

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY
FŐSZERKESZTŐ.

EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON
EGYET. TANÁR
SZERKESZTŐ.

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Róth Miklós: Közlemény a budapesti kir. tud.-egyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyetemi tanár.) Vizsgálatok a hyperglykaemiás obesitásról. 353. lap.

Áldor Lajos: Közlemény a magy. kir. államvasutak külön betegpénztárának gyomor- és bélbetegek számára fentartott gyógytelepéről Karlsbadban. A gyomor chemismusának zavarairól cholelithiasis eseteiben és ezen zavarok jelentőségéről a cholelithiasis therapiájában. 356. lap.

Ság Sándor: Közlemény a pesti izr. hitközség kórházának fülbetegek-osztályáról. (Főorvos: Szenes Zsigmond dr.) A fülzúgás gyógyszeres kezeléséről. 358. lap.

Fabinyi Rudolf: Elmeorvosi tapasztalatok Nagybritanniában. 360. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. *Fedor Krause und Emil Heymann: Lehrbuch der chirurgischen Operationen an der Hand klinischer Erfahrungen.* — Új könyvek. —

Lapszemle. Belorvostan. Schlitz E.: A táplálécsatorna rákjának korai felismerése. — Sebészet. F. Hölscher: A hasüregben előforduló gyulladásos daganatok. — Ideg- és elmekórtan. van der Scheer: A haematoma subdurale klinikai jelei. — Szülészet és nőorvostan. Rachmanow: A köldökzsinór le nem kötése. — Gyermekeorvostan. Samelson: A fiatal szopós csecsemők elégtelen súlygyarapodásának okai. — Orr-, torok- és gégebajok. Leroux: A löpormunkások perforáló orrsövényfékelye. — Kisebb közlések az orvostudományról. Buchholtz: Acne. — Lapin: Emetin. — Josué: Szívelég-telenség. 362—365. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 365. lap.

Vegyes hírek. 365. lap.

Tudományos társulatok. 366—367. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. tud.-egyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyetemi tanár.)

Vizsgálatok a hyperglykaemiás obesitásról.

Irta: Róth Miklós dr.

A diabetes mellitus és obesitas rokonsága régóta ismeretes. Noorden ismertetett eseteket, a midőn a betegek lát-szólag ok nélkül hízni kezdtek, majd egy idő múlva glykosuria állott be náluk. Noorden szerint ezen esetekben eleinte csak a sejtek czukorelégítő képessége száll le, a szénhydratoknak zsírrá való synthesise azonban akadálytalan. A szénhydratok tökéletlen értékesítése a szövetéhség egy nemét létesíti, a minek megfelelően növekszik az étvágy, nagyobb a tápanyagfelvétel és ennek következtében a betegek elhízhatnak. Noorden ezeket az eseteket diabetogen, diabeteses alapon fejlődött obesitásnak nevezte el és az ú. n. „latens diabetes” körképe alá sorozta. 15 ilyen esete közül bizonyos idő múlva 5-ben a glykosuria ex amylo, a valódi diabetes is beállott és állandónak mutatkozott.

Noorden ezen felvételét Krehl, Pflüger, Leube, Strümpell és mások megerősítették. Umber csak valószínűnek, de nehezen bizonyíthatónak tartja. Fleiner és Hirschfeld is konstataáltak obesitáson egyéneken időnként beálló glykosuriát, azonban Fleiner ezt a kövérek túljó táplálkozásából és csökkent izommunkájából igyekezett magyarázni és eseteiket a valódi diabetesstől elkülönítették.

A felette fontos, prognostikai és therapiiai szempontból egyaránt lényeges kérdéssel hosszabb szünetelés után a belső secretio tanának kiépítése közben kezdtek foglalkozni. A belső secretio tana a különféle aetiologiájú obesitások megismertetése mellett világot derített arra is, hogy a constitutionalis obesitas egyes eseteiben növekedett a szénhydrattolerantia, a vér hypoglykaemiás, másokban pedig hyperglykaemia mellett csökkent a tolerantia. A hypothyreoid, a

hypophysaer, a status thymicolymphaticust kísérő obesitas mellett hypoglykaemia van jelen, ezekkel szemben bizonyos esetekben, így hyperpituitarismus mellett, az obesitást hyperglykaemia kíséri.

A hypo- és hyperglykaemiás obesitas más és más therapiiai és dietetikai feladatokat állít az orvos elé. Azon régi tapasztalat, hogy vannak bizonyos obesitas-esetek, a melyekben a csökkent caloria-értékű fehérje- és szénhydrat-gazdag diaeta mellett sem veszítenek egyes betegek testsúlyokból eleget, meg lett magyarázva azon észleletekből, a melyek alapján az obesitásnak ezen formáit a latens diabetes körképe alá sorolják. Korányi Sándor londoni congressusi referatúrában a különféle okokból keletkezett, a belső secretio anomaliáival összefüggő obesitások tárgyalásakor felemlíti, hogy a hyperglykaemiás obesitások sikeres fogyaszto kúrja antidiabeteses regime-mel vihető keresztül.

Azonban a hyperglykaemiás obesitásnak, tehát tulajdonképpen diabetes larvátának a diagnostikája meglehetősen hiányos. Noorden felismerésükre éhgyomorral adott 100 gr. dextroséval az alimentaris glykosuria vizsgálatát ajánlja. Azonban ezen próba, mint arra később kitérünk, nem mindig válik be. Más úton kellett tehát a larvált diabetesesek felismeréséhez eljutni s ezen célra a legmegbízhatóbb a vér czukortartalmának vizsgálata.

Hosszú időn keresztül Cl. Bernard, Lehmann, Frerichs, Pavy és mások vizsgálatai alapján a glykosuria létrejöttét bizonyos vércukor-concentratio jelenlétéhez köthették s a diabetes felismerésére elegendőnek tartották a vizeletnek czukorra való vizsgálatát. A vércukorvizsgáló methodusok tökéletesedésével meg lett azonban állapítva, hogy vannak hyperglykaemiák glykosuria nélkül is. Ennek okául pedig vagy a czukornak a vérben való abnormis kötődését, vagy pedig a veséknek individualisan más és más czukorátbocsátó képességét kell felvenni. Bármilyen legyen is az ok, az bizonyos, hogy a latens diabetesesek diagnostikai megoldása: a vér czukortartalmának vizsgálata.

Ilyen irányú vizsgálatok az irodalomban nem voltak

ismeretesekek. Az oka pedig ennek nagyrészt az, hogy a vércukor vizsgálatának régi módszerei nagymennyiségű vérnek vételét tették szükségessé, a mi a rendszeres, sorozatos vércukormeghatározások klinikai kivitelét lehetetlenné tette.

Az első ilyen vizsgálat klinikánkról *Bálint*-tól származik. *Bálint* egy diabetes insipidus-esetet ismertetett, a hol a polyuria és cukormentes vizelet mellett hyperglykaemia volt jelen. A beteg elhízott egyén volt, a kinek vércukra — vegyes diaeta mellett — 0.28% volt *Róna-Michaelis-Pavy* szerint meghatározva. A szénhydratmentes diaeta nemcsak a beteg hyperglykaemiáját szüntette meg, hanem megszüntette a polyuriát is. A beteg, a kinek csökkent cukortoleranciáját is meg lehetett állapítani, szénhydratmentes diaeta mellett normalis mennyiségű vizeletet ürített; s a vércukor tükrének a normalis értékhez való visszatérésevel egyidőben a beteg testsúlyából is lényegesen veszített. A respirációs anyagcserevizsgálat a diabetesben található alacsony éhezési respirációs quotiens-értékeket mutatta; viszont annak 100 gr. dextrosára 3 óra utáni meg nem változása a cukorelégetés hiányosságára utalt. Ezen esetben tehát a latens diabetes mellitus obesitással kapcsolatos diabetes insipidus alakjában mutatkozott.

Bálint ezen esetben a beteg obesitását úgy magyarázta, hogy a szervezet az el nem égetett cukorból azért készített zsírt, mert az a veséken át távozni nem tudott. A cukorból való zsírképződés ugyanis sokkal lassabban jön létre, sem-hogy ezen úton a vér az el nem égetett cukortól meg tudna szabadulni és ez az oka annak, hogy az ember és az emlős állatok diabetesese esetén a cukor nem alakul át zsírrá, hanem a vizeletben jelenik meg. A madarak veséje ezzel ellentétben nehezen engedi át a cukrot, s ezért hyperglykaemia mellett elég idővel rendelkeznek arra, hogy a cukorból zsírt készítsenek. Ezen tényhez hasonlóan *Bálint* azt a tételt állította fel, hogy diabetes esetén a vese cukorátbocsátó képességének hiányossága a beteg elhízására vezet, s utalt az ilyen betegek eddig kellő méltatásban nem részesült vércukorvizsgálatának fontos therapiái következményeire.

Ezen célból figyeltem meg a klinikának részint ambulanciáján megforduló, részben fekvő obesitációs betegeinek vércukorconcentrációját. A vizsgálatok kivitelét lényegesen megkönnyítették, sorozatok végrehajtását lehetővé tették a vércukorvizsgálatoknak újabb, mondhatni az utolsó időkben megállapított módszerei. A módszer, melyet alkalmaztam, a *Róna-Michaelis*-féle fehérjéltlenítés után a *Bertrand*-féle titrimetriás volt. A methodikáját ezen eljárásnak más helyen fogom közölni, itt legyen elég annak hangsúlyozása, hogy az alkalmazott módszerrel 2.5—3 cm³ vérben igen pontos controllokat adó meghatározásokat lehetett végezni, a mi nagy előny a *Pavy*-féle eljáráshoz képest, a mely 40—50 cm³ vér vételét teszi szükségessé.

A vércukor meghatározásán kívül minden esetben pontos vizeletvizsgálat is történt, a cukortolerancia meghatározása céljából pedig a vizsgált betegek 100 gr. dextrosét kaptak éhgyomorra.

A vizsgálatok során jelent meg *Iwan Bang* tollából egy közlemény, a mely a vércukor-concentratio mértékének egyszerű, a gyakorlatban is könnyen és gyorsan kivihető approximativ meghatározását írja le. A reactio menete abban áll, hogy 16—18 mm. nagyságú, jól beivódó itatópapírra a vizsgálandó egyén ujjából 3 csepp vért bocsátunk. Megszáritás után ezen itatópapírt tiszta kémleőcsőben 5 cm³ forrásban levő sósavas kaliumchlorid-oldattal öntjük le (136 cm³ tömény kaliumchlorid-oldat + 64 cm³ destillált víz + 0.15 cm³ 25% HCl). A forró kaliumchlorid-oldat koagulálja a beivódott vér fehérjét, míg az abban levő cukor átdiffundál a sóoldatba, a melylyel $\frac{1}{2}$ órai állás után *Fehling*-reactiót végezzük. Ha oxydul-kiválás nem történik, akkor a vér 0.15%-nál kevesebb cukrot tartalmaz, pozitív esetben pedig többet.

A kvantitativ végzett controllvizsgálatok a próbát nagyon megbízhatónak mutatták. Kiderült azt is, hogy 4 csepp vért véve, 0.12% határértéknél pozitív reactiót kapunk, a mi éppen

a normalis határnak veendő az újabb vizsgálatok szerint. Ezen alul a próba minden esetben negatív volt.

Obesitációs eseteink vizsgálatakor ezt az éppen egyszerűségénél fogva fontos próbát is elvégeztem. A vizsgálatok eredményét a következő táblázat mutatja:

I. táblázat.

Sorszám	A beteg neve	Kora években	Testsúly kgr.	Bang- próba	Alimen- taris glykos- uria	Vércukor Bertrand szerint ‰
1	R. A.-né	52	110	+	—	0.182
2	S. M.-né	48	96	—	—	0.034
3	H. J.	46	98	—	—	0.073
4	K. L.-né	32	92	—	—	0.067
5	R. S.	40	95	—	—	0.069
6	M. M.-né	39	98	—	—	0.072
7	S. A.-né	42	102	+	+	0.176
8	R. M.-né	39	99	+	+	0.139
9	K. L.-né	51	96	—	—	0.089
10	F. R.-né	47	102	—	—	0.090
11	S. A.-né	32	92	—	—	0.087
12	L. S.-né	41	95	+	+	0.163
13	K. S.-né	42	93	—	—	0.070
14	F. L.-né	40	90	—	—	0.039
15	S. A.	57	102	—	—	0.071
16	T. R.-né	60	97	—	—	0.073

A mint a táblázatból látható, 16 obesitációs beteg közül négyen (1., 7., 8., 12) hyperglykaemiás értékek voltak megállapíthatók (0.182, 0.176, 0.119, 0.163‰). A míg a normalis, sőt egynemely esetben a hypoglykaemiához közel álló (14. eset) vércukor-concentrációjú betegeknek 100 gr. dextrosét adva éhgyomorra, nem következett be glykosuria, tehát a cukortolerancia csökkenése nem volt megállapítható, addig a négy hyperglykaemiáson, az első esetet kivéve, alimentaris glykosuria jelentkezett. A táblázatból tehát megállapíthatjuk, hogy a hyperglykaemiás obesitációs esetek nem tartoznak éppen a ritkaságok közé, de konstatalhatjuk azt is, hogy a *Noorden* ajánlotta alimentaris glykosuria vizsgálata nem minden egyes esetben ad módot a csökkent cukortolerancia felismerésére. Az első eset ugyanis 100 gr. dextrosára nem választott még ki cukrot, hanem a mint arra az eset kimerítőbb ismertetésekor még reátérünk, 200 gr. dextrosét kellett adni, hogy a vizeletben 1.5—1.8 gr. cukor jelenjen meg. Ez pedig olyan mennyiség, a melyre a legtöbb normalis szervezet glykosuriával reagál. Pedig ezen betegnek a hyperglykaemiája mondhatni a legkifejezettebb volt valamennyi között.

Ugy látszik tehát, hogy a veséknek individualisan más és más a cukorátbocsátó képessége s valószínű az a felvétel, hogy a hyperglykaemiás obesitasok okát is a vese cukorvisszatartó képességével kell összhangzásba hozni.

A mint azonban a táblázatból láthatjuk, a *Bang*-féle reactio mindazon négy esetben positiv volt, a melyben a vércukor 0.12%-nál magasabb értéket mutatott. A *Bang*-féle methodus tehát ezen esetek felismerésére az alimentaris glykosuria esetleges kimaradása esetében is felhasználható.

Ugy látszik tehát, hogy ezen módszer a larvált diabetesnek felismerésében nagy haladást jelent. Hogy ennek a therapia szempontjából milyen fontos következményei vannak, annak illusztrálására szolgáljanak azok az észleletek, a melyeket az 1. szám alatt ismertetett obesitációs hyperglykaemiás betegen hosszabb időn át végeztem a klinikán:

A beteg 52 éves mosóné volt, a kinek anyja, 2 testvére, két unokaatestvére szintén nagyon kövér volt (100 kilón felül). Ő maga már leány korában nagyon elhízott. 20 éves korában testsúlya 90 kiló volt. Szegényes viszonyai folytán sokat kellett dolgoznia, túlsókat sohasem evett, tápláléka jórészt kenyérből, burgonyából és főzelékből állott. Sok vizet nem ivott, a vizeletét túlbőnek nem tapasztalta. A kli-

nikára a miatt jött, hogy lábaiban és derekában járás közben fájdalmak vannak s munkaközben nehéz a lélekezete. A betegnek, a ki felvételkor 110 kg.-ot nyomott, testmagassága 173 cm., a has körfogata 118 cm. volt, a szívhatárok, a melyek csak orthodiagraphiával voltak meghatározhatók, normalisak, a szívhangok tiszták voltak. A tüdők felett normalis lelet. A pulsus 74, rhythmusos, a légzés 28, kissé erőltetett. A vizeletben semmiféle kóros alkotórész nem volt található.

A beteg vércukorvizsgálata, mint említettük, vegyes diaeta mellett hyperglykaemiás értékeket mutatott. A beteg vegyes diaeta közben respirációs anyagcserevizsgálatokat végezve, a következő eredményekhez jutottam:

II. táblázat.

A kísérlet ideje	A kísérlet		Légzés-szám percenként	1 percre eső levegőmennyiség l.	O-csökkenés	CO ₂ -szaporodás	O-fogyasztás	CO ₂ -kiadás	CO ₂ /O ₂	Megjegyzés
	kezdet	tartam			a kilégzett levegőben %-okban		percenként cm ³ -ekben			
November 12	8 ^o 11'	5' 50"	26	4.599	3.271	2.871	150.36	132.04	0.88	Éhezési értékek
" 12	8 ^o 24'	4' 51"	27	4.745	3.893	3.228	184.72	153.16	0.83	
" 12	8 ^o 40'	5' 20"	28	5.291	3.552	2.914	187.93	154.18	0.82	
" 13	8 ^o 20'	5' 10"	28	5.380	3.871	3.167	208.63	170.38	0.82	
" 13	8 ^o 40'	5' 12"	30	5.326	4.018	3.226	213.99	171.81	0.80	
" 13	8 ^o 18'	5' 10"	30	5.464	3.897	2.960	212.93	161.73	0.76	
November 14	8 ^o	4' 40"	29	6.949	4.345	3.700	301.94	217.11	0.85	Éhgyomorra 200 gr. dextrose. Vizeletben 1.5 gr. cukor
" 14	8 ^o 13'	8' 10"	30	7.228	5.330	4.704	385.25	340.00	0.88	
" 14	8 ^o 31'	9' 1"	30	7.685	4.140	3.515	318.16	270.12	0.85	
" 15	8 ^o 7'	6' 31"	32	7.146	4.406	3.628	314.85	259.26	0.82	
" 15	8 ^o 20'	5' 15"	31	6.650	3.814	3.031	253.63	201.56	0.79	
" 15	9 ^o 40'	5' 40"	28	7.549	3.715	2.906	280.45	219.38	0.78	

A mint a táblázatból látható, az éhezési érték a normalisnak felel meg. 200 gr. dextrosét adva, a vizeletben kis mennyiségben cukor jelent meg; a percenkénti oxygenfogyasztás és széndioxid-kiadás növekedett ugyan, a respirációs quotiens azonban változatlan maradt. Normalis egyénben 100 gr. dextroséra 3 óra múlva a respirációs quotiens jelentékeny növekedése áll be. (Bálint esetében 0.74-ről 0.92-re.) Esetünkben a respirációs quotiens emelkedésének hiánya tökéletlen cukorelégésre utal s ezzel a hyperglykaemia okát megtaláltuk a sejtek tökéletlen glykolysisében.

A beteg ezek után 110 gr. fehérjéből, 350 gr. szénhydratból és 40 gr. zsírból álló (2265 caloria) étrendet kapott. A redukált testsúlyra (173 cm. hosszú, 2265 : 73 = 31) 31 caloria jutott. A beteg mérsékelt mozgást végzett és egy hét alatt 80 dekát fogyott. Ezen hét alatt a Bang-féle reactiót elvégezve, az állandóan pozitívnak bizonyult, biztos

jeleképpen annak, hogy a beteg vércukortükre a normalis értékhez nem tért vissza.

A hyperglykaemiára való tekintettel a következő héten megpróbálkoztunk a beteg antidiabetikus regime betartásával. E célból 220 gr. fehérjét, 30 gr. szénhydratot és 150 gr. zsírt kapott. (2300 caloria, a redukált testsúly 1 kilójára 32 caloria). S ezen idő alatt azt a meglepő észleletet tehetjük, hogy a vércukorconcentrációnak a normalishoz való visszatérésével mondhatni parallel szállott le a beteg testsúlya is — a mint azt az alábbi görbéből láthatjuk — úgy, hogy a beteg 8 napi antidiabetikus diaeta alatt 4½ kilót veszített súlyából.

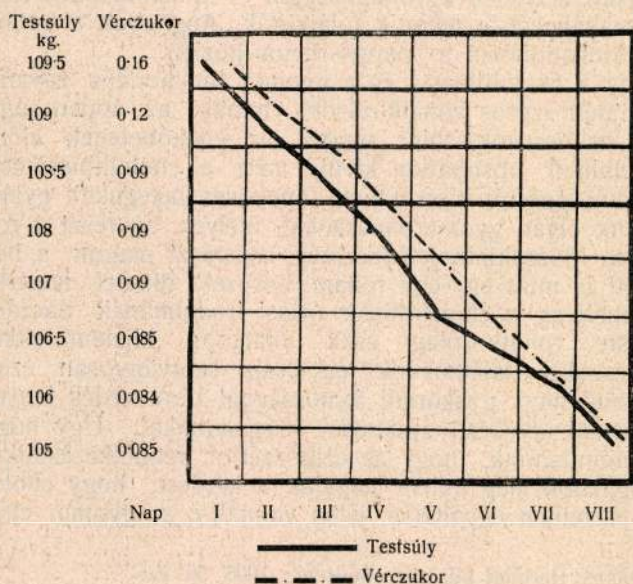
A beteg a szalonna és erősen zsíros főzelékek alakjában nyújtott sok zsírt mondhatni minden kellemetlenség nélkül tűrte, gyomorzaravokról nem panaszkodott. Ha számba vesszük is azt, hogy Strauss vizsgálatai szerint a 100 gr. felüli zsírnak mintegy 10%-a változatlanul távozik a faeces-sel, a szénhydratgazdag vegyes és a csaknem szénhydratmentes diaeta caloriaértéke csaknem ugyanaz volt, s a beteg fogyása mégis csak az utóbbira következett be.

Ha összegezzük a beteg talált észleleteket, azt mondhatjuk, hogy az eset latens diabetogen obesitas, a hol a vesék a cukrot nem bocsátották át, a cukor tehát a sejtek tökéletlen glykolysise következtében átalakult zsírrá, mint-hogy a zsírra való synthesis akadálytalan volt.

A két diaeta csaknem isodinamiás értéke folytán a súly veszteségét nem lehet zsírvesztésből magyarázni. Fel kell venni, hogy itt talán a vízanyagcserében történő változások azok, a melyek a testsúlyfogyáshoz vezetnek. Ismeretes a szénhydratoknak vízretineáló képességük (zablisztöedema) és lehetséges, hogy ezen esetben éppen ez a tulajdonság érvényesül. Az említett beteg vizelete az észlelés tartama alatt nem növekedett ugyan, azonban még nyitva marad a vérvesztés többi útja. E tekintetben vizsgálatainkat pontos vízforgalmi vizsgálatokkal akarjuk kiegészíteni.

Még egy másik lehetőségre is kell gondolnunk. A tökéletlen szénhydratkihasználás mellett szénhydratból diaeta esetén a Noorden értelmezte szövethétség következtében a betegek éheznek és többet esznek. Nem zárkozhatsz el azon feltevés elől, hogy a szénhydratból diaeta mellett a felügyelet dacára nem történt-e e tekintetben abusus. Ha szénhydratot nem kap a beteg, akkor éppen úgy, mint azt diabetes mellitusos betegen láthatjuk: megszűnik a polyphagia és a beteg kevesebbet eszik.

De bármiként legyen is, a gyakorlat szempontjából a lényeges a beteg fogyása, hiszen nehézségeit a nagy testsúly okozza. Hogy pedig a fogyást az említett esetekben szénhydrat-szegény diatával megfelelőbben érjük el, ahhoz az említettek után szó sem fér.



A gyakorlatban a diabetes mellitus felismerésének elterjedt jelenségén, a bő táplálkozás melletti fogyáson kívül gondolni kell tehát arra is, hogy a nem túlbő táplálkozás melletti hízás, tehát az előbbi tüneteknek a tükörképe is azonos okra: a vér fokozott cukortartalmára, illetve a diabétogen alapra vezethető vissza.

Ezen diabétogen alapnak felismerésével az antidiabeteses diaeta elrendelésének kettős célja van. Az egyik: a hyperglykaemia megszüntetése, illetve csökkentése. Régi klinikai tapasztalat, hogy hyperglykaemia mellett az arteriosclerosisos zsugorvise inkább fejlődik ki, nagyobb a hajlamoság agyvérzésre, cataractára, eczemára, furunculosisra, gangraenára. A másik cél pedig az egyedül ezen úton való rationalis fogyaszttás. Mint említettem, klinikai tapasztalat az, hogy bizonyos obesitas-formákban, a melyekben a fogyasztókúrák nem járnak eredménnyel, a megkísérelt antidiabeteses diaeta sikerrel jár. Vizsgálataim alkalmasak talán arra, hogy ezen empiriás tapasztalatnak klinikai basist nyújtsanak.

Ezen vizsgálatok eredményét a következő pontokban foglalhatom össze:

1. Az obesitas egy része diabétogen alapon fejlődik ki.
2. Ezen diabétogen alap a vesék csökkent cukorátbocsátóképessége folytán larvált maradhat.
3. Ezen larvált diabetes felismerésére a 100 gr. dextroseval végzett alimentaris glykosuria-vizsgálat nem minden esetben elegendő. Ezen célra a gyakorlatban is jogosultnak látszó Bang-féle próba, illetve a vércukor quantitativ meghatározása használandó.
4. A diabétogen obesitas diaetás kezelésében a szénhidratok megszorítása szükséges.

Irodalom. Noorden: Zur Frühdiagnose des Diabetes mellitus (Verhandlungen des XIII. Kongresses für innere Medizin, 1895, 481. lap.) — Noorden: Die Fettsucht, 1910. — Noorden: Der Diabetes mellitus. 1912. — Noorden: Handbuch der Ernährungstherapie. 1899. — Bálint: Adatok a diabetes insipidus aetiologiájához. (Orvosi Hetilap, 1913, 37. sz.) — Bárány Korányi Sándor: Die Bedeutung der Wechselbeziehungen zwischen Organen mit innerer Secretion für die klinische Pathologie. (XV. internat. congress. London.) — Fleiner: Discussio Strümpell előadása kapcsán: Zur Aetiologie des Diabetes mellitus. Naturforscherversammlung 1896. (Wiener klin. Wochenschrift, 1896, 934. lap.) — Strümpell: Zur Aetiologie der Glykosurie und Diabetes. (Berliner klin. Wochenschrift, 1896, 46. szám.) — Hirschfeld: Ueber die Beziehungen zwischen Fettleibigkeit und Diabetes. (Berliner klinische Wochenschrift, 1898, 10. szám.) — Bang: Ueber den klinischen Nachweis von Hyperglykaemie. (Münchener med. Wochenschrift, 1913, 41. szám.)

Közlemény a magyar királyi államvasutak külön betegpénztárának gyomor- és bélbetegségek számára fentartott gyógytelepéről Karlsbadban.

A gyomor chemismusának zavarairól cholelithiasis eseteiben és ezen zavarok jelentőségéről a cholelithiasis terapiájában.

Irta: **Aldor Lajos dr.**, a gyógytelep főorvosa, fürdőorvos Karlsbadban.

Hogy az epehólyag és az emésztőcsatorna megbetegedései között szoros az összefüggés, azt majdnem valamennyi szerző, a ki a cholelithiasis klinikájával foglalkozik, felemlíti, sőt a legtöbb hangsúlyozza is; de ezenkívül minden gyakorló orvosnak is, a kinek alkalma van chronikus cholecystitisek lefolyását huzamosabb időn át észlelhetni, feltűnik ezen szoros összefüggés jelenléte úgyszólván léptenyomon. E kérdés azonban mindezeidig sem az irodalomban, sem a gyakorlatban nem részesült abban a méltánylásban, melyet ennek gyakorlati jelentősége jogosan megkívánhat. Hogy a cholelithiasisnak egyik mindennapos kísérőtünete pl. a bélműködésnek obstipációban nyilvánuló functionalis zavara, hogy ezen obstipatio jelentkezése sokszor szinte nap-tári pontossággal esik egybe a cholelithiasis első klinikai manifestációjával, ezt mindnyájunknak napról-napra van alkalmunk tapasztalni. De a mint a gyakorlatban alig megyünk tovább ennek a ténynek egyszerű tudomásulvételénél, éppen így az irodalomban is többnyire csak ezen és egyéb tünetek egyszerű felemlítésével találkozunk. Systemás, a kérdés lé-

nyegét felderíteni törekvő ilyen irányú vizsgálatokkal azonban alig rendelkezünk.

1906-ban számoltam be¹ azon bélsárvizsgálatokról, melyeket 100 icterusmentes, cholelithiasisban szenvedő betegen végeztem és a melyek arra a figyelemreméltó eredményre vezettek, hogy a bélsárban a Schmidt-féle próbakoszt után az esetek több mint felében részben sok, a bélsárral bensőleg keveredett nyálka, részben kevés nyálka, de sok zsír és sok emésztetlen izomrost volt megállapítható. Ezen vizsgálatok segítségével — összhangzásban a bélmegebetegedésre utaló subjectiv panaszokkal és a cholelithiasis latens időszakában jelentkező meteorismussal, bélkorgásokkal, flatulentiával, a székletének a normalistól való qualitativ és quantitativ eltéréseivel — a vizsgált esetek több mint felében sikerült egy diffus vékony- vagy vastagbélhurutnak, vagy e kettő kombinált alakjának jelenlétét megállapítani. Ezen bélsárvizsgálatokat azóta is, a hol csak annak kivételére a lehetőség megvolt, következetesen folytattam és az a több százra rúgó bélsárvizsgálat, melylyel azóta ezirányban rendelkezem, az 1906-ban közölt vizsgálati eredményeket mindenben megerősíti. Ezen vizsgálatok alapján jogosan lehet gondolni arra, hogy a cholelithiasis és a chronikus bélhurutok között bizonyos aetiologiai viszony forog fenn.

Ma, midőn a jogosan uralkodó általános felfogás szerint a cholelithiasis kórképének a létrehozásában a régebben oly nagy szerepet játszott physikai momentumok: a kő vándorlása és beékelődése, csak másodrendű szerepet játszanak és annak lényegét bacteriumos infectio alkotja, azt, hogy a cholelithiasis eseteiben oly gyakran — az eseteknek körülbelül 50%-ában — chronikus bélhurut jelenléte is megállapítható, e két megebetegedés egyszerű coincidentiajának nem tekinthetjük.

Ismeretes az is, hogy cholelithiasis eseteiben a colicsoportba tartozó bacillusok találhatók leggyakrabban az epehólyagban és ezen mikrobák virulentiája szerint folynak le a cholecystitisek és cholangitisek folyamatok enyhébb vagy súlyosabb alakban. Minthogy pedig ugyancsak a colicsoportba tartozó bacillusoknak domináló szerepük van a bélhurutok aetiologiájában is, a két bántalomnak gyakori együttes jelentkezésében oly aetiologiai és causalis nexus jelenlétét kell látnunk, mely az epeköbetegség kórképét létrehozó infectio forrására mutat rá. Hogy ennek a cholelithiasis chronicitásának prophylaxisára és általában annak terapiájára milyen nagy fontossága van, nem szükséges bővebben fejtegetnem. Csupán annak akarok kifejezést adni, hogy nem zárkozhatom el azon benyomás elől, hogy az epehólyag-betegeken egyes országokban különösen nagy népszerűséget élvező „természetgyógyászok“ (Naturärzte) és csodadoktorok eredményei főleg abból magyarázhatók, hogy a terapiájukat kizárólag a „qui bene purgat, bene curat“ elvén építik fel. És nem vitatható el, hogy bizonyos józan ösztön nyilatkozik meg részükről akkor, midőn az epeköbetegség terapiája főcéljának — bár kétségtelenül helytelen egyoldalsággal — a bélműködés forcírozott szabályozását tekintik (olajkúrák, Angliában a podophyllin-, Hollandiában a jalappa-rheum-kúrák).

Hogy a cholelithiasis és a gyomor functionalis zavarai között szintén szoros vonatkozások vannak, az éppen úgy ismeretes az orvosok, mint maguk az epeköbetegek előtt. A már említett obstipáción kívül, mely a cholelithiasisnak egyik leghűségesebb kísérőtünete, epeköves betegektől gyakran hallunk olyan gyomorpanaszokat, melyek egyrészt a rohammentes időszakban jelentkeznek, másrészt maguk a betegek előtt is mint egy-egy roham bevezető tünete ismertek. Ennek és a cholelithiasis óriási irodalmának dacára e kérdésre vonatkozólag csak általános kijelentésekkel és feltevésekkel találkozunk és csak szórványosan ezen kétségtelenül nagy gyakorlati fontossággal bíró kérdés lényegét felderíteni igyekező systemás vizsgálatokkal. Úgy hogy azt kell mondanunk, hogy az ezidőszertint rendelkezésünkre álló vizsgálatok még nyitva hagyják a kérdést, hogy cholelithiasis eseteiben egyáltalán jelen vannak-e a gyomor che-

¹ Aldor: Berliner klin. Wochenschr., 1906, 38. sz.

mismusának oly zavarai, melyek a cholelithiasisra bizonyos mértékig jellegzetesnek tekinthetők, és ha igen, van-e ezen functionalis zavaroknak aetiologiai befolyása, avagy éppen megfordítva áll a dolog és a gyomorchemismus zavarai az epehólyag-megbetegedés következményeinek tekintendők? *Naunyn* klasszikus művében pl. e kérdésre vonatkozólag csupán annyit találunk, hogy a chronikus dyspepsiák elég gyakran válnak az epekőképződés okozóivá, de éppen oly gyakran jön létre szerinte epekőképződés nélkülük is. *Ewald*-nak² egy esetben az epekőlika tartama alatt sikerült hyperaciditást kimutatni és szerinte az epekőlika a gyomorsósav elválasztásának reflexes fokozódását idézheti elő, mely azonban a roham lezajlásával együtt eltűnik; a rohammentes időben azonban a gyomor chemismusa nem mutat a normalistól eltérést, mondja *Ewald*, a nélkül, hogy erre vonatkozó rendszeres vizsgálatokról számolna be. *Grube*³ közöl négy olyan esetet, a hol hyperaciditást talált olyan egyéneken, a kiken később cholelithiasis keletkezett és ezen bár csekélyszámú észlelése alapján azt a kérdést veti fel, hogy a hyperaciditás nem következménye-e az epekővek által előidézett és a gyomorra terjedő izgalomnak, vagy pedig a hyperaciditás a primaer folyamat és a duodenumba jutó savanyú, hyperacid gyomortartalom hozná létre az epeelválasztásban a cholelithiasis kórképét előidéző elváltozásokat. A nélkül, hogy e kérdést megfelelő számú idevágó észlelés hiányában eldönteni akarná, kétségtelennek tartja, hogy a hyperaciditás gyakran szerepel a fennálló cholelithiasis első jelenségei között és inkább hajlandó a hyperaciditásban a cholelithiasisnak egyik korai tünetét látni, mint azt a kőképződés oka gyanánt tekinteni. De nem tartja kizártnak azt sem, hogy egyes esetekben az éveken át fennálló hyperaciditás az aetiologiai momentuma a cholelithiasisnak.

*Kaufmann*⁴ Newyorkban, a ki Amerikában egyik legalaposabb ismerője a cholelithiasisnak, a hyperaciditást szintén gyakori kísérő és korai tünetnek tartja és az a nézete, hogy az erősen savanyú gyomornedvnek tartós secretiója a duodenalis nyálkahártyának és a papillának izgalma, végül pedig az epeutaknak lobosodásához vezet.

Lewa-nak⁵ is sikerült néhány cholelithiasis-esetben hyperaciditást kimutatni. A kérdéssel, hogy cholelithiasis eseteiben egyáltalán konstatalhatók-e a gyomor sósavának elválasztásában zavarok és hogy ezen zavaroknak a cholelithiasis klinikájára van-e jelentőségük, beható módon foglalkozik kísérletileg *Hohlweg*.⁶ Ilyen vizsgálatok végzésére őt az a körülmény indította, hogy oly betegek, kiknek epehólyagja eltávolított, igen gyakran jelentkeztek a műtét után gyomorpanaszokkal; ezen gyomorpanaszoknak megfelelő objectiv elváltozásokat pedig *Hohlweg*-nek ezen betegeken sósav-deficit vagy legalább is subnormalis secretionalis értékek jelenlétében majdnem szabályszerűséggel sikerült kimutatni. 38 olyan betegen, kiken előzőleg epehólyagkiirtást végeztek és a kiken a műtét után ismét gyomorpanaszok jelentkeztek, vizsgálta a gyomorfunctiókat; 28 esetben, azaz 71%-ban teljes sósavhiányt állapított meg, 7 esetben 20%-on aluli, tehát subacid értékeket és csak 4 esetben talált normalis értékeket. Ezen mindenestre feltűnő és figyelemreméltó lelet jogossá tette a feltevést, hogy az epehólyag functiójának elégtelensége vagy kiesése okozza a gyomortartalomban a sósavhiányt. Ha ez a feltevés helyes, akkor várható, hogy a ductus cysticus köves elzáródásakor vagy az epehólyag erős zsugorodásakor, szóval mindazon folyamatokban, melyekben az epehólyag normalis functiója kizártnak tekinthető, hasonló zavarok jelentkeznek a gyomor chemismusában. És valóban 45 esetben, a melyekben utólag a műtét alkalmával cysticus-elzáró-

dás vagy az epehólyag erős zsugorodása volt megállapítható, *Hohlweg* 38 esetben, tehát az esetek 84,4%-ában sósav-deficitet talált, 6 esetben pedig 20%-on aluli és csak egy esetben talált normalis értékeket.

Hohlweg-nek ez irányban kutyákon végzett állatkísérletei az említett vizsgálatokat megerősítik annyiban, a melyben három ízben a kísérleti állatokon is sósav-deficit mutatkozott az epehólyag kiirtása után. *Hohlweg* klinikai észlelései, összehangzásban állatkísérleteivel, mindenesetre azt mutatják, hogy az epehólyag kiirtása után a gyomorsósav elválasztásának a csökkenése majdnem szabályszerűséggel konstatalható, a legtöbb esetben pedig a gyomor sósavának teljes hiánya; ez áll mindazokra az esetekre, a melyekben cysticus-elzáródás vagy az epehólyag erős zsugorodása következtében az epehólyag functiója kiesik, vagy súlyos nyálkahártya-folyamatok következtében megváltozik.

E kérdéssel legújabbán *Ohly*⁷ foglalkozott. 43 epekőves betegen végzett próbareggeli után gyomorvizsgálatokat, a melyek *Hohlweg* leletét feltűnő módon megerősítik; ő a 43 eset közül 24-ben anaciditást talált sósav-deficittel, 12-ben subaciditást; a többi hét eset pedig hyperacid volt.

Ellenben *Höflich*,⁸ a ki a kérdéssel ugyancsak újabban foglalkozott, körülbelül 20 operált esetben végzett vizsgálatok alapján arra az eredményre jutott, hogy 1. sokszor igen súlyos epehólyag-megbetegedés mellett is érintetlen a gyomor chemismusa, 2. a cholecystectomy a gyomor chemismusára semmiféle befolyással sincsen.

Ugyanígy eredményre jutott *Magnus*⁹ is, a ki éppen úgy functióképes, mint hiányzó epehólyag eseteiben normalis értékeket talált. Vizsgálatainak száma 14. Hasonló eredményekkel jártak *Boss*¹⁰ vizsgálatai is, melyeket *Küttner* vezette alatt 20 cholecystectomiás egyénen végeztek, ellenben *Miyake*¹¹ 6 olyan eset közül, a hol zsugorodott epehólyag volt jelen, három esetben anaciditást és kétfőben subaciditást talált.

A mennyire a cholelithiasis irodalmát ismerem, a fentiekkel annak a mi tárgyunkra vonatkozó része körülbelül ki is van merítve. Látható, hogy a rendelkezésünkre álló irodalmi adatok nemcsak csekély számúak, hanem eredményeikben egymásnak merőben ellentmondók is. A kérdésnek, hogy az epehólyag megbetegedéseiben vannak-e a gyomor chemismusában állandó és súlyos elváltozások, és hogy ezen elváltozásoknak az epekőbetegség klinikájában milyen szerepe van, e kérdésnek *Hohlweg* és *Ohly* vizsgálatainak ismerete óta nagy gyakorlati jelentőséget kell tulajdonítanunk. Mert ha — a mint az ő vizsgálataik mutatják — az epehólyag functiókiesésével járó súlyosabb epehólyag-megbetegedésekben és az epehólyag kiirtásakor az esetek 71—84%-ában anaciditás, tehát a gyomornak egyik legsúlyosabb secretionalis anomáliája konstatalható, akkor olyan tényre állunk szemben, mely bár joggal támaszthat physiologiai és pathologiai érdeklődésre igényt, de elsősorban különös figyelembevételt igényel az epehólyag-megbetegedések therapiája terén.

Ezen körülmények eléggé jogosulttá teszik a kérdésnek nagyobb számú anyag alapján való vizsgálatát. Ezen anyagot részben a vezetésem alatt álló gyógytelep (44 eset), részben a privátpraxisom (38 eset) szolgáltatja. Ugy hogy ez alkalommal 82 olyan cholelithiasis-esetről számolhatok be, a melyekben ismételtén végeztük a gyomor functionalis vizsgálatát. A vizsgálati eredmények nemcsak e tekintélyes szám következtében tarthatnak igényt bizonyítóerőre, hanem fokozza ezt az a körülmény is, hogy ezen anyag összeállításából minden olyan esetet kizártunk, a melyben a cholelithiasis körjelzése szempontjából a legcsekélyebb kétség merült fel; ellenkezőleg eseteinknek legnagyobb részét éveken (1—6 éven) át észleltük, évente 4—6 héten keresztül, és csak

² *Ewald*: Moderne ärztl. Bibliothek, 1904.

³ *Grube*: Arch. f. Verd.-Krankh., 1904, 10. köt. és *Grube* és *Graff*: Die Gallensteinkrankheit, 1912.

⁴ *Kaufmann*: Gallstones and gastric hyperacidity. Americ. Med. 1903, 6. köt.

⁵ *Lewa*: Virchow's Archiv, 132. köt.

⁶ *Hohlweg*: Verhandlungen des Deutschen Kongresses für innere Medizin, 1912.

⁷ *Ohly*: Über Aziditätsverhältnisse des Magens bei Erkrank. der Gallenbl. etc. Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 29. sz.

⁸ *Höflich*: A gyomor chemismusa cholecystectomy után. Budapesti Orvosi Ujság, 1912, 30. szám.

⁹ *Magnus*: Mediz. Klinik, 1913.

¹⁰ *Boss*: Berl. klin. Wochenschrift, 1913, 52. sz.

¹¹ *Miyake*: Archiv. f. klin. Chir., 101. kötet.

azokat vettük tekintetbe, a melyekben az objectiv lelet: palpato, concrementumtávozás, icterus, az egészen typusos anamnesis, a világos aetologia (graviditas) és az általunk is észlelt kólikák alapján a körjelzés minden kétségen felüli volt. Rövidség és termégtakarítás okából ezen 80 esetre vonatkozó kórtörténeteket és a végzett gyomorvizsgálatokat csak rövid, csupán a leglényegesebb adatokra kiterjeszkedő kivonatban közlöm.

I. csoport. Cholelithiasis normalis gyomorsecretióval.

1. Sz. A. 47 éves férfi; 1909 óta 5–6 hetenként heves görcsös fájdalmak a jobb bordaív alatt; 1911-ben 4 heti észlelés az intézetben; kifejezett nyomási érzékenység az epehólyag-tájékon. 1911 május 23.-án egy órával az Ewald-féle próbareggeli után 60 cm³ gyomortartalom; szabad HCl = 20; összaciditás 55. 1912 májusától 1913 januárig tünetmentes, márczius végén ismét a régi rohamok, 1912 április 23.-ától május 19.-éig ismét intézetünkben kezeltük. Az epehólyag most sem tapintható, de a tájéka nyomásra kifejezetten fájdalmas. Probareggeli után 48 cm³ gyomortartalom. Szabad HCl = 20, összaciditás 50.

2. B. J.-né, 33 éves asszony, 1908 óta eleinte feszülés és nyomás-érzés a gyomorban, 1911 óta gyakran ismétlődő gyomorgörcsök, melyeket ismételt magas, 39^o C-fokon felül emelkedő láz is kísér; a megnagyobbodott epehólyag jól kitapintható, oldalt elmozdítható (ingaszert mozgású) és nyomásra érzékeny. Cysticus-elzáródás az epehólyag következményes hydrópsával; az 1911 augusztus 26.-án végzett gyomorvizsgálat eredménye próbareggeli után 30 cm³ gyomortartalom, szabad HCl = 20, összaciditás 54.

3. St. M., 54 éves asszony; 10 év óta diffúz gyomorpanaszok. Intézetünkben kezeltük 1911 április 25.-étől 1911 május végéig, majd 1913 áprilistól ugyanazon év május végéig. Chronikus cholecystitis, nyomásra mérsékelten érzékeny, megnagyobbodott és jól kitapintható epehólyaggal. Gyomorvizsgálat: 50 cm³ gyomortartalom, próbareggeli után szabad HCl = 30, összaciditás 50.

4. K. F., 30 éves férfi, 1913 április 19.-étől május 30.-áig volt intézetünkben. 2 év óta időszakonként jelentkező, lázzal járó fájdalmak a has jobb felében. A májszélék a bordaív alatt kitapinthatók, nyomásra érzékenyek; az epehólyagtájéki nyomásra fájdalmas. Probareggeli után 50 cm³ gyomortartalom, szabad HCl = 28, összaciditás 42.

5. M. O., 32 éves férfi, intézetünkben volt kezelve 1911 április 23.-ától ugyanazon év május 20.-áig. 3 év óta időszakonként jelentkező gyomorgörcsök, állandó étvágytalansággal; a májszélék a bordaív alatt kitapinthatók. Az epehólyagtájéki nyomásra fájdalmas. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 70 cm³ gyomortartalom, szabad HCl = 26, összaciditás 42.

6. Sz. Sz., 42 éves férfi, 1911 július 21.-étől ugyanazon év augusztus 15.-éig volt intézetünkben kezelés alatt. 1 év óta gyakran ismétlődő, láztól kísért görcsök, az epehólyag tájéka nyomásra fájdalmas és resistent. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 40 cm³, sok nyálkát tartalmazó gyomortartalom, szabad HCl = 20, összaciditás 40.

7. H. J., 30 éves férfi, 1911 július 20.-ától augusztus 14.-éig volt az intézetben kezelés alatt. 3 év óta recidiváló fájdalmak a has felső részében. A has physicalis vizsgálata negativ. Cholecystitis chronica. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 70 cm³, nyálkát mérsékelten mennyiségben tartalmazó gyomortartalom. Szabad HCl = 22, összaciditás 32.

8. K. L.-né, 44 éves asszony, 1913 április 24.-étől ugyanazon év május 24.-éig volt az észlelésem alatt. 1 év óta 21 epekökölka, láz és sárgaság nélkül, az epehólyag tájéka nyomásra fájdalmas. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 62 cm³, kevés nyálkával kevert gyomortartalom, szabad HCl = 33, összaciditás 48.

9. Sch. S.-né, 36 éves asszony, 1913 június 26.-ától ugyanazon év július 21.-éig volt kezelésben; 4 hét óta gyakori görcsös fájdalmak a májtájékon; az epehólyagtájéki nyomásra fájdalmas. Probareggeli után 96 cm³, kevés nyálkával kevert gyomortartalom, szabad HCl = 30, összaciditás 43.

10. Sz. J., 38 éves férfi, 1907 óta időközönként jelentkező heves májtájéki fájdalmak, ismételt csekélyfokú, pár napig tartó icterustól kísérve. 1907 óta a folyó évig évente 4–5 héten át volt észlelésem alatt. 1907-ben megejtett gyomorvizsgálatkor: próbareggeli után 40 cm³, nyálkával mérsékelten kevert gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma = 60; összaciditása 80. 1907–1913 között nagyobb időközönként gyomor- és májtájéki fájdalmak, melyeket időnként hidegrázás, majd hőemelkedés kísér. E fájdalmak közötti időben állandó étvágytalanság, renyhe széklelet, általános levertség, foetor ex ore, rossz szájíz. Kifejezett érzékenység az epigastriumban és az epehólyagtájékon. Az 1913 július 23.-án megejtett gyomorvizsgálatkor: próbareggeli után 56 cm³, sok nyálkával kevert gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma = 30, összaciditás 50.

11. K. Gy., 54 éves férfi, 7 év óta gyakran ismétlődő epekökölkák. 1912 januártól majdnem hetenként beálló kólikákat, sokszor 39^o C-on felül emelkedő láztól kísérve. Az 1912 júniusban megejtett gyomorvizsgálat után 70 cm³, kevés nyálkát tartalmazó gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma = 30, összaciditása 54.

12. P. J.-né, 37 éves asszony, 1913 augusztus 23.-ától szeptember végéig volt a kezelésben. 6 év óta 3 ízben heves májtájéki fájdalmak, mind a három rohamot 10–14 napig tartó icterus kísérte. A rohamok közötti időben csekély fájdalmak a gyomorgödörben s a májtájékon, 2–3 órával az evés után; baja fennállása óta obstipatióban szenved. Jobboldalt ren migrans; egyébként a has physicalis vizsgálata negativ. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 40 cm³ gyomortartalom (kevés nyálka), szabad HCl = 36, összaciditás 55.

13. K. E., 60 éves férfi, 1911 május 19.-étől június 20.-áig volt észlelésem alatt. 10 év előtt 3 hónapon át tartó epekökölkák, azután 1910 áprilisig jól volt, ekkor ismét 2 héten át ismétlődő heves görcsök, azóta pedig mérsékelt máj- és háttájéki, nyomó jellegű fájdalmak. Az epehólyag kitapintható, nyomásra érzékeny. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 50 cm³, kevés nyálkával kevert, jól emésztett gyomortartalom, szabad HCl = 38, összaciditás 46.

14. Dr. H. L., 51 éves férfi, 1911 szeptember 1.-étől szeptember 30.-áig volt észlelésem alatt. 25 év előtt acut gyomorbélhurut icterussal, azután pár éven át kisebb gyomorfájdalmak; 2 év óta gyakran heves fájdalmak a májtájékon, legutóbb 14 nap előtt. Az epehólyag kitapintható, nyomásra fájdalmas. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 70 cm³, kevés nyálkával kevert gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma = 31, összaciditása 54.

15. F. H., 29 éves asszony. 15 éves korában appendix-műtét; 4 év előtt (1908-ban) szülés után recidiváló epekökölkák több concrementum eltávolításával; 1911-ben ismét heves epekökölka, azóta állandó érzékenység a májtájékon. Az epehólyag kitapintható, nyomásra érzékeny. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 20 cm³ mennyiségű, sok nyálkával kevert gyomortartalom, szabad HCl = 30, összaciditás 42.

(Vége következik.)

Közlemény a pesti izr. hitközség kórházának fülbeteg-osztályáról.
(Főorvos: Szenes Zsigmond dr.)

A fülzúgás gyógyszeres kezeléséről.

Irta: Ság Sándor dr., a fülbetegosztály volt segédje.

A fülzúgást, mint a legtöbb fülbetegség kísérő jelenségét, bár önálló kórformának nem vehetjük — különösen általános kórtani szempontból —, de tekintve annak gyakoriságát és azokat a kellemetlenségeket, a melyeket a betegnek okoz, a gyógyítás szempontjából talán mégis indokolt azt külön csoportba foglalni. Hiszen ha a szó legszorosabb értelmében vesszük a kifejezést, úgy azt mint diagnosztikát nem igen szabad használnunk, mert ha egyik vagy másik tankönyvben a „tinnitus nervosus” néven ismertetett kórképet önálló betegség címén látjuk is tárgyalni, mindig találunk itt egyéb ideges elváltozást s a fülzúgás ismét csak a betegség egy tünete lesz.

Ha úgy nagy vonásokban akarjuk a fülzúgás okait feltüntetni, két csoportba sorolhatjuk azokat; a mely esetet e csoportokba be nem vehetünk, azt több-kevesebb joggal idiopathiás fülzúgásnak, igazi tinnitus nervosusnak nevezhetjük. A leggyakoribb ok, mint ezt többek között Urbantschitsch is mondja, a hallószerv hangvezető apparatusában rejlik. Kevésbé gyakori esetek azok, a mikor az ok bizonyos kórbölczölástani elváltozáson alapszik és a megbetegedett fül hangfelfogó apparatusában rejlik. A szóban forgó elváltozások természetesen lehetnek a legminimalisabbak, dacára, hogy nagyfokú zúgást keltettek. A harmadik csoportba azok az esetek tartoznak, a melyekben sem a hangfelfogó, sem a hangvezető apparatusban elváltozást kimutatni ezidőszert nem tudunk, noha a tünet nagy fokban dominál. Hogy röviden mindhárom csoportot megvilágítsuk, néhány példával kell ezt illusztrálnunk.

A hangvezető apparatus kóros elváltozásai a legkülönbözőbb zúgásokat okozhatják: a közönséges fülzúgás, a különféle helyen ülő exsudátumok, megvastagodások, izmok erősebb feszülése, fixációk, az orr- és garatür s a szomszédos képletek elváltozásai mind e csoportba tartoznak.

A hangfelfogó apparatusban székel az ok az abnormalis beidegzések eseteiben, a különféle vasomotoros zavarok esetén, magának az acustikusnak lobos folyamataiban s a toxikus behatások változatos sorozataiban.

A harmadik csoportbeli esetekben feltételezhetjük, hogy semmi pathologiai elváltozás nincs, mint például Hauff egy

esetében, a melyben a beteg este 7—10-ig, bármily külső behatástól és körülménytől függetlenül, megkapta a fülzúgást. Ez a tisztán ideges alapon álló fülzúgás: a tinnitus nervosus.

Vannak azonban esetek, midőn a fülzúgás egyéb pathológiai elváltozás részjelenségeként mutatkozik; gyakran észlelhető például oly fülzöreje, melyet tulajdonképpen a fokozott vérnyomás okoz és a hangérzés azért a carotis lüktetésével kapcsolatos; ugyancsak hasonló elbírálás illeti az általános arteriosclerosisnál előforduló zúgást is. Tekintettel arra, hogy a zúgás ilyenkor egyéb kóros elváltozások következménye, az esetek mindig a megfelelő általános gyógyszerelést igénylik, minthogy a zúgás az alapbetegség tünetei közé sorolható.

A fülzúgás elmélete, illetve lényegének meghatározása, tekintve a nehézségeket, melyek a tünet értelmezésének biztos oka körül felmerülnek, ezidőszert korántsem egyöntetű.

Az általánosan elfogadott magyarázatok közül talán Neumann nézete talált legtöbb hívőre, ki a ganglion spirale ganglionsejtjeiben található protoplasma-elváltozásokat mondja a zúgás pathológiai okának. Benedikt szerint mindamaz okok, melyek az acusticus sejtjeinek atrophijára vezetnek, zúgást okoznak.

E két elmélet között egész sorozata van a zúgás magyarázatát célzó teoriáknak, mintegy megerősítésére annak, hogy határozott, általános és minden esetre elfogadható kórokát a zúgásnak nem ismerjük, a minek azután természetes következménye a therapiában való szétágazódás, azok a különféle physicalis eljárások s medicamentumos beavatkozások, melyek irodalmunkban nap-nap után fölbukkannak, hogy rövidebb-hosszabb élet után a feledésbe merüljenek és bennünket arra készítsenek, hogy újra és újra a régi és kipróbált, ha nem is tökéletes gyógyszeres eljárásokhoz vissz térjünk.

Oly tág tere nyílik itt a próbálgatásnak, hogy sajnos, néha még a legnagyobb recepturával rendelkező orvos is kifogy a medicinából.

A betegség ugyanis rendesen hosszantartó. Azok, kik oly szerencsés helyzetben vannak, hogy mindennemű physicalis kezelésnek alávetetik magukat, még inkább tudnak könnyíteni állapotukon; de a kik oly helyen laknak, hol specialis kezelésben nem részesülhetnek, vagy socialis helyzetük, esetleg foglalkozásuk miatt legfeljebb egyszer konzultálva szakembert, legjobb esetben is csak azzal kell beérniök, hogy egy recipével távozzanak ambulantiáinkról, azok számára kell kutatnunk oly medicamentum után, mely ha nem is vezet teljes gyógyulásra, legalább mérsékelje azokat a kellemetlenségeket, melyek a fülzúgás hosszantartó fennállásával a beteg egész idegrendszerét labilissá teszik, a mi talán több kárt tesz a munkaképességben, mint a hallóképességnek a zúgással járó kisebb-nagyobb fokú csökkentése.

Csak röviden akarunk szólni a fülzúgásnak gyógykezeléséről azon esetekben, a melyekben az valamely általános megbetegedés egyik tünete.

Az arteriosclerosis kórképét kísérő fülzúgásra, mint azt különösen e betegség kezdeti szakában gyakran látjuk, igen kedvező befolyást gyakorolhatunk a joddal meg az amylinittrittel.

Inkompenzált vitium eseteiben szintén gyakran panaszodik a beteg kellemetlen zörejeiről, melyek csakugyan a megváltozott szív működéssel állnak összefüggésben; ilyenkor a digitalis- és strophantus-készítmények adagolhatók jó hatással. A lues különféle alakjaiban, úgyszintén különböző stádiumaiban jelentkező fülzörejeire az antilueses szerek hatnak kitűnően.

Az intoxicatiók alkalmával keletkező, pl. salicyl, chinin-sók, alkohol, nikotin stb. okozta fülzúgás az illető szereknek kihagyásával s kis mennyiségű jod adagolásával vagy izzasztással már rövid idő alatt megszüntethető. Chinin és salicyl-sav okozta fülzúgás eseteiben az acidum hydrobromicum 10%-os oldatától kedvező eredményeket láttunk. A beteg a jelzett oldatból naponta 3-szor 20—40 cseppet egy pohár vízben oldva kaphat. Urbantschitsch amylinittrittel gyógyított meg egy chinin okozta fülzúgást, melyre az egyéb adagolni szokott szerek hatástalanok maradtak.

A chlorosisosok, anaemiások fülzúgása chinin-, illetve vas-adagolással, különösen azonban arsen-injectiókkal kezelhető a legkedvezőbb sikerrel; természetesen mindig az alapbántalom gyógyulásával, illetőleg javulásával csökken a betegséggel járó tünet intenzitása is.

Az imént elsorolt betegségekben, hol a fülzúgás az általános megbetegedés részjelensége, rendszerint sokkal könnyebben tudunk hatást elérni, mint ama bántalmakban, a melyekben a zúgás egy meglevő chronikus fülbetegség tünete. Az otosclerosis, a chronikus catarrhusok főleg azok a bántalmak, hol a nagyothallás mellett a zúgás okoz sok kellemetlenséget a betegnek, a ki orvoshoz fordulva, végig kísérletezhet a medicinának egész sorozatával minden eredmény nélkül.

A történeti hűség kedvéért föl kell említenünk, hogy még a csecstyjtványnak különböző szerekkel való kenetetését, hangyasavas spiritussal való bedörzsölést, majd az aetherspraynek alkalmazását is ajánlották fülzúgás ellen; az előbbi úgy látszik újabban is talál hívőre. Egyike a legrégibb s úgy szólván ma is legjobban bevált szereknek a brom. Különféle formában szokták adagolni, de természetes, hogy a brom-hatás teljesen egy marad. Erlenmayer 750 gramm szénsavas ásványvízben feloldat 4 gr. bromnatriumot, ugyanannyi bromkaliumot és 2 gr. ammonium bromatumot s abból ad háromszor naponta étkezés közben egy-egy boros pohárral. Mi, tekintettel arra, hogy szintén bromot adunk legszívesebben, olcsóbb formában rendeljük, a mennyiben a fönti bromadagot 180 gr. vízben oldhatjuk s abból rendelünk naponta 3—4 evőkanállal, vagy ugyancsak a fönti adagból készítettünk 30 pilulát s abból vétetünk naponta 3—4 szemet. A kúra 4 hétig tart, de időleges kihagyásokkal nagyon sokáig lehet folytatni.

A Jakobsohn ajánlotta chinin, ellentétben a Charcot által ajánlt nagyobb adagokkal, egy centigrammos dosisokban oly kis adag, hogy roboransként nem hathat; Jakobsohn elgyengült, különösen szellemi munkában kimerült, vérszegény egyéneknek ajánlja, kik szédülésben is szenvednek. Mi mindezen esetekben szívesebben rendeljük az arsenes injectiókat, esetleg a különféle arsenes-vasas készítményeket. Az aconitum- és arnica-tinctura a mellékelt recipék szerint már divatját multa, de azért megkísérlelhető itt-ott, azonban sok reményt nem fűzünk hozzájuk s inkább csak ott rendeljük, hol már minden egyéb szert megkísérlettünk.

Tinct. aconiti gr. 2·5

Sir. cort. aurant. gr. 47·5

D. S. 3—4-szer 1 theás kanállal étkezés után.

Tinct. arnicae gr. 10·0

D. S. Naponta 3-szor 5—10 cseppet czukorra.

Ez utóbbi talán mint erős excitans olyan egyéneknek hathat, kiken az anaemia okozta fülzúgás szembetűnő. Itt azonban sokkal biztosabb eredményt érünk el az arsen-injectiókkal.

Hartmann az atropinnak fél milligrammos adagját ajánlja. Jodnak és bromnak kombinált adagolása az alábbiak szerint sokszor beválik:

Kalii jodati

Kalii bromati aa gr. 5·0—10·0

Aqu. dest. --- gr. 120·0

Az atropin-adagolásról újabban szintén jelentek meg közlemények. Wittmaack, Weisenberg az atropin 0·01—15·0 oldatából sikerrel ad 10—15 cseppet naponta háromszor.

Ambulantiáinkon már évekket ezelőtt kísérleteztünk többek között a Lucae ajánlotta „isopral“-al, azonban egyáltalán nem láttunk e drága szertől sem lényegesebb javulást, mint a nálánál jóval olcsóbb bromsóktól.

Sacher A. ugyancsak néhány év előtt a sublimatot ajánlotta, mint az összes fülzúgások — legyenek azok a legkülönbözőbb eredetűek — egyedüli gyógybalzsamát. Sietve kezdtük meg a kísérletezések sorozatát, de sajnos, mint már három évvel előbb kiadott beszámolómban is jeleztem, korántsem oly kecsegtetőek az eredmények, mint azt az említett szerző jelezte, mert éppen úgy cserben hagy bennünket a

pilulaalakban adott napi 3—4 milligramm sublimat, mint sokszor a $1\frac{1}{2}$ gramm bromnatrium.

Legutolsó szerünk az otosclerol volt, melylyel kísérleteztünk. A szer nemcsak, mint neve mutatja, az otosclerosis eseteiben előforduló fülzörejek gyógyítására szolgál, hanem a tinnitus nervosusnak, úgyszintén a catarrhalis zörejeknek is medicamentuma óhajt lenni. Az otosclerol 6·66% cimicifuginból, 36% bromból és 13·5% phosphorsavból áll.

A cimicifugint már évekkkel előbb is ajánlották ideges fülzúgás ellen, de tekintettel arra, hogy semmivel sem nyugtatót kedvezőbb eredményeket a többi szernél, hamarosan feledésbe ment. A phosphor, mint az otosclerosist befolyásoló szer, már néhányszor talált kísérletezőre, ha nem is fényes eredménnyel. Mi sem látszott természetesebbnek, hogy a két szer csakugyan jó hatással lehetne a brommal együtt a különböző eredetű fülzörejekre. Számos esetben adagoltuk az otosclerol-tablettákat, adtuk pedig úgy az otosclerosis, mint a chronikus catarrhus kíséretében jelentkező fülzúgás, sőt még tinnitus nervosus eseteiben is kisebb (naponta 3 szem) és nagyobb (napi 10 szem) adagban, de különösebb hatást sohasem láttunk. A betegek ugyanis majdnem egyöntetűen azzal jöttek vissza, hogy kellemetlen fülzörejükre a pilulák szedése egyáltalán nincs hatással; ez a kis adag eredménye. Meg kell említenünk, hogy egyik betegünkön minden egyes pilula bevétel után hányásinger állott be.

Nagyobb mennyiségben, mikor a beteg naponta 6—10 szemet vett be (tovább sohasem mentünk), az otosclerol bromhatása érvényesült ugyan, de különösebb, valami specialis hatást egyáltalán nem láttunk.

Nyugodtan állíthatjuk, hogy a felsorolt szerekekkel, de még talán az ezután is felmerülő szerekekkel esetleg kivétel nélkül is elérhetünk némi javulást, kivált a tisztán ideges alapon álló fülzúgás eseteiben, azonban hogy akár az egyik, akár a másik specificuma volna e bajnak, arról szó sem lehet. A legtöbb eredményt érhetjük el — természetesen mindig oly körülményt véve tekintetbe, midőn a betegnek nincs módjában magát a különféle physicalis gyógykezeléseknek alávetni és egyedül gyógyszerek adagolására kell szorítkoznunk — a bromsók különféle combinációival. Kezdve kisebb adaggal, felmehetünk, természetesen a bromszedésre nézve megkövetelt szabályok betartásával, a napi három grammig is. S ha vannak esetek, hol ez is cserben hagy bennünket, a mi sajnos, elég gyakori, akkor elkészíthetünk arra, hogy kénytelenek leszünk végig kísérletezni az időnként felmerülő s a fülzúgás megszüntetését célzó szerek egész sorozatával.

Elmeorvosi tapasztalatok Nagybritanniában.*

Irta: *Fabinyi Rudolf* dr., áll. elmeorvosi intézeti főorvos, Budapest-Lipótmező.

Korábbi külföldi utazásaim alapján mindeddig azon a véleményen voltam — azt hiszem nem egyedül —, hogy a német elmeorvosi intézetekben az elmebetegek ápolása és elhelyezése olyan mintaszerű, hogy e tekintetben szebbet és megfelelőbbet produkálni talán már nem is lehet. Az elmúlt nyáron végzett tanulmányutam alatt azonban nagy meglepetésemre meg kellett győződnöm arról, hogy a holland, angol, de főleg a skót intézetek a németekéit sok tekintetben hátróztan felülmulják.

A mult nyarat ugyanis *Zsakó István* dr. dicsőszentmártoni főorvos kartársammal együtt arra használtuk fel, hogy résztvéve a londoni általános orvosi és a gaudi psychiatriai és neurologiai congressusokon, bővebb tanulmány tárgyává tegyük Anglia, Belgium és Hollandia elmebetegügyét. E célból felkerestük a nevezett országok nevezetesebb intézeteit, még pedig Angliában 5-öt, Skóciában 6-ot, Belgiumban 2-t és Hollandiában 4-et. Ez alkalommal csak a Nagybritanniában

(a szorosan vett Angliában és Skóthonban) látottakról és tapasztaltakról, különösen az elmebetegápoló-képzésről szeretnék rövidebb beszámolót tartani, míg a belga és holland elmebetegügyi viszonyokról egy második cikkben óhajtok szólni.

Már az angol intézetek is bámulatra méltóak, de csodálkozásom Skóciában még inkább fokozódott. Hogy mi az a „no restraint” és mi az az „open door”, azt valóságban csak itt lehet megtanulni. Bátran állíthatom, hogy a sokat hangoztatott elvek helyes fogalmához a teljes tartalmat csak Skóciában szerezhetni meg. Az ember csak itt veszi észre, hogy az elmebetegápolás magasabb elveiről eddig nem volt egészen tiszta fogalma és győződhetik meg arról, hogy milyen tökéleteset tud produkálni a kitartás és intelligentia, ha kellő anyagi segítség áll rendelkezésre.

Nemkülönben meglepő az az áldozatkészség, a melyben az elmebetegügyet főleg Nagybritanniában részesítik és különösen az, hogy az elmebetegekért hozott anyagi áldozatokat milyen természetesen találják. Jellemzésül legyen szabad felemlítenem, hogy *Dumfries*-ben látogatásunk alkalmával épp egy hatalmas, jó karban levő kétemeletes beteg-pavillont bontottak le. Kérdésünkre, hogy mindez miért történik, az ottani orvosok a legtermészetesebb hangon adták tudunkra, hogy ez nem azért van, mivel már hasznavehetetlen, hanem csak azért, mivel igen központosan feküdt és helyére egy a betegek szórakoztatására szolgáló épületet akarnak emelni.

I. Az angol intézetek.

Az angol elmebetegügyi viszonyok tanulmányozása alkalmával igen nagy segítségünkre volt *Craig M. dr.*, a bedlami intézet volt igazgatója, kivel az internationalis congressus psychiatriai sectióján ismerkedtünk meg. Az ő szíves ajánlóleveleivel látogattuk meg az általa megnézendőnek kijelölt 5 intézetet, melynek megtekintése szerinte elegendő ahhoz, hogy az angol elmebetegápolásról helyes fogalmat nyerhessünk. Ezek a következők:

Bethlem Royal Hospital Londonban, *Claybury Asylum* London mellett, *Holloway sanatorium* Wirginia Water mellett, *Broadmoor Criminal Lunatic Asylum* és *Whitchurch Mental Hospital* Cardiff mellett.

Bár mindezek az intézetek különböző típusokat képviselnek, mégis vannak bizonyos közös és specialisan angol vonásaik, melyeket csak a skót intézetekben láthattunk nagy részben viszont.

Ilyen elsősorban az a feltűnően barátságos, otthonias benyomás, melyet minden angol intézet tesz. Ennek oka úgy az építési modorban és az épületeknek megfelelő barátságos környezetben (mindig kertben, fák közé) való elhelyezésében, mint különösen a belső berendezésben és beosztásban rejlik.

Falak vagy vasrácsok a külső kellemes képet sehol sem rontják, még a nyugtalan betegek kertjei körül is legfeljebb csak alacsony élősfény-kerítések vannak. Az épület-falak majdnem mindenütt élénk zöld, nálunk ismeretlen felfutó növényekkel vannak befuttatva, a mi az összbenyomást még kedvesebbé teszi. Az ajtón belépve, a kellemes benyomás fokozódik. Ugy az angol, mint a skót intézetek specialitása az *épületkiugrók* gyakori alkalmazása. Ezeknek mindhárom oldalát rendszerint hatalmas ablakok foglalják el, melyek nálunk meg nem szokott világosságot árasztanak a szobákban. A nappali és ebédlőtermek azonban nemcsak világosak, de mindenütt kelően tágasak és levegősek is. A hálószobák, melyek főleg az új intézetekben az emeleten foglalnak helyet, nagyjából szintén igen világosak, tágasak és a gyakran egymással szemben elhelyezett ablakokon át jól szellőznek. Feltűnő sok azonban, főleg a régebbi intézetekben, a kicsiny hálószoba, rendszerint egy beteg elkülönítésére, ritkábban 2—3 beteg részére (*Bethlem Royal Hospital*).

Különös specialitása az angol (és a mint később fogjuk látni, a skót intézeteknek is) a belső berendezés és bútorzat. Nem beszélve a fizető betegek lakosztályairól, melyek sok helyen a legelőkelőbb pensio- vagy hotelszobákkal veteked-

* Előadás a Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának 1913. évi december 15.-én tartott ülésén.

nek, a közosztályú betegeknek nappali szobái is kényelmes karszékekkel, diványokkal, a szoba közepén elhelyezett virágokkal, a falakon felakasztott képekkel, a legkellemesebb tartózkodási helyet nyújtják. Az ebédlők rendesen ridegebbek (kivéve a fizető betegeket), a hálósobák pedig a közosztályokon csak abban különböznek a német vagy más intézetekétől, hogy minden ágy alatt ott áll a fölnélküli éjjeli edény, a melynek szükségességéhez az angolok minden intézetben makacsul ragaszkodnak.

Megjegyzendő, hogy az ablakokon függönyök, melyeket nálunk sok helyen elengedhetetlennek tartanak, sehol sincsenek. Az angol a világosságot olyan sokra becsüli, hogy a bejövő fényt legfeljebb vékony csipkefüggőnnyel tompítja.

Elsőrendű — s szintén különleges angol-skót specialitás — az *ablakrendszer*, a melyhez hasonlót a kontinensen sehol sem láttam. Lényege abban áll, hogy az ablakokon két nagy ablaktábla: egy felső és egy alsó van alkalmazva, a melyek bizonyos fokig egymásra tolhatók, úgy hogy egy fogantyú segítségével az alsó tábla kb. egy arasznyira feltolható, miközben a felső tábla ugyanannyit süllyed. Ez által két tényérnyi rés keletkezik, mely elegendő a szoba kellő szellőztetésére és egyszersmind elég biztonságot nyújt a betegeknek az ablakon való kiugrása ellen. Ettől különben ott, úgy látszik, nem igen kell tartani, mivel csak a legnyugtalanabb betegosztályokon vannak néhol a táblákon keresztvasak. Hátránya a rendkívül czélszerűnek látszó ablakrendszernek az, hogy csak szimpla ablakokon alkalmazható s így pl. nálunk is, hol a hőmérséklingadozások sokkal nagyobbak, mint Angliában és a levegő télen igen lehül, nem igen volna használható.

A *világítás* természetesen mindenütt elektromos; sok helyen a gáz is be van vezetve, de inkább csak a tálalókonyhában elhelyezett rechaudokhoz használják. A *fűtés* nagyobbára központi gőzfűtés, az újabb intézetekben néhol melegvízfűtést is láttunk.

A *betegek kezelése* tekintetében az angolok (éppen úgy, mint a skótok) a legszabadabb rendszer hívei. Az „open door” mindenütt megvan, legalább a nyugodt betegosztályok és a sínylő betegek osztályai lezárva sehol sincsenek. A nyugtalanabb betegek lecsendesítésére úgy Angliában, mint Skóciában leginkább az elkülönítést használják. Érdekes, hogy prolongált fürdőket Nagybritanniában sehol sem láttunk, épen úgy nem használják a begöngyöléseket sem. Erőszakos megfékezésre sem kerül sor. Mindennek magyarázata a kitűnő ápolószemélyzetet kívül főleg a beteganyagnak a miénktől elütő, sokkal nyugodtabb voltában keresendő.

Az elkülönítő szobák miben sem különböznek egy rendes egyes hálósobától, megerősített ajtókat vagy ablakokat alig láttunk. Egyes angol intézetekben még mindig szerepelnek a „padded room”-ok (*Bedlam, Whitchurch*). Ezek felfújható gumipárnákkal teljesen kibélelt czellák, a melyek azonban az ottaniak állítása szerint mindinkább kimennek a divatból.

Megnyugtatóra ezenkívül csak a fektetést használják. Különösen a megfigyelésre bekerült betegeket tartják hosszabb ideig ágyban. A betegek látogatása tekintetében Angliában — igen helyesen — sokkal szigorúbb rendszabályokat követnek, mint nálunk. A legtöbb intézetben hetenként csak egy délelőtti vagy délutáni szabad betegeket látogatni. A gyakori beteglátogatást általában álhumanizmusnak tartják, a mely a betegeknek rendesen káros hatást gyakorol és az orvosi funkciót is akadályozza.

A férfibetegeknek ápolónők által való ápoltatása Angliában igen elterjedt. Nemcsak a kórházi osztályokon van női ápolószemélyzet, mint Németországban, hanem a nyugodtabb férfiosztályokon is és állítólag mindenütt kitűnően beválik. Némely osztályon kevert (férfi és női) ápolószemélyzet van, a nélkül, hogy ebből bármilyen természetű baj származnék.

Az *ápolószemélyzetről* mindenütt bőségesen van gondoskodva. A nagyobb intézetekben átlag 8 betegre jut egy-egy ápoló, a közepes vagy kisebb intézetekben 6-ra. A hol több jobb osztályú beteg ápoltatik (*Holloway-sanatorium*), az arány-szám 1:3-4-re csökken.

A vázolt és mindenütt olyan jól beváló szabad kezelési módban elért tökéletesség azonban nem annyira az ápolószemélyzet *quantitásának*, mint inkább *kitűnő minőségének* tulajdonítható. E tekintetben elsősorban a nőket illeti az elismerés. Magunk is számtalanszor meggyőződhattunk azon intelligenciáról, nagy tudásról és ügyszereletről, mely mindnyájukat jellemzi. Az ápolónők Angliában egész különleges társadalmi osztályt alkotnak, köztiszteletben és közbecsülésben részesülnek, nemcsak az intézetben az orvosok és tisztviselők részéről, hanem a külső társadalmi életben is.

Ápolói brutalitások itt természetesen csak hírből ismeretesek.

Az ápolószemélyzet *fizetése* az ottani viszonyokhoz képest nem mondható ugyan túlságosan nagynak, e helyett azonban az ápolók egyéb tekintetben vannak bőségesen kárpótolva. Fizetésük az összes nagybritanniai és írországi intézetekben megközelítőleg ugyanaz, és részben a képzettség fokától, részben az eltöltött szolgálati időtől függ. Az ápolónők, *nurseok* fizetése évi 18—20 fonttal kezdődik és a vizsgák letévése után 37—38 fontig emelkedhetik. Ezzel szemben a férfiapóló „*attendant*” kezdő fizetése 30 font és felemelkedhetik 50 fontig. Tekintettel a nők által végzett ápolói munka nagyobb értékére, a kisebb díjazás meglehetősen igazságtalannak látszik. Az angolok azonban ezt azzal indokolják, hogy a férfiapólók között több házasság is van, szóval a nagyobb fizetéssel a nő-sülésre akarnak lehetőséget adni.

A főápolók, *Head-attendant* és a főápolónő, *Matron* és azok helyetteseinek fizetése már változóbb. A főápoló általában kisebb, 50—80 fontig terjed, a főápolónőé, a ki hivatalban is előjárója a főápolónak, a fizetése sok intézetben 100, sőt 150 fontra is felmegy. A közápolónők fizetése évenként átlag 1 fonttal, az ápolóké pedig 2 fonttal emelkedik, a főápolóké 3-mal, a főápolónőké pedig 10-zel.

A fizetésen kívül az egész ápolószemélyzet teljes ellátásban részesül, a mihez még a hivatalos ruházat is járul.

A míg a férfiapólók rendszerint többedmagukkal laknak, az ápolónőknek majdnem mindenütt külön szobájuk van, sőt a főápolónőknek hivatali helyiségeiken kívül külön fogadószobájuk is van. Skóciában az ápolónők még jobban meg vannak különböztetve. Itt részükre külön pavillonok „*Nurse-home*”-ok szolgálnak, melyek úgy külsőleg, mint belső berendezés tekintetében még felülmúlják a fényesen berendezett betegosztályokat is.

A külön hálósobákon kívül mindenütt még külön éttermek, jól berendezett üdülők és társalgóhelyiségek, sőt külön írószoba is áll az ápolószemélyzet rendelkezésére és minden intézetben még külön beteg-szobáik (*sick-quarter*) is vannak.

A *szolgálaton* is a németországi vagy hazai viszonyokhoz képest lényegesen könnyítve van. Először is mindenütt szigorúan keresztülvitték az éjjeli és nappali szolgálatnak elkülönítését. A nappali szolgálat reggel 1/2-7-től este 8-ig tart. Az étekezések idején azonban az ápolószemélyzet felváltva szintén szabad és ilyenkor saját ebédlőjébe vonul, de nem egy-két perczre, hanem hosszabb időre, 1/2—1 órára is. Az éjjeli ápolók nehezebb szolgálatuknak megfelelően nagyobb fizetésben részesülnek.

Minden ápolónak hetenként egy szabad napja van, azonkívül hivatalosan a férfiapólóknak évente két heti s a női ápolóknak három heti szabadság jár.

Az ápolószemélyzet *kiképzése* egész Angolországban egységesen történik, és egy egyesületnek, a „*Medico-Psychological association of Great-Britain and Ireland*”-nek kezében van. Az 1841-ben alakult egyesület már évek óta felvette programjába az elmebetegápoló-képzést s annak a lehető legkötelesebben meg is felel. Bár nem kötelező, tagja valamennyi elmeegógyintézet. Elmebeteg-ápolóul most már ország-szerte csak az egyesület által kiképzettek ismertetnek el. Az ápolók kiképzése a következő módon történik:

Az egyesület által kiképzésre alkalmasnak talált elmeegógyintézetek valamelyikébe felvett ápolójelölt csak 12 hónapi szolgálat után bocsáttatik az első vizsgára (*preliminary examination*).

A jelzett idő alatt nem csak gyakorlati kiképzés folyik, hanem a résztvevők részére az intézet orvosi kara egy 12 előadásból álló elméleti kurzust is tart.

Az első vizsga tárgyai: anatomia, physiologia, általános betegápolástan és az első segélynyújtás, tehát általános ismeretek.

Olyanok részére, kik már rendes kórházakban mint ápolók működtek és ott vizsgáztak, az első vizsga és az első gyakorlati év elengedtetik.

A tulajdonképpeni specialis elmegyógyászati kiképzés azután történik. Az első vizsga sikeres letévése és az első évi gyakorlat után még két évi gyakorlati idő következik, mely idő alatt a jelöltek úgy elméletileg (évenként 12—12 előadásból álló kurzusok), mint gyakorlatilag a betegápolónál az orvosok által alaposan kitanítatnak. E tekintetben a kiképzés a mi foglalkozásunk szerint túlságosan részletes, a mennyiben az elmebetegekkel való bánásmódon kívül kiterjeszkedik az idegrendszer normalis és pathologiai bonczolástanára, physiológiájára, a lélektanra és az elmebetegségek részletes ismeretére is. Ezenkívül az intézeti tisztviselőktől is nyernek gyakorlati oktatást és az intézet igazgatója által időnként kikérdeztetnek.

A tudnivalók egy az egyesület által kiadott hivatalos tankönyvben foglaltatnak, melynek részletessége és mindenre kiterjeszkedő volta dokumentálja legkézzelfoghatóbban annak alapos voltát.

Az összesen tehát 3 évi gyakorlati kiképzés után bocsátatnak az ápolók a 2., illetve a tulajdonképpeni képesítő vizsgára.

Mindkét vizsga egy az egyesület által kiküldött bizottság előtt történik, melynek elnöke egy idegen intézet igazgatója.

A vizsgák igen szigorúak, először van az írásbeli, azután a szóbeli és gyakorlati vizsga.

A vizsgák mindig évente kétszer tartatnak, májusban és novemberben. A vizsgadíj, mit minden ápolónak meg kell fizetnie, 5 shilling és a végbizonyítványé ugyanannyi. A pótvizsga díja 2 sh. 6 p. Kor tekintetében annyi a megszorítás, hogy 21 éven alul senki sem képesíthető.

A két vizsga sikeres letévése után az illető képesítettnek nyilvánítatik, mire az egyesülettől bizonyítványt „certificate” kap, a vizsgát kitüntetéssel letévéőknek bizonyítványába még belejön a „With distinction” megkülönböztetés. A bizonyítvánnyal együtt egy érem jár a „Badge”, a kitüntetéssel vizsgázottak a „Special Badge”-et kapják. Az érmekeket minden ápolónak jogában áll bármikor viselni.

Sok intézetben a különböző képzettségű fokokat az egyenruházaton is feltüntetik. Így pl. Skóciában nem egy helyen láttam, hogy az egy vizsgát tett ápolónők világos piros vagy rózsaszín ruhában jártak a szokásos fehér kötésnyel, a teljesen képzett ápolónők pedig kék vagy fekete ruhában. Az idősebb felügyelő nurse-ök pedig leginkább sötét ruhát viseltek.

Az orvosi személyzet az angol és skót intézetekben a mi foglalkozásunkhoz képest nem túlságosan magas. Beleszámítva az igazgatót, de kivéve a kórbonczolókat és laboratóriumi teendőket foglalkozó orvosokat, a kisebb intézetekben átlag 100, a legnagyobbakban pedig 300 betegre jut egy orvos.

Ennek oka főképp abban keresendő, hogy a nálunk orvosok által végzett functiók nagy részét itt a teljesen megbízható ápolószemélyzet végzi. Ezenkívül a munka azáltal is megoszlik, hogy az igazgató az adminisztratív teendőknél kívül szintén részt vesz a betegek ellátásában és a vizitek tartásában. Végül pedig az intézetek forgalma is sokkal csekélyebb, pedig a sok orvosi munkát éppen az új esetek adják. Így a legnagyobb londoni intézetnek, Colney Hatch-nek 2515 beteglétszám mellett a múlt évben csak 533 felvétele volt, a többi intézetnek pedig a felvétele még sokkal kisebb (évenként átlag 200—300).

A nálunk e tekintetben uralkodó anomaliák párját sehol sem találtam. Mikor elmondtam, hogy a Lipótmezőn 1200-as beteglétszám mellett az évi felvételek száma 1100, az angol

kollegák arcán láttam, hogy nem is igen akarnak hitelt adni szavaimnak.

Az intézetek élén mindenütt a *Medical Superintendent* (az igazgató) áll, a ki mindig orvos és a kinek hatásköre kb. egyezik a mi igazgatóinkéval. Az igazgatónak felettes hatósága az intézetet fentartó politikai hatóság vagy magántársaság által kiküldött bizottság, pl. Londonban az „Asylums Committee”, melyet a London County Council küld ki. Skóciában a bizottság neve „Board of Direction”, Cardiffben pedig „Committee of visitors” stb. Ezeknek a bizottságoknak a működése némileg a törvényhatósági kórházakban nálunk is meglevő „kórházi bizottságokéhoz” hasonlítható.

Az intézeti orvosok neve: „Assistant medical Officer”, a kik szolgálati idő szerint következnek rangban és fizetésben egymás után. Minden Assistant medical Officer-nek önálló működési köre van, a fő- vagy alorvosi intézmény olyan értelemben, mint az nálunk van, ismeretlen.

Különleges elbírálásban részesülnek a laboratóriumi orvosok és prosectorok, kiket általában „Pathologist”-nak neveznek. „Pathologist”-ja minden intézetnek van, sőt némely intézetben külön chemikus, „Chemist” is működik, vagy a Pathologistnak még egy Assistant Pathologist is segítkezik. Mindezek elég világosan mutatják, hogy az angolok milyen súlyt helyeznek a beteganyag tudományos feldolgozására. A laboratóriumokban — a mint észrevettem — főleg bakteriológiával, serológiával és biochemiával foglalkoznak, szövettannal aránylag kevésbé.

Az orvosok fizetése az ottani drágább élet-viszonyokhoz mérten is sokkal jobb, mint nálunk. Az igazgató-orvosok fizetése átlag 1000 fonttal (24.000 korona) kezdődik, lakással, fűtéssel és világítással. A londoni intézetek túlnyomó részében a fizetés 1125 font. Skóciában az automatikus előmenetel jobb, pl. Dumfries-ben 3 évenként emelkedik, míg 2000 fontot el nem ér. Az assistant-orvosok fizetése jóval csekélyebb. A belépéskor rendszerint csak 170—180 fontot kapnak, 2 szobás lakás és teljes ellátás mellett (4200 korona). A fizetés a szolgálati idővel elég szépen emelkedik: az I. assistantok fizetése hosszabb szolgálat (20 év) után 400—410 fontra is felmegy (10.000 korona), szabad lakással, rendszerint külön villában. Az előmeneteli viszonyok Angliában valamivel rosszabbak, mint Skóciában, hol 8—10 évi orvoskodás után az arravalók rendszerint elérik az igazgatói állást. Méltán panaszkodtak azonban az angol kartársak az ellen, hogy a fiatalabb intézeti orvosoknak a nőülés meg van tiltva. Utóbb azonban ettől a tilalomtól már majdnem mindenütt eltérnek.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Fedor Krause und Emil Heymann: Lehrbuch der chirurgischen Operationen an der Hand klinischer Erfahrungen. II. Abth. Chirurgie des Kopfes (Schluss). Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1914.

E valóban kiváló munka második része teljes mértékben kielégíti ama nagy várákosásokat, melyeket az első rész megjelenése után hozzá fűztünk. Ugyanaz a praktikus irány, ugyanaz a közvetlen — mert egyéni megfigyelésből, egyéni tapasztalatból fakadó — előadási módor, a mely az első részt jellemzi.

Nem száraz műtési leírásokat kapunk, hanem tanulságos eseteken látjuk demonstrálva a követendő műtési eljárásokat és a technika szabályaival együtt fontos útbaigazításokat kapunk a diagnostikára és utókezelésre is, úgy hogy e munka valóban egyike a leghasznosabbaknak, leginstructivabbaknak, a melyek a gyakorló sebész számára íródtak.

A jelen, kb. 400 oldalra terjedő kötet a felső állcsonton, állkapcsban, szájüregben, pharynxban, nyálmirigyeken,

a tarkótáj idegein, továbbá a n. facialis betegségei miatt végzendő műtéteket tárgyalja s végül *Krause* kedvező specialitásának, a trepanatióknak, a különféle agyműtéteknek leírása alkotja a kötet tartalmát. A munkát 57 táblán 261 színes és 95 szövegközti szép ábra egészíti ki. Melegen ajánljuk sebészeink figyelmébe.

Pólya.

Új könyvek:

E. Cassaët: La pericardite posterieure. Paris, Masson et comp. 6 fr. — A. Martinet: Clinique et thérapeutique circulatoires. Paris, Masson et comp. 12 fr. — G. Roussy et J. Lhermitte: Les techniques anatomo-pathologiques du système nerveux. Paris, Masson et comp. 5 fr. — P. Nobécourt: Conférences pratiques sur l'alimentation des nourissons. Deuxième édition. Paris, Masson et comp. 5 fr. — Grasset: Thérapeutique générale basée sur la physiopathologie clinique. Tome II. Médications de la défense dans les divers appareils. Paris, Masson et comp. 15 fr. — Th. Tuffier: État actuel de la chirurgie intrathoracique. Paris, Masson et comp. 4 fr. — P. Vignard et P. Jouffray: La cure solaire des tuberculoses chirurgicales. Paris, Masson et comp. 1.25 fr. — Armand-Delille: L'héliothérapie. Paris, Masson et comp. 1.25 fr. — R. Lutenbacher: L'erythrémie (maladie de Vaquez). Paris, Masson et comp. 1.25 fr. — P. J. Cammidge: The faeces of children and adults. Bristol, J. Wright and sons. 17/6 sh.

Lapszemle.

Belorvostan.

A táplálócsatorna rákjának korai felismeréséről értekezik *Schütz E.* A bárzsing helyi megbetegedésére az étkezést közvetlenül követő hányásból következtethetünk. A merev kutatóval való vizsgálatkor az az érzésünk támad, hogy a kutató vége egyenetlen felszínen halad tova, ilyenkor puha kutatóval nem egyszer már át sem tudunk hatolni a bárzsingban levő akadályon, máskor pedig a kutató ablakaiban szövettörmelékkel kevert véres váladékot találunk. Megesik azonban az is, hogy a puha kutató még áthatol azon a szűkületen, melyben a merev fennakad. Nagyon fontos, hogy a merev kutató 40 cm.-nél kisebb távolságon belül jelezze a szűkülést, mert a fogaktól számítva ennyi a bárzsing leg-távolabbi pontja. A szűkülés helyének pontos megállapítására legalkalmasabb a Röntgen-eljárás.

A bárzsing ritkán előforduló rákos megbetegedésénél gyakorlati szempontból jóval fontosabb a gyomorrák korai felismerése. Sajnos azonban, a rák korai diagnosisa a gyomortartalom vegyi vizsgálata s a Röntgen-lelet alapján is csak ritkán lehetséges. A korai diagnosiss szempontjából a tumor sem értékesíthető, mert tumort aránylag csak későn tapinthatunk. Tapinthatósága nem annyira a tumor nagysági viszonyaitól, mint inkább számos más egyéb mellékkörülménytől, nevezetesen a hasüri szervek teltségi viszonyaitól és a hasfalak mineműségétől függ. Természetes, hogy a tapintás módjától és a tapintó egyén gyakorlottságától is függ a tumor felismerése. E tekintetben jó iskola a normalis gyomornak *Hausmann* által ajánlott, a mélyben tovakúszó tapintása.

De még ha daganat tapintható is, nem biztos, hogy rákkal van dolgunk, mert a tumor más egyéb is lehet. Gyakran előfordul az is, hogy ott vélünk tumort tapintani, ahol nincs. A rák korai diagnosisa még leginkább a gyomorcukó daganata esetén lehetséges, a hol korán jelentkeznek a motoros működés zavarai. Ne feledjük azonban, hogy a látszólagos pylorustumorok tulajdonképp a kis hajlat felől indulnak ki s onnét másodlagosan terjednek rá a pylorusra; ez az oka, hogy a midőn tapinthatók, rendszerint már igen kiterjedt és gyökeres műtétre alkalmatlan a rák.

A gyomortest rákja vagy teljesen tünet nélkül folyik le, vagy kisértő tünetei: a lesóványodás, szegényvérűség és elerőtlenedés akkor árulják el, mikor a daganat már nagyra nőtt. Ez az oka, hogy műtét a legtöbb esetben szóba sem jöhet. Az ulcustumor és a gyomorrák a gyomortartalom vegyi vizsgálata alapján különböztethető meg egymástól: ulcus eseteiben rendszerint bőven találunk sósavat, gyakori a hypersecretio s csak kivételes a hiányos savtermelés.

Rák eseteiben a sósavhiány és tejsavképződés a rendes, ámbár kivételesen hyperaciditás is előfordul, a mi a

ráknak gyomorfekélyből való fejlődése mellett szól. A callosus ulcustumorok gyakori rákos elfajulása miatt azoknak idejében való resectiója kívánatos. A gyomortesten ülő rák gyakran tapintható, esetleg Röntgennel ismerhető fel. Az idős egyének achyliaja gyanus rákra, mert nem rákos gyomorbetegségben az achylia ritka jelenség; éppen így ritka dolog az is, hogy a gyomor nem rákos betegségében hiányozzék a szabad sósav.

Schütz adatai szerint 1000 nem rákos közül 70-ben nem volt szabad sósav, míg 150 gyomorrákos közül 95-ben észlelt sósavhiányt. Fontos jel a rejtett vérzés kimutathatósága is.

A bél daganatai közül a végbél és a sigmoidhajlat daganatai gyakoriak; jóval ritkábbak a vékonybél tumorai.

A bélrák kórjelzése a tumor tapinthatósága és a bélszűkülés kimutatása útján lehetséges; a magasabban ülő bélrák rendszerint hosszú ideig nem okoz tünetet. A bél legalsó részén ülő rák ismerhető fel legkorábban: tünetei bélvérzés, görcsös fájdalom a bélvégen és nyálkaürülés. Nagyon fontos minden ilyen esetben a bélvégnél ujjal és tükrrel (rektoskop) való vizsgálata. Nem ritka, hogy a szükséges vizsgálat megejtése nélkül a bajt egyszerűen aranyeres csomónak minősíti az orvos vagy a heves tenesmussal és nyálkás ürüléssel járó hasmenéseket, melyek korai tünetei a végbélráknak, egyszerűen bélhurutnak tartja.

Fontos tudni, hogy látszólag jótermészetű végbélpólypusok is elég gyakran fajulnak el rákosan, mit rendszerint csak mikroszkopi vizsgálattal állapíthatunk meg. (Wiener klin. Wochenschr., 1913, 26. sz.)

Halász Aladár.

Sebészet.

A hasüregben előforduló gyulladásos daganatokról ír *F. Hölscher.* A hasüreg daganatainak diagnostikája a modern vizsgáló módszerek, a próbalaparatomia és a mikroszkopi vizsgálatok daczára is hézagos. Daganatok, a melyeket a pathologus rossztermészetűnek tartott, klinikailag jótermészetűnek bizonyultak és ellenkezőleg az adenomáról avagy papillómáról kitűnt, hogy rossztermészetű daganat. *Rovsing* és mások mindezekért óva intenek a histológiai daganatdiagnosiss túlbecslésétől. A téves diagnosiss különösen gyakran fordulnak elő ott, ahol gyulladásos tumorok vannak jelen. A szerző is elég gyakran került abba a helyzetbe, hogy a daganatot cseplezsarcomának tartotta, mely azonban borogatóásra és jodkálira visszafelődött. Máskor meg az epehólyag táján észlelt göbös daganatok ugyancsak műtéti beavatkozás nélkül visszafelődtek. Ezek a gyulladásos daganatok a hasüreg legkülönbözőbb részeiben foglalhatnak helyet, mégis legtöbbször találhatók a cseplezsben vagy a gyomor- és bélcsatorna azon részeiben, ahol gyulladásos processusok, fekélyképződések különben is gyakrabban szoktak előfordulni. Keletkezhetnek vagy spontán, vagy műtétek után, még pedig az utóbbi esetben talált gyulladásos tumorok $\frac{3}{4}$ része sérv- és vakbélgyulladás-műtét után képződött. A gyulladásos daganatoknak rendszerint mikroszkopi képe az exsudatív és proliferatív gyulladásnak a képét mutatja. Ha geny is találtatott, akkor legtöbbször colibacillusok, streptococcusok vagy staphylococcusok és csak elvétve tuberculosis-bacillusok találatnak a genyben. A műtét nélkül keletkezett gyulladásos daganatok oka legtöbbször chronikus mechanikai vagy kémiai inger, vagy egy-egy igen gyenge virulentiájú infectio. A gyomor és duodenum táján legtöbbször ulcus alapján fejlődnek, az epehólyag táján a toxinok kémiai ingere következtében, míg a flexura ileocecalis táján levők appendicitis, a colon és rectum környékén találhatók pedig colitis és sigmoiditis következményei. Műtét után vagy a varróanyagban, vagy abban keresendő az ok, hogy a gyengén lekötött cseplezs nem hal el, hanem a ligatura azt növekedésre és hegeképződésre izgatja. Azonban thrombosisok és szövetnecrosisok is játszanak szerepet a gyulladásos daganatok létrejöttében. Legkönnyebben diagnosztálhatók az olyan lobos daganatok, a melyek néhány héttel vagy hónappal a műtét után keletkeztek. Azokra a daganat-

tokra vonatkozólag azonban, a melyek műtét nélkül képződnek, a daganat helye, esetleg passagezavarok, peritonitises tünetek, pulsusszaporaság hőemelkedés nélkül és a közérzetnek aránylag csekély zavarai lesznek irányadók. Rendszerint ha a daganat már kitapinthatóvá válik, jelentkeznek a súlyosabb kellemetlenségek. Kevés nehézséget okoz a differenciáldiagnózis, a hol előzőleg trauma, appendicitis, salpingitis, hernia incarcerata volt jelen. A leukocyták számlálása, a Wassermann-reactio vagy a liquor cerebrospinalis megvizsgálása igen fontos szerepet játszik a kórjelzés megállapításában. A therapia általában egyszerű. Gyakran jelentékeny nagyságú daganatok nyugalomra, nedves borogatásokra szépen visszafejlődnek. Jodot csak akkor adunk, ha specialis megbetegedésre van gyanunk. Műtetre csak akkor van szükség, ha abscessusok képződnek, vagy pedig a lobos tumorok passagezavarokat okoznak. A beteg bélrésztelnek kirekesztése néha igen jó eredménnyel jár, a minek illusztrálására a szerző felhossa Mayo Robson esetét, a ki egy betegén anus praeternaturalis készítése után a rectumdaganatnak teljes visszafejlődését látta. (Med. Klinik, 1914, 10. sz.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Ideg- és elmekórtan.

A haematoma subdurale klinikai jeleiről ír van der Scheer. Minden homályos koponyaürbeli megbetegedés esetén gondoljunk haematoma subduralera is, különösen ha fejsérüléssel vagy alkoholistával állunk szemben. Ez gyakorlati szempontból igen fontos, mert a vér kibocsátása által a beteg élete megmenthető. Lassan fejlődött mono- vagy hemiplegia eseteiben a tünetek következő csoportosulása vezesse ebbe az irányba a diagnózist: a beteg rendesen aluszékony, de öntudatzavara változó; a bénulás intenzitása is változó; időnkint motoros izgalom jelentkezik a hőmérsék, a pulsus emelkedésével; a koponya localisan érzékeny; symmetriásan kopogtatva és a homlokon hallgatódzva, a két oldal között különbséget vehetünk észre; a hemiparesis vagy hemiplegia dacára a Babinski-féle talpflex hiányzik. (Zeitschrift f. Neur. u. Psych. 1914, XXIII, 1. f.)

L.

Szülészet és nőorvostan.

A köldökzsinór le nem kötésével kezelt közel 16.000 szülést Radmanow. A physiologia tanítja, hogy az emberi és állati köldökzsinór szerkezete olyan, hogy a magzat megszületése után a köldökzsinór átszakítatván vagy átmetsztvén, a vérerek nem véreznek tovább. Sok vita támadt e kérdésről, sok javaslatot tettek a köldökzsinór különféle ellátásáról, de eddig még hosszabb sorozatban senki sem próbálta ki, mi történik, ha a köldökzsinór nem lesz lekötve?

