63. évfolyam. 9. szám. Budapest, 1919 március 2.

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.

EGYET. GYÓGYSZ. KÖNYVTÁRA

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Karczag László: Közlemény a budapesti magy. tudományegyetem III. számu belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyetemi ny. r. tanár.) A fény hatása a tuberculosisallergiára. 93. lap.

Dalmady Zoltán: Közlemény az Országos Hadigondozó Hivatal budapesti Császárfürdői intézetéből. Az alföldi napfénykezelésről. 96. lap.

Kuncz Andor: Közlemény a kolozsvári szülészeti és nőgyógyászati klinikáról. (A klinika jelenlegi vezetője: Akontz Károly dr., egyetemi tanár.) Kiviselt tuboovarialis terhesség egy esetéről. 97. lap.

Berger Margit: Közlés a székesfőváros Szent István-közkórházának bőrkórtani osztályáról. (Főorvos: Poór Ferencz dr., egyetemi magántanár.) Adatok a lichen scrophulosorum psoriasiformis kórtanához. 99. lap.

Irodalom-szemle. *Lapszemle. Belorvostan. Schürer:* A kiütéses typhus korai diagnosisa. — *S. Kutezky:* A salvarsan-halál kritikája. — *Buschke:* A syphilis salvarsantherapiája. — *Szülészet és nőorvostan. Benthin:* A magzati élet megtartásáról előlfekvő lepény eseteiben. — *Gyermekorvostan. F. Binz:* A háboru és a születések közti viszony. — *W. Kaupe:* Anyatej és a háboru. — *Rompe:* Parotitis epidemica után fejlődött polyneuritis és meningitis. 101—103. lap.

Magyar orvosi irodalom. 103. lap.

Vegyes hirek. 103. lap.

Tudományos Társulatok. 104—105. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti magy. tudományegyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyet. ny. r. tanár.)

A fény hatása a tuberculosisallergiára.*

(Kisérleti vizsgálatok.)

Irta: *Karczag László* dr.

Az allergia nem specifikus befolyásának problemájára azok a biologiai therapiás szempontok vezettek, a melyeket *Korányi* tanár rózsahegyi előadásában, valamint az „Orvosképzés“ [1] és „Orvosi Hetilap“ [2] hasábjain fejtegetett. A kisérleti tuberculosis terén tanulmányaink oly czélból indultak meg, hogy megismerjük az allergiára ható nem specifikus tényezőket, függetlenül egyelőre attól, hogy azok az emberen a kórlefolyás folyamatára, a betegség súlyosságára miképpen hatnak.[3]

A problema elvi és methodikai megoldását jelentette, hogy aránylag rövid ideig tartó kisérletben a nem specifikus behatás a specifikus reactio menetét és irányát befolyásolni tudta. Több mint három éven át tartó állatkisérleteink és embereken végzett tanulmányaink megismertettek bennünket a tuberculosis-allergiát módosító, fokozó és csökkentő, nem specifikus tényezők sorozatával. Sikerült megállapitanunk, hogy az allergiát mesterségesen befolyásoló tényezőkkel szemben a tuberculosisban szenvedő ember és állat egyformán viselkedik. Vonatkozásokat találtunk továbbá, az állatkisérletek nagy részében, az allergia, a specifikus folyamatok és az élettartam között, a melyek egyeztek az emberen szerzett azon tapasztalatokkal, hogy a nagyobb allergia általában jobb prognosist nyújt, mint a kisebb.

Alkalmasnak bizonyult tehát kérdéstételeink megoldására az a *methodica*, a melyet követtünk és a mely az állatkisérletben combinatiója volt az anatomiai és biologiai elváltozások meghatározásának.

A kisérleteket nagyobb állatcsoportokon végeztük, 5—12 taggal. Egyforma allergiával rendelkező, egyszínű állatokat válogattunk össze a kisérletekhez, szem előtt tartva azt, hogy a fehér állatok reagáló képessége más, mint a tarkáké.

Tekintettel továbbá arra a körülményre, hogy az öreg és nagy tengeri malaczok halálozása a tuberculosissal történt fertőzés után nagyobb, mint a kisebb és fiatal állatoké, és hogy terhes állatok a szülés után gyakran leromlanak; fiatal, átlag 2—3 hónapos, 170—350 gr. súlyú, nem terhes tengeri malaczokkal kezdtük kisérleteinket.

Vigyáztunk az állatok egyenletes megvilágitására és táplálására, minthogy ezek a tényezők az allergiára szintén módositó hatással vannak.

A fertőzésre általában a fiatal, virulens, 4—6 hetes human tenyészetek bizonyultak czélszerűbbnek, a régi, csökkent virulentiájú, bovin-typusú tenyészetekkel szemben, minthogy amazok feltünőbb anatomiai és biologiai elváltozásokat okoznak.

A bacteriumok mennyiségét úgy választottuk meg, hogy a lágyéktáji nyirokmirigy megbetegedésének incubatiója a biologiai incubatio közepére, körülbelül a 10. napra esett, a mit 0·005—0·008 mgr. cultura subcutan alkalmazásával érhetünk el.

A lágyéktáji nyirokcsomó ellenőrzése a többi nyirokcsomóéval szemben kiválóan alkalmas volt a fertőzés okozta anatomiai helybeli elváltozások követésére, mert e mirigy megbetegedése rendszeres, incubatio-ideje egyforma volt, mig más nyirokcsomók anatomiailag rendszertelenül és széles időhatárok között ingadozó incubatióval szüremkedtek be. A nyirokmirigyek tapintása *Behring* sémája szerint történt, graphikai feltüntetésük pedig a tőlünk ajánlott módon.

Az intracutan oltások *Römer* szerint történtek. 0·02, 0·002, 0·0002, 0·00002 cm³ alttuberculinnal, két hetes időközökben. Az állatok átlag 4—8 tuberculinoltást értek meg.

Embereken allergia-vizsgálataink methodikája következőképpen alakult ki: először általánosságban alkottunk magunknak képet a 0·001, 0·003, 0·005 mgr. tuberculin által kiváltott reactiók méretviszonyairól, minőségéről, erősségéről. Majd tömegoltások megejtése után az egyenlő allergiával reagáló egyéneket a hyper-, közép-, hyp- és anergiás typus szerint csoportositottuk és ezek mindegyikéből két csoportot alakitottunk. Az egyik csoport két hétig állott a kisérlet tárgyát tevő befolyás alatt, mig a másik ellenőrzésül szolgált és semminemü kezelést sem kapott. Két hét mulva újra megejtettük az intracutan-reactiót s az eredmények az előző és az ellenőrző oltásokkal történt összehasonlitás után tájékoztattak bennünket a tanulmányozandó behatás eredménye felől. Ily eljárással, vagyis az egyéni momentumok lehető kizárásával sikerült oly módszer birtokába jutnunk, a melynek alapja ugyan a quantitativ viszonyok között végrehajtott tömegkisérlet, de alkalmas arra, hogy rövid idő alatt dönthessük el azt a fontos kérdést, hogy az emberi szervezet tuberculosisallergiáját valamely tényezővel befolyásolhatjuk e?

A tuberculosisallergia mesterséges befolyásolására vonat-

* A Budapesti Orvosegyesületben 1918 április 6.-án tartott előadás.

[1] Orvosképzés, 1917, VII. évf. 1—2. sz., 1. old.

[2] Orvosi Hetilap, 1917, 25. sz., 343. old.

[3] Orvosi Hetilap, 1917.

kozó állatkisérleteink közül azokat a kisérleteket említjük meg, a melyek fénykisérleteink szempontjából is érdekkel birnak. Előre bocsájtjuk az *éhezés és bőséges táplálkozás* befolyását a tuberculosissal fertőzött tengeri malaczok allergiaviszonyaira. Ezek a kisérletek azt mutatták, hogy az éhezés az allergiát csökkentette, a táplálkozás pedig fokozta és hogy az éhező állatok allergiáját fokozni tudtuk, ha bőséges táplálkozásra fogtuk őket.

Ez a példa is élénken mutatja, hogy az állatkisérletben allergiafokozónak bizonyult az a nem specifikus tényező, a mely embereken szerzett tapasztalatok szerint a gyógyulást előmozdítja, és viszont csökkentette az allergiát az a befolyás, a mely embereken kedvezőtlenül hat a gyógyulásra.

Kisérleteink egy további sorozatában azonban megismertük azt is, hogy a fertőzés nyomán beálló nagy allergia csak akkor bizonyul jótékony tényezőnek, ha tartós és ha a szervezet fertőzés elleni védekezése nem veszít egyhamar intensitásából. *Albinotikus és pigmentált* tengeri malaczokon végzett kisérleteink ugyanis azt mutatták, hogy a fehér tengeri malaczok korábban és nagyobb számmal pusztultak el, mint a tarkák. A tuberculinreactio érzékenységi foka pedig azt mutatta, hogy a fehér állatok allergiája nagyobb, mint a tarkáké. Az allergia különbségei még a megbetegedés hatodik hetében is kifejezetten megvoltak, azonban a fehérek reactiói egyre gyengültek, míg a tarkáké állandóbb színvonalon maradtak és inkább emelkedésre való hajlandóságot mutattak. A fehér állatok allergiája tehát a tuberculinreactiók szempontjából sokkal nagyobb, de kevésbé tartós volt, mint a tarkáké, viszont a megbetegedés, illetőleg prognosis szempontjából a mérsékelt, de tartós allergiával védekező állatok állottak jobban.

A *napfényhatásra* vonatkozó allergiakisérleteinkben állatjainkat két nagy csoportba osztottuk, mélyeknek egyikét világosságon, másikát sötétségben tartottuk. Azok június hónaptól kezdve kapták már a kora reggeli napfényt, mely 11 óráig sütött a kalitkákra és így az állatok ez idő alatt közvetlenül a napfény hatásának voltak kitéve, ezentúl pedig diffus világítást kaptak. A tuberculinreactiók úgy intensitásukkal, mint érzékenységi fokukkal kétségtelenül mutatták, hogy a világosságon tartott állataink allergiája sokkal nagyobb volt, mint a sötétben tartott állatoké.

Világosságon tartott állataink allergiája a betegség folyamata alatt (5. héten) alig változott. Viszont a sötétben tartott állatokon kétségtelenül tapasztalhattuk, hogy a tuberculin-érzékenység a betegség előrehaladásával gyengült. A III. tuberculinoltásnál az allergiaváltozásokat illető különbségek még a megbetegedés hetedik hetében is fennállottak.

Kisérleteinket a fényhatás szempontjából szeptember hó ban úgy módosítottuk, hogy a sötétben tartott, előrehaladt tuberculosisban szenvedő állatainkat a világosságra hoztuk. Az állatok a tuberculinoltást tiz napi megvilágítás után kapták, minthogy az oltással az állatok elhalálozása miatt, mely a tuberculosis előrehaladása folytán már esedékes volt, sokáig nem várhattunk. Ez az oltási sorozat azt mutatta, hogy az állatok allergiája ezúttal tovább csökkent és hogy az allergia fény által fokozása a tuberculosis ezen előrehaladt alakjában tiz nap alatt elérhető nem volt. Lehetséges, hogy e tiz napi megvilágítás nem volt elegendő ahhoz, hogy az allergiát átalakítsa, talán azért sem, mert a mikor ezt a kisérletet végeztük, az ég, sajnos, majdnem állandóan borus volt és az állatok csak itt-ott kaptak napsugarat. De lehetséges, hogy állataink allergiacsökkenése a betegség előhaladásával állott kapcsolatban, a mely, mint csökkentő tényező, erősebb volt az allergiafokozó megvilágításnál.

Röviden összefoglalva eredményeinket a világosság, illetőleg napfényhatás és az allergia összefüggésének szempontjából, a következőket mondhatjuk:

1. A világosságon tartott állatok allergiája, színükre való tekintet nélkül, nagyobb volt, mint a sötétben tartott állatoké;

2. az allergia fokozott volta a világosságon tartott állatokon még a betegség hetedik hetében is kimutatható volt;

3. a világosságon tartott állatok allergiája a betegség haladásával kevéssé, a sötétben tartott állatoké ellenben erősen csökkent;

4. a nappali világosság allergiafokozó hatása tengeri malacz előrehaladó tuberculosisában — tiz napi behatás után — nem volt kimutatható.

Érdekes volt megfigyelnünk, hogy a megvilágítás a táplálkozás viszonyait is befolyásolta. A sötétségben tartott állatok mindig nagyobb étvággyal és többet ettek, mint a világosságon tartottak, és a sötétségben tartottak, melyek csaknem kétszeresét fogyasztották el annak a mennyiségnek, a melyet a világosságon tartottak, semmiféle testsúlygyarapodást sem mutattak a megvilágított csoporttal szemben. Úgy látszik tehát, hogy a sötétség erős allergiacsökkentő hatását a bőségesebb táplálkozás sem tudta megfelelően ellensúlyozni.

A fehér állatok allergiája a világosságon és a sötétségben egyformán nagyobb volt, mint a tarkáké.

Hogy a tuberculosisallergia és a fényhatás között mily folyamatok alkotják a biologiai és a biochemiai kapcsolatot, nem dönthető el, de megemlítést érdemel a fény és sötétség néhány antagonista hatása, a mely e folyamatokat némiképpen magyarázhatja. Így a fényhatás alatt megszaporodnak a vörös vérsejtek, több a haemoglobin, a vérmennyiség, növekszik az oxygenfogyasztás, míg a sötétség e hatások ellenkezőjét okozza. A megvilágított állatok vére továbbá absorbeálja a fényenergiát, photoactivvá válik és a szervezet legelrejtettebb sejtjeiben is, ahová fénysugár hatolni nem tud, photochemiai hatásokat vált ki. Megjegyzendő, hogy a fény ezen ismert biologiai hatásai az albinókon sokkal fokozottabbak, mint a pigmentáltakon és hogy így e körülmények figyelmet érdemelnek azon eredményeink értelmezésekor is, a melyeket a színük szerint csoportosított állataink allergiájáról nyertünk.

Kisérleteinket továbbfejlesztve, hozzáfogtunk a *napfény hatásmódjának szín szerint elkülönítéséhez*. E czélra fehér tengerimalaczok csoportjait használtuk fel, melyeket színes üvegekkel ellátott kalitkákban tartottunk, és ugyanolyan körülmények között, mint a fénykisérletekben, egyrészt a közvetlen napsütésnek, másrészt a nappali diffus világításnak tettünk ki. *Vörös, sárga, zöld* és *kék* sugarakkal kisérleteztünk, melyek a spectrumban a lent felsorolt sorrendben követik egymást. A következő összállításban feltüntettük azt a sorrendet, amelyet a szines fényben tartott állatok allergiája két hónapon keresztül mutatott és amelyből látható, hogy a zöld és sárga színben tartott állatok allergiája következetesen gyengébb volt, mint a kék fényben tartottaké, és hogy a vörös szín hatása alatt az allergia kezdetben csökkent, később pedig erősen fokozódott.

Spectrum	vörös	sárga	zöld	kék	
I. oltás	vörös	sárga	zöld controll	kék	
II. oltás		sárga	zöld controll	kék	vörös
III. oltás		sárga	zöld controll	kék	vörös

Hogy a vörös szín atypusos viselkedésének mi az oka, nem tudjuk megmondani, azonban kétségtelen, hogy a napfénynek szines sugárrészletei a tuberculosisallergiát erősen vagy kevésbé erősen fokozták és hogy az allergiát erősen fokozó homogen-színsugarak, tehát a kék sugarak alkalmazásával az allergiát jobban lehetett fokozni, mint a kevert napfénysugarak alkalmazásával.

Azok az eltérések, melyeket az állatok tuberculinreactiói a szines megvilágítás szerint mutattak, nem durván szembeötlők ugyan és megítélésük gyakorlatot igényel, de azokat

kifejezett anatomiai különbségek is kisérték, melyek kétségtelenül mutatták, hogy a kisérleti állat az allergiát erősen vagy kevésbé erősen fokozó színsugár-csoportnak volt-e kitéve.

Az allergia és az anatomiai elváltozások közötti összefüggések ismertetése előtt azon tanulmányainkra térek ki, melyekben a *Röntgen-sugarak* hatását tanulmányoztuk az allergiára. Ezen kisérleteket *Elischer* magántanárral végeztük. A kisérleti állatok egyik csoportja kis dosis, másik csoportja nagy dosis Röntgen-besugárzást kapott. A kis dosissal kezelt tengerimalaczok allergiája kezdetben csökkent, de csakhamar emelkedett, és ennek megfelelően késői volt az állatok elpusztulása is. A nagy dosissal kezelt állatokon általános hatás mellett erősen csökkent az allergia és korai volt az állatok elpusztulása. Az anatomiai elváltozások, egybehangzóan a szines fényen tartott állatokéival, szintén bizonyos összefüggéseket mutattak az állatok tuberculosis allergiájával.

Szines fényen tartott állatainkon mindenekelőtt *a lép nagysága* volt az, amely a színbehatás szerint különbségeket és összefüggést mutatott az allergiával. Legnagyobb lépe volt a nagy allergiás, kék fényen tartott állatoknak, legkisebb a sárga fényen tartott kis allergiás állatoknak, míg a többi állat lépének nagysága az allergia erőssége szerint könnyen felismerhető átmeneteket tüntetett fel.

A lép külső alakja mellett *a lép súlyviszonyai* is határozottan mutatták, hogy a napfény szines sugárrészletei különböző anatomiai viszonyokat teremtenek, aszerint, amint az allergiát erősebben, vagy kevésbé erősen tudják befolyásolni. Durván összeadva a szines megvilágításnak kitett állatok lépének súlyát, a következő számeredményeket kaptuk:

a sárga színbehatásnak kitett	tíz	tengerimalacz	lépének	súlya	41·1	gr.
a vörös	„	„	„	„	48·3	„
a zöld	„	„	„	„	51·1	„
a controll	„	„	„	„	57·0	„
a kék színbehatásnak kitett	„	„	„	„	62·2	„

A tüdőtuberculosis és a léptuberculosis összehasonlításakor kitűnt, hogy a kettő között határozott *antagonismus* állott fenn, hogy súlyos léptuberculosisnak könnyű tüdőtuberculosis felelt meg és megfordítva. A májtuberculosis a tüdőtuberculosissal szemben ugyanazon eltéréseket mutatta, mint a léptuberculosis. Bonczolási leleteink jegyzőkönyvi és tabellaris rögzítése szükségessé tette a szervi elváltozások bizonyos osztályozását.

Felosztottuk a tüdő tuberculosisát a tuberculumok számának és alakjának megfelelően, valamint az elsajtosodás szaka szerint, és a kettőt összevonva, állapítottuk meg az elváltozás súlyosságát.

A tüdő tuberculosisának felosztása a tuberculumok száma és nagysága szerint.

I = egy-egy kicsiny göbcse.
II = elszórtan kicsiny göbcsék.
III = számos telehintett kisebb-nagyobb göbök.
IV = igen sok, nagy és területekké confluáló göbök.

A tüdő tuberculosisának felosztása az elsajtosodás szaka szerint.

I = intransparens göbcsék.
II = kezdődő elsajtosodás valamennyi góczban, vagy egy-egy gócz teljes elsajtosodása.
III = több vagy valamennyi gócz elsajtosodása, vagy egybefolyó területek elsajtosodása.
IV = üregképződés.

A tüdő tuberculosisának szaka az elváltozás súlyossága szerint.

I = könnyű tuberculosis.
II = középsúlyos tuberculosis.
III = súlyos tuberculosis.
IV = igen súlyos tuberculosis.

A máj tuberculosisának felosztása.

I = könnyű tuberculosis, néhány különálló góczczal.
II = mérsékelt tuberculosis, több különálló góczczal.
III = súlyos tuberculosis, nagyobb területekké egybefolyó necrosisokkal.
IV = nagyon súlyos tuberculosis, erősen kiterjedt necrosisokkal.

A tüdőtuberculosis minősítése, illetőleg súlyossága.

Tüdőtuberculosis a tuberculumok száma és nagysága szerint	Tüdőtuberculosis az elsajtosodás szaka szerint	Tüdőtuberculosis súlyossága
I	I	I
I—II	I	I
II	I	I
II—III	I	II
III	I	II
I	II	II
I—II	II	II
II	II	II
II—III	II	III
III	II	III
III—IV	II	III
I	III	II
I—II	III	III
II	III	III
II—III	III	III
III	III	III
III—IV	III	IV
I	III	III
I—II	IV	III
II	IV	IV
II	IV	IV
II—III	IV	IV
III	IV	IV
III—IV	IV	IV
IV	IV	IV

Táblázataink a sárga és kék fényben tartott állatok szervi viszonyait mutatják, amelyekből kétségtelenül kitűnik a tüdő, a máj és a lép közötti antagonismus.

A sárga fényen tartott állatok szervi elváltozásai.

Szám	Élettartam	Tüdőtuberculosis- göbcsék	Tüdőtuberculosis- elsajtosodás	Tüdőtuberculosis szaka	Májtuberculosis szaka	Lép súlya
3	48	I	I	*I*	*III*	3·8
7	54	III	I	*II*	*III*	2·0
1	54	III	I	*II*	*III*	6·5
10	55	I	I	*I*	*III*	5·0
6	68	III	III	*III*	*II*	6·0
8	68	I—IV	II	*II*	*III*	4·0
4	69	II—III	II	*III*	*I*	3·5
5	69	III	III	*III*	*II*	2·5
9	69	III	III	*III*	*III*	4·0
2	70	I	I	*I*	*III*	3·8
					Összsúly ...	41·1

A kék fényen tartott állatok szervi elváltozásai.

Szám	Élettartam	Tüdőtuberculosis- göbcsék	Tüdőtuberculosis- elsajtosodás	Tüdőtuberculosis szaka	Májtuberculosis szaka	Lép súlya
7	42	III	I	*II*	*III*	3·5
9	57	III—IV	IV	*IV*	—	4·0
1	58	—	—	—	*III*	4·5
2	60	II—III	II	*III*	*III*	8·2
4	67	II—III	I	*II*	*I*	6·0
3	68	II	II	*II*	*III*	8·0
6	69	I—II	II	*II*	*III*	9·5
5	71	II—III	II	*III*	*II*	8·0
10	73	I—II	I	*I*	*II*	5·5
8	77	II	I	*I*	*I*	5·0
					Összsúly ...	62·2

A Röntgen-sugarakkal kezelt állatok szervi eltérései azt mutatták, hogy a kis dosis Röntgen-sugarakkal kezelt állatok tüdő- és léptuberculosisa enyhébb volt a napfényen tartott controllállatokénál. Mérsékeltebb tüdőtuberculosisnak mérsékeltebb léptuberculosis felelt meg, amely folyamatokban tehát

a Röntgen-sugarak ismert affinitasa a lép- és nyirokrendszerhez szintén kifejezésre jutott. A Röntgen-sugarak ezen általános hatása a nagy dosissal kezelt és életben maradt állatokon is kimutatható volt, bár a szervi elváltozások úgy a májban és lépben, mint a tüdőben súlyosak voltak. Tehát a tuberculinreactiók, az állatok elpusztulása és az anatomiai eltérések a kis Röntgen-dosisokkal kezelt állatokon összefüggésben állónak látszottak, viszont a nagy Röntgen-dosisok az allergiát csökkentették és súlyosabb anatomiai elváltozásokkal jártak.

Állatkisérleteinkből megismertük azt a hatást, melyet a napfény a tuberculosisallergiára gyakorol; láttuk, hogy a napfény a tuberculosisallergiának hathatós támogatója, míg a sötétség ennek csökkentője. A fény és sötétség antagonismusa a betegség progressiója közben is kifejezésre jutott a megvilágított állatok fokozott allergiájában, amely a folyamat súlyosbodásával kevéssé csökkent, ellentétben a sötétségben tartott állatcsoportéval. A sötétségben tartott, előrehaladt tuberculosisban szenvedő állataink csökkent allergiáját tíz napi megvilágítás nem tudta fokozni.

A napfény hatásmódjának színszerinti elkülönítésére vonatkozó kisérleteink kétségtelenné tették, hogy a napfény szines sugárrészletei az allergiát erősen vagy kevésbé erősen tudják fokozni és hogy a hatás sorrendje általában, a spectrum színsorozatának megfelelően, a sárgától a kékig emelkedik. Az allergiát a homogen kék sugarak erősebben fokozták, mint a kevert sugarak. Eredményeink nemcsak a tuberculinreactiókra, hanem azon szervi eltérésekre is vonatkoznak, melyeket az állatok a szines besugárzás hatása alatt mutattak és amelyek kétségtelenné tették, hogy a nagy allergiás állatoknak nagy a lép- és májtuberculosisa és kisfokú a tüdőtuberculosisa, míg a kis allergiás állatokon e viszonyok megfordítottja található. *Elischer* magántanárral végzett kisérleteink a kis Röntgen-dosisok allergiafokozó és a nagy Röntgen-dosisok allergiacsökkentő hatását mutatták, valamint a Röntgen-sugarak oly irányú általános biologiai hatását, amely a szervek specifikus elváltozásainak mérséklésében nyilvánult meg.

Közlemény az Országos Hadigondozó Hivatal budapesti Császárfürdői Intézetéből.

Az alföldi napfény kezelésről.

Irta: ***Dalmady Zoltán*** dr., egyetemi magántanár.

Ma már bebizonyított dolog, hogy nemcsak a havasokban, hanem a völgyekben, tengerpartokon és alföldeken is lehet eredményes napkúrát végezni (*Poncet* és *Leriche*, *Bobroff*, *Malgat*, *Lobmayer*, *Vulpius*, *Keller* stb.), de viszont kétségtelen, hogy a havasi napfény hatalmasabb és jobban használható gyógyító tényező, mint a mélyfekvésű helyek napfénye (*Borchard*, *Bier*, *Wilms*, *Reichel* stb.).

A különbség oka — a havasi klima egyéb tényezőinek gyógyító hatását nem számítva — nemcsak abban keresendő, hogy a havasokban, különösen télen, nagyobb a napfénytartam s így alkalmasabbak egész éven át végzett kúrára. Az alföldeken is elég hosszú a nyári félévben a napfény tartama, gyakran hosszabb, mint némely hegyoldalban fekvő havasi gyógyhelyé s így a gyakorlatban nincsen lényeges akadálya, hogy az alföldön is, legalább féléven keresztül rendszeres napkúrát végeztessünk. Az alföldi napkúrák kisebb eredményességének oka inkább abban keresendő, hogy egyrészről a napsugárzás minősége és mennyisége más, másrészről pedig a napfürdőzés lehetőségeit és mellékhatásait is befolyásoló meteorologiai viszonyok mások, mint a magas hegyeken.

A havasok napfénye erősebb és sugarakban gazdagabb, mint az alföldeké. A levegő a rajta áthaladó fény egy részét elnyeli, úgy hogy a föld felszínére kevesebb fény érkezik, mint a mennyi a légkör felső határára jutott. Különösen a levegő mélyebb fekvésű rétegeinek nagy a fényelnyelése, minek okát a nagyobb vizpára-, por- és füst-tartalomban kell keresnünk. *Violle* mérései szerint a Montblanc magasságában a napsugárzás eredeti intensitásából csak 6%-ot vesztett, de a tengerszínen 20—30% veszteségre biztosan számíthatunk. Városok füstös légkörében akár 75%-kal csökken a napsütés erőssége. Természetes, hogy minél hosszabb utat kell a fénysugárnak a levegőben megtennie, tehát minél alacsonyabb a napállás, annál negyobb lesz e veszteség.

A napsugárzás e gyengülése nem egyforma a színkép minden részén s e körülmény folytán *az alföldnek napfénye minőségileg is más, mint a havasoké.* Míg az ibolyántúli és ibolyasugárzásoknak csak 39—42%-a érkezik a föld színére, addig a vörös és vörösalatti sugárzásból 70—76% *(Langley)*. Különösen a vegytani és élettani hatásokkal biró rövidhullámhosszúságú sugarak intensitása gyöngül oly számottevően, hogy egy részük gyakorlatilag teljesen hiányzik az alföldek napfényéből. Míg a havasokban még a 295 $\mu\mu$ hullámhosszúságú sugarak is megtalálhatók, addig az alföldön a napsugár színképe rövidebb s rendesen már 310 $\mu\mu$ előtt végződik, bár kétségtelen, hogy egy-egy kivételes alkalommal rövidebb hullámhosszúságú sugarak is leérkeznek a levegő alsóbb rétegeibe is. Nyáron, magasan járó nap idején az alföldek napja is elég gazdag ibolyántúli sugarakban, hogy kifejezett biologiai hatásuk legyen; elég a földmunkások erősen barnult arczára utalnunk. A havasi napfény egyik legnagyobb előnye mégis abban keresendő, hogy a színkép rövidhullámú része a havasokon intensivebb és extensivebb, mint az alföldeken.

Miként lehetne az alföldi napfény e hiányzó vagy gyenge részeit pótolni?

A kérdés megoldása aránylag egyszerű és technikai akadályokba nem ütközik. Vannak mesterséges fényforrásaink, melyek rövidhullámú sugarakban igen gazdagok, sőt mondhatnók, túlságosan gazdagok. Ilyen a higanygőzös kvarczlámpa, mely *Bach* kezdeményezése óta könnyen kezelhető alakban „mesterséges havasi napfény" név alatt van forgalomban. Fénye vonalas színképet ad, mely legsűrűbb a színkép rövidhullámú részén s *Pflüger* mérései szerint energiájának legnagyobb részét is ezekben a sugarakban adja. Színképe egész a 200 $\mu\mu$-ig terjed, olyan sugarakat tartalmaz tehát nagy mennyiségben, minők a napfényben sem az alföldeken, sem a havasokban soha elő nem fordulnak.

Az ultraviola sugaraknak e túlnagy gazdagsága, a phtoklimában elő nem forduló sugarak jelenléte és a színkép hosszúhullámú részének hiánya, illetőleg energiátlansága okozza, hogy a kvarczlámpa mindennek inkább mondható, mint mesterséges havasi napfénynek. Sem physikai tulajdonságai, sem biologiai hatásai s így természetesen gyógyító képességei sem azonosak a természetes nap fényével. Erre a körülményre már sokan *(Hagemann, Schanz, Axmann* stb.) erélyesen rámutattak.

A kvarczlámpa túlságosan izgató sugarainak kirekesztésére olyan fényszűrők („Uviol-film") vannak használatban, melyek a színképnek 290 $\mu\mu$-nál rövidebb hullámú sugarait elnyelik. Ezáltal csak a napban is előforduló elemek maradnak meg s lehetővé válik a besugárzás hosszabb alkalmazása, mert nem kell túlheves reactiótól félni.

Hiányzik azonban a spectrum vörösön felüli része, pedig a gyógyító hatásban ennek is számottevő része van. Tudjuk, hogy e sugarak hatolnak legmélyebben a testbe és hogy bacteriumölő képességük is jelentős (*Wiessner*). Bizonyos, hogy azon különbségek, melyek a szűrt kvarczlámpafény és a napfény biologiai hatásaiban mutatkoznak, a hosszúhullámú sugarak hatásosságában lelik magyarázatukat. Elég arra utalnom, hogy a napfényen szerzett lesülés további kvarczlámpabesugárzásokkal fenn nem tartható.

A kvarczlámpában hiányzó sugarak pótlásának gyenge kisérlete a *Hagemann*-gyűrű, vagyis a kvarczlámpa köré elhelyezett néhány izzólámpa. Ezeknek fénye, spectruma s különösen az energia eloszlása a színképben egészen más, mint a napfényben. (Az izzólámpa energia-maximuma 1400 $\mu\mu$-nál, vagyis az infravörösben, a napsugáré 560 $\mu\mu$-nál, a sárgás-zöldben van.)

Ha az alföldi napfényt a kvarczlámpa szűrt fényével egyszerre és egyidőben alkalmazzuk, olyan sugárzással dolgozunk, mely nagy mértékben megközelíti a havasi napfényt.

A kvarczlámpát tehát ki kell vinni a szobából s a napfürdős udvaron vagy terraszon kell felállítani. A levetkőzött beteg künn fekszik a napon; mellette áll körülbelül $1^1/_2$ méter távolságra a kvarczlámpa uviol fényszűrővel úgy elhelyezve, hogy árnyékot ne vessen a betegre. A besugárzás az ismert szabályok szerint emelkedő dosisokkal 20—120 perczig tart. Érzékenyebb bőrű betegek a kezelési időnek csak egy részében kapjanak ily kombinált besugárzást s különben csak rendes alföldi napfényt.

Intézetünkben jó idő óta alkalmazzuk ezt a kombinált kezelést, a mennyire megítélhető, kitünő eredménnyel. Az eredmény jobbnak látszik, mint a minőt csak napfürdőktől vagy csak kvarczlámpától, vagy a kettőnek váltogatott alkalmazásától látni szoktunk.

Ki kell emelnünk, hogy a simultan alkalmazásoktól más eredményeket várunk, mint az egymásutánitól. A napfény és kvarczlámpa felváltva alkalmazása évek óta általánosan használatos mindenütt, a hol heliotherapiával foglalkoznak. Borult vagy kellemetlen időben kvarczlámpa alá kerül a különben napkúrázó beteg. A mindennapi tapasztalás bizonyítja, hogy az alföldön végzett ilyen kezelés nem vetekedhetik a magaslatok napkúrájával. Számos észlelet szól amellett, hogy egyszerre kell a spectrum minden részletét használni s nem egymásután, mert a különböző hullámhosszúságú sugárzások a simultan alkalmazásban kölcsönösen befolyásolják egymás hatását.

Hogy ez a kölcsönös befolyásolás miben áll, még nem egészen tudjuk. A látás élettanából ismeretes, hogy a színkép különböző részeinek egyszerre alkalmazása másféle színérzéseket kelt, vagyis szervezetünkre másféle ingerhatást gyakorol, mint e keverék alkotórészei külön-külön. Lehet, hogy a fénynek nemcsak a látóidegre gyakorolt hatása ilyen, de hasonló jelenségek mutatkoznak a fény egyéb biologiai hatásaiban is. Lehet, hogy a nagyobb behatoló képességű, a bőr mélyebb rétegeire hatással levő hosszúhullámú fény úgy módosítja a szövetek és sejtek működését, hogy a rövidhullámú sugarakat elnyelő felső rétegek reactiomódja is megváltozik. Vagy vice versa. Lehet, hogy a sugárzóhőtől beálló vérkeringési változások is részesei a szóban forgó hatások előidézésének. *Sobotka* kisérletei amellett szólnak, hogy az activ hyperaemia a fényhatások kifejlődését elősegíti. A napfürdőben — ellentétben a *Finsen*-kúrával — mindig hyperaemiás bőrre hat a fény, hiszen a bőrben a hősugarak hatása alatt hamarosan activ hyperaemia támad.

Számítás szerint e kombinált besugárzás a legnagyobb mértékig megközelíti a havasi napfény tulajdonságait s remélhető, hogy az eredmények a számítás helyességét igazolni fogják.

Egy másik figyelemre méltatandó különbség, hogy az alföldeken a napfürdőzés lehetőségeit és mellékhatásait befolyásoló meteorologiai viszonyok mások, mint a magas hegyeken.

A meleg évszakban az alföldi napsugárzásnak legnagyobb akadálya maga a meleg. A levegő hőmérséklete és páratartalma igen gyakran — néha heteken át — olyan, hogy még az árnyékban tartózkodó pihenő ember is alig tudja thermikus egyensúlyát megtartani és a mulhatatlanul szükséges hővesztést biztosítani. A napfényen a besugárzással nyert meleg eszerint elkerülhetetlenül felhevíti a testet, minek következtében a tűrhetetlen forróságérzés, elbágyadás, szédülés, főfájás, sőt komolyabb meningealis tünetek (hányás) kellemetlen jelenségei lehetnek a vigyázatlanul adott alföldi nyári napfürdőnek. A havasokon a levegő hűvössége és szárazsága még nyáron is lehetővé teszi, hogy a napsütésben fekvő ember nemcsak termelt melegét, hanem az elnyelt napsugarakból származó energiát is elveszítse s így hőmérsékletét egyensúlyban tartsa. Az alföldi téli napfürdőkről, miután gyakorlatilag csekély jelentőségűek, nem szólunk.

Intézkedéseinknek tehát a felhevülés elkerülésére s a test szükséges hővezetésének biztosítására kell irányulniok. A feladat megoldása nem egyszerű, de az alább felsorolt szabályok és intézkedések kielégítő gyakorlati eredményt adnak.

1. *A napkúrát lehetőleg a kora délelőtti órákban kell venni;* nyáron 7—10 óra között (csillagászati idő), tavaszszal és őszszel később. A levegő rendesen a reggeli órákban a legtisztább s a derültség is ebben a napszakban a legvalószínűbb. Az alacsonyabban álló napból is elég gazdag sugárzás érkezik a földre, mert a tiszta levegő vastag rétege sem okoz nagyobb veszteséget, mint délben a magasabban álló napfényből az átlátszatlanabb levegő keskenyebb rétege. A levegő reggeli hőmérséklete rendesen elég hűvös ahhoz, hogy a beteg egy-két óra hosszat is fekhessék a napon.

2. *A napkúrázás lehetőleg olyan helyen történjék, a hol a beteg környezete nem hevül fel túlságosan a napon.* Zárt udvarok, körülfalazott színek falai és talaja igen felmelegszenek s hősugárzásuk, valamint reflektált, hosszúhullámú sugarakban gazdag fényük, lehetetlenné teszi, hogy a napkúrázó teste kisugárzás útján meleget veszítsen. A környezet legyen tehát lehetőleg hűvös és nehezen felmelegedő. Legalkalmasabb az élő növényzet. A talaj és a környezet *locsolásával* igyekeznünk kell fenntartani és fokozni a beteg teste és a környezet közötti hőmérséklet-különbséget. Ügyelnünk kell azonban arra — a mi különösen zárt és nem szellőzött udvarokon könnyen bekövetkezhetik —, hogy a locsolás a levegő páratartalmának emelésével fülledtséget ne okozzon. A hol a vízzel takarékoskodni nem kell, bizonyára beválna olyan berendezés, mely a beteget legalább három oldalról állandóan permetező vízeséssel venné körül.

3. *Gondoskodjunk megfelelő légmozgásról.* A levegő mozgása, különösen az elpárolgás elősegítésével, igen jelentékenyen elősegíti a test hővesztését. Ha szellő nincs, akkor *motoros szellőztetőt* állítsunk a beteg közelébe. Tapasztalásom szerint e berendezés még nagy melegben is lehetővé teszi a hosszas napkúrázást.

4. *Czélszerű a beteg testét időről-időre hideg vizes ruhával végigmosni,* vagy akár douche-sal, öntözőkannával végiglocsolni, ha a fekvőhely természete ezt megengedi. A fejre gyakran váltott hidegvizes turbánt tegyünk, mely egyúttal a szemek befedésére és oltalmazására is szolgál.

Összefoglalás: Az alföldön csak a meleg évszakok alkalmasak napkúra végzésére. Az alföldi napfényből hiányzó vagy benne gyengén képviselt rövidhullámú sugárzást a napfénynyel egyszerre és egy időben alkalmazott szűrt kvarczlámpasugárzással kell pótolni, miáltal az alkalmazott fény színképe a legnagyobb mértékben megközelíti a havasi nap fényét. A felhevülés ellen mesterséges beavatkozásokkal — kisugárzás biztosítása, szellőztetés, hidegvizes lemosások stb. — kell védekezni.

Közlemény a kolozsvári szülészeti és nőgyógyászati klinikáról. (A klinika jelenlegi vezetője: Ákontz Károly dr., egy. magántanár.)

Kiviselt tuboovarialis terhesség egy esetéről.

Irta: *Kuncz Andor* dr., I. tanársegéd.

Veit[1] a tuboovarialis terhességet következőképpen jellemzi: A pete nagyobbrészt az egyik tubában fejlődik, mely tubának abdominalis vége az ovariumhoz vagy a cystásan elfajult ovariumhoz lenőtt, úgy hogy az érett *Graaf*-folliculus megrepedése után a pete a tubába lép és ott találkozva a spermatozoonnal, megtermékenyítve beágyazódik.

A tuba abdominalis vége rendszerint zárt, bár közöltek olyan eseteket is, hol csak finom álhártyák szűkítették az abdominalis véget (*Haszfurther*), és a hol finom nyilást is lehetett találni (*Derth*). Kiviselt tuboovarialis terhességet *Veit* szerint eddig még nem észleltek.

[1] *Döderlein:* Handbuch d. Geburtshilfe, II. kötet, 385.—386. lap.

A *Scheffzek*[2] által közölt közel kiviselt tuboovarialis terhességet *Veit* inkább hajlandó fimbria ovaricaban fejlődő terhességnek felvenni.

Az általunk észlelt eset adatai a következők:

36 éves nullipara, első vérzés 15 éves korában, 4 hetenként ismétlődik, 4—5 napig tart.

Állítása szerint hosszasan beteg nem volt. 4 év előtt 10 napig tartó alhasfájdalmai voltak, vérzése akkor 2 hétre jött, 2 hétig tartott, 1 hétig feküdt, felkelése után megint normalis lett a menstruatiója és minden panasza megszünt.

Jelen állapotára a következőket adja elő:

Utolsó rendes vérzés 1917 május elején, június elején 1—2 napig tartó vérzés jelentkezik, majd 3 napi szünet után megint vérzés áll be erős görcsökkel. A görcsök az egész alhasra kiterjednek, eleinte 1—2 napi szünet van, nem ájult el. Június közepe óta 6 hétig tartó görcsös állapot, a görcsök később inkább a bal alhasfélre lokalizálódtak és annyira erősek és állandóak voltak, hogy csak pantopon-injectiókra volt 5—6 órai szünet.

8 hétig feküdt egyfolytában, október elején megint 2 hétig hasonló, de nem oly erős görcsök miatt.

Künnléte alatt június közepén S. A. kolozsvári szülészspecialista vizsgálta és terhességet állapított meg rajta graviditas ectopica gyanujával.

Klinikánkra első izben 1917 október 31.-én vettük fel.

Az akkori lelet a következő volt:

A hüvelybemenet kék, p. vaginalis $^1/_2$ cm., méhszáj újjhegynyi, symphysis felé szorított elül, annak felső karimájánál. A hátulsó hüvelyboltozatot nagy gömb segmentuma domborítja le, melyben ballottáló magzatfej benyomását tevő képlet. A hasat kitöltő képlet vége 3 újjnyira a köldök fölött elastikus tapintatú. Baloldalt a köldök alatt magzati szívhangok hallhatók.

Bennléte alatt láztalan volt és november 9.-én azzal bocsátottuk ki, hogy terhessége 8. hónapjában már jelentkezzék és előre figyelmeztettük a szülés nehézségeire, miért is a klinikára való bejövetelt feltétlenül szükségesnek tartottuk.

A terhességet 6.—7. hónapban levőnek vettük és ennek megfelelően január elejére való bejövetelt ajánlottunk.

Betegünk ennek daczára csak február 13.-án jelentkezett.

Előadta, hogy körülbelül 4 nap előtt 2 napig tartó görcsös állapota volt, azt hitte, hogy szülni fog, de minthogy látta, hogy ez nem következik be és a magzatmozgást sem érzi már, jött be klinikánkra.

Felvételkor a következőt találjuk.

A hasat kitölti egy puhább elastikus képlet, melynek felső határa a köldök fölé 4 újjnyira ér, alsó polusa mélyen lenyulik a medencze üregébe.

Belső vizsgálatkor a magzati fej vékony csontú, könnyen benyomható és feltűnő közel, érezhető a bedomborított hátulsó hüvelyfalon keresztül. A portio nem érhető el, a fej annyira szorosan kitölti a medenczeüreget, hogy az elől szűk résen át tapintó ujj nem tudja elérni a portiót.

A képlet jobboldalán körülbelül ökölnyi izomtapintatú göb, mely tapintáskor összehúzódik, majd később megint elernyed és ilyenkor az egész hasat kitöltő képlettől nehezebben különíthető el. A képlet fölött sehol magzati szívhangok nem hallhatók, a köldök tájékán állandó fúvó zörej, mely méhzörejnek felel meg.

Diagnosisunk felállításakor a terhességet bizonyos jelek alapján megállapítottuk.

A differentialis diagnosis szempontjából szóba jött a graviditas ectopica és graviditas retroversionis uteri partialis.

Az első leletünk alapján ez utóbbi felé hajoltunk. A petezsák és a magzat elhelyezkedése annyira utánozta az intrauterin terhességet, hogy ha számításba vesszük azt is, hogy a méhet külön nem lehetett akkor még kitapintani, részint a hasfal feszessége miatt, részint azért, mert a felpuhult méh és a vele szorosan összenőtt petezsák között a consistentiabeli különbség is igen csekély lehetett, jogosnak kell tartanunk a diagnosisnak ilyen irányban való felvételét.

A terhesség elején jelentkező erős görcsök, melyek a terhesség előrehaladásával lassanként kimaradtak, szintén megfeleltek eme feltevésünknek és magyaráztuk azzal, hogy a lenőtt méh részleges kiemelkedése közben jelentkeztek ezek a tünetek.

Mikor másodszor volt alkalmunk észlelni az esetet, az akkori lelet alapján az extrauterin graviditas mellett kellett állást foglalnunk. A jobboldali ökölnyi izomtapintatú képlet, mely dörzsölésre, tapintáskor reagál, összehúzódik, a méhtest benyomását tette és a tőle baloldalt elhelyezett vékonyfalú zsák, melyen keresztül úgy a hasfal, mint a hátulsó hüvelyfal mögött lévő magzatrészek oly jól voltak átérezhetők, petezsáknak imponált. Az a körülmény, hogy 2 napi hiábavaló szülőtevékenység után a magzat elhalt, szintén méhenkívüli terhesség mellett szólt.

Tehát a másodlagos hasürterhesség diagnosisát állítottuk fel és tekintettel az elhalt magzatra, bevártuk azt az időt, a mikor a tágult erek esetleges thrombosisa révén már kevesebb veszedelem fenyegette elvérzés szempontjából betegünket és akkor határoztuk el a műtétet.

1918 február 24. én operáltuk betegünket.

Lumbalis analgesiában (2 cm^3 5%-os tropacocain Merck) kezdtük műtétünket, körülbelül 1 órai teljes érzéstelenség után kissé nyugtalanabb lesz a beteg, miért kevés aethert és chloroformot adunk. A műtét tartama 1 óra 20 percz. Tekintettel orvosi személyzetünk hiányára, felkértük *Hevesi* tanárt és *Steiner* magántanárt segítségünkre és ezúton is hálás köszönetünket fejezzük ki ebbeli fáradságukért.

A köldök fölé meghosszabbított hasmetszés és a peritonealis ür megnyitása után a képlet kigördítése. Jobb oldalán tömeges méh látható, jobboldalt ép tubával és ovariummal, baloldalt szorosan összenőtt puhább falú képlet, melynek tetején kacskaringós erek tömege tűnik át (lepény helye); a képletet mozgékonyságában és teljes kigördítésében gátolja az a körülmény, hogy a colon transversum elég szorosan odanőtt, valamint az omentum egy része is, oldalt pedig a ligamentum latum lemezei rögzítik.

A colon transversum óvatos leválasztása után az esetleges vérzést elkerülendő, először is a lig. rot. és lig. latumot kötjük le kifelé külön-külön, a méh jobb sarkán együttesen. Az art. és ven. spermaticae és lig. rotundum átmetszése után könnyen sikerül a lig. latum lemezei és a képlet közé jutni.

A hólyag és az oldalsó parametriumok felé óvatos leválasztás, majd Trendelenburgban a Douglas felé haladóan sikerül a fejet tartalmazó igen vékony falú petezsáknak is sérülés nélkül való leválasztása a végbélről és így kigördítve a képletet a legcsekélyebb vérzés nélkül, teljes eltávolítására legczélszerűbbnek látszik az uterinák cervicalis lekötése után a méhnek supravaginalis amputatiója.

A csonk ellátása mint rendesen.

Elég nagy üreg marad vissza, különösen a Douglasban, meg a bal parametriumban is, melynek drainezéséről nem merünk lemondani, miért is a hüvely hátulsó falára való rámetszés után jodoform-gazecsíkkal drainezzük az üreget és felette a lig. latum lemezeit és a colon transversumot is fel kellett használnunk az üreg fedésére. Toilette. Hasvarrat. 2—3 napig 38°-ig megy a hőemelkedés, de azután teljesen láztalan lefolyás, közbe-közbe 37·5—37·6 hőmérsék váladékpangás miatt.

A hasseb per primam gyógyult, a draint először a 6. napon cseréljük meg, kissé véreses savós váladék, a 12. napig még kétszer kissé genyes váladék, azután kötés nélkül marad.

A negyedik hét végén felkeltjük; baloldali parametrium még kissé vastagabb, de nem érzékeny, a méhcsonk jól mozgatható, exsudatum nincs.

Teljesen jól van, erősödik, künnjár. Kimenetele előtt még parotitis epidemicát kellett elszenvednie; a műtét utáni 40. napon egészségesen távozik intézetünkből.

Az eltávolított képlet felső polusa szélesebb, alsó polusa

[2] *Scheffzek:* Arch. f. Gynaek., 83. kötet, 422 lap.

keskenyebb. A képlet jobb oldalán lévő méh jóval nagyobb, hossza 12·5 cm., szélessége mintegy 5—6 cm. Fala jóval vastagabb, átlagosan $2^1/_2$—3 cm. Az üreg nyálkahártyája sajátszerű sárgás-fehéres, igen lágy és vaskos redőkben, ránczokban előemelhető képlet. A jobboldali petevezető és petefészek laza, gazdagon erezett kötőszövetes álhártyákkal, részint egymással, de főleg a képlet falával összenőtt. A petefészek valamivel kisebb a rendesnél, felülete szürkés-fehéres, finom behúzódásoktól egyenetlen, állománya középtömött, sárga test benne nem található. A petevezető lúdtollszár-vastagságú, tömött, hengeres, kissé kanyargós lefutású, fimbriája a csekély lenövések mellett is jól felismerhető. A peritoneum, illetőleg a lig. latum elülső lemeze egyenesen ráhúzódik a képletre.

A képlet felső részén a méh bal sarkától kiindulóan vékonyabb lúdtollszárnyi hengerded köteg húzódik. Átmetszve, a metszéslapon kissé fehéres, kiemelkedő finom redőzöttség tűnik fel, a melynek közepén rendkívül szűk lumen ismerhető fel. A bevezetett finom szonda az uterus felé simán, akadálytalanul halad, úgy hogy az uterus üregében meg is jelenik, a fimbria felé azonban csak rövid szakaszon halad, megakad. Ugyanerre ez a hengerded köteg a képlet falában lassanként fokozatosan elvész, úgy, hogy nem lehet megmondani, hol végződik.

Ezen az oldalon petefészket, vagy valamely ennek megfelelő részletet nem lehet találni.

A képlet elülső falának felmetszése után a koponyafekvésben elhelyezkedett magzatot találjuk. Megnyitáskor alig pár csepp savó ürül. A magzat érett, hossza 48 cm., jól fejlett, leánymagzat. A lepény a tömlő felső falán fekszik rendes kiterjedésben, átlag $1^1/_2$—2 cm. vastagságban.

A képlet súlya mindenestől 3500 gr.

Diagnosis: Graviditas tuboovarica intraligamentosa.

A makroskopice felállított diagnosist szövettanilag is igazolni akarván, felkértük *Veszprémi* egyetemi tanárt, a kórbonczolástani intézet igazgatóját, az eltávolított képlet szövettani vizsgálatára, a miért ezúton is hálás köszönetünket fejezzük ki.

Hét különböző helyen vágtak ki darabokat a petezsák falából. A petezsák felső részén haladó és petevezetőnek megfelelő hengeres képletből kettőt, egy darabot a méh falából a nyálkahártyával együtt, egy-egy darabot a jobboldali petevezetőből és petefészekből.

A *petezsák* falát rostos kötőszövet alkotja, amely általában inkább sejtszegény, bár vannak részletei, amelyek leukocytákkal és lymphocytákkal infiltráltak. Egyik-másik darabkában jól felismerhető a petevezetőnek szokott szemölcsös nyálkahártyája, szabályos hámréteggel, nyalábos sima izomsejtekkel. A tömlő falán belül részint hyalinos fibrinszálakból, tömegekből álló réteg következik, részint egyes darabokban a méhlepénynek rendes szöveti szerkezete ismerhető fel, typusos chorion-bolyhokkal, syncytiummal, a kötőszövet felé deciduasejtekkel. Ugyancsak a tömlőfalból nyert metszet némelyikében haemosiderintől eredő barnás-sárgás, rendkívül tömeges festékierakodás észlelhető régebbi vérzés maradványaként.

A *petevezetőnek* még hengerded képlet gyanánt megmaradt részében feltűnik, hogy a szemölcsök hámja alatt közvetlenül meglehetősen széles rétegben nagy szabálytalanul kerekded vagy tojásdad sejtek vannak, amelyek igen halványan festődő, hólyagszerű magvakkal bírnak és mindenképpen a deciduasejtek jellegét mutatják. Ezek között vannak sejtek, melyek vagy egyenként, vagy csoportosan elnyálkásodást mutatnak. Egyébként a petevezeték falában kóros eltérés nincs. Ugyanezt a leletet adja a tubának a méh sarkához egészen közel eső része is. A tömlő elülső vékony falából készült metszetekben vaskos, ovalis sejtek a petefészek szövetére emlékeztetvén, a petékre irányuló kutatás is eredményes volt, amennyiben számos metszetben 2 laposra nyomott pete is kétségtelenül felismerhető.

A jobboldali petevezető is hasonlóan a baloldali maradványához terhességi elváltozást mutat. Az ugyanezenoldali petefészek szövetképe a rendestől eltérést csak annyiban mutat, hogy egy helyen körülírt mikroskopos kicsinységű góczban deciduasejteket is tartalmaz.

A *méh* nyálkahártyájának helyét a nyálkahártyát jóval meghaladó vastagságú rétegben deciduasejtek foglalják el egészen az izomnyalábokig. A legmélyebb rétegekben mirigyek is maradtak meg felismerhető állapotban. Az izomsejtek a rendesnél sokkal nagyobbak, vaskosak, magjuk is mintegy duzzadt, ovalis.

Diagnosis: Graviditas tuboovarica.

A szövettani vizsgálat is megerősítette tehát feltevésünket, amennyiben a petezsákban úgy a tuba, mint az ovarium szövetét sikerült kétségtelenül megtalálni és így joggal tarthatjuk esetünket kiviselt tuboovarialis terhességnek.

Esetünknek érdekességét növeli a petének intraligamentosus elhelyezkedése, mely körülmény eleinte diagnostikai tévedésre is adott okot és egyúttal oly szerencsés kimenetelüvé is tette a műtétet, amennyiben a kihámozást teljes egészében lehetővé tette.

Ha összegezzük az esetünkről közölt adatokat, a következőképpen alakul gondolatmenetünk.

A megtermékenyített pete méhenkívüli megtapadása (talán az anamnesisben jelzett 4 év előtti salpingoophoritis következménye) a tuba ampullaris részében történt. A pete növekedése közben a lig. latum lemezeinek széttolása után az ovarium szövetébe hatolt és azt is felvéve, zsákjának alkotásában nőtt lefelé a parametrium felé. Az anamnesises adatok is ezt a feltevést igazolják. Az a görcsös állapot, mely 8 hétig elhúzódott, szüntelenül tartott és csak injectiókra voltak közbeeső szünetek, megfelel annak az időszaknak, mikor a pete lassanként növekedve széjjeltolta a tuba rostjait és az ovarium szövetét, majd a lig. latum lemezei közé hatolt. A további hónapok alatt még voltak ilyen időszakok és körülbelül terhessége 5.—6. hónapjában lett csak az állapota tünetmentes, mely időtől fogva semmi különösebb panasza nem volt.

Mikor betegünk másodízben került észlelésünk alá, a magzat már halott volt és így észszerűbb volt kivárni a petét ellátó erek lehető thrombosisát, a mi a vérzés-csillapítás szempontjából oly fontos körülmény, s így lehetővé vált a szerencsés lepénytapadás miatt is szinte vértelenül operálnunk.

Hogy miért végeztünk supravaginalis amputatiót és miért nem elégedtünk meg a petezsák eltávolításával, ennek okául felhozhatjuk, hogy a petezsák sérülés nélkül való eltávolítását tűztük ki czélul és ennek a czélnak a méhfallal erősen összenőtt és vékony zsákfal miatt csakis így felelhettünk meg.

Tehát nem volt szabad kitennünk a legyengült beteget az esetleges súlyosabb vérzés vagy fertőzés veszélyének.

Közlés a székesfőváros Szent István-közkórházának bőrkórtani osztályáról. (Főorvos: Poór Ferencz dr., egyet. magántanár.)

Adatok a lichen scrophulosorum psoriasiformis kórtanához.

Irta: ***Berger Margit*** dr., segédorvos.

A gümőbacillus közvetlen hatása révén létrejött bőrbántalmak csoportja csaknem oly változatos kórképekben nyilvánul, mint ama másik idősült fertőző bántalom — a syphilis. Amióta bebizonyult, hogy az úgynevezett *tuberculoid szerkezet* távolról sem „sine qua non"-ja valamely bőrelváltozás gümős eredetének, mint rövid idővel ezelőtt hittük, s amióta az egyes kórképek kutatása megállapította, hogy azok voltaképpen a corpuscularis virus befolyása alatt keletkeztek ugyan mint fajlagos jelenségek, azonban maga a gümőbacillus a reactiv jelenségek előidézése közben meg is semmisülhet s bizonyos gümős elváltozásokban ennélfogva nem, vagy csupán elvétve található meg; amióta a kisérletek igazolták a localis tuberculin-reactiónak kórjelző fontosságát: azóta a tuberculodermáknak köre egyre tágul és az

éles válaszfal, melyet még néhány év előtt a *„bacillaris tuberculoderma"* s az amorph virustól feltételezett u. n. *tuberculides* között vontunk, leomlóban van.

Az egyes klinikai typusok végleges kialakulása után ezidőszerint a változatok és az átmenetek kutatása került a napirendre. A különböző kórképek egyidejű jelentkezésének, egymással való szövődésének bonyolult themája vár még részleteiben tisztázásra.

Minthogy a Szent István-közkórház dermatologiai osztályán kiválóan instructiv ily esetet, melyben a szervezet általános tuberculosisával a *lupus erythematodes* és a *lichen scrophulosorumnak* egy igen ritka, alig és csupán hézagosan, sőt együttes előfordulásukban eddig *histologiailag egyáltalán nem vizsgált (Tièche* esetét a histologia nem igazolta lichen scrophulosorumnak) változatát, az ugynevezett *lichen scrophulosorum psoriasiformist* volt alkalmunk az általános gümősödéstől okozott exitusig észlelhetni, nem tartjuk fölöslegesnek az eset részletesebb ismertetését.

A kórtörténet a következő:

W. Gy.-né, 27 éves, szabónő 1917 augusztus 22.-én vétetett fel osztályunkra. *Körelőzmény*: Apja apoplexiában halt meg, két testvére él, egészséges, hét testvére kiskorában, előtte ismeretlen gyermekbetegségben halt meg. A betegnek két egészséges gyermeke van, egy koraszülött meghalt. Gyermekkorában morbillije volt. Jelen baja néhány hete áll fenn, azóta nincs menstruatiója, étvágytalan, hasmenései vannak; erősen lefogyott. A hónaljában lévő mirigyduzzanat egy hónapja, a nyakán lévő lymphoma három éve áll fenn. A haja egy hó óta erősen hull.

Felvételi állapot: Első észlelésünk alkalmával az orron, mindkét arczfélen, homlokon a bőr hyperaemiás, vizenyősen duzzadt, az arcz bőre sárgás-zöldes crustákkal fedett. A hajzatos fejbőrön hasonló elváltozás. Az arczon lévő folyamat minden kezeléssel daczol, továbbterjed a nyakra, a fülekre, a hajzatos fejbőrre, a beteg általános állapota is rosszabbodik és lassankint a törzsön a *lichen scrophulosorum* egy különös alakja fejlődik ki, mig az arczon lévő elváltozás, a crusták leválása, valamint az erős vérbőség és nedvedzés csökkenése után mindinkább a *lupus erythematodes* sorvadással szövődő képét kezdi mutatni.

1917 deczember 26.-án a status a következő: A satnyán fejlett, alacsony termetű nőbeteg nyakának jobb oldalán ökölnyi, a bal hónaljban diónyi, az ép bőrrel össze nem függő, fájdalmatlan mirigyduzzanat van. A fejtetőn két tenyérnyi területen még ép hajszálak vannak, alapjukon a bőr szürkés-barnás, lemezes, összefolyó crustákkal fedett; a hajszál lazán ül a tüszőben, könnyen kihúzható. A fejbőr többi része sötétpiros, oedemás, rajta helyenként piszkos-szürkés, tapadós, vastag, pörkös felrakódások vannak, amelyek összefolynak, másutt a folliculusokra lokalizálódó rendellenes elszarusodásból keletkezett fénylő barnás szarukúpok láthatók, amelyek kiesése helyén a folliculusok nyilásai tátonganak. Mindkét halántéktájon ép bőrszigetek is vannak lanugoszerű hajzattal, de a folliculusok túlnyomó részét itt is már szarukúpok zárják el.

Az egész folyamat leterjed hátul a tarkóig és itt az ép bőr határán csomókban ép hajszálak is vannak. Elől a folyamat leterjed a homlokra, fülekre, arczra és az áll alatt éles, hyperaemiás széllel végződik, amelyet keskeny, barnás szegély vesz körül. Ép területek itt csak a szemhéjakon szigetekben és az áll csúcsán láthatók. A szempillák megritkultak. A felső ajak megvastagodott, rajta rhagasok láthatók. A keményszájpadon a raphetól kétoldalt körülbelül egy cm.-nyi területen a nyálkahártyán fehér, opaleskáló, vérbő, vizenyős területek láthatók, tágult vérerekkel. A nyakmirigyduzzanat felett valószínűleg borogatástól eredő, vérbő udvarral körülvett, zavaros vagy genyes savót tartalmazó vesiculák láthatók.

A törzsön az ép bőr száraz, fehéren korpádzó, a folliculusokból gombostűfejnyi, részben pontszerű, erősen tapadó, szürkés szarukúpok emelkednek ki, mitől a bőr piszkos-barnaszinű és reszelős tapintatú. *Ezenkivül tenyérnyi szigetekben a sternumon, az emlőbimbók alatt, a hason, a háton pedig összefolyólag az interscapularis tájéktól a gerinczoszlop mentén a keresztcsontig, a bőr lencsényi szabálytalan vagy polygonalis plaqueokban barnás, illetőleg kékesvörös, kissé infiltrált, rajta ezüstfehér, lemezes, erősen tapadó pikkelyek vannak. Ott, ahol a pikkelyes felrakódás kevésbé sűrű, látható, hogy az elszarusodás itt is, főképp a folliculusokra lokalizálódik, az infiltratum pedig azok környékére. Helyenként fehér, apró, atrophiás bőrszigetek is láthatók, a kórosan infiltrált területeknek megfelelően.*

A végtagok bőre reszelős tapintatú, rajtuk minimalisan hyperaemiás alapon apró, lemezes, áttünő, erősen tapadó, follicularis hámpikkelyek láthatók elszórtan. Ezenkivül a kézhátakon, az ujjakon, a tenyéren elvétve, a végtagok feszítő oldalán lencsényi, kölesnyi, kerek, alig kiemelkedő, éleshatárú, élénkvörös infiltratumok láthatók, amelyek közepén szürkés-fehér, gombostűfejnyi, erősen tapadó pikkely látszik. *Az elváltozás psoriasiform volta a háton volt a legkifejezettebb. Itt a kóros területek összefolytak és a sűrű pikkelyes hámlás az alapot jóformán teljesen elfödte.* A beteg az osztályon ismételten erysipelason ment keresztül; a legutolsó erysipelashoz pneumonia is társult, ez okozta azután az exitust.

Histologiai vizsgálat. A lichen scrophulosorum psoriasiformis góczból vizsgálat czéljára kimetszett anyag mikroskop alatt a következőket mutatta: A leglényegesebb elváltozás az irha felső rétegeiben székelő beszűrődésből áll, a mely beszűrődés csak ott ér le a mélyebb kötőszövetbe, ahol a hajtüszőt követi. A beszűrődést a régi vizsgálatokkal (*Kaposi, Riehl*) ellentétben nem találtuk *kizáróan* a szőrtüszők körüli szövetben, hanem azoktól függetlenül is észlelhető. *Különösen feltünő s a lichen scophulosorum rendes histologiai képétől elütő e beszürődéses góczok kis területen való rendkivül nagy halmozódása.* Az infiltratumok túlnyomóan mononuclearis lymphocytákból állanak, sokkal kisebb számmal epitheloid s még kevesebb plasmasejtből, azonban csupán elvétve fedezhető fel a szabályszerű sejtelrendeződés, mely az ugynevezett *tuberculoid szerkezetet* jellemzi, tudniillik, kivül lymphocytagyürü, azon belül epitheloid sejtek, végre a centrumban egy vagy több óriás sejt typusos magelrendeződéssel. *Langhans*-typusu, szélálló magokkal ellátott óriássejtet egyáltalán csak egy gócz centrumában találtunk egy szőrtüszó alatt. Az infiltratio helyenként körülírt, környezetétől élesen elváló, máshol azonban ugy látszik az erek menetének megfelelő gyuladásos sejtekből álló nyulványok nyomulnak a környező ép szövetbe. Elvétve a verejtékmirigyek vezetéke körül is találunk infiltratumot, amint azt *Jadassohn* és *Lewandowsky* is leírta, azonban azoknak összeköttetése a mirigyvezetékekkel metszeteinken megállapítható nem volt. Maga a szőrtüszó helyenként a beszűrődés közepette is sértetlen, másutt azonban a falazatát alkotó sejtsor szenved, sőt részben teljesen el is pusztul és a folliculus lumenjében is lymphocyták láthatók. A lumenben azonban óriássejtet — amit *Lewandowsky* ír le — nem találunk.

