeble-minded)	epilepsziás	egyéb elmebajos	összesen elmebaj miatt	% a bevándoroltakhoz viszonyítva		
Áthozat ...	1911 1912	642710 529272	8 2	5 4	8 9	475 427	496 442		2261 1948	
Pacific-szigetlakók ...	1911 1912	12 3	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —
Lengyel ...	1911 1912	71446 85163	1 —	1 —	— 2	70 44	72 46	0·1 0·054	177 152	40·67 30·26
Portugál ...	1911 1912	7469 9403	— —	— —	— —	4 1	4 1	0·053 0·1	6 4	66·66 25·00
Román ...	1911 1912	5311 8329	— —	— —	— —	2 1	2 1	0·037 0·012	12 7	16·66 14·28
Orosz ...	1911 1912	18721 22558	— —	— —	— —	8 11	8 11	0·042 0·048	35 33	22·85 33·33
Rutén ...	1911 1912	17724 21965	— —	— —	1 —	10 16	11 16	0·062 0·073	44 35	25·— 45·71
Skandináviai (norvég, dán, svéd) ...	1911 1912	45859 31601	— —	— 1	— 1	44 66	44 68	0·096 0·215	94 125	46·8 54·4
Skót ...	1911 1912	25625 20293	— —	— —	1 1	10 7	11 8	0·042 0·039	62 33	17·74 24·24
Tót ...	1911 1912	21415 25281	— —	— —	— 1	10 12	10 13	0·046 0·051	24 33	41·66 39·39
Spanyol ...	1911 1912	8068 9070	— —	— —	— —	4 6	4 6	0·049 0·066	16 20	25·00 30·00
Spanyol (amerikai) ...	1911 1912	1153 1342	— —	— —	— —	— 2	— 2	— 0·149	4 5	— 40·00
Syriai ...	1911 1912	5444 5525	— —	— —	— —	1 1	1 1	0·018 0·018	32 31	31·25 32·25
Török ...	1911 1912	918 1336	— —	— —	— —	2 3	2 3	0·217 0·224	8 9	25·00 33·33
Welsi ...	1911 1912	2248 2239	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— 1	— —
Nyugatindiai ...	1911 1912	1141 1132	— —	— —	— —	2 2	2 2	0·175 0·176	7 14	28·57 14·28
Egyéb ...	1911 1912	3323 3660	— —	— —	— —	— —	— —	— —	6 6	— —
Összesen ...	1911 1912	878587 838172	9 2	6 5	10 14	642 599	667 620	0·075 0·073	2788 2456	27·51 23·92

mutatja ki, de ezen osztályozás, a mely inkább csak közizgatási jellegű, itt bennünket nem érdekel, miért is ezt táblázatomban az áttekinthetőség kedvéért mellőztem.

Az ezen két táblázatban felsorolt sokféle népfajból bennünket legközelebből a magyarok, tótok, horvátok, németek és románok, továbbá a rutének, zsidók és szerbek érdekelnek, mert egyfelől ezen fajkból tevődik össze kevés kivétellel a magyarországi kivándorlók nagy tömege, másfelől viszont az ezen népfajokhoz tartozó amerikai bevándorlók is vagy túlnyomólag, vagy igen nagy számban Magyarországból és társországaiból származnak.

Látjuk a D-táblázatból, hogy az Egyesült-Államokba bevándorló magyaroknak és tótoknak majdnem teljes száma és a horvát-szlavónoknak nagyobbik része a Magyarbirodalomból kerül ki, a mi ezen népfajok országbeli elrendeződésénél

fogva semmiképpen sem meglepő, ellenben rendkívül feltűnő az, hogy az összes amerikai német bevándorlóknak majdnem egynegyedrésze és a román bevándorlóknak körülbelül hétényolczadrésze ugyancsak ide való.

Ha immár az előbb közölt B- és C-táblázatokat vizsgáljuk, mely vizsgálatkor egyszerűség és czélszerűség okából csak a bennünket inkább érdeklő európai népekre vagyunk figyelemmel, akkor azt találjuk, hogy a magyarok, tótok és horvátok elég kedvező helyet foglalnak el, a mennyiben közülök elmebaj miatt a két jelentési évben átlag csak 0·02—0·02% utasított vissza és csak 0·05—0·05% deportáltatott, a románok közül visszautasítás egyáltalában nem történt, visszaszállítás pedig csak 0·02%-ban, a ruténeknél volt átlag 0·02% visszautasítás és 0·06% visszaszállítás, a szerbeknél elenyésző volt a visszautasítás, és visszaszállítás is csak egy



## D) táblázat.

Bevándorolt az Egyesült-Államokba:

Fajok	1910/11-ben		1911/12-ben	
	általában	Magyarországból	általában	Magyarországból
Cseh és morva	9.223	185	8.439	191
Bolgár, szerb és montenegrói	10.222	1.753	10.657	2.403
Horvát és szlávón	18.982	10.537	24.366	14.958
Dalmát, bosnyák és hercegovinai	4.400	24	3.672	50
Hollandi	13.862	23	10.935	11
Német	66.471	15.027	65.343	14.859
Héber	91.223	2.684	80.595	2.222
Olasz	189.950	36	162.273	51
Litván	17.027	7	14.078	12
Magyar	19.996	19.308	23.599	22.818
Lengyel	71.446	85	85.163	190
Román	5.311	4.582	8.329	7.199
Orosz	18.721	9	22.558	67
Ruén	17.724	1.908	21.965	3.591
Skandináviai	45.859	2	31.601	12
Skót	25.625	76	20.293	6
Tót	21.415	20.673	25.281	24.358
Egyéb	—	9	—	30
Összesen	—	76.928	—	93.028

évben volt 0.05% mennyiségben. Érzékenyebben érintette az amerikai eljárás a németeket, a kik közül visszautasított és visszaszállított együttvéve átlag 0.13%, még inkább pedig a zsidókat, a kiknél a hányad 0.21%-ot tett. Ha csakis a visszaszállítást nézzük és a kisebb bevándorlási számmal szereplő finnek nem tekintjük, akkor az európai kivándorlók sorában a zsidók egyáltalában a legrosszabbul állnak, a mennyiben ezen rendszabályozásukat 0.17%-ban érte. Máskülönbön azonban, ha a visszautasításokat és visszaszállításokat együtt vesszük, az irek állnak 0.23%-kal legelül, a mi összhangban áll *Swift*<sup>20</sup> azon megállapításával, hogy Massachusetts államban a bevándorolt idegenek között az irek azok, a kiken — leginkább az alkoholizmusra való hajlandóságuk miatt — leggyakrabban fordul elő elmebaj. Az irek és a zsidók után következnek 0.18%-kal a skandináviaiak, 0.17%-kal a francziák, majd ugyanolyan százalékkal, mint a németek, vagyis 0.13%-kal az angolok, azután 0.11%-kal a skótok és litvánok. A nagyobb bevándorlási számmal szereplő európai népek közül a lengyelek már csak 0.09%-ban, az olaszok 0.08%-ban térítettek vissza. Ezeket követik a magyarok, tótok, horvátok, csehek stb. Legkisebb százalékkal, t. i. 0.04%-kal szerepelnek az oroszok és görögök.

Ha ezen sort áttekintjük és a különböző népek között elszórt, de leginkább Kelet-Európából kivándorló zsidókat nem vesszük számításba, akkor azt látjuk, hogy az elmebaj miatt történt visszautasítások és visszaszállítások, a mint arra már fentebb utaltam, leginkább azokat a népeket terhelik, a melyek Európa északnyugati részeit lakják, tehát e tekintetben a Kelet- és Dél-Európából történő bevándorlással szemben az amerikai hatóságok részéről semmiféle káros tendencia nem nyilvánul.

De nemcsak földrajzilag lehet ezen különbséget megállapítani, hanem bizonyos fokig kulturális értelemben is, a mennyiben nagyjában azt találjuk, hogy a magasabb kulturálhoz tartozó népek kivándorló aránylag nagyobb számban utasítanak és szállítanak vissza, mint a többiek; majdnem bizonyos párhuzamosságot lehet megállapítani a civilizatio foka és a visszaküldöttök százaléka között.

A táblázatok vizsgálatakor még egy figyelemreméltó jelenségre akadunk. Míg ugyanis a különböző okokból történt összes visszautasításokban az elmebaj többnyire csak 1—3%-

kal szerepel mint kizárási ok, gyakran azon alul is marad, csak kivételesen emelkedik a fölé, úgy hogy átlagban az összes visszautasítottakhoz viszonyítva az elmebaj miatt visszautasítottak száma 1.6%-ot tesz ki, addig a visszaszállítások az esetek 30—40, sőt 50 és még azon túl is emelkedő százalékában elmebaj okából történnek. Az átlag itt 26.3%. Ezen nagy eltérés abban leli okát, hogy az elmebajon kívül eső kizárási okok, elsősorban a testi fogyatkozások, rendszerint könnyebben ismerhetők fel, illetőleg állapíthatók meg, úgy hogy a bevándorolni készülő embertömegnek közvetlenül a partraszállítás után végzett megrostálásakor túlnyomólag a többi kizárási ok jön tekintetbe, míg az elmebaj, a mely gyakran csak hetekkel, hónapokkal, esetleg évekkel a bevándorlás után nyilvánul, inkább később szolgált okot a törvény által előírt represszív intézkedésekre, a mi abban is jut kifejezésre, hogy az általában elmebaj miatt visszautasítottak kétharmadrészét a különféle gyengeelméjűek és epilepsziások teszik ki, míg a visszaszállítottak sorában ezek jelentéktelen számot képviselnek az *elmebajossá vált* egyénekkel szemben. Nagyon valószínű, hogy ezen itt érintett különböző viszonylatoknak beható tanulmányozása több érdekes, tanulmányos, talán fontos körülményt is kiderítene, de ezen tanulmányok csak akkor lenne biztos alapja, ha több, legalább 5—6 évre terjedő anyag állna rendelkezésre.

De vessünk még egy pillantást a vizsgálatunk tárgyául szolgáló B- és C-táblázatra. Elmebaj miatt visszautasított és visszaszállított 1910—1911-ben összesen 975 egyén, vagyis az azon évben bevándoroltaknak 0.11%-a, 1911—1912-ben 917 egyén, a mi a bevándoroltaknak 0.10%-át teszi ki. A D-táblázatban foglalt adatok segítségével már most hozzávetőlegesen kiszámíthatjuk, hogy az ilyenek Európába visszakerült elmebajos kivándorlókból a hazánkban tekintetbe jövő egyes népfajok szerint és így azután összesen hány esett Magyarországra. Ezen kissé körülményes számítás útján megállapíthatjuk, hogy 1910—1911-ben körülbelül 70 egyén, vagyis az azon évben Magyarországból Amerikába bevándoroltaknak 0.09%-a, 1911—1912-ben pedig körülbelül 72 egyén, azaz körülbelül 0.08%-a került vissza Amerikából hazánkba.

Ehhez azonban hozzá kell még venni azoknak nagy számát, a kik nem Amerikából, hanem már a hajórászállás előtt akár a kikötővárosból, akár valamely előbbi állomásból, a hol a kivándorlókat orvosi vizsgálatnak vetik alá, visszaküldetnek, úgy hogy az elmebaj miatt visszakerülő kivándorlók száma a valóságban lényegesen nagyobb.

De ha ezen egyének száma statisztikai szempontból nem is volna oly nagy, mint a milyen valóban, mégis a szóban forgó, szerencsétlenül járt kivándorlók sorsa emberileg oly meghatározó, másfelől a kérdés társadalmi vonatkozásai oly szembezők, hogy mindenképpen figyelmet érdemelne, a mint-hogy csakugyan már egyebütt is felkeltette egyes szakemberek figyelmét. Történt pedig ez természetszerűleg elsősorban ott, a hol az ily betegek tömegesebben kerülnek észlelés alá, tehát oly intézetekben, a melyek nagy kikötővárosok körzetébe tartoznak vagy azok közelében vannak.

(Folytatása következik.)

Közlemény az „Ingyentej-egyesület” rendelő intézetéből.

## A hyperolról.

Irta: *Deutsch Ernő* dr., igazgató-főorvos.