A szerző ezek alapján az 1907., 1909., 1910. és 1911. évben körülbelül 16.000 szülés-esetben alkalmazta ezt az eljárást. A szülés után a magzatot a háton fekvő anya lábai között elhelyezett deszkára fektetik, s miután orrát-száját a nyálkától megtisztították, megfigyelik a magzat légzését, az anya esetleges vérzését s a köldökzsinór pulsatióját. Az anya méhéhez nem szabad nyúlani. Mikor a köldökzsinór pulsatiója megszűnt (rendesen 12—18 perc alatt), minden lekötés mellőzésevel egyszerűen átvágják a köldökzsinórt. Ilyenkor pár cseppnyi vérzés szokott lenni. A köldökzsinórt kb. 4—4½ cm.-nyi távolságra a köldökgyűrűtől vágják át. A köldökzsinór steril gazeba lesz burkolva; a magzat körülbelül 2 óra hosszáig, míg az anyát is a szülőszobában tartják, egy ápolónő felügyelete alá kerül. Ha a köldökzsinór átmetszésekor nagyobb mennyiségű vér szokell elő, akkor le kell kötni a köldökzsinórt, mivel valami kóros dolog lehet jelen.

Radmanow egyetlen egy magzatot sem veszített az imígy kezelték közül elvérzés következtében. 10.000 szülés közül azonban 1717 esetben mégis le kellett kötni a köldökzsinórt (haemophil, lueses, asphyxiás magzatok, vérvizsgálatok, anyán végzett műtétek következtében). Radmanow eljárását természetes módszernek nevezi s előnyeit

dicséri. 20—30 óra alatt a köldökzsinórcsonk beszárad. A lelködése viszont később történik, az 5.—6. napon a szülés után, a miben a legtokéletesebb hegképződés garantiáját látja. A köldökzsinór lekötését csakis kóros esetek számára akarja fentartani. (Zentralbl. f. Gynäk., 1914, 16. sz.) Scherer Sándor.

Gyermekorvostan.

A fiatal szopós csecsemők elégtelen súlygyarapodásának okaival foglalkozik Samelson (Strassburg). Már régóta ismeretes a gyermekorvosok előtt, hogy vannak csecsemők, kik dacára annak, hogy nőtej-táplálásban részesülnek, súlyban nem gyarapodnak. Ha ezen gyermekeket közelebbről vizsgáljuk, több csoportot fogunk közöttük megkülönböztetni. Ide tartoznak mindenekelőtt azon gyermekek, kik fertőzéssel születtek, vagy az első napokban fertőzést szenvedtek el. Ilyen a világrahozott bujakór és a sepsis. A második oka a súlygyarapodás kimaradásának a hypogalactia, a midőn a nyújtott táplálékmenyiség nem elegendő arra, hogy a csecsemő gyarapodjék, s így legfeljebb megtartja súlyát, sőt esetleg veszít is abból. De másfelől a túltáplálás anyatejjel is kedvezőtlenül befolyásolhatja a súlygyarapodást. Itt kell továbbá megemlítenünk azon csecsemőket, a melyekre Finkelstein hívta fel a figyelmet, a kik dyspepsiás tünetekkel betegszenek meg, súlyukban megállapodnak vagy fogynak, s addig nem gyarapodnak, míg a táplálékmenyiséget jelentősen nem növeljük, illetőleg mesterséges póttáplálást nem vezetünk be.

Ezen gyermekeken kívül azonban észlelhetünk olyanokat is, a kik annak dacára, hogy elegendő női tejet kapnak, s a nélkül, hogy fertőzésre a legcsekélyebb támpont forogna fen, hetekig, hónapokig sem mennek súlyukban előre, bár egyébként a legcsekélyebb kóros tünetet sem mutatják. Az ilyen gyermekek nem ritkák. Czerny nyomán ezen esetekben az exsudatív diathesist okolják a fejlődés visszamaradásáért; az igazi alap-ok a zsir hiányos kihasználása, a mit bizonyít, hogy zsirszegény táplálék nyújtására a súlygyarapodás megindul. A mióta azonban O. és W. Heubner esetet észleltek, a melyben dacára, hogy calorice elegendő női tejet adtak, a gyermek mégis elégtelenül gyarapodott, s a súlygyarapodás csak víz hozzáadására indult meg, azóta felveszik, hogy esetleg lehet a tej nagyon concentrált s ilyenkor a súlygyarapodás kimaradását elégtelen vízbevitelre kell visszavezetnünk. A szerző ez ellen több érvet hoz fel, többek közt közli saját észlelt esetét is, a melyben a gyermek kezdetben nem gyarapodott, majd hirtelen a nélkül, hogy a bevitt táplálékmenyiség növekedett volna, a fejlődés szépen megindult; továbbá egy másik esetét, a midőn a vízbevitel növelésére sem indult meg a gyarapodás. Felveszi, hogy ezen esetekben a belső anyagcserének, még pedig a zsiranyagcserének zavara forog fenn. De hogy mi ezen zavar valódi lényege, nem tudjuk. Valószínű, hogy ezen gyermekekben a zsiranyagcsere mechanizmusa a születés után még nem működik jól, a későbbi hetekben azonban kellő fokot ér el, a mint erre analógiát a fiatal gyermekek más működései terén is találunk. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 10. kötet, 1. füzet.)

Flesch.

Orr-, torok- és gégebajok.

A löpormunkások perforáló orrsövényfekélyéről ír Leroux (Páris). Míg a fekete löpor, mely szénből, salétromból és kénből készül, mechanikai ingerlés útján csak úgy hat, mint egyéb fém- vagy ásványpor és csupán alkalomadtán vezet septumperforációra, különösen orrsövény-elferdülés esetén, addig az úgynevezett vadászlöpor chromsavas sókat is tartalmaz, és mint a chromsavval dolgozó más iparágakban, a nyálkahártya nekrosisát idézi elő, az orrsövénynek csakhamar bekövetkező perforációjával. A szerzőnek volt olyan betege, a kinek már 8 napi munka után septumfekélyek keletkeztek mindkét orrfelében. Prophylaxis szempontjából respirációs álarcnak állandó viselését ajánlja, továbbá a munkások gyakori orrvizsgálatát, valamint szükségesnek tartja, hogy a ne-

vezett lőporral a munkások egyhuzamban hosszasan ne dolgozzanak, hanem már néhány hét múltán más munkásokkal cseréltesse fel. (Revue hebdomadaire de laryngologie, 1913, 37. sz.)
Safranek dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Acne ellen már ismételtén ajánlották a sörélesztő használatát. *Buchholtz* szerint azonban az eredmények nem tartósak; sokkal jobb a sörélesztőt borsavval együtt alkalmazni. Úgy jár el, hogy előbb bőrkenőccsel alaposan bedörzsöli a beteg részeket s aztán sörélesztő és finom borsav-por egyenlő mennyiségéből készített elegyet dörzsöl be. Ez az eljárás naponként ismétlőd. (Berliner klin. Wochenschrift, 1914, február 2.)

Az emetin bőr alá fecskendezés alakjában *Lapin* szerint nagyon jó epehajtó szer. Különösen icterus eseteiben találta nagyon eredményesnek a használatát. (Rev. méd. d'Alger, 1914 február.)

A szívelégtelenséget *Josué* szerint nagyon sokszor az okozza, hogy a mellékvesék sorvadtak. Ilyen esetekben az adrenalin használata feltűnő jó eredménnyel jár. (Société méd. des hopitaux, 1914, április 4-i ülés.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 17. szám. *Dollinger Gyula*: A gümős csont- és ízületgyulladások gyógyítása. *Grósz Samu*: A művi abortus indikációi az általános orvgyakorlat szempontjából. *Deutsch Ernő*: Tuberculosis és iskola.

Orvosok lapja, 1914, 18. szám. *Békés Dezső*: A szemmozgások physiologiája és pathologiája.

Budapesti orvosi ujság, 1914, 18. szám. *Hasenfeld Artur*: A gyomorrák diagnózisáról, különös tekintettel annak korai felismerésére. *Szily Pál*: Az acut blennorrhagiák immunotherapiája. „Füüd- és vizgyógyászat” melléklet, 2. szám. *Reichart Aladár*: A póstyéni Thermia-sanatorium physikai gyógyintézetének 1912. és 1913. évi jelentése. *Farkas Márton*: A Cornelius-féle idegpontmassage. *Sümei József*: A gyomor- és bélműködés renyhése és annak gyógyítása.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Gretzmacher György* dr.-t késmárki járásvorossá, *Debre Péter* dr.-t a balassagyarmati kórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. *Politzer Hugó* dr.-t Miklósfalván községi orvossá választották.

A budapesti gyakorló orvosok segélyező egyesülete április hó 20.-án tartotta XXV. évi közgyűlését *Mohr Mihály* elnöklésével. A tagok száma jelenleg 409. A 25 év alatt kiosztott segély összege 109.000 K, az 1913-ban kiosztott segély pedig 10.056 K. A vagyon 90.368 K 48 fillért tesz ki. Az egyesület tagja lehet minden 50 éven aluli budapesti gyakorló orvos, a ki a belépőkor egészséges, 6 K beíratási díjat és évi 30 K tagsági díjat fizet. Az egyesület évente 60 napon át napi 8 K táppénzt fizet. Jelentkezni lehet *Mohr Mihály* elnöknel (IV., Károly-körút 24).

Az ipari betegségek III. nemzetközi congressusát szeptember 21.-étől 26.-áig tartják Wienben. A congressus főtitkára *L. Teleky* (Wien, IX., Türkenstrasse 23). A congressussal kapcsolatban tudományos kiállítást is rendeznek.

Hírek külföldről. A belgrádi egyetemet orvosi fakultással egészítik ki. — *Vesalius*-nak, az anatomia nagy reformátorának Belgium részéről emléksobrot emelnek Zante szigetén (Görögország), hol 1564 október 15.-én, a Szentföldről hazatérőben, hajótörőten meghalt.

Személyi hírek külföldről. Kopenhágában *A. Erlandsen* dr.-t, a közegészségtan rendes tanárává, *A. Lendorf* dr.-t a sebészet rendkívüli tanárává nevezték ki.

Kubisagari. Ilyen néven új endemiás saison-betegséget ír le *P. L. Couchoud* a Presse Médicale egyik áprilisi számában. Ezt a betegséget eddigél csak két vidéken észlelték endemiás alakban: Franciaországnak a svájci határ közelében levő vidéken és Észak-Japánban; a neve is japán eredésű. Az endemia májusban vagy júniusban kezdődik, július- és augusztusban éri el a tetőfokát s október- vagy novemberben megszűnik. Munkaközben beáll, csak kb. 10 percig tartó, de gyakran megismétlődő bénulásokban, különösen a kéz extensorainak paresisében áll, a mihez szédülés és látás-zavar társul. A rohamok leginkább a délutáni órákban jelentkeznek, mikor az illető egyén már elfáradt a munkában. Leginkább a tehén-istállóban foglalatokodók vannak a betegségnek alávetve. Több jel utal arra, hogy a betegség fertőző természetű s ezért *Couchoud* bakteriologiai vizsgálatokat is végzett, azzal az eredménnyel, hogy a kubisagariban szenvedők subarachnoidális

foliadékából és tejéből agaron staphylococcuszerű csoportosulású, Gram-negatív mikrococcust tudott kitenyészteni, mely macskába oltva a betegség tüneteire hasonló állapotot hozott létre. *Couchoud* dr. maga is elismeri, hogy vizsgálatai még megerősítésre szorulnak.

Hibaigazítás. Lapunk múlt számában a 350. oldal első hasábjának 37. sorában *Friedmann László* helyett *Friedrich László* olvasandó. — Az O. H. f. évi 17. számának 337. oldalán a második hasáb 5. és 9. sorában olvasható „molekularis” szó helyébe *molaris* teendő. (A csontvezetésről, *Rejtő* dr. cikke.)

A budapesti orvosi kör országos segélyegylete pénztárába *Lurz Ottó*, *Lechner Károly*, *Tapai József*, *Stillmann Adolf*, *Zakariás Simon*, *Pándy Kálmán*, *Reismann Adolf*, *Lampl József*, *Seliga János*, *Balogh Jenő*, *Polgár Lőrincz*, *Gühr Mihály*, *Koré Oszkár*, *Ács Sándor*, *Dávid Zsigmond*, *Deési Pál*, *Holländer Dávid*, *Dembitz Sándor*, *Gold Samu*, *Kovács Lajos*, *Hauler Pál*, *Grasser József*, *Heu Gyula*, *Büben László*, *Banet Ignác*, *Barta Vilmos*, *Grosz Menyhért*, *Papp Gábor*, *Balázs Dezső*, *Löwy Zsigmond*, *Gerő Mór*, *Mauks Károly*, *Varjas Mór*, *Parché József*, *Molnár Hugó*, *Várady László*, *Löwensohn*, *Muhly Zsigmond*, *Pollacsek Simon*, *Kaczvinsky János*, *Gerő Adolf*, *Kövesdi Fülöp*, *Deimel József*, *Schön Hugó*, *Lengyel Samu*, *Nagy Ottó*, *Kertész Lipót*, *Szommer Antal*, *Király Béla*, *Telts Róbert*, *Szűcs Bertalan*, *Boskovits Mór*, *Tessényi Pál*, *Székely József*, *Hajós Béla*, *Porutiu Romulusz*, *Lovrich József*, *Spitzer Gyula*, *Benyovszky Gyula*, *Náday Lipót*, *Löffelmann Félix*, *Löwinger Miksa*, *Csilléry András*, *Frankl Aron*, *Kopp Viktor*, *Láng Jakab*, *Friedmann Adolf*, *Miticzyk*, *Mayer Adolf*, *Rajna Nándor*, *Márkus Miksa*, *Molnár Elek*, *Heller József*, *Brenner Sándor*, *Luczy Gusztáv*, *Steiner Gyula*, *Glattstein Ernő*, *Kreichl*, *Lévay Dezső* 4—4 korona tagdíjat befizetett.
Katona József dr., pénztáros.

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

Mai számunkhoz a *C. F. Boehringer & Soehne* cég „*Arsen-ferrato*” készítményeinek prospectusa van csatolva.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

Diaetás osztály czukorbetegeseknek, anyagcserebetegeseknek. Hízlaló és soványító kúrák.

Belgyógyászati osztály vezetője: **Dr. Dolecskó János**, főorvos.

Dr. Batizfalvy-féle Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vízgyógyászati, villamos kezelések. Hízlaló, soványító kúrák. Bejáróknak is.

Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon. Vezető főorvos: **Dr. Ullrich Gyula**.

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

Epileptikus betegek intézete

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

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

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15.

Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülőknek. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegy- és Röntgen-laboratórium.**

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

DR. REICH MIKLÓS Budapesti ZANDER-gyógyintézete

Dr. ZANDER G. eredeti készülékkel teljes sorozatával és rokon physikalís gyógyszerközzel tökéletesen felszerelt intézet.

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

Dr. Szontágh Miklós gyógyintézete **Ujtastrafüred**

Egész éven át nyitva. — Lakás, ellátás, orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10 koronától kezdve.

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. arteriosclerosis* stb. ellen. =

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

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

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.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: XXIV. magyar balneológiai congressus. (I. ülés 1914 április 17.-én.)

XXIV. magyar balneológiai congressus.

(I. ülés 1914 április 17.-én d. u. 5 órakor.)

Elnöki megnyitó.

Bókay Árpád: Tisztelt Congressus! Két válságos esztendő vonult el a magyar fürdők szegény feje fölött s ma az optimizmusra mindig kész emberi lélek reménységével azt hisszük, fellélekezhünk, mondván: „vége van, hála Istennek, ezután már csak jobb idők következhetnek“ és vigasztaljuk magunkat azzal a kétes értékű vigasszal, hogy nemcsak minket ért baj, bajban, válságban volt az ország egész közgazdasági élete. Hiszen éppen ez volt az oka a mi nyomorúságunknak is. A mi fürdőinket — mert majdnem kizárólag csak hazai közönségre számíthatnak — végtelenül érzékenyen érinti minden közgazdasági rázkódás, sokkal érzékenyebben, mint Nyugat-Európa nemzetközi forgalomhoz szokott fürdőit, bár az utóbbi két esztendőnek egész Európára kiterjedő gazdasági depressióját ők is megérezték. Kissé rosszabb termés már veszteséget jelent a mi fürdőinknek és ha még ehhez oly momentumok is járulnak, mint a háborús aggodalom, hitelmegszorítás, értékek depressiója, pénztelenség, elképzelhetjük a hatást. És mindez, a mint tudjuk, halmozva játszott össze az utóbbi két évben fürdőgyünk megrontására. S csak azt csodáljuk, hogy ismerve fürdővállalataink nagy részének forgótöke-szegénységét, nem több fürdőnk jutott válságos helyzetbe, mint a mennyiről tudomásunk van. S éppen ez az, a mi engem reménnyel tölt el aziránt, hogy kiheverjük a bajt. De hogy ez megtörténhessék, ahhoz kettő kell. Az egyik a tulajdonosok megfeszített, cél-tudatos, solid és modern üzleti szellemtől áthatott munkássága, mely a legjobbat nyújtja a leg gondosabb figyelemmel s nemcsak a mát és esetleg a holnapot nézi, hanem a holnaputánra is gondol s azon igyekszik, hogy a ki egyszer ott tartózkodott, ismételten vissza is térjen oda. A másik, hogy a közönség és főleg az orvosok a hazai föld iránti velünk született vonzódást vigyék át hazai fürdőinkre is, szeressék bennük a hazai földet; vegyék azokat pártfogásukba, nézzék el esetleges gyengéiket; jóakarattal bírálatokkal és tanácsokkal segítsenek nekik, hogy tökéletesedhessenek, fejlődhessenek és ismét belekerülhessenek abba a nyugodt kerékvágásba, mely a haladás útja, a mely útra terelte s a mely úton igyekezett megtartani őket a balneológiai egyesület immár 24 éven át. Szeretettel kérünk a közönségtől, támogatást az orvosi rendtől, mert fájdalommal kell megvallanunk, hogy egészen magunkra vagyunk hagyatva. Míg mindennemű nyerstermelést, iparágat óv, véd, dédelget az állam támogató keze, addig a fürdőügyet a kormányzat úgy tekinti, mint egy mindig siró, alkalmatlankodó, mindenütt útban álló nyűgös mostoha-gyermekeket.

24 esztendeje, hogy mi itt évenként összegyűlünk, hogy tőlünk telhetőleg műveljük az orvostudomány egy fontos ágát, a balneológiát, hogy neveljük ezzel a fürdőorvosi generációkat, hogy megbeszéljük, mit kell a magyar fürdőknek tenniük, hogy hozzáilleszkedhessenek a nyugat modern fürdőihez; dolgozunk, tanácsolunk, tervezünk, köteteket írunk össze, csináljuk a propagandát, magunkra veszünk egy csomó odiumot: itt volna már végre az ideje, hogy belátnák a kormánykörök is, az orvosok is, hogy nem lehet olyan haszontalan, olyan rossz dolog, olyan semmiség, a mi egy negyedszázadon át együtt tud tartani egy csomó orvost és egyetemi tanárt, a kiknek bizonyára kínálkoznak lukratívabb foglalkozások is, mint önzetlenül ingyen munkát végezni a magyar fürdőkért. Az idén is, nézzék végig congressusi programmunkat, nem olvashatják ki abból czélutudatos buzgóságunkat? Napirendre tűztük a tuberculosus kérdését a gyógyítás és védekezés szempontjából, szerepelnek az idén is

dietaetikai themák, hogy felkeltsék fürdőorvosaink érdeklődését dietaetikai kérdések iránt; felkértünk egy kiváló előadót a *Lahmann*-féle gyógy mód kritikai méltatására, mert úgy látuk, hogy megérett az már a szigorúbb kritikára; figyelemmel kísérjük és számon tartjuk fürdőink látogatottsági statisztikáját és ásványvizeink forgalmi viszonyait ismertetjük, hogy felállíthassuk a mi törekvéseink eredményeinek mérlegét; Európa balneológiai eseményeit, hogy lássuk, mely irányba kell igazodnunk s mi jót vehetünk át. Ugy érezzük, hogy megteszünk minden lehető, a mi erőnktől kitelik, egyesítjük, összetartjuk, buzdítjuk a rendelkezésünkre álló munkaerőket s ha az eredmények a reáfordított munkával nem mindig állanak arányban, nem mi rajtunk múlik; a mi erőnk véges s az események az utóbbi időkben erősebbek voltak, mint a mi erőnk. De bízunk a jövőben, dolgozzunk úgy mint eddig, vagy ha lehet, még nagyobb erőfeszítéssel és reméljük becsületes igyekezetünk diadalát.

Üdvözlöm a congressus tisztelt tagjait és megnyitom 24. congressusunk tárgyalásait.

A heliotherapia értékéről a sebészeti gümös bántalmakban.

Dollinger Gyula: Már 1897-ben a moszkvai congressuson utalt a helybeli kezelés mellett az általános gyógykezelés fontosságára, főleg a fény és szabad levegő nagy jelentőségére. A napsugarak kedvező hatására legelőbb *Ollier*, majd *Poncet* hívta fel a figyelmet, de praktikus tapasztalatokat csak 1902-ben *Bernhard* Samadenben, majd *Quervain* Chaux de Fondsban gyűjtött s ezeket követte *Rollier*, ki Leysinben állította fel ma már híressé vált sanatoriumát. *Rollier* szerint míg a napsugaraknak az egész testre a legkiválóbb tonusozó és éltető hatása van, addig a helybeli kezelésben sem képzelhetünk jobbat nála, mert fájdalomcsillapító, erős bacteriumölő és szövetregeneráló hatása van. Vákolja a magaslati sanatoriumok előnyeit, óvatos kezelési rendszerét és elismerve az eredmények jóságát, reámutat arra, hogy mily nehéz kritikai szemmel különválasztani, hogy mi írható a sebészeti beavatkozás, a szabad levegőn tartózkodás és jól táplálkozás és a napsugár hatásának javára.

A fájdalomcsillapító hatást az előadó nem a napsugaraknak, hanem a kúrával együtt alkalmazott rögzítő nyújtásnak vagy más nyugalomnak tudja be. Ugyanez az előadó véleménye az ízületek visszanyert mozgathatóságáról is, a mi szintén nem a napnak köszönhető. A rögzítés tekintetében a súlynyújtásnak — mit *Rollier* követ — nem barátja, mert könnyen lityegővé teszi az ízületet. A rögzítés másképp is elérhető. Az izmok erősödését is a napsugárnak tudja be *Rollier*. Az előadó szerint activ mozgás nélkül nincs izomgyarapodás. Csigolyagyuladásos betegeit *Rollier* hason fekteti vagy könyökölteti s ez erősíti hátizmaikat; acut esetekben ez azonban nem lehet jó a gyuladásra. Feleslegesnek és ártalmasnak tartja az éveken át való fektetést, mert az orthopaedia mai állása mellett lehet a csontrendszer bárhol teljesen tehermentesíteni és nem is el nem távolítható kötésekkel, a melyeket *Rollier* helyesen elítél. Az előadó előnyösnek tartja, hogy egyoldali bántalom esetén a fennjárás mellett a másik oldal izomzata erős marad, sőt túlteng s a szervezet csont- és izomrendszere hordképességét megtartja, a beidegzés nincs megszüntetve. A fekvő való kezelés ellen nyilatkozik, a mi nem szükségképpen kiegészítő része a heliotherapiának.

A csontsequesterek kilökődését nem tulajdonítja a napsugarak csodás hatásának, mert azok kórházakban és mindenütt észlelhetők. Bár a regenerációt a napkezelés elősegíti, súlyos esetekben mégsem indikált a szélső conservatismus, mert a képződött új csontok ferdesége stb. miatt a végtag hasznavehetetlen. A kézcsontok gümőkórja esetén a legtágab-bak a heliotherapia indiciói.

Ha az eredmények egy részének a napsugarakra visszavezetését kétségbe is kell vonnunk, azt el kell ismerni, hogy okszerű helybeli kezelés esetén a napkúra a gümös csontbántalmak kezelésében hatalmas gyógyszer. Ezért felmerül a kérdés, hogyan fogantatható ez a gyógymód más országokban?

Magas hegyvidéki országokban ez csak pénzkérdés; de hogy a magas fekvés nem feltétlenül szükséges, arra mutatnak a Berc-sur-Mer-ben vagy az adriai partokon elért eredmények. A betegeket nemcsak napsütéskor, de borús, sőt zordabb téli időben is kellő öltözetben a szabadban kell fektetni vagy járattatni. Ily módon az előadó klinikáján is folytatnak heliotherapiát a klinika tetőterasse-ain télen és nyáron igen jó eredménnyel.

Papp Samu: A kérdés therapiás oldalával nem akar most foglalkozni, csak abból a szempontból kíván hozzászólni a különben nagyon érdekes előadáshoz, hogy hazánkban melyik pont volna legalkalmasabb a heliotherapia bevezetésére. Nézete szerint leginkább a Magas-Tátra volna erre a legcélszerűbb, a hol (és pedig a Csorba-tónál) már folynak a feljegyzések a napsütéses órákról. Ezen feljegyzések szerint a Csorba-tó mellett (1350 m.) a napsütéses órák száma egy évben 1400-32. Ha összehasonlítjuk ezzel a St. Moritzban (1856 m.) és a Zürichben (411 m.) észlelt adatokat, melyek szerint az előbbi helyen a napsütéses órák száma évenként 1821, az utóbbi helyen 1586, azt látjuk, hogy itt óriási differenciák mutatkoznak. Azt még el lehet hinni, hogy St. Moritzban, minthogy 506 m.-rel magasabban fekszik, mint a Csorba-tó, a napsütéses órák száma is évenként 420-szal több. De hogy Zürichnek is, pedig 1139 m.-rel lejjebb fekszik, mint a Csorba-tó, 186 órával több napfényt legyen, mint a Csorba-tónak, az egyenesen hihetetlen. Egészen más a viszony, ha csak a négy téli hónapot hasonlítjuk össze:

Napsütés tartama órákban:

	november	december	január	február	összesen
St. Moritz	105	86	102	114	407
Zürich	46	31	54	69	200
Csorba-tó	35.4	99.2	103.23	133	371.14

Ebből az összehasonlításból kitűnik, hogy a végeredmény körülbelül megfelel annak a magaslati különbségnek, mely St. Moritz és a Csorba-tó között fennáll, de az eltérés az egyes hónapok között oly óriási, hogy kételkednem kell a megfigyelés helyességében. Szinte hihetetlen, hogy St. Moritzban novemberben 105 legyen a napsütéses órák száma, a Csorba-tónál ellenben csak 35.5, kevesebb, mint Zürichben. Az sem valószínű, hogy míg St. Moritzban decemberben 19-czel kevesebb a napsütéses órák száma, mint novemberben, addig a Csorba-tónál 64-gyel több decemberben, mint novemberben. Ilyen óriási eltérések alig felelhetek meg a valóságnak. De a dolog reám azt a benyomást teszi, hogy a St. Moritz megfigyelések sem tekinthetők egészen kifogástalanoknak, mert ellenkezik a mindennapi tapasztalattal, hogy novemberben, mely tudvalevőleg a legborultabb hónap, több legyen a napsütéses órák száma, mint decemberben, sőt januárban is. Ebben a tekintetben megbízhatóbbnak látszanak a csorbatói feljegyzések, melyek szerint a napsütéses órák száma legkevesebb novemberben és hónapról-hónapra emelkedik februárig, a mi a közönséges tapasztalatnak is megfelel. Mindent összevéve, a Csorba-tó melléke teljesen megfelelne egy nap-gyógyhely követelményeinek, mert ha a napsütéses órák száma nem is éri el azt a maximumot, melyet más magasabban fekvő pontokon észleltek, mégis eléggé tekintélyes arra, hogy gyógyító célokra télen-nyáron felhasználható legyen. A szakemberek bizonyára nagy örömmel vennék, ha a földművelésügyi ministerium ennek az eszmének megvalósítását komoly szándékba venné.

Bókay János: Kiemeli a napkúrának különösen a tuberculosus fistulákra való kitűnő hatását, melyet úgy Leysinben, mint Berc-sur-Mer-ben személyesen tapasztalt. Hogy itt a klíma összes tényezői közül a napfény csakugyan fontos, azt a „künstliche Höhensonne“-vel (a kvarzlámpával) zárt körtermekben elért jó eredmények is bizonyítják. Sok esetet jobban lehet befolyásolni, ha a tenger mellől magaslati napkúrára küldik.

Báró Korányi Sándor: Úgy tapasztalta, hogy egészen más Leysinben a beteg általános egészségi állapota, mint a tengermentéken. Kétségtelen, hogy a magaslati klímának egyéb gyógytényezői is szerepelnek, nemcsak a napsugarak. Szükségesnek tartaná, hogy hasonló napkúrák intézete hazánkban is megfelelő helyen létesüljenek s azok a belgyógyászati gümőkóros bántalmak gyógyításában is fontos szerepet játszszanak.

Dalmady Zoltán: Kritikai méltatásban taglalja Magyarország klímáját az insolatia tekintetéből és úgy találja, hogy hazánkban, melynek meglehetősen continentalis a klímája, már 800 méteren felüli magaslatok megfelelnek napkúrák sanatoriumoknak. Erre nemcsak a Magas-Tátra, hanem egész sorozata egyéb hegyvidékeknek is alkalmas, kivéve azokat az erdélyi helyeket, melyeken főhnszerű szelek rendszeresen mutatkoznak.

Horváth Mihály: Úgy véli, hogy *Rollier* helyesen jár el, midőn fekteti a betegeket, mert evvel és a nyújtással a beteg ízületet legjobban tudja immobilizálni. A végtagok e mellett egyenlő módon gyengül-

nek, nem úgy mint a rögzítő és járókészülékekben, melyekben a beteg tag erősen sorvad, a másik fejlődik, a mi ferdülések, biczegés, stb. okozója. Ha a beteg ízület kellőleg gyógyult, a beteg mindkét oldali tagjai egyenletesen tanulnak beie újra a mozgásba.

A tuberculosus elleni védekezésről fürdőhelyeken.

1. Schulhof Vilmos: Referatumban a tuberculosusnak fürdőhelyeken való terjedése ellen irányuló mozgalmak eddigi áttekintését adja, és megállapítja, hogy elsősorban már a külföldet megelőzőleg hazánkban vagy 10 év előtt felmerültek ez irányban kívánalmak, de ezek, valamint a németországi és svájci balneológiai társaságokban itt-ott megindult mozgalmak nem vezettek célra, a mennyiben országos érvényű törvényes intézkedések, melyeknek rendelkezései minden irányban kielégítőek volnának, sehol sem találhatók. Csak egyes kisebb területekre szorítkozó helyhatósági intézkedéseket találunk, pl. Davosban és még egy-két par excellence tuberculosus-gyógyítással foglalkozó helyen. De a tuberculosus egyéb gyógyhelyeken is terjedhet; másféle fürdőkbe is jutnak, ha nem is oly nagy számmal és oly jellegzetes külsővel, tuberculosus betegek, azonkívül az ú. n. sebészi vagy helyi tuberculosusnak genyes váladéka is épp oly fertőző lehet, mint a tüdővész ember köpete. A védekezést tehát ki kell terjeszteni az összes gyógyhelyekre! Hogy ezt immár több reménnyel lehet kívánni, mint eddig, arra a belügy-ministernek 1912. évi 191049. sz. körrendelete adhatja meg az alapot, melynek értelmében a tuberculosus bizonyos korlátozásokkal a bejelentendő ragályos betegségek közé soroztatik, melyekre nézve az 1876. évi XIV. t.-cz. fertőtlenítési rendelkezései mérvadók.

2. Papp Samu: Részletes előterjesztésében kifejti, hogy a tuberculosus ellen fürdőhelyeken miért kell védekezni s bizonyos övintézkedések életbeléptetése miért szükséges. Sanatoriumokban és olyan gyógyhelyeken, melyek directe tüdőbetegek befogadására szolgálnak, a ragályozás lehetősége sokkal csekélyebb, mint a nyílt fürdőhelyeken, a hol az ott tartózkodó vendégek között elszórtan tuberculotikusok is lehetnek, kik ha nem helyezik őket ellenőrzés alá, könnyen terjeszthetik a betegséget. Ezt a veszélyt elhárítani csak úgy lehet, hogyha az orvosi vizsgálatot kötelezővé teszik. Mint-hogy azonban minden átutazóra, minden turistára a kötelező orvosi vizsgálatot nem lehet kiterjeszteni, legalább az állandó fürdővendégek nézve kellene azt kimondani, a mi a mostani helyzettel szemben, a mikor semmi ellenőrzés sincs, már lényeges javulást jelentene. Ha az orvosi vizsgálat egyik vagy másik fürdővendégről kiderítené, hogy gümőkóros vagy arra gyanus, azért nem volna szükséges az illetőt mindjárt eltávolítani, hanem tökéletesen elegendő és megnyugtató volna, ha az ilyenekkel szemben az előre megállapított rendszabályokat léptetnék életbe s ha a vendég távozása után az általa birt lakást alaposan desiniciálnák. Szigorúbb intézkedések, hatósági beavatkozás, büntetés, kényszereltávolítás csak abban az esetben volnának szükségesek, ha valaki nem akarná magát önként alávetni az előírt szabályoknak. Ilyesmi csak kivételesen fordulhatna elő, minthogy fürdőhelyeken általánosságban értelmesebb közönséggel van dolgunk, melynél kellő felvilágosítás után a józan belátásra is számítani lehet. A nagyközönség közreműködése nélkül a közegészségügy javítása nem sikerülhet, mert a legszigorúbb rendszabályok sem pótolhatják a műveltséghez tartozó ethikai fel-fogást.

Czirfusz Dezső nem jelenhetvén meg, a főtákar által felolvasott levélben járul a tuberculosus elleni védekezés kérdéséhez. Sorainak célja 1. a tüdővészéseknek a gyógyhelyekre való utazási nehézségeit megvilágítani és e tekintetben a kormánytól kezdeményező lépésnek a megtételét indítványozni. 2. Fürdőinket célszerű a tüdővészések befogadására alkalmas pavillonok, esetleg önálló sanatoriumok építésére össztökélni és e mellett felvilágosítani a nagyközönséget, hogy olyan helyen, a hol van védekező berendezés, jól megtér egymás mellett a tüdővész és a másfajta beteggel. 3. Kiemelni, hogy még mindig a klímás, a diéta, a physicalis gyógymódok játszsza a tüdővész therapiájában a főszerepet és így adva van a magyar gyógyhelyek szerepe a gyógykezelés tekintetében is.

PÁLYÁZATOK.

1084/1914.

Biharvármegye biharkeresztesi járásának alulirott főszolgabírája a berekböszörményi **körorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az állás évi javadalmazása a következő:

1. 1600 korona törzsfizetés, a mely az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-ában megállapított korpótlékokkal emelkedik.

2. 800 korona lakbér.

3. 600 korona fuvarátalány (800 koronára való felemelése belügy-ministeri jóváhagyás előtt áll).

4. M. kir. belügyminister úr 170.944/1913. VII. sz. rendeletével engedélyezett 1200 korona helyi pótlék.

5. A törvényben megállapított látogatási díjak.

Az orvosi körben fekvő gazdaságok és a magánorvoslás a kör-orvos részére tekintélyes összeget biztosíthatnak.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában körülírt képesítésüket és eddigi gyakorlatukat igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám folyó év május hó 20. napjának d. u. 5 órájáig adják be.

A kéllően fel nem szerelt vagy elkészen beadott kérvényeket figyelembe nem veszem.

Az állás betöltése iránt később fogok intézkedni.

Biharkeresztes, 1914 április 23.

Frankó Endre, főszolgabíró.

3031/1914. sz.

A Húgyag székhelylyel (vasúti állomás) újonnan szervezett **kör-orvosi állásra** pályázatot hirdet.

A kör 9 községből áll, 6258 magyarjku lakossal.

A körorvos javadalmazása: 1. törvényszerinti törzsfizetés és korpótlék, a lakás felépítéséig 800 korona lakpénz, 500 korona útiátalány.

2. Szabályrendeletileg megállapított rendelési, látogatási és műteti díjak; teendői vármegyei szabályrendelettel vannak megállapítva.

A megválasztott körorvos kézigyógyasztári jogosultságot nyerhet.

Az eddigi alkalmaztatást is igazoló pályázati kérvényeket folyó év május hó 31.-éig fogadom el.

A választást folyó év június 18.-án d. e. 10 órakor fogom Húgyag-on a jegyzői irodában megejteni.

Balassagyarmaton, 1914. évi április hó 23.

Balds, főszolgabíró.

965/1914. szám.

A vezetésemre bízott Ugocsa vármegyei Perényi-közkórházban megüresedett **segédorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Javadalmazás: nyugdíjjogosultsággal egybekötött évi 1400 korona fizetés, egy szobából álló lakás, ételmezés, fűtés, világítás, mosás.

Az állásra csakis az egy évi kórházi gyakorlatot igazoló orvos-doktorok pályázhatnak.

A pályázók kérvényeiket Becsky Emil főispán úr nevére, Nagyszőlös, címelve hozzám 1914. év május hó 15.-éig küldjék be, mert később érkezőket figyelembe nem veszem.

Nagyszőlös, 1914 április hó 20.-án.

Nagy Kálmán dr., operateur, igazgató-főorvos.

439/1914. ált. szám.

A vezetésem alatt álló közkórháznál lemondás folytán megüresedett **egy alorvosi állásra** pályázatot hirdet.

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 folyamodványok méltóságos Makfalvai Géza úrhoz, Somogyvármegye főispánjához intézendők és a kórház-igazgatóságnál nyújtan-dók be május hó 6.-áig.

Kaposvár, 1914 április 20.

Szigethi-Gyula Sándor dr., igazgató-főorvos.

A Salgótarjáni kőszénbánya részv.-társ. aninoszai bányatelepén **egy társaspénztári orvosi állás** töltendő be. Ez orvosnak a bánya valamennyi alkalmazottját és munkását díjmentesen kell kezelnie és az ottani kézi gyógyszerért is vezetnie. Sebészeti gyakorlattal bíró orvosok előnyben részesülnek.

Az állás a következő javadalmazással van egybekötve: évi 3000 korona kezdő fizetés, 1600 korona évi díj a házi gyógyszerár kezelé-seért, szabad lakás, fűtés, világítás díjmentesen. Egy évi megfelelő próbaszolgálat után állásában véglegesítették és a társulat tisztviselői nyugdíjintézetébe felvették.

Pályázók orvostudori oklevelük másolatával, eddigi gyakorlatukat igazoló okmányaikkal és rövid „curriculum vitae”-val felszerelt kérvényüket egészségi állapotuk és nyelvismeretük megjelölésével a **Salgótarjáni kőszénbánya r.-t. bányagazgatóságához, Petrozsény** (Hunyadmegye) nyújtják be.

1246/1914.

Hevesvármegye gyöngyösi járásába kebeleztet Nagyfűged, Detk, Gyöngyöshalmaj, Hevesugra, Karácsond, Ludas és Visonta községekből álló, elhalálozás folytán megüresedett karácsondi (IX. községészségügyi kör) **körorvosi állásra** pályázatot nyitok és felhívom mindazokat az orvosdoktorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hozzám f. évi május hó 31. napjának délutáni 5 órájáig nyújtják be.

A választást f. évi június hó 6.-án d. e. 10 órakor fogom a kör székhelyén, Karácsond községben, megtartani.

Javadalmazás:

Törzsfizetés (kezdő) 1600 korona.

Lakbér helyett megfelelő természetbeni lakás.

Fuvarátalányra 400 korona.

Szabályrendeletileg megállapított gyógykezelési díjak.

A körorvos a kör községeit hetenként egyszer tartozik meg-látogatni.

A kör székhelye vasút mentén fekszik és gyógytárral bir.

A körben sok uradalom van s a megválasztott körorvos beteg-segélyző orvosi s esetleg a vasútorvosi állást is elnyerheti.

Gyöngyös, 1914. évi április 23.

Biró, főszolgabíró.

Sanatorium Dr. Schweinburg

Zuckmantel

Legmodernebb és legtökéletesebben berendezett intézet fizikai és diätetikai gyógy-módok részére. Előkelő tartózkodási hely. Remek felkés. Legelőkelőbb átalányárak. Prospektusok ingyen küldetnek.

Osztr.-Szilézia.

Radium-Inhalatorium. Uj! Bergonié. Mesterséges magasiati napsugár. Diathermia. Az előírdényben lényegesen mérsékelt árak.

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.

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D'EGGER

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis. Kapható minden gyógyszerárban.



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 ki-tűnő sikerrel használtatik.

Húgyhajtó hatása.

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 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 Scipiadés Elemér szerkesztésében.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bókay János: A gümös agyhártyalob gyógyulásának lehetőségéről. 369. lap.

Pólya Jenő: Közlemény a szent István-kórház III. sebészeti osztályáról. A postoperatív parotitis kezeléséhez. 375. lap.

Lengyel Árpád: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem orr- és gégegyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Ónodi A. dr., egyetemi tanár.) Tapasztalataim a Réthi Aurél-féle tonsilla-expresszorral végzett tonsillektomiákról. 376. lap.

Áldor Lajos: Közlemény a magy. kir. államvasutak külön betegpénztárának gyomor- és bélbetegek számára fentartott gyógytelepéről Karisbadban. A gyomor chemismusának zavarairól cholelithiasis eseteiben és ezen zavarok jelentőségéről a cholelithiasis therapiájában. 378. lap.

Fabinyi Rudolf: Elmeorvosi tapasztalatok Nagybritanniában. 381. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Birk: Leitfaden der Säuglingskrankheiten. — Lap-szemle. Belorvosan. Crämer: A kerek gyomorfekély. — Ideg- és elmekórtan. W. Sterling: Eunuchoidismus. — Kisebb közlések az orvogyakorlatra. Lutsch: Dysenteria. — Ulrich: Dialysatum senegae. — Parisi: Erysipelas. 384—385. lap.

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

Vegyes hírek. 386. lap.

Tudományos társulatok. 387—388. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gümös agyhártyalob gyógyulásának lehetőségéről.*

Irta: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár.**

„Quelle rares que soient les exemples de ce genre, vous avez le droit d'y chercher un appui contre le désespoir des familles, et même contre votre découragement.“

Cadet de Gassicourt, 1884.

Tisztelt Hallgatóság!

A gümös agyhártyalob a gyakorlati orvostannak egyik legszomorúbb kórképe, mert találóan mondja Hutinel (1909), hogy „le diagnostic de méningite tuberculeuse est une véritable arrêt de mort“ (valóságos halálos ítélet). És mégis, dacára hogy e szomorú kórképet, a mióta csak ismerjük, az „immedicabile vitium“-ok csoportjába iktatjuk, ha a szakirodalmat a régebbi időktől a legújabb korig figyelmesen áttanulmányozzuk, azt a teljes meggyőződést szerezzük, hogy a gümös agyhártyalob gyógyulásának a lehetősége fönnállhat s az eseteknek egy kétségtelenül csekélyke százalékában valóban be is következett a gyógyulás, mire már a híres francia gyermekorvos Rilliet 1855-ben reámutatott egy tartalmas, de kevésbé ismert cikkében, mely „De la guérison de la méningite tuberculeuse“ címmel az „Actes de la société médicale des hôpitaux“-ban jelent meg, s melyben az érdemes szerző jól megészlelt esetekkel törekedett bizonyítani a visszafejlődés és gyógyulás lehetőségét s meggyőződéssel mondhatta, hogy „existe dans la science des exemples incontestables de la disparition complète des symptômes de la méningite“.

* Minden jog fentartva.

** Előadta a Magyar Orvosok Tuberkulózis-Egyesületének II. nagygyűlésén, 1914 április 20.-án.

Rilliet régi munkáján kívül, nem tekintve az értékes casuistikai észleléseket, melyekre alább reátérünk, őt szerzőnek munkája világítja meg élesebben tárgyunkat s ezek Cadet de Gassicourt élvezetes előadási sorozata 1884-ből,¹ Ssokoloff terjedelmes szép cikke 1897-ből,² Archangelsky előadása 1911-ből,³ H. Barbier és J. Gougelet 1912-ben megjelent gyönyörű tanulmánya,⁴ mely utóbbi az idevágó legújabb irodalomnak kétségtelenül legértékesebb terméke.

* * *

Rilliet idézett alapvető munkájában nem azon esetekre támaszkodik, melyek az irodalomban mint gyógyult esetek tettek közzé a nélkül, hogy a kórfolyamat gümös természete bebizonyított volna, ilyenek a régi időkben Cheyne, Abercombe, Jahn, Roeser, Hahn, Trousseau stb. esete, hanem tételének bebizonyítására szolgáltak azon észleletek, hol a később, a betegség lefolyása után hosszabb időre megejtett kórbonczolás az előzőleg lefolyt agyhártyalob gümös természetét kétségtelenül beigazolta.

Az általa felsorolt esetek között mindenestre egyike a legérdekesebbeknek egyik saját észlelete, a mely 5½ éves fiúra vonatkozik, kin a betegség tartama 3 hónap volt. A gyermek főfájással, hányással betegedett meg, az ötödik napon tarkómerevség jelentkezik a pulusszám némi emelkedésével; a 7. napon szűnnek a fejfájások, de a 8. napon újból beáll a hányás és fejfájás. A 20.-tól a 40. napig somnolentia, obstipatio, arhythmias és retardált pulsus (50 egy perc alatt) és rendetlen, kihagyó lélekezés van jelen. A 40.-tól a 80. napig fokozatos a javulás; a 80. naptól a 97. napig a fokozatos javulás tökéletes gyógyulásra vezet. A fiú ezután 5½ évig teljesen egészséges, midőn is újból agyhártyalob jelenségei jelentkeznek, melyeknek a beteg 2 hét leforgása után áldozatul is esik. A bonczolás alkalmával a friss gümös agyhártyalob mellett az

¹ Traité clinique des maladies de l'enfance. Paris, 1884. T. III.² Arch. f. Kinderheilk., 1897, XXIII. köt.³ Jahrbuch f. Kinderheilk., 1911, LXXIV. köt.⁴ Arch. de médecine des enfants, 1912. T. XV, N. 4.

egyik hemisphaera középső részletén sajtos tömegeket találnak két gyrus között, tömött consistentiával, környezve erekkel, s e mellett a basison a lágy agyburkoknak régibb keletű vastagodását látják.

Rilliet ezen eseténél még érdekesebb *Barth*-nak egy észlelete, mely 1854-ből datálódik, s mely egy 12 éves fiúra vonatkozik, kin a diffus agyhártyalob tünetei eléggé súlyos jelleggel bírtak, s daczára annak 2 hét után javulás állott be s a beteg teljesen meggyógyult. Ezen egyén 25 év múlva általános gümőkórban elhalt s a bonczolás alkalmával különböző szervek gümös változása mellett a lágy agyburkot megvastagodottnak, rostosnak találták, s a pia kötegein a vérerek mentén tisztán voltak láthatók kerek szemcsék, melyek fibrosusan elváltoztak.

Nem kívánom szaporítani ezen érdekes eseteknek a reprodukálását, s csak két észleletet iktatok még ide, melyek egyike idősb *Bókay János*-tól származik s 1862-ben jelent meg az Orvosi Hetilapban és a Jahrbuch für Kinderheilkunde hasábjain, s melyet különösen azért közlök, mert egyrészt tárgyunkra vonatkozólag a magyar irodalomban eddig egyedül állott, másrészt mert a német irodalomban ezen esetre ismételve történt hivatkozás és *Steffen* a *Gerhardt*-féle Handbuch der Kinderkrankheiten-ben a meningitis tuberculosa kórjósulásának tárgyalásakor annak bebizonyítására, hogy a folyamat megállapodhatik, s így relative gyógyulhat, ezen közléssel argumentált. *Bókay sen.* esete 4 éves leányra vonatkozik. A gyermeket megbetegedésének 4. napján, 1858 január 26.-án vették fel a Pesti gyermek-kórházba diffus meningitis kifejezett tüneteivel, mi mellett még baloldali pleuritisre s jobb oldali tüdőbeszűrődésre utaló tünetek is voltak. Mintegy három hét múlva a láz csökkent, a szopor múlt, az arc kifejezés barátságosabb lett, a beteg nézdegélt, figyelt, enni és inni kért és környezetével foglalkozott, a jobb oldali végtagok hűdése azonban, mely az agyhártyalob legelső kezdete óta konstatalható volt, változatlanul fennállott. A betegség 6. hetében rosszabbodás állott be a beteg állapotában annyiban, hogy a tüdő beszűrődése mindkét oldalt kiterjedtebben jelentkezett s baloldalt caverna tünete találtattak. Az összmegebetegedés 103. napján exitus letális. A megejtett kórbonczolás alkalmával az agyra vonatkozó lelet a következő: A lágy agyburkok vérszegények. A subarachnoidealis zsákban kevés tiszta savó, mely az arachnoidea megszakadásakor kibugyog. A pia mater egyes helyein, még pedig részint a hemisphaerák felületén, különösen a gyrusok között, részben az agyalapon, főleg a fossa Sylvii-ben szabad szemmel látható és tapintható, kis csoportokat alkotó, gombostűfejnyi, kerek, sárgásan elszíneződött puha sarjak vannak, melyeknek megfelelőleg a pia mater kevésbé áttetsző és megvastagodott.

Leube és *Futterer* esetükről 1889-ben a wüzburgi Physico-medicinische Gesellschaft egyik gyűlésén referáltak. *Leube* röviden beszámolt az esetről, melyben typusos meningitis tuberculosa volt jelen s gyógyulással végződött. A beteg jóval később elhalt a Julius-Hospitalban s *Futterer* közli a kórbonczolás-leletet, melynek az agyra vonatkozó része a következő: A nyak-gerinczvelő és a nyultvelő lágy burkain régebben lefolyt meningitis következménye gyanánt lupéval durva, szürkés, zavaros megvastagodásokat lehet látni. A gümös agyhártyalobnak lefolyását, illetve gyógyulását a pia mater ezen kötőszövetes megvastagodásán kívül az agyvelő-vérerek hyalin degenerációja s az agyalapon látható elmeszesedett miliaris gümők jelzik.⁵

A fentemlített esetek, továbbá *Cadet de Gassicourt*, *Janssen* (1896), *Bernheim* és *Moser* (1897), *Rocaz* (1901), *Politzer* (1902), *Carrière* és *l'Hôte* (1905), valamint *Dufour* (1895) stb. hasonló esete kétségtelenül bizonyítják tehát, hogy adott esetben a gümös agyhártyalob kedvezően folyhatik le s a beteg teljes jólétnek örveendhet eléggé hosszú időn keresztül, daczára hogy kóros elváltozások, bár regressiv állapotban, persistálnak az agyhártyákon. Sőt tekintettel *Rilliet* fentvázolt esetére, hol a meningitis lezajlása után 5½ évig teljesen jól érezte

magát a beteg, de különösen tekintetbe véve *Barth* idézett észleletét, hol a meningitis tuberculosa után 25 évig, tehát egy emberöltőn keresztül teljes egészségnek örvendett az egyén, azt kell mondanunk, hogy már ezen, nem is oly csekély számú észlelések is kétségtelenül igazolják, hogy gümös agyhártyalob után évekre, sőt évtizedekre terjedő gyógyulás állhat be.

A szemtükörnek felfedezése *Helmholtz* által s annak a klinikai gyakorlatba átvitele *Graefe* által s feltételezett gümös agyhártyalob tuberculosus jellegének megállapítására új horizontot nyitott, mert a chorioidealis tuberculosus felismerése útján lehetővé tette a klinikusnak, legalább is az eseteknek bizonyos százalékában, teljesen megbízható módon constatalni az agyhártyalob gümös természetét.

Az első esetet, melyben a comával járó súlyos agyhártyalob gyógyulással végződött s a szemtükri vizsgálat chorioidealis tuberculumot konstatalt, *Dujardin-Beaumez* közölte 1878-ban s hasonló észleleteket írt le *Barth* (1894), *Thomalla* (1902), *Moutard-Martin* (1905) és *Uthoff* (1912). Mindezen eseteknek tabellaris összeállítását mellékelve adjuk (A-tábla); ezen esetek újabb kétségtelen bizonyítékai a gümös agyhártyalob visszafejlődése lehetőségének.

Midőn 1891-ben *Quincke* a lumbal punctiót megismertette s utána a *Quincke*-féle eljárás mint diagnostikai eszköz a gyakorlatba bevezettetett, a meningitis tuberculosa pontos diagnosizálásának megállapítására újabb, megbízható, tudományos vizsgálati módszerek adódtak, mert egyrészt a Koch-féle bacillusnak megtalálása a punctiók folyadékban, másrészt a lebecsátott és sterilen felfogott folyadéknak biológiai kísérletekre, vagyis állattalásra való felhasználása lehetővé tette, hogy az agyhártyalobnak gümös természetét adott esetben szinte kétséget kizáró módon bizonyíthassuk.

Ilyen vizsgálatokkal ellenőrzött gyógyult eset összesen, tudtommal, 29 van az irodalomban leírva, beleszámítva saját két, alább közlendő esetemet is. S ez már eléggé tekintélyes szám. Mindezeknek összeállítását a B-táblázatban adjuk.

Ha a két összeállításban (A- és B-táblázat) feltüntetett gyógyult eseteket összesítve nem szerint csoportosítjuk, a következő adatokat nyerjük:

A 34 eset közül 11 esetben a nem nincs megadva, a visszamaradt 23 eset közül 19 fiú, illetőleg férfi, 4 pedig leány, illetőleg nő.

Életkor szerint az esetek eloszlódása a következő:

4 esetben a kor nincs feltüntetve,			
2 éves	1 eset	12 éves	1 eset
2¾	1	16	1
3¼	1	17	1
3½	1	20	2
4	3	21	2
5	2	23	1
6½	1	25	1
7	2	30	1
8	2	31	1
9	1	33	1
10	2	44	1

Tehát 2—12 éves korig 18 esetben észleltek gyógyulást, a 16—44. évben pedig 12 esetben. Érdekes, hogy a 2 éven aluli korban egy esetben sem láttak kedvező lefolyást, holott a megbetegedések zöme (30 évre terjedő kórházi statisztikánk szerint 61%) ezen korhatáron belül látható; a gyógyult esetek száma feltűnően az 5. évtől kezdve kezd növekedni, s 7-től 14 évig, illetőleg azon túl, mely életkorra a gümös agyhártyalob-eseteknek alig 10%-a esik, a fenti gyógyult eseteknek ⅔ része, vagyis 20 egyén esett.

A fenti táblázatban összeállított gyógyult esetek azonban, fájdalom, nem mind mutattak tartós, illetőleg végleges gyógyulást, a mennyiben ezen eseteknek egy részében újabb meningitis-attaquek illetve attaque-ok álltak be s végre is halálos volt a kimenetel.

Ha a táblázatokban feltüntetett esetekhez hozzáveszszük azon eseteket is, a melyekben egy újabb meningitis-attaque után a bonczolás igazolta az első megbetegedésnek gümös

⁵ Lásd *Ssokolow* cikkét (pag. 410.)

A) tábla.

Gyógyult esetek, a melyekben az agyhártyalob gümös természetét szemtükri lelet bizonyította.

Szám	Az észlelő neve	A közlés helye	A beteg életkora	A szemtükri lelet	Kórállapot	Megjegyzés
1.	Dujardin-Beaumetz	Bull. de la Soc. de hôp., 1878	23 éves férfi	A jobb szem chorioideáján egy tuberculum	Súlyos agyhártyalob comával	Gyógyulás egy hó alatt
2.	K. Barth	Deutsche mediz. Wochenschr., 1894	2 éves	—	—	Gyógyulás
3.	Thomalla	Berliner klinische Wochenschr., 1902	20 éves férfi	Két tuberculum a bal szem chorioideáján	Egyéb tuberculosus jelenségek az agytünet mellett	Gyors gyógyulás
4.	Moutard-Martin	Soc. med. des hôp., 12. mai 1905	9 éves leány	Positiv szemtükri lelet	Kifejezett kórkép	Gyógyulás. Három év után újabb roham halálos lefolyással
5.	Uhthoff	Berliner klinische Wochenschr., 1912 719. l.	31 éves	Kétoldali iridochorioiditis tuberculosa	Diffus agy-tünetek	Tuberculin-kezelés. Gyógyulás

természetét, akkor azt látjuk, hogy az eredeti megbetegedés és az újabb attaque közti időköz esetenként a következőképpen változott:

Rilliet esetében	---	---	---	---	5 1/2 év
Cadet de Gassicourt esetében	---	---	---	---	2 1/2 hó
Rocaz esetében	---	---	---	---	2 év
Moutard-Martin esetében	---	---	---	---	3 "
Sicard esetében	---	---	I. attaque	---	4 hó
			II. "	---	3 "
Carrière és l'Hôte 1. esetében	I.	"	---	---	1 "
	II.	"	---	---	1 év
	2.	"	---	---	5 hó
	3.	"	---	---	10 "

Ezen észleletekkel szemben a kedvezően lefolyt eseteknek tartós gyógyulását bizonyítják:

Jemma betegén	---	a 3 év utáni kontrollvizsgálat
Aquileo Gareiso betegén	a 2 "	"
Riebold betegén	az 1 "	"
Barbier "	a 2 "	"
Castaigne és Gouraud betegén	az 1 "	"
Archangelsky betegén	a 2 "	"
Bókay első "	a 2 1/2 "	"
Bókay második "	az 1 "	"
	* *	

Három észleletem, melyekkel magam is bizonyíthatom a gyógyulás, illetőleg visszafejlődés lehetőségét, a következő:

F. N. 12 éves fiú. 1912 április 25.-én betegszik meg. (Magán-észlelés consiliarius-praxisomból.)*

4-5 éves koráig exsudatív diathesis jelenségei. 7 éves korában appendicitis perforativa miatt műtét.

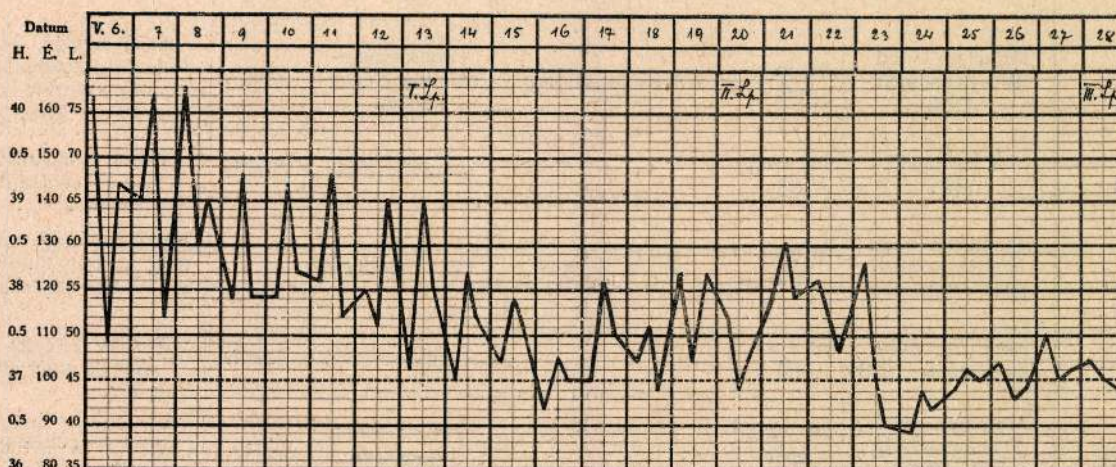
Április 25.-én lázas, hurutos tünetekkel fekszik le, néhány nappal később (ápr. 29) typusos, eléggé intenzív kanyaró-küteg. Május 1.-én már láztalan s jó közérzetű. 2.-án főfájásról panaszkodik, míg 3.-án már kissé soporosus s a hőmérsék 38.5-re emelkedik. Május 4.-én teljes eszméletlenség, a jobb facialis paresise s mind a négy végtagnak félhűdése. A pupillák egyenlők, fényre reagálnak. A fül és szem tükrözvisszajelzése negatív. A hőfok állandóan magas, a pulsus szapora.

A beteget május 6.-án láttam először. A fiú teljesen öntudatlan, mély soporban fekszik. Reggeli hőmérsék 40.2, a pulsus szapora, egyenletes. Renyhe pupillareactio. Mérsékeltén Troussseau-csúkok. Mind a négy végtag kifejezetten félhűdésben. Hólyaghűdés van jelen, mely katheterezést tesz szükségessé. A fennálló tünetek s a kórtünetek fejlődési módja alapján gyanúm van arra, hogy a Heine-Medin-kór meningealis alakja áll előttünk.

Május 7.-én és 8.-án a tünetek intenzitásukban még fokozódnak, sőt a végtagokban tonusos görcsök is jelentkeznek. A beteg mély soporban fekszik, a táplálkozás csak alig hogy keresztülvihető. A láz remittáló typussal főnnáll.

Május 9.-étől 13.-áig a tünetekben csak annyiban van változás, hogy a láz fokozatosan kissé esik. A meningitis diffusa kórképe kifejezett, minélfogva lumbalpunkciót végeztünk. A folyadék erős nyomással ürül, víztiszta. A kiürített mennyiség körülbelül 45 cm³. A punkciós folyadékból már néhány óra múlva hálóbőven képződött. Fehérjetartalma 0.60/100. Mikroszkop alatt kevés lymphocytá.

* Szilvák F. kartárrsal.



B) tábla.

Gyógyult esetek, melyekben a meningitis tuberculosa kétségtelen jelenléte a lumbalpunctiós folyadékban talált bacillus által, illetőleg positiv eredményű állatoltással igazoltatott be.

Szám	Az észlelő neve	A közlés helye	A beteg életkora	Kórállapot	A punctiós folyadék vizsgálati eredménye	Az állatoltás eredménye	Megjegyzés
1.	<i>Freyhan</i> (Fürbringer tanár klinikájából)	Deutsche med. Wochenschrift, 1894	20 éves férfi	Súlyos kórkép Neuritis optica	Bacillusok	—	3 hét után lábra kezd állni. Hónapokig tart, míg a végtagok rigiditása enged. A neuritis optica csak lassan fejlődött vissza.
2.	<i>Henkel</i> (Hamburg-Eppendorf)	München. med. Wochenschrift, 1900	10 éves fiú	Kifejezett súlyos kórkép, kétoldali neuritis	Bacillusok bőven	—	4 hétre támoilyogva már jár. Teljes gyógyulás
3.	<i>Gross</i> (Quinke klinikájáról)	Berliner klin. Wochenschrift, 1902	17 éves férfi	Súlyos tünetek	Bacillusok (összesen háromtalált)	—	Eléggé gyors gyógyulás. Tüdőcsúcs-affectio
4.	<i>K. Barth</i>	München. med. Wochenschrift, 1902	2 $\frac{3}{4}$ éves leányka	Kifejezett kórkép kanyaró után	Bacillusok	—	Lassú javulás. Félév után teljes gyógyulás
5.	<i>Sèpet</i>	Méd. mod. 1902	6 $\frac{1}{2}$ éves	Kifejezett agyhártyalobos jelenségek, epileptiform rohamok, coma	Lymphocytosis	Positiv	Gyógyulás
6.	<i>Avanzino</i>	Ref. med., 1903	—	—	—	Positiv	—
7.	<i>Pagès et Ardin Delteil</i>	Montpellier médical, 1904	—	—	Lymphocytosis	Positiv	—
8.	<i>Carrière et L'Hôte</i>	Revue de Méd. et Thèse de Lille, 1905	5 éves	—	Lymphocytosis	Positiv	Két remissio egy hó és egy év után. Exitus letalis.
9.	<i>Carrière et L'Hôte</i>	Revue de Méd. et Thèse de Lille, 1905	7 éves	—	Lymphocytosis	Positiv	4 hó után gyógyulás. Remissio 3 $\frac{1}{2}$ hó után. Exitus letalis.
10.	<i>Carrière et L'Hôte</i>	Revue de Méd. et Thèse de Lille, 1905	6 $\frac{1}{2}$ éves	—	Lymphocytosis és polynucleosis. Tuberculosisbacillusok	Positiv	2 hó után gyógyulás. Remissio 10 hó után. Exitus letalis.
11.	<i>Sicard</i>	Soc. méd. des hôp., 1905	33 éves férfi	—	Bacillus és lympho-poly-nucleosis	—	4 hó után remissio. Ujabb roham 2 hó után. Ujabb remissio 3 hó után. Exitus letalis.
12.	<i>Tedeschi</i>	Gaz. degli osped., 1905	—	—	—	Positiv	—
13.	<i>Abrani et Claisse</i>	Soc. des hôp. 1905, május 12	30 éves férfi	—	Lymphocytosis	Positiv	Az agy-tünetek három hétig fennállottak. Teljes gyógyulás
14.	<i>Vaquez et Digne</i>	Soc. des hôp. 1905, május 19	25 éves férfi	—	Lymphocytosis és polynucleosis	Positiv	Vontatott lefolyás. Lassú gyógyulás
15.	<i>Riebold</i>	München. med. Wochenschrift, 1906	16 éves leány	Kifejezett kórkép	Tuberculosisbacillus eléggé bőven	Positiv	Lassú javulás. 24 lumbalpunctióval 574 cm ³ folyadékot bocsájtott le. Fél év után controll-vizsgálat konstataálta a teljes gyógyulást
16.	<i>Jemma</i> (Palermo)	La Pediatria, 1907	3 $\frac{1}{2}$ éves fiú	—	Lymphocytosis	Positiv	Teljes gyógyulás. Három év után controllvizsgálat
17.	<i>Rumpel</i> (Hamburg)	Deutsche med. Wochenschrift, 1907, 2021. lap	9 éves fiú	Súlyos tünetek	Tbc.-bacillusok	—	Később hónalji mirigy-tuberculosis és még később tüdőfolyamat. 3 évvel az agy-folyamat után halál
18.	<i>Aquileo Gareiso</i>	Arch. de Méd. des Enfants, 1908	8 éves fiú	—	Lymphocytosis	Positiv	Hosszas lefolyás. Teljes gyógyulás. Két év után controll-vizsgálat
19.	<i>Stark</i> (Karlsruhe)	München. med. Wochenschrift, ref. 1908	44 éves férfi	—	Tbc.-bacillus tömegesen	—	Teljes gyógyulás

Szám	Az észlelő neve	A közlés helye	A beteg életkora	Kórállapot	A punctiós folyadék vizsgálati eredménye	Az állatoltás eredménye	Megjegyzés
20.	W. B. Warrington (London)	Lancet, 1910 december 17, 1755. l.	11 éves fiú	Agy-tünetek, kétoldali neuritis optica	Tbc.-bacillusok, polynucleosis et lymphocytosis	—	Visszamaradt a jobb felső végtag hűdése
21.	Archangel'sky	Jahrb. f. Kinderheilkunde, 1911	8 éves leány	Súlyos kórkép. Testvére vele egyidőben betegedett mening. tbc.-ban s néhány nap alatt meghalt	Lymphocytosis. Tbc.-bacillusok	Negativ	Gyógyulás. Két év után kontroll-vizsgálat
22.	Castaigne et Gouraud	Journ. méd. français, 1911 május 15	Fiatal ember	—	Tbc.-bacillusok	Positiv	Gyógyulás. Kontroll-vizsgálat egy év után
23.	Aviragnet et Tixier	Arch. de Méd. des Enfants, 1911	5 éves	—	Lymphocytosis	Positiv	Gyógyulás
24.	Waniet'schek	Prager med. Wochenschrift, 1911	4 éves fiú	Kifejezett kórkép	Tbc.-bacillusok	—	1½ hó után teljes gyógyulás
25.	Hochstetter	Deutsche med. Wochenschrift, 1912	21 éves férfi	Súlyos kórkép	Tbc. bacillusok gyéren	Negativ	Lassú gyógyulás
26.	H. Barbier et J. Gougelet	Arch. de Méd. des Enfants, 1912	5 éves fiú	Kifejezett tünetek. Tüdőcsúcsfolyamat	Lymphocytosis	Positiv	Gyógyulás. Egy évig kontroll alatt
27.	Reichman és Rauch (Jena, Stintzing tanár klinikájáról)	München. med. Wochenschrift, 1913, 26. szám	21. éves	Súlyos tünetek	Tbc.-bacillusok	Negativ	Lassú javulás, gyógyulás
28.	Bókay J.	Jelen közlés 1914	11 éves fiú	Kifejezett agy-tünetek. Periton. chronica tbc. plastica	Bacillusok nem találtak	Positiv	Agy-tünetek teljesen visszafejlődtek. Kontrollvizsgálat egy év után
29.	Bókay J.	Jelen közlés 1914	12 éves fiú	Súlyos tünetek	Tbc.-bacillusok	Positiv	Lassú javulás. Teljes gyógyulás. Kontroll két és fél év után

Május 20.-áig a sopor változatlanul fennáll, a fiú a fennálló hólyaghűdés folytán rendszeresen katheterezetik. A gyengült szív működés a jelzett idő alatt sűrűn teszi szükségessé camphor és coffein-kettőssók subcutan alkalmazását. Május 20.-án II. lumbalpunctio: igen erős nyomás mellett 45 cm³ víztiszta folyadék. A szorgos mikroszkopi vizsgálat nagyobb számban lymphocytákat mutat s ezúttal néhány tuberculosis-bacillus is constatatott. Állatoltás.

Május 22.-én külső ingerekre kissé reagálni kezd, s kezd spontan is vizelni. A táplálkozás tűrhetőbb.

Május 22.-étől 28.-áig a javulás csekély fokban jelentkezik annyiból, hogy szív működése javul, jobban táplálható, a hőmérsék subfebrilis subcutan süllyed s a beteg külső ingerekre még inkább reagál. Május 30.-án III. lumbalpunctio, mely alkalommal erős nyomás mellett majdnem 50 cm³ folyadék ürült. A folyadékban erős hálóképződés, sok lymphocyt. Tuberculosis-bacillus ezúttal nem találtak.

Június 4.-én először sir, fejét, végtagjait kissé mozgatni kezdi. Viselkedése idiotiás: vad, ingerült, nyugodtabb időszakokban környezetét felismerni látszik s tárgyakat fixál.

Június 14.-én IV. lumbalpunctio: 50 cm³ víztiszta folyadék közepes nyomás mellett. Bő hálóképződés, bőven lymphocyták. Fehérjehatéartalom 0.90/100.

Ettől kezdve a fokozatos javulás mindinkább szembetűnő. A május 20.-án beoltott tengeri malaczkok közül az egyik május 30.-án hullott el, bonczolás-lelete negativ. A második állat június 7.-én hullott el, bonczolás-lelete: lymphadenitis tuberculosa gland. mesenterialis, s az oltás helyén sajtos törmelék.

Június 28.-án a javulás már annyira halad, hogy erőltetett kézáddal üdvözlő, s az igen szót kiejti; bár viselkedése még idiotiás.

Június 30.-ától kezdve mind többet beszél, hadarva, nehezen megérthetően, zagyván össze-vissza. Végtagjait mind jobban mozgatja, mohón táplálkozik.

A javulás fokozatos előrehaladása folytán a beteget július hó elején a szülők falusi birtokukra viszik. Szeptember vége felé a fiú már fenjár, mozgásai azonban kissé inkoordináltak. Értelmi képessége jelen-

tékenyen javult, beszéde kezd logikus lenni, de nehezen érthető, mert erősen hadaró.

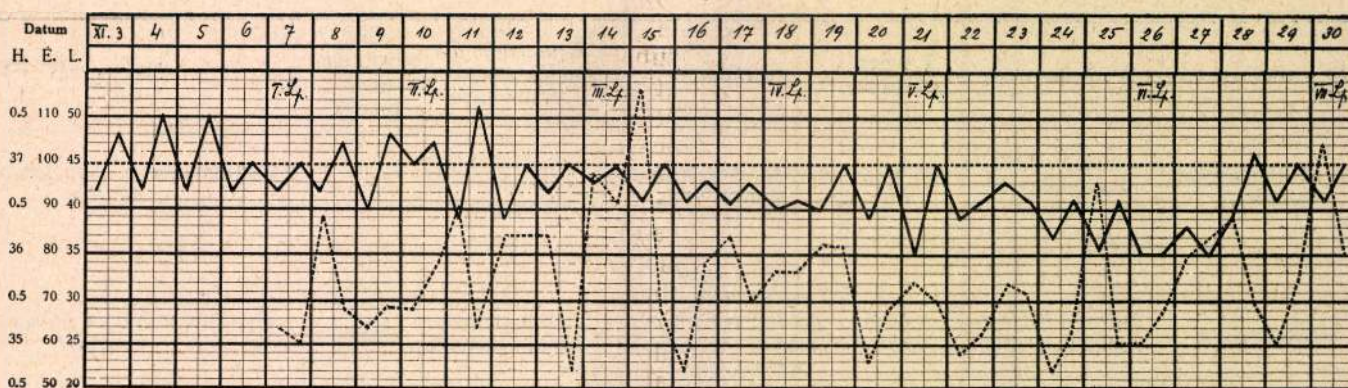
Ma, tehát 2 és fél évvel a betegség óta, a fiú fejlődése és tápláltsága kifogástalan, a hűdéses tüneteknek nyoma sincsen. Élénk, jól alszik, idiotiás viselkedése teljesen megszűnt. Értelmesen, logikusan, alig hadarva beszél, sőt kissé már szellemileg is foglalkoztatva tesz s kezd írni is, holott az írást teljesen elfelejtette. A fiú kedélyállapota kifogástalan. Inkább kissé kicsapongó kedélyű ma. Eltekintve a pszichének még kissé megfoghatkozott voltától, a fiú teljesen gyógyultnak tekinthető.

F. J. 11 éves fiúgyermek 1912 október 26.-án került észlelésem alá. A szülők előadása szerint 2 hét óta szenved hasfájdalomban és időnkint, főleg éjjel, erős hasgörcsei vannak. Megelőző betegségek közül csak morbilliről tesznek említést. Tuberculosis a családban állítólag nem fordult elő.

Korához képest mérsékelten fejlett és táplált. Csontrendszere ép, alaki eltérést nem mutat. Az izomzat és zsírpárna közepes térfogatú. A bőr és a látható nyálkahártyák halványak. A nyakon és az inguinális hajlásokban 1—2 babnyi fájdalommentes mirigy tapintható. A fej alakja rendes. Az orr- és fülnyílások normalisak. A torokképletek halványak, A nyelv kissé bevont. A mellkas domború. A mellkasi szervek kóros eltérést nem mutatnak. A pulsus rhythmusos, közepesen telt, száma percenkint 80. A máj és lép normalis. A has, különösen a közepe, mérsékelten elődomborodik. A köldöktájának megfelelőleg időnként bélcontourok láthatók, mely alkalommal a fiú erősebb görcsös hasfájdalomról panaszkodik. Palpatiokor a hashártyát egyenetlenség, göbösnek érezzük, feltűnőbben resistens képletet azonban a hasürben sehol sem tapintunk. Az idegrendszerben eltérés nincs. A vizelet kóros alkotórészt nem tartalmaz. Végbélhő felvételkor 37.3. A Pirquet-reactio erősen positiv.

Diagnosis: Peritonitis tuberculosa sicca, partim fibroso-adhaesiva. Therapia: tonusozó kezelés, fibrolysin-injectiók subcutan.

Az észlelés és kezelés folyamán a hasgörcsök eltűntek. Nem hányt és székelése rendes volt. Felvétele utáni 12. napon, november 7.-én konstataljuk először, hogy a fiú kissé aluszékonyság a fejét fájtalja. A körülményes vizsgálat kissé retardált pulsuson kívül más elváltozást



nem mutat, a megejtett *Quincke*-féle punctiókor azonban 25 cm³ víztiszta folyadék ürül igen erős nyomással. Bár a punctiók folyadékban *Koch*-féle bacillust nem találtunk, meningitis tuberculosa fejlődésére kellett gyanakodnunk, mely gyanunkat a beállott pulsus-arrhythmia s a pozitív Trousseau- és Kernig-tünet csak megerősítette. A szemfenéken elváltozást nem találtunk.

November 10.-én a II. lumbalpunctio alkalmával 10 cm³ víztiszta folyadék ürül sűrű cseppekben. Tuberculosis-bacillust ez alkalommal sem találtunk. A somatikus tünetek változatlanok, a fejfájás megszűnik.

November 14.-én a III. lumbalpunctio alkalmával 20 cm³ víztiszta folyadék ürül. A folyadékkal állatoltást végezzük. 2 tengeri malacz hasüregébe egyenkint 5 cm³-nyit injiciálunk.

A november 18.-án végzett IV. lumbalpunctio alkalmával 15 cm³ víztiszta, majd véres (plexus-sértés) folyadék ürül. A Trousseau- és Kernig-tünet még pozitív, a pulsus arrhythmias.

November 21.-én V. lumbalpunctio, mely azonban csak alig néhány csepp folyadék kiürülését eredményezi.

November 26.-án a VI. lumbalpunctio alkalmával 10 cm³ víztiszta folyadékot nyerünk. Ugyanekkor a lelet a következő: a pupillák egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. A jobb facialis alsó ága kissé gyengébben innervált. A hasreflexek élénkek, egyenlők. Jobboldalt a cremaster-reflex csekély, baloldalt élénk. Babinski negatív. A mély reflexek kissé nehezen válthatók ki. A vasomotoros ingerlékenység fokozott. Szemlelet: mindkét szem háttérében a nagyobb vénák tágabbak. A jobb papilla n. opt. + 2 D-val, a szemhátér + 1 D-val látható élesen. A bal papilla n. o. + 3 D-val, a szemhátér + 2 D-val látható élesen.

November 30.-án a VII. lumbalpunctio alkalmával 10 cm³ víztiszta folyadék ürül. A gyermek még aluszékony, fejét még fájdtja s néhányszor hányt.

December 4.-én a hányás és fejfájás teljesen megszűnt, a gyermek élénkül. A Trousseau-tünet még pozitív.

December 8.-án a VIII. lumbalpunctio alkalmával csak 3 cm³ folyadék ürül. A gyermek élénkítése fokozódik.

Dec. 10.-én ágyában már üldögélni kezd, értelmesen és kedélyesen beszélget.

December 24.-én gyógyultan hagyja el a kórházat.

A betegség tartama alatt a súlymérések következő eredményt mutattak: november 30.-án: 23.40 kgr.; november 21.-én: 23.00 kgr.; november 27.-én: 22.85 kgr.; december 5.-én: 23.40 kgr.; december 11.-én: 24.40 kgr.; az elbocsátás alkalmával december 24.-én 25.25 kgr.

A beoltott két tengeri malacz közül az első állat december 3.-án hullott el. Bonczoláslelete a következő: A mesenterialis mirigyek kétszeresre duzzadtak, sajtosak. A lépben két, a májban több sajtos gócz van. A második állat dec. 20.-án hullott el. Bonczoláslelete: Tuberculosis glandularum mesenterialis, hepatitis et tuberculosis glandularum inguinalium.

Mint hogy a fiú további sorsa iránt érdeklődtem, az 1913. év szeptember havában levélemmel kérdezősködtem és a kezelő kartárs a következő adatokat közölte velem: A fiú élénk és jó étvágyú. A kórházból való elbocsátása óta súlyban szépen gyarapszik s testsúlya a 28 kgr.-ot meghaladja. A has alig puffadt, hasgörcsei nincsenek. Az alsó hátcsigolyák nyomásra kissé érzékenyek, kissé előredomborodnak. A jobb szemén a V = 5/10, a bal szemén a látás annyira megromlott, hogy 1 lépésnyről csak ujjakat tud számlálni.

V. A. 7 éves fiú, felvétetett 1913 október 24.-én. A kórelőzményből megtudjuk, hogy a gyermek 2 hét óta erősen soványzik, több ízben hányt, állandóan székrekedésben szenved, bágyadt, alvás közben időnként felsikolt.

Jelen állapot: A gyermek erősen lesoványodott. Mérsékelt mirigyduzzanatok a nyakon és lágyékhajlatokban. A pupillák középtágak, renyhén reagálnak. A mellkasi szervek eltérést nem mutatnak. A has behúzódt. A Trousseau-féle csikok kifejezettek. A mély reflexek alig válthatók ki. A gyermek legszívesebben oldalfekvésben helyezkedik el s összekuporodva fekszik, semmi iránt sem érdeklődik. Lázatlan. A pulsus retardált, 89, kissé arrhythmias. A megejtett lumbalpunctio alkalmával 20 cm³ víztiszta folyadék ürül közepes nyomással. A mikroszkopi vizsgálat főleg lymphocytákat mutat, tuberculosis-bacillus nem találtott.

Október 29.-én az állapot változatlan. Az újból megejtett punctio alkalmával 20 cm³ víztiszta folyadék ürül, melyben néhány tuberculosis-bacillus találtott.

Október 31.-én a fiút a szülők határozott kívánságára a legked-

vezőtlenebb prognosissal kiadjuk a kórházból. Az egyheti kórházi tartózkodás alatt a testsúlyvesztés 1 kgr.

A fiún otthon a meningealis tünetek fokozatosan visszafelődtek s a beteg annyira könnyebben érezte magát, hogy ágyából ki is kelt, sőt kissé fenn is járt. Ezen javulást azonban csakhamar rosszabbodás követte, s midőn a beteget 1913 december 5.-én, tehát 5 héttel az elbocsátás után viszontláttuk a kórházon kívül, in ultimis találtuk s a bal tüdőfélben kiterjedtebb beszűrődést konstatáltunk. A beteg sajnos halálra hullavizsgálatot nem végezhetünk.

A fenti adatok és esetek részletezése után lássuk, hogy melyek azon gümös agyhártyalob-esetek, a melyeknek gyógyulási lehetősége fennállhat?

Kétségtelen, hogy gyógyulási lehetőség először is oly esetekben foroghat fenn, a melyekben a gümös megbetegedése a szervezetnek kizárólag, vagy úgyszólván csak az agyhártyákon zajlik le, vagyis az agyhártyák gümös megbetegedése mellett a többi szerv fertőződése teljesen hiányzik, vagy csak igen kisfokú (pl. körülírt sajtos peribronchialis mirigy-tuberculosis). Természetes, hogy a miliaris tuberculosis azon eseteiben, a melyekben az agyhártyák miliaris folyamata a kórképben csak részjelenség, a gyógyulás lehetősége teljesen kizárt, míg azon esetekben, a melyekben a meningitis tuberculosa kórképe mellett a miliaris eruptio egyebütt csak jelentéktelenül gyér, a gyógyulás lehetősége elképzelhető.

Hogy a gümös agyhártyalob elsődlegesen is jelentkezhetik, ezt *Demme* (Bern) a 80-as években szépen demonstrálta egy esetével, a melyben ozaena kapcsán fejlődött ki a gümös agyhártyalob; utána ezen lehetőséget mások, így *Mya*, is konstatálták, és *Daremborg* és *Martin*, *Vandremed*, *Sicard*, valamint *Richet* és *Roux* állatkísérletei szintén kétséget kizárólag mutatják az elsődleges fertőződés bekövetkeztetését. Hogy azonban ezen elsődleges jelentkezése a gümös agyhártyalobnak felette ritka, az mutatja, hogy *Comby* 118 bonczolat közül csak egyben találta, s mi 10 éves anyagunkban 90 bonczolt meningitis tuberculosa egy esetében sem konstatálhattuk. Ezen 90 esetet kitevő hullaanyagunkban 22 hullában nem találtunk ugyan egyebütt miliaris eruptiót, azonban a 22 hulla közül csak 9-ben voltak a tuberculosis változások a szervezetben kevésbé számbavehető (kisebb kiterjedésű intrathoraxos mirigy-tuberculosis), míg 13 esetben a gümös elváltozások a szervezetben általában, eltekintve az agyhártyáktól, oly intenzitásúak voltak, hogy a gyógyulás lehetősége eleve teljesen ki volt zárva. Nem kell különösebben hangsúlyoznom szakemberek előtt, hogy a betegágyánál meningitis tuberculosa eseteiben a klinikai tünetekből (hőlefutás, stb.) úgyszólván lehetetlen tájékozódást nyernünk arra nézve különösen, a mi pedig reánk nézve, mint fenn láttuk, nagy fontossággal bír, hogy a miliaris eruptio egyebütt, mint az agyhártyákon, jelen van-e, illetőleg erősebb mértékben fejlődött-e.

Lássuk már most, hogy milyen laesioi az agyhártyáknak azok, melyek gümös agyhártyalob esetében megengedik a gyógyulás bekövetkeztét.

Az agyhártyákon jelentkező elváltozások tudvalevőleg elsősorban specifikusak, s ezeket talán elsődlegeseknek nevezhetjük, másodsorban banalisok, vagyis másodlagosak. Az első csoportba tartoznak a congestio, mely meningealis vérzést is produkálhat, továbbá a gümös arteriitis s az ezzel kapcsolatos meningealis miliartuberculosis. A banalis, illető-

leg másodlagos elváltozások között szerepel mindenekelőtt az arachnoidealis ürben és a kamarákban fejlődött serofibrinosus ömleny, s az agy alapon és a Sylvius-féle árokban jelentkező izzadmányos folyamat, mely izzadmány az esetek tetemes részében valószínűleg compressio folytán kiterjedten lágyulásokra vezethet, különösen a kamarák falában, a trigonum cerebraleban, sőt a corpus callosumban is.

Könnyen elképzelhető már most, *Barbier* és *Gougelet* gondolatmenetét visszaadva, hogy kisebb intenzitású izzadmány az intracranialis nyomást s az idegállomány integritását is alig fogja befolyásolni, s minthogy vitalis functiókat nem zavar, a gümös fertőzés gyengülése esetén az egészség ilyenkor helyreállhat. Ezen gondolatmenet alapján magyarázhatjuk azon átmeneti javulásokat, a melyeket systemás lumbal punctio mellett az irodalomban a gyógyult esetek vázolásakor egyesek, így pl. *Riebold* is (I. a B-táblázatot), különösen hangsúlyoznak, s ezen felvételünket csak megerősíti azon, in vivo betegen végzett kísérlet, a melyet *Bergmann* tanár „Über den Hirndruck“ című tanulmányában felemlíti.⁶

Nyilvánvaló továbbá, hogy mindazon esetekben, a melyekben a specifikus, tehát az ú. n. elsődleges elváltozások az agyhártyákon akár kisebb méretűek, akár kevésbé virulens fertőződésből származnak, hasonlóképpen megengedhetik a gyógyulást; ily esetek előfordulnak, hisz *Ziehen*⁷ is mondja: „Sehr bemerkenswert ist, dass gerade im Kindesalter die Bildung wohl ausgeprägter Tuberkel ausnahmsweise ganz, oder fast ausbleiben kann. Es finden sich dann nur Anhäufungen von epitheloiden Zellen und kleinen Lymphocyten, aber keine Riesenzellen“.

Kórbonczolási tapasztalataink mutatják továbbá, hogy eléggé gyakran észlelünk gümös serofibrinosus meningitiseket granulatio, tehát gümös eruptio nélkül, mely esetekben az izzadmány nem egyszer annyira bőséges, hogy úgyszólván befedi az agyalapot, különösen a chiasmát, mely benne mintegy elmerül. Ha ilyen hullákon bakteriologiai vizsgálatot végzünk, ezen izzadmányban igen nagy mennyiségben találhatunk *Koch*-féle bacillusokat. Ha már most adott esetben ezen izzadmányos folyamat csak kis mennyiségben s e mellett körülírtan jelentkezik, s a granulatióképződés is felette gyér, a gyógyulás lehetősége ismét fennáll.

Végül *Barbier* és *Gougelet* szerint a gyógyulás lehetőségének mérlegelésekor nem hagyhatók figyelmen kívül azon esetek sem, a hol az agyhártyatuberculosis beigazolva kétségtelenül a tuberculosis-bacillusok jelenléte folytán, egyszerű vérbőségben nyilvánul meg (ez a francia klinikusok „meningitis diffuses congestives“-je), s nem jár vele follicularis productio, sem obliteráló arteriitis vagy lágyulás. Teljesen osztom az érdemes francia kartársak azon nézetét, hogy ezen meningitis tuberculosa-alakok, a melyek kétségtelenül az enyhe természetűek közé tartoznak, talán nem is olyan ritkák, csak hogy miután többször gyógyulással végződnek, a figyelmet teljesen kikerülik s részemről azon meggyőződésben élek, hogy azon homályos esetek, melyeket a betegágnál az *Ernest Durré* által a nomenclaturába 1894-ben bevezetett *meningismus* vagy *pseudomeningitis* névvel szoktunk megjelölni, legalább is részben ilyen esetek lehetnek, miből a klinikusoknak azon következtetést kell levonnia, hogy hasonló esetekben egyrészt a lumbal punctió folyadék bakteriologiai vizsgálatára, másrészt a biologiai vizsgálatra, tehát állatoltásra nagyobb súlyt helyezzenek, mint azt eddig tették.

Mindezek után kérdés, hogy mindazon fenti esetekben, a melyekben a gyógyulás lehetősége fennáll, az emberi tudás, illetőleg orvosi művészet a kedvező lefolyás, tehát gyógyulás bekövetkeztét előmozdíthatja, illetőleg kioroszkothatja-e? Mindazon gyógyulások közül, a melyek gümös agyhártyalob eseteiben gyakoroltattak és gyakoroltának, eltekintve a hyperaemia-kezeléstől (*Bier*-féle pólyázás), az operatív beavatkozások azok, a melyek az eddig leírt esetek gyógyulásához hozzájárulhattak. Így a *Graves* és *Taylor*, továbbá az

Ord és *Waterhouse*, továbbá *Robson* által leírt gyógyult esetek, melyekben a koponyaboltozat trepanatiója végeztetett a subarachnoidealis ürnek állandó drainezésével, bár eseteiknek gümös természete beigazolva nem lett, arra látszanak utalni, hogy alkalmas esetekben ezen eljárás egyengetheti az utat a javuláshoz, illetőleg gyógyuláshoz. A trepanation kívül azonban nézetem szerint a *Quinke*-féle punctio az, a mely rendszeresen gyakorolva eredményt nyújthat oly esetekben, a melyekben a pathologiai változások az agyhártyákon a gyógyulást megengedik. Természetesen magam is azon meggyőződésben élek, hogy a literatura mindazon eseteiben, a melyekben a systemás lumbal punctio gyakorlása mellett a gyógyulás beállt, ennek bekövetkeztét nem kizárólag a *Quinke*-eljárásnak kell tulajdonítanunk, mert ez csak egyik gyógyfactor, míg a másik talán fontosabb factor ezen esetekben magának a szervezetnek sikeres védekezése a bekövetkezett tuberculosus fertőzéssel szemben, úgy hogy ha egy-egy esetünk gyógyul, annak bekövetkeztét talán jórészt a természet gyógyerejének kell betudnunk.

Közlemény a szent István-kórház III. sebészeti osztályáról.

A postoperatív parotitis kezeléséhez.

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

A parotitisnek, ennek a főleg hasmetszések után beálló kellemetlen és veszedelmes postoperatív complicatióknak az oka legtöbbször nyilván a szájból kiinduló és a ductus Stenonianuson felterjedő infectio és csak kivételes esetekben lehet a megbetegedést mint a vérpályán létrejött metastasist felfogni.

Az ascendáló oralis infectio létrejöttében, mint azt már *Wagner* kiemelte, lényeges szerepet játszik a hiányos nyál-elválasztás. Az elválasztott nyál ugyanis kimossa a kivezető csövekbe jutott bacteriumokat s azoknak elszaporodását és a mirigyszövet mélyébe való jutását meggátolja. Ugy a műtét folyamán, mint a műtét után sokféle tényező juthat érvényre, mely a nyál-elválasztásra gátlólag hat. Ezek közül legfontosabbnak látszik a szájon át való táplálkozás megszűnése vagy csökkenése, a mely hogy előző műtét nélkül is tud parotitist előidézni, azt a szigorú ulcuskúrák kapcsán észlelt parotitis-esetek bizonyítják. *Rolleston* és *Oliver*¹ szerint, a kik 1000 ulcuskúráról számolnak be, kizárólag rectalis táplálás esetében 4.5%-ban támadt parotitis, míg ha a szájon át valamit adtak, ha csak vizet is, a parotitisek csak 0.4%-ban jelentkeztek. Tehát a szájon át való táplálkozás teljes megvonása mellett 11-szer oly gyakori a parotitis, mint ha a szájon át való folyadékfelvétel meg van engedve. A postoperatív parotitisre nézve legújabbban *Valentin*² összefoglaló referatuma és *Herzen*³ hangsúlyozza, hogy a hiányzó vagy hiányos oralis táplálkozás egyik jelentős tényezője a parotitis keletkezésének.

A magam tapasztalatából is tudok felhozni egy esetet, mely az oralis táplálkozás megszüntetésének nagy jelentőségét a parotitis kóroktanában igen szembevetően mutatja. Egy igen nagy, a pankreasba áttörő callosus gyomorfekélyt metasztettem ki. A beteg — fiatal nő — már kezdte magát összeszedni a súlyos beavatkozás után, midőn 3 héttel a műtét után profus gyomorvérzés állott be; e miatt megszüntettük a per os való táplálást, s ezután jelentkezett a parotitis, mely elgenyedt és bemetszést tett szükségessé, mely után a beteg szépen meggyógyult.

Az a hosszú idő, mely a műtétől a parotitis kezdetéig eltelt, kizárja azt, hogy magának a műtétnek mint olyannak befolyása lett volna a parotitis keletkezésére s így a táplálék-megvonást és a nyál-elválasztásnak ezzel kapcsolatos csökkentését kellett a bántalom okának tekintenünk.

S ezen megfontolás vezetett azután arra az ideára, nem lehetne-e a kezdődő parotitist bőséges nyál-elválasztás megindítása által meggyógyítani.

¹ British med. Journ., 1909, I., 1296.

² Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 446. lap.

³ Ref. Zentralblatt für die ges. Chirurgie und Grenzgeb., 1913, II. kötet, 166. lap.

⁶ Arch. f. klin. Chir., 32. köt.

⁷ *Bruns, Cramer, Ziehen*: Handb. d. Nervenkrankh. im Kindesalter. Berlin, 1912.

Prophylaxisis szempontból *Fenwick* már néhány év előtt ajánlotta azt, hogy rectalisán táplált betegek időnként tormát vagy nyers húsdarabokat rágnak, vagy gummiszopókat vegyenek a szájukba⁴ és csakugyan 300 így kezelt gyomor-ulcusos betegek közül egy sem kapott a 10 napig—7 hétig tartó rectalis táplálás daczára parotitist, míg azelőtt sok ilyen complicatiót észlelt. A már kifejtett parotitis ellen hasonló, a mennyire az irodalmat át birtam tekinteni, nem ajánlottak. Már pedig bizonyos, hogy a mirigy kivezető csöveinek a mirigyben secernált váladékkal való kimosása a leghygiénásabb és legenyhébb módja annak, hogy a mirigyet kóros tartalmától megszabadítsuk és mindenestre enyhébbnek látszik, mint a mirigy massage-a, a mit e complicatio ellen a francia sebészek, mint azt *Valentin* összefoglaló szemléjéből látjuk, elég jó sikerrel alkalmaztak.

Tudjuk a physiologiából, hogy tiszta víz, hó nem indítja meg a nyálkaelválasztást, ellenben édes, savanyú, keserű, sós és csipős anyagok megindítják. Legfőképpen pedig a száraz ételek és különösen olyanok, melyeket rágni kell, vezetnek bő nyálkaelválasztásra, míg üres szájjal való rágásra, gummirágásra a nyálkaelválasztás csak csekély (*Zebrowski*⁴).

A legerősebb physiologiás nyálkaelválasztó ingernek s egyzersmind a leghasználhatóbbnak, mert a szomjúságérzés fokozásával s egyéb kellemetlenségekkel nem jár, a kenyérrágás látszott és ezért ezt választottuk.

Már az előbb említett esetben megpróbálkoztunk vele, azonban csak akkor, midőn a parotitis már pár napos volt s így az abortiv therapia már kevés sikerrel kecsegtetett. A parotitis csakugyan nem fejlődött vissza, hanem genyvedés állott be és bemetszést tett szükségessé; legfőjebb talán abban a tényben mutatkozott a kenyérrágás haszna, hogy a másik parotis, a mely gyakran betegszik meg másodlagosan, ez esetben ép maradt.

Azóta volt alkalmam osztályomon még egy parotitist észlelni, még pedig choledochotomia után. Itt rögtön, a mint a parotis megdagadt, megkezdtuk a kenyérrágatást. A betegnek bőven adtunk kenyeret azon utasítással, hogy azt jól rágiya meg és azután köpje ki, e mellett gyakran öblítettük a száját és borogatásokat tettünk a parotisra. A parotis igen kifejezett duzzanata már másnap apadt valamit és további 2 nap alatt teljesen elmúlt s a beteg teljesen láztalanává vált.

A parotitisnek ez a gyors és prompt visszafejlődése annál élénkebb benyomást tett rám, mert eddigi praxisomból alig emlékszem postoperativ parotitisre, a melyet ne kellett volna megnyitni. Természetes, hogy egyetlen esetből nem szabad azt a reményt merítenünk, hogy ezután már mindig sikerülni fog meggátolni ezen eljárással a parotitis tovaterjedését, de annyit mindenestre mond ez az egy eset is, hogy e theoretice plausibilis, igen egyszerű és semmi veszélyt vagy kellemetlenséget magában nem rejtő eljárást érdemes kipróbálni s mivel az egyes egyén tapasztalatában a postoperativ parotitis elég ritka — egy-kettőt ha lát évente az ember —, kérem kartársaimat, hogy próbálják ki ők is. Megjegyzem azonban, hogy csak egészen kezdődő esetekben várnék az eljárástól sikert, előbbrehaladott esetekben legfeljebb a másik parotis megbetegedését lehetne ily módon megelőzni. Mivel azonban súlyos operált betegekről van szó, a kik szorgos és állandó felügyelet alatt állanak, azt hiszem, semmi nehézségbe sem fog ütközni, hogy ezen therapiát már a parotitis legkezdetibb stadiumában megkíséreljük.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem orr- és gégegyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Ónodi A. dr., egyet. tanár.)

Tapasztalataim a Réthi Aurél-féle tonsilla-expressorral végzett tonsillektomiákról.

Irta: Lengyel Árpád dr.

A tonsilla alaki és helyzeti viszonyait figyelembe véve, nem lehet törvényszerűen egy bizonyos eljárást követni annak

eltávolításakor. Adott esetben megfelel céljának a régi *Mathieu-Fahnenstock*-féle tonsillotom oly tonsillák eltávolítására, a melyek a szájpadívek közül jól kiemelkednek s a melyek azokkal össze nem nőttek. Nagyon egyszerű a műtét módja és mégis tökéletes az eredmény.

A haladottabb sebészeti technika sok új eljárást hozott divatba részben a mandula teljes, részben annak részleges kiirtására. Hagyjuk most figyelmen kívül azt a kérdést, hogy vajjon helyes-e vagy nem a mandulák teljes kiirtása és ne foglalkozzunk azon még mindig vitás problémával, hogy mi a mandulák tulajdonképpen rendeltetése, mert az természetes, hogy a ki a manduláknak fontos rendeltetést tulajdonít, az perhorreszkálja a totalis exstirpációt; az exstirpált mandula sem szünteti meg az infectio veszélyét, mert a Waldeyer-nyirokgyűrű még kapuja lehet a fertőzésnek.

Jelen közleményemmel az a célom, hogy referáljak azon kedvező eredményekről, melyeket elértem a *Réthi* műszerével a leírása szerint végzett tonsillektomia eseteiben. Meg kell jegyezmem, hogy az eljárás részben módosult a *Monatsschrift für Ohrenheilkunde* 1912. évfolyamának V. füzetében leírt eredeti közleményhez képest. Hogy megvilágítsam *Réthi* methodusának előnyeit, szükséges, hogy áttekintsük nagyjában az eddig követett eljárásokat, melyeknek legtöbbjét kipróbáltuk az egyetemi gégeklinikán, a hol rendszerint az a követett eljárásunk, hogy a minden oldalról szabad és kiálló mandulákat a régi tonsillotommal távolítjuk el, míg az apró, de gyakori gyuladásokon átment, valamint a laposan elterülő, mélyen ülő, továbbá a szájpadívekkel összenőtt tonsillákat az eset mineműségéhez képest az új eljárások valamelyike szerint irtjuk ki.