A hám elváltozásai csupán másodlagosak. Legfeltünőbb a szaruanyag túltengése (hyperkeratosis) a tüszőnyilások körül s ugyanitt a keratohyalin-réteg eltünésével párvonalosan a szaruréteget ellapult, magvukat megtartott sejtelemek alkotják (parakeratosis). *Ez a parakeratosis azonban a lichen scrophulosorumban szokatlan módon nem csupán a tüszőnyilások körül, hanem azoktól függetlenül is, többi közt a metszetben egy helyen a verejtékmirigy szájadéka körül is észlelhető volt.*

Bonczolási jegyzőkönyv. Pneumonia crouposa loborum inferiorum pulmon. et lobi medii pulmonis dextri in stadio hepatisationis griseae incipientis. Tuberculosis chronica disseminata caseosa partim calcificata et chronica indurativa apicum pulmonum cum cavernis nonnullis apicis dextri magnitudinis juglantis. Tracheobronchitis mucopurulenta. Bronchitis purulenta. Lymphadenitis catarrhalis hyperplastica lymphoglandularum peribrochialium. Lymphadenitis tuberculosa caseosa lymphoglandularum axillae sinistrae et submaxillar. Tubercula disseminata lienis, renum et corticis glandularum suprarenalium. Gastritis chronica hypertrophica. Hepar adiposum. Cystitis chronica. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Lichen scrophulosorum.

A mint a kórtörténetből kivehető, a betegnek alig volt szerve, a mely a tuberculosistól, melynek áldozatul esett, ne lett volna megtámadva. Kétségkivül az egyén el volt árasztva a tuberculosis virusával és e virus — a mi az esetet a dermatologia látószögéből érdekessé teszi — a bőrgümősödésnek *többféle* typusát produkálta. A *lupus erythematodes* fix (discoid) alakjáról ismeretes, hogy aránylag jóindulatú és latens gümőkórhoz szokott csatlakozni és itt úgyszólván a legactivabb stadiummal kapcsolatosan észleltük. Másfelől egy relative véve ugyancsak jobbindulatú tuberculoderma a lichen scrophulosorum csatlakozott a lupus erythematodeshoz. Két ily eltérő localis pathogenesissel biró kórkép szövődése is ritka és *még ritkább, hogy a lichen scrophulosorum conusos, gombostűfejnyi, erősen tapadó szürkés pikkelyekkel borított typusos göbjeinek változata lemezesen hámló s a lemezek alatt livid vagy barnásvörös, mérsékelten beszürődő, a bőr színe fölé alig emelkedő, érdes felületű tenyérnyi góczokat mutat, a melyek felületes szemléléskor csakugyan a psoriasis elváltozására emlékeztetnek, s igazolják a lichen scrophulosorum psoriasiformis elnevezést.*

A lichen scrophulosorumnak egyéb változatai: a *lichen lividus* kékes, szederjes papuláival, a *lichen spinulosus*, főleg gyermekeken előforduló finom, tüskeszerű szarunyul-

ványaival, *Ehrmann lichen scrophulosorum verrucosusa, Rónának* ugyanezen osztályról közölt *lichen scrophulosorum abortivus-a* közül a leírás szerint az utóbbi emlékeztet esetünkre. A *lichen scrophulosorum abortivus* egy vagy több szabálytalan csoportot alkotó, alig látható, sárgás-barna vagy barna-vörös perifollicularis göbcséből, részben hasonló színű polygonalis korpádzó foltokból vagy erythemás kerek, gyűrű-, illetve szabálytalan alakú részletekből áll. Azonban *Róna* esetében hiányzott az a szembeötlően *lemezes hámlás*, mely esetünket jellemezte és amelynek mint *lichen scrophulosorum psoriasiformisnak* leírását *Jadassohn* adta. *Jadassohn* két esetet említ, a mikor összefolyó polygonalis, kékes vagy barnáspiros *pikkelyekkel* borított, kevéssé beszűrődött, a bőr felszíne fölé csupán enyhén emelkedő perifollicularis elváltozásokat talált. A psoriasiformis hámlást a visszafejlődés jelenségeként magyarázza. *Boeck, Lukasiewicz, Riecke* s mások ugyancsak említik a psoriasiformis változatot. *A mint histologiai vizsgálatainkból kiderült, nem csupán a visszafejlődésben kereshető a hámlásnak e sajátos és a lichen scrophulosorumnál szokatlan módja, hanem azt hisszük, hogy megállapíthatjuk azt is, hogy az anatomiai elváltozásoknak a lichen scrophulosorumnál szokatlan torlódása a follicusoktól függetlenül egymás közvetlen közelében olyképen befolyásolja az elszarusodást, hogy a hámlás nem csupán az egymástól aránylag ép szövetrészletektől elszigetelt göbcsék felületéről származik, hanem az elszarusodási rendellenességben résztvesz az interfollicularis hámszövet is, miáltal az szélesebb területen történik, s az izolált lichen scrophulosorum göbök korpaszerű vagy aprópikkelyes hámlása helyett nagy lemezű pikkelyeket termel.*

Az esetnek azonban még egy érdekessége van, tudniillik a lupus erythematodesnek előfordulása egy *sectióval is bizonyítottan* gümős szervezetben és a bőrbántalomnak szövődése a *lichen scrophulosorummal.* A két bőraffectiónak szövődése nem gyakori, többen említik, különösen *lupus erythematodes disseminatussal* kapcsolatban. Így *Jadassohn*-nak egy esetében a lupus erythematodessel együtt jelenkező bőrkiütés lichen scrophulosorumra volt gyanus; *Boeck* három esetet említ, a melyek közül kettőben a lupus erythematodes disseminatust lichen scrophulosorumhoz hasonló, egy esetben pedig a törzsön klinikailag lichen scrophulosorumnak bizonyult kiütés kisérte. *Hallopeau* és *Bouchot* is bemutatott egy beteget, akin lupus erythematodes állott fenn a kezeken, ujjakon; a hajzatos fejbőrön és a könyökön hegek voltak láthatók. A törzsön papulás kiütés volt, hasonló a lichen planushoz, de annál lekerekítettebb elemekből összetéve. A betegség háromszögalakban terjedt az alhastól az emlőkig, utóbbiak alatt, valamint a hajlatokban volt a legkifejezettebb. Ebben az esetben a törzs kivirágzásai hallványvörös, ujjnyomással nem egészen eltüntethető elváltozásokat alkottak, a melyeket *Hallopeau* és *Bouchot* lichen scrophulosorumnak tartott. *Tièche* szintén közöl esetet, a melyben lupus erythematodes disseminatushoz egy lichen scrophulosorumhoz hasonlító kiütés társult, a mely azonban tuberculinra nem reagált és szövettanilag lupus erythematodesnek bizonyult.

A lupus erythematodes fix alakjának gümös természete még mindig vitás, ámbár a vita oda látszik hajlani, a mit *Jadassohn* akként fejez ki, hogy az, a mit mi lupus erythematodesnek nevezünk, úgy látszik gümös és nem gümös eseteket foglal magában, azonban a kórképeket még nem tudjuk eléggé elkülöníteni egymástól. Esetünk a lupus erythematodesnek gümös aetiologiája mellett szól. Általános tuberculosis mellett a lupus erythematodes oly kétségtelen gümös bőrbántalommal fordul elő, mint a lichen scrophulosorum.

Irodalom. *Jadassohn:* Die Tuberculide. Archiv f. Dermatologie und Syphilis, 1914. — *Ehrmann:* Die Tuberculide. Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 1914. — *Boeck:* Die Exantheme der Tuberculose. Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 1898. — *Riecke:* Lichen Scrophulosorum. *Mraček:* Handbuch d. Hautkrankheiten IV. I. — *Jadassohn:* Lupus erythematodes. *Mraček:* Handbuch d. Hautkrankheiten III. — *Róna:* (Lichen scrophulosorum-abortivus) Diskussion. Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 1902. — *Lewandowsky:* Die Tuberculose der Haut. — *Hallopeau et Bouchot:* Annales, 1902. — *Tièche:* Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 1906. — *Lukasiewicz:* Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 1894. — *Darier:* Grundriss der Dermatologie. — *Bunch:* British Journal of Dermatology, 1911. — *Havas:* A bőr és a nyálkahártyák tuberculosisa.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A kiütéses typhus korai diagnosisához nyujt adatokat *Schürer* főorvos. A kiütéses typhus diagnosisa a 6. naptól kezdve az exanthema és a Weil-Felix-reactio alapján biztosan felállítható. Ezt megelőzőleg három dolgot tart a szerző jellegzetesnek a kiütéses typhusra: 1. a beteg psychés állapotát, 2. az arczkifejezést és 3. a vérképet. A psyche főleg az abdominalissal szemben nyujt differentialdiagnostikai támaszpontot s ez a typhusos beteg apathiájával szemben a kiütéses typhusos beteg psychés izgalmában nyilvánul. A betegek meglehetősen bőbeszédűek, izgatottak, félelemérzéseik vannak. Ezzel a psychés izgalommal karöltve jár az izgatott arczkifejezés, melynek főcharacteristikonja a homlok ránczoltsága. A száj kissé nyitott, néha eltorzult s a facialis alsó ágának megfelelőleg a fibrillaris rángások gyakoriak. Az imént leírt arczkifejezés azonban csak részben vezethető vissza a psyche izgalmára s nagyrészt szerves agyelváltozások, nevezetesen bulbaris haemorrhagiák okozzák. A bulbus bántalmazottsága mellett szól a kórbonczolástani leleten kívül (petechialis vérzések) a facialis alsó ágának viselkedése, mely a bulbaerparalysisre emlékeztet.

A harmadik korai tünet: leukopenia az eosinophilsejtek teljes hiányával, a typhussal szemben nem mutat eltérést, de influenzaszerű megbetegedésekkel szemben elég megbízható jel. (Münch. mediz. Wochenschr., 1918. 52. sz.)

Weber dr.

A salvarsan-halál kritikájáról ír *S. Kutezky*. Salvarsan-injectiók után kétségtelenül előfordulnak halálesetek, melyek sem az egyén túlérzékenységével, sem az injectio technikájával oki összefüggésbe nem hozhatók, hanem tisztán salvarsan-ártalomra vezetendők vissza. Azon esetek ezek, melyek az encephalitis haemorrhagica klinikai képében jelentkeznek s csaknem mindig halállal végződnek. Az ok kutatásakor eddig figyelmen kívül hagyták magának a készítménynek chemiai megbízhatóságát, holott a szerző megfigyelése szerint hébe-korba romlott praeparatumok kerülnek látszólag hibátlan phiolákban az orvos kezéhez. A szerzőnek az injectiók előkészítésekor feltünt, hogy bizonyos salvarsanphiolák színének vöröses, narancssszínű árnyalata van. A gyár a romlottság gyanuját ez esetekben igazolta s oly módon magyarázta, hogy az üveg egy láthatlan repedésén levegő került az ampullába, mely a salvarsant oxydálta. A színváltozás és az oxydatio nem áll be egyidejűleg, hanem csak órákkal, zárt phiolában pedig csak hetekkel, sőt hónapokkal utóbb. Ebből az következik, hogy a phiolákat a használat előtt alaposan nézzük át esetleges repedésekre. A gyár részéről pedig ajánlatos volna, különösen kevésbé gyakorolt orvosok részére egy összehasonlító színes papirost mellékelni a salvarsan eredeti színével. A szerző szerint az ismeretlen salvarsanhalálozások egy része, különösen pedig, melyek az arsenintoxicatio képében folynak le, ilyen romlott készítményre, a salvarsan eredeti vegyi összetételétől eltérő arsenvegyületre vezethető. vissza. (Wiener klin. Wochenschrift, 1919, 6. sz.)

Weber dr.

A syphilis salvarsan-therapiájáról értekezik *Buschke* tanár. Mint a syphilis kéneső-kezelésének feltétlen hive az az érvek egész sorozatát sorolja fel a salvarsan souverenitása ellen, de nem tagadja a salvarsannak bizonyos esetekben a kénesővel együttesen alkalmazásának előnyeit. A salvarsan ellen felhozza, hogy toxikus jellegét nem számítva, veszélyt rejt a syphilis elleni küzdelemre nézve az a hit, hogy rövid

salvarsan-kezeléssel a lues meggyógyítható. *Buschke* a salvarsant a syphilis bizonyos eseteiben (malignus lues, bizonyos idegluesek) hatásos szernek tartja tüneti szempontból, különösen, ha a kénesőkezelés eredménytelen volt, vagy idiosyncrasia esete forog fenn. Egy további érv a salvarsan ellen az, hogy hatásának tartóssága nem versenyezhet a kénesőkészítményekével. A salvarsan általános és alapvető alkalmazása ellen szól a szer „neurotrop" volta, mi alatt a salvarsannak az idegrendszerre és annak adnexumaira (agyhártya, erek) való elective közvetlen toxikus hatását kell érteni, mely tulajdonsága a szernek a syphilist egyenesen az idegrendszerre látszik irányítani. Minthogy a lues kifejezetten idegbetegség, ennélfogva a szerző idegenkedik a salvarsan általános alkalmazásától. Az idegrendszeren kívül az erek és a máj azon szervek, melyeknek megbetegedését a salvarsan előidézheti. A salvarsannak a seronegativ időszakban való massiv alkalmazása az esetek túlnyomó részében coupirozza a betegséget, úgy hogy másodlagos tünetek kifejlődésére nem kerül a sor. Azonban nagy hátránya az, hogy nem vezet valódi immunitashoz, úgy mint az éveken át folytatott kénesőkúra, s ennek tulajdoníthatók a salvarsan-kezelés után gyakori reinduratiók és reinfectiók, melyek a nemiszervekre lokalizálva ugyanazon beszámítás alá esnek járványtani szempontból, mint a secundaer lues. Különösen fontos ez a prostituáltaknál, mert míg ezek a régi kezelés mellett bizonyos idő elteltével nem fertőzőnek voltak tekinthetők, az új módszer mellett még mindig fertőzhetnek. A főkérdés a salvarsan-therapiában még ma is az, hogy az abortive kezelt esetek kapnak-e tabest és paralysist vagy sem? A kezelés bevezetése óta eltelt 7—8 év ezen kérdés végleges megválaszolását kizárja. *Hoffmann* és *Nonne* azonban észlelt eseteket, hol a salvarsan-kezelés után 2—4 évvel paralysist állapíthattak meg. Ennek oka a kezdeti salvarsan-kezelés elégtelenségében is lehet, a kérdés azonban egyelőre nyilt marad.

Végeredményben azt gondolja a szerző, hogy ha contraindicatio nincs, a kénesővel kombinált salvarsan-kúra úgy a seropositiv, mint a seronegativ luesben alkalmazandó. Túlságosan kis adagoktól, miként azt már *Ehrlich* is hangsúlyozta, óvakodnunk kell, mert elősegítik az idegsyphilis kifejlődését. (Therapie der Gegenwart, 1919, 1. füzet.)

Weber dr.

Szülészet és nőorvostan.

A magzati élet megtartásáról elölfekvő lepény eseteiben szól *Benthin* sorozatos czikkének ötödike. Atlagban minden 600 szülésre esik egy elölfekvő lepény; ilyenkor a magzatok fele a szülés alatt elhal. A magzati élet prognosisa függ a lepény hibás tapadásának fokától és a használt gyógyeljárástól. Burokrepesztéssel az eredmények jók, a magzatok mind élve születnek. A burokrepesztés azonban csak ama ritkább esetekben végezhető, amikor a lepény magasan tapad a cervix falán. A tamponade az anya fertőzését eredményezheti, ezért veszedelmes. Ezzel az eljárással a magzatoknak csak $^1/_3$-a menthető meg. A kombinált lábrafordítás csak az anyára kedvező, a magzatra nézve rossz A magzati halálozás ez eljárás mellett több mint 80%. Jobbak a kilátások az anyára és a magzatra egyaránt a metreurysissel, mert ez a beavatkozás az anyai halálozást 6%-ra, a magzati mortalitást 35%-ra csökkenti. A vaginalis császármetszésnek az anyai halálozása 11·3%, a magzatié 22%. Abdominalis császármetszéssel az anyák közül 8·6%, a magzatok közül 10% a veszteség. Ezek előrebocsátása után az a kérdés vetődik fel, placenta praevia eseteiben miképp lehetne a magzati élet kilátásait javítani? A magángyakorlat műtétei: a burokrepesztés és lábrafordítás, kivétel nélkül kedvezőtlenek a magzat prognosisára. Még a *Zweifel* ajánlotta ballontherapia sem hozta meg a várt eredményt. Az activ vaginalis és az ujabban mindjobban ajánlott abdominalis császármetszés csak intézetben végezhető. Megfelelő esetekben az anyára és a magzatra is ezek a legkedvezőbbek. Sajnos, nem mindenkor végezhetők, mert az előző vizsgálatok és ismételt tamponálások fertőzést okozhattak. Ezért az volna ideális, ha minden elölfekvő lepény-eset idejekorán klinikai ellátásba kerülhetne. A szülőintézetekbe még ma is jutnak olyan esetek, ahol a biztosan fertőzött placenta praeviásnál csak az anyai élet jöhet számításba; ezek éppen ezért nem császármetszéssel, hanem *Braxton-Hicks* szerint való lábrafordítással oldhatók meg, tekintet nélkül a magzati életre.

Gyermekorvostan.

A háború és a születések közti viszonyról értekezik *F. Binz*. Abból az általános felfogásból kiindulva, hogy az újszülött fejlettsége az anya táplálkozásától függ, megpróbálták az anya táplálékfelvételének csökkentésével a magzat méreteit kisebbíteni s ezáltal a szülés lefolyását megkönnyíteni. *Prochownick*-nak ilyen irányú közleménye sok ellenzőre talált. Többen tagadták az összefüggést, míg *Bumm* azt állította, hogy az anya táplálkozása a magzat fejlődésére befolyással van. A háború teremtette viszonyok hatását abban lehet összefoglalni, hogy a táplálékmennyiség kisebbfokú csökkentése nincs hatással a magzat fejlődésére, s csak ha nagyobb fokot ér el, sínyli meg a magzat. A müncheni szülészeti klinikán végzett megfigyelések eredménye a következő: Az 1917-ben születettek súlya, valamint a circumferentia fronto-occipitalis mérete, viszonyítva az 1914—16-beliekéhez, 3%-nyi csökkenést mutat. Az újszülöttek hosszára a rossz táplálkozásnak nem volt befolyása. Az abortusok száma igen megnövekedett. Nem született több fiú- mint leánygyermek. 100 primiparára esett 114 multipara. Az utóbbi időben több férjes nő kereste fel a klinikát, ami a rossz élelmezési viszonyokra s az orvoshiányra vezethető vissza. Az eklampsia-esetek száma nem változott. A normalis, hányásnélküli terhességek száma, daczára a rossz élelmezési viszonyoknak, gyarapodást mutat. Ilynemű változások falun kevésbé voltak kifejezettek, mint a városban. (Münch. med. Wochenschr., 1919, 1. sz.)

Tüdős dr.

Anyatej és háború. *W. Kaupe* a háborús években természetesen táplált csecsemők súlyszaporodásával foglalkozik. *Momm* és *Krämer* szerint a háborús anyatej zsírtartalma nem mutat eltérést a békebelihez képest, a casein és tejczukor mennyiségének csökkenése is valószínűtlen a jelenleg aránylag szénhydrat- és fehérjedús táplálkozás mellett. A hypogalactia lehetőségét *Epstein* állításával szemben már *Franqué* vizsgálatai kizárják, amit különben a szerző adatai is igazolni látszanak. Az ujszülöttek testsúlya ugyancsak nem mutatott csökkenést a háború folyamán, ezzel szemben a csecsemők a physiologiás testsúlycsökkenést, mely átlag 10—14 napon belül helyreáll, a háborúban hetek mulva sem tudják kiegyenlíteni.

Mindezek figyelembevételével a szerző szerint az anyatej a háborús évek alatt oly, még előttünk ismeretlen, elváltozásokon ment keresztül, melyek talán kevésbé az anya táplálékától, mint inkább a háború által okozott lelki megrázkódtatásoktól függnek. (Monatschrift f. Kinderheilkunde, XV. kötet, 1. szám.)

Weil Artur dr.

Parotitis epidemica után fejlődött polyneuritis és meningitis esetét ismerteti *Rompe* (Göttinga). A legkülönbözőbb szerveknek parotitis epidemicával szövődő megbetegedései jól ismeretesek az irodalomban, de kevésbé ismeretesek az idegrendszernek parotitis epidemica kapcsán fejlődő megbetegedései. *Rompe* az idegrendszer részéről jelentkezhető szövődményeket három osztályba sorozza: 1. meningitises, 2. enkephalitises, 3. neuritises szövődmények.

A rendszerint savós meningitis tünetei már az első napokban megnyilvánulnak, s jóllehet a betegek nagyobb része meggyógyul, a betegségnek súlyossága és időtartama a legkülönbözőbb lehet.

Az enkephalitis szintén a parotitis első napjaiban szokott mutatkozni, de kezdődhetik később, esetleg a lábadozás alatt is. Valószínű, hogy fertőzött embolia okoz az agyállo-

mányban körülírt gyuladást, kisebb-nagyobb vérzést, esetleg lágyulást is. Ennek megfelelően a legkülönbözőbb bénulások jöhetnek létre, mydriasistól, pupillamerevségtől kezdve a teljes féloldali hűdésig. A prognosis quoad vitam elég jó, a bénulások hosszabb-rövidebb idő alatt rendszerint meggyógyulnak.

A neuritises szövődmények többnyire a parotitis első-második hetében jelentkeznek, leggyakrabban polyneuritis alakjában, általában kedvező gyógyulással. Mindhárom szövődmény leírását *Rompe* az irodalomból vett szép esetek közlésével kiséri. Végezetül közli saját észlelését, a mely polyneuritis és meningitis combinatiója, parotitis epidemica szövődményeképpen. Ötéves gyermek, kinek idősb testvére négy héttel előbb parotitist állott ki, szintén megbetegszik parotitisben, a parotitis gyógyul, de a harmadik héten erős végtagfájdalmakkal, járási képtelenséggel ágynak dől s világosan kibontakozik a polyneuritis és meningitis kórképe. Ötheti systemás lumbal-punctiós kezelés után a gyermek teljesen meggyógyul. Az aetiologiai összefüggés e betegségek és a parotitis epidemica között kétségtelen. (Monatschrift für Kinderheilkunde, 1918, 3. szám.) *Benedek Elek* dr.

Magyar orvosi irodalom.

Orvosképzés, 8. évfolyam, 10. szám. *Korányi Sándor*: 1. Pathogenesis és therapia. 2. A kiütéses typhus elleni védekezés. *Fuchs Dénes*: A kiütéses typhus serologiai kórismézéséről és prophylaxisáról.

Gyógyászat, 1919, 8. szám. *Heim Pál*: Mit kell tudnia az általános gyakorlattal foglalkozó orvosnak a gyermekorvostanból. *Schuster Gyula*: Adatok az Alzheimer-betegség ismeretéhez.

Budapesti orvosi ujság, 1919, 9. szám. *Hainiss Elemér*: Kiütéses typhus exanthemájának górcsövi diagnostizálásáról élőn. *Wiener Imre*: A malaria elleni küzdelem és a malariarokkantügy állása hazánkban.

Vegyes hirek.

Lapunk előállításának nagy mértékben fokozódó költségei kényszerítenek arra, hogy a részben már régen lejárt előfizetések sürgös megujitását kérjük. A helybeli előfizetők is postautalványon szíveskedjenek eljuttatni a megfelelő összeget, mert pénzbeszedőt nem küldhetünk. A megszállott területeken élő előfizetőinknek természetesen továbbra is küldjük lapunkat, tekintet nélkül arra, hogy eljuttatták-e már valami módon az előfizetési díjat.

Előléptetések a budapesti egyetem orvosi fakultásán. A minister tanács meghatalmazásával a közoktatásügyi minister kinevezte *Árkövy József, Bálint Rezső, Kétly László, Krepuska Géza, Krompecher Ödön, Kuzmik Pál, Nékám Lajos, Onodi Adolf, Schaffer Károly, Tellyesniczky Kálmán, Vámossy Zoltán* és *Verebély Tibor* egyetemi nyilvános rendes tanárokat az ötödik rangosztályba.

Kinevezés. A magyar igazságügyminister *Farkas László* dr. nyugalmazott közkórházi főorvost, *Tóth István* dr. egyetemi tanárt és *Lovrich József* dr. bábaképzőintézeti igazgató-tanárt az igazságügyi orvosi tanács tagjaivá három év tartamára ujból kinevezte.

Madzsar József dr. egyetemi magántanárt a népjóléti ministerium államtitkárává, *Goldzieher Miksa* dr. egyetemi cz. rendk. tanárt ugyanazon ministerium helyettes államtitkárává nevezték ki.

Az orvosi továbbképzés központi bizottsága a budapesti tudományegyetem stomatologiai klinikáján (VIII., Mária utcza 52) gyakorló orvosok számára a *stomatologiából* továbbképző tanfolyamot rendez, a mely folyó évi márczius hó 3-ától 31.-éig fog tartani. A tanfolyam beosztása a következő: Bevezető előadás. Az első héten: délelőtt ½9-től 10-ig bevezető gyakorlatok phantomon, délután 5—7-ig foghuzási gyakorlatok a klinika ambulantiáján. A 2., 3. és 4. héten délelőtt ½9-től 10-ig, délután ½3-tól 4-ig könnyebb conserváló esetek kezelése; délután 5—7-ig foghuzási gyakorlatok. Az esti órákban később megállapítandó időben előadások és gyakorlatok a fogtechnikából. Ezen a tanfolyamon legfeljebb 10 orvos vehet részt. — Az orvosi továbbképzés központi bizottságának felkérésére *Onodi Adolf* dr. egyetemi tanár az egyetemi orr- és gégeorvostani klinikán (ezidőszerint VIII., Mária utcza 52) márczius folyamán minden hétfőn, szerdán és pénteken délelőtt ½9-től ½10-ig továbbképző előadásokat tart gyakorló orvosok számára az *orr- és gégeorvostan* köréből. Az előadásokon 25—30 orvos vehet részt. — Ugy a stomatologiai, mint az orr- és gégeorvostani előadásokra a bizottság hivatalos helyiségében (VIII., Mária utcza 39) február 28.-áig lehet jelentkezni.

Socialegészségügyi tájékoztató tanfolyam orvosok részére. Tekintettel arra a nagy tájékozatlanságra, mely még az ifjú orvosnemzedék körében is fennáll az ipari és szocialis egészségügyi kérdések kivált jövőbeli nagy fontosságát illetőleg, a *Szocialegészségügyi Tudományos Társaság* kezdeményezésére rövid, tájékoztató socialegészségügyi cursust rendeznek. Az ipari betegségekről, a csecsemő- és gyermekvédelem, a munkásbiztosítás stb. mai rendszeréről és problemáiról, a socialpolitika idevágó elemeiről adnak elő *Friedrich Vilmos, Kertész Sámuel, Szana Sándor, Szerdahelyi Sándor, Török Lajos*. Az előadásokat a Kerületi Munkáspénztár székházában, márczius 13—25.-én délelőtt 12 1-ig tartják. A részvétel díjtalan. Jelentkezéseket *Tar Lajos* czimére (VIII., Kún-utcza 7.) kell küldeni. A részletesebb programmot a következő számban hozzuk.

Meghalt. *Kassai Imre* dr., a kerületi munkásbiztosító pénztár orvosa Budapesten február 24.-én 50, éves korában.

Iskolaorvosi és középiskolai-egészségtantanári vizsga. Felkérjük azon orvosdoctor urakat, akik az iskolaorvosi és középiskolai-egészségtantanári képesitő vizsgára az erre vonatkozó szabályzat értelmében bocsáthatók (l. a *Chyzer*-féle „Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek gyüjteménye" I. kötetének 231. lapját), hogy a júniusban megtartandó vizsgára irásban minél előbb jelentkezzenek azon czélból, hogy a vizsgára való meghivást idejekorán megkaphassák. A jelentkezések a következő czim alatt küldendők: Az iskolaorvosi és középiskolai-egészségtantanári tanfolyam vezetőségéhez, Budapesten, VIII., Eszterházy-utcza 9. Egyetemi közegészségtani intézet.

Rotter Henrik dr. lakását IV., Kossuth Lajos-utcza 17. sz. alá helyezte át (telefon: 51—45).

Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697

Dr. HOFFMANN JENŐ Telefon 104—61.
PHYSIKOTHERAPIAI INTÉZET Budapest, VI., Váczi-körút 51. sz.
Az egész Röntgen-diagnostika s therapia. Az összes electrodiagnostikai s therapiai eljárások. Mindenféle massage. Quarzlámpa. Szénsavhó és kozmetikai kezelések.

Dr. Székely-dr. Szilas diagnostikai laboratoriuma, Erzsebet-körut 22. Tel.: 97—60. Dajka-vizsgálat.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos **bőrgyógyitó és kosmetikai intézete**
Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyitás. Röntgen. Aniontherapia, forrólégkészülékek, trigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Fővárosi Fasor Sanatorium
Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére.
Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztálylyal kibővitve.
Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15—26.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA
VII., Városligeti fasor 13—15. Telefon: József 52—29. — Sebészeti-, nőibeteg, szülőnőknek. — Radium-kezelések. — Vegyi Röntgen-laboratorium.

Városmajor-Szanatorium és Vízgyógyintézet
Részvénytárs. **Budán, I., Városmajor-u. 64.** Telefon: 88—99.
Ujonnan átalakitva Dr. Gráf Andor főorvos vezetése alatt. Bel-, ideg-, szivbetegek és üdülők részére. Hizlaló-kúrák.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szerum-intézet r.-t. Budapest, VI., Teréz-körut 31. sz.
Bakteriologiai, serologiai, vegyi vizsgálatok. Dajka vizsgálat. Telefon 20—19.

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47.
Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

Istvánuti Sanatorium
Budapest, VII., Hungária-ut 9 (István-ut végén). Telefon József 91-47.
Sebészet, belgyógyászat, nőgyógyászat, szülészet és vízgyógyintézet.
Röntgen. Rádium-kezelés.

Dr. RINGER elme- és kedélybeteg gyógyintézete :: újonnan kibővítve ::
I., Lenke-út, Kelenföldi vill. megálló. Telefon: József 83—21.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest
A régi nagyhirű Sárosfürdő 47° C forrásai
Termalis és fisikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, inhalatorium, pneumatikus kamra, gépgyógyászat és orthopaedia, stb
Főorvosok: Termalis kurák: *dr. Bosányi Béla, igazgató.*
Gépgyógyászat: *dr. Erdős Géza.*
Vizgyógyászati osztály: *Dr. Benczur Gyula*, egyet. m. tanár.
Belgyógyász: *dr. Safranek János*, egyetemi m.-tanár.
Röntgen-laboratorium: *dr. Simonyi Béla.*
Kivánatra prospektus. Kivánatra prospektus

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.
UJTÁTRAFURED. Heliotherapia.
1010 méter magasan a tenger felszine felett. Röntgen-laboratorium.

Dr. Reich-féle Budapesti medico-mechanikai **ZANDER** -intézet. Semmelweis-utcza 2.
Kossuth Lajos-utcza sarkán.
Igazgató-főorvosok: Dr. Molha Armand és Dr. M. Hilf Paula.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Socialegészségügyi tudományos társaság. (Ülés 1919 február 5.-én.) — Budapesti Orvosegyesület (XXII. rendes tudományos ülés 1918 deczember 14.-én.) 104—105. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 105. lap.

Socialegészségügyi tudományos társaság.

(Ülés 1919 február 5.-én.)

Vita *Bányai Andor: „Socialis egészségügyi irányelvek a tuberculosis elleni küzdelemben"* czimű előadásához.

Fáy Aladár: A tüdőbetegkórházak fütése elől nem lehet elzárkózni, mert sokszor más megoldást nem tudunk, mikor a beteg maga is hajlandó otthonát elhagyni és mikor a beteget el kell hazulról vinni, mert egész családja ki van téve a fertőzésnek. Az ilyen kórházakat is sanatoriumoknak nevezzük, csakhogy egyik külön osztályát lázasosztálynak tesszük meg és itt azok nyernek elhelyezést, akikről valószínű, hogy sohasem fognak meggyógyulni; de ez sincs mindig igy, mert sokszor a harmadfokú beteg is meggyógyul. Ez az elhelyezés tehát jól keresztülvihető, csak kellő tapintattal kell az orvosnak eljárni.

A tüdővész elleni védekezés érdekében az egész országban alakulnak egyesületek, melyek fiókjaikkal behálózzák a vármegyét. Igy a Bácskában 12 helyen állitottunk fel tuberculosis-dispensaire-eket. Ezek távolról sem egyszerüen rendelő-helyek, hanem olyan központok, melyek a tuberculosis minden kérdésével foglalkoznak és kezdettől fogva úgy voltak szervezve, hogy a beteg specifikus kezelésben részesüljön. Hogy ez megtörténhessék, megengedte a kormány, hogy az összes hivatalos gyógyszereket rendelhetik a dispensaire orvosai az országos betegápolási alap terhére. Noha *Petruschky* a római congressuson a dispensaire-ekben alkalmazott specifikus kezelést eredménytelennek nyilvánította, a németek is részesitik a dispensaire-ek betegeit specifikus kezelésben. Csak megfelelő jártassággal és kellő gyakorlattal biró orvosok végezhetnek specifikus oltásokat. A dispensaire-nél azonban nem a tüdőbetegek kezelése a fődolog, hanem az egészségesek, főleg a gyermekek védelme.

Jó gondolat, hogy munkáslakásokat épitsünk, melyekben az elkülönítés lehetősége megvan, azonban arra is meg kell tanitani az embereket, hogy jó lakásukat használni is tudják.

Bács-Bodrog vármegyében szándékoztunk két gyermektelepet felállitani, az egyiket Csurog, a másikat Palánka községben. Ide kerültek volna tuberculosus családok gyermekei, esetleg évekig is itt maradtak volna iskolában. Épült volna a megyében a már meglévő újvidéki és szabadkai kórházak gümőkórpavillonjain kivül még három helyen ú. n. sanatorium, mely a fentartási költségek biztositása végett egy hozzácsatolt osztálya lett volna valamelyik kórháznak. Ugy terveztük, hogy minden 100 ágyas kórháznak 20—25 ágyas részét alakitottuk volna az ú. n. lázasok számára. A kórházakból kijött összes betegeket a vármegyéből a topolyai sanatoriumba gyüjtöttük volna össze, ahol őket megfelelő vezetés mellett kertészekké képeztük volna ki. Még lett volna a görvélyes, praetuberculosus gyermekek részére Palicson vagy Palics mellett fekvő valamelyik helyen egy üdülőtelep.

Azt, hogy a munkások számára jó lakások építtessenek és ha szükséges, vagy ha lehet, hagyjuk ott a beteget elkülönitve, ezt megcsináltuk Komáromban. Ott építtetett a város munkáslakásokat, hol egy-egy család 100 korona évi bérért lakik és ahová a munkások között felfedezett tuberculosus munkás családját helyezték el. Az orosz *Unterberger* azon propositióját, hogy akinek módjában áll, elkülönitett szobáját rendezze be tüdőbetegének, ajánlom, de csak úgy, ha az orvos úgy tapasztalja, hogy betege megbizható.

Id. Liebermann Leó: Teljes mértékben csatlakozom ahhoz, amit az előadó mondott, hogy mégis a legnagyobb súlyt a lakásra kell helyezni, mert ki van zárva, hogy mi sanatoriumszerüen el tudjunk látni annyi tüdőbeteget. A lakásra nézve pedig azt kell vallani, hogy tulajdonképpen nemcsak a munkáslakásokban, hanem minden lakásban legyen egy szoba, ahol betegség esetén izolálhassuk a betegeket. Itt most nemcsak a tuberculosisra gondolok, hanem minden más fertőző betegségre is.

Egy másik kérdés, amelyre reflektálni akarok, a specifikus kezelés. Már mikor az első hirek jöttek a Friedmann-szerről, meg voltam győződve, hogy komoly dolog és érdemes arra, hogy megvizsgáljuk. Most örülök rajta, hogy olyan ember is, mint *Kraus* Berlinben, a hüllőtuberculinnal való oltást, amely magában véve teljesen ártalmatlan, hatalmas szernek tartja a tuberculosis leküzdésére. Tulajdonképpen arra kellene törekednünk, hogy szerezzünk az ország számára ilyen hüllőtuberculosis-törzseket, amelyekkel aztán elláthatjuk a dispensaire-eket. Kérjük *Fáy* tagtársunkat, hogy a kormány figyelmét irányitsa arra, hogy gondoskodjék ilyen teknősbéka-tuberculin beszerzéséről.

Tar Lajos: Ami a socialpolitikai intézkedések terén eddig történt, az többnek, mint jó kezdetnek nem nevezhető. De sok dologban a kezdet is egészen elmaradt. Feltétlenül szükségesnek gondolom, hogy intézkedés történjék haladéktalanul abban az irányban, hogy alkossanak házépitési törvényt. Hogy még a mai napig is az Alföldön a magyar paraszt úgy építse ablaktalan sötét viskóit, mint eddig, azt nem lehet eltürni. *Dollinger* utalt rá, hogy a főváros közelében csináltak egy nagy munkástelepet, amelyen a házak nem is voltak alápinczézve. Még az utolsó években is a fővárosi épitkezés egészen rendszertelenül történt; a külterkeken gyárak körül épitenek bérházakat. E bajokat országos törvényszerű intézkedéssel kell orvosolni.

Fáy Aladár: A lakás maga egyáltalán nem oldja meg a tuberculosis kérdését. A legjobban épült lakásban is töméntelen tuberculosis lehet és a legrosszabb lakásban egy sem, mert a dolog a fertőzésen múlik. Moson vármegyében a legjobb lakásokban volt a legtöbb tuberculosis, mert azokat szegény emberek zsúfoltan és szellőzetlenül lakták. A punctum saliens ott van, hogy a lakást zsúfoltan ne lakják és helyesen kezeljék, mert ha nem szellőztetik, teleköpdösik, akkor a legjobb lakás sem segit. Mindentől eltekintve azonban meg kell csinálni a lakástörvényt, meg kell szabni azon egészségügyi minimumot, amelyet feltétlenül megkövetelünk minden lakástól.

Bród Miksa: Azért alakult a socialegészségügyi társulat, hogy propositiókat tegyen a mostani kormánynak. Az első az volna, hogy az ipartörvény megfelelő paragrafusai módositassanak. Ipari munkával 10—12 éves gyermeknek csak az iparhatóság engedélyével szabad foglalkozni. Vidéken a szolgabiró vagy a rendőrkapitány dönti el, hogy 10—12 éves gyermek alkalmazható-e. 13—16 éves gyermeket szabad a gyárnak alkalmazni, de csak 8 órára. De hiszen 8 óra alatt az apró gyermek a gyárnak különben is egészségtelen viszonyai közt a szó szoros értelmében tönkremegy. Az nem változtat a problemán, hogy vizsgáltassuk meg a gyermeket előbb, mert a legtöbb gyermek nem is betegen kerül a gyárba, hanem ott betegszik meg. A tuberculosis elleni védelmet ott kell megcsinálni a gyárban: a munkaadók a munkásoknak tartassanak előadásokat a munkaidő alatt. A régi intézkedések szerint 10, sőt csak 8 m^3 levegő jut egy munkásra a gyárban. A socialegészségügyi társaságnak követelni kellene minden munkás számára 20 m^3 légteret, mert ennyit állapit meg a tudomány, emellett megfelelő szellőztetésről is gondoskodni kell, mert tudjuk, hogy a por a legváltozatosabb alakú támadásokat intézi a tüdők ellen; *Gruber* a munkások tüdejét megvizsgálta és kimutatta, hogy 93—98%-ban volt a munkások tüdeje tuberculosissal fertőzve. A gyárakban minden lehetőt el kell követni, hogy ezek a viszonyok orvosoltassanak. Mai napig sincs megállapitva a veszélyes üzemek lajstroma. 111 olyan iparág van, melyben ólommérgezés fordulhat elő. Az ólom cumulativ hatású lévén, tönkreteszi a szervezetet, annak ellenálló képességét csökkenti és igy fokozza a tuberculosis iránt való fogékonyságot. Azt kellene elsősorban követelnünk, hogy az iparfelügyelők közé orvosok és munkások is neveztessenek ki.

Ami a munkáslakásokat illeti, meg kell állapitanunk, hogy milyen legyen a legegyszerűbb munkáslakás. Legalább 20 m^3 levegőt kell vennünk egy emberre; Franciaországban a börtönökben 25 m^3, Ausztriában 23 m^3 légtér van személyenként megállapitva. Addig, amig munkások nyomorult viszonyok közt, túlzsúfolt lakásokban laknak, hiábavaló minden küzdelem a tuberculosis és a fertőző betegségek ellen.

Budapesti Orvosegyesület.

(XXII. rendes tudományos ülés 1918 deczember 14.-én.)

Elnök: **Buday Kálmán.** Jegyző: **Molnár Béla.**

A typhus exanthematicus prophylaxisa.

Bogdándy István (vendég): Az előadó elmondja, hogy a hirtelen leszerelés folytán a katonák fertőző csirákkal, tetvesen elözönlötték a falvakat és összezsúfolódtak a városokban.

Igen nagy a veszély, hogy járványok fognak jelentkezni, főleg kiütéses typhus. Ezt csak alapos, az egész országra kiterjedő fürdetés és desinficiálás tudná meggátolni, amely ma csakis a polgári életben vihető keresztül.

Kivánatosnak tartja, hogy minden kórháznak, nagyobb gyártelepnek és falunak legyen meg a maga fürdője és desinfectora.

Előadja, hogy az eddigi eljárásokkal ez keresztül nem vihető, ezek ugyanis nem gazdaságosak, drágák, gyakorlott gépkezelőszemélyzetet igényelnek, gyorsan romlanak és sok tüzelőanyagot emésztenek fel.

A polgári életben keresztülviendő általános desinfectio szerinte csak olyan eszközökkel hajtható végre, amelyek a következő követelményeknek felelnek meg: 1. a gyártásukhoz szükséges anyagnak az országban még kellő mennyiségben beszerezhetősége, 2. tömeges gyárthatóság, 3. nagy teljesitőképesség mellett olcsóság, 4. gazdaságosan fűthetőség, 5. gyors és tökéletes működés.

Bemutatja fütő- és desinficiáló berendezését, melyre általában jellemző, hogy főleg fából készül, gyorsan felállítható, kis kezelőszemélyzetet igényel s a megejtett hivatalos felülvizsgálatok egybehangzó tanusága szerint tökéletes desinfectiót és igen gazdaságos fürdést szolgáltat.

Előadja, hogy a cs. és kir. 4. vezérparancsnokság az Oroszországból hazatértek desinficiálásával és fürdetésével bízta meg, ebbeli működése a cs. és kir. hadseregfőparancsnokság figyelmét magára vonta, a nevezett főparancsnokság folyó évi augusztus 30.-áról kelt 96.257. sz. rendeletével az előadó által ismertetett eszközöket a hadseregbe bevezette, miután többszörös felülvizsgálat révén meggyőződött a czélszerűségükről.

Szerinte készülékeinek általános alkalmazása esetén keresztülvihető volna a tömegdesinfectio olyan foka, amely a járványok, főleg a kiütéses typhus jelentkezését meggátolná.

(Vége.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A mostanában uralkodó influenza klinikájáról beszélt *Minkowski* tanár a „Schlesische Gesellschaft für vaterländische Cultur" november 8.-án tartott ülésén. Az előadás természetesen nagyobbára már ismeretes dolgokat tartalmaz, de azért volt benne több kevésbé ismert adat is. Ilyen az, hogy az influenza néha provokáló hatású a latens malariára. Egyidejűleg fennálló diabetesre, továbbá nephritisre kedvezőtlen hatású. Ezzel szemben csak ritkán mutatkozik kedvezőtlen hatásúnak a fennálló tüdőgümőkórra, s a szívbajosokra való kedvezőtlen hatása is sokkal kevésbé nyilvánult, mint az előbbi járványok alkalmával. Súlyos asthma egy esetében — ellentétben az eddigi tapasztalatokkal — influenza átállása után lényegesen enyhültek a rohamok.

Anaemia perniciosába átment polycythaemia esetét ismertette *Freund* a „Naturhistorisch-medizinischer Verein zu Heidelberg" október 29.-én tartott ülésén. A beteg 6 évig állott a heidelbergi egyetemi belklinika megfigyelésében. 16 éves korában purpura rheumaticája volt; 30 éves korában luest szerzett, amely ellen több kénesőkúrát használt. 38 éves korában megnősült, 2 egészséges gyermeke volt. 1908-ban, 45 éves korában — leánya súlyos, halálosan lefolyt vörhenye idejében — sepsist kapott, utána $^1/_4$ esztendővel mutatkozott rajta a polycythaemia rubra myelosplenica typusos képe; a Wassermann-reactio akkoriban negativ volt. 1911-ben retinalis vérzése volt, 1912-ben erythromelalgiája a bal lábszáron. Amikor 1912-ben a klinika észlelése alá került, a vörösvérsejtek száma 7·6 millió volt, a haemoglobin 110; a Wassermann-reactio erősen positiv. A megindított salvarsan-kúra nemcsak a vérképre hatott kedvezően, hanem a psychés-ideges zavarokat is — amelyek között előtérben állott a nagyfokú feledékenység — nagyon kedvezően befolyásolta. Az évek folyamán ismételten beállott rosszabbodások ellen mindig jól hatott az antisyphilises kúra. $1^1/_2$ évi subjective és objective jó állapot után 1918 februárjában pneumoniában betegedett meg, amelyből kigyógyulása után halványodni és fogyni kezdett s kifejlődött az anaemia perniciosa képe; néhány hónap mulva bekövetkezett a halál.

PÁLYÁZATOK.

146/1919. szám.

Az elhalálozás folytán megüresedett erdőhegyi **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1908. évi XXXIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítést és eddigi alkalmaztatásukat igazoló bizonyítványukkal felszerelt kérvényeiket hozzám **1919 márczius 10.-éig** adják be.

A kör áll: Erdőhegy, Kisjenő, Ágya és Nadab községekből.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, 200 korona négyszer ismétlődő ötödéves korpótlék, 500 korona lakbér. Fuvar természetben.

Háborús segélyek szabályrendeletileg megállapított rendelési, műtéti s a székhelyen halottkémlési és husvizsgálati díjak.

Kisjenő, 1919 február 17.

A főszolgabiró.

2689/1918. sz.

A nyugdíjazás folytán megüresedett Székelyhid vidéki **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az orvosi körhöz: Asszonyvására, Csokaly, Érolaszi, Kiskereki, Kóly, Nagykánya községek tartoznak.

A körorvos tartozik a kör községeit kéthetenként a községekkel közösen előre megállapított napokon meglátogatni.

A körorvos javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. alapján 1600 korona évi fizetés, ötévenkint 800 koronáig megismétlődő 200 korona korpótlék, 700 korona lakbér, fuvarátalány rendezés alatt és a vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási díjak.

Felhívom a pályázni kivánó orvosdoktorokat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **folyó évi márczius hó 10.-éig** nyujtsák be.

A választás határidejét a pályázat lejárta után fogom megállapitani.

Székelyhid, 1919 február 17.

Szunyoghy, főszolgabiró.

A diósgyőri állami vas- és aczélgyárnál Pereczes bányatelep és Diósgyőr nagyközség székhellyel rendszeresített **egy-egy gyárorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Ezen állások az állami vasgyárak tisztviselőire nézve érvényes, az államvasuti tisztviselőkével azonos VIII. fizetési osztály 1. fizetési fokozatának megfelelő: egyenként évi 2900 korona kezdőfizetés, évi 200 korona fűtési átalány, természetbeni lakás vagy ennek hiányában évi 720 korona lakbér, ezenkivül további kormányintézkedésig évi 2200 korona háborús segély és havi 300 korona drágasági segély élvezetével van egybekötve. A felveendő orvosok egy év tartamára ideiglenes minőségben neveztetnek ki. Egy év után megfelelő szolgálat esetén, változatlan illetményekkel és fokozatos előléptetés kilátásával véglegesittetnek. Felhivom azon egyetemes orvostudorokat, kik ezen állások egyikét vagy másikát elnyerni óhajtják, hogy az orvostudori oklevél hiteles másolatával, születési és egészségi bizonyítvánnyal, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal kellően felszerelt folyamodványaikat családi állapotuk megjelölésével (Diósgyőr, vasgyár) **f. évi márczius hó 15.-éig** nyujtsák be. Pereczes bányatelepen rendszeresített gyárorvosi állásra, megfelelő lakás hiányában, csak nőtlen orvosok pályázhatnak. Elkésve érkezett, vagy kellően nem okmányolt kérvények nem vétetnek figyelembe.

Diósgyőrvasgyár, 1919 február 21.

Magyar Népköztársaság diósgyőri állami vas- és aczélgyára.

HIRDETÉSEK.

A **Lilienfeld** pótberendezések és a kombinált **Lilienfeld-Röntgen: „Radio-Silex"**
készülékek magyarországi egyedárusítója
Ericsson magy. villamos sági r.-t.
ezelőtt: Deckert és Homolka
Budapest, VI., Vörösmarty-u 67. Telefon: 28—09, 89—64.
Röntgen-csövek, lemezek stb. állandóan raktáron.

UNIV. MED. **Dr. PECSI DANI** nyilvános tehénhimlő- :: termelő intézete ::
A magyar állami serum-termelő intézet szétküldő osztálya.
Budapest, II. ker., Margit-körut 45. szám.
És balparti ügyfeleink részére: IV., Eskü-út 6. (Klotild-palota.)

DENTAL-DEPOT. **FINGER FRIGYES** TELEFON 16-49.
Budapest, VI., Hajós-uteza 41. szám.
Angol, amerikai műszerek és tömőanyagok nagy választékban. Fogorvosi és fogtechnikai műtermek és laboratoriumok berendezését, valamint e szakba vágó műszerek javitását elvállalom. — Elektromedikai és mechanikai műhely.

Orvos urak figyelmébe!!!
Ha rendelőszobaberendezést, vagy egyéb orvosi műszerfelszerelést óhajtanak beszerezni, kérjék előzetes árajánlatomat
Neumann H. orvosi műszer- és orthopaediai gépek gyára ::
Budapest, VIII., József-körut 33. Telefon József 1-36
Hadból visszatért orvos urak igen előnyös árengedményben részesülnek. Csakis elsőrangu gyártmány. Javitások gyorsan és jutányos árban eszközöltetnek. — Pontos és gyors kiszolgálás.
Különleges szakma: Ujrendszerü művégtagok, orthopaediai gépek, haskötők stb.

*Az „Arhovin-capsula“ irodalma:

Dr. Burchard und Dr. Schlockow, „D.M.Woch.“ No. 48, Berlin 1904.
Dr. Reiner, „Sozialärztliche Presse“ No. 6. Wien 1904.
Dr. Strauss, „Prager Med. Wochenschrift“ No. 21. Prag 1904.
Dr. Goldmann, „Monatsh. f. prakt. Dermatologie“ No. 39. Hamburg 1904
Dr. Manasse, „Therapeutische Monatshefte“ No. 7. Berlin 1904.
Dr. Brings, „Die Heilkunde“ No. 2. Berlin 1905.
Dr. Weger, „Medico“ No. 29. Berlin 1904.–
Dr. Silberstein, „Monatsschrift für die Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene“ No. 3. Leipzig 1905.
Dr. Piorkowski, „Deutsche Med. Wochenschrift“ No. 25. Berlin 1905.
Dr. Steiner, „Schmidts Jahrbücher der gesamten Med.“ No. 6. Leipzig 1905.
Dr. Rudnick, „Wiener klinische Rundschau“ No. 41. Wien 1905.
Vortrag, gehalten auf der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Meran. 24.–27. September 1905.
Dr. Riess, „Oesterreichische Aerztezeitung“ No. 20. Wien 1905.
Dr. Meissner, „D. Med. Woch.“ No. 43. Berlin 1905.
Dr. Süss, „Aerztliche Standeszeitung“ No. 22. Wien 1905.
Dr. Porosz, „Gyógyászat“ Budapest 1905. 6. sz.
Prof. Dr. Maramaldi, „Giornale della Scienze mediche“ No. 16. Neapel 1905.
Prof. Dr. Fasano, „Archivio internationale di Medizina e chirurgia“ No. 20. Neapel 1905.
Dr. Adolf Erdős, „Deutsche Mediz. Presse“ No. 12. 1906.
Dr. Hernfeld, „Therapie der Gegenwart“. April 1906. Berlin.
Dr. Frank, „Berliner klinische Wochenschrift“ No. 31. 1906.
Dr. Ganz, „Berliner klinische Wochenschrift“ No. 38. 1906.
Dr. Zorn, „Monatschefte für Harnkrankheiten“ No. 36. 1906. Leipzig.
Dr. Coblenzer, „Monatsschrift für Harnkrankheit.“ No. 11. 1907. Leipzig.
Dr. Schweitzer, „Monatsschrift für Harnkrankheit.“ No. 10. 1907. Leipzig.
Dr. Stock, „Medico“ No. 27. Berlin 1907.
Dr. Weiss, „Deutsche Medizinalztg.“ No. 34. Berlin 1907.
Dr. Schwarz, „Wiener klinische Rundschau“ No. 34. Wien 1907.
Dr. Piket, Vortrag, gehalten auf der 79. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte (Dresden 1907), Ueber die interne Behandlung der Gonorrhoe.“
Dr. Weinberg, „Wiener Med. Presse“ No. 44 Wien 1907.
Dr. Bodenstein, „Deutsche Medizinische Presse“ No. 24. 1907.
Prof. Dr. Nagel, „Zeitschrift für n. ph. Medizin“ No. 11. Berlin 1908.
Dr. Blum, „Therapeutisches Centralblatt“ No. 17. 1908.
Oberstabsarzt Dr. Knauth, „Münch. Med. Wochenschrift“ No. 16. 1908.
Dr. Dreysel, „Fortschritte der Medizin“ No. 4. 1908.
Prof. Wyllis Bandler, „Medical Gynekology“, New-York 1908.
Prof. Wolbast, „Internat. Zeitschr. für Chirurgie“, September 1908.
Dr. Ullmann, „Klinisch-therapeutische Wochenschrift“ No. 15. 1909.
Dr. Szamek, „Med. Blätter“ No. 6. 1909.
Dr. Kostmann, „Med. chirurg. Centralblatt“ No. 11. 1909.
Dr. Lasky, „Deutsche Aerzte-Zeitung“ No. 1. 1909.
Dr. Neubauer, „Therapeutisches Centralblatt“ No. 2. 1909.

A balsamica-k — ol. santali, bals. copaiva, bals. therebenthina stb., valamint az ezekből combinált antigonorrhoicum-ok — a háború következtében lassan eltűntek a forgalomból.

A pacienseknek fölöslegesen okozható kellemetlenségek elkerülése végett rendeljük mindjárt a korlátlan mennyiségben kapható „*Arhovin-capsula*“*-kat, a mely készítmény évtizedek óta ismert klinikai megfigyelések és a praxisban észlelt eredmények szerint teljesen pótolja a balsamica-kat, sőt sok tekintetben (vesezavarok elkerültetnek, felböfögés nincs), felülmulja azokat.

Ernő műintézetében, Budapest VI., Szerecsen-utcza 65 (Liszt Ferencz-tér sarok).

63. évfolyam. 10. szám. Budapest, 1919 március 9.

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.

EGYET. GYÓGYSZERTANI INTÉZET KÖNYVTÁRA

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Safranek János: Közlemény a budapesti magy. tudományegyetem orr- és gégegyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Ónodi A. dr., egyetemi ny. r. tanár.) A felső légutak hyperkeratosisa. 107. lap.

Berczeller László: A cs. és kir. 4. Wassermann-állomáson készült dolgozat. A Wassermann-reactio elméleti vizsgálata és gyakorlati alkalmazhatósága. 108. lap.

Ónodi László: A budapesti 16. számú helyőrségi kórházból. (Parancsnok: Karowsky Károly dr., főtörzsorvos.) A veleszületett fülsipolyokról. 112. lap.

Irodalom-szemle. *Lapszemle. Belorvostan. Herxheimer* és *Roscher:* Bőrelváltozások nephritisben. — *Kelemen János* és *Mandel Sándor:* Vizsgálatok és adatok a tüdőtuberculosis activságának megítéléséhez. — *Szülészet és nőorvostan. Benthin:* A gyermeki élet védelme a szülés alatt. — *Gyermekorvostan. S. Mayer:* A varicella elleni védoltás. — *A. Kaiser:* A gyermekkori gonorrhoeának lázzal való kezelése. 113—115. lap.

Magyar orvosi irodalom. 115. lap.

Vegyes hirek. 115. lap.

Tudományos Társulatok. 116. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti magy. tud. egyetemi orr- és gégegyógyászati klinikáról. (Igazgató: Ónodi A. dr., egyetemi nyilv. rendes tanár.)

A felső légutak hyperkeratosisa.

Közli: *Safranek János* dr., egyetemi magántanár.

A *garat*-képleteken olykor előforduló sajátos elszarusodást mint első *Fränkel* és *Hartmann* „pharyngomykosis benigna“ név alatt irta le, értve ezalatt azt a kóralakot, midőn a tonsillákon, a nyelvgyökön, a garativeken s a garat hátulsó falán a fehér szín különböző árnyalatait mutató, csapvagy tüskealaku, alapjukhoz erősen rögzített excrescentiák foglalnak helyet, olykor czövekszerü vagy cseppkövekhez hasonló elrendeződésben, amitől a megbetegedett képletek bizarr alakot nyernek, mintha sündisznósörtékkel volnának teletüzdelve.

Fränkel és *Hartmann* mikroskopi vizsgálatok alapján e kóralakot mykosisnak, a leptothrixmyceliumok által előidézettnek tartotta, melyek főképpen a torokmandulák, valamint a nyelvmandula folliculusaiban és a többi garatképletben elszórt nyiroktüszőkben telepednek meg s innen nyerte a baj másik nevét: angina leptothricia. A leptothrix az említett szerzők szerint a szájváladékból kiválasztja a meszet s ez azután a leírt csapok vagy tüskeszerü képletek alakjában ülepedik le. Később *Siebenmann* kimutatta, hogy a szóbanforgó képletek lényegben elszarusodott hámszövetből állanak, melyen a leptothrix csak másodlagosan telepszik meg. Szerinte e kóralak voltaképpen a nyálkahártya hyperkeratosisa, melylyel a leptothrix kóroktani vonatkozásba nem hozható, a mit az a körülmény is megerősít, hogy a leptothrixnek átoltása útján a leírt elváltozásokat előidézni nem sikerült (*Deckart* és *Seifert*).

A leírt kórképpel, bárha nem tartozik a mindennapos esetek közé, leginkább a felsorolt garatképleteken találkozunk, míg a felső légutak többi részében a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. *M. Schmidt—E. Meyer* szerint *Strübing* egy esetben az orrgaratban, *Wright* az alsó orrkagylón, *Eichhorst* az álhangszalagokon és a légcsőben, *Spiess* pedig ugyancsak a légcsőben látott ily elszarusodott csapokat.

A közelmúltban egy ily ritka eset jutott észlelésünk alá, melyben nemcsak a garatban és orrgaratban, de a gégében is, sőt legkiterjedtebben éppen az utóbbiban mutathozott a sajátos elszarusodás:

T. S., 23 éves nőtlen vasutas 1914 május havában luest szerzett és akkor több mint két hónapon át inunctiós kúrát végzett; 1914 október havában torok- és gégetünetek mutatkoztak rekedtséggel; egy ideig ecsetelésekkel orvosolták, majd 1915 novemberétől körülbelül 120 bedörzsölést végzett Hg.-kenőcscsel és 7 ízben salvarsant kapott intravenásan, mire gégepanaszai javultak; most körülbelül 2 héttel jelentkezése előtt foltok támadtak torkában és berekedt; az orra 2 éve pörkös, jelenleg is antilueses orvoslásban részesül.

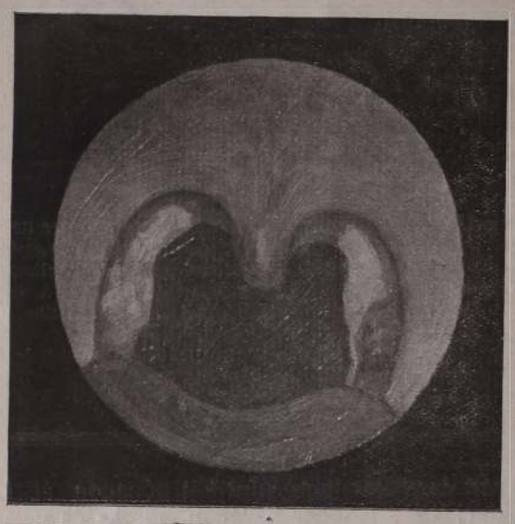
A középtermetü, jól fejlett, mérsékelten táplált, kissé halvány bőrü, általános skleradenitist mutató férfin az orrsövény domborulatával balfelé elhajlott, az orrüreg jobb felében pörkökké beszáradt váladék, a jobb alsó orrkagyló kissé sorvadt. A garattetőn körülbelül két fillérnyi területen szabálytalan alakú, szürkés-fehér foltos felrakodás, mely kitörléssel el nem tünthető (1. ábra). Hasonló, körül-

1. ábra.

belül babnyi, sima felületü, pergamentszerü folt látható mindkét hátulsó, kissé megvastagodott garatíven és fillérnyi terjedelemben a jobb tonsillán (2. ábra). Az epiglottis szélén szürkés-fehér szegély alakjában mutatkozik e foltosodás, itt azonban helyenként néhány mm.-nyire kiemelkedő, kihegyezett, tüskeszerü képleteket is alkot; mindkét kannaporcz táján lapos kis fillérnyi, az álhangszalagokon hasonló, de valamivel halványabb folt, a jobb hangszalagon pedig vaskosabb,

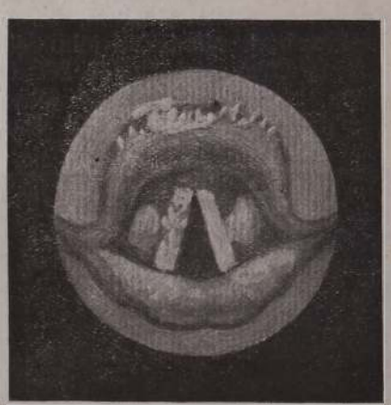
élénk-fehér, helyenként tüskeszerü kiemelkedések láthatók (3. ábra). Nagyfokú rekedtség. Wassermann-reactio ++ Egyéb kóros eltérés nem állapítható meg.

A garatívekről a leírt elváltozás területén kettős csipőfogóval lemetszett részlet kórszövettani lelete: a rétegzett laphám kiterjedten elszarusodott, a kötőszövet a hám alatt



2. ábra.

lobosan beszűrődött ës igen tág ereket tartalmaz (egyetemi II. sz. kórbonczolástani intézet). A torokból vett váladékban leptothrix kimutatható nem volt, az oltott tenyészetekben coccus-telepek mellett kevés, tokos bacillusokból álló colonia fejlődött (egyetemi bakteriologiai intézet).



3. ábra.

A syphilidologus részéről foganatosított antilueses orvoslás (Hg.-injectiok, később jódkáli adagolása) a garat- és gégebeli elváltozásokat nem befolyásolta; nem volt eredményes az elváltozásoknak az ily esetekben ajánlott ecsetelése absolut alkohollal, majd jodtincturával, valamint chromsavval való ètetése sem; minthogy pedig a gégebeli folyamat nem csupán subjectíve volt kellemetlen a betegnek, de nagyobb fokú hangzavarral is járt, amennyiben a jobb hangszalagon levő tüskés képletek a hangszalagoknak egymáshoz simulását hangoztatáskor meggátolták: végül is a hangszalagon levő tüskéket, továbbá az epiglottis szélén szegélyalakban mutatkozó elszarusodást, valamint a garatíveken levő elváltozásokat éles kettős csipőfogókkal eltávolítottam. A beavatkozás óta eltelt 8 hónap óta a tüskék nem képződtek újból, a hang feltisztult, a hangszalagok hangoztatáskor prompte összefekszenek, de a gége többi részében, valamint a garatban mutatkozó foltszerü elszarusodás jelenleg is fennáll, amennyiben e helyeken a pergamentszerü foltok néhány hét multán ismét megjelentek. A kimetszett s újbóli vizsgálatra beküldött szövetrészlet histologiai képe syphilis vagy egyéb infectiosus eredet felvételére támpontot nem nyujtott (egyetemi II. sz. kórbonczolástani intézet).

Esetünk a baj homályos kóroktanát annyiban világítja meg, amennyiben kétségtelen, hogy nem a jelzett hasadó gombától előidézett betegségről van szó, mert a leptothrix egyáltalán nem volt kimutatható Az ismételten végzett kórszövettani vizsgálat bujakóros vagy más fertőzéses eredet felvételére támaszpontot nem nyújtott, s az elváltozások mibenlétét illetőleg beigazolta *Siebenmann* álláspontjának helyességét, amenynyiben a leírt excrescentiák valóban elszarusodott hámból állónak bizonyultak. Valószínűnek tartom, hogy miként más fészekszerü hámmegvastagodások chronikus localis ingerek behatás alatt fejlődnek, különösen valamely általános szervezeti bajtól elgyengített s localisan disponált nyálkahártyán, a leírt kóralak létrejöttében is eme tényezőknek kell szerepet tulajdonítanunk. A constitutiós ártalom szerepét olykor a lues szolgáltatja s így lehetett ez esetünkben is.

A mi a therapiát illeti, a conservativ localis eljárások egész sorozatát ajánlották, így ecseteléseket absolut alkohollal, jodtincturával, sublimat-oldattal, étetéseket chromsavval és trichloreczetsavval, galvanokaustikát stb.; mindez azonban rendszerint nem vezet eredményre s ez okból és mert a baj egyébként ártalmatlan, *M. Schmidt, B. Fränkel* és mások egyáltalán mellőzik a localis orvoslást. Vannak azonban esetek, melyek nem csupán subjectíve felettébb kellemetlenek a betegnek s nagyon nyugtalanítják őt, hanem a nyelésnek vagy — mint esetünkben — a hangképzésnek is jelentékeny zavarával járnak s ilyenkor az excrescentiáknak műtéti úton való eltávolításával (excisio éles kettős csipőfogókkal) szüntethetjük meg e zavarokat, bár recidivákkal ilyenkor is számolnunk kell.

A cs. és kir. 4. Wassermann-állomáson készült dolgozat.

A Wassermann-reactio elméleti vizsgálata és gyakorlati alkalmazhatósága.

Irta: ***Berczeller László*** dr.