*Spitz* gráci sebész kijelentése „Das Kind kein miniature erwachsener, sondern ein keimender wachsender Organismus mit vielfach abweichenden physiologischen Gesetzen ist“ a gyermekkorban a therapeutikai javulatok felállításakor mindig szem előtt tartandó. Áll ez nemcsak belorvostani, de sebész szempontból is. Ezen felfogás vezet, midőn a hyperolla tett gyermekgyógyászati tapasztalatokról egész röviden beszámolni akarok.

A hyperol sec. *Richter* —  $\text{CO}_2(\text{NH}_2)_2 \cdot \text{H}_2\text{O}_2$  — hydrogen-superoxydnak és carbamidnak kristályos szilárd vegyülete, melynek előnye, hogy sem ásványosokat, sem anorganumot

<sup>20</sup> *Swift*: Insanity and race. Amer. Journ. of Insanity 1913 Ref. Z. f. die ges. Neur. u. Psych. Ref. VIII. p. 134.

savakat nem tartalmaz, s hogy közvetlen oxydáláson alapuló desinfiáló hatása folytán a pathogen és nem pathogen csírákat elpusztítja a nélkül, hogy mérgező hatást gyakorolna, vagy a szöveteket károsítaná; utóbbi két tulajdonság különösen gyermekorvosi szempontból nagy horderejű. A  $H_2O_2$  katalasék (enzymák, bacterium-termékek, szövetnedvek, normális és kóros váladékok, vörös vérsejtek strumája stb.) befolyása alatt erős habzás kíséretében  $H_2O$  s O-ra bomlik, mely folyamat mechanice ragadja tova a szövet felületén tapadó szennyet, továbbá fibrinkiválasztást provokálva haemostatikusan hat, s végre bacteriumölő és rothadást gátló hatásánál fogva desodorál.

A  $H_2O_2$ -oldat idővel O-ra és  $H_2O$ -ra bomlik s  $H_2O$  marad hátra, míg a por és a tableta alakjában kapható hyperolból mindig megbízható oldatot készíthetünk ( $1\text{ cm}^3 + 10\text{ cm}^3 H_2O = 11\text{ cm}^3 3\%$ -os  $H_2O_2$ -oldat).

Velich bakteriologiai vizsgálata szerint  $1\%$ -os hyperol =  $1\%$ -os perhydrollal, de erősebb, mint a pergenol  $2\%$ -os oldata.

Küster E. kijelentését: „... diejenige Wundbehandlungsmethode die beste ist, welche die Wunde am besten vor jeder Reizung schützt“, magamévá teszem s a hyperolkezelésre alkalmazom. A mindennapi ú. n. kis sebészetben a gyakorló orvosnak a hyperol kitűnő szolgálatokat tesz. Tapasztalataim röviden összefoglalva a következők:

1. 35 szennyezett felületés seb; kezelés kizárólag hyperolporral vagy oldattal ( $3\%$ ); a seb gyorsan tisztul, a genyedés szűnik, a sarjadzás élénk; kötészváltozáskor hyperol-oldattal ( $6\%$ -os) végzett irrigációra az erősen tapadó kötés fájdalom és vérzés nélkül (a mi különösen a gyermekkorban fontos) távolítható el.

2. Hasonló tapasztalatokat tettem égés-seb 11, panaritium 20, periostitis 18 és phlegmone 3 esetében.

3. Feltűnő gyors eredményt értem el álharthás lepedékű sebek esetén (1 égés-seb a vulva nyálkahártyáján, 3 a köztakarón).

Jó hasznát vettem a hyperolnak a bőrgyógyászatban. Jul. Wolff-nak a fekélyek gyógyítására vonatkozó kijelentése: „Die Therapie der Geschwüre hat die Aufgaben: 1. die Ursachen, welche das Geschwür erzeugt haben, oder welche die Heilung verhindern, zu beseitigen: 2. die üblen Komplikationen der örtlichen Geschwüre, d. i. die Fehler der Organisation, Absonderung, Vitalität und Formen beseitigen: 3. nach Umwandlung des komplizierten Geschwürs in ein einfaches, eine schnelle und dauernde Ueberhäutung zu bewerkstelligen“ a hyperolra joggal alkalmazható. Alkalmam volt e hatást torpid fekély eseteiben észlelni. ( $10\%$ -os oldat alkalmazása.)

A hyperol-kezelés az eczema terapiájában jelentős haladást jelent. A pörkök leválasztására, az alattuk lévő váladék eltávolítására, a hámosodás elősegítésére a hyperol-oldat, por, kenőcs kitűnő szolgálatot tesz. Részemről 34 gyermek eczemája ellen alkalmaztam eredményesen a hyperolt.

Csecsemők apró naevus pigmentosusát centrálta hyperol-oldattal kétszer naponta érintve, igen szép gyógyeredményt tudtam felmutatni (5 eset).

A hyperol fülgyógyászati alkalmazására bőven van alkalom. Otitis externa különböző alakjaiban a váladék mechanikai eltávolítására és desinfiálásra 21 esetben alkalmaztam megfelelő hatással a hyperolt. Középfülgyulladás eseteiben Bezold elvének: „Die sezernierende Fläche von allen Sepsiskeimen möglichst zu reinigen, respektive dieselben unwirksam zu machen und die fortwährend von der Luft zugebrachten neuen Schädlichkeiten dauernd auszuschliessen“ hyperol ( $5-10\%$  oldat) becseppentésével, vagy hyperol-oldatba mártott csik bevezetésével 57 esetben tudtam eleget tenni. Cerumen és idegen test eltávolításakor a hyperol mechanikai és desinfiáló hatása számos (15 cerumen és 6 idegen test) esetben bevált. A hydrogensuperoxyd-oldatok alkalmazása után gyermekeken gyakran tapasztaltam fájdalmakat, a mit anorganikus savak jelenlétének tudok be; hyperol-kezeléskor e kellemetlen mellékjelenség nem észlelhető.

Gazdag tapasztalataim vannak a hyperollal eredményesen kezelt száj-, garat-, orrmegbetegedések terén (104 eset). A stomatitisek (aphthosa, ulcerosa, soor) kezelése hyperolpálczikával érintéssel és oldatokkal eszközölt öblítésekkel a mechanikai és desinfiáló összehatás folytán kitűnően bevált, nemkülönben pyorrhoea alveolaris eseteiben. A különböző anginák gargarismás kezeléséről Fraenkel kritikája „Von Gurgelwässern weiss ich nichts rühmliches zu melden“ a hyperolra nem alkalmazható; a habzó hyperol-oldat a száj és garat minden zugát kitölti s desinfiálja.

A heveny fertőző megbetegedésekben curative és prophylactice kitűnő eredménnyel alkalmazom a hyperol-szájgarat-öblítéseket. Az oldat ize nem lévén kellemetlen és lenyelés esetében sem lévén ártalmas, a gyermekgyógyászati gyakorlatban nem ajánlható eléggé.

Pörköknek és váladéknak az orrból való eltávolítására is eredményesen alkalmaztam a hyperolt ( $4-6\%$ -os oldat).

Összegezve a mondottakat, a hyperolban oly készítményt ismertem meg, melyet említettem kitűnő sajátágainál fogva a gyakorló orvos figyelmébe a legmelegebben ajánlhatok.

### Udránszky László.

Született 1862 október 12.-én.  
Mehalt 1914 márczius 21.-én.

A mitől már néhány éve remegtünk, a mióta az arteriosclerosis első véstjelző jelensége mutatkozott rajta, az bekövetkezett! Udránszky László nincs többé, elérte őt is a magyar tudós tragikum, a korai halál. A kérlelhetetlen sors újra megrendítő csapást mért a budapesti egyetem orvosi karára, melyet néhány év óta már súlyosabbnál súlyosabb veszteségekkel sujt.

Férfikora delén, munkakedvének teljes virulásában, akkor, a mikor a legnagyobb lelkesedéssel, elfelejtve szenvedéseit, fogott hivatásának, tanári és tudós tevékenységének olyan kifejtéséhez, mely nemes ambícióját kielégítette, akkor lett vége hirtelen mindennek! Milyen odaadással és önfeláldozással kezdte meg Budapestre jövetele óta az élettani intézet átszervezését és átalakítását, hogy a mennyire egyáltalán lehetséges, megfelelő legyen a rendkívül megszorított hallgatóság befogadására és kiképzésére és eredményes tudományos búvárkodásra. Mily örömmel töltötte be lelkét és felejtette el vele betegsége symptomáinak aggasztó ismétlődéseit intézete munkaképességének fejlődése, mely lelkese-déssel beszélt arról a munkásságról, melyet az így megifjodott intézetben tanítványaival megkezdeni akart.

Ezen öröme, ezen reménye nem teljesedett, fáradozásának, az ő nagy, körültekintő, minden részletre kiterjedő gondosságának gyümölcset ő már nem élvezhette.

Udránszky László 1862 október 12.-én született Budatinban, Trencsénmegyében. Orvosi tanulmányait a budapesti egyetemen végezte, a hol már 1883-ban, vagyis 21 éves korában orvosdoktori oklevelet nyert. Már promóciója előtt mint gyakornok működött Korányi Frigyes klinikáján. 1886-ban külföldi tanulmányútra indult azzal a tervvel, hogy főképpen az élet- és körvegytanban képezi ki magát. Az első évet Hoppe-Seyler intézetében Strassburgban töltötte, majd 1887-ben a badeni Freiburgba ment, a hol különösen Baumann tanár kémiai laboratóriumában igen nagy buzgalommal és rendkívül sikeresen végzett tudományos vizsgálatokat. 1889-ben ugyancsak Freiburgban az orvosi kemiából magántanári képesítést nyert. 1890-ben visszatért Budapestre, a hol mint Korányi Frigyes tanársegédje az I. belklinikai laboratóriumának vezetését vette át s az orvosi kemiából a magántanári képesítést nyerte el. Állásában azonban nem maradt meg sokáig, mert elhatározta magát, hogy teljesen az élettannak szenteli teljes erejét és működését, a mire az időközben Klug Nándor távozásával megüresedett kolozsvári élettani tan-

szék alkalmat nyújtott neki. Mielőtt azonban a kolozsvári állást elfoglalta, 1891-ben az élettan nagymesteréhez, *Ludwig*-hoz ment Lipcsébe, a kinek intézetében több hónapot töltött. Onnan hazatérve, a kolozsvári egyetem élettani tanszékére nevezték ki 1892-ben és egyúttal megbízták az élet- és körvegytani tanszék vezetésével is. Ezen állásban 17 éven át működött, míg 1909-ben a budapesti egyetem orvoskari tanártestülete egyhangúlag meghívta a *Klug Nándor* halálával megüresedett élettani tanszékére. Ezen új állását azonban csak 1910-ben foglalta el, miután az 1909/10. tanévet még Kolozsvárt, a hol akkor rector volt, befejezte.

*Udránszky László* a szív koronaereinek sklerosisában szenvedett.

Az első aggasztó jelenségek 3 év előtt mutatkoztak, a mikor az első stenocardialis roham érte. Daczára a gondos therapiának s annak a lelkiismeretes nagy pontosságának, melylyel ő orvosainak tanácsát követte, a betegség szakadatlanul fejlődött tovább. Kínos rohamok gyötörték rövidebb-hosszabb szünetelésekkel. Szünetelése azonban nem akadályozták hivatásának teljesítésében. Fáradhatlanul dolgozott utolsó leheletéig intézetének tökéletesítésén és fejlesztésén. 3 hó előtt volt utolsóelőtti súlyos rohama, a melynek aggasztó tüneteit ő maga megrendítő részletességgel figyelte meg. Szomorú megfigyelései nem törték meg lelkierejét annyira, hogy külsőleg megmutatta volna, mennyire tisztában van azzal a halálos veszedelemmel, melynek élete első stenocardialis rohamra óta ki volt téve. Ő tudta és ismerte, hiszen kitűnő orvos volt, de családja iránti végtelen szeretete és gyengédsége megadta neki az energiát, aggodalmait a reménykedő nyugalom leplével fedni s buzgó munkássággal önmagával is felejtetni. Utolsó rohama látszólagos teljes jólét közepette márczius 21.-én este 9 órakor egészen váratlanul érte, közvetlenül, miután két barátjától elbúcsúzott. Pár pillanat alatt eszméletét veszítette s néhány perc múlva kiszünetelt.