Winkler volt az, a ki először ajánlotta az ily mandulákat kihámozással, vagy mint ő nevezte, „evulsió“-val eltávolítani. Az ő eljárása abból áll, hogy egy karcsú elevatoriummal tompán leválasztja lehetőleg mélyen a szájpadíveket, mialatt a mandulát erős fogóba fogva csavargatja, az elevatorium védelmére bízva a többi lágyszövet. Ez az eljárás gyermekeken vagy félős patienteken úgyszólván kivihetetlen mély narcosis nélkül. Ez a módszer erősen heges összenövések esetén meglehetősen hosszadalmas, szakadékony tonsillaszövet esetén pedig nem alkalmazható, ezenkívül hosszabb a gyógytartama, mint a többi műtété. E miatt ezt a methodust nem használjuk, már csak azért sem, mivel narcosist — kivéve rakoncátlan gyermekeken nagy ritkán a gyors aetherbódítást — tonsillakivételkor egyáltalán nem használunk.

Oly esetekben, a melyekben a tonsillák egyes részei vannak csak szigetenként megnagyobbodva, vagy pedig ha tonsillotomia után részletek maradnak vissza, a melyek újabb és újabb loboknak az okozói, lehet ajánlani a *Hartmann*-vagy *Ruault*-féle eszközökkel végzendő morcellement vagy eldarabolás műtétét, a mely tulajdonképpen az említett esetekben nem megy eldarabolás számba, mert itt oly részek maradtak vissza, a melyek az említett műszerekbe beilleszthetők és könnyen kivethetők. Teljes mandulakiirtás ezen eldarabolási módon nem felel meg a modern sebészeti felfogásnak, mert minek azt darabonként kiszedni, a mit egészében tökéletesen vehetünk ki. A morcellement hívei tulajdonképpen nem is akarnak totalis exstirpációt, hanem — a pajzsmirigy kiirtásához hasonlóan — az a céljuk, hogy apró részletek visszamaradjanak, nehogy a tonsilla feltételezett belső secretiójának hiánya correlatiós zavarokat okozzon. E félelem ugyan alapelkülőnek látszik, mert ezideig még semmiféle kiesési tünetet sem tapasztaltak a totalis exstirpacio után.

Gyakoroljuk néha a tonsilláknak minden előzetes beavatkozás nélkül hideg kacsával való lefűzését ott, a hol a a mandulák kocsányos polypszerűen nyúlnak ki a fészükéből.

A *Pyncheon* ajánlotta galvanocautikás kacs használata meglehetősen háttérbe szorul a nagy localis reactio miatt, a melyet kivált.

Casselberry a szájpadívek leválasztása után az elülső szájpadívtől hátrafelé haladva, késsel metszi ki a mandulákat, míg *West* ugyanezt teszi, de a hátulsó garatív felől vezeti a metszést azon indoklással, hogy az elülső részt mindig módunkban van látni, ha a hátulsót bemetszettük, míg ha elül

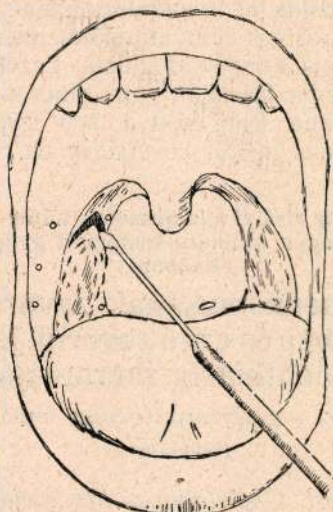
⁴ British med. Journ., 1909, p. 1297.

⁴ Cit. *Tigerstedt*: Lehrbuch der Physiologie, 1911, IV., p. 141.

kezdjük a bemetszést, sokszor nem tudunk a vérzéstől biztonságosan tovahaladni és könnyen levághatjuk magukat a hátsó garatíveket is.

Mindezen műtétek alkalmával szükségünk van tonsillafogóra, a mely gyakran kiszakad, ha szakadékony szövetet fog; ezt elkerülendő, *Erbrich* erős fonállal átfűzi a mandulát s annak segélyével előhúzza vágja ki.

Goodale kést, ollót és kacsot használ. Hasonlóképp *Blegvad* is a mandulát éles úton a felső polustól kezdve majd minden oldalról kiszabadítva, hideg kacsával fűzi le. A csupán késsel végzett műtétek mellett Amerikában és Németországban némelyek azon eljárást követik, hogy csak a felső polust szabadítják ki késsel, azután pedig ujjal benyúlva, tompán fejtik ki a tonsillát és erős kacsba fogva veszik ki azt.



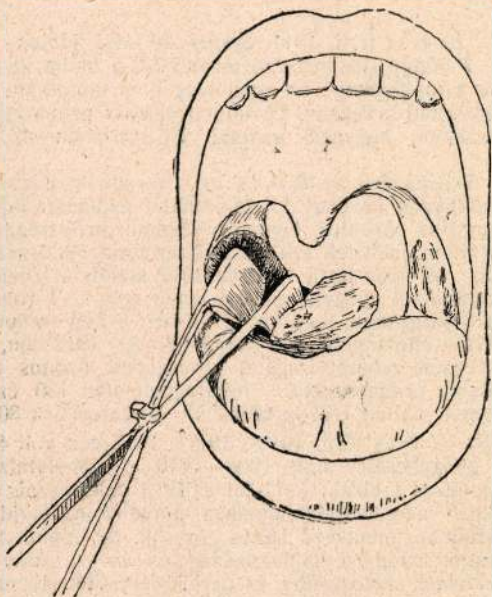
1. ábra.

Sluder a *Mackenzie-Physick*-féle tonsillotomot használja oly módon, hogy abba mintegy belemasszálja a tonsillát és a fogót a mandibula eminentia alveolarisához nyomva zárja, miáltal teljesen belekerül a mandula, azonban az elülső garatív gyakran megsérül. *Sluder* nem is igyekszik azt kimélni, mert sokszor direct eltávolítja az elülső garatív egy részét.

Robertson ollóval hámozza ki és távolítja el a tonsillát, ugyanígy *Hopmann* és *Sturmann* is. Az előbbi ollót konstruált, melynek hajlott végein az oldalak is ki vannak élcsíve és ez szolgál egyszerre kés és olló gyanánt.

Wagener az előhúzott tonsillát régebben éles kanállal, az utóbbi időben pedig vágó curette-tel távolítja el.

Killian nem ritkán alkalmazza gyermekeken a lógó fej-



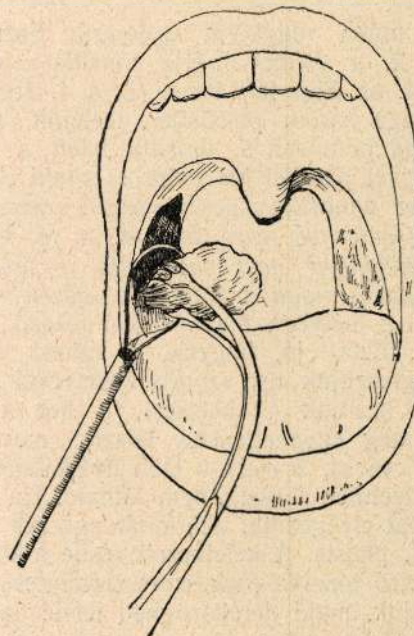
2. ábra.

jel való műtetet (in der Schwebe). A függesztőkampón levő egyszerű nyelvpapoczon lóg ilyenkor a fej. A műtetet az orron át vezetett Nélaton-katheter útján chloroformnarcosisban végzi s a mandulákat tompán fejtí ki.

A pusztán ujjal való kihámozásnak is vannak hívei, azonban ez az eljárás egyáltalán nem sebészi és nemcsak könnyen inficiálhatja magát az orvos — mint a hogy az már meg is történt —, hanem kellő desinfectio hiányában a seb is súlyos fertőzésnek lehet kitéve.

A fentebbiekből látható, hogy a tulajdonképpeni tonsillektomia-esetekben éles eszközökkel választjuk ki a különféle csipőkbe fogott tonsillákat és ki egyenes, ki ívben hajlott, ki pedig szögben hajlott késsel vágja ki a tonsillát fészékéből, mások pedig ollóval dolgoznak. Természetes tehát, hogy a beteg legkisebb mozdulata, az eszköznek helyéből való kicsúszása vagy a kifejtéshez szükséges erőfeszítés közben ezen éles eszközökkel a szájpadivek sérítése és a mandulák fészékének roncsolása gyakori lesz annak dacára, hogy az előbbi védelmére már külön eszközöket is szerkesztettek. Pedig a szájpadivek sérülése egyáltalán nem közömbös, mert, ha az utóvérzéseket nézzük, azt látjuk, hogy a súlyos utóvérzések legnagyobb részét a szájpadivek sérülése okozta. Eltekintve egyéb előnyeitől, már az a körülmény, hogy ez *Réthy* eszközével nem történhetik, hasznossá teszi az ő eljárását, a melyet számos ízben sikerrel volt alkalmam kipróbálni.

A *Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Rhinologie* 1912. évi V. számában megjelent első közleményében még ő is a szájpadivek előzetesen külön eszközzel választja le, azonban később meggyőződött róla, hogy ez teljesen felesleges, mert eszköze, melyet leghelyesebben tonsilla-expressornak vélek elnevezni, ezt a szolgálatot is elvégzi.

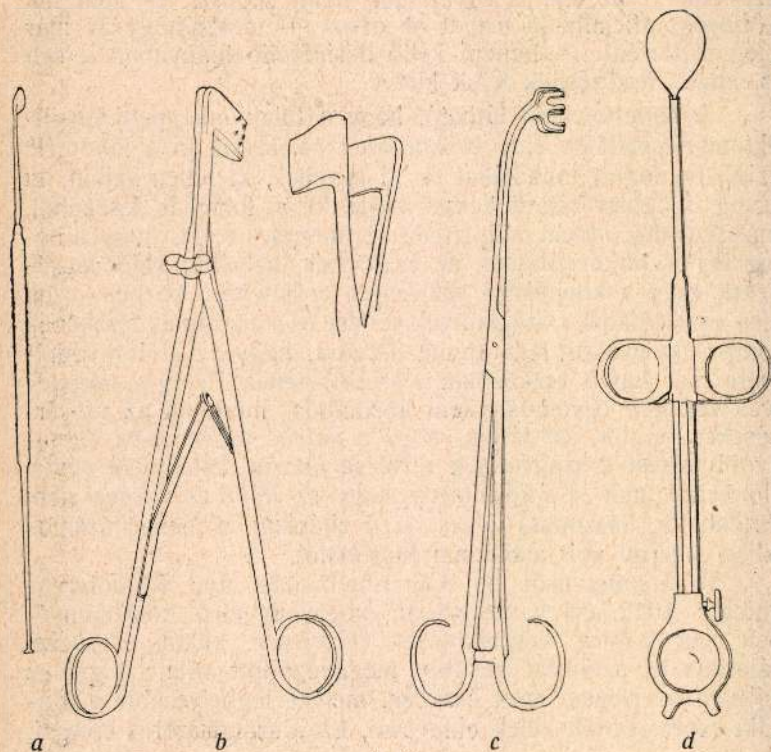


3. ábra.

Az eljárás egyéb előnyei: 1. gyorsasága; türelmetlen betegen a hosszadalmasság kockáztatja a műtet sikerét. 2. A tonsilla enucleatiojakor a mandulafogó nem szükséges, miáltal szabaddabb a látóterünk s a mandula szakadékonysága esetén sok bosszúságtól megóv. 3. A vérzés lehetősége a minimumra van redukálva. Eddigi eseteimben vérzést nem kaptam. A vérzés oka az esetek legnagyobb számában a szövetek s különösen a szájpadivek sérülése. Minthogy itt az eszközzel tulajdonképpen a tonsilla mögötti kötőszövetben haladunk, érdős szövetben sérülést nem okozunk s a seb alapja, határai teljesen simák, természetes tehát, hogy a vérzés lehetősége nagyon csökkent. 4. Előnye továbbá az, hogy steril eszközzel tompán és tökéletesen hámozza ki a tonsillákat.

Fontos a jó anaesthesia, melyet 1%-os novocain-oldatnak a befecskendezésével érünk el oly módon, hogy az elülső

szájpádív három pontján fecskendezünk be, továbbá a hátulso szájpádívén felül és alul (l. az 1. ábrát), úgy hogy mintegy infiltrációs gyűrűvel veszszük körül a mandulát, a melybe magába sohasem fecskendezünk bele. 8—10 perczig várva, a befecskendezés után majdnem tökéletes az érzéstelenség.



4. ábra.

Maga a műtét rendkívül egyszerű. Eszközök: 1. a Freer-féle kés, 2. a Réthi A.-féle tonsilla-expressor, 3. a mandulafogó, 4. az Eves-féle kacs. (L. a 4. ábrát: a), b), c), d). A műtét maga három phasisban történik, melyek közül az első az, hogy pontosan a tonsilla felett a fossa supratonsillaris széleivel parallel kis előre és rövid hátrafelé irányuló metszéssel a tonsilla csúcsát teszszük szabaddá (1. ábra). Ez a műtét legfontosabb része, mert az a fő, hogy a tonsilla fölé jussunk, különben nem juthatunk a tonsilla mögötti kötőszövetbe, hanem magába a tonsilla szövetébe. A mandula csúcsa ugyanis a mélyben magasabban fekszik, mint mi azt kívülről látjuk. Ezért jó, hogyha a látható mandulacsúcs felett kissé megfeszítjük egy szonda segélyével a nyálkahártyát és a felett kezdjük a metszést, a hol a megfeszített nyálkahártyán még egyenetlenség látszik, mert ott van a mandula igazi csúcsa, a mely a laza nyálkahártyán át, mint-hogy kissé mélyebben fekszik, nem látható. Ha e lefelé hajló V-alakú metszést elvégeztük, akkor tátongó rés támad. Most következik a II. phasis. A keletkezett résbe a középvonal felé eső horoggal bíró tonsilla-expressort vízszintesen beillesztjük és kifelé nyomjuk, majd derékszögben lefelé hajtva a tonsilla mögé kerülünk vele, mikor is az eszköz fej-végét erősen lenyomjuk. Most zárva az eszközt, minek következtében annak fej-vége szétnyílik, a horgok belekapaszkodnak a tonsillamögötti kötőszövetbe úgy, hogy a műszer laterális fej-vége védi az oldalsó garatfalat, a másik része pedig nyomja a kötőszövetet a mandulával együtt a középvonal felé, miáltal a mandulát helyéből kinyomja s ez a nyomás egyúttal a szájpádívról azt le is választja. Ilyenkor a műszer feje a mandula, az oldalsó garatfal, az elülső és hátulso szájpádívek összenövései között mintegy kosárban ül (2. ábra). Á nélkül, hogy az eszközt kivennők, annak többszöri lefelé nyomásával és zárásával a mandula fészkből egészen kinyomatik és mintegy polypuskacsba foglalható; ez az erős kacsba foglálás és lefűzés a műtét III. phasisa, a midőn a Museux-szerű fogóba fogott, egész tokostul kiemelt tonsillára a fogón át vezetett kacsot illesztjük s azt erős nyomással lefűzzük (3. ábra). Legalkalmasabb a lefűzésre az Eves-féle kacs, a mely a mellett, hogy könnyű és ügyes fogású, még elég erős

is. A kacs felvezetésekor jól ki kell húzni a mandulát s csak akkor lefűzni, nehogy valami csönk maradjon vissza. Bátran és erősen húzhatjuk a mandulát, mert most nem fog kiszakadni a fogó, mivel az a mandulát takaró elég erős fasciába kapaszkodik.

Tagadhatatlan, hogy a többi eljárással is teljesen ki-elégítő eredményt lehet elérni, azonban ezen műteti eljárás kellő begyakorlás után leggyorsabb, legveszélytelenebb és mondhatni legtökéletesebb.

A mandula nagysága nem befolyásolja a műtét sikerét, hacsak a felső polus feletti metszést jól végeztük. A tonsilla szakadékonysága teljesen irrelevans, mert hiszen nem a mandulaszövetben dolgozunk, hanem mögötte s a műszer szinte automatásan tolja ki a mandulát a fészkből. A kapott seb alapja sima, sohasem czafatos, mert hiszen a fasciát nem egyenetlenül választjuk le rasparatoriummal, elevatoriummal, hanem néhány szabályos műszerműködtetéssel, a mely sohasem szakít és mégis tompán dolgozik. Ezzel érhető el, hogy az eltávolított tonsilla fasciáján soha sincsen izom, vagyis a sebalap teljesen sima. Épp ezért a seb gyógyulása simán, gyorsan és eltorzulás nélkül következik be.

Közlemény a magyar királyi államvasutak külön betegpénztárának gyomor- és bélbetegek számára fentartott gyógytelepéről Karlsbadban.

A gyomor chemismusának zavarairól cholelithiasis eseteiben és ezen zavarok jelentőségéről a cholelithiasis therapiájában.

Irta: Áldor Lajos dr., a gyógytelep főorvosa, fürdőorvos Karlsbadban. (Folytatás.)

II. csoport. Cholelithiasis hyperaciditással.

1. Sz. J., 56 éves férfi, intézetünkben kezeltetett 1910 június 20.-ától július 17.-éig. Chronikusan recidiváló cholecystitis. Üres gyomorból 60 cm³, sok, az edény fenekére ülepedő nyálkával kevert, ételrészleteket nem tartalmazó, vízszerű gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma = 67, összaciditása 74; próbareggeli után 70 cm³ gyomortartalom nyerhető, melynek szabad HCl-tartalma = 48, összaciditása 76.

2. B. Zs., 48 éves férfi, 1908-tól 1913-ig 4 ízben volt minden egyes alkalommal 4—4 héti intézetünkben észlelés alatt. 1904 óta gyakran ismétlődő görcsös fájdalmak a gyomor és a máj tájékán; egy ilyen rohamot 1908-ban 4 hónapig tartó icterus kísért; az epehólyag nem tapintható, de tájéka nyomásra fájdalmas; a májszélek két ujjnyival a bordaív alatt tapinthatók. Gyomorzvizsgálat: próbareggeli után 70 cm³, sok nyálkát tartalmazó gyomortartalom, szabad HCl = 54, összaciditása 62.

3. F. M., 30 éves férfi, 1/2 év óta gyakran recidiváló görcsök a gyomorgögdörben és a májtájékon; az epehólyag nem tapintható ki, de tájéka nyomásra fájdalmas; intézetünkben volt kezelése 1911 augusztus 22.-étől szeptember 28.-áig. Gyomorzvizsgálat: próbareggeli után 30 cm³, jól emésztett gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma 48, összaciditása 60.

4. R. S., 29 éves férfi, 1911 április 20.-ától június 15.-éig volt intézetünkben. 7 hónap óta gyakran ismétlődő, a háta kisugárzó görcsös fájdalmak a májtájékon; az epehólyag nem tapintható, de tájéka nyomásra kifejezetten érzékeny. Gyomorzvizsgálat: próbareggeli után 80 cm³ gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma 42, összaciditása 60.

5. F. J., 55 éves férfi, az 1909. és 1911. év között 3 ízben volt 4—4 héten át intézetünkben kezelve. Jól tapintható, nyomásra fájdalmas epehólyag. Cholecystitis chronica. Gyomorzvizsgálat: próbareggeli után 30 cm³ gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma 52, összaciditása 62.

6. M. Gy., 59 éves férfi, 1909 és 1912 között 4 ízben volt 5—6 héten át intézetünkben gyógykezelve. 4 ízben volt 1—1 roham kapcsán 6—8 héti tartó sárgasága, legutóbb 1912-ben 6 heti tartammal. Chronikusan recidiváló cholangitis, choledochitis. Az 1912-ben, az icterus tartama alatt végzett gyomorzvizsgálat lényegében azonos a korábban végzett vizsgálatok eredményével. Probareggeli után 130 cm³ gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma 73, összaciditása 80.

7. Sz. N., 37 éves férfi, 1910-, 1911-, 1912-ben volt 4—4 héten át intézetünkben gyógykezelés alatt. 1908—1910-ig szabálytalan időközökben jelentkező heves kólikák, 1911-től az 1912. év tavaszáig csak szörvényszerűen jelentkező mérsékelt fájdalmak a májtájékon, majd 1912 februárjától gyakrabban jelentkező heves görcsök. Az epehólyagnak megfelelőleg kifejezett nyomási fájdalmasság és határozatlan resistencia. Chronikus recidiváló cholecystitis, és pericholecystitis. Gyomorzvizsgálat: próbareggeli után 40 cm³ gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma 45, összaciditása 60.

8. J. L., 52 éves férfi, 1909-ben és 1912-ben volt intézetünkben 4–4 héten át. 1908-tól ismétlődő heves májtáji fájdalmak. Egy alkalommal, 1908 decemberében kólika kapcsán két borsómeckoraszágú concrementum távozott a bélsárral. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 60 cm³ gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma = 56, összaciditása 70.

9. F. S., 40 éves férfi, 1912 június közepétől július közepéig volt intézetünkben. 7 év óta szabálytalanul jelentkező gyomorgörccsök. Az epehólyag tájéka nyomásra nagyon érzékeny. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 50 cm³ gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma = 50, összaciditása 80.

10. M. G., 41 éves férfi, 1910–1913-ig 3 ízben volt gyógytelepünkön 4–5 héten át kezelés alatt 1907 óta szabálytalanul ismétlődő gyomor- és májtáji fájdalmak miatt. Az epehólyagtájék nyomásra érzékeny és resistens. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 50 cm³ erősen nyálkás gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma = 74, összaciditása 98.

11. L. S.-né, 36 éves asszony, 1910–1913-ig 4 ízben volt 4–6 héten át kezelésünk alatt az intézetben. Chronikus cholecystitis, nyomásra érzékeny epehólyaggal. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 50 cm³, sok gastrogen nyálkát tartalmazó gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma = 34, összaciditása 70.

12. M. J.-né, 39 éves asszony, 1909–1913-ig 5 ízben volt intézetünkben kezelve 4–4 héten át; az 1906. év óta jelentkeznek nála, szabálytalan időközökben, heves epekölikák. Az epehólyag tájékán homályos resistencia, mely nyomásra fájdalmas. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 150 cm³ gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma = 65, összaciditása 88.

13. S. S., 34 éves férfi, 1913 szeptember 1.-étől szeptember 30.-áig volt intézetünkben kezelve. 1912 novemberében jelentkeztek először gyomorfájdalmak, melyek folytonosan erősödtek és ez év tavaszán már görcsös jelleget vettek fel, az utóbbi hetekben pedig majdnem naponta jelentkeznek és 3–4 óráig tartanak. A májszék a bordaívet 2 ujjnyival haladják meg, nyomásra érzékenyek. Az epehólyag tájéka nyomásra fájdalmas és resistensebb. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 60 cm³ gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma = 52, összaciditása 64. 1913 szeptember 11.-én közvetlenül egy típusosan lefolyó súlyos roham kapcsán megejtett gyomorvizsgálat eredménye: próbareggeli után 70 cm³ gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma = 56, összaciditása 68.

14. D. J. 42 éves férfi, 1910-, 1912- és 1913-ban volt intézetünkben 4–4 héten át gyógykezelve. 1906 óta időszakonként jelentkeznek görcsös fájdalmak a gyomor- és a májtájékon. 1910-től 1912-ig tünetmentes, 1912 januárjától ismét a régi görcsök. Az 1912.-i észlelés tartama alatt az intézetben is volt egy rohama, mely alatt a nyomásra fájdalmas epehólyag jól kitapintható. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 70 cm³, erősen nyálkás gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma = 53, összaciditása 59. Az 1913-ban ismét megejtett gyomorvizsgálat alkalmával 50 cm³ erősen nyálkás gyomortartalmat kaptunk, melynek szabad HCl-tartalma 40, összaciditása 55.

15. Sch. J., 34 éves férfi, 1911-ben és 1912-ben volt az intézetben 5 héten át gyógykezelés alatt; gyermekkor óta gyöngye gyomrá, 1908-ban éjjel heves görcsöt kapott, melyet 8 napon át tartó icterus kísért; görcsei azóta, de sárgaság nélkül, gyakran jelentkeztek szabálytalan időközökben. Állandó keserű szájíz. Az epehólyag tájékának megfelelően kifejezett nyomási fájdalmasság, az epehólyag azonban nem tapintható ki. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 90 cm³, sok nyálkát tartalmazó gyomortartalom, szabad HCl = 68, összaciditása 73.

16. H. J.-né, 32 éves asszony, 1912-ben és 1913-ban volt 4–4 héten át intézetünkben gyógykezelve, 2 év óta gyakori görcsök a májtájékon, melyeket időnként hőemelkedés is kísért. Az epehólyag tájéka nyomásra nagyon fájdalmas és resistensebb, a májszék két ujjnyival haladják meg a bordaívet, nyomásra érzékenyek. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 60 cm³ gyomortartalom, szabad HCl = 44, összaciditása 57.

1913 szeptember 4.-én a beteg intézetünkben is kap erős fájdalommal járó rohamot, melynek tartama alatt a gyomorvizsgálatot megismételtük. Próbareggeli után 50 cm³ gyomortartalom volt nyerhető, melynek szabad HCl-tartalma = 18, összaciditása 24.

17. K. N. 56 éves férfi, 1913-ban 4 héten át kezeltem, 1 év óta gyakori fájdalmak vannak a gyomorban és a májtájékon, ugyanezen idő óta makacs székrekedés. Pár hét előtt fájdalmak kapcsán icterus jelentkezett, melynek nyomai jelentkezésekor is megvannak. Vizeletében epefesték nyomokban kimutatható (Rosin). Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 50 cm³ gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma 86, összaciditása 97.

18. V. J. 49 éves férfit 1913 június közepétől augusztus elejéig kezeltem. Mult év januárjában gyomorrontás után kapott először fájdalmakat, folyó évi májusában igen erős lázzal járó nagy fájdalmak, melyeket 3 hétig tartó sárgaság kísért. 3 nap előtt ismét hasonló görcsök, melyeket ugyancsak icterus kísért. Az észlelés tartama alatt az icterus állandóan fennáll, míg július 23.-án mérsékelt fájdalmak után a bélsárban egy borsónagyságú cholesterolin-pigment-mészából álló concrementum volt található. A július 12.-én végzett gyomorvizsgálat alkalmával (icterus mellett) próbareggeli után 60 cm³ gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma 57, összaciditása = 87.

19. P. H., 37 éves férfi, 1912-ben és 1913-ban kezeltem 4–6 héten át. 1894-ben feregnyújtványát távolították el, azóta 1912-ig gyakran jelentkező heves görcsös jellegű májtáji fájdalmak; 1912 óta görcsök nem jelentkeztek, de az epehólyag tája nyomásra még mindig kifejezetten érzékeny. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 70 cm³ gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma = 44, összaciditása 60.

20. L. M.-né 26 éves asszonyt 1913 augusztus elejétől szeptember elejéig észleltem. 2 év előtt appendix-műtét. A mult évben, terhességének V. hónapjában májtáji fájdalmak, melyek néhány ízben a terhesség tartama alatt ismétlődtek. Egy negyed évvel a szülés után ismét májtáji görcsök jelentkeznek, melyek gyakran ismétlődnek és az utóbbi időben szinte naponta jelentkeznek. Az epehólyag tájéka resistens, nyomásra fájdalmas. Jobboldalt ren migrans. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 46 cm³, kevés nyálkával bensőleg kevert gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma = 38, összaciditása 61.

21. K. S., 43 éves férfit 1911-ben és 1912-ben észleltem 4 héten át. 1910 augusztusában néhány órán át tartó heves májtáji görcsök jelentkeztek, melyeket egy hétig tartó icterus kísért. Az epehólyag nem tapintható, de tájéka kifejezetten érzékeny. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 30 cm³, kevés nyálkát tartalmazó gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma 41, összaciditása 54.

22. U. D., 44 éves asszonyt 6 év óta észlelem. Chronikusan recidiváló cholecystitis. Két ízben icterus. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 60 cm³ gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma = 34, összaciditása 58.

23. K. M., 47 éves férfit 1912 augusztus elejétől szeptember közepéig észleltem. 1 hónap előtt heves gyomor- és májtáji fájdalmak voltak mérsékelt hőemelkedéssel. Azóta hasonló görcsei nem voltak, de mérsékelt fájdalmak a gyomorgödörben és a májtájékon gyakran jelentkeznek. Az epehólyag nem tapintható, de tájéka resistens és nyomásra érzékeny. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 100 cm³, kevés nyálkával kevert gyomortartalom, szabad HCl = 54, összaciditás 68.

24. G. H., 45 éves férfit 1913-ban észleltem 6 héten át. Ugyanazon év januárjában két ízben erős májtáji fájdalmak jelentkeztek rajta, melyek április óta gyakran ismétlődnek és egy ízben egy ilyen rohamot kifejezett icterus kísért. Az epehólyagnak megfelelően nyomásra fájdalmas resistencia található. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 60 cm³, nyálkát mérsékelt mennyiségben tartalmazó gyomortartalom, szabad HCl = 34, összaciditás 64.

25. R. L., 36 éves férfit 1910 augusztus elejétől szeptember közepéig észleltem. Chronikus cysticus-elzáródás, az epehólyag következményes hydróssal. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 100 cm³, mérsékelt mennyiségű nyálkát tartalmazó gyomortartalom, szabad HCl = 82, összaciditás = 94.

26. H. J.-né, 28 éves asszonyt 1911 júniustól július végéig észleltem. Mult év júniusban szülés után 2–3 nappal heves görcsök, melyek 5–6 héten át gyakran ismétlődtek. Az epehólyag kitapintható, nyomásra fájdalmas. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 60 cm³ nyálkás gyomortartalom, szabad HCl = 62, összaciditás 84.

27. G. F.-né, 47 éves asszonyt 1911 július közepétől augusztus végéig kezeltem. Félév óta ismételtelen jelentkező igen heves, a hátba kisugárzó májtáji fájdalmak. Fájdalommentes időben a has physicalis vizsgálata negatív; egy erős roham alatt, melyet alkalmam volt észlelni, a gyermekököllyre megnagyobbodott epehólyag jól kitapintható. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 56 cm³, kevés nyálkával kevert gyomortartalom, szabad HCl = 42, összaciditás 64.

28. H. F., 29 éves asszonyt 4 év óta észlelem 4–6 héten át. 1906 decemberben szülés után 4 hónappal szoptatás alatt heves fájdalmak a gyomorgödörben és a májtájékon a hátba kisugárzó jelleggel. Utána 1 hétig tartó icterus. E rohamok 1912-ig kisebb-nagyobb megszakításokkal ismétlődtek, azóta rohammentes. Az 1912-ben megejtett gyomorvizsgálat: próbareggeli után 60 cm³, kevés nyálkával kevert gyomortartalom, szabad HCl = 28, összaciditás 64.

29. F. Sz., 49 éves asszonyt 5 éven át észleltem. Az első epekölikái 19 év előtt voltak concrementumtávozással. Évek óta nincsenek görcsei, csak időnként nyomó jellegű fájdalmak a májtájékon. A kis almanagyságú epehólyag jól kitapintható, de nyomásra nem fájdalmas (hydrops v. f., cysticus-elzáródás). Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 34 cm³, kissé nyálkás gyomortartalom, szabad HCl = 62, összaciditás 78.

30. G. T., 49 éves férfi. 1912-ben kezeltem egy hónapon át. 4 év előtt egy éven át 3–4 epekölikája volt, majd két éven át tünetmentes volt, 1912 augusztusban pedig 1 héten belül 2 heves roham; a másodikat sárgaság kísérte, mely csak az észlelés negyedik hetében tűnt el. A sárgaság tartama alatt végzett gyomorvizsgálat: próbareggeli után 70 cm³, kevés nyálkával kevert gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma 40, összaciditása 56.

III. csoport. Cholelithiasis sub- és anaciditással.

1. K. L., 29 éves férfi, 1912-ben és 1913-ban 4–4 héten át kezeltük az intézetben. 1910 óta jelentkeznek rajta heves, a májtájéka lokalizált és onnan a hátba kisugárzó fájdalmak. Az epehólyagtájék nyomásra érzékeny és resistens. Az észlelés tartama alatt egy heves roham (1912 május 2), mely alatt a fájdalmas epehólyag jól volt kitapintható. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 20 cm³, erősen nyálkás gyomortartalom, szabad HCl = 17, összaciditás 30.

2. F. S., 47 éves férfit 1910-ben, 1911-ben és 1913-ban 4–6 héten át észleltük. 1902 óta rossz étvágy és szabálytalan időközökben beálló gyomor-fájdalmak. Az epehólyag tájéka nyomásra érzékeny és resistens. Az ismételt megejtett gyomorvizsgálat: próbareggeli után 70 cm³ gyomortartalom, mérsékelt mennyiségű nyálkával keverve, vegyhatása közömbös, szabad HCl = 0, összaciditás 4.

3. R. M., 37 éves férfi, 1908-ban és 1913-ban lett intézetünkben cholecystitis chronica diagnosissal kezelve. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 60 cm³, kevés nyálkával kevert gyomortartalom, vegyhatása közömbös, szabad HCl = 0, összaciditás 6.

4. B. L., 47 éves asszony, 1913 augusztusban 4 héten át kezeltük. 27 éves korában terhesség alatt jelentkeztek először heves gyomor- és májtáji fájdalmak, melyek azóta rövidebb-hosszabb időközökben ismétlődnek. Utolsó görcse i. évi áprilisban volt és ezt 8–10 napig tartó sárgaság kísérte. Az epehólyag tájéka nyomásra fájdalmas, resistens, a májszélek a bordaív alatt egy ujjnyira kitapinthatók, nyomásra érzékenyek. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 50 cm³ rosszul chimifikált, nyálka nélküli gyomortartalom, szabad HCl = 16, összaciditás = 25.

5. Sz. D., 55 éves férfit 1908-ban, 1910-ben és 1913-ban észleltük 4–4 héten át. 1901 óta étvágytalan, étkezés után gyakran émelygések állnak be, székrekedés. Ezen panaszokkal keresett fel bennünket 1908-ban, mikor a körjelzést chronikus gastritisre tettük. 1913-ban ezen tünetekhez időnként jelentkező, égető jellegű gyomor-fájdalmak csatlakoztak, és ekkor az epehólyag tájékán nyomásra kifejezett fájdalommasság volt megállapítható. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 40 cm³, sok nyálkával bőszen kevert gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma = 11, összaciditása 15.

6. K. M., 34 éves asszony 1913 júliustól augusztus végéig volt intézetünkben gyógykezelve. Folyó évi március óta vannak gyomor- és májtáji, és onnan a hasba kisugárzó görcsös fájdalmak. A máj jobb lebenye a bordaívet két ujjnyival meghaladja, kifejezett nyomási érzékenység az epehólyagtájékon. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 40 cm³, sok gastrogen nyálkát tartalmazó, gyengén savi vegyhatású gyomortartalom, szabad HCl = 0, összaciditás 8.

7. B. A.-né, 30 éves asszonyt 1913-ban kezeltük 4 héten át az intézetben; 10 év óta eleinte gyakrabban, az utóbbi években ritkábban jelentkező „epegörcsök”; az utolsó roham felvétele előtt 5 héttel volt. A rohamok kapcsán ismételt volt icterusa. A rohamok közötti időben makacs étvágytalanság, aversio a hússal szemben és székrekedés teszi a panaszait. A máj két ujjal haladja meg a bordaívet, szélei nyomásra érzékenyek, tapintható felülete valamivel resistensebb. Az epehólyag nem tapintható, de tájéka nyomásra fájdalmas (bilis cirrhosis). Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 50 cm³, nyálkás gyomortartalom, szabad HCl = 22, összaciditás 34.

8. E. K.-né, 64 éves asszonyt 1911-ben és 1913-ban kezeltük 4–4 héten át intézetünkben. 1909 óta jelentkeznek rajta rohamokban májtáji fájdalmak, melyek a hátba sugároznak ki. Gyakran van fejfájása, évek óta állandóan étvágytalan és gyakran vannak felbőfőgésai. Görcsök után ismételt talált a székletében epehomokot. A has egész jobb fele nyomásra érzékeny és a nyomási érzékenység maximuma az epehólyag tájékán van, mely tájék resistensebb, de az epehólyag nem tapintható. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 50 cm³, mérsékelt nyálkát tartalmazó gyomortartalom, szabad HCl = 5, összaciditás 10.

9. S. J., 56 éves férfi, 1913-ban lett intézetünkben 4 héten át kezelve, 1½ év óta szenved időszakonként jelentkező „epekölikákban”. 9 hónap előtt igen erős görcse volt, mely után sárgaság jelentkezett. Étvágya állandóan rossz s pár év óta székrekedésben szenved. A has physicalis vizsgálata, nem számítva az epehólyag tájékának megfelelő mérsékelt nyomási érzékenységét, negatív. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 20 cm³, gyengén savi vegyhatású, kevés nyálkával kevert gyomortartalom, melynek szabad HCl-tartalma = 0, összaciditása = 6.

10. P. S., 45 éves férfit 1913-ban kezeltük intézetünkben 4 héten át. 8 év óta egyes ételek evése után 2–3 órára erős nyomást érez a jobb bordaív alatt. 1912-ben két ízben volt mindig csak néhány napig tartó sárgasága. Erős görcsei sohasem voltak. Étvágya állandóan gyenge és napközben gyakran megtörténik, hogy a nyál összefolyik a szájában. Mérsékelt potus; székrekedésben szenved és gyakran vannak felbőfőgésai. Az epehólyag nem tapintható ki, de tájéka nyomásra nagyon fájdalmas és kissé resistens. A megvékonyodott és nyomásra kissé érzékeny májszélek két ujjnyira haladják meg a bordaívet. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 40 cm³ nyálkás gyomortartalom, szabad HCl = 10, összaciditás 20.

11. G. J., 45 éves férfit 1909-ben, 1910-ben és 1913-ban kezeltük intézetünkben. 9 év óta vannak „epekölikái” kisebb-nagyobb időközökben. 2 év óta a görcsök ritkábban jelentkeznek, de a gyomorgörcsben állandó nyomást érez és evés után 1 órával a gyomor erősen felfújt. Gyakran van savanyú felbőfőgése és fejfájása. A máj a bordaívet 4 ujjal haladja meg s szélei, valamint az epehólyag tájéka is igen érzékenyek. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 20 cm³, mérsékelt nyálkás gyomortartalom, szabad HCl = 21, összaciditás 30.

12. St. A.-né, 34 éves asszonyt 1912-ben 6 héten át kezeltük intézetünkben. 10 év előtt voltak az első „epegörcsei”, 3 év előtt újból jelentkeztek. 1912 március közepé óta majdnem naponta jelentkeznek mérsékelt görcsök, április közepén pedig egy igen erős roham volt 40° C-ig emelkedő lázzal és másnap sárgaság jelentkezett, mely felvétele alkalmával is igen intenzív. Subacut cholelithiasis. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 20 cm³, nyálkával mérsékelt kevert gyomortartalom, melynek vegyhatása gyengén savi, szabad HCl = 0, összaciditás 14.

13. T. L., 30 éves férfi, 1913-ban volt intézetünkben 4 héten át gyógykezelve. Chronikusan recidiváló cholecystitis. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 60 cm³, nyálkát mérsékelt tartalmazó gyomortartalom, szabad HCl = 28, összaciditás 35.

14. N. E., 52 éves férfi, 1910–1912-ben lett 4–4 héten át intézetünkben gyógykezelve. 1900-ban „epekölszája” volt, azután egy évig nem volt roham. 1909-ben ismét görcsei jelentkeztek a gyomor- és a májtájon, és fájdalmak a mellkasba s hátul mindkét lapoczkába sugároztak ki. E görcsök azóta igen gyakran jelentkeznek és 3–5 óra hosszúság tartanak. A görcsök kezdetén gyakran hőemelkedés áll be. Az 1910.-i intézeti kezelés után állapota annyira javult, hogy a görcsei egyre ritkábban jelentkeztek. Az 1911.-i intézeti kezelés után teljesen jól volt 1912 április végéig, a mikor is diatahíva után mérsékelt májtáji nyomó jellegű fájdalmak jelentkeztek, de görcsei többé nem voltak. Az epehólyag mély beleélezéskor kitapintható, nyomásra mérsékelt fájdalmas. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 15 cm³ gyomortartalom, vegyhatása savanyú, igen sok nyálkát tartalmaz. Szabad HCl = 0, összaciditás 35.

15. D. J., 49 éves férfit 1911-ben kezeltük az intézetben 4 héten át. 1906 óta szenved időszakonként jelentkező heves gyomor- és májtáji fájdalmakban, melyeket gyakran hőemelkedés kísér. A máj, az epehólyag nem tapintható, de az utóbbinak tájéka kifejezetten érzékeny. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 95 cm³, kismennyiségű nyálkát tartalmazó gyomortartalom, szabad HCl = 18, összaciditás 43.

16. Sz. F., 45 éves férfit 1909-től 1913-ig 3 ízben kezeltük 4–4 héten át chronikus cholecystitis miatt. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 50 cm³, kevés nyálkával kevert gyomortartalom, szabad HCl = 30; összaciditás 37.

17. S. J., 48 éves férfit 1910 óta 3 ízben észleltük gyógytelepünkön 1–1 hónapi tartammal. 1903-tól 1911-ig diffúz gyomorpanaszok. Rossz étvágy, fejfájás, székrekedés és felbőfőgés. 1910-ben a körjelzést chronikus gastritisre tettük. 1911-ben megejtett gyomorvizsgálat: próbareggeli után 90 cm³, igen sok nyálkával kevert gyomortartalom, szabad HCl = 14, összaciditás 70. 1912 és 1913 között időnként erősebb gyomor-fájdalmak társultak az előbbi tünetekhez, ekkor (1913-ban) jelentékeny nyomási érzékenység van jelen az epehólyagtájékon és határozatlan resistencia. Az ekkor megejtett gyomorvizsgálat: próbareggeli után 60 cm³, gyengén savi vegyhatású, nyálkát bőven tartalmazó gyomortartalom, szabad HCl = 9, összaciditás 16.

18. K. S., 59 éves férfit 1913-ban kezeltük intézetünkben 1 hónapon át. Chronikus, 4 év óta fennálló, recidiváló cholecystitis. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 50 cm³, kevés nyálkával kevert gyomortartalom, szabad HCl = 22, összaciditás 28.

19. Sz. F., 45 éves férfit 1909–1913-ig 3 ízben kezeltük intézetünkben 1–1 hónapig. 1909 óta szabálytalan időközökben jelentkező görcsös gyomor- és májtáji fájdalmak. Chronikus cholecystitis. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 50 cm³, kevés nyálkával kevert gyomortartalom, szabad HCl = 20, összaciditás 37.

20. B. N.-né, 47 éves asszony, 1913-ban észleltem 5 héten keresztül 8 év előtt voltak az első „epekölikái” és ugyanakkor 8 héten át tartó icterusa. 1½ év óta gyakori mérsékelt, nyomó jellegű fájdalmak a májtájon. Megnagyobbodott, jól kitapintható epehólyag (hydrops v. f., cysticus-elzáródás). Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 55 cm³, kevés nyálkával kevert gyomortartalom, szabad HCl = 6, összaciditás 24.

21. Sz. A., 32 éves férfit 1912-ben és 1913-ban kezeltük 4–4 héten át. 1911 januárjában voltak heves, sárgaság által kísért fájdalmak a gyomor- és májtájon, azóta is gyakori, de mérsékelt nyomó jellegű fájdalmak. Az epehólyag jól kitapintható, szabadon mozgatható. (Hydrops v. f.) Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 90 cm³, mérsékelt nyálkás gyomortartalom, szabad HCl = 14, összaciditás 58.

22. Sz. M.-né, 53 éves asszonyt 1913-ban 6 héten át kezeltük. 7 év óta időközönként heves epekölikák, melyek között kettőt mérsékelt icterus is kísért. A májszélek tapinthatók, az epehólyag tájéka resistens, nyomásra érzékeny. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 30 cm³, nyálkával mérsékelt kevert, alkális vegyhatású gyomortartalom, szabad HCl = 0, összaciditás 16.

23. N. W. né, 46 éves asszonyt 1912-ben és 1913-ban 5–6 héten át észleltem. 22 év előtt két ízben gyomorzérese volt, azóta ez nem ismétlődött. 3 év óta időnként heves kölikaszerű és a hátba kisugárzó májtáji fájdalmak vannak. Az epehólyag tájéka resistens, nyomásra érzékeny, a máj nem tapintható. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 30 cm³, mérsékelt nyálkás, alkális vegyhatású gyomortartalom, szabad HCl = 0, összaciditás 8.

24. W. R., 44 éves férfit 1913-ban 4 héten át észleltem. 3½ év óta, eleinte ritkábban, az utolsó fél év óta egyre gyakrabban jelentkező görcsös jellegű májtáji fájdalmak. A májszélek 2 ujjnyival a bordaív alatt tapinthatók, valamivel szívósabbak. Az epehólyag jól tapintható. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 50 cm³, kevés nyálkával kevert gyomortartalom, szabad HCl = 16, összaciditás 27.

25. V. E., 31 éves férfit 1913-ban 4 héten át észleltem. 1 év óta gyomorpanaszai vannak. Gyomornyomás, rossz szájíz, étvágytalanság, lesóványodás. Pár hét óta állandó nyomó jellegű fájdalmak, főleg éjjel. Az epehólyag tájéka nyomásra igen fájdalmas. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 28 cm³, nyálkával bőségesen kevert gyomortartalom, szabad HCl = 28, összaciditás 46.

26. S. A.-né, 57 éves asszonyt 5 év óta évente 4–6 héten át észlelem. 1913 májusában heves epekölika, melyet 2 hétig tartó

sárgaság kísért. Chronikus cholecystitis. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 70 cm³ nyálkát bőségesen tartalmazó, gyengén savi vegyhatású gyomortartalom, szabad HCl = 0, összaciditás 14.

27. B. A.-né, 34 éves asszonyt 1910-ben észleltem 1 hónapon át. 1903-ban gyermekágyban jelentkeztek rajta először heves gyomor- és májtáji fájdalmak, kisugárzó jelleggel. 1910 január óta a görcsök szinte állandósultak. Chronikus cholecystitis. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 60 cm³ sok nyálkával kevert gyomortartalom, szabad HCl = 10, összaciditás 34.

28. J. V., 45 éves férfit 1910-ben észleltem 4 héten át. 3 év óta vannak epekölikái, két ízben volt sárgasága. Chronikus cholecystitis. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 30 cm³ sok nyálkával kevert gyomortartalom, szabad HCl = 12, összaciditás 28.

29. K. F.-né, 40 éves asszonyt 1909–1910-ben 3–4 héten át észleltem. 1906-ban voltak első ízben heves májtáji fájdalmak, melyeket egy ízben sárgaság kísért. Chronikus cholecystitis. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 24 cm³ sok nyálkával kevert gyomortartalom, szabad HCl = 10, összaciditás 24.

30. E. E.-né, 57 éves asszonyt 1911-ben és 1912-ben észleltem 4–4 héten át. Chronikus cholecystitis, ismételt concrementumtávozással. Gyomorvizsgálat: próbareggeli után 75 cm³ nyálkát bőven tartalmazó, közömbös vegyhatású gyomortartalom, szabad HCl = 0, összaciditás 12.

(Vége következik.)

Elmeorvosi tapasztalatok Nagybritanniában.*

Irta: *Fabinyi Rudolf* dr., áll. elmeorvosiintézeti főorvos,
Budapest-Lipótmező.

(Vége.)

A legrégibb s talán a legérdekesebb londoni intézet a *Bethlem Royal Hospital*, vagy mint a londoniak röviden nevezik: *Bedlam*. Ez az intézet különben nemcsak Angliának, hanem egész Európának egyik legrégibb elmeorvosiintézete. Eredetileg *Fitz-Mary Simon* londoni sheriff építtette 1274-ben és zárdának szánta. 1330-ban azonban már mint hospitált emlegetik s először 1403-ban kelt okiratban olvashatni, hogy elmebetegek elhelyezésére szolgál. Azóta több ízben újra építtetett és átalakított, utoljára 1838-ban.

Az intézet egy parkban, Lambethben, London közepén fekszik s külső megjelenésében igen emlékeztet a Lipótmezőre. A 2 emeletes blokk-épületben tágas, széles folyosók futnak végig, melyek csinosan vannak nappali s ebédlőtermekké berendezve, pálmákkal, kitömött állatokkal, ásványgyűjteményekkel. Nagyobb hálótermek nincsenek, hanem a nappali szobául szolgáló folyosókból nyílnak a kis szobák, rendszerint egy ágyra. Az ápolószemélyzet panaszkodik is, milyen nehéz az önvészélyes betegekre e miatt felügyelni. Az intézetben 250 férő-hely van. A betegek részben fizetők, ezek hetenként 2 guineát (42 shilling) fizetnek, vagy teljesen ingyenesek. Az intézet a kormány által kinevezett elnök és kincstárnok (nem orvosok) fenhatósága alá tartozik. Nevezetes, hogy a 4 tagból álló rendes orvosi karon kívül az intézet még konzultáló orvosokat is tart: egy 6 tagból álló „consulting staff”-ot.

Bedlam-et s néhány kisebb magánintézetet nem számítva, London város elmebetegei a londoni grófság által fentartott elmeorvosiintézetekben nyernek elhelyezést. Ezek névszerint a következők:

Banstead Asylum, Bexley Asylum, Cane Hill Asylum, Claybury Asylum, Colne Hatch Asylum, Hanwell Asylum, Horton Asylum, Long Grove Asylum, The Manor Asylum és az *Epileptic Colony Ewell*.

Mindezek a londoni County Council felügyelete alá tartoznak. Az intézetekben összesen 20.087 elmebeteg van ápolás alatt, ezek között csak 525 fizető. A County Councilnek 27.803 vagyontalan betegről kell gondoskodni, ezek közül, a jelzett intézetekben 19.453, más kisebb intézetekben 763, dolgozó házakban 303 és imbecill-asylumokban 7097 van elhelyezve. Otthon rokonainál csak 187 beteg ápolatik, a mi leginkább mutatja, hogy az óriási város betegei milyen kitűnően vannak ellátva. Az intézetek beteglétszáma nagyobbára 2000-en felül van. Legtöbb beteget Colne Hatch-nak, 2558, s legkevesebb van az *Epileptic Colony*-ban, 423.

Az intézetek közül *Craig* tanácsára *Clayburyt* tekintettük meg, mely egyike az újabbaknak s mely székhelye egyszersmind a *Mott* által vezetett közös pathological laboratorynak.

Az 1891-ben épített intézet London északkeleti részén fekszik igen szépen, fákkal körülvett kisebb magaslaton. A folyosókkal összekötött nagyobb pavillonok kívülről is igen kellemes benyomást tesznek sűrűn befuttatott falaikkal és alacsony élő sövényekkel határolt kertjükkel. Belső beosztásában és berendezésében is elsősorban itt tapasztaltuk mindazokat, miket fentebb mint az angol intézetek sajátosságait emeltünk ki: a barátságos világos nappali szobákat ablakos kiugrókkal, nagyobb hálótermek mellett több kisebb külön szobát stb.

Az intézetnek különben 2471 beteget van 6 orvossal és egy igazgatóval.

Az intézetben van elhelyezve a London County 10 intézetének közös tudományos laboratoriuma, a mely egész külön épületszárnyat foglal el s teljesen klinikai berendezésű, közbül egy hatalmas, vetítésre szolgáló karzattal ellátott demonstráló teremmel.

Claybury után a nyert utasításoknak megfelelően egy Londontól nem messze fekvő magánintézetet, a *Holloway Sanatoriumot Wirginia Water* mellett tekintettük meg. Az intézet legkönnyebben a Waterloo állomásról vasúton érhető el. A windsori erdőségekben egy festői tó felett levő dombon emelkedik fák között a nagyobbára repkénnyel befuttatott várkastélyszerű épület, melyet alapítója, *Holloway*, eredetileg aggménháznak szánt. A pompás külső képnél még szebb az intézet belseje. Hosszasabb leírás helyett talán azzal jellemezhetem leginkább az intézetet, hogy jóformán nélkülözi az elmeorvosiintézet jellegét s az ember inkább azt hihetné, hogy valamely előkelő pensióban vagy hotelben tartózkodik. Az egyes betegszobák berendezését csak a még fényesebb közös társalgó- és ebédlőtermek mulják felül. Ugy a férfi-, mint a nőbetegek az intézeti orvosokkal együtt és egyszerre közösen étkeznek. Az intézet 400 beteg befogadására alkalmas, kik három fizetési osztályra oszlanak, de vannak ingyenesek is.

Angliának különlegessége a világhírű *Broadmoor Criminal Lunatic Asylum*, a melyben Anglia bűntevő elmebetegeinek túlnyomó része van összegyűjtve. Hasonló nagy criminalis elmebeteg-intézetek csak Északamerikában és Olaszországban vannak. Az intézet Londonból automobilon vagy vasúton 2 óra alatt érhető el, legközelebbi állomása *Wellington-Hotel* a *Reading-Reigate* mellékvonalon. Erdős domb tetején fekszik, messze terjedő kilátással *Aldershot*, a legnagyobb angol katonai tábor felé.

Külsőleg meglehetősen barátságtalan, hatalmas kőfalak veszik körül mindenütt, a főkapu egészen börtönszerű. Bent azonban alig különbözik más elmeorvosiintézettől.

Az egész intézet egy kastélyszerű épületblokkot alkot, kinyúló szárnyakkal, úgy hogy az osztályokra való elkülönítés lehetőleg tökéletes. A mint láttam, az egyes osztályokon csak kisebb számú beteg van, kik a más osztályon levőkkel nem is érintkezhetnek, sőt minden osztálynak megvan a maga külön vasráccsal bekerített kertje is. Feltűnik a sok kicsiny, téglával kirakott udvar, melyek nem elég levegősek, valamint a belső beosztásban a sok apró elkülönítő szoba. A berendezés majdnem teljesen hasonló egy rendes elmeorvosiintézetéhez. Mozgatható tárgy mindenütt sok van. A különbség csak az, hogy a legnyugtalanabb osztályokon a bútortart stabil és az elengedhetetlen éjjeli edények mindenütt papírmaséból vannak. A beteglétszám 750, köztük 190 nő. Az ápolóarány 1:6-ra. Kiszolgált katonák előnyben részesülnek. Érdekes, hogy azok, kik pl. tennist, golfot stb. játszanak tudnak, a betegek mulattatásáért pótdíjat kapnak. A betegállomány általában nyugodt, feltűnő, hogy közöttük sok ősz hajú, öreg, tehetetlennek látszó ember van, mi arra enged következtetni, hogy az innen való kiszabadulás meglehetősen nehéz lehet. Az intézet belterületén a betegek különben szabad kezelésmódban részesülnek. Műhelyekbe járnak, némelyek felügyelet nélkül is dolgoznak.

Az utolsó általunk látott angol elmeegógyintézet a már Wales-ben fekvő Cardiff város intézete, a *City Mental Hospital Whitchurch*. Az intézet a híres szénvárosból vicinális vonaton negyedórai utazás után érhető csak el. Typusa a modern angol intézeteknek. Sok tekintetben hasonló *Claybury*-hez. Ez is mint amaz a többi londoni intézetek nagy része sajátságos rendszerben van építve: mindenütt elül és közbül van a központi főépület és ettől jobbra és balra, hátrafelé és egyszersmind oldalt vannak a beteg-pavillonok elhelyezve. A pavillonok egymással és a főépülettel zárt folyosóval vannak összekötve, úgy hogy együttesen parabolát alkotnak, a melynek csúcsán van a főépület és annak háta mögött a parabola fókuszán a konyha és a gépház. Ennek az építésmódnak mindenesetre sok előnye van, de hátránya, hogy sok kicsiny háromszögletű udvar keletkezik, melyek nem elég szellősek s ablaktalan falaikkal rossz benyomást tesznek. Az egyes pavillonokban az emeleten foglalnak helyet a kissé zsúfoltnak látszó, de jól szellőző hálótermek, melyek a mellettük lévő ápoló-szobák figyelő-ablakain keresztül jól áttekinthetők. Mint mindenütt, itt is sok az elkülönítő szoba és néhány padded-room is van. A nap-pali szobák és ebédlők a földszintet foglalják el. Az intézetben ezidő szerint 730 beteget ápolnak. A kitűnő ápolószemélyzet külön hálószobái és a már fentebb leírt közös helyiségek (ebédlő, társalgó stc.) a legcsinosabbak vannak berendezve.

Az intézet tudományos laboratóriumát főképp azért tartom érdemesnek felemlíteni, mert a nekünk tartott tudományos demonstrációkon (ugyanis többen együtt rándultunk oda ki a londoni congressusról) sűrűn hallottuk emlegetni hazánkfiának, *Donáth* tanárnak nevét.

II. A skót intézetek.

Az elmebetegügy talán sehol a világon sem olyan fejlett, mint a tőlünk távol eső és előttünk meglehetősen ismeretlen Skóciában. Ez az állítás egyáltalán nem új dolog, így találták ezt mindazok, köztük *Pándy* kartársunk is, kiknek alkalmuk volt a skót elmebetegügyi viszonyokat a helyszínen tanulmányozni.

Sajnos, csak rövid időt tölthettünk itt, de mindenesetre elegendő időt ahhoz, hogy az angol és skót kartársak által még Londonban kijelölt intézeteket megtekintsük. Névszerint megnéztük a következőket: a „*Morning-Side*” *asylumot* Edinburghban s annak dependanceját a „*Craig-House*”-t, valamint Edinburghtól nem messze „*Bangour*”-t, Skócia másik részében Glasgow vidékén pedig „*Woodilee*”-t és „*Hawkhead*”-ot és Skócia déli részében Dumfriesban a „*Crichton Royal Institution*”-t.

A skót intézetek nagyon hasonlítanak az angolokhoz, de ezeket úgy külső csínban, mint belső berendezésben nem egy tekintetben felülmúlják, a betegek kezelése pedig még szabadabb, mint Angliában s az ápolószemélyzet még nagyobb megbecsülésben részesül. Az intézetek mind pavillon-rendszerben épültek — még a város belterületén is — és az épületek mindenütt barátságos kertben fekszenek. Kerítésnek nagyobbára nyoma sincs, legfeljebb a nyugtalan betegosztályok körül van alacsony élősövény. A betegpavillonok nagyrészen napos oldalain fedett ésszél ellen védett, de elől egészen nyitott széles fekvőcsarnokok vannak, melyekben egy, sok helyen két sor ágy is elfér. Az ottani klíma lehetőségessé teszi, hogy, kivéve a 2—3 téli hónapot, ezeket egész éven át használják. A közköltéses betegek pavillonjai mindenütt nagyobb épületek, a jobb osztályú betegek pedig sok helyen külön kisebb barátságos kertekben épített villákban vannak elhelyezve. Az épületek belső beosztása is hasonló az angolokéihoz. Skót specialitás a *Boat-Room*, t. i. a bejárati elhelyezett kisebb szoba, a hol a kívülről jövő betegek cipőiket elcserélik és a kint bepiszkolt cipőket ebben a szobában hagyják. Hasonlóképpen igen praktikusak a skót intézetekben ugyancsak nagy számban levő elkülönítő szobák ajtajában vágott figyelőnyílások. Minden ajtóban ugyanis egy majdnem a padlóig leérő hosszanti beüvegezett rés van, a

melyen keresztül a beteg sokkal jobban megfigyelhető, mint a nálunk megszokott kis kerek nyílásokon.

Olyan nagy étkezőtermek, mint a skót intézetekben másutt, szintén nem láthatók. Az étkezés ugyanis a mindkét nembeli betegek részére közös, úgy hogy a termekben 500 beteg részére is van helyről gondoskodva. A berendezés általában véve talán még kényelmesebb és háziasabb, mint az angol intézetekben, főképp a jobb osztályú betegek szobáiban.

A betegek kezelése a lehető legszabadabb, sok helyen még a nyugtalan férfiosztályok ajtai is nyitva vannak. A nyugtalan betegeknek itt is teljesen elégségesnek mutatkozik az elkülönítés vagy az ágybafektetés. A foglalkoztatási terapia a rendszerint nagy területű s mezőgazdasági koloniákkal rendelkező skót intézetekben szintén igen elterjedt.

A férfiszemélyzet még inkább van helyettesítve nőkkel, mint Angliában, s még a legnyugtalanabb férfiosztályokon is az ápolószemélyzet sok helyen kevert. Némely helyen a nőket még a mezőgazdasági koloniákban is használják, pl. *Bangour*-ban. Valami különös, meglepő látvány volt, a mikor egy csinos fiatal ápolónő egy egész csapat idősebb-fiatalabb férfibeteget kísért a munkáról hazafelé s azok minden intézésnek készségesen engedelmessé váltak. Az bizonyos, hogy az elmebetegkezelésnek és felügyeletnek ilyen módját csakis a beteganyagnak nyugodt temperátuma engedheti meg, a melyhez azonban nem kisebb mértékben járul az ápolószemélyzet türelme, intelligenciája s kitartása is.

Az ápolószemélyzet megbecsülését legkézzelfoghatóbban a „*Nurse-home*”-ok bizonyítják. A pavillonok közül a legcsinosabb épület az ápolónőké. A földszinten vannak a közös étkező-, társalgó- és írótermek, az emeleten pedig a hálószobák. Minden ápolónőnek külön hálója van a megfelelő csinos berendezéssel. Az ápolónők pedig egymás között azon versengenek, ki tudja szobáját még csinosabban feldíszíteni.

Edinburgh város elmeegógyintézete, „*Morning-Side*”, benn fekszik magában avárosban, kissé eldugott helyen. A legrégebbi intézetek egyike, több mint 100 éve építették s 70 éve használják mint elmeegógyintézetet. Ennek megfelelőleg modernnek nem nevezhető; folyosói sok helyen sötétek, gázal világítanak, telefonjuk nincs. A fából készült fekvőcsarnokok is csak újabb keletűek, de nagy mértékben használatnak, mivel nemcsak a testileg gyenge, hanem a megfigyelés alá felvett betegek is itt fekszenek. A betegek száma körülbelül 600. Csak harmadosztályúak vannak, a vagyontalanokért az állam évente 32 fontot fizet, a fizetők ápolási díja ellenben 45 font.

A jobb osztályú betegek *Morningside* társintézetében, *Craig House*-ban vannak elhelyezve. A két intézetnek egyazon igazgatója van, *Robertson* professor (a pszichiatriai klinika is *Morningside*-ben van elhelyezve) személyében. *Craig House* a város szélén egy kis magaslaton gyönyörűen fekszik és több kisebb-nagyobb villából áll. Alapjául egy XVII. századbeli nagyobb nyaraló szolgált, a honnan a telep is nevét vette. Mintegy 250 beteget ápolnak itt, kiknek nagyobb része hetenkint 2 fontot fizet, de vannak 4 fontot fizetők is. Az „open door” elvét sehol sem láttam oly teljesen megvalósítva, mint itt: kerítéseknek nyoma sincs, a kapuk és ajtók mindenütt kivétel nélkül nyitva vannak. Nemcsak külsőleg, hanem a belső berendezésben sem tudtunk olyant felfedezni, a mi elmeegógyintézetre emlékeztetne. A szobák berendezése olyan, mint egy előkelő polgári háznál, otthonos, barátságos. A társalgó- és ebédlőszobák nagyobbára másfél méter magasságban fával vannak borítva (panelling room); a régebbi épületben érdekes és értékes antik bútorok stb. vannak. Szökés innen, bár lépten-nyomon megvan rá az alkalom, alig történik, talán a betegeknek sincs kedve ilyen barátságos környezetet itt hagyni. Ehhez azonban bizonyosan hozzájárul a kitűnő ápolószemélyzet is, melyről bőven van gondoskodva (1:4-hez).

Robertson szíves útmutatására aztán *Bangour*-ba mentünk ki, megnézni a legújabb skót intézetet. Az intézet területe

több mint 1000 acre, közepén van saját vasuti állomása, ettől egyik oldalon a mezőgazdasági kolónia, a másik oldalon a tulajdonképpeni intézet foglal helyet. A legrégebbi betegpavillon 9 éve épült s az intézet azóta fokozatosan bővített ki. A külső vegetatio, szemben a többi intézettel, meglehetősen gyér, a mi az intézet fiatal korában leli magyarázatát. Ha lehet összehasonlításokat tenni, az összes látott intézetek közül *Bangour*-t tartom a legtokéletesebbnek. A már többször leírt s az angol és skót intézeteket jellemző építési és berendezési modort, a melyek nemcsak czélszerűek, de az intézetet oly barátságossá teszik, itt fokozott mértékben találhatjuk meg.

A „no restraint” s az „open door” szintén teljes. Csak a két legnyugtalanabb betegosztály ajtaja van zárva. A betegek mindenütt feltűnően nyugodtak s az elkülönítő szobák üresen állottak. Lehetőleg mindenütt ápolónők vannak alkalmazva, úgy hogy 840 beteg mellett csak 30 férfiápoló és 70 ápolónő van. Pl. a férfifelvételi osztályon 60 beteghez 5 nappali s 3 éjjeli ápolónő van beosztva. Mindezeknek megfelelőleg a „Nurse-home” méreteivel és csinoságával kiemelkedik a többi pavillonok közül. A férfiápolóknak már nincs olyan jó dolga, ezeknek is külön szobájuk van, de csak a betegosztályokon szétszórva. A Nurse-home mögött van az intézet tágas kórházi pavillonja, külön tüdővész osztálylyal, a melyben alig lézengett egy-egy beteg. Ennek az osztálynak ablakai igazán figyelemreméltóak. Olyan nagyok, mint egy fővárosi kirakatablak, azonban egy kézmozdulattal feltolhatóak, úgy hogy a bent lévő betegek is mintegy szabadban fekszenek.

Skócia másik partján, *Glasgow* körül az intézeteknek egész sorozata fekszik, még pedig *Woodilee* Lenzie mellett, *Hawkhead* Crookston mellett, *Gartloch* Gartcosh mellett (ezek districtasylumok) és *Gartnevel Royal Asylum* magában *Glasgow*-ban.

Mac Donald kartársunk utasítására ezek közül kettőt látogattunk meg, még pedig először: *Woodilee*-t, a *Glasgow District Mental Hospital*-ját. Mint a többi skót intézet, ez is pavillonrendszerben épült a már többször említett angol-skót modorban. Az intézet 1875-ben nyílt meg. A beteglétszám közel 1200. Az intézetnek csak 5 orvosa van, a mi azonban elégséges, mert pl. a múlt évben a Lipótmezővel egyenlő létszám mellett csak 298 felvételük volt, tehát csak negyedannyi. Az intézetnek specialitása a már *Pándy* által említett, hullámos vaslemezről készült épületfalak: „currugated iron”, melyek az ottaniak véleménye szerint jól beválnak. Másik specialitása az óriás közös ebédlő, melyben több mint 500 beteg étkezik egyszerre. Az ebédlő felett egy hasonló nagyságú hangversenyerem van, a melyben hetenként tánczestélyek és kéthetenként hangversenyek vagy színi előadások tartatnak.

A rendes osztályokon kívül külön pavillon van az idiota gyerekek számára 60 ágyra. Az elkülönítő pavillonban tuberculosist nem látunk, de dysenteriat igen, a mi ott elég gyakori. A laboratorium részére is külön épület szolgál. A „nurse-home” itt is impozánsan emelkedik ki környezetéből.

A másik intézet *Hawkhead Paisley*-ben a *Govan district asylum*. Területe 331 acre, az ágyak száma 720, a beteglétszám ottjártunkkor azonban csak 638 volt. A *Govan*-kerületnek 1191 nyilvántartott szegény elmebetege van, ebből 1030 van intézetekben s 161 családi (nem házi) ápolásban. Az intézet 20 évvel ezelőtt épült, ágyanként 428 font költséggel, tehát egy ágyra 10.700 korona esik, holott nálunk 3–4000 koronát is sokalnak.

Ez volt az első intézet, a melyben néhol a szellőztetés nem volt egészen kifogástalan, egyes kórtermekben a levegő romlottnak tűnt fel.

Az óriási közös ebédlő itt is megvan s felette a hangversenyerem. A konyhák igen praktikus decentralizálva vannak, egy nagy konyha helyett 3 kisebb konyhában főznek a betegeknek s még egyben külön az ápolószemélyzetnek. Igen praktikusak a konyhák előtt alkalmazott villanyos

árammal felfűtött fémlapok, melyek az ételt állandóan melegen tartják.

A hálószobákban pedig igen czélszerű ágyakat láttunk epilepsiás betegek részére. Ezeknek szerkezete abban áll, hogy a sodronymatrác az ágyak szélén közel egy arasznyira fel és ki van hajtva, úgy hogy a beteg mint egy hálóban fekszik s erősebb roham esetében sem eshetik ki az ágyból.

Skóciában utolsónak, már visszafelé jövet látogattunk meg a *Crichton Royal Institution*-t *Dumfries*-ben, a melyet *Pándy* szintén már részletesen leírt. Az intézet kétségkívül egyike a legszebbeknek és mondhatnám a legtokéletesebbeknek is. Tulajdonképpen alapítványi intézet, a mennyiben *Crichton M. dr.* 1839-ben 100.000 fontos adománnyal vetette meg alapját, de később az állam vette át. Területe 760 acre, a melyen a gazdasági épületeken kívül 18 pavillon és villa szolgál a betegek felvételére. A beteglétszám 880 körül van, köztük 520 fizető. Évi felvétel 180–200. Az intézet 3 osztályra oszlik. Az I. osztályon körülbelül 100–100 férfi és nő ápolatik, kik évi 80–100 fontot fizetnek, sőt egyesek 1000 fontot is. A II. osztályon 100–150 beteg van, az ápolási díj évi 52 font. A III. osztályon 250–250 beteg van, az ápolási díj 26 font. Minden osztálynak 3 sectiója van, 1. a hospital (30%), 2. observation vagy zárt villa (50%), 3. a reconvalescent vagy nyílt (open) villa (20%). A reconvalescent és hospital osztályokon mindenütt ápolónők vannak alkalmazva, számuk meghaladja a 100-at, szemben a 70–80 férfiápolóval. A női ápolószemélyzetet itt is csak dicsérni hallottam.

Az intézetnek egyedüli árnyoldala talán az, hogy a pavillonok túlságosan nagy területen vannak szétszórva, úgy hogy a mint azt *Easterbraok* igazgató elmondta, legjobb kocsin visitet tartani, de még így is rengeteg sok időt vesz igénybe.

Az I. osztály hospitalja a *Crichton Hall*, az intézet eredeti épülete, a reconvalescent pavillonja a *Bungalow*. Ez azelőtt tüdőbetegeknek szolgált s ezért nagyobbára fából készült s igen szellős épület. Itt pl. jelenleg 24 férfibeteg ápolatik 7 ápolónő felügyelete alatt. Az első osztályú nyugodt betegek részére, mintegy 24 mértföldnyire, a tenger mellett, az intézetnek külön üdülőtelepe van, hol a betegek a nyár nagyobb részét töltik. Az intézetnek két külön villája van: *Allanbank* és *Hannahfield*. Ezek gyönyörű kertben fekszenek óriás fák között, 6–7 remekül berendezett szobával és semmi tekintetben sem különböznek egy előkelő nyaralótól. Mindkettőt egy-egy beteg bérli évi 1000 fontért, a melyben a két ápolónő s a kiszolgáló két cseléd díjazása is befoglaltatik.

A másod- és harmadosztályú betegeknek 12 pavillonja van. Ezek közül kettő még nincsen egészen készen, ezekben lesznek elhelyezve a már említett, lebontásra szánt hatalmas pavillon betegek. A betegszobákban kellemes benyomást tesznek a virágos tapéták, melyek a szobákat igen barátságossá teszik. Különösen feltűnnek azonban a régebbi épületekben a falakon függő régi képek, aczélmetszetek a XVIII. századból és a múlt század elejéről, Biedermayer-bútorok, kényelmes karosszékek, antik álló órák stb. Ezek nagy része már műkincs számba megy s azt hiszem, rengeteg értéket képvisel.

A betegosztályokon kívül megtekintettük az intézet vízműveit s gazdasági berendezését is. Az intézet 400 láb mélységű kútból nyeri vizét, mely magától buzog fel percenként 90 gallon mennyiségben. A farm berendezése is egészen modern. Az intézetnek egészen külön disznóhizlalója s tehenészete van, utóbbiban villanyos árammal hajtott készülékkel fejk a teheneket.

Az orvosi kar egy medical superintendentből és 3 assistant physicianból áll, a kikhez azonban egy pathologist és egy chemical assistant járul.

Késő estére fejeztük be az intézet megtekintését *Easterbraok* igazgató szíves kalauzolása mellett. Ezzel búcsút is mondtunk *Skóciának*, melynek psychiatriai emlékei talán egész életemben el fognak kísérni.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Birk: Leitfaden der Säuglingskrankheiten. Marcus und Weber. Bonn, 1914. 256 l.

A könyvecske célja, hogy az orvostanhallgatóknak és a gyakorló orvosoknak a csecsemők betegségeinek kezeléséhez vezérfontalat nyújtson. Ezért lehetőleg részletesen tárgyalja a kórtüneteket és az orvoslási eljárásokat, míg a kérdések elméleti részére alig terjeszkedik ki.

A munka négy fejezetre oszlik. Az első az egészséges csecsemő táplálásával és fejlődés-viszonyaival, a második az újszülöttek betegségeivel foglalkozik, míg a harmadikban a csecsemők táplálkozás-zavarait s a negyedikben a csecsemők egyéb megbetegedéseit tárgyalja. Birk, jelenleg a kiel egyetemen magántanár, előzetesen éveken át működött Czerny boroszlói klinikáján mint tanársegéd s így a kórfolyamatok felfogásában és kezelése módjában teljesen az ott elsajátított elveknek szószólója. Ezt tudva, természetesnek kell tartanunk, hogy az élettani viszonyokat és a táplálkozási zavarok orvoslását tárgyaló fejezetek a mű céljának megfelelően nagyon sikerültek. Kérdés tárgya lehet azonban, hogy helyes-e egy *a hallgatók részére írott vezérfontalan* az icterus neonatorumot a sepsises megbetegedések között tárgyalni és ugyancsak kérdéses lehet, hogy minden melaenát — miként a szerző — a sepsises betegek közé soroljunk. Kissé különös e mellett, hogy a melaenát aránylag jó körjóslatú folyamatnak tekinti, úgy hogy szerinte az általános tapasztalással ellenkezően az eseteknek több mint fele meggyógyul. Elhallgatva egyes kisebb észrevételeinket, mégsem leplezhetjük csodálkozásunkat, hogy a szerző pl. az abscessus retropharyngealis létezését meg sem említi és hogy az invaginációról a következőképpen emlékszik meg (237. l.): „A bélkacsok *invaginatio*ja agonalis jelenség és gyakran található bonczolások alkalmával“, holott tudjuk, hogy az invaginatio a csecsemőkorban milyen körülírt körkép alakjában jelentkezik, s hogy kórtüneteinek ismerete gyakorlatilag mennyire fontos, hogy ily módon a körjelzésnek kellő időben történő megállapítása folytán eredményesen avatkozhassunk be.

A mondottak figyelembevételével nem tekinthetjük ugyan a munkát tökéletes compendiumnak, mindamellett világos, folyékony nyelvezete, az egyes orvoslási eljárások pontos leírása folytán tagadhatatlanul sok haszonnal fogja forgatni az orvostanhallgató és a gyakorló orvos egyaránt.

Flesch.

Lapszemle.

Belorvostan.

A kerek gyomorfekélyről ír Crämer. A gyomorfekélyről alkotott fölfogásunk az utóbbi években sokat változott: azelőtt aránylag könnyű bajnak tartották, ma már tudjuk, mily nehezen gyógyul s úgy a sebészi, mint a belorvostani kezeléssel elért eredmények csak kis %-ban tartósak.

A gyomorfekély képe annyira változatos és esetenként eltérő, hogy tulajdonképp az ulcus képét általában nehéz megrajzolni s inkább csak egy-egy ulcuseset ismertetését adhatjuk. Gyakorlati szempontból czélszerű a Boas-féle beosztás, mely szerint van tipusos és a rendestől eltérő ulcus.

A gyomorfekély a gyomornyálkahártyának vagy pusztán felszínes rétegeire szorítkozó, vagy akár a savóhártyáig terjedő kerek, ovalis-alakú anyagihiánya, mely ferdén, tölcyszerűleg hatol a mélybe.

Alakja és nagysága igen változó. Van olyan is, mely a gyomor legnagyobb részére ráterjed. Leggyakoribb helye a pylorus környéke és a gyomor hátulsó fala.

A gyomorfekély okát a gyomornyálkahártya keringési zavarában kell keresnünk, a hogy azt Payr kísérletei is mutatják: Payr-nak ugyanis formalinnak a gyomor ereibe befecskendezésével tipusos gyomorfekélyt sikerült előidéznie.

A keringési zavarok mellett a gyomorfekély keletkezé-

sére kétségtelenül befolyása van a gyomornedv maró hatásának is.

Savtúltermelés azonban gyomorfekély eseteiben csak az esetek egyharmadában található: a hyperchlorhydria ulcus mellett rendszerint másodlagos, annak a következménye. Egyébként az ulcus okáról nagyon keveset tudunk, szerepet játszhatik előidézésében a vérszegénység, az erek elváltozása (arteriosclerosis), az élvezeti szerekkel való visszaélés. Az angol felfogás, hogy az ulcus dyskrasia következménye, nem használható, azonban kétségtelen és az esetek 30%-ában beigazolható az átöröklődés. Ujabb időben a gyomorfekély mykosisis, akár a gyomorbélrendszer, akár a vérpálya útján történő infectiók eredésére is utaltak, a mi egyes esetekben helytálló is. Míg egészen tipusos esetekben a gyomortáji fájdalom, a hányás s a gyomorvérzés együttesen megtalálható, addig a tipusos esetekben akár mindegyik hiányzik, mígnem hirtelen beálló bőséges vérzés adja magyarázatát az addig jelentéktelennek tartott gyomorpanaszoknak.

Nagyon fontos, hogy a gyomorfekélyek egy része teljesen fájdalom nélkül folyik le.

Az ulcus leggyakoribb jele kétségtelenül a rejtett gyomorvérzés, mely az esetek 90%-ában mutatható ki, míg a pusztá szemmel láthatót 50%-ban találjuk. Hányás minden harmadik esetben észlelhető. A rejtett vérzés kimutatásakor fontos, hogy a próbát a székletét belsejéből vegyük, de még így is származhatik tévedés: oxyurisok jelenlétében ugyanis heves gyomortáji fájdalmak mellett occult vérzés is kimutatható.

Hasonló módon tévedést okozhat, ha bismuthot vagy vasat szed a beteg. Ha egyszer pozitív a Weber-féle vérpróba, az még nem elégséges: csak a vér többszöri kimutatása alapján állíthatunk fel helyes diagnoszt.

A vérpróba azért is fontos, mert a fokozatos elmárádásából a fekély gyógyulására következtethetünk.

Az említett főtünetek mellett egyéb, nem jellemző dyspepsiás panaszai is lehetnek a betegnek; az is természetes, ha a hosszan tartó ulcus befolyása alatt a beteg kedélyállapota és idegrendszere is szenved.

Az ulcus diagnosizálakor a kórelőzmények pontos ismeretére, a vérzésekre, a vérhányásra, a véres székletre és a fájdalmak jellegére kell ügyelnünk.

Az elülső és hátulsó nyomás-pont az esetek egyharmadában megtalálható. Fontos annak megállapítása, hogy a bőr, az izomzat fájdalmas-e, vagy a mélyben szék-e a fájdalom, hogy közvetlen ujjal való kopogtatásra, algesimetriás vizsgálatkor nyomásra fokozódik-e, míg ugyanarra az ellenkező oldal nem érzékeny.

Az epigastriális fájdalommal egyenlő értékű a dorsalis nyomás-pont.

A fájdalom hiánya ulcus ellen nem bizonyít; ha daganatot találunk, az sem bizonyít ulcus ellen. Vérző ulcus esetén ne kutaszoljunk, idősebb esetén ártalom nélkül szondázhatunk. A Röntgen-fény egyszerű gyomorfekély kimutatására nem alkalmas, csak callosus ulcus, homokóragyomrot és gyomorcsukó-szűkületet ismerhetünk fel vele.

A gyomorfekély szövődményes bántalmai igen sokfélék: hegeképződés, összenövés, átfúródás, gyomor körüli gyulladás, tályogképződés és súlyos cachexia; leggyakoribb következménye a pylorus-szűkület, sokkal gyakoribb, mint hinnők, (30—40%) a rákos elfajulás.

Az ulcus diagnosisa nem egyszer nehéz és helyesen járunk el, ha kétes esetben ulcusra utaló panaszok mellett megfelelő kúrára fogjuk a beteget. A kúra eredményességéből következtethetünk körjelzésünk helyes voltára. A szövődményes bántalmak körjelzése, a rák kivételével, a gyomorfekélyénél rendszerint könnyebb.

Az ulcus lefolyása rendszerint nagyon alattomos, lapangó, kétségtelen azonban, hogy pár nap alatt is támadhat és igen súlyos szövődményekre vezethet a gyomorfekély s mikor már gyógyultnak tartjuk, rendszerint még nem az, csak izgalmi állapota és az ezzel kapcsolatos tünetek szüntek meg, a gyomorfekély azonban fennáll; erre vall a rejtett vérzés további jelentkezése is. A gyomorfekély rendszerint igen

sokáig, akár 20—25 évig is fennáll; halálos a gyomorfekély vagy utóbaja az esetek 8—9%-ában.

Gyógyulásának alapfeltételei 2—3 heti ágynyugalom, absolut folyékony diéta, kataplaszmák, a gyomortágra alkalmazott felmelegedő borogatás, alkáli a savtöbblet ellen, karlsbadi víz, ha hurutja is van a betegnek. A beteg tápláléka: tej, tejszín, vaj, geléek, tojás. Ha a fájdalom megszűnt, pépes kosztra térhetünk át.

Motoros zavarok mellett idősült esetekben hasznát vehetjük a gyomormosásnak is, a gyógyszerek közül a bismuth, ezüstnitrát-oldat, vaschlórid, neutralon, eskalin és az atropin jöhet szóba, vérzés esetén végbélen át való táplálás mellett subcutan morphint, gelatinát adunk, a gyomortágra jégtozmlőt teszünk.

Hosszú ideig tilos minden fűszer, alkohol, tea és kávé. A pylorusgörcs ellen jó eredménnyel alkalmazhatjuk az olajkúrát.

Szegényvérűség ellen vasat és arsenit adunk. A közönséges gyomorfekély nem operálandó, csak ha teljesen sikertelen a belorvostani kezelés, vagy szűkülés fejlődik, vagy ha ulcus callosus állunk szemközt, ajánlatos a sebész beavatkozása, a legutóbb említett esetben a gyökeres műtét. Műtét után épp úgy vigyázni kell a betegnek minden diatahibára, mint az ulcusos kúra után.

Belorvosi kezelésre pusztán az esetek egyharmada gyógyul véglegesen és csak 68%-a javul. Sebész beavatkozásra 60%-on felüli a végleges gyógyulás. Fontosnak tartaná a szerző, hogy szegényebb gyomorbeteg részére diéta konyhával rendelkező kórházakat állítanának fel. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1913, 10—11. sz.)

Halász Aladár dr.

Ideg- és elmekórtan.

Az eunuchoidismust ismerteti részletesen *W. Sterling*.

Az eunuchoidismus meglehetősen ritka betegség és legfontosabb tünete a dystrophiás trias, és pedig: az elhízás, a szőrzet anomáliája, az ivarszervek aplasiája, illetve hypoplasiája.

Az elhízás általános jellegű, mely azonban egyes helyeken (bimbó, hasfal, crista iliaca tájékán) erősebben kifejezett. Az emlők a férfiakon úgy csüngenek le, mint az öreg asszonyokon. A nőknél, a kik különben is ritkábban szenvednek a betegségben, e jelenség nem oly szembetűnő.

Az ivarszervek megbetegedése oly esetekben, a melyekben sohasem volt erectio, az embryonalis fejlődés visszamaradását teszi valószínűvé; de azon esetekben is, a hol az ivarszervek működése egyideig fennállott, mégis valószínű, hogy a regressiv folyamat mellett a mirigyek csökkent képességével állunk szemben. A herék cseresznye-díónagyságúak lehetnek, gyakori e mellett a kryptorchismus. A prostata kicsiny, nehezen körülhatárolható. A herezacskó pettyhűtten lóg le. A penis „karrikatura”-szerűen megkisebbedik, úgy hogy 3—10 éves gyermekéhez hasonlít, néha csak czérnavastagságú. A mons Veneris a női eunuchoidismus esetében hypoplasiás, míg a férfi-eunuchoidismusosok között mintegy trapezszerűen kiemelkedő és a női típusra emlékeztet.

Egyes esetekben a sexualis inger egyáltalában nem fejlődik ki és sohasem áll be erectio, más esetekben erősen kifejezett nemi ingerrel állunk szemben és a facultas coeundi is megtalálható, de ezek is mindig sterilek. Ilyképpen különböző alakokat ismerünk: a) a hol morphológiás aplasia és functionalis defectus áll fenn: *hyposexualismus totalis*; b) az ivarszervek kifejezett aplasiája nélkül mutatkozik a functionalis defectus: *functionalis dissociatio*; c) a hol az ivarszervek hypoplasiája mellett az egyes functionalis elemek dissociációja található: a) sterilitas mellett fennálló nemi inger, b) a libido hiánya mellett fennálló facultas concipiendi, c) impotentia, sterilitas + fokozott libido.

Az eunuchoidismus állandó tünete a szőrzet anomáliája, mely a hónaljárokban és a symphysis tájékán nagyon hiányos, nőknél gyakran csak a labium majuson található. A bajusz, szakáll többnyire hiányzik és csak ritkán találunk rudimentaris szőrzetet, mely a kasztráltakéhoz vagy a nőknél látható bajuszhoz hasonlít. A szemöldökön többnyire hypotrichosis

van. A fejen azonban gyakran erős a hajzat. Az arcz bőre általában halványsága és finomsága által tűnik ki, gyakori a ránczképződés, mely az arcznak öreges vonást kölcsönöz. A fogak rosszul és hiányosan fejlettek.

Az eunuchoidismusban szenvedők között növés tekintében két typust különböztetünk meg: 1. „eunuchos óriás növést”, a hol az elhízás háttérbe szorul a nagy növés mellett és 2. az „eunuchos elhízást”, a hol az elhízás van túlsúlyban. A végtagok aránytalanul nagyok, az arczkoponya jóval erősebben fejlett, mint a fejkoponya. A koponya többnyire dolichocephalos typust mutat. A medencze általában nagyméretű és a nőire emlékeztet. Igen gyakran találhatjuk a Michaelis-árok erős kifejlődését. A Röntgen-lelet a legtöbb esetben rendes nagyságú hypophysist mutat.

Az organumus eredetű neurologiás tünetek hiányoznak. A nystagmus többnyire veleszületett degenerációs jel. A cremaster-reflex hiánya a herezacskó petyhüdségére vezethető vissza. Ezzel szemben gyakori panaszok: általános gyengeség, epigastriális nyomás, fejnnyomás, paraesthesiák, tachycardia, izzadás, kézreszkedés, szédülés, hideg kezek, vasomotoros elváltozások, székrekedés vagy hasmenés. Mindezek vagotonia néven ismeretesek. Az eunuchoidismus kombinációi közé tartozik az abortív Basedow, scrophulosis, tuberculosis és epilepsia. Az utóbbi különösen gyakori és azért az eunuchoidismus epilepsiás formájáról is beszélnek és legkülönbözőbb alakjaival találkozunk. A szerző az eunuchoidismusosok psychéjének három formáját különbözteti meg: 1. a normalisok psychéjétől alig különbözik, 2. imbecillis typus, 3. parasitatypus, a hol aránylag jó psychés képesség mellett az absolut életügyetlenség a főjellemvonás.

Az eunuchoidismus pathogenesisére *Tandler* és *Gross* három formát állapított meg: 1. a hypophysis elsődleges megbetegedése a csíramirigyek másodlagos megbetegedésével és a kettőtől egyaránt függő elhízás; 2. a hypophysis elsődleges megbetegedése a csíramirigyek másodlagos megbetegedésével és csak az utóbbitól függő elhízás; 3. a csíramirigyek elsődleges megbetegedése és másodlagos elhízás, hypophysismegbetegedés. A legtöbb szerző azonban azon nézetten van, hogy a csíramirigyek megbetegedése mindenkor elsődleges.

A betegség gyógykezelésében a thyreoidin adagolása járt néhány esetben kedvező eredménnyel. A hypophysis- és mellékherékészítmények nem vezettek célhoz. Spontán javulást több ízben észlelték. (Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, XVI. köt., 235. old.)

Goldberger Márk dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Dysenteria eseteiben *Lutsch* nagyon jó eredménnyel használja a salicyl-beöntéseket (13 gramm natrium salicylicum 650 gramm vízre). Más eredetű bélhurutok ellen is nagyon eredményes ez az eljárás. A beöntés a 2. és 4. napon esetleg megismétlendő. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1914, 9. szám.)

Dialysatum senegae néven a Zyma-gyár új készítményt hoz forgalomba. E szer *Ulrich* tapasztalatai szerint nagyon hatásos a gyomrot nem bántó köptető. Naponként 1—2-szer adandó 10—10 csepp. (Mediz. Klinik, 1914, 9. sz.)

Erysipelas ellen *Parisi* jó eredménnyel használja a jodtincturát; ez az eljárás egyrészt megrövidíti a betegség tartamát, másrészt megakadályozza a folyamat továbbterjedését. Minthogy a tiszta jodtinctura fájdalmakat okozhat, egyenlő mennyiségű glicerinnel elegyíti. (Policlinico, 1913, 35. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Orvosképzés, 1914, 2. és 3. szám. *Verebély Tibor*: A fonalgombák jelentősége a mai sebészetben. *Holzwarth Jenő*: A harctéri sebészet sebészeti ellátásáról. *Manninger Vilmos*: Az appendicitist utánzó kórformákról. *Benedict Henrik*: Az anaciditásról. *Bence Gyula*: A pankreasbetegségek diagnózisáról. *Engel Károly*: A fejtájáról. *Elischer Gyula*: A tüdőtuberculosis Röntgen-diagnózisáról. *Okolicsányi-Kuthy Dezső*: A művi pneumothorax a tüdővész gyógytanában. *Fenyvessy Béla*: A városi szennyvizek tisztításáról. *Hammer Dezső*: Az 1913. évi cholera és tanulságai.

Gyógyászat, 1914, 18. szám. Schuster Gyula: Ujabb gyógyító eljárások a központi idegrendszer egyes lueses betegségeiben. *Dollinger Gyula*: A gümös csont- és ízületgyulladások gyógyítása.

Orvosok lapja, 1914, 19. szám. Békés Dezső: A szemmozgások physiologiája és pathologiája.

Budapesti orvosi ujság, 1914, 19. szám. Wiener Imre: Ujabb adatok a szívizom functionalis vizsgálatához. *Szedlák Ödön*: A glycobrom therapiái alkalmazása. „Szülészet és nőgyógyászat” melléklet, 2. szám. *Nádory Béla*: A vaginismusról. *Unger Manó*: A koponyának kifejtése medence- és harántfekvésű magzatoknál kombinált belső kézfogással.

Vegyes hírek.

Választás. Mucsi Pál dr.-t Hódmezővásárhelyen újavárosi tisztii orvossá, Bíró Sándor dr.-t Gádoson községi orvossá választották.

Meghalt. Schuh Guido dr. mosonmegyei körorvos április 26.-án. — J. Wickmann dr., az idegkórban magántanára Stockholmban, ki nevét különösen a poliomyelitisről írt dolgozatával tette ismertté.

Tiszti orvosi vizsgabizottsági kinevezések. A belügyminister kinevezte Békessy Géza dr. közegészségügyi főfelügyelőt a tiszti orvosi vizsgák budapesti országos bizottságába a közegészségstanból vizsgáló taggá, Fáy Aladár dr. közegészségügyi főfelügyelőt ugyanezen bizottságba az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletekből vizsgáló taggá és végül Filep Gyula dr. egyetemi magántanárt és vármegyei tisztii főorvost a kolozsvári bizottságba az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletekből vizsgáló taggá. Mindhárom kinevezés az 1914. év tartamára szól.

A budapesti kir. magy. tudomány-egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinika áprilisban 109 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 87 volt.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület márciusban 1552 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1003 szállítást végzett, 82-szer mint mozgóórszág szerepelt és 15-ször vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A március havi működés főösszege tehát 2622.

A Budapesti Szegénysorsú Tüdőbetegek Sanatorium-Egyesülete május 3.-án tartotta XVI. közgyűlését. Gróf Batthyány Lajos elnök az ülést megnyitva, kegyeletteljes szavakban emlékezik meg az egyesület megalapítójáról, a tüdővész elleni harc megindítójáról, báró Korányi Frigyesről, mert az ő emlékének van szentelve elsősorban a mai ülés. Ezután bejelenti az Erzsébet királyné-sanatoriumra vonatkozó kibővítési tervet, valamint az erdei üdülőtelep létesítésére vonatkozó előmunkálatokat, a mit a közgyűlés jóváhagyólag tudomásul vesz s egyúttal az igazgató-tanácsot teljhatalmúlag felhatalmazza, hogy az ezekkel kapcsolatos és egyébként is szükséges alapszabálymódosításokat saját hatáskörében eszközölje és a belügyministeriumhoz felterjeszsze. Ezután Tauszk Ferencz dr., egyesületi főtktár terjeszti elő az évi jelentést. Daczára, hogy az egyesület az államtól és a fővárostól anyagi támogatásban részesült, az idén is 17.000 korona hiánnyal zárta az évet. Az Erzsébet királyné-sanatoriumban a jelentkezők száma oly óriási, hogy a várakozási idő olyan nagy, hogy sokszor gyógyulásra már nem alkalmas az a beteg, midőn felvételre kerül, a ki még a legszebb kilátásokat nyújtotta a jelentkezésekor. Az egyesület ezen torlódáson úgy akar segíteni, hogy az Erzsébet királyné-sanatoriumot egy újabb, körülbelül 50 ágyat befogadó pavillonnal bővíti, a mely építkezés lehetséges lesz azon nagylelkű alapítványból, a melyet néhai Laky Adolf emberbarát az egyesületnek hagyományozott. De épít az egyesület a főváros közelében a székesfőváros támogatásával egy erdei üdülőtelepet is, a melyben a nyári hónapok alatt ugyancsak 50 felnőtt és 50 gyermek fog menedéket és gyógyulást találni. Ezen két intézmény fentartása nagy anyagi terheket ró az egyesületre és kívánatos volna, ha a nagyközönség részéről nagyobb támogatásban részesülne, mint eddig. A lefolyt évben az Erzsébet királyné-sanatoriumban felvételre 960 beteg, vagyis a sanatoriumban megnyitása óta 7645 beteg nyert eddig felvételt. Az eredmények, mint eddig, most is kitünőek, mert haszonnal végezte az első szakban felvett betegek közül a kúrját 99%, sőt még az előrehaladt stadiumban levő tüdőbetegek egy részén is igen számottevő javulást értek el. Az egyesület által vezetett tüdőbeteg-gondozó működése is minden tekintetben kitünő. Az intézetben az elmúlt évben 36.000-nél több beteg jelentkezett és az intézet megbízottjai által 8000-nél több lakást vizsgáltatott és intézkedett az ott uralkodó antihigiénés állapotok megszüntetéséről. 1800 beteg kapott segélyt; ötvenkétezer liter tej és 22.000 korona értékű tápszer lett szétosztva, e mellett egyes betegek lakbérpótlékban részesültek és 5500 beteg kapott ingyen gyógyszer. Háromszánegyvenhat esetben végzett az intézet lakásfertőtlenítést. Az előterjesztett mérleg, valamint a felügyelő-bizottság jelentése alapján a közgyűlés az igazgató-tanácsnak a felmentvényt egyhangúlag megadta. Ezután Pauer Károly dr. II. titkár a hölgybizottság jelentését terjesztette elő s végül Bókay Árpád dr. tartotta nagyszabású megemlékezését báró Korányi Frigyesről.

A Friedmann-féle gümőkór-ellenes szert elitélő nyilatkozatok száma egyre gyarapszik. Ujabbban a *jenai* bőrbeteg-klinikán tett tapasztalatokról számol be *Treupel*. Gyakorlatilag számbavehető javulást lupus-eseteikben nem láttak, egy esetben súlyos hepatogen icterus állott be, egy másikban pedig tályog fejlődött, a mely — a mint már

mások is leírták — a készítménynek szennyezett voltára volt vissza vezethető. (Mediz. Klinik, 1914, 17. sz.)

A düsseldorfi „Verein für Säuglingsfürsorge” június 15.-étől 27.-éig tanfolyamot rendez a csecsemőkori physiologiájáról és hygienéről *Schlossmann* tanár vezetésével Düsseldorf és környéke idevonatkozó intézményeinek tanulmányozásával kapcsolatban. 30 márka beiratási díjon kívül más díj nem fizetendő. Jelentkezések a jelzett egylethez (Düsseldorf, Werstenerstr. 150) intézendők.

Személyi hírek külföldről. H. Hohlweg dr. magántanár Giesbenben (belorvos) rendk. tanár lett. — E. Laqueur dr.-t, az élettan magántanárát Halleban, Groningenbe hívták meg az általános biológia és összehasonlító élettan lektorává.

Az orvostanhallgatók számának növekedése Ausztriában. A szomszéd Ausztriában állandó szaporodását észlelik az orvostanhallgatók számának e század eleje óta, épp úgy mint nálunk. 1903/4-ben a medikusok száma 2509 volt, 1906/7-ben 3715, 1909/10-ben 4888, 1912/13-ban 6439 és 1913/14-ben 7330. Tíz év alatt tehát csaknem háromszorosára növekedett a medikusok száma! — A bécsi egyetem 10.310 hallgatója közt az elmúlt téli félévben 3018 orvostanhallgató volt, köztük 190 nő. A többi osztrák egyetemen a medikusok száma a következő volt: Grác 672 (17 nő), Innsbruck 420 (8 nő), Prága német egyetem 740 (20 nő), Prága cseh egyetem 1099 (70 nő), Lemberg 791 (59 nő).

Eredményes hízaló kúrákat, valamint görvélykórosok és cukorbetegnek 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 „Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin” című prospectus van mellékelve.

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

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

Bőrgyógyító és kozmetikai intézet Dr. Justus J., kórházi 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

DR. REICH MIKLÓS Budapesti ZANDER-gyógyintézete

Dr. ZANDER G. eredeti készülékeinek teljes sorozatával és rokon physikalís gyógyeszközökkel tökéletesen felszerelt intézet.

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

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

Epileptikus betegek intézete

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

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

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

RÖNTGEN-REINIGER és vill. orvosi készülékek **GEBBERT és SCHALL R.-T.**

Dr. Weltmann Pöstyén. (Amália-udvar, Királysor 8.) A Szt. Lukács-fürdő éveken át v. orvosa. A köszvény-, csúsz- és neuralgiás (ischias) bántalmak szakorvosa.

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: XXIV. magyar balneológiai congressus. (II. ülés 1914 április 18.-án.) 387. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya (VI. szakülés 1914 márczius hó 7.-én.) 388. l.

XXIV. magyar balneológiai congressus.

(II. ülés 1914 április 18.-án délelőtt.)

1. Löw Sámuel beszámol a fürdők 1913. évi forgalmi statisztikájáról; a fürdővendégek száma 52.000-rel kevesebb volt, mint az előző évben.