Sehol az orvosi chemiában nem találunk elmélet és gyakorlat között olyan eltéréseket, mint éppen a Wassermann-reactióban. A reactio felfedezése az *Ehrlich*-féle oldallánczelmélet alapján történt. Ennek megfelelően készült a gyakorlati alkalmazásra szolgáló módszere is. Ma általánosan elfogadott valóság, hogy a reactio ezen elmélet alapján nem magyarázható, mindamellett a gyakorlatban a régi elmélet alapján kidolgozott régi methodika igen jól bevált.[1] Számos kisérlet történt arra, hogy egyrészt a methodikát javítsák, másrészt pedig, hogy ezt a biologiai reactiót chemiaival helyettesítsék. Mindeme kisérleteket az jellemzi, hogy anélkül hogy rendszeres vizsgálat tárgyává tették volna az általuk bevezetett újabb és újabb változókat, új recepteket adtak a „positiv“ és „negativ“ reactiók megkülönböztetésére. Akad e módosítások között sok, a melynek alapján csakugyan jobb eredményt nyerhetünk. A reactio alaposabb és mélyebb megismerésére azonban csak a jelenség rendszeres analysise vezethet.[2]

Ismeretes, hogy a Wassermann-reactiót úgy végezzük, hogy embersavót, antigent és tengerimalaczsavót keverünk. A keveréket egy óra hosszat a thermostatban hagyjuk állni és azután indikatorképpen birkavörösvérsejteket és birkavörösvérsejteket oldó haemolysises amboceptort adunk a keverékhez. Ha a vérsejtek oldódása következik be, akkor a savó nem lueses eredetű, míg a haemolysis gátlása luesre mutat.

[1] A reactio végezhető nem specifikus antigennel is, és más a luessel nem rokon megbetegedésekben is előfordul.

[2] Különösen ki akarom emelni, hogy e dolgozat egyáltalában nem akarja kétségbevonni a Wassermann-reactio gyakorlati használhatóságát. Ellenkezőleg, célja annak a bebizonyítása, hogy a Wassermann-reactio alapos megismerése sokkal kiterjedtebb gyakorlati alkalmazhatóságára fog vezetni és *csak* a mai methodika tökéletlensége az oka, ha egyesek a reactio megbizhatóságában még kételkednek.

A reactiót nem tekinthetjük qualitativ kémlésnek, hanem a legszigorúbban quantitative kell dolgoznunk, hogy helyes eredményt kapjunk. Ennek az oka — amint azt mi tudjuk — az, hogy a Wassermann-reactio nem újonnan jelentkező anyagot (lueses antitestet) mutat ki a savóban, hanem a normalis savó physikai-chemiai tulajdonságainak quantitativ megváltozását jelenti. Tudásunk mai állása alapján a reactio diagnostikus kivitelének methodikájára vonatkozólag számos fontos kérdés merül fel. Minthogy tehát a reactio végzésekor quantitativ differentiákat *mérünk*, legalább is kérdéses, hogy a régi elmélet alapján a legelőnyösebb kisérleti körülményeket választották ki, ami annál is inkább valószínű, mert az a feltevés, hogy a reactio qualitativ különbségeket mutat ki, a kérdés eziránytú vizsgálatát mellékessé tette.

Ma feltétlenül azt mondhatjuk, hogy a reactio felfedezésekor nem az optimalisak voltak a kisérleti körülmények, a mi a legnagyobb véletlenség lett volna, ha már maga a reactio felfedezése az *Ehrlich*-elmélet alapján tiszta véletlenségnek tekinthető. A felfedezést követő évek ugyan a methodika nagymértékű javulására vezettek, azonban annyiféle módon igyekeztek a reactio methodikáját javítani, hogy ma alig lehet két teljesen egyformán dolgozó laboratoriumot találni és így a különböző laboratoriumok eredményei nehezen hasonlíthatók össze. E mellett az új módszerekben sokszor nagyon elégtelen volt annak a vizsgálata, hogy a reactio megbízhatósága és specificitása nem szenvedett-e a „javítás" következtében. Mindennek elsősorban az az oka, hogy nem ismerjük eléggé a reactio quantitativ lefolyását és finomabb mechanismusát. Bármelyik módosítást használjuk is, a kérdések egész sora merül fel, hogy miért kell éppen így a reactiót végeznünk. Ezekre a kérdésekre tudásunk mai állása alapján többnyire nem tudunk felelni, vagy pedig, ha különböző kutatók válaszát nézzük, homlokegyenest ellentétes feleleteket látunk. Mindenekelőtt is néhány ilyen kérdést akarok megemlíteni:

1. Miért keverjük az első phasisban az embersavót, antigent és tengerimalaczsavót egymással?
2. Miért végezzük a reactiót 38°-on?
3. Miért egy óra hosszat?
4. Miért inaktiváljuk az embersavót, miért éppen 56°-nál és miért $^1/_2$ óra hosszat?
5. Miért használunk birkavörösvérsejteket indikatorképpen?
6. Miért használjuk a szokásos leolvasási módszereket?
7. Miért használjuk a most szokásos keverési arányokban az egyes hatóanyagokat?
8. Miért végezzük az első phasist is isotoniás oldatban?
9. Miért neutralis oldat a reactio mediana?
10. Miért használunk konyhasóoldatot?

Csupa olyan kérdés, melyekre legfeljebb, ha nagyon tökéletlen feleletet adhatunk, és ezen sorozat még megtízszerezhető. A kérdések egy kis részére azt a választ kaphatnók, hogy statisztikai anyag alapján éppen e körülmények között bizonyult a reactio luesre jellegzetesnek.

Ez a válasz azonban mai tudásunk alapján teljesen hibásnak mondható, mert alapja: a Wassermann-reactio specificitásának definitiója hibás. A Wassermann-reactio specificitása *nem qualitativ tulajdonság*, hanem *quantitativ menynyiség*, melyet csakis quantitativ mérések alapján adhatunk meg, nem pedig qualitativ megfigyelésekkel.[3]

Más úgynevezett „specifikus" reactiónál nem észleltek tulajdonképpen sohasem qualitativ specifitast, hanem mindig csak quantitativ különbségeket. Például szolgáljon a Widal-reactio, mely szintén csak quantitativ megváltozását jelenti a normalis agglutinatiónak, mert csak nagyobb higitásokban jellemző typhusra.

Ez ellen azt az ellenvetést lehetne tenni, hogy a Wassermann-reactiót már igen sokan végezték quantitative; hiszen egész sora a módszereknek ismeretes, melyek mind azon alapulnak, hogy a Wassermann-positiv savók gátló hatását quantitative mérik. Mindeme módszereket azonban az jellemzi, hogy önkényes nullapontjuk van. További haladás a Wassermann-reactio megismerésében csak úgy lehetséges, ha a reactio specificitását különböző kisérleti körülmények között megadhatjuk, ezzel nemcsak hogy egy sora a vitás kérdéseknek nyer megoldást, hanem biztos alapokra tudjuk helyezni a reactióról nyert empirikus ismereteinket. A reactio specificitása alatt egy bizonyos lueses savó és a normalis savók (középértékben) gátló hatása közötti különbséget értjük a Wassermann-reactio rendszerében. (Normalis savó alatt egészséges, más betegségben sem szenvedő egyén savóját értem.) Egyelőre ez a mérték annyiban önkényes, mert a lueses savók felé eső határ a szerint változik, hogy milyen savót választunk a vizsgálatra, azonban tekintve, hogy egyelőre csak összehasonlító mérésekről van szó, ez nem játszik fontos szerepet.

Minthogy ezen összehasonlító méréseknél fontos szerepet játszik, hogy az összehasonlító vizsgálatokat lehetőleg egy savóval végezzük, olyan methodikára volt szükség, mely lehető kis anyagmennyiségek használatát engedi meg. A Wassermann-reactio végzésére már számos mikromethodust ajánlottak, ezek azonban részben nehezebben végezhetők, mint az eredeti módszer mennyiségeivel való dolgozás azt megengedi, másrészt pedig quantitativ dolgozásra nem alkalmasak. Ezért ezen két nehézséget kiküszöbölő mikromethodust kellett kidolgoznom. Ezen módszer kidolgozása, minthogy ma egész sora a chemiai mikroanalysiseknek (Emich, Donau) ismeretes, nem ütközött nagyobb nehézségbe. A methodika pontos leírását a Bioch. Zeitschr. 83. kötetében közöltem.

Ezek előrebocsátása után rátérünk a fentemlített kérdések behatóbb tárgyalására.

1. *Valóban szükséges-e, hogy a Wassermann-reactio első phasisában szervkivonat, embersavó és tengerimalaczsavó hasson egymásra?*[4]

E kisérleteket úgy végeztem, hogy quantitative meghatároztam a gátló hatást olyan keverékekben, melyek csak az első phasis két alkotórészét tartalmazták az első phasis idejében

(1. Szervkivonat + tengerimalaczsavó,
2. embersavó + tengerimalaczsavó,
3. embersavó + szervkivonat)

és csak a II. phasissal egyidejűleg adtam hozzá az első phasis még hiányzó alkatrészét:

1. Embersavó,
2. szervkivonat,
3. tengerimalaczsavó.

E kisérletek bebizonyították, hogy egyik keverék sem ad olyan erős gátlást, mint a mit a Wassermann-reactio berendezésében kapunk. Másrészt azonban kiderült, hogy ha a savót a complementummal, illetve az antigent a complementummal együtt hagyjuk állni, mintha ez az előzetes hatás elmaradna. Tehát a savó, illetve antigen „complementkötő" hatása feltétlenül lényeges szerepet játszik a reactio létrejöttekor. Ezért a reactiót úgy végeztem, hogy a complementáló savó felét az embersavóval, felét az antigennel hagytam állni. E kisérletek eredménye az volt, hogy így valóban rendiségre nézve akkora (sőt egyes kisérletekben nagyobb) gátlásokat kaptam, mint a Wassermann-reactióban. E kisérlet tehát azt bizonyítja, hogy a complementáló hatás külön-külön létrejövő csökkenésének való superponálódása a Wassermann-reactio létrejöttének közvetlen oka. E helyen csak annak közvetlen bizonyítékául szolgáljon a kisérlet, hogy milyen önkényes a lueses savó hatásának, mint „anboceptor"-hatásnak a felfogása, mikor a kisérlet éppen azt mutatja, hogy a „complement" az, ha már ilyen hypothetikus anyagokra akarjuk a reactiót visszavezetni, a mely mindkét másik anyaggal reagál.

2. *Miért végezzük a reactiót 38°-nál?*

Jakobsthal utalt arra először, hogy 0°-nál több positiv reactiót kapunk, mint 38°-nál. Utána többen vizsgálták e kérdést, és annyi feltétlenül bizonyos, hogy egyes savók 0°-nál

[3] A specificitást a serologiában gyakran mint qualitativ tulajdonságot fogják fel, a nélkül, hogy a kérdést közelebbről szokás volna vizsgálni.

[4] E kisérleteket *Heller Lajos*-sal együtt végeztem. Bővebb leírásuk a fentemlített dolgozatban jelent meg.

reagálnak jobban, mások 38°-nál. Ezen a helyen csak azért említem meg a kérdést, mert ez a tény is egy teljesen önkényes pontjára mutat a Wassermann-reactio methodikájának, ngyanis arra, hogy egyik szerző 38°-nál, másik 0°-nál, végre vannak olyanok, kik szobahőmérsékletnél is thermostatban végeztetik a reactio I. phasisát.

3. *Miért tart az I. phasis egy óra hosszat?*

Általánosan ismeretes, hogy $^3/_4$ óra alatt is gyakorlatilag ugyanazon eredményeket kapjuk, mint 1 óra alatt, azonban elméleti okokból meg kell említenem, hogy ezen idő alatt a reactio nincs befejezve, hanem még 24 óra mulva is mutatható ki a gátlás növekedése bizonyos esetekben, a mi esetleg gyengén positiv savóknál gyakorlati fontossággal is bírhat.

4. *Miért inactiválják az embersavót, miért éppen 56°-nál és miért egy fél óra hosszat?*

E kérdések a Wassermann-reactiónak legnehezebb és leginkább vitatott pontjai. Egyrészt egyes szerzők (*Boas*) úgy vélik, hogy az inactiválás folytán luesre nem specifikus „reagin"-ok eltünnek a savóból, másrészt azt olvashatjuk, hogy activ savókkal klinikailag sokkal használhatóbb eredmények érhetők el, mint inactivokkal. (*Müller.*) Teljesen hibás volna, ha pro vagy contra foglalnék állást, mert részben mindkettőnek igaza van, részben pedig mindkét felfogás hibás. Egyrészt igaz, hogy nemcsak lueses *activ* savók gátló hatása erősebb, mint a megfelelő inaktivoké, hanem általában azt mondhatjuk, hogy nem lueses savóknál is az activ savó hatása erősebb. (E helyen meg kell említenem, hogy az activ savók gátló hatását lényegesen befolyásolja az embersavó completáló hatása is, és így lehetséges, hogy különböző kisérleti berendezések mellett ellentétes eredményeket kaphatunk arra nézve, hogy melyik (activ vagy inactiv) savó hatása az erősebb, ha úgyanazon embersavót is használjuk. Különösen áll ez olyan lueses savókra, melyek a szokásos kisérleti berendezés mellett gyenge gátlásokat adnak. Részben ez is az oka annak, hogy ilyen esetekben különböző laboratoriumok eredményei, ha az illető laboratoriumok egymástól eltérő módszereket használnak, nem egyeznek meg egymással.)

Ezzel ujabb bizonyítékát látjuk annak, hogy a Wassermann-reactio csak quantitativ megváltozását jelenti a normalis savó tulajdonságainak, mert éppúgy, mint a hogy az activ és inactiv lueses savó hatásában különbözik, úgyanazon különbségek mutathatók ki a normalis savóknál is, tehát az activ és inactiv savó közötti különbség nem vezethető vissza a *lueses* „reagin"-ok gyengülésére.

Az eddig felsorolt érvek a mellett szólnak, hogy inkább inactiv módszert használjunk, ha nem is feltétlenül döntők kisérleteink abból a szempontból, hogyha a lueses savók inactiválás által való gyengülése nagyobbfokú, mint a nem lueseseké, akkor viszont az inactiv módszer a kevésbé jó. Mielőtt azonban ezen kérdés vizsgálatára térnénk, az inactiválás folyamatát kell vizsgálat tárgyává tennünk.

Ma ismeretes, hogy az inactiválás folyamata tulajdonképpen két reactióból tevődik össze. (Helyesebben mondva, mai tudásunk szerint két változás jön számba a Wassermann-reactionál azon *számos* változás közül, a mit az 56°-on való melegítés az embersavó complikált szerkezetében okoz.) Egyrészt megszűnik az embersavó completáló hatása, másrészt pedig csökken a savó Wassermann-reactiót adó képessége. E két reactio-resultans hatását látjuk a Wassermann-reactio eredményében. A legelső kérdés, a mit meg kell oldanunk, az, hogy mennyiben felel meg a methodika annak, a mit kivánunk tőle. Itt azonban azt látjuk mindenek előtt, hogy igen különböző, hogy az egyes szerzők, mit kivánnak a methodikától. Mert míg egyesek úgy vélik, hogy az inactiválás által a reactio bizonyos mértékben specifikusabb lesz, addig mások ezt egyszerűen a methodika egyéb változtatásai által vélik elérni, míg egy harmadik csoportja a vizsgálóknak az inactiválást azért is feleslegesnek tartja, mert az embersavó saját completáló hatása szerintük nem jön számba. (Ez utóbbi állítás azonban ma egy használatban lévő módszerre sem áll, csak a hibás, úgynevezett „complementmeghatározások" vezethettek erre az eredményre, a mire azonban más helyen térek bővebben rá.) Így ezen kérdésnél feladatunk abban áll megállapítani, hogy különböző kisérleti körülmények között (itt elsősorban számbajön a különböző hőmérsékleten való inactiválás, és hogy mennyi ideig inactiváljuk a savót) mennyire állandó a savó gátló hatása, és hogy egyforma beavatkozásoknál különböző savók egyformán reagálnak-e.

Az eddigi kisérletek (*Boas* és *Thomsen, Noguchi, Stilling*) egyöntetübb eredményeket adnak az idő szerepéről az inactiválásnál, ezért előbb ezt ismertetem. Thomsen és Boas kisérletei azt mutatták, hogy az inactiválás (56°-on) első 5—10 perczében a reactio erősségének csökkenése a legnagyobb fokú, és ezt a további időben lassú csökkenés követi. Kisérleteim megerősítik *Thomsen* és *Boas* észleleteit. Ezek alapján azt mondhatjuk, hogy az inactiválás ideje abból a szempontból feltétlenül előnyösen van választva, hogy *állandó* eredményeket kapunk vele, úgyanis valamivel rövidebb vagy hosszabb ideig tartó inactiválás nem befolyásolja lényegesen a reactio erősségét.[5]

Nem így állunk az inactiválás hőmérsékletével. Itt az én kisérleteim kimutatták egyrészt azt, hogy különböző lueses savóknál *különböző* hőmérsékleteken következik be a reactio erősségének nagyfokú csökkenése, és 50—60° között az erős gátlást adó lueses savók reactioképessége is gyorsan változik. Ezen észleletek arra mutatnak, hogy az inactiválás hőmérséklete nem a legalkalmasabb a vizsgálatok végzésére, mert éppen a különböző savóknál igen különböző jelentőséggel fog bírni a vizsgálat *egy* bizonyos hőmérsékletnél, másrészt pedig a reactio *állandósága* is szenved az inaktiválás ilyetén való választása miatt, mert már a hőmérséklet csekély változása is sok savónál lényeges változást okoz a reactio eredményében.

5. *Miért használunk birka-vörösvérsejteket indicatorképpen a Wassermann-reactiónál?*

Számos szerző ajánlott a birkavörösvérsejtek helyett más vérsejteket (pl. ember-, marha-, tengerimalacz-, lóvérsejtek.) Tulajdonképpen *csak* az okolja meg a birkavérsejtek használatát, hogy a birkavér könnyen szerezhető meg, és hogy a legtöbb empirikus kisérlet evvel történt. Használata ellen szól, hogy éppen a birkavérsejteket az embersavó maga nagy mértékben befolyásolja, mert majdnem minden activ embersavó birkavörösvérsejtekre ható complementet és amboceptort tartalmaz. A legkülönbözőbb kisérleteket végezték arra vonatkozólag, hogy ezeket a nehézségeket el lehessen kerülni. A reagáló anyagok viszonylagos mennyiségeinek változtatásával vagy a normalamboceptor eltávolításával (birkavörösvérsejtekkel adsorbeáltatva a normalamboceptort) igyekeztek ezt elkerülni. Ezen módszerek érzékenyebb eredményt adnak, mint az eredeti módszer, azonban mindamellett a gyakorlatban nem terjedtek el. Ebből a szempontból egyszerűbbnek látszik olyan vörösvérsejt választása, melyre az embersavó nem hat. Ilyen például a marhavörösvérsejt. Vizsgálataim kimutatták, hogy 500 eset közül egyben fordul elő az embersavóban halmolysises amboceptor, mely a marhavérsejteket oldja. Complementáló hatás valamivel gyakrabban fordul elő (500 eset közül háromban). Ezek a számok practice (különösen inactiv savóknál) elhanyagolhatók. Ezzel egyáltalában nem akarom azt mondani, hogy a marhavérsejtek a legalkalmasabbak a reactio végzésére. Csak azt, hogy az alkalmasság megállapítására milyen utat kell választanunk, és hogy mely tulajdonságokat kell ennél szem előtt tartanunk.

6. *Miért használjuk a szokásos leolvasási módszereket bizonyos idők múlva a Wassermann-reactiónál?*

Az egyes laboratoriumok a legeltérőbb időpontokban olvassák le a reactio eredményét. Egyes helyeken szokás, hogy a leolvasás az ellenőrző kisérletek oldása után történik, másutt még bizonyos ideig szokásos a kisérletet thermostat-

[5] A legutóbbi időben a Wassermann-reactio kivitelében azt a változtatást ajánlották, hogy $^1/_2$ órás inactiválás helyébe 1 órás lépjen. Ez a módszer a fentebb említettek alapján felesleges, mert hosszabbá teszi a reactio végzését, anélkül, hogy az eredményt előnyösen befolyásolná.

ban tartani. Sokan azt ajánlják, hogy leolvasás előtt a vérsejteket jégszekrényben hagyjuk leülepedni.

Kisérleteket végeztem arra vonatkozólag, hogy érhető-e el egy egyensúlynak nevezhető állapot. (Ezen kisérleteim bővebb leírása a Bioch. Z.-ben jelent meg).

Ezen kisérleteim kimutatták, hogy minden haemolysis gátlásnál *elérhető* egy jól jellemzett egyensúlyi állapot. (Ha ez az állapot a chemiai egyensúlyoknak nem is felel meg teljesen.) Azonban a különböző savók igen különbözőképpen viselkednek ebből a szempontból. Általában azt mondhatjuk, hogy *többnyire* erősebb gátlásoknál észleljük a reactio csekélyebb időbeli változását, és különösen gyengén positiv savókban észlelhetjük, hogy lassankint még a haemolysis tovább halad. Azonban nem egészen szigorúan áll ez a törvényszerűség, mert erősen gátló savókban is előfordul a vérsejtek utólagos lassú oldása, és viszont gyengén positiv savók reactiója is állandó maradhat. Czélszerűség szempontjából fontossággal bir, hogy kisérleteinket lehetőleg egyensúlyban olvassuk le, másrészt pedig ezen kisérletekből következik, hogy egyszerűen azzal, hogy az egyes laboratoriumok különböző időpontokban olvassák le az eredményt, lehetséges, hogy eltérő eredményeket kapnak úgyanazon savóban, mindamellett azonban nem következik, hogy *minden* savóban egyforma nagyok legyenek az eltérések.

7. *Miért használjuk a most szokásos keverési arányokban az egyes hatóanyagokat?*

Ha a Wassermann-reactio szokásos módosításait egymással összehasonlitjuk, azt látjuk, hogy az antigen, complement, embersavó mennyiségi viszonyai nagyon kevéssé eltérők az egyes módszereknél, aminek az oka az, hogy a reagáló anyagokat csak igen kis részben vették vizsgálat alá arra nézve, hogy praktikus célból használható-e a reactio. Csak egy példát óhajtok erre megemliteni: Még a legutóbbi időben is többször vizsgálat tárgya volt, hogy kétszer annyi savóval, mint szokásos, használhatók-e az eredmények. Már előbb említettem, hogy a positiv Wassermann-reactio csak *quantitativ* változást jelent (az embersavó — szervkivonat — tengerimalaczsavó rendszerben), ezért a kisérletek kivitele nem lehetett mindaddig elég exact, míg a különböző kisérleti körülmények között nem ezen különbség méréséből vontak következtetést a reactio megváltozására. Kisérleteim kimutatták, hogy a különböző anyagok (antigen, complement, embersavó) mennyiségének változtatása egészen különböző mértékben befolyásolja a reactio változását. Ezt a tényt bizonyítja, hogy egyes lueses savók $^1/_{500}$-nyi mennyiségben, mint a melylyel a reactiót végezni szokás, gátolni szoktak. Az antigenek 1 : 100-nyi mennyiségben, mint a mennyit a reactio végzéséhez használunk, már rendesen nem gátolnak és 4-szer annyi tengerimalaczsavóval, mint a mennyivel a reactiót végezzük, a legtöbb lueses savó nem okoz gátlást. De nemcsak ebből a szempontból fontos az egyes anyagok mennyiségének megválasztása a reactiónál, hanem abból is, hogy különböző kisérleti körülmények között a reactio specificitása is különböző. Igy például, ha az antigen mennyiségét változtatjuk, azt látjuk, hogy a reactio specificitása a két határértékben 0. Egyrészt nem észlelünk lueses és nem lueses savó között különbséget, ha 0 antigent használunk, másrészt 0 a specificitas azon antigen concentratióban is, a hol a nem lueses savó is gátlást ad (az antigen olyan mennyiségének közelében, hol maga gátol). Ezért feladatunk annak megállapitásában áll, hogy ezen határértékek között hol van a reactio optimuma.

Ezen egyes megjegyzésekkel csak arra akarok utalni, hogy mily nehéz a quantitativ viszonyok vizsgálata a Wassermann-reactiónál, és hogy az egyszerű receptek csak arra voltak jók, hogy a rationalis vizsgálatot lehetetlenné tegyék azzal, hogy a kisérleti körülményeket egyneműbbeknek tüntették fel, mint a milyenek a valóságban.

8. *Miért végezzük az első phasist isotoniás oldatban?*

9. *Miért neutralis oldat a reactio mediuma?*

10. *Miért használunk konyhasóoldatot?*

E kérdéseket csak további példákul említem meg arra, hogy hallgatólag mily sok meg nem alapozott feltevést fogadnak el a reactio egyes módosításai, melyek mind csakis az Ehrlich-elmélet alapján voltak elfogadhatók. Ma azonban nincsenek megokolva. Ezen a helyen csak utalok reájuk és bővebb tárgyalásokba nem bocsátkozom. Másutt reá fogok térni, hogy hogyan befolyásolják a reactio imént definiált specificitását. Megemlítésük csak újabb bizonyítékul szolgáljon, hogy hogyan vannak megokolva egy practice oly fontos reactio receptjei.

Az eddigi fejtegetések után különböző érzelmű olvasók éppen ellentétes véleményt fognak alkotni a Wassermann-reactio ilyetén való vizsgálatáról. A reactio „ellenzői“ ki fogják jelenteni, hogy ez csak újabb bizonyíték arra, mily óvatosan szabad csak a gyakorlóorvosnak a reactióból következtetést vonnia, vagy éppenséggel azt fogják következtetni, hogy a reactio nem használható. A reactio hívei azt fogják vallani, hogy az imént említettek lehetetlen, hogy helyesek legyenek, mert gyakorlatilag a reactio jól bevált és egyedül ez a fontos. A továbbiakban megpróbálom bebizonyítani, hogy az állítások látszólagos teljes ellenmondása mellett részben mindkettőnek igaza van, amellett, hogy mindkettő hibásat is állít. Egyúttal arra is utalok, hogy hogyan lehetne az előbb tárgyaltak alapján ezen eltéréseket kiküszöbölni.

Az egész kérdés azon fordul meg, hogy a szokásos jelölések szerint „positiv“ és „negativ“ savók között tisztán quantitativ különbség van. Ha ezen különbségek sok esetben igen nagyok is, előfordulnak esetek, a hol kicsinyek; igy lehetséges, hogy ugyanazon módszert használva, különböző biztossággal határozhatók meg. Másrészt a positiv és negativ savók közötti határ nincs elegendő pontossággal megadva ahhoz, hogy a különböző vizsgálók a kellő pontossággal állithatnák fel *ennek alapján* a diagnosisukat. A normalis és positiv lueses savók közötti különbség azonban olyan nagy, hogy ezeknél ez a különbség nem jön számba. A legjobban egy hasonlattal világithatjuk meg a kérdést. A Wassermann-reactiót czélszerű iránymeghatározással összekötött hosszméréssel összehasonlitani. Egy országúton például igen könnyű egész sorát a pontoknak megadni, hogy egy falutól délre vagy északra fekszenek-e. De ha a faluban vagyunk, akkor megszünik a pontok további megadhatósága, ha nem veszünk fel a meghatározásra *egy pontot*. A Wassermann-reactiónál pedig még a falunak megfelelő jelzés sincs pontosan megadva, a mely azt jelentené, hogy mily körben esnek luetikus és normalis savók egybe. Mert itt még azt sem tudjuk, hogy meddig terjedhetnek az egyéb betegségeknél észlelt gátlások. Ha ezen méréseket elvégeztük, a további feladat annak a megállapitása volna, hogy az egyéb betegségeknél előforduló gátlások finomabb mechanismusukban is megegyeznek-e a lueses reactióval. Ennek az elvégzése azonban nem lehet egyedül a laboratoriumi vizsgálat feladata. Ehhez a laboratorium és klinika együttműködése szükséges és éppen azon betegek savóinak kellene rendelkezésre állani, melyek nem specifikus „positiv“ Wassermann-reactiót adtak (például vörheny, tuberculosis, carcinoma, malaria, kiütéses typhus, lepra stb.). A feladat abban állna, hogy egészséges emberek, az említett betegek és luetikusok savóival meg kellene állapitani különböző körülmények között a gátló hatást és igy megkapnók, hogy milyen körülmények között a legspecifikusabb a reactio. Ezen meggondolás érthetővé teszi, hogy hogyan jelenhetett meg több mint 2000 dolgozat a Wassermann-reactióról, anélkül, hogy a kérdés megoldást nyert volna; az oka az, hogy egy új kutatási methodikára volt szükség, mely *ne* induljon ki qualitativ különbségekből. Csakis a kutatás újonnan való szervezése által, lehet a kérdést megoldani, ha a szükséges beteganyag rendelkezésre áll. Ez ma annyiból is könnyebb, mert a háborús viszonyok nagy középponti kórházakba gyüjtötték a szükséges beteganyagot.

Összefoglalás. A Wassermann-reactióval a savó quantitativ megváltozását észleljük. Ezért kiviteli módszere csak úgy tökéletesithető, ha a reactio előbbiekben definiált specificitását befolyásoló tényezők hatását tekintetbe vesszük.

Különösen a következő néhány ilyen tényező hatására utaltam:

1. A reactio nem lueses antigen és amboceptor egymásra hatásából áll, miközben complement megköttetik.

2. A reactio optimuma nincs 38°-nál.

3. Nem teljesen lefolyó reactio, hanem különböző kisérleti viszonyok között különböző egyensúlyokhoz vezet.

4. Az activ vagy inactiv savók használata teljesen önkényes eljárás és különböző savóknál teljesen ellentétes változásokra vezethet.

5. A birkavérsejtek használata az embersavó és vérsejtek között egy mellékreactio létrejöttét okozza.

6. A leolvasási módszerek egymással nehezen hasonlíthatók össze és csak egyes pontokat alkotnak egy folytonosan változó sorban, ha nem választatnak úgy, hogy a reactio egyensúlyba jötte után végeztessenek.

7. A használt anyagok mennyiségük és a concentratiós viszonyok szerint igen különbözőképpen hatnak. Az eddig vizsgált mérési kör igen szük, és kérdéses, hogy a legjobban választott volt-e.

8., 9., 10. Utalok arra, hogy a physiologiás konyhasóoldat igen lényeges szerepet játszik a reactióban, a mi mindeddig nem képezte vizsgálat tárgyát.

Ezen vizsgálat tulajdonképpen egyenes folytatását képezi Arrhenius immunochemiai vizsgálatainak, abban az értelemben, hogy mérésekkel keresi a jelenségek pontosabb jellemzését. Azzal a különbséggel, hogy a Wassermann-reactiónál 12 év tapasztalata és keveset mondva 1000 más módszer kipróbálása, melyeket többé-kevésbé mindig az Ehrlich-theoria alapján igyekeztek kidolgozni, nem vezetett a kivánt eredményre: a reactio állandóinak megállapítására.

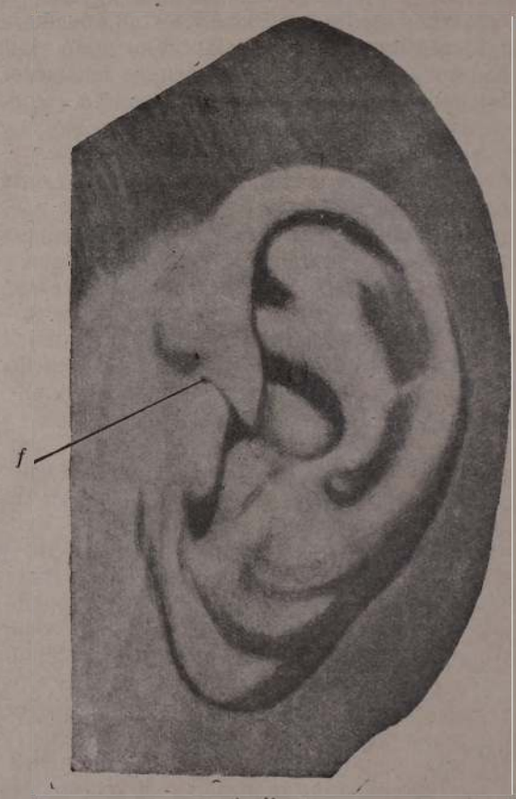
A budapesti 16. számú helyőrségi kórházból. (Parancsnok: Karowsky Károly dr., főtörzsorvos.)

A veleszületett fülsipolyokról.

Irta: *Ónodi László* dr., klinikai gyakornok.

Mint ismeretes, *Heusinger*[1] volt az első, a ki a külső fülön előjövő sipolyt a fistula auris congenita névvel jelölte meg és veleszületett jelenségnek tekintette. A mi a veleszületett fülsipoly előfordulását illeti, *Grunert*[2] az irodalomból 47 esetet gyűjtött, többnyire ép füleken, néha a külső fül torzképződésével vagy veleszületett nyak-sipollyal kombinálva. A veleszületett fülsipoly többnyire a crus helicis előtt $^1/_2$—$2^1/_2$ mm.-nyire és a tragus felett 7—10 mm.-nyire található gombostűfejnyi gödröcske vagy nyílás alakjában (1. ábra), amely egy 2—5—10—15 mm.-es sipolyjáratba vezet; ez többnyire vakon végződik és ferdén befelé halad, néha párhuzamosan a külső hallójárattal. Néha a sipolyjárat vége tömlőszerűen kitágul. A veleszületett fülsipoly többnyire egyoldali, de kétoldali is lehet, részarányosan az egyik oldalon gödröcske, a másik oldalon sipolyjárat lehet jelen. A veleszületett fülsipoly közlekedése a dobüreggel eddig még nem volt megállapítható. A veleszületett fülsipoly végén retentiós tömlőt *Schnitz*,[3] *Kipp*,[4] *Urbantschitsch*,[5] *Lannelongue*[6] észlelt. *Kipp* esetében a tömlő 25 mm. tág volt. *Urbantschitsch* borsónagyságban találta. *Grunert* egy fejlődésében visszamaradt fülkagylón két kicsiny sipolyjáratot talált, az egyik 2—3, a másik 3—4 cm. hosszú volt és kis tömlőben végződött. *Urbantschitsch*[7] fülsipoly mellett egyidejűleg veleszületett nyaksipolyt is talált, hasonlóképpen egy esetben *Paget*[8] is. Egyes esetekben a sipolyjárat és a tömlő spontan vagy nyomásra tejszerű váladékot ürített, a váladékban hámsejtek és genysejtek voltak találhatók. *Pflüger*[9] esetében fülfájdalmak után néha geny ürült. A veleszületett fülsipoly a traguson, a tragus alatt és a lobulus és a crus helicisen volt észlelhető (*Dyer*,[10] *Schwabach*,[11] *Moldenhauer*,[12] *Behr*[13]). Egyes esetekben a veleszületett sipoly öröklése is kimutatható volt (*Albert*,[14] *Gruber*,[15] *Ole Bull*,[16] *Katz*,[17] *Urbantschitsch*, *Schwabach*, *Hartmann*,[18] *Eyle*[19]). *Paget* egy családban 6 esetben, *Katz* pedig két családban (az egyiknek minden tagján) a veleszületett fülsipoly öröklését állapította meg. *Grunert* említett esetében a sipolyjáratot a tömlővel kimetszette; a szövettani vizsgálat a következő eredményt adta, mely a származást világítja meg, amiről később lesz szó: „A sipolyjárat, valamint tömlös végződése epidermis-szel volt bélelve, melynek felső rétege kifejezett elszarusodást, szabályos rete-léczeket és keratohyalinképződést mutatott. Jól meg lehetett különböztetni két cutisréteget: egy felső, jobban erezettet és egy alsó vérszegényt. A hajszálhüvelyekbe csak elszórtan nyiltak normalis faggyúmirigyek. Egyes helyeken határozottan felismerhetők voltak verejtékmirigyek. A cutis alatt zsírdús bőralatti kötőszövet volt, ezalatt pedig egy hyalin porczogóból álló gyűrű. A tömlőszerű zsák tartalma a műtét alkalmával befolyt vérből, lelökődött lanugóból és levált elszarusodott epithelsejtekből állott."

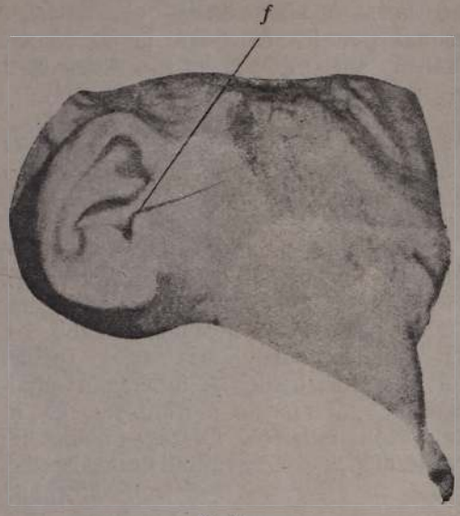
A mi a veleszületett fülsipoly származását illeti, eltérők a vélemények. Ama nézet mellett, hogy a veleszületett fül-



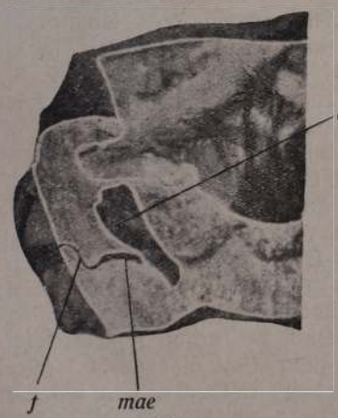
1. ábra.
Orosz katona. *f* a bal fül veleszületett sipolya.

sipoly az első zsigerrés tökéletlen elzáródásának a következménye, állást foglalt *Heusinger*, *Virchow*,[20] *Tröltsch*, *Beer*, *König*,[21] *Burnett*,[22] *Schwartze*, *Pflüger*, *Albert*, *Brousan*,[23] *Gruber* és *Denker*[24]. *Urbantschitsch* vizsgálatai alapján tagadja, hogy a külső hallójárat és a középfül az első zsigerrésből származik és ezen nézetet *Schwabach* és *Katz* is elfogadja. *Urbantschitsch* szerint „a külső és a középfül semmiesetre sem ered az első zsigerrésből, hanem egyfelől a középfül a száj-orr-toroküreg egy oldalsó kiöblösödéséből fejlődik, másfelől a külső hallójárat abból az anyagból ered, amely az eredetileg a kültakaró szinvonalában levő dobhártya fölé emelkedik sánczszerűen, mint a száj-orr-toroküreg oldalöblének külső határfala. *Grunert* hangsúlyozza, hogy *Mall*,[25] *Kölliker*,[26] *Moldenhauer* és *Hoffmann*[27] embryologiai vizsgálatai ezen nézetet megdöntötték. *His*[28] és *Gradenigo*[29] embryologiai vizsgálatai szerint a veleszületett fülsipoly az első zsigerrés területén levő dudorok, colliculi branchiales, fejlődési zavarára vezethető vissza. A crus supratragicum és a crus helicis között levő barázda tökéletlen összenövése okozza a sipolyképződést. *Hunt*[30] bebizonyította, hogy az emberen egyetlen egy fejlődési állapotban sem áll fenn köz-

lekedés a külső hallójárat és a dobüreg között. Az első zsigerrés záróhártyája alkotja a dobhártya alapját, az első zsigerrés záróhártyájától kifelé eső rész, mely dudorokkal bir, a külső hallójárattá lesz, a befelé eső rész, entodermalis hámmal, a dobüreget és az Eustach-kürt alakitja. *Gradenigo* sem talált közlekedést a középfüllel és a veleszületett fülsipolyt a crus praetragicum és a tragus között levő barázda elégtelen záródására vezeti vissza. *Kümmel*[31] következőképpen nyilatkozik: „E sipolyok egyike sem felel meg az első zsigerjárat valamely részének; valamennyi ilyen gödröcske, sipoly és hasadék oly módon keletkezik, hogy a fülkagyló alkotá-



2. ábra.
7 hónapos újszülött. *f* veleszületett fülsipoly.



3. ábra.
7 hónapos újszülött átmetszete. *f* veleszületett fülsipoly, *mae* külső hallójárat, *ct* dobüreg.

sában résztvevő dudorok nem olvadnak egybe.“ *Hertwig Ottó*[32] a külső fül keletkezéséről a következőket mondja: „Das äussere Ohr an einer Bucht an der Aussenseite der Verschlussstelle, der ersten Schlundspalte, wie die seitliche Ansicht eines sehr jungen menschlichen Embryo lehrt, wird die erste Schlundspalte von wulstigen Rändern umgeben, die dem ersten und dem zweiten Schlundbogen angehören und sich frühzeitig in sechs Höckern gliedern. Von ihnen leitet sich die Ohrmuschel ab. Die Tasche zwischen den Wülsten, an deren Grund auch die Trommelanlage stösst, wird zum äusseren Gehörgang.“ Ezen különböző nézeteknek megfelelően a veleszületett fülsipolynak különböző megjelölése is van, így: fistula auris congenita, fistula fissurae branchialis primae congenita, fistula auriculae congenita.

Észleléseim katonákra, orosz foglyokra és újszülöttekre vonatkoznak. A budapesti 16. számú helyőrségi kórházban és a kenyérmezői fogolytáborban 3200 esetet vizsgáltam meg, ezek közül 48 esetben ép füleken veleszületett fülsipolyt találtam, részben csekély gödröcske, részben 2—5 mm. mély menet alakjában. Közülük 3 eset volt, hol a sipoly váladékot ürített. A veleszületett fülsipoly ezen esetekben 25-ször a jobb oldalon, 16-szor a bal oldalon és 7-szer mindkét oldalon volt jelen.

A 2. ábra 7 hónapos újszülöttön mutat a jobb fülön a külső hallójárattól az arczra terjedőleg egy 16 mm. hosszú veleszületett rést, mely $^1/_2$ mm. átmérővel 7 mm.-nyire a külső hallójáratba mélyed, a mint azt a 3. ábra átmetszeten érzékíti. Egy 9 hónapos újszülöttön 5 mm. hosszú veleszületett rést észleltem, mely $^1/_2$ mm. átmérővel 5 mm.-nyire mélyedt a külső hallójáratba.

A felsorolt irodalmi adatok és embryologiai vizsgálatok, valamint saját észleleteim alapján azon nézet mellett kell állást foglalnom, hogy a veleszületett fülsipoly leszármazása az első zsigerréssel semmiféle összefüggésbe sem hozható, hanem csupán a külső fül másodlagos fejlődési folyamata rendellenességének tekinthető.

Irodalom. [1] *Heusinger:* Virchow's Archiv, 29. kötet. — [2] *Grunert:* Archiv f. Ohrenheilkunde, 45. kötet. — [3] *Schnitz:* Dissert. inaug. Halle, 1873. — [4] *Kipp:* Transact. of. the Amer. otol. soc. 30. Annual Meeting. — [5] *Urbantschitsch:* Monatschrift für Ohrenheilkunde, 8. kötet. — [6] *Lannelongue:* Gradenigo, l. c. — [7] *Urbantschitsch:* l. c. — [8] *Paget:* Gradenigo, l. c. — [9] *Pflüger:* Monatschrift f. Ohrenheilkunde, 11. évf. — [10] *Dyer:* Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, 15. köt. — [11] *Schwabach:* Zeitschrift f. Ohrenh., 8. köt. — [12] *Moldenhauer:* Morphol. Jahrbuch, 1877, Schwartze's Handb., 1. kötet. — [13] *Behr:* Gradenigo, l. c. — [14] *Albert:* Lehrbuch der Chirurgie, 1877. — [15] *Gruber:* Lehrbuch der Ohrenheilkunde, 1888. — [16] *Ole Bull:* Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 19. köt. — [17] *Katz:* Dissert. inaug. Bonn, 1888. — [18] *Urbantschitsch, Schwabach, Hartmann:* Compt. rendus du 4. Congrés internat. d'otol., 1889. — [19] *Eyle:* Gradenigo l. c. — [20] *Heusinger* és *Virchow:* Virchow's Archiv, 30. és 32. köt. — [21] *Tröltsch, Beer* és *König:* Lehrbuch der Chirurgie, 1885. — [22] *Burnett:* A Treatise of the Ear. London, 1887. — [23] *Schwartze, Pflüger, Albert* és *Brousan:* Entwicklung des Menschen, 1911. — [24] *Gruber* és *Denker:* Lehrb. d. Path. u. Ther. des Ohres u. d. ob. Luftw., 3. kiad. — [25] *Mall:* Grunert, l. c. — [26] *Kölliker:* Entwickl. des Menschen etc. — [27] *Moldenhauer* és *Hoffmann:* Archiv für mikr. Anatomie, 1890. — [28] *His:* 3. Congrés internat. d'otol. Bale, 1885. — [29] *Gradenigo:* Arch. f. Ohrenheilk., 34. köt. — [30] *Hunt:* Transact. intern. Congrés d'otologie, 1876. — [31] *Kümmel:* Handb. der prakt. Chirurg., 1913. — [32] *Hertwig Otto:* Entwickl. d. Menschen, 1915.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

Bőrelváltozásokról nephritisben és egyéb betegségekben ír *Herxheimer* és *Roscher*. Kimetszett bőrdarabok histologiai vizsgálata fertőző betegségekben igen nagy jelentőségű diagnostikai eszköznek bizonyult. A legértékesebb eredményeket kiütéses typhusban nyujtja, melynek roseolája oly jellegzetesen viselkedik, hogy a Weil-Felix-reactio előtt a legbiztosabb diagnostikai jel volt, azóta pedig vele egyenrangú. A mai tudományos álláspont szerint a bőrerek viselkedése teljesen megfelel a belső szervek capillarisai viselkedésének. Azonkívül kiütéses typhusban, typhusban, paratyphusban sikerült a kimetszett roseolában a kórokozót is kimutatni. Érdemesnek mutatkozott tehát egyéb fertőző betegségekben is a bőrcapillarisok viselkedésének tanulmányozása, így elsősorban a „Kriegsnephritis“-nek nevezett glomerulonephritisben annál is inkább, minthogy e nephritisek esetén fejlődő oedemák *Hess* vizsgálatai szerint bizonyos vonatkozásban állanak a finom bőrerek laesiójával. A vizsgálat technikáját *Weiss* dolgozta ki (Münchener med. Wochenschrift, 1916, 26. sz.), kinek sikerült élő emberen a bőr capillarisait mikroskoppal vizsgálni és mikrophotographiai felvételeket készíteni. Az ily módon észlelhető elváltozásokat *Weiss* „capillaritis“-nek nevezte el. A szerzők azonban a kimetszett bőrdarabok histologiai vizsgálatát elengedhetlennek tartván, vizsgálataikat ezúton végezték *Töpfer* vizsgálataihoz hasonlóan. *Töpfer* 8 glomerulonephritisben vég-

zett sorozatos vizsgálatakor azt találta, hogy a bőrcapillarisok endothelje burjánzott, megnagyobbodott, a capillarisok lumene szűkült, az érfalban és körülötte pedig leukocyták és „granulált sejtek" láthatók. *Töpfer* e bőrelváltozásokat a veseglomerulusokban lejátszódó folyamattal teljesen analognak tartja, mit azonban a szerzők nem ismernek el. Ők ugyanis glomerulonephritisben és arteriosclerosisos nephrocirrhosisban teljesen hasonló elváltozásokat találtak a bőrben, s még sokkal inkább azért, mert 27 esetben végzett controllvizsgálatkor (még pedig pneumonia, tuberculosis, sepsis, agytályogok, mesaortitis, baleset folytán elhaltak) tökéletesen hasonló bőrelváltozások voltak kimutathatók. Nem találtak jellemző tulajdonságokat a bőrelváltozások tekintetében a Weil-betegségben és wolhyniai lázban szenvedőkön sem. A szerzők szerint mindezekben a bőr capillarisaira lokalizált kis lobos góczokról van szó, melyek egymástól miben sem különböznek s differentialdiagnosisra nem alkalmasak. (Münchener med. Wochenschrift, 1918, 52. sz.) *Weber* dr.

Vizsgálatok és adatok a tüdőtuberculosis activságának megítéléséhez czímmel ír *Kelemen János* és *Mandel Sándor*. A tüdőgümőkór activságának megítélése a kezdődő esetekben mindig nehéz, ha nincsenek catarrhalis componensek, és különösen nehéz a katonai anyagon, a hol a lefolyt gümőkór okozta stationaer physikális tünetekkel interferáltak más okból keletkezett, de a gümőkórnak is megfelelő tünetek. A megítélés nehézsége mindenekelőtt onnan ered, hogy a gümőkór tünetei a kezdődő esetekben nem állanak arányban a folyamat súlyosságával. Ennek okát a szerzők elsősorban a tuberculinnak azon hatásában látják, a melyet a constitutióra, különösen azonban a vegetativ idegrendszerre gyakorol. A tuberculinnak a constitutiót módosító e hatásával szemben állanak azon esetek, a melyekben más okból — jelen esetekben háborús fáradalmak stb. — a constitutiováltozások a tuberculin hatékonyságát csökkentik: a szervezet energiája folytán nem következhetik be a tuberculinnal való reactióbalépés. A tuberculinnak a vegetativ idegrendszerre való hatása a meglevő, bizonyos irányú hajlamot mutató constitutiót a hajlamnak megfelelő irányban tolja el. Igy keletkezik a gümőkór két főtypusa: a sympathicotoniás és a vagotoniás typus és ezek átmenete; a minek középpontjában azonban nem a normalis beidegzési egyensúly van, hanem a két főtypus hatáskeveréke.

A szerzők e szempontból veszik most sorra az egyes tüneteket, a lázat, a melynek néhány sympathicotoniás alakját vagy többletét calciumchloriddal nyomják le, a láztalanságot, melynek vagotoniás alakjaiban néha atropinra kapnak subfebrilitást, a pulsusváltozások vegetativ idegrendszeri alakjait, az izzadást, a gyomorsecretio változását. Figyelmeztetnek arra, hogy a csúcs felett hallható kissé érdes légzés gyakran kisér inactiv folyamatokat is, a minek okát a gümőkór okozta anatomiai változásoknak a levegő áramlását módosító hatásában látják.

E nehézségek indították a szerzőket arra, hogy az activitás megállapításának jelenleg használt methodusával foglalkozzanak. Az activitás megállapításához a sétapróbát választották, minthogy a gyakorlatban ez a legkönnyebben kivihető. Az activitási próbákra csak azok kerültek, a kiken hosszabb megfigyelés daczára nem mutatkoztak activsági jelek. A séta egy órai katonai menetelésnek megfelelő volt. Minthogy az összehasonlítás czéljából alapul vett egy órai menetelés a különbözően trainirozott egyéneken nem lehetett egyforma hatású, az elvárható eredménytelenség ellenőrzésére a tuberculint használták subcutan módon.

A sétapróbáknál mindenekelőtt a *Sorgo* ajánlotta módszerekkel próbálkoztak. A betegeket séta előtt és után hőmérőzték a szájban és hónaljban. A tüdőt minden vonalban, minden bordaközben séta előtt és után anscultálták, a pulsust számolták. Ezenkívül a *Korányi-* és *Tar-tünetet* is tekintetbe vették.

Azt találták, hogy a góczreactio a Korányi-féle már meglevő csúcsvisszamaradást növelheti, illetőleg új góczokat fedezhet fel e módszerrel kopogtatva, úgyszintén a Tar-tünet, mely esetleg negativ volt, positivvá válhat.

A szerzők 100 esetről referálnak, melyekből kitünik, hogy a sétapróba, bár a gyakorlatban elég alkalmas, mégis a tuberculin mögött messze visszamarad. Viszont a sétapróba eddigi methodikájához hozzáfűzött két tünet figyelembevétele a próba érzékenységét tekintélyesen fokozza.

Ezután sorra veszik az egyes tüneteket. A séták utáni hőemelkedések megitélése nem egységes. 37·2—37·3° C hőmérséket a hónaljban egy órai séta után gyanusnak vesznek és feltétlen kórosnak, ha a különbség a séta előtthez képest 0·5° C vagy ennél nagyobb. Kórosnak veszik, ha a hőemelkedés sokáig tart. A hőemelkedés elmaradása nem zár ki activitást. Kaptak paradox reactiókat is a hőmérsék süllyedésével. A pulsus szaporasága, ha nincsenek cardialis okok, sympathicus-ingerlékenységet jelez, a mely gümőkorra gyanus.

Catarrhalis componensek megjelenése a séta után biztos jele az activitásnak. *Gyakran azonban csak a Korányi-féle csúcsvisszamaradás, illetőleg a Tar-féle passiv visszamaradás fokozódását észlelték.*

Ezen esetekben tuberculint adtak. A góczreactio előidézésére 0·5—1·5 mg.-ot használtak. Csak catarrhalis componensek megjelenését fogadták el góczreactio gyanánt, minthogy az általános és lázas reactiók inkább az általános allergia fokát mutatják, mely más szerv (például mirigy) gümőkórjától is származhatik. A tuberculin által ilyen esetekben keletkezett góczreactio a *Korányi-* és a *Tar-tünet* érzékenységét bizonyította. (Az Országos hadigondozó rózsahegyi gyógyintézetének összegyűjtött munkálataiból.)

Autoreferatum.

Szülészet és nőorvostan.

„A gyermeki élet védelme a szülés alatt" czímű czikksorozatának 6. folytatásában *Benthin* a magzati élet megtartásáról eklampsia esetén ír. Németországban évenként körülbelül 2500 eklampsiás szülés van. A statisztika szerint ebből 800 magzat biztosan tönkremegy. A rossz magzati prognosis okai: 1. az eklampsiás méreg hamarosan átkerül a magzati szervezetbe; 2. az ismétlődő rohamok hamar keringési és légzési zavarokat váltanak ki a magzati szervekben; 3. az eklampsiának narcoticumokkal való kezelése (*Stroganoff*) tönkreteszi gyógyszerhatás következtében a magzati életet; 4. sok magzati élet éppen a megejtett szülészeti beavatkozás (műtét) következtében megy tönkre. Ezért a magzati élet jobb védelme czéljából a szerző a következőket ajánlja: 1. A kitolási szakban jelentkező rohamoknál, ha a szülést veszély nélkül be tudjuk fejezni, fejezzük be. 2. Ha a méhszáj még nem tünt el egészen, de egyszerű módon olyanra tágitható, hogy rajta a magzat veszélytelenül átmehet, műtéttel fejezzük be a szülést. 3. Ha a tágulás még nem haladt előre annyira, hogy a szülést veszély nélkül gyorsan befejezhetnénk, a magángyakorlatban, ha a szülőnőt nem tudjuk intézetbe szállítani, Stroganoff-Zweiffel-eljárással kezeljük az asszonyt, míg a kitolás meg nem kezdődött; ekkor beavatkozhatunk. Szülőintézetekben először szülőkön és szűk medenczéseken az anyára és az élő, életképes magzatra nézve az abdominalis császármetszés a legjobb eredménnyel kecsegtető eljárás. Többször szülőkön a méhszáj bemetszése és a vaginalis császármetszés ajánlatos a méh gyors kiürítése czéljából. Mindkét esetben lehetőleg az első roham után 5 órán belül operáljunk. A leírt kombinált eljárásokkal a magzati halálozást az anya veszélyeztetése nélkül 10—15%-ra sikerül lenyomni, úgy hogy a fentebb említett, eddig biztosan tönkrement 800 magzat közül 400 megmenthető.

Gyermekorvostan.

A varicella elleni védoltásról értekezik *S. Meyer* (Düsseldorf). Varicella-endemia alkalmával nyolczvan gyermek közül, kik egyformán voltak kitéve a varicella-fertőzésnek, 38-at friss varicella-hólyag tartalmával oltott be. A be-

oltottak közül 13-on (34%) helybeli reactio jelentkezett az oltás 8—12. napján, papulák és hólyagok fejlődtek. (*Kling, Rabinoff* és *Wernstedt* esetében 97—100%, *Gyr* és *Handrick* eseteiben 2·4—11·5%.) Azonban a sikerrel beoltott gyermekek közül is megbetegedett öt (38·5%) typusos varicellában az oltás után három héttel, feltünően enyhe lefolyással, minden szövődmény és utóbaj nélkül, jóllehet a be nem oltottak közül megbetegedettek között sok súlyos lefolyású, sőt egy halálos eset volt. Az eredménytelenül beoltottak közül 48% betegedett meg, az egyáltalán nem oltottak közül 48·7%.

Az eseteket számbavéve, *Meyer* úgy véli, hogy a varicella elleni védoltás — legalább azon a módon, a hogy ma alkalmazzák — nem megbízható s az oltásra positive reagáló gyermekeken is legfeljebb a betegség könnyebb lefolyására számíthatunk. (Monatschrift für Kinderheilkunde, 1918, 3. sz.)

Benedek Elek dr.

A gyermekkori gonorrhoeának lázzal való kezeléséről ír *A. Kaiser*. 8 esetben meleg ülőfürdők alkalmazásával, melyeknek hőmérsékletét 10 perczen belül 35° C-ról 45° C-ra fokozták, a testhőmérsékletet sikerült 42·5° C-ra emelni. 7 esetben az eljárás teljesen eredménytelen maradt, egy esetben a genyes folyás aránylag gyorsan mult el. 2 esetben az eljárás folyamán rövid tartamu collapsus állott be. Egy 3. esetben hosszasan tartó eszméletlenség és 12 óra hosszat fennálló keringési zavar észleltetett. A szerző tapasztalatai alapján a gonorrhoeának lázzal való kezelését elvetendőnek tartja. (Monatschrift f. Kinderheilkunde, XV. kötet, 1. szám.)

Weil Artur dr.

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1919, 9. szám. *Scipiades Elemér:* Háborús nyomok a szülészetben és nőgyógyászatban. *Schuster Gyula:* Adatok az Alzheimer-betegség ismeretéhez.

Budapesti orvosi ujság, 1919, 10. szám. *Sellei József:* A seborrhoeáról. *Bajusz Mihály:* Az érvágás és mesterséges lélegeztetés a spanyol láz gyógykezelésében.

Vegyes hirek.

Jubileum. Most van 100 esztendeje, hogy *Laënnec* korszakalkotó munkája „De l'auscultation médicale" megjelent. *Laënnec* 1781 február 17.-én született Quimper-ben (Bretagne); eleinte katonaorvos volt, majd a Necker-kórház orvosa; 1823-ban tanár lett és 1826 augusztus 18.-án halt meg tüdőgümőkórban.

Az Orsz. Radikális Párt orvosi szakcsoportja előadás-sorozatának keretében f. hó 12.-én, szerdán este 7 órakor a párt központi helyiségében (IV., Sörház-utcza 3. sz.) *Péterfi Tibor* dr. egyemi tanár előadást tart „Orvosi hivatás és világnézet" czímen. Vendégeket szívesen látnak.

A socialegészségügyi tájékoztató tanfolyam, melyet a Socialegészségügyi Tudományos Társaság ilyen irányú orvosi továbbképző actiójának bevezetéséül szervez, márczius 14.-én kezdődik. A tanfolyamnak az a czélja, hogy azt a jelenleg különösen ártalmas tájékozatlanságot, mely jórészt még jól képzett orvosaink közt is uralkodik a socialis egészségügy égetően fontos problemáival szemben, eloszlassa. Ez a tanfolyam tehát csak a főbb kérdések fő irányelveinek ismertetésére szorítkozik és arra, hogy a Társaság programmjához híven ezen a téren új szempontú tudományos és gyakorlati orvosi munkára serkentsen. Az előadások programmja: Márczius 14.-én *Friedrich Vilmos*: Ipari betegségek, bemutatásokkal. 16.-án *Pach Henrik:* Socialis kóroktanról. 17.-én *Szana Sándor:* A csecsemő és gyermekkór socialis kérdései. 19.-én *Hahn Dezső*: A munka hygienéje. 21.-én *Szerdahelyi Sándor*: A socialpolitika népegészségügyi vonatkozásai. 22.-én és 24.-én *Friedrich Vilmos* (folyt. előadások és bemutatások): Munkaképességcsökkenés megállapítása. 26.-án *Györky Imre*: A munkásbiztosítás mai állapota. 28.-án *Török Lajos*: Ipari bőrbetegségek. Venereás betegségek elleni küzdelem szervezése. 31.-én *Kertész Sámuel*: A munkásbiztosítás legközelebbi problemái. Az előadások pontosan délelőtt 12 órakor kezdődnek (*Török Lajos*-ét kivéve, mely délelőtt 11 órakor kezdődik) a Kerületi Munkáspénztár Köztemető-út 19/b számú székháza I. emeleti tanácstermében. A tanfolyam díjtalan; résztvevőit kérjük, tudassák jelentkezésüket mielőbb *Tar Lajos*-sal (VIII., Kun-utcza 7. sz.).

Hajnalodik! *Henri Barbusse* a Populaire czímű párisi lapban lángoló szavú kiáltványt intéz a világ szellemi harczosaihoz, hogy nyújtsanak egymásnak baráti jobbot s fogjanak össze az emberi solidaritás érdekében. A kiáltványt *Barbusse*-szal együtt 12-en irták alá.

Meghalt. *Királyfi Ármin* dr., budapesti gyakorló orvos 71 éves korában február 27.-én. — *E. Levy*, a bakteriologia és socialis orvostan tanára a volt strassburgi egyetemen, 54 éves korában.

Hirek külföldről. A boroszlói „Allerheiligen-Hospital"-ban tévedésből a közönséges kénkenőcs helyett chromsavas kaliumot tartalmazó kenőcsöt alkalmaztak a betegeken. 12-en belehaltak, sokan súlyos vesegyuladást kaptak. — A Frankfurt melletti höchsti nagy vegyi gyárat, a hol a salvarsant és sok más orvosszert gyártanak, megszállták a franczia; a gyár tovább dolgozik két franczia vegyész ellenőrzése mellett s gyártmányait a szövetségeseknek köteles átengedni. — Február 2.-án volt 100 éve, hogy *Spencer Wells*, a híres angol nőorvos született. *Spencer Wells* végzett először ovariotomiát 1857-ben. — A cseh nemzetgyülés határozatából Brünnben uj egyetemet állítanak fel, a mely jogi, orvosi és bölcsészeti karból fog állani; egyszersmind nagy szótöbbséggel elhatározta a nemzetgyülés, hogy a prágai cseh egyetem theologiai fakultását megszünteti.

Klimatikus otthon vérszegény nők számára

Liptóbodafalva. Vasuti állomás Liptószentmiklós. Kies fekvés. Naponta ötszöri étkezés; tejkura. Kellemes kirándulások, gyönyörü sétányok, legnagyobb nyugalom; nap- és légfürdők. Mérsékelt dijak. Az Otthon orvosa: Dr. Hoffmann László, kórházi főorvos. Prospektust küld: Sebestyén Mária, Liptószentmiklós, Postafiók 30.

Csernel–Bloch–Rajka Bakteriologiai laboratorium. Dajkavizsgáló intézet. Sas-u. 20. Tel. 159-69.

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma Rákóczi-út 13. Telefon: József 104-22.

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete VIII., Mária-utcza 34.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos **bőrgyógyitó és kosmetikai intezete**

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyitás. Röntgen. Aniontherapia, forrólégkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Dr. Forbát bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratoriuma VI., Teréz-körút 22. Telefon 121—02.

Fővárosi Fasor Sanatorium

vegyi-, bakteriologiai és serologiai laboratoriuma.

Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15—26

Kopits Jenő dr. ORTHOPAEDIAI INTÉZETE VII., Nyár-utcza 22. szám.

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47.

Vizgyógyintézet, gyógymechanika, orthopédia, svédgymnastika, inhalatorium. :: Bejáró betegeknek is.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szerum-intézet r.-t. Budapest, VI., Teréz-körut 31. sz. Bakteriologiai, serologiai, vegyi vizsgálatok. Dajka vizsgálat. Telefon 20—19.

Dr. Réh Elektromagneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz.

Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. *Almatlanság, neurósisok, neuralgiák, tabes dorsalis = bénulások, rheumás bajok, arteriosklerosis* stb. ellen.

Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

Alkoholelvonó-intézet. Az Általános Közjótékonysági Egyesület Rákospalotai Gyógyitóháza Rákospalota, Árpád-utcza 12. — Psychotherapia — Foglalkoztatás. — Vizgyógymód. — Prospektus.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagyhirü Sárosfürdő 47° C forrásai

Termalis és fisikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, inhalatorium, pneumatikus kamra, gépgyógyászat és orthopaedia, stb

Főorvosok: Termalis kurák: *dr. Bosányi Béla, igazgató.*
Gépgyógyászat: *dr. Erdős Géza.*
Vizgyógyászati osztály: *Dr. Benczur Gyula*, egyet. m. tanár.
Belégzési gyógymód: *dr. Safranek János*, egyetemi m.-tanár.
Röntgen-laboratorium: *dr. Simonyi Béla.*

Kivánatra prospektus. Kivánatra prospektus

Dr. Szili Sándor orvosi laboratoriuma. Budapest VI. ker., Andrássy-ut 55. Telefon 87—73

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFURED. Heliotherapia.

1010 méter magasan a tenger felszine felett. Röntgen-laboratorium.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

VII., Városligeti fasor 13—15. Telefon: József 52—29. — Sebészeti-, nőibetegek, szülőnőknek. — Radium-kezelések. — Vegyi Röntgen-laboratorium.

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

Dr. Widder Bertalan operateur orthopäd-sebészeti intézete. Budapest, VII., Rákóczi-út 10.

Városmajor-Szanatorium és Vízgyógyintézet

Részvénytársaság. Budán, I., Városmajor-u. 64. Telefon 88—99.
Ujonnan átalakitva Dr. Gráf Andor főorvos vezetése alatt. Vizgyógymód; szénsavas-, oxigén-, villany-, villanyfény- és fenyőfürdők, massage, hőleg-kezelés bejáróknak is. Hizlaló-kurák.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat (VIII. bemutató szakülés 1918 április 24.-én.) 116. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 116. lap.

Közkórházi Orvostársulat.

(VIII. bemutató szakülés 1918 április 24.-én.)

Elnök: **Eisler Hugó.** Jegyző: **Szinnyei József.**

Morbus Banti esete 14 évvel a lépkiirtás után.

Lázár Ferencz: A Banti-kór nem minden részletében tisztázott betegség. *Aetiologiája* homályos. *Banti* sem a vérben, sem a szűrt lépnedvben, sem a lép szövetében mikroorganismust nem talált. Újabban *Gibson* 6 esetben a lépben streptothrix-fajtákat tudott kimutatni. Syphilis, malaria, valamint az alkohol mint kórokozó kizárható. *Lefolyásában Banti* 3 szakot különböztet meg. Az I. az anaemia splenica szaka: léptumor mellett anaemiás panaszok, gyakori orr- és fülvérzés. A vérben a haemoglobin és a vörösvérsejtek megfogytak. A II. az átmeneti szak, 3—4 hónapig tart. A májban is kezdődnek az elváltozások. Icterus áll be. A III. az úgynevezett asciteses szak: ascites, icterus, a vizeletben urobilin és bilirubin. A vérben oligochromaemia, oligocytaemia, hypoleukocytosis és lymphocytosis. 5—7 hónap mulva exitus. Kórboncztani elváltozások: a lépben a Malphigi-testek egy részében a centralisan fekvő ér körül sclerosisos zóna foglal helyet, a pulpában a kötőszöveti állomány erősen burjánzott. A vena lienalison gyakoriak az ateromatosus elváltozások. A máj elváltozásai a cirrhosiséival azonosak.