*Udránszky László* már igen korán, 1882-ben, még egyetemi hallgató korában kezdte meg tudományos működését s adta jelét kiváló vizsgáló tehetségének és igen nagy ügyességének különösen az életvegytan terén, a hol csakhamar igen értékes felfedezésekkel a külföldön is hírnevet és nagy elismerést szerzett. Kimutatta, hogy az ú. n. uromelanin a vizelet színes bomlástermékeinek és az amylalkohol kondenzálása közben keletkező anyagoknak keveréke. Ő ismerte fel, hogy a szénhidratok megismerésére használt sokféle színreactio lényegében furfuroolreactio s ő adta a *Molisch*-féle alphanaphtolkémilésnek azt az alakját, melyet ma mindenütt mint a *Molisch-Udránszky*-féle reactiót használnak, mint legérzékenyebb próbát szénhidratnyomok kimutatására. Ezen vizsgálatai az érdekes és fontos eredményekhez vezető kutatásoknak egész sorát indították meg, melyeket részben maga *Udránszky* s tanítványai, részben távol álló tudósok végeztek. Így pl. *Mylius*-szal együtt a *Pettenkofer*-féle epesav-reactiót úgy módcsította, hogy cukor helyett furfurool-oldatot használ, a mi által oly érzékeny lesz a reactio, hogy  $\frac{1}{30}$  mgr. cholsav kimutatható vele.

*Baumann J.* freiburgi tanárral együtt végzett vizsgálatokkal *Udránszky*-nak sikerült először cystinuriás betegek vizeletében cadaverint és putrescint kimutatni s álatkísérletekkel bizonyítani, hogy ezen ptomainok só alakjában nem mérgesek. Ezen tanulmányok közben dolgozta ki a benzoylózás módszerét.

A szeszes erjedésre vonatkozó vizsgálataival bebizonyította *Pasteur* állításával szemben, hogy a glycerin nem tekinthető csupán másodrendű erjedési terméknek, hanem hogy ez az élesztősejt anyagfoglalmányának terméke.

Széles alapra fektetett kísérletes tanulmány első sorozatának eredményeiről számol be az idegrendszer kémiai összetételének a veszettség folyamán beálló megváltozásáról szóló dolgozata, melyet az Akadémia a *Rózsay*-féle díjjal jutalmazott.

*Udránszky* tudományos tevékenysége azonban koránt-

sem szorítkozik csak az élet- és körvegytanra. Az élettan elméleti és gyakorlati tanításával való foglalkozás magával hozta, hogy ő maga tanítványaival együtt az élettan más ágaiban is kutatásokat végezzen, melyek közül főként az érzékszervek körében, a melegérzés és a melegfájdalom tanulmányozása értékes új adatokkal gazdagította az élettant. Az akadémiai székkfogalójához, mely a fájdalom egységértékének kérdésével foglalkozik, szintén ezen körből vette themáját. S ebbe a körbe tartozik legnagyobb műve is: „A látás élettana“, mely 30 nyomtatott ív terjedelmű monographia, a Szemészet kézikönyvének egyik kötete. E rendkívül nagy körültekintéssel és alaposággal írt munkát, mely *Udránszky* rendkívüli széleskörű tudásának fényes bizonyítéka, a Kir. Orvosegyesület a *Mészáros*-díjjal tüntette ki.

*Udránszky László* széleskörű és sokoldalú nagy tudását és ritka szakképzettségét nemcsak saját tudományos dolgozataiban érvényesítette, hanem kitűnően gyümölcsöztette nagyszámú tanítványainak kutatásaiban is, melyeknek kezdeményezése tőle indult ki s melyek az ő vezetésével s az ő szellemében készültek. *Fodor Géza*, *Vas Bernát*, *Gara Géza*, *Koch Ferencz*, *Parádi Ferencz*, *Veress Elemér*, *Reinbold Béla*, *Fuchs Dénes*, *Kőrösy Kornél* és *Bogdándy István*, mind tanítványai, a kik értékes dolgozatokkal gazdagították az orvosi irodalmat.

*Udránszky László* hazánk természettudósainak legkiválóbbjai közé tartozott, a ki nemcsak tudományát vitte előre sikeres kutatásaival, hanem az igazi tudományos szellem eredményes fejlesztésével hazánk kulturáját hálára kötelező tettet is végzett. A ki ugyanis ismeri, hogy hazánkban mily nehéz a tudományos dolgozathoz kedvet ébresztetni s fáradhatlan buzdítással a sikert biztosító kitartást fentartani, *Udránszky* hazafias, kiváló, a legnagyobb elismerésre méltó érdemének fogja betudni, hogy neki sikerült nehéz körülmények között, eredményesen működő iskolát teremteni, a melyből utódai: *Veress Elemér* a kolozsvári élettani és *Reinbold Béla* az élet- és körvegytani tanszéken, kerültek ki. *Udránszky László* tudományos érdemeit a Magyar Tudományos Akadémia is elismerte azzal, hogy 1909-ben levelező tagjává választotta, Ő Felsege pedig 1911-ben a *Ferencz-József*-rend középkeresztjével tüntette ki.

Ha *Udránszky* mint tudós és tanár a legnagyobb elismerést tudta kivívni magának, úgy egyéniségének varázsával, lebilincselő szeretetreméltóságával és előzékenységgel mindenkinnek, a ki vele érintkezett, szeretetét nyerte meg. Kristálytisza, minden incorrectséget féltékenyen kerülő férfias jellemével pedig embertársainak osztatlan tiszteletét szerezte meg. Finom, előkelő lelke, mely annyira érzékeny volt minden szép és nemes iránt, a mindenki érzelmeit megbecsülő olyan tapintatot fejlesztett benne, hogy talán egész életében nem követett el tapintatlanságot. A ki csak ismerte, mind megérti, hogy ő azon kevés ember közé tartozott, a kinek nem volt ellensége, a mint azt ravatalánál a kolozsvári egyetem rectora meleg bensőséggel mondott szavakkal oly szépen kifejezte. De ha minden kihívást vagy felebarátjainak megbánását kerülő lelke őt nem is tette a harcz emberévé, úgy mégis ott volt ő mindenütt, a haladás barátai között és jelentékeny részt vett ki magának a liberalis szellem fejlesztéséért folyó nem lármás, de annál következetesebb, senki meggyőződését nem sértő küzdelemben. Nem is mulasztott el egy alkalmat sem, mely lehetővé tette neki nemcsak szakmájának, hanem az egyetemnek vagy az egész felső oktatásnak előmozdításában résztvenni, a mit annál sikeresebben tehetett, mert rendkívül sokoldalú, páratlan emlékezőtehetséggel táplált és szakmája határait messze túlhaladó tudását épp itt értékesíthette.

Halála nagy, szinte pótolhatlan vesztesége az orvosi tudományoknak, egyetemünknek és hazánk kulturájának, melynek történetében neve meg van örökítve. Emlékét szeretetteljes kegyelettel fogjuk megőrizni szívünkben.

*Tangl Ferencz.*

## IRODALOM-SZEMLE.

## Könyvismertetés.

**Karl Blümel: Die ambulante Therapie der Lungentuberkulose.** Mit Abbildungen im Text und zahlreichen Temperaturkurven. Urban u. Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1913.

A *Brehmer* emlékének ajánlott, 204 oldalra terjedő munka abból a megismerésből indul ki, hogy helytelen volna a tüdőgümőkór terapiája terén mindent a sanatoriumoktól várni, melyek csak a betegeknek kis számát vehetik fel s ezeknek is jó részét további kezelésre szoruló állapotban bocsátják el falaik közül. A magánygyakorlatnak, a phthiseotherapia modern elveit szem előtt tartva, intenzíven kell a tüdőgümőkór ambulans kezelésével foglalkoznia, ez orvosi részről a közszükségnek felel meg.

A szerző művében erre nézve ad kimerítő útmutatásokat. Munkáját 5 részre osztja fel. Az elsőben tárgyalja a hygienés-diaetás kezelésnek a magánygyakorlatban (házilag) való alkalmazását, a másodikban az ambuláns végzett specifikus kezelést, a harmadikban a medicamentosus, tüneti gyógyítást, a negyedikben a tüdőgümőkór „sebészi“ orvoslását s végül az ötödikben a leggyakoribb complicatiókkal szemben követendő eljárásokat fejtegeti.

Hogy a hygienés-diaetás elvek ott, a hol azt nagy szegénység nem gátolja, az otthon keretében jól megvalósíthatók, hazai irodalmunkban is nem egyszer hangsúlyozták; a sanatoriumokon kívül végzett specifikus kezelés jogosultságát pedig *Koch Róbert*-től kezdve számosan (*Müller, Petruschky, Hammer, Saathoff, Aufrecht, Sahli, Weicker, Bandelier-Roepke*) elismerték; a művi pneumothorax-kezelést, mely a „sebészi“ beavatkozások közül leginkább jó szóba, csak oly orvos gyakorolhatja, a kinek Röntgen-készülék áll rendelkezésére s az első insufflatiókat *Blümel* szerint is leghelyesebb, ha valamely gyógyintézetben végzi; ellenben a medicamentosus terapiának az ambulans kezelésben az őt megillető hely nem vitatható el.

Minde fejezetekben számos, bő tapasztalatra valló, értékes útmutatást ad olvasójának a szerző (a ki pl. a mesterseges légmellnek *punctiós* eljárással való létesítésétől egyáltalán nem idegenkedik) s bárha helylyel-közzel hiányos is egy-egy alfejezet therapiái rajza (pl. a complicatiók között a peritonitis tuberculósának nevezetes eredményeket adó heliotherapiáját nem emeli ki kellőleg), a munka a praktikus orvosnak igen hasznos olvasmánya leszen.

A könyv kiállítása az Urban és Schwarzenberg-től megszokott jó. *Okolicsányi-Kuthy Dezső* dr.

## Új könyvek:

*Nassauer*: Die hohe Schule für Aerzte und Kranke. München, O. Gmelin. 2 m. — *Pinkus*: Der Ausfall des Kopfhaares und seine Behandlung. Halle, C. Marhold. 1'60 m. — *Uhlenhuth und Mulzer*: Atlas der experimentellen Kaninchensyphilis. Berlin, J. Springer. 28 m. — *Adrian*: Die praktische Bedeutung der Missbildungen der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters. Halle, C. Marhold. 1'20 m. — *K. Walko*: Die spastischen Erkrankungen des Verdauungskanales. Halle, C. Marhold. 1'50 m. — *H. Roeder*: Geländebehandlung herzkranker Kinder im Mittelgebirge. Berlin, A. Hirschwald. 360 m. — *E. Navratil*: Entstehung und Entwicklung der Laryngoskopie. Berlin, A. Hirschwald. 1'60 m. — *W. Schrauth*: Die medikamentösen Seifen. Berlin, J. Springer. 6 m.

## Lapszemle.

## Belorvostan.

A diabetes mellitus juvenilisnek *innocens* formával foglalkozik *Salomon*. Ezen diabetes *innocens*nek nevezett körformát azon ifjúkori diabetes mellitus eseteiben véli megtalálhatni *Salomon*, melyek ellentétben a legtöbb igen súlyos ifjúkori diabettessel, igen enyhe, chronikus s idővel nem súlyosbodó, acidosisal nem járó diabettesként folynak le, s melyek sok tekintetben emlékeztetnek a renalis diabettésre. Ezen diabetes *innocens*re jellemző: rendszerint kistökű glykosuria a beteg testvéreire vagy az ascendens ágon, a beteg-

ségnek ifjúkori, még gyakrabban azonban gyermekkori kezdete, a beteg neurastheniás terheltségi tünetek jelenléte, a glykosuriának igen enyhe foka. Rendszerint 1%-on aluli vizeletcukorconcentratio van jelen, a mely csak psychés befolyások után szokott jelentékenyebben emelkedni. A glykosuria foka a táplálék szénhydrattartalmától meglehetősen független, a vizelet a táplálék szőlőcukortartalmának legfeljebb csak 10%-át tartalmazza. A vércukorconcentratio rendszerint normalis, azonban előfordulhat hyperglykaemia is; hyperglykaemia jelenléte egymagában nem szól diabetes *innocens* vagy diabetes renalis ellen. Diabetes *innocens* esetében a táplálék szőlőcukortartalmának fokozása a vércukorconcentratio csak kis mértékben emeli. A betegség nem progresszív jellegű, szénhydratmegvonás mellett kifejlődhet acidosis, mely szénhydratdús táplálék felvétele után gyorsan tűnik. A betegek egészen jól érzik magukat; a hyperglykaemia okozta complicatiók hiányoznak még azon esetekben is, melyekben hyperglykaemia van jelen. A beteg diatájában a szénhydratok nagyobb mennyiségben szerepelhetnek, mint a közönséges diabetes mellitus eseteiben, azonban bizonyos megszorítások mégis kívánatosak. A diabetes *innocens* esetei nem ritkák. (Deutsche med. Wochenschrift, 1914, 5. szám.)