Az ásványvízforgalom 1913-ban a következő volt:
a) Természetes ásványvizek: Összes behozatal: 66.805 mm. 1.670.125 K értékben (az előző évhez képest — 4672 mm. 188.277 K értékben); összes kivitel: 215.359 mm. 5.168.615 korona értékben (+ 7884 mm. 189.216 K értékben); tehát a kivitt többlet (activitas): 148.504 mm. 3.498.491 K értékben. Az osztrák relatio a következőképpen alakult: behozatal: 60.543 mm. 1.513.575 K é. (— 5202 mm. 195.795 K é.); kivitel: 38.880 mm. 933.120 K é. (+ 10.985 mm. 263.640 K é.); behozattöbblet (passivitas): 21.663 mm. 580.455 K é. (— 18.187 mm. 459.435 K é.). Az eredmény elég kedvező. Az idegen vizek behozatala elég lényegesen csökkent, még pedig úgy a külföldről, mint Ausztriából, ezzel szemben a mi vizeink kivitele szépen emelkedett, szintén mindkét relációban. Jelentékenyebb kivitelünk a következő országokba volt: Ausztria 38.780 mm., Olaszország 31.744 mm., Németország 28.321 mm., Franciaország 28.199 mm., Északamerikai Egyesült-Államok 20.715 mm., Nagybritannia 17.216 mm., Oroszország 14.061 mm. b) Szénsavval telített ásványvizek. Igen jelentéktelen forgalom. Behozatal: 225 mm. 900 K é.; kivitel: 2478 mm. 49.560 K é.

Az elnök az igazgatóság felkérésére tartott szomorúan érdekes előadásért a congressus köszönetét fejezi ki.

2. A gyomor- és bél működés renyhése és annak gyógyítása fürdőhelyeken.

Sümei József: Az emésztőszervek hiányos működése befolyást gyakorol nemcsak az egész szervezetre, hanem ama szoros összefüggésnél fogva, melylyel minden egyes szervre kihat, lényegében érinti az egyes megbetegedések gyógyulását is.

Fürdőhelyeken az odajövő betegek gyógyulása az esetek legtöbbszöréből attól függ, hogy rendben van-e az emésztésük. Gyakran fog a legintenzívebb gyógykezelés kárba veszni, ha az emésztőszervek hiányos működése folytán a szervezet reakcióképessége csökkent.

A fürdőorvosnak mindig hálás feladata lesz a béltoniát meggyógyítani. Erre nézve elsősorban a diaeta, a physiotherapiás eljárások közül pedig a massage, ezenkívül a hydrotherapia, a gyógytorna, a sport a legszigorúbban individualizálva jöhet tekintetbe. A villamosítás csak igen mérsékelt eredménnyel használható. Feltétlenül eltiltandók az ivókúrák és a hashajtók; ezek inkább ártanak, s ha pillanatnyilag hatnak is, semmiesetre sem gyógyítanak.

Vándor Dezső: Sümei massage-technikájához óhajt csak hozzászólni. Ha jól értette, Sümei 20–30 perczig masszál. Ezt ő soknak tartja, mert a legtöbb egyénen már 5–10 perczes hasmassage után a hasizmok oly erős reflexes contractióval felelnek, hogy az erőt, melyet a hasfal reflexes összehúzódásának legyőzésére kell alkalmazni, erősen fokozni kell, hogy a belek massage-ára is jusson belőle. Ilyen nagy mechanikai behatás esetleg káros is lehet. De a tapasztalat is mutatja, hogy 5–10 perczes nagyerejű massage alkalmazásával is jó eredményeket lehet elérni, a nélkül, hogy fájdalmat vagy éppen sérülést okoznánk. Az orvos fizikumával is számolnunk kell az ily nagy erőt igénylő massage alkalmazásával.

Jendrassik Ernő: Szeretné tudni, mennyi időbe kerül, míg az előadó módja szerint a beteg meggyógyul.

Sümei József: A massage végzésekor a hasizomreflex enyhe kezdéssel és a kifejtett erőnek fokozatos emelkedésével elkerülhető. A kúrához legtöbbször 4–6 hét elegendő, de sok esetben tovább is kell alkalmazni.

3. Az ivándi „Magnus“-vízről.

Mester Emil: E vizet a II. sz. belklinikán ambulansokon és száznál több fekvő beteg alkalmazták hurutos sár-

gaság, epekő, gyomorfekély és diabetes eseteiben. A vizet, mely sokkal koncentráltabb a karlsbadi és marienbadi vizeknél, többnyire hígítva kapták a betegek.

Igen kitűnő és gyors eredményeket láttak hurutos sárgaság eseteiben, míg a többi bajban a betegségek természeténél fogva ceteris paribus ugyanolyanok voltak az eredmények, mint a karlsbadi kúra alkalmazásakor. Káros vagy kellemtelen mellékhatás nem mutatkozott.

Jendrassik Ernő: Több év előtt kutatva a magyar vizek alysiseit, hogy a karlsbadihoz hasonlót találjon, az ivándi vízre akadt, melylyel azóta a legjobb eredménnyel kísérletezett. Az ivándi víz glaubersó-tartalma akkora, hogy már $\frac{2}{3}$ — $\frac{1}{2}$ rész szénsavas vízzel hígítva székrekedéssel hatást fejt ki, nagy konyhasótartalma pedig a hurutos bélzavarok gyógyulását elősegíti. Az ivándi vízzel főleg a fürdőhelyeken lehetne szép eredményeket elérni, a hol a gyógyulás többi feltétele is megvan; a fürdőhelyek orvosai ne tekintsek mindig panacea-nak a saját helybeli forrásaikat, hanem vegyék alkalmazásba egyéb fürdők értékes vizeit is, így adott esetben az ivándit is. Megjegyzendőnek tartja, hogy nem kell a kúránál okvetlenül járni, bár a kellő mozgás kívánatos.

Sipos (Karlsbad): Megjegyzi, hogy az otthoni karlsbadi kúránál ezidőszert helytelen a rendelés technikája. Ajánlja az erősebb koncentrációjú viz hideg, illetve szobahőmérsék alatti rendelését, mert a víz molecularis koncentrációja veszt a szállítás alatti lehűlés folytán, még inkább az újabb, gyakran túlságos felmelegítés folytán. A vizet individualisan kell rendelni.

Sümei József: Karlsbadi és marienbadi kúra helyett az ivándi vizet balatonfüredi savanyúvízzel hígítva sikerrel alkalmazta.

Jendrassik Ernő: Sipos-nak azt válaszolja, hogy az ivándi vizet nem mint hashajtót, hanem hurutos állapotok gyógyítására használták; rendesen kívánatos ilyenkor némi hashajtó hatás is.

4. A Cornelius-féle idegpontmassage.

Farkas Márton: Saját vizsgálatai alapján több szerzővel ellentétben hangsúlyozza, hogy az „idegpontmassage“ csak variációja az eddigi massage-technikáknak és hogy Cornelius-nak a tudománnyal szembehelyezkedő elméleti állásfoglalása semmi kihatással sem lehet a neurosisokról való felfogásunkra.

Schulhof Vilmos: Köszönetet mond az előadónak, hogy ezzel a kérdéssel itt foglalkozott és objectív bírálatával az idegpont-massagét a kellő korlátok közé szorította, mielőtt azt esetleg avatatlan kezek felkapták és üzletileg kihasználták volna. Cornelius legfőbb érve az ő elért sikerei, de ilyenekkel laikus masszörök is dicsekesznek; lényegileg ő sem tesz mást mint azok, t. i. masszál valamit, a miről nem tudja hogy mi és a mit „idegpontnak“ nevezett el. Eredményei a legtöbb esetben talán az ő bonyolult és minden észszerű alapot nélkülöző elmélete nélkül is megérthetők, mert az izmoknak általa tapintott reflexes vagy idiopathiás circumscripct tonusos görcsét az ő módjára masszálva, talán jótékony peripheriás ingert váltunk ki. Cornelius technikáját adott esetben megpróbálni nem árt.

5. Dalmady Zoltán: Bemutatja a Lenkey-vel együtt szerkesztett napfényerősségmérő készülékét, köszönetet mondva az egyesület anyagi támogatásáért.

6. Mily jelentősége van az ivókúrának és hydrotherapiának a cukorbetegség kezelésében.

Schmidt Ferencz (Balatonfüred): A diabetes mellitus kezelésében a diaeta és a gyógyszerek mellett mindig nagy szerepet játszott a hydrotherapia s az ivókúra.

Ha a diabetes kóroktanát vizsgáljuk, látjuk, hogy a betegséget kiváltó ok gyanánt a belső secretióval bíró mirigyeken kívül az ideges izgalom és az obesitas szerepelnek leggyakrabban. A betegség lényege anyagcsere-zavarokon alapzik, főként a szénhidratemésztés assimilatiós és dissimilatiós zavarán. Tehát úgy a betegség kóroktanában, mint a lényegében találunk olyan momentumokat, melyek világosan rámutatnak az ivókúra és a hydrotherapia fontosságára és cél-szerűségére.

A vízkúrától tonusos, megnyugtató, izgató, az anyagcserét javító hatást várunk. Az assimilatiós képességet a szénhidratok iránt fokozza, a N-tartalmú ételek kihasználását növeli, az oxydatio emelésével a savmérgezés beálltát gátolja,

az idegrendszer megnyugtató. Előnyös a furunculosis, eczema, neuralgia, obstipatio gyógyítására. Alkalmazásakor individualizálni kell, hogy a fürdő mechanikai, thermalis, chemiai és időtartami viszonyai a kívánt és helyes reactiót váltsák ki.

Az ivókúránál tekintetbe jön: 1. A megfelelő diéta. 2. A folyadékhatás. 3. A sóhatás. 4. A radioactiv hatás. Az anyagcserét javítja, a gyomor és bél működését szabályozza. A szervezetet alkalizálni igyekszik, a diuresist növeli.

Magyarországon az ilyen ivókúrára egyik legalkalmasabb hely Balatonfüred. Specialis gyógyító hatást az ivókúrától várni nem lehet; hogy a fürdőhelyeken mégis oly szép eredményeket érnek el a betegek, nem annyira az ivókúrának köszönhető, mint inkább a helyes diétának, a rendszeres fürdőknek, a megfelelő testmozgásnak és a nyugodalmas életnek.

7. A cukorbetegség és köszvényesek diétás konyhájáról.

Czekkel Ferencz (Lipik): Itt az ideje, hogy minden fürdőhely foglalkozzék a diétás konyha felállításának gondolatával. A diétás konyhát úgy kell megcsinálni, hogy ne a vendéglős, hanem közvetlenül az orvos rendelkezésére álljon. Állandóan elegendő négy típusú menu-t főzni, ú. m.: a gyomorbetegek számára, a köszvényesek számára, a cukorbetegség számára és vesebajosok számára. E négy formával a többi megbetegedés diétás étkezését is el lehet látni. Elég, ha minden diéta-formából 10-féle ebédet és vacsorát készítenek egy nyári fürdőhelyen. Rátérve a köszvény- és cukorbetegkonyhára, előadja ezek alapelveit és részletesen felsorolja 10—10 ebédnek és vacsorának menu-kártyáját. A fogások teljesen megfelelnek a magyar viszonyoknak. Rövid ideig tartó diétás főzés-cursusokat kellene tartani orvosok számára és alapos elméleti és gyakorlati cursusokat diétás szakácsok számára. A magyar fürdők diétás konyháinak megerősödése nagy tényező lesz a hazai fürdőügy fellendülésében.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(VI. szakülés 1914 márczius hó 7.-én.)

Elnök: **Klumák Adolf.**

Jegyző: **Konrádi Dániel.**

II. Kiss Ferencz: A halántékcsont szerkezete. Röviden ismerteti a Hyrtl óta szokásos corrosiós vizsgáló módokat s megállapítja, hogy bár egyes finomabb alaki tulajdonságok kiderültek ez eljárások nyomán, a melléküregek mivoltát illetően e vizsgálatok alig vitték előbbre a kérdést. A vizsgálók mindenike oda nyilatkozott, hogy a légtartalmú sejtek és azok falai szabálytalanul, egyénenként változó módon helyezkednek el. Az előadó eredményeit a halántékcsontról felületeire merőleges metszésplokon nyerte. Az ilyen síkokban a sejtek közötti lemezek két rendszerben helyezkednek el: egyik részük a külső felületükkel és egymással többé-kevésbé párhuzamosan halad, másik részük pedig ezekre és a felületekre merőlegesen helyezkedik el. Készítményeken mutatja be a szabályszerűséget a csont minden részéből való metszeteken. A merőleges lemezek a csont felületeit támogatják a rájuk ható erővel szemben, tehát a halántékcsontról is az erővonalaknak megfelelően épül fel. Ez a szerkezet megegyezik **Paulli** azon állításával, hogy a pneumatikus üregek jelentősége általában a koponyának az alkalmazkodás által feltételezett kialakulásában keresendő. Felemlíti még, hogy a sziklacsonthiányoknak

(dehiscenciáknak) az a bonczolástani oka, hogy a támasztó léczecskék egyes helyeken hiányosan fejlődnek ki s egy-egy ilyen nagyobb üreg alátámasztás nélkül maradt teteje vékonyodik el és lyukad át a reája ható folytonos nyomás következtében.

PÁLYÁZATOK.

965/1914. szám.

A vezetésemre bízott Ugocsa vármegyei **Perényi-kórházban** megüresedett **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: nyugdíjjogosultsággal egybekötött évi 1400 korona fizetés, egy szobából álló lakás, ételmezés, fűtés, világítás, mosás.

Az állásra csakis az egy évi kórházi gyakorlatot igazoló orvos-doktorok pályázhatnak.

A pályázók kérvényeiket **Becsky Emil** főispán úr nevére, Nagyszőlősi, címezve hozzám **1914. év május hó 15.-éig** küldjék be, mert később érkezőket figyelembe nem veszem.

Nagyszőlősi, 1914 április hó 20.-án.

Nagy Kálmán dr., operateur, igazgató-főorvos.

1084/1914.

Biharmegye biharkeresztesi járásának alulirott főszolgabírája a berekböszörményi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás évi javadalmazása a következő:

1. 1600 korona törzsfizetés, a mely az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-ában megállapított korpótlékokkal emelkedik.

2. 800 korona lakbér.

3. 600 korona fuvarátalány (800 koronára való felemelése belügy-ministeri jóváhagyás előtt áll).

4. M. kir. belügyminister úr 170.944/1913. VII. sz. rendeletével engedélyezett 1200 korona helyi pótlék.

5. A törvényben megállapított látogatási díjak.

Az orvosi körben fekvő gazdaságok és a magánorvoslás a kör-orvos részére tekintélyes összeget biztosíthatnak.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában körülírt képesítésüket és eddigi gyakorlatukat igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **folyó év május hó 20. napjának d. u. 5 órájáig** adják be.

A kéllően fel nem szerelt vagy elkészen beadott kérvényeket figyelembe nem veszem.

Az állás betöltése iránt később fogok intézkedni.

Biharkeresztes, 1914 április 23.

Frankó Endre, főszolgabíró.

3031/1914. sz.

A Huguag székhelylyel (vasúti állomás) újonnan szervezett **kör-orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A kör 9 községből áll, 6258 magyarajkú lakossal.

A körorvos javadalmazása: 1. törvényszerinti törzsfizetés és korpótlék, a lakás felépítéséig 800 korona lakpénz, 500 korona útiátalány. 2. Szabályrendeletileg megállapított rendelési, látogatási és műteti díjak; teendői vármegyei szabályrendelettel vannak megállapítva.

A megválasztott körorvos kizigógyszertári jogosultságot nyerhet. Az eddigi alkalmaztatást is igazoló pályázati kérvényeket **folyó év május hó 31.-éig** fogadom el.

A választást folyó év június 18.-án d. e. 10 órakor fogom Huguagon a jegyzői irodában megejteni.

Balassagyarmaton, 1914. évi április hó 23.

Balás, főszolgabíró.

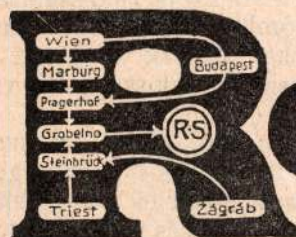
Sanatorium Dr. Schweinburg

Zuckmantel

Osztr.-Szilézia.

Radium-Inhalatorium. **Uj! Bergonié.** Mesterséges magaslati napsugár. Diathermia.

Legmodernebb és legteljesebben berendezett intézet fizikai és diétetikai gyógymódok részére. Előkelő tartózkodási hely. Remek fekvés. Legelőcsőbb átlalányárak. Prospectusok ingyen küldetnek.



Uj, pompás gyógyépület.

Rohitsch-Sauerbrunn

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

Ivó- és fürdőkúrák kiváló gyógyeredménnyel: gyomor-, bél- és májbajoknál, epekö-nél, cukros hugaránál, köszvény-nél.

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

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Weisz Ede: A thermotherapia alapelvei. 389. lap.

Szedlák Ödön: Közlemény a székesfővárosi Szent János-kórház elmebetegosztályából. (Főorvos: Hudovernig Károly dr., egyetemi magántanár.) Gyógyító kísérletek natrium nucleicummal paralysis progressiva eseteiben. 392. lap.

Glück Tibor: A lipojodin inhalációs alkalmazása. 393. lap.

Áldor Lajos: Közlemény a magy. kir. államvasutak külön betegpénztárának gyomor- és bélbetegségek számára fentartott gyógytelepéről Karlsbadban. A gyomor chemismusának zavarairól cholelithiasis eseteiben és ezen zavarok jelentőségéről a cholelithiasis terapiájában. 395. lap.

Bókay Zoltán: Berliini reflexiók. 397. lap.

Avarffy Elek: † Scherer Sándor dr. 400. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. J. Petruschky: Grundriss der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose. — H. Pfeiffer: Das Problem des Verbrühhungstodes. — Lapszemle. Orr-, torok- és gégebetegségek. Spiess és Feldt: Az aranycantheridinnek a tuberculosusra és nevezetesen a gégetuberculosisra hatása. — Gyermekorvostan. Rominger: A csecsemőcsemának pellidol-kenőccsel való kezeléséről. — Bőrkórtan. A. Brauer: A lupusnak a Friedmann-féle tuberculosisszerrel való kezelése. — Venerás betegségek. Schaudinn: A spirochaeták rendszerbeli hovatartozása. — Kisebb közlések az orvostudományról. Hostabrich: Torpid fekélyek gyógyítása. — Crookshank: Asthma — Thederling: Herpes tonsurans. — Blunck: Fagyás okozta erythema és pernio. 401—402. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 402. lap.

Vegyes hírek. 403. lap.

Tudományos társulatok. 404—406. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A thermotherapia alapelvei.

A XXIV. balneologiai congressuson előadta: Weisz Ede dr. (Pöstyén).

A rövidség kedvéért a thermotherapiáról óhajtok csak szólani és nem a balneotherapiáról. A mennyiben tudvalevőleg minden forrás úgy vegyi, mint physicalis tekintetben bonyolult egyéniséget alkot, a rendelkezésemre álló rövid időn belül lehetetlen ezen tényezők mindegyikére kiterjeszkednem és azok kölcsönös értékviszonyát megállapítanom. Csak általánosságban álljon itt a tétel, hogy a szóba jövő javalatok szempontjából bizonyos az, hogy a természetes thermalis és iszapfürdők hatásosabbak a közönséges víz-, villanyos- és forrólégfürdőknél. Azért birnak tapasztalatilag is beigazolt nagyobb hatással, mert sokszoros physicalis s vegyi componentjeiknél fogva a hőbeli hatáson kívül több oldal felől tudnak bőrizgató, vérértágító, felszívódást elősegítő és egyéb hatásokat kifejteni, úgy hogy aránylag kisebb hőfok mellett is határozottan több eredményt érnek el, mint azon fürdők, melyek kizárólag hőhatással dolgoznak.

A hőfok jelentőségének beható tárgyalása különös fontossággal bír, mert egyrészt közös alap, másrészt mindenféle házi kúránál ez szokta a kúra gerinczét alkotni és végre mert a fürdők összes tényezői közül egyik sem bir oly, a veszedelem mérvéig csábító fokozhatósággal, mint a hőfok.

A hőfokon kívül, a melynek toleranciájával és optimumával részletesebben fogunk foglalkozni, természetesen nagy jelentősége van a fürdő alkalmazása módjának, nevezetesen: vajjon általános fürdőt alkalmazzunk-e a betegnek, avagy tagbeli, úgynevezett localis fürdőt. Az ily localis fürdőknél a meleg fürdőbe be nem iktatott testrészek vérkeringésbeli hűtő hatása megmarad, a mi az alkalmazott hőfokra tömpítőlag hat; azonkívül a fürdőbe be nem iktatott testrészek hőszabályozó lehetősége szintén zavartalanul fennáll és szabályozólag foly be a localis fürdő hatásával szemben.

Nagyon sok függ attól is, hogy miképp alkalmazzuk a helybeli applicatiót. Pl. a gyakran változtatott Priessnitz-borogatás hűsítő, hosszabb tartam esetén pedig váltakozó hideg-meleg hatással bír, míg ha a borogatást vízáthatlan viaszos vászonnal avagy guttaperchéval hosszabb időre letakarjuk, a hő pangásánál fogva jobbra felmelegedő és meleg borogatás jellegével bír.

A mi a különböző hatásokat illeti, tudjuk, hogy a localisan alkalmazott meleg meglehetősen mélyrehatólag fokozza az illető rész temperaturáját. Hasonlóképpen tudjuk az általános fürdőkről, hogy lényegesen fokozzák a test hőmérsékletét, így pl. a 39° C vízfürdőben 20 perc múlva a testhőmérséklet emelkedése 1/2—1 fokot tehet ki. 42° C fürdőben a hőmérséklet 20 percen belül 3-5 fokkal emelkedhetik.

A chemiából és biológiából tudjuk, hogy a vegyi folyamatok, az élet számos functiói, az anyagcsere összes viszonyai — az öldöklő határon innen — emelkedő hőfokkal szintén emelkednek. A hő alkalmazása tehát módot nyújt arra, hogy bizonyos anyagcserebeli kóros termékek, endogen és exogen toxinok könnyebben olvadjanak be a szervezet háztartásába, illetőleg könnyebben küszöböltsenek ki.

Különös jelentőséggel bír a láz analogiájára terapiánk szempontjából a 40° C. (32° R). Valamint ott fontos küszöböt jelent, úgy a fürdők szempontjából is bizonyos határkövet jelez. 40° C fürdőben még fiatal egészséges embereken is 100 fölé emelkedik a pulsus percenként és a vérnyomás, a mely 37—40° között általában inkább leszálló tendenciával bír, 40°-on túl többnyire lényegesen emelkedik. Tapasztalatból azt is tudjuk, hogy 40°-on túl az idegrendszer is szenvedhet.

A tapasztalat a különböző általános meleg applicatiók részére a következő maximalis fokokat állapította meg: forró vízfürdők adagolhatók egészen 40—42° C-ig, iszapfürdők valamivel nagyobb fokig, orosz gőzfürdők 55°-ig, római-ir forrólégfürdők egész 60°-ig, villanyos fényfürdők egész 75°-ig. Megfelelő localis részfürdőknél még néhány fokkal több jöhet alkalmazásba, így pl. légfürdőknél még 100°-on túl levő hő is

A mi a tartamot illeti, langyos, azaz a test hőmérsékletéhez közel álló fürdők mint állandó vízfürdők is jöhetnek alkalmazásba. 40°-ig terjedő meleg vízfürdők 15—35 percig tarthatnak, forróleghűdők 40°-on túl 10—20 percig. Helybeli úgynevezett tagfürdők alkalmazása természetesen lényegesen túl is terjedhet ezen.

Hatás tekintetében igen fontos a melegnek fájdalomcsillapító képessége, a mi kétségtelenül részben a melegnek az érzést határozottan lezállító tulajdonságán alapul. A fájdalomcsillapítás nemcsak subjectív értelemben leghatalmasabb feladata therapiáknak, hanem nyugtatva az idegzetet, lobgató jelentőséggel is bír.

Mint további üdvös hatás az izzadás szerepel. Az izzadsággal számos káros anyag ürülhet a testből, mint az pl. a húgyanyagból, ólomról, arsenről, egyes bacteriumokról adatszerűen ki van mutatva. Sokat mondó ezen szempontból számos acut megbetegedésben az izzadással járó krízis befejeződése. A csúszellenes fájdalmas szerekről és sok antipyreticumról általában tudjuk, hogy fájdalomcsillapító hatásuk igen sokszor izzasztó hatással van kombinálva. Azon leszünk tehát, ha már meleg fürdőt alkalmazunk, hogy annak izzasztó tulajdonságát is lehetőleg értékesítsük fürdő utáni begöngyölésekkel és ágybanfekvéssel.

Ezen ismeretek már elég régi keletűek. Nem elég tisztán áll azonban előttünk azon szoros viszony, a mely a fürdőhatást a biológia s pathologia legújabb tanaival okszerű kapcsolatba hozza.

Mielőtt erre rátérnénk, csak arra óhajtom szíves figyelmeket felhívni, hogy minden fürdőterv megállapítása előtt két dolgot kell szem előtt tartanunk; először magát a beteget, illetőleg a beteg egyéniségét, korát, constitutióját, szív- és vérérbeli állapotát, idegrendszerének functionalis mérvét stb. Másodsor a betegséget, azaz a kóros elváltozás status praesensét.

A *thermo-therapia dominiuma a lob és annak következményei*. Kétségkívül annak előzményei is, a mennyiben a bonczolástani elváltozásokat mikroskopi, esetleg mikrochemiai folyamatok megelőzik. Idetartozik a leletnélküli fájdalmas betegségek, illetve állapotok azon nagy csoportja, a hol az endogen és exogen ártalmak nem elég intenzív, avagy pedig nem elég hosszan tartó behatása elegendő ugyan arra, hogy fájdalomérző idegeink kapcsán kínos érzéseket váltson ki, de nem elegendő ahhoz, hogy bonczolástani elváltozásokat is produkáljon. Ide tartoznak a csúszos és egyéb lobok bevezető előstadiumai, a hol nyilván a thermotherapia mérsékeltebb fokaival is célzott érhetünk. A fokozott vérbőség, anyagcsere és az egyidejűleg fokozható kiválasztás útján a még bonczolástaniilag és chemotaktice le nem kötött toxinek s ártalmak többnyire elég könnyen távolíthatók el.

Sokkal nehezebb feladat előtt állunk, ha a lob már kifejlődött vagy pedig ha a lob súlyos következményeit látjuk magunk előtt.

Engedjék meg, hogy ehhez néhány, a lob fogalmával szorosan összefüggő elméleti reflexiót fűzzek.

A régi vita, vajjon a lobos folyamat hasznunkra vagy kárunkra van-e, ma bizonyos értelemben a lob javára dől el. Tudjuk, hogy ha bárminemű káros endogen és exogen elemek valamely szervbe, pl. valamely ízületbe betörnek, a lob jelenségei azonnal beállnak híj exsudatio és fehér sejtek bevándorlása alakjában, a melyek a helyszínen megjelennek, hogy a bacteriumokat és toxinokat ellensúlyozzák, ártalmatlanná tegyék. Amde a tétlenségi elvén fogva a Weigert-féle hypercompensatiós törvény itt is érvényesül, a mennyiben a szervezet a lob tekintetében rendesen túllő a célón. Többnyire a kellenél sokkal több savó és a sejtek sokkal nagyobb tömege kerül a lob helyére, a honnan ezen nagyobb tömegek természetesen ismét nehezebben távolíthatók el. Qualitativ tekintetben is egyre szaporodnak a kellemetlen következmények, a mennyiben a toxinokon kívül a bakteriolysinek és fehérjeemésztő proteolysises fermentumok lobszerű felfokozása az illető szervek saját elemeinek fölemésztéséhez, az ízületben pl. az endothel-sejtek usurálásához hozzájárulhat.

A törekvés, mely praecipitálás és koagulálás által a bacteriumok elpusztítására irányul, végre mindenféle összetapadás és összenövésnél fogva állandó zavarok, fájdalmak és kínok ki nem apadó forrásává válhatik. A lobnak mértéken túl való fokozásával az egyre szaporodó sánczok hovatovább jobban nehezítik az odacsodított savó és sejtes elemek viaszosodását. És mialatt a fájdalom mint külön lobinger is folyton nő, a vér- és nyirokkeringési viszonyok egyre romlanak. A ferde lejtő folyton mélyebbre süllyed és a restitutio ad integrum lehetősége annál nehezebbé kell, hogy váljék, minél tovább tart az állapot. Végzetes határ különösen az a pillanat, midőn a szabadon keringő sejtelemek mindenféle álhártyákba temetve, kötőszövet alakjában szervülnek, oly határ, melyen túl a thermotherapia hatalma alig terjed.

Időközben a lob, ha szabad úgy szólnunk, túlbuzgalomban többnyire területileg is messze túlhaladta a szükségesség határát. A folyamat úgy a szélességben, mint a mélységben túlságosan kiterjed. Így válik egyszerű synovitisből valóságos panarthrit, neuritisből perineuritis, csontos csatornában esetleg periostitis és fordítva.

Minden therapiának, tehát a thermotherapiának is oda kellene igyekeznie, hogy a lobot kellő mértékére korlátozza; hogy előmozdítsa bizonyos elégtelenség esetén és erőlyesen megakadályozza, ha a czélszerűség küszöbén átrohanni készül.

De hol vesszük a kellő mértékvesztőt a lobos folyamatok természetére nézve. És még egy kérdés. Vajjon tudjuk-e igazán, hogy a különböző hideg és meleg fokok a megbetegedés, illetve a lob góczára miképpen hatnak?

Winternitz, Bier és iskolájuk, valamint sok egyéb érdemes szerző vizsgálatai lényegesen hozzájárultak, hogy a gyakorlati thermotherapiát elméleti tudásunkkal összhangba hozzassuk. De természetesen még nagyon sok a hézag. Ez alkalommal szíves figyelmüket csupán Schaeffer munkájára (Der Einfluss unserer therapeutischen Massnahmen auf die Entzündung) óhajtom felhívni, a mely kísérleti histologiai alapon igyekszik a rendkívül érdekes, de módfelett bonyolult viszonyokra fényt vetni.

Schaeffer kísérleteit ezüstnitrátba mártott fonalakkal végezte, kutatóván, hogy a keletkező infiltratumok miként viselkednek a különböző hideg és meleg applicatiókra.

Állandó jégkezeléssel az infiltratum keletkezését csak úgy tudta megakadályozni, ha a jeget elejétől fogva alkalmazta. A már kezdődő infiltratummal szemben a jég nem mutatott jó hatást, a mennyiben nemcsak hogy el nem oszlatta az infiltratumot, hanem a fehér vérsejtek tömeges bevándorlása folytán egyenesen fokozta. Tekintve, hogy a gyakorlatban alig van alkalmunk a bántalom kezdetétől fogva mindvégig jég alatt tartani a beteg testrészt, a jégkezelésnek infiltratumgátló vagy pedig infiltratumot eloszlató hatására ritkán számíthatunk. Sőt tekintve a nagy tömegekben odacsodított fehér vérsejteknek renyhév és activ felszívódásra alkalmatlanná való tételét, az állandó jégkezeléstől többnyire tartózkodnunk kell, mert a restitutio ad integrumot megnehezíti. Fő indicatiója a jégkezelésnek a fájdalomcsillapítás, a mint azt mások s én rége óta hangoztatjuk. De itt is akad bőven refractaer eset.

Egészen másképpen viselkedik az infiltratum a meleg applicatiókkal szemben. A meleg még tetemes infiltratummal szemben is tud kitűnő eloszlató hatást gyakorolni. A meleg kapcsán óriási hyperaemia és hyperlymphia keletkezik feltűnő módon, azonban a kivándorolt fehér vérsejtek száma a hyperaemiás s hyperlymphias területen minimalis. Minőségileg feltűnik még, hogy a sejtek többnyire magnétküliek s mint úgynevezett „leukocytaárnyékok” oldódásban levők. Az egész folyamatot — durva hasonlattal élve — holmi malomrendszerhez hasonlíthatjuk, mely a nagy ár által hajtván a magvakat egészen finomra szétörli. A hyperaemia és hyperlymphia vegyi és biológiai hatásához ime nagy erőművi momentumok is csatlakoznak, melyek élénk ide-odaáramlás keletkezése közben a holt tömegeket, beágyazott sejtrészeket megmozgatni, az árba besodorni és végre eltüntetni tudják. A hyperaemiás területről a felszívódás is könnyebben megy végbe, mint azt Klapp pl. a czukoroldatról kimutatta.

A hideg és meleg között a Priessnitz-borogatás áll, az alkalmazott technika szerint hol hűsítő és a fehér vérsejteket gyűjtő, hol felmelegedő és az infiltratumot oszlató eredménynyel.

Igen fontos, a mit Schaffer a hőfok optimumáról észlelt. Kitűnt, hogy bizonyos hőfokon alul lényegesebb eredmény nem volt elérhető, de viszont bizonyos hőfokon túl egyenesen infiltratumfokozó és a szövetet mélyen sértő hatások álltak be. 46° C-on felüli hőmérséklet mellett a meleg alkalmazásának legtöbb üdvös hatása, mint a hyperaemia, hyperlymphia stb. hirtelen megszűnik, a mihez a vérerek megkárosítása és a beálló vérzések folytán újabb lobingerek járnak.

Engedjék meg, hogy ezen igen fontos pontnál egy pillanatra megálljak. Nemcsak laikus, hanem orvosi részről is akárhányszor találkozunk azon túlzó törekvéssel, hogy túl magas temperaturákat alkalmaznak. Pöstyénben 27—60° C természetes thermalis hőfokú iszappal és fürdőkkel rendelkezünk, azonban a tolerált legmagasabb temperaturát korántsem vesszük mindig igénybe. Magam helyi iszapapplicációk esetén ritkán megyek 45° C (36° R) fölé és tapasztalatból igazolhatom, hogy oly hőmérsékletek, melyek ezen lényegesen túl vannak, nemcsak hogy nem mutatnak több eredményt, hanem, ha 2—3 foknál többet tesznek ki, akárhányszor egyenesen ártalmára vannak a betegnek. Azt hiszem, t. uraim, legfőbb ideje, hogy a nagy hőfokokkal operáló forró légfürdők használatát fokbelileg szintén ilyen értelemben redukáljuk.

Ezek után nézzük most már, miként lehet ezen általános ismereteket a lob különféle stadiumaihoz alkalmaznunk.

Példával talán legjobban illusztrálhatom a dolgot: valamely beteg, a ki heveny térdgyuladást állott ki, egyik napon buzgalmában a rendelnél sokkal nagyobb hőfokot használ. A kezdetben javulásnak indult állapot hirtelen rosszabbodik és, legalább helybelileg, teljesen acut jelleget ölt. A beteget ágyba fektetvén, reggel, délben, este egy-egy órán át hűvös borogatást rendelek. Midőn a beteget harmadnapra látom, a térd teljesen leapadt, forrósága egészen megszűnt s a beteg fájdalom nélkül mozgatja izületét. Az eset értelmezése a következő: A túlnagy hőfok a javuló állapotot határozottan rontott, a mennyiben a lobot mértéken túl fokozta. Ha a kezelés ilyen irányban folytatódik, a rosszabbodás rendkívüli módon elmérgesedett volna. A kellő pillanatban beszüntetve, abszolút nyugalom közben meghozta a várt sikert. A fokozott lob ugyanis ár módjára megmozgatva minden mobilizálható sejtet, megtisztogatta az egész területet és a nagy fluxióval együtt maga is eltűnván, rendes viszonyokat hagyott hátra.

A therapiának régi elve, hogy idősült lobmaradványokat csak acuttá való tétellel lehet eloszlatni, mint azt pl. a trachomának és idősült kankónak különféle szerekkel való kezelésekor szemmel láthatólag tapasztalni szoktuk.

A lobos stadiumok különféle nuanceai oly különféle hőfokot igényelnek, hogy azt adatszerűen semmiféle balneológiában, semmiféle kötetes munkában meg nem találjuk.

Magam is akárhányszor jutok azon helyzetbe, hogy kényes, recidivára hajlamos esetekben csak tapogatózva merek haladni, míg eredménytelenség esetén végre merész ugrással sikerül célzt érnem.

Általában azt lehet mondani, hogy minél kevesebbek a lobnak acut és acutabb jelenségei, minél állandóbb jelleget mutat a körlefolyás, illetve a status praesens, annál nagyobb hőfokok engedhetők meg, sőt szükségesek. Minél közelebb áll azonban az állapot az acut stadiumhoz, annál óvatosabbnak kell lennie eljárásunknak.

Hogy állunk a fulminans acut esetekkel? Vajjon sok értelme volna-e annak, hogy a túlságosan ad maximum felfokozott lobos tüneteket túlactiv beavatkozással még magasabb fokra csigázzuk, midőn ezzel az exsudatiót kiméletlenül szaporítjuk és a visszaállítás lehetőségeit ugyanazon arányban megnehezítjük, esetleg pedig lehetetlenné tesszük.

Infectiosus természetű lobos góczok esetén a folyamatnak illetén felrobbantásával túlságos toxinmennyiséget viszunk

ismét vissza be a vérkeringésbe, miáltal a beteg közérzetét, az általános állapot rosszabbodását, a bacillusok és toxinok széjjelhurcolását, szóval az egész vonalon a valóságos recidivát kockáztatjuk. Ugyanaz történik, t. uraim, mint a Wright-féle vaccin-kezelés negatív phasisában. Ilyenkor a szervezet ellenállóképességét még csökkenteni egyértelmű lenne a műhibával. Ellenkezőleg arra kell törekednünk, hogy a mérgeknek a lob góczán való ideiglenes visszatartásával, esetleg hűsítő borogatások segítségével a szervezet számára időt nyerjünk, hogy megerősödjék, ellentállóképessége nagyobodjék.

Ezen értelemben a thermotherapia kettős irányban nyújt lehetőséget. Egyrészt arra, hogy a megbetegedési góczpont helybeli védelme érdekében az egész szervezetnek segéderőit lehessen mobilizálni, másrészt arra, hogy a góczmegbetegedés forrásából lehessen stimuláló anyagot, mintegy vaccinát meríteni a célból, hogy a szervezetet gyógyító antitestek képzésére serkenteni, mintegy autovaccinációval és autoserummal inokulálni lehessen.

A balneotherapia, illetve thermotherapia ezen megértésének legkezdetén állunk, de kétségtelen, hogy innen is gyönyörű perspektívánk nyílik az okok és okozatok, a hatás és eredmény áttekintésére.

A thermotherapia, mint látjuk, korántsem indifferens eljárás. Sőt azon kell lennünk, hogy — a valóságos recidiva elkerülésével — kifejezett visszahatásra, ú. n. reakcióra izgasuk és kényszerítsük a szervezetet.

A „reactio” szó a balneotherapiában régen dívik. A modern tanok értelmében vajjon mit jelent?

A fajidegen fehérjéről tudjuk, hogy a vérkeringésbe kerülve, ott igen hatalmas reakciót, egyenesen pusztító hatást tudnak kifejteni. Tudjuk továbbá azt is, hogy nemcsak fajidegen fehérje, hanem ugyanazon állatban vagy egyénben a véridegen anyagok is szűnnek hatalmas visszahatást, ha a véráramba kerülnek. Hasonló módon lehet talán azokat a jelenségeket értelmeznünk, a melyeket valamely trauma folytán a szövetek laesioja kapcsán a vér extravasatioja lobos következmények alakjában okoz. Ugy látszik, az egyes szövetsejtek csak saját szervük határain belül érzik magukat jól, a szerv határait átlépve, akár a szomszédság szövetelemeivel szemben is bizonyos ellenséges kölcsönhatásba lépnek.

Ha most már a balneo-, illetve thermotherapiában mindenféle toxinok, híg exsudatumok és sejtes infiltratumok felszívódására, a nyirok- és véráramba való behajtására törekszünk, nem teszünk tulajdonképpen egyebet, mint hogy a szervezetet a védőanyagok és antitestek termelésére, az ú. n. reakcióra hathatósan izgatjuk és kényszerítjük. Ezt tudatosan célbavéve, thermotherapiás beavatkozásainkat szükségképpen egyre fokoznunk kell, nem ugyan a recidiva, de mindenesetre az ú. n. reactio fokáig. Ide érve azonban, nem szabad kiméletlenül és vakon tovább rohannunk. Meg kell állanunk és az össz-szervezetnek, valamint a helybeli szöveteknek is időt engednünk, hogy a reakciót kiheverjék, hogy feldúlt egyensúlyuk helyreálljon.

A reactio subjectív jelenségei: Fokozott fájdalom, rosszabb közérzés. Objectív jelenségei, a mennyiben lobos folyamatról van szó, a lob triasának, a tumor, rubor és calor fokozódása.

Különösen a helybelileg fokozott hőemelkedésnek tulajdonítok rendkívüli fontosságot ezen szempontból, mint azt mult évi előadásomban kifejtettem alkalmam volt.

Ezekben volt szerencsém a thermotherapia alapelveit röviden körvonalazni. Elvekről lehet csak szó, és nem kimerítő részletekről, mert hiszen, a hány eset van, annyiféle eljárás szükséges.

Hosszas tapasztalatok, lehetőleg gondos, mélyreható észlelés és mint minden orvosi téren, az imponderabiliákkal való számolni tudás, az orvosi intuitio, a fürdőmesterségből is orvosi művészetet teremt.

Közlemény a székesfevárosi Szent János-kórház elmebetegosztályából. (Főorvos: Hudovernig Károly dr., egyetemi magántanár.)

Gyógyító kísérletek natrium nucleinicummal paralysis progressiva eseteiben.

Irta: Szedlák Ödön dr., segédorvos.

A mióta Donath a paralysis progressiva terapiájába bevezette a natrium nucleinicumot és ezen kezelésmódot, valamint a vele elért eredményeket a Budapesten megtartott XVI. nemzetközi orvosi congressuson ismertette, több-kevesebb eredménnyel sokan kísérleteztek ezen szerrel, remélve, hogy a paralysis progressivának még mindig szegény, alig számbavehető eredményt mutató kezelése talán nagyobb sikerrel fog járni. Mint ismeretes, a natrium nucleinicummal való kezelés alapelve ugyanaz, mint a tuberculiné: hyperpyresist idéz elő a betegen, a melyhez hozzájárul még a natrium nucleinicumnak leukocytosist előidéző hatása is. A nucleinsavban ugyanis oly kémiai anyag birtokában vagyunk, mely pozitív chemotaxissal van a leukocyttakra. Hogy azonban itt a phagocytosis tana érvényre jut-e, hogy a fehér vérsejtek, melyek különben a fertőzések ellen nagy szerepet játszanak az organismus védekezésében, itt is megfelelhetnek-e rendeltetésüknek, kétséges. A hyperpyresis az, melyet a natrium nucleinicum alkalmazásával elérni akarunk s a melynek jó hatását paralysis progressiva egyes eseteiben észleljük is, a leukocytosisban azonban, mint a mely folyamat a szervezetet megvédi, felszabadítja a káros befolyásoktól, a terjedő hűdéses elmezavar kezelésekor nem bízhatunk. A natrium nucleinicum által létrejövő javulásokat Donath azon nézetével magyarázza, hogy paralysis progressiva eseteiben az idegállomány bomlása következtében mérges anyagcseretermékek képződnek, melyek elpusztítását célozza a natrium nucleinicum azáltal, hogy a hyperpyresis és hyperleukocytosis együttes hatása erős oxydatióban nyilvánul meg, miáltal az idegsejtek regenerálódnak.

Előnye ezen szernek a tuberculinnal szemben — a mint Donath¹ megjegyzi — az, „hogy a tuberculin, mint sokkal hevesebb, specifikus bacteriumméreg, a lappangó tuberculosist felelevenítheti, míg a nucleinsav jól definiált kémiai vegyület, mely pontosan adagolható és komoly mellékhatásokat nem idéz elő“.

Az osztályunkon végzett tuberculinkúrák után, melyeknek eredményeit az Orvosi Hetilapban megjelent közleményekben ismertettünk, közreadjuk immár natrium nucleinicummal elért eredményeinket is. Ezen kúrát is épp úgy, mint a tuberculinnal végzettet, részint tisztán, részint antilueses kúrával kombináltan használtuk, hogy lássuk, vajon az elérhető eredmények milyen százaléka írható a kénese javára. Mint a tuberculinkúránk eredményeit ismertető közleményeimben is megjegyeztem, Hudovernig ugyanis már régen kifejezést adott azon meggyőződésének, hogy a tuberculinnal egyidejűleg végzett antilueses kúrában a számbavehető sikereket ez utóbbinak kell tulajdonítanunk. Ezt megerősítették a kénese nélkül végzett tuberculinkúránk is, melyeknek az eredménye messze alul maradt a kénesevel kombinált tuberculin kezelésénél. Ugyanezt tapasztaljuk a natrium nucleinicum-kúrákban is. És itt hangsúlyozható ama körülmény, hogy az észszerűen végzett kénesekezelésnek mily fontossága lehet a paralysis progressiva terapiájában. A tuberculin, nuclein, mint hőemelkedést és élénk anyagcserét előidéző szerek, a kénese hatását elősegíthetik, siettetik, de egymagukban alkalmazva, a hozzáfűzött reményeknek nem igen felelnek meg.

A kúrát mi kezdetben Donath útmutatásai szerint natrium nucleinicumnak és konyhasónak (1:0.30) steril vízben való oldatával oly módon végeztük, hogy a kezdeti 1 gr.-os adagot 6—7 napos időközökben fokozatosan 5 gr.-ig emeltük s a megfelelő dosisokat részint a hónalji kötőszövetbe, részint az intrascapularis tájékba fecskendeztük. Később, miután ezen magistraliter rendelt, gyógytárban készített natrium nucleini-

cummal a legnagyobb elővigyázat mellett sem kerülhettük el egyes esetekben az alkalmazás helyén a genyedést, figyelmünk a Richter vegyészeti gyár által előállított leukotaxisos hatású készítményre, az úgynevezett phagocytinra fordult, mely physiologiai készítmény megbízható, gondos előállításánál fogva jobbnak bizonyult, kellemetlen mellékünetei kisebbek voltak. A phagocytin Richter előállításakor élesztő sejtmagvakat vegytiszta alakban használnak fel s abba natriumot vezetnek be abban az arányban, hogy subcutan adagolásra alkalmas legyen.

Az injectio helyén kezdetben fájdalmas feszülés érzése, majd kisebb kiterjedésű erythema támad, mely azonban két-három nap alatt eltűnik. A későbbi nagyobb dosisok beadásakor — az oldat mindinkább sűrűbb lévén — ezen fájdalmas érzés fokozódik, ilyenkor az injectio helyére alkalmazott hidegvizes borítás enyhítőleg hat. Értelmesebb paralysiseinken, kik gyógykezelésük tudatában nyugodtan feküdtek ágyukban, az injectiók helyét nem bántották, a phagocytin gyorsan szívódott fel, azonban néhány nyugtalan, erősen demens, a betegségbe belátást teljesen nélkülöző betegen, kik az injectiók fölé alkalmazott védőkötséget vagy tapaszt letépték, a hely irritálása következtében genyedés állott be. Ezen tisztá, jótérmetű tályog a megnyitás után a kúra befejezését késleltette ugyan, de egyébként nem okozott különösebb zavarokat.

Közvetlenül az injectio után az első órában hypoleukocytosis, a fehér vérsejtek számának csökkenése, majd 4—5 óra múlva hőemelkedés kíséretében erős hyperleukocytosis jelentkezik úgyannyira, hogy a fehér vérsejtek száma 12, 20, 30, 40 ezer, sőt ennél több is lehet. Némely betegen már az első adag beadása után a hőmérsék 39° C-on felül volt, míg másokon ez az egész kúra alatt 37.5—38.5° C között ingadozott. Természetesen nem mindig bizonyos, hogy a hőmérsék emelkedésének minden esetben a natrium nucleinicum volt az oka, mert tudjuk, hogy paralysis progressiva eseteiben néha minden kimutatható ok nélkül a hőmérsék emelkedése elérheti a 40° C-t is. Általában tapasztaltuk, hogy a temperatura emelkedése kisebb volt, mint a tuberculinkúrában. És éppen azért a kúra nem is viselte meg betegeinket annyira, a mi a tuberculinnal szemben előnyére írható a natrium nucleinicumnak. Hátránya azonban, hogy lassabban szívódik fel, mint a tuberculin s éppen azért könnyebben fejlődik tályog.

Paralysises betegeink között nem válogattunk; 50 betegünk a felvétel sorrendjében került kezelés alá, tehát a natrium nucleinicummal kezelték között a paralysis progressivának minden alakja előfordult. A kúra megkezdése előtt a somatikus és psychés tünetek megállapítása után minden betegen vér- és cerebrospinalis liquor-vizsgálatot eszközöltünk Wassermannra, a liquoron pedig kiterjedt figyelmünk a fehérjére, valamint a mikroskopos vizsgálatra is. A kúra befejezése után — ha lehetséges volt — ismételt hasonló vizsgálat mutatta a kezelés hatását.

A mi az elért eredményeket illeti, célszerűnek tartottam a betegek kórrajz-kivonatainak hosszadalmas ismertetése helyett az alábbi összefoglalásban egyszerűen felsorolni azon tüneteket, melyekre a javulást alapítottuk. Tekintettel voltunk tehát a testi és szellemi erősbödés megállapítása után a pupillák, az inreflexek állapotára, a paresisekre és mivel a liquor cerebrospinalis vizsgálatában ma már kétségtelenül jó támpontot nyertünk annak megítélésére, hogy a paralysis progressivának súlyos vagy kevésbé súlyos alakjával állunk-e szemben, a liquorban található fehérjequantumra és a lymphocyták számára. Legnagyobb fontosságot a kúra hatásának mérlegelésében talán ezen utóbbi vizsgálatnak lehetne tulajdonítani. Mert abból a körülményből, hogy pl. kénesevel kombinált natrium nucleinicum-kúra előtt a beteg liquorjában erősen megsaporodott fehérjequantumot (Nissl szerint a normalis 0.01—0.02 helyett 0.06—0.07 is), a sejtszám erős megsaporodását (Fuchs-Rosenthal szerint a normalis 3—8 helyett 130 is), pozitív globulin- és fehérjereactiókat (még 1%-os sulfosalicylra is) találtunk, melyek a kúra után lényegesen megkisebbedtek úgyannyira, hogy némely esetben a fehérje-

¹ Orvosi Hetilap, 1909, 41. sz.

quantum és a sejtszám majdnem a normalis liquor képét mutatta, bátran következtethetünk arra, hogy a kúra hatása alatt a progrediáló folyamat a szervezetben legalább egyelőre megállapodott, a központi idegrendszer fehérjeszétési tünetei szűntek. Végül a kúra hatásának értékelésében jó kisegítő vizsgálati segédeszközünk, a serumreactiót is kellő figyelemre méltattuk, bár hozzáfűzött reményeink nem igen váltak be. Tapasztaltuk ugyanis ismételt serológiai vizsgálatok után, hogy a vér Wassermann-reactiójának positivitása megmaradt a kúra után is, legfeljebb a liquoré mutatott néhány esetben gyengébb, de azért határozottan positiv reactiót.

I. A kúra hatása a betegség tüneteinek szempontjából:

	Natr.-nucl.- kezelés után	Natr.-nucl. + Hg. kezelés után
A pupillareactio visszatért	0 esetben	2 esetben
A pupillareactio javult	4 "	9 "
A bénulások tünetek (facial.-paresis, dysarthria) csökkentek	2 "	5 "
A bénulások tünetek eltűntek	0 "	2 "
Inreflexekben javulás	2 "	5 "
Testsúlyban gyarapodás	5 "	11 "
Szellemi feltisztulás	5 "	11 "
A cerebrospinalis liquor fehérje- quantuma csökkent	6 "	12 "
A cerebrospinalis liquor sejtszáma kisebb	6 "	13 "

II. A kúra eredménye százalékokban:

Natr.-nucl.-kezelés.	Natr.-nucl. + Hg.-kezelés:	
Munkaképes --- 0	Munkaképes --- 4%	1
Tetemes javulás --- 8%	Tetemes javulás --- 36%	9
Csekély javulás --- 24%	Csekély javulás --- 24%	6
Semmi javulás --- 31%	Semmi javulás --- 16%	4
Félbemaradt kúra --- 4%	Félbemaradt kúra --- 4%	1
Meghalt --- 33%	Meghalt --- 16%	4
25	25	

Munkaképes állapotban tehát csak egy beteget bocsájtottunk el osztályunkról. A munkaképesség megítélése azonban éppen paralysis progressiva eseteiben tág keretek közt mozog; mindig szem előtt tartandó itt a beteg foglalkozása. Mert egészen más elbírálás alá esik a kevés szellemi megerőltetéssel járó foglalkozás (földmíves, napszámosmunka, házi teendők stb.), mint azon munka, melynek elvégzésére éber figyelem, kitartó szellemi tevékenység szükséges. Egy mozgonyvezető betegünkön a kénésóval kombinált natrium-nucleinicum-kúra után úgyszólván semmiféle psychés elváltozás sem volt megállapítható, a somatikus eltérések jelentékenyen csökkentek, testileg erősbödött, a feltett kérdésekre értelmes, nyugodt feleleteket adott, úgy hogy az elbocsájtása alkalmával felvett status mindenben megegyezett a munkaképes állapotban elbocsájtott betegünk status retrospectivusával és ezen beteget még sem sorolhattuk a munkaképesek közé, mert egy paralysises beteg, a javulás bármily meglepő állapotában van is, mozgonyvezetésére alkalmasnak semmiképpen sem bizonyulhat. A munkaképesség meghatározásakor tehát főszólyt kell fektetni arra, hogy bizonyos munka elvégzésére milyen mértékben alkalmas a beteg.

Tetemesen javultnak azon betegeinket nyilvánítottuk, kiken a physicalis vizsgálat, a liquor vizsgálata kedvező viszonyokat tüntetett fel, kiken továbbá a kúra előtt fennállott betegség-tünetek, nevezetesen az izgalmak, desorientáltság, álmatlanság, téves eszmék részben vagy teljesen eltűntek, beszédük értelmes lett, de a figyelő-, emlékező- vagy ítélőképességben még mindig észlelhetők zavarok.

A csekély javulás csoportjába kerültek azok, kiken a betegség lefolyásában kevésbé tökéletes remissio állott be. Vonatkozik ez részben a fennállott paresisek javulására, a paralysises rohamok, a nyugtalanság megszűnésére, részben a dementia, dysarthria csökkenésére.

Természetesen a felsorolt és legnagyobb részt a kén-

esóval kombinált natrium nucleinicum-kúrának tulajdonítható javulások mellett nem hagyhatjuk figyelmen kívül azon körülményt, hogy paralysis progressiva eseteiben néha minden kezelés nélkül, spontan is beállhatnak a remissiók. Hogy a natrium nucleinicummal elért remissiók tartama milyen lesz, ezt megállapítani majd csak azokon lehet, kik továbbra is észlelésünk alatt maradnak.

A lipojodin inhalatiós alkalmazása.

Közlő: Glück Tibor dr., asthma-gyógyintézet és inhalatorium vezetője Budapest.

Az újabban forgalomba hozott jodpraeparatumok nagy száma azt bizonyítja, hogy még mindig tart a kutatás oly jodösszeköttetés után, mely hosszabb adagolás mellett sem okoz jodismust.

A jodalkaliák pharmacodynamiás hatásának kutatása közben a szerzők a jodismus jelentkezésének okait kiderítették.

Ezen vizsgálatok két irányban terjedtek ki: 1. a per os adagolt jod-sók kellemetlen mellékünetekre az emésztőtractus részéről; 2. a tulajdonképpeni pharmacodynamiás jodhatásra, vagyis a jod felszívódására és a vérben való keringés mikéntjére.

Az emésztőtractus (különösen a gyomor) részéről megfigyelt kellemetlen tünetek megszüntetését célozzák a jod-zsírok és szappanok, melyek a gyomorban nem szívódván fel, áthaladnak rajta és a belekben az egyéb zsírokkal emulgeálódva felszívódnak; ezáltal többé-kevésbé sikerült kiküszöbölni a gyomor-bél-tünetek kellemetlenségeit. Már itt is röviden megemlíthetem a gyógyszeres inhalatiók nagy előnyét, ezúton t. i. a leggradicálisabban elkerülhetjük az emésztőtractus alteratióját.

A második kérdésre vonatkozólag von Welden és Loeb vizsgálatai szolgálnak felvilágosítással. Ők ugyanis kimutatták, hogy a gyorsan felszívódó jodalkaliák hirtelen nagymennyiségű jod-iont juttatnak a szervezetbe és quasi explosioszerűleg fejlődik ki a jodhatás, de ugyanily gyorsan távoznak is a szervezetből, a nélkül, hogy kellő therapiás hatást fejtettek volna ki (15—20% fejt ki csak a hatását). A nagymennyiségű jod (magasabb jodconcentrációjú vér) nagy része a kiválás helyén oxygen (ozon) és jodsav jelenlétében szabad jodot ad le, mely mindenféle catarrhusokat (gyomor, bél, légzőszervek nyálkahártyái, conjunctivitis), bőrcnét s idiosyncrasiás esetekben oly nagyfokú hyperaemiát okozhat, mely gyulladásba mehet át.

Fontos tényező tehát a jodismus elkerülésében a jod lassú lehasadása, illetve felszívódása, mely ha fokozatosan és egyenletesen történik, akkor a véráram tartós és nem nagy koncentrációjú jodhatásnak lesz alávetve.

A jodpraeparatumok különböző felszívódási és kiválasztási idejét a következő táblázat mutatja:

	Kimutatás a vizeletben	Teljes kiválasztás
1 Kalium jodatum	10—15 perc	36—42 óra
2 Monojodisovalerianuretan = jodival	15 perc	
3 Sesamolaj + jod = jodipin	1 óra	esetleg 400 nap
4 Monojodbehensav calciumsója = sajodin	1 óra	esetleg 400 nap
5 Dijodbrassidinsavas aethylester = lipojodin	3 óra	72—120 óra

E táblázatból az tűnik ki, hogy míg a jodkali és jodival hatása explosioszerű, szóval gyors a felszívódás és gyors a kiküszöbölés, tehát a legkönnyebben okozhat jodismust, addig a jodipin és sajodin hatása annyira elhúzódó (400 nap), hogy ez a túllassú, szinte ellenőrizhetetlen kiválasztás a therapiás hatás rovására megy. A kétféle praeparatumcsoport közt a lipojodin alkotja a középutat.

A lipojodint ezen rendkívül előnyös tulajdonságán kívül a gyógyszerhatásra nem kevésbé fontos két tényező, a lipo- és neurotropia teszik még hatásosabbá. A fentemlített szerzők kimutatták, hogy a lipojodin lipotropiája 10-szerese a sajodinénak. Ez igen fontos momentum, a mennyiben a lipojodin a szövetekbe jutva, a leginkább tekintetbe jövő beteges szervekhez vonzódik (agy- és gerinczvelő, mirigyek, zsírszövet stb.). A lipojodin ezen affinitása lehetségessé teszi azt, hogy kisebb dosissal (0.30 gr.) tudunk vele oly hatást elérni, melyhez különben a jodkali vagy sajodin jóval nagyobb dosisa szükséges. Ezen nagyfokú lipo- és neurotropiát valószínűleg a lipojodin telítetlen molekulái okozzák.

A légzőszervek hurutjai, továbbá asthma bronchiale, emphysema, arteriosclerosis stb. eseteiben a jodpraeparatummok inhalációs úton való alkalmazásával hosszabb idő óta kísérleteztem. Az igen jó therapiás eredmények arra készítettek, hogy a lipojodinnal is kísérletezzem ilyen irányban. Mint fentebb említettem, a per os adott jod kellemetlen gyomor-béltünetei, melyeket az újabb jodpraeparatummok nem győztek le tökéletesen, más adagolási módokra vezették a kísérletezőket. Így pl. a jodipin 25%-os subcutan fecskendezésével nagyobb jod-depót akartak a szervezetbe vinni. Ilyen nagyobb mennyiségű (10—20 cm³) folyadék subcutan injectiója igen fájdalmas és körülményes. Másik mód volna a jodhion (80% jodot tartalmaz) percutan bedörzsölése. Eltekintve a bőrön át való felszívódás igen problémás voltától, a bedörzsölési mód kellemetlenségei miatt a praxisban nem használható.

Ez úton haladva el kell jutnunk az inhalációs módhoz, mely az előbbiekhöz képest nemcsak észszerűbb, hanem hatásosabb is.

Sehol sem találunk a szervezetben a tüdő nyálkahártyájánál nagyobb és kitünőbb felszívó felületet. A physiologusok számítása szerint az alveolusok falainak terjedelme körülbelül 2800 mm². Eltekintve a nagyságtól, az alveolusok sűrűn erezett falai a legideálisabb felszívó területet alkotják a gázok és folyadékok számára. A gyógyszerek e sűrű érhalózat útján közvetlen a véráramba jutnak és így nincsenek alávetve, mint a gyomorban és belekben, fermentumok vagy savak hatásainak.

A tüdőn át felszívódást többek közt Reitz (Bad Elster) kísérletei is bebizonyították; vízben oldódó vaspraeparatummot inhaláltatott (1:300) és a kísérleti állat vérében nagyobb mennyiségben vasat tudott kimutatni. A légső és bronchusok nyálkahártyájának gyors felszívóképességét élénken illusztrálja Heryng (Varsó) kísérlete. 39° C lázas betegnek 0.5 gr. pyramidont adott per os. A láz 8 órán át 1°-kal sülyedt. Más alkalommal ugyanennek a betegnek 0.1 gr. pyramidont 10 cm³ vízben feloldva gégefecskendővel a tracheába fecskendezett, ekkor a láz 1½ C°-kal csökkent és a hatás 16 órán át tartott.

Ugy Reitz, mint Heryng kísérletei azt bizonyítják, hogy a tüdőn át a felszívódás aránytalanul gyorsabb és hatásosabb, mint a gyomron át.

A magam kísérletei, melyeket jodkáliummal és lipojodinnal végeztem, hasonló eredményt mutatnak.

	A vizeletben kimutatható jod	Teljes kiválasztás
5% jodkálium vizes oldatban. 10 gr. inhalatiója után ...	15 perc	24 óra
5% lipojodin ol. olivarum-oldatban. 10 gr. inhalatiója után ...	1 óra	kb. 60 óra

Ebből is kitűnik, hogy a tüdőn át gyors a felszívódás (a lipojodin a gyomron át 3 óra múlva jelenik meg a vizeletben, a tüdőn át 1 óra múlva).

A lipojodint mint inhalációs szert több oknál fogva alkalmaztam. Elsősorban mert zsíros olajokban kitűnően és kellő koncentrációban oldódik. Az olajos vehiculumok kitűnő sprayt adnak, finom molecularis szétoszlásúak, nem

csapódnak le hamar és ezért az egyes inspirációk alatt a legkisebb bronchusokba is behatolnak, míg a vizes oldatok már nehezebb fajsúlyú, hamar cseppekké sűrűsödő sprayt alkotnak, melyek nem hatolnak a bronchusokba kellő mélyen. Hatásosság szempontjából tehát az olajos oldatok előnyösebbek. Előnyös még az is, hogy a lipojodinnal 5—10%-os oldatot tudunk előállítani és így már kis mennyiség (10—20 gr.) inhalatiója után kellő mennyiségű lipojodint juttatunk a szervezetbe.

Felhasználható azon tulajdonsága is, hogy aetheres olajokban majdnem ana partes oldódik; ezáltal pl. ol. pini pumilionissal (fenyő) oly koncentrált oldatot kaphatunk, melynek 20—25 cseppjével 0.30 gr. lipojodint inhaláltathatunk. (Lásd az alábbi recipét.)

Ezen oldatok localis gégeirritációt és köhögés-ingert nem okoznak és ezért a betegek az inhalatiókat jól tűrik.

Chronikus bronchitis eseteiben kitűnő oldóhatást értem el, sokkal eredményesebbet az ipecacuanha- vagy senegaénál. Érdekes, hogy néhány esetben sedativ hatását figyelhettem meg. Így egy alkalommal egy teljesen kifejlődött asthma-rohamot birtam 5% lipojodinnal megszüntetni.

A jod narcosisos hatását már Binz (1881) állatkísérlettel mutatta ki; idevágók a véletlenül előfordult emberi jodmérgezések is (Virchows Archiv 1866), melyek szintén a narcoticumok mérgezéseivel analogok. Az ideggyógyászat is felhasználja a jod sedativ hatását. (Schwarz: Orvosi Hetilap, 1913.)

Goldschmied (Reichenhall) a jod hatását asthma bronchiale ellen annak tudja be, hogy mint narcoticum a peripheriás tüdőidegek hyperaesthesiáját csökkenti.

Számos esetben gyógykezelttem lipojodin-inhalatiókkal. Par excellence csak két esetet akarok megemlíteni:

1. S. H., 42 éves, 5 éve szenved dyspnoében és asthma-rohamokban. Tüdő auscultative kiterjedt diffus bronchitist mutat száraz szörtyözörekkel, a tüdők alsó határa 1—1½ bordával lejjebb van.

Spirometriás vizsgálat: 2200 cm³ vitalis tüdőcapacitás. Pneumatometriás vizsgálat: Exspiratio 85 mm. Hg, Inspiratio 120 mm. Hg.

A vizsgálat középfokú emphysemát mutat. Bulling-apparatuson 5% lipojodin (ol. olivarum)-inhalatiókat kap naponta 20 percig. Az 5. napon kínzó száraz köhögés-ingerei csökkennek és lassanként megindul a nyálka-expectoratio. Egy esetben az inhalatio előtt erős asthma-rohama volt, melyet azonban 10 percznyi lipojodin-inhalatio megszüntetett.

3 heti kezelés után a bronchitises tünetek megszűntek, asthma-rohamok nem jelentkeztek.

Spirometriás vizsgálat: 3000 cm³ tüdőcapacitás. Pneumatometriás vizsgálat: Exspiratio 110 mm. Hg, inspiratio 120 mm. Hg.

A betegnek ezután további használatra 3-szor napjában 1 lipojodin-tablettát (0.30 gr.) rendelttem.

2. G. L., 29 éves nő, 3 hónapja hurutos, eleinte lázas volt, később a láz megszűnt, de erős köhögés és nagyon sok nyálka-expectoratio állott fenn. A tüdőn a bal alsó lebenynek megfelelően nedves szörtyözörektől kísért érdes belégzés és hosszú, megnyúlt, sipoló kilégzés hallható.

A köpet sok, de nem rétegzetes, szaga nincs. 3%-os sóinhalatiókat kap 40—50 csepp lipojodinos fenyővel naponta 20 percig (meleg inhalatiók). A 15. inhalatio után a nyálka-expectoratio némileg csökkent. A 35. ülés után a tüdő fölött hurutos zörejek nem hallhatók, az expectoratio úgyszólván megszűnt. Ez esetben a jodhatás mellé a fenyőolaj szárító, nyálkát csökkentő hatása is társult.

A többi esetem közül megemlítést érdemel egy nagyon chronikus pharyngitis sicca, pörkképződéssel, melyet a lipojodin- (langyos) inhalatiók igen jól gyógyítottak.

Ajánlható még chronikus rhinitisnek vagy laryngitisnek különösen luesre gyanus eseteiben.

Rendelés módok:

1. Rp. Lipojodini ... grta. 5.0
Ol. pini pumilionis ... grta. 15.0

DS. 40—50 cseppet vízhez vagy 3—4%-os sóoldathoz meleg inhalatióra. Meleginhalációs gép (Siegl, Bulling stb.)

2. Rp. Lipojodini ... grta. 6.0
Ol. olivarum ... grta. 94.0

D. 15—20 percig hideg inhalatióra. Hideg inhalatióhoz (Glaseptic, Tancre stb.).

Inhalatoriumokban használatos soole-inhalatiókhoz (Reichenhall, Ems, Gleichenberg stb.) igen rationalis az eddig tisztán használt fenyő helyett lipojodinos fenyőt keverni. Ezáltal a sófenyő hatását a jód feltétlen előnyös gyógyhatásával lehet fokozni.

A belsőleg adott lipojodin kiváló gyógyhatásának és jodismusmentesnek bizonyult. Tapasztalatom szerint ezen előnyös tulajdonságai az inhalatiós alkalmazáskor még fokozottabban érvényesülnek.

Közlemény a magyar királyi államvasutak külön betegpénztárának gyomor- és bélbetegek számára fentartott gyógytelepéről Karlsbadban.

A gyomor chemismusának zavarairól cholelithiasis eseteiben és ezen zavarok jelentőségéről a cholelithiasis terapiájában.

Irta: **Áldor Lajos dr.**, a gyógytelep főorvosa, fürdőorvos Karlsbadban.
(Vége.)

IV. csoport. Gyomorsecretio cholecystektomia után.

1. N. J.-né, 57 éves asszonyt 1911-ben és 1913-ban kezeltük intézetünkben 1—1 hónapon át. 1903 óta szenved mérsékelt, az evés után jelentkező gyomorfájdalmakban, étvágytalan, időnként csekély szédülés. 1910 decemberében egy ízben voltak 2 órán át tartó gyomorgörcei. Ekkor, 1911-ben, a physicalis vizsgálat, eltekintve az epigastriumnak és az epehólyag tájékának megfelelő mérsékelt nyomási érzékenységtől, negatív volt és a körjelzést chronikus gastritisre tettük. Az 1911 augusztus 21.-én megejtett gyomorvizsgálat: próbareggeli után 40 cm³, kevés nyálkával kevert gyomortartalom, szabad HCl = 28, összaciditás 66. 1911 és 1912 között gyakran jelentkeztek igen heves gyomor- és májtáji görcsök, melyek öt szolgálatának teljesítésében jelentékenyen gátolták, ezért 1912 májusában műtetre határozta el magát. Epehólyagi kiirtás. A műtét óta görcsei ugyan nem voltak, de a régi gyomorpanaszai fennállanak. Étvágytalanság, székrekedés.

Ezen panaszok miatt vettette fel magát 1913-ban ismét intézetünkbe. Az 1913 május 26.-án megejtett gyomorvizsgálat: próbareggeli után 66 cm³, nyálkával bőven kevert gyomortartalom, szabad HCl = 22, összaciditás 28.

2. V. J., 44 éves férfit 1913 nyarán kezeltük az intézetben. 1913 február 4.-én cholecystektomia. Az 1913 június 16.-án megejtett gyomorvizsgálat: próbareggeli után 38 cm³, sok nyálkával kevert, közömbös vegyhatású gyomortartalom, szabad HCl = 0, összaciditás 6.

3. H. D., 50 éves férfit 1910-ben és 1913-ban észleltem 1—1 hónapon keresztül. 1909 júniusában cholecystektomia, azóta is időnként görcsös jellegű, igen intenzív fájdalmak a májtájékon, melyeket 38 C°-ig emelkedő láz és néhány napos icterus szokott kísérni. (Intrahepatikus köképződés?) 1910-ben megejtett gyomorvizsgálat: próbareggeli után 34 cm³, nyálkát alig tartalmazó gyomortartalom, szabad HCl = 60, összaciditás 88. Az 1913 augusztus 1.-én megejtett gyomorvizsgálat: 40 cm³, kevés nyálkával kevert gyomortartalom, szabad HCl = 46, összaciditás 74.

4. P. A.-né, 49 éves asszonyt évek óta évente észlelem. 1906-ban cholecystektomia, utána 2 évig jól volt. 1909 óta ismét gyakori heves fájdalmak a hasban, különösen a májtájékon. Az 1913. év augusztusában megejtett gyomorvizsgálat: próbareggeli után 140 cm³, kevés nyálkával kevert gyomortartalom, szabad HCl = 27, összaciditás 46.

5. M. F., 62 éves asszony, 20 év előtt éveken át étvágytalan, gyomornyomás, felfújság. 1910-ben cholecystektomia. Az epehólyagban egy diónyi és egy babnagyságú concrementum. Az 1913 szeptember 2.-án megejtett gyomorvizsgálat: próbareggeli után 28 cm³, nyálkával bőven kevert gyomortartalom, szabad HCl = 25, összaciditás 35.

6. L. F., 60 éves férfi, 1906 decemberében cholecystektomia. A műtét után 1 héttel ismét erős fájdalmak sárgasággal, melyek azóta igen gyakran ismétlődtek. Az 1908-ban megejtett gyomorvizsgálat: próbareggeli után 55 cm³, sok nyálkával kevert gyomortartalom, szabad HCl = 28, összaciditás 38.

7. H. S., 55 éves férfi, 1910 decemberében cholecystektomia, azóta is időközönként heves gyomorfájdalmak. 1906-ban a műtét előtt megejtett gyomorvizsgálat: próbareggeli után 70 cm³, nyálkamentes gyomortartalom, szabad HCl = 80, összaciditás 120. Az 1910-ben, két évvel a műtét után megejtett gyomorvizsgálat: próbareggeli után 65 cm³, nyálkamentes gyomortartalom, szabad HCl = 90, összaciditás 130.

* * *

Összhangzásban a legtöbb szerzővel, a gyomorsecretio normalis értéke gyanánt 20—30%-ot vettünk fel a szabad HCl-ra és 45—55%-ot az összaciditásra vonatkozólag, az egy órával az *Ewald-Boas*-féle próbareggeli után aspirált gyomortartalomban.

Ezen 82 esetben végzett gyomorvizsgálatok a következő eredményt adják: normalis szabad HCl- és összaciditás-értékeket 15 esetben, tehát eseteinknek csupán 18%-ában; hyperacid értékeket 32 esetben, tehát 39%-ban; és 35 esetben, tehát az esetek 42,6%-ában subacid, illetőleg anacid értékeket kaptunk, még pedig az utóbbiak közül 24 esetben subaciditást és 11-ben anaciditást találtunk. Ezen vizsgálatok adatai tehát, ha nem is tökéletesen azonos a *Hohlweg* és *Ohly* adataival, a kik az esetek 71—84%-ában találtak cholelithiasisban sub-, illetve anaciditást, annyiban egyeznek azokkal, hogy azt mutatják, hogy valóban a leggyakrabban, 42,6%-ban található cholelithiasisban a gyomorchemismusnak sub-, illetve anaciditásban nyilvánuló zavara. Hogy itt csupán véletlen összetalálkozásról volna szó, ahhoz ezek a számok kétségtelenül túlnagyok, ellenben éppen elegendők arra, hogy a gyomor ezen secretionalis anomáliája és a cholelithiasis között bizonyos nexus felvételét jogosulttá tegyék. Physiologiai és pathologiai szempontok egyaránt kívánatosak teszik ezen nexus természetének közelebbi megismerését. Az első kérdés, a mely feleletre vár, az, hogy a sub-, illetve anaciditás az elsődleges folyamat-e, melynek talán a cholelithiasis illetőleg bizonyos aetiologiai szerep tulajdonítható, vagy pedig az epehólyagmegbetegedés az ok és a gyomor secretiós zavara a következmény?

Ha azokat az eseteket, melyekben sub- és anaciditást találtam, szembeállítom azokkal, a melyekben a gyomorsecretio normalis volt és azokkal, a melyekben hyperaciditás volt jelen, akkor első tekintetre feltűnik egy figyelmen kívül nem hagyható körülmény; nevezetesen az, hogy nagy részben a sub- és anacid eseteinknek a bántalom egyrészt sokkal régebbi főnnállású, mint a milyen az a másik két csoportba tartozó eseteink nagy részében; azok között csupán egy olyan esetet látunk, a melyben a beteg betegségének kezdetét 5 hó előttre vezeti vissza; valamennyi többi esetben a betegség tartama 1—20 év között ingadozik, ellentétben az első két csoportba tartozó eseteinkkel, melyeknek nem jelentéktelen részében az első subjectiv panaszok jelentkezését a beteg csupán 1—2 hónapra vagy még rövidebb időre vezeti vissza. És ennek megfelelően hasonló viszony van jelen a két első és a harmadik csoport között a subjectiv tünetek macacssága, az objectiv tünetek súlyossága és a körkép chronicitása tekintetében is. Végül különösen kiemelendő, hogy azon hét eset közül, a melyben az epehólyag előzetes eltávolítása után volt alkalmunk gyomorvizsgálatot végezni, 5 betegen, tehát ezen esetek túlnyomó részében, subaciditást találtunk; ezek közül egyen alkalmunk volt a gyomor chemismusát a műtét előtt is megvizsgálhatni és a műtét után megismételt vizsgálat alkalmával a secretionalis értékek jelentékeny csökkenése volt megállapítható.

Mindezek a körülmények jogosulttá teszik azt a feltevést — és ebben a tekintetben az én vizsgálati eredményeim bizonyos fokig a *Hohlweg* és *Ohly* vizsgálati eredményeivel egyeznek —, hogy az epeköbetegek egy részében a sub-, illetve az anaciditás az epehólyag súlyos, functiokieséssel járó megbetegedésének a következménye. Hogy milyen módon jön létre az epehólyag functiokiesése vagy kiirtása után a gyomor chemismusának ezen súlyos zavara, azt kétségtelenül legkényelmesebb volna a gyomor és az epehólyag között meglevő idegösszeköttetésekől és reflex-pályákból magyarázni. Ha a cholelithiasisban gyakran észlelhető bizonyos gyomortünetek, a gyomorgödörre lokalizált fájdalmak, hányás stb. szolgáltatnak is némi támpontot erre a feltevésre, sokkal valószínűbbnek kell tartanunk azt, és *Hohlweg* állatkísérletei erre már némi kísérleti alapot szolgáltatnak is, hogy az epehólyag súlyos megbetegedése és annak kiirtása után létrejövő zavarai a gyomorchemismusnak az epének megváltozott lefolyási módjára és az epe qualitativ elváltozásaira vezethetők vissza. Az epe minősége, legalább részben, az epelelelés módjától függ. Normalis viszonyok között ugyanis az epe a hólyagban, ha rövidebb időre is, de összegyűl és csak bizonyos physiologiai ingerek érvényesülése idején ürül ki; az epehólyag működésének kiesésével járó állapotokban

pedig az epének a bélbe való lefolyása folytonos, ennél fogva ez utóbbi esetekben a bélbe „májepe“ és nem az epehólyagban való tartózkodása alatt koncentráltabbá vált „epehólyag-epe“ jut. *Hohlweg* szerint a kettő minősége közötti különbség oly jelentékeny, hogy az epehólyagbeli epe 6–10-szer több szilárd anyagot tartalmaz, mint a folytonosan a bélbe csöpögő májepe, ennél fogva 40 cm³ mennyiségű epehólyagbeli epének — körülbelül ez az a mennyiség, a mit a normalis epehólyag befogadni bír — hatóanyagai tekintetében 240–400 cm³ májbeli epe felel meg (*Hammarsten*).

Az epehólyag kiesésekor tehát a bélbe sokkal higabb és kevésbé működő epe jut.

Ezidőszerinti ismereteink mellett tehát a legközelfekőbb a gyomorchemismusnak az epehólyag súlyosabb megbetegedései és annak kiirtása után feltűnő gyakran beálló súlyos zavarait az epelelejárás megváltozott módusában és az epe megváltozott összetételében keresni.

Bár ezen viszonyok végleges megállapítása még további experimentalis vizsgálatokat igényel, az eddigi kísérleti kutatások és klinikai vizsgálatok alapján beigazoltak kell tekintünk az epehólyag physiologiájára vonatkozólag annyit, hogy annak szerepe nem merül ki a reservoir feladatával, annak functiokiesése és kiirtása a szervezetre éppen nem káros, ellenkezőleg az esetek jelentékeny számában a gyomornak többé-kevésbé súlyos és mindenestre irreparabilis functiozavarát hozza létre. Ezen fontos körülményt mindeztideig figyelmen kívül hagyták az epehólyagműtétek indiciójának mérlegelésekor, mely kérdésben az epehólyagot a szervezetre egészen indifferens szervnek szokás ezidőszerint tekinteni. A mondottak alapján ez a felfogás ma már tarthatatlan és a jövőben, mielőtt az epehólyag kiirtására határozzuk el magunkat, számolnunk kell azzal, hogy fontos physiologiai szerepet betöltő szervről van szó, melynek eltávolítása a gyomornak súlyos functiozavarát idézheti elő és ezért annak kiirtásához csak végső esetben van jogunk hozzájárulni.

Sub- és anaciditást azonban mi az epehólyag olyan könnyebb természetű lobos állapotaiban is elég nagy számmal találtunk, melyekben az epehólyag functiokieséséről szó nem lehet. A cholelithiasis ezen esetei is sokkal nagyobb számban találhatók vizsgálataink között, semhogy ezen tény felett, minden causalis, vagy aetiologiai nexus keresése nélkül, egyszerűen napirendre lehetne térni. Bizonyos az, hogy a cholelithiasisnak azon könnyebb és sub- vagy anaciditással járó eseteiben, a melyekben semmi támpontunk sincs arra, hogy az epehólyagbeli elváltozások annak functióképességét jelentékenyen csökkentették vagy megszüntették volna, a gyomor secretionalis zavarai az epehólyagmegbetegedés következménye gyanánt nem tekinthetők. Ezen eseteink az előbbiekkal szemben lényeges különbséget mutatnak úgy a klinikai lefolyás, mint a gyomorzvizsgálat eredménye tekintetében is. A beteg panaszai ugyan itt is hosszú időre nyúlnak vissza, ezen panaszok között a domináló szerepet azonban nem annyira az időközönként jelentkező kólikaszerű fájdalmak, hanem a tartós dyspepsiás zavarok viszik, melyek a fájdalommentes időszakban is könnyebb vagy súlyosabb alakban jelen vannak. Étvágytalanság, gyomor-nyomás és bőfűgés a főétekezések után, foetor ex ore, rendetlen széklet, sokszor jelentékeny lesoványodás és a húsneműek elleni aversio alkotják e betegek panaszait. S ha ezen panaszok mellett a functionalis gyomorzvizsgálat eredményeit nézzük, ezen esetek jelentékeny számában feltűnő a próbareggeli után eltávolított gyomortartalomnak kórosan megszorodott és jelentékeny nyálkatartalma. Sub- és anacid eseteink több mint felében a gyomornyálka megszorodását konstatálhattuk, 12 esetben pedig a gastrogen nyálkának bőséges jelenlétét jegyezhetjük fel. Tekintettel arra, hogy a gyomornyálka mennyiségének megállapítására quantitativ eljárással nem rendelkezünk, annak megszorodását csak ott vettük fel, a hol a gyomortartalomnak már egyszerű makroszkopos képe kétségtelenné tette, hogy a gyomortartalom jelentékenyen több gastrogen nyálkát tartalmaz, mint ép viszonyok között. Ezekben az esetekben tehát a sub- vagy

az anaciditásnak megvan a gyomorban a maga anatomiai alapja a chronikus gastritis alakjában, melynek jelenlétét a többé-kevésbé bőségesen nyálkás gyomortartalom bizonyossá teszi. Vizsgálataink tehát azt mutatják, hogy a cholelithiasisban oly gyakran található, sub- és anaciditásban nyilvánuló zavara a gyomorchemismusnak az esetek egy részében az epehólyag functiokiesésének a következménye, egy másik részében azonban a cholelithiasis mellett fennálló chronikus gastritisnek a tünete. Körtörténeteink közül 3 olyan eset érdemel ebben a tekintetben különös figyelmet, a melyben alkalmunk volt a functionalis gyomorzvizsgálatokat nagy időközökben — évek után — megismételni és ezen ismételt vizsgálatokkal a chronikus gastritisre jellegzetes progressiv csökkenése volt a gyomor secretionalis energiájának megállapítható.

Az első esetben (I. csoport 10. sz.) az 1907-ben végzett gyomorzvizsgálat alkalmával a szabad HCl = 60, az összaciditás 80; míg 1913-ban a szabad HCl = 30, az összaciditás 50. A második esetben (II. csoport, 14. sz.) 1912-ben szabad HCl = 53, összaciditás 59, 1913-ban pedig szabad HCl = 40, összaciditás = 55. A harmadikban (III. csoport, 17. sz.) 1910-ben a szabad HCl = 14, az összaciditás 70; 1913-ban pedig a szabad HCl = 9, az összaciditás = 16. Mindezek alapján megállapítható, hogy a sub- és anaciditás, mely a cholelithiasisban egyáltalán a leggyakrabban található secretionalis lelet, csupán az esetek egy részében tekinthető az epehólyagmegbetegedés következményének, egy másik nem csekély részében az eseteknek pedig az egyidejűleg jelenlevő chronikus gastritisnek alkotja egyik tünetét. E két csoportba tartozó esetei a cholelithiasisnak klinikai lefolyásukban is mutatnak bizonyos eltérést. Az egyikben a cholecystitis és a cholangitis által kiváltott, többé-kevésbé súlyos tünetek, heves fájdalmakban nyilvánuló, súlyos és gyakori kólikák dominálnak, és a latens időszakban a betegek többnyire tünetmentesek. A másik csoportba tartozó esetekben a kólikák ritkábban és nem olyan heves alakban jelentkeznek, de a betegnek az intervallumokban is állandó dyspepsiás panaszai vannak, és sokszor mérsékelt fájdalmak a májtájékon. Chronicitásra az ezen utóbbi csoportba tartozó esetek különösen hajlamosak és igen gyakran hallhatjuk a betegtől, hogy a diaetahiba az experimentum biztosságával vált ki rajta epekólikát. Közel fekvő és nem tekinthető jogosulatlannak mindezek alapján az a felvétel, hogy a chronikus gastritis és a cholecystitis között hasonló aetiologiai viszony van jelen, mint a milyen az utóbbi és a chronikus enteritisek között, miként arra a bevezető részben rámutattam. A cholecystitises és a cholangitises folyamatok okát, mert ezek alkotják a cholelithiasis körképének a lényegét, tehát nem csupán enterogen, ascendáló coliinfectióban, hanem sok, klinice is eléggé élesen karakterizált esetben gastrogen és descendáló infectióban is kell keresnünk.

A mondottak után alig szorul bizonyításra az, hogy a cholelithiasisban a gyomor chemismusának minden egyes esetben való vizsgálatát fontos gyakorlati érdekek teszik kívánatosá therapiiai szempontból is. Bár e betegség therapiájának egyik leglényegesebb eszköze a diaeta, éppen ezen a téren ezidőszerint nem annyira kísérleti tényeken és rendszeres klinikai észleléseken alapuló ismeretek, mint többé-kevésbé önkényes jelszavak az uralkodók. A *Frerichs* és *Naunyn* nevéhez fűződő axiomának, hogy a bőséges vegyes koszt a legjobb cholagogum, a gyakorlatban még ma is sok híve van annak dacára, hogy ma már nem szorul bizonyításra, hogy a cholelithiasis therapiájában minden cholagog hatásra való törekvés nemcsak helytelen, hanem irrationalis is. A cholecystitis és cholangitis azok a folyamatok, a melyek a körképet kiváltják és lefolyásában irányítják és magukra a kövekre vonatkozólag a therapiában csupán a „quieta non movere“ elvének szabad érvényesülnie. A mint bizonyos, hogy a cholelithiasis diaetás therapiájában semmiféle sablonnak helye nincs, úgy az is kétségtelen, hogy a gyomorchemismus ismeretével therapiiai eljárásunknak egy eddig tekintetbe nem vett exact alapot teremtünk. Ha arra gondolunk,

hogy ezidőszent a gyakorlatban cholelithiasis eseteiben gyomorvizsgálatok csak kivételesen, főleg ott, ahol differential-diagnostikai nehézségek vannak jelen, végeztenek, akkor jogos a feltevés, hogy egyes esetekben a belső terapia sikertelensége éppen a gyomor chemismusában jelenlevő zavarok figyelmen kívül hagyásán múlik. A cholelithiasis „olajspeciálisai“ például eredményeket érhetnek el hyperacid betegeken, mert az olaj — mint az alacsony olvadáspontú zsírok egyáltalában — a gyomorsecretiót leszállítja; az achiális epeköves betegek azonban, mint azt ismételtelen volt alkalmam látni, erősen megviselve kerülnek ki kezeik közül. Az, hogy az epehólyag kiirtása következtében oly gyakran áll be sub- és anaciditás, nem csupán, miként azt már hangsúlyoztam is, ennek a körülménynek a műtét előtt való mérlegelését teszi kívánatossá, hanem azt is, hogy a betegnek a későbbi diatája a műtét után végzett gyomorvizsgálat alapján állapíttassék meg. Feltehető ugyanis, hogy sok operált beteg panaszaik oka az, hogy a műtét után a műtő azzal bocsátotta el, hogy most már mindent ehetik.

Ezen közlemény kereteit túlhaladná a gyomor különféle secretionalis zavarainak diatás kezelésével való foglalkozás, azért még csak annyit, hogy az a kedvező hatás, amelyet cholelithiasis eseteiben többen lactoovovegetabilis diata után láttak, abban lelheti magyarázatát, hogy ezen diata, miként azt sokszor volt alkalmunk észlelhetni, éppen magát a sub- és anaciditást befolyásolja előnyösen, a mint azt újabban *Albu*¹² is hangsúlyozza. Az ismertetett vizsgálatok azonban a cholelithiasis balneotherapiáját sem hagyják érintetlenül, a melyben ezidőszent a karlsbadi vizek megfelelő és individualis alkalmazása viszi a vezető szerepet. A gyomorchemismusnak ismertetett zavarai mutatják legjobban, hogy mennyire indokolt az, hogy ezen a téren is csak akkor van jogunk a belső kezelés sikertelenségét megállapítani, ha az a gyomorchemismusnak, az adott esetben jelen volt zavaraihoz csakugyan alkalmazkodott. A cholelithiasis balneotherapiájában egyik legfontosabb szempont a lehetőség szerinti bő vízfelvétel. Normalis gyomorbéltractussal bíró epeköves betegek nagymennyiségű viznek per os való felvétele nehézségekbe nem ütközik. Sub- és anacid epeköves betegekkel azonban per os nagymennyiségű alkális-sós vizet fogyasztatni hibás eljárás és a betegekre nézve káros; ellenben ezekre is igen jó hatással van az, ha evés előtt kis — maximum 100 gr.-nyi — mennyiségben isznak igen magas hőmérsékű vizeket. Az ilyen kismennyiségű vizeknek, főleg magas temperaturájuk következtében, bizonyos fokig serkentő hatásuk van a gyomorsecretióra.

Ezen esetekben a bő vízfelvétel elvének a viz per rectum való alkalmazása alakjában tehetünk eleget. A mióta a gyomor chemismusának cholelithiasis eseteiben való viselkedését figyelemmel kísérem, sub- és anacid betegeken a karlsbadi vizeket főleg per rectum alkalmazom, naponta átlag 1 liter mennyiségben 45—60° C mellett. És azok az igen kedvező eredmények, melyeket tekintélyes anyagon látni alkalmam volt, jogosulttá teszik, hogy ezen eljárást, melyet évekkal ezelőtt ismertettem, ez alkalommal is melegen ajánljam szélesebb körök figyelmébe.

Azon sub- és anacid betegeken, a kiken ezen secretionalis zavar az epehólyag súlyos megbetegedésének vagy eltávolításának a következménye, therapiai törekvéseinket erélyesen támogathatjuk sósavnak megfelelő mennyiségben való adagolásával. Ezen betegeknél én $\frac{1}{2}$ órával a főétkezések után 25—30 csepp sósavat szoktam adni fél pohár vízben vagy málnaszörpben. Ott pedig, ahol a sub- és anaciditás a fennálló chronikus gastritisnek a következménye s a savérzékeny gyomormucosa ilyen nagy adagban a sósavat nem tűri, kisebb adagoktól — 10—15 csepp — bizonyos antizymotikus hatást láthatunk a meglevő és a gyomorpanaszok egy részét feltételező erjedéses folyamatokkal szemben. A sósav-therapiának igen hatásos módja a *Flatow*¹³ által ajánlott *acidol-pepsintabletták* alkalmazása;

ezek vizes oldatban betainra és HCl-ra esnek szét. Egy 1 gr.-os tablettát megfelel kb. 8 csepp acid. muriat. offic.-nak. 4—6 tablettát szoktam a főétkezések után rendelni egy csésze jó meleg teában. (Ennek hőmérséke legalább 40° C legyen.) Abban az illusióban természetesen ne ringassuk magunkat, hogy a sósavtherapiával mi a gyomor sósavdeficitjét meg tudjuk szüntetni. *Honigmann* vizsgálataiból tudjuk ugyanis, hogy egy súlyrész HCl csupán 18 súlyrész fehérjét bír emészteni; ennél fogva 100 csepp hígított (12.5%) HCl csak 0.8 gr. HCl-t tartalmaz és így csupán 15 gr. fehérjét tud peptonizálni. A sósav-therapiának kétségtelenül meglevő értékét a sósavnak antifermentativ és antisepsis hatása kívül főleg az magyarázza, hogy miként azt *Pawlow* állatkísérleti és *Glaessner*¹⁴ pankreas-sipolyos asszonyon tett vizsgálatai kétségtelenné teszik, a sósav egyik leghatékonyabb inger a pankreas-secretio megindítására. A sósavtherapiával tehát nem a gyomor HCl-deficitjét fogjuk megszüntetni, hanem a pankreas-secretio hiányzó ingerét pótoljuk, mely célra a HCl említett adagai elégségesnek látszanak.

A cholelithiasis azon eseteiben, melyeket chronikus gastritis kísér és a melyekben a dyspepsiás zavarok minden egyéb kezeléssel dacolnak, sokszor meglepően kedvező eredményeket láttam néhány gyomormosás alkalmazása után. Ezt azonban csak akkor teszem, ha a gyomorvizsgálattal bőséges nyálka jelenlétét mutattam ki. Erről pedig legbiztosabban oly módon lehet meggyőződni, ha a gyomorvizsgálatot reggel éhomra végezzük; a gyomormosás végzésére is ez az idő a legajánlatosabb.

Említettem, hogy a cholelithiasisnak sub- és anaciditással járó esetei klinikai képükben és lefolyásukban nemcsak a normalis gyomorsecretióval vagy hyperaciditással járó esetektől térnek el, hanem egymás között is sokszor igen éles különbségeket mutatnak lefolyásukban a szerint, a mint a sub- vagy az anaciditás következmény, vagy gastritis tünete. Ugy hogy a gyomorchemismus ismeretének a *prognosis* szempontjából is van bizonyos értéke. A *cholelithiasis azon esetei, melyekben sub- vagy éppen anaciditást találunk, általánoságban hosszabb lefolyásúak, chronikusabb jellegűek, mint a normalis secretióval vagy hyperaciditással járó esetek.* Ott pedig, ahol sub- vagy anaciditást egyéb chronikus gastritis tünete nélkül találunk, az eperendszernek és különösen az epehólyagnak functiozavarokkal járó súlyosabb elváltozására, a nagy epeutak elzáródására, az epehólyag zsugorodására kell gondolnunk.

Végül, miként *Hohlweg*, úgy vizsgálataim alapján én is azon a nézeten vagyok, hogy a gyomor sósavának csökkenése vagy hiánya, mint az epehólyag megbetegedésének egyik *tünete*, határozott figyelembevételt érdemel, mert sok esetben értékes ujjmutatást adhat, bár magától értetődik, hogy az olyan tünetnek az értékesítése, mely egyidejűleg egész sorában más megbetegedéseknek is előfordul, mindig csak bizonyos tartózkodással történhetik. Annyit azonban vizsgálataim alapján jogosan lehet állítani, hogy a gyomorchemismus viselkedésének a cholelithiasis minden egyes esetében való ismeretét elsőrangú gyakorlati szempontok teszik szükségessé, hogy annak alapján elsősorban therapiai törekvéseink kapnak a mainál szélesebb és biztosabb alapot.

Berlini reflexiók.

Irta: *Bókay Zoltán dr.*

Berlin a mai orvostudomány lüktető szíve, sokak szerint centruma, valóban egyike azon városoknak, a melyek *joggal* vindikálhatják maguknak a tudományosság „Mekkája“ címet. Hisz ha egyébről nem is, az idevándorló s a tudományra szomjazók ezrei révén megérdemelné ezen szép metropolis e hangzatos címet.

Berlin maga mint város mindenben a porosz, tehát hidegebb északnémet karakter bélyegét hordja magán. Már

¹² *Albu*: Therapie der Gegenwart, 1913 november.

¹³ *Flatow*: Deutsche med. Wochenschrift, 1905, 44. sz.

¹⁴ *Glaessner*: Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 15. sz.

a nyílegyenes s rendkívül tiszta utcák óriási forgalmán meglátszik a pedáns rendszeret és a rend és tisztaság iránti fogékonysága a lakosságnak. Sehol szemét, papír-szelet elszórva nincsen, az aszfaltburkolatok naponta lemosva ragyognak a tisztaságtól. Por nincsen. Füstöt és kormot alig-alig látunk (minden gyár és mozdony kéménye füstemészto-készülékkel van ellátva s a jó porosz szén nem is csinál sem oly füstöt, sem oly büzt, mint a minálunk használt rosszabb minőségű szén). Az erélyes és főleg pedig jó irányban célutadatos szigorral keresztülvitt rendőri és hatósági intézkedéseknek köszönhető, hogy a város ma egyike a legszebb és főleg legegészségesebb városoknak. Persze ebben nemcsak a hatóságnak munkáját kell méltányolnunk, hanem a lakosság jóindulatát a hatósággal szemben szintén a mérleg serpenyőjére kell helyeznünk. Igaz, hogy a típusos berlini épp úgy szidja a rendőrséget, akárcsak a mi közönségünk, de ugyanakkor szó nélkül engedelmeskedik is a legkisebb beavatkozására a rendőrnek, tagadhatatlanul néha nem igen szívesen, de fellázadni a hatósággal szemben eszébe sem jut, mert az nem „gestattet“. Ez részben az oka annak, hogy aránylag oly kevés — dacára az óriási s igen gyors forgalomnak — a baleset. Elfoghat az irigység, ha látjuk azt, hogy mindenki hogy tudja az útját, milyen céltudatosan mozog, megy, nem báméskodik és nem olvas újságot a kocsitól áthaladva, mint az már nálunk szokás. A földalatti villamos bámulatos gyorsasága is a közönség nagy fegyelmezettségén alapszik, épp úgy mint a városi gőzvasút óriási forgalmának egyszerű lebonyolítása is ezen kicsinek látszó s nekünk talán mellékes aprólékosságok által van megteremtve.

A németek óriási szervező talentuma tette lehetővé azt, hogy ezt az aránylag ifjú világvárost ma talán mint a legegészségesebb fővárost ismerjük. A hatósági rendeletek gyors és pontos kivitele következtében a fertőző-ragályos kórok annyira semmi esetre sem harapóznak el mint másutt (a diphtheriát kivéve). S a proletariatus típusos betegsége, a tuberculosissincs fele annyira sem elterjedve pl. mint nálunk, Wienben avagy Párisban. Épp a gümőkór leküzdése, a mely annyi kiváló erőt foglalkoztatott és foglalkoztat, Berlin városának és közönségének egyik legszebb és talán legproduktívabb munkatere volt és lesz, a mint az előjelek mutatják, a jövőben is. A töméntelen „Freiluftschule“, „Waldschule“ stb. mind ennek leküzdését célozza. A tengeri hospiceok, nyári és tavaszi üdülőhelyek a Harz-hegységben és a Schwarzwaldban szintén óriásit lendítettek a kérdés megoldásán. E mellett a sok üres lakás miatt a lakásárak jóval lejjebb szálltak és a fennálló jobb általános pénzügyi viszonyai a munkásságnak ezen osztály relativ jobb életmódját, jobb lakásviszonyait javítva, a munkások családjainak egészségi viszonyait jelentékenyen javították. Ennek köszönhető, hogy a Pirquet-féle vizsgálatokon alapuló fertőzési számok itt jóval, de jóval elmaradnak a Hamburger által talált wien számoktól.

A gyermekhalandóság is csökkenőben van a célszerűen centralizált felettes vezetőség és az ennek dacára egészségesen decentralizált csecsemőrendelések következtében. Persze e téren az ideális állapottól még azért ők is messze vannak.

Egy betegség azonban mégis van, a mely a legnagyobb körülményekkel keresztülvitt egészségügyi szabályok és rendeletek dacára Berlinből ki nem irtható és a mely a fertőző ragályos betegségek legnagyobb hányadát teszi ki, s ez a diphtheria. Ennek az oka a sok bacillushordozó s a nagyszámú könnyű és így egyáltalán orvos elé nem kerülő eset.

Ha Berlint a gyermekorvos szempontjából akarjuk tanulmányozni, erre igen sok és kitűnő alkalom nyílik; egyrészt a szépszámu csecsemőrendelések és gyermekkórházak és sanatoriumok adják bőven az anyagot, másrészt a kiváló gyermekorvosok legiója, kik válllvetve iparkodnak az idegenek mindenbe betekintést nyújtani (kevés a kivétel!).