A szerzők nagy része szerint a betegség székhelye a lép. Ott deponálódik az infectiós agens és idéz elő részint localis szöveti elváltozásokat, másrészt a vérpályába bejutva, káros távolhatásokat fejt ki: májelváltozást, anaemiát és *Umber* szerint fokozott — toxikus — fehérjeszétesést. Van olyan nézet is, hogy e baj nem más, mint a májcirrhosis egy specialis alakja.

Therapia: lépkiirtás. A műtét halálozása 184 esetből 25%.

A bemutatott eset a következő: Sch. R., 49 éves hajadon. Családi anamnesise negativ. 6—7 éves kora óta gyakran van fejfájása és orrvérzése. 1897-ben bal hasfelében feszülő fájdalmak jelentkeztek, hasa dagadni kezdett, ereje egyre fogyott, nehezére esett a megszokott munka. Ezután sok kórházban megfordult. Közben mindinkább gyengébb lett, míg végül 14 évvel ezelőtt a Rókus-kórház I. sz. sebészeti osztályán — az onnét nyert értesülésünk szerint „Banti-kór miatt" — megoperálták. A műtét idején, a mint azt a beteg az orvosoktól hallotta, meg azután maga is érezte, a mája is meg volt dagadva. A műtét után úgy hallotta, hogy 3 kilós lépet vettek ki belőle. Utána összeszedte magát. Két év mulva teljesen munkaképes volt. A jobb bordaív alatt a „keménység" még megvan, de semmi kellemetlenséget sem okoz. 9 évig teljesen jól érezte magát. 3 év óta újra betegeskedik. Hasában a májdaganat növekedni kezdett, helyén fájdalmai voltak, gyengült, feje gyakran fájt, időnként orrvérzései vannak.

Status: A bőr színe halvány, az arczon világosbarna pigmentatio. A tüdők fölött doboz-szerű kopogtatási hang, hangos légzéssel és néhány száraz szörtyzörejjel. Szívcsúcslökés a medioclavicularis vonalban. Az absolut szívtompulat rendes, a relativ jobbfelé egy hüvelykujjal túlhaladja a jobb szegyszélet, balfelé pedig egy hüvelykujjal a medioclavicularis vonalban ér véget. A hallgatódzási helyek fölött systolés zörej; punctum maximuma a pulmonalis felett. A pulsus telt, rythmusos, száma 60. A has mérsékelten előbomborodó. A proc. xiphoideustól a köldökig operatiós heg, az epigastriumban pulsatio. A has jobb felében a megnagyobbodott máj tapintható. Az alsó lekerekített széle a köldök magasságáig ér, balfelé a középső hónaljvonalig, jobbfelé pedig valamivel túlhaladja a középvonalat. Felülete síma, nyomásra kissé érzékeny. Léptompulat nincs. Vizelet tiszta.

Vérlelet márczius 25.-én: Haemoglobin 70%, vörösvérsejtszám 2,830.000, fehérvérsejtszám 8400, festődési index 1·25. A fehérvérsejtek közül polynuclearis leukocyta 50%, mononuclearis lymphocyta 48%, eosinophil leukocyta 2%.

A máj, továbbá a vérkép elváltozásából — a melyben legfeltünőbb a magas lymphocyta-szám — azt kell gondolnunk, hogy a lép kiirtásával a feltételezett kórokozó virus még nem küszöböltetett ki teljesen a szervezetből, hanem valami ok folytán virulenssé válva, újból kóros tüneteket idézett elő. A domináló májmegbetegedésből következtetve, főfészke a lép kiirtása után talán a máj. Mindenesetre ajánlatos az operált esetek hosszabb (10—15 éves) észlelése.

Szülés myomával szövődött terhesség után.

Heller Sándor: 42 éves primiparát mutat be, a ki még akkor jelentkezett az ambulantiájukon, mikor negyedik hónapos gravida volt. Akkor terhességének megszakítását kérte daganatos méhe miatt, elmondván, hogy egy gyakorló nőorvos művi vetélést, 3 előkelő szülész pedig műtétet ajánlott. A vizsgálatkor kiderült, hogy a corpus felső jobboldali részében férfiökölnyi, az uterus isthmus-részében jobboldalt pedig kistojásnyi subseroso-interstitialis myomagócza van. Mindkettő a linea terminalis fölött feküdt, tehát szülési akadály nem állhatott fönn, nagyságuknál fogva pedig nem okozhattak téraránytalanságot, még a terhes méh fejlődését is számba véve, s ezért *Scipiades* contraindikálta a művi vetélést.

A terhesség valamivel fokozottabb panaszok mellett folyt le, a szüléskor elhúzódó kitolás miatt üregi fogó történt s 34 cm. fejkerületű, 56 cm. hosszú, 3600 gr. súlyú élő leánygyermeket hoztak világra.

Élénken demonstrálja az eset *Scipiades* felfogásának helyességét, a melyet a II. sz. női klinikáról közölt tanulmányában mondott, hogy t. i. a myomával szövődött terhesség therapiájából ki kell küszöbölni a mesterséges vetélést, operálni pedig csak az anyának meglevő és semmi más módon el nem hárítható életveszélye mellett szabad a terhesség folyamata alatt.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A fogzás és a lázas állapotok közötti összefüggésről tartott előadást *Abels* a bécsi orvosegyesület január 3.-i ülésén. Abból kiindulva, hogy lázas betegségek után a gyermekek gyorsabban nőnek, nyilván a lázas betegségek toxinjainak az epiphysisekre gyakorolt izgató hatása folytán: valószínűnek tartja, hogy ezek a toxinok a fogképződésre is gyorsítólag hatnak, úgy hogy lázas betegségek alatt fogak korábban törnek át. Tehát a lázas betegség folytán áll be fogzás, nem pedig — mint a hogyan régebben gondolták — a fogzás okoz lázat.

PÁLYÁZATOK.

87/1919. ig. sz.

Csongrád vármegye közkórházában lemondás folytán megüresedett **az al- és segédorvosi állás.** Ezen állások betöltendők. Az alorvosi állás javadalma: 1800 korona fizetés, háborús pótlék, I. oszt. élelmezés, lakás, fütés, világítás, takarikás. A segédorvosi állás javadalma: 1600 korona fizetés, különben mint az alorvosi javadalom.

Pályázhat férfi és nő egyaránt. Kellő pályázó hiányában gyakorlóévest vagy szigorlót is kineveznek.

A kérvényeket *Jócsák Kálmán* kormánybiztoshoz czímezve, alulirott igazgatósághoz kell beküldeni **f. évi márczius 15.-éig**

Szentes, 1919 márczius 2.-án.

Kórház-igazgatóság.

409/1919. kórh. sz.

Jász-Nagykun-Szolnok vármegye közkórházában Szolnokon **két segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek Javadalom: teljes ellátás, évi 1600 kor. fizetés és az esetleges szabályszerű járulékok.

Pályázhat okleveles orvos. Kinevezés két évre, esetleg rövidebb próbaszolgálatra történik. Szigorló-orvos is felvétetik esetleg.

Kérvény **1919 március 23.-áig** hozzám adandó.

Szolnok, 1919 február 26.

Óvári-Papp dr., igazgató-főorvos.

751/1919. sz.

Borsodvármegye mezőkövesdi járásában megüresedett alsóábrányi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz tartoznak Alsóábrány székhelyen kívül — hol gyógyszertár is van — Tard, Mezőnyárád, Felsőábrány, Tibolddarócz, Sály és Kács községek.

Az állás javadalmazása: 1600 korona törzsfizetés, a nyugdíjba is beszámító négy 200—200 koronás öt-öt éves korpótlék, 550 korona lakpénz, 600 korona fuvarátalány, a körorvosokat illető összes háborús pótlékok és a vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási stb. díjak.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-czikk 7. §-ában előírt képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hivatalomhoz **1919. évi április 12.-éig** adják be. Később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

A választást Alsóábrány községházán április 15.-én délelőtt 10 órakor fogom megtartatni. A megválasztott körorvos állását 1919. évi április 16.-án elfoglalni köteles.

Mezőkövesd, 1919 február 18.

Zsóry Lajos, főszolgabíró.

3204/1919. sz.

A Bihar vármegye közkórházánál ujonan rendszeresített **prosectori (boncznok) főorvosi állásra**, mely 4400 korona évi fizetés, 1040 korona lakáspénz és a törvényben biztositott évi háborús segély díjazással van egybekötve, ezennel pályázatot hirdetek.

Az állásra csak kórboncztannal és rokon tárgyaival szakszerűen legalább két évig foglalkozó orvostudórok pályázhatnak. A kellően felszerelt pályázati kérvények *Katz Béla* dr. úrhoz Bihar vármegye főispán-kormánybiztosához czímezve **1919. évi márczius 20.-áig** hozzám lesznek beadandók.

Nagyvárad, 1919. évi február hó 20.-án.

Fráter Barnabás, alispán

825/1919. sz.

A Kalocsa községben lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: Az 1908. évi XXXVIII. t.-czikkben megállapított fizetés és korpótlék, a községtől ötévenként ötször ismétlődő 200 korona személyi pótlék, 800 korona lakbér és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

Felhívom pályázókat, hogy az előírt képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **folyó évi márczius hó 26.-áig** nyujtsák be. A választást márczius 31.-én fogom megtartani.

Kalocsa, 1919 február hó 24.-én.

Madarász, főszolgabíró.

7485/1918. sz.

A lemondás folytán megüresedett sátai **körorvosi állásra**, melynek körzetéhez Sáta, Nekésseny, Omány, Csokva, Lénárd, Darócz, Bóta, Uppony, Sajómercse és Királd — mintegy 6300 lelket számláló községek — tartoznak, pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma: Háborús segély évi 1500 korona, készpénzfizetés 1600 korona, útiátalány egy évre 600 korona, lakbér egy évre 600 korona és a szabályrendeletben megállapított látogatási díjak.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy a szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényüket hivatalomhoz legkésőbb **1919. évi márczius hó 31.-éig** nyujtsák be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

Sáta székhely és vasúti állomás.

A választás kitűzése iránt a pályázati határidő letelte után intézkedem.

Ózd, 1919 február 23.-án.

A főszolgabíró.

1269/1919. szám.

Az újonan alakított zámolyi **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Fizetése a törvényileg szabályozott díj, ezenkívül 500 korona lakbér, valamint a drágaságnak megfelelő látogatási díj.

A pályázati feltételeket az 1908. évi 38. t.-czikk 7. §-a szabályozza.

A szabályszerű kérvények hozzám **f. évi márczius hó 31.-éig** terjesztendők be. A választás határnapját az érdekeltekkel később fogom tudatni.

Székesfehérvár, 1919 február 27.

Heltay, főszolgabíró.

6024/1918. szám.

A zarándi közegészségügyi körben a **körorvosi állás** betöltendő lévén, arra ezennel pályázatot nyitok s felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-czikk 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi szolgálatukat igazoló bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket hozzám **1919 márczius hó 10.-éig** nyujtsák be.

A kör áll Zaránd. Szineke és Körösczente községekből.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, 200 korona ötödéves négyszer ismétlődő korpótlék, 100 korona helyi pótlék, 500 korona lakbér, fuvar természetben vagy ennek megváltása fejében 300 korona átalány, szabályrendeletileg megállapított rendelési, látogatási, műtéti, úgyszintén a kör székhelyén halottkémlési és húsvizsgálati díjak.

Kézi gyógyszertár tartására a megválasztott körorvos jogosult.

Kisjenő, 1919 február 17-én.

A főszolgabíró.

1268/1919. szám.

Az ujonan alakított pákozdi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A kör áll Pákozd székhelyen kívül Sukoró községből és Dinnyés pusztából.

Fizetése a törvényileg szabályozott díj, ezenkívül 500 korona lakbér, közös megegyezés szerinti fuvarátalány, esetleg természetben való fuvar, valamint a drágaságnak megfelelő látogatási és távolsági díj.

A pályazati feltételeket az 1908. évi 38. t.-czikk 7. §-a szabályozza.

A szabályszerű kérvények hozzám **f. évi márczius hó 31.-éig** terjesztendők be. A választás határnapját az érdekeltekkel később fogom tudatni.

Székesfehérvár, 1919 február 27.

Heltay, főszolgabíró.

146/1919. szám.

Az elhalálozás folytán megüresedett erdőhegyi **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1908. évi XXXIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítést és eddigi alkalmaztatásukat igazoló bizonyítványukkal felszerelt kérvényeiket hozzám **1919 márczius 10.-éig** adják be.

A kör áll: Erdőhegy, Kisjenő, Ágya és Nadab községekből.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, 200 korona négyszer ismétlődő ötödéves korpótlék, 500 korona lakbér. Fuvar természetben.

Háborús segélyek szabályrendeletileg megállapított rendelési, műtéti s a székhelyen halottkémlési és husvizsgálati díjak.

Kisjenő, 1919 február 17.

2689/1918. sz.

A nyugdíjazás folytán megüresedett Székelyhid vidéki **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az orvosi körhöz: Asszonyvására, Csokaly, Érolaszi, Kiskereki, Kóly, Nagykánya községek tartoznak.

A körorvos tartozik a kör községeit kéthetenként a községekkel közösen előre megállapított napokon meglátogatni.

A körorvos javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. alapján 1600 korona évi fizetés, ötévenkint 800 koronáig megismétlődő 200 korona korpótlék, 700 korona lakbér, fuvarátalány rendezés alatt és a vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási díjak.

Felhívom a pályázni kivánó orvosdoktorokat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **folyó évi márczius hó 10.-éig** nyujtsák be.

A választás határidejét a pályázat lejárta után fogom megállapítani.

Székelyhid, 1919 február 17.

Szunyoghy, főszolgabíró.

A diósgyőri állami vas- és aczélgyárnál Pereczes bányatelep és Diósgyőr nagyközség székhellyel rendszeresített **egy-egy gyárorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Ezen állások az állami vasgyárak tisztviselőire nézve érvényes, az államvasuti tisztviselőkével azonos VIII. fizetési osztály 1. fizetési fokozatának megfelelő: egyenként évi 2900 korona kezdőfizetés, évi 200 korona fűtési átalány, természetbeni lakás vagy ennek hiányában évi 720 korona lakbér, ezenkívül további kormányintézkedésig évi 2200 korona háborús segély és havi 300 korona drágasági segély élvezetével van egybekötve. A felveendő orvosok egy év tartamára ideiglenes minőségben neveztetnek ki. Egy év után megfelelő szolgálat esetén, változatlan illetményekkel és fokozatos előléptetés kilátásával véglegesittetnek. Felhivom azon egyetemes orvostudorokat, kik ezen állások egyikét vagy másikát elnyerni óhajtják, hogy az orvostudori oklevél hiteles másolatával, születési és egészségi bizonyítvánnyal, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal kellően felszerelt folyamodványaikat családi állapotuk megjelölésével (Diósgyőr, vasgyár **f. évi márczius hó 15.-éig** nyujtsák be. Pereczes bányatelepen rendszeresített gyárorvosi állásra, megfelelő lakás hiányában, csak nőtlen orvosok pályázhatnak. Elkésve érkezett, vagy kellően nem okmányolt kérvények nem vétetnek figyelembe.

Diósgyőrvasgyár, 1919 február 21.

Magyar Népköztársaság diósgyőri állami vas- és aczélgyára.

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos
Családi otthona
A magy. kir. belügyminister által 672/10936. szám alatt engedélyezett **Sanatorium**
kedély- és idegbetegek részére
Sátoraljaújhely.

„SYMMETRIE“
Legtökéletesebb **RÖNTGEN-KÉSZÜLÉK**
„LILIENFELD“
„FÜRSTENAU-COOLIDGE“
GYORSANFORRÓ-MÜLLER-
VIZHÜTÉSES RÖNTGENCSŐVEL
mély therapiához ajánlja:
Odelga Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-T.
Budapest, VI., Andrássy-út 28. Telefon: 68-16 és 37-04.

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására:
Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.
Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.
Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.
Kola Granulée Dr. Egger.
Theobromina Dr. Egger.
Corrosol. Inject. intramusc. antiluetic.
Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.
Mintákkal és irodalommal az orvos urak részére szívesen szolgál:
Dr. EGGER LEO és EGGER J.
Gyógyszerészeti és vegyészeti czikkek gyára
BUDAPEST, VI., Révai-utcza 12. szám.

Orvos urak figyelmébe!
KOCH-ALT-TUBERCULIN
steril injectiók. Feltétlenül megbizható, pontos és tiszta praeparatum ismét korlátlan mennyiségben kapható.
Hat sorozat készül; mindegyik áll 10 drb. 1 cm³-es ampullából. Részletes leirással, szíves megkeresésre, készséggel szolgálunk.
Az ampullák ára tömönységük szerint 1-től 7 koronáig.
Orvos és gyógyszerész urak 30% engedményben részesülnek.
Dr. JÁRMAY GYULA utóda KERTAI NÁNDOR gyógyszertára
Budapest, Papnövelde-utcza 2/A.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szérum-intézet r.-t. Budapest, VI., Teréz-körut 31. sz.
Himlőnyirok
Szerumok
Vaccinak
Diagnostikai laboratorium.
Telefon 20-19. Sürgönycim: Pápay-oltóintézet.

A **Lilienfeld** pótberendezések és a kombinált **Lilienfeld-Röntgen: „Radio-Silex“**
készülékek magyarországi egyedárusitója
Ericsson magy. villamo sági r.-t. ezelőtt: Deckert és Homolka
Budapest, VI., Vörösmarty-u 67. Telefon: 28—09, 89—64.
Röntgen-csövek, lemezek stb. állandóan raktáron.

Orvosilag elismert speciális gyógyszerkészítmények:
Arsorobin. 0.05 és 0·10 Natr. Methylarsenat-oldat arzénkurára. 1 dobozban 20 phiola és egy reszelő van. 1 phiola 0·05, illetve 0·10 Natr. Methylarsenat-ot tartalmaz.
Argosol. Isotoniás kolloid ezüst-oldat: sepsis, pneumonia, endocarditis stb. Intravenosus, intramuscularis injectio. 1 dobozban 6 phiola à 5 cm³ van. 1 phiola: 0·02 gr. kolloid ezüstöt tartalmaz.
Hydarsol. Sol. Mercurisalicylarsenat. Lues esetében; intravenás vagy intramuscularis befecskendezésre. 1 dobozban 10 phiola à 3 cm³ van. 1 phiola: 0·003 gr. hydrarg. salycilicumot tartalmaz.
Mintákat díjmentesen küld az orvos uraknak
MARBERGER GYULA, orvos-gyógyszerészeti gyára, UJPEST.

Orvos urak figyelmébe!!!
Ha rendelőszobaberendezést, vagy egyéb orvosi műszerfelszerelést óhajtanak beszerezni, kérjék előzetes árajánlatomat
Neumann H. orvosi műszer- és orthopaediai gépek gyára ::
Budapest, VIII., József-körut 33. Telefon József 1-36
Hadból visszatért orvos urak igen előnyös árengedményben részesülnek. Csakis elsőrangu gyártmány. Javitások gyorsan és jutányos árban eszközöltetnek. — Pontos és gyors kiszolgálás.
Különleges szakma: Ujrendszerü művégtagok, orthopaediai gépek, haskötők stb.

Injectiones Eri
Az injectiós therapia czéljait szolgáló használatra kész steril oldatok. Leirások és minta bérmentve. — Speciallaboratorium
E R I, Rózsavölgyi Imre, Budapest, VI., Aréna-ut 124. sz.

63. évfolyam. 11. szám. Budapest, 1919 március 16.

ORVOSI HETILAP

Alapitotta: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR

FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Szontagh Felix: Influenza és vörheny. 119. lap.

Váró Béla: Közlemény a budapesti egyetem I. számú női klinikájáról. (Igazgató; Bársony János dr., egyetemi tanár.) Háború és eklampsia. 123. lap.

Dollinger Béla: Közlés a budapesti egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., ny. r. egyetemi tanár.) A tuberculosus csontfolyamatok jodtincturás kezeléséről. 124. lap.

Vecsei Nándor: A malaria tertiana és tropica egymáshoz való viszonyáról. 125. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. G. Flatau:* Kursus der Psychotherapie und des Hypnotismus. — *Ewald Stier:* Die respiratorischen Affektkrämpfe des frühkindlichen Alters. — Uj könyvek. — *Lapszemle. Belorvostan. Köhler:* A spanyol influenzának forró teljes fürdőkkel való kezelése. 126. lap.

Magyar orvosi irodalom. 126. lap.

Vegyes hirek. 126. lap.

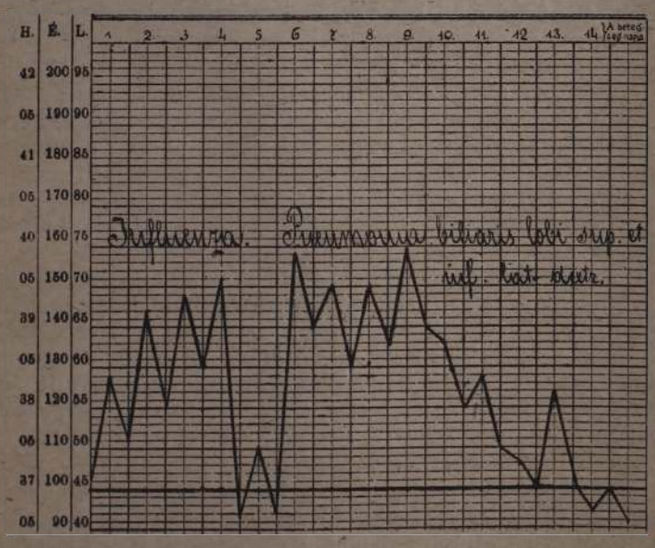
Tudományos Társulatok. 128. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Influenza és vörheny.

Irta: ***Szontagh Felix*** dr., egyet. cz. rk. tanár.

Az ideiktatott lázgörbe typusa a mostanában olyan óriási gyakoriságban észlelhető *influenzás eredésü tüdőgyuladások* lázmenetének. Nézzük meg jól ezt a lázgörbét; analyzáljuk; vegyük fontolóra és méltányoljuk egész jelentőségét. Magamagától beszél, alig kell kommentálnunk. Azt mondja, hogy egy egyén, ez esetben 14 éves fiú, hirtelen, tehát prodromák nélkül, megbetegszik lázas tünetek között kínzó fejfájás, általános rossz közérzet, derék- s végtag-fájdalmak kiséretében.



A subjectiv tünetek súlyosbodásának megfelelőleg a láz, az éjjelre eső remissiók daczára, folyton emelkedik négy napon át, amikor is a hő emelkedése eléri maximumát; ezután hirtelen esik magától a normalisra.

Ebben a négynapos időszakban az említett panaszokon kivül a vizsgálat elváltozást a szervezetben nem tudott megállapitani; legfeljebb a szem kötőhártyájának belöveltsége volt észrevehető. Náthának, garatpirnak, köhögésnek nyoma sem volt.

A 4. napon este a hőmenet magától, hirtelen, krizisszerüen, bő izzadtság kiséretében, esik a normalisra. Ezzel kapcsolatosan a subjectiv tünetek mind visszafejlődnek; a beteg feltünően jól érzi magát. A jó közérzet az 5. napon is megvan, bár a hő a délelőtt folyamán 37·5°-ra emelkedik, hogy nemsokára ismét a normalisra szálljon le.

De itt nagyon rövid ideig marad meg. Hirtelen, még pedig rázóhideggel kapcsolatosan és az egész jobb mellkasfélre lokalizált kínzó fájdalmak kiséretében, majdnem 40·0-re emelkedik. Ezekkel a tünetekkel egyetemben kifejlődik a jobb tüdő egész alsó és felső lebenyének hátulsó felületére kiterjedő és igen intensiv sárgaságtól kisért rostonyás tüdőgyuladásnak typusos kórképe, mely 9 nap mulva oldódással gyógyul.

Mit mond ez a röviden vázolt kórlefolyás, mit a lázgörbe? Rendkivül sokat mond és jelent annak, aki elfogulatlanul tud itélkezni és következtetni.

A lázgörbe a következőket mondja: az influenzás tüdőgyuladás pathogenesise *két phasisból* alakul. Az első phasisban lezajlik az influenza jól ismert kórképe kisérő tüneteivel egyetemben. *A második phasisban lezajlik a tüdőgyuladás.*

A lázgörbe tehát egészen világosan, kétségbevonhatlanul hirdeti, hogy az első, az *influenzás phasis, a második phasisnak, a tüdőgyuladásnak, disponáló componense.*

Ahhoz tehát, hogy az influenzás eredésü tüdőgyuladás kifejlődni tudjon, előre kell hogy ment légyen a *dispositiónak* a phasisa. A pneumoniás megbetegedésnek disponáló phasisa egészen nyugodtan az influenza tisztán *toxinos alakjának* minősithető és mondható. Hiszen igen számos esetben az influenza csakis ebben, tisztán toxinos alakjában nyilvánul meg. Tehát nem szövődik hurutos tünetekkel avagy megbetegedéssel a tüdő parenchymája részéről. Nagyon fontos ennek a megállapitása és leszögezése.

Az influenzás tüdőgyuladás pathogenesisében tehát egy előző, egy tisztán toxinos eredésü phasisnak kell érvényesülnie, a mely a második phasist *aktiválja.*

A disponáló phasis tehát a tüdőgyuladásnak aktiváló phasisa. Az influenzás eredésü tüdőgyuladások (természetesen + mellhártyaszövődmények) *pathogenesisében ez a punctum saliens.* Ezt be kell látnia, ezt el kell ismernie mindenkinek, ki elfogulatlanul tud itélkezni és az empiria szolgáltatta tényeket értelmezni tudja.

Ha ez igy van az influenzás eredésü pneumoniák pathogenesisében, miért volna másképp a más eredésü, elsősorban a *genuin* rostonyás tüdőgyuladás pathogenesisében? Előrement vagy egy időben megnyilvánuló *toxinos* tünetcsoport képében az aktiváló, a disponáló phasist a genuin rostonyás tüdőgyuladás *klinikai* lefolyásában az élesen figyelni tudó orvos észreveheti. Nem sok jóakarat kell hozzá, csak tiszta fővel való látás. Különösen a gyermekkorban a toxinos, a disponáló, az aktiváló phasis szinte uralkodó az egész kór-

képben; a többi tünet mintegy háttérbe szorul. A gyermekkori rostonyás tüdőgyuladás *kephalikus* avagy *gastrikus* alakjára utalok csak.

A fentebb közlött lázgörbe értelmében a dispositio phasisát lezárja egy 24 órára terjedő láztalansági szak. *No most már akárhány esetben a láztalanság hiányzik, a két szak egymással összeolvad, a két phasis egybefolyik,* akárcsak közönséges rostonyás tüdőgyuladás eseteiben. Ilyenkor azután már nem a lázgörbe, de igenis a *klinikai* lefolyás, a kórkép helyes analysise hirdeti, élénken dokumentálja, hogy a rostonyás tüdőgyuladás pathogenesisében az aktiváló componens érvényesülése nélkül a folyamat, vagyis a reactiónak az a folyamata, mely klinikai tünetekben és ezeknek megfelelő pathologiai anatomiai elváltozásokban nyilvánul meg a tüdő részéről, kifejlődni nem tud, elképzelhetetlen.

Akár influenzás, akár más eredésű tüdőgyuladásról (pl. kanyaróhoz csatlakozó ritkán rostonyás, rendszerint hurutos jellegű tüdőgyuladásról) van szó, az bizonyos, hogy az első, a disponáló, az aktiváló phasis klinikai tüneteken kivül abban nyilvánul meg, illetve olyanképpen fejti ki hatását, hogy a szervezetben tartózkodó mikroorganismusokat actióba lépteti, esetleg *variálásra* készteti.

Minthogy a tüdőgyuladás mindenkor következményes, másodlagos jelenség, egészen magamagától értetődik, hogy azok a mikroorganismusok, pl. pneumococcusok, diplostreptococcusok, Pfeiffer-influenzabacillusok, a melyek ennek a másodlagos folyamatnak a pathogenesisében a bakteriumos componensek szerepét töltik be, csak mint másodlagos tényezők, nem pedig mint az influenza kórokozói, juthatnak érvényesüléshez.

A kérdés tehát az, hogy az első phasis lényege tulajdonképpen miben is keresendő és tételezendő föl?

A felelet erre a kérdésre nagyon egyszerű. Abban keresendő és tételezendő föl, amiben meg is nyilvánul. Megnyilvánul pedig toxin, avagy toxinok hatásában.

Az influenza olyan rejtélyesnek látszó problemájában ez a megállapítás kardinális jelentőségű.

Az influenza tisztán *toxinos* megjelenéses alakja nagyon is könnyen megérthető és megfejthető a nélkül, hogy a pathogenesisében *élő* mikroorganismusokhoz (bakteriumok, ultramikroskopos virusuk, chlamidozoonok, aenigmoplasma alakjában) kellene folyamodnunk.

Hiszen ha jól megfigyeljük a tisztán *toxinos* influenzának *klinikai* megnyilvánulását, az egész kórkép feltünően hasonlít a súlyos *status gastricus* kórképéhez. Élénken emlékezhetünk a 29 év előtt lezajlott influenza-járvány idejében ennek a megbetegedésnek tisztán *gastrikus* alakjára.

Igenis van *genius epidemicus.* A bakteriologia kell hogy számoljon ezzel az empiria talajából fakadt fontos megállapítással. Azért mert kényelmetlen, megfejthetetlen, nem lökhető félre.

A most uralkodó influenza tisztán *toxinos* alakjai feltünően emlékeztetnek a 29 év előtt lezajlott influenza-esetek tisztán *lázas*, tisztán gastrikus alakjaihoz.

De vajjon helyes-e a jelző: *gastrikus?* Hiszen a paediatria már régebben fölismerte, hogy a mikor emésztési zavarokról szólunk, nem emésztési, hanem *táplálkozási*, szerintem *anyagforgalmi* zavarokról van szó. Hiszen az anyagforgalom legfontosabb phasisai (hasadás és synthesis) érdemlegesen máris a gyomor- és bélhuzamban játszódnak le. Csak természetes, ha az anyagforgalomban zavar áll elő, *ilyennek* a tünetei a gyomor- illetve bélhuzam részéről megbetegedések alakjában megnyilvánulhatnak.

A status gastricus az ő súlyos, különösen súlyos toxinos tünetektől kisért alakjában (igen kinzó fejfájás!) nem más, mint egy anyagforgalmi zavarnak krizisszerű explosiója. Toxinhatás!

Hogy az influenza tisztán toxinos alakjának, tehát az influenzás tüdőgyuladás aktiváló phasisának pathogenesisét helyesen tudjuk analyzálni és magyarázni, egészen felesleges egy eddig ismeretlen, egy „specifikus kórokozó" feltételezéséhez folyamodnunk. Erre nincsen szükség. Megfejthető *endogen* uton keletkezett, abnormis anyagforgalmi zavarnak kapcsán kifejlődött toxinok feltételezésével. Ez a magyarázat egyszerű és a valóságnak megfelel.

Tehát: az influenzának tisztán toxinos alakja, az influenzás tüdőgyuladásnak disponáló, aktiváló phasisa, egy sajátlagos anyagforgalmi zavarnak krizisszerű explosiója. A toxin vagy toxinok, a melyek a látható megbetegedéses folyamat *chemiai* basisát alkotják, tehát *endogen* uton keletkeznek.

A mint sok más „fertőzésesnek" fölfogott és nyilvánitott betegségnek nincsen „specifikus kórokozója", úgy az influenzának sincsen. De tegyük föl, hogy a mai fölfogás értelmében mégis volna, még pedig, hogy az ultramikroskopos virusok birodalmában volna föltételezendő.* Az influenza epidemiás jelentkezését illető ismereteink még így sem nyernének valami lényeges bővülést. Érdemlegeset semmiesetre sem.

Két nagy problema még mindig megoldásra szorulna:

1. Milyen föltételek között lép actióba ez az ultramikroskopos virus?

2. Hogyan fejtendő meg az influenza *pandemiás*, a mostani járvány tanuságai szerint úgyszólván az egész földkerekségre kiterjedő *egyidejű* megjelenése?

Hiszen annak a megállapításával, a mivel olyan sokan megelégednek, hogy az influenza fertőző megbetegedés, nem fejthető meg a járványos, hirtelen, egész világrészekre egyidőben egyaránt szóló, *explosiv* kitörése. Azzal, hogy az influenzát fertőző betegségnek minősítjük, semmi, éppenséggel semmi sincs magyarázva.

Az influenzás, csakúgy mint a rostonyás tüdőgyuladás (néha ez is *járványosan* jelentkezik), nemcsak hogy nem (exogen uton történő fertőzés mechanismusára visszavezethető) *fertőzéses = infectiosus*, de még kevésbé *ragadós = contagiosus* megbetegedés.

Nemcsak hogy nem haladás, hanem a problemák megfejthetése szempontjából végzetes tévedés, azt mondhatnám bátran hogy bűn, hogy a mai, kizárólagosan aetiologiai gondolkodás többé már nem distinguál *fertőzéses = infectiosus* és *ragadós = contagiosus* megbetegedés között. Milyen jogon, minő alappal? Hiszen magát rettenetesen megboszuló, egyenesen katasztrofális jelentőségű, a klinikai megfigyelést egyenesen félrelökő, bár a modern fölfogás köntösével dicsekvő állitás, hogy szemben a fertőzésekkel nem volnának contagiosus megbetegedések is.

Pedig a *fertőzésesnek minősített* (ma minden betegség, melynek pathogenesisében élő szervezetek töltenek be szerepet, egyszerűen fertőzéses betegségnek minősíttetik, a minek a megállapítása természetesen elegendő alap ahhoz, hogy a betegség esetleges halmozott-járványos megjelenését megfejtsék) és a *contagiosus betegségek között kardinális* különbség van.

A régebbi orvosok ezt az elvi különbséget helyesen állapitották meg. Klasszikus autorra, nem kisebbre, mint *Semmelweis*-ra hivatkozom. Boldog birtokosa vagyok 1861-ben megjelent könyvének. *Győry*, ki halhatatlan nagy mesterünk összes irodalmi dolgozatait összegyűjtötte és magyarra fordította, nem fogja tőlem rossz néven venni, ha *Semmelweis* könyvének idevágó részét eredeti szövegben idézem. A nevezetes könyv 107. oldalán következők olvashatók:

„Das Kindbettfieber ist keine contagiöse Krankheit. Unter einer contagiösen Krankheit versteht man diejenige, die das Contagium, durch welches es fortgepflanzt wird, selbst erzeugt, und dieses Contagium bringt in einem anderen Individuum nur wieder dieselbe Krankheit hervor. Blattern sind eine contagiöse Krankheit, weil Blattern das Contagium er-

* *Megjegyzés a correctura alkalmával.* Dolgozatom megirása után megjelent *Fejes*-nek kisérleti tanulmánya (Orvosi Hetilap, 1919. 8. sz.), mely ehhez a suppositióhoz hatalmas támaszt szolgáltat. Ha *Fejes* felfedezése valónak bizonyul, úgy egymagában is igen értékes, de egyszersmind szerfelett érdekes adatot jelent az influenza pathogenesisének megértéséhez, megerősitve azoknak (például *Hutyra*) felfogását, kik az influenzát előidéző élő virust az ultramikroskopos szervezetek birodalmában tételezik fel ab ovo. Eszerint tehát az influenzának tisztán toxinos alakja ultramiskroskopos virus hatásán alapulna.

zeugen, durch welches in einem anderen Individuum wieder Blattern erzeugt werden."

Modern gondolkodás alapján álló nőorvosok, pl. *Herff*, *Tauffer* stb. mind hangoztatják, hogy *Semmelweis* a gyermekágyi lázas megbetegedések lényegét illető meghatározása — természetesen mutatis mutandis — ma is nemcsak helyét megállja, de klasszikus.

A mi pedig *Semmelweis*-nek a *contagiosus* megbetegedések lényegére vonatkozó fölfogását illeti, erre azt kell mondanom, hogy ma is egyedül alkalmas arra, hogy világosságot vessen a nagy problema homályába. Az élesen megfigyelni tudó klinikus beszél, kinek véleményén az experimentalis alapon álló modern buvár sem teheti túl magát.

Amikor könyvemet, mely a dispositio problemájával foglalkozik, megirtam, nem voltam figyelemmel *Semmelweis*-nek a contagiosus betegségek lényegét illető fölfogására. Annak idején, amikor *Semmelweis* könyvét, épülve általa és gyönyörködve benne, áttanulmányoztam, elkerülte figyelmemet az ő fölfogásának nagy hordereje, úgy hogy saját fölfogásom a contagiosus betegségek lényegéről egészen függetlenül *Semmelweis*-tól alakult ki én bennem. Ma olvasva *Semmelweis*-t, meggyőződésem a contagiosus betegségek lényegéről csak erősbül. Igenis: a contagiosus betegségek, pl. kanyaró rubeola, bárányhimlő, igazi himlő, parotitis epidemica, stb. valóban olyan természetű megbetegedések, melyek maguk termelik azt az általam *aktiváló componens*-nek elnevezett agenst, mindenek szerint fermentet avagy ferment módjára ható anyagot, mely más (természetesen erre beállított = sensibilizált) egyénbe bejutva, még pedig *aërogen* uton, az egyénben a reactiót aktiválja, nemcsak, hanem, még pedig stricte a betegség tartama alatt, úgyszólván a végtelenségig ujraképződik. Az aktiváló componensnek ez a typusos magatartása, vagyis a contagiosus betegségek egész természete és viselkedése, melyet *Semmelweis* olyan találóan jellemez, arra a suppositióra késztetnek, hogy a contagiosus betegségek legtöbbjében, főképen szövődményektől mentes alakjaikban, élő szervezetek nem játszanak, legalább nem obligát, szerepet. Ha sikerült is pl. az igazi himlő genyes hólyagjaiból teszem pneumococcusokat kitenyészteni, úgy ezek még sem minősithetők a variola vera „kórokozóinak." A kanyaró reactiós stadiuma (kezdve a legelső kis hőemelkedéstől a láztalanságig) nagyon is érthető és megfejthető bakteriumos avagy vele rokon (ultramikroskopos virus) componensek közrehatása nélkül is. Ez nem áll természetesen szövődményeire avagy utóbetegségeire.

Ha kanyaró esetében eltekintünk az exanthemától, úgy maga az egész folyamat szerfelett hasonlít az *influenzának tisztán toxinos* alakjához.

Azoknak az autoroknak és buvároknak, kik véleményt mondanak a contagiosus betegségek lényegéről, illetve iparkodnak vizsgálatokkal ezeknek a betegségeknek a problemájába behatolni — eltekintve az én megállapításaimtól és ezekre felépített fölfogásomtól —, a bakteriologia minden fényes diadala daczára vissza kell térniök 1861-ig, Semmelweisig. Mert semmi jogosultsága sincsen annak a ma már némelyek által axiomának odaállított véleménynek, hogy a volatilis contagiumba vetett hit anachronismus volna, s hogy elég számos betegségnek, melynek „specifikus kórokozója" eddig nem ismert, „aetiologiája" az ultramikroskopos virusok világában volna föltételezendő. Distinctio contagiosus és nem contagiosus betegségek között ma már nem lévén, csak természetes, hogy a legheterogenebb betegségek kerülnek mind egy kalap alá: variola, varicella, morbilli, scarlatina, parotitis epidemica, influenza, poliomyelitis anterior acuta stb. Szóval: ahol a mai bakteriologiai vizsgálat nem tudott specifikus kórokozót kimutatni, ott ultramikroskopos virusnak kell a kórokozónak lenni.

Azt kérdem, miért, minő jogczímen? Aki valaha a vörhenyproblémával behatóbban foglalkozott, milyen jogon, s minő adatokra támaszkodva meri állitani, hogy a vörhenynek van „specifikus kórokozója" és hogy ez az ultramikroskopos virusok világából való? Ha eltekintek attól, hogy ilyen kijelentések, melyek egyszerűen elsiklanak az új fölfogás fölött és absolute nem vesznek tudomást azokról az empiria szolgáltatta tényekről, melyeket, nyugodtan mondhatom, hangyaszorgalommal több mint 10 év óta a vörhenyproblema helyes, kézen fekvő, magamagától adódó értelmezése érdekében egybegyüjtöttem, az empiria itélőszéke előtt helyt nem állanak, úgy viszont nagyon alkalmasak arra, hogy a tiszta fővel való látást a vörheny pathogenesisében elhomályositsák. Ilyen kijelentésekkel is, mint annyi sok mással, áttörhetetlen torlaszt emelnek, melynek önkényes felállítása a haladást esetleg évtizedekre lehetetlenné teszi.

De azért nem szabad kétségbeesnünk; a sikertelenség nem szabad, hogy elcsüggesszen. Meg lévén győződve arról, hogy a vörhenyproblema lényegéről már számtalan izben kifejtett felfogásom az egyedül helytálló, utolsó leheletemig, szivem utolsó dobbanásáig meg nem szünőm ujabb érveket fölvonultatni fölfogásom helyessége mellett. És mindezt annyival is inkább, mert az új fölfogás hajnala már is mintha pirkadófélben volna.

Egyenesen kizártnak tartom, hogy rajtam kivül másoknak is ne tünt volna föl, hogy mióta az influenza-járvány uralkodik, a vörheny, ha nem is szünt meg egészen, de tetemesen apadt. Mily érdekes, mily sokatmondó jelenség!

Jelentőségével ez alkalommal nem akarok foglalkozni, csak figyelmét hívom fel reája annak, a ki a természet nyilt könyvében tud olvasni.

Nem ritka jelenség az sem, hogy az influenzának tisztán toxinos alakja nem megbetegedést a lélekző szervek részéről, hanem *klasszikus vörheny* kifejlődését vonja maga után.

A szerzők közül többen irják, hogy az influenza kapcsán „vörhenyszerű" exanthemát is láttak. Ez igy odaállítva homályos, nem praecis megállapítás.* De igenis, már több izben tapasztaltam, hogy az influenza tisztán toxinos, tehát szövődményektől mentes alakjának krizisszerű lezajlása után vörheny fejlődött ki, néha minden jellegzetes szövődményével és úgynevezett utóbetegségeivel (például initialis acetonaemia, otitis, operativ beavatkozást igénylő mastoiditis, glomerulonephritis stb.) egyetemben. Tehát: *az influenza tisztán toxinos alakja vörhenyreactiót vonhat maga után.*

De azt is tapasztaltam, *kogy az influenzás megbetegedés folyamán*, a vörhenyexanthema elkerülésével, *a vörhenyes nephritis klasszikus kórképe fejlődött ki.*

Állításaimat idevágó jellegzetes kórtörténetekkel tudom beigazolni. De eltekinthetek tőlük, mert egymagukban újat avagy érdekeset nem mutatnak.

A mi érdekes, a mi fontos, a minek kardinális a jelentősége, az az a kétségbe nem vonható tény, hogy az influenza vörhenyt és ennek valamennyi szövődményét, illetve utóbetegségét vonhatja maga után. Tehát: újabb adat a vörheny pathogenesisához, újabb tapasztalati tény a problema megfejthetéséhez. Ismét egy lépés előbbre.

Annak a megállapítása, hogy az influenza vörheny kifejlődését vonhatja maga után, egymagában bizonyossá teszi, hogy a vörheny neve alatt leírt reactio a szervezet részéről nem önálló megbetegedés, melynek „specifikus" kórokozója eddig ismeretlen. Az influenzát követő vörheny klasszikus kórképe csakúgy nem önálló, fajlagos megbetegedés, mint ahogyan a műtéti beavatkozásra, a seruminjectióra, a traumára, az égésre, a lúgmérgezésre beálló vörhenyreactio sem az. Bizonyítja mindez, hogy genuin vörheny esetében is a reactio előrement dispositio phasisa nélkül nem képzelhető el. Genuin vörheny esetében a dispositio phasisa az előrement anyagforgalmi zavarnak krizisszerű explosiójában tételezendő föl. Az idevonatkozó ismereteket illetőleg az olvasó könyvemben talál bővebb tájékoztatást.

Ha valaki vörheny esetében „specifikus" kórokozót

* ***Megjegyzés a korrektura alkalmával.*** Ez nem illik természetesen *Hainiss Elemér*-nek már dolgozatom megirása után megjelent nagyon tanulságos czikkére (Orvosi Hetilap, 1919, 5. sz.), melyre tehát figyelemmel már nem lehettem. Különben is csak az *influenza lezajlása után* jelentkező vörhenyesetek lebegnek szemem előtt.

tételez föl, és ezt az ultramikroskopos virusok birodalmához tartozónak véli, úgy ennek föl kell tételeznie, hogy az influenzás vörheny esetében kétféle ultramikroskopos virusnak, egyiknek a másik után, kell a szervezetbe behatolnia. Az első ultramikroskopos virus invasióján alapulna az influenza, a másodikén a vörheny. De mindez valószínű, plausibilis-e? Azt merem mondani, hogy szinte el sem képzelhető.

A vörhenyes influenza pathogenesise — hiszen csakis a realis, a látható tényezőkkel számolok és nem a képzelhetőségek birodalmában mozgok — nem tenné valószínűvé annak a föltételezésnek a helyességét, hogy az influenza „specifikus" kórokozója az ultramikroskopos virusok között volna keresendő, de kétségtelenül illusoriussá teszi azt a suppositiót, hogy maga a vörheny egy ismeretlen ultramikroskopos virus által „okoztatnék". Ellenkezőleg: az influenzás tüdőgyuladás avagy az influenzás vörheny pathogenesisének analysise — egészen eltekintve attól, hogy a vörhenyproblema lényegét illető fölfogásomat támogatja — alkalmas arra, hogy erősbítse azt a föltételezésemet, hogy az influenza tisztán toxinos alakjaiban olyan abnormis anyagforgalmi productumok is keletkezhetnek, a melyek, akárcsak acetonaemiás krizis alkalmából, a vörhenyreactio chemiai substratumát alkotják.

Ha elejtjük azt a semmiféle klinikai tünetek avagy anatomiai pathologiai elváltozások által nem támogatott suppositiót, hogy a vörhenynek van specifikus kórokozója és hogy ez mindenek szerint az ultramikroskopos virusokhoz tartozik, már így is lényeges, tetemes haladást jelentő lépést tettünk a vörhenyproblema rationalis megoldása felé.

Az a tény, hogy az influenzás tüdőgyuladás, csak úgy, mint az influenzás vörheny, két phasisból alakul, élénken emlékeztet *fermenthatásra*. Hogy a fermentek actióba tudjanak lépni, előzőleg kell hogy *aktiváltassanak*. A dispositio phasisa az, a mely azokat a bacteriumokat aktiválja, esetleg variatióra bírja, a melyek a második phasisban a bacteriumos componens szerepét betöltik.

A problemák ilyetén való fölfogása mellett azután szinte magamagától fölvetődik az az igen fontos kérdés, hogy — miután bacterium- és fermenthatás között olyan nagy a hasonlatosság és olyan sokban megvan az analogia — vajjon a bacteriumok a valóságban olyan nagy ellenfeleink-e, mint azt a mai fölfogás hirdeti? A B-coli ugyebár élettani viszonyok között fontos biologiai, fermentativ tevékenységet fejt ki. Miért fejtene ki ugyanaz a bacterium változott, tehát kóros viszonyok között más szervben, például tüdőben, hólyagban stb. homlokegyenest ellenkező, vagyis pathogen hatást?

Nem akarom ez alkalommal ezt a gondolatmenetet egyelőre továbbfűzni, csak megjegyzem, hogy nem tartom kizártnak, miszerint a „pathogen" bacteriumok szerepét illetőleg a betegségek keletkezésében egészen más felfogás fog kialakulni a bacteriologia, illetve immunitástan kétségtelenül bámulatos vivmányai daczára. Kiváló klinikusok már régebben, az immunitástan előkelő buvárai, például *Liebermann Leo*, pedig szintén bevallják, hogy a bacteriologia, illetve az immunitásról szóló tan holt pontra jutott. Nos, hát kell és fog is sikerülni szép tudományunk ezen ágait előbbre vinni. De csak az esetben, ha az éles megkülönböztetés fertőzéses és contagiosus betegségek között ujra bevonul a mi tudományunkba, továbbá ha szabadulunk annak nyüge alól, hogy a fertőzésesnek nyilvánított betegségeknek vannak „specifikus kórokozóik", s végül, ha nem kis nézőpontból, egyedül a bacteriumokra szögezve tekintetünket, hanem általános, magasabb, szóval természettudományi alapra helyezkedve iparkodunk a nagy problemákat megoldani, vagyis az egyénre, az őt körülvevő milieure, in ultima analysi az universumra vagyunk figyelemmel.

Az influenzás tüdőgyuladás ugye bár két phasisból alakul. Az első phasis aktiválja a második phasist. Nem lészen-e itt mindenki a fermentek analog hatására emlékeztetve? A fermentek a profermentek stadiumából kell, hogy aktiváltassanak. Egymaga az influenzás tüdőgyuladás pathogenesisének az analysise igen plausibilissé teszi az analogiát bacterium- és fermenthatás között. De fermenteknál a *specificitas* mindenkor a substratumra vonatkozik = *substratumspecificitas*. Ha tehát a fertőzésesnek felfogott betegség esetében *specificitásról* lehet szó, úgy ez nem a „kórokozókra" vonatkozhatik, hanem csakis a szervezet ad hoc dispositiójára, endogen úton exogen tényezők behatására előállott sensibilisatióra.

De a specificitás principiuma még így is megszorítást kell hogy szenvedjen. Nem érdekes és tanulságos-e, hogy a mint a kanyaróhoz, úgy az *influenzához* is *diphtheria csatlakozhatik a gégében és a bronchusokban*.*

Kételyek merültek fel, különösen kezdetben, az iránt, vajjon a mostani járvány azonos-e a 29 év előtt lezajlott influenza-járványnyal. Az orvosok óriási nagy többsége az identitás mellett döntött. Nagyon helyesen; de miben van mégis különbség? Nagyon egyszerű a felelet a kérdésre: *a genius epidemicusban*. Hát ez az a nagy rejtély!

És elégedjék meg valaki annak a megállapításával, hogy az influenza fertőzéses megbetegedés, ennek járványos jelentkezése magyarázatában, hogyan gondolja megfejtheni, hogy ez a betegség egy csapásra ugyszólván az egész földkerekségen egyszerre jelentkezett? És hogyan gondolja magyarázni azt az érdekes tüneményt, hogy a két influenzajárvány között 29 olyan év telt el, amelyben az influenzával nem találkozunk?

Feltéve, de meg nem engedve, hogy az influenza nemcsak fertőzéses, de contagiosus betegség, még akkor is hogyan magyarázzuk, hogy 29 évig még szórványosan sem jelentkezett?

Hát ezek azok a nagy problemák, a melyekre felelettel a mai bacteriologia nem tud szolgálni.

De ezekre a homályos problemákra valamelyes világosságot vet a természettudományok által kétségtelenül megállapított *periodicitásos tünemények* fenforgása. A dispositióról irott könyvemben megállapitani iparkodtam azt, hogy járványok hirtelen felbukkanása és néha gyors megszűnése is az élettelen és élő természetben kétségtelenül megállapitható periodicitásos tünemények egyik megnyilvánulásos alakja.

Ha ez így van — pedig kétségtelen, hogy így van —, akkor sem a fertőzésesnek odaállított betegség, például hasi hagymáz, pathogenesisének, még kevésbé járványos jelentkezésének a problemája nem mondható megoldottnak. Assimilativ és dissimilativ principiumoknak a szervezet anyagforgalmára gyakorolt befolyásáról van itt szó, mint amelyeknek a legtöbb, de már nem minden esetben, természetéről eddig tudomásunk nincsen. De lészen a jövőben; szent meggyőződésem.

Azonban kizárólagosan aetiologiai, exogen, csakis a causalitás principiumával itt megelégedő gondolkodás sohasem fogja ezeket a problemákat megoldani; hanem igenis megoldhatja endogen, conditionalis gondolkodás. Erre az alapra helyezkedve sikerült például a vörhenyproblema lényegét egészen más világitásban odaállítani és a vörheny pathogenesisének megérthetéséhez értékes adatokat szolgáltatni.

Ilyen ujabb értékes adat az influenza és vörheny közötti viszonynak a megállapitása. Ennek a megérthetése csak akkor képzelhető el, ha magára a szervezetre is figyelemmel vagyunk. Ez megbetegszik; igaz, külső, exogen tényezők behatására. Az exogen tényezők összessége az universumban van megadva.

A physika, a chemia, a physiologiai chemia minden fényes diadala daczára — emberi elme, büszke lehetsz minden nagy felfedezésedre és vivmányodra — sohasem fog sikerülni az *életet* a physika és a chemia révén megismerned.

* ***Megjegyzés a korrektura alkalmával.*** Nem érdekes és tanulságos-e, hogy az influenzához *orbáncz* is társulhat (*Rosenfeld*, Orvosi Hetilap, 1919, 7. sz.) és hogy a *malaria tropica diphtheriával, scarlatinával* stb. *(Wiener)* kombinálódhatik. Mindmegannyi nyilt és nagy problema, melyet a jövő kutatásai vannak hivatva megfejteni.

Deferáljunk. Ignorabimus. De igenis lehetségessé válhatik az élet valamennyi feltételét megismerni s ekképpen azokat a feltételeket is megismerni, amelyek között az élet normalis folyamata megváltozik, vagyis a szervezet megbetegszik.

A betegség abstrahált fogalom. Realis fogalom, hogy a szervezet az, a mely beteggé lett.

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

Háború és eklampsia.

Irta: *Váró Béla* dr.

Az eklampsiás megbetegedéseknek a háború alatti megfogyatkozására először *Ruge*[1] hívta fel a figyelmet. Utána többen észlelték a rendelkezésükre álló beteganyag áttekintéséből ugyanezt, megállapítván e betegségnek nemcsak a szülések számához viszonyított háborús csökkenését, de az eseteknek jóval enyhébb lefolyását is, a minek számbeli kifejezője a betegség mortalitása. *Warnekros*,[2] valamint *Schülein*[3] számai felényire, *Ruge*[4] adatai egyharmadára való csökkenéséről számolnak be az eklampsiának a háború alatt az előbbi évekhez képest. Éppen ilyen feltünő a változás a betegség mortalitását illetőleg is *Warnekros* statisztikájában, honnan annak az előbbi 20%-ról 8%-ra való csökkenését olvashatjuk ki. *Lichtenstein*[5] nem látja bebizonyítottnak az eklampsia háborús csökkenését, de a hyperemesis gravidarumnak felényire apadását állapítja meg a leipzigi klinikán az 1915.—1917. években az 1905.—1914. évekhez viszonyítva. Tekintve azt, hogy mnd a két betegség „terhességi toxicosis" és így előidéző okuk ugyanabban a noxában kereshető, akkor az egyik ritkulásának a másik csökkenésével kell együttjárnia, tehát ilyen szempontból a két betegség együtt tárgyalható.

Minthogy egy ilyen, aránylag ritkán előforduló betegség gyakoriságára, illetőleg csökkenésére csak nagy statisztikák feldolgozása alapján lehet következtetni, jogosult *Hamm*-nak[6] és másoknak a tartózkodása, kik még nem tartják időszerűnek a végső következtetés leszögezését, míg az minden kétséget kizárólag több oldalról is be nem bizonyíttatik. Klinikánknak úgy a háború alatti, mint az azelőtti kórtörténeti adatai megengedik a kérdéshez való hozzászólást, sőt a pontosan vezetett fejlapok nemcsak a betegség számának és halálozásának csökkenését engedik megállapítani, de azokból még más figyelemreméltó következtetések is vonhatók le.

Mindenekelőtt el kell dönteni, hogy milyen idők statisztikáját hasonlítsuk össze egymással? „Háborús éveknek" a mi szempontunkból csak azt az időtartamot vehetjük, a melyben azok a körülmények, melyek az eklampsia ritkább megjelenését eredményezhették, megvoltak. Nem számíthatjuk tehát ide az 1914. évet, mert ez még nem járt sem testileg, sem lelkileg olyan hatással a terhes nőkre nézve, mint a későbbi 1915.—1917. évek, s főképpen, mert akkor még Budapest lakosságának túlnyomó többsége nem volt kényszerítve táplálkozásának olyan megváltoztatására, mely alábbi statisztikai adataink bizonyítása szerint minden valószínűséggel oka az eklampsia számbeli csökkenésének. Viszont az 1918. évet elejétől végig bátran ideszámíthatjuk, hiszen utolsó két hónapja is éppen úgy, vagy még fokozottabban, megpróbált testet és lelket, mint az előző évek.

A másik kérdés az, hogy milyen terjedelmű időket hasonlítsunk össze egymással? Czélszerűnek látszik az összehasonlításokat nem félévenként, nem is évenként, hanem a háború tartamát egységül véve, 4—4 évet egybefoglalva tenni. Ilyen módon a számításhiba, mely abból származnék, hogy véletlenül rövid idő alatt sok gyorsan egymásután előfordult eklampsia véletlenül e betegség nélkül lefolyt nagyobb számú szülések idejének statisztikájával lenne összehasonlítva, kikerülhető, mert a hosszabb idő alatt a számok kiegyenlítik egymást. Az alábbiakban kétszer négy év (1907—1910 és 1911—1914) eklampsiás adatai vannak a háborús négy éveivel párhuzamba állítva, s ennek a 12 évnek statisztikáját áttekintve, a következő eredményeket szűrhetjük le:

1. *A háborús években az összes szülések számához viszonyítva kevesebb eklampsia-eset fordult elő klinikánkon, mint az előző nyolcz évben.*

	Szülések száma	Eklampsiások száma	%	
1907—1910	6986	45	0·64	0·74%
1911—1914	8485	71	0·83	
1915—1918	8753	49	0·55	

A 0·74%-nak 0·55%-ra való csökkenése nem olyan nagy változás, hogy egyedül ebből az eklampsiának a háború alatti lényeges megfogyatkozására lehetne következtetni, de ezt a másoktól is (*Ruge, Warnekros, Schülein, Lichtenstein*) közölt adatokkal egybevetve, melyek nagyobb mértékű csökkenést tüntetnek fel, belőlük kétségtelenül megállapítható az eklampsiás megbetegedések ritkulása a háború alatt. A németországi és a mi adataink közti különbség felhasználható a betegség csökkenése okának a tisztázására, illetőleg a theoretice felhozott okok közül annak kiválasztására, a melyik Németországban nagyobb fokban éreztette hatását, mint nálunk. Ez a lakosság táplálékának megváltozása a háború ideje alatt. Erről a kérdésről alább még lesz szó.

2. *Az eklampsia halálozási százaléka a háború alatt kisebb lett.*

	Eklampsiások száma	Ebből meghalt	%
1907—1910	45	12	26·6
1911—1914	71	16	22·5
1915—1918	49	7	14·2

Ez a statisztika klinikánknak úgy a háború előtti, mint a háború alatti összes eklampsia-eseteiből van összeállítva. Benne foglaltatnak tehát azok az esetek is, melyek a klinikai kezeléssel már nem befolyásolható állapotban, mint haldoklók szállíttattak be. Benne foglaltatnak azok az esetek is, melyekben a bonczolás az eklampsiás elváltozásokon kívül valamilyen, azzal összefüggésben nem álló szervi bajt állapított meg (vitium). Ha ez esetek nélkül állítanánk össze statisztikánkat, akkor a különbség a háború előtti és alatti évek eklampsiás adatai között még nagyobb lenne, vagyis az ebből levont következtetések még szembetünőbb százalékbeli különbségre támaszkodnának. Ha csak az elejétől végig a klinikán észlelt megbetegedéseket használjuk fel klinikánk anyagából, akkor a megbetegedési százalék is, de különösen a halálozási százalék jóval kisebb, a különbség azonban a békebeli és háborús halálozási százalékok között nagyobb:

	Elejétől végig a klinikán észlelt eklampsiások száma	Ebből meghalt	%
1907—1910	41	10	24·1
1911—1914	66	13	19·7
1915—1918	46	4	8·7

Klinikánk statisztikájában az eklampsiának a háború alatti csökkenését feltüntető számoknál még bizonyítóbb a halálozás javulása. Megjegyzendő, hogy teljes joggal csak az 1911.—1914. év 22·5%-a, illetőleg 19·7%-a hasonlítható össze az 1915.—1918. év 14·2%-a, illetőleg 8·7%-ával, mert e nyolcz év alatt volt a therapia teljesen egyöntetű (vérlebocsátás + Stroganoff), míg az 1907.—1910. évben különböző irányú therapiai kisérletek folytak. Abból, hogy a német statisztikák a mi klinikánkénál is nagyobb halálozás-csökkenést tüntetnek fel, éppen úgy argumentumot meríthetünk e

[1] Zentralbl. für Gyn., 1916, 33. sz.
[2] Zentralbl. für Gyn., 1916, 46. sz.
[3] Deutsche med. Wochenschr., 1918, 23. sz.
[4] Zentralbl. für Gyn., 1916, 33. sz.
[5] Zentralbl. für Gyn., 1918, 26. sz.
[6] Zentralbl. für Gyn., 1918, 5. sz.

háborús változás okára nézve, mint ezt fentebb tettük a morbiditási különbség alapján.

3. Ha klinikánknak háború előtti és alatti eklampsiásait vagyoni és ebből következtetve táplálkozási viszonyaik szerint igyekszünk csoportosítani, az egyik csoportba az olyanokat, kik a háború alatt kevésbé voltak kényszerítve korábbi táplálkozásukon változtatni, tehát fehérjét és zsírt bőven vehettek magukhoz (mészáros, kereskedő, jó fizetésű hivatalnok felesége), a másikba a munkásosztályhoz tartozó, tehát minden valószínűség szerint szűkösebb viszonyok között élő és azokat az eklampsiás betegeket sorozva, kiknek táplálkozási viszonyaira adatainkból következtetést nem vonhatunk, akkor a háború alatti években 45%-ban találkozunk az eklampsiások között olyanokkal, kiknek anyagi helyzete a táplálék tetszés szerinti megválasztását, különösen a fehérje- és zsírdús táplálékban való bővelkedést megengedte a háború alatt is, míg a háború előtti évek statisztikájában csak 19·7%-ban szerepelnek az ugyanilyen módban élők. Még feltűnőbb a különbség, ha az eklampsia halálozás-százalékát hasonlítjuk össze a jól situált osztályban: háború előtt 18·7, a háború alatt 71·0%-a az összes meghalt eklampsiásoknak tartozik ebbe a csoportba. Megjegyzendő, hogy a társadalmi és vagyoni viszonyokat tekintve, a klinika szülőnő-anyaga nem szenvedett sem ilyen, sem olyan irányban változást, tehát ezek a számbeli adatok bizonyossággal felhasználhatók a táplálkozási viszonyok és az eklampsia gyakorisága, valamint annak súlyossága közötti okozati összefüggés bizonyítására. Mert ha tekintetbe vesszük azt, hogy a háború előtt a szűkösebb viszonyok között élő asszonyok is meg tudták maguknak szerezni a kellő táplálék-fehérje és -zsírmennyiséget, de a háború alatt nem, akkor ez a százalékbeli eltolódása az eklampsiás megbetegedéseknek és a halálozási százaléknak a jobbmóduak rovására, elsősorban a táplálkozási viszonyokban beállott különbségre engedi ennek okát visszavezetni.

A Mayer-féle[7] spermaimpraegnatiós hypothesis ellen vagy mellette klinikánk adatait nem lehet felhasználni, mert ilyen irányú fejlap-feljegyzéseink nincsenek.

4. A háború előtti eklampsia-statisztikában ez a betegség az összes eklampsia-eseteknek 41%-ában fordult elő éretlen vagy koramagzatot hordó asszonyban, míg a háború alatt csak 26%-ban (e számokban nincsenek benne az éretlen ikermagzatok, hol ezek együttes testsúlya elérte egy érett magzat testsúlyát). Ez is amellett szól, hogy a háború ideje alatt az eklampsiára való hajlamossága a terheseknek csökkent, a noxákat, melyek az eklampsiának végeredményben előidézői, jobban el tudják viselni vagy ártalmatlanná tenni, aminek következéseképpen azok legfeljebb a terhesség legvégén mérgezik annyira a terhes nő szervezetét, hogy az eklampsia kitör. Míg a háború előtti statisztikában több olyan eset fordul elő, hol az eklampsiástól elvetélt magzat 30—37 centimeter hosszú, tehát az intrauterin fejlődés 6.—8. hónapjában volt, addig a háborús eklampsia-esetek sorában csak egyetlenegy 38 centimeteres (1210 gr.) magzatot viselő asszonyt találunk, a többinek, ha koraszülött gyermeket hozott is világra, újszülöttje jóval közelebb volt az érettség határához. Ez az egy eset is a jó módban élők közé tartozik s a többi háborús eklampsiás is, aki koragyereket szült, majdnem kivétel nélkül ennek az osztálynak tagja.

Ha az ikerterhességnek vonatkozását az eklampsiához tekintjük, akkor az tűnik ki, hogy vele egyetemben a háború alatt 6%-ban, a háború előtt csak 4%-ban fordult elő ez a betegség. Tekintetbe véve, hogy az ikerterhesség disponál az eklampsiára, a háború alatti százalék-szaporulatot olyanképpen foghatjuk fel, mint a fentebb említett háborús százalékcsökkenést a terhesség első nyolcz hónapjában: hogy t. i. az eklampsiára való hajlamosság csökkenvén a háború alatti években, a betegség kitörését nagyobb számában az eseteknek lehet ezen praedisponáló momentumoknak betudni, mint előbb.

[7] Zentralbl. f. Gyn., 1916, 40. szám.