*Galambos* dr.

## Sebészet.

**Ulcus duodeni eseteiben a pylorus ellátásáról** ír *Preiser*. A szerző felteszi a kérdést, hogy a pylorus elzárásának melyik módját választjuk, a véglegeset-e, vagy a temporært. Az angol és amerikai irodalom feltűnően nagy számban megoperált eseteivel ezt a problémát egyáltalán nem ismeri. *Moynihan* pl. állandóan gastroenterostomiát végez az ulcus átvarrásával. Nálunk ez az átvarrás általában redőző varratokkal pótolgatott, a minek azonban szintén vannak kellemetlen következményei. Az *Eiselsberg*-féle definitív pyloruskirekesztést általában a műtét complicatiójának tekintik, a mortalitás nagy mértékben emelkedik utána és a kellemetlen következmények kimaradását (vérzés, perforatio) szintén nem biztosítja, miként az egyszerű elvarrások sem. Az esetek legnagyobb részében nem szükséges az *Eiselsberg*-féle pyloruskirekesztés, a mely physiologiai szempontból sem kívánatos. Sürgős szükségesség nélkül nem helyénvaló fontos bélrészletet a functióból kirekeszteni. A szerző vagy három redőzővarratot alkalmaz, vagy pedig háromszor súlyosított Lambert-varratot a pylorus táján, és azt ajánlja a gyomorperistaltika elleni védelméül, hogy pontosan az utolsó, a gyomor felé irányuló varrat fölött egy circularisan vezetett selymfonalat erőszak nélkül, csak oly erősen húzzunk meg, hogy a redőzővarratok általt adaptált serosafelületek szorosan egymás mellett feküdjenek. Ha a gyomorperistaltikának sikerül a selymfonalat meglazítani, akkor az adaptált serosafelületeknek már volt idejük egymással erősen összenőni, hogy ezáltal a pylorus elzáródását hosszabb időre biztosítsák. Ha körülbelül 6 hónap múlva ezen redők el is simulnak, klinikai tapasztalatok szerint ezen időre az ulcus duodeni már meggyógyult. Egyes kellemetlenségektől (recidivák, vérzések, perforatiók) sem az *Eiselsberg*-féle pyloruskirekesztés, sem a redőzővarratok, sem az ulcus excisiója nem védenek meg. (Berliner klin. Wochenschrift 1914, 4. sz.)

*iff. Háhn Dezső* dr.

## Ideg- és elmekórtan.

Az ú. n. pseudosclerosis tanához szolgáltat újabb adatokat *Strümpell* és *Handmann*. Ezen betegség, mely a sclerosis multiplex-szel való hasonlatosságáról nyerte nevét, azon újabban felfedezett s elméletben fontos betegségcsoport-hoz tartozik, a melyet az extrapyramidalis motoros készülékek megbetegedése okoz a központi idegrendszerben. Ide tartozik még a paralysis agitans és az ú. n. *Wilson*-féle betegség. Mindezekben a klinikai kép lényegét a végtagok s a fej fixálására szolgáló antagonisták izmok beidegzésének zavara alkotja, mely vagy túlságos tonusban, mint paralysis agitans eseteiben, vagy durva intentiós tremorban, mint pseudosclero-

sis eseteiben nyilvánul. Minden a pyramispálya megbetegedésére utaló tünet, mint fokozott reflexek, Babinski, hiányzik. Ellenben kísérik az idegrendszeri tüneteket egyéb időszült szemelváltozások, mint pl. a cornea-szél zöldes elszinesedése, a máj sclerosisára utaló tünetek, lépmegnagyobbodás. Utóbbiak a szerzők esetében már klinikailag is gyaníthatók voltak, mint a hogy *Wilson* azokat hasonló esetekben bonczoláskor megtalálta. Ugy látszik tehát, hogy itt általános időszült anyagcserezavarral van dolgunk, mely leginkább idegrendszeri tünetekben nyilvánul. Magában a központi idegrendszerben, a centralis ganglionokban, a thalamusban, a nucleus lenticularisban találtak kórbonczolástani elváltozásokat (az ú. n. *Wilson*-féle lenticularis degeneratio). (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde*, 50. köt.) L.

**Calciumot a jod- és bromkúrák mellékhatásai ellen** ajánl *E. Frey*. A calcium physiologiai izompraeparatumon a jod és brom ingerlő hatását megszünteti. A jodnak a nyálkahártyákra való gyuladást keltő hatását a calcium szintén gátolja. Ezért a szerző úgy véli, hogy calciumjodid, illetve calciumbromid (1.0 ill. 0.5 gr. dos. oldatban) adásakor bromismus, illetve jodismus nem jönne létre. Bromacne ellen szintén hatásosnak véli ezen gyógyítást; külsőleg 10% calcium-chloratum-kenőcs, belsőleg pedig a következő szer alkalmazandó: Rp. Calcii chlorati crystallisati 30.0; Aqu. dest. ad 150. 3-szor 1 evőkanállal. Csak erős sával kapcsolt calciumsót szabad belsőleg adni, mert különben calciumcarbonat csapódik ki. (*Mediz. Klinik*, 1914, 9. sz.) L.

#### Venereás betegségek.

**Az ulcus vulvae acutum**-ot ismerteti *S. Gross* (Wien). Ezt a sajátságos betegséget a mult esztendőben *Lipschütz* írta le. Jellege az, hogy a női külső nemi szerveken apró pustulákból csakhamar hol különálló, hol egymással összefolyó, éles határu alávájt fekélyek támadnak, melyek álhártyával vannak borítva. Az álhártyák leökődése után a fekélyek hamarosan meggyógyulnak. Az esetek egy részében a fekélyek heves általános tünetek (láz stb.) kíséretében támadnak, vannak viszont esetek, melyekben a fekélyek szinte lappangva keletkeznek s ekkor hiányzanak is az általános melléktünetek. Különösen a lágyfekélytől nehezebb az ulcus vulvae acutum-ot megkülönböztetni s ezért ajánlatos mindenkor a bakteriologiai vizsgálat. A folyamatra ugyanis jellegzetes, hogy a váladékban hosszú, éles végű Gram-positív bacillusok találhatók, melyek láncokat, fonalakat alkothatnak. A bacillusok, melyeken kívül más mikroorganizmus nem szokott jelen lenni, a kimetszett fekélyrészben szövettanilag is kimutathatók. Tenyésztésük nem sikerült. A fekély csak helyi természetű. A szomszédos nyirokerek és nyirokmirigyek nem szoktak megbetegedni. Érdekes, hogy a *Lipschütz* és *Scherber* által eddig közölt legtöbb eset virgókra vonatkozott. Ilyen eset volt a szerző is. (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1914, 10. sz.) *Guszman*.

#### Húgyszervi betegségek.

**Az intravenás arthigoninjekciók** értékét *H. Wischer* a charlottenburgi városi közkórház nagy beteganyagán kísérletileg tanulmányozta és észleléseit a következő pontokban összegezte:

1. Az intravenás injekciók a blennorrhoea bizonyos complicatióiban (arthrititis, epididymitis, adnexbetegségek) igen jó hatásúnak bizonyultak, de ez a hatás semmivel sem múlta felül az intramuscularis befecskendéseket.

2. Az intravenás injekciók mellékhatásai (láz s rázó hideg) a legtöbbször lényegesen nagyobbak, mint az intramuscularis befecskendések után beállók és a beteget rendszerint erősen megviselik.

3. Ezért a legtöbb esetben az izom közötti befecskendések ajánlatosabbak és csak a mennyiben ezzel az eljárással nem érünk célra, tehát csakis a nagyon makacs esetekben kíséreljük meg az intravenás injekciót.

4. Az intravenás injekciók után észlelhető 1.5<sup>o</sup>-os és ennél

nagyobb hőmérsékemelkedések a körjelzés szempontjából nem értékesíthetők feltétlenül a kankó javára, minthogy több esetben kétségtelenül gonorrhoeamentesnek bizonyult betegeken is észleltek ilyeneket. (*Dermatologische Wochenschr.*, 1914, 4. sz.) *Drucker*.

#### Orr-, torok- és gégebajok.

**A rhinitis sicca postoperativa, valamint a rhinogen postoperatiós agyvelőszövődmények elkerüléséről** ír *Rhese* (Königsberg). A rostasejtek és iköböl operatiói után támadó rhinitis sicca postoperativa okai szerinte a következők: az orrüreg térbeli viszonyainak megváltozása (kitágulás), a nyálkahártyának kellő meg nem kímélése, constitutionális tényezők (súlyos anaemia, köszvény, diabetes, a szervezetben egyebütt levő kóros folyamatok okozta toxinhatás, circulatiós zavarok, tropho-neurosisos befolyások), az utókezelésnek túlkorán abbahagyása. A rhinitis sicca postoperativa elkerülésére a következőket ajánlja: a térbeli viszonyok túlságos kitágulásának elkerülésére a középső kagylót lehetőleg meg kell tartani s csak kórosan elváltozott részeit szabad eltávolítani, a nyálkahártyát a lehetőségig kímélni kell, az utókezelést kellő ideig kell folytatni a specialis viszonyokhoz mérten és végül a constitutionális okokat megfelelő általános kezeléssel kell befolyásolni. A szóbanforgó műtétek után *Rhese* az utókezelést így végzi: a műtét befejeztével praecipitatenőcsccsel bekent steril gazecsikot helyez a középső kagyló és a lamina papyracea közötti részbe, melyet 2 nap multán eltávolít; körülbelül 8 nap mulva a műtét területét cocain-adrenalin-tamponokkal megtisztítja s kezdetben 5%-os, majd 10%-os lapis-oldattal ecseteli és steril konyhasó-oldattal öblíti ki; gondosan ügyel túlbujánzó sarjakra, melyeket eltávolít s ezen kezelést mindaddig folytatja, míg a műtét területe egyenletes, sima teknőszerű elmélyedéssé válik, mely sarjakat nem mutat. A középső kagylónak és medialis hámborítékának megtartását a szerző fontosnak tartja postoperatiós rhinogen agyvelőcomplicatiók elkerülésére is, a mennyiben ha ezt szem előtt tartjuk, a lamina cribrosa tájékának megsértése ki van zárva, hacsak nincsenek jelen anatómiai anomaliák; a medialis rostacsontlemez mint védőpajzs szolgál és a közötte és a lamina papyracea közötti térben aggodalom nélkül eltávolíthatjuk a frontalis sejteket egészen a homloköböl bemenetéig; ily módon az agyvelőinfectiók főútjai, a fila olfactoria és az arachnoidalis ürökkel közlekedő nyirokutak nem érintetnek. A jelzett célból a rostasejtek és iköböl műtévesekor a középső kagylót hosszú szárú speculummal s az erre a célra különösen alkalmas *Killian*-féle műszerrel (*Drücker*) luxálja és a septum felé szorítja. (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde etc.*, 69. köt., 1. füz.) *Safranek* dr.

#### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Makacs fekélyek** gyógyítására *Ebiour* lázat létesített mesterségesen és nagyon kedvező eredményeket ért el. A láz előidézésére *Witte-pepton* 3—15%-os oldatát használta, a melyből 3—5 cm<sup>3</sup>-t fecskendezett be a bőr alá vagy intramuscularisan 3—5 napos időközben. (*Ref. La semaine médicale*, 1914, 7. sz.)

**Oxyuriasis** több esetében használta *Neubauer* feltűnő jó eredménnyel a *validol*. A gyermek kora szerint (2—12 év) 2—10 cseppet adott este 1—2-szer cukros vízben. (*Deutsche Medizinalzeitung*, 1913, 50. sz.)