Kezdjük talán elsősorban a Czerny tanár által vezetett egyetemi gyermekklinikán a tanulmányútunkat.

Az épület, mely Heubner tanár alkotása, kissé szűkre szabott, ugyanis a Charité új palotáknak is beillő

épületeinek emelésekor mindenre bőven jutott pénz, de a gyermekklinikánál már takarékoskodni kellett.

Két különálló, a földszinten üveges folyosóval összekötött épületből áll a főtractus. Az első épületben van a külön az utcára nyíló szép tágas, télen ugyan kissé sötét váróterem, honnan öt rendelőszoba nyílik, mindegyik teljesen egyformán felszerelve, körülbelül úgy, mint a budapesti gyermekkliniká rendelőhelyiségei, ezenkívül ott van az egyik oldalon egy tükröző helyiség, a másikon pedig egy ragályos-betegvizsgálóra szolgáló helyiség, a melynek a fertőző-barakkok felé van a kijárata. Ez az egyetlen helyiség, a melyben a tervező a mosdómedenczét és a hideg-meleg-vízvezetéket elfelejtette alkalmazni. Így tehát a közönséges mosdó helyettesíti a modern fayence-medenczét. Ugyancsak a földszinten talált helyet a tökéletesnek mondható Röntgen-szoba. Az emeleten van a két igen tág helyiségből álló laboratórium és szövettani vizsgáló, az igen célszerűen és bőven felszerelt könyvtár, a tanár váró és fogadó szobája. Egy félemelettel feljebb vannak a fotografáló, előhívó termek és egy segédorvosi lakás.

A második épületben a földszinten van elhelyezve a 20 ágyas csecsemőosztály s az emeleten egy 10 ágyas fiú- s egy 10 ágyas leányosztály, kis kézi laboratóriummal.

A főépületek háta mögött van a modernül épült „quarantaine“, a mely középtűtt egy folyosó által két részre osztott szobasorból áll; a szobák kicsinyek, egy-, illetve kétágyas cellák. Felvétel előtt kötelező quarantaint nem tartanak, s ide inkább nyílt tuberculosiss, varicella, súlyosabb pertussiss, typhus stb. kerülnek, vagy a vegyes fertőzések esetek.

A morbilli-, diphtheria-, scarlatina-barakkok régi épületek, még Henoch idejéből, parkettezett helyiségekkel. S mivel ezen épületek nincsenek alapincézve, dacára a szigetelésnek, néhol kissé nedvesek. Ezen épületek egy régi feltöltött árok fölött fekszenek és a talaj süllyedése folytán a két sorban egymással szemben álló épületek homlokzatukkal kissé egymás felé hajolva furcsán komikus benyomást keltenek a szemlélőben. Sokkal jobban látható még a süllyedésnek nyoma az egyik emeleten, nem a gyermekkórházhoz tartozó barakk egyik lakószobájában, a melynek egyik fele kerek 30 cm.-rel van lesüllyedve és így az egész szoba berendezése ferdén áll. (Ezeknek az épületeknek újakkal való kicserélése a legközelebbi jövő sürgős kérdése.)

A klinika munkabeosztása a következő: minthogy a kórház tulajdonképpen a német (jobban mondva porosz és württembergi) katonáorvosok továbbképzését is szolgálja, a két főosztály vezetése, tehát a nagyobb gyermekek osztálya és az infectio-osztály két odavezényelt törzsorvosra van bízva, kik mellé alorvosok (katonai gyakorlóéves orvosok diploma nélkül) vannak beosztva. Az alorvosok 2—3 havonként, a törzsorvosok (ezredorvosok) két évenként változnak. Így tehát az alkalmazott 5 civilassistent közül tulajdonképpen csak egynek, a legfiatalabbnak van osztálya, a többi a rendelést végzi. Ennek a legközelebbi következménye az, hogy egyrészt az orvosok önképzése rosszabb mint nálunk, mert hisz a legértékesebb anyaghoz a fiatal gyakornok nem közvetlenül jut, másrészt az, hogy a klinika tudományos munkálatai jórészt a csecsemőkkel foglalkoznak, mely anyag a civilassistentsek kezelése alatt áll. A rendelésen, mivel 6 szobában folyik, 2 helyiségben nincs assistens, ezekben idősebb rendelőorvosok rendelnek s a szükséges segéderőt a nagyszámú tanulni jött fiatalabb volontair-collegák szolgáltatják. A rendelés, a mely 10—12.000 új beteget lát el évente, lassú tempóban történik, igen nyugodt s igen alapos; délelőtt 9¹/₂-től 11¹/₂-ig és délután 3—¹/₂5-ig fogadják a jelentkezőket.

Az ilyen megosztott rendelés előnyös a beteg hozzátartozójára, mert nem kell sokáig várni és mert a gyermekekkel hosszasan foglalkozhatnak az orvosok. Hátrányos azonban ez a tudományos feldolgozásra, mert elosztása folytán nem egészen egyenlő elvek szerint folyik a kezelés.

A naponta megtartott nagy visiteken, a melyeken Czerny tanár bámulatos gyors észjárása és mindenkor eredeti tudo-

mányos felfogása a hallgatót megbűvöli, rendkívüli számban (25—30-an) vesznek részt a klinikára bejáró orvosok. Mindig egy részlete a klinikának teszi a visit tárgyát és sok hasznos tan és eredeti gondolat kerül megbeszélésre.

A második gyermekkórház Berlinben, mely ágyszámra és beteganyagra nézve az egyetemi gyermekklinikát messze túlszárnyalja: a *Kaiser und Kaiserin Friedrich Krankenhaus*, a melyet *prof. A. Baginsky* vezet. A kórház a város szegényebb negyedében fekszik s kezdetben magánkezelésben állott, de ma már a város vette át. A kórház történetében röviden három korszakot különböztethetünk meg. Az első időszak, a még életben levő Frigyes császár alatt, ki a kórház iránt igen nagy érdeklődéssel viseltetett, volt az első fénykorszak. Pénz volt bőven és a vezetőség a kórházat szépen felszerelve, mintaserűen tarthatta fenn. Utána jött a decadentia. A császár halála után egy csapásra eltűnt a közönség érdeklődése, a beállott anyagi zavarok folytán a kórház mind desoláltabb viszonyok közé került s csaknem a bezárás veszélye következett be, a midőn Berlin városa a kórházat nyilvános jellegűvé tétele után átvette és sem pénzt, sem munkát nem kimélve, a mai mintaintézeté fejlesztette.

A különálló ambulatorium (körülbelül évi 10—12000 betegforgalom) egyszerűen, de csínnal van berendezve. Fölötte van a 4 nyolczágyas szobából álló quarantaine, a hová a gyanus környezetből bekerülő gyermekek vétetnek fel; tehát kötelező quarantaine nincsen. A földszinten 4 külön kis vizsgáló szoba van a fertőző betegségek számára.

A kórház fekvőbeteg-állománya 360 helyre van kontemplálva, erre a betegszámra van 2 főorvos, 4 assistens és korlátlan számmal felvett volontaire-orvos. A főépületben együtt van a csecsemőosztály és a sebészeti; egymástól az osztályok kettős üvegajtókkal vannak elválasztva. A folyosók tágasak. Minden osztályajtó üveglakkal van ellátva és az osztályok egymásközi elválasztó fala is üvegből van, úgy hogy az utolsó szobából az első szobába is el lehet látni. Persze ennek a rendszernek nagy előnyei mellett megvannak a hátrányai is. Előny elsősorban az, hogy kevesebb ápolószemélyzet mellett éjjel a gyermekek teljes felügyelet mellett vannak, hogy a szobák — mivel köztük átjárás nincsen — valamely ragályos betegség következtében bekövetkezett elzárással jobban vannak elkülönítve, másrészt kisebb kórtermek lévén, egy-egy behurczolt járvány nem fog nagyobb kiterjedést ölteni. Hátránya a rendszernek az, hogy a legkisebb műtéti vagy egyéb beavatkozások a gyermekek összességének szeme előtt folynak le s hogy a nagyobb fiúk és nagyobb lányok közti elkülönítés nem teljes. Végeredményben azonban e rendszer bevált. A főépületben van a kisebb, fertőző sebek ellátására való és a nagy műtőterem asepsises műtétek végzésére, előkészítő és sterilizáló helyiségekkel; e három helyiség fala középütt hiányzik és két oldalról üveggel határolt szekrényekkel van a látás számára átjárhatóvá téve. E szekrények egy-szersmind a műszerszekrények. Így tehát a műtő abban a kellemes helyzetben van, hogy a sterilizáló helyiségben és az előkészítő helyiségben történő dolgokat mosdás közben figyelemmel követheti. A terem éjjeli világítása tejüveg alatt levő villamos lámpákkal tökéletesnek mondható s akár melyik sebészeti klinikán beválna. Gyönyörű szépek az infectiosus betegségek számára épült barakkok is, hol az üvegajtó- és az üvegközfal-systema különösen a diphtheria és a croupos intubált gyermekek szempontjából nagyszerűen bevált. Egyáltalában látszik az intézeien a főnöknek az intézet iránt való nagy szeretete és nagy gondossága. Csillogó tisztaság és rend jellemzik az egész intézetet.

Berlin második gyermekorvosi iskolája, ha ugyan szabad ezt a nevet alkalmaznunk a központi árvaházra, annak *H. Finkelstein* tanár által vezetett csecsemő-osztálya. A „*Waisenhaus*” tulajdonképpen nem kórház, hanem annak van kontemplálva, hogy nem tehetős szülők gyermekei vagy törvénytelen gyermekek első 3—4 élethónapjukat itt töltsék el, azután kerüljenek ki az árvaház által nyilvántartott nevelőszülők gondozásába. Természetesen a künn ápolásban meg-

betegedett kisebb és nagyobb gyermekek újra és újra felvételt nyernek az intézetben, a melynek óriási forgalmát jellemzi egyrészt a napi 20—25 felvétel és elbocsátás, és az a tömördek megfigyelés és munka, a mely e falak között végbemegy, illetve innen került ki a világba. Az ágyak száma 230 körül van (nem fix állomány) és ehhez hozzászámítható még az intézettel personalunióban levő szomszédos „*Kinderasyl*” 100 ágya is. Tekintettel az óriási kiadásokra, a melyekkel egy ilyen csecsemőintézet fentartása jár és azzal a bár meglehetősen nagy abszolút, de relative mégis csak kevés anyagi erővel, a mit a város nyújt, természetes, hogy csak a legnagyobb egyszerűséggel és takarékoszággal lehet az intézetet fenntartani. A szobák 12 ágyasak legnagyobbbrészt, csak a két boxterem 10 ágyas. A boxhelyiségek közül az egyik fa- és üvegfalból, a másik ellenben favázon rögzített mullszövetből készült. Az első világosabb, de rosszabbul szellőzik, a második jól szellőzik, de kissé sötét. Mindkettőben — a varicellát kivéve — a gyermekek különböző infectiókkal szemben meglehetősen meg vannak védve és sokkal jobb átlagos eredményeket érnek el a boxhelyiségben ápoltakkal, mint a szabadon tartott gyermekekkel. A túlságosan nagy változás az anyagban, a sok grippével és diphtheriával fertőzött gyermek persze a különben minden gondosság mellett is az intézet eredményeit nagyban befolyásolja, de a mint a statisztikai kimutatások bizonyítják, az intézet felállítása óta e néposztály gyermekhalandósága szemmeláthatólag eső tendenciát tüntet fel. A központi intézet az *Erich Müller* által vezetett igen szép és nagy (kb. 360 ágyas) rummelsburgi árvaházzal és kórházzal áll összeköttetésben, és számos csecsemővizsgáló és tanácsadóhelylyel függ össze.

Gyermekorvosi szempontból igen fontos további intézmény a Berlin város *Virchow*-kórházához csatolt, óriási költséggel berendezett és *Jochmann* tanár által vezetett fertőzőosztály. Itt látszik szintén az, hogy költséget nem kimélték és mindenképpen elsőrendű intézetet akartak létrehozni. Ez nagyrészt sikerült is; persze mint minden nagy conceptionál, itt is történtek kisebb-nagyobb hibák. Vegyük először az általános képet, azután a részleteket. Az infectiosus pavillon áll egy megfigyelőből, a mely egy középső és két oldalbejárattal ellátott folyosóból nyíló kis szobák sora, a melyek egymástól teljesen el vannak különítve és minden szoba előtt egy állványon sterilizáló mosdótál antisepsises folyadékkal és egy kabát.

A folyosó a két szárny felé üveg-csapóajtókkal van ellátva, ugyanilyen csapóajtók a félfolyosót ismét több rekeszre osztják; sehol küszöb, sarok, egyszóval por és fertőzőanyag lerakódását elősegítő részlet nincsen. Épp úgy, mint az egész kórház területén, a pavillonok között nincsen lépcső, csak kis emelkedések, aszfaltozott járókák egyenlítik ki a bemenetek és a folyosók közti niveaukülönbségeket. A két scarlatina- és a két diphtheria-barakk egyforma berendezésű. Az épület ugyanis két teljesen symmetriás félből áll, a melyek egymástól teljesen függetleníthetők és elválaszthatók pl. vegyes fertőzés esetén. Minden épületnek a hideg konyhák felől két végről szóló bejárata is van e célból és mindkét végén az épületnek a ruhasterilizáló apparatus, a mely úgy van szerkesztve, hogy csak a steril ruha vehető ki az épület külső részéről a mosás számára, a mely a fertőzőkórház számára másutt történik, mint a rendes ruháé a kórház többi osztályai számára. Épp így sterilizálják a poharakat, a köpöcsészéket és egyéb a betegek által használt tárgyakat is. Az épületek két symmetriás végén a hideg konyhák, testvérlakások és elkülönítők szintén úgy vannak elosztva, hogy a betegek az egyik félépületben az épület másik felétől teljesen el vannak különítve. Ugy a diphtheria-, mint a scarlatina-barakkok minden épületben műtőteremmel vannak ellátva, a melynek gyönyörű felszerelése csodálattal kell hogy eltöltsön minden hozzáértőt. A meleg víz- és gőzfűtési rendszerrel kombináltan s azokkal szoros összefüggésben mindegyik ágy fejénél a diphtheria-osztályon a kis tért foglaló szabadalmazott gőzölőkészülékek a segédorvosok kijelentése szerint kitűnően beválnak.

Ezen tökéletesen berendezett intézet működésében azonban szervezésénél fogva egy kis hiba van, a mely, mint látni fogjuk, dacára csekély jelentőségűnek látszó volta mellett is nagyobb anomaliák okozója lett. Az osztály ugyanis szervezetileg félig a Virchow-kórházhoz, félig a Reichs-Gesundheitsamthoz tartozik. Ezért külön, igen szépen berendezett prosecturája van laboratóriummal; ez rendjén is van, ezzel a fertőzőbetegségben elhaltak hullái el lévén a többitől különítve, újabb fertőzéseket nem okozhatnak. De mit ér a legszebb prosectura, ha nincs prosectora s mit ér a laboratórium, ha nincs, a ki benne kellő időt szentelhetne a munkájának? Pedig itt ez az eset állott elő. A bonczolásokat az osztályokra beosztott három segédorvos végzi, kiknek, tekintve, hogy mindig a *legfiatalabbjai* a kórháznak, nem lehet elég pathológiai képzettségük, másrészt egynek-egynek 120 betege lévén, alig van idejük munkájukat valahogyan is elintézni. Másik baj az, hogy mint már előbb említettem, ez az osztály mintegy előszobája a többi osztálynak, a hová a segédorvosok azután kerülnek; a még fiatal és tapasztalatlan orvosok a főorvosnak eleinte nem tudnak a kezére járni és mire valamit tudnak és hasznukat lehetne de facto venni, már más osztályra kerülnek. Ez az oka egyszerűen annak, hogy a Virchow-kórház *nem intubál, hanem meggyőződésből végez* sok száz tracheotómiát, mert ezen műtét eredményei az intubatio eredményeit felülmúlják. Ez érthető is, ha tekintetbe vesszük az intubatio nehézségeit, gyakorlatlan kezdő orvos kezébe adva az intubatórt.

A 80 ágyas és *Ritter* által vezetett csecsemőkórház Weissenseeben egyike a mintaszerűen épült intézeteknek, a mely mint csecsemőkórház a legelső helyet foglalhatja el. Igazán nem kórház-stylus ez, hanem a legkényesebb igényeknek is megfelelő sanatóriumszámba is mehetne. A főépületben kis quarantaine-állomáson és felvételi szobán keresztül jutunk az osztályokra, a melyek 4, maximum 5 ágyas szobákból állanak s egy széles folyosóra nyílnak üveg-ajtókkal. Két-két osztály között üvegfallal elkerítve és üvegajtóval ellátott négy fayencekádás fürdőszoba van, a melynek minden pontjáról az osztályok valamennyi betege a fürdetés alatt is figyelemmel követhető. Az osztályok az épület hátsó frontján levő széles nyitott nyári folyosóra nyílnak küszöbnélküli ajtókkal, a melyeken keresztül a kis kerekeken nyugvó ágyak könnyen ki- és betolhatók. A nyitott folyosó igen csinosan tartott kertre néz, a melyben az elkülönítő és fertőzőbarakkok vannak, ezek berendezése és építési módja ugyanazon rendszer szerint van megoldva, mint a főépületé; gyönyörű szépen tartott, csillogó tisztaságú fürdő- és betegszobák, neutralis öltöztető- és fürdőszoba azonban nincsen itt sem. A harmadik részlet a Krippe, illetve a reconvaescens betegek számára emelt épület, a melynek ápolási díjai alacsonyabbak és berendezése sem oly fényűző. A kórházzal kapcsolatosan van egy mintastálló és tejkezelő-intézet. Az istálló hollandi rendszer szerint épült, tuberculinra nem reagáló tehénnek vannak az állományában csupán s külön tehénfürdővel és külön fejőhelyiséggel van összekötve. A tej literje körülbelül 1 márka eladási ár mellett az intéző becslése szerint 1.50—1.60 márkába kerül.

Szándékosan hagytam utoljára a *Langstein* tanár által vezetett minta-csecsemőintézetet, a *Kaiserin Auguste Victoria Haus*-ot. Ezen hatalmas, nagyjelentőségű, de aránytalanul nagy luxussal berendezett és felszerelt ház van hivatva irányt mutatni a német csecsemővédelmi intézkedéseknek s a csecsemő-orvostan egy új bűvárlati intézménye. Nem annyira kórház, mint inkább csecsemőápoló intézet. Gyönyörű berendezése s sanatóriumszerű külseje okozta, hogy divatba jött az előkelő berlini családok körében, hogy az intézet szülőházát szülések esetén sanatórium gyanánt használják. Különösen az elkülönítésre épült boxterme gyönyörű, lehet mondani mintaszerű. Bővebb, jehatőbb ismertetésétől ez alkalommal eltekintek.

† Scherer Sándor dr.

Scherer Sándor dr., a budapesti egyetem I. számú női klinikájának laboratóriumi assistense folyó hó 12.-én éjjel 2 órakor meghalt. Megbetegedett a napjainknak szinte járványosan támadó gonosz nyavalyájában, az appendicitisben. Halálba hajtotta a vakbélnek váratlan, lopva fejlődött átfúródása.

Mi, a klinikán vele együtt dolgozott társai és barátai sirva nézünk utána. Mert jó volt, derék volt és nemes érzésekkel teleszívódott egyénisége kincset ért nekünk. Mindenkivel szemben csupa jóhiszeműség, és sokkal nagyobb az alkotóvágyban és munkálkodásban, mint a bírálásban. Bár bírálgatni is szeretett. De bírálta örömeit önmagát is a nélkül, hogy valamikor az „én” szót nagy betűvel érezte volna. Katonás fegyelemmel intézte a rendet a rábizott komoly hivatalban, a hol a baj és a félelmes halál ellen másképp nem is lehet harcolni. Ezen a helyen, közeles közelünkben kellett el is hullania, mint az igazi harcosnak, a ki összeroskad azon a mezőn, a hol ellenével csatázott. . . . Emberi fogyasztása csudálatosan kevés volt. Öszinte egyenes jellem, kereketlen úri egyszerűség, tagadhatatlanul sok munkaerő, mind az ő nevében futható össze.

Physikai fölényét is el-elnéztük. Hatalmas szervezetét hogy ilyen gyilkosan megtámadhassa az alattomos betegség, soha nem is gyanítottuk. Derűs, beszédes kedélyű, szókimondó férfiember volt. A ki ismerte, tudta, hogy ha megered a beszélgető kedve, fogyhatatlanul sok lesz a mondanivalója. Szívesen hallgattuk mégis, mert okos volt a szava. . . . Fiatal, erőteljesen lüktető élete jóformán még derekáig sem jutott a kornak, a mi földi lénynek átlagban megadatott és máris megkondult az enyészetre hívogató lélekharang fölötté. Alig hajnalodott a létezésében, máris leáldozott a napja.

Tiszta ragyogással fénylő csillagként ékeskedett *Scherer Sándor* közöttünk. És csillogni fog mindenkor — az emlékezetünkben is!

*

Scherer dr. 1883 május 6.-án született Baján. Ott nevelkedett és végezte jelesen a középiskoláit. Édesatyja, az állami tanítóképző-intézetek mostani szakfelügyelője, Budapestre küldte az orvosi egyetemre. Itt nyerte el oklevelét is 1906-ban. 1907-ben jött az I. sz. női klinikára gyakornoknak, hogy a szülészeten és nőgyógyászatban kiképezze magát. 1910-ben szövetetani, serologiai és bakteriologiai tanulmányokra németországi egyetemre ment ösztöndíjjal. Először Berlinben és Hamburgban látogatta a klinikákat, majd hosszabb tartózkodásra Münchent kereste fel, a hol *Döderlein* intézetében foglalatalkodott, maj pedig *Amann* professor mellé állott voluntair-assistensnek. Előzékeny modorával, tökéletes nyelvismeretével megkedveltette magát az idegen intézetekben. Az így szerzett összeköttetéseket aztán itthon is tovább ápolta tudományos működésében. Közel 3 esztendő alatt tanársegéd lett és *Bárony* tanár rábízta klinikai laboratóriumának vezetését és szép munkakört biztosított neki az intézet elkülönítő pavillonjában. Nagy igyekezettel dolgozott a laboratóriumban. Behatóan tanulmányozta a lues serumdiagnosisát, az *Abderhalden*-féle terhességi reakciót, a bakteriologia legtöbb ágazatát, a rák-betegség kezelését a Röntgennel és a radiummal, a miről a „Deutsche Naturforscher-Versammlung” bécsi vándorgyűlésén az ősszel előadást is tartott.

Az Orvosi Hetilapnak szorgalmas, odaadó munkatársa és állandó referense volt, a külföldi szaklapokban pedig ismertette a gynaekologia haladását hazánkban. 5 esztendőn át szerkesztette a magyar gynaekologiai szakosztály jegyzőkönyveit a „Zentralblatt für Gynäkologie” számára. Sűrűn írt klinikai közleményeket magyar és német nyelven az orvosi lapoknak. Előadásokat tartott az Orvosegyesületben és annak gynaekologiai szakosztályában. E hó 19.-ére is kérte az *Abderhalden*-reakcióról készített előadásának beillesztését a szakosztály napirendjébe. De ennek elébe már pontot tett hirtelen bekövetkezett gyászos halála, a mely elnémította örökre a fáradhatatlanul munkálkodó orvos-embert.

Avarffy Elek dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

J. Petruschky: Grundriss der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose. Leipzig, 1913, F. Leineweber, 139 oldal.

A Koch Róbert emlékének ajánlott könyvecske a gümőkór specifikus diagnostikáját és terapiáját évek hosszú sorára terjedő poliklinikai és magángyakorlat tapasztalatok alapján tárgyalja.

A diagnostikai részben a cutanpróba hívének vallja magát a szerző és a Wolff-Eisner-féle conjunctivalis próba (theoriás) ellenzőjének, a melynek megkísértésére magát „egyáltalán el nem határozhatta”, félvén a szem esetleges károsodásától, holott ez az aggodalom megfelelően enyhe készítmények alkalmazásával (Ruele-Enoch-féle tuberkulin) Wolff-Eisner gazdag tapasztalatai alapján ma már jogosulatlan.

A therapiás részben vannak letéve Petruschky fontos tanításai. Nézete szerint két mozzanat az, a mi a tuberculinkezeléssel maradandó eredményekhez juttatta a gyógyászatot. Az egyik: az enyhe, lehetőleg lázreactio-mentes kezelésmód, a másik: a kúrának lehető hosszú folytatása, éveken át, felosztva azt egyes szakaszokra, *étappeokra*. Ez az utóbbi gondolata Petruschky-nak akkor is rokonszenves lehetne minden pathophysiologiailag gondolkodó orvos előtt egy chronikus fertőző bántalom terapiájában, ha a tapasztalat a lues gyógytanában már előzetesen nem szentesítette volna.

Az elolvasásra igen érdemes művecskében azonban még számos más oly principialis nézet van, a melylyel a legteljesebben egyetérthetünk. Ilyen pl. a szerzőnek az a kijelentése, hogy nem a tuberkulin-készítmény minősége, hanem alkalmazásának methodikája a lényeges a gyógyeredmény kialakulására (59. lap); továbbá: „a gyógyulás kérdését csak hosszas, évekre kiterjedő megfigyelése a reconvalescenseknek döntheti el” (98. lap); „a specifikus kezelésnek a hygienésdieta és gyógymóddal karöltve egyik legfőbb rendeltetése, hogy a zárt tuberculosisek eseteiben idejekorán törőnt alkalmaztatásuk által azok átalakulását nyílt gümökhöz meggátolják” (83. lap) stb.

Számos therapiás részlet, így a glycerinnel hígított TAF percutan alkalmazása gyógycélból inunctio alakjában (63. lap) és egynehány kórtörténet közlése még fokozza a kis mű tanulságos voltát.

Okolicsányi-Kuthy dr.

H. Pfeiffer: Das Problem des Verbrühungstodes. Wien, Ed. Hölzels Verlag, 1913.

E terjedelmes, közel 300 lapra terjedő monographiában a szerző, a ki a gráci egyetemen az általános és kísérletező kórtan rendkívüli tanára, kimerítően és bírálóan ismerteti mindazon klinikai, kísérleti és kórboncolástani adatokat, a melyek a megégés okozta halálra vonatkozólag ezideig összegyűltek. A szerző maga már mintegy 10 éve foglalkozik ezzel a kérdéssel és különösen az utóbbi években terelődött rá újból fokozottabb mértékben a figyelme, a mióta az anaphylaxiáról oly sokat dolgoznak és írnak. Az anaphylaxiában ugyanis szintén a parenteralis fehérje szétesése folytán beálló toxicosistról van szó, a megégéses halál pedig valószínűleg a megégett részekben széteső fehérjék okozta mérgezésen alapszik, a két folyamat között tehát analogia áll fenn. A sok eredeti vizsgálódáson alapuló érdekes monographia érdeklődésre tarthat számot a szakemberek körében, annál is inkább, mert élénken rávilágít a kétségtelenül érdekes kérdésnek még betöltendő hézagaira.

Lapszemle.

Orr-, torok- és gégebajok.

Az aranycantharidinnek a tuberculosisra és nevezetesen a gégetuberculosisra hatásáról ír Spiess és Feldt (Frankfurt a. M.). A cantharidint aethylendiaminnal kondenzálva és aranycyanid kombinálva, oly készítményt állítottak elő, a mely az aranycyanid organotropiáját csökkenti és nosotropiáját (gümös góczok befolyásolását) annyira fokozza, hogy állatkísérletekben a tuberculosisra való gyógyító hatásáról győződtek meg. Időközben Bruck és Glück aurum-kaliumcyanatummal lupus vulgaris eseteiben elért sikerekről számolva be, a szerzők hatásosabb és kevésbé mérgező készítményt igyekeztek előállítani s a monocanthalidyl-aethylendiaminaurocyanid-készítményt tartják ilyennek, melylyel Spiess frankfurti klinikáján több mint 100 gége-, illetve gümöskóros beteget orvosoltak. A készítményt 2,5%-os vizes oldatban intravenás injectiók alakjában alkalmazták; kezdő dosisa felnőtteknek 0,025 gr., maximalis dosisa nőknek és gyengébb egyéneknek 0,075 gr., erőteljes egyéneknek 0,10 gr. Az injectio után néhány órával mutatkoznak a reactió tünetek (hőemelkedés), csekélyfokú elváltozás esetén a hőemelkedés el is maradhat; az esetek egy részében melléktünetek is mutatkoznak, úgy mint émelygés, hányás, hasmenés stb. A közérzet az esetek nagy részében még súlyos kórfolyamat esetén sem zavartatik meg, sőt a betegek subjectív érzése javul a reactio ideje alatt, az étvágy fokozódik, a testsúly növekszik, stb. A vesékre, valamint a vérre való káros hatását a készítménynek sohasem észlelték; 1—1 esetben haemoptoe, illetve uterus-vérzés következett be a kezelés folyamán. Erősen pozitív Pirquet-reactiót mutató betegeken több esetben ismételt injectiók után a reactio gyengén pozitívvá, sőt negatívvá is lett. A kezelés előtt altuberculinra kifejezetten reagáló betegek néhány aranycantharidin-injectio után a tuberculin reactio nélkül türték el. Az általános reactióknál nagyobb szabályszerűséggel jelentkeznek a localis acut elváltozások a gümös szövetben; különösen bőrlupus és gégegümöskór eseteiben figyelhetők meg ezek; az injectio utáni 6—24 órán belül a tuberculinreactiohoz hasonló tünetek mutatkoznak: bőrlupus eseteiben a kóros területek megduzzadnak, megpirosodnak, majd néhány nap multán lelohadnak és elhalványulnak, fekélyes helyek megtisztulnak, majd behámosodnak. A gégeben a megbetegedett területek analog viselkedését figyelték meg, melyet subjectív érzések (bizsergés, lüktetés) kísérhetnek; a duzzanat és pir visszafejlődésével az oedemák és infiltratumok fokozatosan kisebbednek, a nyelési fájdalmak csökkennek, a hang javul, az ulceratiók megtisztulnak, kedvező esetben be is hámosodnak. Zárt beszűremkedések lassan resorbeálódnak, míg perichondritis eseteiben a befolyásolás csekélyebb. A tüdőben levő elváltozások határozott befolyásolása szintén konstátáltatott, kivált kezdődő esetekben. Súlyos általános tuberculosisek 9 esetében is alkalmazták a szerzők az aranycantharidin-kezelést s még ez esetekben is a baj kedvező befolyásolását észlelhetők. Míg kezdetben a betegeket kizárólag aranycantharidinnel orvosolták, utóbb kombinált eljárásokat alkalmaztak, nevezetesen a gégeben; ú. m. sebészi beavatkozást, physikai orvoslásmódokat (napfény-, Röntgen-, radiumkezelést). Elért eredményeik alapján a szerzők az aranycantharidint a tuberculosist specifikusan befolyásoló szernek tartják, mely a jelzett adagokban egyébként ártalmatlan. A szernek a gümös szövetre kifejtett hatására vonatkozó theoriájukat és hypothesisüket a Brauer-féle Beiträge zur Klin. d. Tuberk.-ben fogják közölni és ugyanitt ismertetik részletesen eseteik egy részének kórtörténetét is. (Deutsche med. Wochenschrift, 1914, 10. sz.)

Safranek dr.

Gyermekegyógyászat.

A csecsemőeczemának pellidol-kenőccsel való kezeléséről ír Rominger. A szerző 15 esetben alkalmazta a már másoktól is ajánlott pellidot a szokásos 2%-os helyett 1%-os kenőcs alakjában, mert tapasztalatai szerint a 2%-os kenőcs erős bőrizgalmat von maga után, gyógyhatásában pedig az 1%-os ugyanolyan, mint a 2%-os. A könyökmancsokkal ellátott csecsemőn az eczemas bőrt olajjal gondosan megtisztította, majd pedig pellidol-kenőcsöt későkestagságban gazedarabra kenve, a beteg testrészt bekötötte.

A kötés 24 órában egyszer lesz megújítva és a pellidol-kezelés 4, legfeljebb 5 napig folytatandó. Az eredmények úgy a fej, mint az arc eczemája, valamint intertrigo, impetigo contagiosa, pemphigus neonatorum eseteiben igen jók voltak, különösen a nedvedző eczemák, intertrigók hamarosan már 1—2 nap alatt megszűnnek nedvedzni, helyettük száraz, reactionmentes sebhelyek keletkeznek és hámújképződés áll be, a viszketés megszűnik és egészséges, halavány, feszes, nem infiltrált bőrfelület képződik. Ha a gyógyulás megkezdődött, indifferens kenőcsre vagy hintőporra térhetünk át. 5 napnál hosszabb vagy 2%-os pellidolkenőcs-kezelés erős bőrizgalmat, esetleg infiltrációt vonhat maga után. A szerző 15 esete közül a pellidol-kenőcs csak egyetlenegyben nem volt jó hatással. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde, XXIX. kötet, 4. füzet.)

Péteri dr.

Börkörtan.

A lupusnak a Friedmann-féle tuberculosis-szerrel való kezelését kísérlete meg A. Brauer (Danzig). Ugy látszik, hogy azoknak az álláspontja győzedelmeskedik, a kik a Friedmann-féle szer iránt a legridegebb skepsissel viseltettek. A berlini szerzők által észlelt kiváló kedvező hatással szemben áll az amerikai szerzők lesújtó kritikája s legújabbban a hamburg-eppendorfi kórház legszigorúbb visszautasítása. E kórház igazgatója ugyanis a további kísérletek betiltását sürgeti. A szerző eleinte intravenásan is alkalmazta a Friedmann-féle szert, de csakhamar elhagyta s egyedül az intramuscularis befecskendéseket használta. Súlyos hátrányokat nem tapasztalt. Kisebb-nagyobb lázat minden esetben észlelt. Helybeli reakciót csak 3 esetben látott. A szerző általános tapasztalása az, hogy a legtöbb lupus csakhamar az injectio nyomán javulást mutat. A javulás a beszűrődés lelapulásában, zsugorodásában s a gyorsabb behámosodásban nyilvánul, s néha már 3 nap múltán áll elő. A javulás némely esetben azonban csak 10—14 napig tartott, 3 hétnél tovább pedig egyik esetben sem. A javulás megállása után csakhamar rosszabbodás állott be. Hat héttel az injectio után az eredmény olyan volt, hogy nem mérközhett azzal, melyet hasonló idő alatt a szokásos helybeli kezeléssel szoktunk elérni. A szerző szerint a Friedmann-féle szer specifikus gyógyszernek látszik, mely a lupust jobban tudja befolyásolni, mint az altuberculin-kezelés. A kísérletek folytatását ezért szükségesnek tartja, ha az eddigi eredmény kedvezőtlennek is mutatkozik. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1914, 17. sz.)

Guszman.

Venereás betegségek.

A spirochaeták rendszerbeli hovatartozását kutatta Meirowsky (Köln). A Schaudinn által 1905-ben felfedezett spirochaeta pallidának aetiologiai jelentősége mint a syphilis kórokozója ma már véglegesen van beigazolva. Bizonyították ezt egyrészt a kísérleti syphilis-vizsgálatok (Neisser, Finger, Uhlenhuth s mások), másrészt a pozitív spirochaeta-tenyésztési kísérletek (Mühlens, Sawade, Noguchi). Hátra van most csak annak a végleges megállapítása, hogy a spirochaeták növényi élőlények-e, avagy protozoonok. Schaudinn hatása alatt oly szerveket kerestek a spirochaetákon, melyek a protozoon-természetet jellemeznék. E szervek: mag, unduláló hártya és valódi ostornyúlványok. Magalakú képleteket Herxheimer nyomán mások is találtak a spirochaetákban, de kiderült, hogy ezek a képletek nem azonosak a trypanosomák magapparatusával. Ostornyúlványokat Schaudinn írt le először a spirochaeták végén. A kutatók későbbi vizsgálatai azonban azt derítették ki, hogy ezek a „végfonalak” csak a periblastnak folytatásai s nem valódi ostornyúlványok, mint a myliennek a trypanosomákon észlelhetők. A Schaudinn által élő spirochaetákon észlelt és leírt unduláló hártya létezéséről is megváltozott idővel a nézet s ma a szerző több más vizsgálóval egyetemben határozottan állítja, hogy a spirochaetákon soha unduláló hártjának még a nyoma sem található. A spirochaeták oszlási típusának kérdése nem döntő fontosságú a hovatartozóság dolgában, mert a harántoszlás nemcsak a

növényi, hanem az állati paraziták között is előfordul, másfelől a hosszanti oszlás nem egyedül a protozoonok oszlási típusa. Mégis, úgy látszik, hogy azon vizsgálók vannak többségben, a kik — mint a szerző maga is — a spirochaeta oszlási típusának a harántoszlást tartják. Nem tagadható azonban, hogy hosszanti oszlás is előfordul. Fontos kérdés továbbá, hogy észlelhető-e a spirochaetákon a spóráképződéshez analog folyamat és valódi oldalbimbózás előfordulása, mert ez a két folyamat csakis a növényi élőlények tulajdonsága és protozoonokon sohasem található. Az eddigi vizsgálatok, melyeket a szerző úgy a szövetekből származó spirochaetákon, mint tenyésztett spirochaetákon végzett, más szerzők hasonló irányú vizsgálataival egybehangzóan arra engednek következtetni, hogy egyfelől a spirochaetákon bizonyos testcsekék észlelhetők, melyek spóráknak minősíthetők, másfelől a spirochaetákon nyeles és nyeletlen oldalbimbók keletkeznek. Meirowsky végül kijelenti, hogy valamennyi kísérlete, mely arra irányult volna, hogy a spirochaeta pallidán a trypanosomákhoz hasonló szerkezetet kimutathasson, eredménytelen maradt s hogy éppen ellenkezően a spirochaeták minden bizonnyal növényi természetű élő lények. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1914, 11. sz.)

Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Torpid fekélyek gyógyítására Hostabrich nagyon ajánlja a czukrot, a melyet 5%-os oldat alakjában használ oly módon, hogy ezen oldatba mártott kompresszt alkalmaz naponként kétszer a fekély megtisztítása után. (Ref. La semaine médicale, 1914, 10. szám.)

Asthma eseteiben Crookshank jó eredménnyel használja a pituitrint. A hatás nem oly feltűnő ugyan, mint a milyent adrenalinval lehet elérni, azonban sokkal tartósabb. Hosszabb időn át kell adni reggel és este egy-egy tablettát. (The lancet, 1914 márczius 14.)

A herpes tonsurans kezelésének egyik leghasználatosabb és legjobb módja a jodtincturával ecsetelés szappanspiritussal vagy kálicszappannal mosás után. Hátránya azonban ennek az eljárásnak, hogy többnyire nagyon makacs pustulák eczemát okoz. Ennek elkerülésére Thederling azt ajánlja, hogy hagyjuk el a szappant. Az eljárás tehát a következő: 4 egymás után következő napon reggel és este beecsetelés jodtincturával, előző szappanozás nélkül. A következő két napon oldása a közben képződött jod-varnak 3%-os salicylkenőcs be-dörzsölésével (Rp. Acidi salicylici 1·0, Ol. olivarum qu. s., Lanolini ad 30·0), szintén szappanozás nélkül. A 7. napon a közben teljesen megpuhult jod-vart szappanos vízzel végzett egyszeri mosással eltávolítjuk. Ez a turnus a gyógyulásig megismétlendő. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1914, 48. sz.)

Fagyás okozta erythema és pernio ellen Blunck a paramonochlorphenolt ajánlja oldat vagy kenőcs alakjában: Rp. Paramonochlorphenoli crystall. 1·0—5·0. Glycerini ad 50·0. — Rp. Paramonochlorphenoli 0·5—2·5; Vaselin. flav., Lanolini aa ad 25·0. — Rp. Paramonochlorphenoli cryst. 1·0—5·0; Alkohol ad 50·0. — A gyengébb oldatok vagy kenőcsök a fagyás okozta erythema, az erősebbek a pernio ellen használandók. Ugyanolyan jó hatású a Binz-féle chlormészkenőcs, ha 2½% carbolt adunk hozzá: Rp. Acidi carboli. liqu. 0·25; Calcar. chlorat. 1·0; Ungu. paraffini ad 10·0. (Therapeutische Monatshefte, 1914, 4. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 19. szám. Fischer Mór: Trachoma és bal-
eset. Dollinger Gyula: A gümős csont- és ízületgyulladások gyógyítása.

Orvosok lapja, 1914, 20. szám. Sümei József: A gyomor- és
bélműködés renyhése és annak gyógyítása fürdőhelyeken.

Budapesti orvosi ujság, 1914, 20. szám. Csépai Károly: Ada-
tok az Abderhalden-féle dialyzáló eljárás diagnostikai használhatóságá-
hoz. „Fürdő- és vízgyógyászat” melléklet, 3. szám. Bosányi Béla: Neve-
zetesebb balneologiai események a külföldön 1912-ben és 1913-ban
Czekkel Ferencz: A czukorbeteg és köszvényesek diéta konyhájáról.

Vegyes hírek.

Kinevezés. Braun Gyula dr.-t közegészségügyi segédfelügyelővé, Deutsch Arthur dr.-t a székesfővárosi Margit-kórházhoz rendelő bőrvorossá, Gáli Géza dr.-t a gyulai sanatorium igazgató-főorvosává, Lestyán Pál dr.-t a csabai közkórház alorvosává nevezték ki.

Választás. Hédervári Ernő dr.-t és Ladányi Ármán dr.-t Ujpesten kerületi orvossá, Márk Romulusz dr.-t Homokoson községi orvossá választották.

Schaffer Károly dr. egyetemi tanárt a Magyar Tudományos Akadémia III. osztályának levelező tagjává választották.

Meghalt. Kaufer Dávid dr. gleichenberg-merani fürdőorvos 69 éves korában e hó 9.-én Nagyatádon. — A. Pasquale, a belorvostan és közegészségtan magántanára Nápolyban. — D. Biondi, a sebészet tanára a sienai egyetemen.

A nemi betegségek leküzdésére alakult „Teleia” egyesület most adta ki évi jelentését, a melyből látjuk, hogy 1913-ban 6995 új beteg jelentkezett, a kezelések száma pedig mintegy 79.000 volt.

A bejelentésre kötelezett fertőző betegségeknek a szomszédos törvényhatóságok által való kölcsönös közlése tárgyában a belügyminister a következő rendeletet bocsátotta ki:

Több vármegyei és városi törvényhatóság részéről ismételt felmerült az a panasz, hogy a velük közvetlenül szomszédos és sűrű forgalmi összeköttetésben lévő törvényhatóságokban fellépett, bejelentésre kötelezett fertőző betegségek eseteiről, sőt azok veszélyes járványává váló fajulásáról, az illető törvényhatóságtól, hol a betegség fellépett, értesítést nem kapnak és így nincsen módjukban a betegségtől még megkímélt törvényhatóságoknak kellő időben foganatosítani azokat az óvórendszabályokat, a melyek a betegség áttejedésének gátat vehetnek. Különösen indokolt e panasz ott, a hol a vármegyei törvényhatóság területén nagyobb forgalmú, culturalis és egyéb szempontból is fontos városok vannak, a melyeknek nyilván fontos közegészségi érdeke az, hogy kellő időben tudomást nyerjenek olyan fertőző megbetegedésekről, a melyek — noha a tőszomszédságban fordulnak elő — a fennálló rendelkezések szerint, csak a területi illetékesség szempontjából I. fokú, de rájuk nézve idegen közegészségügyi hatóságoknak jelentetnek be. Jelentékenyebb városainkba a környező vidékről rendszeren sok iskolás gyermek és munkás jár be; rendszerint élelmiszerekkel is nagy részben a környék látja el a várost; ennél fogva a környéken fellépett fertőző betegségek a városba való behurcolására — de megfordítva is — számtalan alkalom kínálkozik.

A közegészségügy érdekében elkerülhetlen szükségesnek tartom, hogy a szomszédos, elsőfokú egészségügyi hatóságok a területükön fellépett és az 1876. XIV. t.-cz. 80. §-a alapján bejelentésre kötelezett fertőző betegségek fellépéséről, koronként azok elterjedése mértékéről és a betegség megszűnéséről, egymást kölcsönösen értesítsék.

E kölcsönös értesítési kötelezettség végrehajtásától azonban csak abban az esetben várható minden irányban megnyugtató eredmény, ha a helyi közforgalmi viszonyok figyelembevételével, egyfelől pontosan kijelöltenek azok a határterületek, a melyekre a kölcsönös bejelentési kötelezettség kiterjesztése indokolt, másfelől az esetleg szükséges intézkedések szempontjából megállapítatik az is, hogy a kölcsönös értesítések milyen időközökre vonatkozólag, milyen adatokat öleljenek fel.

Mint hogy pedig ezeknek helyes megállapítása csupán a helyi viszonyok közvetlen ismerete és megítélése alapján lehetséges és az ügy, az egymástól esetleg jelentékenyen eltérő közforgalmi viszonyok miatt, minden tekintetben kielégítő módon, részleteiben is egyöntetű rendelkezéssel nem szabályozható, a fertőző betegségek ellen való védekezés szempontjából egymással szemben érdekelt városi és vármegyei törvényhatóságok első tisztviselőire bízom, hogy egymás között megindítandó tárgyalások alapján állapítsák meg azokat a határterületeket, a melyeken belül a kölcsönös bejelentési kötelezettség életbeléptetendő és egyúttal azt is, hogy e bejelentési, illetőleg értesítési kötelezettség tartalmilag milyen terjedelmű legyen.

Felhívom ennél fogva a címet, hogy a kölcsönös bejelentési kötelezettség végrehajtása érdekében a törvényhatósága szempontjából érdekelt törvényhatóságokkal lépjen érintkezésbe és az erre vonatkozólag befejezett tárgyalások eredményéről 1914. évi július hó 1.-éig tegyen ide jelentést.

A kölcsönös bejelentések rendszeres megkezdésére végső határidőül ugyancsak 1914. évi július hó 1.-ét tűzöm ki.

Magyarország szemorvosainak egyesülete május hó 30.-án szombaton és 31.-én pünkösd vasárnapján tartja az I. számú egyetemi szemklinika tantermében X. közgyűlését. A titkárság május hó 20.-án küldi szét a tagoknak a részletes programot.

Grósz Emil dr. egyetemi tanár lakását VIII., Baross-utca 10. szám alá helyezte át.

Tuszkai Ödön dr. ezévi fürdőorvosi gyakorlatát Marienbadban megkezdte.

Személyi hírek külföldről. G. Schwalbe, a strassburgi egyetem nagyírú anatomia-tanára, a nyári félév végével nyugalomba vonul. — A Wittek dr. magántanárt az orthopaediai sebészet ny. rendk. tanárává nevezték ki a gráci egyetemen.

Kisebbségi közlések az orvostudomány köréből. Thyreotoxikus hasmenés esetét közli Curschmann. A 43 éves nőbetegnek félév óta volt hasmenése, mely semmiféle diatával és gyógyszerrel nem volt befolyásolható és az illetőt már életveszélybe döntötte. 16 éves kora óta fennálló strumán kívül a Basedow-kórnak semmiféle tünete sem volt található. Strumektomia után a hasmenés tüstént megszűnt s az illető nem egészen két hónap alatt teljesen munkabíróvá vált. (Archiv für Verdauungskrankheiten, 20. köt., 1. füz.) — A Wassermann- és a luetin-reactio értékét állítja szembe egymással Much (Hamburg). Ha azt akarjuk megtudni, hogy volt-e valamikor lues a vizsgált egyénnek, a luetin-reactio többet ér; ha azonban azt akarjuk megtudni, hogy activ, roncsoló hatású állapotban van-e a lues mérge, a Wassermann-reactio ad biztosabb felvilágosítást. A mi a therapiát illeti: a Wassermann-reactio ad biztosabb alapot; iparkodunk kell a Wassermann-reactiót, mint a mely szövetroncsoló folyamat jelenlétére utal, negatívvá tenni, a luetin-reactiót pedig, mint a specifikus immunanyag-termelés kifejezőjét, pozitívvá megtartani. (Medizinische Klinik, 1914, 19. sz.)

A III. nemzetközi urológiai congressuson, mely június 1.—5.-ig lesz Berlinben J. Israel tanár elnöklésével, a következő tárgyakat fogják megvitatni: 1. Az érzéstelenítés az urológiában. Ref.: Bier (Berlin), Pasteau és Michon (Páris), Hugh Cabot (Boston). 2. Nephrektomia mindkét vese betegsége esetén. Ref.: Legueu (Páris), Casper (Berlin), Voelcker (Heidelberg), della Vedova (Modena). 3. Bekteriuria. Ref.: Biedl (Prága), Suter (Basel). 4. A prostata rákja. Ref.: Wilms (Heidelberg), de Martigny (Montreal), Verhoogen (Brüssel).

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

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

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

DR. REICH MIKLÓS Budapesti ZANDER-gyógyintézete Dr. ZANDER G. eredeti készülékével teljes sorozatával és rokon physikalis gyógyeszközökkel tökéletesen felszerelt intézet. IV., Semmelweis-utca 2. sz. Kossuth Lajos-utca sarkán.

Dr. Batizfalvy-féle sanatorium és vizgyógyintézet Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vizgyógyászati, villamos kezelések. Hízaló, soványító kúrák. Bejáróknap is. Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon. Vezető főorvos: Dr. Ullrich Gyula.

Istvánúti sanatorium és vizgyógyintézet Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sark.) Telefon 81—01. **Diaetás osztály** czukorbetegségeknél, anyagcserebetegségeknél. Hízaló és soványító kúrák. Belgyógyászati osztály vezetője: Dr. Doleoskó János, főorvos.

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

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

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

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

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

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

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

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz. Az összes elektrotherapiai eljárások: D'Arsonvalisatio, diathermia, vill. soványítás stb. Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, arthritisek, tabes dors. arteriosclerosis stb. ellen. —

Ótátrafüred magaslati gyógyhely (1020 m.) Vizgyógyintézet az összes fizikai gyógy-módokkal ideg-, Basedow- s belbetegeknek. Vezetőorvos: Dr. Groó Béla.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VI. ülés 1914 február 14.-én). 404. l. — XXIV. magyar balneológiai congressus. (III. és IV. ülés 1914 április 18.-án és 19.-én.) 405. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(VI. rendes tudományos ülés 1914 február 14.-én.)

Elnök: Terray Pál.

Jegyző: Dollinger Béla.

A gümös tracheobronchialis nyirokmirigyek áttöréséről a légutakba gyermekeken.

Paunz Márk: A tracheobronchialis nyirokmirigyek gümőkóros elfajulása a gyermekkorban rendkívül gyakori. Mint rendes bonczolástani lelet található nemcsak minden tüdő-tuberculosis esetében, hanem egyéb szervekben fejlődő tuberculosis mellett is (miliartuberculosis, béltuberculosis, csonttuberculosis, meningitis tuberculosa). A bántalom majdnem mindig másodlagos. Az elsődleges gócz a tüdőben gondos vizsgálattal úgyszólván mindig megtalálható, a mint azt Parrot, Kuss, H. Albrecht és Ghon számos vizsgálata bizonyítja. Jellemző az elsődleges tüdőgócra ennek kicsiny volta, többnyire csak kendermagnyi-kisborsónyi, ritkán nagyobb és mindig a tüdőbeli gócz helyének megfelelő tájmirigyek betegednek meg elsősorban.

Habár ezek szerint a tracheobronchialis nyirokmirigyek tuberculosis igen gyakori, e bántalom a klinikus figyelmét mégis csak akkor kelti fel, ha már súlyosabb tüneteket — főként a tracheára és a bronchusokra gyakorolt nyomás és az ezen légutakba való áttörés által — okoz.

Az előadó a mirigyek bonczolástani viszonyainak vázolása után röviden tárgyalja a kórbonczolástani elváltozásokat. Bonczolásokkor az áttörés igen gyakori lelet. Így Ghon bonczolt eseteinek 17-75%-ában talált áttörést. Ez a mirigyek elhelyezkedésének következménye. Az áttörést mindig megelőzi a compressio és az áttörés előtt a mirigyek a kifejlődő periadenitis folytán összenőnek a légcső és a bronchusok falával.

A compressio legjellemzőbb tünete a nehéz be- és kilégzés, főként a kilégzés akadályozott, vontatott, kisebb gyermekek légzése stridorosus, hangos, e mellett azonban a gége hangja rendesen tiszta, csengő. Élénk ellentétben áll a kis gyermekek hangos sirása a súlyos stridorról. A második fontos tünet az éles, szakgatott, érczes jellegű köhögés. Ha az áttörés bekövetkezett, súlyos fulladás-tünetek fejlődnek ki, éppen úgy mint idegen testek aspirációja után és ha idejében nem történik beavatkozás, a gyermekek megfulladnak a trachea és a bronchusok eldugulása folytán, néha azért is, mert nagyobb mirigydarab akad meg a hangrészben.

Az előadó 2 esetről számol be, a melyben sikerült a tracheotomia és a nyomban alkalmazott bronchoskopia inf. segítségével a gyermeket megmenteni. Egy 3. esetben, 20 hónapos fiún, a perforation kívül fennállott nagyfokú compressio folytán a műtéti beavatkozás nem járt eredménnyel. Beszámol még egy három éves gyermekről, a kin a bronchoskopia csak nagyfokú nyomási bronchostenosist derített ki. Ez meggyógyult.

Nagyon fontosnak tartja, hogy az áttörést idejében felismerjük. Ez többnyire lehetséges, mert az áttörés rendszert kis rész képződésével kezdődik és ezen át kezdetben csak kisebb törmelékek jutnak a légutakba. Ezek mint idegen testek váltják ki az első fulladás-rohamokat s csak később, a mikor a rés a további szétesés vagy a gyakori erős köhögés folytán nagyobb lesz, törnek át nagyobb és tömegesebb mirigyrészletek, a melyek nagyságuknál és nagy mennyiségüknél fogva okozzák a fulladást. A katasztrófát rendszeren több nappal megelőzik a jellegzetes fulladás-rohamok és így, ha a helyzetet kellőképpen felismerjük, rendszeren elegendő idő van a sikeres beavatkozásra. A Stefánia-kórházban eddig eredményesen kezelt 4 eset, úgyszintén az irodalomban közölt további 3 eset világosan bizonyítja ezt.

Fontos tehát, hogy a bel- és gyermekgyógyászattal fog-

lalkozó klinikus a tracheobronchialis mirigyek tuberculosisának tünettanát a kellő figyelemben részesítse.

Az általános tünetek rövid érintése után hangoztatja a Röntgen-diagnostika és a tracheobronchoskopia directa értékét a rendes physikalikus vizsgálati módszerek mellett. A tracheobronchoskopia directa nemcsak a körjelzést erősíti meg a leghatározottabban, hanem megmutatja azt is, hogy hol van a compressio és hol történt az áttörés.

Gyermekeken azonban ezen eljárás természetesen már csak mint a szükségessé váló gyógybeavatkozás kezdete jöhet alkalmazásba. Az áttörések csakis így kezelhetők. Mindig tracheotomiát és azután bronchoskopia inferiort kell végezni, mert számolni kell azzal, hogy utólag még kiköthetnek később kilökődő mirigytörmelék.

A compressio ellen a tracheotomia és bronchoskopia nem sokat segít. Ezen esetekben a mediastinotomia anterior jöhet szóba, melyet Rehn egy esetben felnőttn, a kin az elsajtosodott mirigyek a jobb főbronchust nyomták össze, sikeresen végzett.

A mi az így kezelt esetek további sorsát illeti, a 2. életéven innen a prognosis, ha sikerül is a fulladást elhárítani, mint a tuberculosis prognosisa ezen korban általában, nem nagyon kedvező. Idősebb gyermekeken azonban a maradandó gyógyulás nem ritka, a mit a tracheotomia és bronchoskopia által megmentett esetek legtöbbször bizonyít.

Bókay János: Az előadó szép esetei, melyek a Stefánia-gyermekek kórház észleletei, szépen mutatják, hogy peribronchialis mirigyáttörés esetén ma már czéltudatosan tudunk operative eljárni. Hogy a beavatkozás kellő időben legyen végezhető, fontos, hogy az áttörés momentumát pontosan megállapítsuk, megelőzőleg már legyen tudomásunk a mirigycaverna jelenlétéről. Hangsúlyozza a diagnostikában az érczes jellegű köhögés s a flottáló zörejt által kísért köhögés nagy semiotikai jelentőségét. Hogy a peribronchialis mirigy-tuberculosis úgyszólván mindig másodlagos folyamat, Ghon előtt jóval, már a hetvenes évek végén Parrot, a híres francia gyermekorvos hangsúlyozta s tételét a francia irodalomban mint Parrot-féle törvényt említik. Tőle ered az a szép mondás, hogy: „le ganglion est le miroir du poumon”, vagyis a hörgőkörüli mirigy mindenkor hű tükre a tüdő állapotának.

Loránd Leó: Beszámol azon 4 éves fiú további sorsáról, kit Paunz a Stefánia-gyermekek kórházban tervszerű módon, tracheotomia és tracheobronchoskopia inferior segítségével a fulladás veszélyétől megmentett. A fiú légzése azóta szabad maradt, csak egy intercurrentis rubeola idején jelentkezett ismét érczes köhögés, majd egy hetes lázas szak, mely alatt a jobb felső lebeny gyanús bronchopneumoniája állott be, közvetlenül a manubrium sterni mellett okozva tompulatót és hörgő légzést. A beteg ebből kigyógyult és azóta klimás kezelésben részesül.

Kiterjeszkedik ezután a fontosabb diagnostikai tünetekre. Fel- említi, hogy a hörgőkörüli mirigyek elsajtosodásának tünetei részben olyanok, melyeket a mirigy mint daganat idéz elő; ezek az elég ritkán kimutatható tompulató a manubrium sternitől jobbra, ennek radiogramja s ugyanott hörgő légzés. A többi tünetet a mirigy nyomása okozza a szomszédos szervekre, tehát a légcsőre, a bronchusra s a tüdőre, továbbá a vérekre, a vena anonymára és cava superiorra és az idegekre, mint a vagus, recurrens, sympathicus. Leggyakrabban jelenlevő és értékes tünetek: az érczes köhögés, a hangos stridorosus kilégzés, a fulladás-rohamok a légzés alacsony száma és tiszta beszédhang mellett, oedemák és tágult gyűjtőérhálózat az arczon és nyakon, venazörejt a szegycsont markolata mellett a fej hátrahajlításakor (Smith-tünet). Irányadók a beteg cachexiás volta, mirigyek a nyakon és a clavicula felett, remittens lázak, görvélyes alkat.

Hangsúlyozza, hogy ezentúl ily esetek pontosabb megfigyelés és tracheobronchoskopiás vizsgálat mellett alkalmas időben kerülhetnek gégeész-műtéti beavatkozás alá.

Terray Pál: Nem az előadás meritumához kíván szólni, csupán egy mondatára az előadónak kíván reflektálni, a ki azt mondotta: „a klinikusok közül a nem gyermekgyógyászok mint ritkaságot említik a peribronchialis mirigyek tuberculosis által okozott tüneteket”; erre vonatkozólag megjegyzi, hogy külföldi klinikusok behatóan foglalkoztak ezzel a tárggyal, s itthon Kuthy egyik előadása kapcsán fejlődött vitában már évekket ezelőtt foglalkozott a szöveggel ezzel a kérdéssel és a „A tüdő-tuberculosis korai diagnosisa” című dolgozatában kiemelte, hogy ezen kóralakot fejlett diagnostikánk, vizsgáló módszereink alapján elég gyakran tudjuk diagnoszkálni és ritkaságnak a hilustuberculosis ma már nem tartható.

Paunz: Az általános tünettana az idő rövidege miatt nem akart kitérni. Az idegekre gyakorolt nyomás-tüneteknek belgyógyászati szempontból is nagy jelentőséget tulajdonít. A klinikus figyelmét többnyire csak a feltűnőbb nyomás-tünetek keltik fel; a gyakorló orvosok tudatába még nem ment át a tracheobronchialis mirigy-tuberculosis tünettana.

Kísérleti beri-beri galambokon.

Richter Hugó: Azon vizsgálatairól számol be, a melyeket a tudományegyetem közegészségtani intézetében galambokon kísérleti úton előidézett beri-beri eseteiben végzett. Hántolt rizsszel való táplálás mellett kb. 2—3 hét múlva a galambok nagyfokú egyensúly-zavar klinikai képe alatt betegedtek meg, a mely főként a normalis állóképesség elvesztésében, egyes testrészek (fej, nyak) különböző kényszermozgásaiban, az egész test sajátságos bukfencező forgásaiban, végül minden önkényes mozgás kivitelekor mutatkozó nagyfokú incoordinációban nyilvánult. A kimúlt galambok idegrendszerének szöveti vizsgálata az idegrendszer vérbőségén és apró vérzéseken kívül általában az idegsejtek előrehaladó degenerálását derítette ki, azonban csak két helyen mutatkoztak anatómiailag jól definiált elváltozások. 1. A gerincvelő elülső szarvának motoros idegsejtjei közt sok épek látszó idegsejt mellett itt-ott súlyosan degenerált sejtek láthatók: duzzadt, majd porszerűen szétesett, vagy nagyobb rögökbe összeolvadt Nissl-rögökkel, szennyes kékre festett, lelapított, ráncolt, széli elhelyezkedésű maggal; előrehaladottabb esetekben a Nissl-rögök helyén csak alaktalan fibrillaris recze vagy sötétkek, szerkezetnélküli, nyujtványaitól megfosztott rögök jeleztek az idegsejt tönkremenését. 2. A corpus bigeminum (lobus opticus) egyik, mozgató sejtekből álló csoportja az összes megvizsgált esetekben nagyfokú, mindkét oldalra és minden egyes sejtre kiterjedő vakuolizálást mutatott, a mely a vizsgált galamb idegrendszerében másutt nem volt fellelhető. E sejtcsoport *Edinger* és *Shimazous* leírásai alapján azonos azon sejtcsoporttal, a mely az ellenoldali kisagyvelő szürke maggal függ össze és a melynek physiologiai jelentősége az emberi vörös magéhoz (nucleus ruber) hasonló. Miután e sejtcsoport az egyensúlyt szabályozó reflexpályának egyik fontos átkapcsoló állomását képviseli, nagyfokú elfajulása bizonyos mértékig a klinikai képet kitöltő súlyos egyensúly-zavar anatómiai substratuma gyanánt fogható fel. A szöveti elváltozások egyébként a kísérletes beri-beri előidézőjének toxikus természete mellett bizonyítanak.

Id. Liebermann Leó: Köszönetet mond az előadónak, hogy ilyen é szletesen foglalkozott e kérdéssel.

Egy aggodalmának ad kifejezést. Talán szakértők meg tudják magyarázni, a mit a szülő nem ért. Látjuk, hogy súlyos tünetek oka bizonyos idegsejtek súlyos degenerációjában rejlik. De nem tudja összeegyeztetni ezt a gyors gyógyulással. A hántolt rizsszel való etetés után a 35. napon jelentkeztek a súlyos tünetek és az oryzalin etetése után másnapra már megjavultak. Nem tudja ezt megérteni, ha csak nem veszi fel, hogy ott a kisagyban van valami dűz, mely ezen kieséseket kompenzálja és átveszi a kiesett agyrészlet funkcióját. Vagy talán nem is degeneratio, hanem vérbőség vagy oedema keletkezik, mely az ellenmérégre hamar visszafejlődik.

Az előadó azon nézet felé hajlik, hogy pozitív méreggel van dolgunk, mely a hántolt rizsben van és ellenmérége abban az anyagban van, a mely a hántolás alkalmával a korpába megy.

A szülő inkább azt hiszi, hogy hiányzik valami, a mi talán a belső secretiós szervekre hat; talán a vérerekre ható szervre, mint a milyen a mellékvese.

Schaffer Károly: A jelzett kórszövettani sejtelváltozásokat nem tekinti helyrehozhatatlannak, annyival kevésbé, mert ismeretes, hogy a sejtestest chromatikus állománya nagyon hajlamos újraképződésre s így a bántalmazott idegsejtek az elváltozásokat kiheverhetik. Azért helyesen nem is szólnunk idegsejtd degenerációról, hanem idegsejtreacitóról, a mivel ki van fejezve az állapotnak nullo természete. Való, hogy az anatómiai elváltozások és a klinikai tünetek közt szigorú párvonalosság nincs, de azért tagadhatatlan, hogy az előbbieket a kórtünetek lokalizálásában fontosak; elég utalnunk arra, hogy az élő állaton mutatkozott kisagy-tünetekkel a halál után talált helyi elváltozások (egy kisagyi coordinációs gócz bántalma) teljesen egyeznek.

Csiky József: Két kérdéssel fordul az előadóhoz: 1. Azon galamb idegrendszeri elváltozásai milyenek, a mely állat 24 órás kezelés után teljesen meggyógyult. Ez a lelet talán felvilágosítást adna az előbbi feltevéseket illetően is. 2. Vajon vizsgálta-e az előadó ezen galambok környéki idegrendszerét is s milyen elváltozásokat talált?

Richter Hugó: A kóros agens toxikus természetére csak a kórszövettani képnek oly esetekkel való analógiája kapcsán következtetett, a melyekben más mérgek (nicotin, tetanus-toxin) hatottak az idegrendszerre. A peripheriás idegekben elváltozásokat nem talált; de az esetleg fennállókat is inkább a gerincvelő motoros anyasejtjei degenerálására vezetné vissza. A mérgezés tetőfokán hántolatlan rizsszel méregtelenített galambon, a melyet a javulás kezdetétől számított 24 óra után ölt meg és vett vizsgálat alá, szintén megtalálta a kóros idegsejtelváltozásokat; a mérgezés-tüneteket a vérben keringő activ toxin hatásának tulajdonítja és ezzel magyarázza azt a rapid módon beálló javulást, a mely a szervezetbe juttatott antitoxin-paralyzáló (toxint kötő) hatására be szokott következni.

XXIV. magyar balneologiai congressus.

(III. ülés 1914 április 18.-án délután.)

1. **Weisz Ede:** A thermo-therapia alapelvei. Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.

Liebermann Leó: Weisz előadásában egyebek között igen figyelemreméltónak tartja azokat a dolgokat, melyeket a resorptio jelentőségéről mond. Alighanem valóban a lob helyén képződő toxinok felszívódása reactiv folyamatokat, antitoxinképződést indít meg a szervezetben, miáltal ez a lobokozó hatányok ellen sikeresen védekezhetik.

2. A Lahmann-féle diaeta kritikája.

Bálint Rezső: A physio-therapeuták között legnagyobb híre van *Lahmann*-nak; a *Lahmann*-kúra gyakorlására újabb és újabb sanatoriumok nyílnak meg és azért fontos, hogy a *Lahmann*-féle diaeta mibenlétével tisztában legyünk. Vázolja a diaetának *Lahmann* által adott elméleti alapját. A diaeta az úgynevezett diaetás dysaemia megelőzésére, illetve gyógyítására szolgál. E dysaemia létrejöttének négy tényezője van: 1. az ú. n. „táplálósók” hiánya vagy hiányos percentuációja a táplálékban, 2. a túltáplálás, 3. a túlzott konyhasófelvétel és 4. a fokozott vízfelvétel. Az előadó kimutatja, hogy mindezen okok miatt a *Lahmann* által supponált, de nem bizonyított vérosszetélmegváltozás (dysaemia) nem jöhet létre. Adott esetben az ú. n. *Lahmann*-féle diaeta alkalmas lehet, de a diaetának oly általánosságban való alkalmazása, mint azt *Lahmann* és követői teszik, helytelen. Kíváncos volna, hogy a sanatoriumokban és fürdőhelyeken ne egy diaeta, hanem a diaetika honosíttassék meg, vagyis minden beteg megtalálja azt a diaetetikai eljárást, a melyet betegsége megkövetel.

Liebermann Leó: *Lahmann* olvasta az annak idején megjelent *Bunge*-féle értekezést. Meglepte, hogy *Bunge* a tej összetételét a fiatal macska összetételével találta egyenlőnek. Ebből egy theoriát dolgozott ki, de elfelejtette, hogy a tej, melyet ő bázisnak vett, nem felnőtt embernek való táplálék, hanem fejlődő gyermeknek.

Hogy a tejben a sók aránya más, mint a többi táplálékban, annak oka, hogy a gyermeknek calciumra és natriumra, mint szövethépző elemekre, nagyobb szüksége van, mint a felnőtteknek.

3. A gyomor- és bélmozgások pharmacologiájáról.

Mansfeld Géza: Minekutána a gyomor és bél rhythmusos működésének okát, a bélmozgások főtípusait, a bélganglionok és az extra-intestinalis idegek jelentőségét ismertette, röviden vázolja azok szerepét a bélre ható gyógyszerek hatásában. Ezután áttérve azokra a kísérletekre, melyek a Röntgen-módszer segítségével a gyomor és bélmozgások normalis lefolyását ismertették meg velünk, vázolja a hashajtók négy csoportja egy-egy képviselőjének hatásmechanizmusát, különösen kiemelve azt a mechanizmust, melylyel a közepsók fejtik ki hatásukat. Végül azokról a vizsgálatokról számol be, melyek az opium és morphin hatásmódját derítették fel.

4. **Bosányi Béla** a múlt két év fontosabb külföldi balneologiai eseményeiről számolt be és ráutalt a balneologiai szakoktatás fontosságára, melyet újabban Franciaországban nagy mértékben ápolnak, a hol kiváló egyetemi tanárok állnak az ügy szolgálatában. Figyelmeztette a congressust azon németországi mozgalomra, mely a fürdőprospectusok túlzásait és a valóságtól eltérő adatait akarja kiküszöbölni. Ugyanott szabályozni akarják azon anyagi kérdéseket, a melyek felmerülnek, ha valaki fürdőhelyen súlyos beteg lesz vagy elhal, a miből tudvalevőleg már számos pereskedés támadt.

Papp Samu: Felemlíti, hogy tavaly tartották meg az első balneologiai cursust Karlsbadban, mely az első volt Ausztriában.

(IV. ülés 1914 április 19.-én délelőtt.)

1. **Brenner József** a **fürdőorvosok helyzetének javításáról** tart előadást, buzdítván őket egy szakszervezet-féle tömörülésre, hogy szerződéseiket a fürdőtulajdonosokkal előnyösebben, főleg állandó jelleggel köthessék meg.

2. **Szontagh Tamás**, a m. kir. földtani intézet aligazgatója, „Az ásványvízforrásoknál végzett hydrologiai és physicochemiai megfigyelések eredményei” című tanulmányát mutatja be.

Az ásványvízü gyógyforrások védőterületeinek adományszolgáltatásból kifolyólag már régen szükségesnek tartotta a gyógyvíz-források életének tanulmányozását.

E tanulmányokat, a melyek a forrásfoglalásra, továbbá a légnyomásra, szénsavra, gázokra, csapadéokra, talajvízre, hőfokra, vízfelszállásra, vegyi állandóságra stb., illetőleg azoknak egymáshoz viszonyára vonatkoznak, **Oelhofer H. Gy.** vegyészszel együtt az 1900. évtől kezdve a mai napig, tehát 14 évig a színye-lipóczi forrásokon végezték.

A forrásokkal geológiai és hydrologiai irányban is foglalkozott.

A megfigyelések eredményeit grafikonon mutatja be. Valamint formulázza az eredményekből levonható szabályt, a mely a gyógyforrások életéről is ad némi felvilágosítást.

Végül szükségesnek tartja, hogy egy megállapítandó hálózatban a gyógyforrások a mostan ismertett eljárás szerint megfigyeltesse. Ily telepek egyúttal meteorológiai megfigyelő állomások is lehetnének.

Vámosy Zoltán: Örönd, hogy egy magyar forrástulajdonos forrásának tudományos feltárására, kutatására ennyi áldozatot fordít. Készséggel ennek köszönheti forrásának tisztaságát és állandóságát. Ismer szomorú példákat az ellenkezőjére is, midőn kiváló források, elhanyagoltságuk következtében mésztufákkal zárva el útjokat, lassan teljesen elváltoztak, sőt elapadtak. Nagyon óhajtanánk véli, hogy a források physikai állandói, szénsavtartalmuk és szilárd alkotórészeik sűrűn, évente legalább egyszer megvizsgáltassanak, mert olyanok volnának e vizsgálatok a források életében, mint a hőmérő a reconvalescens kezelésében: rögtön elárulná, ha valami baj volna a forrásnál és intenének, hogy jó lesz idején utánanézni a dolognak.

Oelhoff H.: Teljes mértékben méltányolja és megerősíti a **Vámosy** által említett dolgok nagy fontosságát. Ő maga nem egy ízben teljesített **Szontagh Tamás**-sal együtt tudományos vizsgálatokat forrásoknál és adott szakvéleményeket a teendőkre nézve, de fájdalom, a tulajdonosok csak ritka esetben követték a tanácsokat, mert az áldozatoktól visszariadtak. Tud esetet, a hol ez meg is bosszulta magát.

PÁLYÁZATOK.

A **Salgótarjáni kőszénbánya** részv.-társ. aninoszai bányatelepén **egy társaspénztári orvosi állás** töltendő be. Ez orvosnak a bánya valamennyi alkalmazottját és munkását díjmentesen kell kezelnie és az ottani kézi gyógyszerért is vezetnie. Sebészeti gyakorlattal bíró orvosok előnyben részesülnek.

Az állás a következő javadalmazással van egybekötve: évi 3000 korona kezdő fizetés, 1600 korona évi díj a házi gyógyszerért, kezelé-
seért, szabad lakás, fűtés, világítás díjmentesen. Egy évi megfelelő próbaszolgálat után állásában véglegesítetik és a társulat tisztviselői nyugdíjintézetébe felvétetik.

Pályázók orvostudori oklevelük másolatával, eddigi gyakorlatukat igazoló okmányokkal és rövid „curriculum vitae”-val felszerelt kérvényüket egészségi állapotuk és nyelvismeretük megjelölésével a **Salgótarjáni kőszénbánya r.-t. bányagazgatóságához, Petrozsény** (Hunyadmegye) nyújtják be.

21/1914. eln. sz.

A nagyméltóságú vallás- és közoktatásügyi m. kir. minister úrnak márczius 13.-án kelt 31.681. IV. o. számú rendeletével az igazgatóság alatt álló állami kórház sebészeti osztályán rendszeresített három 1000—1000 koronával díjazott ösztöndíjas és öt díjtalan **műtőnövendéki állásra** ezennel pályázatot hirdet. Felhívom ennél fogva azokat az orvostudor urakat, kik a kötelező egyévi gyakorlattal is rendelkeznek, hogy szabályszerű pályázati kérvényüket hozzám jelen hirdetésemnek **első közzétételétől számított két hét alatt** annyiival is inkább nyújtják be, mert a később érkezett vagy kéllőleg nem okmányolt pályázatokat figyelembe venni nem fogom.

Megjegyezni kívánom még, hogy az előírt elméleti vizsga letételének idejét és helyét az érdekeltekkel kellő időben közölni fogom.

Velits Dezső dr. s. k., tud. egyet. nyilv. rendes tanár, a pozsonyi áll. kórház igazgatója.

3082/1914. kig. sz.

A széphegyi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Az állás javadalma:

1. Törzsfizetés 1600 korona és a törvényes korpótlék.
 2. Fuvarátalány 400 korona.
 3. Lakbér 400 korona, a természetbeni lakásra vonatkozó képviselőtestületi határozat megyeközönségi jóváhagyás alatt áll.
 4. A szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak szedése.
 5. Helyi pótlék 800 korona
- Az orvosi kör áll Széphegy, Temesliget, Obád községekből. Felhívom azokat, a kik az állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket **folyó évi június hó 15.-éig** hivatalomnak benyújtsák. A választás idejét később állapítom meg.

C s á k, 1914. évi május 8.-án.

Lázár Ferencz, főszolgabíró.

1084/1914.

Biharmegye biharkeresztesi járásának alulirott főszolgabírája a berekböszörményi **körorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az állás évi javadalmazása a következő:
1. 1600 korona törzsfizetés, a mely az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-ában megállapított korpótlékokkal emelkedik.

2. 800 korona lakbér.
3. 600 korona fuvarátalány (800 koronára való felemelése belügy-ministeri jóváhagyás előtt áll).
4. M. kir. belügyminister úr 170.944/1913. VII. sz. rendeletével engedélyezett 1200 korona helyi pótlék.

5. A törvényben megállapított látogatási díjak.
Az orvosi körben fekvő gazdaságok és a magánorvoslás a kör-orvos részére tekintélyes összeget biztosíthatnak.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában körülírt képesítésüket és eddigi gyakorlatukat igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket **hozzám folyó év május hó 20. napjának d. u. 5 órájáig** adják be.

A kéllően fel nem szerelt vagy elkészen beadott kérvényeket figyelembe nem veszem.

Az állás betöltése iránt később fogok intézkedni.

Biharkeresztes, 1914 április 23.

Frankó Endre, főszolgabíró.

3322/1914. eln. sz.

Szeged szab. kir. város törvényhatóságánál választás útján be-töltendő **két külterületi kerületi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állások mindegyike évi 2000 korona alapfizetéssel (illetve az ez idő szerint kormányhatósági jóváhagyás alatt levő módosított szer-vezési szabályrendelet szerint évi 2600 korona alapfizetéssel), 800 ko-rona napidíjjal és útiátalánnyal, 2 hold föld használatával, úgy 4 szoba, előszoba és mellékhelyiségekből álló természetbeni lakás, istálló és kocsiszín használatával, valamint magángyakorlatra való jogosultsággal van egybekötve.

Az alapfizetés 5, illetve a módosított szabályrendelet jóváhagyása esetén 4 évenként emelkedik.

A csengelei orvosi kerületbe beosztandó kerületi orvos részére a fenti javadalmazáson felül a törvényhatósági bizottság 857/1913. számú — jelenleg kormányhatósági jóváhagyás végett a m. kir. belügyministe-riumnál levő — határozatával 600 korona évi tiszteletdíjat állapított meg, a mely tiszteletdíjat a közgyűlési határozat jóváhagyása esetén a Csen-gelére beosztandó kerületi orvos mindaddig élvezi, míg e helyen műkö-dik. Ezen 600 korona tiszteletdíj a nyugdíj megállapításánál figyelembe nem vétetik.

A megválasztandó kerületi orvosok tartoznak a szegény betegeket díjtalanul gyógykezelné, míg a fizetőképes betegektől a 132/1891. számú közgyűlési határozattal alkotott szabályrendeletben megállapított díjakat szedni jogosultak. Nevezetesen: a beteg lakásán tett látogatásért nappal 2 koronát, éjjel 4 koronát, az orvos lakásán eszközölt gyógykezelésért pedig nappal 80 fillért, éjjel 1 korona 60 fillért. A hét éven alóli gyer-mekek gyógykezeléséért a fenti díjak fele jár.

Ezekén kívül a trachomások kezeléséért évi 500 korona tisztelet-díj szokott a m. kir. belügyministerium által utalványoztatni.

Megjegyzem, hogy ezen kerületi orvosok székhelye nem a város-ban, hanem a város külterületén a tanyákon szétszórta élő tanyai la-kosság között van.

Az állások folyó évi június hó 15.-éig elfoglalandók.

Felhívom ennek folytán mindazokat, kik ezen állások egyikét elnyerni óhajtják, hogy az 1908 : XXXVIII. t.-cz. által előírt tisztí orvosi minősítettségüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányok-kal felszerelt pályázati kérelmüket méltóságos Dr. **Cicatricis Lajos** főispán úrhoz címezve, Szeged város főispáni hivatalában **folyó évi május hó 23. napjának délután 1 órájáig** nyújtsák be.

Megjegyzem, hogy a mennyiben tisztí orvosi minősítéssel bíró pályázó nem lenne, az esetben ily minősítéssel nem bíró orvos ideig-lenes minőségben a tisztí orvosi vizsgának egy év alatt való megszer-zésének kötelezettsége mellett esetleg főispáni helyettesítés útján fog alkalmaztatni.

S z e g e d, 1914. évi május hó 6.-án.

Lázár György dr., polgármester.

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.

Tornai József: Közlés a budapesti m. kir. tud.-egyetemnek I. számú belorvostani klinikájából. (Helyettes igazgató: Bárány Kéty László dr. ny. rk. tanár.) Ujabb adatok a keringésbajoknak végtaglekötésekkel való orvoslásához és néhány megjegyzés az úgynevezett „phlebostasis”-ról. 407. lap.

Réthy Aurél: Közlemény a budapesti egyetem orr- és gégeklínikájáról. (Igazgató: Ónodi dr., egyetemi tanár.) A mélyben történő varratok technikájához. 411. lap.

Szily Pál: Közlemény a pesti izr. hitközség kórházának serológiai és kísérleti gyógytani állomásáról. Adatok a sejttestek physikalis chemiájához. 412. lap.

Holitsch Rezső: A Német Röntgen-Társaság X. (jubileumi) congressusa. 415. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. J. Hladik: Kurzes Lehrbuch der Militärhygiene. — Lapszemle. Belorvostan. Strauss: A vesegyulladás kör- és gyógytanának haladása. —

Sebészet. H. Küttner: A recidiváló köldökkölikák. — V. Eiselsberg: A thoraxial resectiója carc. mammae-műtét után. — Gyermekorvostan. Buttermilch W.: A csecsemők orrdiphtheriája eseteiben található bacteriumok klinikai értéke. — Keuper: Vérhas-endemia kis gyermekek között. — Venerés betegségek. M. Müller: A prostituáltak kötelező ellenőrzésének haszna. — Húgyszervi betegségek. J. Murard: Vesedecapsulatio. — Orr-, torok- és gégebajok. R. Goldmann: A chronikus tonsillitis kapcsán mutatkozó nyirokmirigy-elváltozások. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Rénon: A nagy vérnyomás csökkentése. — Pataki: Pyralgin. 418—421. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Magyar orvosi archívum. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 421. lap.

Vegyes hírek. 421. lap.

Tudományos társulatok. 422—423. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti m. kir. tud.-egyetemnek I. számú belorvostani klinikájából. (Helyettes igazgató: Bárány Kéty László dr. ny. rk. tanár.)

Ujabb adatok a keringésbajoknak végtaglekötésekkel való orvoslásához és néhány megjegyzés az úgynevezett „phlebostasis”-ról.

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

Már több mint három éve annak, hogy első ízben közöltem¹ azon kedvező és biztató eredményeim, a melyeket keringés-zavarok orvoslásában a végtagoknak rendszeres, gyűjtőeres lekötésével elértem. Azóta idevonatkozó vizsgálataimról és tapasztalataimról több helyen beszámoltam.

Közléseim alapján a végtagoknak az említett célból rendszeresen végzett lekötését már többen, még pedig kellő sikerrel alkalmazták és ma is alkalmazzák. Sőt egyesek a módszert bizonyos képzelte jogok alapján ki akarják sajátítani, bárha azt hiszem, hogy a tárggyal foglalkozók mindegyike tudja, hogy a végtagoknak rendszeresen végzett lekötését orvosló eljárás gyanánt a vérkeringés betegségeivel szemben én alkalmaztam legelőször.

A módszer, úgy látszik, a használható, hatásos physikai kezelésmódok sorába jutott és a keringés-zavarok orvoslásában polgárjogot nyert. A mi klinikánkon évente már a százat is eléri azon keringésbajban szenvedők száma, a kik ezen kezelésmódban részesülnek.

Hogy a végtagoknak egyszerű gyűjtőeres leszorítása miképpen könnyíti a vérkeringésnek, a szívnek terhét, munkáját, talán felesleges részletezni. Az ilyen gyűjtőeres végtagleszorítással a túlterhelt vérkeringésből néhány perc alatt jelentékeny vérmennyiséget zárhatunk ki s egyszersmind a

circulációt mintegy megkisebbitethetjük és ezzel a fokozatosan gyengülő szívnek, vérkeringésnek terhét, munkáját hirtelen, biztosan és jelentékenyen könnyítjük. A szív a lekötés idején jóval kisebb vérmennyiséggel és megkisebbitett vérkörrel dolgozik. Munkáját így könnyebben végzi, kissé pihenhet, új erőt gyűjthet, s ha pangásosan ki volt tágulva, a megfelelő térfogatára visszahúzódik, megkisebbedik. A végtagoknak rendszeres lekötsége, mint már több helyen részleteztem, különösen a v. portae rendszerében beállott pangás eseteiben jár szemmel látható, közvetlen sikerrel.

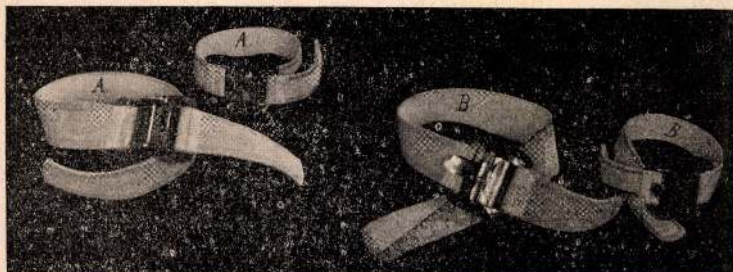
A végtagok leszorítását egy ideig — mint talán ismeretes — egyszerűen ujjnyi vastag, puha, de rugalmas gummicsovékkel végeztem. Már az első közléseimben is felemlítettem, hogy a pangásos vérbőség felidézésére legmegfelelőbb volna, ha mind a négy végtagra egy-egy, a vérnyomásmérő eszközöknek pneumatikus karóvéhez hasonló, felfújható övet csatolnánk és a kellő szorítást ezeknek közvetítésével, közös csőrendszer, manometer és fújtató útján pontosan beállíthatnánk. Ugyanis a legbőségesebb pangás felidézésére a szorításnak azon foka a legalkalmasabb, a mely a verőeres rendszerben uralkodó minimalis nyomás fokával körülbelül egyenértékű. A pneumatikus övekkel több esetben kísérleteztem, de alkalmazásuk nagyon körülményes, azután pedig az eleinte beállított nyomás később rendszeresen csökken. A gummi-övek hamar kilyukadnak, pusztulnak s elég költségesek, úgy, hogy egyelőre visszatértem az egyszerű gummicso alkalmazásához, annál is inkább, mivel némi gyakorlás után a kellő szorításnak kellő fokát ezzel is mindig épp oly jól eltalálhatjuk, akárcsak manometerrel ellenőriznénk azt. Másrészt meg nem is kell oly nagyon pontosan a szorítás fokát ellenőrizni, csupán arra kell ügyelnünk, hogy bőséges gyűjtőeres pangás álljon be.²

Az utóbbi időben a végtagok lefűzésének az eddiginél is egyszerűbb és úgy a beteg, mint az orvos szempontjából

¹ A Budapesti Orvosi Ujság 1910. évfolyama 52. számában, majd pedig a Berliner klin. Wochenschrift 1911. évfolyama 5. számában.

² Egyébiránt Lillenstien, mint ismeretes, a pneumatikus eljárást az én közléseim megjelenése után újból leírta és azt „phlebostasis”-nak, az ő saját módszerének nevezte.

elég kellemes és könnyen végezhető módját alkalmazom. A leszorításhoz ugyanis ma széles, erős, de puha, simulékony gummiszövésű hevedereket használok, melyekre utasításom szerint egy itteni czég műhelyében készült egyszerű csatszerkezet van szerelve. A csatszerkezet valóban annyira egyszerű, hogy mind a négy végtagnak leszorítását néhány másodperc alatt pontosan eszközölhetjük. A hevedereket utasításomra háromféle csatszerkezettel készítették. Az első ábrán kétféle

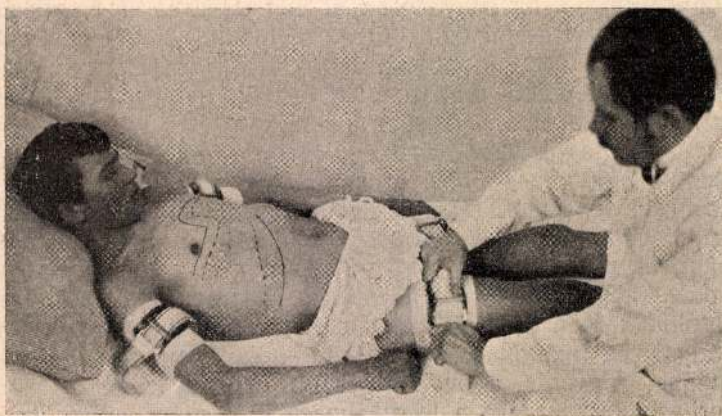


1. ábra.

szerkezet látható. Az egyik (A) az ablakredőnyök felhúzó hevederének rögzítő szerkezetéhez, a másik (B) pedig a nadrágtartók ismert csatszerkezetéhez hasonló.

Az előbbinek alkalmazásmódját a 2. ábrán látjuk. A végtag körül vezetett és kellő módon megfeszített hevedernek szabad végét egy kis rovátkás henger szinte automatásan rászorítja a csat talpára. A csat vékony fémből készült s így az egész készülék súlya igazán jelentéktelen. Egyébképpen pedig a fémrészek alumíniumból is készíthetők.

A hevedereket én, a hol csak lehetséges, rendszerint mind a négy végtagra felcsatolom, mert így az eljárás hatásosabb. A legtöbb esetben naponta, még pedig délelőtt és délután is lekötöm a végtagokat, még pedig akár 1—1½ órára. A lekötést oly módon végzem, hogy a nyugodtan hanyattfekvő beteg inge ujjait egészen a hónaljáig, az alsó-nadrágot pedig a csomhajlatig feltűröm. Tehát az alsó ruházatot nem kell levetni. A felkar és a csomb legfelső részére 3—4 réteg tiszta, puha, mosható flanel-pólyát avagy érzé-

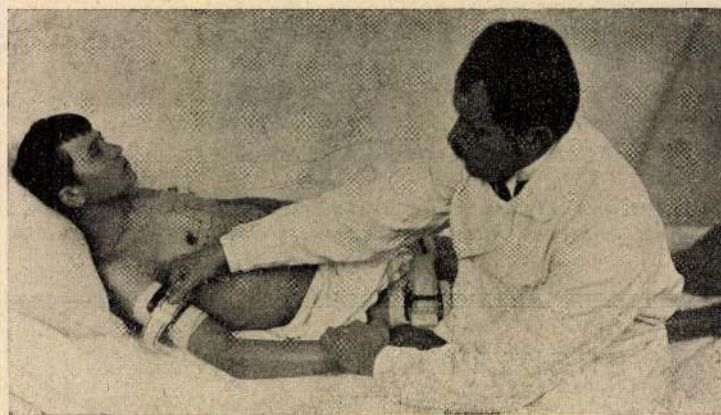


2. ábra.

kenyebb betegen 2 réteg puha szarvasbőrt göngyölök és csak ennek tetejébe alkalmazom a hevedert, a melynek szorítása ilyen módon semmi esetre sem kellemetlenebb a pneumatikus gummiöv szorításánál. Különben a hevederek szorítását még a legérzékenyebb betegek is órákig szó nélkül, szívesen tűrik.

A mikor még egyszerű gummicsovékkal végeztem a lekötéseket, többször panaszoltak a betegek kellemetlen szorítást, túlerős zsibbadást. Azt is sokszor tapasztaltam, hogy a lekötés helyének peripheriás szomszédságában, főleg a karon sűrű, pontszerű vérzéses piros foltok (ecchymosisok) támadtak. A lefűzésnek az újabb módon való alkalmazása mellett a számos eset közül egyetlen egyben sem láttam ily bőrvérzést, pedig a gyűjtőeres vérbőség a hevederekkel a legerősebb mértékig fokozható. A hevedernek túlerős megfeszítése,

főleg a karon, természetesen kellemetlen zsibbadást válthat ki, ahhoz azonban, hogy kiadó, kellő vérbőséget idézzünk fel, csak mérsékelten feszítsük meg a hevedereket, a mikor is az esetleg jelentkező kífokú zsibbadás alig okoz kellemetlenséget. Egyébiránt a hevederek felcsatolásakor, a szorítás kellő fokának beállításakor a pulsus tapintása is értékes lehet. A hevederek csatszerkezetével ugyanis, főleg a hengeres szorítóval, a szorítás foka szinte milliméterről-milliméterre szabályozható. A felkaron pl. a hevedert a felcsatolásakor kissé túlerősen feszítjük meg úgy, hogy a radialis pulsusa is eltűnjék; most azután egyik kezünkkel a heveder szabad végét fogva, ugyanazon kezünk hüvelykujjával a rögzítő kis hengert meglazítjuk s így a szorítást akár milliméterenkint csökkenthetjük mindaddig, míg a másik kezünk az a. radialisson nyugvó ujjai alatt a pulsus újból visszatér. Ezen szorításfokon a hevedert a hengernek hüvelykujjunkkal való visszanyomásával könnyen rögzíthetjük (3. ábra). Sokszor helyesebb, ha a szorítást még tovább is csökkentjük azon határig, a melyen a pulsus a tapintó ujjunk alatt éppen kissé megnagyobbodni kezd. A heveder szorításának ezen foka ugyanis, mint a palpatióis vérnyomásmérés adataiból ismeretes, körülbelül a verőeres minimalis nyomás fokának felel



3. ábra.

meg (Strassburger) és, mint mondtuk, a legbőségebb gyűjtőeres pangás felidézésére éppen ezen nyomásfok a legalkalmasabb. Ezt azonban nem lehet szabálynak tekinteni, mert a kellő gyűjtőeres pangás felidézésében a nyomás fokán kívül más tényezők is szerepelnek. Az orvost cselekvésében itt is, mint sok más esetben, a kellő körültekintés, az éles ítélőképesség és a tapasztalás, jártasság vezetheti.

A csombokon a hevedereket természetesen jóval nagyobb erővel feszítjük meg, mivel itt a heveder szorításának a tömegesebb izmoknak a gyűjtőerek összenyomását gátló tonusát és ellenállását kell legalább részben legyőznie. A csomb-heveder felcsatolásakor a szorítás kellő fokának beállítása céljából szintén ellenőrizhetjük a peripheriás verőerek lökését. Csakhogy az ezen ellenőrzés szempontjából leginkább szóba jöhető art. dorsalis pedis és tibialis postica pulsusa sok esetben különféle ok miatt nehezen avagy éppen nem tapintható. Ha ilyen módon a pulsus vizsgálása nem nyújt kellő tájékozódást, ilyenkor azt, hogy a szorítás a kellő fokú-e vagy sem, leghelyesebben abból ítélhetjük meg, ha a lekötött végtag színváltozását ellenőrizzük. A kellő módon lekötött alsó végtag ugyanis már 1—2 perc múlva kifejezett sötét-kékes színt ölt (1. a 3. ábrán), a mely kék szín később még sötétebbé válik. A legtöbb beteg végtagjain a lefűzés idején ezen sötét színeződés annyira intenzív, hogy bizonyos távolságból a kitakart betegről szinte azt hihetnők, hogy kék keztyűt, illetve harisnyát húzott. Közelebről nézve, a kék alapon a felületes, kiemelkedő nagyobb gyűjtőerek hálózatát látjuk. A nagyobb erek ilyenkor a feszültség teltek. Az alsó végtagokon sokszor, különösen sovány egyénekben, a lekötés alatt olyan gyűjtőereknek vaskos, kiemelkedő kötegét is látjuk és tapintjuk, a mely gyűjtőerek lekötés nélkül egyáltalán nem láthatók. Ezt leginkább csak azért emlitem fel, mert úgy vé-

lem, nem egészen érdektelen ma, a mikor az „intravenás therapia“ teljes joggal mind nagyobb tért hódít. Megeshetik, hogy valamely adott esetben a felső végtagon az intravenás eljárásra nem találunk alkalmas gyűjtőért vagy a meglevőket ezen therapia céljára már mind „felhasználtuk“, ilyenkor esetleg az egyik vagy másik alsó végtagon a szóban levő gummihevederrel való leszorításra rövid időn belül alkalmas, sőt a felső végtagnál esetleg jóval vastagabb gyűjtőértörzs domborodik ki.

A leszorítást én, mint már többször említettem, a mikor csak lehetséges, mind a négy végtagon alkalmazom. Legszívesebben természetesen olyan esetben, a hol az incompensatio még nem okozott bőrvizenyőt; de azért a lábszáraknak kisebb fokú oedemája még nem contraindicatio a lekötésekkel szemben. Ha azonban a czombokon is kifejezett a vizenyő, akkor egyelőre a karokat köthetjük le, de csak olyan esetben, a melyben legalább némi kilátásunk lehet arra, hogy az incompensatio visszafejlődik és így később majd a czombokat is leköthetjük. Mert természetesen súlyos, a „vég“ felé haladó esetekben a lekötéseknek semmi céljuk sem lehet.

A rendszeresen eszközölt végtaglefűzésnek üdvös hatása nemcsak a subjectiv, de az objectiv jelekben is sokszor úgyszólván szembeszökő.

Magán a szíven a pangásos kitágulás többször már az első lefűzések után szinte szemlátomást visszafejlődik. A legkönnyebben ellenőrizhetjük ezt — mint már leírtam — a jobb szívnek pangásos kitágulása esetében. Ilyen esetben ugyanis a jobb szív a végtaglekötés hatása alatt egyszerre megkisebbedik. A megkisebbedést legegyszerűbben kopogtatással ellenőrizhetjük, a mikor is azt tapasztalhatjuk, hogy a végtaglekötés idején a szívtompulat jobbfelől fokról-fokra visszahúzódik. Számtalanszor tapasztaltuk, hogy például olyan esetben, a mikor az absolut szívtompulat a szegycsont jobb szélét is túlhaladta, az már az első végtaglekötés idején 1—2 harántujjal beljebb, bal felé visszahúzódik. A szív megkisebbedést ilyen esetben természetesen az okozza, hogy a végtaglekötések idején a szív kisebb vértömeggel dolgozik s ilyenkor megfelelő térfogatára visszahúzódnak. A végtagok felszabadítása után természetesen ismét nagyobb vértömeggel és nagyobb vérkörrel kell a szívnek megbirkóznia; de ha a végtagok egyszerű lekötését naponta, hacsak egy órára is, végezzük, ez alatt az óra alatt annyira kipihenheti a fáradalmakat és annyi erőt gyűjthet, hogy azután később rövidebb-hosszabb idő elteltével a compensatio visszatér, ha ugyan egyáltalán visszatérhet. Mert fájdalom, sokszor találunk oly esetet, a melyben mindenféle eljárás teljesen haszontalan, eredménytelen. Hogyha például valamely adott esetben a végtaglekötés idején a szíven és a keringés állapotában semmi változás sem jelentkezik, ez súlyosabb pathologiai anatómiai elváltozást jelent. Ilyenkor az adott eset szerint vagy arra kell gondolnunk, hogy a billentyű-, illetve szíjadékhiba olyan természetű és olyan fokú, hogy a következményes, súlyos keringés-hibán semmiféle eljárás már egyszerű mechanikai okok miatt sem segíthet, vagy pedig arra, hogy a szívizomnak nagymérvű kóros elváltozása miatt nem tud a szív visszahúzódnia, megkisebbedni. Ezek alapján a szívnek, keringésnek a végtaglekötéssel szemben tanúsított magatartásából bizonyos, még pedig sokszor elég értékes diagnostikai következtetéseket is levonhatunk.