Az 1. és 2. alatt közölt statisztikai adatoknak használhatóságát az eklampsiának a háború alatti ritkulása és a halálozási százalék leesése bizonyítására látszólag csökkenti az a körülmény, hogy a háborús évek évi statisztikájának felső, és a háború előtti évek évi statisztikájának alsó ingadozási határai egymáson belül esnek. Mert a háború előtt is volt olyan év, melynek eklampsia-százaléka csak 0·43%-ot tett ki (1908) és volt olyan, mikor a halálozás 0% volt (1913), viszont a háború alatt is ért el a betegség 0·59%-ot (1916) és a halálozás 23%-ot (1917). De bárhonnan is ragadunk ki klinikánk statisztikájából négy egymásután következő nem háborús évet, azok össz-statisztikája mindig legalább is azt a különbséget mutatja a háborús évekével szemben, mint a fentebbi 1907.—1910. és 1911.—1914. esztendőké. Már pedig, amint azt már előbb is megjegyeztük, egy ilyen, aránylag ritkán előforduló betegség statisztikai adatainak összehasonlítása csak akkor vezethet helyes és igaz következtetésre, ha lehetőleg nagy időegységekkel dolgozunk. Könnyen érthető tehát, hogy az egyes évek eklampsiás adatai nem mutatják azokat a különbségeket a háború egyes éveivel szemben, mintha nagyobb idők statisztikáját vesszük következtetésünk alapjául.

Klinikánk észlelése szerint tehát az eklampsiát a háborús táplálkozás befolyásolta. Hogy azonban ebből és az eddig közölt elméleti értékű észlelésekből a therapia fejezete is gazdagodjék, szükséges, hogy más intézetek anyaga is feldolgoztassék ilyen irányban. Ha az eredmények fedni fogják a fentieket, akkor nemcsak az eklampsia-aetiologia vizsgálódás kapna új támaszpontot további kutatásokra a szervezetbe enteralisan bejutott fehérje és zsír kérdésének mint (legalább részben) oknak a bekapcsolásával, de a terhesség diaetetikája, az eklampsia prophylaxisa és therapiája is hasznát fognák látni a háborútól reánk kényszerített táplálkozási nyomorúságnak.

Közlés a budapesti egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról.
(Igazgató: Dollinger Gyula dr., nyilv. rend. egyetemi tanár.)

A tuberculosus csontfolyamatok jodtincturás kezeléséről.

Irta: *Dollinger Béla* dr., egyetemi magántanár, klinikai tanársegéd.

Az utóbbi időben az I. sz. sebészeti klinika orthopaediai rendelésén a tuberculosus csontfolyamatok jodtincturás gyógykezelésével foglalkoztam és oly jó eredményeket értem el, hogy az eljárást a közlésre érdemesnek tartom. *A kezelés lényege, hogy a tuberculosus csontüregeket másodnaponként tömény jodtinctuiába áztatott gaze-csíkokkal lazán kitömöm* és fedőkötést alkalmazok. Felületes csontfolyamatok, például a szegycsont és a bordák tuberculosus periostitise és ostitise eseteiben, a túlsarjadzó tömegeket és az uzurált csontrészleteket kisebb műtét keretében kikaparom és a sebet jodtincturás gazecsíkkal fedem. A kötést ezekben az esetekben naponként változtatom, de a jodtincturás tampont csak kétnaponként alkalmazom. Négy-öt tamponálás után a bőr kimélése czéljából egy-két napi szünetet tartok és ilyenkor a sebre csak tiszta gaze-csíkot helyezek. Az így gyógykezelt esetekben a gyógyulás legtöbbnyire gyorsan áll be és élénk sarjadzással, valamint a váladék lényeges csökkenésével veszi a kezdetét. Ez eljárással csakis nyílt tuberculosus folyamatokat gyógykezeltem és különösen a felületesebb folyamatokban értem el gyors eredményt, de jól bevált az a mélyebb folyamatok és a különböző izületi műtétek után nyitva kezelt sebek gyógykezelésekor is.

A módszer alkalmazásakor különös figyelemmel kell lennünk a *bőr megvédésére*. A bőr rosszul tűri a jodtincturával való gyakori érintkezést és erre ekzemákkal reagál. A tamponáláskor tehát arra kell ügyelnünk, hogy a gaze-csíkot csak annyira áztassuk meg jodtincturával, hogy ez ne folyjon ki a sebből és ne érintkezzék a bőrrel. Felületes folyamatoknál a bőr megvédése czéljából a seb környékét zinkkenőcscsel fedem be és ezzel a jodtincturától elhatárolom.

A gyógykezelés nem jár nagyobb fájdalmakkal. Csupán 2—3 óra hosszáig érez a beteg a sebben némi csekély égető fájdalmat.

Előnye az eljárásnak az is, hogy a *quarzlámpakezeléssel jól kombinálható.* Ez esetben minden besugárzás után alkalmazzuk a jodtincturát. A két kezelésmód együttes alkalmazása gyorsítja az eredményt.

A malaria tertiana és tropica egymáshoz való viszonyáról.

Irta: *Vecsei Nándor* dr., sorhajóorvos, volt malariafelügyelő Albániában.

Albániában a malaria megjelenése járványtanilag Olaszország földrajzilag megfelelő vidékeinek felel meg. Ott is, itt is látjuk, hogy a malaria tropica esetei — a febris aestivoautumnalis névnek megfelelőleg — a nyár végén és ősszel jelennek meg. Vidékenként és évenként bizonyos eltolódások észlelhetők ugyan, de nagyjában körülbelül július hóban a tertiana csaknem teljesen eltűnik. Néha úgyszólván egyik napról a másikra, majdnem egy csapásra; pl. 1917 július 2.-ától a Vojusa alsó folyása körül a tertiana teljesen eltünt. Ha másutt és máskor nem is ily kifejezett a két parasitatypus eltolódása, mégis a tertiana mindig törvényszerűleg átadja helyét a tropicának.

Hogy mi ennek a változásnak az oka, az nem tisztázott. Bár ismeretes, hogy a hőmérséklet optimuma a különböző parasiták fejlődésére különböző, mégsem magyarázható meg ez a gyakran oly hirtelen eltolódás tisztán ezen az alapon. Hiszen éppen *Jancsó*, aki e fejlődési hőmérsékletoptimumokkal oly behatóan foglalkozott, említi, hogy az a néhány fok hőmérsékleti különbség nem magyarázza meg a járványtypus változását. Sőt a 90-es években a kolozsvárkörnyéki malariaesetek között elég gyakran fordult elő a febris tropica, míg a melegebb Pestkörnyéken csak tertiana mutatkozott.

Hogy a tertianának ez az eltünése csak látszólagos, azt az alábbiakkal kívánom bizonyítani.

Már régen ismeretes, hogy a téli és tavaszi hónapokban csaknem kizárólag tertiana-eseteket észlelünk. Ezek a recidivák a háború alatt is észleltettek, még pedig olyan egyéneken, kiken az elsődleges fertőzéskor a vérvizsgálattal többszörösen csak a malaria tropica parasitáit lehetett kimutatni. (Számszerű adatok vannak p. o. *Stransky* dolgozatában, Med. Klinik, 1918.)

A parasitatypus eme változását *Laveran* és iskolája, sőt újabban mások is, érvnek tekintik a malariaparasiták egysége mellett. A nagyszámú malaria eset, amely a salonikii ententehadseregben előfordult, ezt a nézetet mindinkább megerősíteni látszott, mert ily sok malariás beteg pontos és hosszú kórházi észlelése azelőtt nem volt lehetséges. Az unitáriusok e felfogását a legtöbb protozoonkutató nyomós biologiai okból nem oszthatja, hanem felveszi, hogy ez esetek vegyes fertőzések. Vizsgálatokkal e kérdés azonban eldöntve nem volt. Hogyan történt a vegyes fertőzés, és *miért nem mutatható ki az eseteknek nagy többségében már a priori, hogy vegyes fertőzés történt?*

E kérdéssel már régen foglalkozván, különösen figyeltem az ú. n. tropicaperiodus alatt előfordult vegyes fertőzésekre. Igen alkalmas volt erre 1918 nyara Keletalbánia hegyesebb részeiben, ahol — mint különben 1918-ban csaknem egész Albániában — a tropica nem nyomta el hirtelen és teljesen a tertianát. Még a tömegvizsgálatkor is feltünt, hogy a tropica-tertiana vegyes fertőzés nem olyan ritka.* Ha az ilyen vegyes fertőzéses esetekben napokon át több készítményt vizsgálunk át, akkor azt fogjuk találni, hogy az előzőleg meglehetős számmal lelhető tertianaparasiták kezdenek eltünni és néha a második, esetleg harmadik napon már nem találhatók, míg a tropica parasitái — ha csökkent számmal is — még hosszabb ideig kimutathatók. Ha pedig a tertianaparasiták eme viselkedésére ügyelve, a vizsgáló-laboratoriumba mindenhonnan érkező készítményeket pontosabban vizsgáljuk át, akkor hosszabb keresés után gyakran találunk elvétve egy-egy typusos tertiana-parasisát (pl. felére megnőtt parasitát, gametát *Schüffner*-pontozással). E leletek kellő értékeléséből következtethetjük, hogy azért találunk tertianaparasitát ritkábban, mert a parasiták száma a priori kisebb, illetve a beteg megbetegedésének nem legelső szakában kerül pontos észlelésre. Ismeretes, hogy éppen a malaria tropica nagyon sok esetben az első napokban nem okoz túlnagy panaszokat, amiért a beteget csak a későbbi napokban látjuk. Különösen a franciák azok, akik macedoniai tapasztalataik alapján erre figyelmeztetnek. Ők (*Le Paludisme Macedonien, par Armand-Delille, G. Paisseau, P. Abrami, Henri Lemaire, Paris, 1917*) a malariát két csoportra osztják: *paludisme primaire*, mely Macedoniában június 15.-étől december 15.-éig terjed, és *paludisme secondaire*, mely jól jellegzett rohamokból áll, ezek a „téli-tavaszi" recidivák. A *paludisme primaire*nél felvesznek három szakot: *1. «un syndrome febrile d'un evolution relativment courte: l'invasion; 2. „periode d'apyrexie"*, amikor a beteg látszólag, akár hosszabb ideig is egészséges; *3. „rechutes"*, a korai visszaesések. Ebben a beosztásban fontos az, hogy az invasio phasisa gyakran egészen rövid ideig tart és a panaszok esetleg kevéssé kifejezettek. Eszerint a betegek nagy részét az invasio második felében, sőt a harmadik phasisban látjuk. És éppen ebben a klinikailag ritkán észlelt időben mutathatók még ki a tertiana-parasiták. A tropica és tertiana parasitái között antagonismus van olyan értelemben, hogy az egyszerre, vagy rövid egymásutánban a szervezetbe kerülő két parasitafaj közül a tropica a tertianát néha órák, vagy egy pár nap mulva, de nem végérvényesen, elnyomja. Ez a viszony akkor sem változik meg, ha a beteg chinint kap. Hogy mi ennek az oka, az nem ismeretes, bár a biologiában ez nem egyedülálló jelenség.

A tertiana nem tünik el tehát a tropicaperiodus alatt sem, csak látszólag: a fertőzés ez idő alatt épp úgy történik tertianával, mint a „tiszta" tertianaperiodus alatt. A virulensebb tropica azonban a tertianát elnyomja, mely utóbbi rendesen csak hosszú latentia után tör ismét ki.

Egy másik módja volna ezen állítás bizonyításának az anophelesek vizsgálata. Ismeretes, hogy a tertiana- és tropicaparasiták fejlődési fokait a szúnyog gyomrában egymástól meg lehet különböztetni, ha ezek a különbségek nagyon finomak is. Albániai vizsgálataink valószínűvé teszik, hogy a nyálmirigyekben levő sporozoitákat is el lehet különíteni a chromatin helye és elrendeződése alapján. Az ez irányú vizsgálatokat nagyon megnehezíti ama körülmény, hogy a fertőzött anophelesek száma Albániában is viszonylag kicsiny. Tudtommal ezirányú vizsgálatok más oldalról Albániában nem végeztettek. Saját vizsgálataim, melyeket részben házakban, sátrakban stb. fogott, részben betegszobákban gyüjtött anopheleseken végeztem, bizonyítják, hogy a szúnyogoknak csak 2—5%-a van fertőzve. Nativ készítményen a tertiana és tropica közötti különbségek nem láthatók jól, csak beágyazott szúnyogok sorozatos metszetei, illetve festett készítményei alkalmasak a kérdés eldöntésére.

Ezirányú saját kisérleteimet a visszavonulás miatt abba kellett hagynom.

Még arra a kérdésre kellene felelni, hogy mily módon fertőződnek a szúnyogok tertianával is, ha ez a parasita látszólag teljesen eltünik? A feleletet erre már előzőleg megadtuk: t. i. az általunk rendesen nem igen észlelt első napok azok, amelyekben tertiana-parasiták találhatók. Ekkor fertőződnek a szúnyogok is.

Hogy a tertiana augusztus-szeptemberben sem tünik el, bizonyítják azok az esetek is, mikor valaki e hónapokban jött Albániába, ott látszólag csak tropicában betegedett meg és csak a tavaszi recidiva mutatja, hogy a fertőzés, daczára az ú. n. tropicaperiodusnak, vegyes volt.

* Pontos feljegyzéseim és igy a számadatok is a visszavonulás alatt elkallódtak. A dolog lényegét azonban ez nem érinti. Ha irataimat visszakapom, pontos adatokat közölhetek.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

G. Flatau: Kursus der Psychotherapie und des Hypnotismus. Berlin, 1918. Verlag von *S. Karger*. 176 oldal.

A psychotherapia néhány év előtt még az orvosok javarésze előtt rejtelmes és titokzatos volt. A háború alatt e felfogás a haborús neurosisok psychotherapiás kezelésének meglepő eredményei folytán alaposan megváltozott s manapság alig van orvos, ki a kezelés ez ágával nemcsak érdekessége, hanem a kecsegtető gyakorlati eredmény miatt is ne foglalkoznék. *Flatau* hallgatói jogosult kérésének engedve, az e disciplinát ismertető előadásait kiadta s ezzel az ez irányban tanulni vágyóknak kitünő vezérfonalat nyujtott. Történelmi bevezetés után ismerteti a betegségeket, melyek a psychotherapiával előnyösen befolyásolhatók; átnézetesen vázolja e kezelésmód technikáját, törvényszéki szempontból is megvilágítja, végezetül pedig a psychoanalysissel és *Freud* tanával foglalkozik. *Deutsch Ernő.*

Ewald Stier: Die respiratorischen Affektkrämpfe des frühkindlichen Alters. Jena, Verlag von *Gustav Fischer*, 1918, 105 oldal.

Gyermek- és idegorvosokat egyaránt érdeklő tárgynak elméleti és gyakorlati ismertetését találjuk e munkában, jól megfigyelt és leírt esetek kapcsán. A szerző megkülönböztet reactiv, vasoneurosisos reactiv, epileptiform és hysteriás alapon fejlődött kóralakokat. A differentialis diagnosisra vonatkozó fejezet s *Ibrahim*, *Pawlow*, *Krasnogersky*, *Schrottenbach* e tárgygyal kapcsolatos dolgozatainak kritikus megvilágítása emelendő ki különösen. *Deutsch Ernő.*

Új könyvek.

A. Pappenheim: Die Zellen der leukämischen Myelose. Jena, G. Fischer. 56 m. — *Fr. Kraus*: Die allgemeine und spezielle Pathologie der Person. Klinische Syzygiologie. Allgemeiner Teil. Leipzig, G. Thieme. 23 m. — Beiträge zur Lungentuberkulose im Kinderalter. *Klare:* Die kindliche Lungentuberkulose im Röntgenbilde. *Harms*: Die Pneumothoraxtherapie der kindlichen Lungentuberkulose. Hohenlychen, Volksheilstättenverein vom Roten Kreuz. 15 m. — *Nocht* und *Mayer*: Die Malaria. Berlin, J. Springer. 11 m. — *P. Horn:* Über nervöse Erkrankungen nach Eisenbahnunglück, mit besonderer Berücksichtigung von Verlauf und Entschädigungsverfahren. 2. Auflage. Bonn, Marcus und Weber. 9 m. — *Behrig-Friedberger:* Epidemiologie, Aetiologie und Bekämpfung der Diphtherie, Berlin, A. Hirschwald, 1 m. — *J. Meller*: Augenärztliche Eingriffe. Wien, J. Safar. 24 m. — *E. Ziegler:* Die Vererbungslehre in der Biologie und in der Soziologie. Jena, G. Fischer. 20 m. — *E. Prösch*: Zur Pathogenese der Coxa vara. Zürich, Speidel und Wurzel. 6 m. — *H. Matti:* Die Knochenbrüche und ihre Behandlung. I. Teil. Die allgemeine Lehre von den Knochenbrüchen und ihrer Behandlung. Berlin, J. Springer. 25 m. — *F. Fuchs:* Praktische Hygiene und Bekämpfung der Infektionskrankheiten im Felde. Wien, W. Braumüller. 8 m. — *R. Becker:* Die Nervosität bei den Juden. Zürich, O. Füssli. 2 m. — *E. Kraepelin*: Ziele und Wege der psychiatrischen Forschung. Berlin, J. Springer. 1·40 m. — *H. Oczeret*: Die Nervosität als Problem des modernen Menschen. Zürich, O. Füssli. 4 m. — *F. de Quervain*: Spezielle chirurgische Diagnostik. 6. Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel. 32 m. — *G. Schvakramp:* Eine physiologische Erklärung der Entzündungserscheinungen. Schönberg, Lehmann und Bernhard. 3·50 m. — *R Hess:* Die Zweckmässigkeit im Blutkreisumlauf. Basel, B. Schwabe. 1·50 m. — *G. Stümpke*: Prognose und Therapie der Geschlechtskrankheiten im Kindesalter. Berlin, H. Meusser. — *F. Külbs:* Leitfaden der medizinisch-klinischen Propaedeutik. Berlin, J. Springer. 5 m. — *A. Bielschowsky*: Beiträge zum Blindenbildungswesen. Heft 1. Berlin, J. Springer. 2·80 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

A spanyol influenzának forró teljes fürdőkkel való kezeléséről ír *Köhler*. A forró fürdőket Japánban régóta igen kiterjedten alkalmazzák a legkülönbözőbb betegségekben. A szerző a vezetése alatt állott holsterhauseni tüdőbetegintézetben kezdődő tuberculosis eseteiben rendszeresen alkalmazta a forró (40—42° C) fürdőket 5—7 percznyi időtartammal s azt tapasztalta, hogy úgy az expectoratiót, mint a hőmérséket igen kedvezően tudta befolyásolni. E kedvező tapasztalatok indították arra, hogy a forró fürdők gyógyhatását egyéb fertőző betegségekben is megkisérelje. Igy jó eredményeket ért el az antipyresis terén typhus abdominalisban, pneumoniában és elsősorban spanyol influenzában. 30 esetben azonnal az első tünetek jelentkezésekor 40—42° C hőmérsékletű fürdőbe helyezte a beteget 5—7 percz tartamára. Utána esetleg 1—1½ órára száraz pakkolás alkalmazható, de ez nem okvetlen szükséges. A fürdőt a 2. és 3. napon megismételte, sőt napi két fürdőt is adott. A 30 eset közül mindössze 2 kapott bronchopneumoniát, ezek a kezelés folytatása mellett 5—6 nap alatt láztalanná váltak. A forró fürdők hatására a hőmérsék a fürdő után való közvetlen kicsiny emelkedés után még aznap este leszáll. A betegek a fürdőt általában jól tűrik; ha kezdetben fájdalmasságot jeleznek, czélszerű 36°-osra beállított fürdővel kezdeni s azután hirtelen felemelni a hőfokot 40—42° C-ra. Különösebb óvóintézkedésekre, ha bizonyos eseteket (vitium, általános gyengeség) kizárunk, nincs szükség. A szerző eljárását a medicamentosus therapia fölé helyezi s egyúttal kitér az edzőkúrákról való felfogás hibáira. Szerinte forró fürdők után kevésbé jöhet létre meghűlés, mert a bőrhyperaemia megakadályozza a vérnek csökkent ellenállóképességű területre való áramlását. Japánban éppen azok fürdenek forrón, a kik leginkább vannak kitéve szélnek, fagynak. A forró fürdőket kiterjedt használatra ajánlja pneumoniában, bronchopneumoniában az expectoratióra való kitünő hatásuknál fogva. (Münchener med. Wochenschrift, 1919, 5. szám.) *Weber* dr.

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1919, 10. szám. *Ráthonyi Reusz Frigyes:* A hadi neurosisokról. *Scipiades Elemér:* Háborús nyomok a szülészetben és nőgyógyászatban.

Budapesti orvosi ujság, 1919, 11. szám. *Torday Árpád*: A malaria kezeléséhez. *Henszelman Aladár*: A rekeszizom működése mankóhasználat eseteiben.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Mester Emil* dr.-t a székesfehérvári Szt. György-kórház főorvosává, *Sajó Lajos* dr.-t Nógrád vármegye tiszti főorvosává, *Ittzés Zsigmond* dr.-t a kaposvári járás orvosává, *Politzer József* dr.-t (Miskolcz) a magyar államvasutak orvosi tanácsadójává nevezték ki.

Kinevezések a budapesti egyetem orvosi karán. A magyar népköztársaság ministertanácsa *Veress Elemér* kolozsvári egyetemi ny. r. tanárt a budapesti egyetem orvostudományi karán az élettan ny. r. tanárává nevezte ki, továbbá *Árkövy József*, *Krepuska Géza*, *Onodi Adolf* és *Schaffer Károly* ny. rendkivüli tanárokat az V. fizetési osztályba ny. r. tanárokká léptette elő.

Felhivás a hadviselt orvosokhoz. A Magyar Tisztek és Továbbszolgáló Altisztek Országos Szövetsége alapszabályszerű czéljai közé tűzte ki tagjainak minden téren való segélyezését és támogatását. Segitségére óhajt tehát lenni hadviselt orvostagjainak, amidön őket foglalkozáshoz juttatni, hadviselt nemorvostagjainak pedig azzal, hogy őket méltányos áron való orvosi segélyben részesíteni igyekszik. Évégből felkérik mindazon hadviselt és szövetségbeli kartársakat, akik hajlandók a Szövetség tagjait sajátmaguk tetszése szerint megállapítandó méltányos díjszabás szerint kezelni, szíveskedjenek azt a Magyar Tisztek és Továbbszolgáló Altisztek Országos Szövetségének egészségügyi előadójával tudatni a következő kérdőpontokra való válasz megadása mellett: 1. név, 2. volt katonai rang, 3. polgári orvosi állás, 4. esetleges külön szakma, 5. lakás, 6. rendelő óra, 7. a nyujtani kívánt kedvezmény mértéke, avagy díjszabás. A jelentkezőket szakmák szerint fogják csoportositani s az érdeklődők maguk fogják megválasztani, kihez kívánnak bajaikkal fordulni. A Szövetség (IV., Váczi-utcza 38, I. em.) tagjai közé minden hadviselt orvos beléphet, az évi tagsági díj 24 korona.

Az influenza-járvány, amelyet már csaknem megszűntnek tartottak, néhol újból nagy mértékben szedi áldozatait, igy Angolországban, továbbá Lipcsében.

A háború folytán megkárosodott orvosok és családjuk segélyezésére alakult budapesti helyi bizottság tagdíját (azaz 200 koronát) a következők küldötték be (IV. sorozat). *1918-ra:* Rácz Jenő, Bartha Gábor, Bánóczy Margit, Sándor István, Rajna Mór, Báron Sándor, Makai Endre, Zsigmondy Zoltán, Fried Samu, Keller Aranka, Vermes Lajos, Wohl Mór, Cukor Lajos (Nagykároly), Steiner József, Fischer Aladár, Berend Miklós, Ehrenhaft Rezső, Sellei József. — *1919-re:* Bokor Gyula, Bernády Dániel, Berczeller Imre, Brück Miksa, Bán Ilona, Boross Ernő, Bossányi Béla, Bernhauser Reichle Péter, Bátori Dániel, Baumhorn Ármin, Brezovsky Emil, Czyzewsky Gyula, Csilléry

András, Derera Henrik, Doktor Károly, Dollinger Béla, Drechsler Dezső, Dach Sándor, Ernyei Miksa, Entz Béla, Erőss Gyula, Fejér Gyula, Feleki Hugó, Frank Géza, Frommer József, Fuchs Sándor, Germann Tibor, Hainiss Géza, Hoff Móricz, Hermann Béla, Hochmann Henrik, Hállay Károly, Jurkiny Emil, Klár Manó, Királyfi Armin, Klinger István, báró Kétly Károly, Körmöczi Zoltán, Körmöczi Emil, Löw Sámuel, Lichtenberg Kornél, Lovrich József, Lőrincz Béla, Lichtmann József, Lichtmann Samu, Lengyel Endre, Mansfeld Otto, Mohr Mihály, Manninger Vilmos, Neubauer Adolf, Navratil Dezső, Preisich Kornél, Pécsi István, Péteri Ignácz, Roth Adolf, Rothmann Ármin, Remete Jenő, Rapcsák Lajos, Rajnik Pál, Rózsa Imre, báró Radvánszky Béla, Rajna Mór, Singer Hugó, Szarvas Felix, Sándor István, Salamon Henrik, Szemere Béla, Szontagh Felix, Szily Adolf, Schein Mór, Thomka István, Tolnai Bertalan, Varga Géza, Váli Ernő, Vermes Lajos, Welwart Simon, Zólyomi Adolf, Zwillinger Hugó, Ungár Dezső, Kollarits Béla, Kovách Áladár. — *1919-re és 1920-ra (azaz 400 koronát)*: Alapy Henrik, Ádám Lajos, Adler Nándor, Adler Lajos, Arany Zsigmond, Bence Gyula, Blayer Miksa, Bäcker József, Bergsmann Jakab, Bokor Mór, Beck Soma, Bodon Károly, Basch Imre, Bán Sándor, Bányai Sándor, Benedikt Henrik, Biró Mór, Bródy Ferencz, Blaskovich László, Bogdanovits Milos, Bilasko György, Barok Samu, Baumgarten Samu, Borszéky Károly, Béla Pál, Barát Gizella, Bókay Árpád, Bársony János, Bókay János, Bálint Rezső, Cseley József, Czonitzer Márton, Cukor István, Csohány János, Dieballa Géza, Deutsch Arthur, Dalmady Zoltán, Darvas Sándor, Demjanovich Emil, Donáth Gyula, Deutsch V. Adolf, Dollinger Gyula, Epstein Manó, Eisler Hugó, Elischer Gyula, Engel Károly, Epstein László, Forgách Aladár, Fejes Lajos, Ferenczi Sándor, Frigyesi József, Finn Náthán, Forbáth Sándor, Fleischmann Hugó, Farkas Ignácz, Flesch Ármin, Fuchs Dávid, Feldbaum Henrik, Friedrich Vilmos, Farkas Dániel, Fischl Ármin, Frischmann Gyula, Fialka Gusztáv, Flesch Nándor, Földes Lajos, Farkas Márton, Fried Samu, Fischer Aladár, Fischer Ignácz, Gutfreund Ferencz, Guth Samu, Glass Izor, Groak Ernő, Goldzieher Miksa, Gál Hugó, Gellért Elemér, Gerber Béla, Gross Gyula, Gross Emil, Gadány Lipót, Horváth Ferencz, Hültl Hümér, báró Herczel Manó, Hasenfeld Arthur, Hőgyes Ferencz, Hudomel József, Hudovernig Károly, Hochhalt Károly, Hertzka Károly, Hainiss Gyula, Horváth Mihály, Horváth Ákos, Holzwarth Jenő, Haberern Pál, Imrédy Béla, Justus Jakab, Janovicz Bertalan, Jutasi József, Jakab László, Illyés Géza, Jendrassik Ernő, Ihrig Lajos, Jakoby József, Janits Dezső, Klein Samu, Keppich József, Kövesi Géza, Kopits Jenő, Kubinyi Pál, Karácsonyi Mihály, Kincs Miksa, Kerekes Ödön, Klinger Zsigmond, Komlósi Béla, Kiss Gyula, Kertész Aba, Kőrösy Kornél, Kovács József, báró Korányi Sándor, Kövér Kálmán, Kuthy Dezső, Kozma Antal, Lakatos Viktor, Lénárt Zoltán, Lichtenstein Salamon, Lipscher Sándor, Lobmayer Géza, Ladányi Mátyás, Lantos Emil, Lévay József, Liebermann Emánuel, Lévy Lajos, Lengyel Lajos, Makai Endre, Medvei Béla, Mező Béla, Molnár Béla, Mayer Árpád, báró Müller Kálmán, Moravcsik Ernő Emil, Nádory Béla, Neumann Salamon, Neumann Szigfrid, Nékám Lajos, Nagy Tivadar, Pajor Sándor, Paunz Sándor, Pólya Jenő, Poór Ferencz, Polacsek Elemér, Patai Samu, Pécsi Dani, Pfeifer Gyula, Palotay Andor, Pákozdy Károly, Preisach Izidor, Polyák Lajos, Papp Károly, Perényi István, Reusz Frigyes, Rosenak Miksa, Rejtő Sándor, Ráskai Dezső, Ritoók Zsigmond, Rihmer Béla, Ranschburg Pál, Rottenbiller Ödön, Szili Jenő, Sidlauer Ödönné, Sarbó Arthur, Szőllősi Lajos, Sipos Mór, Stern Samu, Scipiades Elemér, Székács Béla, Steinberger Adolf, Szabó József, Stiller Bertalan, Szirtes Lajos, Szalla Sándor, Szász Endre Hugó, Szerb Zsigmond, Surányi Miklós, Szőke Bertalan, Schuschny Henrik, Schönberger Gyula, Schmidlechner Károly, Temesváry Rezső, Török Lajos, Terray Pál, Tegze Gyula, Takács Márton, Tauffer Vilmos, Tóth István, Vajda Vilmos, Vas Bernát, Vladár Márton, Verebély Tibor, Vas Frigyes, Vajda Adolf, Vajda Károly, Winternitz Arnold, Weiss József, Winter Mária, Weiss Armin, Wein Dezső, Wenhardt János, Walla Béla, Weyner Emil, Weingruber Armin, Záborsky István, Ungár Gyula, Cukor Lajos (Nagykároly), Bartha Gábor, Krepuska Géza, Lehoczky Semmelweis Kálmán, Klein Sámuel. A bizottság vezetősége tisztelettel kéri a tagdíjjal hátralékos kartársakat, hogy aláírásukkal önként vállalt kötelezettségüknek minél előbb tegyenek eleget.

Tömeges lóhúsmérgezés fordult elő az utóbbi időben Berlinben, amelyet arra vezetnek vissza, hogy az állatokat leölésük után nem zsigerelték ki azonnal s ennek folytán a normalis állatok belében lévő paratyphus-bacillusok és más mikrobák elszaporodva, nagyobb mennyiségben jutottak a húsba.

Személyi hirek külföldről. *Goldscheider* dr.-t Berlinben rendes tanárrá nevezték ki; ily módon a berlini egyetemen is most már három rendes belklinikai tanszék van. — *Winternitz* dr.-t (belklinika) Halleben tiszteletbeli rendes tanárrá nevezték ki. — *Borchardt* dr. a berlini Moabit-kórház sebészeti osztályának, *N. Friedemann* dr. pedig a berlini Virchow-kórház fertőzőbeteg-osztályának igazgatója lett.

Meghalt. *Ivan Chr. Bang*, a physiologiai chemia tanára a lundi egyetemen, 49 éves korában.

Tüdő-szakorvos

több éves speciális kórházi gyakorlattal specifikus kezelésben és heliotherapiában jártas fővárosi, vagy környékbeli szanatoriumba, vagy rendelő-intézetbe ajánlkozik. Értekezés személyesen. **Telefon 85—47.** d. u. 4—½5 között.

Klimatikus otthon vérszegény nők számára

Liptóbodafalva. Vasuti állomás Liptószentmiklós. Kies fekvés. Naponta ötszöri étkezés; tejkura. Kellemes kirándulások, gyönyörü sétányok, legnagyobb nyugalom; nap- és légfürdők. Mérsékelt díjak. Az Otthon orvosa: Dr. Hoffmann László, kórházi főorvos. Prospektust küld: Sebestyén Mária, Liptószentmiklós, Postafiók 30.

AUTOMOBIL BETEGSZÁLLITÓ

Vállalat. Dr. Székely Imre és Társa Budapest, VII., Erzsébet-körut 22, földszint 3. sz. Telefon 97—60.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos **bőrgyógyitó és kosmetikai intézete**

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyitás. Röntgen. Aniontherapia, forró légkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Dr. Székely–dr. Szilas diagnostikai laboratoriuma, Erzsebet-körut 22. Tel.: 97—60. Dajka-vizsgálat.

ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SZANATORIUM

Budapest, I., Tétényi-út 12—16. Telefon: József 81—75.
Ujonnan átalakitva és kibővitve. Keserüsós-fürdők és ivókura. Szénsavas-, oxygenfürdők, hőlég-kezelés és vizgyógyintézet. Villanyozás és massage. Hizókúrák.
Vezető-főorvos: Dr. Czirfusz Dezső, a ki állandóan a telepen lakik.
Egész éven át nyitva.

Fővárosi Fasor Sanatorium

Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére.
Teljesen modern uj szülészeti és sebészeti osztályiyal kibővitve.
Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15—26.

Városmajor-Szanatorium és Vízgyógyintézet

Részvénytárs. **Budán, I., Városmajor-u. 64.** Telefon: 88—99.
Ujonnan átalakitva Dr. Gráf Andor főorvos vezetése alatt. Bel-, ideg-, szivbetegek és üdülők részére. Hizlaló-kúrák.

Therapia sanatorium Budapest, VII., Városligeti fasor 11. Telefon József 14—51.
Belbetegek részére. — Vizgyógyintézet. — Laboratorium. — Röntgen.
Dr. RAJNIK PÁL. — Dr. KOVÁCS ALADÁR.

Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

VII., Városligeti fasor 13—15. Telefon: József 52—29. — Sebészeti-, nőibelbetegek, szülőnőknek. — Radium-kezelések. — Vegyi Röntgen-laboratorium.

Hüvösvölgyi Park Sanatorium

Klimatikus, physicalis és diétás gyógyintézet.
Budapest, I., Hidegkuti-út 78. • Villamos megálló. • Telefon: 145—90
Főorvos: Dr. Soós Aladár, a Korányi-klinika v. orvosa.

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47.
Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

Istvánuti Sanatorium

Budapest, VII., Hungária-ut 9 (István-ut végén). Telefon József 91-47.
Sebészet, belgyógyászat, nőgyógyászat, szülészet és vízgyógyintézet.
Röntgen. Rádium-kezelés.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szerum-intézet r.-t. Budapest, VI., Teréz-körut 31. sz.
Bakteriologiai, serologiai, vegyi vizsgálatok. Dajka vizsgálat. Telefon 20—19.

Dr. Reich-féle Budapesti medico-mechanikai **ZANDER** -intézet. Semmelweis-utcza 2. Kossuth Lajos-utcza sarkán.
Vezető orvosok: Dr. Melha Armand Dr. M. Hilf Paula és Dr. Mandler Ottó.

Dr. RINGER elme- és kedélybeteg gyógyintézete :: újonnan kibővitve ::
I., Lenke-út, Kelenföldi vill. megálló. **Telefon: József 83—21.**

Alkoholelvonó-intézet. Az Általános Közjótékonysági Egyesület Rákospalotai Gyógyitóháza Rákospalota, Árpád-utcza 12. — Psychotherapia — Foglalkoztatás. — Vizgyógymód. — Prospektus.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest
A régi nagyhirü Sárosfürdő 47° C forrásai
Termalis és fisikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, inhalatorium, pneumatikus kamra, gépgyógyászat és orthopaedia, stb.
Főorvosok: Termalis kurák: *dr. Bosányi Béla, igazgató.*
Gépgyógyászat: *dr. Erdős Géza.*
Vizgyógyászati osztály: *Dr. Benczur Gyula*, egyet. m. tanár.
Belgyógyászati gyógymód: *dr. Safranek János*, egyetemi m.-tanár.
Röntgen-laboratorium: *dr. Simonyi Béla.*
Kivánatra prospektus. Kivánatra prospektus

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.
UJTÁTRAFURED. Heliotherapia.
1010 méter magasan a tenger felszine felett. Röntgen-laboratorium.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat (VIII. bemutató szakülés 1918 április 24.-én.) 128. lap.

Közkórházi Orvostársulat.

(VIII. bemutató szakülés 1918 április 24.-én.)

Elnök: **Eisler Hugó.** Jegyző: **Szinnyei József.**

(Folytatás.)

Háborús nyomok a szülészetben és a nőgyógyászatban.

Scipiades Elemér: A nőorvosok a háborúban nem sokat beszéltettek magukról, mert orvosi téren úgy a nagyközönség, mint az orvosvilág érdeklődését szinte kizárólagosan a háborúban szerzett friss sebek begyógyításának, az általuk okozott szenvedések csillapításának s a velök esetleg járó halálos veszedelem elhárításának mikéntje kötötte le. Várniok kellett, míg az érdeklődés feléjök fordul.

Addig szorgalmas adatgyűjtéssel foglalkoztak. Az erre fordított szakirodalmi munkát mindenekelőtt

1. az értelmetlen nemzeti szenvedélynek különösen a német tudomány ellen irányuló gyűlölködő hangja foglalkoztatta.

2. A nő akarata ellenére az ellenségtől fogant terhességek sorsának kérdésében az előadó a mesterséges vetélés jogossága ellen foglalt állást.

3. Az a remény, hogy a háborús nemi élet viszonyainak a fogamzás és peteszolgáltatás (ovulatio) idejével való vonatkozásba hozása révén a terhesség időszámításának pontosabb módszerét sikerül megteremteni, nem ment teljesedésbe.

4. A conceptiós optimum kérdésében a vizsgálatok eredménye abban az irányban látszik kialakulni, hogy a havibajt követő első 14 napban úgy látszik sokkal több fogamzás következik be, mint az azt követő második 14 napban, viszont teljes meddőség a praemenstruumban sincsen.

5. A mi a termékenyülés idejének a születendő magzat nemével való vonatkozását illeti, úgy látszik, az a remény, hogy a magzat nemét a közösülésnek a havibaj idejéhez való irányítása révén befolyásolni és előre megmondani lehet, mint azt *Siegel* állította, úgy látszik nem válik valóra.

6. A háború alatt született csecsemők súlyviszonyainak mikéntjét illetőleg a vizsgálatok zöme azt mutatja, hogy a háborús fehérje- és zsírszegény táplálkozás semmi befolyással sincs a magzat fejlődésére s hogy a háborús újszülöttek semmivel sem satnyábbak, mint a békében születettek.

7. Azt a kérdést, van-e befolyással a háborús táplálkozás mikéntje a terhesek rángógörcsének gyakoriságára vagy nincsen, a vizsgálatok eddig nem tudták tisztázni.

Az előadó úgy, mint *Lichtenstein* (Lipcse) és *Richter* (Wien), legalább is intézeti összes anyagán nem tudta az eklampsiák háború alatti megkevesbedését konstatálni.

Zangemeister szerint viszont a Németbirodalomban az autochton eklampsiák valamivel nagyobb arányú csökkenést mutatnak, mint a mely a szülések általános apadásával arányban lenne. Hogy ennek mi az oka, vizsgálatai nem tudták eldönteni.

8. A háború alatt a legtöbb helyen megszaporodott a havibajukat elvesztett nők száma is (*Dietrich*: Kriegsamenorrhoea). Hogy ennek mi az oka, eddig nem sikerült tisztázni. A betegség oophorogen eredésűnek és functionalisnak látszik, általában jó prognosisú, de számolni kell azzal is, hogy egyes esetekben a havibajtalanság végleges marad.

9. A háború okozta megromlott táplálkozásnak és a nők fokozódott munkatöbbletének egy másik hatása a prolapsusok fokozódása a háborúban; az említett tényezők hatása mégis inkább csak a már meglevő süllyedési hajlam fokozásában, semmint a prolapsusok előidézésében nyilatkozik meg.

10. Felvetettük azt is, hogy a háború a malignus daganatokat is megszaporította a nőgyógyászati anyagban. *Zweifel* szerint azonban ennek oka az intézeti anyagokban azzal függ össze, hogy az orvoshiány következtében azok az inoperabilis esetek is kórházakba szorulnak, melyeknek kezelését a békében helyükön levő orvosok a beteg otthonában tudták ellátni.

11. A háború haladtával a szülészeti anyag mennyisége és minősége is megváltozott, nevezetesen pontosan 9 hónappal a mozgósítás elrendelése után hirtelen megapadt, és pedig az államok egészében még inkább, mint a szülőintézetekben. (A Magyarbirodalomban a háborús három évben az utolsó három békés évhez képest 48·2%-kal.)

Állították, hogy a vetélések is megsokasodtak. Ezt az előadó sem Rókus-kórházi anyagán, sem Budapest székesfőváros területére vonatkozólag nem tudta konstatálni.

A csecsemőhalandóságban legfeljebb annyiban állott be rosszabbodás hogy a jobban elfoglalt anyák kevesebbet érnek rá csecsemőikkel foglalkozni.

A háború következtében az utódok nemzése és szülése iránti szándék is megcsökkent a népességben.

A nemiéletnek a háborúban mutatkozó vigasztalan elvadulása folytán pedig egyrészt a férfi- és nő-magtalanság megsokasodott (nemibajok), másrészt a nemzőképesség is csökkent (constitutio-gyengülés, háborús táplálkozás).

A háború alatt a polgári lakosság is fokozottabb halálozást mutat.

A háború továbbá sok férfi egészségének tartós károsodására is vezet. Ez pedig a háború okozta nagy férfiveszteséget még fokozza, mert a férfi csökkent egészsége a fiúnemzés esélyeit hátrányosan befolyásolja.

A háborúnak az emberanyagban tett ezen quantitativ és qualitativ kártevésével szemben pedig a spontan reparatio kilátásai mindössze abban állanának, hogy a háború jótékony befolyása alatt a hosszú évekig tartó elsődleges és másodlagos meddőség után gyakrabban állnak be terhességek.

A spontan reparatio ezen silány kilátásai pedig annál súlyosabb jelentőségűek, mert a háború okozta emberveszteség csupán hatványozódása egy jelenségnek, mely már a békében is ijesztő mértékben kezdett fokozódni.

Az emberiség ugyanis már a békében is óriásilag ritkult a szaporításra vonatkozó akarat hiánya (a magyar birodalomban erre évenként körülbelül 450.000 születés hiánya esik), a szülések számának csökkenése (a háborús években 48·2%), az élveszületések számának csökkenése, a maguktól létrejövő és szándékolt vetélések (a magyar birodalomban körülbelül 154.000 terhesség), az anyát és magzatot a terhesség és szülés alatt ért károsodások folytán halvaszületések által (az összes születéseknek körülbelül 2—3%-a), végül a csecsemő- (28%-a az összes halálozásoknak) és a gyermekhalandóságnak (20—26%) óriási és nálunk javulást nem mutató arányai révén.

Az ezekre való reáeszmélés hozta el a népesedési politika, az anya- és csecsemővédelem, a népegészségtan és a népegészségügy idejét az elmondottak elleni elhárító intézkedések sürgetésével.

Keletkeztek is a népesedéspolitika szolgálatába szegődött szervezetek. Nálunk is azonban, mint Németországban, a honnan a mintát vettük, a népesedéspolitika kissé túlságosan paediatrikus irányba terelődött, vagyis nem látszik szolgálni olyan mértékben az anya védelmét, mint a hogy a gyermekét.

Ezért nem felesleges megállapítani, mi tartozik a népesedéspolitikai munkából reánk nőorvosokra.

1. A fogamzások szaporítása az egyik nőorvosi feladat a műtétileg előidézett meddőségek korlátozása s az akaratlan férfi és női meddőségek leküzdése révén.

2. Az anya- és gyermekvédelem nőorvosi feladatai a terhesség alatt a vetélés kérdéseiben merülnek ki, és pedig a maguktól keletkező vetélések okainak intensivebb tanulmányozása és elhárítása, s az orvosilag javalt vetélések

kevesbítése révén. A bűnös úton létrehozott vetélések minden kor socialis betegsége volt. Az ellenük való elhárító intézkedések nem a nőorvosokra, hanem a sociologusokra tartoznak.

3. Az anya védelmezésének és a magzati élet megtartásának a szülés alatti teendői anyavédelmi része jórészt állami feladat (szülés- és bábanevelésügy), viszont gyermekvédelmi része a szülés alatti magzathalálozások okainak tanulmányozásában rejlik.

A szülészekre itt:

a) elhúzódó szülés,
b) szűkmedencze,
c) lepény elülfekvése,
d) rendes helyén tapadó lepény időelőtti leválása,
e) köldökzsinórnak a nyak köré való csavarodása,
f) köldökzsinórnak előesése,
g) fordítás és kihúzás szövődményei,
h) eklampsia esetén s
i) a torzan való születéseknél keletkező magzathalálesetek elhárítására való törekvésekben várnak eredménynyel megoldható feladatok.

4. Az anya védelmezésének s a czélszerű magzattáplálásnak és magzatápolásnak a gyermekágyban való nőorvosi teendői között legeminensebb anyavédelmi feladat a gyermekágyi láz meggyógyításának megoldása, a gyermekvédelmi részben pedig a természetes táplálás s a gyermekápolás asepsisének intensivebb keresztülvitele.

Hangsúlyozza végül az előadó, hogy a mindenáron való gyermekszaporulatra való törekvés ellen hangok emelkednek. Itt azonban a helyes határok felállítására nagyon tanácsos lesz vigyázni, mert még ma is megfontolandók azok a sorok, a melyeket Nagy Frigyes írt Voltaire-hez, mikor vele az eugenia kérdéseiről vitatkozott, mondván: „mindent megfontolva, nem tudom, nem jobb-e a népesség szaporodásán munkálkodni, mint rosszul bölcselkedni".

Az előadó azt hiszi, hogy kivált ma, mikor éppen óriási veszteségeket akarunk sürgősen pótolni, a Gaston tudománya még alig nőhet ki az elmélet, az eugenica kereteiből, s hogy a gyakorlat, az eugenia, a nőorvosokra még nem mehet túl azon a határon, melyet abban lehet megszabni, hogy: gondozzuk jobban a női testet s így törekedjünk munkálkodni azon, hogy az új generatio ne csak sok, hanem jobb is lehessen.

Eventratio congenita.

Zinner Nándor: A hernia funiculi umbilicalistól lényegében különböző eset szinte példátlan az irodalomban.

A bemutató egy órával születése után látta a gyermeket, a kinek rendes, síma felszínű, felületén sértetlen köldökzsinórja mellett szinte összes belei teljesen szabadon, minden tömlő nélkül feküdtek extraventralisan az újszülött testén. Egy óráig tartó narcosisban per laparotomiam reszekálta az irreponibilis megacolont és side-to-end anastomosist készített a coecum és sigma között. A gyermek tizenöt óráig élt a műtét után.

Az eset fejlődése csak úgy képzelhető, hogy eredetileg itt is hernia funiculi umbilicalis volt, melynek sérvtömlője még a fejlődés elején megrepedt és az embryonalis szövetek szinte hegnélküli gyógyulása miatt nem látszik ennek nyoma a köldökzsinóron.

A fejlődés ezen magyarázata *Buday* tanárnak a véleménye.

PÁLYÁZATOK.

Petrozsény mellett fekvő Aninósza (Hunyadmegye) bányatelepünk részére Aninósza székhelylyel orvost keresünk, kinek 900—1000 munkás és hozzátartozóinak orvosi kezelését kell ellátnia. Magánpraxisra nem igen számíthat. A magyar, német és román nyelv ismerete megkívántatik. Az állás elsősorban nyugalmazott katonaorvosoknak vagy idősebb uraknak volna megfelelő. Javadalmazás megegyezés szerint, szabad lakás, fűtés és világítás. Pályázatok előbbi foglalkozás vagy alkalmaztatás megemlítése és fizetési igények megjelölésével a *Salgótarjáni kőszénbánya r.-t. központi igazgatóságához* (Bpest, Arany János-utcza 25), vagy pedig a nevezett társulat *bányaigazgatóságához Petrozsénybe* küldendők.

1076/1919. sz.

Vas vármegye németújvári járáshoz tartozó, lemondás folytán megüresedett szenteleki **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz tartozó községek a következők: Raksafalú, Barátfalú, Burgóhegy, Kisvaskút, Magoshegy, Nád, Ober, Pásztaháza, Szentelek, Szénásgödör, Vághegy és Váthegy.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, nyugdíjba is beszámítható 800 koronáig emelkedő 200 korona ötödéves korpótlék, 600 kor. útiátalány és 600 korona lakbér.

Felhívom mindazokat, kik ezen körorvosi állásra magukat megválasztatni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. szakaszában előírt képesítésüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeket hozzám **folyó évi április hó 5.-éig** annál inkább terjesszék be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom. Német nyelv tudása megkívántatik.

A választás napjának kitűzése iránt a kérvények beérkezte után fogok intézkedni.

Németújvár, 1919 március hó 5.-én.

A főszolgabíró.

1068/1919. sz.

Lemondás folytán megüresedett kókai **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz tartoznak Kóka mint székhely, Tápiószecső és Tóalmás községek.

Javadalmazás: 1600 kor. törzsfizetés, háborús és ötödéves korpótlék, lakás természetben a szükséges gazdasági és egyéb melléképületekkel, fuvarátalány és szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

Körorvos tartozik a halottkémlést is külön díjazás mellett a kór székhelyén ellátni.

Felhívom az állásra pályázókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a szerint felszerelt kérvényeiket **1919. évi március hó 28.-áig** hivatalomhoz adják be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást 1919. évi március hó 29.-én Kóka községházánál fogom megtartani.

Az állás választás után azonnal elfoglalandó.

Nagykáta, 1919 március hó 7.

A főszolgabíró.

7443/1919. sz.

A Ferencz József kereskedelmi kórház betegsegélyző pénztára (Budapest, VII., Bethlen-tér 1.) a különböző intézményeiben szervezett és részben ideiglenesen betöltött orvosi állásokra és megbízásokra **pályázatot hirdet.**

Alkalmazást nyer:

I. A pénztár főorvosi hivatalában 1 ellenőrző főorvos, 1 ellenőrző másodorvos, 2 segédorvos.

II. A pénztár kórházában úgy a sebészeti, mint a belgyógyászati osztályon al-, segéd- és szakorvosok (6—8 állás).

III. A pénztár rendelő-intézetében különböző szakmákban 5 főorvos és 12 másodorvos.

IV. A kerületi szülészorvosok létszámában 3 szakorvos évi díjazással és 7 szakorvos megbízásképpen a kimutatott szolgálatok szerint való díjazással részben a fővárosban, részben a környékbeli helységekben.

V. A kerületi szakorvosok létszámában 1 sebész Budapesten és 1 fogász Ujpest részére.

VI. A kerületi kezelő-orvosok létszámában 24 orvos évi díjazással és 6 orvos megbízásképpen a kimutatott szolgálatok szerint való díjazással részben budapesti, részben környékbeli körzetekben.

A felsorolt összes állásokat és megbízásokat a pénztár igazgatósága választás útján tölti be.

Pályázati határidő 1919 márczius hó 31.

A részletes pályázati feltételek, körzeti beosztás stb. a pénztár segédhivatalában a pályázók rendelkezésére állanak.

Pályázatot hirdet még a pénztár ugyanazon határidővel nem orvosdoktori képesítéshez kötött 1 quarzfénykezelő és 1 Röntgen-kezelő állásra.

Vas vármegye közkórházában Szombathelyen betöltendő **egy belgyógyász-főorvosi és két alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A belgyógyász-főorvosi állás javadalmazása a VIII. fizetési osztályban 3600 kor. törzsfizetés, 1170 kor. lakáspénz és a megfelelő háborús pótlékok. Az állás nyugdíjjogosultsággal bír.

Erre az állásra pályázó orvos urak és úrnők kérvényeiket, hozzácsatolva specialis szakképzettségüket és önálló chemiai, bakteriologiai, és Röntgen-laboratoriumi működésüket igazoló okmányaikat, Vas vármegye főispán-kormánybiztosához czímezve, a kórházigazgatósághoz küldjék be.

Az alorvosi állások javadalmazása évi 2000 kor. fizetés, természetbeni lakás, l. oszt. élelmezés és a megfelelő háborús pótlékok. A pályázó orvos urak és úrnők kérvényüket eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelve Vas vármegye főispán-kormánybiztosához czímezve, a kórházigazgatóságnak adják be.

Mind a három állás csakis a szervezési szabályrendeletnek kormányhatósági jóváhagyásától feltételezetten töltetik be.

Szombathely, 1919 márczius 11.-én.

Vasvármegye közkórházának igazgató-főorvosa.

A vezetésem alatt álló Nagyváradi izr. Szentegylet nyilv. jell. kórházában egy bentlakó **segédorvosi állás** megüresedett, melyre ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 3600 kor., lakás és I. osztályú élelmezés.

Az állás f. évi április hó 1.-én foglalandó el, pályázatok **f. hó 20.-áig** fenti kórház igazgatóságához küldendők be.

Nagyvárad, 1919 márczius hó 5.-én.

Weisz Márton dr., igazgató.

3318/1919. szám.

A székesfehérvári vármegyei Szt. György-közkórháznál a belgyógyászati és a sebészeti osztályon megüresedett **egy-egy alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A pályázati kérvények **f. hó 22.-éig** Fejér vármegye Kormánybiztosi hivatalához czímezve, a Szt. György-közkórház igazgatóságához adandók be.

Specialis előképzettséggel biró pályázók előnyben részesülnek.

Mindkét osztályon eltöltött szolgálati idő beszámitható a gyakornoki időbe.

Az alorvosi állás javadalmazása évi 1400 kor. fizetés, bútorozott egy szobás lakás a kórházban, fűtéssel, világítással, kiszolgálással és I. oszt. élelmezéssel.

Az állások április hó 1.-én elfoglalandók.

Székesfehérvár, 1919 márczius 6.-án. *A főjegyző.*

HIRDETÉSEK.

Az Orvosi Évkönyv

csak a jövő hó folyamán jelenhet meg, mivel szén- és gázhiány miatt a nyomdák naponta csak néhány órán keresztül dolgozhatnak.

A szerkesztőség,
Budapest, VII., Kertész-utcza 16.

Diplomás orvos

elvállal helyettesítést Budapesten vagy környékén. Fogászatban jártas. Szives megkeresések „Orvos 500“ jeligére „Petőfi“ Irodalmi Vállalatnál, Budapest, VII., Kertész-utcza 16. szám.

Orvosi műszereket, rendelő-butorokat

(autogén-heggesztéssel) a legkényesebb igényeknek megfelelően, elsőrangu kivitelben és leggyorsabban készit saját gyárában

Wessely István és Társa Utóda

NAGY KÁROLY FRIGYES

orvosi műszerész-cég

IV., Kigyó-tér 1. Telefon 6-86.

Árajánlattal mindenkor készséggel szolgálunk.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szérum-intézet r.-t. Budapest, VI., Teréz-körut 31. sz.

Himlőnyirok

Szerumok

Vaccinak

Diagnostikai laboratorium.

Telefon 20-19. Sürgönyczim: Pápay-oltóintézet.

Skabies Ebaga

(Dr. Matzenauer R. egyet. tanár szerint)

diskrét scabies-kuránál nélkülözhetetlen

szagtalan, láthatatlan

és

zsirtalan.

Dr. Bayer és Társa Budapest,

IX., Rákos-utcza 17.

Orvos urak figyelmébe!!!

Ha rendelőszobaberendezést, vagy egyéb orvosi műszerfelszerelést óhajtanak beszerezni, kérjék előzetes árajánlatomat

Neumann H. orvosi műszer- és orthopaediai gépek gyára ::

Budapest, VIII., József-körut 33. Telefon József 1-36

Hadból visszatért orvos urak igen előnyös árengedményben részesülnek. Csakis elsőrangu gyártmány. Javitások gyorsan és jutányos árban eszközöltetnek. — Pontos és gyors kiszolgálás.

Különleges szakma: Ujrendszerü művégtagok, orthopaediai gépek, haskötők stb.

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására:

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. Intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

Mintákkal és irodalommal az orvos urak részére szivesen szolgál:

Dr. EGGER LEO és EGGER J.

Gyógyszerészeti és vegyészeti czikkek gyára

BUDAPEST, VI., Révai-utcza 12. szám.

63. évfolyam. 12. szám. Budapest, 1919 márczius 23.

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.

EGYET. GYÓGYSZERTANI INTÉZET KÖNYVTÁRA

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Móczár László: Közlés a budapesti tud.-egyetem 3. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebély Tibor dr., ny. r. tanár) A verejtékmirigyekből kiinduló mirigyes rákról. 131. lap.

Acél Dezső és Tauber Vilmos: Közlemény a budapesti magy. tudományegyetem közegészségtani intézetéből. (Igazgató: id. Liebermann Leó dr., egyetemi ny. r. tanár.) Újabb adatok a vasuti kocsik féregtelenítéséhez. 133. lap.

Ujlaki Pál: Közlemény a 8. számú helyőrségi kórház belosztályáról. A háborus vesemegbetegedésekről. 135. lap.

Irodalom-szemle. *Lapszemle. Belorvostan. Wohlwill:* Új eljárás hysteriás anaesthesiák vizsgálatára. — *Gyermekorvostan. Heyman Paula:* A sinus longitudinalisnak Tobler szerint pungálása alkalmával bekövetkezett elvérzése. — *F. Hamburger:* A negativ tuberculin-próba gyakorlati értéke. 137—138. lap.

Magyar orvosi irodalom. 138. lap.

Vegyes hirek. 138. lap.

Tudományos Társulatok. 139. lap.

Melléklet. *Szemészet,* 1. szám. Szerkeszti: Grósz Emil egy. tanár.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti tud.-egyetem 3. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebély Tibor dr., ny. r. tanár.)

A verejtékmirigyekből kiinduló mirigyes rákról.

Irta: ***Móczár László*** dr.

A verejtékmirigyekből kiinduló daganatoknak, melyek úgy a kórbonczolástani vizsgálatok, mint a sebészi beavatkozások folyamán aránylag ritkán fordulnak elő, nemcsak mint kórfolyamatokat magyarázó eseteknek, hanem mint ritkaságoknak is nagyobb érdekességük van. Ha átlapozzuk *Ricker* és *Schwalb* „Die Geschwülste der Hautdrüsen" czímű könyvét, vagy *Klauber* dolgozatát a verejtékmirigydaganatokról, akár *Landstein*-nek, *Wolfheim*-nek hasonló tárgyú munkáit, akkor azt látjuk, hogy leszámítva e mirigyek egyszerű hyperplasiáit, cystomáit, igazi daganatok: adenomák vagy carcinomák csak csekély számmal fordulnak elő a jelenleg általánosan ismert irodalomban. E közlésemben csak újabb adatokat kivánok nyújtani ehhez a tárgyhoz, csak szaporítani azt a kis számot, melynek alapján egykor tisztázódni fognak a még homályos kérdések. Nem czélom a verejtékmirigydaganatoknak egy vagy más faját összefoglalni, ismertetni, a mit egész kimerítően megtettek az előbb említett szerzők. Mert felfogásokat változtatni, módosítani igen könnyű a tényeknek más és más nézőpontokból való beállításával, de problemákat megoldani, kórfolyamatokat magyarázni nem ily egyszerű. Ahhoz nem néhány eset észlelése, hanem az egész kérdésnek minden irányból való rendszeres átdolgozása, minden eddigi eredmény pontos ismerete és gondos mérlegelése szükséges. Már pedig a verejtékmirigy-daganatok kérdésén, mintegy részleten, végigvonul az egész daganat-problema, a melyet megoldani nem lehet néhány újabb eset ismertetésének feladata.

A klinikán vizsgált nagyszámú bőrdaganat közül kettő különös módon kiemelkedett, egyrészt ritkán látható alaki szerkezete, másrészt egymáshoz való nagy hasonlatossága miatt. E két körülmény hívta fel a figyelmet arra, hogy behatóbban foglalkozzam velük és keressem, vajjon minő összefüggésben állanak a bőr anatomiai képleteivel, honnan vették eredetüket, milyen összeköttetésben állanak egymással hasonló alaki szerkezetük alapján. E vizsgálódásban nagy segítségemre volt *Ricker* és *Schwalb* könyve, a melyben alkalmam volt hozzáférkőzni a bőrmirigydaganatokról szóló eddig megjelent publicatiók kritikai ismertetéséhez és az idevágó egész kiterjedt irodalomhoz. A különböző közleményekben a jelen daganatokkal teljesen egyező ismertetésekre nem találtam, csupán néhány hasonlatosságra, a mit részletesebben is ki fogok emelni a következők során. Igaz ugyan, hogy egyik-másik szerző véleménye szerint az ilyen typusú daganatok hovatartozása felette kétségesnek látszik, mégis gondos mérlegelés és alapos megfontolás után arra a meggyőződésre jutottam, hogy ezek ide és-sehova máshova nem tartoznak. Meggyőződésem bizonyságául a leíráson kivül a mikrophotogrammokat állítom az olvasó elé és ama gondolatmenetet vázolom, mely a valóság megállapítása közben vezetett.

A bőrmirigydaganatok legnagyobb része a jóindulatú, typusos tumorok közé tartozik. *Ricker* és *Schwalb* fentemlített munkájában háromszáz és egynehány czikket említ a német, franczia, angol, olasz és orosz irodalomból, melyek e kérdéssel foglalkoznak; e nagy szám mellett is alig 20—25 olyant találunk, mely rosszindulatú, atypusos daganatot írna le és ezek száma is megoszlik a verejték- és faggyumirigyek között. Ugy az itt található leírásokból, mint *Wolfheim* (Zur Kenntnis der malignen Schweissdrüsen-Tumoren) munkájából is az tünik ki, hogy e leírások egyikéből-másikából nem egészen határozottan állapítható meg e daganatok jellege és így számuk még továbbra is redukálódik. Ezért fölötte kivánatos, hogy az ilyen vizsgálat alá kerülő minden egyes daganat közöltessék, lehetőleg jó ábrákkal, melyek alapján azután a hasonló észlelt esetek összevetése keresztülvihető lesz.

I. eset. Idősebb asszony (50 életév körül) kereste fel klinikánka a feje tetején növekedő daganattal. A daganat jókora diónyi nagyságban emelkedik ki a fejtető közepén a hajzatból; felülete egyenetlen, hepe-hupás, sötét-vörös színű, helyenként szennyes-szürkés-zöld lepedékkel fedett. Hámboritéka nincs, mindenütt nedvedző, vérzékeny. Kimetszése és felvágása után kitünik, hogy két félből áll; egy kisebb mogyorónyi részletből, mely a bőr alatti kötőszövetben foglal helyet és majdnem a csonthártyáig terjed, s ennek folytatásaként egy nagyobb részletből, mely gomba módjára felfelé kiszélesedve emelkedik a bőr fölé. A hámot és az írhát ez a kiemelkedő részlet magával emeli annyira, hogy a daganat alsó részletét, mondjuk nyakát körösköril 1 cm. magasságban még hám borítja. Metszési lapja halvány szürkés, vörös szélén szélesebb sötétvörös szegéllyel. Belül is néhány sötét-vörös párhuzamosan haladó, fél millimeter széles csik látható. (1. ábra.) Állománya puha, egynemű, szerkezetnélküli, úgy hogy az első benyomás alapján sarkomának tetszik. A göb szélei élesen elkülöníthetők a környezettől, a mely felé élesen el van határolva. Benyomulás a környező szövetbe, elágazások nem látszanak.

Metszetein a daganat minden egyes látótere, ha nem is teljesen azonos, de lényegében mindenütt megegyező: kivétel nélkül kicsiny mirigyekből áll, valódi, vagy csak képzelt ürök körül, egyrétegű sejtelrendeződéssel. Olyan a kép, mint egy tisztán mirigyből álló szervé: csupa parenchyma, semmi stroma.

A parenchymás állomány annyira túlsúlyban van a kötőszövettel szemben, hogy durva vázat, fuchsinnal pirosra festődő nagyobb collagen rosthalmazokat csak itt-ott látunk. Nagyobb tömegben még a bőralatti és a bőrfeletti részlet határán található, a honnan néhány vastagabb sövény halad a mirigyek közé, csak nagy ritkán megvastagodva nagyobb

folttá, legnagyobbrészt azonban csakhamar eloszolva egész finom ágakra. A széli részeken, hol a daganat a bőr alatti kötőszövettel érintkezik, ennek kötőszöveti állománya tömörült, vastagabb, élénken festődik és egyes rostjai belépnek a daganatba, összefolynak annak collagen rostocskáival. Ezen vastagabb rostkötegek mentén találhatók az erek, melyek a finomabb rostokkal együtt hatolnak a mirigyek közé. Minden mirigycsövecske mellett, illetőleg körül finom hajszálrecze látható, oly sűrűn, mint az csak a belső secretiós mirigyekben található. Az erek fala egyetlen endothel sejtrétegből áll és közvetlenül összefekszik a mirigysejteket körülvevő finom hártyával. Jól látható ez a szerkezet ott, a hol az erek telve vannak vörös vérsejtekkel, a mely területek a metszési lapon szabad szemmel is észlelhető piros foltoknak és csikoknak felelnek meg. E vérbő részekben az erek körül a mirigyek között elhelyezve egyúttal sejthalmazok vannak, melyek élesen elütnek a parenchymás állománytól. E halmazok apró sejtekből állanak, melyeknek magva intensive festődik, s a protoplasmája nem látható, lymphocyták tehát. Másutt (egy-két helyen) nagyobb leukocytafelhalmozódás, mikroskopos tályogocskák láthatók, a felület kifekélyesedésének következményeként, ott, a hol a gyuladás a mirigycsövek közötti lazább térben a felszínről a mélybe terjedt. A daganat, mint a makroskopos leíráskor láttuk, legnagyobb részben hámboriték nélkül, csupaszon fekszik, és az a sötét szegély, mely a daganat szélén a metszéslapon található, 1—2—3 mm. szélességben vörös vérsejtekből és leukocytákból áll, a melyek savós-fibrines alapállományba ágyazottak. Aszerint, a mint helyenként több az erythro-, vagy a leukocyta, aszerint változik a felület vöröses vagy szürkés-zöldes színe. E réteg alatt egészen fiatal, frissen képződött fibroblastokból álló réteg következik, mely a mélység felé mindinkább rostos lesz, finom, halványan festődő collagen rostokkal az orsóalakú sejtek között. A legmélyebb rétegben, közvetlenül a daganat szövete felett végre vékony összefüggő collagen réteg fekszik tág erekkel. Ebben a rétegben azután már egészen izolált hámszigeteket találunk.

A daganatot alkotó parenchyma mirigycsövecskékből áll, melyek részben a környezet, részben és legfőképp fejlődési fokozatuk szerint változtatják alakjukat, a mely alaki változást mindenütt nyomon követi a sejtek alakjának módosulása.