**Az apyron** nem más, mint lithiumot is tartalmazó aspirin (lithium acetylosalicylicum). *Jansen* szerint jóízű, a gyomrot nem rontó, biztosan ható diaphoreticum, antirheumaticum, antineuralgicum és antipyreticum. Nagyon jól oldódik vízben s azért per rectum és subcutan, illetve intramuscularisan is alkalmazható. Utóbbi célra 50%-os oldatot használunk, per klysmam pedig 3—5 grammot adunk egyszerre 50 cm<sup>3</sup> vízben feloldva 10 csepp opiumtincturával, előzetes tisztító beöntés után. Belsőleg 5—8 gr. a napi adag. (*Therapie d. Gegenwart*, 1914, 2. füzet.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1914. 12. szám. *Orsós Ferencz*: A sarjadzó- és penészgombák okozta megbetegedések casuistikájához. *Vidakovich Kamill*: A műtéttel járó veszélyek és káros hatások elkerülésére irányuló törekvések a modern sebészetben.

**Orvosok lapja**, 1914. 13. szám. *Hoffmann Jenő*: A villamos soványító eljárások alapja és lényege.

**Budapesti orvosi ujság**, 1914. 13. szám. *Sellei József*: Befolyásolják-e a colloidok a fémsóoldatok hatását? *Goldberger Ede*: A bacteriologia és serologia szerepe a venerológiában.

### Vegyes hírek.

**Kinevezés.** *Szilágyi István* dr.-t Máramaros vármegye tisztii főorvosává, *Kakuk János* dr.-t a temesvári közkórházhoz alorvossá nevezték ki.

**Választás.** *Fischer Arthur* dr.-t Tatrangon, *Vécsey Pál* dr.-t Megyaszón, *Csávássy Zoltán* dr.-t Ercsiben körorvossá választották.

**Meghalt.** *Szécsi István* dr. 27 éves korában San-Remóban. — *Leitner András* dr. 55 éves korában Balkányon.

**Az orvosi továbbképzés központi bizottsága** a napokban küldte szét ezévi programját. A folyó évben 15 tanfolyamot rendeznek. *Budapest* és *Kolozsvár*ott az egyetemi klinikákon és a kórházakban kéthetes ismétlő-cursus lesz június első felében. *Temesvárott*, *Nagyváradon* és *Gyulán* ez évben is megtartják a kórházi tanfolyamokat. A bizottság nagy súlyt helyez a klinikákon hirdett négyhetes tanfolyamokra, melyek egy-egy tárggyal való alapos foglalkozást engednek meg. A hatósági alkalmazásban lévő orvosok számára a közegészségügyi szolgálatok szükséges ismeretek tanítására ez évben is egy kéthetes tanfolyam, a balesetbiztosítás terén működő munkáspénztári orvosok számára pedig ugyancsak a múlt évnek mintájára egy egyhetes tanfolyam fog tartatni. A bizottság felvette programjába a gümőkór ellen való küzdelmet is, e célból a gümőkór kör- és gyógytanából egyhetes tanfolyamot s a tuberculosis gyógyításával foglalkozó orvosok számára külföldi tanulmányutat rendez. A bizottság irodája: VIII., Mária-utca 39.

**A budapesti poliklinika** rendeléseinek februárban 4770 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 17929 volt.

**Kisebbségi közlések az orvostudomány köréből.** *Pangással hyperaemiássá* tett helyeken *Salomon* szerint a belsőleg adott jód nagyobb mennyiségben halmozódik fel és így erősebben hat, a minek a sebészi gümőkóros bajok gyógyításában nagy jelentősége lehet. (Mitteilungen a. d. Grenzgebiete, 27. kötet, 1. füz.) — *Anyaghiányok pótlására Delbet* a kalciumot ajánlja, mint a mely élő szövetekben nem oldódik és nem is tokolódik el. (Académie de médecine, 1914 márczius 10.-én tartott ülés.) — *Pneumonia* eseteiben *Rénon* jó eredménnyel használja az emetint 4–6 centigrammos adagban a bőr alá fecskendezve. (Société méd. des hopitaux, 1914 márczius 6.-án tartott ülés.)

**Személyi hírek külföldről.** A lyoni egyetemen *Jaboulay* és *Poncet* tanárok utódjává a két sebészeti tanszéken *L. Bérard* és *Tixier* agrégékat nevezték ki. — A lille-i egyetem elmekörtani tanszékét *Raviar* dr. agrégéval töltötték be. — A bordeaux-i egyetemen *E. Verger* dr.-t a törvényszéki orvostan tanárává, a toulouse-i egyetemen *Desforgues-Mériel* dr.-t a sebészeti tanárává nevezték ki. — *A. Biedl* dr.-t, a bécsi egyetem rendk. tanárát a prágai cseh egyetemen az általános és kísérleti kórtan tanárává nevezték ki. — *G. Hotz* magántanár Freiburgban (sebészet) rendk. tanári címet nyert. — Kopenhágában *V. Ellermann* magántanár a törvényszéki orvostan tanára lett.

**Hírek külföldről.** A Zeitschrift für Tuberkulose szerkesztését — mint társszerkesztő *A. Kuttner* tanár mellett — *Rabinowitsch Lydia* dr. professor asszony vette át. Ez az első eset, hogy orvosi lapot nő szerkeszt. — A zürichi egyetemen a fogorvosoknak megadták a Dr. med. dent. címet, a német egyetemeken azonban a fogorvosoknak erre irányuló mozgalmá még nem vezetett célhoz; a mértékadó körök csak a Dr. dent. vagy odont. mellett vannak. — A német sebésztársaság 43. congressusán, mely április 15.–18.-án lesz Berlinben, a következő kérdéseket fogják megvitatni: 1. A postoperatív hassérvek okáról és gyógyításáról. Referens: *Sprengel* (Braunschweig). 2. A pajzsmirigy átültetésének maradé eredményeiről az emberen. Referens: *Kocher* (Bern). 3. A hólyag daganatairól. Referens: *Hildebrand* (Berlin). — Bécsben „Kísérleti phonetikai társulat” alakult. A társulat elnöke *Réthy L.* tanár, első titkára *R. Pösch* tanár, másodtitkára *H. Stern* dr.

**A budapesti orvosi kör országos segélyegylete** pénztárába Göbel József, Groszmann Arthur, Herczeg Lajos, Herzog Arnold, Hirtenstein Leó, Kerekes Ödön, Kincs Miksa, Kovács Soma, Kürthy Dezső, László Mór, Lichtmann Samu, Mann Mór, Morelli Gusztáv, Maros Mór, Moskovits Ignác, Nadas Lipót, Neumann Salamon, Pálffy D. Ignác, Perényi István, Pollák Mór, Révész Vilmos, Reinitz Miksa, Sebastyén Ödön, Schrodt Antal, Stösszel Lipót, Szántó Ármán, Takács Márton, Tomka István, Vadász Aladár, Várady László, Darvas Sándor, Dembitz Mátyas, Dumitreanu Agoston, Csiky Mihály, Madarasy Lipót, Gadányi Koch Béla, Gál Arthur, Ajtócs Imre, Bókay Árpád, Czoniczer Márton, Cseley József, Dietzl Ferencz, Dizián Kálmán, Epstein Manó, Furka Sándor, Fülöp Jakab, Fürst Zsigmond, Geyer József, Hazslinszky Hugó, Hieronymi Géza, Hoór Károly, Lovrich József, Marikovszky György,

Mihajlovits Miklós, Moravcsik Ernő, Paczka László, Pákozdy Károly, Prajzák Adolf, Radó Lipót, Rajnai Béla, Révész Gyula, Rónai Gusztáv, Sulkovszky József, Széll Manó, Tóth Lajos, Uhl Gyula, Zemplénnvármegyei orvos-gyógyszerész egylet, Bakó Sándor, Balogh Dezső, Bilasko György, Dieballa Géza, Doktor Károly, Erdős Emil, Erős Emil, Erős Gyula, Frigyessy József, Gobbi Károly, Hajnik Emil, Hudovernig Károly, Jármái László, Kern Géza, Kocsis Elemér, Korányi Sándor, Liebermann Emanuel, Lobmayer Géza, Mutschenbacher Tivadar, Schatz Róbert, Szirtes Alajos, Walheim Béla, Walla Béla, Ángyán Béla, Bakay Lajos, Balkányi Vilmos, Bergsmann Ignác, Bernolák József, Borszéký Károly, Deutsch Ignác, Dobozi Márton, Donogány Zakariás, Fábry Ágost, Fehér Sándor, Fejes Lajos, Finály György, Földi Emil, Fried Sándor, Gara Arthur, Gmellin Ottó, Göllner Aladár, Hauer Ferencz, Hegedűs Pál, Horváth Ferencz, Illyés Géza, Kammer Manó, Kanitzer Ignác, Káldor Bertalan, Kelemen Izidor, Kéty László, Kola István, Körmöczy Zoltán, Kratochvilla János, Kubinyi Pál, Nádori Pál, Papp Károly, Polgár Emil, Purjesz Ignác, Rajnik Pál, Reitzer Mór, Scholtz Kornél, Schwarcz Nándor, Stáhl Ignác, Steiner József, Sturm József, B. Szabó József, Udránszky László, Vas Jakab, Wenczel Tivadar, Wiesinger Frigyes, Winternitz Arno d, Zsigmond Zoltán, Hübsch Miksa, Petz N., Szabó Zsigmond, Szkirpán Ambrus, Varga Zsigmond, Bácskay Béla, Hecht Adolf 4–4 korona tagdíjat befizettek.

Katona József dr., pénztáros.

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

### 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 Viktor dr., operateur.*

**Bőrgyógyító és kozmetikai intézet** Dr. Justus J., főorvos, kórházi IV., Ferencz József-rakpart 26.

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

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

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

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

### Epileptikus betegek intézete

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

### RÖNTGEN-REINIGER

és VIII. orvosi készülékek **GEBBERT és SCHALL R-T.**

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

**Dr. GÁMÁN BÉLA**

diaetás orvosi intézete  
■■■ VOLOSCA-ABBAZIA. ■■■

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

**Dr. GARA GÉZA, Meran.** Sanatorium. Újonnal átalakítva. Prospektus.

**Dr. Weltmann** Pöstyén. (Amália-udvar, Királysor 8.) A Szt. Lukács-fürdő éveken át v. orvosa.

A köszvény-, csúz- és neuralgiás (ischias) bántalmak szakorvosa.

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

**MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK**

fürdőkhoz.

■ **LÁPSÓ** ■  
száraz kivonat  
ládákban à 1 kiló

**LÁPLUG**  
folyékony kivonat  
üvegekben à 2 kiló

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (III. ülés 1914 január 24.-én). 265. I.

**Budapesti Kir. Orvosegyesület.**

(III. rendes tudományos ülés 1914 január 24.-én).

Elnök: Liebermann Leo.

Jegyző: Bence Gyula.

**Gümös patkóvese gyógyulása resectio után.**

Fáykiss Ferenc: A patkóvese diagnosízára csaknem kizárólag a mütét alkalmával jutunk, s daczára a pontosan végrehajtott cystoskopi vizsgálatoknak, rendszeren a vese kiluxálásakor vesszük csak észre, hogy a kórosnak és egészségesnek diagnoskált vese egy és ugyanaz. Így volt az a bemutatás tárgyát tevő esetben is.

A beteg 16 éves cselédlány, a ki 1912-ben betegedett meg vizelesi zavarokban. Igen gyakran kellett vizelnie s a vizeleskor igen heves fájdalmi voltak hólyagjában, egyszerűsmind a baloldali vese táján tompa nyomásérzése volt. A 2. sz. sebészeti klinikára történt felvétele alkalmával a vizeletvizsgálatkor a genyreactio erősen positivnak bizonyult, azonban cystoskopi vizsgálat a hólyag csekély capacitása miatt nem volt végrehajtható. Éppen ezért előbb a hólyagnak lapiscoldattal való kezelése vált szükségessé. Néhány hét múlva a hólyag capacitása annyira növekedett, hogy a cystoskopia elvégezhetővé vált és kitűnt, hogy a bal ureter nyílását lepedékes, erősen belövelt nyálkahártya veszi körül, a jobb ureter nyílása teljesen ép. Jobboldalt tiszta vizelet, baloldalt tiszta geny ürül. Indigocarmin a jobb ureterből 10 perc múlva már megjelenik, baloldalt még 20 perc múlva sem.