Azonban a lekötéseknek közvetlen hatását nem csupán a szíven tapasztalhatjuk. A pangásosan megnagyobbodott máj a lekötések idején jelentékenyen megkisebbedik és megpuhul, néha egészen a bordáiv alá visszahúzódik. A májtompulat, ha előbb magasan kezdődött, ilyenkor mélyebbre száll: felülről is megkisebbedik. (A 2. ábrán a beteg bőrére rajzolt vonalak ezen viszonyokat jelzik: A kihúzott vonal jelöli a szív-, illetve a májtompulat határát a végtag lekötése előtt, míg a szaggatott vonal a lekötés idején beállott változást mutatja.) Hogy a rendszeresen végzett végtaglekötés a portabeli pangás kezelésében mily kiváló és hatásos eljárás, már más helyen részleteztem. Nagyon értékes adatokat szolgáltathat különben adott esetben főképpen a szíverőnek és a prognosistak mérlege-

lése szempontjából az *Ehrlich*-féle aldehyd-reactio viselkedésének ellenőrzése is. A legtöbbször ugyanis — helyesen — azt tartják, hogy a mely esetben ezen színreactio állandóan positiv adatokat eredményez, ott a prognosist teljesen infaust. De mi sokszor találjuk, hogy az aldehyd-reactio a szokásos digitalis-therapia mellett tartósan positiv maradt ugyan, míg a rendszeres végtaglekötések hatása alatt végül mégis negativvá változott. Mi tehát csak akkor mondjuk a prognosist absolute rossznak, ha a reactio a lekötések kezelés után is positiv marad. Ezen kérdéssel különben klinikánkon *Wiener* dr. sokat foglalkozott és ily irányú vizsgálatairól és eredményeiről másutt számol be. Oly esetben is, a mikor kérdés merülhet fel arra vonatkozólag, hogy a máj megnagyobbodását tisztán csak pangás okozza-e, avagy talán már szöveti elváltozás is beállott, döntő szerepe lehet a végtaglekötésnek. Mert ugyanis, ha a máj a pontosan eszközölt lekötésekre sem kisebbedik meg s nem puhul fel, akkor egész biztosan kimondhatjuk, hogy a cirrhotikus folyamat már megindult.

A lekötések hatása alatt, megfelelő esetekben, a szív munkája rendeződik. Általában az érverés teltebbé válik és a pulsus-szám rendszerint csökkenni szokott. Olyan esetben, a mikor megelőzőleg a tachycardia mellett arhythmia is találtunk, leginkább feltűnő, hogy a lekötés hatása alatt az érverés rhythmusosabbá válik. Többször tapasztaltam ezt arhythmia perpetua esetében is. Hogy az ilyen tachycardiás arhythmia esetén a végtaglekötés hatása alatt mi módon rendeződik az érlökés rhythmusa, arra a szívaautomatiára vonatkozó mai ismereteink alapján elég könnyen és röviden megadhatjuk a magyarázatot. Az ilyen nagyobb fokú arhythmia keletkezéséért ugyanis némely esetben a jobb pitvar túltengését, erős feszülését, illetőleg passiv tágulását okolják. Tudjuk ugyanis, hogy a szívmozgás automatiájának ingert képző és ingert vezető nagyfontosságú berendezései (*Keith*-, *Flack*-, *Aschoff-Tavara*-csomók) éppen a jobb pitvarral vannak szoros összeköttetésben s így érthető, hogy a pitvarnak pangásos kitágulása valóban oka lehet a rendes, rhythmusos automatia megbomlásának. Mint a hogy arhythmia perpetua és úgynevezett pitvarreszketés (*Vorhofflimmern*) valóban legtöbbször ily nagyfokú pangásos kitágulás eseteiben tapasztalható. Ha ez így van, akkor önként következik, hogy az ilyen arhythmia-nak meg kell szűnnie, vagy legalább észrevehetően javulnia kell, ha a passiv dilatatio visszafejlődik. Feltéve, hogy az arhythmia felidézésében a dilatation kívül nem szerepel egy szersmind anatómiai elváltozás is. És valóban, mint említettem, többször tapasztaltam, hogy a végtaglefűzésre a pitvarvisszahúzódással együtt a szapora pulsus ritkábbá és teltebbé vált, az arhythmia sokszor feltűnően javult.

Egészen bizonyos, hogy rendszeres végtaglekötésekre a jobb pitvarbeli nyomás, illetőleg a gyűjtőeres pangás, fokozott venanyomás jelentékenyen csökken. Azonban közelebbi adatokkal ezen körülményt nem igazolhatom, mivel pontosabb gyűjtőerőnyomás-mérést (*Moritz-Tabora*-féle phlebotonometriát) fájdalom, eszköz hiányában nem végezhettem. Azt azonban többször tapasztaltam — *Gaertner*-nek ismert egyszerű módszerét követve —, hogy olyan egyéneken, a kiknek kezét egyenesen kinyújtott kar mellett akár 20—30 cm.-re kellett a jobb pitvar színvonala fölé emelni, hogy a kéz hát tágult gyűjtőerei ellapuljanak, a végtaglekötés után ezen ellapulás sokszor, úgy mint egészségeseken, már a szív niveauján is beállott. Egyébképpen pedig a végtaglekötés után míg a gyűjtőeres nyomás csökken, addig másrészt a verőeres nyomás, a mint méréseink is igazolták s a mint első közléseimben is kiemelttem, rendszerint emelkedik. Más szóval: a véráram sebessége ilyenkor fokozódik. Az áramsebesség fokozódásának egyik objectiv bizonyítéka, hogy a legtöbb így kezelt esetünkben már a kezelés elején bőséges diuresis indult meg. Azt is nagyon gyakran tapasztaljuk, hogy a beteg a lekötés idején, még pedig nemcsak a leköthött végtagján, hanem egyebütt is, meglehetősen izzad.

A végtaglekötés idején és az ilyen kezelés után a kisvérkörbeli pangás is csökken. Ennek objectiv bizonyítékát

leginkább Röntgen-átvilágítás útján kereshetjük. Mindenki, aki Röntgen-vizsgálattal foglalkozik, tudja ugyanis, hogy olyan vitium (leginkább mitralis hiba) esetében, amely a kisvér-körbeli nyomás fokozódásával, illetve fokozott vérteltséggel jár, a tüdőmező a rendesnél néha jóval sötétebb árnyalatú. Természetesen, ha az amúgy is fokozott vérteltség mellé még pangás is társul, akkor a tüdőben még több vér halmozódik össze és a tüdőmezők ilyenkor még homályosabbak. Különösen sötét és széles ilyenkor a hilusrajzat. A végtagok lekö-tésekor a szíverő s a véráram sebessége fokozódik, ellenben a tüdőbeli pangásos vérteltség csökken s ilyenkor a tüdő-mező feltisztul, a hilusrajzat megkisebbedik és szintén világosabbá válik. Így találta különben ezt *Hruby* is, aki klinikánkon, felkérésemre, több betegben ily irányú sorozatos vizsgálato-kat végeztet.

A legtöbb ily végtaglekötéssel kezelt beteg legfeljebb csak az első lekötestét mondja kissé szokatlannak, de kisebb-fokú zsidbadtságot nem tekintve, számbavehető kellemetlen-séget egyiknek sem okozott az. Csaknem valamennyi beteg a lekötest után feltűnő könnyebbülést érez, úgy hogy később valamennyi szinte megszokja, kívánja a hevederek fel-csatolását.

A hevederek feloldozását, főleg az említett hengeres csatyszerkezetűt, a legkíméletesebben eszközölhetjük, úgy hogy a végtagokban fogva volt vérmennyiség nem rohanhat nagy tömegben vissza a keringésbe: a szívbe.

Azt hiszem, bátran kimondhatom, hogy a végtaglekötést mint orvosló módszert oly sokszor, mint én, még senki sem alkalmazhatta. Magam pedig, főképpen az első időben, szinte válogatás nélkül, még nagyfokú arteriosclerosis eseteiben is használtam és mégsem tapasztaltam tőle soha semmi kellemetlenséget.

Még csak néhány szerény megjegyzést óhajtanék fűzni e helyen a „phlebostasis“-nak elnevezett módszerhez.

Azok közül, akik a vérkeringés zavarainak physikai orvoslásával foglalkoznak, illetőleg a kik ezen kérdés iránt érdeklődni szoktak, bizonyára soknak feltűnt, hogy *Lilienstein* az utóbbi időben nagyon sokszor beszámol — írásban, képben és beszédben — az „ő módszerével: a phlebostasis“-sal elért sikereiről.

Az ezen tárggyal foglalkozók valamennyien tudják, csak — őszinte sajnálatomra — éppen egyedül *Lilienstein*-nak figyelmét kerülte el, hogy a végtagok lekötestét mint orvosló eljárást a vérkeringés betegségeiben rendszeresen én alkalmaztam először. Felemlítem e helyen, hogy a végtagle-kötéseket, mint orvosló módszert a budapesti I. sz. belorvosi klinikán már 1910 elején rendszeresen alkalmaztam. Ezen egyszerű módszerrel elért eredményeimet először a B. O. U. 1910. 52. számában közöltem. A „Berliner klin. Wochenschrift“-nek 1911. évi 5. számában megjelent, idevonatkozó munkámban többek között a következőket írtam: A végtago-akat nemcsak gummicsovekkel, hanem pneumatikus övekkel is leszoríthatjuk. A pangásos hyperaemia felidézésére az lenne legcélszerűbb, ha mind a négy végtagra egy-egy, a vérnyo-másmérő eszközöknek pneumatikus karóvéhez hasonló, fel-fújható övet csatolnánk és a kellő szorítást ezeknek közveti-tésével közös csőrendszer, manometer és fújtató útján ponto-san beállíthatnánk.

A kezeim között lévő üzleti megrendelőlevelek hitelesen igazolják, hogy klinikai műszerszállítónk útján, a berni *Scherer* cégtől meg is rendeltem a négy végtagra való pneumatikus öveket, a melyekkel azután a fent leírt módon a végtagok leszorítását több betegben eszközöltem. Azonban csahamar azt tapasztaltam, hogy a végtagok leszorítását sokkal, de sokkal egyszerűbben és még jobb eredménnyel végezhetjük a régi módszerrel, nevezetesen vastag, de nyulékony, rugalmas gummicsovekkel vagy gummipólyákkal, esetleg Esmarch-kötésekkel.

Azonban *Lilienstein* később valóban alkalmazta ezen pneumatikus eljárást s azt „phlebostasis“ néven el is jegyezte magának. Csakhogy az idevágó első közlésével kissé lekészt,

mert az én említett közléseim után teljes két esztendő múlt el, míg a „phlebostasisról“ szóló referatuma a „Med. Klinik“-ben megjelent. Egyébként ő maga is több közlésében felemlíti, hogy a phlebostasisról írott első munkája a Med. Klin. 1912. évf. 8. számában látott napvilágot.

Ezen első közlését *Lilienstein* egy érdekes elbeszéléssel kezdi. Mindjárt a legelején feltűnően kiemeli ugyanis, hogy már két év óta (!) foglalkozik a módszerrel, a melyet csak úgy „véletlenül“ talált. Egy idősebb úron vérnyomásmérést végzett ugyanis, a mely szokatlanul hosszú ideig tartott s utána az illető úr egyszerre megkönnyebbült s azt kérdezte, hogy vajjon az eljárás orvoslás volt-e, avagy csak vizsgálat? Ő most mindenesetre jelentékeny könnyebbiséget érez: olyan érzése van, mintha valamely nehéz nyomás alól szabadult volna.

Engedelmet kérek, lehet, hogy kissé elfogultan itélek, de ezt mégis csak nagyon „meseszerűnek“ találom. Ha legalább két évvel előbb mesélte volna el *Lilienstein*, a mely időre ő „felfedezésének“ születését teszi. És nem is tudom, miért is várt vele annyi ideig?! Hiszen ő róla, aki az utóbbi alig két év alatt vagy három congressuson és ugyanannyi folyóiratban, körülbelül tehát vagy hatszor közölte a phlebo-stasisról a stabil mondanivalóját, még a legjobb barátja sem hiszi el, hogy éppen a legelső, legfontosabb s legérdekesebb elbeszélésének közreadását készakarva — talán éppen irán-tam való előzékenységből — késleltette két teljes esztendeig.

Azért merem mondani, hogy *Lilienstein* első közlése meseszerűen hangzik, mivel valóban különös, hogy az egy-szerű vérnyomásmérés után a beteg spontan „jelentékeny megkönnyebbülést“ jelez. De a legkülönösebb a dologban, hogy ez sem *Lilienstein* előtt, sem *Lilienstein* óta olyanoknak sem tűnt fel, a kik pedig a vérnyomásméréssel, mint különös studiummal, a legbehatóbban foglalkoztak. Én magam néhány évvel ezelőtt az auscultációs vérnyomásmérés viszonyait kutatva, több ezerre menő mérést végeztem, többnyire keringés-zavar-ban szenvedőkön s egy-egy beteg karján $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ óráig is rajtahagytam a karövet, de a beteg sohasem jelezte, hogy a mérés a bajára kellemes hatású lett volna. Pedig betegeim között nagyon sok értelmes egyén volt és magam a mé-rés mellett minden apró körülményt pontosan megfigyeltem, sőt fel is jegyeztem. Azonban nem akarok mindig csak magamról beszélni. A vérnyomásmérésnek ismert nagymes-tereit, a kiknek megfigyelőképessége épp oly éles, mint *Lilien-stein*-é s a kik *Lilienstein* előtt ezer és ezer vérnyomásmérést végeztek, a vizsgáló eljárásnak „üdvös“ orvosló mellékhatá-sáról egy szóval sem tesznek említést.

Különben pedig, bármint legyen is a dolog, én például semmi árért sem tudnék a magaménak nyilvánítani olyan dol-got, a miről az én közlésem megjelenése előtt két évvel már másvalaki részletes közlést adott.

Egyébiránt *Engel C.*, a kivel *Lilienstein* együtt is dol-gozott és a kinek adataira ő (*L.*) maga több közlésében gyakran hivatkozik, a 29. wiesbadeni belorvosi congressuson tartott előadásában a „phlebostasis“-ról szólva, a többek kö-zött szószerint a következőket mondja: „Eine ähnliche (pneu-matische) Methode hat bereits vorher *Tornai* als empfehlens-wert vorgeschlagen“.

Egyébként pedig magam is ki akarom emelni e helyen is a különben általánosan ismert körülményt, hogy a végtag-lekötest („Abbinden der Glieder“) voltaképpen nem az én módszerem, de nem is *Lilienstein*-é. A végtagok lekötestét az orvosok különféle indicatiók alapján már körülbelül 100 évvel ezelőtt alkalmazták. Hogy ki alkalmazta legelőször, ma már nem is lehet pontosan megmondani. Azt azonban határozot-tan merem állítani, hogy e módszert a keringés-zavarok keze-lésében én előttem rendszeresen még senki sem alkalmazta, továbbá pedig, hogy első, idevonatkozó közlésemben én hoz-tam szóba legelőször a végtagoknak pneumatikus leszorítását is. *Lilienstein* közléséből az tűnik ki, hogy ezen körülmények az ő figyelmét teljesen elkerülték, holott az ő barátai előtt

nem volt ismeretlen a dolog igazi állása. *Lilienstein* azt hitte, hogy ha ő a régi eljárást a szép hangzású „phlebostasis” névvel megajándékozza, ezzel egyszersmind mindörökre eljegyzti azt magának: „Phlebostasis secundum *Lilienstein*!” *Lilienstein*, a saját egyéni szempontjából egész helyesen, arra számít, hogy az olvasók közül sokan a hangzatos, zengzetes elnevezéseket, mottókat rendszerint jól megjegyzik. Így a régi, ósdi „Abbinden der Glieder” elnevezés helyett csak sokkal kellemesebben cseng és könnyebben kimondható a „phlebostasis”?! És ha már valaki phlebostasist emleget, akkor pedig mindenkinek nyomban, elsősorban vagy kizárólag csak a „*Lilienstein*” név juthat az eszébe.

Említett újabb közlésében hangsúlyozza *Lilienstein*, hogy ő utóbb csak a karokon alkalmazza a leszorítást, még pedig bizonyos különleges szabályok szerint. Azt hiszem, mindenki igazat ad nekem, ha azt merem mondani, hogy csupán azért, mert ő a négy öv helyett csak kettőt használ, hogy fémpumpa helyett kettős gummiballont alkalmaz, hogy kénesőmanometer helyett rugós nyomásmérőt állít be, hogy a nyomást lassan fokozza és megint lassan csökkenti, hogy csak percekig tartja leszorítva a végtagokat stb. stb., szóval: azzal, hogy a régebbi ismeretes, bevált módszernek külsőségeit készakarva kiforgatja, megváltoztatja, mondom, ezzel az erőszakos eltorzítással még semmi jogot sem szerzett arra, hogy a módszert kisajátítsa s a magáénak nevezze. Különbözik pedig az ő módosítása csak arra jó, hogy az eljárás hitelét veszítse. Mert ha a leszorítást az „ő módszere” és utasítása szerint végezzük, akkor azt az üdvös hatást és eredményt, a miről ő közléseiben beszámol, sohasem érhetjük el.

Azt számtalan ellenőrző vizsgálatom alapján határozottan merem állítani, hogy v. portabeli és jobbszívbéli nagyobb pangás csökkenését *csak akkor várhatjuk, ha az alsó végtagokat is lefűzzük*. Sőt nagyobb fokú májbeli pangás esetében ezen kezeléstől *csakis úgy várhatunk sikert, ha a czombokat tartósan (nem percekre, hanem akár 1—1½ órára és esetleg naponta kétszer is) lekötjük. Én tehát fontosabbnak tartom a lábak lefűzését a karok leszorításánál. És fontosnak tartom a hosszas, tartós lefűzést. A végtagok lefűzése tehát éppen nem ambulans betegeknek való.*

Azt is állítja *Lilienstein*, hogy az én eljárásom alkalmazása mellett többen (?) thrombosis keletkezését tapasztalták. Utána jártam a dolognak: a megfelelő közléseket átkutattam, személyesen kérdezősködtem olyanoktól, a kik a módszert alkalmazzák, de olyan adatot, a mi ezen állítást megerősítette volna, nem találtam. *Lilienstein*-nek ezen alaptalan „ijesztgetése”, azt gondolom, csak arra való, hogy azok kedvét, a kik az egyszerű, minden különösebb eszköz nélkül, akár közönséges gummicsövekkel vagy Esmarch-pólyákkal végezhető eljárásomat akarják alkalmazni, elvegye és arra buzdítsa, hogy inkább az „ő módszerét” és az ő „külön ezen czélra készített” eszközét rendeljék és használják.

Én a végtagok lefűzését eleinte, mint említettem, vastag, de puha gummicsövekkel, illetve gummipólyákkal legalább háromszáz betegen (és ezek között arteriosclerosisnak nem csupán egy kifejezett esetében), összesen több, mint kétezer-szer végeztem, de attól mindeddig csak jót láttam és soha a legcsekélyebb kellemetlenséget sem tapasztaltam. A kezelés sikere, üdvös, eredményes volta bizonyára nem azon fordul meg, hogy a végtagok leszorítását pumpával avagy másképpen állítom-e be és hogy a szorítást milyen tempóban fokozom avagy csökkentem. Említett eljárásom szerint bármely működő orvos könnyen és egyszerűen végezheti a végtagoknak therapiás leszorítását. De nincs is arra egyáltalán semmi szükség, hogy még az ilyesimből is „specialitást” csináljunk. Az meg éppen felesleges, hogy a legegyszerűbb eszközökkel végezhető eljárás alkalmazásához holmi bonyolult készüléket használjunk.

Valamely orvosló módszer megalapozása körül *csakis az lehet az egyedüli vezető szempont, hogy az új módszer elsősorban és főképpen a betegeknek használjon!*

Közlemény a budapesti egyetem orr- és gégeklínikájáról. (Igazgató: Önödi A. dr., egyetemi tanár.)

A mélyben történő varratok technikájához.

Irta: *Réthy Aurél* dr., operateur.

A mélyben, főleg a torok mélyében a mennyiben varratok kivitelének szükségessége fennforog, ezek elég könnyen elvégezhetők a hosszú nyeles *Reverdin*-féle tűk segítségével, avagy megfelelő tűtartóba fogott egyszerű görbe tűkkel. Azonban az öltéseknek a zárása, azaz a csomózás már sokkal nehezebb, sőt a tökéletes kivitele néha majdnem lehetetlen. Hogy a torokban a varratok elhelyezését lehetőleg kerüljük, épp a csomózás okozta nehézségekben leli magyarázatát. Eme technikai nehézség eliminálására a mélyben való csomózás helyett a fonalak tetszés szerinti szorosságban való egyesítését plombákra bízom.

A plombák konstruálásakor több követelménnyel kellett számolnom.

1. A plombának nem szabad mérgező anyagból, pl. ólomból készülnie.

2. A plombát tetszés szerinti pillanatban a fonalvégek tetszés szerinti összeszorítása után zárjuk. A fogó, a melylyel a plombát applikáljuk, két irányú erőt fejt ki. Egyrészt fejei között tartja a plombát; ennek az erőnek a fokozása azonban centralis irányban hatva, a plombát zárja; időelőtti fokozása tehát a varratot elrontja. Másrészt a fogó az általa tartott plombát az öltés bemeneti nyílása felé szorítja, mialatt az egyesítendő fonalakat az ellenkező irányban húzzuk. A fogó által kifejtendő kétirányú működés, azaz a plomba tartása és hátrafelé való szorítása a plomba időelőtti, korai zárására adhatna alkalmat. Ennek lehetőségét meg kellett szüntetni.

3. A plomba lehetőleg kicsiny legyen.

4. A plomba zárása után se legyen éles s így ne sértessen a nyelés alatt.

5. A plomba zárásához ne szükségeltessék túlnagy erő.

6. Ez utóbbi feltétel daczára a fonalakat biztosan egyesítse. Az általam konstruált plomba mindeme követelményekkel számol.

A plomba anyaga a nem mérgező tombak.

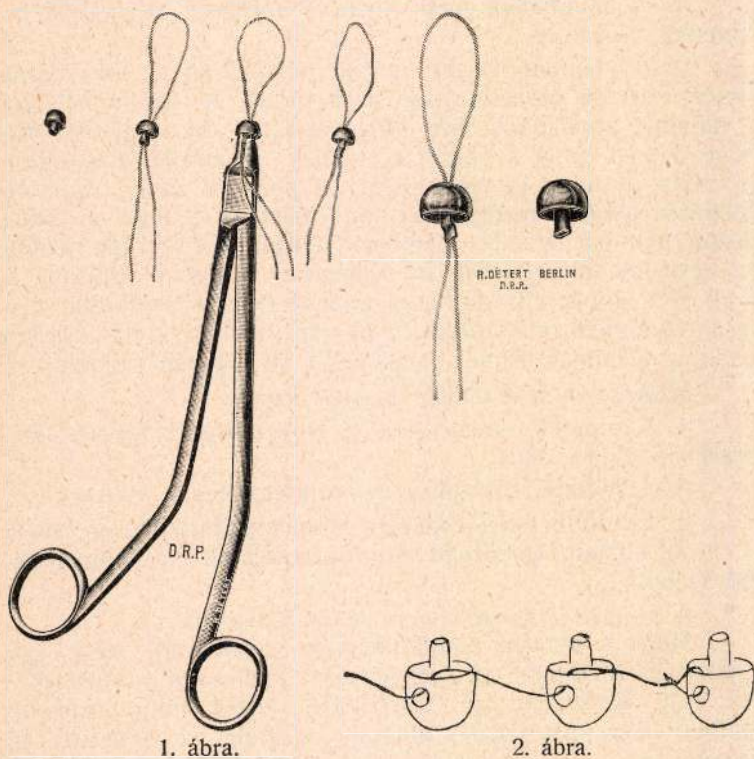
Maga a plomba tulajdonképpen csőből áll, mely egy valamivel rövidebb, de lényegesen szélesebb csövecskével van körülvéve. A külső cső lefelé mind szűkebb kaliberű lesz, míg végül átmérője megfelel a centralis cső átmérőjének; e helyütt a két cső egyesítve van. Minthogy a centralis cső hosszabb, fent kissé előugrik; az egyesítendő fonalak a centralis csővön huzatnak át s utóbbinak összeszorítása által egyesítetnek. Hogy a centralis cső összeszorítása után éles sarkok ne keletkezzenek, az oldalsó részletei részsütosan el vannak távolítva s így az összenyomás után nem keletkeznek éles sarkok, hanem ívalakú lap. (Lásd az 1. ábrát.)

A nyomó fogó fejrészletének alsó fele valamivel hosszabb a felsőnél, e hosszabb részlet a plomba centralis és külső csőve közé lesz betolva, miáltal a plomba a fogón csüng s nem eshetik le. Ennek folytán a fentebb leírt centralis irányban ható tartóerő ki van iktatva s így a plomba időelőtti összeszorítása elesik. A fogó alsó orrmányán haránt bemélyedés van, melynek megfelelőleg a felső félen éles haránt foglécz foglal helyet. Ily módon a plomba összeszorítása alkalmával a lapszerűen összeszorított centralis cső e helyütt erős megtörést szenved, miáltal a fonalak fogvatartása lényegesen biztosabbá válik. A külső borítócső az összenyomás alkalmával természetesen teljesen sértetlen állapotban marad.

Persze arra is kell gondolnunk, főleg a torokban való applicatio esetén, hogy egy plomba kigenyedve esetleg leeshetik és nem kívánatos situatiót idézhet elő ily módon. De eme eshetőség elhárításáról is kellőleg gondoskodva van. A plomba külső burkán ugyanis kis lyuk van készítve; már

most az első plombát még az applicatio előtt eme lyukon át selyemfonállal kötjük meg, míg a többi plombán természetesen ugyancsak az applicatio előtt a biztosító lyukon át ugyanazt a selyemfonalat vezetjük át a nélkül, hogy úgy, mint az első plombánál tettük, rá is kötönk. A fonal végét az arczon leukoplastcsikkal megerősíthetjük, avagy az utolsó plomba alkalmazásakor a biztosító selyemfonalat nem a biztosító lyukon fűzzük át, hanem az egyesítendő fonalvégekkel együtt a centralis csatornába vezetjük s így annak összeszorítása után nemcsak az egyesítendő fonalak, hanem a biztosító fonal vége is szorosan fogva marad. Ezáltal a plombák a biztosító fonal segítségével egymást tartják, úgy mint a hegy-mászó turisták.

Ismételve tehát az eljárás abban áll, hogy az öltés fonalvégeit a plombán átfűzve, a plombát a fogóra helyezem s most már a fonalvégeket bal kezembe véve, magam felé húzom, míg a fogót a rajta csüngő plombával együtt az öltés bemeneti nyílása felé tolom s a mikor az öltés a kívánt szorosságot elérte, a plombát összenyomom.



A plomba eltávolítása legegyszerűbben ugyancsak a szorító fogó és egy olló segítségével történhetik.

A plomba főképpen a torokban történő varratok esetén nyerhet kiterjedtebb alkalmazást. Az Archiv für Laryngologie 27. kötetében leírtam eljárást a tonsillák postoperatív vérzésének csillapításakor, mely specialis varratok útján történik. E helyütt a plombáknak lényeges szerepük van. Nemkülönben a gége postoperatív vérzésekor, hol a Horsford-féle műszer segítségével az öltések könnyen elvégezhetők, de az öltés csomózása már nem vihető ki, míg a plombák segítségével egyszerű módon történhetik meg a fonalak egyesítése. De egyáltalában a torok mélyében történő minden operatív beavatkozás után felhasználhatjuk őket. Így különösen a lágy szájpadnak a garatfallal való összenövésének oldásakor lesznek nehezen nélkülözhetők. (Lásd eljárást az összenövések oldására: Verhandlungen des Vereins Deutscher Laryngologen, 1913.)

De nemcsak a torok és a gége jön számításba, hanem az orrban is kiváló szolgálatot tehet eljárásom az orrbeli varratok egyesítésére, főleg az orrcorrecturák alkalmával.

Felhasználhatók lesznek a plombák némely plastikai műtét alkalmával s úgy gondolom, hogy a nőgyógyászok szintén jó segédeszközt fognak találni a plombában.

Közlemény a pesti izr. hitközség kórházának serologiai és kísérleti gyógytani-állomásáról.

Adatok a sejtfestés physikalis chemiájához.

Irta: Szily Pál dr., rendelő főorvos.

Az indicatorokról s a szövettfestő anilinfestékekről szóló újabb kutatások természetesen változott világításban tüntetik fel a sejtek festődési sajátosságainak alapjait, a melyek physiologiai és klinikailag különbözően értékeltek s magyarázatnak. Ezen fogalomváltozásnak legnagyobb jelentősége a klinikai haematológiában és serológiában van, mert habár a sejtfestés intravitalisan csak nagyon is mérsékelt lehetőségek, mégis bizonyos irányú betekintést enged a sejtek belsejében lefolyó mikrochemiai események tömkelegébe.

Tisztában kell lennünk, hogy ezek a fogalommeghatározások: acidophilia, baso-neutro-oxyphilia stb., a melyek még Pappenheim sokoldalú terminológiája révén fejlődtek a végtelenségig, kevésbé adaequata és csak bizonyos eredmény kifejezői, a melyet a sejtben a plasmarezes és a festék mikrochemiai tömeghatása hoz létre. A reakciónak fogalma physikai-chemiai értelemben, értve alatta a valóban meglevő H^+ -concentrációt, sejtsejti anyagokra minden további nélkül nem alkalmazható. Lipoidokból, amphoter fehérjemolekulákból és a legkülönbözőbb koloidális anyagokból álló szövetek sohasem lehet egész complexumában összehasonlítás tárgya homogen oldattal szemben; de azért mégis a különböző festékárnyalatokat úgy kell értelmezni, mint a sejtalkotórészeknek és az alkalmazott festékeknek összehatását.

Az indicatorokkal való kémhatásmeghatározásról szóló nézetünk sokféleképpen módosult és finomodott. Friedenthal és én már a gázláncmethodus előtt ki tudtuk mutatni a vörserumnak megközelítően neutralis kémhatását. Friedenthal, kinek legnagyobb érdeme van az indicatorokról és hasonló festékekről alkotott újabb nézetváltozásokban, 1903-ban ezeknek egész csoportját megvizsgálta és kutatta azt a H^+ -concentrációt, a melynél színváltozás következik be. Erős savaknál és lúgoknál állandó oldatnak a saját maga számított oldatokat használta. A neutralis pont körül lévő területen az általam kidolgozott phosphatsorozatot használta, a melyet azóta mint a legpontosabb eljárást ismert el Michaelis, Salm, Sørensen, Höber, Robertson stb. a 10^{-5} -től 10^{-9} -ig terjedő területen pontosan definiált H^+ -concentrációk előállítására.¹ Ezek a phosphatsorozatok, a melyeket én 1903-ban a budapesti állatorvosi főiskola physikai intézetében (Rhorer tanár) állítottam elő és a melyeknek H^+ -concentrációját a gázláncmethodus segítségével a Liebermann és Bugarszky-féle methodus szerint a fentemlíttettem határok között állapítottam meg, Friedenthal és Salm által felvettettek az indicatorok érzékenységi zónáját meghatározó standard-oldatok sorozatába. Friedenthal már az 1903. évben Kasselen tartott vándorgyűlésen megállapította, hogy ezek a Szily-féle phosphatsorozatok (IV—IX.) különösen értékesek az állati eredetű folyadékok reakciójának megállapítására. A legnagyobb előnye ezeknek a phosphatsorozatoknak a reactio eltolódása ellen irányuló nagy ellenállásuk, a mely tulajdonságot Friedenthal és én már a vörserumban is felismertünk, s a melylyel az általam konstruált oldatok nagy mértékben rendelkeznek. Ezen primaer és secundaer phosphatokból álló keverékek olyan standard-oldatokat képviselnek, a melyek kevés, de mégis pontosan definiált H^+ -t tartalmaznak és savak és basisok dissociatio-visszaszorítása által reactiozavarok ellen „Puffer” gyanánt szolgálnak (Sørensen, Höber). Évekig eltarthatók, a mennyiben a reakciójukat változatlanul megtartják. A Frieden-

¹ Botazzi-nak Neuberg: „Der Harn etc.” című könyvében levő összefoglaló fejezetében az én phosphatsorozataim tévesen Salm-nak vannak tulajdonítva.

I. táblázat.

	A 2 n H	B 1 n H	I 1 × 10 — 1 n H	II 1 × 10 — 2 n H	III 1 × 10 — 3 n H	IV 1 × 10 — 4 n H	V 1 × 10 — 5 n H	VI 1 × 10 — 7 n H	VIII H n 8 — 01 × 1	XI H n 9 — 01 × 1	X H n 01 — 01 × 1	IX H n 11 — 01 × 1	III H n 12 — 10 × 1	III H n 11 — 01 × 1	IV H n 11 — 01 × 1	XV H n 11 — 01 × 1
Safranin	kék	kékes vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös csapadék
Fuchsin	sárga	sárga	vörös	vörös	vörös	vörös	vörös	vörös	vörös	vörös	vörös	vörös	vörös	vörös	vörös csapadék	sárgás vörös csapadék
Dahlia	sárga	zöldes sárga	kékes viola	viola	viola	viola	viola	viola	viola	viola	viola	viola	viola	viola	viola csapadék	viola csapadék
Bismarck-barna	sárgás barna	sárgás barna	sárgás barna	sárgás barna	sárgás barna	sárgás barna	sárgás barna	sárgás barna	sárgás barna	sárgás barna	sárgás barna	sárgás barna	sárgás barna	sárgás barna	sárgás barna csapadék	sárgás barna csapadék
Pikrocarmin	sárgás vörös csapadék	sárgás vörös csapadék	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös	sárgás vörös
Haematoxylin	rózsaszín	rózsaszín	sárgás rózsaszín	sárgás rózsaszín	sárgás rózsaszín	világos sárga	világos sárga	világos sárga	világos sárga	világos sárga	viola	viola	kékes viola	kékes viola	kék	kék
Gentiana	sárga	zöld	sárgás kék rózsaszín	kékes viola	kékes viola	kékes viola	kékes viola	kékes viola	kékes viola	kékes viola	kékes viola	kékes viola	kékes viola	kékes viola	kékes viola csapadék	kékes viola csapadék
Methylenkék	zöldes kék	kék	kék	kék	kék	kék	kék	kék	kék	kék	kék	kék	kék	kék	kék	kék
Malachitzöld	sárga	sárga	zöldes sárga	kékes zöld	kékes zöld	kékes zöld	kékes zöld	kékes zöld	kékes zöld	kékes zöld	kékes zöld	kékes zöld	kékes zöld	kékes zöld	zöld csapadék	zöld csapadék
Thionin	kék	kék	kék	kék	kék	kék	kék	kék	kék	kék	kék	kék	kékes viola	vörös viola	vörös viola	vörös viola
Methylorange	vörös	vörös	vörös	vörös	sárgás vörös	sárga	sárga	sárga	sárga	sárga	sárga	sárga	sárga	sárga	sárga	sárga
Eosin	sárga csapadék	sárga csapadék	sárga	sárga	sárga	sárga	sárga	sárga	sárga	sárga	sárga	sárga	sárga	sárga	sárgás vörös	sárgás vörös

II. táblázat.

H ^u 51 - 01 × 1 AX	sárga	kék	világos sárga	kékes vörös	kék	kékes vörös
H ^u 41 - 10 × 1 AIX	sárga	zöld	világos sárga	kékes vörös	kék	lila
H ^u 31 - 10 × 1 IIIX	kék ↕ sárga	kék ↕ zöld	kék ↕ rózsaszín	lila	kékes vörös	kék
H ^u 21 - 01 × 1 IIIX	vöröses kék ↕ sárga	kék ↕ zöld	kék ↕ rózsaszín	lila	lila	kék
H ^u 11 - 10 × 1 IX	vöröses kék ↕ sárga	kékes vörös ↕ zöld	kék ↕ rózsaszín	lila	lila	kék
H ^u 01 - 01 × 1 X	vöröses kék ↕ sárga	kékes vörös ↕ zöld	kék ↕ rózsaszín	kék	lila	kék
H ^u 9 - 10 × 1 XI	vöröses kék ↕ sárga	kékesen rózsaszín ↕ zöld	kék ↕ rózsaszín	kék	lila	kék
H ^u 8 - 01 × 1 IIIA	vöröses kék ↕ sárga	vöröses kék ↕ kék	kék ↕ lila	kék	lila	kék
H ^u 7 - 10 × 1 IIA	vöröses kék	kékes vörös ↕ kék	kék	kék	lila	kék
H ^u 6 - 10 × 1 IA	vöröses kék	kékes vörös	kék	kék	vöröses sárga	kék
H ^u 5 - 10 × 1 V	vöröses kék	kékes vörös	kék	kék	sárga	kék
H ^u 4 - 10 × 1 VI	vöröses kék	kékes vörös	kék	kék	sárga	kék
H ^u 3 - 10 × 1 III	vöröses kék	kékes vörös	kék	kék	sárgás rózsaszín	kék
H ^u 2 - 10 × 1 II	vöröses kék	kékes vörös	kék	kék	sárgás rózsaszín	kék
H ^u 1 - 10 × 1 I	vöröses kék	kékes vörös	zöld	kék	sárgás rózsaszín	kékes zöld
B ¹ H	vörös	kékes vörös	sárga	kék	rózsaszín	kékes zöld
A ² H	vörös	kékes vörös	sárgás vörös	kék	rózsaszín	zöld
Ehrlich triacid						
Pappenheimtri- acid						
Sol. Pappenheim Methylenzöld- pyronin						
Sol. Giemsa- Romanowsky						
Sol. haematoxin- eosin Ehrlich						
Sol. methylen- kék-eosin May-Grünwald						

thal által használt s minden lehető reactiaterületre kiterjedő fokozatok a következők:

A :	6.034	n HCl
B :	1.35	n "
I :	0.103	n "
II :	0.01007	n "
III :	0.001	n "
IV :	0.0001	n "
vagy :	0.1	n prim. phosphatoldat
V :	8 cm ³ 0.1	n prim. "
	2 cm ³ 0.1	n sec. phosphatoldat
VI :	6 cm ³ 0.1	n prim. "
	4 cm ³ 0.1	n sec. phosphatoldat
VII :	4 cm ³ 0.1	n prim. "
	6 cm ³ 0.1	n sec. phosphatoldat
VIII :	2 cm ³ 0.1	n prim. "
	8 cm ³ 0.1	n sec. phosphatoldat
IX :	0.1	n sec. "
X :	0.0001	n KOH
XI :	0.001	n "
XII :	0.0102	n "
XIII :	0.104	n "
XIV :	1.38	n "
XV :	3.8	n "

A Friedenthal és Salm által szabatosan kidolgozott, a chemiai statikába tartozó indicatormethodus által megállapított, hogy a tiszta oldatokban lefolyó reakciókat az indicatoroknak meghatározott színárnyalata jelzi és megfordítva az indicatornak színárnyalata egyértelműleg és egyedül csak a tényleges H'-concentrációtól függ. De már az első állati folyadékokkal végzett kísérletek feltárták azokat a nehézségeket, a melyek oldott sóknak, fehérjéknek és bomlástermékeknek jelenléte folytán a kémhatás meghatározásában előállnak. Sörensen-nek igen mélyreható fáradságos és pontos kutatásai, a melyekkel a megfelelő indicator kiválasztásával akarja megvalósíthatóvá tenni physiologiai folyadékokban az indicator-methodus használatát, eléggé bizonyítják, hogy az indicatorok és colloidalis fehérjék között végbemenő absorptiós reakciók csorbitják a színárnyalatot. A proteinok és derivatumai amphoter elektrolyteket alkotnak, a melyek épp úgy kötnek savakat, mint basisokat. A festék chemiai kötése révén új anyagok keletkeznek. A neutralis sók változást okoznak az indicatorok dissociatio-constansában (Michaelis és Rona) és evvel a színváltozásban is eltolódást hoznak létre. Ha tehát physikalis-chemiai értelemben pontos reactionmérés nem is lehetséges, mégis a sejtbelsőben physikalis chemiai methodusok segítségével indicatorszerű anyagokkal beható vizsgálatok szükségesek és így új tényeknek felismerésével és meghatározásával kell fénycsóvát vetni a sejt mikrochemiai labyrinthusába.

A Friedenthal-féle indicatortétel segélyével (kiegészítve az én phosphatsorozataimmal) H'-concentráció minden elképzelhető határokon elérhető. A következő táblázatokban a leg-használatosabb sejttestékek érzékenységi zónáját határoztam meg ezeken a fokozatokon keresztül. Az első számú táblázatban csak egyszerű festékek vannak. A klinikai szempontok különös fontosságának szem előtt tartásával a vértalkotórészek választottak kiinduláspont gyanánt, ennek következtében a második számú táblán a vérsejttestésre különösen használatos festékkombinációk vizsgáltattak meg minden H'-concentrációt eredményező színárnyalatra.

Kétszínű festékek egyszerű oldatokra való chemiai hatása már igen komplikált változás, a melynek magyarázására több oldalról megtámadható indicatortheoriák igénybevétele szükséges és így érthető, hogy a festékkombinációk még jobban bonyolítják a reactio lefolyását. Ennek dacára, ha egy pillantással összehasonlítjuk a három táblázatot, bizonyos megállapításokat tudunk tenni, a melyek azután további

kutatásoknak alkothatják kiindulópontját. Az első táblából kiténik, hogy a sejttestők indicatorszerű anyagok, a melyek részben basisos, részben savi jellegűek. Függetlenül ezen utóbbi szerkezetüktől, érzékenységi, illetőleg átváltozási zónáik részben a savanyú, részben az alkális területre esnek. Megjegyzendő, hogy az átváltozás főleg csak az erős lúgoknál (1×10^{-13} H — 1×10^{-15} H) és erős savaknál következik be (1 n H és 2 n H), míg az érzékenységük az 1×10^{-1} n H — 1×10^{-12} n H-ra kiterjedő széles zónában nem vagy alig befolyásolható. A reakcióknak széles mezején a közönséges sejttestékek alig jeleznek színárnyalatváltozást. Még komplikáltabbak az állapotok a festékkombinációkban, a melyek egymásra hatván, ezek a festék színárnyalatváltozásának nagy lassúságában nyilvánulnak, a mi irreversibilis chemiai komplikált processusnak kifejezője. Hasonló változások tételezhetők fel a sejt belsejében is, csak hogy itt még semleges fehérjemolekulák, elektrolytek, colloidalis anyagok ezeket még jobban befolyásolják.

III. táblázat.

Festék-combinációk	Vörös vértettek	Leukocyta-plasma	Leukocyta-mag	Granulatiók
Ehrlich triacid	orange (VIII—IX)	vöröses kék (V—VII)	világos kék (XIII)	vörös (—AB)
Pappenheim triacid	kékes vörös (V—VIII)	kékes vörös (V—VII)	kék (XIII)	zöld (XIV—)
Giemsa-Romanowsky	kék (I—X)	kék (I—X)	kékes vörös (XIII)	vörös (XIV—)
May-Grünwald-f. eosin-methylen-kék	sárgás rózsaszín (I—VI)	világos kék (I—X)	kék (XIII)	vörös (XIV—)
Ehrlich-f. eosin-haematoxylin	világos kék (VII—X)	rózsaszín (I—X)	kék (XIII)	vörös (—AB)
Sol. Pappenheim methylenzöld-pyronin	kék (V—VIII)	kék (VI—VIII)	kék (XIII)	vörös (—AB)

Ha az első és második táblát összehasonlítjuk a harmadikkal, általános tényként megállapíthatjuk, hogy a sejt-plasma a festékekkel olyan színárnyalatokat ad, a melyek a gyengén savanyú és neutralis zónának felelnek meg; a leukocyta-mag ellenben a XIII. (1×10^{-13} n H) fok színárnyalatát veszi fel, míg a granulatiók (degenerációs productumok) olyan színváltozást hoznak létre, a melyek részben a legerősebb lúgoknak (XIV., XV. fokozat), részben a legerősebb savaknak (A-, B-fokozat) felelnek meg.

Azok a következtetések és elméletek, a melyek a sejttestésnek physikalisch-chemiai megfigyeléséből adódnak, csak fokozatos és nehéz további studiumok alapján fognak fejlődni. Az utóbbi methodikának használata biológiai és medicinalis téren nagy nehézségekbe ütközik, a mely a testanyagoknak sajátos complex voltából adódik.

Irodalom. Szily und Friedenthal: Verhandlungen der Physiologischen Gesellschaft zu Berlin, 1903; Arbeiten aus dem Gebiete der experimentellen Physiologie, 1908; Orvosi Hetilap, 1903, 32. sz.; Zeitschrift für Elektrochemie, 1904, 8. sz. — Salm: Zeitschr. für Elektrochemie, 1904, 10. sz. — Sörensen: Biochem. Zeitschr., 1909, 21. és 22. köt. — Michaelis und Rona: Zeitschr. für Elektrochemie, 1909, 14. sz. és Abderhaldens Handbuch der biochemischen Arbeitsmethoden, 1909, III/2. köt. — Grawitz: Klinische Pathologie des Blutes, 1910. — Pappenheim: Grundriss der hämatologischen Diagnose stb. 1913. — Morawitz, Mohr és Staehelin: Innere Medizin, 1913, II. — Höber: Physikalische Chemie der Zelle und der Gewebe, 1911. — Robertson: Physikalische Chemie der Proteine, 1912.

A Német Röntgen-Társaság X. (jubileumi) congressusa.

Közlő: *Holitsch Rezső* dr., a II. belklinikai Röntgen-laboratoriumának vezetője.

A Német Röntgen-Társaság minden év tavaszán congressust rendez Berlinben, a melyen nemcsak Németországnak, hanem úgyszólván egész Európának Röntgen-szakorvosai és a rohamosan fejlődő Röntgen-physikával és technikával foglalkozó mérnökök is évről-évre találkoztak adnak egymásnak, hogy a lefolyt esztendőnek tapasztalatairól, felfedezéseiről és gyakorlati újításairól, valamint a további fejlődésre irányt szabó újabb elméletekről számot adjanak egymásnak. Bátran mondhatjuk, hogy az évente rendezett, sokféle orvosi congressus közül egyiknek sincsen annyi létjogosultsága, mint éppen a Röntgen-congressusnak, mert hiszen az orvosi tudománynak egy ágában sem észlelhető olyan rohamos fejlődés és rövid egy évtized folyamán olyan hatalmas térfoglalás úgy a körjelzés, mint a gyakorlati gyógyítás területén, mint a radiológiában. Az idei congressus volt a tizedik és ezért mint jubileumi congressust az előzőknél szélesebb keretben, több ülésszakkal, ünnepélyes külsővel és nagy Röntgen-kiállítással kapcsolatosan rendezték április 19.-étől 21.-éig a berlini Landesausstellungspark helyiségeiben.

A congressust *Levy-Dorn* elnök nyitotta meg. Beszédében megemlékezett a tudománynak azon halottairól, a kik még a radiológiának legelső művelői közé tartoztak és e közben szenvedett égési sebeik következtében haltak el. Majd vázolta azt a hatalmas fejlődést, a melyet a radiologia az elmúlt tíz év folyamán tett, úgy hogy ma már olyan sokoldalú szaktudománynya lett, a mely az orvosi tudomány mindegyik ágának páratlanul nagy lendületet adott és azok mindegyikében nélkülözhetetlenné tudta magát tenni. Hangsúlyozta, hogy Röntgen-szakorvosnak csak az nevezhető, a ki alapos szakbeli tanulmányokat végezett és magát egészen a radiológiával való foglalkozásra szánja. A münsteri *Hittorf*-ot, a róla nevezett vakuum-csőveknek feltalálóját, a congressus a társaságnak tiszteletbeli tagjává választotta.

A tudományos előadásoknak sorát *P. Krause* (Bonn) nyitotta meg a referatumnak előre megállapított főtárggyal: „A Röntgen-sugarak élettani hatásáról a normalis állati és emberi szövetekre”. Először leírja a Röntgen-sugaraknak a viszonyát a többi sugárzó energiafajokhoz. Majd jellemzi a Röntgen-besugárzásnak elsődleges tüneteit (nagy feszültségű villamos áram-kisülés, ózonképződés és elsődleges Röntgen-sugárzás) és kifejti, hogy a besugárzáskor a szövetekben jelentkező másodlagos tünetek az élettani hatások keltése szempontjából lényegesen fontosabbak az elsődlegeseknél. A másodlagosan jelentkezők: a szövetek molekuláinak elektromos telődése, ionizálódás, a molekulán belül való atom-elhelyeződésnek a megváltozása, chemiai átalakulások és fluoreszkálás. E másodlagos jelenségek egyenes arányban vannak az absorbeált sugármennyiséggel. Ez pedig fordítottan arányos a besugározási távolság négyzetével és egyenesen arányos az illető szövet absorbeáló képességével. Valamely szövet pedig annál több sugart tud absorbeálni, minél nagyobb fajsúlyú sók vannak a sejtjeiben. Legtöbb másodlagos sugár keletkezik tehát a sok vasat tartalmazó, vérből szervekben, pl. a lépben és a csontvelőben, általában a sejtekben gazdag (a sejt-magban sok a phosphor) szövetekben, tehát a mirigyekben. A Röntgen-sugarak baktericid hatásait illetőleg majdnem minden szerző negatív eredményre jutott. Nem sikerült még senkinek sem az állati testben levő tuberculosis- vagy más bacillust megölni. Azonban lehet a szöveteket olyan módon befolyásolni, hogy azok a bacillusokra károsan hassanak. Protozoonokat és parazitákat sem sikerült még eddig befolyásolni. A fermentekre való hatás kérdésében *Krause* negatív állásponton van, ámbár *Lazarus*-nak újabb vizsgálatai pozitív eredményeket látszanak mutatni. *Kis állatokra* az élettani hatás nagy: egerek pl. 25—30 X-besugározással (5—6 *Bénioist-Walter* keménységi fokon) biztosan megölhetők. Így talán sikerülni fog a sugármennyiség mérésére biológiai mérési

módot megállapítani, a minővel eddig még nem rendelkezünk, pedig ez fontosabb lenne, mint a mai physikai mérési módok, mert élettani elváltozásokról van szó. A *különböző szövetekre* és *szervekre* való hatásnak érzéktetésére metszeteket vetít. A lépnek sejtjei előbb szétesnek, majd pigment marad a helyükön, végül a specialis szövet fel sem ismerhető. A nyirokmirigyek, a csontvelő, a bélfolliculusok is hasonlóképpen befolyásolhatók. A normalis thymus negyedére megkisebbedhet. A prostatának mirigyes szövete is megkisebbszik. A *vérben* már 2—3 óra múlva hyperleukocytosis jelentkezik, a mit leukopenia követ és polychromatophilia. Megváltozik a complementkötőképesség is. A nitrogen- és phosphor-kiválasztás fokozódik; a húgysav kiválasztásának a fokozódása bizonyára a fehér vérésejtnek szétesésének a következménye. A *szemen*: conjunctivitist, keratitist, a retinának vakuolus elhajlását, sőt újabban hályogképződést is sikerült állati szemeknek közvetlen besugározásával előidézni. Az *idegrendszer* felnőttéken valószínűleg nem befolyásolható. A hypophysisre is lehet a koponyán keresztül való besugározással hatni: a sejtek szétesnek. A májra alig tudunk, a vesékre nem tudunk hatni. Az emlőmirigyre fejlődése folyamán lehet csak hatni, hasonlóképpen a pajzsmirigyre is. A tüdő nem érzékeny és nem változik. A *gyermeknek* hosszúnövekedése hosszas és gyakori besugározással megakadályozható; azonban egyszeri vagy kétszeri átvilágítás és felvétel még semmiféle hatással sincsen. A foetus növekedése is csak erőlyes besugározással akasztható meg. A *bőrre* való hatás mikéntje még nem bizonyos: lehet, hogy a finom idegvégződések károsíthatnak; legvalószínűbb, hogy a Malpighi-rétegnek fiatal sejtjeiben a sejtmag károsíthatik; nem valószínű a *Neuber-féle* felfogás az autolysis fermentekről, mert a fermentekre való hatás általában kétséges; lehetséges, hogy a bőr ereinek endothelje támadtatik meg. Magában a *sejtben* a hatás valószínűleg úgy történik, hogy a sejtprotoplasmában, még inkább a sejtmagban ionizálás jelentkezik, a mely a colloidalis állapotú fehérje megváltozását eredményezi. Végül hangsúlyozza, hogy a Röntgen-sugarakra is érvényes az a törvény, a mely minden más physikai hatásmódra is áll, hogy: kis besugárzás izgató, közepes mennyiségű akadályozó hatású és nagy besugározás elhalást eredményez.

Krause főreferatúráját három correferensnek az előadása követte. *Reifferscheid* (Bonn): „A Röntgen-sugaraknak az állati és emberi petefészekre való hatásáról” saját kísérletei alapján értekezett. A besugározási adatoknak nagysága szerint az állati és emberi petefészekben a folliculusoknak epitheljen közepes vagy nagyon súlyos degenerálást észlelt azoknak a teljes tönkremenésével. Regenerálás a besugározás után hónapok múltán jelentkezhet, azonban csak olyan esetekben, a melyekben a besugározás idején még éretlen, fiatal folliculusok is voltak jelen; ezeknek megérésével a petefészek normalis működése ismét beállhat.

Simmonds (Hamburg) „A Röntgen-sugaraknak a herekre gyakorolt hatásáról” című előadásában sorozatos metszeteket vetített, a melyekkel szemléltette, hogy a herecsatornának jellemző sejtjein a degenerálás nem közvetlen a besugározás után keletkezik, hanem csak bizonyos lappangási idő múlva. Nemcsak a különböző állatfajok heréjén különböző a hatás, hanem még ugyanazon állatnak a heréjében is egyes részletek hamar elpusztulnak, míg a szomszédságban ép csatornacsák is maradhatnak. A spermatogen sejtek elpusztulása után a *Sertoli-féle* sejtek még jobban láthatók, mint a besugározás előtti ép állapotban. Regenerálás néhány hónap alatt történik. Állatokon ezt kísérletileg észlelték; embereken pedig Angliában és másutt is a Röntgencső-gyári munkásokon, a kik azoospermiaság lettek és miután eltávoztak a gyárból, ismét visszatért a nemzőképességük. A spermatogensejtek pusztulása után a közti sejtek és a *Sertoli-sejtek* változatlanok maradnak, sőt rendszeren még jobban láthatók és valószínűleg ezeknek belső elválasztása fokozódik is. És ez magyarázza azt a különbséget, mely a kiherélt és a Röntgen-besugárzott állatok között észlelhető: a kiherélték ugyanis a nemzőképességüket és a másodlagos nemi jellegű-

ket is elveszítik és nem is vonzódnak a nőstényükhöz; míg a besugárzott heréjű állatnak csak a nemzőképessége vész el, azonban másodlagos nemi jellege megmarad és a nőstényhez való vonzódása is változatlan, sőt néha fokozott.

Körnicker (Bonn-Poppelsdorf) „A Röntgen-sugaraknak a növényekre gyakorolt élettani hatásáról” című előadásában kifejtette, hogy igen kis mennyiségű besugározással a növényeknek fokozottabb fejlődését nem lehet elérni; ez csak nagyobb sugármennyiséggel érhető el; míg igen nagy besugározás a növények fejlődésére gátolólag hat. A Röntgen-sugaraknak nincsen a mezőgazdaság terén gyakorlatilag értékesíthető tulajdonsága.

Ugyancsak 19.-én nyitották meg a *Röntgen-múzeumot*, a melyben a Röntgen-physikának legelső eszközei és fokozatosan az újabbak egymás mellett láthatók. Számos, részben történelmi nevezetességű eszköz és Röntgen-kép s a radiologia egész irodalmát felölelő könyvtár van együtt.

Este a Berliini Röntgen-Egyesület látta vendégül a Német Röntgen-Társaságot.

20.-án és 21.-én délelőtt és délután 4—4 órás ülések voltak, még pedig délelőtt diagnostikai előadások és bemutatók, délután pedig főképpen a gyógyítással foglalkozó előadások.

Alban-Köhler (Wiesbaden) az izmokban levő, elmeszedett élősdiekről készült Röntgen-képeket mutatott be. A műtét a cysticercus-kórjelzést megerősítette.

Hessel II. (Bad-Kreuznach) a normalis nyelöcsőnek állandóan láthatóvá tétele céljából a vizsgált egyénnel alsó végén bekötött disznóbelet nyelet le, a melynek felső végébe bismuthos folyadékot tölt. Így a nyelöcsőben a kitöltött, puha falú béldarab a környező szerveknek alakjához simul és a nyelöcsőnek alaki viszonyai vizsgálhatók. (Eddig a normalis nyelöcsövet csak 1—2 másodpercre tudtuk láthatóvá tenni, a mikor a lenyelt bismuthos folyadék vagy pép keresztül szaladt a nyelöcsővön.) Gyakorlati hasznát akkor fogjuk vehetni *Hessel* eljárásának, ha a nyelöcső valamely szűkületének a hosszúságát akarjuk megállapítani, mert az eddigi eljárásunkkal többnyire csak a szűkületnek a felső végét ismerhettük meg, míg az alsó végét a keresztülfolyt bismuthos folyadék nem tudta jelezni. Ha a lekötött végű disznóbél elég hosszú és üres, vagy csak lazán kitöltött állapotban nyeletjük a beteggel, akkor könnyen jut a gyomorba, a duodenumba és a vékonybelekbe is. Ilyen módon a duodenumot egész terjedelmében egyszerre láthatjuk (míg ezelőtt ezt nem tudtuk) és helyzetváltozását, megtöretését vagy már kisebb szűkületeit is felismerhetjük. Hasonlóképpen sikerül így a vékonybélnek igen nagy darabját is in continuo láthatóvá tenni, a mi az összenövések felismerését teszi lehetővé.

Grunmach (Berlin) számos képen mutatja a részleges és a teljes *gastrospasmusnak* sokféle alakját, a melyek könnyen telődési hiánynak tekinthetők és hibásan gyomorráknak körjelzettenek. A teljes gastrospasmus néha sokáig változatlanul ugyanazt a képét tartja meg és összetéveszthető a gyomrot egész terjedelmében megkisebbitő rostos rákkal (*scirrhus*). Véleménye szerint néha sem ismételt vizsgálattal, sem atropinnak bőr alá fecskendezésével sem sikerül a valódi kórformának a felismerése. Dicséri a thoriumdioxydot, mert ha évvel töltjük meg a gyomrot, akkor a spasmus megszűnik és így nemcsak a körjelzést segíti elő, hanem egyúttal gyógyít is.

Haudek (Wien) a friss gyomorfekély eseteiben majdnem mindig észlelhető hat órás bismuth-maradék keletkezése okának nem — az eddigi felfogás szerinti — pylorusgörcsöt tartja, hanem úgy véli, hogy a fekély állandó nedvelvasztásra ingerli a gyomrot (*hypersecretio*) és ezen hígabb gyomortartalomban a nehéz bismuth-só leülepedik a gyomornak legmélyebb részén, míg a 3—4 ujjnyival magasabban levő pyloruson keresztül a bőségesen elválasztott gyomornedv távozik. A visszamaradó bismuth és a fekély tovább is elválasztásra izgatja a gyomrot és ismét csak a gyomornedv távozik a bismuth feletti pyloruson. Hogy ez valóban így van, úgy bizonyítja, hogy a beteget jobb oldalára fekteti és meden-

czését kissé emeli; ezáltal a pylorus lesz a gyomornak legmélyebb helye és a rája rakódó bismuth normalis időben távozik. Ha ezen elméleti értékűnek látszó felfogás valóban fog bizonyulni, akkor nagy gyakorlati jelentősége lesz a gyomorfekély sebészeti kezelésében, mert feltűnteti annak a szükségességét, hogy a sebész a gastroenterostomiás nyílást csakugyan a gyomornak legmélyebb helyén készítse, hogy a gyomor teljesen kiürülhessen a normalis időben. Ezen felfogás magyarázza egyúttal azt is, hogy miért keletkezik olyan gyakran újabb fekély a szokásos, nem a legmélyebb helyen levő gastroenterostomiás nyíláson.

G. Schwaz (Wien) „Acidotest“ névvel új eljárást mutat be, a melylyel a gyomorszondázás mellőzésével is megállapítható, hogy tartalmaz-e a gyomor szabad sósavat vagy sem. Puha selyemfonal végén kis bismuthos gömböcske van; a fonal kongóvörössel volt előzőleg jól beitatva és megszáritva. A fonalat a vizsgálandó egyén könnyen lenyeli; a bismuthos vége a gyomorba kerül (erről Röntgen-átvilágítással lehet egyszerűen meggyőződni); a fonálnak szabad végét a beteg szája mellett az arcra ragasztja. 10–20 perc múlva kihúzza a kongós fonalat, a melynek megkékült alsó vége jelzi, hogy a gyomorban van szabad sósav; ha a fonal vörös marad, akkor az a gyomornak sósavhiányát jelenti. A fonal kihúzása semmiféle kellemetlen érzést sem okoz. Azonban hibája lehet, hogy a szájból levő lúgos nyál közömbösítheti a fonalba ivódott sósavat, ha az csak kis koncentrációjú.

C. Lehmann (Rostock) a gyomorban levő hatalmas szórdaganatról (trichobezoar) készült Röntgen-felvételt mutat be. A gyomor telődésében kétökönyi kerek telődési hiány volt látható, a mely a gyomor határaihoz képest helyét változtatta. A műtét lelete igazolta a Röntgen-lelet alapján való körjelzést.

Levy-Dorn (Berlin) igen sok műtetre került betegnek műtéti lelete alapján ismerteti és magyarázza a gyomron észlelhető különböző radiológiai jelenségeket. Hangsúlyozza, hogy a gyomor kóros elváltozásairól hű képet gyakran csakis a Röntgen-vizsgálattal nyerhetünk és hogy a műtét lelete néha még annyit sem derít ki, mint a Röntgen-vizsgálat.

Holitsch R. (Budapest) előadja, hogy sikerült neki a Röntgen-vizsgálat segítségével a gyomor és duodenum fekélyét ugyanazon betegen egyszerre felismerni. Rövid idő múlva még egy betegen *ulcus ventriculi et duodeni*-t állapított meg és mivel mindkét betegén a műtét igazolta a körjelzést, leírja ezen egyszerre a gyomorban és a duodenumban jelenlevő fekélyeknek radiológiai tüneteit. A gyomor 6 órára kiürült és a bismuthos eledel eljutott a colon transversum közepéig, tehát kifejezett hypermotilitás volt, dacára a nagy sósavtartalomnak. A bismuthos eledellel kitöltött gyomornak nagy görbületén igen mély behúzódnás volt, ez okból homokórszerű gyomor volt látható. A nagy görbületi behúzódnás állandó volt és a kis görbületnek szemközt fekvő pontján körülírt, jellemző nyomásérzékenység mutatkozott. A distalis gyomorrészen fokozott antrum-peristaltika jelentkezett, a mely állandóan igen bőven hajtott bismuthos gyomortartalmat a duodenumba, úgy hogy a bulbus duodeni állandóan igen tágra kitöltve volt látható és rajta is körülírt nyomásérzékenységet talált. A gyomor fekélyét a nagy görbületnek állandó, mély behúzódnásából és a kis görbület megfelelő pontjának nyomásérzékenységéből következtette, a duodenum fekélyét pedig a hypermotilitásból, a fokozott antrumperistaltikából, a tág duodenalis telődésből és a bulbus duodeni nyomásérzékenységéből.

Holzknicht (Wien) és Lippmann (Chicago) a duodenum állandó, teljes kitöltése céljából igen vékony, puha szondát nyelet le a beteggel, a melynek végén $\frac{1}{2}$ cm.-nyi oliva van. A betegek könnyen lenyelték, csak nagyon sokáig tartott, a míg az olivás vége a pyloruson keresztül be tudott jutni a duodenumba. Ha azonban a beteget úgy fektették, hogy az a gyomorlumen, a melyhez az oliva éppen odaért, lefelé irányuljon, a mit a lenyelt darab hosszából lehetett tudni (a beteget előbb hanyatt fektették, majd a jobb oldalára és

medenczét kissé emelték, majd megint hanyatt fektették), akkor az olivás szonda már 20–30 perc alatt bejutott a duodenumba. Ekkor 100 cm³-es fecskendővel a szondába bismuthos vizet fecskendeztek, a mi természetesen a duodenumba ömlött ugyan, de onnan gyorsan ki is jutott a vékonybélbe. Hogy ezt megakadályozzák, alkalmas eszközzel oda nyomták enyhe nyomással az álló egyén hasfalán keresztül a duodenum alsó vízszintes szarát a hasi gerincoszlophoz, mire a bismuthos folyadék nem távozhat a duodenumból és duzzadásig kitölti a duodenumot a leszorítás helyétől a pylorusig, úgy hogy az egész duodenum olyan jól látható, hogy alsó felében már a Kernig-féle redők is felismerhetők. Ezen eljárásnak gyakorlati jelentősége van a duodenum falzatának alakváltozását okozó betegségeknek a felismerésében és lokalizálásában. Így láthatóvá tehető a duodenum heges, kráteres fekélye; a duodenum falából kiindult rák; a Vater-féle papillának a rákja; a duodenumnak szűkülete vagy kiöblösödése, lefutásának iránya, megtörése és elhúzottsága. Eljárásukkal ezen említett megbetegedések mindegyikéről Röntgen-felvételeket készítettek. Több száz beteget vizsgáltak; a vizsgálat semmiféle káros következménnyel sem járt.

A discussióban kis prioritási vita is volt a duodenum állandó kitöltésének módja felett. David (Halle) ugyanis már néhány hete közölte egy német hetilapban az egész eljárást. Neki sikerült hasonló eljárással a vékonybeleket is in continuo láthatóvá tenni.

M. Cohn (Berlin) bismuthemulsiós beöntéssel a féregnyulványt sok esetben igen jól láthatóvá tudta tenni és az ezekről készült sorozatos Röntgen-felvételeknek vetítésével szemléltette a normalis féregnyulványnak nagyfokú mozgékonyt: ugyanazon egyén féregnyulványa egyszer a vakbél mellett jobbfelől, máskor függőlegesen, vagy meghajolva a kismedenczébe lógott, megint máskor ugyanaz a féregnyulvány a vakbél mellett halfelől felfelé csapva volt látható. Hangsúlyozta, hogy a féregnyulványnak hiányos kitölthetéséből nem szabad a féregnyulvány obliterációjára következtetni, mert ezt a féregnyulványban levő bélsár is okozhatja.

Haenisch (Hamburg) és G. Schwarz (Wien) ugyancsak baryumsulfat-emulsiós beöntésekkel a vastagbélnek különböző megbetegedéseit, különösen a bél üregébe meredő rákoknak már igen kezdetleges alakjait tudták a Röntgen-lemezen érzékelni, a melyek ezáltal még idejekorán műtéttel eltávolíthatók. Daganatok okozta bélszűkületeket, kóros kitágulást és időszült gyuladások által előidézett bélfalati elváltozásokat is bemutattak. Schwarz arra hívta fel a figyelmet, hogy a vastagbélnek tölcsérszerű szűkülete a per os adott contrastanyagokkal többnyire nem ismerhető fel, míg a per anum alkalmazott contrastos beöntés a tölcséres szűkületnek végén megáll és ezáltal felismerhető.

Sabat és Scepaniski (Lemberg) „*interpositio coli hepato-diaphragmatica*“ nevet adtak az általuk több ízben észlelt jelenségnek, a midőn akár a májnak nagyfokú süllyedése, akár a haránt vastagbélnek gyuladásos odanövése következtében a máj és a jobb rekesz domborulata között látjuk az álló helyzetben átvilágított betegnek gázzal kitöltött, tehát jól felismerhető vastagbélét.

M. Judt (Varsó) igen szép pillanatfelvételeket mutatott be *pneumoniás és bronchopneumoniás csecsemőkről*, a melyek azt bizonyították, hogy a csecsemőknek catarrhalis pneumoniája rendszerint élesen valamely tüdőlebeny határaihoz ragaszkodik.

Beltz (Köln) lueses betegnek *tüdőgummájáról* készült Röntgen-képet mutatott be; ezután ugyanazon betegnek *tüdő-röntgenogrammját* a salvarsankezelés utáni időből, a melyen a gümma árnyéka már eltűnt.

Immelmann (Berlin) a *persistáló thymus és a mediastinum daganata* közötti különítő körjelzést a Röntgen-átvilágításkor két tünetre alapozza: a thymusnak alsó vége szegletesen mered ki jobbra és balra a középpárnyékból a tüdők felé és beszéd alkalmával, még inkább szakadozott lélekzés-kor a thymusnak ezen szegleteszerű alsó végei saját-

ságosan libegni látszanak; míg a mediastinum daganatának árnyéka alul rendszerint lekerekített és libegő mozgása nincsen.

Huismans (Köln) a hypertrophiás szív és a tágult szív közötti elkülönítő körjelzést úgy könnyíti meg, hogy 2 méternyi távolságból ugyanazon lemezre gyors egymásutánban két pillanatfelvételt készít. A hypertrophiás szívnek, a melyik jó excursiókat tesz, a határai a lemezen egymástól $1\frac{1}{2}$ —1 centiméternyi távolságban láthatók, míg a tágult szívnek a határvonalai vagy teljesen fedik egymást, vagy csak minimalisan térnek el egymástól.

Heineke (Leipzig) a Röntgen-sugaraknak élettani hatásáról tartott előadásában hangsúlyozta, hogy a sugarak a bacteriumokra in vitro nincsenek hatással, míg in vivo kifejezett hatások érhetők el, a mi valószínűleg onnan ered, hogy az élő szövetek maguk befolyásoltatnak és ezáltal megváltoznak a bacteriumoknak az életfeltételei.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

J. Hladik: Kurzes Lehrbuch der Militärhygiene. Wien und Leipzig, J. Šafař. 14 K 40 f.

Nem csupán a hivatásos katonáorvosok érdeklődésére tarthat számot a címbe jelzett könyv, a mennyiben egy elavultnak mondható kis munkán kívül nem állott rendelkezésre a modern hygienét főleg katonai vonatkozásaiban tárgyaló munka, hanem úgyszólván orvosaink összeségét is érdekelheti, a mennyiben egy bekövetkezendő háború esetén nagyon sokszor jöhet abba a helyzetbe csaknem minden orvos, hogy tudomással kell birnia azon rendeletekről, utasításokról, a melyek az osztrák-magyar hadseregben a hygiene terén érvényben vannak. Ily módon nagy elterjedésre számíthat e munka, a mely nem túlságos terjedelme mellett nagyon jól tájékoztat a katonai hygiene minden kérdése felől. Szerzője hosszú idő óta foglalkozik e fontos tárggyal, részint mint a katonai egészségügyi bizottság tagja, részint mint a katonáorvosi előkészítő iskola előadója s így nagy tapasztalattal rendelkezik, hogy voltaképpen mire van szükség a katonai hygiene terén. A sok jó rajzzal és táblázattal, nemkülönben pontos tárgymutatóval ellátott, jó kiállítású munkát a németországi orvosi sajtó is nagyon kedvezően fogadta.

Lapszemle.

Belorvostan.

A vesegyulladás kór- és gyógytanának haladásáról ír *Strauss*. Nem minden fehérjevizelés vesegyulladás jele és nem minden nephritis mellett van fehérjevizelés: az anephritis albuminuriákkal az albuminuriás nephritisek helyezhetők szembe, mely utóbbiak úgy acutak, mint chronikusak lehetnek. A jótermészetű s így nem jelentős *vesegyulladás nélküli* fehérjevizelés mechanikai, keringési vagy toxikus zavar következménye a túlérzékeny veséjű egyénben. Ilyenek a vesék tapintását, megerőltető menetelést, sportolást s hidegfürdöket követő fehérjevizelés, nemkülönben a chloroform, kén-eső és más egyéb mérgező anyagok után jelentkező, továbbá a terhességi albuminuria. Néha ezen albuminuriáknak a nephritis albuminuriáktól való megkülönböztetése igen nehéz, mert cylinderek mindkettőben előfordulnak. Mégis a normalis vesének a fent említett ártalmakkal szemben is kell bizonyos ellenállást tanúsítania s adott alkalommal annyi mindenesetre megállapítható, hogy *a normalisnál gyengébb ellentálló képességű vesével van dolgunk*. A vesék ezen nagyobb fokú sérülékenysége nem pusztán alkati jellegű, öröklött vagy familiaris, hanem szerzett, pl. lefolyt vesegyulladás után maradt vissza. A pubertásban jelentkező orthotikus albuminuriának két alakja különböztethető meg: az egyik, az anephritikus, astheniásokban fordul elő s az egész szervezet gyengeségé-

nek koordinált jelzője, a másik a fertőző betegségek után jelentkező vesegyuladással fehérjevizelés.

Ujabban az ú. n. praetuberculosus fehérjevizelésre hívták fel a figyelmet, mely azonban tulajdonképpen nem más, mint astheniás albuminuria. Idősebb egyénekben az orthostatikus albuminuria kétségen kívül vesebajtól ered.

Kórbonczolástani vizsgálatok alapján valóban különbséget tehetünk a vesebajok glomerulo-vascularis és tubulopithelialis alakjai között, mely utóbbiak nem gyulladás, hanem hámsajtófajulás következményei és joggal illethetők nephrosis névvel. Máskor ismét a vascularis és tubularis folyamatok között szoros összefüggés mutatható ki és *Löhlein* vizsgálatai szerint akárhány subacut, subchronikus és időszült vesegyulladás esetében észlelhető tubularis elváltozások a glomerulusok megbetegedéseinek következményei.

Az állatkísérletek alkalmával és fertőző betegségek tanulmányozásakor szerzett tapasztalatok azt mutatják, hogy bizonyos ártalmak inkább a tubulusokat, mások megint elsőszeretettel a glomerulusokat támadják meg. A glomerulusok megbetegedése rendszerint komolyabb természetű, mint ha pusztán a tubulusok betegszenek meg. A glomerulusok bántalmi gyakrabban válnak időszültté, gyakoribb mellettük a szív túltengése, a vizenyőképződés és az uraemia. Az időszült parenchymás vesegyuladások legnagyobb része az ilyen teljesen meg nem gyógyult heveny glomerulonephritisekből fejlődik. Ha pusztán a glomerulusok betegek, vizenyő nem jelentkezik; ha a tubulusok is betegek, vizenyő áll be.

Ez alapon klinikai szempontból vizenyő nélküli és vizenyővel járó vesegyuladásokat különböztetünk meg. Az időszült parenchymás vesegyuladásoknak egyik esetben már hónapok multán, másikban évek mulva bekövetkező végső szaka a másodlagos zsugorodó vese. A zsugorodó vese legjellemzőbb tünete a magas vérnyomás és a bal szív túltengése: a cardiovascularis tünetek annyira előtérbe lépnek, hogy a vesegyulladás ezen alakját joggal nevezhetjük nephritis hypertonicának.

Ezen alakjai a vesegyuladásnak szembehelyezhetők az állandó fehérjevizeléssel és cylindruriával járó egyszerű vesegyuladással. Természetes, hogy egyéb más alakjai is megkülönböztethetők még a vesebajnak, milyenek az ascendáló, az urogen eredésű és a metastasisos veselobok.

A másodlagos vesezsugorodástól megkülönböztetjük az arteriosklerosis és a genuin zsugorvesét; a genuin alak bizonyos mérgezések és alkati bajok következménye (ólom-, alkoholmérgezés, cukorhaj, köszvény); ha a genuin vesegyuladáshoz arteriosklerosis járul, a vese hámsajtó elemei is szenvednek, a mi a klinikai képben is kifejezésre jut: vizenyő, nemkülönben húgymérgezéses tünetek jelentkeznek.

A vesebajnak nemcsak egyes alakjait, de az egyes alakok különböző szakait is fontos egymástól megkülönböztetni: így a retentiós szakot a retentio nélkülítől, a kompenzáltat a dekompenzálttól, az intoxicatióssal attól, melyben a szív működés válik elégtelenné; e szakok megkülönböztetésére valók a működéses próbák, melyek közül legfontosabb a jod- s a vízkiválasztási próba.

$\frac{1}{2}$ gr. jodkali bevétele után a vizelet 45 órán át (nagyon ritkán 50 órán át) ad positiv jodreactiót. Ha a positiv reactio a jelzett időnél jóval tovább tart, a vese hámsajtóinak működése elégtelen. Ha egy liter vizet adunk a betegnek, 6 órán át 2 óránként felfogjuk az egyes vizeletportiókat s meghatározzuk mennyiségét és fajsúlyát a vízfelvételt követő első 2—4 órában bőséges vizeletelválasztásnak (rendszerint 500 cm³-nél több) kell megindulnia. Ha e diuresis jóval kisebb, elégtelen a vese érrendszerének működése. Ugyancsak az érrendszer működésének megítélésére szolgál a tejcukorkísérlet: 2 gr. tejcukrot oldatban intravenásan fecskendezünk be. A cukorkiválasztásnak 4 órán belül kell megszűnnie. A kanyarulat csatornák működését 10 gr. konyhasó bevétele után is megítélhetjük, normalis vese 24—48 óra alatt az egész sómennyiséget kiválasztja.

A működéses próbák értéke csak időleges. A modern működéses vizsgálattal nem pusztán a vese teljesítő képes-

ségét, hanem a vesék és a compensatorius működésű cardiovascularis rendszer együttes tevékenységét állapíthatjuk meg, miért is a functió vizsgálat eredménye a szerint változó, hogy milyen tünetcsoportnál alkalmazzuk. A vesék hígító és konyhasó kiválasztó képességének megítélésekor fontos, hogy a szervezetnek konyhasó- és vízforgalma e kísérlet előtt egyenlőben legyen.

Ne feledjük azt sem, hogy a hámsejtek súlyos laesiója esetén a konyhasópróba a betegre nézve nem közömbös.

A prognózis felállításakor az acut és elhúzódó vesegyulladás eseteiben legyünk óvatosak, mert a vesék teljesítő-képessége változó.

Idősült esetekben a működés vizsgálat eredménye és a klinikai jelenségek közötti ellentét a prognózis szempontjából szintén jelentős.

A vizelet vizsgálatánál még fontosabb a vérsavóé, nevezetesen a vérsavó visszatartott nitrogenjének *quantitativ meghatározása*; ha nagyobb mennyiségű az N-maradék, a kórjóslat kedvezőtlen. Az azotaemiás és chloruraemiás vesegyulladások megkülönböztetése gyakorlati szempontból nem fontos, mert mindkettő egy és ugyanazon vesegyulladás lefolyásában is előfordul.

A therapia vizenyőképződés mellett konyhasószegény és a veséket lehetőleg kímélő diaeta; magas vérnyomással járó vesebaj esetén a szívet kíméljük s az uraemia kitörését igyekezzünk meggátolni.

Minthogy pedig többnyire vegyes tünetekkel jár a vesegyulladás, a szembeötlő tünetek szerint módosítjuk terapiánkat is. Vizenyőképződés esetén fenyegető uraemia mellett a folyadékfölvételt nem szorítjuk meg, minthogy a vizenyő eltávolítására számos más bevált módunk van (punctió, drainage, húgyhajtók stb.)

A húgymérgezés elkerülésére rendkívül fontos a szív teljesítő-képességének fentartása és fokozása.

Zsugorodó vesegyulladás esetén, ha a szív működés elégtelen és uraemiás tünet nincs, egyidőre a Karell-kúra javallt. Heveny agyvizenyő esetén a lumbalis punctio ajánlatos. Uraemia esetén kiadós vérvétel és helyette isotonias szőlőcukoroldat befecskendezése lesz célhozvezető; az izzasztókúrák értéke kétes; ámbár túlsókat szintén nem ér, mégis megkísérthető a hajtószerek alkalmazása.

A hol uraemiától kell félnünk, a beteg napi fehérje-ratiója az 50—60 gr.-ot ne haladja meg és lehetőleg extraktiv anyagokban szegény legyen. Közben egy-egy napon még kevesebb fehérjét tartalmazó étkezérendet adunk a betegnek. A fehérjevezetés ágynyugalommal, a hideg időszaknak délvídeken való eltöltésével s igen chronikus esetekben vas szedetésével csökkenthető.

Kevés eredménnyel kecsegtet a sebészi kezelés. A decapsulatio oliguriás és uraemiás subacut és subchronikus vesegyulladás eseteiben látjuk hasznát. Nagy ritkán eredményes a mandulák eltávolítása. Emboliás eredésű apró vesetályogok képződése esetén célszerű a vese incisiója.

Minthogy a legtöbb vesebajban javulás és kiújulás, a vascularis és epithelialis elégtelenség tünetei váltakoznak egymással, mindenkor az összes jelenségek figyelembevételével s nem egy tünet szem előtt tartásával lesz csak megszabható az adott esetben a célszerű gyógyítás. (Zeitschrift f. ärztliche Fortbildung, 1914, 2. sz.) Halász Aladár dr.

Sebészet.

A recidiváló köldökkölikákról értekezik H. Küttner. Leggyakrabban 4—5 éven túl levő gyermekeken fordul elő. A gyermekek hirtelen elhalványodnak és a köldök körül intenzív fájdalmakról panaszkodnak. Nyomásra vagy a köldök-táj, vagy az epigastrium érzékeny. A rohamok tartama különböző, néha pár perc múlva megszűnnek, máskor több óráig is eltartanak, de minden esetben 2—3 hónaponként megismétlődnek. A hőmérséklet néha emelkedést mutat, hányás, meteorismus gyakori, obstipatio majdnem minden esetben észleltetett. E. Moro azon véleményen van, hogy egyes esetekben

rekeszdiastasisban, máskor idősült székrekedésben, a legtöbb esetben azonban neuropathiás hajlamosságban kell az okot keresnünk. Küttner tapasztalata szerint az ilyen betegeken mindig gondolnunk kell appendicitisre. Az ő véleménye az, hogy appendektomia eseteiben mindig találhatunk oly elváltozást, a mi ezeket a kólikás fájdalmakat megmagyarázza, így az appendix abnormis insertióját, esetleg megtörését vagy lenövését. Az appendektomia a gyermekeket rögtön megszabadította a kellemetlenségektől. (Berl. klin. Wochenschrift, 1914, 4. sz.) Ifj. Háhn Dezső dr.

A thoraxfal resectiójáról carc. mammae-műtét után értekezik V. Eiselsberg. Az emlőrákok műteti technikájának javulásával az utóbbi években ezen megbetegedések operabilitásának határa is jelentékenyen tárgult. Hogy a carcinoma mammae-recidivák után a mellkasból mily nagy terület távolítható el a nélkül, hogy a beteg ennek egyébként kárát vallaná, mutatják Eiselsberg esetei. Egyik betegén 15 évvel ezelőtt recidiv emlőrákot operáltak. A múlt évben a beteg a szerző a thoraxfalnak igen előrehaladott rákos beszűrődését látta, miért is mindkét claviculát, a manubriumot, az I.—V. bordát — a pleura megnyitásával — eltávolította. Az egészséges emlőt Payr methodusa szerint mobilizálta és a defectust ezzel fedte. Két esetben a IV—VI. bordát, illetve III—V. bordát is reszekálta. A műtétet, ha látta a szükségét, magas nyomás mellett végezte, az utókezelést Röntgen-sugarakkal. Két beteg 2—3 év óta recidivamentes a thoraxresectio után. (Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 5. sz.) Ifj. Háhn Dezső dr.

Gyermekeorvostan.

A csecsemők orrdiphtheriája eseteiben található bacteriumok klinikai értékeléséről ír Buttermilch W. (Berlin-Weissensee). A valódi diphtheriabacillusnak a diphtheroid vagy avirulens diphtheriabacillustól való megkülönböztetése csecsemőosztályokon igen fontos, mert éppen az avirulens vagy atypusos alakok felismerése a csecsemők orrából vett váladékban okozza a legtöbb nehézséget. A typusos anyaggal dolgozóakra vonatkozóan helytálló Neisser nézete, hogy a gyakorlott bakteriologus ritkán téved, de az orrváladék vizsgálata alkalmával még a tapasztalt, nagy gyakorlattal bíró vizsgálók is sokszor ellentétes véleményt adnak és a diagnosishoz csak akkor bizhatunk meg teljesen, ha a megkülönböztetésre minden módszert, még az állatkísérletet is igénybe vesszük. A szerző a vezetése alatt álló csecsemőosztály 65 csecsemőjén végzett vizsgálatok alkalmával 3 csecsemőn valódi orrdiphtheriát talált, 2 virulens diphtheriabacillusgazda és 5 avirulens és diphtheroid bacillusgazda volt. A 3 csecsemőt, kin valódi orrdiphtheriát állapított meg, a fertőző pavilonban helyezték el, míg a két virulens diphtheriabacillusgazdát, kiken klinikai tünet nem volt észlelhető, elkülönítették; azonban az öt csecsemőt, kiken avirulens bacillust vagy csak diphtheroidot találtak, a többi csecsemők közé helyezték, minthogy bakteriologice lehetetlen avirulens bacillusokból virulenseket vagy fordítva kitenyészteni és klinice sem észlelték még. Azon észlelet, hogy diphtheroidokat igen gyakran találunk valódi virulens diphtheriabacillusok mellett vagy reconvalescens diphtheriás betegeken, abban leli magyarázatát, hogy avirulens és pseudodiphtheriabacillus egészséges ornyálkahártyán is igen gyakran található. A szerző továbbá fontosnak találja még a házi és ápoló személyzetnek, valamint az orvosoknak is gyakori vizsgálatát. Gyógyoltásokat csak azokon a csecsemőkön végez, kiken a Schick-féle diphtheriaintracutan-reactio positiv. (Deutsche med. Wochenschr., 1914, 12. sz.) Gara dr.

Vérhas-endemiát kis gyermekek között ír le Keuper (Frankfurt a. M.). Az endemia a számarköhöges-osztályon tört ki, hol csupa csecsemő és kisebb gyermek volt; a többi között az egyiknek híg nyálkás székletei voltak már a felvétel napjától kezdve. A felvétel után 6 napra 2 gyermeknek voltak magas láz kíséretében híg, nyálkás, véres székletei s bennük pseudodysenteria-bacillust lehetett kimutatni. 6 nap

mulva újabb megbetegedés s ekkor már a híg székletekkel felvett gyermek is pozitív volt a bakteriológiai lelet. A négy gyermeket izolálták s csak a teljes gyógyulás után helyezték vissza, mikor is a székvizsgálat két ízben negatív volt. Ekkor 4 nap mulva újabb megbetegedés hasonló tünetekkel s lassanként az összes betegekben jelentkezett a baj, dacára az izolálásnak. Therapia: ricinusolaj, utána tannigen, tannin-beöntés, tea, makk-cacao, fehérjetej, esetleg konyhasó-infusio. A 20 beteg közül 6 meghalt.

Észleleteit a következőkben foglalja össze: Az esetek túlnyomó részében sikerült kimutatni a Kruse-féle pseudodysenteria-bacillust. Az incubatio ideje legfeljebb 5–6 nap. Csak szigorú és hosszantartó izolálás gátolja meg a tovaterjedést, mert a székben bacillusok még hónapok mulva is kimutathatók. Még a legsúlyosabb alakban is negatív lehet az anatómiai kép, vagy csak egyszerű enteritis follicularis látunk, a mi támogatja azon feltevést, hogy a legtöbb enteritis follicularis dysenteria. (Münch. med. Wochenschrift, 1914, 9. sz.)

Ujj Sára dr.

Venereás betegségek.

A prostituáltak kötelező ellenőrzésének hasznáról számol be M. Müller (Metz). Immár 25 esztendeje annak, hogy Neisser a breslaui prostituáltakra vonatkozóan kimutatta, hogy a gonorrhoeának egyszerű klinikai diagnózisát fölötte hamis adatokat szolgáltat, a mennyiben a pontos mikroszkopi vizsgálat aránytalanul nagyobb százalékban tudja a kankót megállapítani, mint a klinikai vizsgálat. Németország városainak nagyobb számában most már bevett eljárás, hogy a prostituáltak váladékát mikroszkopice is ellenőrzik. Hogy ennek az eljárásnak mily nagy a várható eredménye, azt megfelelő pontos, a férfiak venereás bajaira vonatkozó statisztikák volnának hivatva kideríteni. Megbízható adatot leginkább a katonaságra kiterjedő statisztikák szolgáltatathatnának, de ebben a tekintetben az a baj, hogy a legtöbb városban a katonaság csak kis része az egész lakosságnak. Ebből a szempontból csak egy városa van Németországnak, a melyben ez a kifogás elesik, s ez Metz városa, a mely katonasággal annyira tele van rakva, hogy a katonákra vonatkozó venereás statisztika igen jó tájékoztató eredményt adhat. A míg ugyanis pl. Berlinben a katonaságnak a polgári lakossághoz való aránya 1:70, addig Metz-ben az arány 1:3.3. A különbség természetesen még kisebb Metz-ben, ha leszámítjuk a nőket, gyermekeket és a házas férfiakat. Így számítva, 24.000 katonával kb. 20.000 nőtlen polgárember áll szemben. A katonákra vonatkozó statisztika tehát kitűnő adatokat nyújthat a prostitutio ellenőrzésének értékéről. Metzben a rendszeres mikroszkopi vizsgálat 17 év óta van bevezetve. A vizsgálatot (urethralis és cervicalis) nemcsak a bejelentett puellákon (számuk kb. 100), hanem a rendőrség által felkutatott titkos prostituáltakon is végzik. Az eredmény nyilvánvalóan fölötte kedvező, a mennyiben a metzi helyőrségben a gonorrhoea az utolsó évtizedben 55.8%-kal csökkent (az odatartozó egész XVI. hadtestben 48.9%-kal). Ezzel szemben ezen idő alatt az egész német hadseregben a gonorrhoea csak 3.9%-kal csökkent. Ez a néhány számadat annyira beszédes, hogy nem szükséges részletesebben magyarázni őket. Fontos — és ez mutatja leginkább, hogy a gonorrhoea csökkenése nem vezethető vissza a nemi betegségeknek általános visszafejlődésére, hanem egyedül a váladék vizsgálatára —, hogy ezen idő alatt a syphilises megbetegedések száma Metz-ben is lényegesen megszorodott. Míg a gonorrhoeás infekciók száma átlag 50%-kal csökkent, addig a syphilis csaknem 75%-kal megszorodott! A gonorrhoeára vonatkozó kedvező eredmény mindenestre azt bizonyítja, hogy a prostituáltak kötelező rendszeres vizsgálata, tehát a reglementálás milyen hathatós intézkedés a gonorrhoeás esetek csökkentésére s hogy mennyire nem áll meg az újabban mindinkább előretörő abolitio híveinek az az állítása, hogy a kötelező ellenőrzés lényeges eredménnyel nem kecsegtet. (Münchener med. Wochenschrift, 1914, 13. sz.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A vesedecapsulatio eddigi eredményeit kritikailag méltatja J. Murard az idevágó irodalom és számos saját állatkísérlete alapján. A műtét technikájának részletes leírása után behatóan ismerteti a normalis vesetok bonczolástani szerkezetét, mert ennek pontos tudása nélkül a postoperatiós elváltozásokat nem bírálhatjuk meg. Míg már Tuffier és Lejars pontosan megállapította azt, hogy a vesetokot temérdek igen vékony gyűjtőér hálózza be s így a vesének és környékének vénás rendszerei közvetlenül közlekednek egymással, addig ugyanilyen viselkedést a verőerek részéről a szerzőnek nem sikerült megfigyelni. Neki tehát az a véleménye, hogy a mennyiben ilyen verőeres anastomosisek csakugyan léteznének is, ezek olyan finomak, hogy gyakorlati értékkel nem bírhatnak. Ugyancsak azt is megállapította a szerző állatkísérletekkel, hogy a hirtelen fokozódó nyomással szemben a vesetok olyan kevésbé tágulékony, hogy gyakorlati fontossága nincs.

A vesedecapsulatio eredményeinek tanulmányozása céljából a szerző a készítményeket részint közvetlenül a műtét után, részint pedig több-kevesebb idővel a leháncsolás után vizsgálta meg. A mi a közvetlen eredményeket illeti, az azonnal fixált készítmények szövettani vizsgálatából az derült ki, hogy Walker, Hall és Herxheimer állítása ellenére a decapsulatio alkalmával a vesetok összes rétegei eltávolíthatnak; a háttamaradó nagyon vékony kötőszöveteszerű réteget a szerző ugyanis a veséhez, nem pedig a vesetokhoz tartozónak véli. Az óvatos leháncsolás a vese szövetében nem okoz olyan sérülést, a mely gyakorlati értékkel bírna.

A tartós eredményeket illetőleg a szerző újból megerősíti azt a már több oldalról megállapított tényt, hogy a decapsulatio után nemsokára egy durvább, de különben a normalishoz teljesen hasonló tok képződik, még akkor is, ha a leháncsolást többször ismétljük. Olyan sclerosisos elváltozásokat a vesében, mint a milyeneket Albarran, Bernard, Tuffier s mások irtak le, az ő készítményein nem tudott megfigyelni. Egy nagyobb kutyából nyert készítmény szerint az újonnan képződött tok valamivel bővebben erezett, mint a rendes, de a vénának a vese szövetébe való behatolását makroszkopice nem lehetett megállapítani. De más szerzők — Gentil, Asakura, Ferrarini, Ertzbischoff — kétségtelen pozitív leletei alapján a szerző mégis azt hiszi, hogy az anastomosisképződést a decapsulatio után nem lehet egészen tagadni. Az újonnan képződött erek azonban olyan finomak s olyan ritkák, hogy a decapsulatiót a vesének vérrel való jobb ellátása szempontjából csaknem teljesen hatástalannak kell mondanunk.

A vizeletkiválasztásnak a decapsulatio utáni első időben bekövetkezett szaporodását a szerző elsősorban a vesefeszülés csökkenéséből és a szerv fokozott vérbőségéből magyarázza, de lehetségesnek tartja azt is, a mire először Jaboulay figyelmeztetett, hogy a sympathicusnak is van ebben némi szerepe, bár az ez irányban a vesehiluson az összes idegek átmenésével végzett kísérletek sem a vizeletmennyiségben, sem pedig a vizelet kryoskopiai viselkedésében változást nem idéztek elő. (Journal d'urologie medicale et chirurgicale IV. kötet, 5. füzet.)

Drucker.

Orr-, torok- és gégebajok.

A chronikus tonsillitis kapcsán mutatkozó nyirok-mirigy-elváltozásokról ír R. Goldmann (Iglau) a német természetvizsgálók és orvosok Wienben lefolyt congressusán (1913 szept.) tartott előadása kapcsán. A chronikus tonsillitis — s ugyanígy az acut gyulladás is — collateralis nyirok-mirigygyuladással jár, melyben főleg a következő mirigyek, illetőleg mirigy csoportok részesednek: 1. a paratonsillaris mirigy a regio retromandibularisban, 2. a regio thyreohyoideában levő mirigy, 3. a vena facialisnak a jugularis internába betorkolása helyén, közvetlenül a biventer lateralis hasa alatt a fejbiczentő belső szélén levő mirigy (Most szerint főmirigy vagy André szerint ganglion sousdigastrique), 4. a jugu-

laris interna mentén levő mély cervicalis mirigyek, 5. a paratrachealis mirigyek és 6. a fejbiczczentő izom elülső tapadása alatt levő supraclavicularis mirigyek. Retentio, a tonsillaris csapok putrid szétesése és a keletkező toxinok, illetve ptomainok resorptiója folytán a tonsillaszövetnek sokszor alig kifejezett gyuladása mellett rendszerint kifejlődik a collateralis lymphadenitis, melynek nem csupán localis tüneti jelentősége van, hanem általános klinikai fontossága, mert a bacteriumoknak és termékeiknek csak ezen mirigyeken, illetve mirigycsoportokon áthaladása után támadhatnak pyaemiás vagy sepsises következményes állapotok. Ha tehát ily esetekben ezek tonsillaris aetiológiáját akarjuk megállapítani, a chronikus tonsillitis tüneteinek (tonsillaris csapoknak) constatación kívül a jelzett lymphadenitis megállapítása is feltétlenül szükséges. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie, 1914, XLVIII. köt., 1. füzet.)

Safranek dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A nagy vérnyomás csökkentésére *Rénon* a crataegus-tinctura és a thiosinamin együttes használatát ajánlja. Délben és este az étkezés alkalmával 15—15 csepp veendő be a tinctura crataegi oxyacanthaéból, reggelizés közben pedig 0.05 gramm thiosinamin keményítő-tokban vagy pilula alakjában. Ez a kezelés hónapokon át folytatandó. (Société de thérapeutique, 1914 márczius.)

A pyralgin nem más, mint a melubrin nevű antipyrin-származék befecskendezésre kész, sterilizált oldata. *Pataki* dr. utasítására a Krewel-gyógyszer (Wien) állítja elő. A melubrinről ismeretes, hogy ízületi eseteiben nagyon jó szolgálatokat tesz; minthogy azonban — mint a salicylkészítmények általában — az emésztőszervekre nem közömbös, már mások is megkísérlették subcutan vagy intramuscularisan használni; oldata azonban nagyon könnyen bomlott. *Pataki* azt találta, hogy az oldat nem bomlik, ha oldószerül natrium és calcium chloratumot, továbbá szőlőcukrot tartalmazó vizet használunk. A pyralgin 2 és 5 köbcentiméteres ampullákban kapható; egy-egy köbcentiméter $\frac{1}{2}$ gramm melubrint tartalmaz. Nagyon jól szívódik fel, a befecskendezése nem okoz fájdalmat, a szívet és a vesét nem bántja. Heveny ízületi eseteiben naponként 3-szor fecskendezendő be egy-egy 5 cm³-es phiola tartalma, idősült esetekben pedig naponként 1—2-szer a 2 cm³-es phioláé. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1914, 17. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 20. szám. *Konrad Béla*: A tüdőtuberculosis ambulans gyógykezelése, különös tekintettel a munkásbiztosító-pénztárrakra. *Dollinger Gyula*: A gümős csont- és ízületi gyulladások gyógyítása.

Magyar orvosi archívum, 1914, 2. füzet. *Lukács Elek*: A pulzus-szám lélekzési változásának klinikai jelentősége. *Richter Hugó*: Kísérletes beri-beri vizsgálatok galambokon. *Friedrich László Sándor*: A haemolytikus icterusról. *Királyfi Géza*: A benzoltherápia mai állása. *Rados Endre*: Kísérleti vizsgálatok a haematogen metastasisok fellépéséről a szemben, különös tekintettel a kísérleti metastatikus ophthalmia szövettanára.

Orvosok lapja, 1914, 21. szám. *Sümei József*: A gyomor- és bél működés renyhessége és annak gyógyítása fürdőhelyeken.

Budapesti orvosi újság, 1914, 21. szám. *Láng Adolf*: A talus töréseiről. *Brezovszky Nándor*: Az újvidéki városi kórház sebészeti osztályának 1911. és 1912. évi működése.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Csuka Mihály* dr. erdői és *Chimbir Pál* dr. bozovicsi járásorvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Stojakovits Jęfta* dr.-t az újvidéki kórház szemészeti osztályának főorvosává, *Kerényi Béla* dr.-t ugyanezen kórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. *Fischer Samu* dr.-t Szügyön, *Erkel Lajos* dr.-t Gindl-eszádon körorvossá, *Schilling Mihály* dr.-t Katymáron, *Hart Árpád* dr.-t Mágócsón községi orvossá választották.

Meghalt. *Hauer Ferencz* dr., a magyar államvasutak gépgyárának helyettes főorvosa, 39 éves korában. — *D. H. P. Eijkmann* dr., scheweningi orvos, 51 éves korában. Az elhunyt sokat foglalkozott a nemzetközi congressusok szervezésével s e tárgyról több brosrút tett közzé.

A budapesti egyetemi I. számú női klinikán április hóban 192 szülés folyt le; a nőgyógyászati osztályon 105 beteget ápoltak. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét 128 esetben vették igénybe; a műtétek száma 79 volt.

Szabóky János dr. fürdőorvosi gyakorlatát Gleichenbergben újból megkezdte.

Turán Bódog dr. orvosi gyakorlatát Franzensbadban („Prinz Wales“) ismét megkezdte.

Hírek külföldről. *Lucas-Championnière*-nek, a nemrég elhunyt jeles francia sebésznek emlékszóbrof szándékoznak emelni Párisban; a gyűjtőbizottság élén *Guyon* tanár áll. — „Whole-time professor“-nak nevezik a baltimore-i Johns Hopkins-egyetem orvosi karának azt a három tanárát (belorvostan, sebészet, gyermekorvostan), a kiknek magán-gyakorlatot nem szabad folytatniok, a minék fejében azonban anyagi kárpótlásban részesülnek *Rockefeller*nek e célra adományozott 1 $\frac{1}{2}$ millió dollárnyi alapítványából. A белорvostani tanszéket most töltötték be *Th. Caldwell Janeway* new-yorki tanárral; a sebészeti tanszéket *W. S. Halsted*, a gyermekorvostanít *J. Howland* tölti be. — Berlinben nemrég adták át rendeltetésének az új törvényszéki orvostani intézetet, melynek igazgatója *Strassmann* tanár. — A belgrádi egyetem új orvosi kara októberben nyílik meg.