A mirigycsövek formájában három főtypust különböztetünk meg, melyeket egymással a legkülönbözőbb átmeneti alakok kötnek össze. *a*) A daganat legnagyobb részét minden lumen nélküli, de azért többékevésbbé egy központ körül elhelyezett sejtekből álló, mirigyszerű képletek alkotják. A mirigyes jellegét e képleteknek az adja, hogy a kis számú sejt egy körben, vagy ehhez hasonló területen úgy van elhelyezve, hogy a szomszédság felé éles szegéllyel elhatároltnak, és ezáltal határozottan összetartozónak mutatkozik. A daganat szélein, ott, a hol a bőrből kiemelkedik, de egyebütt is mindenütt, a hol a daganatnak növekedési zónája van, így különösen a hám-gallér alatt ezen képletek még inkább elveszítik mirigyes jellegüket, vagy helyesebben még kevésbbé fejlődtek ki mirigyekké: ily helyeken az erek között 2—3 párhuzamos sejtsorból álló hámmeneteket alkotnak, melyek egyetlen sejtsorból álló kötegekké futnak ki, hogy azután végtére rendszertelenül elhelyezett, 2—3 izolált sejtből álló szigetekké oszoljanak fel, a melyek látszólagosan minden összefüggés nélkül feküsznek az alapszövetben. *b*) A mint beljebb és beljebb haladunk a daganatban a felszíntől a középpont felé, illetőleg a basis felé, annál kifejezettebb lesz a mirigyes jelleg. A sejtek elrendeződése mind szabályosabb lesz egy eleinte csak látszólagos lumen körül, olyannyira, hogy tágabb üregek jönnek létre, melyek körül helyeződnek el a sejtek. Itt-ott szinte cystás kitágulások támadnak, melyek egyikének falán bolyhos betüremkedés, papillaris képlet volt látható. Az ebbe a csoportba tartozó mirigyek ott, a hol harántul vannak metszve, mindenütt kerek, vagy legalább is kerekded alakúak, míg ott, a hol a metszés sikja a mirigyeket nem harántul, hanem hosszában találta, mindenütt hosszabb-rövidebb járatokat alkotnak (tubulusok). E csövek között összeköttetés, oldalelágazódás, vagy csavarulat nem található. Mindegyike különálló morphologiai egyedet képvisel. A lumenek, a sejtek közötti mirigyüregek nemcsak a harántul metszett részletekben, hanem a hosszában találtakon is ugyanolyan formában voltak találhatók, mint azt az előbb leírtuk. *c*) A sejtcsoportosulások harmadik fajtája nem a sejtek egymáshoz való viszonyának, hanem a sejtek mennyiségének megváltozása folytán jön létre. T. i. a sejtcsoportosulás 3—4 akkora helyet foglal el, mint a mirigyes képletekben, nem mirigy benyomását kelti, hanem inkább valamely hámfészekét, a hol minden rendszer nélkül fekszenek egymás mellett a hámsejtek.

Az egyes sejtek alakja, valamint azoknak alaki szerkezete, belső elrendeződése teljesen párhuzamosan változik a mirigyalakok előbb vázolt alakjával. Ezen párhuzamos változásnak oka abban keresendő, hogy a felszínen találjuk a legfiatalabb, míg a daganat belsejében az öregebb, a daganat alján, a hol az már a bőrben ül, a legidősebb sejteket. A sejtformák kialakulására nagy befolyással van a környezet is, t. i. annak nyomása, a mely az alakot nagyban módosítja. A daganat szélén nemcsak a legfiatalabb sejteket, a legkevésbbé kifejezett mirigyalakulásokat, hanem a leglazább környezetet, a legtágasabb térviszonyokat találjuk. Itt a sejtek majdnem kerekek, mint valami fiatal kerek kötőszöveti sejt. A mélyebb részekben, a hol a mirigyek sűrűn egymás mellett nagy tömegben vannak elhelyezve, ott a sejtek teljesen szabálytalanok, szinte polygonálisak; a hol tágabb, szabályos üregecske körül helyezkednek el, majdnem szabályos hengersejtek. Végül a hol minden rendszer nélkül nagyobb mezőkön helyezkednek el, ott puffadtak, teljesen szabálytalan alakúak, hol kisebbek, hol nagyobbak.

Ezen nagyságbeli eltéréssel együtt jár a protoplasma szerkezetének megváltozása. A sejtek protoplasma-állományának általános sajátossága, hogy finoman szemcsézett és hajlamot mutat a vacuolisatióra, s mindenütt jól festődik. Az egész fiatal sejtekben, a peripheriás részeken alig van protoplasma, míg a daganat közepe felé egyre szaporodik. A peripheriás részek keskeny protoplasmája sűrű, apró, finom szemcsékkel telt. A protoplasma szaporodásával a minőség is megváltozik: először is a protoplasma veszít sűrűségéből, a mi azon észlelhető, hogy nem festődik oly erősen, mint az előbbi helyeken, másodszor pedig apró kerekded üregecskék támadnak benne. Ezek az üregek mind nagyobb számmal jelentkeznek, megnagyobbodnak, összefolynak, végül sokkal nagyobb területet loglalnak el, mint maga a protoplasma, mely közöttük vékony hálózat alakjában marad csak meg. Ezen üregecskék, melyek a keményített anyagból készült metszetekben ily feltünőek, fagyasztott metszetekben zsírfestékkel nem voltak megfesthetők.

A sejtek *magvai* nagyon jellegzetesek és majdnem teljesen egyformák. Rendszerint ovalis alakúak, kivéve ott, ahol a sejtek összezsúfolása következtében laposra vagy hosszúkásra nyomattak. Színük a Van-Gieson-festéskor szürke, nem intenziv, kis nagyítással majdnem egynemű, csak erősebb nagyítással látjuk azt, hogy nagyon finom, jól festődő szemcsékből áll, melyek halványszürke alapanyagba vannak beágyazva. Magoszlási alakok nem találhatók.

A *mirigyürök* majdnem kivétel nélkül üresek. Sorozatos metszeteken is alig 2—3 lument találtunk, amelyben kevés, eosinnal rózsaszínűre festődő, homogen, alvadt serumra emlékeztető anyag volt. Még aránylag többször látható, hogy a lumenekben vér, vörös és fehér vérsejtek foglalnak helyet.

Ha a daganatnak *a környezethez való viszonyát* vizsgáljuk, akkor kis nagyítással a daganat a környezettel szemben a legélesebben elhatároltnak látszik. E látszatot fokozza és szinte megerősíti az a sajátosság, hogy a daganat széle körül megvastagodott, összenyomott kötőszövetet, collagen rostokat találunk. Erősebb nagyítással azonban ezen kötőszövetes gyűrű vagy határ egyes hézagaiba mindenütt sejtsorok nőnek be a daganatból, sőt egy helyütt elérik a felhámot és amellé kúsznak fel.

A daganat környékén találunk szőrtüszőket, továbbá sok faggyúmirigyet és kevés verejtékmirigyet. Ezeken a normalistól való eltérés egyáltalában nem tapasztalható. A bőr hámja a kifekélyesedett rész szélén hydropikus elfajulást mutat. A hám alatt a kifekélyesedésnek, a felületes genyes gyuladásnak megfelelően lobos beszűrődés található.

II. eset. M. P.-né 52 éves asszony. Egy év előtt operálták ugyanezen daganat miatt. Két hónap óta veszi észre, hogy daganata kiújult. Jelenleg az arcz jobb felén, a belső szemzug és az orrgyök között és innen lefelé terjedően, kis diónyi daganat emelkedik ki, mely felett a bőr elvékonyodott, de könnyen elmozdítható. Közepe táján lencsényi nyílás, melyen át a mélyből állandóan geny ürül. Az egész daganat az alapjáról eltolható, csonttal szorosan összekapaszkodva sehol sincs. Műtét közben kiderül, hogy a daganat két részből áll, melyek azonban nincsenek egymással összefüggésben. Egy nagyobb kisdiónyi részből, melybe a bőrön lévő nyílás vezet és egy kisebb mogyorónyi nyúlványból, mely az orrgyök és a szemzug között a mélybe terjed, az orr csonthártyájával lazán összetapadt, de az orr üregébe sehol sem tör be. A daganat a környezetből könnyen kiemelhető.

A daganat metszés apja egészen egynemű, velőfehér, állománya puha, törékeny. Benne nem látszik tagoltság, csupán a nagyobb csomó közepén van egy borsónyi, necrosisos fallal körülvett üreg, mely a bőrön lévő nyíláson át a felszínnel közlekedik.

Szövettani vizsgálat. A daganat minden részletében majdnem tiszta hámszövetből áll. A *kötőszövet* nemcsak alárendelt jelentőségű, hanem alig található, külön stroma és külön parenchyma nincs; a daganatos hámszövet szinte minden támaszték nélkül helyezkedik el. Egy-egy metszetben 1—2 vastagabb, pikro-fuchsinnal pirosra festődő, collagen rostokból álló köteg van, melyből csak egészen gyér elágazódás indul ki. Nagyobb kötőszövetes területek csak ott vannak, ahol a daganat proliferatiójával kerültek be a környezetből, de sem innen, sem pedig a szomszédságból behaladó és ott elágazódó gerendázat nincs. Külön kötőszövetes tok, burkolat a daganat szélén nem látható, a hám közvetlenül érintkezik a szomszédos szövetekkel. Elszórtan egy-egy tágabb erecskét találunk, de érrendszer, capillaris hálózat nem található egy metszetben sem.

A daganat tulajdonképpeni szövetét alkotó *hám* mindenütt hosszan húzódó csöveket (tubulusokat) alkot, melyek vagy egymással párhuzamosan haladó, hosszanti lefutású menetek, vagy kanyargósak, és így harántul metszve, nagyobb kerek üröket fognak körül. Ezen ürök rendszertelenül, inkább a szélső részeken jönnek létre és inkább kis cystákhoz, mint mirigyacinusokhoz hasonlítanak. Néhol szinte a mellékvese kéregállományára emlékeztető szerkezet áll előttünk: a mélyebb rétegekben a párhuzamos menetek (stratum tubulosum), a felület felé a kanyargós csövek (stratum contortum). E helyeken a sejtsorok kifelé mintegy szabadon fekszenek, úgy hogy a hámmenetek között keskeny rések, hézagok vannak; másutt viszont a menetek közvetlenül egymás mellé szorultak. E hámmeneteknek külön kötőszövetes vázuk nincs, sőt valami különálló membrana propriaszerű szegély sem ismerhető fel. A menetek szélén azonban sok helyütt találunk a sejtekhez jól odafekvő, orsóalakú sejteket, melyek néhol egymással lánczolatosan összefüggve kisérik az egyes tubulusokat. Ez tulajdonképpen az egész kötőszövetes váz, ami a daganat belsejében felismerhető, de ez sem teljesen rendszeres.

A hámmenetek rendszerint több sejtrétegből állanak, melyek nem annyira egymás mellé helyezve, mint inkább egymás fölé préselve fekszenek. Ritkább helyek azok, ahol a gerendák akár csak egy sejtrétegből állanak, akár 4—5 vagy több sejtből vannak összetéve.

A *sejtek* a legösszezsúfoltabb helyeken is iparkodnak valami szabályos, hosszúkás, hengerded alakot felvenni; az alacsony köbsejtektől a magas hengerhámig minden átmenet képviselve van. Amilyen az eltérés az alakban, olyan az eltérés a sejtek nagyságában is. Tudniillik, ahol a sejtek 4—5-szörös sorban fekszenek, ott a sejtek inkább köbalakúak s kicsinyek, ahol gyérebb a sejtszám, ott inkább hosszúra nyúlt és nagyobb az alakjuk. A két véglet között a különbség csak annyi, hogy a nagy sejtek sem nagyobbak a kicsinyek kétszeresénél. Az általános alaktól elütő nagyobb eltérések nincsenek, nagyobbfokú szabálytalanságok, atypusos formák nem találhatók, legfeljebb itt-ott egy-egy nagyobb, nem hengerded, hanem inkább kerek sejt.

A sejteknek aránylag kevés protoplasmájuk van, annyira, hogy kisebb nagyítás mellett csak a sűrűn egymás mellett lévő sejtmagvak látszanak. Oly helyen, ahol a sejtek sűrűn, 4—5 rétegben vannak összezsúfolva, ott erősebb nagyítással is alig látható protoplasma, csupán ott, ahol vagy egyetlen egy sejtsor van egy-egy hámgerendában, ahol tehát nagyobbak is a sejtek, vagy a többrétegű gerendák szélén látszik a protoplasma. Ezeken a széleken a protoplasma valamivel tömörültebb, úgy hogy az első pillanatban membrana propriaszerű képződménynek látszik. A protoplasma compact, jól festődő, valami különleges structura, akár szemcsézettség, akár fibrillaris szerkezet rajta nem ismerhető fel. Sem pikrinsavval, sem eosinnal erősebben nem festhető, inkább basophil, mint oxyphil.

A *magvak* legnagyobbrészt hosszúkásak, ovalis alakúak, csak az egészen kis sejtben és a néhány köralakú sejtben kerek. Haematoxylinnel halványkékesen festődnek és ezen alapanyagban a finom chromatin-szemcsék elég szabályosan helyeződnek el. Pathologiás magformák, többmagvú sejtek sehol sincsenek. Minden magban megtalálható a nucleolus. Magoszlást helylyel-közzel találni, de nem nagy számmal. Degeneratiós jelenségek sem a protoplasmán, sem pedig a magvakon nem fedezhetők fel.

Ott, ahol a sejtgerendák kisebb *üregeket* vesznek körül, ezekben váladékra emlékeztető anyag nincsen, hanem a sejtek protoplasmaszegélye mentén kevés csipkézett szélű, finoman szemcsézett anyag helyezkedik el, mely a protoplasmával egyenlően festődik. A csipkézett szélből finom nyúlványok indulnak ki, melyek az egész lument behálózzák, anélkül, hogy megfestődnének. Némely üregecskében egy-egy levált hámsejt, több-kevesebb vörös vérsejt található.

A daganatnak ettől a szövettani képétől csak 2—3 helyen látható némi eltérés, de az is mindössze néhány látótérre szorítkozik. Ezeken a helyeken kisebbek a daganatsejtek, eltűnik a kifejezett mirigyszerű szerkezet és látszólag megszaporodott az orsósejtes stroma, a daganatsejtek mintegy össze vannak keveredve a kötőszövetes gerendák sejtjeivel. A daganatsejtekben vacuolás elfajulás keletkezik, mely elfoglalja a sejt protoplasmájának egész terjedelmét, akárcsak a zsírcsepp a zsírsejtben, úgy hogy első pillanatra apró üregecskéknek tűnnek fel a sejtsorokban. Az elhalás folytán létrejött kifekélyesedett terület a rendes ilyennemű kóros folyamattól semmi lényeges eltérést nem mutat. A daganatszövet annak szélrészein igen könnyen és élesen elkülöníthető környezetétől, noha semmi néven nevezendő tokja nincs. A kötőszöveti rostok közé, valamint az izomnyalábokba a daganat sohol sem bocsát nyúlványokat, ú. n. infiltratiós növekedést a szélrészeken nem lehet észlelni. A növekedés tehát expansiv jellegű, de a szaporodás nem a centrumban, hanem a környéken történik, aminek megfelelően valóban több magoszlást, alacsony egyrétegű hámsorokból álló gerendákat találunk a daganat felszínén. Ezeknek a peripheriás rétegeknek lassan történő szaporodása a környező szövetelemeket szétnyomja. A daganat mellett található zóna nem tok, mert rostjai fokozatosan lazábbá és lazábbá válva mennek át a bőralatti kötőszövet rostozatába. A collagen rostok megvastagodása és tömörülése a daganat állandó, lassan fokozódó centrifugalis nyomásának a következménye.

Ha már most azt vizsgáljuk, hogy a felsorolt tényekből a két daganat minőségét és eredetét illetőleg miféle megállapításokat vonhatunk le, akkor az erre vonatkozó gondolatmenet egész röviden a következőkben foglalható össze.

Mindkét esetben minden kétséget kizárólag megállapítható az a valóság, hogy a daganatok a bőralatti kötőszövetben foglalnak helyet, s nemcsak ott vannak, de onnan is indultak fejlődésnek, mivel úgy a klinikai vizsgálat, melylyel kizárható volt, hogy a szervezet más részéről odasodort szövetrészekről lehetett volna szó, mint a histologiai vizsgálat, mely megállapítja, hogy a szerkezeti különbség e daganatok és más szervek között oly nagy, hogy azokkal rokonságba nem hozhatók, bizonyítja, hogy e daganatok ott, a helyszínén képződtek.

A bőralatti kötőszövetben fekvő és onnan kiinduló, hámból álló daganat lehet: *a*) fedőhám; *b*) fagygyúmirigy; *c*) verejtékmirigy-képződmény.

a) Az epidermisnek basalis sejtrétegéből indulnak ki (*Krompecher*) oly daganatok, melyek helyenként egészen mirigycsöves szerkezetet mutatnak, de sohasem alkotnak oly szerkezeti elrendeződést, hogy az egész állomány igazi mirigyre emlékeztetne. *b*) A fagygyúmirigyek neoplasmái majdnem kivétel nélkül kötőszövet septumokkal elválasztott, nagyobb, tömött hámsejtszigetekből állanak, melyekben rendszerint található fagygyúképződés, de valódi mirigycsövek nem jönnek létre bennük soha. *c*) A verejtékmirigyek adenomái és adeno-carcinomái mindenkor tisztán mirigycsövekből, vagy mirigycsövek és ugyanolyan mirigysejtekből álló hámmenetek keverékéből állanak.

Ezek szerint tehát mind a két daganat, mint a bőralatti kötőszövetben fejlődő mirigydaganat, legközelebb az utolsó csoporthoz, a verejtékmirigy-daganatokhoz áll, mivel bennük sem a kifejezett mirigycsöves, vagy mirigyszerű szerkezettől, sem a mirigysejtek alakjától sehol eltérés nincs, továbbá oly közvetlen szövetösszefüggéseket, melyek főként a basalsejtű tumoroknál a hámmal, a fagygyúmirigy-daganatoknál a hámmal, vagy más fagygyúmirigy kivezető csatornákkal fennállanak, sehol sem találunk, még oly helyeken sem, ahol a daganat a hámmal közvetlenül érintkezik. Itt sem összefüggés, sem pedig átmenet sehol sincs, hanem igen éles elkülönülés.

(Vége következik.)

Közlemény a budapesti magy. tudományegyetem közegészségtani intézetéből. (Igazgató: id. Liebermann Leó dr., egyetemi ny. r. tanár.)

Ujabb adatok a vasuti kocsik féregtelenítéséhez.

Irta: ***Acél Dezső*** dr., az egyetemi közegészségtani intézet tanársegéde és ***Tauber Vilmos***, máv. főmérnök.

A hosszú ideig tartott háború, a vasuti kocsiknak nagyfokú kihasználása és ennek következtében a kocsik tisztogatására rendelkezésre álló kevés idő, mely megakadályozott minden nagyobbszabásu javítást és pótlást és a nagymérvű anyaghiány, valamint a számban is megapadt munkaerő, magával hozta azt a helyzetet, hogy a vasuti személykocsik legnagyobb része jelenlegi állapotában annyira piszkos és oly férges (főleg poloskás), hogy az utazó közönségnek nemcsak kényelmét, hanem egészségét is komolyan veszélyezteti. A kocsiknak elférgesedését ezenkivül főleg az a körülmény segítette elő nagymértékben, hogy a poloskairtásra a vasutaktól addig használt szénkéneg már huzamosabb idő óta nem volt beszerezhető, mert a hadvezetőség azt saját céljaira lefoglalta.

A nálunk használatos szénkénegezési eljáráson kivül a vasuti kocsiknak nagyban való fertőtlenítésére és féregtelenítésére külföldön (főleg Németországban) a formaldehyd-vacuum-eljárást alkalmazzák. A vasuti kocsiknak ily módon való fertőtlenítésére nagy készüléket építettek, a mely 15 széles öntött vasgyűrűből összeépített henger, melynek belső űrtartalma körülbelül 500 m^3, külső felületén pedig hőszigeteléssel van ellátva. A vasuti kocsikat ezen készülékbe tolják be, a szerkezetet fedelével légmentesen elzárják, belsejét gőzfűtés segélyével felfűtik 55° C-ra, bizonyos mértékig evakuálják, majd a megfelelő formaldehyd-vízgőz-keveréket elosztó csőrendszer segélyével bevezetik.

*Heinze** vizsgálatai szerint ezen készülékben 5 kg. formalin alkalmazása mellett 6 óra alatt elpusztultak a matraczokba és párnákba dugott lépfene-bacillusok spórái és a poloskák. 3 óráig tartó desinficiálásnál úgy a lépfene-bacillusok, mint a poloskák életben maradtak.

Minthogy sem szénkéneg, sem az imént említett gépberendezés nem állott rendelkezésünkre, oly eljárást kerestünk, melynek segélyével a vasuti személykocsik féregtelenítése gyorsan, megbízhatóan, olcsón és a helyi viszonyoktól lehetőleg függetlenül végezhető. Az eddig ismert, de a vasuti kocsiknál nem alkalmazott, részben csak laboratoriumban kipróbált módszerek közül a cyanhydrogenes, benzolos és naftalinos eljárások jöhettek szóba.

* Idézve *Grassberger* nyomán: „Die Desinfektion." 1913, 218. oldal.

Táblázat.

A kisérletben szerepel az Ah 263. számú vasuti kocsi (58·73 m³). A kisérlet tartama: 26 óra. A külső hőmérséklet: 19·6° C. A belső hőmérséklet: 53·0° C.

A hüvely száma	A hüvelyben elhelyezett poloskák száma	A hüvelyek elhelyeztettek	A kisérlet eredménye			
			befejezése után rögtön**	1 nap mulva	4 nap mulva	8 nap mulva
1	3	1. fülke, kartámasztó mögött	2 megsérült 1 mozdulatlan	lelet ugyanaz, mint a kisérlet befejezése után rögtön	lelet ugyanaz, mint a kisérlet befejezése után rögtön	lelet ugyanaz, mint a kisérlet befejezése után rögtön
2	3	„ „ párna alatt	3 mozdulatlan			
3	2	„ „ paszomány alatt	2 „			
4	3	„ „ ülésen szabadon	3 „			
5	3	„ „ hátán diszlécz mögött	3 „			
6	3	2. fülke, üléspárna alatt*	3 „			
7	2	„ „ tolóajtó diszlécze felett	2 „			
8	2	„ „ külső ablakpárkányon szabadon	2 „			
9	3	3. fülke, üléspárna alatt	3 „			
10	2	„ „ ajtódiszlécz felett	2 „			
11	3	„ „ hátán paszomány alatt	2 „ 1 megsérült			
12	3	4. fülke, hátán paszomány alatt	3 mozdulatlan			
13	2	„ „ üléspárna alatt	2 „			
14	3	„ „ ablakpárkányon szabadon	3 „			
15	3	„ „ ajtódiszlécz felett	3 „			
16	3	„ „ bal laterna-sarokban	3 „			
17						
18	4	folyosón üléspárnában	4 „			
19	2	„ szabadon ablak mellett	2 „			

* A 2. fülkében a két kartámasztó mögött nyüzsögnek a poloskák.

** A 2. fülkében a kartámasztók mögött elpusztult poloskák, a folyosókon, fülkékben tömegesen fekszenek az elpusztult poloskák. Szárazak, törékenyek.

A cyanhydrogenes eljárást egyrészt a kalium- és natriumcyanidnak jelenlegi magas beszerzési ára miatt, másrészt a forgalomban lévő kalium-, illetve natriumcyanidnak korlátolt mennyisége miatt egyelőre mellőztük.

A benzolos módszert annak tűz- és robbanási veszélye miatt nem vehettük figyelembe. A naphtalinnal való fertőtlenítést, illetve féregirtást *Baumgarten* („Über ein neues Entseuchungs- und Entlausungsverfahren. Münchener med. Wochenschrift, 1917, 13. szám) ajánlotta először. *Baumgarten* egy 0·1 m³ ürtartalmú szárító-szekrényben végezte a fertőtlenítést. A szárító-szekrény belsejét 40° C-ra melegítette és egy-egy fertőtlenítésre 200 gr. naphtalint használt el. Ekkor azt látta, hogy a tetűk elölése 15—20 percz alatt sikerült. Ez a naphtalin-mennyiség egy vasuti kocsi ürtartalmára átszámítva nagyon soknak tűnt fel (például 100 m³-es vasuti kocsira 200 kg. kellett volna), ezért czélszerűnek láttuk meghatározni azt a naphtalinmennyiséget, amelylyel még hatást lehet elérni. Kisérleteinkben kiindulásul egy 2 literes lombikot vettünk, amelynek aljára 0·05 gr. naphtalint tettünk. A lombikba felfüggesztettünk egy szűrőpapirzacskót, melybe poloskákat helyeztünk, a lombikot parafadugóval jól elzártuk.

A parafadugón keresztül hőmérő nyúlt a lombikba a belső hőmérsék mérésére. A lombik melegítése vízfürdővel történt, melybe a lombik nyakig lett szorítva. Mindegyik kisérletben az adagolt 0·05 gr. naphtalin teljesen elpárolgott. Kisérleteink azt mutatták, hogy 2 liter ürtartalomra 0·05 gr. naphtalint számítva, 40° Celsius mellett a poloskák 2 óra lefolyása alatt biztosan elpusztulnak.

Ezen előkisérlet után áttértünk a vasuti kocsikban végzett kisérletekre.

A kisérleteket két vasuti kocsiban végeztük, az egyik (Ah 263) összes levegőköbtartalma kb. 58 m³, a másik (Aah 100519) összes levegőköbtartalma kb. 106 m³. A kisérletek alkalmával csak a kocsik 4 ajtajának alsó része és a padlónak a vészfékvonórudakat áteresztő nyilásai lettek dextrines papircsikkal elzárva. Az ablakok, laternák, szellőzőtárcsák egyszerűen be lettek csukva, a szénkéneg- és formaldehyd-eljárásnál szükséges ragacsolások elmaradtak. Az Aah-kocsi egyik oldalablakából egy darab, kb. 2dm² nagyságban ki volt törve, ezen nyilás dextrines papirral lett beragasztva.

A kisérletre a legkülönbözőbb korú poloskákat és poloskapetéket használtuk fel. Tetűket és tetűpetéket a kisérlet alkalmával nem használtunk, mert a tetűk és petéik ellenállóképessége a poloskáénál sokkal kisebb, és így a poloskákkal elért eredmények a tetűkre is teljes biztossággal érvényesek.

A kisérletek alkalmával a poloskák csoportokban (2—4 darabonkint) a gyógyszertárakban használatos papirporhüvelyekbe lettek zárva, és a vasuti kocsik legkülönbözőbb helyein (l. táblázat) elhelyezve. A kisérlet után a poloskákat azonnal kivettük a papirhüvelyből és egyenkint megvizsgáltuk, azután hosszabb megfigyelés czéljából (l. táblázat) nyitott lapos üvegcsészékben helyeztük el.

A vasuti kocsikban a kisérlet tartama alatt uralkodó hőmérséklet az ablakok előtt elhelyezett maximalis és rendes hőmérőkön lett időnkint leolvasva.

Az első kisérletet augusztus 21.-én az Ah 263. számú kocsiban végeztük. A laboratoriumi kisérlet alkalmával megállapított naphtalin-mennyiségnél valamivel többet vettünk, 1 m³-re 35 gr.-ot, az egész kocsira (58 m³-re) 2 kg.-ot. A kisérlet kezdete délután 1 órakor, vége másnap délután 3 órakor. (Időtartam: 26 óra.) Az éj folyamán az egyik fülkeablak lezuhant, reggel 9 órakor ujból fel lett húzva. A kisérlet alatt a vasuti kocsi belső maximalis hőmérséke 53° C volt. A külső hőmérsék 19·6° C.

A 2 kg. naphtalint lapos bádogtálczákon a folyosón és fülkékben egyenletes elosztásban a fűtőtestek közelében helyeztük el. A kisérlet végén a bádogtálczákon visszamaradt naphtalin 1·26 kg. volt. Tehát a kisérlet tartama alatt összesen 740 gr. fogyott el. A poloskák elhelyezése és a kisérlet eredménye a táblázaton látható.

Látjuk tehát, hogy a kisérletben szerepelt összes poloskák elpusztultak. A feltűnően kevés naphtalin fogyasztása mellett elért jó eredmény szükségessé tett egy ellenőrzőkisérletet annak eldöntésére, vajjon a kedvező eredmény nem főleg a hő hatásának köszönhető-e.

E kisérletet az Aah 100519. számú kocsiban végeztük. A kisérlet kezdete délután 1 órakor, vége másnap délután 2 órakor (időtartam 25 óra). Az átlagos belső hőmérsék 56° C volt. A külső hőmérsék: 26·3° C.

A poloskák elhelyezése hasonló volt az előzőhöz.

Az eredmény azt mutatta, *hogy a kisérletben szerepelt körülmények között az 56° C meleg levegő egyedül is elegendő a poloskák elpusztitására.*

A továbbiakban kisérleteket végeztünk annak eldöntésére, hogy mennyi az a legrövidebb idő és az a legala-

csonyabb hőfok, a mely mellett a poloskák biztosan elpusztulnak.[1]

E kisérletek eredménye azt mutatja, hogy 50° C mellett 12 órai időtartam, 55° C mellett 7 órai időtartam az a maximalis idő, mely idő alatt a poloskák biztosan elpusztulnak.

A kisérletek gyakorlati értékének megállapítására a következőkben összehasonlítást teszünk az eddigi legáltalánosabban használt féregtelenítő eljárások között.

A szénkéneg-eljárásnál a mai bérviszonyok és a szénkénegnek mai kilogrammonként 35 K ára mellett egy vasuti kocsi féregtelenítése 126·46 K.-ba kerül. A fertőtlenítendő kocsit legalább 60 órára kell kivonni a forgalomból.

A kocsi butorzata a féregtelenítés után huzamosabb ideig átható, kellemetlen szaggal bir.

A szénkénegezési eljárás gyakorolt személyzetet és tűzveszélyes volta miatt bizonyos óvrendszabályok betartását igényli.

A kocsik a szénkénegezés tartamára oly helyen tartandók, hol a forgalomtól teljesen el vannak szigetelve.

A vasuti személykocsiknak a formaldehyd-vacuum eljárással féregtelenítéséhez szükséges berendezés az 1910. évben 70.000 márkába került. *Heinze* 1910. évi kisérletek alapján végzett számításai szerint egy személykocsi fertőtlenítése a berendezés amortisatiójával együtt 45 márkába került.

A kocsik belsejében levő kellemetlen formalin szagot el kell tüntetni, a mi ammoniakkal végezhető.

Egy kocsi fertőtlenítése, a mai anyagi és bérviszonyokat véve alapul, törlesztéssel együtt kb. 120 K.-ba kerül.

A kocsikat a fertőtlenítés miatt legalább 24 órára ki kell vonni a forgalomból.

A formaldehyd-vacuum eljárásnál a vasuti kocsik féregtelenítése csak a gépberendezés felállítási helyén végezhető és ezért a más helyen elférgesedett kocsikat féregtelenítés végett e helyre kell szállítani.

A kisérleteink alapján megismertetett „meleg levegő"-eljárással a vasuti kocsik féregirtása a lehető legegyszerűbb módon, leggyorsabban és legolcsóbban végezhető.

A féregtelenítendő kocsik egy mellékvágányra lesznek állítva, az ajtók, ablakok, szellőztető nyilások becsukva, esetleg nagyobb hézagok dextrines papircsíkkal leragasztva. A kocsik gőzfűtési vezetéke egymás között össze lesz kapcsolva és egy gőzforrással (előfűtőtelep vagy mozdony gőzvezetékével) összekötve. A kocsikat azután úgy kell fűteni, hogy belsejükben legalább 6 órán át 55° C hőmérsék legyen. A 6 óra elteltével a kocsik kinyithatók és azonnal forgalomba hozhatók.

A féregtelenítendő kocsikat legfeljebb 8 órára kell kivonni a forgalomból, úgy, hogy például egy reggel érkezett elférgesedett szerelvény aznap este ismét üzembe helyezhető.

Egy kocsi féregtelenítési költsége minimalis bér és anyag számításával kb. 8 K. A féregtelenítő eljárás teljesen biztos eredménynyel alkalmazható.

A „meleg levegő"-eljárás előnyei az eddigi eljárásokkal szemben tehát az, *hogy vele a vasuti kocsik féregirtását sokkal gyorsabban és sokkal olcsóbban, teljesen veszélytelenül és bárhol lehet végezni, s hogy ez eljárás használatakor a kocsik bútorzata semmiféle károsodást sem szenved.*

Közlemény a 8. számu helyőrségi kórház belosztályáról.

A háborus vesemegbetegedésekről.

Irta: *Ujlaki Pál* dr., tartalékos főorvos.

A halmozott háborús megbetegedések között az acut fertőzőbetegségek után a vesegyuladás foglalja el az első helyet. Az infectio, az epidemia a mozgó harcz betegsége. Azok a tényezők azonban, a melyek észrevétlenül ugyan, de folytonosan irritálják a szervezetet és a végén a kiválasztó szervek kóros elváltozására vezetnek, inkább az álló harcz és a vele járó kevésbé hygienés élet következményei.

[1] A szerkesztőség felkérésére e kisérletek részletes adatait tartalmazó táblázatokat papirhiány miatt mellőzni kellett.

Sajnos, nem állanak rendelkezésemre statisztikai adatok, de azt hiszem, hogy az eddigi háborúk közül egy sem mutat fel oly magas vesemegbetegedési százalékot, mint a mostani. Az okot nemcsak a frontélettel járó strapákban és a sokszor egyoldalú táplálkozásban kell keresnünk, hanem a „gutta cavat lapidem" elvből kiindulva, a jelentéktelennek látszó, de folytonosan ható irritáló tényezők közreműködésében is. Ezek játszszák talán a legfontosabb szerepet. Hisz a normalis időkben megfigyelt vesebajokban sem találkozunk egy kimondott aetiologiai momentummal, leszámítva persze a postinfectiosus alakokat.

A vese mint kiválasztó szerv az összes szervek között talán a legexponáltabb, mert hiszen az egész rendszer a glomerulustól kezdve a pelvisig nem passiv szürő, hanem többé-kevésbé specifikusan működő sejtcsoportok lánczolata és ezért bármely insultus, mely az organismust éri, végeredményben a vesét is megtámadja. Circulus vitiosusról beszélhetünk: az egyik oldalon a specifikus veseelemek működésének zavara, létrehozva valami exogen, folytonosan ható tényező által, a másik oldalon azok az anyagcsere-elváltozások, a melyek a hiányos kiválasztás folytán jönnek létre. Az aetiologiai kutatás tárgya tehát ezeknek a folytonosan ható tényezőknek a kiderítése, a mi nem oly egyszerü, mert hiszen a front-katonára nagyon sok ártalmas tényező hat, a melyek közül a specifikus nephritis-tényezőket nehéz kiválasztani. Ez a magyarázata annak, hogy a háborús orvosi irodalom tele van nephritis-aetiologiákkal. Ezek nagyjából két csoportra oszthatók: toxikus és rheumatikus aetiologiára.

Az első csoportba azok az esetek sorozhatók, a melyek acut fertőzés után jelentkeznek, vagy pedig a melyekben aetiologiai momentumként gyakran találkozunk bélzavarokkal, kóros felszivódással. Észrevétlenül lefolyt typhus és paratyphus, a mely a beteg anamnesiséből csak halvány körvonalakban bontakozik ki és amelyet a beteg rendesen jelentéktelen hasmenésnek tüntet fel, nagyon gyakran található. Acut vagy pedig chronikus, gyakran exacerbáló tonsillitisek állitólag gyakran fordulnak elő a betegek anamnesisében, kórleletében. *Guggenheimer* eseteinek 7·8 százalékában találkozott mandula-elváltozásokkal és anginával. (Zur Behandlung der akuten Nierenentzündung. Zeitschrift für physik. und diaetet. Therapie, Band 21, Heft 11—12.) *Goldscheider* eseteinek $^1/_3$ részében talált ugyanilyen elváltozásokat. (Erfahrungen über Feldnephritis. Ugyanott.) A mi beteganyagunkban angina vagy tonsillitis alig fordult elő és a betegek anamnesisében sem találkoztam különösen gyakran nyelési fájdalmakkal. Mint intercurrens megbetegedést azonban többször észleltem tonsillitist, amely azután láthatólag rosszabbitotta az általános állapotot. Hogy ezekben az esetekben a vesékbe jutott mikroorganismusok, vagy pedig ezek anyagcseretermékei a kórokozók, még nincs eldöntve. Valószinü azonban, hogy a toxinok játszszák a főszerepet, mert ellenkező esetben gyakrabban kellene találkoznunk a nephritis apostematosa disseminata kórképével. Egyes szerzők (*Scheidemantel, Biedl-Kraus, Rolly, Lütke*) vizsgálatai kimutatták ugyan a bakteriumok jelenlétét, sőt *Miller* Weil-betegségben meghalt egyének vese-interstitiumában és a csatornácskákban kimutatta az Uhlenhut-Frommeféle spirochaeta icterogenes jelenlétét. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1917, 49. szám.) *Klein-Pulay* bakterium colit mutatott ki a vizeletben, ezekben az esetekben azonban egy urinogen (ascendáló) cysto-pyelitisről volt szó. *Jungmann* egy külön nephritis-bakteriumot sejt és a háborus nephritist mint külön fertőző betegséget fogja fel. Véleményét megerősiteni látszanak *Goldscheider* bonczolásai, aki többször talált nephritisben elhalt katonákban megnagyobbodott lépet, klinikailag pedig herpes labialist anélkül, hogy az infectiók közül valamelyik szóba jöhetett volna. A megbetegedés előfordulásának typusa (helyhezkötöttség, egyes századok feltünő nagy nephritis-százaléka, mig ugyanazon zászlóalj többi századában alig fordult elő megbetegedés) is külön infectiót gyanittat. *Scheidemantel* rendszeresen foglalkozott vesemegbetegedésekben a vizelet bakteriologiájával. Véleménye szerint vannak a mikroorganismusok között glomerulotrop és tubulotrop alakok, azaz

a postanginás és postscarlatinás vesemegbetegedések különösen a glomerolus-alteratio typusát mutatnák, mig a diphtheria és különösen a lues nyomában jelentkező albuminuria a tubuli contorti degeneratiójára vezethető vissza. Másrészt azonban előfordul bakteriuria veseelváltozás, albuminuria nélkül is, amint ezt a bakteriumkiválasztók (Dauerausscheider) és a bakteriumhordozók (Bazillenträger) esetei mutatják és különösen *Biedl-Kraus* kisérletei, akik typhus-tenyészet intravenás befecskendezése után rövid idővel az ureter-katheterrel vett vizeletből typhusbacillust tudtak kitenyészteni, anélkül, hogy az állatok veséje kóros elváltozást mutatott volna. Viszont ujabban *Schmitz* is közölt egy esetet, ahol hernyó urticaria után súlyos nephritis fejlődött (Münch. med. Wochenschrift, 1917, 48. sz.) és sikerült a staphylococcus aureusból egy endotoxint, a leukocidint nyerni, amelynek befecskendezése után többek közt súlyos nephritis kórképét kapjuk. *Erdélyi* szerint malariánál is előfordul a haemorrhagiás nephritis, nem mint complicatio, hanem, amint ő ex iuvantibus következteti, directe a plasmodiummal összefüggő kórkép gyanánt. (Med. Klinik, 1917, 13. szám.) Természetes, hogy az elmondottak csupán a descendáló vagyis haematogen vesemegbetegedésekre vonatkoznak, mert hiszen a hólyagból vagy a vesemedenczéből ascendáló alakokban könnyen érthető a bakteriumok szerepe.

A frontkatonának, mint fentebb mondottuk, bőven van alkalma toxinokat felvennie akár a bél tractusán keresztül kóros bomlásnál, akár pedig az elégtelen bőrápolás folytán fejlődő különféle pyogen bőrelváltozások révén. (Egyik esetünkben egy a nephritis folyamán fejlődött carbunculus jelentékenyen súlyosbitotta a kórképet.) Ehhez járulnak még nézetem szerint a rendetlen vagy egyoldalu táplálkozásból eredő chemiai agensek és talán a konzervekben foglalt konzerváló anyagok irritáló hatása is (benzoë-, salicylsav).

Még egy tényezőről kell megemlékeznünk, habár ennek a szerepe erősen hypothetikus, tudniillik a specifikus vesetoxinokról.

A serologiában már régen ismeretes a cytotoxinok jelenléte a praeparált, illetve homolog sejtekkel immunizált állatok serumában. Ilyenekről tesznek említést *Dungern* (epitheliotoxin), *Metschnikoff* (spermatotoxin), *Delesen* (hepatotoxin), *Lindemann* (nephrotoxin) stb. Amig azonban nekik csak különféle fajokkal vagy legfeljebb ugyanazon faj különböző egyéneivel szemben sikerült az immunizálás, addig *Lesli* kimutatta a spermatotoxin jelenlétét oly egér serumában is, a melynek a spermáját használta antigennek; sőt a spermatotoxinnal kezelt állatokon sikerült sterilitást is elérnie. *Lindemann* viszont nyúlvese-emulsióval kezelt tengeri malacz serumában oly toxint észlelt, mely nyulba fecskendezve albuminuriát, uraemiás tüneteket hozott létre, a bonczolás pedig a vesék kanyarulatos csatornáinak elfajulását mutatta. A fenti két észlelet alapján talán fel lehetne tételezni, hogy a vesemegbetegedésekben is hasonló szerepet játszanak bizonyos antigenek, amelyek a vese-elemek primaer szétesése után fejthetnek ki antitoxin (nephrotoxin) hatásokat. Természetesen ezzel a primaer ok még nem volna megmagyarázva, csupán egyes vesemegbetegedések idősült kryptogen formáira lenne némileg rávilágítva. A serologia feladata lenne azután ezeknek a nephrotoxinoknak kisérleti kimutatása.

Az aetiologiát kutató szerzők másik csoportja a szervezet áthülésére fekteti a fősúlyt, illetve a vasomotoros keringési zavarokra és a velük járó hosszabb-rövidebb ideig tartó veseischaemiára illetve hyperaemiára (*Cohnheim*, *Roy*, *Strasser*). *Siegel* állatkisérletei bizonyitani is látszanak ezt a nézetet. A betegek anamnesisében is gyakran található erősebb átázás mint kiváltó tényező, azonkivül az a körülmény, hogy hosszabb ideig voltak kénytelenek nedves földön feküdni. Ehhez járul nézetem szerint még talán az is, hogy a legelső vonalban lévőknek gyakran kell hosszabb ideig hason feküdniök, kissé felemelt felsőtesttel, amiáltal bizonyos foku lordosis jön létre. *Jehle* vizsgálataiból pedig tudjuk, hogy a lordosis és a vele járó keringési zavarok fontos szerepet játszanak az orthotikus albuminuriában és valószinüleg általában a vese élettanában is, úgy, hogy az áthüléssel járó vasomotoros zavarok és a lordosis okozta elégtelen circulatio összegeződhetnek és annyira leszállíthatják a veseelemek ellentálló képességét, hogy még a normalis anyagcsere-termékek kiválasztása is toxinhatásként szerepel. Ugyanezt a nézetet másként fejezi ki *Neisser* és *Heimann* (Warschauer Tagung des deutschen Kongresses für innere Medizin, 1916), akik szerint az áthülés valami praenephritises állapotot hozna létre, amely állapotban a szervezet hajlamosabb az esetleges specifikus nephritis-infectióra. Ezek az esetek tartoznának a genuin vagy kryptogen vesemegbetegedések csoportjába.

Természetes, hogy az áthülés csak mint disponáló momentum szerepelhet, épp úgy, mint ahogy senki sem fogja manapság a pneumoniára ráfogni, hogy az tisztán rheumás megbetegedés. Igen helyesen jegyzi meg *Strauss*, hogy ha az áthülés mint egyedüli tényező szerepelne, akkor összehasonlithatatlanul nagyobbnak kellene lennie a vesemegbetegedések százalékának. Teljesen ignorálni azonban nem lehet az átázást, mert hogy szerepe van a megbetegedésben, azt az is bizonyítani látszik, hogy a vesebetegek még a gyógyulás szakában is nagyon érzékenyek a hőmérséklet-változással szemben, azaz a vasomotoros rendszerük még labilis. A vasomotoros rendszernek ez a labilitása rávezet benünket a constitutio kérdésére.

A constitutio, az asthenia mind nagyobb szerephez jut a pathologiában. Különösen a nem egészen tisztázott megbetegedésekben. Igy érthető, hogy a kórboncztani elváltozás nélküli albuminuriában szintén felvetődött a kérdés, nem szerepel-e a vese constitutiós insufficientiája mint ok. Egyes szerzők (*Heiberg*, *Hőn*, *Straus*, *Martius*) meg is állapodnak valami állandó családi dispositióban és átmeneti vesegyengeségben, amely utóbbihoz tartoznának a pubertásban és terhességben jelentkező veseelváltozások. Szerintük a vesegyengeség csak részjelensége valami általános constitutiós asthéniának, amely többek közt a vasomotoros rendszer labilitásában is mutatkozik. *Wolf* is legújabban megjelent tanulmányában (Háborus adalékok az asthenia tanához. Orvosi Hetilap, 1918, 4. és 5. szám) hangsúlyozza, hogy a háborús nephrosis (szerinte nem gyuladásos nephritis) a vegetativ idegrendszer astheniás reactiója, még pedig a sympathicusnak a túlfáradás folyamán beálló spasmusa. A helyszüke természetesen nem engedi meg ennek a rendkivüli érdekes kérdésnek bővebb fejtegetését, mint a hogy *Müller* és *Eppinger* észleleteit is csak röviden érinthetem, akik összefüggést találtak a vesemegbetegedések és a pajzsmirigy elváltozásai közt, *Neusser* pedig a mellékvese és a nephrosisok közt. *Eppinger* szép eredménnyel használta a thyreoidint, különösen súlyosabb nephrosisokban. Észleletére később az oedema tárgyalásakor még rátérünk. Sőt tovább menve, *Müller* azt a kérdést veti fel, nincs-e a kryptogen albuminuriáknak bizonyos védekező jelentőségük, amennyiben a szervezet ez úton igyekeznék megszabadulni bizonyos idegen fehérjéktől.

Bennünket a front-vesemegbetegedések észlelésében csak annyiban érdekelhet a dispositio és a veseinsufficientia kérdése, amennyiben a háború hosszu tartama különböző korosztályokat vet a frontra és ezek közül *Hirsch* különösen idősebb egyéneken, azonkivül főleg a gyalogsághoz és utászokhoz tartozókon észlelt vesemegbetegedéseket (90·9%), tehát oly egyéneken, a kiknél részint a kor, részint pedig a különböző insultusok, a melyek a gyalogost különösen érik, könnyen megmagyarázzák a veséknek bizonyos foku elégtelenségét. A kor-optimum kérdése még vitás, mert mig *Hirsch* eseteinek 8·5%-a 25—30 évesekből, 31·4%-a ellenben 35—40 évesekből állott, addig *Goldscheider* a legnagyobb százalékot (21·4) a 21—25 éveseken találta. A szembeötlő különbséget valószinüleg a vizsgált csoportok minőségbeli (korbeli) különbözősége okozza. A mi észlelt eseteink $^3/_4$ része is főleg 30 éven felüliekből állott. Ugyszintén bizonyos foku dispositio lehetne a magyarázata annak az észleletemnek is, hogy a vesebetegek között feltünően sok a magyar, a mi talán az erősen füszerezett ételek (paprika, hagyma) fogyasztásával és az ezzel járó állandó veseirritatióval függhet össze.

Ezek volnának nagyjában azok a tényezők, a melyek jelenlétével számolnunk kell a front-, vagy ha tetszik a háborús vesemegbetegedések létrejöttében.

Összegezve a mondottakat, mondhatjuk, hogy a front-vesemegbetegedések aetiologiájában nem találunk egy kiemelkedő, domináló tényezőt, hanem tényezőket, melyeket a front-élet talán concentrálva hoz magával, úgy, hogy ha kórtanilag nem is helyes ezeket a vesemegbetegedéseket külön névvel (Schützengrabennephritis) ellátni, gyakorlati szempontból nem lehet ellene kifogás.

Mielőtt a symptomákra és therapiára rátérnénk, röviden szólnunk kell a vesemegbetegedések újabb csoportosításáról.

A különböző szempontok, a melyek az egyes szerzőket az egyes csoportosítások létrehozásában vezették, sejtetik, hogy egységes alap, a mellyel a klinikus és kórbonczoló is meg volna elégedve, még nincs. A kérdést legelőször *Müller* vetette fel a német természetbúvárok és orvosok meráni gyülésén (1905). Akkoriban *Müller* az aetiologiai alapot vélte a leghasználhatóbbnak és ugyanezen a véleményen van ujabban *Strauss* is. A therapia és különösen az esefleges specifikus therapia szempontjából természetesen az aetiologia a legfontosabb. Másrészt azonban, mint láttuk, a vesemegbetegedések csak kis részében ismerjük a kórokot és azonkivül tudjuk, hogy ugyanaz az ok különböző klinikai és anatomiai képet hozhat létre (a postscarlatinás veseelváltozás lehet egyrészt glomerulo-nephritis, másrészt azonban lehet a gócz az interstitiumban is), vagy pedig hasonló symptomáknak különböző lehet az aetiologiája, úgy, hogy az aetiologiai beosztás még nem tud gyökeret verni.

Egy másik irány a beosztás alapjául a megbetegedési gócz topographiáját veszi és *Schlager* kisérleti vizsgálataiból kiindulva egy tubularis-epithel és egy glomerulus-vasculaer typust különböztet meg a szerint, hogy milyen a vese kiválasztó képessége a jodkálival, illetve a tejczukorral szemben (kisérleti functionalis felosztás). Érthető, hogy *Schlager* próbája az állatkisérletekben, ahol önkényesen választhatjuk meg a ható tényezőt (urannitrat, kaliumchromat) és a hol észleleteinket szövettanilag ellenőrizhetjük, mint módszer bevált, a betegágynál azonban és különösen a mig a különböző veseelemek élettana tisztázva nincs, nem elég biztos alap. Mindenesetre haladás, hogy a csoportositásban nemcsak a kórbonczтani kép, hanem általában a vese functionalis viselkedése is szerepelni kezd. A parallelismus azonban, mely a klinikai kép és az egyes veseelemek szövettani elváltozása között fennáll, nincs meg mindig és különösen nincs meg a háborús vesemegbetegedések eseteiben, úgy, hogy talán még korainak mondható a két csoport (tubularis és glomerulus-typus) felállitása a vesék viselkedése alapján, akár idegen (különböző festékek, jodkáli, phenolsulphophtalein), akár pedig a vizeletben normalisan is előforduló anyagokkal szemben (konyhasó, carbamid, kreatinin). A klinikai functionalis felosztás megkülönböztet hydropikus, anhydropikus, hypertoniás, normotoniás, hypazoturiás és hypochloruriás formákat. Ez a tisztán symptomás felosztás természetesen kielégitheti a klinikust, de annál kevésbé a pathologust, mert hiszen a mint a front-vesemegbetegedésekben is látjuk, a tünetek tubularis elváltozást gyaníttathatnak, mig a bonczolás glomerulus-typust mutat. A symptomák tehát kombinálódhatnak úgy, hogy a felosztásnak a symptomatologia egyedül nem nyujt biztos alapot.

(Folytatjuk.)

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

Hysteriás anaesthesiák vizsgálatára új eljárást ajánl *Wohlwill*. A hysteriás anaesthesiák irrealitása kétségtelen lévén, a vizsgálat alkalmával elsősorban arról van szó, hogy ezt bebizonyitsuk, a mivel egyúttal az anaesthesia organikus voltát is kizárhatjuk. Az eddig szokásos vizsgálati eljárás abban áll, hogy a betakart szemű beteget felszólítjuk az érintést igen-nel, a nemérintést nem-mel jelezni. Ha most rendszertelenül érintjük az egészséges és állítólag anaesthesiás bőrterületet, akkor a hysteriások többnyire az anaesthesiás terület érintését „nem"-mel jelzik. E bemondás azonban nincs meg minden hysteriásnál, viszont organikus érzés-zavaroknál is előfordul, a minek magyarázata abban rejlik, hogy organikus hypaesthesiás betegek ily módon jelzik a csökkent érzékenységet. Ez eljárás modificatiója azon phenomen, melyet a szerző „zavarás-phenomen"-nek nevez s mely hysteria esetén sokkal gyakoribb az előbbinél, viszont organikus laesio esetén sohasem fordul elő. Lényege a következő: a beteget csukott szem mellett felszólítjuk, hogy minden érintést, melyet érez, „igen"-nel, melyet nem érez „nem"-mel jelezzen. E mellett minden érintéskor, s ez az egyik eltérés a fenti eljárástól, külön is megkérdezzük, hogy érez-e vagy sem. Ily módon meggyőződtünk a feleletek prompt voltáról. Ezenközben s ez az eljárás lényege, egyszerre vagy még jobban gyors egymásutánban megérintünk egy anaesthesiás s egy normalis helyet s ekkor hysteriások csak a legritkább esetben reagálnak prompt „igen"-nel, hanem egy bizonytalan „nem"-mel vagy „igen jobboldalon"-nal felelnek, noha az oldal jelzésére nem is szólíttattak fel. Végül kevesen bizonytalan és késői „igen"-t mondanak. A phenomen magyarázata az, hogy az állítólag nem érzett inger zavarólag befolyásolja a valóban érzett inger által létrehozott reactiót. Innen az elnevezés „Störungsphenomen".

Magától értetődik, hogy mint annyi más tünetnél, úgy itt is csak a positiv számit. Prompt „igen" néha hysteriában is előfordul, nem szól tehát feltétlenül organikus laesio ellen. Másrészt a positiv reactio csak az érzési zavar psychogen természetét bizonyitja, a mi különösen hadisérülteken fontos, a kiken akárhányszor fordul elő az organikus és hysteriás laesio combinatiója. Ha azonban valamely bénulás organikus eredete már eleve kétséges, akkor a positiv „zavarás-phenomen" megerősíti a hysteria diagnosisát. A phenomen gyakran a második-harmadik vizsgálat alkalmával nem oly kifejezett, mint az első alkalommal, a mit a szerző úgy magyaráz, hogy a beteg rájön a fogásra és alkalmazkodik hozzá. (Neurolog. Centralblatt, 1918, 24. szám.) *Weber* dr.

Gyermekorvostan.

A sinus longitudinalisnak Tobler szerint pungálása alkalmával bekövetkezett elvérzésről referál a lipcsei egyetemi gyermekklinikáról *Heyman Paula* dr. Vérvétel a sinus longitudinalisból *Tobler* eljárása szerint többször végeztetett a klinikán, a nélkül, hogy zavaró körülmények állottak volna be. Az eljárás ellen *Baginsky*, *Pfaundler* és *Moro* aggályukat fejezték ki az esetleges mellékserülések miatt. Eddig a szerző tudomása szerint csak egy hasonló esetet irt le *Traugott* a frankfurti női klinikáról. Az eset a következő: 5 hetes csecsemőn veleszületett lues állapittatott meg; ennek megerősítésére Wassermann-reactiót akartak végezni; minthogy a vérvételre alkalmas venája nem volt, a vérvételt a sinus longitudinalisból (*Tobler* szerint) határozták el. A csecsemőn a beszúrás hasfekvésben végeztetett, a tű ellenállás nélkül $1^1/_2$ cm.-nyire hatolt be, óvatosan különböző irányba tolatott a nélkül, hogy vért kaptak volna. A punctiós tű eltávolítása után 2 perczczel a beszúrás helyén 2 cm^3 vér cseppent ki s vele egyidőben bőr atatti vérömleny is volt megállapitható. A csecsemőt azonnal ágyba helyezték, utána azonnal kékszinű lett, ritkán és mélyen lélekzett. Daczára a mesterséges légzésnek és hidegvizes lemosásokkal alkalmazott fürdőnek, nem lehetett a légzést a rendes állapotába hozni s a csecsemő 20 perczczel a punctio végzése után légzés-bénulásban meghalt. A bőr alatti vérömleny időközben szilvanagyságúra nőtt.

A bonczoláskor a sinus longitudinalison tisztán látható a be- és kiszúrás helye, a melynek megfelelően szilvanagyságú vérömleny a nagy agyon, ezenkívül vér van a fissura longitudinalisban az agyalapon, a kis agy alatt, a hídon és a nyúltvelőn stb. A kamarákban nincs vérzés.

Ily nagy mennyiségű vér kiömlésére a sinus falán ta-

lált beszúrási nyílások nem lévén elegendők, fel kell venni, hogy a sinus falának átszúrása alkalmával egy nagyobb piavena sérült meg. Ez a vena-sérülés a bonczoláskor már nem volt megállapítható. A vena sérülése és a sinus-fal feszessége, mely a collabálását megakadályozza, hozta létre a nagy vérzést az agyalapon. A mesterséges légzés következtében a venosus vérzés még csak fokozódott s ez okozta a légzőcentrum bénulását.

A *Traugott* közölte esetben csak 3 nap mulva jelentkezett a vérzés, a sinus maga sértetlen volt; az ő esetében tehát erősebb sinus-vérzésről van szó, a szerző esetében ellenben a sinus átszúrása mellett melléksérülés is jött létre, mely a halálos elvérzést okozta.

Az esetből az a tanulság vonható le, hogy a sinus pungálásakor biztosan sohasem kizárható technikai hiba a legszomorúbb következményeket vonhatja maga után, még akkor is, ha úgy klinikailag, mint anatomiailag az érfalzat specifikus elváltozása kizárható. (Monatschrift für Kinderheilkunde, 1918, XV. köt., 2. sz.) *Steigenberger Dezső* dr.

A negativ tuberculin-próba gyakorlati értékéről értekezik *F. Hamburger*. A tuberculin-próbának absolut gyakorlati értéke negativitása esetében csakis akkor van, ha a próbát az alant leírandó szabály szerint végezzük. Az egyszerű negativ cutanreactio ugyanis korántsem mondja azt, hogy az illető tuberculosissal nem fertőzött. Ha a cutanreactio negativ, ez még nem bizonyítja azt, hogy a szúrási reactio is negativ. Ha azonban ez utóbbi is negativ, akkor egész bizonyosan kizárható, hogy a beteg gümősen fertőzött. A tuberculin-próbát mindig „végig" kell végezni. Azt ajánlja, hogy elsősorban cutan vagy Moro-féle percutan próbát végezzünk, ha ez 48 óra alatt negativ, $^1/_{100}$ mgr. tuberculint fecskendezzünk be ($^1/_{10}$ cm³-t az 1 : 10.000 oldatból); ha 48 óra mulva ez is negativ, akkor 1 mgr. tuberculint adunk ($^1/_{10}$ cm³-t az 1 : 100 oldatból). Nem ajánlja mindjárt az 0·001 gr.-os befecskendést, mert esetleg súlyos általános tünetek állhatnak elő. Ha a próbát így végezzük, akkor eredményeink, ha a próba leolvasásakor kritikusan járunk el, pontosak lesznek. (Wiener klin. Wochenschrift, 1919, 8. sz.)

Bókay Zoltán dr.

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archivum, 19. kötet, 4. füzet. *Huzella Tivadar*: Bélfodorcysták pathologiájáról. *Dienes Lajos*: További vizsgálatok a különböző eredetű fehérje tápértékére vonatkozólag.

Budapesti orvosi ujság, 1919, 12. szám. *Scipiades Elemér*: Egy teljes sorozat méhenkiviili terhesség. *Lorenz Hugó*: A Bárány-féle tünetcsoport lényegéről.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Mohr Mihály* dr., egyetemi rendk. tanárt, a budapesti izraelita hitközség kórházának szemész-főorvosává, *Kende Zsigmond* dr.-t, a belügyministerium központi vizsgáló állomásához bakteriologiai szaksegéddé, *Becsey Oszkár* dr.-t a békéscsabai kórházhoz főorvossá, *Kolozs Mihály* dr.-t Miskolczon rendőrorvossá, *Barsó Tivadar* dr.-t (Heves), *Szabó Ödön* dr.-t (Eger), *Ecsedi Mór* dr.-t (Tarnaméra) és *Burián Endre* dr.-t (Gyöngyös) Heves vármegye tiszteletbeli főorvosává nevezték ki.

Árkövy József dr., a budapesti egyetem stomatologiai klinikájának igazgató-tanára, megrongált egészségére való tekintettel nyugalomba vonul. A klinika vezetésével és az előadások megtartásával *Szabó József* dr. magántanárt bizták meg.

A községi és körorvosok javadalmazása tárgyában az országos orvosszövetség március 26.-án (szerdán) délelőtt 9 órakor a szövetség hivatalos helyiségében (VIII., Szentkirályi-utcza 21. II. emelet) értekezletet tart.

Gyermek-ideggyógyászat. Az Országos Gyermekegészségügyi Társaság II., Lánczhíd-u. 6. sz. alatt ideggyógyászati intézetet létesített szegénysorsú beteg gyermekek számára. Az intézetnek, mely lélektani laboratoriummal kapcsolatos, vezetője *Révész Margit* dr., a gyógypaedagogiai gyermekszanatorium főorvosa. Rendelés hétfőn és csütörtökön délután 5—7 óráig.

A „Gyermekért" országos gyermekegészségügyi társaság legközelebb a következő előadásokat rendezi: 1. Márczius 27.-én: *Juba Adolf* dr., egyet. m.-tanár: A tanulók egészsége érdekében. 2. Április 3.-án: *Révész Margit* dr., a gyógypaedagogia gyermekszanatorium igazgató-főorvosa: A testi és lelki fejlődés zavarainak összefüggése. A kriminalpolitikai rész előadója: *Lévai Tibor* dr., ügyvéd. 3. Április 10.-én: *Országh Oszkár* dr., az Erzsébet-szanatorium osztályos főorvosa: A gyermekkori tuberculosis leküzdése. Az előadásokat vita követi. Az előadások a M. T. Akadémia kistermében tartatnak, mindenkor délután $^1/_2$6 órakor.

Meghalt. *Konrád Jenő* dr., nyugalmazott állami elmegyógyintézeti igazgató, egyetemi magántanár, ministeri tanácsos, 65 éves korában márczius 13.-án. — *Szaplonczay Gyula* dr., zilahi kórházi főorvos életét a kórházban operálás közben román golyó oltotta ki. — *Péchy János* dr. nyugalmazott fővárosi tiszti orvos 60 éves korában.

Értesítem az orvos urakat, valamint igen tisztelt vevőimet, hogy az **összes orvosi műszerek** és berendezési tárgyak már nagy választékban raktáron vannak és **azonnal szállíthatók. Máté Mihály** orvosi műszerész, Budapest, IV., Muzeum-körut 31.

Klimatikus otthon vérszegény nők számára

Liptóbodafalva. Vasuti állomás Liptószentmiklós. Kies fekvés. Naponta őtszöri étkezés; tejkura. Kellemes kirándulások, gyönyörű sétányok, legnagyobb nyugalom; nap- és légfürdők. Mérsékelt díjak. Az Otthon orvosa: Dr. Hoffmann László, kórházi főorvos. Az odautazás nehézségekkel nem jár, a megszállás nem érezhető; bővebb felvilágositás és prospektus kapható: „Petőfi" Irodalmi Vállalat, Budapest, VII., Kertész-utcza 16. sz.

Dr. Szili Sándor orvosi laboratoriuma. Budapest VI. ker., Andrássy-ut 55. Telefon 87—73

Városmajor-Szanatorium és Vízgyógyintézet

Részvénytársaság. Budán, I., Városmajor-u. 64. Telefon 88—99. Ujonnan átalakitva Dr. Gráf Andor főorvos vezetése alatt. Vizgyógymód; szénsavas-, oxigén-, villany-, villanyfény- és fenyőfürdők, massage, hőleg-kezelés bejáróknak is. Hizlaló-kurák.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szerum-intézet r.-t Budapest, VI., Teréz-körut 31. sz. Bakteriologiai, serologiai, vegyi vizsgálatok. Dajka vizsgálat. Telefon 20—19.

Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

Dr. Forbát bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratoriuma VI., Teréz-körút 22. Telefon 121—02.

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete VIII., Mária-utcza 34.

Fővárosi Fasor Sanatorium

vegyi-, bakteriologiai és serologiai laboratoriuma.

Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15—26

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

VII., Városligeti fasor 13—15. Telefon: József 52—29. — Sebészeti-, nőibetegek, szülőnőknek. — Radium-kezelések. — Vegyi Röntgen-laboratorium.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos **bőrgyógyitó és kosmetikai intézete**

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyitás. Röntgen. Aniontherapia, forró légkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47.

Vizgyógyintézet, gyógymechanika, orthopédia, svédgymnastika, inhalatorium. :: Bejáró betegeknek is.

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

Dr. Réh Elektromagneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz.

Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. *Álmatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis = bénulások, rheumás bajok, arterioskierosis* stb. ellen.

Alkoholelvonó-intézet. Az Általános Közjótékonysági Egyesület Rákospalotai Gyógyitóháza Rákospalota, Árpád-utcza 12. — Psychotherapia — Foglalkoztatás. — Vizgyógymód. — Prospektus.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagyhirü Sárosfürdő 47° C forrásai

Termalis és fisikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, inhalatorium, pneumatikus kamra, gépgyógyászat és orthopaedia, stb.

Főorvosok: Termalis kurák: *dr. Bosányi Béla, igazgató.*
Gépgyógyászat: *dr. Erdös Geza.*
Vizgyógyászati osztály: *Dr. Benczur Gyula*, egyet. m. tanár.
Belégzési gyógymód: *dr. Safranek János*, egyetemi m.-tanár.
Röntgen-laboratorium: *dr. Simonyi Béla.*

Kivánatra prospektus. Kivánatra prospektus

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia.

1010 méter magasan a tenger felszine felett. Röntgen-laboratorium.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Orvosegyesület (I. rendes tudományos ülés 1919 február 15.-én.) — Budapesti Orvosegyesület gynaekologiai szakosztálya. (Ülés 1919 február 16.-án.) — Közkórházi Orvostársulat (VIII. bemutató szakülés 1918 április 24.-én.) 139—140. lap.

Budapesti Orvosegyesület.

(I. rendes tudományos ülés 1919 február 15.-én.)

Elnök: **Jendrássik Ernő.** Jegyző: **Molnár Béla.**

Apoplexia perirenalis.

Nádor Henrik: A jelenleg 53 éves nőbeteget 2 évvel ezelőtt ismételten megvizsgálta ideges panaszai miatt a II. számú belklinikán. A sziven halk systolés zörejt, kissé ékelt pulmonalis II.-t talált rendes szívméretek mellett A vizeletben $^1/_4{}^0/_{00}$ albumin, egy-egy hyalinhenger. A hasban semmi kóros.