A beteg állandóan lázas, az esti hőmérsék 39.5-ig is emelkedik.

A mütétet a bemutató veronal-chloroform-narcosisban hajtotta végre. A behatolás ferde lumbalis metszéssel történt. A vese kiluxálásakor kitűnt, hogy patkóvese van jelen, mely harántul feküdt a gerincoszlopra homorulattal felfelé. A vesének egymástól teljesen független két vesemedenczéje és ennek megfelelő uretere volt. A vese bal fele erősen megnagyobbodott, gümösen megbetegedett, hasonlóképpen hegesen megvastagodott a baloldali vesemedence és ureter is, míg a vesének jobb fele idealisan ép volt, szintúgy a jobboldali vesemedence és ureter is. A bemutató reszekálta a gümös vesefélt a vesemedenczével együtt az odavezető erek lekötése után. A vese metszés-felületén a vérzést néhány catgutöltéssel csillapította s a metszéslapra jodoform-tampont tett. A mütét sebét catgut-varratokkal szűkítette. A vese mikroskopi vizsgálata gümösödést állapított meg.

A sebüreg igen lassan telődött. A lázak ugyan teljesen megszűntek, azonban a beteg igen vérszegény és gyenge volt. 1913 április 15.-én a beteg erysipelast kapott arcán s a sebgyógyulás befejezése előtt kénytelen volt az erysipelasosztályra átmenni, a honnan még nyitott sebbel került vissza otthonába. Otthon azután annyira összeszedte magát, hogy csakhamar értesítést küldött, mely szerint sebe begyógyult s teljesen jól érzi magát.

Jelenleg mint véglegesen gyógyult mutatható be, mivel a mütét óta már több mint egy esztendő telt el s a hólyagpanaszok is teljesen megszűntek, a vizelet normalis.

**Multiplex ulcus pepticum ventriculi et duodeni Röntgen-vizsgálattal körjelzett két esete.**

Holitsch Rezső: Ma már a chronikus, heges gyomor-fekélynek egyrésztől, másrészt a chronikus duodenum-fekélynek külön-külön annyira jellemző Röntgen-tüneteit ismerjük és ezen tünetek a két említett betegségben annyira különböznek egymástól, hogy a bemutató — természetesen a klinikai tüneteknek is tekintetbe vételével — a Röntgen-tünetek alapján egyazon betegnek gyomorfekélyét és egyúttal duodenum-fekélyét egyszerre tudta diagnoskálni. Rövid néhány nap

múlva egy másik betegen szintén gyomor- és duodenumfekélyt állapított meg a Röntgen-képre támaszkodva. Mindkét beteg mütétre került és a mütét lelete igazolta mindkét esetben a diagnosist.

I. A 27 éves nő gyomra 6 éve fáj; a fájás télen erősebb, mint a melegebb hónapokban. Rendszeren étkezés után 1—2 órára jelentkezik és ilyenkor hány is; véreset nem hányt. Próbareggeli: szabad sósav = 28; összaciditás = 40. Vér a jól emésztett gyomortartalomban nem mutatható ki. Röntgen-lelet: 6 órára a gyomor üres; a bismuthkása a vékonybelekben van; a colon még üres. Bismuthos víz: igen bőven tölti ki spontán is a duodenumot; kézzel való nyomással a duodenum rendkívül tágan telődik. Bismuthkása: homokóragyomor, a melyet a nagy görbületnek éles-szélű, mély behúzódása okoz. A behúzódással szemben a kis görbület megtört lefutású és körülirtan, jellemzően nyomásérzékeny. A distalis gyomorrészleten élénk peristaltika látható. A duodenum állandóan igen bőven kitöltött és szintén körülirtan nyomásérzékeny. A nyomásérzékenység has-behúzódáskor és fekvő-álló helyzetváltoztatáskor együtt vándorol úgy a kis görbületnek említett pontjával, mint a duodenumnak kezdeti részével is. Ezen Röntgen-lelet alapján diagnosisa: ulcus chronicum curvaturae minoris et ulcus callosum duodeni volt. A beteget december elején Pólya operálta és a mütétkor heges, kráteres fekélyt talált a gyomornak kis görbületén és egy másik, fillérnyi fekélyt a duodenumon. Az ulcusokat reszekálta és gastroenterostomia nélkül bevarrta a hasat. A beteg per primam gyógyult, teljesen jól érzi magát.

II. A 33 éves nő gyomra 2 éve fáj; a fájás 1/2 órával az étkezés után jelentkezik. Közben néha hetekig jól érezte magát. Sohasem hányt. A próbareggeli-vizsgálat eredménytelen volt, mert 30 perc múlva sem volt gyomortartalom nyerhető. Röntgen-lelet: 6 órára a gyomor üres; a bismuthkása kisebb része a vékonybelekben, nagyobb része már a colonban van, a melyet a colon transversum közepéig tölt ki. Bismuthos víz: igen bőven tölti ki a duodenumot, a mely gyakran egész terjedelmében nagyon szélesre kitöltve látható. Bismuthos kása: homokóra-gyomor, a melyet a kis és nagy görbületnek mély és állandó jellegű behúzó-dásai okoznak. A gyomornak proximalis részét a distalis részszel összekötő nyak kisujjnyi vékony és 3 cm. hosszú. Ezen szűkült helynek megfelelően homályos resistencia tapintható, a mely nyomásra igen érzékeny. A bulbus duodeni állandóan igen tágan telt és körülirtan nyomásérzékeny. Diagnosisa: ulcus a kis görbületen és a duodenumon. A beteget Vigyázó dr. operálta december közepén. Mütétkor talált két kis fekélyt a kis görbületen és egy hegesedő fekélyt közvetlen a pylorus mellett. A gyomor fekélyeit reszekálta és a pyloruson Parla-vecchio-féle lekötést alkalmazott. Gastroenterostomia retrocol. post. A beteget gyógyultan bemutatja.

Mindkét esetben a gyomor-motilitásnak Röntgen-vizsgálata és a nyomáspontoknak Röntgennel való megállapítása és még egyéb Röntgen-tünetek vezettek olyan diagnosízra, a milyent eddig — mütét előtt — még sohasem állapítottak meg; ez esetekben a klinikai tünetek különben is egyáltalán elégtelenek voltak.

**A gyomor emésztőképességének közvetlen meghatározása.**

Dalmady Zoltán: Készüléket szerkesztett a gyomor emésztőképességének közvetlen meghatározására. A készülék működése azon alapul, hogy a gyomornedv egy vékony állati hártya megemésztésekor elektromos áramkört zár, minek megtörténtét az áramkörbe kapcsolt villamos csengő jelzi.

A készülék lényege babnyi, tágasan átfúrt, ebonitgombban végződő igen vékony szonda, melyen izoláltan két villamos drót fut végig, az oliva üregének falán, egymással szemben álló platinozott lemezkében végződve. Az olivat vékony állati hártával — halhólyag vagy fibroderm lemez — borítjuk, úgy hogy az a belső üreget teljesen elzárja. A beteg 1½ órával a próbaebéd elfogyasztása után lenyeli a szondát, melynek elektrodjait az áramforrással összekapcsoljuk. A mint a hártán az emésztés nyílást okozott, a nedv az oliva üregébe jut s az áramkörbe kapcsolt csengő megszólal.

Az előadó kísérleteiben a legvékonyabb halhólyagot használta. Az olivára vont hártát — melynek egyenletességéről és épségéről meg kell győződni — vízben lassú melegítéssel megfőzte (circa 2 perc forrás), majd megszáritotta. Ilyenkor a hártya teljesen megfeszül az oliván.

Az eddigi tapasztalások szerint a normalis gyomor circa 70 perc alatt emészt meg a hártát és szólaltatja meg a csengőt. Hyperacid gyomor gyorsabban (55—60 perc), hypacid gyomor lassabban emészt. Másfél óránál hosszabb ideig az előadó sohasem várt; ha ennyi idő alatt sem szól a csengő, az emésztőképességet csökkentnek lehet tekinteni.

A betegek a szondát könnyen nyelik s nyugodtan tűrik. Ügyelni kell, hogy az oliva ne csúszsék a duodenumba. Megfelelő hártával szerelve, talán a bélemésztés vizsgálására is alkalmas lesz.

Az eljárás megbízhatóbb, mint *Sahli* desmoid vagy fibroderm capsulás próbája, mert a hártya megemésztését közvetlenül jelzi, s biztosan gyomoremésztést jelez; kényelmesebb mint a *Schwarz* ajánlotta röntgenes eljárás, mert egyszerű és nem drága készülékkel akár a beteg lakásán elvégezhető.

#### A gyomor legmélyebb pontjának meghatározása elektromágnessel.

**Dalmady Zoltán:** Olyan gyomorszondát szerkesztett, mely 8 milliméter átmérőjű, s 4 cm. hosszú ebonitokba foglalt kis elektromágnesben végződik. A vezetékek puha vékony gummicsoben futnak.

A beteg az olivat lenyeli, s ez — bőven bocsátva utána a vezetéket — a gyomor legmélyebb pontjára száll. Galvánáramot indítva, mágneses tér támad, mely a hasfalakon át is hat a közelébe tartott mágnesűre, úgy hogy a hasfal előtt mozgatott mágnesűvel pontosan meghatározhatjuk az elektromágnes helyét. Gyakran még a gyomor élénk peristaltikája is fölismerhető az elektromágnes mozgásából.

Másnemű vizsgáló eljárásokkal, valamint Röntgen-vizsgálattal megállapítható, hogy az eszköz megbízhatóan jelzi a gyomor legmélyebb pontját. Igen felfűvódott vagy erősen felt gyomor, valamint nagyon kövér hasfalak esetén e vizsgálás nem alkalmazható.

A szonda lenyelése és kihúzása könnyen megy. A villamos áramot 1—2 accumulator, a farádozó készülék elemei, vagy kapcsolókészülék szolgáltathatja.

Hasonló eljárással dolgozott *K. Mayer*, egyszerű mágnesvasat használva.

Az eljárás előnye az, hogy az üres gyomor legmélyebb pontját minden torzítás nélkül mutatja. Folyadékot itatva a beteggel és a gyomorhatár mélyebbre szállását megállapítva, a gyomorfallal tonusára is következtethetünk.

#### Az orrnak és melléküregeinek betegségei által okozott szembajokról.

**Grósz Emil:** Még két évtized előtt a legtapasztaltabb szemorvosok sem ismerték el, hogy az orrnak és melléküregeinek bántalmi gyakran okoznak szembajt. A tagadást csakhamar a másik túlzás váltotta fel s a legkülönbözőbb szembajokat alapos ok nélkül rhinogen eredetűnek tartották. Elérkezett az ideje annak, hogy a kérdést józan kritikával tisztázzuk. Ezt a budapesti egyetem első számú szemklinikáján 10 év óta szerzett tapasztalatok alapján kísérel meg. Ebben *Paunz Márk* önzetlenül s nagy buzgósággal támogatta. Mindezekelőtt azon kérdéssel foglalkozik, hogy miképp okoznak

az orrbajok szembetegségeket, még pedig a könszerveken, az orbitában, a szemizmokban és a látóidegen. Különösen az utolsó kérdéssel foglalkozik részletesen. Az utolsó egy év alatt 58 rhinogen eredetű látóidegbajos fordult meg a klinikán (18.587 új beteg között), legtöbbszörre neuritis retrobulbaris képében. Vázolja a jellemző tüneteket s a differentialis diagnózist a többi látóidegbántalommal szemben.

A therapia tekintetében nem helyesli a teljes passivitást, éppen olyan kevésbé a túlságos aktivitást. A józan conservativismus híve, s csak ha a gyógyszeres és physikalikus therapiára napok alatt nem mutatkozik javulás, ajánlja az operálást.