Személyi hírek külföldről. A berni egyetem orvosi karán az üresedésben levő törvényszéki-chemiai és pharmako-chemiai tanszékre *L. Rosenthaler* strassburgi magántanárt nevezték ki rendk. tanári minőségben. — *Witteck* dr. magántanárt Grácban az orthopaediai sebészet rendk. tanárává nevezték ki. — *P. Fraenckel* magántanár Berlinben (törv. orvostan) tanári címet nyert.

Dr. Szigeti Márton Abbáziából Gleichenbergbe érkezett és megkezdte fürdőorvosi működését.

Mai számunkhoz a „Chinoin“ gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t. (*Dr. Kereszty és Dr. Wolf*) Újpest-Budapest „Arsotonin“ készítményeinek 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. — Kifüggő ellátás. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospectus.

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

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

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

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

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

IV., Semmelweis-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. Vagyontalan betegek a nagymélt. m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

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

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

RÖNTGEN-REINIGER és vill. orvosi készülékek GEBBERT és SCHALL R.-T.

Ótátrafüred magaslati gyógyhely (1020 m.) Vízgyógyintézet az összes fizikai gyógy-módokkal **Basedow-, ideg- és belbetegeknek.** Vezetőorvos: Dr. Groó Béla.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VII. ülés 1914 február 21.-én). 422. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya (VII. szakülés 1914 március 21.-én.) 423. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(VII. rendes tudományos ülés 1914 február 21.-én).

Elnök: Grósz Emil.

Jegyző: Bence Gyula.

Bacterium coli communével kezelt arczlupus esete.

Tóvölgyi Elemér: A 45 éves nőbeteg több mint 15 éve szenved csonttuberculosisban, ennek következményeként jobb karját ezelőtt 12 évvel amputálták. Tíz év előtt a baloldali könycsatorna gyulladásából kifolyólag a baloldali szemzugban képződött borsónyi daganatból a Réczey-klinikán végzett műtét alkalmával sok geny távozott. Rövidesen erre recidiva állott elő és 1905 febr. 22.-én jelentkezett a beteg első ízben az előadó rendelkezésén, midőn is a könycsatorna gyulladásához már az orr külső és belső részére kiterjedő lupus is csatlakozott. A könycsatorna gyulladását conchotomia segítségével, miután ezzel a geny lefolyása biztosított, sikerült megszüntetni, a lupus azonban, dacára a tejsav- és formalin-ecseteléseknek, folyton terjedt. 1906-ban a poliklinikán *Finsen*-nel kezelték, szintén eredménytelenül. 1909-ben újból az előadót kereste fel, midőn a lupusos elváltozás már az arcz mindkét oldalára kiterjedt; újabb tejsav-ecsetelés, *Unna*-pasta és resorcin-kenőcs alkalmazására is romlott az állapot. 1911 május 10.-én kísérte meg az előadó a bacterium coli commune bouillontenyésztésével való ecsetelést. Már az első ecsetelésre óriási javulás állott be, a másodikra szintén, harmadízben azonban egy enteritisben szenvedő betegtől kitenyésztett colira újból rosszabbodás állott be, de ennek elhagyása után a javulás újból megkezdődött. Az 1912. évben minden hónapban egyszer kapott coli-ecsetelést és főleg a szeptember 11.-i ecsetelés hozott megint nagy javulást. 1913-ban január, február és július hónapban kapott csak ecsetelést, mert egyéb bántalmái miatt ágyban fekvő beteg volt. Ez év február hó 13.-án kezelte utoljára. Két év és tíz hó alatt összesen 29 ecsetelést kapott és jelenleg az eredmény az, hogy az orr belsejében a lupus teljesen elmúlt, az orr és arcz legnagyobb része gyógyult és gyógyulóban van az arcznak még a szélén fennálló lupusos elváltozás is. Szabályul veendő, hogy mindaddig, míg az ecsetelés okozta reactio fennáll, újabb ecsetelést végezni nem szabad. Az első tíz ecsetelést igen sűrűn alkalmazta, minek folytán a javulás megállapodott. Elégséges minden 3—4 hétben egyszer ecsetelni, még pedig egészséges bélből tenyésztett colival. A pathogen sajátságú coli nem javít, de ront. Hogy e javulást azaz gyógyulást a coli miként hozza létre, ebbeli nézetét a szerző majd előadásában óhajtja elmondani. A kísérletek bacteriologiai részét *Kern Tibor* dr. belklinikai tanársegéd végezte, a kinek ez úton is köszönetét fejezi ki. A jelenlegi bemutatás mintegy előszava az előadásnak, melyet a folyó év folytán a bact. coli communének a gégetuberculosisra való hatásáról óhajt tartani. Ez irányban több mint száz eset közül a szerző igen sok esetben nagy javulást, sőt néhány gyógyulást is elért.

Havas Adolf: Végleges eredményt természetesen nem mondhat, mert nem látta az esetet a kezelés előtt. Igen bölcsen jegyezte meg az előadó, hogy ha bármiféle ingert alkalmazunk, az gyógyító hatással van. A lupus-szövet debilis, mindenre reagál. Felszívódik és heg jön létre. Javulás van a bemutatott esetben, de a lupusgöbök megvannak, melyeknek pedig el kellett volna múlniuk, ha gyógyulás volna.

Tóvölgyi Elemér: Hangsúlyozza, hogy a reactio javít, de sok reactiót okozó kezelésben részesült a beteg és mégsem javult, míg a bacterium coli communera megjavult. Gégetuberculosis-esetekben is szép eredményeket látott.

Perforált Meckel-diverticulum sérvben gyermekben.

Finály György: Az eset 3 éves, jól fejlett fiúgyermekre vonatkozik, kin $\frac{1}{2}$ év óta észlelnék sérvet, mely a kórházba jövétele előtt 5 nappal kizáródott. A felvételkor a gyermek láztalan, abdominális tünetek, hányás, bélpassage-

zavar nem mutatkoznak. A herezacskó kisökölnyi, a nagyobbodást főképp a jobb fél okozza. A bőr a herezacskó jobb oldalán lobos-phlegmonosus; ez a phlegmone a jobb lágyéktájra is ráterjed. Tapintáskor a lágyéktájon a bőr alatt ujjnyi vastag, igen érzékeny, a hasüregbe folytatódó köteg érezhető. Az egész kép azt mutatja, hogy nincs valódi incarceratióval dolgunk, hanem a scrotum és lágyéktáj phlegmonosus volta a sérvben levő lobos folyamatra enged következtetni. Tehát vagy cseplesz záródott ki, vagy appendix lobosodott meg a sérvben. Harmadik lehetőség a heretorsio. A műtét alkalmával kiderült, hogy a sérvtartalom az odafixált, lobos és perforált Meckel-diverticulum. Ezt a megfelelő vékonybélkacs előhúzása után reszekálta. Sem a diverticulumon, sem a bélen strangulációs nyomok nincsenek; a diverticulum a sérvtömlő nyakánál egészen szabad volt. Ezért fel kellett venni, hogy nem kizáródott, hanem a sérvben fixált vagy szabadon levő Meckel-diverticulum gyulladásával állunk szemben. Ezután rendes Bassini-műtétet végezett. Sima gyógyulás.

Meckel-diverticulumot a sérvben többen irtak már le. *Eckehorn* és *Payer* összesen 36 esetet jegyzett fel, mikor a sérvben diverticulum találtatott. *Payer* szerint eddig 7 esetben észlelték a diverticulum gyulladását sérvben. Esetét a fentiek alapján e hét esethez sorolja.

Monstruosus syphilid esete.

Havas Adolf: A 39 éves napszámosnő megbetegedése kb. 4 hónap előtt kezdődött, a mikor felső ajkán kis göb keletkezett, a mely folyton növekedve, a ma látható elváltozásra vezetett. Gyermekei nincsenek, abortusa nem volt.

A beteg felső ajkán két, egy-egy forintnál nagyobb, majdnem 1 cm.-nyire kiemelkedő, sötét barnás-vörös, élesen határolt, puha consistentiájú, nem fájdalmas, nem viszkető, sima, ép hámmal fedett, az egyiknek a középső részén sorvadásos bemélyedésekkel (heg) bíró daganat látható. A nyakon, a törzsön, a felső és alsó végtagokon körkörös elrendeződésben vagy kígyózó vonalban lefutó, egymás mellé helyezett, egész lencsényi, élesen határolt, halvány barnás-vörös, középső részükön piszkos fehéres pikkelyekkel fedett göcsök. A felkarok külső részén és részben az alsó végtagokon az előbb említett körzetesen elhelyezett göcsök között csoportosan egymás mellett levő vagy már egymással egybefolyó, erősen kiemelkedő, egyenetlenül dudorzos felületű, sötét barnás-vörös, puhás consistentiájú plaqueok. Mérsékelt adenopathia universalis.

A bántalom körjelzésekor tekintetbe jöhet a xanthoma tuberosum, a lupus vulgaris hypertrophicus, a mycosis fungoides és a syphilis. Az első sorban említett három megbetegedés kizárható (a bőrtünetek gyors kifejlődése, apruriginosus, indolens volta, továbbá a concomitáló tünetek, a serpiginosusan elhelyezett, merev infiltratumok és a mérsékelt adenopathia universalis alapján). Rendellenes az excessiv, monstruosus módon kifejlődött kiütés a felsőajkon és a karok külső oldalán.

Ilyen monstruosus kifejlődése a syphilises papuláknak különösen akkor szokott mutatkozni, ha valamely izgalom éri a bőrt, a mely azután annak ellentállóképességét csökkenti. A syphilises papulák ilyenkor forintnyiak és még nagyobbak lehetnek, sőt egymással egybe is folyhatnak, ily módon nagy syphilises infiltratumok keletkezhetnek. A syphilis ilyen alakulatait különösen a gyermekorvosok észlelik gyakrabban luesben szenvedő csecsemők czombjainak bel-felületén vagy perinealis táján.

Preis Károly: Az eset mint syphilis unicum. Az ajkon levő elváltozás rendkívül éles szélű, hiányzik a peripheriás infiltratio és

főleg hiányzik a szétesés, mely ilyen késői syphilidnél néhány hónap alatt okvetlenül legalább részben beállott volna. Ezenkívül a köztakarón a göbök nem mutatnak szétesést, sőt láthatók circaer elváltozások, melyek oly laposak, hogy szinte maculáknak lehetne tekinteni. Az előadó mindenestre lekötelné az Orvosegyesületet, ha ezt a rendkívül érdekes esetet még egyszer bemutatná a lefolyásában is.

(Folytatása következik.)

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(VII. szakülés 1914 március 21.-én.)

Elnök: **Davida Leo.**

Jegyző: **Konrádi Dániel.**

I. Koleszár László: Koponyasérüléssel kapcsolatosan létrejött kétoldali sükettség. A beteget 7 hónap előtt ülő helyzetben sörös üveggel fejbeverték, azóta hallását elvesztette.

Az első ütés a bal homlokudor táját érte, minek következtében az asztalnak dőlt; a második ütés az occiputot találta. A második ütés következtében elvesztette eszméletét, melyet csak 8—10 óra múltán nyert vissza. Közvetlenül a sérülés után többször hányt; bal füléből vér szivárgott kb. 24 óra hosszat. Midőn eszméletét visszanyerte, igen heves főfájást és szédülést érzett, mindkét füle zúgott, de bal fülében időnként nyilaló fájdalmak is voltak; már ekkor feltűnt neki, hogy semmit sem hall. A második nap még hányt néhányszor, hányását émelygés nem előzte meg. A sérülés után egy hétre fölkel, de járni nem tudott a nagy szédülés miatt. Nem figyelte meg, hogy szédüléskor melyik oldal felé dült inkább. Szédülése hétről-hétre javult, de süketége fokozódott, úgy hogy ma bal fülére teljesen süket, jobb fülével csak a közvetlen közelből hallja az igen erős kiáltást.

A bal homlokudoron convexitásával felfelé tekintő, félhold alakú, 10 cm. hosszú és pár millimeter széles, felületen, barnás heg van.

Az occiput jobb felén egy kb. 3 cm. hosszú, 4 mm. széles, haránt irányú fehéres heget látni, melynek környezete gyermektenyérszerű területen kissé besüppedt.

A Röntgen-képen feltűnő vékony az egész csontos koponya. A homlokudoron a trauma helyén gyógyult törés látszik, az occiputot ért trauma helyén a csont be van nyomva s lemez alakjában a koponyacsont ép része alá nyomul, a sérült terület körül callosus tömeg.

A jobb fül hallásának alsó határa közvetlen közlől C¹ (256), felső határa a¹ (435). Jobb oldalon C¹ hangvillával pozitív Rinne, bár a csontos hangvezetés igen erősen csökkent. Weber bal felé igen gyöngén pozitív.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

1482/1914.

Szabolcs vármegye ligetaljai járásában elhalálozás folytán megüresedett nyiracsádi körorvosi állás választás útján való betöltésére pályázatot hirdetek.

A kör székhelye Nyiracsád, járási székhely. A körhöz tartoznak még Nyiradony, Nyirábrány, Nyirmártonfalva és Nyiracsád községek, valószínű, hogy még egy község a körhöz fog csatlakozni.

A körorvos évi törzsfizetése 1600 korona, fuvarátalány 600 korona, lakbéré 400 korona és a szabályrendeletileg megállapított gyógykezelési díjak. Szegény betegek ingyen kezelendők. Az elhunyt körorvosnak 1000 korona helyi pótléka volt, melyet az új körorvos is kérelmezhet s megkaphat.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1908: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket igazoló bizonyítványokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám folyó évi június hó 15.-éig adják be, mivel a később érkező kérvényeket elfogadni nem fogom.

A körorvosválasztás határidejét a pályázatok beérkezése után fogom kitűzni.

Nyiracsád, 1914 május hó 16.

Somlyódy, főszolgabíró.

9538/1914. szám.

Trencsén vármegye trencsényi közpórházánál lemondás folytán megüresedett másodorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, kik ezen nyugdíjosultsággal és az alább részletezett javadalmazással egybekötött állást azonnali belépés mellett elnyerni óhajtják, hogy a főispán úrhoz címzett és az 1883. évi I. t.-cz. 9. § 3. pontjának 2. bekezdésében előírt képesítésről tanuskodó okmányokkal, valamint a vármegyei U. Sz. 4. §-a értelmében születési, hatósági orvosi és erkölcsi bizonylattal is kiegészített kérvényeiket hatóságomnál legkésőbb folyó évi május hó 28.-áig nyújtják be, mert a később beérkező folyamodványok figyelembe vétetni nem fognak.

Ezen másodorvosi állás évi javadalmazása 2600 korona törzsfizetés, 800 korona lakpénz és inspectiós napon élelmezés.

Megjegyzem, hogy a másodorvos a rendszeresíteni kívánt főorvosi állással kapcsolatos teendőket köteles ellátni a bel- és bujakór-osztályon.

Kelt Trencsénben, 1914. évi május hó 11.-én.

Rudnay.

4657/914. szám.

A szegedi m. kir. állami gyermekmenhelynél megüresedett másodorvosi állásra, mely évi 1200 koronától 1600 koronáig emelkedő javadalmazással és I. oszt. élelmezéssel van egybekötve, pályázatot hirdetek. Kiküldetés esetén a napidíj 18 korona.

Felhívom azon magyarhonos orvosdoktorokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevelüknek és egyéb esetleges működési bizonyítványaiknak hiteles másolatával felszerelt és egy koronás bélyeggel ellátott, a belügyminister úrhoz címzett folyamodványukat hozzám legkésőbb 1914 május hó 28.-áig küldjék be.

Szeged, 1914 május 14.

Turcsányi Ödön dr., igazgató-főorvos.

415/1914. ikt. sz.

Békésvármegye közpórházánál lemondás folytán megüresedett 2 sebészeti, 1 belgyógyászati és 1 elmeosztályi segédorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: a sebészeti és belgyógyászati osztályon évi 1200 korona, az elmeosztályon pedig évi 1600 korona fizetés, I. oszt. élelmezés, lakás, fűtés és világítással.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állások bármelyikét elnyerni óhajtják, hogy eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket méltóságos id. Kéry Gyula úrhoz — Békésvármegye főispánjához — intézve, hozzám legkésőbb május hó 26.-áig annál is inkább küldjék be, mert a később érkezőket nem veszem figyelembe.

Gyulaán, 1914 május 12.

Békésvármegye közpórházának igazgatója.

1579/1914. sz.

A járásomhoz tartozó hagymádfalvai és szalárdi körorvosi állásokra pályázatot hirdetek.

A hagymádfalvai körhöz: Almásfegyvernek, Alsótótfalu, Borszeg, Csigafalu, Felsőtótfalu, Görbesd, Kövesegyháza, Kövág, Nadántelek, Szalárdalmás, Izarkó, Szóvárhegy, Tataros tartozik és székhely Hagymádfalu.

A szalárdi orvosi körhöz Szalárd székhelyvel Berettyócsobaj, Berettyósfáros, Biharvajda, Hegykúcsóhá, Hegyközszentimre, Hegyköztótelek, Jákóhodos, Siter és Siterölgy községek tartoznak.

Mindkét állás javadalmazása:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. szerint.

2. Ugyanazon t.-cz. 16. §-a alapján belügyminister úr által engedélyezett 1200—1200 korona helyipótlék.

Hagymádfalván évi 400 korona korona lakbér és 770 korona fuvarátalány.

Szalárdon pedig addig is, míg a természetbeni lakás nyújtható lesz, évi 500 korona lakbér és évi 460 korona fuvarátalány, mely azonban előterjesztés folytán 800 koronában fog megállapíthatni.

Továbbá a szabályszerű látogatási és rendelési díjak, nemkülönben a székhelyen a halottkémlési díjak. Mindkét körben a körorvos községeit kéthetenként beutazni tartozik s a hagymádfalvai kézi gyógytár tartására is kötelezve lesz.

Felkérem tehát mindazon orvosdoctor urakat, kik ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényüket hivatalomhoz a folyó évi június hó 9.-ének d. u. 5 órájáig annak megjelölésével, hogy mindkét vagy csak az egyik állásra pályáznak, nyújtják be.

A választást Hagymádfalván f. é. június 18.-án, Szalárdon pedig június hó 15.-én fogom a községházánál d. e. 10 órakor megejteni.

Végül megjegyzem, hogy bármelyike ezen állásoknak a f. é. július 1.-ével a megválasztott orvos úr által okvetlen elfoglalandó.

Szalárd, 1914 május 8.

Kelemen József, főszolgabíró.

21/1914. eln. sz.

A nagyméltóságú vallás- és közoktatásügyi m. kir. minister úrnak márczius 13.-án kelt 31.681. IV. o. számú rendeletével az igazgatásom alatt álló állami kórház sebészeti osztályán rendszeresített három 1000—1000 koronával díjazott ösztöndíjas és öt díjtalan **műtőnövendéki állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom ennél fogva azokat az orvostudor urakat, kik a kötelező egyévi gyakorlattal is rendelkeznek, hogy szabályszerű pályázati kérvényüket hozzám jelen hirdeteménynek első közzétételétől számított két hét alatt annyival is inkább nyújtásuk be, mert a később érkezett vagy kéltől nem okmányolt pályázatokat figyelembe venni nem fogom.

Megjegyezni kívánom még, hogy az előírt elméleti vizsga letételének idejét és helyét az érdekeltekkel kellő időben közölni fogom.

Velits Dezső dr. s. k., tud. egyet. nyilv. rendes tanár,
a pozsonyi áll. kórház igazgatója.

1862/1914.

Szabolcsvármegye ligetaljai járásban Nyirlugos székhellyel, Nyirlugos, Nyirbéltek, Nyirmihálydi és Nyirgelse községeket magában foglaló újonnan rendszeresített közegészségügyi körben a **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos törzsfizetése 1600 korona és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz.-ben biztosított korpótlék, utiátalánya évi 500 korona, lakbér évi 400 korona.

A szabályrendeletileg megállapított távolsági, beteglátogatási, kezelési, valamint műtétekért, halottkémlésért, himlőoltásért járó díjak.

A megválasztott körorvos kézi gyógyszerészre kaphat engedélyt. Felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám a folyó évi június hó 15.-éig adják be, mivel a később érkező kérvényeket el nem fogadom.

A körorvosválasztás határidejét a pályázati kérvények beérkezése után fogom kitűzni.

Nyiracsád, 1914. május 16.

Somlyódy, főszolgabíró.

A pozsonyi m. kir. bábaképezdében az 1400 korona évi fizetéssel, lakással és étellemezéssel javadalmazott II. tanársegédi állás folyó évi június hó 1.-én betöltendő.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az előző szolgálatukat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat hozzám minél előbb adják be.

Pozsony, 1914 május hó 13.-án.

Velits Dezső, egyetemi ny. r. tanár.

12250/1914. kig. sz.

Baja város közokmányánál üresedésbe jött, egyenként 1200 K évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. étellemezéssel javadalmazott **három alorvosi állásra** pályázatot nyitok.

Folyamodni óhajtókat felhívom, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos **Purgly Sándor** dr. főispán úrnál Szabadkán, legkésőbb folyó évi június hó 5. napjáig nyújtsák be.

Az állás folyó évi június hó 15.-én elfoglalandó.

Megjegyeztetik, hogy az elmeosztályon alkalmazandó alorvos az 1200 K évi fizetésen felül évi 300 K pótlék élvezetében részesül.

Baja, 1914. évi május hó 14.-én.

Polgármester helyett:
Erdélyi, főjegyző.

1148/1914.

A nagykamarasi **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. A kör két községből áll, melyek egymástól 2 kilométer távolságban vannak.

Az állás javadalmazása évi 1600 korona törzsfizetés, 400 korona lakbér, 800 korona személyi pótlék és a kézi gyógytártól várható jövedelem.

Pályázni szándékozó orvosok felhívom, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám f. évi július hó 1.-éig küldjék be.

Elek, 1914 május hó 16.

Mladin Miklós, főszolgabíró.

Sanatorium Dr. Schweinburg
Zuckmantel

Osztr.-Szilezia.

Radium-Inhalatorium. **Uj! Bergonié.** Mesterséges magaslati napsugár. Diathermia.

Erdélyi városban (megyei központ) egy elsőrangú, 26 év óta fennálló, kitűnő hírnévnek örvendő

fogorvosi műterem

félrevonulás miatt, teljes felszereléssel **jutányos árban eladó.** Bővebbet „Petőfi” irodalmi vállalat Budapest, VII., Kertész-utca 16.



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 hatása.

Könnyen emészthető.

Állandó összetételű.

Kellemes ízű.

Teljesen tiszta.

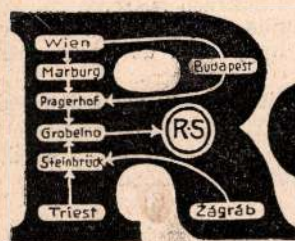
Vasmentes.

Kiváló óvszer a vörheneynél (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.



Uj, pompás gyógyépület.

Rohitsch-Sauerbrunn

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

Ivó- és fürdőkurák kiváló gyógyeredménnyel:

gyomor-, bél- és májbajoknál, epekövel, cukros húgyárnál, köszvénynél.

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

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.

Veszprémi D.: Közlemény a kolozsvári m. kir. tudomány-egyetem kórboncolástani intézetéből. Veszületett bélelzáródás néhány esete. 425. lap.

Berkovits René: Az átöröklés a pathológiában. 430. lap.

Genersich Andor: Közlemény az algyógyi m. kir. állami tudósanatoriumból. (Főorvos: Mauks Károly dr.) A tüdőtuberculosis gyakorlati felismeréséhez. 432. lap.

Gyenes Ernő és Sternberg Ferencz: A budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. számú anatómiai intézetéből (igazgató: Lenhossék Mihály dr. egyetemi tanár) és II. számú kórboncolástani intézetéből (igazgató: Krompecher Ödön dr., egyetemi tanár). Új eljárás a spirochaeta pallida gyors kimutatására a szövetekben. 435. lap.

Holltsch Rezső: A Német Röntgen-Társaság X. (jubileumi) congressusa. 436. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Handbuch der Sexualwissenschaft in Einzeldarstellungen. Ivan Bloch: Die Prostitution. — Új könyvek. — Lapszemle. Belorvostan.

Noorden: A köszvényben és diabetesben egyidejűleg szenvedők gyógyítása. — **Sebészet. W. Anschutz**: A mellékhere-tuberculosis kezelése. — **Gyermekorvostan. Hahn B. és Sommer F.**: A Behring-féle diphtheriaellenes védőszerre vonatkozó gyakorlati tapasztalatok. — **Bőrkórtan. Jesionek**: A lupusnak fénykezelése. — **Húgyszervi betegségek. R. Volk**: A vaccinattherapia az urológiában. — **Orr-, torok- és gégebajok. J. Joseph**: A totalis rhinoneoplastika. — **Kisebb közlések az orvsgyakorlatra. Spiess és Feldt**: Gümőkór. — **Engelbrecht**: Kinoplast. 438–441. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság 441. lap.

Vegyes hírek. 441. lap.

Tudományos társulatok. 442–444. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kolozsvári m. kir. tudomány-egyetem kórboncolástani intézetéből.

Veszületett bélelzáródás néhány esete.

Irta: **Veszprémi D. dr.**, adjunktus.

A méhen belüli életben keletkező és a belső szerveken talált elváltozások egyik aránylag gyakran észlelhető alakját éppen a veszületett bélelzáródások adják. Tapasztalás szerint ezek, mondhatni a legtöbb esetben, önálló, illetve egyedüli eltérés gyanánt is jelentkezhetnek s nem társulnak mindig más szervek fejlődési hibáihoz. Az ilyen esetek ismertetése ma is még mindig indokolt és tanulságot nyújthat főleg az aetiologia tisztázása szempontjából, mert a mint a kérdés irodalma mutatja, az sokszor csak olyan esetekkel való összehasonlítás révén lehetséges, a melyekben az elzáródás oka, közelebbi körülményei elég határozottsággal voltak kideríthetők. Az alábbi közleményben a veszületett vékonybélelzáródás casuistikájához három olyan esettel járulhatunk hozzá, a melyek úgy az elváltozás localisatiója, mint a fölvehető kórköri tényezők tekintetében egymástól különböznek.

I. eset (Buday tanár¹).

Az újszülött hossza születéskor 44.5 cm., súlya 2220 gr.; rendes módon szopott; a második naptól kezdve több ízben hányt, széke nem volt. Súlyvesztése a 3. napig, a mikor a halál bekövetkezett, 170 gr. volt.

Boncoláskor a béltractustól eltekintve, sehol fejlődési rendellenességet vagy jelentékenyebb kóros elváltozást nem találni. A test külső alakulása teljesen rendes, arányos. A bőr alatti zsírszövet még kissé gyengén fejlett, satnya. A tüdők hátulso része légtelen; a vesékben húgysavas infarctusok.

¹ Bemutatta az E. M.-E. 1896. évi április havi orvosi szakülésén.

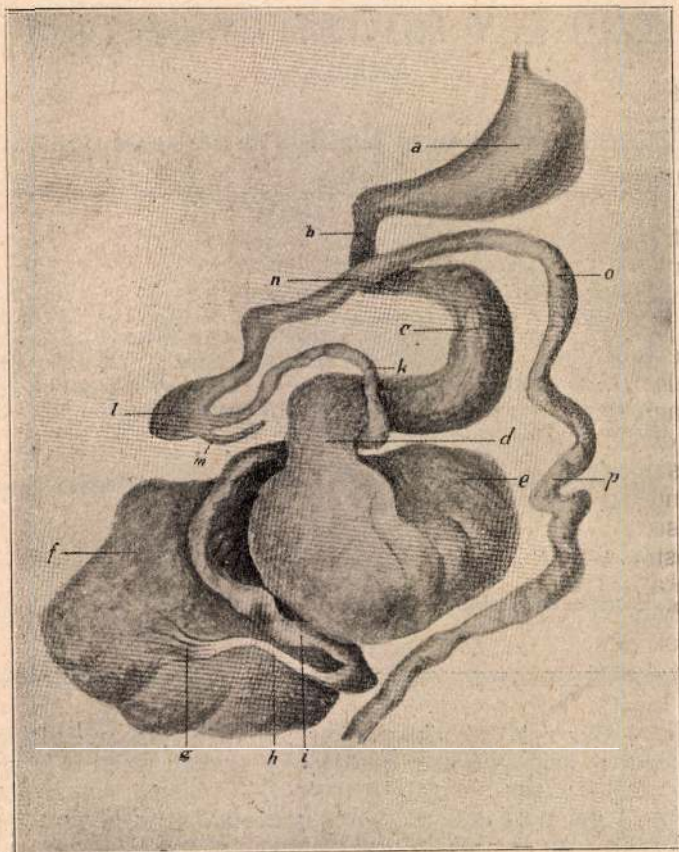
Már a külső vizsgálatkor feltűnt a has puffadtsága; a hasüreg megnyitáskor a köldök felett ejtett résen át hüvelykujj vastag bélkacs bukott elő, mely első pillanatra az erősen kitágult gyomornak tetszett, de később kiderült, hogy a gyomor feljebb van a rekeszhez nyomva s jóval kisebb, mint az előesett bélkacs volt. A hasüregben szabad folyadék nincs; a beleket egymással és a fali hashártyával sok helyen rostos álszalagok fűzték össze; tehát adhaesiv peritonitis állott fenn.

Felülről lefelé haladva a gyomron magán (a) az említett felfelé nyomtatástól eltekintve lényegesebb eltérés nem látszik. Ürében kevés levegő és nyálka van, kitágulva nincs, nagy görbületének hossza 6.5 cm.

A duodenum szintén rendes méretekkel bír, a vékonybelek felső része ellenben igen erősen tágtult s e tágtulat felülről lefelé fokozatosan nagyobbodik. A duodenum (b) alatt közvetlenül a bélkacsok mintegy kisujjvastagságúak s 3 kacsot, kanyarulatot alkotnak. Lejebb azonban a bél lassanként hüvelykujjvastagságúra kitágul, sőt a duodenumtól 60 cm.-re már több mint 3 cm. átmérőjű lesz. Ezen bélkacs (d) a has elülső középvonalában halad végig, még pedig a rekesztől a symphysisig terjed s innen hátra a promontorium tájára kerül, de előbb egy összeesett vékonybélkacs (k) belfodra alatt búvik át. A tágtult bélkacs (e) a promontoriumtól aztán a jobb ileocecalis tájra jut, a hol zsákszerű kitüremkedés alakjában (f) vakon végződik.

Ez a zsákszerű rész kb. tyúktojás nagyságú s az alhas hátulso jobb oldalát teljesen kitölti; balfelé a középvonalon túl terjed, lefelé egy részével a kis medenczébe nyúlik, felső része a máj jobb lebenyének homorú felületével érintkezik. Közelebbi megvizsgálás után kitűnik, hogy ezen zsákszerű kiöblösödés elülső alsó részéből egy igen vékony, alig 2 mm. átmérőjű, lapos szalagszerű képlet indul ki (g, h), a mely kb. 3 cm. hosszú s jobbról balra húzódik. Ezen zsinagszerű képlet jobb fele (g) teljesen a vakzsák felületéhez simul, úgy-szólván közvetlenül rajta ül, csupán bal felével kezd róla leemelkedni; ez a fele (h) aztán fokozatosan szélesedik s lassanként egy teljesen összeesett vékonybélkacsba megy át.

Ugyanezen összeesett vékonybélkacs további folytatásában hirtelen kanyarulattal jobbra húzódik. További kanyarulatok aztán legelőször a legerősebben tágult bélkacs bélfordra alatt átbujnak, majd felette haladva el, azt még egyszer keresztezik (k) s azután mindig jobb felé tartva, a vakbélbe (l) mennek át, a mely a vékonybél zsákszerű kitágulása következtében magasabban fekszik, mint rendesen, úgy hogy alsó széle kb. a jobb vese alsó szélének magasságában van s csak 3—4 mm.-rel terjed a máj szélén túl.



1. ábra. (Magyarozatát l. a szövegben.)

A vakbél egyébként jól fejlett, a féregnyujtvány (m) 12 mm. hosszú. A vastagbél kezdeti része nemcsak felfelé, hanem egyúttal balfelé is halad, kb. 45°-ot alkotva a törzs hosszirányával. Ezen ferde irányát megtartja majdnem egészen a flexura lienalisig, úgy hogy külön felhágó és haránt részről alig lehet szólni, legfőleg egy kacsszerű kanyarulatból sejthetjük a flexura hepatica helyét, a mely sokkal mélyebben s a középvonalhoz közelebb áll, mint rendesen. A ferdén balra és felfelé haladó colon transversum (n) keresztezi a duodenum lehágó ágát s a lép alatt nagy kanyarulatát átmegy (flexura lienalis o) a lehágó vastagbélbe (p).

A vastagbelek mindenütt átjárhatók ugyan, de össze vannak esve, vékonyak s tömött tapintatúak. Felmetszve fehér, agyagszerű állományt lehet belőlük kinyomni, a mely epétől származó festékességnek semmi nyomát sem mutatja. Hasonló rögs, fehér volt az összeesett vékonybelek tartalma is s nagyon szembeütően különbözött a tágult bélkacsokban felgyűlt feketés-zöld, sirupszerűségű magzatszuroktól.

A tágult vékonybelekből az összeesettekbe sem a fecskendő vízsugarával, sem a legvékonyabb kutatóval nem hatolhatunk át. A zsinegszerű, átjárhatatlan részt harántul átmetszve, teljesen tömör, lumene nincs; az átmetszés közepén kis sötét barna folt látszik.

A vékonybelek mesenteriuma a rendes helyen ered s gyökere a szokott módon balról lefelé és jobbra halad. Az egyes bélkacsok bélfordra ellenben hosszúság tekintetében már nem mondható rendesnek, a mennyiben a tágult bélkacsok mesenteriuma a szokottnál hosszabb és pedig felülről lefelé növekedő arányban. A bélkacsok említett kereszteződése után

a vakbélig a bélfordor lefutása annyira szabálytalan, hogy leírás útján hű képet adni róla meglehetősen nehéz.

Azon a helyen, a hol a has középvonalában lefelé haladó, tág bélkacs (d) az összeesett vékonybélkacs (k) alatt átbújjik, ez utóbbi bélrészlet mesenteriuma sarlószzerű, éles, szabad széllal fordul a tág bélkacs felé s a fölött mintegy ívelt híd módjára van kifeszítve. Hasonlóképp áll a dolog azon helyen, a hol a tágult bélkacs mesenteriuma alatt bujt át egy összeesett bélrészlet. Itt viszont a tágabb bélkacs bélfordra van a szűkebb fölött ívszerűleg kifeszítve. A sarlóalakú szélek azáltal támadtak, hogy a vékonybelek ezen részlete csavarodást szenvedett s e közben a bélfordorlemez éles szélű kettőzetet alkottak. Ha ugyanis az egész bélconvolutumot, mely a kacsok kereszteződése közé esik (d, e, f, g, h, i, k), 360° alatt jobbról balra megcsavarva képzeljük, akkor nemcsak a bélkacsok egymás alatt való átbúvása, hanem a mesenteriumnak sarlószzerű szabad széle is megszűnik, s kiderül, hogy ez az egész bélconvolutum egy közös, erősen kivongált mesenterialis lemezzel bír, a mely a vékonybél-mesenterium legalsó részét alkotja, de az említett csavarodás folytán lemezalakját elvesztette, összesodortatott s inkább kötszerszerűvé vált.

A felcsavarodás folytán megkeskenyedett mesenteriumon hiányoznak a szabályos véréranastomosisok; a bélkacshoz tapadó bélfordri szélén csak egy-két tág vérér látszik, a bélfordorgyökér megfelelő része pedig a szokottnál áttetszőbb, vékonyabb, ereiben szegényebb. A zsinegszerű bélrészletet (h) a vele párhuzamosan haladó összeesett bélkacscsal (i) igen keskeny, alig 2—3 mm. széles bélfordorlemez köti össze, a melynek csupán az (i) bélkacs felőli részében látható vérérhálózat, a zsinegszerű bélrészlet mentén ellenben a bélfordor hegesen megvastagodott, érhalózatnak nyomát sem látni.

A bélfordor ezen keskeny darabja rostos szálagokkal a vaktömlőhöz (f) van rögzítve; a vakon végződő tömlő egyébiránt egész környezetével szálagosan összenőtt; így pl. rögzítve van a máj homorú felszínéhez, a kis medence és az elülső hasfal hashártyájához s a vakbélhez. Szálagos összenövésnek még az egymás alatt átbújó bélkacsok közt is, továbbá a zsinegszerű bélrészlet és a flexura sigmoidea között.

Mikroszkopi vizsgálat. A zsinegszerű bélrészletben, mely első tekintetre valami kötőszöveteszerű szálagnak látszott, harántmetszeten az izomrétegben kóros elváltozás nem látszik, csupán a mesenterialis szélén van az izomzat egy helyen folytonosságában megszakadva, egyébként jól fejlett gyűrűt alkot. Az izomszövet által körülvett területet a submucosa rostos kötőszövete teljesen kitölti s abban sem összefüggő nyálkahártyát, sem béllument fölismerni nem lehet. A submucosa ezen rostos szövete barnás-sárga festékrögökkel van tele, a melyek sárga vérlúgsóval és sósavval a berlini kék reakciót adják, tehát kétségtől megelőző vérezésekből származtak. Ugyanezen rostos szövetben kisebb-nagyobb elmeszesedett területek is vannak, a melyek a mészsók kivonása után elhalt és összetöprődött nyálkahártyaszízeket gyanánt ismerhetők föl. A mikroszkopi vizsgálat szerint tehát a szálag-szerű részlet valóban egy obliterált bélkacsnak felel meg, a melynek nyálkahártyája valami okból elhalt s azután elmeszesedett.

A zöldes magzatszurokban mikroszkopi vizsgálat alkalmával igen sok epefestékrögöt lehetett találni, míg a vastagbelek fehéres tartalma majdnem tisztán elnyálkásodott hengerhámsejtekből állott, melyek közt csak elvétve látszott egy-két sárgás-barna szemcse. Megjegyzendő, hogy az eredetileg fehéres anyagban glicerinnel való felvilágosítás után szabad szemmel is látható kis barna pettyek mutatkoztak. Az Udvaránszky tanár által végzett vegyi vizsgálatból kitűnt, hogy a vastagbelek tartalma túlnyomó részben nyálkából áll, azonban epefesték nyomai is kimutathatók benne, a mennyiben chloroformmal kivonva, füstölő légenysav hozzáadására zöldesen színeződnek.

Ebben az esetben a boncsolás a belekben két csavarodást derített ki; az egyik ott van, a hol a k és d bélkacs egymás

alatt átbújik s a hol a 360°-ú fordulat a bélfodor sarlószerű széleit létrehozza. A másik csavarodás pedig ott van, a hol a zsinagszerű bélrészt a vaktömlőből kiindul (g), mert ha a (g, h, i) bélrészeket által alkotott keskeny bélfodort kacsot a vaktömlőről lezabadítva, jobbról balra átfordítjuk, úgy hogy ezen bélkacsnak a flexura sigmoideával érintkező kanyarulata jobb felé tekint a domborúságával, akkor a bélfodor és a zsinagszerű bélrészt megtörését kiegyenlítettük. Kétségtelen tehát, hogy a bélkacsok kétszeres csavarodást szenvedtek s ezen csavarodott helyzetben álhártyák által rögzítettek.

A felső csavarodás, a mint Buday kifejti, csak másodlagos természetű, a mi eléggé kitűnik abból a körülményből, hogy ezen csavarodás alatt következnek még a legtágabb bélkacsok (e, f) s így az a felső csavarodás a bél átjárhatóságára befolyással nem volt. Ellenben a második csavarodás, a mely a g, h, i bélkacsnak megtörését g-nél létrehozta, éppen egybeesik a bélezáródás helyével s már ez a tény magában is a mellett szól, hogy az atresia oka ezen csavarodásban keresendő.

Ezt a felvételt támogatja több más körülmény is. Így az elzáródott rész mesenteriumának feltűnő keskenysége, zsugorodása, a mi más esetekben is észleltetett, azáltal jött létre, hogy a csavarodás folytán nemcsak a bél, hanem a hozzátartozó bélfodorrészt is elszorvad vagy elpusztul. A csavarodás által okozott erőművi behatásnak nyomai is megtalálhatók az elzáródott bélkacsban, a mennyiben a mikroszkopice kimutatott vérfestékrögök régi vérzésekre engednek következtetni, a melyek a csavarodáskor támadhattak. A peritonitises összenövés csak másodlagosak és éppen úgy, mint a felső 360°-ú csavarodás, nem okai, hanem csak következményei az elzáródásnak. Elsődleges adhaesiv peritonitis ellen szól az is, hogy az omentum majus teljesen ép volt, zsugorodást, összenövéseket nem mutatott.

A bélsatorna primaer fejlődés-zavara ellen szól az, hogy sem a bélben, sem egyebütt máshol fejlődési rendellenesség nem található, sőt az atresia helyén is megvan az izomréteg, s a nyálkahártya is a vizsgálatok szerint másodlagosan halt el, még pedig a mechanikai behatások következtében támadt vérkeringési zavarok folytán.

Ezek szerint az atresia egyetlen okának a bélsavarodás tartható s ugyanezen ok idézte elő a nyálkahártya elhalását, a bél obliterációját és a hozzátartozó bélfodorszelvény sorvadását.

Hogy ez az elzáródás a méhen belüli élet mely időszakában támadhatott, arra nézve — mint Buday felveszi — egyebek közt a vastagbél tartalom epefestéktartalma is felvilágosítást nyújt. Rendes viszonyok közt ugyanis az ébrényi fejlődés 3. hónapjában az epeelválasztás megindul s aztán fokozatosan növekszik. Ha tehát az adott esetben az elzáródás alatt levő bél tartalmában epefesték mutatható ki, ez azt bizonyítaná, hogy a fejlődés kezdetén a 3. hónapig a bélsatorna nem volt teljesen átjárhatatlan, hanem az obliteratio csak később fejlődött. Ennek alapján az elzáródás ezen a helyen csak az ébrényi fejlődés 3. hónapja után támadhatott; másrészt azonban azt is nagy valószínűséggel lehet állítani, hogy a 4. hónap után a béltractus ezen része már el volt zárva, mert máskülönben az atresia alatti bélrészeket nemcsak nyomokban, hanem jóval nagyobb mennyiségben tartalmazták volna az epefestéket.

A csavarodás keletkezését Buday fejlődéstani okokra vezeti vissza. Ezek szerint a 3. hónapban a bél összefüggése a köldökkel már megszűnt s ugyanakkor kezd a vékonybél erősebben növekedni és kacsokat alkotni. Ezen változások folytán a bél mozgékonyasága nagyobb lesz, mint volt azelőtt s ezzel együtt a csavarodás lehetősége is beáll. A vékonybél mozgékonyasága később is megmarad ugyan, de csavarodások létrejöttére mégis ez az időszak a legkedvezőbb, mert a bélfodor aránylag még kicsiny. A legtöbb elzáródás a vékonybél azon részére esik, a mely a fejlődés első heteiben a ductus vitello-intestinalis útján a köldökkel összefügg. Lehetséges tehát, hogy a bélnek és a bélfodornak ezen része némelykor erősebb vonzást szenved, úgy hogy később a

köldökről való leszakadás után is könnyebben szenved megtörést, mint a bél és bélfodor egyéb részei.

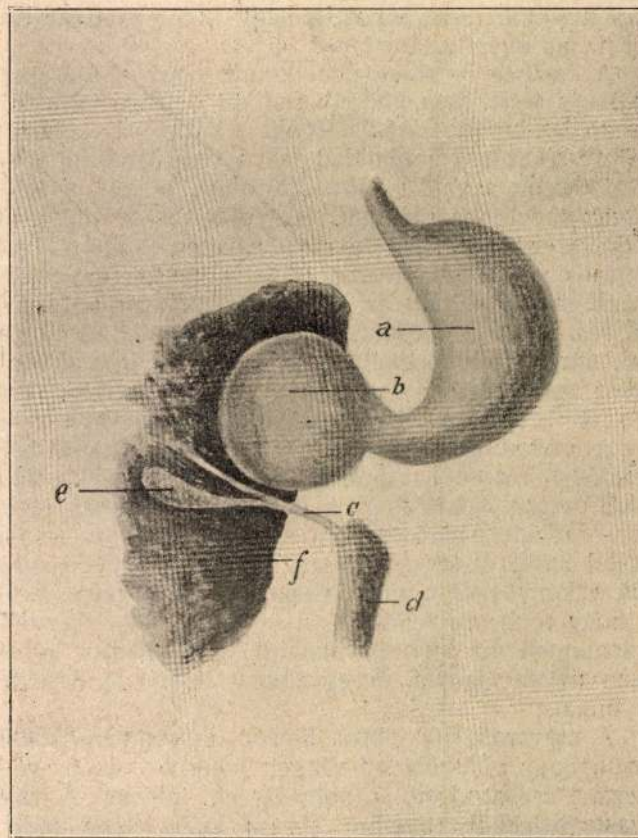
II. eset (Buday tanár²).

A 4 napos újszülött súlya 1800 gr., hossza 46 cm.; azalatt a négy nap alatt, a meddig élt, csak az első napokban szopott, az utolsó két napon sokat hányt, magzatszurok is csak az első napokban ürült.

A bonczoláskor úgy a szív, mint a duodenum részéről olyan nagyfokú fejlődési hiba derült ki, hogy mindegyikük egymagában is rövid idő alatt halálra vezetett volna.

A szív erősen tágult, a pitvar-sövény majdnem teljesen, a kamara-sövény is legnagyobb részben hiányzik, úgy hogy a jobb és bal fülcs egy közös nagy pitvarba nyílik s a pitvar-kamara-határon csak egy venás szájadék van 3 billentyűvitorlával. A kamara-sövényből csupán a szívcsúcsnál van egy kb. 1/2 cm. magas sarlóalakú durrvány, a mely előre felkanyarodva, az aortát és conus art. pulmonalist elválasztó izmos sövénybe megy át. Az aorta tehát nemcsak az art. pulm.-tól, hanem még annak conusától is teljesen elkülönített. A kamara-sövénynek e szerint főleg hátulsó részén, a pitvarok alatt volt a hiány.

Már a hasür felnyitáskor feltűnt, hogy a flexura sigmoidea sötétzöldes magzatszurokkal erősen telve van, a vastagbél többi része s az alsó vékonybélkacsok ugyancsak zöld magzatszurokot tartalmaznak. A másik szembetűnő elváltozás a duodenum igen erős tágulása, a mennyiben annak felső része egy kb. 4 cm. átmérőjű, szabályosan gömbölyű, feszes tömlőt alkot, a mely az ugyancsak tágult gyomorral a pyloruson át szélesen közlekedik. A tömlőt tetejét elül a haránt vastagbél keresztezi; bővebb megvizsgálásakor kiderül, hogy itt a duodenum felső része teljesen vakon végződik s a bél folytonossága teljesen megszakad. A duodenum alsó, ugyancsak vakon kezdődő összeesett részébe nyílik a choledochus olyformán, hogy annak mintegy közvetlen folytatását alkotja. A béltractus többi része ép; a máj hasonlóképpen rendesen fejlett.



2. ábra.

a gyomor, b tágult duodenumrész, c choledochus, d a duodenum alsó része, e epehólyag, f máj.

² Bemutatta az E. M.-E. 1912. évi január havi orvosi szakülésén.

A bárzsing jóval tágabb a rendesnél, fala vastagabb, izmosabb.

A duodenum ezen elzáródásának előidézésében *Buday* szerint nem szerepelhet az a körülmény, hogy a duodenum ezen része egyáltalán nem fejlődött volna ki, mert ennek ellene szól az, hogy a közvetlen alatta eredő choledochus és a máj is teljesen ép. Billentyűs elzáródás szintén kizárható, mert annál a bélfal teljes megszakadása nem fordul elő. Inkább olyan okra kell tehát gondolni, a mely a mellett, hogy a bél üregét elzárta, egyúttal a bél falát is elsorvasztotta, tehát valamely megtöretésre vagy vongálásra.

A fejlődéstan adatai szerint a duodenum a bél legrögzítettebb része, a mely hátul rövid bélfodorral a gerincoszlophoz, elül pedig a lig. hepatoduodenale által a májhoz van erősítve. Eleinte a sagittalis síkban helyezkedik el, a 3.—4. hónapban azonban a frontalis síkba fordul át. Ha már most felteszszük, hogy a függesztő szalagok rendellenesen fejlődtek, a kelletténél rövidebbek, akkor könnyen megtörténhetik, hogy a frontalis síkba fordulásakor a duodenum éppen legkövetkező helyén a choledochus benyílásánál olyan megtöretést szenved, a mely a bél elzáródására s végül az átjárhatatlan, elvékonyodott rész teljes elszakadására vezet. A továbbiakban *Buday* utal arra, hogy a bélfodor fejlődési hibái aránylag sok esetben voltak jelen együtt veleszületett szívbetegséggel, főleg kamarasövény-defectussal. Az ilyen esetek azt a benyomást keltik, hogy a szívsövény hiányának és a bélfodor rendellenességének együttes előfordulása talán nem pusztán véletlenség, hanem közös oka lehet, még pedig a mesenchym hiányos vagy rendellenes fejlődési energiája.

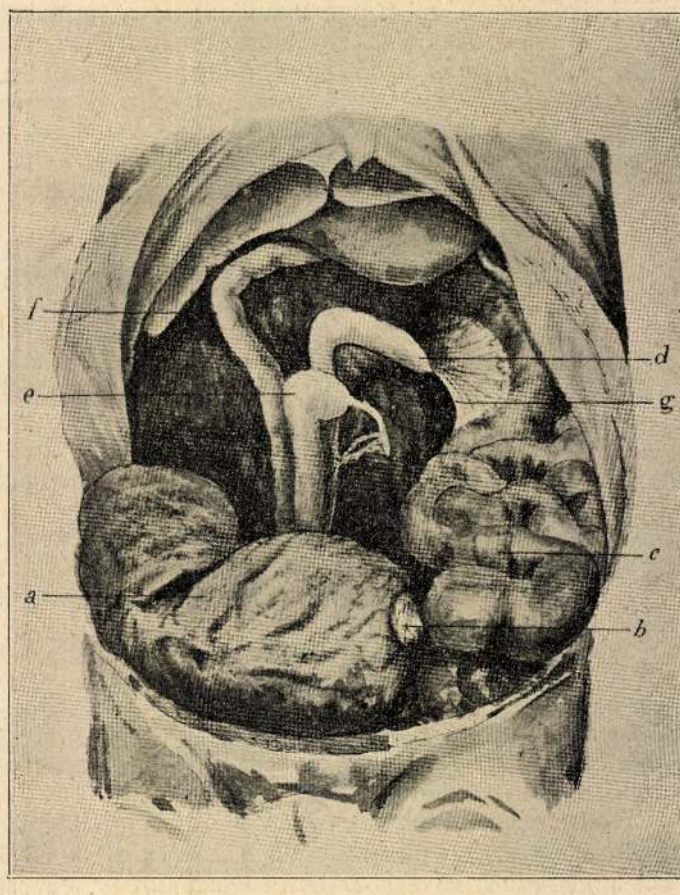
III. eset (Veszprémi³).

Újszülött fiú. Élt 36 órát. Ez alatt az idő alatt folyton hányt, bár szopni jól tudott; hogy magzatszurok távozott volna, azt nem vették észre. Hossza 50 cm., súlya 2500 gr., fejkerülete 32 cm., a hajzat rövid, az arc szabályos, az állkapocs mozgatható; a nyak részarányos, a mellkas domború, a has feltűnően előbuktosult, feszes. Külső nemi részei rendesen fejlődtek; a végtagok mozgathatók. A fejbőr halvány, a koponyaalkat részarányos, a nagy kutacska ferde átmérője 1.5 cm., az agyállomány lágy.

A hasüreg feltárása után kitűnt, hogy annak alsó részét igen nagy mértékben kitérített puffadt bélkacs tölti ki (a), a mely zöldes-barna színű: hasonlít a kizárt bélkacshoz. Ennek a bélkacsrésztletnek jobboldalt fekvő vége igen finom álszalagokkal részint a hasfal jobb oldalához, részint a jobboldali medenczetányérhoz rögzített. Baloldali részén teljes, 360°-os (b) csavarodás található, a mely a bélen körkörös, erős befűződést okoz. A felcsavarodott bél zsinerszerű, egészen halvány. E mellett feltűnt az, hogy a hasür bal oldalát, illetve felső részét kitérítő bélkacsok (c) is tágultak, bár nem annyira, mint az előbb említett, úgy hogy míg ez közel gyermekkar vastagságú, addig a többi mintegy kémlőcső vastagságú. A közelebbi viszonyok kiderítése céljából a nélkül, hogy a csavarodás kiegyenlített volna, a hasür baloldali, illetve felső részéből a mérsékelttől tágult bélkacsokat előhúztuk és így kitűnt, hogy a nagyobb mértékben tágult bélkacs — mindenestre teljesen szokatlan módon — a csavarodástól lefelé distalisan fekszik, attól fölfelé pedig a kevésbé tágult vékonybelek vannak. Ezeket felfelé követve, azt találjuk, hogy rendesen fejlődtek, a szokott módon kezdődnek a duodenumnál. Ez utóbbi, valamint kis fokban a gyomor is, ki van ugyan tágulva, de egyébként semmi rendellenességet sem mutat.

A csavarodástól jobbra haladó, erősen tágult bélkacsról kiderül, hogy gömbölyded véggel teljesen vakon végződik. Hossza a csavarodástól a polusáig kb. 20 cm. A vakbélből és vastagbelekből egyelőre semmi sem látszik azért, mert azokat a puffadt vékonybélkacsok teljesen eltakarják. Ezeket félrehúzával, a vakbelet nem a rendes helyén találjuk, hanem kb. a hasür közepe táján, a gerincoszlop jobb oldala mellett. A vakbél rögzítve nincs; meglehetősen szabadon moz-

gatható, előemelhető és belőle a rendes helyen ered a 2 cm. hosszú, szondavastagságú féregnyújtvány. A vakbélnek a gerincoszlop felé tekintő részéből indul ki egy 6 cm. hosszú bélkacsrésztlet (d), a mely kissé ferdén felfelé, majd szinte szögletbe tört ív alakjában baloldalt halad és tompán elhegyesedő véggel vakon végződik. Ez a 6 cm. hosszú bélkacsrésztlet felel meg az ileum legalsó szakaszának, a melynek vége aztán egybeesik a mesenterium szabad szélével. A két vakon végződő bélrésztlet között semminemű összefüggés, pl. szalag-, kötegszerű összeköttetés nem található.



3. ábra.

(A rajz a már formalinban elített és sokáig állott készítmény után készült; hogy az elváltozások feltüntetethetők legyenek, a rajz az eredeti topographiás elhelyeződést nem mindenben az eredeti módon rögzíti, mert a vékonybelek félre vannak húzva, a vakon végződő tágult bélkacs pedig lejjebb került.)

a vakon végződő ileumkacs, b csavarodás, c felsőbb vékonybélkacsok, d vakon kezdődő elzárt alsó ileumkacs, e vakbél, f vastagbél, g a mesenterium szabad széle, h gyomor, i máj.

A vastagbelek haladását a vakbélből (e) követve azt találjuk, hogy a felhágó vastagbél egy rövid szakasza egy darabon lefelé halad, majd visszagörbülve, kissé felfelé térve alkotja a flex. coli dextrát (f), a haránt és leszálló vastagbél pedig rendesen és a szokott módon haladva megy át az S. romanumba, illetve a végbélbe, a mely az anuson keresztül minden akadály nélkül szondázható.

Az ileumnak a vakbéllel összefüggő és vakon végződő 6 cm. hosszú szakasza a többi bélkacshoz viszonyítva erősen vékony, legfeljebb czeruzavastag, hengerded, tömöttebb tapintatú. A vastagbelek teljesen összeestek, kb. czeruzavastagságúak. Az előbbinek tartalma fehéres, kissé törmelékeny, kenőcszerű anyag; az utóbbiaké ugyanilyen, de némi nyálkás jelleggel. Epefestéknek ezen belek tartalmában mikroszkop alatt nyomát sem találtuk, ellenben a tágult vékonybélkacsok tartalmában nemcsak nagy mennyiségű epefesték, hanem zsírcseppek is voltak.

A nagy cseplesz a gyomor nagy görbületétől inkább a hasür jobb oldalán húzódik a kitérített bélkacshoz, a melynek elülső részéhez rögzítve is van. A vakbélnek és az ileum vakon végződő 6 cm. hosszú, legalsó szakaszának, valamint

³ Bemutatta az E. M.-E. 1913 április 5-i szakülésén.

a többi vékonybélnek közös mesenteriuma van, a melynek a vakbélhez tartozó része meglehetősen hosszú, igen mozgékony. Itt említendő meg az is, hogy az elzáródott alsó ileum vakon végződő csúcsától a mesenterium néhány cm. hosszú, sarlóalakú szabad széllal (g) bír. A kitágult vékonybélkacsoknak megfelelő mesenteriumrészlet részint a csavarodás, részint a belek puffadt volta miatt mintegy meg rövidült, úgy hogy a tág vékonybélkacsok mintegy csokor módjára szedődtek össze. A peritoneumon alhártás összenövésék, megvastagodások, göbök nem találhatók.

A többi hasúri szerv helyzete rendes. A lép valamivel nagyobb, vérdús. A máj középnagy; a vesék fekvése rendes; a húgyhólyag szintén. A húgycsőbe vezetett szondával könnyen a hólyagba lehetett jutni, a mely üres, nyálkahártyája halvány. A mellkasi szervek helyzete rendes; a tüdők lég-tartalmúak. A szíy részéről semmiféle fejlődési hiba sem található.

Mikroskopi vizsgálatra az ileumnak a vakbéllel szomszédos részéből vágunk ki egy darabot. Az ebből készült metszeteken jól festődő bélfalrétegeket kapunk; legkívül a serosát, ezen belül a két izomréteget, majd a submucosát, a mely kisebb-nagyobb góczokban lymphoid szövetet is tartalmaz, jól festődő lymphocytacsoportokkal; a csiracentrumok hiányzanak. A nyálkahártya nagyrészt hiányzik, csak helyenkint van meg hosszabb-rövidebb szakaszokban a submucosával összefüggésben, másutt pedig a Lieberkühn-kripták basalis tasakja ismerhető föl, kehelysejtekkel bélelve. A bél lumenét teljesen kitöltő anyagban részint rosszul vagy egyáltalán nem festődő sejtdetritus található, részint pedig, mintegy beagyazottan, már kis nagyítással feltűnő, változó nagyságú, szabálytalan alakú olyan szövetrészek, melyek sejtmagvakat is nagy mennyiségben tartalmaznak. Ezek a részletek erősebb nagyítással határozottan rostos, helyesebben nyalábos szerkezetet mutatnak és van Gieson-féle festéssel sárga színnel festődnek, úgy hogy egyes nyalábok között még élénk piros színnel festődő finom rostokat is lehet fölismerni. A sejtmagvak ugyan tömegesen vannak jelen, alakjuk jórészt szabálytalan, egyenlőtlen, sötétben festődik, de helyenkint hosszúkas, ovalis alakjuk jól fölismerhető. Ezek kívül rosszul festődő alanyokban rövidebb-hosszabb nyálkahártyacsfatok vannak, elnyálkásodó hengerhámsejtekkel, sőt még elég jól megtartott Lieberkühn-mirigymaradványok is. Végül haematoxylinnal igen sötétkékre festődött mézszemcsék, melyek néhol apró conglomeratumokat alkotnak.

Az imént ismertetett harmadik esetben tehát a béllezáródás az ileum legalsó szakaszán, a vakbélből 6 cm.-re keletkezett, még pedig az atresias bélrészlet teljes átszakadásával és a bélcsonkok különválásával, úgy hogy vakon végződik az elvezető bélkacs is, a melyek között semminemű összeköttetés nincs. A másik szembevetendő elváltozás továbbá a béltractus részéről az egyik ileumkacson talált csavarodás, a mely az elzárt résztól számítva fölfelé kb. 20 cm.-re képződött. Ez a csavarodás azonban a megfelelő módon való visszafordítás által könnyen kiegyenlíthető. A lezorítás átjárhatatlanná teszi ugyan a béltractus ezen részét, de a csavarodás megoldása vagy csak egyszerű meglazítása után is az odavezető és elvezető bélkacs közt a közlekedés kimutatható módon helyreáll. A csavarodás helyén rögzítettség, régebbi összenövésék maradványai egyáltalán nincsenek.

Hogy a béltractus részéről talált ezen kétféle elváltozás nem egy időben jött létre, azt hisszük, minden részletesebb fejtegetés nélkül is egészen nyilvánvaló. Közülök a csavarodást aránylag friss keletűnek kell mondanunk, a mely ha a méhen belüli életben keletkezett is, annak csak a legutolsó napjaiban támadhatott, a mit bizonyít az a körülmény is, hogy a csavarodás helyén régebben lefolyt gyulladás jelei nem voltak, hogy a bél lumene csak ideiglenesen volt átjárhatatlanná téve, továbbá, hogy állandósult jellegű heges szűkület vagy éppen teljes átjárhatatlanság egészen hiányzott, végül az is, hogy a lezorított bélkacs részlet egészen anaemiás volt, míg az alatta következő a nagyfokú vérbőségtől feketés-vörös. Egyébként a bonczolás alkalmával talált kép is erre vonatkozólag egészen

azt a benyomást keltette, mint a friss csavarodás, teljesen emlékeztetett a felnőtteken található volvulus bonczolástani képére.

Ezzel szemben az atresia minden jel szerint az előbbinél sokkal régebbi keletű, a mi abból is bizonyos, hogy teljesen lefolyt, gyógyult folyamat képét mutatta. Keletkezésének időpontját teljes határozottsággal megmondani természetesen nem lehet. Erre vonatkozólag tájékozást nyújt az a körülmény, hogy az atresiától lefelé következő belekben meconiumot nem lehetett találni, sőt epefestéket sem. A fejlődés adatai szerint az epeelválasztás az ébrényi élet negyedik hónapjában indul meg; a vastagbeleknek meconiummal való fokozatos megtelődése pedig körülbelül a 6—7. hónaptól kezdve. Ennélfogva az elzáródás ideje mindenesetre jóval előbbre tehető, bizonyos valószínűséggel az ébrényi élet 4. és 6. hónapja közé.

Ha már most arra a kérdésre akarunk feleletet találni, hogy esetünkben mi volt az oka az atresianak, számos olyan felvétellel kell számolnunk, melyek részint csak több-kevesebb valószínűséggel, részint pedig elég határozottsággal tárják elénk az aetiológiai mozzanatok a szerint, a mint egyes esetekben a talált eltérések a keletkezés okára vonatkozólag semmi objectív támpontot sem nyújtanak, vagy éppen olyan természetűek és olyan állapotban vannak, hogy belőlük az előidéző okra nézve is biztos és határozott következtetés vonható le. Részletesebben tárgyalni ezen különböző nézeteket részünkről nem tartjuk szükségesnek — hacsak felesleges ismétlésekbe nem akarunk bocsátkozni — azért, mert több közlemény is igen behatóan és minden felmerülhetőt eshetőséget tárgyalva foglalkozik az itt számbajövő aetiológiai tényezőkkel. Így, eltekintve Kuliga⁴ közleményétől, a mely 185 esetet foglal össze, Ciechanowski és Glinski,⁵ továbbá Sella⁶ újabban megjelent közleményeire utalunk. Részünkről az atresiát előidéző okok közül különösen egygyel kívánunk foglalkozni, az intussusceptióval, mint a mely leginkább alkalmas arra, hogy a 3. esetünkben talált leletet megmagyarázza.

A foetalis invaginációra, mint a veleszületett béllezáródások egyik okára, Chiari esete terelte rá a figyelmet, a melyben ugyancsak ileumatresianál a bél folytonosságában meg volt szakítva, s az atresias rész alatt következő bélkacsban intussusceptumot lehetett találni. Ebben az esetben az intussusceptum nem volt még elhalva, határozottan föl lehetett ismerni, bár a folyamat gyógyult volt. Braun⁷ egy esetében a mikroskopi vizsgálat alapján vette föl az invaginációt, azért, mert az elzáródott alsó vékonybélkacs részletben elhalt bél részleteit találta. Braun egyúttal hangsúlyozza, különösen olyan esetekben, a melyekben a makroszkopos kép biztos következtetést nem enged meg, a mikroskopi vizsgálat fontosságát. Ugyancsak a mikroskopi vizsgálat eredménye alapján vett fel ok gyanánt intussusceptiót Chiari egy újabb esetében, továbbá Sella három esete közül az elsőben; a másik két esetben és a Karpa⁸ második esetében ugyanis már a bonczoláskor szabad szemmel is kétségtelenül megállapítható volt az invaginatio jelenléte. Karpa közleményében Späthnek és Kirchnernek egy-egy esete is meg van említve, a melyben némi valószínűséggel invaginációra lehetne gondolni, azonban sem a bonczolásleletben, sem a mikroskopi vizsgálatban határozott bizonyítékot erre nem lehetett találni.

Ugyancsak Sella szerint Ciechanowski és Glinski⁹ is észlelt volna idetartozó esetet. Erre vonatkozólag meg kell említenünk, hogy a Ciechanowski és Glinski által közölt öt eset közül, eltekintve a két elsőből, a melyben duodenum-atresia volt jelen, a harmadik esetben sem a bonczolás, sem a mikroskopi vizsgálat alapján nem lehetett intussusceptióra következtetni és az elzáródás okául fejlődési hibát vesznek föl a ductus omphalo-entericussal kapcsolatban, de semmi

⁴ Ziegler's Beiträge, 33. kötet.

⁵ Virchow's Archiv, 196. kötet.

⁶ Ziegler's Beiträge, 53. kötet.

⁷ Beiträge zur klin. Chir., 34. kötet.

⁸ Virchow's Archiv, 185. kötet.

⁹ Virchow's Archiv, 196. kötet.

esetre sem invaginációt. A negyedik esetben az atresia alatti részben mikroszkopi vizsgálattal sem találtak a lumenben bélmaradványokat. Ellenben a megszakítás helyén oblitérált bélrészletet találtak és így legvalószínűbbnek a torsiót tartják, mivel a necrosis a megszakított bélrészlet két végén volt a legnagyobb. Végül az ötödik esetben határozottan *torsio* volt az elzáródás oka. Ezek szerint tehát, a mint az általunk hozzáférhető irodalomból megállapítható, négy olyan eset ismeretes, a melyben az invaginatio szabad szemmel is fölismerhető volt és három olyan eset, a melyben ennek fölvétele a mikroszkopi vizsgálat alapján volt indokolt.

Az eddig ismert esetekben több közös vonást vehetünk észre, nevezetesen, hogy az elzáródás rendszeren az ileum alsó részén, az ileocecalis billentyűtől több-kevesebb cm.-re található; hogy a vakon végződő bélkacsok egymástól el vannak válválva és néhány cm.-re távolodva; hogy közöttük szálagos vagy kötegszerű összefüggés nem található; hogy a mesenterium ezen a helyen szabad, éles széllel bír, továbbá az elzáródás alatt lévő bélkacsban vagy még fölismerhető állapotban maradt intussusceptumot lehet találni, vagy mikroszkopi vizsgálattal többé-kevésbé összefüggő hámczafatokat, bélbolyhokat, melyek, mint a *Sella* első esetében is, a melyhez a mi esetünk feltűnően hasonlít, egy invaginált bélrész maradványaira engednek következtetni igen nagy valószínűséggel.

A mi esetünkben is megtalálhatjuk az előbbiekkal egyező sajátosságokat, nevezetesen az atresiás bélrészlet teljes átszakadását, a vakon végződő bélcsomkoknak egymástól való eltávolodását, hiányzott a két vakon végződő rész között mindennemű összeköttetés, egyezik továbbá az elzáródás localisatiója is. Minthogy azonban az elvezető bélkacsban szabad szemmel fölismerhető intussusceptumot nem találtunk, csak valamely összeáll, szürkés-fehéres, törmeléken, sűrű pépes anyagot, a valószínűséggel fölvehető ok megállapításakor azt hisszük, hogy a főszívt esetünkben is a szövettani leletre kell fektetnünk. Ebből pedig az derül ki, hogy a bél lumenében nemcsak nyálkát és levált hámcsejteket lehetett találni, hanem elég hosszú nyálkahártyaczafatokat, *Lieberkühn*-féle mirigymaradványokat, továbbá olyan szövetrészeket, melyek *van Gieson* szerint sárgára festődnek és így nagy valószínűséggel izomelemeknek tarthatók. Tehát olyan szövetelemeket, a melyek bélfal maradványai lehetnek és ilyenformán egy intussusceptum elhalt részletei.

A mi esetünk a többi mellett nyer érdekességben azáltal, hogy egyúttal bélcsavarodás is volt jelen. Ez a csavarodás azonban, mint már fentebb is említettük, aránylag friss keletűnek tartható és keletkezésére igen kedvező körülményeket szolgáltatott egyfelől a bélnek az atresia miatt való átjárhatatlansága, a vakon végződő bélkacsnak odanövések által való rögzítettsége, másfelől az igen hosszú, kivongált, egy részében nem kielégítő módon rögzített, mozgékony, közös bélfordor és a természetesen intenzívebb bélperistaltika.

Végül fontos volna még annak az önkéntelenül is felvetődő kérdésnek az eldöntése, hogy milyen viszonyok játszanak közre és minő ok szerepelhet az invaginatio előidézésében? Erre biztos feleletet adni a dolog természeténél fogva ezidőszert nem tudunk, részint azért, mert rendszeren már bevégezett, régi, gyógyult folyamattal állunk szemben, részint pedig mert nem áll módunkban kellőképpen mérlegelni azon feltételeket és hatásokat, a melyek a fejlődő bél motoros működésére a méhen belüli élet különböző szakaszaiban befolyással vannak. Nem tudunk kellő tájékozódást szerezni éppen azon kóros viszonyok felől sem, a melyek a motoros működésben olyan zavarokat okoznak, hogy ezek a béltractusnak akár csavarodás, akár invaginatio által feltételezett mechanikai elzáródására vezethetnek. Valószínű az is, hogy még egyéb okok is szóba jöhetnek, mint a felnőtteken észlelhető invaginatio eseteiben, bár ezekkel való egyenlőség hasonlóság nem vitatható el. Ha tehát a foetalis invaginatio keletkezésére biztos okot mondani nem is tudunk és e tekintetben csak bizonytalan feltevésekre szorítkozunk, azt hisz-

szük, ezek között gondolnunk kell olyan fejlődési rendellenességekre is, a mely mesenterium commune — liberum — képződésére ad alkalmat és e mellett talán rendellenesen fokozódott peristaltikára, a melyet a mind nagyobb mennyiségben történő epeelválasztás válthat ki, továbbá bizonyos kóros dispositióra, a mely az alsóbb bélrészletet, az esetek többségében az ileumot, coecumot, alkalmasabbá teszi arra, hogy felsőbb bélkacsok belecsúszzanak.

Az átöröklés a pathológiában.*

Irta: *Berkovits René* dr. (Nagyvárad).

Az átöröklés problémája a legutóbbi időkig a pathologia részéről meglehetősen mostoha bánásmódban részesült. Noha ősidők óta szerepel a betegségek aetiologiájában az átöröklés s pl. a XIX. század második felében *Morel* munkái óta (1853) különösen a pszichiatriai irodalomban mind nagyobb jelentőségre tesz szert, még 1881-ben is igaza volt *Meynert*-nek, hogy a pathologia „einen ganz mystischen, aller mechanischer Angriffspunkte entbehrenden Begriff in fast urteilsloser Weise verallgemeinert“. Főképp az „öröklött terheltség“ fogalma, a degenerációs jeleknek tulajdonított túlzott fontosság, *Lombroso*-nak más összefüggésben értékes, de ebben túlhatott doctrinái rontják le az átöröklés hitelét a pathologusok előtt. A nyolczvanas évek nagyszerű biológiai felfedezései, *Hertwig*, *Boveri*, *Strasburger* stb. munkálatai a megtermékenyítésről, főleg azonban *Weismann* klasszikus dolgozatai az átöröklés köréből, új lökést adnak az egész kérdésnek, mert most már megvan az a „mechanikai támadási pont“, a mely eddig hiányzott.

S a klinika is megkezdte részben analízáló, részben összefoglaló működését. Az öröklött terheltség phantomját legelőször (1895) *Koller* tépi szét, a mikor az egészségesek terheltségét összehasonlítja a betegekével, s 1896-ban *Jendrassik* a családi idegbetegségek egységesítésével új irányt ad az átöröklés pathológiájának. Más oldalról *Ziegler*, *Orth*, *Hansmann* egyengetik kórbonczolástani kutatásaikkal az utat s a serologia tanulásaiból megerősödött *diathesis-tan* nyomán megjelenik a szintén a „*Konstitutionspathologie*“. Most jönnek csak rá, hogy tiszta alapfogalmak nélkül nem lehet eredményeket elérni, most választják el a „veleszületett“ és „átöröklött“ kifejezéseket s folyamatokat, most látják csak be, hogy a *statisztikai alap* (a melyen még *Orschansky*-nak 1903-ban megjelent nagy munkája is áll) milyen ingtag, s hogy egyedül csak a *beteg egyének és családjuk* individualis feldolgozása: a *családkutatás* vezet célra. Végül egy új biológiai felfedezés, illetőleg a *Mendel* 1865-ből való keresztezési kísérleteinek feltámasztása (*Correns*, *Tschermak*, *de Vries*, rövid tíz évvel ezelőtt) nyitja meg az átöröklés kutatói számára azt a széles perspektívát, a mely jelenleg előttünk áll. Azt az álláspontot kívánom ismertetni, a melyet az átöröklés kérdésében a pathologia ma elfoglal s azt a szerepet, a melyet a betegségek aetiologiájában az átöröklés játszik.

1.

A biológiában (s így a pathológiában is) *átöröklött mindaz, a mihez az utódok elődeiknek csírasejtjei útján e csírasejt anyaga révén jutnak*. Hogy vajjon az átöröklés egyes csírasejtjei (mag vagy protoplasma), vagy az egész csírasejt anyaga révén történik-e, hogy az átöröklési anyag (az idioplasma) csakugyan finoman differenciált structurájú-e, mint azt *His* és *Weismann* nyomán általában felveszszük (organbildende Keimbezirke, Erbeinheiten), avagy aránylag egységes, physico-chemiailag determinált kolloid, mint azt főleg *Loeb* hiszi, lényegében mellékes. Ma minden valószínűség a mellett szól, hogy a *csírasejt magjának a chromatinja* az idioplasma s hogy e chromatin igenis structurás nemcsak annyiban, hogy minden fajnál szigorúan meghatározott számra bomlik szét, hanem hogy mindegyik chromosoma öröklési

* Előadás a nagyváradai orvosegyletben 1914 február 3-án.

egységekből van összetéve. Az egész mai átöröklési tan ezen a felfogáson nyugszik. Ha azonban valaha kiderülne, hogy ez az egész constructio téves s *Loeb*-nek van igaza (noha abban senki sem kételkedik, hogy végeredményében minden molecularis structura physicochemiai jellegű, csak a *differentiáltság*on, egy quasi-praeformatión van a hangsúly), ez az átöröklési tan, mint munkahypothesis, korszakos jelentőségű eredményeket értelt. Felfogásunk értelmében minden morfológiai tulajdonság, a melyet az utódok az elődöktől örökölnék, illetőleg az előd az utódokra átörökít, bizonyos materialis substratum formájában az előd csírasejtjeiben mint hajlam vagy elrendeződés (Anlage) van meg. E tekintetben az azonos fokú elődök egyforma értékűek, nemre való tekintet nélkül, tehát az apa csírasejtjének hajlami teljesen egyértékűek az anya csírasejtjének hajlamaival; hogy melyik mennyiben érvényesül az egyes utódban, az a valószínűségi számítás combinatióitól függ.

E legutóbbi megállapítás principialis jelentőségű, a mennyiben az következik belőle, hogy az *átöröklés* szempontjából az anyaméhben való kifejlődés teljesen irrelevans; ha költökemenczében fejlődnek ki az embryo, *átöröklött* tulajdonságai azonosak maradnának. A megtermékenyülés pillanatában az utód összes *átöröklött* tulajdonságai változtathatatlanul meg vannak állapítva.

Rendkívül fontos, hogy az *átöröklés*nek ezt a szigorúan természettudományos formulázását mindig szem előtt tartsuk; ha az orvostudomány ezt már régebben megteszi, sok fáradságos controversia elmaradhatott volna. Így még alig egy évtized előtt nagy viták folytak a felett, hogy a *tuberculosis örökölheto-e*, s még napjainkban is sok orvos hiszi azt, hogy a *syphilit* akár a nagyszülőktől is örökölhetojük. Minthogy való az, hogy a spermában úgy a *tuberculosis-bacillus*, mint a *spirochaeta* előfordulhat, kísérleteket végeztek aziránt, hogy bejuthatnak-e ezek a paraziták a megtermékenyített petébe; hát igenis bejuthatnak, de legfeljebb az embryo fejlődését akadályozzák meg és sohasem okoznak a fejlődő embryóban specifikus megbetegedést. A mennyiben pedig megtörténnek, hogy az embryo kifejlődik s az életbe magával hozott *tuberculosis-bacillusoktól* vagy *spirochaetától* megbetegszik, ez egyáltalában *nem öröklött*, hanem *veleszületett*, *congenitalis* gümőkór vagy lues s *nem átöröklésről* (s így a következő generációnak is átadható megbetegedésről), hanem úgynevezett *germinalis infectióról* van szó.

Ez a *germinalis infectio* voltaképpen csak egy, időben korai faja az *intrauterin* fertőzésnek. *Baumgarten* még a 90-es évek elején azt tanította, hogy ez a gümőkór leggyakoribb terjedési módja. *Schlüter* könyvéből tudjuk (Die Anlage zur Tuberkulose, 1905), hogy ez az eset olyan ritka, hogy a gyakorlatban semmi jelentősége sincsen. *Lubarsch* már 1896-ban (Ergebnisse der allgem. Path. Bd. I.) visszautasította annak a lehetőségét, hogy a *tuberculosis* örököldik, de sajátos módon *öröklött syphilit*ről még beszél. Szinte bibliai reminiscentiáképp maradt meg még a legutóbbi időkig is az orvosok fejében, hogy a lues másképpen viselkedik, mint a többi fertőzőbetegség, mint hogyha ez volna az a bűn, a melyet a Jehova negyediziglen is megtorol, míg végre a *spirochaeta* felfedezésével ez a tévhit is megdőlt. (Lásd *Matzenauer*: Die Vererbung der Syphilis, 1903). Viszont a *spirochaetával* való *germinalis infectio* tana még élt egy darabig (a *Colles*-féle törvény ezen a lehetőségen alapul) s csak a *Wassermann-reactio* bizonyította be, hogy a *germinalis infectio*nak a luesben sincs gyakorlati szerepe.

Az „öröklött gümőkór” és „syphilis hereditaria” tehát lomtárba való fogalmak, *congenitalis tuberculosis* és lues a helyes még akkor is, ha e betegségek esetleg csak a születés után évekkal jelentkeznek, feltéve, hogy a fertőzés csakugyan a méhen belül (placentalis úton) történt. Mert a dolgot komplikálja az, hogy gümőkórban vagy luesben szenvedő szülők gyermekeiket utólag, az intim családi érintkezés folytán igen könnyen fertőzhetik. Ha a luesben, legalább is a kultúrvilágban, ez a fajta fertőzés ritka, s a *congenitalis luesnek* a

pathológiában nagyobb szerepe van, a *tuberculosis*ban viszont ez a családi fertőzés a legnagyobb jelentőségű.

S itt mindjárt felvetődik az a kérdés, hogy vajon az ilyen családi fertőzésben nincsen-e mégis az *átöröklésnek* valamilyen szerepe? Hogy a gümőkór nem örököldik, azt ma minden pathologus elfogadja. De hogyan állunk a *tuberculosis*ra való hajlamosság, a *tuberculosis-dispositio* *átöröklésével*? Itt még javában dűl a harc s a kérdésnek a ma lehetősége-sig való tisztázása feladatunk körébe tartozik.

2.

Megállapítottuk, hogy a fertőzőbetegségek *nem örökölheto*; az immunitástan bizonyítja, hogy hasonló és egyenlő expositio esetén egyesek megbetegesznek, mások nem; a mennyiben ez az immunitás nem szerzett, úgy *veleszületett* vagy *átörökölt*. Megint meg kell jegyeznünk, hogy a *veleszületett* immunitásnak semmi köze az *átörökléshez*: ez csak placentalis úton szerzett immunitás vagy esetleg az immunanyagoknak az anyatej útján való felvétele (*Ehrlich* abrin-ricin-kísérletei és *Polano* antitoxin-vizsgálatai). Kizárva már most ezeket a lehetőségeket, előfordul-e, hogy valakinek *örökölt immunitása* van bizonyos fertőzőbetegségekkel szemben? Idevágó pozitív vizsgálatokat emberen nem ismerek, de valószínűnek kell tartanunk, hogy a mint egyes állatfajok bizonyos mérgek iránt semmiféle fogékonyságot sem tanúsítanak, úgy elképzelhetők az emberi fajnak olyan egyedei (variációi), a kik egyes fertőző ágensekkel szemben *constitutíójuknál* fogva immunisak, azaz az immunitásnak kisebb-nagyobb fokát mutatják. Így alakult ki, részben gyakorlati szükségletből, részben kísérleti alapon, a *dispositio* fogalma.

Vannak-e specifikus *dispositiók*? A gyakorlati tapasztalatok alapján fel kell ilyeneket vennünk, pl. a vörhenynyel szemben, a melynek igen ragályos vírusa mégsem mindenkién vált ki megbetegedést, a ki vele érintkezésbe jut; igaz, hogy sohasem tudhatjuk, vajon csakugyan megvolt-e az érintkezés. Kísérletek csak a *tuberculosis*ban történtek, s erre nézve az a közhit, hogy 1. specifikus *tuberculosis-dispositio* van, 2. ez örököldik, 3. a *tuberculosis*ban megbetegedett egyének utódai *tuberculosis-dispositiót* örökölnék.

Mindenekelőtt meg kell állapítanunk, hogy *tuberculosis*ban mindenki megbetegedhetik, a ki állandóan ki van téve a fertőzésnek s az életviszonyai kedvezőtlenek. Csak a börtönökben való megbetegedésekre kell utalnunk, meg *Weinberg* adataira, melyek szerint a *tuberculosis*-halandóság *tuberculosis*ban szenvedők házastársainál az elvárhatónak a kétszerese, s mindjárt óvatosabbak leszünk az olyan bizonyítékokkal szemben, hogy míg az iskolásgyermekek átlagban 25%-ban adják a Pirquet-reactiót, addig gümőkóros családok gyermekei 85%-ban. *Weinberg* legutolsó tanulmányában (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 28. szám) azt mondja: „Im ganzen bestätigt die Statistik lediglich den Einfluss der Ansteckungsgefahr, während Anhaltspunkte für konstitutionelle Einflüsse nur in geringem Masse gefunden werden konnten.”

A terheltnek mondott családok gyermekein sokszor láthatjuk a *phthisises* habitust s a mellkas felső aperturájának *Freund*-féle stenosisát. Hogy ezeknek nagy szerepük van a gümőkór kifejlődésében, az való, de nagyon óvatosnak kell lennünk annak a kimondásában, hogy ezek a gyerekek e *phthisises* habitust mint *specifikus dispositiót* örökölték-e, vagy ez a habitus bármi más okból kifejlődött, sőt esetleg *szerzett infantilismus* részjelensége-e.

A *constitutiónak* az az anomáliája ugyanis, a melyet *Stiller* *asthenia universalis*nak, mások *infantilismus*nak neveznek, lehet örökölt, *veleszületett* és szerzett. Vannak családok, a melyeket generációkon keresztül jellemez ez a *constitutio*, s itt valószínű, hogy (ha különösen a milieu kedvező, a melyben a család él, s az anomalia mégis mindig megjelenik) *átörökölt infantilismussal* van dolgunk. Más esetekben egészséges családban egyik-másik gyermekén észlelhetjük az *infantilismus* tüneteit, olyan gyermekeken, a kik kedvező kö-

rülmények közt nőttek fel, de az intrauterin életben voltak talán káros hatásoknak kitéve, pl. a szülők alkoholizmusa, luese révén, az anya valamely consumptióis betegsége miatt. Feltehető, hogy ilyen esetekben az infantilismus veleszületett jelenség. Végül előfordulhat az is, hogy egészségesen fogant, kihordott gyermek a milieu mostohasága révén (rossz táplálkozás, egészségtelen lakás, korai és túlzott testi munka) fejlődésben visszamarad s az infantilismusra jellemző testalkata lesz; ez a szerzett forma, a mely ma elég gyakori.

Már most miféle kriteriumunk van az egyén vizsgálatakor arra, hogy melyik esettel van dolgunk? Még Stiller és Matthes után is azt kell mondanunk, hogy dönteni, teljes bizonyossággal, alig lehet. Nem szabad tehát a *phthisises habitust* csak úgy egyszerűen a *tuberculosis-dispositio* kifejezésének tekintenünk. Freund és Hart vizsgálatai óta kétségtelen, hogy vannak gyermekek, a kik e mechanikai jellegű dispositiót csakugyan öröklék, azaz a csiraplasma útján kapják; ezeknél lehet *specifikus tuberculosis-dispositióról* beszélni, főleg ha felveszszük, hogy ez az öröklött s külsőleg is megnyilatkozó anomalia a szervezet chemismusának is bizonyos változását jelenti, éppen azt a változást, a melynél fogva ez a *tuberculosis-bacillus* szemben kevésbé ellentállón viselkedik. Mert noha kétségtelen, hogy a mint ezt *Bacmeister* kitűnő kis könyvében (*Die Entstehung der menschlichen Lungenphthise*; Berlin 1914) bizonyító kísérletei alapján kifejti, a *phthisis*nek kifejlődéséhez a *tüdőcsúcsok localis dispositioja* szükséges s ezt idézi elő éppen a thorax astheniás alkata (mint olyan momentum, a mely a lymphá-keringést e helyen megnehezíti); ha ez, mondom, kétségtelen is, még mindig fel kell vennünk bizonyos *chemiai dispositiót*, mint minden más fertőző ágenssel szemben. Ilyen *chemiai és specifikus dispositiót*, a mely a csiraplasma útján vitetik át az egyik generációról a másikra, experimentálisan ismerünk pl. a gabonafélék rozsdamegbetegedése eseteiben (immunitás vagy ennek hiánya bizonyos gombafajjal szemben). Lehet, hogy ez a supponált *chemiai és bebizonyított mechanikai dispositio* együtt jár, de ez nem biztos (a *tuberculosis-bacillus* sokféle localisatiójának lehetősége ellene szól), s nem kell, hogy a gümőkórra való hajlandóság csak egyetlen egy öröklési determinanshoz (*gen-hez*) legyen kötve.

Bárhogy áll is a dolog, bebizonyítottak tekinthetjük, hogy *specifikus tuberculosis-dispositio van*; de viszont, mindazok után, a miket most s fentebb az infantilismusról elmondottunk, nem szabad minden ú. n. *phthisises habitust specifikusnak* tekintenünk. S itt tisztázódik azután az a problema, a melyet felvetettünk, hogy t. i. *öröklődik-e* a *specifikus tuberculosis-dispositio*.

Természetes, hogy öröklődik, hiszen ha adott esetben előfordul, úgy az idioplasmának egyik jellegzetessége, s mint ilyen, épp úgy s azonos törvényszerűségek alapján öröklődik, mint minden más constitutiobeli tényező. De ebből azután, éppen a mai átöröklési tan conceptiója folytán, két megállapítás következik. Az egyik az, hogy ezt a *specifikus dispositiót* csakis azok az utódok örökölhettek, a kiknek elődei e *dispositio determinansait* idioplasmájukban hordozták, tekintet nélkül arra, hogy ez elődök szenvedtek-e *tuberculosisban* vagy nem; mert könnyen elképzelhető, hogy esetleg nem szenvedtek: vagy mert nagyon kedvező, fertőzésnek alig kitétt milieuban éltek, vagy mert rajtuk e *dispositio* nem érvényesült, latens maradt. Viszont nem minden utód fogja örökölni e *specifikus dispositiót*, még akkor sem, ha az előd manifeste szenvedett is *tuberculosisban*.

A másik következtetés még fontosabb. S ez az, hogy ha egy ép constitutiójú egyén különösen kedvezőtlen élet-körülményei folytán *tuberculosisban* megbetegszik, utódjaira *specifikus tuberculosis-dispositiót* át nem örökíthet. Nem pedig azért, mert mint ép constitutiójú egyénnek idioplasmájában e *dispositio* nem volt meg. Az, hogy életében milieu-behatások következtében gümőkört szerzett, csak a testét, a somát változtatta meg, csiraanyagát, idioplasmáját legfeljebb

gyengítette (csirarontás, blastophthoria), specifikus determinansait azonban át nem formálhatta.¹

Beismerem, hogy ennek az egész fejtegetésnek csak elméleti jelentősége van, hiszen ma még nem áll módunkban sem annak az eldöntése, hogy egyes esetekben specifikus *tuberculosis-dispositiót* jelentő *phthisises habitussal* avagy más irányú infantilismussal van-e dolgunk, sem pedig azt meg nem állapíthatjuk, hogy valaki specifikus *dispositioja* révén szerezte-e a *tüdővést*, vagy kedvezőtlen milieuje következtében. De a tudomány haladásával bizonyára meglesznek a specifikus *tuberculosis-dispositiót* jellemző reakciók és tünetek s a milieu-hatások tanulmányozása is ad majd módot a fertőzés kérdésének eldöntésére. Azonban azt hiszem, addig is, jelen viszonyaink mellett is megvan az elméleti megkülönböztetéseknek a jogosultsága, mert így nem eshetünk bele durva általánosításokba, a mikor a *tuberculosis örökölhetőségéről* beszélünk s a biológiai alapfogalmakon felépülő pathologia igen óvatosan fog nyilatkozni olyan dolgokról, a melyek komplikáltabbak, mint a milyennek első tekintetre látszanak.

(Folytatása következik.)

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

A tüdőtuberculosis gyakorlati felismeréséhez.

Irta: *Genersich Andor dr.*

Ha a kezdődő tüdőgümőkór diagnostikáján végigtekintünk, a közelmúltban két olyan jelenséget találunk, mely az orvosi világ igen széles köreit foglalkoztatta és nagyrészt még ma is foglalkoztja, úgymint a Röntgen-vizsgálatot és a specifikus szövet- és vérsavóreakciókat. Az előbbi a belorvostani klinikára és ezzel majdnem egyidejűleg a tüdőgümőkór gyógyításával foglalkozó sanatoriumokba a physikai laboratorium csendjéből a sebészet közvetítésével vonult be. A sebészetben elismert phaenomenalis szerepéhez fűződött, túlcsgázott várakozásnak a dolog természetében rejlő visszahatása volt használhatóságának szűkülő köre a belorvostan terén általában és így a tüdőtuberculosis körjelzése terén is.

Azt hiszem, helyes úton járok, midőn számos, a kérdésre vonatkozó közlés és a berlini Charité anyagán tett megfigyeléseim alapján azon meggyőződésemmek adok kifejezést, hogy a gümőkóros tüdők röntgenezése: átvilágítása és structurájuknak fényérzékeny lemezen való rögzítése, a percussió adatoknál értékesebb, a többi tünetet megvilágító, kiegészítő, helyesbítő tünet lehet ugyan, de egymagában a kezdődő tüdőtuberculosis igen változatos tünetcsoportjában végre is csak tünet marad és mint ilyen rationalis, individualis therapiiai terv kiinduláspontját nem határozhatja meg. Ezt hangsúlyozni kötelességemnek vélem, mert befolyásos röntgenistáink némelyike az x-sugaras vizsgálat egyedül útbaigazító voltát vallja és hirdeti, s ezzel, mint azt a következőkben kifejteni megkísérlem, a tüdőtuberculosis elleni küzdelmet számunkra megnehezíti.

A mi a szövet- és vérsavó-reakciókat illeti, tényként rögzíthető, hogy a tuberculinláz hullámai még nem simultak el teljesen. Az intracutan, „Stichreaktion“, percutan, conjunctivalis, subcutan és cutan oltások, talán felsorolási sorrendjükkel ellenkező elterjedésben, a szakkörökben általában ked-

¹ Ez az álláspont weismannista alapon áll, a mely szerint valamely somatikus elváltozás az idioplasmát a maga specifikus irányában nem tudja megváltoztatni, azaz a szerzett tulajdonságok (a lamarcki értelemben) át nem öröklődnek s az újonnan jelentkező s átöröklődő sajátosságok az *idioplasma mutatiója* révén keletkeznek. Somatikus elváltozások a szervezet chemismusának megváltoztatásával gyakorolhatnak ugyan hatást az idioplasmára, de ez a hatás rendszerint csak általános, nem specifikus, s ha esetleg bizonyos irányú öröklődő mutatiókat hoznak is létre, ezeknek egyáltalában nem kell a somatikus elváltozásokkal egyértelműeknek lenniök. Nem térhetek ki e problema részletezésére, csak jelzem, hogy a mai átöröklési tan, *Semon és Kammerer* daczára, weismannista alapon áll s utalok, különösen a kérdés pathológiai részét tekintve, *Martius, Ribbert, Hansemann, Bumke* idevágó műveire, valamint *Haecker* „Allgemeine Vererbungslehre“-jére.

veltek. Az intracutan oltást, melyben a cutan oltásnak sikerületlen alfaját látjuk, nem alkalmaztuk, úgyszintén a „Stichreaktion” sem; a percutan oltás igen megbízhatatlannak mutatkozott; a conjunctivalis reactio egyik szerzője makacs ajánlása dacára sem tudott intézetünkben tért hódítani. Ennek magyarázata, hogy szemészeti osztályon bő alkalmam nyílt az ép és kóros szem és elsősorban conjunctiva közti éles distinctiót megismerhetni. Ez alapon változatos anyagunkban conjunctivalis reactio végzésére alkalmas esetet meglepő ritkán találtam. Marad a cutan és a subcutan reactio. A szerényebb, épp oly érzékeny, de nálunk soha nem értett, soha általános tünetet nem okozott, általam *Kuthy* szellemében már 1908-ban módosított Pirquet-oltás, a tudottnak feltételezett kivételeket nem tekintve, az előbb említett néhány rosszabb reactióval együtt persze csak arról ad felvilágosítást, hogy a kérdéses egyén fertőzésen keresztül ment-e? Positivitás mellett a localisatiót illetőleg kétségben hagy, hacsak azon kórbonczolástani tapasztalatra nem támaszkodunk, hogy az összes szervek közül a tuberculosis-bacillusnak úgyis a tüdő, illetőleg a tüdőkönyeki nyirokmirigyek túlnyomóan gyakori megtelepedési helye. Sokkal többet ne várjunk a diagnostikai célzattal subcutan alkalmazott tuberculintól sem, mely már kis mennyiségben, és tapasztalatom szerint az adagolás módjától lényegesen függőleg, *gyakran* orvosra és betegre egyaránt kellemetlen *általános reactiót* okoz és *csak ritkán* ad minden kétséget eloszlató, döntőnek elfogadható subjectiv avagy objectiv „gócreactiót”.

A serumreactiók: praecipitatio, agglutinatio, complementkötés, opsonin-indexmeghatározás stb. igen higgadt vizsgálóknak minden vásári lármától valóban távol álló közlései szerint még teljesen begyakorlott bakteriologus kezében sem adnak olyan eredményeket, melyek az ezen methodusokkal járó körülményes, kényes munka egyenértékét szolgáltatnák.

Gyakorlatilag tehát teljesen felszerelt intézetekben az x-sugaras vizsgálat bevált, kevésbé a diagnostikai tuberculin-oltás és egyelőre csak tudományos értékkel és kétségkívül érdekességgel bírnak a szorosabb értelemben vett serum-reactiók.

A kik kezdődő tüdőgümőkór gyanuja esetén az említett eljárásoktól egyszerű, biztos felvilágosítást vártak és akár saját, akár mások tapasztalatai révén reményükben csalódtak, a physicalis vizsgálatra most ismét fokozott gondot fordítottak. E körülményeknek tudható be, hogy a physicalis tüneteknek úgyis majdnem végtelen sora új és legújabb, főleg inspeciós és percussió, általában nem anonyim „tünetekkel” gyarapodott, melyek mindegyike használható ugyan, de egymagában döntő megint nem lehet. A nagy szám miatt szakembernek is nehéz a választás. Az bizonyos, hogy még ott is, hol a vizsgálat igen gondosan történik, valamennyije egyszerre, ez időbeli lehetetlenség lévén, nem értékesíthető, sőt egy ily, pl. percussió tünetnek praecis elbírálása a kopogtatás tökéletes kezelése és teljes elméleti ismerete mellett is csak komplikált analysis árán érhető el.

Ez állításom megvilágítására a következő példa szolgáljon:

Kezdődő tüdőtuberculosis gyanuja esetén elterjedt és kedvelt vizsgálati eljárás a *Krönig*-féle tér kikopogtatása. Ebből egészséges tüdőcsúcsra vonhatnánk következtetést, ha szerintem:

1. a vizsgált egyén fejét a középsikből ki nem mozdítja;
2. a vizsgált egyén vállait teljesen symmetriásan tartja;
3. a vizsgált egyén az izomzatát az egyik oldalon nem feszíti erősebben, mint a másik oldalon;
4. a vizsgált egyén gerincoszlopának főleg nyaki része egyenes, a kopogtatási területek alatt levő képletek (exclusive tüdő) symmetriások és épek;
5. teljesen csendes teremben kopogtatunk;
6. igen jó hallással és finom izomérzéssel birunk;
7. élére is állított plessimeteren ujjal kopogtatunk;
8. mindig egy légzési phasisban, ennek egy alphasísában kopogtatunk;
9. ha 1—8 fenforgása esetén a terek symmetriás vállrésztelen helyezkednek el;
10. a terek egyenlők szélességre nézve;

11. e szélek élesek és egyformák;

12. a hang egyformán teljes, éles, nem dobos, egy hang magassága mellett, mely

13. légzési phasisok szerint kétoldalt egy értelemben és mértékben változik;

14. ha 9—13-nál a percussio erősségének megváltoztatása a két csúcs között supraliminalis különbséget nem eredményez.

Ezen theoriás úton felvett lehetőségek száma kétségkívül még szaporítható és a mi fontos, majdnem mindegyik tényező súlya gyakorlatilag is könnyen demonstrálható. Kérdem tehát mindazoktól, a kik e kérdéssel behatóbban foglalkoztak: találtak-e a *Krönig*-féle tér ily irányú mérlegelésekor „egészséges” tüdőcsúcsokat? Majdnem biztosra veszem a tagadó választ, mert az egyforma *Krönig*-terek inkább kórosak, mint physiologiaiak. És nem találtak egyforma *Krönig*-mezőket egyéneken, kiken a tüdőtuberculosis vagy általában a tuberculosis gyanuja semmi tápot nem nyert! Ha bizonyos engedményeket tehetünk, azon jogos kérdés vetődik fel: hol szűnik meg az egészséges viszonyoknak megfelelő és hol kezdődik a pathologiai *Krönig*?

Eddigi reflexióimban célzatossággal kerültem annak megemlítését, hogy *Krönig*-térdifferentia mellett melyik oldal a kóros, mert ennek feszegetésével a lehetőségek még hatalmasabb árának nyitnék zsilipet. Pedig ez sem lényegtelen problema, mert nap-nap után adódik eset annak illusztrálására, hogy a kérdés meg nem oldása a collegialitás megszüntetésére és a beteg orvosába vetett bizalmának megingatására felelté alkalmas.

De tegyük fel, hogy minden fentebb vázolt cautelával dolgozó, begyakorolt szakember „kórosra igen gyanus” *Krönig*-tereket kopogtat ki; ekkor eldöntendő marad: felhasználható-e ezen körülmény egymagában, minden más komoly tünet nélkül arra, hogy, mint az elég gyakran történik, egy bármely egyéb betegséggel jelentkező egyéneken a kórkép alapjául tuberculosisist állapítsunk meg.