1917 április 24.-én hajnalban a beteg igen erős görcsös fájást kapott hasa jobb felében, kezdetben rövid szünetekkel megszakítva, csakhamar azonban a fájás állandósult s annyira fokozódott, hogy orvost kellett hivatni. Bemutató este vizsgálta meg a beteget; a lelet a következő volt: a feltűnően halvány, a kínos jobboldali has-fájások miatt is nagyon kimerült beteg hőmérséke 37·4°, pulsusa 110, a has jobb felében jókora gyermekfőnyi, tömött, nem hullámzó, tompa kopogtatási hangot adó, nyomásra fájdalmas resistentia, mely a lumbalis táj felől gyakorolt ellennyomásra még jobban tapintható lett. Sürgős műtéti indicatiót állít fel; gyanakszik hydronephrosisra, nagy periappendicularis tályogra, kocsányacsavarodott cystára. A műtét kezdetéig eltelt két óra alatt a tumor nyilvánvalóan növekszik s vele együtt az anaemia is. A műtétet *Ádám* magántanár narcosisban végezte a Pajor-sanatoriumban. A műtétkor kiderült, hogy a tapintható tumornak megfelelő méretű, retroperitonealisan fekvő nagy véralvadék-conglomeratumról van szó, amelyben benne van a vese is. A különben is fenyegető elvérzés miatt *Ádám* az egész conglomeratumot együttesen eltávolítja, lekötvén előzetesen a hilus ereit és az uretert; a hasat bevarrja; per primam gyógyulás. A beteg 8 nap mulva elhagyta a sanatoriumot, elég gyorsan megerősödött és azóta is teljesen jól van, bár a már régen megállapított albuminuria most is változatlan.

A praeparatum kimerítő kórboncztani és kórszövettani vizsgálata (melyet szóló *Entz* tanárnak köszönhet) azt mutatta, hogy a vérrel teljesen beszűrődött vesekörüli zsírszöveten belül van a vese, amelynek domború felszínéről a zsírszövetbe, részben pedig a vesébe behatoló daganat emelkedik ki, mely a továbbiakban hypernephromának bizonyult; ebben, illetve ebből támadt a vérzés, mely a vesekörüli zsírszövetnek nagy kiterjedésű vérzéses beszűrődését okozta.

A vesekörüli apoplexiák legnagyobb részében nem találtak más okot, mint a betegek régebbi nephritisét. Egy esetben mellékvesevérzés, két esetben a bemutatotthoz hasonló hypernephroma volt a vérzés oka; egy esetben pedig haemophiliás egyénben a musculus quadratus lumborumból indult ki a vérzés. A különböző aetiologia ellenére a klinikai kórkép majd mindig azonos: 1. hirtelen támadó óriás fájás, 2. nehány óra alatt kifejlődő nagy resistentia, 3. belső vérzésre utaló, gyorsan növekvő anaemia. A jellegzetes tünetcsoport megengedi ezen annyira ritka kórképnek az előben, illetve a műtét előtt való kórjelzését, csak gondolni kell a lehetőségére. Eddig csak 2 esetben diagnoskálták, mindkét esetben olyanok, akik kórjelzéstelenül maradt esetet láttak és a mely esetekben más, a diagnosist megkönnyítő momentum is szerepelt (a lumbalis tájék bőre alatt kékesen áttünő vérzés, haematuria).

A conservative kezelt eset mind meghalt, az operált esetek fele meggyógyult. Az esetet ritkaságára és a jó therapiás eredményre való tekintettel tartotta érdemesnek a bemutatásra.

Rihmer Béla: 1916-ban az Orvosegyesületben hasonló esetet mutatott be, és ezen eset és 30, az irodalomból összeszedett eset kapcsán megbeszélte a kórképet, a mely a hirtelen megjelenést leszámitva, esetében is hasonló volt, azonban első esete lévén, mint az eddig közölt esetekben, szintén más diagnosis, perinephritises absessus diagnosisával operálta.

Fel kell hívni a figyelmet erre a kórképre azért, mert ha gondolunk rá, a diagnosis könnyű. Az apoplexia perirenalis okául az irodalomban ismert esetek egy részében a nephritises vesevérzést, más esetekben a mellékvese vérzését találták meg ok gyanánt; a szó szoros értelmében vett apoplexia perirenalis nevet csak az az eset érdemelné meg, mint *Koch*-é (1908), amelyben a bonczolás úgy a mellékvesét, mint a vesét a vérzés okául kizárhatta és a vérzés valóban a capsulába történt; azonban ezen esetben is nephritis volt jelen.

Azon esetekben, amelyekben a nephritises veséből a vérzés a capsula propria alá történt és annak átszakadásával a perirenalis ürbe, kétségtelen a nephritissel való összefüggés. A mellékveséből való vérzés infectiosus betegségekhez társulhat — esetében typhushoz — és a vér ugyanazt az utat követi, mintha a veséből eredne.

Azt tartja, hogy ha a diagnosist meg tudjuk csinálni, lumbalis uton kell behatolni.

Nádor Henrik: A diagnosis kézenfekvő az inguinalis tájon áttünő kékes vérömleny és vesevérzés alapján, ha gondolunk reája.

Budapesti orvosegyesület gynaekologiai szakosztálya.

(Ülés 1919 február 16.-án.)

Elnök: **Lovrich József.** Jegyző: **Windisch Ödön.**

Lovrich József alelnök megnyitja az ülést, üdvözli a tagokat a hosszú szünet után és meleg szavakkal köszönti külön azokat, kik a háborúban nehéz katonai szolgálatot teljesítettek. Kegyelettel adózik a szakosztály időközben elhunyt tagjai emlékének és bejelenti, hogy a rendes tagok sorából a szakosztály elvesztette *Szabó Dénes* kolozsvári egyet. tanárt, *Widder*-t, a kassai bábaképezde igazgató-tanárát, *Diescher Ferencz*-et, *Breitenfeld Ferencz*-et, *Schreiber Vilmos*-t és *Flesch Károly*-t, a rendkivüli tagok közül: *Havas Adolf* és *Herczel Manó* báró tanárokat. Megemlíti, hogy a külföldi jeles szakférfiaknak egész sorát ragadta el a halál a hosszú szünet alatt. (*Fassbender* berlini, *Breus* bécsi, *Hegar* freiburgi, *Kehrer* heidelbergi, *Dohrn* marburgi, *Neugebauer* varsói, *Herff* baseli, *Freund* strassburgi, *Kleinhans* prágai, *Friedrich Fromme* hallei, *Veith* hallei, *Schottländer* bécsi, *Jung* göttingeni, *Krömer* greifswaldi, *Krönig* freiburgi, *Baccelli* római, *Metschnikoff*, *Doyen* párisi, *Pozzi* párisi, *Bossi* genuai, *Lepage* párisi, *Werth* kieli és *Schauta* bécsi tanárok.) Végül bejelenti a szakosztály nagyérdemü elnökének, *Tauffer Vilmos* tanárnak és vele az egész tisztikarnak lemondását.

Kubinyi Pál a szakosztály jegyzője megteszi jegyzői jelentését. Rövid reflexiót fűz a háborús évekhez; megemlíti, hogy nagy mesterünk, *Semmelweis Ignácz* születésének 100. évfordulója alkalmával a tisztikar Tauffer tanár elnök vezetésével megkoszorúzta hazánk nagy fiának szobrát.

Bogdanovics Milos pénztáros jelenti, hogy a szakosztály vagyona 1918 évi deczember hó 31.-én 321 korona 30 fillér volt.

Mansfeld Ottó könyvtáros jelentése szerint a szakosztály könyvtára jelenleg áll 25 egyes munkából (32 kötetben és 1 füzetben) és 35 folyóiratból (447 kötetben és 13 füzetben).

Bársony János egyetemi tanár, miután köszönetet mond a maga és a szakosztály nevében Tauffer tanárnak és a lemondott tisztikarnak buzgó munkálkodásáért, ajánlja, hogy elnöknek Lovrich József, alelnöknek Kubinyi Pál, jegyzőnek

Windisch Ödön, titkárnak Scipiades Elemér, pénztárosnak Bogdanovics Milos, könyvtárosnak Mansfeld Ottó választassék meg. A szakosztály az inditványhoz egyhangulag hozzájárul.

Lovrich József elnök megköszöni a tisztikar nevében is a megválasztást. Megemlíti, hogy befejeződvén a háború, a szakosztály hatalmas feladatok előtt áll; munkálkodni kell az anya- és csecsemővédelem megszervezésében; küzdeni kell a mindinkább veszedelmes mértékben terjedő, bűnös kezekkel előidézett abortusok és a termékenyitést megakadályozó könnyelmű praeventiv eljárások ellen. Buzditja és kéri szakmánknak új és ifjú tagjait, hogy lépjenek be a szakosztályba. Megemlíti, hogy orvosszerekben nagy a hiány és indítványozza, hogy e káros körülmény megszüntetésére sürgős felterjesztés tétessék a belügyi vagy népjóléti miniszteriumhoz.

Frigyesi József előadja, hogy éppen azon a napon járt kórházi osztályán a berni vöröskereszt-egyesület missiója, mely a háború által a kórházi felszerelési tárgyakban, orvosi műszerekben stb. okozott hiányok után kutat, hogy azok orvoslásra találjanak. Inditványozza, hogy az orvosságokban mutatkozó hiány e missio tudomására hozassék.

E két inditvány értelmében a felterjesztések megtörténnek.

Lovrich elnök felveti a kérdést, hogy a szakosztály külön lapot tartson-e fenn, vagy pedig munkálatait melléklet alakjában jelentesse-e meg? *Bársony* tanár hozzászólása után abban történt megállapodás, hogy üléseinek jegyzőkönyvi kivonatát az orvosi lapoknak küldi meg és azokat kéri meg közlésre. A tagdijakra vonatkozólag határozatba ment, hogy a háborús 1915.—1918. évre a tagdijakat elengedik.

Bársony tanár szükségesnek tartja, hogy *Országos Gynaekologiai Társaság alakuljon*, mely magában egyesitve az egész ország gynaekologusait, azok között állandó érintkezést tartson fenn és évenként vagy kétévenként gyűlést tartson, melyen kitűzött, fontos kérdések kerüljenek megvitatásra. Inditványozza, hogy a viszonyok javultával erre a szakosztály megtegye előmunkálatait.

Kubinyi Pál pártoló hozzászólása után a szakosztály egyhangulag hozzájárul Bársony tanár inditványához.

Scipiades Elemér meleg szavakban emlékezik meg *Tauffer* tanár lemondott elnök hervadhatatlan érdemeiről, melyeket a szakosztályban kifejtett működésével és általában a hazai gynaekologia felvirágoztatásával szerzett magának. Inditványára a szakosztály kimondja, hogy Tauffer tanár érdemeit jegyzőkönyvileg örökíti meg, s hálája, elismerése jeléül örökös tiszteletbeli tagnak választja meg.

Közkórházi Orvostársulat.

(VIII. bemutató szakülés 1918 április 24.-én.)

Elnök: **Eisler Hugó.** Jegyző: **Szinnyei József.**

(Folytatás.)

Bakteriologiai anginaleletek.

Forbát Sándor: A jelenlegi angina-járvány kapcsán figyelmeztet a bakteriologiai vizsgálat fontosságára. A klinikai kép alapján felállított kórjelzést a bakteriologiai lelet igen gyakran nem fedi és ennek a körülménynek az elméleten túlmenő jelentősége van. A diphtheriaantitoxin injiciálásának elmulasztása positiv esetekben épp oly hiba, mint a bakteriologiai diagnosis nélküli antitoxikus savóinjiciálás. A serumbetegség sokkal gyakoribb, mint azt általában hiszik. Vázolja az egyes angina-typusok baktoriologiai leletét. A bakteriologiai leletből prognostikai következtetések is vonhatók le. Ismerteti a mind gyakrabban észlelhető Plaut-Vincent-anginát és annak diphtheroid typusát. Majd a diphtheria s pseudodiphtheria bakteriologiai differenciálására ajánlott újabb eljárásokkal foglalkozik. Hangoztatja, hogy a klinikai vizsgálat mellett a bakteriologiai diagnosis igénybevétele sem mellőzhető.

Nemes Jenő: A keratosis follicularis és angina follicularis közti differentialdiagnosist a hazai gégészek is ismerik, igy a Rókus-kórház gégészeti osztályán is előfordult ez a betegségi forma, bár *Fränkel* nyomán pharyngomycosisnak neveztetett el.

Goldzieher Miksa: Utal arra, hogy a bemutató egész sor olyan megjegyzést koczkáztatott, a mely az anatomiai és pathologiai ismeretekkel homlokegyenest ellentétben áll. A sok közül csak hármat ragad ki. A bemutató felállítja a mechanikai angina kórképét; ilyent a pathologusok nem ismernek. Bemutató szerint a tonsillából csapszerűen kiállanak a tüszők; ez nyilvánvaló összetévesztés a tonsilla lacunáiból kiálló dugaszokkal, melyeknek azonban semmi közük a tüszőkhöz. Végül *Forbát* dr. szerint a tonsillaris keratosisban a tüszők szarusodnak el. Tudvalevő dolog, hogy a tüszők nyirokszövetből állanak, míg elszarusodás csak hámsejteken fordul elő. Nem tartja megengedhetőnek, hogy a Közkórházi Orvostársulatban ilyen lapsusok ellenzés nélkül elhangozzanak.

PÁLYÁZATOK.

3903/1918. sz.

Alulirott főszolgabiró a lemondás folytán megüresedett komádi **II. községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhivom a pályázni szándékozókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesitésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám az **1919. évi április hó 10. napjának délután 5 órájáig** adják be.

Elkésett vagy kellően fel nem szerelt pályázati kérvényt figyelembe nem veszek.

Az állás javadalma: 1. 1400 korona törzsfizetés, 2. ötévenként 200 koronájával 800 koronáig emelkedhető korpótlék, 3. 600 korona lakbér, 4. szabályszerint szedhető látogatási és vényirási díjak, amelyek a mult hóban emeltettek, 5. háborús segély.

A választás határidejének kitűzéséről később intézkedem.

Frankó Endre, főszolgabiró, Biharkeresztes.

A *diósgyőri állami vas- és aczélgyárhoz* tartozó Ormospuszta (Borsodmegye) *bányatelep részére* **folyó évi április hó 1.-étől kezdődőleg, 3—4 havi időtartamra,** keresünk **egy fiatal, nőtlen orvost.**

A felveendő orvosnak 30 (harmincz) korona napidíjat és egy szobából álló lakást adunk.

Ajánlatok a diósgyőri állami vas- és aczélgyár igazgatóságához (Diósgyőr-vasgyár) küldendők.

Diósgyőr, 1919 márczius hó 15.-én.

Magyar népköztársaság diósgyőri állami vas- és aczélgyára.

1148/1919. szám.

Székudvar községben az elhalálozás folytán megüresedett **körorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok s felhivom a pályázni szándékozókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesitést és eddigi alkalmaztatásukat igazoló kérvényüket **f. é. április hó 15.-éig** hozzám adják be.

Javadalmazás: 1600 kor. törzsfizetés, 200 koronás ötödévi korpótlék, 500 kor. lakbér, háborús segélyek, szabályrendeletileg megállapított rendelési, műtéti, halottkémlelési és húsvizsgálati díjak. A választás megejtése iránt külön fogok intézkedni.

Kisjenőn, 1919 márczius 9.-én.

A főszolgabiró.

4364. sz.

Beregmegye üresedésben levő bilkei **körorvosi állására** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhivom az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében jogosult pályázni kívánókat, hogy pályázatukat hozzám legkésőbb **f. évi április 15.-éig** nyujtsák be.

Javadalmazás: évi 1600 kor. kezdő törzsfizetés, 1600 kor. háborus segély, 3600 kor. rendkivüli segély, 900 kor. útiátalány, 400 kor. lakbér, továbbá a magángyakorlat után megállapított díjtételek.

A választás napját az érdekeltekkel külön tudatni fogom.

Ilosva, 1919 márczius hó 12.-én.

A főszolgabiró.

Vas vármegye közkórházában Szombathelyen újonnan szerveztetvén ezen intézetnél betöltendő **egy belgyógyász-főorvosi és két alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A belgyógyász-főorvosi állás a VIII. fizetési osztályban (3600 kor. törzsfizetés, 1170 kor. lakáspénz) szerveztetett.

Az állás nyugdijjogosultsággal bir.

Erre az állásra pályázó orvos urak és úrnők kérvényeiket, hozzácsatolva specialis szakképzettségüket és önálló chemia-bakteriologiai, és Röntgen-laboratoriumi működésüket igazoló okmányaikat, Vas vármegye főispán-kormánybiztosához czimezve, legkésőbb **f. évi április hó 9.-éig** a kórházigazgatósághoz küldjék be.

Az alorvosi állások javadalmazása évi 2000 kor. tiszteletdij, természetbeni lakás és I. oszt. élelmezés.

A pályázó orvos urak és úrnők kérvényüket eddigi működésüket igazoló okmányaikkal felszerelve Vas vármegye főispán-kormánybiztosához czimezve, a kórházigazgatósághoz küldjék be legkésőbb **f. évi április hó 9.-éig**.

Mind a három állás csakis a szervezési szabályrendeletnek kormányhatósági jóváhagyása esetén és a netán kormányhatóságilag eszközölt módositásoknak megfelelően töltetik be.

Szombathely, 1919 márczius 11.-én.

Vasvármegye közkórházának igazgató-főorvosa.

875/1919. sz.

Csanád vármegye battonyai járáshoz tartozó Mezőhegyes nagyközségben üresedésben levő **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: 1600 korona törzsfizetés, 2. szabályszerű korpótlékok, 3. természetbeni lakás szép kerttel, 4. szabályszerű rendelési, látogatási díjak, 5. háborús segély, 6. a község részéről megszavazott 800 korona személyi pótlék, 7. a ménesintézet részéről megszavazott 2400 korona évi tiszteletdíj, 12 ürköbm. tűzifa, tej- és tengeriföld-illetmény.

A 6. és 7. pont alatti tételek jóváhagyás végett vannak a törvényhatósághoz, illetve a földmüvelésügyi kormányhoz felterjesztve.

A községben a munkásbiztosító pénztár és vasút a községi orvosnak jövedelmet fognak biztosítani.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy megfelelő okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám **f. é. május hó 31.-éig** terjesszék be.

Battonya, 1919. évi márczius hó 8.-án.

A főszolgabiró.

875/1919. sz.

Csanád vármegye Battonya járáshoz tartozó Tornya községben üresedésben levő **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma: 1. 1600 korona törzsfizetés, 2. ötévenként 200 koronájával 800 koronáig emelkedhető korpótlék, 3. természetbeni lakás nagy kerttel, 4. szabályszerű rendelési, látogatási díjak, 5. háborús segély.

A megválasztott orvosnak kérelmére kézi gyógytár fog engedélyeztetni.

A megfelelő okmányokkal felszerelt pályázati kérvények **f. é. május 15.-éig** hivatalomhoz terjesztendők be.

A választás határidejének kitűzéséről később intézkedem.

Battonya, 1919. évi márczius hó 8.-án.

A főszolgabiró.

373/1919. ikt. sz.

Békés vármegye közkórházának elmebeteg-osztályán **egy segédorvosi állás** töltendő be.

A pályázni kívánó orvos urak szíveskedjenek kérvényüket Békés vármegye főispánjához intézve, hozzám **folyó évi április hó 2.-áig** beküldeni.

Az elme-osztályi segédorvosi állás javadalmazása I. oszt. ellátás szeszes ital nélkül, évi 1200 korona fizetés, 400 korona osztálypótlék és a szabályszerű háborús pótdíjak.

Előnyben részesülnek azon orvosok, a kik a kötelező kórházi gyakorlati évet már eltöltötték.

Gyula, 1919 márczius 17.

Békés vármegye közkórházának igazgatója.

1179/1919. szám.

Szapáryligeten a **körorvosi állás** betöltendő lévén, arra ezennel pályázatot nyitok s felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítésüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi április hó 15.-éig** adják be.

A kör áll Szapáryligetből, Kerülős és Szinte községekből, melyek 4—5 km.-nyire fekszenek a székhelytől.

Javadalmazás: 1700 kor. törzsfizetés, 800 koronáig terjedhető ötödéves korpótlék, 1200 kor. helyipótlék, 400 kor. lakbér, fuvar természetben vagy ennek megváltására 400 kor. útiátalány, szabályrendeletileg megállapított látogatási, műtéti, úgyszintén a székhelyen a halottkémlési és húsvizsgálati díjak. Kézi gyógytár tartására a megválasztott körorvos engedélyt nyer.

Kisjenőn, 1919 márczius 10.-én.

Schauer dr., h. főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

Cystoskop

vadonat uj, villamos elemekkel, teljes felszereléssel eladó.
Telefon: József 44, délután 1/2 2—3-ig.

Kurhaus Semmering

Physikalis-diaetetikus magaslati gyógyintézet, 1000 méter a tenger szine felett, egész éven át megszakitásnélküli üzem.

Főorvosok: **Dr. Franz Hansy** és **Dr. Carl Kraus**
egészségügyi tanácsosok.

Orvosi műszereket, rendelő-butorokat

(autogén-heggesztéssel) a legkényesebb igényeknek megfelelően, elsőrangu kivitelben és leggyorsabban készit saját gyárában

Wessely István és Társa Utóda

NAGY KÁROLY FRIGYES

orvosi műszerész-cég

IV., Kigyó-tér 1. Telefon 6-86.

Árajánlattal mindenkor készséggel szolgálunk.

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására:

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. Intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

Mintákkal és irodalommal az orvos urak részére szivesen szolgál:

Dr. EGGER LEO és EGGER J.

Gyógyszerészeti és vegyészeti czikkek gyára

BUDAPEST, VI., Révai-utcza 12. szám.

Injectiones Eri

Az injectiós therapia czéljait szolgáló használatra kész steril oldatok. Leirások és minta bérmentve. — Speciállaboratorium

E R I, Rózsavölgyi Imre, Budapest, VI., Aréna-ut 124. sz.

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

Családi otthona

A magy. kir. belügyminister által 672/10936. szám alatt engedélyezett **Sanatorium**

kedély- és idegbetegek részére

Sátoraljaújhely.

„Dermaforine“

a leghatásosabb és legmegbízhatóbb, erősen baktericid, nem izgató, szagtalan, halvány kénsárga

sebhintőpor.

Tökéletesen desodorál! Erélyesen fertőtlenit!
:: Sietteti a sarjadzást és hámképződést! ::
Leggyorsabban csökkenti a váladékképződést!

Stabilizált (sterilizálható) készitmény, melynek fő ható-alkatrészei: higany-, zink- és bismutvegyületek oly legfinomabb elosztásu **colloidális** módon vannak caolinra dispergálva, hogy a sebeken ezeknek pharmakodynamikai hatása a lehető legnagyobb felületen a legtökéletesebb és nem mérgező **seb-antisepsis** mellett, a legerélyesebb **adsorbeáló (sebszáritó)** hatással párosul.

Alkalmazás: sebhintőpor, kenőcs (5—10%), vagy gaze alakjában.

Indikatiók: nagy- és kis-sebészeti seb-antisepticum, főleg kiterjedt. büzös váladéku sebzéseknél, venerikus és alszárfekélyeknél, eczemáknál, dermatitisnél stb.

Kapható az összes gyógyszernagykereskedésekben és gyógyszertárakban.

Irodalom és próbák dijmentesen állanak az érdeklődők rendelkezésére.

Gyártja és forgalomba hozza:

Dermaforine-Laboratorium Dr. KATONA ÉS TÁRSA
Budapest, V., Nádor-utcza 6.

„SYMMETRIE“

Legtökéletesebb **RÖNTGEN-KÉSZÜLÉK**
„LILIENFELD“
„FÜRSTENAU-COOLIDGE“
GYORSANFORRÓ-MÜLLER-VIZHÜTÉSES RÖNTGENCSŐVEL
mély therapiához ajánlja:
Odelga Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-T.
Budapest, VI., Andrássy-út 28. Telefon: 68-16 és 37-04.

UNIV. MED. Dr. PÉCSI DANI nyilvános tehénhimlő-:: termelő intézete ::
A magyar állami serum-termelő intézet szétküldő osztálya.
Budapest, II. ker., Margit-körut 45. szám.
És balparti ügyfeleink részére: IV., Eskü-út 6. (Klotild-palota.)

Orvos urak figyelmébe!!!

Ha rendelőszobaberendezést, vagy egyéb orvosi műszerfelszerelést óhajtanak beszerezni, kérjék előzetes árajánlatomat

Neumann H. orvosi műszer- és orthopaediai gépek gyára ::
Budapest, VIII., József-körut 33. Telefon József 1-36

Hadból visszatért orvos urak igen előnyös árengedményben részesülnek. Csakis elsőrangu gyártmány. Javitások gyorsan és jutányos árban eszközöltetnek. — Pontos és gyors kiszolgálás.

Különleges szakma: Ujrendszerü művégtagok, orthopaediai gépek, haskötők stb.

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA, BUDAPEST, X.

Tüdőtuberkulosis.
Influenzás bronchitisek.
Skrophulosis stb.

NOVOCOL-SYRUP

(Guajacolsyrup)

Rp.: Syrup Novocol Richter
lagen. orig.
DS. 3-szor naponta egy evőkanállal.
Gyermekeknél kávéskanállal.

Antipyreticum.
Diaphoreticum.
Antineuralgicum.
Antirheumaticum.

Kalmopyrin

Rp.: Tabl. Kalmopyrini
à 0·5 gr.
No. XX. lag. orig.
DS. Rendelet szerint 3-szor naponta 1—2 tabl.

Genyedő folyamatok kezelésére
Desodorans
Mechanikus sebdesinficiens

HYPEROL

A legtöményebb H_2O_2-készítmény.
Szilárd alakban 35 súlyszázalék H_2O_2-t tartalmaz.
(Por- és tabletta-alakban.)
A gyógyászatban nélkülözhetetlen.

Rp.: Hyperoli Richter tabl. à 1·0 gr. phiol. orig. (No. X—XX.)
Rp.: Hyperol szájvíz tabl. lag. orig.
Ds.: Két tabletta fél pohár vízre.

Incompensatio cordis.
Myodegeneratio cordis.
Szívtonicum.

ADIGAN

physiologice pontosan titrált digitalis.

Adigan-oldat.
Adigan-tabletta.
Adigan-injectio.

63. évfolyam. 13. szám. Budapest, 1919 március 30

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.

EGYET. GYÓGYSZERTANI INTÉZET KÖNYVTÁRA

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bauer Lajos: Közlemény a székesfővárosi Szent Margit-közkórházból. Miként használhatjuk fel az úgynevezett „összement tej"-et csecsemőtáplálékul? Túrósleves készítése. 141. lap.

Móczár László: Közlés a budapesti tud.-egyetem 3. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebély Tibor dr., ny. r. tanár.) A verejtékmirigyekből kiinduló mirigyes rákról. 143. lap.

Ujlaki Pál: Közlemény a 8. számú helyőrségi kórház belosztályáról. A háborus vesemegbetegedésekről. 144. lap.

Bihari Arnold: Influenza és collargol. 148. lap.

Irodalom-szemle. *Lapszemle. Könyvismertetés. Georg Dorner:* Klinische Studien zur Pathologie und Behandlung der Diphtherie. — *Kurt Singer:* Die Schreck-Neurosen des Kindesalters. — *Belorvostan. Brückner:* A peritonitis tuberculosa exsudativa nitrogenkezelése. — *Velden:* Az intracardialis injectio — *L. Krehl:* A digitalisnak a vízforgalomhoz való viszonya — *Gross:* Az ochronosis. — *Gyermekorvostan. Joannovics:* A diphtheriának közönséges lóserummal való kezelése. 149—150. lap.

Magyar orvosi irodalom. 150. lap.

Vegyes hírek. 150. lap.

Tudományos Társulatok. 151—152. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi Szent Margit közkórházból.

Miként használhatjuk fel az úgynevezett „összement tej"-et csecsemőtáplálékul? Túrósleves készítése.

Irta: ***Bauer Lajos*** dr., egyetemi magántanár, kórházi rendelőorvos.

A csecsemőtáplálék csak akkor lehet hasznos, ha megfelelő mennyisége mellett összetétele is arányos. Az egyes alkotórészeknek tehát olyan mennyiségben kell előfordulniok a táplálékban, a mennyit a csecsemő szervezete a többi táplálék-alkotórészek segélyével jól áthasonít. Ha valamely táplálék-alkotórész a kiváníánál jóval nagyobb mennyiségben kerül hosszabb időn át a szervezetbe, akkor az áthasonításban már zökkenés áll be s nem történik többé oly módon, hogy normalisnak nevezhetnénk. Az ily módon mutatkozó eltérés az elkövetett hibával arányos; de függ attól is, mily hosszú ideig alkalmaztuk a hibásan összeállított táplálékot. A jelenségek, melyek ez úton előidéztetnek, eleinte csak az anyagforgalom helytelenségében, később már klinikai tünetekben is mutatkoznak s többnyire annyira jellegzetesek, hogy gyakran már azokból is következtetést vonhatunk a helytelenül alkalmazott táplálék-alkotórész minőségére. A csecsemőtáplálék összeállításakor vagy oly módon követhetünk el hibát, hogy valamely táplálék-alkotórészt vagy részeket túlnagy mennyiségben adunk a táplálékhoz, de éppen olyan hiba, ha valamely táplálék-alkotórészt a normalisnál jóval kisebb mennyiségben vagy egyáltalában nem adunk a táplálékhoz. Az ártó ok mindkét esetben azonos: a meglevő táplálék-alkotórészek helytelen assimilálása a hiányzó alkotórész vagy részek miatt.

A mesterséges csecsemőtáplálék összeállításakor mindig a normalis női tej összetételét kell szem előtt tartanunk, melynek száraz elemei közötti viszony szabja meg az arányt, melyet követnünk kell, de azon változtatással, melyet a különböző korú csecsemők táplálékassimiláló képességére nézve a tapasztalat szentesített. Hogy a tejkeverékhez még megfelelő mennyiségű czukrot is adunk, az azért történik, mert a tehéntej (különösen higított állapotban) jóval kevesebb czukrot tartalmaz, mint a női tej s a czukor hozzáadásával igyekszünk megközelíteni a női tej czukortartalmát. Viszont a fiatal csecsemőknek alkalmatos tejkeverék készítésekor nem nélkülözhetjük a tehéntej higítását, bár a női tej s a kifogástalan tehéntej zsírtartalma meglehetősen egyenlő, mert tapasztalat szerint a fiatal csecsemők a tehéntej zsírját jóval nehezebben assimilálják, mint a női tej zsírját. Ezzel szemben a tehéntejben levő fehérjét, mely mintegy háromszorosa a női tejben levő fehérje mennyiségének, higítás nélkül is jól tudná hasznosítani a fiatal csecsemő is; tehát csupán a tehéntej zsírtartalma miatt történik annak vízzel való higítása. Az ily módon megcsökkent mennyiségű fehérje még mindig elegendő arra, hogy segítségével a táplálékáthasonítás tökéletes legyen. A fehérjéknek az anyagforgalomban az a feladatuk, hogy a szénhydratoknak a bélben lejátszódó fölös savanyú erjedését hatásukkal ellensúlyozzák s így lehetővé tegyék, hogy a czukornak és zsírnak resorptiója hiánytalanul mehessen végbe. Bizonyos mennyiségű fehérje jelenléte tehát, legalább is annyi, a mennyit a női tej tartalmaz, okvetlen szükséges az emésztési folyamat rendes lebonyolításához. Ha ennél jóval több van jelen, ez a resorptiót nem akadályozza, sőt talán még elősegíti, minthogy a béltartalom, akadályozva lévén a czukornak peristaltikát fokozó hatása, tovább időzhet a bélben: a felszívódás tökéletesen mehet végbe. Túlnagy mennyiségű fehérje legfeljebb kismérvű obstipatióra való hajlamosságban nyilvánul.

Más viszonyok állanak elő, ha a fehérje minimalis mennyiségben vagy egyáltalán nincs a csecsemő táplálékában. A fehérje ama táplálék-alkotórészek közül való, melyeknek a táplálékból való hiánya mellett a csecsemő szervezete, habár a bevitt szénhydratokat és zsírt kisebb-nagyobb hibákkal tudja ugyan értékesíteni, előbb-utóbb tönkremegy. Mert fehérje hiányában nemcsak a szövetek pótlódása marad el, hanem olyan mélyreható anyagforgalmi zavarok állanak elő, melyeknek a csecsemő szervezete rövidebb-hosszabb idő mulva áldozatul esik. A fehérje azon táplálék-alkotórész, melyet a csecsemő szervezete sem zsírral, sem szénhydrattal pótolni nem tud, minthogy azt azokból nem tudja előállítani. Ilyképpen a szénhydratoknak és zsírnak erjedést okozó s azt fenntartó hatását a bélben semmi sem ellensúlyozza, az erjedések által okozott diarrhoeák folytán a csecsemő szervezete hosszabb idő alatt olyan fontos tápláló anyagokat, illetve építő anyagokat veszít, melyeket a szervezet állandóan nem nélkülözhet.

Csekélyebb fontosságú a csecsemő szervezetére a zsír. Ennek hiányában a szénhydrat és fehérje feldolgozása az emésztőcsatornában úgyszólván tökéletes, az assimilálás is normalis, nemcsak rövid ideig tartó zsírhiány esetén, hanem hosszú időn át is nélkülözheti a csecsemő szervezete a zsírt: az anyagforgalomban észrevehetőbb elváltozást a zsírhiány nem okoz, sőt bizonyos mérvű gyarapodás is észlelhető, mert a szervezet szénhydratból, de részben még fehérjékből is tud zsírt készíteni. Állandó zsírhiány természetesen a csecsemő súlyának emelkedésére nem szolgál, de a zsír mindazonáltal ama táplálék-alkotórész, mely már minimalis mennyi-

ségben is elég arra, hogy a csecsemő szervezete rendesen működjék.

Ellenkezőt mutat a tapasztalat ki nem elégítő mennyiségű vagy hiányzó szénhydrat esetén. Az a körülmény, hogy a csecsemő szervezete a zsírokat, de még a fehérjéket is kellő mennyiségű szénhydrat jelenlétében tudja csak hasznosítani, eléggé magyarázza a szénhydrat jelentőségét. Kellő mennyiségű szénhydrat nélkül vagy éppen szénhydratok hiányában a táplálék zsírja úgyszólván értékesítés nélkül hagyja el a szervezetet, a mennyiben azt a szervezet nem égeti el végtermékeivé, szénsavvá s vízzé, hanem nagy része mint áthasonítás közti termék (aceton, aceteczetsav, oxyvajsav stb.) hagyja el a szervezetet. Elegendő szénhydrat jelenlétében nemcsak a zsír feldolgozása tökéletes, hanem a fehérjék is sokkal nagyobb mennyiségben tartatnak vissza a szervezetben. Utóbbiak szénhydrat hiányában jóval nagyobb mennyiségben ürülnek ki a szervezetből, míg szénhydratok jelenlétében a N-mérleg emelkedik, azaz a N lényegesen nagyobb mennyiségben tartatik vissza a szervezetben.

Minimalis szénhydrattal készült csecsemő-táplálék, a mint ez nem ritkán fordul elő a gyakorlatban — félve a czukornak diarrhoeát okozó hatásától —, nemcsak directe okoz bajokat (súlyvisszamaradás, egyensúlyzavar stb.), ha nem indirecte is hátrányos következményekkel jár, mert a többi táplálék-alkotórészeknek tökéletlen kihasználódását idézi elő, melynek folyománya a mélyreható anyagforgalmi zavar. *Rosenstern* szerint 3 gramm czukor (1 kgr. testsúlyra) az a czukormennyiség, mely mellett a szervezet éppen fenntartja magát. Természetes, hogy ilyen táplálás mellett gyarapodásról szó sem lehet.

Valamint a szervezet szükségletét ki nem elégítő szénhydrattáplálék ártalmas a csecsemő szervezetére, éppen olyan ártalmakkal járhat, ha a szénhydrat túlnagy mennyiségben, vagy kizárólag szénhydratból álló táplálék vitetik a szervezetbe. Ismeretes a szénhydratoknak erős vízvisszatartó hatása a szervezetben. Ezért kizárólagos vagy túlnyomó részben szénhydratdús táplálás mellett rendszerint nagyfokú súlygyarapodás mutatkozik. A szénhydratoknak eme hatása nemcsak a laikust, hanem még sok orvost is arra bir, hogy állandósítsa a kizárólagos szénhydrat-(lisztfőzet-, czukor-) táplálást. Ily módon azután sok csecsemő heteken, hónapokon át e táplálékon marad. Ritka, sőt kivételes esetekben sikerül e táplálékon táplálkozási betegségek nélkül megtartani a csecsemőt s a veszélyes táplálkozás ellenére a csecsemő megússza a kritikus időszakot s felnevelődik. De ezek az esetek egészen kivételesek s csupán idősebb, 6—8 hónapos csecsemőkön fordulnak elő. Rendszerint a dolog balul üt ki. A kezdeti erős súlygyarapodás nemcsak fiatal, hanem idősebb csecsemőkön is két-három hét után csökken, majd megállapodik, sőt lassankint beáll a súlycsökkenés, mely, ha a kizárólagos szénhydrat-táplálás hosszú időn, több hónapon át történt, oly mértet ölthet, hogy a csecsemő az atrophiás csecsemőhöz hasonlit. A nagyfokú lesoványodás oka csak részben a többi táplálék-alkotórésznek, mint zsírnak, fehérjének hiánya, mert részben a nagyfokú étvágytalanság is okozza olyan esetekben, melyekben a szénhydrattáplálékhoz konyhasót nem kevertünk; minthogy a lisztek nem tartalmaznak kielégítő mennyiségű chlort: chloréhség fejlődik ki. Ennek folyománya a mirigyeknek, elsősorban a gyomormirigyeknek hiányos sósavelválasztása, melynek klinikai tünete a nagyfokú étvágytalanság. Viszont, ha a liszttáplálékhoz konyhasót is kevertünk, azonban zsírt s fehérjéket nem, vagyis tej nélkül adagoltuk, akkor is előidézzük a szervezet relativ túltáplálását szénhydrattal, mely már úgyis azzal a tulajdonsággal bir, hogy a szervezetben fölös mennyiségű vizet, bár nagyon lazán kötött vizet, halmoz fel. Fokozódik a vízfelhalmozódás még a litszthez kevert konyhasóra, melynek vízvisszatartó hatása közismert. Anélkül, hogy ilyen esetekben nephritisről szó lehetne, valóságos oedemák fejlődnek ki, vizenyősen duzzadt kézzel s lábbal, zacskós szemhéjakkal, felpuffadt pastosus arczczal, tésztás tapintatú köztakaróval. A lazán kötött víz a szervezetből a liszttáplálás folytatása mellett csakhamar ismét kiürül, a törzs és végtagok vizenyője eltünik, mindinkább kifejeződik az erős lesoványodás, az atrophia, csupán a duzzadt, pastosus arcz és zacskós szemhéjjak emlékeztetnek még sokáig a lezajlott szénhydrattartalomra; nem számítva még ama hátrányt, hogy a hosszas szénhydrat-táplálás folytán calorice hiányosan táplált csecsemőknek különböző infectiókkal szemben mutatkozó nagy hajlamossága még sokáig megmarad és veszélyezteti a csecsemő egészségét s életét.

A szénhydrattartalomtól nem mentesíti a csecsemőt az a táplálási mód sem, ha a szénhydrattáplálékhoz, lisztfőzethez, a sókon kívül még bizonyos mennyiségű zsírt (vajat), esetleg, mint ez helyenkint szokásos, tojássárgáját is keverünk. Ezen táplálékkeverék mellett is (liszt, só, czukor, zsír, tojássárgája) kezdetben, éppen úgy, mint a kizárólagos lisztfőzet mellett, nagyobbfokú súlyemelkedést szoktunk tapasztalni, majd néhány hét után a súly megállapodik, sőt kezdetét veszi a súlycsökkenés, mely hovatovább atrophiára vezet. A szénhydrattáplálékhoz kevert zsírtáplálék, ha abban még konyhasó s minimalis fehérje is van, éppen úgy nem alkalmas a csecsemők táplálására hosszabb időn át, mint a kizárólagos szénhydrattáplálék, mert mind a kétféle táplálási mód mellett ki van téve a csecsemő a szénhydratártalom veszélyének s ha idejében nem hagyjuk abba az efajta táplálást, előbb vagy utóbb atrophiára, illetve az infectiók iránti nagyfokú hajlamosságra s így végeredményben a csecsemő pusztulására vezethet. Mindezek a táplálási eljárások mellett ugyanis fehérjeéhség fejlődik ki a csecsemő szervezetében, mely a fehérjét hosszabb időn át nem tudja nélkülözni.

A szénhydratártalmat tehát kizárólagos vagy túlnyomó részben szénhydratból és minimalis mennyiségű fehérjéből álló táplálék adagolása mellett, bár a csecsemő szervezete szénhydrattal relative túl van táplálva, végeredményben nem a szénhydrat idézi elő, hanem a fehérjehiány. E tapasztalatokból következik, hogy a csecsemő szervezetére a szénhydraton kívül a fehérje a legfontosabb táplálék.

Normalis körülmények között a mesterségesen táplált csecsemők táplálékának elkészítésekor védjük is a csecsemőt a fehérjehiány, a fehérjenélkülözés ellen azzal, hogy a lisztfőzethez tejet is keverünk olyan mennyiségben, mely a csecsemő fehérjeszükségletét teljes mértékben fedezi. A mai nehéz socialis viszonyok között elég gyakran jutunk ama helyzetbe, hogy kénytelenek vagyunk hibát elkövetni a mesterségesen táplált csecsemők táplálékának elkészítésekor, vagy azért, mert tej nem áll rendelkezésünkre, vagy abból az okból, mert a felhasználandó tej már megsavanyodott állapotban jut hozzánk, esetleg csak a forraláskor tünik ki, hogy annyira emelkedett a sav foka, hogy a forralást nem állja ki, a fehérjék kicsapódnak, vagyis a tej összemegy. Ilyenkor jobb hiányában vagy egyszerűen lisztfőzettel tápláljuk a csecsemőt, vagy legjobb esetben a lisztfőzethez három-négy százalék vajat vagy zsírt is keverünk, a mely táplálékokból azonban hiányzik a csecsemőknek olyannyira fontos fehérje.

Ilyen körülmények között ajánlom az általam a gyakorlatban már régebben alkalmazott s *túróslevesnek nevezett táplálék készítését.* A forraláskor összement tejből, illetve a kicsapódott fehérjének, a túrónak felhasználásával úgy fiatalabb, mint idősebb csecsemők részére hasznos és tápláló táplálékot lehet készíteni. A megsavanyodott vagy forraláskor összement tej, mint az ismeretes, két részre oszlik, még pedig híg, savós, valamint összeállóbb részre. Ha az összement tejet ebben az állapotban megszűrjük, a savós részben maradnak a tej sói, valamint a czukor, azonkívül a zsírnak egy kis hányada, míg az összeálló rész az összes fehérjéket s a zsírnak legnagyobb részét, mintegy 2—2½%-át tartalmazza. *Ezen összeálló, eléggé zsírdús résznek, a túrónak segítségével a túróslevest következő módon készítjük:*

Három hónapnál fiatalabb csecsemők részére 20—30 gr. (két-három tetézett kávéskanálnyi) megmosott darát vagy zabderczét egy liter vízben, egy csipetnyi konyhasó s 30—40 gr. (öt-hat tetézett kávéskanálnyi) porczukor hozzáadásával, 30 perczig lassú tűzön forralunk (miközben az elforrott vizet

meleg vízzel állandóan pótoljuk), mely után az egészet átszűrjük, a mi a szűrőn marad, eldobjuk, azután az egy liter tehéntejből nyert túrónak a felét szitán többször átdörzsöljük, míg a túró finoman el nem oszlik, ezt hozzáadjuk a nyálkafőzethez s azzal együtt keverés közben ismét felforraljuk. Az egész mennyiség egy liter, mely a csecsemő egynapi szükségletét fedezi. Felforralás után a túróslevest vagy mindjárt üvegekbe szétosztva, vagy az eredeti edényben hagyva, hűvös helyen befedve tartjuk s felmelegítve adagoljuk a csecsemőnek.

Három hónapnál idősebb csecsemők, valamint gyermekek részére a túróslevest következőképpen készítjük:

40—60 gramm finom búza- vagy zablisztet (a gyermek kora szerint) egy deciliternyi hideg vízben jól eldörzsölünk, egy csipetnyi konyhasót s 40—60 gramm porczukort adunk hozzá, az egészet hozzákeverjük egy liter meleg vízhez s lassú tűzön 15—20 perczig forraljuk, miközben az egy liter tehéntejből nyert túrót szitán többször átdörzsöljük, míg finoman el nem oszlott, mely után a túrót az egy liternyi lisztfőzettel ismét felforraljuk s vagy mindjárt üvegekbe szétosztva, vagy az eredeti edényben hagyva, hűvös helyen befedve tartjuk s felmelegítve adagoljuk a csecsemőnek.

Megjegyzem, hogy azokban az esetekben, melyekben a túró sovány, a túrósleveshez lehet még 1—2% vajat vagy zsírt is keverni.

A túrósleves kellemes ízű, tejszerű táplálék. A csecsemők szívesen veszik. Nemcsak a csecsemők fenntartási szükségletét fedezi e táplálék, hanem jelentékeny gyarapodást is mutatnak a vele táplált csecsemők. Caloriatartalmát számítva is fedezi a csecsemők kora szerinti táplálékszükségletet, minthogy a három hónapon aluli csecsemők részére készült túrósleves caloriatartalma 450—500, míg a három hónapnál idősebb csecsemők s gyermekek részére készült túrósleves caloriatartalma 650—700 között ingadozik a túró minősége, illetve a hozzáadandó czukor mennyisége szerint. *A túrósleves tehát nemcsak tejhiány esetén, hanem hosszú időn keresztül adagolható a csecsemőknek, anélkül, hogy a qualitativ inanitio veszedelmétől lehetne tartanunk, minthogy a csecsemők szervezetének szükséges összes táplálék-alkotórészeket elegendő mennyiségben tartalmazza.*

Közlés a budapesti tud.-egyetem 3. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebély Tibor dr., ny. r. tanár.)

A verejtékmirigyekből kiinduló mirigyes rákról.

Irta: *Móczár László* dr.

A hasonlóság a daganatok és a verejtékmirigyek között a legfeltűnőbb abban, hogy mindakettőben feltalálható a tubularis szerkezet. Mindkettőben, főleg azonban a másodikban találunk különböző kanyargós meneteket. Külön részletek, ahol kivezető csövekre emlékeztető tubulusok és elkülönülve fekvő, ú. n. csavart menetek volnának, mint a verejtékmirigyekben, ugyan sehol sincsenek, de az a valóság, hogy a mirigyek tulajdonképpen egyszerű csövek, melyek hol hosszmetszetben mint tubulusok, hol harántmetszetben mint acinusok jelentkeznek, amellett szól, hogy oly mirigyből indulhattak ki, amelynek alapszerkezete tubularis, melyben az acinusra és kivezető csőre való tagoltság hiányzik. Ily mirigy a bőralatti kötőszövetben a verejtékmirigy.

A szerkezet mellett a sejtek alakja az, ami a daganat hovatartozását eldöntheti. Egyelőre a sejtek alakjából csak általánosságban következtetünk a daganat kiindulására, a sejtek alakjából, elrendeződéséből levonható következtetéseket későbbre hagyva. A sejtek alakja mindkét esetben hosszúkás, hengeres, a mi mindenütt mint jellemző ismerhető fel, ahol a térviszonyok ezt kifejezésre jutni engedik. Eltérés más sejttypus felé, akár a laphám, akár annak egyéb válfajai felé nem található, úgyszintén nem található az, hogy e hosszú hengersejtek csak kivételesen fordulnának elő és a túlnyomó többséget más mirigysejtalakok alkotnák. A hengersejtes typus egyszerű csöves mirigyszerkezettel, ami az egész daganatot uralja, a daganatnak verejtékmirigyből való kiindulása mellett nemcsak egyszerű érv, de meggyőző bizonyíték is, ha más egyéb szövetféleséget egyéb indokokkal kizárhatunk, mint fentebb megtörtént.

Hátra volna még az a döntőnek látszó ellenérv, melyet egyes szerzők mint elengedhetetlen feltételt megkövetelnek a verejtékmirigydaganat-diagnosis felállításakor, hogy t. i. csak azt a daganatot tekinthetjük verejtékmirigyből kiindulónak, mely verejtékmirigyekkel áll minden kétséget kizáró összefüggésben. Jelen daganatok hámszövetén semmiféle ép-szövettel, még pedig sem verejtékmirigyekkel, sem más szövettel összefüggést nem találtam, noha az egyiket pontosan, sorozatban felmetszettük.

Egy-egy daganat sejtjeinek alakja és elrendeződése oly nagy különbségeket mutathat egy daganaton belül is, ha az atypusos, hogy az összefüggés, vagy a vele rokon daganattal való hasonlatosság szóba sem kerülhet. Továbbá ily nagyra megnövő daganatok esetén az összefüggés csak oly esetben volna megtalálható, ha a daganatszerű szaporodás nem egyetlen egy izolált mirigyből, hanem egyszerre számos mirigyből indul fejlődésnek, vagy oly kicsiny daganatnál, hogy egy mirigy határain nem igen emelkedik túl, vagy ha a növekedés mindig új, ép részeknek beolvadásával történnék. A folytonosságban, állandó összeköttetésben álló hámfajoknak, amilyen a fedőhám, atypusos szaporodása esetén a határ az ép és kóros között sohasem vonható meg élesen, mert átmenet mindig található. Az izolált mirigyekben ez nem ismétlődik ily szabályszerűen, minthogy a folytonosság megszakított; daganatosan elfajult izolált mirigy mellett ezért nem is várunk kezdődő elfajulást a szomszédos mirigyekben. Egyazon mirigyben ez az átmenet megtalálható mindaddig, míg az egész mirigy át nem alakult daganattá. Ezek alapján felette valószínű, hogy a daganatok eredetüket illetőleg a verejtékmirigyekkel állnak vonatkozásban.

A másik főkérdés az, hogy micsoda voltaképpen a daganatok természete. Az első daganatnak mirigyes szerkezete egész terjedelmében egyöntetű, eltérést csak a sejtek másodlagos elváltozása okoz. Szinte szabályosan egyforma mirigylumenek vagy mirigycsövek halmaza az egész, helyenként tágulással, illetve tömörüléssel, anélkül, hogy a tömörülés bárhol is hámszigeteket hozna létre. Tehát az a kép, amelyet általánosságban az adenomákban találunk. Eltérés ettől csak a szélrészeken, nevezetesen a bőr alól kiemelkedő darabban található; itt egyes sejtkötegek, tömött sejtsorok burjánoznak ki a felület felé, úgy azonban, hogy ugyanazon hámmeneteknek mélyebb, régibb részletei már mirigyszerűek. Ezt az eltérést a mirigyszaporodásnak természetes, törvényszerű, lassú kialakulása idézi elő: tudniillik először tömött hámmenet képződik, melynek szaporodó sejtjei utóbb lumen körül rendeződnek. Ilyen hámsorok termelése csak a felszín fölé is kiemelkedő nagyobb csomón található, míg a mélyben lévő kisebb részlet erősebb kötőszöveti rostokkal van a könnyezettől elválasztva. E régibb, kisebb csomó, a mely úgy látszik a növekedésében megállott, lehetett a daganat kiindulási pontja, míg a belőle kiemelkedő nagyobb csomó képviseli nemcsak a fiatalabb, de nagyságából következtetve, az intensivebben növekedő részletet. A daganat tehát adenomának felel meg, mely a mélyben képződve, ott fejlődésében megállapodott, majd valamely okból egy irányban bőséges szaporodásnak indult és ezzel a részlettel hirtelen a bőr felé tört ki. Ez az egyirányu gyors növekedés a daganatot fokozatosan atypusossá alakította át, amiért is a daganat kialakuló carcinoma adenomatosumnak (adeno-carcinoma), pontosan carcinoma adenoides gl. sudoriferae-nek tekinthető.

A második daganat ezzel szemben már első tekintetre is sokkal távolabb áll úgy az ép mirigyszövettől, mint az ebből kiinduló typusos daganatoktól. Szerkezete nem mirigyes, csupán mirigyre emlékeztető. Bár egész kiterjedésében tubulus-szerű hámmenetekből áll, melyek hol egyenes, hol kanyargós lefutásúak és néhol kisebb üröket is fognak körül, igazi mirigycsöveket sehol sem találunk. Az általános szerkezeti eltávolodás mellett a részletekben is több fokozatos

eltérés van a typusos jellegtől. Egyrészt a sejtek elrendeződése a hámmenetekben nem egyenletesen szabályos, hanem felette váltakozó, hol egy, hol két, néhol akár öt sejtsor alkot egy-egy ilyen menetet. A sejtek alakjában ugyan sehol sincsenek messzemenő eltérések a mirigysejt alakjától: de jóval nagyobb közöttük az egyenlőtlenség, mint a szabályos mirigyben. Továbbá, míg az előbbi daganatban, legalább a daganat egy részében szoros elhatárolódást találunk a szomszédos ép szövetek felé, addig itt ez seholsem mutatkozik, hanem a daganatszövet mindenütt éles határ nélkül megy át a környezetbe. A szövettani képen kívül a klinikai viselkedés szintén a daganatnak atypusos volta mellett szól. Oly daganat, mely gondos műtét után kiujul, magában hordja a rosszindulatúság jellegét. Az első daganat ezideig nem recidivált, minthogy a beteg a klinikán nem jelentkezett, noha minden eddigi sebészi beavatkozást igénylő betegsége esetén hozzánk fordult. Ebben az esetben csupán az utolsó néhány héten bekövetkezett hirtelen növekedés és a sejtdússág az, a mi az atypicitásnak nemcsak a gyanuját, de a lehetőségét is valószinűvé teszi. A második daganat minden kétséget kizáróan már kezdettől fogva mint atypusos hámdaganat, mint carcinoma indult meg.

A verejtékmirigyekből kiinduló daganatoknak vagy daganatos képződményeknek rendszerbe foglalása az eddigi vizsgálatok alapján a legtöbb szerző szerint lényegileg teljesen egyforma, csupán az egyes fajoknak csoportosításában találunk némi különbséget. Valamennyi között a legkönnyebben áttekinthető képet a Ricker-Schwalb-beosztás adja, mely szerint a következő daganatformák vannak:

1. Daganatok typusos, vagy megközelítőleg typusos hyperplastikus verejtékmirigyekből.
2. A verejtékmirigyek egyszerű és összetett cystikus daganatai.
3. Syringoma (hydradénome éruptif, *Jaquet* és *Darier*).
4. Adenoma.
5. Epithelioma.
6. Ezekhez csatlakoznak a carcinomák, melyek vagy a cystákból, cystikus papillomákból (fenti 2. csoport), vagy az adenomákból (4. csoport) indulnak ki.

Az adenomák további felosztása a következő;

1. az epidermissel összeköttetésben maradt adenomák,
2. az epidermissel össze nem függő adenomák,
3. vegyes adenomák (adenoma, haemangiomatosma).
4. a szeméremajak ugynevezett verejtékmirigy-daganatai.

Ha e beosztást elfogadjuk, akkor mind a két itt leírt daganatot az epidermissel össze nem függő adenomák, illetve carcinomák csoportjával kell vonatkozásba hoznunk. Még pedig az első daganatot mint carcinoma adenomatosumot, a másikat pedig mint az ilyen adenomából kiindult, most már teljesen atypusossá vált carcinomát. A két daganat nemcsak eredetében rokon, amennyiben a verejtékmirigyekből indultak ki, hanem abban is, hogy egyazon alaku mirigydaganatnak módosulatai a növekedés gyorsasága szerint. E növekedési elhajlás a normalistól okozza a két daganat kórtani és szövettani (morphologiai) különbségét. A verejtékmirigy-carcinomák, mint az idevágó egyéb közlemények is említik, alkatuk szerint vagy papillaris, vagy adenomás szerkezetüek; minden carcinoma tehát bizonyos rokonságot mutat a typusos cysto-papilloma vagy adenoma felé, a mi az itt leírt két esetben határozott átmenetté lesz. Ez azt látszik bizonyítani, hogy az atypusos verejtékmirigy-daganatok kiindulási pontja mindig valamely typusos daganatforma.

Papillaris carcinomát *Ricker* és *Schwalb* összeállítása szerint *Hedinger* (Frankfurter Zeitschrift f. Pathologie, 1911, 7. kötet), továbbá *Walko* irt le (Prager med. Wochenschrift, 1906). Ezek közül az első huzamosan állott fenn és csak később indult erősebb növekedésnek, mikor is végre a környéki mirigyekben áttételeket alkotott.

Az adeno-carcinomák csoportja valamivel nagyobb. Ha nem számítjuk ide *Verneuil*-nek 1854-ben közölt négy esetét, amelyeknek verejtékmirigy-eredetét sokan kétségbe vonták, bár *Ricker* és *Schwalb* mellette foglal állást, mindössze 10—12 ilyen daganatot találunk az egész irodalomban. Állatokon is észleltek többen hasonló daganatokat, mint *Schindelko*, *Siedamgrotzky*, *Werner*, *Liénaux* és *Creighton*. Mindeme daganatok inkább az idősebb korban, a 40. életéven túl lévő egyéneken fejlődtek, és áttételt csak egy esetben mutattak (*Kreibich*, Dermatologische Zeitschrift, 1907.) Egészen különös jellegű többszörös, multiplex daganat volt a *Darier*-től leírt, mely bár a belső szervekben áttételt nem okozott, mégis számtalan daganatos csomót alkotott a törzs bőralatti kötőszövetében (*Darier*, Arch. de médecine exp. et anatomie path., 1899). A daganatok egyike sem recidivált műtét után, valamennyien lassan növekedtek, néha akár éveken át hordta magán a beteg anélkül, hogy valami kellemetlenséget okozott volna. A daganatok szerkezete is különböző, hol tubularis, hol cystikus csövekből, hol pedig solid hámmenetekből állt. Annyira egyenletes szövettani szerkezetet, mint az itt leírt két daganatban, sehol sem találunk. A mirigyszerkezet elrendeződésére, a sejtek alakjára vonatkozólag a legtöbb szerző megegyező leirást ad. Majdnem mindenütt megtalálható, mint a mi eseteinkben is, vagy a membrana propria, vagy pedig a mirigysejtek szélén lévő kis cuticularis hártya. Membrana propriát az első daganatban, cuticulát a második daganat sejtjein sikerült kimutatni.

(Vége.)

Közlemény a 8. számu helyőrségi kórház belosztályáról.

A háborus vesemegbetegedésekről.

Irta: *Ujlaki Pál* dr., tartalékos főorvos.

A sok elnevezés és az ezzel járó zürzavar elkerülésére *Aschoff*, *Krehl* és *Müller* kidolgozott egy nomenclaturát és beosztást, *Aschoff* főleg a chronikus formákra, a mely séma, ha még nem is terjedt el általánosan, mindenesetre hivatva van némi rendszert teremteni az össze-visszaságban.

Legyen szabad *Aschoff* gondolatmenetére kissé kiterjeszkednem.

Aschoff szerint valamely biologiai rendszerre kétféleképp hathatnak külső, exogen tényezők: vagy úgy, hogy a tényező és a biologiai rendszer kölcsönösen hat egymásra (bacteriumok), vagy pedig úgy, hogy a tényező szerepe a változás létrehozása után megszünik (például trauma). Az első csoportba tartoznak általában a gyuladásos folyamatok, a másodikba a nem gyuladásosak.

Mi úton jöhet létre a rendszer nem gyuladásos zavara? A szerint, a mint a tényező a rendszer morphologiáját, anyag- vagy erőforgalmát érinti, beszélhetünk fejlődésbeli rendellenességekről és anyagcsere-zavarokról. Az energiarendszer változásai még nem eléggé ismertek és ezért gyakorlati szempontból elhagyhatók, annál fontosabbak azonban az anyagforgalomhoz tartozó keringési rendszernek zavarai. Természetesen a biologiai rendszer nem viselkedik e zavarokkal szemben teljesen passive, hanem bizonyos fokig alkalmazkodik hozzájuk, úgy hogy a restitutio ad integrum a compensatio, reparatio és reorganisatio stadiumain keresztül elérhető. Ez az alkalmazkodás azonban lényegesen különböző a gyuladásnál található alkalmazkodástól, mert itt a fenti stadiumok csupán bizonyos harcz, védekezés után érhetők el, harcz után, a mely a biologiai rendszer és az exogen tényező között jön létre. *Aschoff* tehát a gyuladás biologiai jellegét főleg ebben a kölcsönös harczban, a defensióban látja.

A gyuladásos, részben azonban a nem gyuladásos zavar is a biologiai rendszert bizonyos megváltozott állapotba helyezi, a mely állapotban főleg az alkalmazkodó képesség szenved bizonyos irányú változást. Ezt az állapotot jelöli *Aschoff* a „pathos“ szóval és ezzel kifejezi, hogy az illető állapot nem friss gyuladás, hanem vagy a gyuladás után megmaradó stationaer állapot, vagy pedig oly állapot, mely a fentemlített fejlődéstani, anyagcsere- vagy keringési zavarokon nyugszik.

Müller a tisztára nem gyuladás utáni állapot kifejezé-

sére az „ose“ végződést használja. Míg tehát *Aschoff* antithesise nephropathia-nephritis, addig *Müller*-é nephrose-nephritis.

Aschoff következőképpen csoportosítja a chronikus veseelváltozásokat:

I. Chronikus veseelváltozás fejlődéstani és morphologiai alapon:

1. Veleszületett cystás vese (nephropathia cystica).
2. Veserák (nephropathia carcinomatosa).
3. Hydronephrosisos zsugor-vese (nephrocirrhosis hydronephrotica).

II. Chronikus veseelváltozás, mely az anyagcsereforgalom zavarain alapszik:

1. Nephropathia diabetica.
2. N. urica, nephrocirrhosis urica.
3. N. amyloidea, nephrocirrhosis amyloidea.
4. N. basedowiana.
5. N. gravidarum.
6. N. degenerativa, nephrocirrhosis tubularis.

III. Chronikus veseelváltozás, a mely a keringés zavarain alapszik:

1. N. albuminurica orthostatica.
2. Pangásos vese N. cyanotica, nephrocirrhosis cyanotica.
3. Embolia utáni zsugorvese. Nephrocirrhosis embolica.
4. Angiosclerosisos zsugorvese:

a) senilis angiosclerosisos zsugorvese (azelőtt arteriosclerosisos zsugorvese);

b) genuin angiosclerosisos zsugorvese (azelőtt genuin zsugorvese).

IV. Chronikus veseelváltozások gyuladásos folyamatok után:

1. Haematogen zsugorvese:

a) tubularis gyuladás utáni zsugorvese (nephrocirrhosis tubularis);

b) glomerularis gyuladás utáni zsugorvese (nephrocirrhosis glomerularis disseminata et diffusa), azelőtt másodlagos zsugorvese;

c) interstitialis gyuladás utáni zsugorvese;

d) nephrocirrhosis apostematosa;

e) nephrocirrhosis tuberculosa.

2. Ascendáló urinogen zsugorvese:

a) nephrocirrhosis pyelonephrotica;

b) n. pyelonephrotica caseosa.

Az acut formák felosztásakor *Müller* irányító elvül szintén a pathogenesis elvét használja, a mi alatt újabban nem az aetiologiai alapot érti, hanem az elváltozás mikéntjét, azaz felosztásában kiinduló pontul az elváltozás továbbhaladásának útját veszi és eszerint két főcsoportot különböztet meg: ascendáló és descendáló vesemegbetegedést.

Az elsőhöz tartoznak az alsó veseútakból kiinduló sepsises és asepsises folyamatok és általában a vizelet-pangással járó veseelváltozások, míg a descendáló formához tartoznak azok a megbetegedések, a melyekben a betegségokozó tényező a vér útján jut a vesékbe. *Herxheimer* újabban az acut megbetegedés 3 anatomiai csoportját állítja fel: 1. a parenchyma degeneratiós (dystrophiás) elváltozásai (*Müller* nephrosisai); 2. a veseér rendszerének kóros elváltozásán alapuló vesemegbetegedések és végül 3. a tisztán gyuladásos formák, tulajdonképpeni nephritisek. (*Herxheimer*: Über den jetzigen Stand unserer anat. Kenntnisse der Nephritis und Nephropathien. M. m. W., 1918, 11.)

Ezután a kitérés után térjünk át a háborus veseelváltozások symptomáira és a therapia tárgyalására.

A frontról jövő elváltozások legnagyobb része a pathologusokegyöntetü véleménye szerint glomerulo-nephritis (95%), azaz gyuladásos folyamat, a glomerulus-capillarisok obliteratiójával, capsulitis obliteranssal és pericapsulitissel (félholdképek). Daczára a glomerulusuk domináló elváltozásának, elég gyakran találkozunk a csatornáim degeneratiójával is, az *Aschoff*-féle glomerulo-tubularis typussal, a melyet *Löhlein* azzal az összefüggéssel magyaráz meg, mely a glomerulus és a hozzátartozó csatorna-rendszer között áll fenn a táplálkozást illetőleg. Úgy hogy némely esetben alterálva lehet a glomerulustól kezdve esetleg a pelvisig a vese egész specifikus szövete. *Löhlein* és *Strauss* ezirányú vizsgálatai azért érdekesek, mert magyarázatát adják azoknak az eseteknek, melyekben a klinikai kép (oedema, hypochloruria) nem felel meg teljesen a glomerulo-nephritis symptomatologiájának. Ezek után az is érthető, hogy a különben jó prognosissal biró frontmegbetegedés chronikussá lesz és mint másodlagos zsugorvese esetleg a halál okává válik.

Az interstitium ritkán mutat kóros elváltozást, legfeljebb sepsises folyamatokban (metastasisos tályogok).