**Láng Kornél:** A melléküregbántalmak igen gyakoriak, csaknem minden felnőtt átéli valamely alakban. Ezzel szemben a melléküregbántalmak által okozott orbitalis complicatiók elenyészően kis percentben jelentkeznek. Idevonatkozó statisztika van több is, de egyoldalúak, vagy rhinologusok, vagy ophthalmologusok állították össze. *Berlin* szerint 14.000, *Müller* szerint (*Fuchs* bécsi klinikáján) 9000, *Cohen* és *Reinking* szerint 3000 szembetegségre jut 1 melléküreg-eredésű.

A melléküreg-eredésű orbitalis complicatiók legtöbbször manifest tüneteket okozván, a legtöbb ilyen beteget chirurgusoknak és ophthalmologusoknak van alkalmuk látni. A bemutatónak a II. sz. seb. klinika 12 évi anyagán 9 orbitalis complicatiót okozó melléküregbántalmat volt alkalmuk operálni.

Az orbitalis complicatiók vagy lobosok, vagy mechanikai úton létrejöttek (mucocela, az orbitatartalom elnyomása), vagy úgynevezett functionalis zavarok. Ez utóbbiak összefüggése a melléküregbántalmakkal még egyáltalán homályos, hypothesiseken alapuló magyarázatuk ezidőig a komoly kritikával szemben nem állhat meg.

A melléküregbántalmak rendszeren az üreg csontos falának megbetegedése útján okoznak a szomszédos orbitában és koponyaüregben complicatiókat, ritkábban dehiscenciákon át és gyűjtőéranastomosisok útján s jóformán sohasem a nyirokerek útján.

A diagnosis manifest tünetek jelenlétében könnyű, ilyenek hiányában exact, többszöri rhinológiai és radiológiai vizsgálatokkal sem állapítható meg. A betegek érdekében kárhatosnak tartja negatív rhinoskopiai lelet esetén, pusztán a gyanu alapján, kagylók kiirtását, „rostacsontkitakarításokat“ és a sphenoidalis üreg kürettezését, mely utóbbinak még therapiailis célból való végzését is vétkes könnyelműségnek tartja anatómiai okokból (*Ónodí*), mert az általa okozott megvakulások nincsenek ugyan statisztikába foglalva, de nagy számmal vannak.

Melléküregbántalom okozta orbitalis complicatióknál a külső percutan radicalis mütéket tartja helyénvalónak, mert ezek exactak.

**Mohr Mihály:** Mikor 1897-ben *Paunz* hazajött külföldről és ezen esetekre a figyelmet felhívta, a Budapesti ker. munkásbiztosító pénztár ambulatoriumában, ahol *Paunz*-czal együtt működtek, fokozottabb figyelemmel kísérték ezen eseteket és az első rhinogen agytályogot is ott operálta *Paunz*. Azóta a szembajoknak az orral való összefüggését sohasem tévesztik szem elől és a mint ideggyógyászhoz, belgyógyászhoz, bőrgyógyászhoz stb. küldenek betegeket, az orrvizsgálatot is gyakran veszik igénybe.

A kimerítő és alapos előadáshoz nincs megjegyezni valója, csak egy esetét említi, mely 41 éves nőre vonatkozik, kinek *retinalis vérzését* vidéken diagnoszkáltak. A beteg szive, veséi, genitáliái, idegrendszere rendben voltak, a Wassermann-reactio negatív, úgy hogy végül is az orr melléküregeiben kellett keresni a vérzés okát. A szülő *Paunz*-hoz küldte a beteget, a ki a jobb oldali antrum Highmoriban empemát talált. A Röntgen-vizsgálat pedig kiderítette, hogy ennek oka egy 10 év előtt beletört fogfűrődarab. Az empema kitakarítása és a fogfűrődarab eltávolítása után a vérzés csakhamar felszívódott és a beteg látása javult  $\frac{5}{15}$ -ről  $\frac{5}{7}$ -re. Azóta is jól van.

**Polyák Lajos:** Csak néhány részletkérdéshez akar hozzászólni. Látszólagos ellenmondás van abban, hogy miért nem gyógyul a valóban nexusban lévő látás-zavar sok olyan esetben, a mikor manifest melléküregmegbetegedést tudunk az orrban kimutatni és ezt sikerrel megoperáltuk, viszont gyógyulást érünk el negatív orrlelet mellett tisztán szemorvosi indicatióból végzett rostacsontmegnyitás esetén; a magyarázat az, hogy az első esetben régebben fennálló nagyobb fokú insultus érte a látóideget, melynek rostjai már nem tudnak az ok megszüntetése után regenerálódni, míg az utóbbi esetben még csak vérbőség és pangás állott fenn, melyet a mütét által okozott vérelvonás megszüntetett. Rendkívül fontosak az előadónak az intranasalis trauma különféle alakjairól és az ezeket követő szemüregbeli elváltozásokról szóló szavai. A trauma kétféle alakja lett felemlítve: az első az, melyet maga a mütét okoz, ezt régóta ismerjük és félünk tőle, főleg intracranialis vonatkozásaiban, mert megtanultuk, hogy respectálnunk kell a szemre gyakorolt alakjában is, melyet mi rhinologusok ritkábban észlelünk, mert a betegek szemorvoshoz fordultak. A tamponat illetőleg már 3 év előtt a német laryngologus-társaságban az orrsebészet alapelveiről tartott előadásában hangsúlyozta, hogy a tampon felesleges, ha nem ambulanter operálunk és ezenfelül még veszélyes is, mert complicatiókat okoz. A sebészi alapelvek minden szervre egyformán állanak; képtelen dolog, egy orrsebészi feladatot 5—6 ülésre szétbontani, a mikor mindkét orrfél egy ülésben tampon nélkül alaposan megoperálható. Persze, ehhez kórházi osztály kell és mivel ez nincs, szükségből kénytelen sok



rhinologus ambulanter operálni és tamponálni. Majd ha az ország kórházi viszonyai javulnak, talán belátják, hogy a rhino-laryngologia épp úgy megkivánja a külön kórházi osztályt, mint bármely más szak. A könyvapparatus betegségeinek rhinogen eredetét illetőleg az előadó véleményén van, de megjegyzi, hogy direct nexus itt is ritkán mutatható ki, a legtöbb ductus- vagy saccusmegbetegedés nyilvánvalólag az orrüreg heveny fertőző megbetegedése esetén analog módon keletkezik, mint a melléküregek empyemája: a folyamat az orrnyálkahártyáról fertőzi a ductust és a saccust épp úgy, mint a melléküregeket. Ez a heveny fertőző folyamat a legtöbb esetben spontán lezajlik, néha azonban kedvezőtlen körülmények miatt lokalizálódik és a könyvapparatus chronicus megbetegedésére vezet. Mire ezt a szemorvos vagy a rhinologus látja, akkorára az orrbeli folyamat nyomtalanul gyógyult és ez a sok negatív lelet magyarázata.

**Pollatschek Elemér:** Nagyon halásak lehetünk az előadónak, hogy ezen ismereteket itt előadta. Nehéz volt a helyzetünk, mielőtt *Onodi* vizsgálatait ismertük. 13 évvel ezelőtt az orvosgyógyászatban egy előadásban összegezte az akkori anatómiai ismereteket. Azon nyomon haladva, melyet az anatómia mutatott, észlelt eseteket, melyeket közölt is.

A diagnózisra nézve megjegyzi, hogy a rhinogen eredetű szem-betegségekben a rhinologus helyzete nem könnyű, mert vagy talán elváltozást, vagy nem talán sem gennyet, sem hurutot és éppen ezen utóbbi rejtett orrbajok okoznak szembajokat. Ha nem is találunk elváltozást, be kell avatkozni. Felhívja a figyelmet a Röntgen-leletre az ikéből- és rostasejtek megbetegedéseiben. De nem elegendő a fronto-occipitalis irányban vagy az oldalról végzett felvétel, mert ezek nem adnak tiszta képet, hanem az orrsúcásra és a járomcsontra helyezendő a lemez; ez a projectio tisztán mutatja a helyzetet; az ilyen Röntgen-felvétel fontosabb, mint az endonasalis vizsgálat.

**Donogány Zakariás:** A thema nagyon érdekes és a szólnak is sok mondanivalója volna. De csak a diagnózis kérdésére akar kitérni.

A rhinologushoz küldött esetek vagy pozitív, vagy negatív. Azt könnyű megmondani, ha pozitív a lelet, de nehéz kimondani, hogy negatív. Megtörtént, hogy felületes vizsgálatra az orbitalis complicatio okát nem találjuk meg, mert a lefolyt orrbántalom nem hagyott nyomot az orrban, csak szembaj, mely mégis latens orrbajra utal.

Két esetet említ. Az egyiket vidéki szemorvos küldötte fel, hogy a rostasejteknél vagy a sinus sphaenoidalisban kell a bajnak lennie. A Röntgen-vizsgálat semmit sem mutatott, az orrban is csak közvetlen a septum hátulsó részén volt egy kis nyálkahártyahypertrophia és mégis a sinus sphaenoidalisban empyema volt.

Érdekesebb volt a másik eset, melyet *Blaskovich* küldött a szülőhöz. A betegnek  $\frac{1}{2}$ -ről leromlott a látása és látótere koncentrikusan szűkült volt. Deviation kívül jóformán semmi sem volt, csupán a középső kagyló laterális széle mellett nem tudott a szondával felhatolni. A Röntgen bizonytalan árnyékot mutatott. Ekkor a középső kagylót levészte és egy üregbe jutott, melyből csokoládébarna sűrű folyadék ürült. A látás csakhamar jó lett. Kiderült azután, hogy a sinus sphaenoidalis mucokelése volt jelen.

**Paunz Márk:** Az orrbajok okozta szembetegségek gyakoriságáról az I. sz. egyetemi szemklinika nagy beteganyagán és más szemorvosok által hozzáutasított esetekben szerzett tapasztalatai alapján bőven volt alkalma úgyszólván naponta meggyőződnie. Különösen a szemüreg lobos folyamatai azok, a melyek leggyakrabban a melléküregek gyuladása és gennyedő folyamatainak átterjedése folytán keletkeznek. Az átterjedés legtöbbször a vér- és nyirokérek útján történik és a műtétek és bonczolások alkalmával talált perforatók a csontos választófalakon is csak úgy keletkeznek, hogy előbb thrombo-phlebitis, osteopierostitis fejlődik és ez eredményezi a csontnak következményes elhalását. Hogy ezen esetekben a lobosodás mindig a nyirokérek közvetítésével terjed tovább a környezetre és így a szemüregre is, az egyezik általában minden lobosodásnak ismert tovaterjedési módjával, ha nem is végeztek gyakrabban ezen esetekben ezen felvételt megerősítő tűzetesebb vizsgálatokat.

A rhinogen látóideggyuladásokat illetőleg vannak olyanok, a melyekben úgy a neuritis retrobulbaris, mint az orrlelet annyira pozitív, hogy a fejlődés szoros egymásutánjából, az orrvizsgálatból és a műtét eredményéből következtetve, az oki összefüggésben kételkedni egyáltalán nem lehet. Vannak azonban olyan esetek is, a melyekben a fennálló látóideggyuladás mellett az orrlelet a legtűzetesebb vizsgálat mellett is negatív, sőt a gyanúsított melléküregek próbamegnyitása is negatívnak bizonyul. És mégis úgy a szólnak, mint másoknak is voltak esetei, a melyekben a melléküregek próbamegnyitása után gyors javulás és teljes gyógyulás következett be. Felvehető az ilyen esetekben, hogy keringési zavarok, talán kismérvű collateralis oedemák maradtak vissza a n. opticus bántalmát előidéző heveny nátha és melléküreggyuladás után és a mikor a beteg észlelés és műtét alá kerül, a látóideggyuladást előidéző orrbántalomnak már semmi kimutatható nyoma sincsen, csak következménye: neuritis retrobulbaris. Talán a műtéttel járó vérzés eredményezi azután a neuritis optica gyógyulását. Minthogy ez klinikai tapasztalati tény, tekintettel a látás veszélyeztetett voltára, ilyen esetekben helyénvalónak tartja a gyanus hátulsó melléküregek exploratív megnyitását teljesen negatív orrlelet mellett is. Mucokelét 7 esetben észlelt. Ezek közül 6-ot külső műtéttel gyógyított sikeresen, a legutóbbit endonasalis műtéttel kezelte. A kitágult rostairegek így is megnyithatók, de a végeredményeket illetőleg még további észlelésre van szükségünk.