Hasonló a helyzetünk a legtöbb más korai tünettől szemben.

A korai tüdőtuberculosis diagnosisa is egyenlet sok ismeretlennel, mely egyenlet ismeretleneit egyenként csak sok más egyenlettel determinálhatjuk. Minél több egyenletet használunk fel, annál szilárdabb lesz a kórjelzés. Amde banalitást idézek, midőn arra figyelmeztetek, hogy mi az algebrát általában nem kedveljük, tehát ezt az országban szerteszét gyakorlatot űző collegákról feltételezni semmi ok sem forog fenn. Néha ugyan akad vállalkozó, kinek eredményei azonban legalább is gyanusak, mert túlpraecisnek imponálnak. Egy megyeszékvárosbeli, nem belgyógyász collegánk oly egyéneken, kin inclusive tuberculin-diagnostika (lásd fenn) absolute semmi anormalis nem volt megfigyelhető, irigylésre méltó határozottsággal két hetes tüdőtuberculosisist mutatott ki.

A többség azonban az egyenlettől annyira irtózik, hogy még akkor is annak tartja, midőn egyszerre lett belőle.

Az x-sugaras vizsgálat csálhatatlanságáról ma már a népbe is beszűrődött és gyökeret vert felfogás a nagyszámú tuberculin- és serum-reactióval, a számtalan aprólékos physicalis eljárással együtt collegáink lelkiismeretére igen kényelmetlenül nehezedik rá. A többé-kevésbé bonyolult eljárások a tökély és specificitás elismertségének igényével vonultak fel, minek érthető folyamánya, hogy a gyakorló-orvos, nem lehetvén bennük otthonos, önbizalma teljes elvesztésével a tüdőgümőkór diagnosist nem egy ízben röviddel a halál előtt sem meri kimondani.

Hogy ezen változtatni kell, ezt minden magyar orvos érzi. Magyarországon a *korai tüdőtuberculosis* és a *tüdőtuberculosis korai* felismerése nemcsak tudományos, hanem elsősorban sajnos, súlyos hazafias kötelesség.

„A gyakorlatból a gyakorlatnak” jeligével indítom hát útnak következő soraimat:

Akár a kultura vérkeringésébe kapcsolt felvidéki városkában eltöltött gyermekéveim emlékéit idézem fel, akár az ország szerteszét fekvő nagyobb közkórházai belosztályán

jóval később szerzett benyomások élénkülnek meg bennem, akár végül mostani hatásköröm tapasztalataira támaszkodom, mindenképp oda kell concludálnom, hogy a gyakorló-orvos beteghez hivatván: igen rövid anamnesist vesz fel, némi tapasztalat mellett túlsokat „Blick“-jétől tesz függővé, ha lelkiismeretes, hőmérőz, azután sietve kopogtat-hallgat és főleg rendel. Nemcsak a kezdődő tüdőtuberculosis, hanem, a mi sokkal fontosabb, a tüdőtuberculosis korai felismerése szempontjából is a körelőzménynek általában divatos, felületes kikérdezése, a „Blick“, egyszeri hőmérőzés és kopogtatás vajmi kevés értékkel bír. Ezen hiányokon a körlefolrás pontos klinikai megfigyelése és, a mint az természetes, elsősorban a köpet mikroskopi vizsgálata segíthetne. Az előbbinek kivitele sokszor a betegek indolentiáján hiúsul meg, míg a sputum mikroskopi vizsgálata talán épp oly okokból, melyek a Röntgen, a savó- és szövet-reactiók általános elterjedésének útjában állanak (bizonyos költséggel járnak, némi szakügyességet követelnek meg), nálunk még igen ritkán igénybevett vívmánya a bakteriológiának. De még olyan collegáktól is, kikről meggyőződés, hogy Koch-bacillusra festeni tudnak, egyre hallom, hogy konkrét esetben a mikroskopi exploratiót carbolfuchsin híján mellőzték.

Lehetetlen azt az időt, midőn minden gyakorló-orvos minden köpetet pontos bakteriologiai vizsgálatnak fog alávetni, összetett kézzel bevárni. A tervbe vett köpet-, illetőleg váladékvizsgáló központok mielőbbi létesítése égetően szükséges marad. Addig is, de hiszem, hogy ezután is, nagy szükség van és lesz oly eljárásra, melynek elsajátítható, ügyes kezelése révén a tüdő klinikai structurája, ennek változásai és sok esetben a kezelés módja legkisebb fáradsággal és mégis aránylag legpontosabban állapítható meg. Ily eljárás után kutatva, legmegfelelőbbnek az auscultatio imponált. A percussiót, auscultatiót maga a beteg kívánja és a curiosum kedvéért azon, a mi beteganyagunk mellett is előforduló esetet közlöm, midőn a profusabb vérzés miatt mellőzött kopogtatás, intenzívebb hallgatóság a beteg, hozzátartozói és volt kezelőorvosa előtt a felületesség gyanujába hoz. A percussio kezelhetőségének kényessége miatt mostani célomnak nem megfelelő, marad tehát az auscultatio, mint oly tünet, melyre a figyelmet egyszerűen ráterelem, mert valamennyi tünet közül nekem a legnagyobb gyakorlati fontosságúnak látszik.

A következőkben azon összefüggést keresem, mely a positiv bacillaris köpet és az auscultatio eredménye közt fennáll. Ha ilyen összefüggés általában kimutatható, a kérdés az, vajjon minden positiv bacillaris leletnek észrevehető, jó mértékig objectiv hallgatósági eltérés felel-e meg? További kérdés, hogy ezen eltérés észrevevése az átlagorvos számára mily fokban hozzáférhető; végül ha ez csak korlátozottan állna rendelkezésre, mily irányban fejleszthető a célnak legmegfelelőbbben?

Szememre vethető volna, hogy a positiv bacillaris lelet a kezdődő tüdőtuberculosis-diagnosist keretén túl van. Ez általában megfelel a valóságnak, bár ritkán azon eset is előfordul, hogy a gümőkórnak éppen egyetlen egy köpetben talált Koch-bacillusok a legelső tünete. (Centralis tüdőgümőkór.)

A kik kezdődő tüdőtuberculosisnak bármely tünete, talán leginkább tüdővérzés miatt, vagy mert egészségüket különben is féltik és magukat gondosan megfigyelik, általános gyakorlatot űző orvost keresnek fel: ha állapotukban gyors javulást nem vesznek észre, úgyis aránylag korán szakorvos kezébe kerülnek, nem ritkán, még mielőtt köpetükkel fertőzhetnének. A gyakorlat szempontjából tehát egyelőre a tüdőtuberculosis gyors felismerésének követelményeivel kell megelégednünk. E temporaer megalkuvás az egyénre nézve ugyan többé-kevésbé előrehaladott folyamatot jelent, de a közre nézve ez mint hólapda fogható fel, melynek családokat, egész iparágakat elpusztító lavinává fejlődését akadályozhatjuk meg. Nyilvánvaló, hogy a nyílt, fertőző tüdőtuberculosisban szenvedőt a környezetre ártalmatlanná tenni is csak azon időponttól kezdve lehetséges, midőn ez vizsgálatra je-

lentkezik. Fokozódó, emelkedő és szélesedő kultura mellett ez időpont mindinkább a zárt tuberculosis felé fog eltolódni.

Egy másik ellenvetés lehetne, hogy én csak azon köpetet vettem positivnak, melyben Koch-bacillust a Ziehl-Neelsen-eljárással mutattunk ki. Tehát Spengler bacillus-formái és a Much-granulák nem vétettek figyelembe. Ámde e kérdésben a vélemények még nem annyira egyöntetűek, hogy a granuláknak, „Splittereknek“ és még egyre szaporodó más alakok nagyrészt felfedezőiktől nekik tulajdonított jelentőségére jelenleg túlsokat lehetne adni. Ha a későbbi vizsgálatok a Splitterek és Much-granulák stb. szerepének fontosságát tisztáznák, akkor az alább közölt eredmények a Ziehl-Neelsen-festéssel feltűntethető bacillusnak az előbbi formához való viszonya szerint könnyen kiegészíthetők lennének.

Per tangentem említem meg, hogy az „Anreicherungsverfahren“-t, a melyet magyarul az esetek túlnyomó részében „sűrítő“, elenyészőbb részében pedig „szaporító“ eljárásnak lehetne nevezni, én csak kivételesen használtam; nem, mintha elméletileg a rendes eljárás fölött több előnnyel nem dicsekedhetnék, hanem, mert ez utóbbinak egyszerűsége miatt a gyakorlatban elfoglalt orvos spontán kedvezni hajlandó. Az a benyomásom, hogy a fenti, többé-kevésbé komplikált, több időt, eszközt, körültekintést igénylő és végül költségesebb eljárásokat túlértékelné szokták azok, a kik a sputum-nyerésre nálamnál kevesebb gondot fordítanak. Mert ha a betegnek előzetes, világos figyelmeztetése után, csak egy-két tüdőköpethez is jutok, e köpetek leggyanúsabb részeiből vett anyagban legalább is annyi tuberculosis-bacillust fogok találni, mint mikor a sűrítő eljárások bármelyikével az orrból és garatból származó, sokszor tömeges váladékot a tüdőből származóval együtt elfolyósítom, mérsékeltén hígítom és ezután centrifugálom. Hogy ott, a hol a beteg a tüdőváladékkal együtt az orr- és garatváladékot gyűjti, a gyakorlatlan vizsgáló az egyszerű felkenési eljárással sokszor nem kap tuberculosis-bacillust, a mikor a sűrítő eljárás positiv leletet ad, azon senki sem csodálkozhatik. Való az, hogy a sűrítő eljárás is csak akkor vezethet eredményre, ha tuberculosis-bacillus van. Emlékszem egy privát esetemre, melyben kifejezett physicalis lelet mellett hat hónap alatt egyetlen egyszer jutottam tüdőváladékhoz, mely Koch-bacillustól csak úgy hemzsegett. Ha tehát ezt megelőzőleg a „köpetet“, mely itt csak orrgaratváladékból tevődhetett össze, a leghatékonyabb eljárással akár százszor is megvizsgáltam volna, Gaffky 8-at nem kapok, míg a felköhögött és izolált sputumból sűrítő eljárás nélkül is kétségtelenül nyílt, fertőző tuberculosisist diagnosztálhattam. A sűrítő eljárás szerintem tehát ott indikált, a hol a beteg intelligenciája a tüdőköpet elkülönítését nem biztosítja, vagy, a hol a köpet bő és, mert egy része nem specifikus, vagy specifikus, de nem fertőző hurutból származik, nem zárja ki annak a lehetőségét, hogy a felkenés anyagául véletlenül steril sputumrészt válasszunk. Egyébiránt mondhatom, hogy kifejezett physicalis elváltozások, acutabb folyamat felvétele mellett, sokszor persze többszörös vizsgálat segítségével, de majdnem mindig az egyszerű eljárással is célhoz értem és hogy igen kivételesen volt eredményes a sűrítő eljárás ott, a hol az előbbi negatív volt. A sűrítő eljárás a hozzáfűzött reménynek leginkább megfelel, ha a szaporító eljárással és végül az állatkísérlettel egészítjük ki. Ennek consequens kivitele azonban csak ott lehetséges, hol egy-egy orvos munkakörét nem 80—100, hanem 8—10 beteg klinikai ellátása alkotja. Elmulasztása ezért nem ok a felületesség vádjára.

Önkritikám „last not least“ művelete azon megfontolás, hogy beteganyagunk a szóbanforgó kérdés eldöntésére alkalmas-e? A megnyugtató feleletet azon tény adja meg, hogy a beutaló orvosok közt számos klinikai képzettségű van, tehát az első vizsgálat alkalmával mint olyanok felismert, előrehaladott esetek mellett körülbelül annyi, más symptomák révén beutalt, kezdődő gümőkórban szenvedő kerül felvételre, a mennyi az általános gyakorlat stadiumarányának meghatározásakor is szerepel.

Ezek után azon methodika rövid körvonalozása van

hátra, melynek segélyével a felvetett kérdések helyes megválaszolását kivihetőnek gondolom.

Ziehl-Neelsen szerint festett tárgylemez-készítmény alapján tüdőgümőkórra pozitívnek diagnoskált utolsó három évi beteganyagunk eseteit két főcsoportba osztottam. Az első főcsoport (I.) oly paciensekből alakult, kiken a gyakorlóorvos tisztán az auscultatio végzésével, a található elváltozások milyenségénél és helyzeténél fogva, erre irányítás mellett a tüdő-tuberculosisst kell, hogy felismerje. A második főcsoportot (II.) pedig oly betegek alkotják, kiken a hallgatódzasi eltérések oly természetűek, hogy felismerésük, helyes értékelésük az átlag-orvosról nem tételvezhető fel.

Az első főcsoport a következő három alcsoportra oszlik:

1. Igen könnyen észlelhető, tipusos elváltozások.
2. Könnyen észlelhető tipusos elváltozások.
3. Ritkább elváltozások és gonddal történő vizsgálattal észlelhető tipusos elváltozások.

A második főcsoportba egyrészt azon esetek tartoznak, melyekben a diagnosis az auscultatio révén az elváltozások csekélysege miatt csak kifejlődött technika és szakismeret révén tehető meg (II₁), másrészt (II₂) oly körformák vannak egybefoglalva, melyekben az auscultatio köpetvizsgálat nélkül valószínű körjelzés felállíthatására még képzett specialista kezében sem nyújt kellő támpontot.

I₁ keretébe a következő auscultatiós leleteket soroztam be:

Nagy-középhólyagú, resonáló, csengő, ropogó,* nedves szörtyzörejek, hörgi légzéssel vagy e nélkül, csak az egyik csúcson (catarrhus unius lateris non est catarrhus).

I₂ keretében a következő auscultatiós leletek találkoznak:

Az előbbi szörtyzörejek két csúcson és nagy-középhólyagú, nem resonáló nedves szörtyzörejek egy és két csúcson hörgi vagy hörgi-sejtes légzés mellett vagy e nélkül (catarrhus apicis vel apicum non est catarrhus).

I₃ keretében a következő auscultatiós leletek kerültek egymás mellé:

Egy vagy két csúcson hörgi-sejtes légzés mellett vagy e nélkül hallható száraz légzési zörejek: füttyülés, bűgás és pattogások: „Knacken“, mely utóbbiak nagyság szerint és hangtanilag a legalább középhólyagú nedves szörtyzörejekhez közelállnak, de a váladék consistentiája révén a füttyülés, bűgás stb. közt foglalnak helyet, valamint oly elváltozások, hol az egyik vagy mindkét tüdőn ugyan diffus hurutos jelenségek észlelhetők, de a csúcselváltozásnak a hörgi, hörgi-sejtes alaplégzés mellett vagy e nélkül, a szörtyzörejek száma, nagysága, színezete, ropogása, csengése alapján a többi felett praevaleáló jellege kifejezésre talál (catarrhus praecipue apicis vel apicum non est catarrhus).

II_{1a}: Szakorvos által az átlagos auscultatiós eljárás segítségével nehézség nélkül felismerhető elváltozások a csúcson:

Éles, megnyúlt sejtes kilégzéses, sejtes-hörgi, sejtes-hörgi-sejtes, erősebben gyengült stb. alaplégzés mellett jelentkező apró hólyagú, nedves és épp oly nagyságú, inkább nyúlós masszától származó szörtyzörejek. (Nem sípolás, bűgás! l. „Knacken“!)

II_{1b}: Szakorvos által is csak bizonyos, egy külön dolgozatban közölt cautelák segítségével helyesen felismerhető eltérések az alaplégzésben, és a mi a szörtyzöreket illeti

II₂: szakorvos által auscultatio révén nem tisztázható esetek: pl. a csúcson kissé érdes légzés, melynek tüdő- vagy izomeredete a legnagyobb gond mellett sem dönthető el; alig megnyúlt kilégzés a jobb tüdőcsúcson; a tüdő vagy tüdők felett diffuse hallható, egyforma jellegű sejtes vagy sejtes-hörgi alaplégzés mellett jelentkező szörtyzörejek, melyek természetüknél fogva a szűkebb értelemben vett bronchialis catarrhus eseteiben előfordulóktól nem különböznek. Végül vannak esetek, melyekben az auscultatio a rendestől

* „Csengő“ itt ércesen csengő, „ropogó“ pedig általában egyszerűen resonáló vagy consonáló, tehát nagy-középhólyagú szörtyzörejeire is vonatkozik.

semmi differentiát sem mutat és csak a positiv bacillaris lelet igazít útba.

Az auscultatiós leleteket a vizsgálatra több mint három éve fordított fokozott gond, türelem és a vizsgálatra igen kedvező viszonyok közt állapítottam meg és rögzítettem a falkensteini séma szerint, úgy hogy az adatok gyors és pontos felhasználása megbízhatóság mellett nem ütközött akadályba. Utolsó három évi beteganyagunkból 300 tuberculosis-bacillustartalmú köpetet ürítő betegünk az előbb ismertetett besorolásba általában könnyen illeszkedett bele. Mindenütt adódó határesetekben a Prokrustes-művelet I_{1a}-tól inkább II₂ felé, tehát az eljárás fölényének rovására történt. Az esetek elhelyezkedése a következő volt:

I ₁ kategóriába	300 közül	92 (31·66%)
I ₂ „	300 „	58 (19·33%)
I ₃ „	300 „	50 (16·66%)

I₁—I₃ kategóriába 300 közül 200 (66·66%) volt sorozható. Tehát a minden gyakorló orvos által felismerhető és rábízható köresetek az összes anyag 66%-át teszik.

E 66%-on belül 100-ra számítva:

I₁: 46%-ot,

I₂: 29%-ot,

I₃: 25%-ot foglal el.

II_{1a}-ba, azaz a csak gyakorlott vizsgáló által helyesen érzékelhető esetek alosztályába 300 eset közül 59 eset tartozott, a mi 19·71%-ot jelent.

II_{1b}-be, azaz a csak különös vizsgálati eljárással tisztázható esetek alosztályába 300 eset közül 35 tartozott, a mi 11·63%-ot jelent.

II_{1a} + II_{1b} = 300-ból 94, azaz 31·34%.

II_{1a} : II_{1b}-hez való aránya : 2 : 1.

A tüdőgümőkórnak az auscultatio révén minden kételyt kizárólag kimutatható elváltozásai tehát 300 eset közül: 200 + 94, azaz 294 esetben, százalékban kifejezve 98%-ban voltak jelen, azaz az auscultatio szempontjából nem tisztázható köresetek II₂ rovatába hat beteget osztottam be, a mi 300 2%-ának felel meg.

Sajnálom, hogy nagyobb, oly anyag felett nem rendelkezem, melyen gümőkórra negativ sputumvizsgálattal és negativ probatorikus tuberculin-oltással párhuzamosan tüzetes physialis tüdővizsgálatot végezhettem volna. Ha az utóbbi anyag kritikus feldolgozása azon eredményt szolgáltatná, hogy a II_{1a}-hoz és II_{1b}-hez sorolt elváltozások itt soha elő nem fordulnak (kevés személyes tapasztalatom inkább e mellett, mint az ellenkezője mellett látszik szólni), oly következtetésre éreznék jogosultságot, hogy gyakorlati szempontból nemcsak minden nyílt, fertőző tüdő-tuberculosis az auscultatiós viszonyokban kifejezésre jut, hanem, hogy az említettem finomabb elváltozások is a tüdőfolyamat specificitására utalnak.

Hátra van a hallgatódzás eredményének kutatása oly betegeken, kiknek köpetében Koch-bacillus a Ziehl-eljárással nem mutatható ki, de minden, vagy legalább is sok jel tüdő-tuberculosis felvételére kényszerít.

A budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. számú anatómiai intézetéből (igazgató: Lenhossék Mihály dr. egyetemi tanár) és II. számú kórboncolástani intézetéből (igazgató: Krompecher Ödön dr. egyetemi tanár).

Uj eljárás a spirochaeta pallida gyors kimutatására a szövetekben.

Írta: Gyenes Ernő és Sternberg Ferencz.

A spirochaeta pallidáról kétségtelenül kimutatták, hogy a lues kórokozója. Ennek dacára a syphilis diagnostikájában és pathológiájában nincsen meg az a nagy jelentősége, mint a többi fertőző betegség kórokozájának. Ennek a sajnálatosan érdekes körülménynek az oka elsősorban azokban a technikai nehézségekben keresendő, a melyekkel a spirochaeta culturalis és festési kimutatása jár. Valószínű, hogy úgy a festési, mint a culturalis methodusok egyszerűsítésével a

spirochaeta pallida maga mindinkább a lueskérdés előterébe nyomul és a klinikai megfigyeléssel s a Wassermann-reakcióval egyetemben a spirochaeta-kimutatás nem egy metasyphilises megbetegedés szoros kapcsolatát igazolja a luessele. Ezt a feltevést támogatják *Noguchi*-nak¹ ismert vizsgálatai. Neki sikerült tabes, illetőleg progressiv paralysis 48 esetében a központi idegrendszerben spirochaetákat kimutatni.

Eltekintve a *Burri*- és *Giemsa*-féle methodusoktól, a spirochaeta kimutatására leginkább ezüstimpregnációs módszerek szolgálnak. Ezek közül leghasználatosabbak a *Levaditi*²- és újabban a *Noguchi*-féle. Mindkét módszernek két jelentős hátránya van; elsősorban, hogy a vizsgálandó anyagot be kell ágyazni, másodsorban, hogy végzésük nagyon sok időbe kerül: a *Levaditi*-féle 10—12 napot, míg *Noguchi* eljárása 18—20 napot igényel.

A mi módszerünk kiküszöbölni igyekszik a fentemlített hátrányokat és ezen közlemény célja eddigi eredményeink publikálása. Sikerült egy olyan ezüstimpregnációs módszert alkalmaznunk, a melylyel a spirochaeta pallidát 35—40 perc alatt metszetben kimutathatjuk. Eljárásunk a *Liesegang*-féle³ ezüstimpregnációs módszer elvein alapszik. Ezt az eljárást *Liesegang* a hosszadalmas és bizonytalan histológiai ezüstöző eljárások helyett ajánlotta. A *Liesegang*-féle eljárás teoriájával nem akarunk e helyen bővebben foglalkozni, szükségesnek tartjuk azonban e theoria főbb eredményeit röviden ismertetni.

Liesegang szerint az ezüstimpregnatio két teljesen különböző folyamatból áll: az *expositióból* (Bekeimung)* és az *előhívásból* (Entwicklung). Az expositio alatt a metszetek 15—30 percre 0.75—5%-os ezüstnitrátoldatba kerülnek. Ez alatt a *Liesegang* által argentophilnek nevezett helyeken minimalis ezüstnitrát kötődik meg és redukálódik. Az előhívás alatt pedig ezeken a helyeken a „Keimwirkung” folytán durvább, mikroszkop alatt jól látható ezüstcsapadék rakódik le. Ugyanezzel a főlöleges ezüstkicsapódást védőkolloid (gummi arabicum) segítségével kerüli el. Ezen módszerrel sikerült neki a központi idegrendszer argentophil helyeit, a neurofibrillumokat metszetekben 30—60 perc alatt ezüsttel impregnálni.

Az általunk kipróbált technika a *Liesegang*-féle eljárás elveit igyekezett a spirochaeta impregnációjakor értékesíteni. Az ezüstnitrátconcentrációnak, az expositio idejének és a védőcolloidoknak kellő megválasztásával sikerült az eljárást célunknak megfelelővé tenni.

Az impregnatio technikája a következő:

1. A 10%-os formalinban jól fixált anyagot vagy fagyasztva metszszük, vagy celloidinba ágyazzuk be. Az anyagból lehetőleg vékony, 5—8 μ -os metszeteket készítünk; 10 μ -os metszetek is használhatók.

2. A fagyasztott metszeteket 2—3 perczig destillált vízben mossuk, a celloidinban metszetek pedig alkoholon át kerülnek destillált vízbe. Innen a metszetek 25—35 percre 1%-os ezüstnitrátoldatban thermostatba (37° C) kerülnek (*expositio*), az expositio szobahőmérséken tovább tart. Az expositiót sötétben kell végezni.

3. A thermostatból a metszeteket határozott mennyiségű (10 cm³) 2.5%-os ezüstnitrátoldatba tesszük, a melyhez ugyanannyi 5%-os gelatina-oldatot és ugyanannyi mucilago gummi arabicum adunk (védőcolloid). Az oldatot jól összekeverjük, majd 5 cm³ 5%-os hydrochininoldattal redukáljuk. Az oldatban megbarnuló metszeteket 1—2 percz múlva feltétlenül ki kell venni, mielőtt még az oldatban ezüstcsapadék képződne.

4. Fixálás 10%-os natriumthiosulfat-oldatban (1—2 percz).

5. Rövid mosás destillált vízben, majd a szokásos továbbkezelés kanadabalsamig. Mi a következő sorozatot ajánljuk: 96%-os alkohol, abs. alkohol, chloroform-alkohol (aa),

chloroform, terpineol-chloroform-alkohol (aa) és kanadabalsam.

Az eljárás sikeréhez feltétlen szükséges, hogy úgy az expositio ideje, mint az alkalmazott reagensek koncentrációja pontosan betartassék.

A methodust lueses foetusmájakon és primaer sclerosison próbáltuk ki. A feketére impraegnált spirochaeta pallida typusos nagyságában és alakjában mutatható ki. Jelentéktelen hibája a módszernek, hogy az ezüstkicsapódás a nem argentophil helyeken nem kerülhető el tökéletesen. Reméljük azonban, hogy talán alkalmasabb védőcolloidokkal a csapadék eliminálása teljesen sikerülni fog. A csapadékképződés azonban már most is oly kis fokban mutatkozik, hogy a spirochaeták biztos és könnyű felismerését egyáltalában nem zavarja.

Reméljük, hogy e gyors és biztos eljárással a spirochaeta pallida kimutatását úgy az elméleti vizsgálatok, mint a gyakorlati alkalmazás számára megkönnyítettük.

Irodalom. ¹ *Noguchi*: Studien über den Nachweis der Spirochaeta pallida im Zentralnervensystem bei der progressiven Paralyse und bei Tabes dorsalis. Münchener medizinische Wochenschrift, 1913, 14. szám. — ² *Levaditi*: Sur la coloration du spirochaete pallida dans les coups. Compt. rend. de la Soc. de biol., 59. kötet. — ³ *Raphael Ed. Liesegang*: Die Kolloidchemie der histologischen Silberfärbungen. Kolloidchemische Beihefte. 1911, III. kötet, 1.—2. füzet.

A Német Röntgen-Társaság X. (jubileumi) congressusa.

Közli: *Holitsch Rezső* dr., a II. belklinika Röntgen-laboratóriumának vezetője.
(Vége.)

Egy teljes délutáni ülést töltöttek ki a *Röntgen-sugarak gyógyító hatásáról* tartott előadások és az azokhoz csatlakozó viták.

Heimann (Breslau) különböző fémszűrőknek használhatóságát vizsgálta tengeri malaczkok petefészkének mesothoriummal való besugározásával. A kísérleti állatot 100 milligramm mesothoriummal sugározta be, 18 óra hosszat a hasa felől és ugyanannyi ideig a háta felől is, de csak az egyik testfélén. A szokásos 0.2 milliméteres ezüsttök fölé egyszer 3 milliméteres aluminiumot, máskor 1 milliméteres rézsűrőt, megint máskor ugyanolyan vastag ólomcsűrőt helyezett. A mikroszkopi képen a besugározott oldali petefészkeknek folliculusai annyira elpusztultak bizonyultak, hogy fel sem voltak ismerhetők, míg a túloldali petefészek teljesen normalis szöveti szerkezetű maradt. A bőrre való hatás szempontjából az ólomcsűrőt jobbnak tartja a réznél és az aluminiumnál, mivel az ólom a bőrre káros, puha β - és γ -sugarakat tökéletesebben tudja visszatartani.

Löwenthal (Braunschweig) ugyancsak a fémszűrőkről tartott előadásában arra hívja fel figyelmünket, hogy a fényérzékeny lemezre ható kemény sugarak erősebben feketítik meg a lemezt, ha mögötte valamely fémdarab fekszik, mert a Röntgen-sugarak hatására azon fém újabb antikathodként szerepel és felületéről újabb sugarak (másodlagos sugarak) indulnak el, a melyeknek áthatoló képessége az illető fém moleculasúlyától függ; pl. a vasból keményebb sugárzás indul el, mint az aluminiumból. Ezen tény magyarázza *P. Krause* tegnapi referatúrájának azon részét, a melyben a sejteken belül keletkező új sugarakról beszélt, a melyek a sejtek belsejében fejtenek ki hatást, még pedig annál intenzívebb hatást, minél nagyobb moleculasúlyú fémsókat tartalmaznak a besugározott szövetnek sejtjei.

M. Fraenkel (Charlottenburg) a tüdőtuberculosis Röntgenkezeléséről számolt be. Hosszas, lassan végzett besugárzással a legtöbb, nem nagyon súlyos betegen a következőket észlelte: a gyanus lélekzési rendellenességek javulnak; a subjectiv közérzés és az étvágy javul; a köpetben a bacteriumok megfogynak; a kezdetben nagy hilusmirigyek gyorsan megkisebbednek; a hőmérsék kezdetben nagyobb lesz, a mit a hatás megítélésakor kedvező jelnek tart, majd ismét csök-

* „Bekeimung”-ra magyar terminus technicust nem találtunk, a chemiai reakciónak a fotografálólemezen lefolyó folyamattal való analógiája alapján használjuk ezt a szót.

ken. A besugározás eredményének tekinti, hogy a beszűrődött területeken később heges zsugorodást talál; kis cavernák kötőszövetesen kitelődnek, nagy cavernák nem javulnak. Egészen véve a Röntgen-besugározást a tuberculosis ellen való védekezés egyik igen hathatós segédeszközének tekinti.

Fritz M. Meyer (Berlin) a szűrt, kemény sugarakkal a *chronikus eczema kezelésében* elért jó eredményekről számolt be.

P. Krause (Bonn) az *emlőrák Röntgen-kezeléséről* szólva különösen a műtét utáni prophylaxisos besugározást ajánlja. A gondosan és kitartóan végzett ilyen postoperatív besugározásoknak a recidivamentesség szempontjából való eredményességét kitűnőnek tartja.

P. Wichmann (Hamburg) szintén a ráknak Röntgen-sugaras kezeléséről tartott előadásában kifejtette, hogy a mélybe való hatás szempontjából értékes sugaraknak biológiai hatása egyáltalán nem arányos a fényérzékeny lemezre való hatásával, tehát a *Kienböck-féle* mérőeszköznek lemezére gyakorolt hatással sem és e szerint a biológiai hatásnak a *Kienböck-féle* eszköz nem megbízható mértéke.

Pagenstecher (Braunschweig) a *Röntgen-sugaras kezelésnek állandó eredményessége* céljából nem ajánlja a rövid idő alatt való erőlyes besugározást, sem a könnyű szűrőket, hanem a hosszú ideig folytatott, kisebb adagokkal való besugározást nagy fajsúlyú szűrőkkel, még pedig Röntgen-sugarakat radiumsugarakkal felváltva.

A *test mélyében levő daganatoknak Röntgen-sugaras kezeléséről* tartott még előadást *Grunmach* (Berlin), *Hessmann* (Berlin), *H. E. Schmidt* (Berlin) és *Chilaiditis* (Konstantinápoly).

Az ezen előadásokhoz csatlakozott vitában számos jónevű radiológus és sebész vett részt. Az operálható esetek kezelését illetőleg természetesen nagyon szétágazók voltak a nézeteik: a *sebészek a műtėti beavatkozás* inditóját még mindig igen széles keretben jogosultnak látják és csak az absolute inoperabilis eseteket és a már metastasisos betegeket vélik a sugaras kezelésre utasítandónak. Velük szemben különösen *Gaus* (Freiburg) fejezte ki a radiológusoknak álláspontját: csak akkor volna lehetséges százalékos összehasonlítást tenni a sebési kezelés végleges eredményei és a besugározás végleges eredményei és használhatósága között, ha a sebészek nem úgy járnának el, mint most, a mikor a kezdetleges, jó operabilis eseteket megoperálják és csak a már előrehaladt, inoperabilis és metastasisos eseteket utasítják a röntgenológushoz. *Seuffert* (München) pedig több ezer méhrákos beteg soráról így számolt be: a sebészileg kezelték közül végleges gyógyulás = $\frac{1}{2}$ —1%, elsődleges halálozás = 20%; a sugározással kezelték közül gyógyulás = 20—30%, elsődleges halálozás = nulla.

Eckstein (Berlin) a *Röntgen-sugarak fájdalomcsillapító hatásáról* számolt be; nagyon különböző eredésű fájást tudott csillapítani: rheumás, traumás, bronchitises, neuritis, sőt friss csonttörésből eredő fájás is gyorsan megszűnt vagy csillapodott Röntgen-besugárzásra.

Wohlauer (Charlottenburg) *tabeses arthropathiákról és csonttörésekről* készült Röntgen-képeket mutatott be, a melyeken ismertette a tabesre jellemző elváltozásokat; ezek olyan jellemzők, hogy néha már a Röntgen-kép alapján lehet a tabesre következtetni.

Graessner (Köln) és *Altschul* (Prága) *spina bifida occulta* számos formáját mutatta be. Néha ez csak a hiatus sacralisnak felfelé való túlságos hosszúságáról, máskor az egész canalis sacralis nyitvamaradásáról, megint máskor az V. ágyéki csigolya ívének megszakítottágáról ismerhető fel.

Alban-Köhler (Wiesbaden) a *gyermekek os naviculare pedisén észlelhető törés* okát fejlődési rendellenességnek tekinti és azon csekélyebb jelentőségű traumákat, a melyekkel a törést okolni szokták, legfeljebb csak kiváltó momentumnak hajlandó elfogadni. E mellett bizonyít az is, hogy a másik lábon is megtalálták a törést olyan esetben, a melyben a másik lábat biztosan nem érte trauma és a beteg arra a lábára nem is panaszkodott.

Kreiss (Dresden) és *Dessauer* (Frankfurt) a *női medence átmérőinek pontos meghatározására* szolgáló Röntgen-eljárást dolgozott ki, a melynek lényege: gyors egymásutánban két Röntgen-felvétel készül a vizsgált egyén alatt önműködőleg kicserélődő két lemezre, miközben a Röntgen-cső lement távolsággal eltolódik. Ezen távolságnak ismerete alapján a medence egyes pontjainak egymástól való távolsága könnyen rekonstruálható. Azonban a graviditásnak hatodik hónapjától a nagy magzat miatt az eljárás már csak megközelítőleg eredményes.

A Röntgen-körjelzésnek keretébe tartozó *ritka és érdekes esetek casuistikai* bemutatásainak sorozata valóságos bőség szaruja módjára ontotta ez idén is a ritka és legkülönösebb eseteket, a melyeket a Röntgen-korszakot megelőző időkben vagy egyáltalán nem tudunk felismerni, vagy csak a bonczoló asztalon derültek ki. Csak a legérdekesebbeket említjük: kétszeresen homokóraszerűen szűkült gyomor; lithopaedion 72 éves asszonyban; holtan született gyermeknek súlyos chondrodystrophia; 193 tű egy varróleány gyomrában és coecumban; pyopneumopericardium (tüvegburaszerűen a szív felett jobbra-balra boltosodó pericardium, a melyben felül gáz, alul folyadék van és az ezeket elválasztó vízszintes síkból mered fel a szívárnyéknak felső fele); végig elmeszesedett mellkasi aorta rendellenes helyen; elmeszesedett gümős vese; elmeszesedett és jól látható agydaganat.

A congressusnak utolsó ülését a *Röntgen-physikai és -technikai találmányokról és újításokról* tartott előadásokra, valamint az új eszközök bemutatására szánták.

Holzkecht (Wien) bemutatta az új bécsi Röntgen-gyárnak modelljét a *Röntgen-lámpa megerősítésére*. Ezen igen ügyes és ajánlható típusnak a lényege, hogy nem használnak semmiféle nehézkes állványt a Röntgen-cső tartására, hanem a Röntgen-csövet ólomlapokkal bőségesen bélelt szekrénykébe helyezi és a szekrénykét erős zsinórra függeszti; a zsinór a menyezeten megerősített, a vízszintes síkban könnyen elmozduló csigát kerül meg és a másik végén — a Röntgen-csövet magában foglaló szekrénykének súlyával egyenlő — nehezék lóg. Ezáltal a szekrényke valósággal „súlytalanul” lebeg és a térnek bármely pontjára a legkönnyebben félkézzel eltolható és minden helyzetben mozdulatlanul megmarad a nélkül, hogy fixálni kellene vagy csak egy csavart is megnyitni vagy megerősíteni. Nagy előnye a többi állvánnyal szemben, hogy semmi helyet sem vesz el a Röntgen-szobából, mert a menyezetről lóg le és hogy felvételekre és besugározásokra egyaránt alkalmas, továbbá, hogy a mindig centrált Röntgen-csőnek megvilágító (besugárzó) területe, valamint ennek mértani középpontja könnyen jelződik. A bécsi Sommer-gyár szabadalma.

Bucky (Berlin) a már a múlt évi congressuson ismertett találmányának a gyakorlat számára is alkalmas kivitelét mutatta be. Az átvilágított egyén és az átvilágítási ernyő (vagy fényképlemez) közé a lépesmész sejtjeire emlékeztető, sok rekeszű *diaphragmát* helyez, a melynek oldalfalai úgy vannak elhelyezve, hogy mindegyiknek síkja pontosan belesik a Röntgen-cső központjából kiinduló (primaer) sugarak irányába és ezáltal minden más irányú sugárt, tehát az átvilágított egyénben keletkezett (ügynevezett secundaer) sugarakat is leszűri (lediaphragmázza). Ezáltal az átvilágítási kép is, meg a fénykép is sokkal élesebb és tisztább lesz. A rekeszek oldalfalainak vetülete csak vékony vonalakként látható és nem zavarja a képet.

Silberberg (Berlin) a hasüri szervek átvilágítását igen megkönnyítő ügyes kis *compressió diaphragmát* szerkesztett, a melyikkel átvilágításkor könnyen félretolhatjuk a beleket, egyúttal diaphragmáz is és a felénk néző oldala szolgál ernyőül. Reiniger, Gebbert és Schall szabadalma.

G. Schwarz (Wien) az *osmosis csőszabályozást* úgy módosította, hogy gáz nélkül is könnyen kivihető a szabályozás védett helyről. Kis, száraz villamos elemnek két vékony elektrodját csavarja a Röntgen-lámpa palladiumcsövecskéjére és a kis elemnek zárásával hozza izzásba a palladiumot; a

mikor a Röntgen-lámpa már elég puha, megszakítja az áramot (egy gombnak megnyomásával, illetőleg eleresztésével).

Legnagyobb jelentőségűnek a *Levy-Dorn* által ismertett *Coolidge*-cső (Amerika) látszik. Rendkívül erősen evakuált Röntgen-csőnek katódjában kis drótspirális van, a melyet külön áramocskának zárásával tetszésszerűen izzásig melegíthetünk; az izzás hőfoka szerint változtatható keménységű katódsugarak és antikatódsugarak keletkeznek, a melyek függetlenek a vacuum fokától. És mivel a katódsugarak kiindulását itt leginkább a katódnak izzása okozza, tehát a csőnek megterhelése minimális maradhat, a mi által az antikatódnak káros felmelegedése elkerülhető és így különösebb hűtőberendezés nélkül is órák hosszat járathatók a *Coolidge*-csövek. Nagy előnyük még, hogy az antikatódon a focusnak nagyságát is módunkban van változtatni azáltal, hogy a katódnak síkja körül alkalmazott fémgűrűt az antikatódhoz közelebb vagy távolabb hozzuk.

Ugyancsak *Levy-Dorn* ismertette táblázatos összeállítás alapján a *különböző Röntgen-sugár-mérőeszközöknek* egymástól eltérő adatait. Az adatok csak a középke ménységű sugarak mérésekor egyeznek, de már puhább vagy keményebb sugározáskor az egyik eszköz többet, a másik kevesebbet mutat. Ezen körülmény is mutatja, hogy mennyire nélkülözük még egy biológiai mérték hiányát és hogy a meglevő physikai mérőeszközök adatai nem lehetnek megbízhatók az okozott biológiai elváltozások mérésére.

Nagy jelentőségű *W. Wieser* (Wien) találmánya *párhuzamos és konvergáló Röntgen-sugarak* előidézésére. A sík katódból kiinduló sugarak a nagy antikatódnak minden pontjára esnek és így a nagy antikatódnak egész felületéről indulnak el Röntgen-sugarak. Ha ilyen Röntgen-lámpa elé fémcsövet helyezünk, a mely igen sok és sűrűn álló párhuzamos vagy konvergáló csatornácskából áll, akkor ez csak a csatornácskái irányában (párhuzamosan vagy csak konvergálóan) haladó Röntgen-sugarakat eresztí át, a többi pedig visszatartja. Nagyon fontoságú lehet ezen újítás a mélybe való besugározásnál, mert elkerülhetjük vele azt, hogy a bőr több sugarat kapjon, mint a besugározni szándékolt szerv a test mélyében. Sőt elérhetjük esetleg azt is, hogy míg a bőr csak aránylag kevés sugarat kap, az alatt a mélyben levő szervet mintegy a Röntgen-sugaraknak gyújtópontjába hozzhatjuk. Hogy a Röntgen-kórjelzés terén (fényképezés) a párhuzamos sugaraknak milyen hasznát fogjuk vehetni, még a jövő kérdése.

Bucky (Berlin) *adaptometernek* nevezett kis eszközt mutatott be, a melyen fluoreszkáló lemez segítségével állapítható meg, hogy a külső, nappali világosságról a Röntgen-szobába bejött orvosnak szeme mikor alkalmazkodott már eléggé ahhoz, hogy hozzáfoghasson az átvilágításhoz. Nagy gyakorlati szükség nincs ugyan ilyen eszközre, mert hiszen ha tíz perczig várunk a félig besötétített Röntgen-szobában, akkor bizonyosak lehetünk szemünk adaptáltságáról; hanem hasznos lehet ezen eszköz annak a demonstrálására, hogy a nappali világosságból éppen belépett collega nem azért nem látja az átvilágításnak finomabb részleteit, mert nem lehet azokat látni, hanem azért, mert csak az ő szemei még nem láthatnak.

Dessauer (Frankfurt a. M.) kifejti, hogy sikerült neki a radium sugaraival azonos keménységű Röntgen-sugarakat előállítani. Nézetünk szerint a Röntgen-sugarak nagyobb keménységét célzó kísérletezésekre semmi szükség sincsen: a használatos Röntgen-berendezéseknek sugarai ma is túlon-túl adnak felesleges keménységű sugarakat; a biológiai hatásnak a fokozását más utakon véljük keresendőnek.

G. Grossmann (Charlottenburg) a Röntgen-sugározás adatainak mérésére szolgáló eszközök (dosimeterek) összehasonlító kritikai vizsgálatairól számolt be és a *Szilárd* (Paris) szerkesztette *ionto-quantimetert* találta a legmegbízhatóbb physikai mérőeszköznek. Ennek lényege azon jelenségen alapul, hogy a Röntgen-sugarak azon levegőréteget, a melyen keresztülhaladnak, ionizálják, vagyis a villamos áram számára

vezetővé teszik és ezáltal egy dörzsölési villanyossággal telített kis elektrometernek villamos teltsége a besugározás foka szerint kiürül a vezetővé tett levegő útján, a mit egy mutató mozgásán könnyen leolvashatunk. Reiniger, Gebbert és Schall szabadalma.

Immelmann és *Schütze* (Berlin) a hasonló czélt szolgáló *intensimetert* ismertette, a melyet *Fürstenau* szerkesztett. Azon alapul, hogy a Röntgen-sugarak a selennek villamos ellenállását megváltoztatják és az iontoquantimeterhez hasonló elektrometer teltségének változását olvashatjuk le. A berlini „Radiologie“ társaság szabadalma.

Az itt felsoroltakon kívül még számos, kisebb gyakorlati értékű előadás és bemutatás volt, a melyeknek kivonatos közlése is túlhosszúra nyúlna, tehát mellőzzük. *Albers-Schönberg* indítványára a congressus olyan határozatot fogadott el, hogy külön szakosztályt létesít a sugaras kezeléssel foglalkozó tagjai számára, a melynek feladata a Röntgen-sugarakkal szoros kapcsolatban levő többi radioactiv anyaggal való besugárzási kezeléssel is tudományosan foglalkozni és állandóan szervezett központként azt előmozdítani. Továbbá elhatározták, hogy a jövőben az előadásokat és bemutatásokat három szakosztályba csoportosítva rendezik: diagnosztikai, sugaras-kezelési és technikai szakosztályba.

Levy-Dorn elnöki záróbeszédében megemlítette, hogy a congressusnak 734 résztvevője volt és hogy a Német Röntgen-Társaság tagjainak száma már 800. A jövő évi congressus elnökévé nagy szótöbbséggel *Grashey*-t (München) választották meg.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Handbuch der Sexualwissenschaft in Einzeldarstellungen. Band I. **Die Prostitution** von Dr. *Ivan Bloch*. Berlin, Louis Marcus, Verlagsbuchhandlung.

A „sexualis irodalom“ nagy hulláma, mely még néhány évvel ezelőtt nagyrészt német forrásból táplálkozva végighömpölygött nem mindig tiszta vizével, mintha elült volna. *Forel* és *Ivan Bloch* munkáinak nagy könyvkereskedői sikere természetszerűleg sok, erkölcsi értékben alantasabb, tudományosan értéktelen munkának megírására serkentett. A sok „felvilágosítás“ mögött ott settenkedett az éretlenek léha kíváncsiságának kielégítésére való, be nem vallott törekvés és népszerűsítése és magyarázása annak, a mit népszerűsíteni nem kell, magyarázni meg nem lehet.

A sexualis életben megnyilvánuló törvényszerűséget megérteni, a mult culturalis jelenségeinek, a jövő socialis fejlődésirányának magyarázatát egységes szempont alá foglalni, mindazt, a mivel az élettan, elme- és bujakórtan, jogtudomány, sociologia és művelődéstörténet nem mindig előítéletmentesen foglalkozott, egységes tudomány mindent áttekintő és belefoglaló nézőpontjából feldolgozni az összehasonlító embertan és culturalis fejlődéstan alapján, czélja *Bloch*-nak, midőn *Sexualwissenschaft*, *nemi tudomány* kézikönyve neve alatt megindítja a kérdéseknek monographiás tárgyalását. A könyveknek elsője az előttünk fekvő, a mely a prostitutióról szól. A most ismertett könyv e monographiagyűjteménynek első kötete és mint ilyen 825 oldalon a prostitutio történelmének ókori és középkori részét foglalja egybe. E tárgyalás mindenben elüt attól, a mit nem egyszer komoly és nem minden eredetiség híján való írók eddig produkáltak. Kritikai elmélyedéssel és a lényegesnek biztos felismerésével hordja össze az anyagot, szemben az eddigiek túlnyomó részével, kik erotikát és curiositasokat vegyest gyűjtöttek össze, csak külső összetartozásban, minden igaz, belső összefüggés nélkül. A prostitutio, felépülve az emberiség ősi sexualitásán, minden időbeli megnyilatkozásában megtartotta összefüggé-

sét a cultura fejlődésével vagy annak hanyatlásával, minthogy szoros kapcsolatban volt a vallási, társadalmi, politikai és szellemi élettel. Bloch, kiindulva a prostitutio fogalmának az első fejezetben megadott szabatos meghatározásából, tárgyalja az őseimbernek, továbbá a keleti népeknek, az indusoknak, japánoknak, kínaiaknak, a klasszikus ókor népeinek prostitutióját, majd az izlamét és a középkori népeket. Mindezt pontos és áttekinthető osztályozásban, terjengősség, ismétlések nélkül, szerves összefüggésben, a szó jó értelmében vett német alapos-sággal, a tőle megszokott és előbbi művei nagy sikerét megmagyarázó világos, rendkívül eleven, fordulatok, szinte klasszikus nyelvezettel.

Ráskai.

Új könyvek:

Brugsch und Schittenhelm: Technik der speziellen klinischen Untersuchungsmethoden. Teil I. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. 36 m. — Knoblauch, Brodmann und Hauptmann: Allgemeine Chirurgie der Gehirnkrankheiten. I. Teil. Stuttgart, F. Enke. 24 m. — O. Eisenreich: Biologische Studien über normale Schwangerschaft und Eklampsie mit besonderer Berücksichtigung der Anaphylaxie. Leipzig, J. A. Barth. 1.50 m. — L. Jehle: Die Albuminurie. Berlin, J. Springer. 4 m. — A. Justschenko: Das Wesen der Geisteskrankheiten und deren biologisch-chemische Untersuchungen. Dresden und Leipzig, Th. Steinkopff. 4 m. — G. Florschütz: Allgemeine Lebensversicherungsmedizin. Berlin, Mittler und Sohn. 4 m. — J. Grober: Diätetische Behandlung innerer Krankheiten. Jena, G. Fischer. 3.50 m. — C. Kraemer: Das Tuberkulin als Heilmittel der Tuberkulose. Stuttgart, F. Enke. 10.40 m. — H. Stern: Theorie und Praxis der Blutentziehung. Würzburg, C. Kabitzsch. 3.50 m. — Thorkild Rosing: Die Gastro-Coloptosis. Leipzig, F. C. W. Vogel. 10 m. — Polano: Geburtshilflich-gynäkologische Propädeutik. Würzburg, C. Kabitzsch. 5 m. — O. Klieneberger: Über Pubertät und Psychopathie. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1.80 m. — Tobias: Zur Prognose und Aetiologie der Kinder-Hysterie. Berlin, S. Karger. 5.60 m. — J. Bancroft: The respiratory function of the blood. Cambridge, University Press. 18 sh.

Lapszemle.

Belorvostan.

A köszvényben és diabetesben egyidejűleg szenvedők gyógyításáról ír Noorden tanár. Szerinte ilyen esetekben a diabetes diaetoterápiáját kell az előtérbe tolni, még pedig iparkodnunk kell nem csupán a glykosuriát, hanem a hyperglykaemiát is megszüntetni. A köszvényt csak annyiban kell tekintetbe venni, hogy a húsfogyasztást lehetőleg korlátozzuk és a sok purint tartalmazó részeket (máj, thymus, vese stb.) eltávolítjuk. Az alkohol is eltávolítandó vagy legalább is erősen megszorítandó a használat. Az ilyen kombinált esetekben a diabetes többnyire nem súlyos, úgy hogy az említett figyelembevételével a glykosuria néhány nap alatt megszűnik, a hyperglykaemia azonban feltűnő sokáig megmarad, sokkal tovább, mint a köszvény nélküli esetekben; sokszor 4—5 hétig tart, míg a glykosuria megszűnté után a hyperglykaemia is megszűnik. A hyperglykaemia és egyúttal az esetleges uricaemia megelőzése végett czélszerű később is hetenként egy purin- és szénhydratmentes napot tartani. Azonkívül körülbelül kéthétként 2 hétre purinmentes diétát rendelünk, a mikor sokszor nem kerülhetjük el, hogy több szénhydratot engedjünk meg, a mi azonban a tapasztalás szerint nem árt, a fejlődő, rövid ideig tartó hyperglykaemia a diabetes-ellenes diétára csakhamar újból megszűnik. Azokban a kivételes esetekben, a melyekben a diabetes és a köszvény nagyfokú, legczélszerűbb a következő módon eljárni: 2 hétig antidiabeteses diéta a húsfogyasztás korlátozásával és 2—4 főzelék-tojásnap közbeiktatásával; utána 2 hétig hús nélküli diéta 60—100 gramm szénhydrattal és hetenként 1—2 főzeléknappal; ez a kétféle diéta váltakozik a továbbiakban 2—2 hetes turnusokban. Végül arra a tapasztalatra hívja fel a szerző a figyelmet, hogy az egyidejűleg diabetesben is szenvedő köszvényes betegek a colchicum-készítményeket felette rosszul tűrik; már nagyon kis adagok is teljes étvágytalanságban, hányásban, hasmenésben, szívgyengeségben megnyilvánuló kellemetlenségeket okoznak. (Therapeutische Monatshefte, 1914, 5. füzet.)

Sebészet.

A mellékhere-tuberculosis kezeléséről értekezik W. Anschütz. A tuberculosis operatív gyógyítása mindinkább háttérbe szorul a conservatív kezelés mellett. Csak egy szervnek lehetőleg mielőbbi operatív kezelése általánosan elfogadott, még pedig a veséé. Általában az a felfogás uralkodik, hogy a gümös vese maga után vonja a hólyag hasonló megbetegedését, sőt igen könnyen a másik oldali vese is megbetegszik. Az operatív therapiának a vese megbetegedéseiben sokkal jobb a statisztikája, mint a conservatív kezelésnek. Hasonlók a körülmények a mellékheretuberculosis eseteiben. Tudjuk, hogy mily gyakori a mellékheretuberculosis eseteiben a prostata, az ondóhólyag megbetegedése, a mi a műtétet gyakran contraindikálja. Anschütz véleménye szerint ezen elv nem állhatja meg helyét, mert igen gyakran a gümös mellékhere eltávolítása után a prostata, ondóhólyag, ondózsínór hasonló megbetegedései teljesen kigyógyulnak. Még ha mindkét herét is el kellett távolítani, 82% volt az állandó gyógyulás. Már azért is ajánlatos a mielőbbi castratio, mert míg ezen műtét után csak 25—30%-ban betegszik meg a másik oldal, addig castratio nélkül 50—75%-ban. Ha mindkét here beteg, Anschütz a súlyosabban megbetegedett herének radicalis eltávolítását, a kevésbé súlyosan betegnek resectióját vagy kikaparását ajánlja. Ha egyéb szervekben is van tuberculosis, akkor igen óvatosnak kell lennünk, mert a tapasztalat azt bizonyítja, hogy ilyen esetekben műtét után az első két évben gyakran következik be általános tuberculosis. (Mediz. Klinik, 1914, 1. sz.)

Iffy. Háhn Dezső dr.

Gyermekeorvostan.

A Behring-féle diphtheriaellenes védőszerre vonatkozó gyakorlati tapasztalatokról számol be Hahn B. (Magdeburg) és Sommer F. (Sudenburg). A szerzőknek sikerült a Behring-féle szernek két, esetleg többszöri subcutan vagy intramuscularis alkalmazásával húsz, majd a technika és adagolás változtatásával már tíz nap után elégséges diphtheriaantitest képződését (15. A-E. 1 cm³ serum-ban) elérni és épp ily eredményeket értek el az intracutan módszerrel is, a nélkül, hogy a szervezetet károsan befolyásolták volna. A szerzők véleménye szerint az eljárás intézetekben kipróbálás alajpán nem ítéltető meg helyesen, csakis a gyakorlatban epidemiák esetén, a mikor a betegek izolálása nem vihető keresztül. A szerzőknek alkalmuk volt az eljárást öt epidemia és egy endemia kapcsán kipróbálni, mikor is 633 gyermeket immunizáltak az intracutan módszerrel, lévén ez a gyakorlat számára használatosabb. Tudniillik a Behring-féle toxin-antitoxin keverék subcutan vagy intramuscularis alkalmazása, bár elégséges védőtest képződését idézi elő, de minthogy sem a védőtest képződését, sem annak kimaradását sem helyi, sem általános tünet nem jelzi, a gyakorlat részére egyelőre hasznavehetetlen, míg az intracutan módszerben a helyi, esetleg könnyű általános tünetek jelzik a megfelelő védőtest szaporodását. Míg az epidemia idején a nem immunizáltak egymásután betegedtek meg, a 633 immunizált gyermek közül csak kettő betegedett meg, ezek közül az egyik igen gyors lefolyású volt a betegség, míg a másikon, noha a bakteriologiai lelet negatív volt, a klinikai kép teljesen megfelelt a diphtheriának. Az immunizált gyermekeken az első tíz napon belül, mikor az antitestek szaporodása serologice még nem mutatható ki, beállott megbetegedések lefolyása nagyrészt abortív volt, úgy hogy már az első tíz napon belül is jó hatással van a védőoltás a gyermekekre. Kiemelik a szerzők, hogy anaphylaxia veszélye nem forog fenn. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1914, 1. szám.)

Gara dr.

Bőrkórtan.

A lupusnak fénykezeléséről ír Jesionek tanár (Giesen). A Finsen-féle kezelés tudvalevően abból áll, hogy bizonyos berendezés segítségével erős fénynek teszzük ki a lupusos testrészt. Finsen abból a gondolatból indult ki, hogy

a fény a bőrre gyuladáskeltően hat. Ezen az alapon hirdette a vörösfénykezelést (ú. n. negativ phototherapie) is, melyet variola eseteiben alkalmazott, mert ily módon ki akarta rekeszteni a chemiailag activ fényt, ha vörös fényben a variolás betegek hólyagjai nem genyednek el s helyükben nem támad hegesezés. *Finsen* azonban a fénynek bactericid hatását is hirdette, mely annál inkább öli a bacteriumokat, minél intenzívebb a fényforrás. Ezért szerkesztette drága készülékét, mely a fényt gyűjtötte, de egyben — kellő hűtőkészülékkel ellátva — meleghatást nem fejtett ki a bőrön. Idővel azonban kiderült, hogy a *Finsen*-kezelés legnagyobbbrészt nem azzal gyógyítja a lupust, hogy megöli a gümöbaccilusokat, hanem azzal, hogy a fénynek gyuladáskeltő hatása van. Éppen ezért a szerző utal arra, hogy teljesen jó eredménnyel használható az erős nyári természetes napfény, avagy a *Kromayer*-féle lámpa is (s egyéb hasonló készülék), mely utóbbinak fénye chemiai sugarakban igen gazdag. Az igazi hatást nem is magában a gyuladásban kell keresnünk, hanem abban az erőteljes savós átívódásban, melybe a megvilágítás folytán a szövetek jutnak. Ezt a savós exsudatióval járó fénygyuladást elérhetjük azonban a *Finsen*-nél egyszerűbb készülékek segítségével is. A szerző részletesebb fejtegetéseiben arra a következtetésre jut, hogy a fénykezelésnek therapiás hatása alighanem olyképpen magyarázható, hogy a lupusos szövet a gyuladás folytán keletkező és oda áramló savó útján complementhez jut, mely a gümös góczokban jelenlevő amboceptorokat antitesthatásuk kifejlesztésére alkalmassá teszi. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1914, 18. szám.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A vaccinatherapiáról az urologiában ír *R. Volk* wieni magántanár. Szerinte végleges ítéletet ezen gyógymód értékéről még ma sem lehet mondani, de a következő tételek bizonyos határozottsággal megállapíthatók: 1. A különösen amerikai orvosok részéről a passiv immunisatio terén gonococcus-serummal elért és közölt kitűnő eredmények még pontos felülbírást igényelnek. 2. A vaccinatherapia egyes kankós complicatiók mellett a húgyszervek bizonyos fertőzések betegségeiben vált be még leginkább és különösen ajánlatos mint kiegészítő eljárás az eddigi gyógymódok mellett. 3. Az opsonin-index meghatározása általában véve felesleges, a legtöbbszor teljesen elégséges a pontos klinikai megfigyelés. 4. A vaccinatherapia hatásának a módját eddig még nem sikerült egészen biztosan kideríteni, de kétségtelen, hogy a serum bacteriumölő erejének a növelése nem a legfontosabb tényező. 5. A heveny húgycsőfolyást ugyanúgy befolyásolja az oltás, mint a balsamicumok; egyébként azonban erre a célra a vaccina-gyógymód nem nagyon alkalmas. Viszont epididymitis, funiculitis és arthrititis eseteiben rendszeren igen jók, míg prostatitis és vesiculitisben már kevésbé megbízhatók az eredmények. A kankós betegség gyógyítására legtöbbször valamilyen kipróbált polyvalens vaccina is meg fog felelni; eredménytelen esetekben azonban feltétlenül kíséreljük meg az autogen vaccinát. 6. A többi fertőzések húgyszervi betegség annál inkább ajánlatos a vaccinatherapiára, minél fiatalabb a betegség. Különösen jó eredményeket a coli- és staphylococcus-fertőzésekben fogunk elérni; a legkevesebb az, hogy a subjectiv panaszok lényegesen javulni fognak, sőt teljesen meg is szűnnek. Ilyen célokra azonban az autogen vaccinák megfelelőbbek. 7. Kellő óvatosság mellett a vaccinatherapiának kellemetlen mellékhatásaitól nem kell tartanunk; ezen okból tehát ezt az eljárást a megfelelő esetekben feltétlenül meg kell kísérelnünk. 8. A diagnosis vaccinatió úgy látszik a gonorrhoeás betegségekben gyakran lesz sikerrel értékesíthető s így ezeket a kísérleteket másféle fertőzésekre is ki kell terjeszteni. 9. A vaccinatherapiát a többi gyógyeljárással kombinálva a legelterjedtebben kellene alkalmazni. Hogy a *Wassermann*-féle histopin mintájára a helyi kezeléstől remélhetünk-e alkalmas eredményeket, ez irányban még hiányoznak a megfelelő kísérletek. Mindenekelőtt azonban a vaccina-

therapia bevonásával a chemotherapia részére kellene új alapokat teremteni, melyek egynémely betegség, úgymint főképp a pyelogen bacteriuriák, valamint a typhus és cholera utáni tartós bacilluskiválasok számára az eddig még fel nem talált, de oly nehezen nélkülözött gyógyszert meghozhatnák. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1914, 13. szám.) *Drucker*.

Orr-, torok- és gégebetegségek.

A totalis rhinoneoplastikáról ír *J. Joseph* (Berlin).

Míg a „rhinoplastika“ elnevezést a sebészi orrcorrectio minden fajtája számára véli fentartandónak, „rhinoneoplastikának“ az orrpótló plastikai műtéket nevezi; az orrt kicsinyítő plastikák megjelölésére a „rhinomioplastika“, az orr alakulatának javítására szolgáló plastikák megjelölésére pedig a „rhinoorthoplastika“ elnevezést ajánlja. Totalis rhinoneoplastikának azon műtéket nevezi, melyek által nem csupán a külső bőr képeztetik teljesen vagy majdnem teljesen újból, hanem a melyekkel új orrvázat is alkotunk. Ezen utóbbi műtékre vonatkozóan a bőr pótlására az olasz (brachialis) módszert ajánlja, de új metszésformát és egyszerűbb kötéstechnikát javasol; a metszést lógó karon tekintve szögletes 6-os, felemelt karon tekintve szögletes 9-es alakjában végzi; a kötés csak a fejet és a felkart foglalja magába, míg a törzs, a kéz és az alkar teljesen szabad marad. Az orrváz készítésére az osteoplastikai profilskeletumot ajánlja, még pedig két külön csontdarab behelyezésével; az elülső tibiaélből egy nagyobb, körülbelül 5 cm. hosszú, 1 mm. széles és 3 mm. vastag, keresztmetszetben prizmás csontlécet vesz s ez szolgál az orrhát készítésére, míg egy kisebb, körülbelül 3 cm. hosszú, 4 mm. széles és 3 mm. vastag csontléc a csontos orrsövény alkotására használtatik fel; ez utóbbit előbb a felső ajakra ülteti át oly módon, hogy ennek egyik vége a septum basisának helyére kerül; 1—2 hónap múltán ezt a csontlécet a felső ajak bőrével együtt medialis híd meghagyásával kimetszi és a septum irányában feligazítja, úgy hogy a felső állkapocsra támaszkodjék s ezen bőr-csonthátya-csontlebeny szabad szélét a csúcsán felfrissített orrcsonttal összevarrja (tibio-labialis septumkészítés); a felső ajakon támadt bőrdefectust szükség esetén a pofából vett lebennyel fedi. A műtétek sorrendjére vonatkozóan legelőbb is a felkar bőrét transzplantálja és egy második műtéttel ülteti át az említett módon a tibiaából vett csontlécet direct az arcba, még pedig az orrhát készítésére szolgáló csontdarabot az arcra már odagyógyult felkarbőr alá. A subtilis asepsisen és a transzplantálandó csontdarab periosteumának gondos megtartásán kívül egyes technikai részletek is fontosak a szép siker érdekében; így a dorsalis csontdarabnak az orrcsúcsot alkotó végét ráspolylal kissé le kell kerekíteni, nehogy utóbb a bőrt átszúrja; ezen nasodorsalis csont jó begyógyulását még azzal lehet biztosítani, hogy elülső részét a bőrfelülettől néhány mm.-nyire a zsírrétegbe ágyazzuk be. A leírt módon újonnan alkotott orr azonban kozmetikai tekintetből még némi kifogás alá esik s ezért sebészi modellálásra szorul, a mely kisebb-nagyobb subcutan excisiókból és transzplantatiókból áll s ezekkel főleg a felső orrszárnybarázda formáltatik, a rendszerint túlszéles és pisze orr keskenyítették és az orrlikák készítettnek. A felsorolt műtétek a felkarbőr transzplantációjával együtt rendszerint helyi érzéstelenítésben végezhetők. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1914, 13. szám.)

Safranek dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Gümőkór eseteiben aranycantharidinnel kísérletezett *Spiess* és *Feldt*. Az aranycantharidin (cantharidylaethylen-diaminaurocyanid) specifikus hatással bír a gümőkóros góczokra. Legjobb 2½%-os oldatban intravenásan befecskendezni. A kezdő adag 0.025 gramm, a legnagyobb adag 0.075—0.1 gramm. A szerzők 100 laryngologiai esetben használták csaknem kivétel nélkül kedvező eredménnyel. Arsen egyidejű használata mellőzendő. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1914, 12. sz.)

Kinoplast a neve annak az új kaucsuknak, a mely *Engelbrecht* utasítása nyomán készülve, nemrégiben került forgalomba, s a melynek nagy előnye, hogy a többi kötőszerezrel együtt autoclavban sterilizálható a nélkül, hogy tapadó-képességéből veszítene. (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1913, 51. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 21. szám. *Oláh Andor*: A lipojodin gyógyhatásai az elme- és idegyógyászatban. *Dollinger Gyula*: A gümös csont- és izületgyulladások gyógyítása.

Orvosok lapja, 1914, 22. szám. *Gondos Miklós*: Ellentétes nézetek a szívbeteg terhesek haláljáról.

Budapesti orvosi újság, 1914, 22. szám. *Torday Árpád*: Az idősült lépmegnagyobbodás elkülönítő körjelzéséről. *Obál Ferencz*: A terhes méh lövési sérülései. „Bőr- és bujakórtan” melléklet, 2. szám. *Csillag Jakab*: Fagydagatok az alszár bőrén korcsolyázó nőknél. Fokozati különbség a jobb és bal kéz fagyossága között. *Roth Alfréd*: Az embarrinról. *Seemann Dezső*: Az emboliás bőrtuberculosisról. *Ney László*: Az antiseptikus és szárító hatású porok alkalmazása a bőrgyógyászatban.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Székács Béla* dr. kórházi főorvosnak és az igazságügyi orvosi tanács elnökének az udvari tanácsosi címet, *Gönczi Adolf* dr. szikszói járásorvosnak és tiszteletbeli megyei főorvosnak a Ferencz József-rend lovagkeresztjét, *Völgyi Elemér* dr. csúzi körorvosnak a koronás arany érdemkeresztet adományozta.

Kinevezés. *Pillitz Samu* dr.-t Nagykanizsán járásorvossá, *Leipniker Adolf* dr.-t a gyulai köz-kórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. *Szalay Elemér* dr.-t Balatonkenesén, *Schwarz János* dr.-t Zombolyán községi orvossá választották.

Meghalt. *Balog Benő* dr. tiszteletbeli járásorvos 50 éves korában május 26.-án Gyulán.

A Kolozsvárott megtartott tisztviselői orvosi vizsgákon a következő orvosok képesítették: *Avender Miklós* községi orvos Ernőháza, *Baczoni Albert* köz-kórházi alorvos Nyitra, *Balogh Zsigmond* községi orvos Tiszaszentimre, *Bézy Elemér* műtőorvos Kolozsvár, *Circa Kornél* körorvos Ávasföldfal, *Géczy Dezső* kórházi alorvos Pozsony, *Göde József* klinikai gyakornok Kolozsvár, *Hellwig Oszkár* gyakorló orvos Kolozsvár, *Mogán Béla* községi orvos Valkány, *Neumann Bernát* körorvos Nagyléárd, *Roszkopf Béla* gyakorló orvos Nagyvárad, *Seligán János* gyakorló orvos Nagybánya, *Sontag Gusztáv* körorvos Szerdahely, *Ternovszky Jenő* gyakorló orvos Marosvásárhely, *Veres Géza* egyet. tanársegéd Kolozsvár.

A **Friedmann-féle gümőkórelenes szerről** kifejezetten elítélően nyilatkozik *Schittenhelm* és *Wiedemann* a königsbergi belklinikán szerzett tapasztalatok alapján. (Münchener med. Wochenschrift, 1914, 21. szám.) — A bécsi orvosegyesületben május 15.-én lefolyt vita alkalmával valamennyi szóló odanyilatkozott, hogy a **Friedmann-szer** további használatától el kell állani. — A berlini orvosegyesület május 13.-i ülésén *Karewski* beszélt a szer használatáról sebészeti gümőkór eseteiben; sem gyógyító, sem immunizáló hatását nem észlelte, ezenkívül nem is veszélytelen a használata, mert több esetben igen erős súlycsökkenés, magas láz következett be; határozottan ellene nyilatkozik.

Személyi hírek külföldről. *K. Adam* (Berlin, szemészet), *O. Stertz* (Boroszló, elmekórtan), *O. Aichel* (Kiel, nőorvos) magántanárok tanári címet kaptak. — *Fr. Trendelenburg*, a nagyírú lipcsei sebész, 70. évét betöltötte. — A nancy-i egyetem belorvostani tanszékét *G. Etienne* tanár vette át, a ki eddig az általános kórtant adta elő.

Hírek külföldről. A bécsi egyetem orvosi karának túlszűfoltóságán a következő intézkedésekkel igyekeztek segíteni. Minthogy a két sebészeti klinika a hallgatóság befogadására nem elegendő, megbízták a poliklinika sebészeti osztályának főorvosát, *A. Fraenkel* tanárt, hogy tartson rendszeres előadásokat a sebészetből, a melyek a hallgatóknak beszámíthatnak. A poliklinika e célra legutóbb egy 150 hallgató befogadására alkalmas tantermet építtetett, melyet május 7.-én avattak fel a minister jelenlétében. Másfelől meg *Eiselsberg* és *Hochenegg* tanárok adjunctusai *P. Clairmont* és *A. Exner* rendkívüli tanárok pótló előadásokat tartanak a sebészetből az egykori Schrötter-féle 3. belorvostani klinika helyiségeiben, a mely klinikát most mint fiókintézetet a két sebészeti klinikához csatolták. A tanárstület ama javaslatáról, hogy emeltesék fel a tandíj s szedessenek magas laboratóriumi díjak, a minister még nem döntött, hasonlóképpen arról a javaslatról sem, mel a hallgatók felvételének a megszorítását kontemplálja.

A **tours-i oltóintézet kéziratgyűjteményében** megtalálták *Husson* egy iratát, mely *I. Napoleon* fiának, a *roi de Rome*-nak (reichstadti herczeg) vaccinatióját írja le. A királyi gyermek három hónapos korában oltott be. A hat oltási helyen hat vaccinahólyag fejlődött, s csak a 10., 11. és 12. napon állott be enyhe láz és nyugtalanság. A hólyagok lymphájával két gyermek sikerrel inoculáltatott s ezekből 39 gyermekben végeztek továbboltást. *Husson* tiszteletdíja hateraz frank volt. Az oltásról a jelentést *Corvisart* terjesztette a császár elé. *B. J.*

Kisebb közlések az orvostudomány köréből. A számarhurtról írt cikkében *Feer* tanár (Zürich) a többi között szöve teszi a főleg

Weith által hangoztatott nézetet, hogy a szóban levő baj a stadium convulsivumban többnyire már nem fertőző és a másokra átvitel főleg a catarrhalis szakban történik. Ennek megfelelően nincs nagy értelme, ha a már kifejezett köhögés-rohamokban szenvedő gyermekeket távol tartják az óvodától, iskolától, stb.; sokkal fontosabb a beteg testvéreit, mint a kik az igazán fertőző catarrhalis szakban lehetnek, távol tartani egészséges gyermekektől. (Medizinische Klinik, 1914, 20. szám.) — *Hydrastopon* néven egy új dysmenorrhoea-ellenes szer került forgalomba, a melylyel való további kísérletezést *Walther* tanár (Giessen) nagyon ajánlja. A szer papaverinum hydrochloricumból és synthesis útján előállított hydrastininből áll. (Medizinische Klinik, 1914, 20. szám.) — Kezeletlenül hagyott syphilis-esetekben vizsgálta a *Wassermann-reactiót* *Ch. F. Craig* oly módon, hogy egy héten át naponként végezte a reactiót; e közben nagyon tetemes ingadozásokat talált, sőt néha negatív is volt az eredmény; abból tehát, hogy a reactio a kezelés folyamán egy ízben negatívvá vált, még nem szabad következtetni a gyógyítás eredményére, hanem csak a több ízben állandóan kapott negatív eredmény lehet mértékadó. (Journal of the Amer. med. assoc., 1914, 16. és 17. sz.)

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

Mai számunkhoz a „*Chinoin*” gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t. (*Dr. Kereszty és Dr. Wolf*) Újpest-Budapest „*Arsetonin*” készítményének prospectusa van mellékelve.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15.

Felvételek férfi- és nőbetegek számára. Bel- és nőgyógyászati bajokkal, valamint szülőknek. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegy- és Röntgen-laboratórium.**

Dr. Batizfalvy-féle Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vízgyógyászati, villamos kezelések. Hízaló, soványító kúrák. Bejáróknak is.

sanatorium és vízgyógyintézet Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon. Vezető főorvos: *Dr. Ullrich Gyula*.

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.

Dietetikus osztály cukorbetegségeknek, anyagcserebetegségeknek. Hízaló és soványító kúrák.

Belgyógyászati osztály vezetője: *Dr. Dolecskó János*, főorvos.

DR. REICH MIKLÓS Budapesti ZANDER-gyógyintézete

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

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia.

Röntgen-laboratórium Fekvő- és hízaló-kúrák.

Nap- és légtüdők. Vízgyógyintézet. Tüdőbetegeknek külön osztály. Lakás, fűtés, világítás, teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10.— koronától kezdve.

1010 méter magasan a tenger felszíne felett.

Epileptikus betegek intézete

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

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

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.**

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

Therapia sanatorium r.-t. Budapest, VII., Városligeti fasor 11.

Bennlakó és bejáró betegek részére. Diagnostica. Therapia. Mindennemű ojtásos kezelések. Hízaló és soványító kúrák. Nagy vízgyógyintézet. Laboratórium. Röntgen. Vezető orvosok: *Rajnik Pál* dr. és *Kovács Aladár* dr.

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. arteriosclerosis stb. ellen.

Dr. Weltmann Pöstyén. (Amália-udvar, Királysor 8.)

A Szt. Lukács-fürdő évek óta v. orvosa.

A köszvény-, csúz- és neuralgiás (ischias) bántalmak szakorvosa.

Ótátrafüred magaslati gyógyhely (1020 m.)

Vízgyógyintézet az összes fizikai gyógy-módokkal **Basedow-, ideg- és bel-betegeknek.** Vezetőorvos: *Dr. Gróh Béla*.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VII. ülés 1914. február 21.-én). 442. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléséből. 444. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(VII. rendes tudományos ülés 1914 február 21.-én.)

Elnök: Grósz Emil.

Jegyző: Bence Gyula.

(Folytatás.)

A Holmgren-féle eljárás a mesterséges légmell technikájában.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: A súlyos féloldali tüdőphthisis kezelésére újabban alkalmasnak talált mesterséges légmell készítésének nem ritka akadályozója a pleuralis synechia. *Saugman* és *Hansen* 33 esetből 6-ban nem tudták a túlbőséges adhaesiók miatt a művi pneumothoraxot létesíteni, *Cahn* 12 esetből 2-szer, *Breccia* 9 esetből 3-szor, *Scherer* 4 esetből 1-szer, a bemutatónak pedig 10 esete közül 2-ben alkottak a mellhártyaösszenövésnek lényeges akadályt a légmell készítésekor. (*Saugman* és *Hansen Breccia-Forlanini* szerint, *Cahn* és *Scherer* pedig *Brauer* szerint dolgozott; ez utóbbi methodusa szerint operáltatott *Scharl* is, a kinek hogy esetei 30 $\frac{1}{2}$ %-ában nem sikerült optimalis nagyságú pneumothorax létesítése, kétségtelenül szintén elsősorban a pleuralis adhaesiókon fordult meg; a bemutatónak 1 esete jutott a *Forlanini*-, 1 a *Brauer*-féle eljárásra.)

Megkísérlették az adhaesiók ellen fibrolysinnel hatni, melegített thorax-borításokat alkalmazni, chirurgikus leválasztást eszközölni, sőt az a gondolat is felmerült (*Jacobaeus*), hogy a thoraxoskopen keresztül thermokauterrel szüntessék meg az adhaesiók zavaró befolyását. Egyik eljárás sem bizonyult megfelelőnek. Nem kínálkozott egyéb mód, mint hogy a bevezetett nitrogen első kis dosisait nagy nyomás alá helyezve, ezzel a gázhólyaggal igyekezzenek pleurolysis végezni. Amde a gázt szűkebb mellhártyatasakokban, melyek a szabad pleura-üreg respiratorius nyomásingadozásait az érzékeny vízmanometerre is sokszor csak tökéletlenül ruházzák át, még kis nyomás alatt bevezetni is csak az óvatossági cautelák betartása mellett szabad, nagy nyomás alkalmazása mellett pedig a gázembolia veszélye fenyegethet.

Ezt elkerülendő, *Holmgren* azt ajánlotta, hogy ha a tü végével pleuralis synechiák közt véljük magunkat, akkor az első beavatkozáskor ne mindjárt nitrogént vezessünk be, hanem előbb steril physiologiai konyhasóoldatot. Ennek a bevezetése azt is biztossággal elárulja, hogy a tü vége csakugyan a pleuraüregben van-e, mert ha nem ott van, akkor vagy rögtön köhögés és sós expectoratio, vagy a beszűrés helye körül subcutan oedema jelentkezik. Miután a pleuratasakba 50—70 cm³ steril physiologiai NaCl-oldatot lassankint belettuttunk (itt a fokozott nyomás természetesen gázembóliát nem okozhat), a folyadék által kiméletesen eszközölt pleurolysis helyén vízhólyag lesz, melybe most már a gázt bátran be-bocsáthatjuk s az túlnagy nyomás alkalmazása nélkül is helyet találhat magának.

Egy jelenleg kezelése alatt álló esetében, a melyben megelőzőleg 5 insufflatio-kísérlet nem hozta meg a kívánt eredményt, a *Holmgren*-féle eljárással prompte sikerült 70 cm³ konyhasóoldatnak és utána 350 cm³ nitrogennek bevezetése a synechiákkal telt bal mellkasfélbe.

Kovács Aladár: Részt vett a kísérletekben és a látottak alapján melegen ajánlja az eljárást.

Scharl Pál: Szintén megkísérlette *Holmgren* eljárását, de úgy a saját eseteiben, mint *Holmgren* és *Kuthy* eseteiben nem tudott meggyőződni arról, hogy a mesterséges pneumothoraxot a konyhasó oldat befecskendezése nélkül, a rendes eljárásokkal nem lehetett volna-e megvalósítani.

A második fontos körülmény, hogy kiterjedt összenövés esetében, melyekre ezt az eljárást szerkesztették, csak igen kis hólyagot tudunk létesíteni, mely a gyógyítás nézőpontjából alig bír értékkel, de mindazon szövödmények kútforrása lehet, melyeket teljes pneumothoraxnál is észlelnek, ez utóbbi kedvező hatása nélkül.

A leggyakoribb összenövés a rekeszt és tüdőcsúcsot fixálja, a minek az a következménye, hogy az alsó lebeny kis kiterjedésű

pneumothorax esetén nincsen összenyomva és így nagyon könnyen jöhet létre aspiratiós göccs a tüdő alsó részében.

Eppen ezért olyan esetekben, midőn az alsó lebeny összenyomása nem remélhető, lemond a kezelés folytatásáról, ha a szokásos módon sikerül is az első hólyag elkészítése.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: *Scharl* tagtársnak a partialis pneumothoraxok abszolút eredménytelenségéről hangoztatott nézetét nem osztja. Most is van kezelése alatt egy féloldali súlyos phthisis esete, melyben adhaerens csúcs és basis mellett az eredmény mégis kitünő. Hasonló esetek elegendő számmal vannak leírva az irodalomban.

Ha a csúcs a pneumothorax-oldalon odanőtt s benne esetleg activ caverna van, akkor persze megtörténhetik, hogy utóbb kedvezőtlen complicatio éri a beteget fertőző váladéknak vagy (cavernalis haemoptoe esetén) inficiált vérnek az aspiratiója útján. De nem mint *Scharl* véli, a pneumothorax-oldalnak adhaerens alsó lebenyét fenyegeti az aspiratiós pneumonia, mert az *subactiv*, hanem a *másik oldal hyperactiv* alsó lebenyét. A bemutató e felfogását igazolja pl. az az analog eset, melyet *Brauer* és *Lucius Spengler* néhány év előtt írt le.

Az tehát, hogy a bemutató nem adja fel mindjárt a küzdelmet, ha a punctiókkal szabad pleura-üreget nem talál, hanem igyekszik illet vagy legalább egy sufficiens pleuratasakot ártalmatlan úton létesíteni, a beteg érdekében áll, kin gyógyhatású tüdőcollapsust művi pneumothorax nélkül már csak a sokkal nagyobb beavatkozás számba menő extrapleurális thoracoplastica idézhetne elő.

Túlsokszor a bemutató nem szűrja meg a *Holmgren*-eljárás igénybevétele előtt a fali pleurát, mert tart a pleurashocktól; a *Brauer*-eljáráshoz pedig nem folyamodik, mert nem lát garantiát arra, hogy a hol *Forlanini-Saugmann* szerint nem sikerült a művi pneumothorax létesítése, ott ez *Brauer*-rel sikerüljön.

A fonalgombák jelentősége a mai pathológiában.

a) Klinikai-pathologiai rész.

Verebély Tibor: Az utolsó évek munkájának köszöni az orvosi tudomány e legújabb fejezete a kidolgozását. Évtizedekig az actinomycosis volt a fonalgombák okozta betegségeknek egyetlen képviselője; ma kivált francia szerzőknek a sporotrichosisra vonatkozó dolgozatai alapján az új betegségeknek egész sora tárult fel. A fonalgombák tana már nem curiosum, hanem nagyon is számbaveendő lehetőség.

A kórokozó csírák alakjainak áttekintésére táblázatot állított össze, a melyben a bakteriaceáktól a trichobacteriumokon (leptothrix- és cladothrix-csoporttal) és trychomycetákon (actinomyces és streptothrix) át vezet a sorrend a solenomycetákhoz, a mely utóbbiakat a botanikai gombarendszerek példájára mucedineákra és eumycetákra lehet felosztani. A felosztás nem kíván botanikai rendszer lenni, csak szükségbeosztás addig, míg a gombák növénytani osztályozását sikerülni fog megállapítani.

Ma a nehézségek ez irányban még igen nagyok nemcsak botanikai, hanem bakteriologiai és pathologiai szempontból is. A klinikai igényeket csakis olyan osztályozása a kórképeknek elégítheti ki, a mely tekintettel van a betegség tüneteire is. A bacteriumok számára ezt megcsinálta a klinikai bakteriologia, de meg lehet kísérteni a csoportosítást a hyphomykosisokra nézve is.

Azt találja, hogy az osztályozás alapját a következő tapasztalati törvény szolgáltathatja: *mindazon gombák, a melyek a szervezetbe jutva ott hasonló vegetatív formákat mutatnak, hasonló klinikai kórképeket idéznek elő.*

Ezen alapon a hyphomykosisokat 4 csoportba osztja, a a szerint, a mint a fonalgombák a szervezetben telepek, szemcsék, fonalak vagy sejtek alakjában tenyésznek.

A *telepes* hyphomykosisok közé tartoznak a különböző dermatomycosisok (favus, trichophytia, pityriasis, erythrasma, trichosporia, caraté), továbbá az otomycosis, keratomycosis, a különböző mucomycosisok és a tüdőben székelő pneumomycosis.

A *szemcsés* hyphomykosisok csoportjában a gomba a szervezetben jól elhatárolt szemcséket termel, a melyek jellemző bonczolástani elváltozást idéznek elő. Az idetartozó betegségek a behatolás kapuja szerint osztályozhatók; az első csoportban a

gomba az orrszájnyíláson át jut a szervezetbe, a másodikban a bőrön át történik a fertőzés. Az előbbi csoport számára megtartandónak gondolja az *actinomykosis* elnevezést, a mely azonban maradjon tisztán klinikai fogalom, a mennyiben létrehozásában különböző gombafajok szerepelhetnek. A bőr szemcsés hyphomykosisai számára a *mycetoma* elnevezés használatos, a mely vagy csak a bőrben, vagy egyúttal a mélyebb rétegekben is lokalizálódhatik. Az utóbbinak típusa a Maduráláb, melynek két esetéből hazánkban sikerült először a jellemző fonalgombát kitenyészteni.

A *fonalas* hyphomykosisok csoportja legkisebb, legkevésbé ismert, mert legközelebb állván a közönséges bacteriumos fertőzésekhez, könnyen elkerüli a figyelmet. A baj ugyanis genyedés képében jelentkezik, a mely genyedés majd felszínes, majd szövetközi, majd inkább parenchymás. Ide tartoznak a streptotrichosisok az agyban, a tüdőben és egyebütt.

A *sejtes* hyphomykosisokra jellemző, hogy a betegség fejlődésének bizonyos szakában a kezdeti elváltozásból általános baj fejlődik, melynek áttételei előszeretettel telepsznek le a bőrben. Az idetartozó betegségeket két klinikai csoportba osztja: sporotrichosis és blastomykosis, a szerint, a mint a gomba inkább sporaszerű vagy blastemaszerű képleteket termel a szervezetben. A *sporotrichosisnak* eddig 7 típusú gombája ismeretes, a melyeket nem tart azonosíthatónak egy faj nevével. Saját esete, melyből *Belák dr.-ral* a Gougerot-típusú gombát tenyésztette ki, az első sporotrichosis-eset hazánkban. Részletesen vázolja a sporotrichosis felettel érdekes klinikai megjelenését, a mely ma legtöbbször észrevétlenül húzódik meg más természetű fertőzések neve alatt. A *blastomykosisoknak* nagy csoportjában kíváncsiak volna a pontosabb botanikai osztályozás, a mely azonban ma még nagyon is kezdetleges. Az idetartozó betegségeket Gougerot nyomán exoaskosisokra és oidiomykosisokra oszthatjuk, a mely előbbiekhöz tartoznak: a saccharomykosis, az endomykosis és a zymonematososis. Ma már valamennyire szolgáltat példát az eseteknek nagy száma.

Kiemeli a kérdés gyakorlati jelentőségét s végül készítményeinek vetítésével mutatja be a betegségek szövettani változatosságát.

b) Bakteriologiai rész.

Belák Sándor: Hivatkozással *Verebély* előadására, kiemeli a bakteriologia jelentőségét a gombás megbetegedések diagnostikájában. Összehasonlító vizsgálatokat végzett a különböző pathogen gombák sajátosságait illetőleg, de ezeket csak röviden ismerteti.

A gombák vizsgálati módszerei a bakteriológiában használatosaktól némileg eltérnek. A táptalaj tekintetében a gombák a szénhidratokban gazdag táplálékot kedvelik, némely faj az alacsonyabb rendű szénhidratokat, a dextrosét és maltosét jobban tudja értékesíteni, mint a magasabb rendű polysaccharidokat. A táptalaj reakciója tekintetében a gombák vizsgálatára alkalmasabbak a neutralis vagy savanyú táptalajok, mert jellemző tulajdonságaik, pl. a sporulatio, savanyú táptalajokon kifejezettebbek. Például a soor savanyú táptalajon blastomyceta alakban nő, lúgos táptalajon hyphákat alkot, vagy a sporotrichum lúgos táptalajokon gyéren és későn készíti spórát, mintha egészen más kultúrával volna dolgunk, míg savanyú táptalajon a spóratermelés jellemző. Fontos még a táptalaj nedvessége részben olyan értelemben, hogy maga a táptalaj legyen nedves, azaz bő víztartalmú, részben pedig, hogy az az atmosphaera, melyben tenyésztünk, legyen kellőleg vízgőzzel telítve. Legmegfelelőbb táptalaj a glycerines burgonya, a lúgos maltoses vagy dextrosés agar és az ú. n. *Sabouraud-féle* savanyú szőlőcukros agar. A vizsgálati módszerek között az in situ való megfigyelés a fontos. E célból több eljárás használatos: 1. a kémlőcső száraz falán való vizsgálat, a mikor a gombának a kémlőcső falára burjánzott részeit vizsgáljuk mikroskoppal, a kémlőcsövet viaszcsappal erősítve a tárgyasztalhoz; 2. a genyet vagy szövetnedvet, melyben spórákat vélünk, a kémlőcső száraz falán csurgatjuk le, a mikor a spórák ott helyben ki-

nőnek és a colonia mikroskoppal vizsgálható; 3. a száraz lemez, a „lamme sèche“. Öblös kémlőcső fenekére parafalemezt helyezünk, a melybe mélyedéseket vágunk. Ezen mélyedésekbe teszszük a tárgylemezeket s az egészet szőlőcukros bouillonnal leöntjük. A gomba kultúrájából keveset a tárgylemezekben szét nyomunk és tenyésztés után mikroskoppal vizsgáljuk.

Az előadó ezután gombák kultúráit mutatja be. Az ismeretes közönségesebb fajok közül bemutatásra kerültek a *saccharomyces*, *penicillium glaucum*, *aspergillus niger*, *aktinomyces bovis* kultúrái. Kevésbé ismert faj a *streptothrix madurae* Vincent, a mely agaron eleinte gombostüfejnyi, csipkézett szélű coloniákat alkot, később borsónyi dudorok alakjában nő. Mikroskop alatt elágazó vékony hyphákból áll.

A *Verebély-féle fehér madura* gyorsan növekedő, glycerines burgonyán hófehér, bolyhos felületű kultúrában növekedő gomba. A *Verebély-féle* felosztás értelmében a solenomycetákhoz tartozik. Az előadó utal egy sajátosra, mely a trichomycetákra és a solenomycetákra való felosztás és a culturalis tulajdonságok között fennáll: a vékony, hajlékony fonálú trichomyceták többé-kevésbé sima felülettel nőnek, levegőhyphákat sohasem mutatnak, ezzel ellentétben a solenomyceták hyphái vastagok, merevek, bolyhos felülettel nőnek, azaz bőven termelnek levegőhyphákat. Idősebb kultúrában a fehér madurán a hyphák degenerálása következtében a bolyhok eltűnnek és vastag, szürkésfehér, borszerű lepedék fejlődik, mely a táptalajról lemezekben leválasztható. Még idősebb kultúrákban a felület hófehér réteggel vonódik be, mely spórákból áll. Mikroskop alatt vastag, tagozott hyphákat látunk, melyek gyorsan degenerálnak, a spórák aránylag kis számban vannak jelen és rövidebb-hosszabb kocsányon ülnek.

A *Verebély-féle fekete madura* gombája culturalis sajátosságait tekintve rendkívül pleomorph. Ránczos, vörös-barna, szőrös felületű coloniák alakjában nő. A pigment a táptalajba is beivódik. A pigmenttermelés legerősebb a *Sabouraud-féle* agaron. Mikroskop alatt vastag tagozott hyphákból áll, melyek gyakorta megduzzadnak, chlamydosporaszerű alakokat mutatva.

A *sporotrichumok* több faja ismeretes, de csak a *Beurmann* és a *Gougerot-féle* típust tárgyalja, az elsőt azért, mert általánosan el van terjedve, a másodikat azért, mert a vizsgált esetből ez tenyésztett ki.

A *Beurmann-féle* törzs agaron gombostüfejnyi-borsónyi kerek koloniákban tenyészik, melyeknek közepe sárgás-barna színű és szürkésfehér sugárkoszorúval van körülveve. Ezek egészen típusos koloniák, könnyen felismerhetők. Később felszínük a spóratermelődés folytán krétafehér lesz. Mikroskop alatt vékony fonalak köré fürtökben vagy szabálytalanul elrendeződött igen nagyszámú spórát látunk.

A *Gougerot-féle* törzs a *Verebély* ismertette esetből más, közelebről nem tanulmányozott bakteriumokkal együtt tenyésztett ki. *Sabouraud-féle* agaron kölesnyi-borsónyi kerek koloniák alakjában nő, melyeknek közepe koromfekete és szürkés-fehér sugárkoszorúval van körülveve. Ha a koloniák összefolynak, koromfekete, kigyóborszerűen ránczos, vastag lepedék keletkezik, a melyen gyakran vannak levegő-hyphák. Míg a *Beurmann-féle* törzs a trichomycetákhoz, addig ez a solenomycetákhoz tartozik. Mikroskop alatt vastag tagozott hyphák láthatók, a melyeken chlamydosporaszerű megduzzadások, továbbá spórák vannak igen nagy számmal szabálytalan vagy fürtös elrendeződésben.

Ezen bakteriologiai lelet jelentősége két irányú: először nálunk Magyarországon az első bakteriologiailag is identifikált sporotrichosis-eset, másodszer ez a gomba a világirodalomban ezúttal válik ismeretessé harmadizben. Az első eset felfedezőjének, *Gougerot-nak* lelete, a másodikat 1912-ben mutatták be Londonban és a harmadik ez a most bemutatott.

A bakteriologiai leletet *Gougerot* Párisban volt szíves felülbírálni.

A sporotrichosisok diagnostikájában a tenyésztésen kívül használatos eljárások még az agglutinatio és a complement-

kötés, mely a gomba spóráival történik. Kultura hiányában a tanulmányozott esetben serologiai vizsgálatok nem végeztek. Az azóta végzett számos kísérlet negatív eredményre vezetett.

A *Verebely*-féle Madura-gombák pathogenitási vizsgálatát céljából több esetben végzett állatkísérletet tengeri malaczon, részben úgy, hogy a gomba kultúrájába mártott pálczikát tört tengeri malacz bőré alá; ezen kísérletekben az állatot megfertőzni egy esetben sem sikerült. A gombák pathogenitását szigorú kritikával kell megítélni, mert a legtöbb ubiquitaer.

Preis Hugó: A thema az orvosi tudományban, főleg nálunk, el van hanyagolva. Meg van győződve, hogy ha az orvosok figyelnének rá, sokkal gyakrabban találának hyphomykosist. Eppen ezért hallgatói előtt bővebben szokta tárgyalni a kérdést, mely nemcsak tudományos érdeklődéssel, hanem nyilvánvalóan gyakorlati értékkel is, a mint azt *Verebely* kifejtette, mert a hyphomykosisok sokszor hasonlítanak lueshez vagy tuberculosishoz és az orvos ennek kezeli, holott a mykosisok jodkálira gyorsan és jól gyógyulnak.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Húsz napig tartott anuria esetét ismertette *Fromme* a göttingeni orvosegyesület január 22.-én tartott ülésén. A 19 éves fiatalembert automobil gázolta el. A sebészeti klinikára hozatva, a bal vese repedését állapították meg s mint-hogy állapota várakozó eljárás mellett rosszabbodott, a harántul repedt bal veséjét eltávolították. Utána az állapota szépen javult, azonban anuriás volt; néhány nap múlva hányás állott be hasmenés kíséretében. Csak a harmadik héten jelentkezett bőrviszketés és mérsékelt arcvizenyő; a vizenyő lassanként a testnek többi tájékára is elterjedt. Subjective a beteg elég jól érezte magát és halála napjáig öntudatán volt. Érverése és hőmérséke nem mutatott változást; izzadást nem észleltek rajta. Álomosság a második héttől kezdve. Fejfájása vagy látászavara nem volt. A 20. napon gyors egymásutánban három görcsroham jelentkezett; az utolsóban beállott a halál. Bonczoláskor a jobb vesét teljesen elsajtosodottnak találták; az ureter oblitérált volt.

PÁLYÁZATOK.

2604/1914.

A jászkiséri községi orvosi állás megüresedvén, ezen állásra pályázatot nyitok.

Ezen állással 1400 korona évi fizetés és 500 korona lakbér van összekötve.

Tartozik megválasztott orvos a törvény és szabályrendeletek által előírt teendőket a megszabott díjak mellett végezni.

Megjegyzem, hogy jászkiséri vagyonos, értelmes lakossággal bíró község, mely az orvosi segélyt szívesen veszi igénybe.

A pusztakúrti uradalom orvosi állását, melylyel 1000 korona évi fizetés van összekötve és mely a községtől 3 kilométernyi távolságra van, is ezen orvos szokta ellátni.

A pályázat határidejéül 1914. évi június hó 15. napját tűzöm ki, mely időn túl betérjesztett kérvények figyelembe vételét nem fognak.

Jászapáti, 1914 május 26.

A főszolgabíró.

1482/1914.

Szabolcs vármegye ligetaljai járásában elhalálozás folytán megüresedett nyiracsádi **körorvosi állás** választás útján való betöltésére pályázatot hirdetek.

A kör szék székhelye Nyiracsád, járási székhely. A körhöz tartoznak még Nyiradony, Nyirábrány, Nyirmártonfalva és Nyiracsád községek, valószínű, hogy még egy község a körhöz fog csatoltatni.

A körorvos évi törzsfizetése 1600 korona, fuvarátalány 600 korona, lakbéré 400 korona és a szabályrendeletileg megállapított gyógykezelési díjak. Szegény betegek ingyen kezelendők. Az elhunyt körorvosnak 1000 korona helyi pótléka volt, melyet az új körorvos is kérelmezhet s megkaphat.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket igazoló bizonyítványokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **flyó évi június hó 15.-éig** adják be, mivel a később érkező kérvényeket elfogadni nem fogom.

A körorvosválasztás határidejét a pályázatok beérkezése után fogom kitűzni.

Nyiracsád, 1914 május hó 16.

Somlyódy, főszolgabíró.

1862/1914.

Szabolcs vármegye ligetaljai járásban Nyirugos székhellyel, Nyirugos, Nyirbéltek, Nyirmihálydi és Nyirgelse községeket magában foglaló újonnan rendszeresített közegészségügyi körben a **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos törzsfizetése 1600 korona és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz.-ben biztosított korpótlék, utiátalánya évi 500 korona, lakbér évi 400 korona.

A szabályrendeletileg megállapított távolsági, beteglatozgatási, kezelési, valamint műtétekért, halottkémlelésért, himlőoltásért járó díjak.

A megválasztott körorvos kézi gyógyszerészre kaphat engedélyt.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám a **flyó évi június hó 15.-éig** adják be, mivel a később érkező kérvényeket el nem fogadom.

A körorvosválasztás határidejét a pályázati kérvények beérkezése után fogom kitűzni.

Nyiracsád, 1914. május 15.

Somlyódy, főszolgabíró.

Alkoholista beteg szakszerű kezelésre,

orvosi felügyelettel felvétetik.

Felvilágosítás nyerhető: **Dr. Stein Fülöp** kir. tan., Budapest, V. ker., Lipót-körút 8 vagy Kurz Antalnál, Versecz, Fonó-utca 13.

Sanatorium Dr. Schweinburg
Zuckmantel

Legmodernebb és legteljesebben berendezett intézet fizikai és diätetikai gyógymódok részére. Előkező tartózkodási hely. Remek fekvés. Legelőssőbb általánnyak. Prospectusok ingyen küldetnek.

Osztr.-Szilézia.

Radium-Inhalatorium. **Uj! Bergonié.** Mesterséges magaslati napsugár. Diathermia.

Erdélyi városban (megyei központ) egy elsőrangú, 26 év óta fennálló, kitűnő hírnévnek örvendő

fogorvosi műterem

félrevonulás miatt, teljes felszereléssel **jutányos árban eladó.** Bővebbet „Petőfi” irodalmi vállalat Budapest, VII., Kertész-utca 16.



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 hatása.

Kellemes 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.