A megbetegedés acute kezdődik, esetleg subfebrilis hőemelkedésekkel. A beteg fejfájásról, levertségről, étvágytalanságról, hátfájdalmakról (vesetokfeszülés!), és ami különösen jellegzetes, bizonyos fokú nehézlégzésről, szívgyengeségről panaszkodik. *Müller* szerint ennek az acut szívgyengeségnek és nehézlégzésnek csak részben bronchiolitis vagy esetleges bronchopneumonia az oka, a fő ok a vasomotorok játékában beálló labilitas és hypertonia. A pulsus már ebben a kezdő stadiumban bradycardiás, a pulsusszám lemegy egészen 40-re. Sajnos, vérnyomásmérő nem állott rendelkezésemre, úgy, hogy csak tapintással, approximative itélhettem meg a vérnyomást. A pulsus a kezdő stadiumban nem feszes és a továbbiak folyamán sem lesz minden esetben azzá, a mi érthető is, ha tekintetbe vesszük, hogy a kóros elváltozás nem mindig diffus. A bradycardia azonban typusos és az oedema-stadiumban mindig meglelhető. Hogy ez a bradycardia a primaer, vagy pedig a hypertonia, bizonytalan; valószinűbb azonban, hogy a kettő közt nincs oki viszony, hanem mindkettő egyugyanazon hatásra vezethető vissza, még pedig bizonyos toxinok hatására, mely toxinok vagy a vaguson vagy a symphaticuson keresztül fejtik ki hatásukat és talán lehetséges, hogy ugyanezek a toxinok hozzák létre a capillarisokban azokat az elváltozásokat, amelyeket *Weiss*-nek sikerült újabban egy különleges technika segitségével az élő ember bőrcapillarisain kimutatni és a mely toxinokat szerepelteti *Romberg* is a hypertonia létrejöttében. Ezeken a bőrcapillaris-elváltozásokon alapszik a vesebetegeknek az a bizonyos jellegzetes bőrszine, a mely már távolról megengedi a vesebaj diagnosisát.

A leggyakrabban előforduló tünetek egyike az oedema, azaz helyesebben mondva a szervezet folyadékretentiója. Nemcsak a böralatti kötőszövetben gyülemlik fel a folyadék, hanem majd minden esetben találkozunk ascitessel vagy hydrothoraxszal is.

Általában két typust tudtam az észlelt esetekben megkülönböztetni. Az egyikben az oedema épp oly gyorsan tűnik el, mint a hogy jött, úgy hogy két-három nap mulva a betegek már oedemamentesen kerülnek az osztályra. Prognosis és intensitas tekintetében ezek a könnyebb esetek és egyszerű fektetésre meg erőteljes diaetára teljesen gyógyulnak is, a nélkül, hogy a vese functiójában akár a konyhasó-, akár a nitrogen-kiválasztást illetőleg valamilyen zavar maradna vissza. Sőt a megbetegedés tetőpontján még a konyhasó-kiválasztás sem tér el a normalistól, illetve némely esetben hyperchloruria is állhat fenn. Érdekes, hogy különösen az ily könnyű lefolyású esetekben volt erősen kifejezett a bradycardia.

A másik typust a lassan kifejlődő, de annál makacsabb oedema jellemzi. A vizeletretentio nem volt kifejezettnek mondható, csupán extrem esetekben és a vizelet napi mennyisége nem mutatta azokat az erős ingadozásokat, a melyek a könnyű esetekben fordultak elő. A napi mennyiség megmaradt bizonyos magasságban (700—1000 köbcentiméter) és csak erős diureticumokra emelkedett kevéssé. Ezek az esetek már az első vizsgálatkor rossz prognosist adtak. Szívhypertrophia, uraemiás rohamok, nagyfokú légszomj, esetleg tüdőoedema, collapsus gyakran előzték meg az exitust.

A két typus a bizonyos mennyiségben adagolt víz kiválasztásában is nagy különbséget mutat: a mig tudniillik az első typus a per os adott 3—4 pohár vizet 24 óra alatt prompte kiválasztja, addig a másik typusban nemcsak hogy

nem mutatkozik plus, hanem sokszor az előtte való nap vizeletmennyiségénél kevesebbet kapunk. A vesék tehát a folyadékmegterhelésre ellentétesen reagálnak.

Az oedema keletkezésének újabb elméletei (*Müller-Heineke*) a vese insufficientiája mellett mind nagyobb szerepet juttatnak a szövetek és a nyirokrendszer zavarainak. Az oedemafolyadék konyhasó-concentratiója jelentékenyen nagyobb, mint a serumé, így tehát egyszerű transsudatióról nem szólhatunk.

Fischer az oedemát e szövet- ést sejt-colloidok vízkötő képességének emelkedésével magyarázza, ennek okát pedig a szövetek aciditásának (tejsav) növekedésében találja. *Eppinger* már említett thyreoidin-kisérletei nemcsak a vízforgalom befolyásolhatóságát mutatják, hanem egyuttal a NaCl kiválasztását is. Szerinte a szervezet subcutan szövete bizonyos fokban depotja a NaCl-nak, a honnan a normalis szövet-osmosishoz szükséges sók időnként leadatnak. Ez a physiologás transsudatio kóros esetben exsudatióvá lesz, úgy hogy quantitative, esetleg qualitative különböző albumen jut a szövethézagokba (*Eppinger* „capillaris albuminuriája"), a mi viszont víz- és NaCl-kötéssel jár. A thyreoidin mint általános anyagcsere-stimulans a szövetbe jutott albument is gyorsabban bontaná el és így a víz és a NaCl felszabadulásával megszünnék az oedema is. (*Rössle*: Beziehungen d. path. Anatomie zur phys. Chemie. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung, 1918, Januar.) *Johnson* az érfal epithelsejtjeinek activ secretiójáról beszél, *Cohnheim-Magnus* az érfal átjárhatóságáról, *Achard* a szövetek fokozott konyhasó-éhségéről tesz említést, míg *Volhard* teljesen tagadja a vesék szerepét az oedemák keletkezésében. *Monakov* észlelete, hogy az oedema keletkezésének kezdő stadiumában és pneumoniában, a mikor tudvalevőleg szintén NaCl-retentiót találunk, a vér erősen besűrűsödik és a serum NaCl-concentratiója csökken, a vese tehát már kisebb concentratiójú serumot kap, az oedema histogen eredete mellett szól. *Müller* szerint tehát végeredményben az oedema és a vesék functionalis kiesése a NaCl-dal szemben nem egymás alá, hanem egymás mellé van rendelve és egyes esetekben a vizelet konyhasó-concentratio-csökkenésének az oka a szövetek konyhasóretentiójában keresendő.

A két fentemlített typus közti különbség tehát talán azon alapulna, hogy az intermittáló könnyebb esetekben csak a szövetek NaCl-retentiója szerepel, míg a makacsabbakban ehhez még a vese NaCl-kiválasztó képességének a csökkenése is járul.

Ezt a nézetet megerősiteni látszik *Jansen* egy újabb dolgozata, mely a *Müller*-klinikáról jelent meg. (Untersuchungen über Stoffumsatz bei Oedemkranken. Münch. med. Wochenschr., 1918, 1. sz.) Ebben a dolgozatában *Jansen* az úgynevezett oedemabetegek anyagcseréjével foglalkozik, a kiken szintén typusos az erősen kifejezett bradycardia (a pulsus 40—30) és az oedemák intermittáló jellege. Vizsgálatai révén arra a meggyőződésre jutott, hogy a hadi koszt „caloria-insufficientiája" és különösen az elégtelen zsir és a rosszul feldolgozható szénhydrátok (cellulose-tartalom!) negativ nitrogen-mérleget adnak, mely az izomfehérje rovására megy. A szétesö fehérje destructiós termékei okoznák azután primaer úton a szövetek folyadék-retentióját.

Lehetséges, hogy ugyanezek a szétesési termékek vese irritatio révén albuminuriát is hoznak létre, a mely a mi eseteinkben többé-kevésbé mindig fennállott. Ha ez az irritatio hosszantartó és erősebb fokú, akkor nézetem szerint nem lehetetlen, hogy az oedema-betegből vesebeteg lesz. Nem okvetlenül szükséges tehát az oedema-betegséget mint önálló külön kórképet felfogni (a háború pathologusai nagyon hajlanak az önálló új kóralakok konstruálására), hanem tekinthetjük egyszerűen a vesemegbetegedés első stadiumának. Ha sikerül a veséket a fentebb említett irritatiótól megóvni, akkor megmarad a tiszta oedema typusa; ha ellenben az irritatio előrehaladott vagy nagyobb intensitású, akkor kifejlődik a vesemegbetegedés valamelyik alakja. A veseszövet irritatiója vagy laesiója még nem jelenti a konyhasó-concentratio csökkenését és ennek megfelelően *Jansen* az ő eseteiben is normalis NaCl-kiválasztást talál, daczára annak, hogy a meglevő albuminuria már bizonyos fokú veseirritatióra vall. A vizeletüledék mikroskopi képe és a konyhasókiválasztás között magam sem találtam összefüggést. Lehet, hogy a NaCl-kiválasztás szabályozásában az idegrendszernek is van szerepe, a mi nincs kizárva, tekintettel arra, hogy gyakran találunk neurastheniásokon vagy hemicrania-rohamok után phosphaturiát és *Meier-Jungmann*, *Eppinger* fentemlített vizsgálatai egyenesen ki is mutatták az összefüggést az idegrendszer és a sókiválasztás közt. A kisérleti gyógyszertan feladata részletesen foglalkozni ezzel a kérdéssel.

A therapia és főleg a diaeta szempontjából azonban fontosabbak azok a vizsgálatok, a melyek a vese különleges functio-kieséseiről szólnak. Főleg 3 functióról van szó, melyeknek együttműködése biztosítja a szervezet rendes működését: a folyadék-, a konyhasó- és a nitrogen-kiválasztás. Ezek mindegyike lehet külön-külön csökkent, vagy pedig kombinálódhatik a három typus. A glomerulonephritisben nitrogen-retentiót találunk, a serum-maradék nitrogenje (Reststickstoff) több; a különböző nephrosisokban a konyhasókiválasztás csökkent, míg a frontveseelváltozásokban mind a kettő előfordulhat.

A legszembetünőbb és legkönnyebben követhető a folyadék kiválasztásában beálló zavar. A vizeletmennyiséggel összefügg bizonyos fokig a fajsúly is, úgy hogy a kettő együttvéve adja a vesék besűrűsítő képességének (Concentrationskraft) a fokát. *Korányi Sándor* és iskolája foglalkozott először a vizelet functiójának vizsgálatával a két fenti tényező és a fagyáspont-csökkenés alapján és az ő érdeme, hogy újabban a vesepathologiában mind nagyobb szerepet játszik a vese alkalmazkodó képességének a vizsgálata. Szerinte „a beteg vese vizeletének molecularis concentratiója a bajnak súlyossága szerint kisebb vagy nagyobb mértékben elveszti változékonyságát." Eme állapot jelzésére vezette be a hyposthenuria fogalmát, a mely magában foglalja a folyadék, a NaCl és nitrogen kiválasztásában beálló eltéréseket.

Különböző módszereket ajánlottak a folyadékforgalom vizsgálatára. Mindegyik többé-kevésbé nagymennyiségű vízadaggal kisérletezik (1—2 liter), pedig 3—4 pohár víz is elegendő. Nem elég azonban csupán a folyadék-megterhelést követő 24 órás vizeletmennyiséget figyelnünk, hanem czélszerű *Grote* ajánlatára (Der Koncentrations- und Wasserversuch als einfachstes Hilfsmittel zur Beurteilung der Kriegsnephritis. Münch. med. Wochenschr., 1917, 8. sz.) rögtön a folyadék-adagolást követő 4 órán keresztül félóránként mérni a vizelet mennyiségét. *Grote* szerint a vizeletkiválasztás görbéje kb. az első félórában éri el a tetőpontot és a normalis vese másfél óra alatt kiválasztja az adagolt folyadékmennyiség $^2/_3$ részét. A beteg vese bizonyos typusa vagy egyenletes, meglehetősen alacsony görbét mutat, vagy pedig a görbe erősen intermittáló, vagy csupán a 3.—4. óra végén emelkedik valamelyest.

Ez a megterhelési mód nagyon ajánlható, már csak azért is, mert gyorsan nyujt áttekintést, nem kényszeriti a beteget 24 órás folyadék-bőjtre és kisebb a lehetőség, hogy 4 óra alatt a vesekiválasztást bizonyos factorok befolyásolják. Osztályunkon minden esetben elvégeztük ezt a próbát, kivéve a kifejezett oedema-eseteket, a melyek, mint fentebb mondottuk, valószínűleg extrarenalis eredetűek, az adagolt folyadékot visszatartanák, mielőtt még az a vesékhez kerülne és így a kiválasztási görbe nem adná a vese munkájának valódi képét. Csak abban az esetben szorítottuk meg a folyadék-felvételt, ha a kiválasztási görbe alapján a folyadék kiválasztása elégtelen volt. Czélszerű a vizeletmennyiséggel egyidejűleg a fajsúlyt is mérni, még pedig 1 gramm konyhasó adagolása előtt és után, abból a szempontból, hogy mutat-e a fajsúly ingadozásokat. T. i. a beteg vese által kiválasztott vizelet fajsúlya rendesen megállapodik bizonyos magasságban és alig mutat kitéréseket. Az alkalmazkodás csak szűk határok között mozog. Pontosabb vizsgálatokhoz a különböző szerzőktől (*Strauss, Hedinger, Schleier*) ajánlott próbadiaeták

Beteg június 1.-e óta.	Név: P. S.					Kórok: áthülés?		
Keltezés:	június 14	június 18	június 21	június 28	június 25	július 2	július 5	*Klinikai megjegyzések:*
Vizeletmennyiség 24 ó.:	900	1150	1250	850	1050	1850	2218	Baloldali hydrothorax, erősen kifejezett anasarka. Bronchitis diffusa. Szív normalis. Pulsus bradycard (48), kissé feszes. Sensoriuma normalis.
Fajsúly:	1017	1017	1019	1018	1020	1020	1080	
Üledék mikroskopi képe:	Hyalin, granulált cylinderek, vörös vértestek	Idem	Idem	Látóterenkint kevesebb cylinder, vörös vértestek	Idem	Néhány cylinder, vörös vértest	Idem	
Albumen ‰:	9·0	7·0	7·0	5·0	3·0	3·0	1·75	
NaCl %:	0·25	0·3	0·3	0·4	0·6	1·0	1·0	
NaCl absol. menny:	2·25	3·45	3·75	3·40	6·3	18·50	22·80	
NaCl per os:	—	—	—	—	1.0	—	—	

állottak rendelkezésünkre, a melyek közül mi a *Strauss*-félét választottuk, mert nézetünk szerint ez enged leginkább betekintést a folyadék-, NaCl- és nitrogen-kiválasztásba és azonkívül úgy van összeállítva, hogy a délelőtt folyamán főleg a vesék higító képességét, délután a concentráló erejét figyelhetjük meg. A concentráló képességet úgy is észlelhetjük, ha *Volhard* szerint a beteget 36 órán keresztül szomjaztatjuk, a mikor is a normalis vese kénytelen a szervezet bomlástermékeit concentrált vizelet alakjában eliminálni. A beteg vese ezt nem tudja, a vizelet fajsúlya alig mutat változást. A veséket megterhelhetjük oly anyagokkal, a melyeket már physiologice is tartalmaz a vizelet (konyhasó, carbamid, kreatinin), vagy pedig teljesen idegen anyagokkal (festékek, jodkali, tejczukor). Természetes, hogy az utóbbi módszer teljesen illusorius, hiszen a szervezetre nézve teljesen közömbös lehet, hogy ki tudja-e választani például a methylenkéket vagy nem; a fontos az, hogy tudja-e a mindennapi anyagcsere termékeit eliminálni. Ez különösen a beosztásra kerülő reconvalescens vesebeteg katonáinknál fontos, mert addig, míg a vesék higító és concentráló képessége nem teljesen normalis, legfeljebb csak egészen könnyű szolgálatot javasolhatunk.

Sajnos, sem nitrogen-, sem carbamid-meghatározásokat berendezés híján nem végezhettünk. Ezt azonban részben pótolja a fajsúlymérés, úgy hogy még kevésbé felszerelt laboratoriumban is keresztülvihető *Strauss* módszere. A konyhasómeghatározást *Mohr* szerint végeztük, még pedig úgy, hogy az erősen színes vizeletet először állati szénen megszűrtük, illetve színtelenítettük.[1] Kellő gyakorlat mellett épp oly pontos módszer, mint *Volhardt*-é.

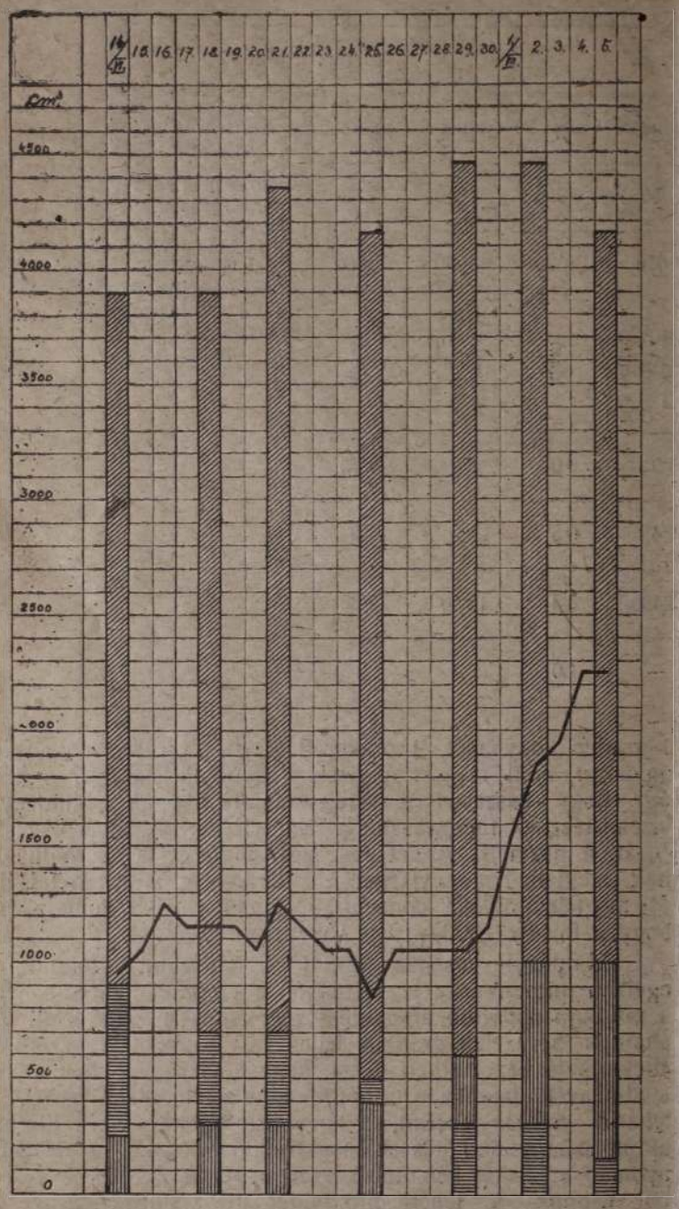
A diaeta a következő: A kisérleti napot megelőző este kap a beteg két tojást, 1 gramm konyhasót (ostyában), kevés kenyeret és 200 köbcentimeter folyadékot (*Strauss* teát ír elő, mi azonban vizet adtunk, hogy a tea diuresises hatását kiküszöböljük). Másnap reggel 6 és 7 órakor vizel a beteg, ezután kap egy liter folyadékot (limonádé vagy málnaszörp) azzal az utasítással, hogy 11 óráig óránként vizeljen, a nélkül, hogy közben enne vagy inna; 11-kor kap 100 gramm sajtot, 1 gramm konyhasót, 1 órakor 3 tojást, 1 gramm sót, 4-kor ugyanazt, mint 11-kor. A vizeletet gyűjtjük 1, 4 és 7 órakor, úgy hogy összesen 9 vizelet-adatot kapunk. Mindegyik vizelet-résznek följegyezzük a mennyiségét, fajsúlyát és NaCl %-át. A normalis vizelet az egyes megterhelési periodusoknak megfelelő mennyiséget, emelkedő vagy sülyedő fajsúlyt és megfelelő NaCl concentratio-ingadozásokat mutat, úgy hogy a fajsúly 1003—1040 között mozoghat.

Mindegyik vesebetegünkről két táblázatot vezettünk, az egyiken numerikusan jegyeztük fel a vizsgálatok eredményét, a másikon nagyobb áttekinthetőség kedvéért grafikusan. Az általunk bevezetett grafikus feljegyzés roppant egyszerű és áttekinthető képet ad, daczára, hogy a vizsgálat négy irányú eredményét mutatja, tudniillik a vizelet mennyiségét, a fehérjét *Esbach* szerint, a konyhasó %-ot és az 1 literben oldott szilárd alkotórészek megközelítő értékét, a melyet *Hesse* nyomán a fajsúly két utolsó számjegyének 2·3-del szorzásából kapunk. A fehérje-pro millet a vízszintesen árnyékolt oszlop jelzi, még pedig úgy, hogy 100, 200, 300 stb. 1+2+3 pro millet jelent. A konyhasó-százalék a függőlegesen árnyékolt oszlop, csakhogy itt 100, 200, 300 stb. 0·1, 0·2, 0·3 százalékot jelent és csak 1000 jelent 1%-ot. A ferdén vonalkázott oszlop a *Hesse*-féle szám, a vizeletmennyiség pedig (24 órás) köbcentimeterekben van megadva. A grafikai feljegyzés nagy előnye, hogy első tekintetre tisztában lehetünk a vesék állapotával, még pedig a szerint, hogy parallel mozog-e a mennyiség görbéje a *Hesse*-féle számmal, vagy pedig nem. Ebből következtetünk a vesék concentráló képességére. A concentrálni nem tudó veséknél a fajsúly kicsi, a vizeletmennyiség relative nagy. Úgyszintén a NaCl és az albumen-oszlopok emelkedései vagy esései szintén javulást vagy rosszabbodást mutatnak.

Legyen szabad a táblák használatát egy esetben bemutatni.

P. S. gyalogos 1917 június 14.-én kerül osztályunkra erősen kifejezett oedemákkal, baloldali hydrothorax-szal. Bradycardia (48), a szív különben normalis. Az aznap megejtett vizeletvizsgálat nagymennyiségű albument (9 pro mille), de annál kisebb concentratiójú konyhasót mutat (0·25%). A vizeletmennyiség is meglehetősen kevés. A *Hesse*-féle szám (a fajsúly két utolsó számának 2·3-del szorzata) absolut nagysága ebben az esetben nem jelent sokat, tekintve a 9 pro mille albument. A relativ emelkedése (június 21.-én) azonban, a nélkül, hogy azon a napon a vizelet mennyisége csökkent vagy pedig az albumen emelkedett volna (a NaCl-concentratio sem változott 18.-a óta) sejteti velünk, hogy a vesék concentráló képessége még nem mondta fel teljesen a szolgálatot és hogy a vese a javulás útján van. A későbbiek igazolják is, amennyiben a NaCl-concentratio állandóan emelkedik, sőt

[1] Nagyon ügyes a *Strauss*-féle chloridometer, melybe az Esbach-csőhöz hasonlóan A-jelig a következő folyadékból öntünk: arg. nitr. 17·5 gramm, acid. nitr. puriss. 900 köbcentimeter, liquor. ferri. sulfurici oxyd. 50 köbcentiméter, aq. dest. ad 1000, az U-jelig pedig vizeletet. Összekeverés után pedig cseppentünk N/20 rhodanammoniumot, mig az egész narancssszinű lesz. A cső falán lévő beosztás százalékban adja meg a konyhasó-concentratiót. A chloridometer kapható *Paul Altmann*-nál, Berlin, Luisenstrasse 47.



a június 29.-én a per os adott 1 gramm konyhasót kiválasztja a vese anélkül, hogy a vizelet fajsúlya csökkenne, ellenkezőleg ez még emelkedik is. Érdekes az egyszer adagolt diuretin folytonos hatása. Szinte arra lehetne gondolni, hogy az 1·5 gramm diuretin a vese-érrendszer görcsét oldotta fel, amire már *Volhard* is gondol, amikor egyszerre nagymennyiségű viz adagolásával akarja a spasmust („Wassersperre") áttörni. A vizeletmennyiség növekedésével együtt halad a NaCl eliminálása is, lehetséges, hogy szintén a diuresis hatására, de valószínűbb, hogy a szövetekben deponált konyhasót a meginduló vizáram egyszerűen kimossa. A beteg különben körülbelül egy hét mulva gyógyultan, minden functiozavar nélkül hagyta el osztályunkat.

(Vége következik.)

Influenza és collargol.

Irta: *Bihari Arnold* dr.

Benedek és *Koronka* kartársak közleményét olvasva, szeretnék néhány szóval megemlékezni arról, hogy milyen eredményeket láttam én, mint a banjalukai kórház egyik osztályának vezetője, az influenza (spanyol láz) collargollal való kezelése körül.

Előrebocsátom, hogy az alább megirt kezelésmódot 1918 augusztus hó elején, illetve július végén kezdtem alkalmazni, anélkül, hogy bármi ezt tárgyaló közleményt valahol is olvastam vagy bárki is erre figyelmeztetett volna. Tekintve, hogy a megfigyelésre kb. 300 esetben volt alkalmam (Banjalukán rendkivül erős és súlyos influenza-járvány dühöngött kb. 1918 november végéig), azt hiszem nem lesz érdektelen, ha pár szóval én is beszámolok észleleteimről, bárha azok az eredményt illetőleg valamivel a *Benedek* és *Koronka* karárséi mögött maradnak.

Szükségesnek tartom megemliteni, hogy azért gondoltam a collargolra, mert az első, influenzában elhalt egyének kórbonczolásakor a legtisztább sepsis képét láttam (sepsises lép, szív stb.) s kiindulva abból, hogy a septicaemiás egyéb megbetegedésekben is milyen jó eredménnyel használtuk a collargolt, arra gondoltam, hogy megpróbálom ebben a betegségben is, amelynek aetiologiájával akkor még annyira sem voltunk tisztában, mint ma. Eredeti collargol hiján én is arg. colloidale 2%-os oldatának 6—10 cm^3-ét adtam intravenásan. Az eredmény annyira felötlő volt, hogy az epidemia egész tartama alatt mindvégig megmaradtam e kezelésmód mellett, sőt ugyanezt kipróbálták ajánlatomra más kartársak is az enyémhez hasonló eredménnyel.

Eleinte 6, később 10 cm^3-t adtam intravenásan, még pedig két, de sok esetben három izben is ugyanannak a betegnek. Kellemetlen tüneteket sohasem láttam, leszámitva 3 esetet, amikor az injectio után félórával rendkivül erős rázóhideg jelentkezett, ami azonban sem a prognosisra, sem a lefolyás mikéntjére nem volt befolyással.

Ami már most a hatást illeti, legtöbbször annyira szembeszökő volt, hogy akármilyen szigorú objectivitással néztük is a kórtörténeteket és lázlapokat, végül mégis el kellett fogadnunk, hogy ha a collargol nem is specificuma az influenzának, de mindenesetre hatékony gyógyszere, s miután jobbal mindezideig nem rendelkezünk, ajánlatos minden esetben megpróbálkozni vele.

Körülbelül 250 collargollal kezelt esetről számolhatok be, s ha az eredmények nem olyan jók, mint az emlitett kartársaké, annak oka talán nem utolsó sorban az, hogy az esetek egy része már szinte reménytelen állapotban (mindkét oldali kiterjedt pneumonia stb.), 1—2 napos kocsiút, vagy 3—4 napi ápolás nélkül eltöltött idő után került hozzám; nem kis szerepet játszott az odavaló betegeknek tuberculosissal terhelt, gyenge egészségi állapota. A már fennálló pneumoniát természetesen sok esetben collargollal sem sikerült befolyásolni, de nem segítettek ilyen esetekben más szerek (camphora, sublimat) sem.

Ezeket a reménytelen eseteket — kb. 8% — leszámitva, a többiben a collargol hatását a következőkben foglalhatom össze:

A hőmérséklet az injectiót követő 4—5 óra után kritikusan esett le, majdnem minden esetben a normalisra, ritkán maradt subfebrilis 24 órán keresztül, mikor is sokszor újabb emelkedés következett be. Ilyenkor adtam még egy injectiót és sok esetben anélkül, hogy a klinikai tünetek különben javalták volna, még egy harmadikat is. A második injectio után a hőmérsék kivétel nélkül minden esetben rendes maradt, ilyen volt a sensorium is.

Ami a physikalis tüneteket illeti, a bronchialis diffus huruttól a legsúlyosabb pneumoniáig, a pleuralis folyamatokat is beleértve, a lefolyás gyorsult, a bronchialis folyamat minden esetben jobbindulatúvá vált és csak felette ritkán fordult elő, hogy az injectio után pneumonia fejlődött volna.

Sohasem fordultak elő collargol után oly szövődmények amilyenek a collargol nélkül kezelt esetekben gyakoriak voltak (parotis-tályog, otitis stb.)

Természetesen a collargolon kivül minden egyéb belgyógyászati segédeszközt is igénybe vettem (hydriaticus kezelést, exspectoransokat stb.) E helyen nem mulaszthatom el megemliteni, hogy sokszor igen jó eredménnyel használtam a mustárlisztes borogatásokat pneumonia és pleuritis eseteiben.

Még egyszer összefoglalva, azt hiszem, hogy ez időszerint a collargol a legjobb szer az ú. n. „spanyol láz" minden esetében. Ellenjavalata nincs.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Könyvismertetés.

Georg Dorner: Klinische Studien zur Pathologie und Behandlung der Diphtherie. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1918. 136 oldal.

Az 1914—1916-ban Lipcsében észlelt diphtheria-járvány alapos megfigyelése és analysise alkotja a mű gerinczét. *Dorner* fejtegetéseinek legérdekesebb része az, mely a gyógysavóval eszközölt kezelésre vonatkozik. *Strümpel*-lel együtt — ki a könyvhöz meleg hangú előszót írt — bírálatában tartózkodó; nem tagadja az antitoxikus serum értékét, de kijelenti, hogy a súlyos esetek 12—14%-ában az intravenásan alkalmazott nagy adagok daczára sem látott eredményt. A therapia kritikus megvilágításán kívül különösen a szívtünetek pontos megfigyeléséből leszűrődött adatok ismertetése emelendő ki. *Deutsch Ernő.*

Kurt Singer: Die Schreck-Neurosen des Kindesalters. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1918. 71 oldal.

A háború a traumás neurosisok tanának elméleti és gyakorlati analysisére bőséges anyagot nyujtott, mely a gyermekkorban tett észleletek kiegészítéséhez és értelmezéséhez természetszerűen sokban hozzájárult. A szerző gazdag klinikai anyag alapos tanulmányozása révén tárgyalja az ijedtséget mint psychés és neurosisos zavarok okozóját, ismerteti az ijedtséggel együtt járó somatikus tüneteket, az ijedtség okozta megbetegedések pathogenesisét, prognosisát és therapiáját, végül a gyermekkori psychosisokra vonatkozó történelmi és statisztikai adatokat. *Singer* teljesen modern csapáson halad, nem foglalkozik tüzetesen a *Charcot*-iskola tanításai szerint a stigmákkal, hanem a fősúlyt a psychés összhabitus elemzésére fekteti, mellőzve a hysteriás roham formáinak részletes ismertetését. A gyermek- és idegorvost egyaránt érdeklő tanulmány az ez irányú irodalom határozott gazdagodását jelenti.

Deutsch Ernő.

Belorvostan.

A peritonitis tuberculosa exsudativa nitrogen-kezeléséről ír *Schlesinger*. *Brückner* volt az első, a ki nitrogennek a hasűrbe insufflatiójával gyógyulást ért el peritonitis tuberculosa esetében. *Brückner* az eredményt arra vezeti vissza, hogy a nitrogen által elválasztott peritonealis felületek nem nőhetnek össze, adhaesio tehát nem jöhet létre, másrészt az exsudatumnak gyorsabb felszívódását is észlelte. *Brückner* a nitrogen insufflatióhoz ugyanazon készüléket használta, mint a mesterséges pneumothoraxhoz s levegő helyett a nitrogent azért választotta, mert lassabban szívódik fel.

Míg *Brückner* közlése egy esetre vonatkozik, *Schlesinger* 6 esetben alkalmazott nitrogen-insufflatio kedvező eredményéről számol be. Az első eset húsz esztendős beteg, kinek nemcsak hasűrében, de a mellkasában is volt exsudatum. 9 liter ascites lebocsátása után 1100 cm^3 nitrogent insufflált a hasűrbe. Egy heti időközökben ismételt punctióra a harmadik héten ascites nem volt. A punctiókkal parallel utántöltést végzett, 500—850 cm^3 mennyiséggel. A beteg 6 hét mulva láztalanul, súlygyarapodással, teljes subjectiv jóléttel bocsáttatott el. Pleuralis exsudatuma beavatkozás nélkül szívódott fel.

A többi 5 eset közül kettő tisztán hasi folyadékfelhalmozódásra vonatkozott s hasonló kezelés mellett kb. ugyanazon idő alatt gyógyultak klinice. A 3 további ismét exsud. pleuriticummal volt kapcsolatos s az elsőhöz hasonlóan a mellkasi exsudatum itt is beavatkozás nélkül szívódott fel.

Az ascites felszívódása minden esetben gyors volt s 2—6 hét között ingadozott. A beavatkozás egyszerűsége és veszélytelen volta is az alkalmazása mellett szól.

A peritonitis tuberculosa adhaesiv formájánál az insufflatio nem alkalmazható, mert nemcsak hogy eredménytelen, de kinzó fájdalmakat is okoz. Az insufflatióval kezelt exsudativ alakok sem tekinthetők az idő rövidsége miatt végleg gyógyultnak s további ellenőrzést igényelnek. (Therapie der Gegenwart, 1919, 1. füzet.) *Weber* dr.

Az intracardialis injectióról ír *von der Velden*. Analeptikus szereknek közvetlenül a szívbe való fecskendezését a szerző 1906 óta 45 esetben alkalmazta. Javalt az eljárás olyan esetekben, midőn semmi más módon nem tudjuk a gyógyszert a szívhez juttatni, tehát a vena jugularis felől sem. Az eljárás megindítója gyanánt azon esetek szerepelnek, melyekben a szívműködés megszűnte után légzés még volt s így peripheriás alkalmazás mellett gyógyszert a szívhez juttatni nem lehetett. Az intracardialis injectio beszúrási helye a bal 4. vagy 5. bordaköz két harántujjnyira a sternum bal szélétől. Ez esetben az a. mammaria interna biztosan elkerülhető s az esetek többségében a jobb kamarába, ritkábban a jobb pitvarba jut a tű. Természetes, hogy a beszúrás helye a diaphragma állása, a thorax alkata és a szív viszonyai szerint változni fog. Az eszköz közönséges Record-fecskendő, a rendesnél 2—3-szorta hosszabb, de ugyanoly lumenű tűvel. Az injectio helye a jobb kamara myocardiuma, esetleg epicardiuma, s helyesen jegyzi meg a szerző, hogy talán nem is annyira a befecskendezett gyógyszer, mint a myocardium közvetlen mechanikai izgatása idézi elő a szívcontractiókat.

Injectiós folyadék gyanánt a szerző strophantint, digifolint, digipuratumot, ol. camphoratumot, coffeint és adrenalint használt legfeljebb 1 cm^3 mennyiségben.

Az injectio pillanatában még a bódult beteg is fájdalmat jelez. Az eredmény az esetek $^1/_3$-ában tökéletes volt: a vérkeringés ujra megindult, a pulsus érezhetővé vált, a szívhangok hallhatók lettek. Főleg a myocardium elváltozásait mutató szívbetegek reagáltak jól az eljárásra, míg a sepsises, typhusos, spanyol influenzás betegek refractaer módon viselkedtek. De a reagáló esetekben sem sikerült 8 óránál tovább fenntartani a vérkeringést s a megismételt injectiók is eredménytelenek maradtak. Az eljárás jelentősége inkább a narcosisos és operatiós collapsus eseteiben domborodik ki, amidőn még functióképes szívről van szó. (Münchener med. Wochenschrift, 1919, 10. szám.) *Weber* dr.

A digitalisnak a vízforgalomhoz való viszonyáról ír *L. Krehl*. Közleményében a digitalishasználat indicatióit veszi revisio alá s elsősorban rámutat a digitalisszal való gyakori visszaélésre. Kétségtelen ugyanis, hogy oedemás, hydropsos, cyanosisos betegek vízgyülemeiket egyszerű ágynyugalomra is elveszíthetik, mindennemű gyógyszeres kezelés nélkül. Az ágynyugalom eme hatása független a vérkeringési zavart előidéző októl, mely épp úgy lehet billentyűhiba, mint lobos myopathia avagy nephritises szívinsufficientia. Nem jönnek tekintetbe a pulsus-arythmiák, valamint a pulsus-szám sem. Az ágynyugalom hatását lényegesen fokozhatjuk a Karell-kúra alkalmazásával. Az eredetileg 1—$1^1/_2$ liter tejből álló (24 órában) Karell-kúrát variálni lehet víz itatásával s egész 2 literig emelhető a napi mennyiség anélkül, hogy az eredményt csökkentené. Sőt kiegészítette sótalan búzakenyér és sótalan vaj adagolásával is. Kompot, ha a víztartalmát számításba vesszük, szintén megengedhető. A diaeta összeállításakor szigorúan individualizálni kell az eset könnyű vagy súlyos volta szerint. E kúrák hatása 24—36 óra mulva szokott jelentkezni s a diuresis megnövekedésében, a vizelet szilárd alkotó részeinek (NaCl) s így fajsúlyának emelkedésében nyilvánul. A tej hatására gyakran a perspiratio insensibilis is jelentékenyen megnövekszik egyelőre ismeretlen okból. A diuresis növekedésével együtt halad a betegek közérzetének javulása: mozgékonynyá válnak, légzésük könnyebb lesz, alvásuk visszatér. A Karell-kúrára számos esetben a keringési viszonyok is javulnak, de nem mindig, s ezért nem nélkülözhető teljesen a digitalis. Különösen javalt a digitalis alkalmazása irregularitas perpetua eseteiben, ahol az ingerületek számának csökkenését, teljesebb diastolékat és systolékat érhetünk el vele.

Végeredményben tapasztalatait abban foglalja össze, hogy amennyiben fenyegető veszély nincs, kíséreljük meg digitalis nélkül a cardialis oedemák lecsapolását, de ha a subjectiv panaszok súlyosak, a keringési zavar nagy, akkor mindenesetre fennáll a digitalisadás indicatiója. (Deutsches Arch. f. klin. Med., 1919, 128. köt.) *Weber* dr.

Az ochronosisról ír *Gross* greifswaldi tanár. *Allard* és *Gross* mutatta ki először, hogy az alkaptonuria és ochronosis azonos anyagcsere-zavarra vezethető vissza s hogy az alkaptonuria hosszabb fennállása után szükségképpen ochronosisra vezet, mely csak akkor nem mutatható ki, ha a kifejlődéséhez szükséges idő rövid volt. Ugyancsak e szerzők mutatták ki, hogy a régi alkaptonuriásokon előforduló arthropathiák genetikailag az alkaptonuriával szorosan összefüggnek (arthritis alkaptonurica). A szerzőknek sikerült porczdaraboknak homogentisinsavba való helyezésével mesterséges ochronosist előidézni. Ilyenkor a porcz feketére festődik, a környező kötőszövet fehér marad, tehát az igazi ochronosisnak megfelelő kép áll elő. A chronikus carbolintoxicatiónál az ochronosishoz hasonló kép szokott előállni, de ez kísérletileg, porczdaraboknak carbolsavba való helyezésével nem idézhető elő. Ezért a chronikus carbolmérgezésnél jelentkező ochronosis nem azonos az alkaptonuriással, annál kevésbé, mert míg ez utóbbinál sohasem hiányzik a kisérő arthritis, addig carbolintoxicatiónál eddig arthritis nem fordult elő. Míg a carbolos ochronosis jelentéktelen elváltozás, addig az endogen alkaptonuriás ochronosis súlyos, progressiv bántalom. (Deutsches Arch. f. klin. Med., 1919, 128. köt.) *Weber* dr.

Gyermekorvostan.

A diphtheriának közönséges lóserummal való kezeléséről értekezik *Joannovics* tanár. *Bingel*-nek az Archiv für klin. Medizinben megjelent czikkére reflektálva, visszautasítja e szerző állításait. *Bingel* ugyanis nem hisz a diphtheriaellenes gyógysavó antitoxikus hatásában, szerinte a serumban csak a fajidegen fehérjének van gyógyító hatása s így a közönséges lóvérsavóval ugyanazt az eredményt érhetjük el, mint az immun serummal. Ebben a meggyőződésében állítólag megerősítik kísérletei, melyeket betegein végzett, minden első beteget immun, minden másodikat közönséges lóserummal kezelvén. Kétségtelen azonban, hogy elejétől-végéig helytelen a statisztikája, különösen azért, mert tisztán a véletlenre bízta, hogy mely eseteket kezeljen immun s melyeket közönséges serummal, nem tekintve a beteg korát, a betegség súlyosságát, sem pedig friss vagy régibb voltát.

Joannovics szerint *Bingel* kísérletei diphtheriás betegeken közönséges lóvérsavóval *elvetendők*, mert eljárása megfosztaná a betegeket egy évtizedeken át kitűnően bevált gyógyító eszköztől, anélkül, hogy helyette jobbat adna. Aránylag kevésszámú vizsgálatából levont eredménye statisztikailag értéktelen, mert sok fontos szempontra nem terjed ki a figyelme. Egyébként is a kérdés tisztán klinikai kísérletekkel nem dönthető el, csakis állatkísérletekkel, ami különben az ő vizsgálatai előtt már rég megtörtént. (Wiener klin. Wochenschrift, 1919, 9. szám.) *Benedek Elek* dr.

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1919, 12. szám. *Pogány Ödön*: Az öncsonkitási szándékból létrehozott fülbetegségek kórisméje és gyógykezelése. *Scipiades Elemér*: Háborús viszonyok a szülészetben és nőgyógyászatban.

Budapesti orvosi ujság, 1919, 13. szám. *Bartók Imre*: Neurastheniás szemjelenségek. *Gergely Jenő*: Szokatlanul nagy pleurafibroma esete.

Vegyes hirek.

Választás. A fővárosi tanács a Telepy-utczai közkórház sebészfőorvosi állására *Borszéky Károly* dr.-t, a Margit-közkórház főorvosát helyezte át, az ekként megüresedett sebészfőorvosi állásra pedig pályázatot írt ki. A Szent István-közkórház nőgyógyász-főorvosi állására *Nádory Béla* dr. alorvost választotta meg, a Kun-utczai bőrgyógyászati főorvosi állásra pedig *Beck Soma* dr. rendelőorvost.

Mester Emil dr., akit a székesfehérvári György-kórház főorvosává neveztek ki, állását nem foglalta el és tovább Budapesten folytatja működését.

Személyi hirek külföldről. *Fr. Weber* dr., cz. rendk. tanárt a bábaképző-intézet igazgató-tanárává nevezték ki Münchenben.

Klimatikus otthon vérszegény nők számára

Liptóbodafalva. Vasuti állomás Liptószentmiklós. Kies fekvés. Naponta őtszöri étkezés; tejkura. Kellemes kirándulások, gyönyörü sétányok, legnagyobb nyugalom; nap- és légfürdők. Mérsékelt dijak, Az Otthon orvosa: Dr. Hoffmann László, kórházi főorvos. Az odautazás nehézségekkel nem jár, a megszállás nem érezhető; bővebb felvilágositás és prospektus kapható: „Petőfi" Irodalmi Vállalat, Budapest, VI., Kertész-utcza 16. sz.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szerum-intézet r.-t Budapest, VI., Teréz-körut 31. sz
Bakteriologiai, serologiai, vegyi vizsgálatok. Dajka vizsgálat. Telefon 20—19

Dr. Re ch-féle Budapesti medico-mechanikai **ZANDER** -intézet. Semmelweis-utcza 2. Kossuth Lajos-utcza sarkán.
Vezető orvosok: Dr. Melha Armand Dr. M. Hilf Paula és Dr. Mandler Ottó.

Dr. RINGER elme- és kedélybeteg gyógyintézete :: újonnan kibővítve ::
I., Lenke-út, Kelenföldi vill. megálló. Telefon: József 83—21.

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma Rákóczi-út 13. Telefon: József 104-22.

Csernel–Bloch–Rajka Bakteriologiai laboratorium. Dajka-vizsgáló intézet. Sas-u. 20. Tel. 159-69.

Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

Fővárosi Fasor Sanatorium
Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére.
Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztálylyal kibővitve.
Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15—26.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA
VII., Városligeti fasor 13—15. Telefon: József 52—29. — Sebészeti-, női-, belbetegek, szülőnőknek. — Radium-kezelések. — Vegyi Röntgen-laboratorium.

Dr. HOFFMANN JENŐ Telefon 104—61.
PHYSIKOTHERAPIAI INTÉZET Budapest, VI., Váczi-körút 51. sz.
Az egész Röntgen-diagnostika s therapia. Az összes electrodiagnostikai s therapiai eljárások. Mindenféle massage. Quarzlámpa. Szénsavhó és kozmetikai kezelések.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos **bőrgyógyitó es kosmetikai intezete**
Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyitás. Röntgen. Antontherapia, forró légkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47.
Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

Istvánuti Sanatorium
Budapest, VII., Hungária-ut 9 (István-ut végén). Telefon József 91-47.
Sebészet, belgyógyászat, nőgyógyászat, szülészet és vizgyógyintézet.
Röntgen. Rádium-kezelés.

Alkoholelvonó-intézet. Az Általános Közjótékonysági Egyesület Rákospalotai Gyógyitóháza Rákospalota, Árpád-utcza 12. — Psychotherapia — Foglalkoztatás. — Vizgyógymód. — Prospektus.

Dr. Székely–dr. Szilas diagnostikai laboratoriuma, Erzsébet-körut 22. Tel.: 97-60. Dajka-vizsgálat.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest
A régi nagyhirü Sárosfürdő 47° C forrásai
Termalis és fisikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, inhalatorium, pneumatikus kamra, gépgyógyászat és orthopaedia, stb.
Főorvosok: Termalis kurák: *dr. Bosányi Béla, igazgató.*
Gépgyógyászat: *dr. Erdős Géza.*
Vizgyógyászati osztály: *Dr. Benczur Gyula*, egyet. m. tanár.
Belgyógyászati gyógymód: *dr. Safranek János*, egyetemi m.-tanár.
Röntgen-laboratorium: *dr. Simonyi Béla.*
Kivánatra prospektus. Kivánatra prospektus

Therapia sanatorium Budapest, VII., Városligeti fasor 11. Telefon József 14—51.
Belbetegek részére. — Vizgyógyintézet. — Laboratorium. — Röntgen.
Dr. RAJNIK PÁL. — Dr. KOVÁCS ALADÁR.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.
UJTÁTRAFURED. Heliotherapia.
1010 méter magasan a tenger felszine felett. Röntgen-laboratorium.

Városmajor-Szanatorium és Vízgyógyintézet
Részvénytárs. Budán, I., Városmajor-u. 64. Telefon: 88—99.
Ujonnan átalakitva Dr. Gráf Andor főorvos vezetése alatt. Bel-, ideg- szivbetegek és üdülők részére. Hizlaló-kúrák.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Orvosegyesület (I. rendes tudományos ülés 1919 február 15.-én.)

Budapesti Orvosegyesület.

(I. rendes tudományos ülés 1919 február 15.-én.)

Elnök: Jendrássik Ernő. Jegyző: Molnár Béla.

A háborús neurosis tanához.

Rejtő Sándor: Az előadó a hallószerv sérüléseiből indulva ki, körvonalazza a háborús neurosist, mint a főképpen gránátlégnyomás után előálló, látható elváltozás nélküli idegmegbetegedések csoportját. E csoport selectióját *Sarbó* kezdte el, ki pontosan észlelt esetei alapján a reparabilis mikrostructurális elváltozásokat iktatta a durva anatomiai idegsérülések és a Charcot-féle molecularis elváltozások közé, miáltal egységes nézőpontból vizsgálja a gránátsérüléseket. *Jendrassik* 1918 júniusában a hysteriáról és neurastheniáról megjelent dolgozatában e két legtypusosabb „functionalis" megbetegedésnek adott anatomiai alapot. Ezzel a magyar iskola tekintélyes része foglalt állást a neurosisok organikus alapja mellett.

Az előadó szerint tisztán functionalis megbetegedés nincsen, minden functiozavarnak organikus elváltozás felel meg. Felfogásának bizonyítására analyzálja a háborús neurosisok létrejövésének módjait. E czélból áttekinti a központi idegrendszer élettani ingerét. Előadó szerint van egy főközpont, az öntudat székhelye, melynek nem kell külön localisatióját keresnünk, mert az ismert mozgató és érzékelő góczok egyik sejtrétegében is lehet. Ezen főközpont ingere, mint minden idegsejtnél, a Nissl-féle szemcsék oldódásakor előálló valamelyes galvánáram, mely ingérképpen hat, illetőleg új áramot indukál azon gócz sejtjében, a melyet éppen működtetni akarunk. Ha elfogy az energiaraktár, ennek pótlását csakis olyan állapotban képzelhetjük el, a mikor a centrumok automatásan ki vannak kapcsolva, vagyis álomban. Az álomban történő automatás kikapcsolódást az idegegység trophiás egysége alapján képzelhetjük el, mert ha a megfogyatkozott energiájú neuron munkára alkalmatlanná válik, a dendritek működése is megszünt.

Az idegelemek energiamennyisége bizonyos fokban, részint akaratlagosan, részint automatásan adagolható. Akaratlagosan látjuk ezt pl. a figyelem concentrálásakor, automatásan pedig a gyakorlás és kifáradás tüneteinél, mely előbbinél az idegegységekben a neuronküszöb csökkenését észleljük, az utóbbinál pedig ennek emelkedését. A háborús neurosis létrejövésének okai között elképzelhetjük azt az alapot is, hogy a kimerült központ ingerküszöbe emelkedik, a termelt áram erőssége pedig csökken és az erők ezen aránytalansága folytán áll elő a functio zavara.

Felhivja a figyelmet arra a körülményre, hogy a traumás neurosisokban mindenkor pillanatnyi erők szerepelnek, melyek törvényeivel külön kell foglalkoznunk. És pedig úgy a mechanikai, mint az electromos erőkkel. Az előadó szerint az agysejtek által termelt áramok is lehetnek túlerősek, a melyek veleszületett szigetelési hibák esetén különböző zavarokat okozhatnak. Ha ezen szigetelési hibák vitális góczok körül állanak fenn, akkor a túlerős áram hirtelen halált is okozhat, a mint azt pl. tragikus hírek vételekor látjuk teljesen ép szervezeteken.

Az anatomiai és molecularis elváltozások gyógyulásával a sokáig nem működött idegsejtekben előállhat az inactivitási elfajulásnak egy gyengébb foka, a mely secundaer elváltozás alapja lehet a functio további zavarának.

Végső eredményben az előadó hangsúlyozza, hogy functionalis megbetegedés, vagyis organikus alap nélküli működési zavar nincsen, mert minden működési zavarnak organikus elváltozás, a mely molecularis is lehet, felel meg. A hysteriában és neurastheniában szereplő „locus minoris resistentiae" vagy „silányabb szervezet" kifejezés azt jelenti, hogy a központi idegrendszernek egy vagy több régebbi, veleszületett organikus elváltozása van, a mely az erők megfelelő csoportosulása, compensatio révén rejtett lehet, vagyis labilis egyensúlyban van. Az ez alapon fejlődő functionalis zavaroknál is megvan tehát az organikus elváltozás, bár nem a trauma alatt jött létre. A trauma hatása ilyenkor az elváltozás fokozásában, illetőleg a labilis egyensúlyi viszonyok megzavarásában áll. Ez esetek alkotják a traumás neurosisok legnagyobb csoportját.

A durva anatomiai sérülések, a mikrostructuralis, a molecularis elváltozások (traumás neurosis) között tehát csak fokozati a különbség. Tünetek szerint ezen csoportokat elkülöníteni sokszor nem tudjuk, mert mind a három alapon előfordulhatnak ugyanazok a tünetek.

Az organikus elváltozás gyógyulásával sokszor nem áll helyre a functio; ennek oka az idegsejtekben előálló secundaer elváltozás lehet. (Tétlenségi restség.)

A functio helyreállítása viszont nem jelenti szükségképpen az organikus elváltozás gyógyulását, mert előállhat az erők más csoportosulása compensatio útján is.

Liebermann Tódor: A gége *„functionalis"* zavarain tett megtigyeléséből az előadó nézetét támogató adatot lát abban, hogy úgy ő, mint például *Gonda* azt látta, hogy a zavar sokkal jobban megközelíthető therapeutice, ha a kezelés megkezdése előtt a nem működő szerv vagy idegcsoport bénult, tehát quasi álomszerű állapotban van *a regeneratióra*.

Sarbó Artur: Az előadó által apostrophálva, kénytelen felszólalni s konstatálja, hogy az, a mit e helyen három év előtt mondott: hogy t. i. a külföld nézeteinek helyességét el fogja ismerni, bekövetkezett, Úgy francia, mint angol szerzők egész serege a gránátlégnyomás okozta idegrendszeri tüneteket organikus háttérrel birónak ismerte fel. Hozzászóló, sajnos, betegsége által volt akadályozva abban, hogy feltett szándékát, hogy közvetlenül a front mögött eszközölt vizsgálatokkal, lumbalpunctióval az idetartozó esetek organikus hátterét kimutassa, keresztülvigye. *Ravaut, Guillain, Froment* stb. véres liquort mutattak ki ily légnyomásos esetekben, mely liquor a gyógyulás előrehaladtával feltisztult. *Mott* a British Medical Journal 1917 november 10.-i számában bonczleleteket közöl két oly egyénről, kik *légnyomás folytán külsérülés nyomai nélkül* haltak el. Mindazt, a mit hozzászóló mint mikrostructuralis laesiót az ilyen commotio cerebralis és spinalis eseteiben feltételezett: mikroskopos vérzéseket, a sejt tigroid szétesését stb., a bemutatott mikrophotogrammokon jól látni. Igy megadja a hozzászóló a választ *Szász Tibor* kollegának, ki három év előtt azt a kérdést intézte hozzá, hogy mutasson be ily mikrostructuralis laesiót. Sohsem mondta azt, hogy minden béna, remegő, siketnémа stb. organikus bajban szenvedő. Mindig hangsúlyozta, hogy a commotióval járó esetekben, úgy mint *Kocher* tette régebben, feltétlen organikus laesiót kell feltételeznünk. Ezek gyógyuló folyamatok. Ezeket nevezte el *mikrostructurálisoknak*. E laesiók az agy-gerinczagy bármely részében jelentkezhetnek s e szerint kapjuk a különböző klinikai képeket. Az organikus laesióra utaló kiesési tünetek csak kezdetben vannak meg, azután csupán functionalis tünetek maradnak. Ezeket nevezik *neurosis*-nak, nézete szerint helytelenül. Ezen agy-gerinczagyrázkódás utáni állapotokat jellemzi a *cerebralis insufficientia*, ezektől élesen választandók el az ijedtségre, psychés hatásokra stb. beálló hasonló klinikai állapotok. Utóbbiak igenis traumás hysteriák, traumás neurastheniák, kimerüléses állapotok stb. Hozzászóló a német szerzőkkel egyetértően, de függetlenül tőlük, küzdött a *traumás neurosis elnevezés* ellen, itthon czélt nem ért, míg Németországban ma már e kitételt senki sem használja, hanem traumás hysteriáról, traumás neurastheniáról stb. beszélnek. Szóval győzött a régi *Charcot*-féle álláspont. *Oppenheim* ott követte el a hibát, hogy a súlyos agyrázkódtatás utáni állapotot épp úgy traumás neurosisnak nevezte, mint annak az ideges panaszait, a ki a szoba padlóján elcsúszva, magát megütötte. Az orvosok előtt úgy állott a kérdés, mintha egy különálló traumás neurosis — mint önálló betegség — léteznék, ez pedig hamis, szakítanunk kell úgy ezzel az elnevezéssel, mint azzal a fogalommal is, melyet *shock*-nak nevezünk. Tankönyvekben még ma is olvasható, hogy a commotio alatt shockhatást kell érteni, mely

hatás mikroskopiailag sem mutatható ki. E felfogás ellen küzdött már *Kocher*, mikor kijelentette, hogy minden agy-gerinczagyrázkódtatás organikus laesióval is jár. Hozzá csatlakozott hozzászóló s állította fel a *mikrostructuralis* laesio fogalmát, mint olyant, mely magából gyógyuló mikroskopi organikus elváltozásokat fed. *Gaupp* felfogásával szemben, mely a súlyos degeneratióval járó organikus agy-gerinczagyi laesiókat s ezek ellentétét, a functionalis bajokat ismeri el, hozzászóló ezen közbülső állapotok jellemzésére kreálta a *mikrostructuralis laesio* fogalmát, vagyis a gyógyuló organikus laesiót, mely kezdetben organikus bántalomra utaló tüneteket ad (eszméletlenség, bradycardia, hányás, majd kis facialis-paresis, hypoglossus-bénulás, lágyszájpadbénulás stb.), utóbb csupán functionalis tüneteket; s ezért neveződtek el ezek, nézete szerint helytelenül, neurosisnak. Innen ered a félreértés. A kezdeti tüneteket békeidőben neurologus nem észlelte, mert a balesetes eszméletlenek sebészi osztályra kerültek s már csak functionalis tüneteikkel a neurologus elé. A háború meghozta az alkalmat, hogy neurologus is észlelhette kezdettől fogva az eseteket s igy ő meglátta a csak kezdetben fennálló, kis, de biztosan organikus háttérrel biró tüneteket.

Természetes, hogy komplikálódik a kép azáltal is, hogy e mikrostrukturalis laesiókat feltüntető eseteken kivül, ugyancsak gránátlégnyomás lejátszódása közben, de mindennemü agy-gerincagy-rázkódtatás elszenvedése nélkül, tisztán az ijedtségre, halálfélelemre, hasonló tünetü megbetegedések állanak be. Ezeket hysterïásnak tartja és tartotta is mindig. Ott van azután a nagy serege azon remegőknek, némáknak stb., kik csak addig azok, mig szükségük van rá. Nagyon helyes *Liebermann* kartárs észlelése, hogy a tüneteket heveny esetekben hirtelen megszüntetni nem tudta, csak miután meggyógyultak az előadó által is feltételezett folyamatok a központi idegrendszerben, voltak suggestive is gyógyithatók. A hozzászóló már 1916-ban rámutatott arra a különbségre, mely fennáll a légnyomás okozta megbetegedések gyógykezelésében aszerint, hogy friss vagy régi esetről van-e szó. Ráutalt arra, hogy *Nonne* fényes hypnosisos eredményeit már meggyógyult esetekben érte el, amelyekben csak egy lökés kellett, hogy az illetők maguk is elismerjék s érezzék meggyógyulásukat, mig a hypnotiseur *Mohr* saját bevallása szerint nem ért el eredményt, mert friss esetekben alkalmazta a hypnosist. Az organikus háttérrel biró esetek is a körülmények szerint rászorultak a suggestiv kezelésre; azokat, akik perseverálnak tüneteikben, mert ez igy előnyösebb rájuk nézve, a hozzászóló is, ha nem boldogult velük elküldötte Rózsahegyre, ahol *Gonda* kartárs elismerésreméltóan megteremtette azt a légkört, amely ily esetek gyógyulásához szükséges. A hysteriás eseteket a háborúban, úgy mint már a békében is, mindegyikünk egy csapásra tudta gyógyitani.

A most három éve bemutatott siketnémaság-esetek sem voltak hysteriások, nem is sikerült nyolcz nap alatti suggestiv gyógyitásuk, hanem legtöbbjükön beállt a gyógyulás magától; egy-kettőnek az ismételt legszakavatottabb kezelés daczára ma is változatlan az állapota.

Az előadó összeegyeztetni igyekezett a különböző felfogásokat s kétségtelenül igaz az a megállapitása, hogy a functionalis tünetek mögött, ha nem is kimutatható, de biztos chemiai, physikai folyamatok kell, hogy rejtőzzenek.

Elismerésreméltó az a komoly törekvés, mely az előadásban, a legnehezebb problemák tárgyalásában megnyilatkozik.

Donath Gyula: *Sarbó* tagtársnak a magyar neurologusoknak tet szemrehányására vonatkozólag, hogy még mindig ragaszkodnak a traumás neurosis fogalmához, hozzászóló hivatkozik 1916-ban az „Orvosképzés"-ben megjelent „Hadi észleletek a hang, beszéd és hallás hysteriás zavarairól", valamint tavaly a „Gyógyászat"-ban megjelent „Agyrázkódás után fellépő hysteriás siketnémaság katatoniás tünetekkel" cimü dolgozataira. Ezekben amellett van, hogy a „traumás neurosis" ingadozó fogalma helyett használjuk a *traumás neurasthenia, traumás hysteria, hystero-neurasthenia* és *félelmi neurosis* elnevezéseket, ahol pedig agyrázkódás által okozott eszméletzavarról van szó, ott *commotio cerebriről, commotios neurosisról* szóljunk; itt kétségtelenül organikus elváltozásokkal van dolgunk. Már a háború előtti idők óta kerüli a hozzászóló szakvéleményeiben a traumás neurosis kifejezést.

Gonda Viktor: Az előadással, a mely minden eddigi véleménynél határozottabban foglal állást a háborus neurosis szervi volta mellett, de a mely az eddigi elméleteknél is bizonytalanabb szavakkal és semmivel sem indokolható structuralis elváltozásokkal akarja a baj lényegét megmagyarázni, már csak az idő előrehaladott volta miatt sem óhajt bővebben foglalkozni. Tisztán a dolog gyakorlati része készteti a hozzászólásra és ebből a nézőpontból egyenesen károsnak tartja az ilyen elméletek hangoztatását. *Liebermann* hozzászólásával az előadót támogatni véli, a midőn elmondja, hogy kezelése során könnyebben gyógyitotta meg azokat a beteg katonákat, kik már régebben szenvedtek valamely beszédhibában, mint a frissebb eseteket. Ezeken tehát szerinte a „*szervi*" elváltozás lezajlott és a visszamaradó plus suggestiv kezelésre eltünt. Ez lett volna az angolok által talált mikroskopos elváltozások mellett az egyetlen érv, a mely a „*szervi*" elméletet támogatta volna. Azonban szóló tapasztalatai nem egyeznek meg *Liebermann* észleleteivel. A háború folyamán a szóló által meggyógyitott 6000 neurosisos beteg között több száz beszédhibás akadt. Ezek *mindegyike* megfelelő légkörben *pillanatok alatt gyógyult*, akár csak *néhány napos*, avagy hetes, vagy hónapos volt a baj. Sőt éppen ellenkezőleg, a régebben fennálló esetekben tartott néha a kezelés valamivel hosszabb ideig. Ez tehát, mint minden gyakorlati tény, a feltételezett „*szervi*" elváltozás ellenkezőjét bizonyitja. Ugyancsak nem bizonyító *Sarbó* azon tapasztalata, hogy a süketnémaság a gyógyitás folyamán előbb centralis typusú dadogásba megy át és csak később következik be a teljes gyógyulás. Ez csak azt bizonyitja, hogy sem a beteg, sem az orvos nem volt meggyőződve a gyógyulás absolut lehetőségéről, mert különben az orvosnak egy ülésben *kell* a gyógyulást elérnie.

Nem tagadható, hogy traumák, a melyek halálra is vezethetnek, az idegrendszer valamely részén „szervi", „moleculáris", „structurális" stb. elváltozást hozhatnak létre. Ilyen értelemben tehát az angol szövettani metszetek mitsem bizonyitanak. Ilyenkor az élőben is meg kell találnunk a baj testi megnyilvánulását (kóros reflexek vagy más somatikus tünetek képében). És ha ilyenek vannak, akkor nem beszélhetünk neurosisról.

Ha szervi bajt nem okozott a trauma, hanem tisztán „neurosist", akkor gyorsan suggestive meg kell azt gyógyitanunk. E kérdéssel a balesetekkel kapcsolatban jelentkező úgynevezett „traumás neurosisok" miatt kell foglalkoznunk. A borzalmas háboruban nyert tapasztalatok alapján egészen más álláspontot kell a baj gyógyithatóságával szemben elfoglalnunk. A „*neurosist*" — szervi tünetek kimutatásának lehetősége nélkül — *mindig meggyógyitandónak kell nyilvánitanunk*. Fontos ez a munkaképesség fokának megitélésénél, fontos a járadék nagyságának megállapitásánál. Fontos tehát a betegre és közre egyaránt.

A szóló szerint legjobban úgy volna ez a kérdés megoldható, ha az orvosok és a munkások (hiszen a testi munkások vannak baleseteknek leginkább kitéve) fel volnának világositva a baj absolut gyógyithatóságáról. Valamely kórház egyik osztályát kellene e célra berendezni. Erről az osztályról a köztudatba kell menni, hogy ott minden hasonló beteg (akár gép, akár vasuti összeütközés stb. okozta baját) gyorsan, könnyen és fájdalom nélkül meggyógyul.

Rejtő Sándor: A therapiáról nem beszélt. A psychés therapiát meg kell kisérteni, mert nem tudhatja az ember, melyik eset milyen eredetü.

PÁLYÁZATOK.

3903/1918. sz.

Alulirott főszolgabiró a lemondás folytán megüresedett komádi **II. községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhivom a pályázni szándékozókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesitésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám az **1919. évi április hó 10. napjának délután 5 óráját**ig adják be.

Elkésett vagy kellően fel nem szerelt pályázati kérvényt figyelembe nem veszek.

Az állás javadalma: 1. 1400 korona törzsfizetés, 2. ötévenként 200 koronájával 800 koronáig emelkedhető korpótlék, 3. 600 korona lakbér, 4. szabályszerint szedhető látogatási és vényirási díjak, amelyek a mult hóban emeltettek, 5. háborús segély.

A választás határidejének kitüzéséről később intézkedem.

Frankó Endre, főszolgabiró, Biharkeresztes.

4364. sz.

Beregmegye üresedésben levő bilkei **körorvosi állására** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhivom az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében jogosult pályázni kivánókat, hogy pályázatukat hozzám legkésőbb **f. évi április 15.-éig** nyujtsák be.

Javadalmazás: évi 1600 kor. kezdő törzsfizetés, 1600 kor. háborus segély, 3600 kor. rendkivüli segély, 900 kor. útiátalány, 400 kor. lakbér, továbbá a magángyakorlat után megállapitott díjtételek.

A választás napját az érdekeltekkel külön tudatni fogom.

Ilosva, 1919 márczius hó 12.-én.

A főszolgabiró.