**Grósz Emil:** A természet könyvében nehéz olvasni, ezért többeknek kell összefogni, hogy megértsük a természet könyvét. Az az

impressiója, hogy valamennyi felszólalás igazolta azt, hogy a helyes diagnosztika irányítja a cselekvésünket. A diagnosztika eszközei minél praecisebbek, annál helyesebbek. Azokra a tünetekre helyezte a fősúlyt, melyeket a gyakorló orvos is vizsgálhat.

Egy felszólalásra kíván reflektálni, mely azt mondta, hogy a sinusthrombosis eset, bár rostasejtgenyedés volt jelen, nem bizonyos, hogy rhinogen eredetű volt. De a bonczolat beigazolta a direct tovaterjedést és megmagyarázta a halált. Ezek az esetek ritkák és pathogenesisük sokszor homályos.

## PÁLYÁZATOK.

1038/1914. szám.

Csongrád vármegye tiszáninneri járásához tartozó Tápé községben nyugdíjazás folytán megüresedett községi orvosi állásra pályázatot hirdettek.

Felhívom mindazokat, kik ezen évi 1600 korona törzsfizetéssel és megfelelő természetbeni lakással javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi működésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám április hó 30.-áig nyújtják be.

A községben orvos nincsen, de nincsen gyógytár sem, így a megválasztandó kézi gyógytár felállítására jogosultsággal fog birni.

A választást a kérvények beérkezése után fogom kitűzni.

Kis k u n d o r o z s m a, 1914. évi márczius hó 22.-én.

Borbély dr., szolgabíró.

2303 fh./1914.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár Igazgatósága 10411—1914. számú határozatával pályázatot hirdet a következő kezelőorvosi állásokra:

1. A székesfőváros VI. kerületének külső részén (Zuglóban) — az Erzsébetkirályné-úttól és a Gyarmat-utcától a VI. kerület felé eső területen — évi 2800 kor. díjazással.

2. Maglód és Ecsér községekben (Maglód székhelyvel) évi 1200 korona díjazással, mely összegben a felmerülő fuvar költsége is ben foglaltatik.

Az oklevélmásolattal s az eddigi orvosi szolgálatot igazoló bizonyítványmásolatokkal felszerelt pályázati kérvények 1914 április hó 15.-éig adandók be a pénztár főorvosi hivatalához (VIII., Köztemető-út 19/b.) czímezve, a hol az állásokra vonatkozóan hétköznapokon délelőtt 12—1 óra között részletes felvilágosítás nyerhető.

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

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

B u d a p e s t, 1914. márczius 21.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár.

236/1914. szám.

A nagyági m. kir. bányaműgazgatóság Ferencz József altárho bányaosztályánál, Felsőcsertés állomással, a X. fizetési osztály 3. fokozatába sorozott évi 1600 korona fizetéssel, az 1904. évi I. és 1906. évi IX t.-cz. értelmében fizetés természetével bíró évi 400 korona személyi pótlékkal, természetben adott lakással, vagy ennek hiányában a törvény szerű lakpénzzel, 54 köbméter tűzifajárandósággal, vagy ennek mindenkori megállapított megváltási árával, évi 231 korona utazási általánnyal javadalmazott, házi gyógyszer-tartást kötelezettséggel egybekötött és 1914 november 1.-én elfoglalandó bányatorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetnek.

Felhívják azokat az orvostudorokat, kik ez állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott folyamódványukat előljáró hatóságuk, vagy ha állami szolgálatban nem állanak, azon törvényhatóság főispánja (Budapestben a polgármester) útján, melynek területén laknak, folyó 1914. évi április hó 11.-éig a m. kir. pénzügyminiszteriumhoz czímezve, alulírott bányagazgatósághoz nyújtják be. Későbbben beérkező folyamódványok nem vétetnek tekintetbe.

Folyamódók kötelesek hiteles okmányokkal igazolni, illetőleg mindazon kellékeket kitüntetni, a melyek a kiírt állásra megköveteltettek, nevezetesen:

1. családi és utónevüket, honosságukat, születési helyüket és életkorukat, vallásukat és családi állapotukat;
2. megszakítás nélküli előéletüket (curriculum vitae);
3. nyelv- és szakismereteiket, netaláni klinikai vagy kórházi szolgálataikat;
4. erkölcsi magaviseletüket;
5. hogy katonai kötelezettségüknek miképpen feleltek meg;
6. hogy oly egészségi állapotban vannak, miszerint a szolgálattal egybekötött kötelező tevékeniségre képesek.

A kivétel, ha az illető még nem állami alkalmazott, egy év tartamára ideiglenesen történik, s a véglegesítés csak egy évi próbaszolgalat után következik be, feltéve, hogy az illető a szolgálattal teljesítésével járó kötelező tevékeniségek minden tekintetben megfelel.

N a g y á g o n, 1914. évi február 23.

M. kir. bányaműgazgatóság.

580/1914. sz.

Zalavármegye tapolczai járásához tartozó **kapolcsi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz tartoznak: Kapolcs, Zalapetend, Vigánt, Pula, Taliándörögd, Monostorapáti, Hegyesd, Zalahaláp, Sáska, Diszel községek. Székhelye: Kapolcs.

Fizetés 1600 korona törzsfizetés, ötödéves korpótlék, lakbér, illetőleg természetbeni lakás, 500 korona fuvarátalány és vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

A pályázók az 1908. évi 38. t.-cz. 7.-ában előirt minősítésüket és eddigi előéletüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **hozzám, 1914. évi május hó 31.-éig** adják be, az elkésztett, vagy kellően fel nem szerelt kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választást a pályázati határidő lejártakor megállapítandó időben Kapolcs községben a községházánál az 1908. évi 38. t.-cz. alapján a községek képviselőtestületeinek kebeléből és Zalavármegye alispánja által kiküldött törvényhatósági bizottsági tagokból alakult választógyűlés fogja megejteni.

Megerintem még, hogy az előbbeni körorvosnak a m. kir. belügy-minister úr által 800 korona helyi pótlék is volt engedélyezve.

Tapolcza, 1914 márczius 21.

Karácsony, főszolgabíró.

A szabolcsmármegyei „Erzsébet” közkórházban Nyiregyháza 1914 április 15.-ével a sebészeti osztályon az **alorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, ezen állásra pályázatot hirdetek.

Az orvos évi fizetése 1600 korona, lakás, fűtés és élelmezéssel. A kinevezés két évre szól, de meghosszabbítható.

Orvosi gyakorlatra utasított és nős pályázók figyelembe nem jöhetnek.

A folyamodványok méltóságos Ujfalussy Dezső, Szabolcs vármegye főispánjához intézendők és a kórház igazgatóságához nyújtandók **április 13.-áig**.

Nyiregyháza, 1914 márczius 24.

A kórház igazgatósága.

**MENTON** Sanatorium de Gorbio

Physik.-diätetikai gyógyintézet szív-, ideg- és astmatikus betegek, reconvalescensek, hydro-, electro-, aerotherapia részére. — Tuberkulitikusok legszigorúbban kizárva. Központi fűtés, villamos világítás, lift, telefon. — Főorvos Dr. BERMAN. — Prospektusok a kezelőség által Gorbio Menton mellett, Riviera.

**Dr. Szegő Kálmán sanatoria és vízgyógyintézete**

felölttek és gyermekek részére Abbazia tengeri fürdőben (Ausztria). Elsőrangú intézet. Egész éven át nyitva. Az összes physikális gyógy módok. Zander-intézet. Erősítő-, edző-, hízalókúrák. Gyengeszervezetűek, lymphatikus, dispositiós katarrhusok, idült peritonitikus exsudatiók stb. speciális kezelése. Idült izület- és csontbetegek conservatív kezelése, torlódási hyperaemia, fixatiós kötések, tengeri fürdők, általános erősítés stb. által. 7 éven felüli gyermekek kíséret nélkül is felvétetnek.

GLEICHENBERGI

**Emmaforrás és Konstantinforrás (erősebb)**  
bevált gyógyszerek bármínemű  
**HURUTOK**

ellen. — Kapható ásványvízkereskedésekben, gyógytárakban, drogériákban és a forrás igazgatóságánál. Saison: május 15.-től októberig. Gleichenberg, Steierország.

**Kálvintéri vízgyógyintézet**  
**K és inhalatorium**  
Budapest, Kálvin-tér 10.sz.  
Mérsékelt árak. Legmodernebb berendezés.

944/1914.

Szabolcs vármegye ligetaljai járásában elhalálozás folytán megüresedett nyiracsádi **körorvosi állásra** pályázatot nyitok.

A körorvos évi törzsfizetése 1600 korona, fuvarátalány 600 korona, lakbér 400 korona és a szabályrendeletileg megállapított gyógykezelési díjak. Az elhalt körorvosnak 1000 korona helyi pótlék is volt, melyet az új körorvos is kérhet s azt minden valószínűség szerint meg is kapja.

A körorvosválasztást a kör székhelyén, mely egyúttal járási székhely is, Nyiracsádon, a folyó évi április hó 14.-én délelőtt 10 órakor fogom megtartani.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1908 :XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítésüket igazoló bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket **hozzám folyó évi április hó 10.-éig délután 4 óráig** adják be.

A később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Nyiracsád, 1914 márczius hó 11.

Somlyódy, főszolgabíró.

Békéscsaba közkórházában lemondás folytán **1914 május hó 1.-ére** egy **segédorvosi állás** fog megüresedni, miért is arra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 1200 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. teljes élelmezés.

Pályázni szándékozókat felhívom, hogy képesítésükről szóló okmányokkal felszerelt, I koronás bélyeggel ellátott folyamodványukat nagys. **Ambrus Sándor** úrhoz, Békés vármegye alispánjához intézve **1914. évi április hó 20.-áig** alulírott közkórház igazgatójához küldjék be.

Más pályázók hiányában egy évi orvosi gyakorlatra utasított orvosok is kinevezhetők. Magánygyakorlat nincs megengedve.

Békéscsaba, 1914 márczius 25.

Békéscsaba nagyközség közkórházának igazgatója.

**Végbélbántalmak** ellen és azok elkerülésére legalkalmasabb az eredeti  
**Prof. Lenhossék-féle**  
**ANICURE-fecskendő**  
Kapható kizárólag:  
**Fischer Péter és Tsa R.-T.-nál** Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 6. szám. Telefon 9-58.  
Most megjelent **Betegápolási Értesítőnk** kívánatra ingyen és bérmentve.

Előkelő fővárosi sanatorium

## svéd torna-terme bérbeadó

orvosoknak a nap bizonyos szakaira. Ajánlatok „Svédgymnastika” jellegre Budapest főposta restante kéretnek.

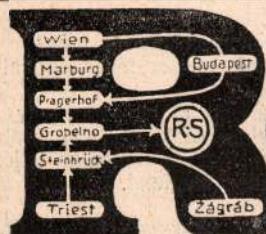
A **DR. PAJOR-SANATORIUM**

új épületében, VIII. ker., Szentkirályi-utca 14. szám alatt megnyílt

**a Medicomechanikai és orthopaediai intézet,**

felölttek és gyermekek részére. Vezető orvos: **Dr. Báron Sándor.**

**SEEBAD**  
**GRADO**  
SAISON APRIL-31 OKT. BEI TRIEST  
A legszebb és legnagyobb strand egész Ausztriában s Magyarországon. 7 km. hosszú, 200 m széles, 1600 parti sátorral. Nagy fürdőintézet. Forgalom 19000 fürdővendég. Saját férfi- és női napfürdők. Homokfürdők. Átlagos hőmérséklet 25° C., a tenger átlagos hőmérséklete 20-28° C., a tenger sótartalma 4‰, a homok melegsége 88° C. Naponta háromszor katonazene. Prospektust ingyen küld a Kurkommission.



Uj, pompás gyógyépület.

**Rohitsch Sauerbrunn**  
Stájer tartományi gyógyintézet. 600 szoba 2.-kor. — től feljebb, villamos világítás, lift, hegyvidéki forrásvíz.

Ivó- és fürdőkúrák kiváló gyógyeredménnyel: gyomor-, bél- és májbajoknál, epekövel, cukros húgyárnál, köszvénynél.

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